

bea

Bisogni socio-sanitari sempre più complessi, contrazione delle risorse pubbliche disponibili e scarsità del personale sono alcuni tra i fenomeni che impattano direttamente sull'equilibrio del settore Long Term Care. Quali sono le condizioni per costruire e garantire la solidità del settore nel tempo? Con quali implicazioni sulla sostenibilità economica, del personale e dei modelli di servizio? Il 6° Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care passa in rassegna queste domande portando evidenze per declinare lo stato attuale della sostenibilità del settore e identificare le piste di lavoro per il futuro, anche grazie al confronto internazionale.

Giovanni Fosti è Associate Professor of Practice, Divisione Government, Health and Not for Profit di SDA Bocconi School of Management e ricercatore nell'Area Social Policy and Social Innovation del Cergas.

Elisabetta Notarnicola è Associate Professor of Practice, Divisione Government, Health and Not for Profit di SDA Bocconi School of Management e Coordinatrice dell'Area Social Policy and Social Innovation del Cergas.

Eleonora Perobelli è Lecturer, Divisione Government, Health and Not for Profit di SDA Bocconi School of Management e ricercatrice nell'Area Social Policy and Social Innovation del Cergas.

ISBN 978-88-238-4771-2



9 788823 847712

www.egeaeditore.it

essity

La sostenibilità del settore Long Term Care nel medio-lungo periodo

A cura di
Giovanni Fosti
Elisabetta Notarnicola
Eleonora Perobelli

La sostenibilità del settore Long Term Care nel medio-lungo periodo

6° Rapporto Osservatorio Long Term Care



Fosti · Notarnicola · Perobelli



Università
Bocconi
CERGAS
Centro di ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT

Egea

biblioteca dell'economia d'azienda

A cura di
Giovanni Fosti
Elisabetta Notarnicola
Eleonora Perobelli

**La sostenibilità
del settore Long Term Care
nel medio-lungo periodo**
6° Rapporto Osservatorio Long Term Care

Copyright © 2024 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: marzo 2024

ISBN volume 978-88-238-4771-2

Stampa: Logo S.p.A. – Borgoricco (PD)

Indice

Prefazione. La sostenibilità del settore LTC come precondizione per il futuro dei servizi <i>di Massimo Minaudo</i>	7
Introduzione <i>di Giovanni Fosti, Elisabetta Notarnicola ed Eleonora Perobelli</i>	9
1 Il settore Long Term Care per anziani non autosufficienti in Italia: rete di welfare, «badantato», posizionamento strategico dei gestori <i>di Elisabetta Notarnicola ed Eleonora Perobelli</i>	13
1.1 Il ruolo del welfare pubblico: offerta di servizi e copertura del bisogno	13
1.1.1 <i>Servizi e utenti in carico</i>	14
1.1.2 <i>Stima della copertura del bisogno</i>	22
1.2 L'evoluzione del «badantato»: numeri e prospettive	25
1.3 Il posizionamento strategico dei grandi <i>player</i> del settore	26
1.3.1 <i>La fotografia del Network OLTC</i>	27
Bibliografia	34
2 La sostenibilità nel settore Long Term Care: quale significato e quali determinanti? <i>di Elisabetta Notarnicola, Giovanni Fosti ed Eleonora Perobelli</i>	35
2.1 La sostenibilità del settore Long Term Care nella letteratura internazionale: quali macro-tematiche?	37
2.2 La sostenibilità del settore Long Term Care nel contesto italiano	38
2.2.1 <i>La sostenibilità economica del settore LTC e le sue determinanti</i>	40
2.2.2 <i>La sostenibilità delle competenze e per i professionisti del settore LTC e le sue determinanti</i>	41
2.2.3 <i>La sostenibilità dei modelli di servizio del settore LTC e le sue determinanti</i>	42

2.3	La visione sulla sostenibilità delle aziende OLTC	43
	Bibliografia	43
3	L'attuale sostenibilità del settore Long Term Care: la prospettiva dei gestori	
	<i>di Alessandro Furnari, Simone Manfredi ed Eleonora Perobelli</i>	45
3.1	Quanto è sostenibile il settore, oggi? Dati e prospettive da una survey OLTC	46
3.1.1	<i>La sostenibilità dei modelli di servizio</i>	47
3.1.2	<i>La sostenibilità delle competenze e per i professionisti del settore LTC</i>	52
3.1.3	<i>La sostenibilità economica</i>	57
3.2	Come garantire la sostenibilità del settore nel medio-lungo periodo?	63
4	La sostenibilità del settore Long Term Care a livello internazionale: un'analisi comparata tra Francia, Germania e Svezia	
	<i>di Simone Manfredi e Andrea Rotolo</i>	67
4.1	Il settore Long Term Care in Francia, Germania e Svezia	68
4.1.1	<i>Il settore LTC in Francia</i>	70
4.1.2	<i>Il settore LTC in Germania</i>	73
4.1.3	<i>Il settore LTC in Svezia</i>	77
4.2	I cambiamenti in atto: quali punti di attenzione per l'Italia?	80
	Bibliografia	83
5	La sostenibilità del settore Long Term Care nella riforma per la non autosufficienza	
	<i>di Simone Manfredi ed Elisabetta Notarnicola</i>	85
5.1	Introduzione	85
5.2	Il percorso di riforma per la non autosufficienza: le tappe fondamentali	86
5.2.1	<i>Prospettive di cambiamento: il patto per la non autosufficienza</i>	87
5.2.2	<i>Principi del cambiamento: la legge delega n. 33/2023</i>	88
5.2.3	<i>Lo stato dell'arte aggiornato a marzo 2024</i>	91
5.3	La riforma e la sostenibilità futura del settore LTC in Italia: passo avanti o stallo?	94
	Bibliografia	97
6	Conclusioni	
	<i>di Giovanni Fosti, Francesco Longo, Elisabetta Notarnicola ed Eleonora Perobelli</i>	99
	Gli Autori	105

Prefazione

La sostenibilità del settore LTC come preconditione per il futuro dei servizi

*di Massimo Minaudo**

La 6° edizione del Rapporto Osservatorio Long Term Care, frutto della collaborazione pluriennale tra Essity e l'Area Social Policy and Social Innovation del CERGAS SDA Bocconi, affronta il tema della sostenibilità. In questi anni, l'Osservatorio si è rivelato uno strumento sempre più riconosciuto con cui dar voce alle aziende che operano nel settore e ai loro manager per offrire al dibattito la prospettiva di chi tutti i giorni è impegnato a offrire risposte alla non autosufficienza, un fenomeno sempre più diffuso con l'invecchiamento della popolazione. Da qui nasce l'intenzione di affrontare il tema della sostenibilità, condizione essenziale per garantire il perdurare stabile nel tempo di questo settore e, di conseguenza, della capacità di continuare a offrire risposte essenziali ai cittadini. In particolare, ci siamo concentrati su tre declinazioni di sostenibilità, che possono essere visti come i vertici di un triangolo immaginario: quella economico-finanziaria, dei modelli di servizio e delle competenze e per i professionisti che vi operano. Il lavoro del manager socio-sanitario oggi è quello di mantenere un allineamento tra questi tre vertici, profondamente interconnessi e al contempo soggetti a dinamiche sia endogene sia esogene all'organizzazione. Per questo motivo, abbiamo scelto di offrire una prospettiva su questo tema che guardi all'azienda e alle leve direttamente agibili dal suo management, come da tradizione dell'Osservatorio, ma anche alle politiche, strumento di indirizzo e sostegno al settore che oggi vive una stagione di rinnovata attenzione attorno ai temi della non autosufficienza, su spinta della Riforma.

In entrambi i casi, l'Osservatorio alimenta il dibattito con un approccio basato sulle evidenze nazionali e internazionali, in un settore in cui queste risultano sistematicamente carenti, minando la capacità di manager e *policy maker*

* Country Manager Italy, Essity Italy.

di assumere decisioni pienamente consapevoli dei fenomeni in atto. In particolare, i dati illustrati nel Rapporto raccontano un settore molto stabile nelle sue caratteristiche, pur con degli spiragli di rinnovamento all'orizzonte: gli enti gestori sembrano infatti impegnati in maniera crescente nella diversificazione della propria offerta, riducendo la dipendenza quasi assoluta (in termini di fatturato e di portafoglio di servizi offerto) dalla residenzialità socio-sanitaria; mentre a livello legislativo la riforma apre ad alcuni aspetti che possono dare nuovo slancio al settore, anche se molto rimane da definire sulla declinazione operativa degli intenti sin qui annunciati. È proprio a partire da questi spiragli che il lavoro di ricerca propone alcune proposte concrete per garantire la sostenibilità nel tempo a questo settore essenziale, basate soprattutto sulla capacità di creare reti di collaborazione all'interno e all'esterno del mondo Long Term Care.

Infine, anche quest'anno intendo esprimere il mio ringraziamento alle aziende che generosamente aderiscono all'Osservatorio, condividendo una mole importante di dati e partecipando attivamente a tutte le attività di ricerca, arricchendo il dibattito di questo settore. La loro partecipazione contribuisce ad alimentare una rete di gestori che, se più coesa, può costruire una nuova narrazione sul settore e acquisire maggiore incisività nell'avanzare la propria prospettiva, in un periodo di grande fermento sul futuro del settore.

Introduzione

di Giovanni Fosti, Elisabetta Notarnicola ed Eleonora Perobelli

Il 6° Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care (OLTC) è dedicato alla sostenibilità del settore Long Term Care (LTC) nel medio-lungo periodo. La nozione di sostenibilità assume in questo Rapporto una declinazione lungo tre assi, sostenuti dalla letteratura internazionale di riferimento e dalle peculiarità del settore italiano: **sostenibilità economica**, dei **modelli di servizio**, del **personale e delle competenze**. Questi tre assi abbracciano trasversalmente tutto il Rapporto e vengono proposti in relazione a una duplice prospettiva: quella di sistema nel suo complesso (policy), quella delle singole organizzazioni che vi operano.

In termini generali, il primo dei tre assi afferisce alla capacità di raggiungere l'equilibrio economico-finanziario e, auspicabilmente, di generare risultati economici positivi in maniera stabile e duratura nel tempo. Questo tema è di frequente oggetto di dibattito nel settore LTC: tra i servizi, il caso della residenzialità è emblematico. Già nel 5° Rapporto OLTC è stato illustrato come il sistema di tariffe pubbliche riconosciute agli enti gestori sia datato e generalmente non in linea con l'intensità assistenziale richiesta oggi nelle strutture, dovuta a una complessità crescente dei residenti. In un settore stabilmente ancorato al mercato in accreditamento pubblico, tale disallineamento tra ricavi e risorse da impiegare (strumentali e non) può avere importanti conseguenze sull'(in)sostenibilità economica dei servizi. Inoltre, a livello di sistema le possibilità di espansione della spesa pubblica dedicata al settore LTC appaiono molto limitate, come verrà discusso nel Capitolo 5, e in ogni caso sistematicamente inferiori al bisogno presente su territorio. A questi elementi si aggiungono fattori esogeni quali le dinamiche inflattive e la scarsità di alcuni fattori produttivi sul mercato, che incidono ulteriormente sulla capacità di raggiungere l'equilibrio economico.

La sostenibilità dei modelli di servizio cattura la capacità di promuovere servizi e interventi che abbiano target di utilizzatori ben definiti, per rispondere in maniera efficace ai bisogni espressi dal target stesso. I dati illustrati nel Capitolo 1 mostrano come oggi la rete di welfare raggiunga una quota residuale dei soggetti che presentano bisogni di non autosufficienza, principalmente attraverso servizi tradizionali di residenzialità socio-sanitaria e assistenza domiciliare

integrata. Al di fuori del perimetro raggiunto dal welfare, rimane una platea sterminata di anziani e famiglie che in assenza di alternative capillari si auto-organizza (in proprio o avvalendosi di badanti) per gestire la non autosufficienza. Se da un lato questo lascia intravedere spazi importanti per lo sviluppo di nuovi mercati per rispondere in maniera più efficace ai bisogni, nelle precedenti edizioni di questo Rapporto abbiamo illustrato la difficoltà e la reticenza a sfruttarlo. Questo è avvenuto sia sul piano delle politiche, che si sono tradizionalmente concentrate sulla manutenzione del sistema più che sull'apertura di nuove frontiere (si veda 2° Rapporto OLTC), sia dei servizi, con enti gestori frequentemente impegnati a promuovere singole iniziative che difficilmente riescono a superare la scala della sperimentazione (4° Rapporto OLTC).

La sostenibilità delle competenze e per il personale attiene sia alla disponibilità di figure professionali sia all'evoluzione delle stesse in termini di numerosità, attività assegnate, capacità e responsabilità. Tale asse è stato ampiamente raccontato nel 5° Rapporto OLTC, dove sono state messe in luce sia le dinamiche congetturali legate alla carenza ormai strutturale di personale sanitario e socio-assistenziale sia le implicazioni di tale carenza sul funzionamento dei servizi e sulla gestione del personale attualmente impiegato. È evidente come qualsiasi ragionamento sul futuro del settore LTC non possa non tenere conto del ruolo e della disponibilità di personale, il fattore critico di qualità del contesto.

A partire da queste premesse, il 6° Rapporto OLTC intende indagare quanto il settore LTC sia sostenibile oggi sul piano economico, dei modelli di servizio e delle competenze e per il personale; inoltre, si propone di portare al dibattito alcune riflessioni circa le condizioni per costruire e garantire la solidità del settore nel tempo, anche grazie al confronto internazionale.

Per traguardare questi obiettivi, il Rapporto si articola come segue. Il Capitolo 1 aggiorna la fotografia del settore socio-sanitario, dando il quadro nazionale dei numeri relativi a offerta di servizi, fabbisogno potenziale, servizi effettivamente erogati, cura informale e caratteristiche dei provider. Il Capitolo 2 illustra il significato di sostenibilità del settore LTC proposto in questa sede, basato sulla letteratura internazionale e sulla sua successiva declinazione nel contesto italiano. In particolare, verrà proposta una schematizzazione puntuale delle determinanti di ciascun asse di sostenibilità, che verrà ripresa e declinata nei capitoli successivi sul piano dei servizi e delle politiche, i due livelli considerati in questa edizione.

Il Capitolo 3 prende in esame i servizi, offrendo una declinazione operativa dei tre assi di sostenibilità e delle loro determinanti. In particolare, verranno illustrati gli esiti di due survey condotte tra i gestori aderenti a OLTC che hanno indagato la loro prospettiva circa (i) quanto il settore è sostenibile oggi e (ii) i fattori che incidono maggiormente sulla sostenibilità, offrendo importanti spunti sui possibili spazi di lavoro per il futuro.

I Capitoli 4 e 5 pongono invece l'attenzione sul livello delle politiche. In particolare, il Capitolo 4 riporta una prospettiva comparata sul modo in cui tre

paesi europei (Francia, Germania e Svezia) hanno affrontato il tema della sostenibilità – per come intesa in questo Rapporto – in recenti interventi di riforma; mentre il Capitolo 5 propone un *excursus* circa le origini e lo stato attuale della Riforma in favore degli anziani non autosufficienti, soffermandosi su se e in che modo tale intervento prenda in considerazione la sostenibilità del settore.

Infine, il Capitolo 6 tira le fila delle evidenze di quanto emerso dalle attività di ricerca 2023 proponendo alcune piste di lavoro per i gestori e i *policy maker*.

Complessivamente, i dati illustrano come il settore oggi sembri più orientato alla «sopravvivenza», che non all’equilibrio stabile e duraturo nel tempo. Questo è evidente dai dati sui servizi, da cui si evincono modelli non in evoluzione, con persistenti difficoltà nel reclutamento e gestione del personale e risultati economici positivi dovuti frutto di dinamiche di concentrazione del mercato, più che di risultati floridi dei singoli servizi. Si vede tuttavia anche dai decreti attuativi della Legge delega 33/2023 legati alla riforma anziani, che introducono importanti passi avanti per dare maggiore uniformità al sistema, ma non entrano (per il momento) nel vivo di quale potrebbe essere una filiera di servizi più flessibile e articolata per rispondere alla non autosufficienza e delle risorse economiche con cui farlo.

Infine, desideriamo ringraziare sentitamente gli enti gestori che nel 2023 ci hanno rinnovato la propria fiducia (Tabella 1), condividendo direttamente la propria esperienza e i propri dati, senza i quali questo Rapporto non potrebbe esistere. Un sincero ringraziamento va anche a chi rende possibile il nostro lavoro da oltre dieci anni, credendo nella necessità di condurre ricerca su questi temi, ovvero Essity Italia.

Tabella 1. Aziende partecipanti ai lavori di ricerca 2023

ASC Cremona Solidale	Colisee
ASP Città di Bologna	Gruppo Gheron
ASP Distretto di Fidenza	Gruppo Korian
ASP Golgi Redaelli	Istituto Menotti
ASP Parma	KOS Care SrL
ASP Progetto Persona	Zaffiro CentroSud SrL
I.S.R.A.A. Treviso	Cidas Cooperativa Sociale
I.P.A.V. Venezia	CODESS sociale Società Cooperativa Sociale
Fondazione Casa Cardinale Maffi	Consorzio Kursana
Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus	Cooperativa CADIAl
Fondazione Maddalena Grassi	Domus Assistenza Società Cooperativa Sociale
Fondazione Opera Immacolata Concezione	Emmaus
Fondazione Pia Opera Ciccarelli	Gulliver Cooperativa Sociale
Fondazione Sacra Famiglia Onlus	Gruppo S.P.E.S.
	KCS Cooperativa Sociale
	Pro.Ges Cooperativa Sociale
	Punto Service Cooperativa Sociale
	Società Dolce Società Cooperativa

1. Il settore Long Term Care per anziani non autosufficienti in Italia: rete di welfare, «badantato», posizionamento strategico dei gestori

di Elisabetta Notarnicola ed Eleonora Perobelli

Fin dalla sua prima edizione, il Rapporto OLTC presenta una fotografia del settore socio-sanitario italiano aggiornata annualmente, proponendosi come una fonte sul panorama nazionale volta ad offrire una visione completa delle diverse articolazioni del settore. Ricostruire una rappresentazione esaustiva del settore LTC è un esercizio estremamente complesso, in quanto le fonti informative di riferimento sono frammentate tra attori e livelli di governo differenti, nonché pubblicate con grave ritardo rispetto all'anno a cui si riferiscono i dati. Inoltre, non sono disponibili dati certi rispetto ad alcuni elementi fondamentali quali il fabbisogno nella popolazione e il reale dimensionamento dell'offerta dei servizi. L'ambizione di questo Capitolo è di ricomporre i dati ufficiali presenti a inizio 2024 per fornire una fotografia aggiornata all'ultima data disponibile dello stato dell'arte del settore, offrendo una visione sistematica che guardi alle diverse tipologie di servizio, includendo la sfera pubblica e privata, oltre che formale e informale. A questo fine, il paragrafo 1.1 aggiorna la mappatura circa i dati di offerta pubblica di servizi, utenza in carico e fabbisogno tra la popolazione. Il paragrafo 1.2 approfondisce il mondo della cura informale, unico vero pilastro per le famiglie per la gestione dell'anziano al domicilio. Il successivo 1.3 completa la rappresentazione del settore portando la prospettiva dei gestori dei servizi.

1.1 Il ruolo del welfare pubblico: offerta di servizi e copertura del bisogno

L'aggiornamento dei principali dati di fotografia del settore LTC per anziani non autosufficienti si basa su:

1. una stima dei fabbisogni che emergono dalla popolazione italiana;

2. la ricostruzione dei dati relativi alla rete dei servizi e degli interventi socio-sanitari e sociali loro indirizzati;
3. una stima della copertura del bisogno assistenziale.

Le evidenze presentate di seguito fanno riferimento all'annualità 2021, in linea con i dati più recenti disponibili nell'Annuario Statistico del SSN. Diversamente dalle edizioni precedenti non saranno quindi utilizzati i dati Istat sui Presidi Socio-Assistenziali per l'anno 2021, poiché al momento in cui si scrive (febbraio 2024) questi non sono ancora stati pubblicati. La scelta degli autori è quindi di proporre un aggiornamento della fotografia della rete grazie ad altre fonti, cronologicamente più prossime alla pubblicazione del Rapporto. In particolare, verranno utilizzati:

- i dati dell'Annuario Statistico del SSN riferiti al 2021 per una fotografia della rete di offerta socio-sanitaria;
- i dati della Spesa Sociale dei Comuni prodotti da Istat riferiti al 2020 per il calcolo degli utenti in carico ai servizi *in kind* ad afferenza sociale.

Il disallineamento temporale tra le due fonti sopracitate porta a separare la trattazione delle due componenti della rete di offerta (socio-sanitaria e sociale) per evitare di comparare dati 2021 con quelli eccezionali del 2020. Infine, si ritiene che la rilevazione Istat sui Presidi Socio-Assistenziali rimanga la fonte più attendibile per quantificare l'effettiva offerta residenziale socio-sanitaria e sociale, grazie alla possibilità di differenziare i posti per livello di assistenza sanitaria erogata. Al contempo, è altrettanto rilevante offrire al dibattito rilevazioni aggiornate, pur rimarcando la criticità dell'assenza di dati più recenti e il consueto marcato scarto temporale tra anno di riferimento dei dati nelle fonti istituzionali e momento della loro pubblicazione. Le autrici rinnovano l'invito alla predisposizione di un sistema informativo unitario, dinamico e aggiornato per il settore che permetta ai *policy maker* una migliore capacità di governo della LTC e agli operatori del settore di monitorare e valutare le dinamiche in corso.

I dati 2021 verranno presentati in relazione ai dati di offerta pubblica, utenza in carico e bisogno per il settore LTC per anziani non autosufficienti pubblicati nelle precedenti edizioni del Rapporto, per aggiornare la serie storica 2013-2016 e 2019-2020. Per approfondimenti – anche di carattere metodologico – si rimanda al Capitolo 2 del 2° Rapporto OLTC (2019) e al Capitolo 1 del 4° Rapporto OLTC (2022).

1.1.1 Servizi e utenti in carico

L'obiettivo dell'analisi è quello di determinare una stima il più possibile vicina alla reale copertura del fabbisogno di risposta assistenziale degli anziani non

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

Gli anziani non autosufficienti: definizione e stima del bisogno potenziale

In questa sede quando parliamo di «anziani non autosufficienti» comprendiamo le persone di età uguale o superiore a 65 anni con gravi limitazioni funzionali secondo la classificazione proposta da Istat (2021) nell'indagine europea Ehis¹. La popolazione non autosufficiente viene stimata applicando la percentuale di anziani con gravi limitazioni funzionali alla popolazione over65 per l'anno oggetto di analisi tratto da I.Stat.

Seguendo questo metodo, per il 2021 la stima degli anziani non autosufficienti è pari a 3.959.395 individui. Le stime per gli anni precedenti al 2019 riportate nelle prime tre edizioni del presente Rapporto non sono comparabili per le differenze nella modalità di calcolo; tuttavia, si è scelto di riportare la serie storica completa per illustrare come i sistemi informativi possano cambiare sensibilmente la percezione e la dimensione del fenomeno di analisi.

Tra il 2020 e il 2021 la popolazione over65 non autosufficiente è cresciuta dello 0,6%. Questo aumento è dovuto all'aumento della quota di popolazione di anziani residenti, dato che la prevalenza percentuale delle gravi limitazioni funzionali non è stata aggiornata da Istat in questi anni e non si può quindi valutare un eventuale peggioramento delle condizioni di salute degli anziani.

¹ Si rimanda al Capitolo 1, 4° Rapporto OLTC per approfondimenti.

Tabella 1.1 Over 65 con limitazioni funzionali: stima del bisogno potenziale (anni 2013-2015; 2016; 2019; 2020; 2021)

Anno	Popolazione di riferimento	Fonte	Modalità di calcolo	Stima
2013	Popolazione ≥ 65 anni all'1.1.2013	Istat (2014) Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione. Anno di riferimento: 2013. Dati I.Stat Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (2013)	19,8% della popolazione di riferimento + Anziani residenti permanentemente in istituzioni	2.781.157
2014	Popolazione ≥ 65 anni all'1.1.2014	Istat (2014) Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione. Anno di riferimento: 2013. Dati I.Stat Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (2014)	19,8% della popolazione di riferimento + Anziani residenti permanentemente in istituzioni	2.809.211
2015	Popolazione ≥ 65 anni all'1.1.2015	Istat (2014) Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione. Anno di riferimento: 2013. Dati I.Stat Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (2015)	19,8% della popolazione di riferimento + Anziani residenti permanentemente in istituzioni	2.847.814
2016	Popolazione ≥ 65 anni all'1.1.2017	Istat (2014) Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione. Anno di riferimento: 2013. Dati I.Stat Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (2015)	19,8% della popolazione di riferimento + Anziani residenti permanentemente in istituzioni	2.907.438
2019	Popolazione ≥ 65 anni all'1.1.2019	Istat (2021) Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Anno di riferimento: 2019	28,4% della popolazione di riferimento	3.888.873
2020	Popolazione ≥ 65 anni all'1.1.2020	Istat (2021) Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Anno di riferimento: 2019	28,4% della popolazione di riferimento	3.935.982
2021	Popolazione ≥ 65 anni all'1.1.2020	Istat (2021) Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Anno di riferimento: 2019	28,4% della popolazione di riferimento	3.959.395

Di seguito si propone inoltre la stima del bisogno potenziale per l'anno 2021 per fascia di età, che mostra il vertiginoso aumento della presenza di gravi limitazioni nel tempo (Tabella 1.2), diffuse tra il 63,8% degli over85.

Tabella 1.2 Over65 con limitazioni funzionali per fascia di età, stima 2021

Fascia di età	Prevalenza da Istat (2021)	Popolazione di riferimento (1.1.2021)	Stima
65-74	14,60%	6.915.504	1.009.664
75-84	32,50%	4.825.173	1.568.181
85 e più	63,80%	2.200.854	1.404.145

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

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

La Tabella 1.3 riporta il quadro a livello nazionale della capacità produttiva complessiva della rete di offerta per gli anziani non autosufficienti, in termini di posti disponibili totali per tipologia di assistenza (socio-sanitaria e sociale). Si ricorda che i dati 2021 hanno come fonte l'Annuario Statistico del SSN, mentre per gli anni precedenti la fonte è la rilevazione Istat sui Presidi residenziali: pur non chiarendo la natura della differenza tra le due indagini, i posti e posti letto indicati nell'Annuario sono tipicamente inferiori a quelli indicati da Istat, rendendo non comparabili i dati 2020 e 2021. Infine, l'Annuario non riporta i posti letto in residenzialità sociale, presenti unicamente su Istat e non aggiornati.

Tabella 1.3 La capacità produttiva del sistema pubblico residenziale e semiresidenziale, serie storica 2013-2016; 2019-2021

CAPACITÀ PRODUTTIVA COMPLESSIVA DEL SISTEMA PER SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI		
Anno	Servizi di afferenza socio-sanitaria	Servizi di afferenza sociale*
2013	233.317	21.004
2014	283.992	22.257
2015	284.947	16.746
2016	300.913	15.773
2019	314.715	14.836
2020	312.617	11.171
2021	226.455	n.d.

* I dati relativi ai servizi sociali si riferiscono unicamente alla residenzialità, poiché i posti disponibili in centri diurni non sono pubblici.

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

La rappresentazione comprende esclusivamente le dotazioni di posti disponibili in strutture residenziali e semiresidenziali; per ulteriori approfondimenti in base

al tipo di servizio (residenziale, semiresidenziale e domiciliare, di cui si riportano le ore erogate), si rimanda alla Tabella 1.4.

Tabella 1.4 Capacità produttiva per tipo di servizio erogato, serie storica 2013-2016; 2019-2021

CAPACITÀ PRODUTTIVA COMPLESSIVA DEL SISTEMA			
Anno	Tipo di servizio	Socio-sanitario	Sociale
2013	Residenziale	218.965	21.004
	Semiresidenziale	14.352	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	11.126.598*	n.d.
2014	Residenziale	269.065	22.257
	Semiresidenziale	14.927	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	10.401.812*	n.d.
2015	Residenziale	270.020	16.746
	Semiresidenziale	14.927	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	10.401.812*	n.d.
2016	Residenziale	285.247	15.773
	Semiresidenziale	15.666	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	12.467.620*	n.d.
2019	Residenziale	296.050	14.836
	Semiresidenziale	17.507	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	15.789.122*	n.d.
2020	Residenziale	295.836	11.171
	Semiresidenziale	16.781	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	13.202.896*	n.d.
2021	Residenziale	211.673	n.d.
	Semiresidenziale	14.782	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	14.064.480	n.d.

* ore erogate

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

Dalla Tabella 1.3 si evince invece chiaramente come la rete analizzata sia storicamente più orientata alla fornitura di servizi ad afferenza socio-sanitaria rispetto a quella sociale, mentre la Tabella 1.4 permette di analizzare più nel dettaglio la capacità del sistema di offerta pubblico per tipologia di servizio erogato, approfondendo le informazioni precedentemente riportate e integrandole con i dati a disposizione sui servizi di natura domiciliare. Si precisa che il dato sui servizi semi-residenziali socio-sanitari è incompleto, perché nell'Annuario non sono riportati i dati di offerta di alcune regioni², mentre l'offerta di posti in servizi semi-residenziali ad afferenza sociale non è rilevato dai sistemi informativi nazionali.

² Dato mancante per: Valle d'Aosta, Abruzzo, Molise e Calabria.

Per le già citate ragioni di incomparabilità dei dati sull'assistenza residenziale socio-sanitaria, si riporta in questa sede un commento unicamente sui servizi diurni e domiciliari. Rispetto ai dati 2020 lo scenario è cambiato come segue:

- continua la diminuzione di offerta di posti in servizi semi-residenziali socio-sanitari, che dopo il -4% tra 2019 e 2020 segna un ulteriore -12% tra 2020 e 2021;
- le ore di assistenza domiciliare integrata (ADI) erogate sono aumentate del 6,5%.

L'Annuario non specifica le ragioni che hanno portato a queste variazioni nell'offerta, limitando la capacità di interpretare a pieno questo fenomeno. È possibile, tuttavia, avanzare alcune ipotesi: la riduzione del 16% dei posti nei centri diurni può essere ricondotta alla scelta adoperata da alcuni gestori di chiudere strutture, nell'impossibilità di avviare i servizi viste le misure di contenimento in atto nel 2020 e in parte del 2021 che in molte Regioni hanno previsto la chiusura assoluta o forti limitazioni per i servizi diurni. L'aumento delle ore di ADI non compensa il forte calo registrato nel 2020: infatti, nel 2021 le ore di assistenza garantite restano dell'11% inferiori ai valori 2019. Questo dato è un segnale chiaro dell'impatto della pandemia sull'assistenza a casa, dovuta alle restrizioni imposte nelle fasi più acute della diffusione del virus e per il blocco dei servizi ritenuti non fondamentali, e rimasta compromessa anche nei mesi successivi. Inoltre, parte della diminuzione è ascrivibile al forte calo nel numero di ore medie erogate per ogni caso anziano, passato dalle 18 del 2019 alle 16 del 2021. Sebbene l'ADI rimanga il servizio più capillare sul territorio (cfr. *infra*), rimane attuale la riflessione sull'effettiva capacità di un servizio così limitato e contingentato nel tempo di dare risposta ai bisogni assistenziali degli anziani, pur da contestualizzare in un biennio (2020-2021) in cui la capacità di garantire gli accessi si è scontrata con gli sconvolgimenti della pandemia.

Per quanto concerne la rete sociale, non sono disponibili dati sulla rete di offerta nazionale, salvo per il dato sui posti letto in strutture residenziali proposto da Istat che non è stata aggiornato. Ad ogni modo, nel 2020 questi sono stati 11.171, in calo del 33% rispetto alla rilevazione relativa al 2018. Anche in questo caso, l'assenza di dati interpretativi limita la capacità di analizzare puntualmente le ragioni di questo andamento. Tra le ipotesi più plausibili, un calo dovuto alle chiusure delle strutture sociali durante il 2020.

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

La Tabella 1.5 riporta il dato circa gli utenti complessivamente in carico ai servizi; mentre nella successiva Tabella 1.6 tali valori vengono approfonditi tramite

un'ulteriore suddivisione per tipologia di servizio. In generale, gli utenti che usufruiscono dei servizi per anziani, coerentemente con la distribuzione dei servizi illustrata nel paragrafo precedente, appaiono principalmente in carico all'area socio-sanitaria, rispetto all'area sociale.

Tabella 1.5 Numero annuo di utenti in carico alla rete di offerta, serie storica 2013-2016; 2019-2021

UTENTI IN CARICO		
Anno	Socio-sanitario	Sociale
2013	813.099	578.517
2014	907.034	460.067
2015	909.186	512.186
2016	1.075.152	416.109
2019	1.167.597	436.717
2020	1.112.905	312.477
2021	1.179.396	n.d.

Fonte: Ministero della Salute (più anni), *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*; Dati I.Stat (più anni), *Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari*; *Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari*; *Spesa sociale dei Comuni*.

Si riporta di seguito la scomposizione degli utenti in carico ai servizi in relazione alla tipologia (Tabella 1.6) per un'analisi più approfondita.

Per gli stessi motivi precedentemente esposti circa l'incomparabilità dei dati sui servizi residenziali socio-sanitari, i dati sull'utenza in carico agli stessi 2020 e 2021 non saranno commentati, mentre l'assenza dei dati sulla Spesa Sociale dei Comuni aggiornati ci impedisce di apprezzare l'andamento della capacità di presa in carico degli enti locali nel secondo anno di pandemia. Concentrandoci sui servizi socio-sanitari, il centro diurno continua la pesante contrazione dei soggetti in carico (-25%), mentre ADI vede una ripresa dei casi serviti (+4%).

Tabella 1.6 Utenti in carico per tipologia di servizio, serie storica 2013-2016; 2019-2021

		UTENTI IN CARICO	
Anno	Tipo di servizio	Socio-sanitario	Sociale
2013	Residenziale	260.028	18.443
	Semiresidenziale	23.233	402.710
	Domiciliare (ADI e SAD)	529.838	157.364
2014	Residenziale	271.052	18.540
	Semiresidenziale	24.111	291.532
	Domiciliare (ADI e SAD)	611.871	149.995
2015	Residenziale	273.204	14.124
	Semiresidenziale	24.111	356.286
	Domiciliare (ADI e SAD)	611.871	141.776

2016	Residenziale	271.972	13.296
	Semiresidenziale	23.954	270.109
	Domiciliare (ADI e SAD)	779.226	131.876
2019	Residenziale	280.248	12.882
	Semiresidenziale	28.453	294.005
	Domiciliare (ADI e SAD)	858.896	129.830
2020	Residenziale	246.376	8.777
	Semiresidenziale	21.706	169.883
	Domiciliare (ADI e SAD)	844.823	133.817
2021	Residenziale	284.141	n.d.
	Semiresidenziale	16.225	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	879.030	n.d.

Fonte: Ministero della Salute (più anni), *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*; Dati I.Stat (più anni), *Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari*; *Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari*; *Spesa sociale dei Comuni*.

Anche in questo caso, l'assenza di dati interpretativi condivisi da parte di *Annuario* limita la nostra capacità di commento e comprensione di questo fenomeno. Per quanto concerne l'importante diminuzione di utenti in carico alla rete semiresidenziale possono essere avanzate almeno due interpretazioni. Da un lato, una causa è riconducibile alle normative regionali che durante la pandemia hanno imposto chiusure dei servizi anche per lunghi periodi, o modifiche nei criteri di accesso che hanno causato una minore domanda di inserimenti nei servizi. Dall'altro lato, le preferenze delle famiglie potrebbero essere cambiate, prediligendo la permanenza al domicilio con caregiver informale in luogo all'accesso ai servizi, anche grazie alle opportunità offerte dal lavoro da remoto. I centri diurni hanno visto la maggior contrazione del numero degli utenti in carico, come già evidenziato sopra rispetto ai posti disponibili, accogliendo quasi la metà delle persone tra il 2019 e il 2021. Infine, si segnala come il numero di utenti over65 complessivamente in carico ad ADI abbia superato i livelli del 2019 (+2%), in controtendenza rispetto agli altri servizi. L'analisi congiunta dei dati di offerta e di utenza in carico ad ADI permette di osservare come in ogni caso l'aumento della platea di soggetti in carico sia raggiunta mediamente con un numero inferiore di ore per caso.

Per quanto concerne i servizi ad afferenza sociale, i dati 2020 (i più recenti a disposizione) permettono di vedere chiaramente l'impatto della pandemia anche sulla rete sociale: gli ospiti dei servizi residenziali sociali sono diminuiti del 39% rispetto al 2018; gli utenti dei centri diurni del 42%. Entrambi i servizi hanno risentito delle misure restrittive per l'accesso di nuovi utenti durante le fasi più acute della pandemia. Sono invece cresciuti gli interventi domiciliari, in relazione alle misure straordinarie messe in campo dai comuni per raggiungere gli anziani durante i lockdown.

1.1.2 Stima della copertura del bisogno

Dopo aver presentato la stima del bisogno potenziale, la mappatura della dotazione della rete di offerta a livello nazionale e gli utenti in carico ai diversi servizi, si analizza il tasso di copertura del fabbisogno per gli anziani non autosufficienti, ottenuto come rapporto tra il numero di utenti in carico ai servizi considerati e la stima del fabbisogno potenziale. Poiché i dati di presa in carico 2021 sono disponibili solo per il settore socio-sanitario, in questa sede si propone il tasso di copertura solo per questi servizi LTC.

Tabella 1.7 Tassi di copertura del bisogno dei servizi socio-sanitari, anno 2021

Stima del bisogno potenziale	Servizio	Totale utenti in carico servizi socio-sanitari	Tasso di copertura servizi socio-sanitari
3.959.395	Residenziale	284.141	7,2%
	Semiresidenziale	16.225	0,4%
	Domiciliare (ADI)	879.030	22,2%

Il tasso di copertura del bisogno garantito dalla rete socio-sanitaria pubblica è complessivamente molto contenuto (Tabella 1.7), e il servizio più capillare risulta essere ADI, pur con tutte le riserve già espresse in precedenza sull'effettiva capacità di presa in carico e che verranno approfondite più avanti nel paragrafo. I servizi semiresidenziali raggiungono una quota prossima allo zero del fabbisogno, rimanendo di gran lunga il setting meno diffuso della rete, mentre la residenzialità raggiunge il 7,2% del bisogno sugli over65 non autosufficienti. La copertura del bisogno sale invece al 9,6% se l'utenza in carico viene messa in relazione con la fascia di popolazione più in target per il servizio, gli over75 non autosufficienti (Tabella 1.8). La Tabella 1.8 mostra la copertura del bisogno tramite RSA per questa fascia di popolazione nelle diverse regioni italiane, e registra un'ampia variabilità che segue la geografia del Paese: nelle regioni del Nord i tassi di copertura sono superiori al 10%, nel Centro-Sud sono compresi tra l'1 e il 5% (con l'eccezione delle Marche, che raggiungono il 19% degli over75 non autosufficienti), percentuali estremamente contenute. Questa distribuzione dei tassi di copertura è coerente con la presenza delle strutture sul territorio nazionale, anche se l'assenza del dato sulla distribuzione dei posti letto per regione impedisce una rappresentazione a livello locale.

Tabella 1.8 Tasso di copertura del bisogno della popolazione 75+ non autosufficiente tramite RSA. Dettaglio regionale, anno 2021

Regione/Provincia Autonoma	Ospiti di presidi residenziali	Popolazione over75 non autosufficiente	Copertura del bisogno
PA di Bolzano	5.642	20.791	27,1%
PA di Trento	6.290	23.250	27,1%
Marche	11.383	59.613	19,1%
Veneto	40.908	219.697	18,6%
Lombardia	79.070	440.295	18,0%
Toscana	26.145	148.551	17,6%
Friuli-Venezia Giulia	10.062	63.346	15,9%
Liguria	13.099	92.152	14,2%
Piemonte	28.355	219.890	12,9%
Emilia-Romagna	22.918	218.022	10,5%
Valle d'Aosta	596	5.735	10,4%
Umbria	3.424	35.723	9,6%
Calabria	5.975	102.756	5,8%
Lazio	10.202	192.551	5,3%
Abruzzo	2.959	80.552	3,7%
Puglia	7.034	219.831	3,2%
Molise	463	19.652	2,4%
Sicilia	5.488	257.172	2,1%
Sardegna	1.322	97.825	1,4%
Basilicata	423	33.018	1,3%
Campania	2.383	252.061	0,9%
Italia	284.141	2.972.326	9,6%

Fonti: Istat (2022), *Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia*. Dati I.stat su popolazione al 1/1/2021. Ministero della Salute (2023), *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*. Anno di riferimento: 2021

Si conclude la rappresentazione della capacità della rete di rispondere al fabbisogno attraverso la distribuzione regionale della copertura tramite ADI, che come visto (Tabella 1.7) è oggi il servizio pubblico più capillare. La Tabella 1.9 mostra questo approfondimento e l'ampia variabilità nella capacità di questo strumento di intercettare una quota più o meno ampia del bisogno, a seconda dei contesti. I casi in carico sono messi in relazione sia con la popolazione over65 non autosufficiente, ritenuta il target più coerente per questa misura, sia con la popolazione over65 generale, in linea con i target PNRR. Questi ultimi, infatti, definiscono l'esigenza di assistere il 10% della popolazione con più di 65 anni al domicilio entro il 2026. Questa rappresentazione permette dunque di apprezzare quanto l'assistenza tramite ADI attualmente contribuisca al raggiungimento di questi obiettivi nazionali.

Dalla Tabella seguente si evince una forbice di ben 67 punti percentuali tra la regione che raggiunge oltre due terzi della popolazione over65 non autosufficiente stimata, il Molise, e la Valle d'Aosta e Provincia Autonoma di Bolzano che ne intercettano circa il 3%.

Tabella 1.9 Tasso di copertura del bisogno della popolazione 65+ non autosufficiente tramite ADI. Dettaglio regionale, anno 2020

Regione/ P.A.	Popolazione 65+	Prevalenza N.A. 65+	65+ non auto	Casi ADI anziani	Copertura 65+ N.A. via ADI	Copertura 65+ via ADI
Molise	76.120	25,8%	19.639	13.965	71%	18%
Veneto	1.142.745	23,7%	270.831	140.049	52%	12%
Toscana	952.609	26,8%	255.299	115.951	45%	12%
Emilia-Romagna	1.073.202	33,0%	354.157	112.642	32%	10%
Friuli-Venezia Giulia	319.340	21,7%	69.297	20.827	30%	7%
P.A. di Trento	121.842	24,1%	29.364	7.759	26%	6%
Lombardia	2.286.466	24,4%	557.898	146.498	26%	6%
Basilicata	131.267	33,0%	43.318	8.671	20%	7%
Abruzzo	316.711	32,7%	103.564	17.679	17%	6%
Liguria	436.284	21,7%	94.674	14.970	16%	3%
Sicilia	1.079.447	34,6%	373.489	55.392	15%	5%
Marche	381.162	32,3%	123.115	17.360	14%	5%
Lazio	1.293.472	26,9%	347.944	48.902	14%	4%
Umbria	227.477	30,3%	68.926	9.398	14%	4%
Piemonte	1.112.287	22,9%	254.714	34.567	14%	3%
Campania	1.118.545	34,0%	380.305	51.606	14%	5%
Puglia	909.396	32,8%	298.282	38.749	13%	4%
Sardegna	401.716	35,2%	141.404	12.023	9%	3%
Calabria	425.625	35,6%	151.523	10.724	7%	3%
P.A. di Bolzano	105.549	24,1%	25.437	1.106	4%	1%
Valle d'Aosta	30.269	24,0%	7.265	192	3%	1%
Italia	13.941.531	28,4%	3.959.395	879.030	22%	6%

Fonti: Istat (2021), *Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia*. Dati I.stat su popolazione al 1/1/2021. Ministero della Salute (2023), *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*. Anno di riferimento: 2021

Il Molise risulta come *outlier*, mentre le regioni rimanenti possono essere suddivise in tre cluster: un primo, concentrato nel Centro-Nord, in cui viene raggiunto oltre un quarto del target (Lombardia, Veneto, Toscana, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Provincia Autonoma di Trento); segue un cospicuo

numero di regioni che coprono tra il 10 e il 20% del fabbisogno (Basilicata, Marche, Puglia, Campania, Umbria, Sicilia, Liguria, Abruzzo, Lazio). Infine, un ultimo gruppo di territori raggiunge meno del 10% dei potenziali beneficiari: Sardegna, Calabria, Provincia Autonoma di Bolzano e Valle d'Aosta. La variabilità delle fonti nel tempo e l'eccezionalità dell'annualità oggetto di indagine, ancora pesantemente influenzata dalla pandemia, fanno sì che sia complesso interpretare le differenze territoriali. Vogliamo però rimarcare in questa sede che le differenti performance regionali riflettono diversi posizionamenti con riferimento a: scelte di allocazione delle risorse SSN ed extra; investimenti riferiti alla rete dei servizi domiciliari; articolazione della rete di offerta e diversi modi di vedere il settore socio-sanitario.

Complessivamente, i dati illustrati in questa sezione segnalano la limitata capacità della rete di welfare pubblico di intercettare il proprio bacino di utenti potenziali, con ampia variabilità regionale. Le evidenze circa le effettive capacità di presa in carico di ADI richiedono un ripensamento complessivo della misura, per destinare al meglio gli importanti fondi del PNRR allocati su questo settore. Inoltre, appare più che mai necessario sollecitare la creazione di un sistema informativo per il settore, che metta a disposizione di cittadini, addetti ai lavori e ricercatori dati aggiornati, coerenti e solidi.

1.2 L'evoluzione del «badantato»: numeri e prospettive

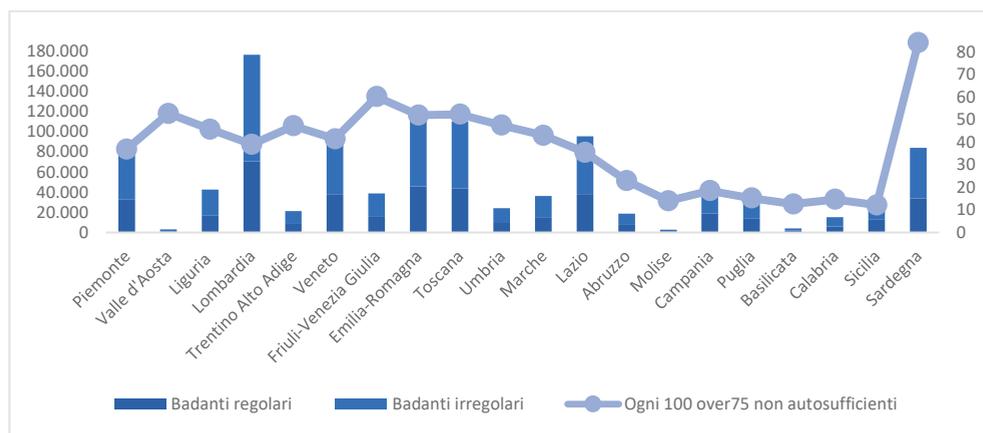
I dati INPS sul lavoro domestico in Italia incrociati con quelli Istat sulla popolazione residente ci permettono di aggiornare annualmente la cifra che rappresenta la presenza di badanti in Italia. Per il 2021, la stima del numero di badanti – regolari e irregolari – è di 1.073.565 individui³. In termini di incidenza percentuale questo implica la presenza di una badante ogni 15 cittadini over75 oppure ogni 35,54 cittadini over75 non autosufficienti. La Figura 1.1 mostra la distribuzione tra Regioni, confermando una maggior incidenza nel Centro e Nord in Italia, in continuità con le stime precedenti.

Dopo due anni di aumento sostenuto del numero di badanti regolari, tra il 2021 e il 2022 la tendenza si è invertita, con un calo del 4,9%. Tra le possibili ragioni vi è una riduzione delle regolarizzazioni «spontanee» promosse nelle fasi

³ Per la stima dei lavoratori irregolari si è utilizzato, in continuità con i 5 Rapporti OLTC precedenti, il rapporto 40-60 tra lavoratori regolari e irregolari. Questa proporzione è confermata anche dalla recente pubblicazione di Pasquinelli e Pozzoli (2021) ma anche da Istat (Conti Nazionali 2018 per la Categoria ATECO «T»: Attività di famiglie e convivenze come datori di lavoro per personale domestico; produzione di beni e servizi indifferenziati per uso proprio da parte di famiglie e convivenze) che indica il tasso di irregolarità nel settore domestico pari al 57,6%.

più critiche della pandemia da Covid-19 per garantire continuità nella cura e l'esaurirsi della norma prevista dal DL 34/2020, che aveva portato all'emersione di lavori irregolari. A questo si aggiungono anche i diversi «shock economici» che le famiglie italiane hanno dovuto affrontare nel 2021-2022 che potrebbero aver influito sulla loro disponibilità (e capacità) a pagare per tali servizi.

Figura 1.1 Distribuzione di badanti regolari e irregolari nelle Regioni e incidenza rispetto agli over75 non autosufficienti, anno 2022



1.3 Il posizionamento strategico dei grandi *player* del settore

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 questionari⁴ e dati aziendali da 29 grandi *player* del settore tra quelli partecipanti all'Osservatorio Long Term Care (cfr. *Introduzione*), selezionati per la loro dimensione in termini di fatturato e rilevanza nel territorio nazionale. Dove rilevante, i risultati verranno messi in relazione con quanto emerso dalla stessa rilevazione negli scorsi anni per evidenziare trend e fenomeni in atto nel settore⁵.

⁴ I dati sono stati raccolti attraverso due rilevazioni descritte nel Capitolo 3, inviate alle 30 aziende individuate come *key players* del settore. Le risposte raccolte sono state 29.

⁵ Le aziende rispondenti al questionario nelle edizioni precedenti della rilevazione sono in parte differenti; tuttavia, si ritiene che le rilevazioni possano essere lette in maniera congiunta in virtù del fatto che le aziende partecipanti al Network Keyprovider hanno caratteristiche omogenee e comparabili.

1.3.1 La fotografia del Network OLTC

Caratteristiche descrittive

I grandi *player* che partecipano a OLTC presentano diverse forme giuridiche (Figura 1.2):

- 7 Aziende pubbliche, di cui 4 Aziende pubbliche di servizi alle persone (ASP) e 2 Istituti Pubblici di Assistenza e Beneficenza (IPAB) e 1 Azienda Speciale Consortile (ASC);
- 10 Cooperative;
- 6 Aziende private for profit;
- 6 Fondazioni di derivazione o connotazione ecclesiastica.

Si registra quindi una distribuzione bilanciata tra Enti di natura pubblica, cooperativa e attori privati.

Figura 1.2 Natura giuridica dei grandi *player*, anno 2023

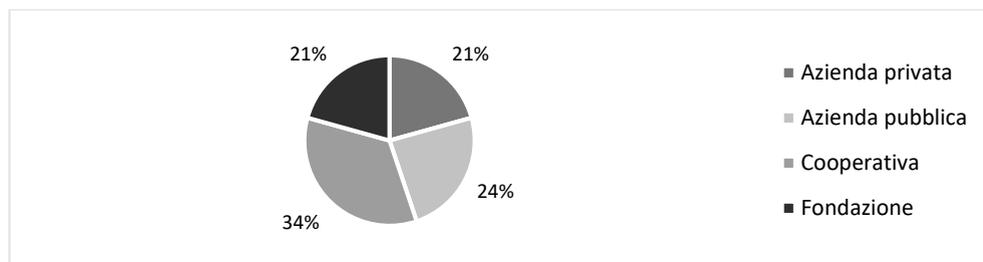
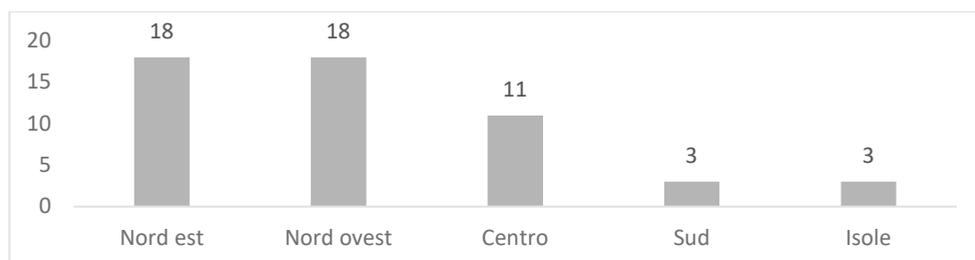


Figura 1.3 Aree geografiche di intervento dei grandi *player*, anno 2023



Delle 29 aziende, la maggioranza (Figura 1.3) opera nel Nord Italia, alcune operano nel Centro, una minoranza è presente anche al Sud e nelle Isole. In particolare, 17 provider operano in un'unica area geografica (tipicamente Nord Est o Nord Ovest), 12 in due o più aree, solo due organizzazioni sono presenti su

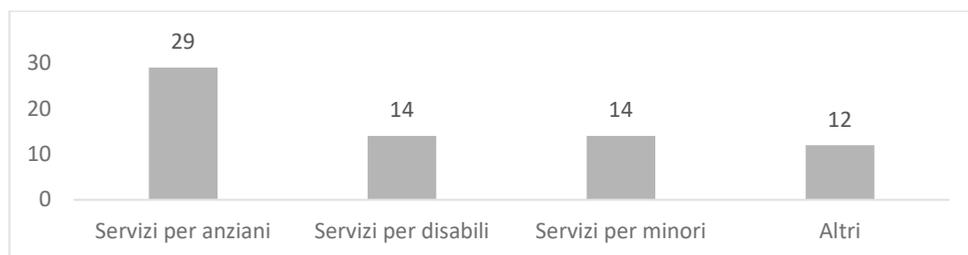
tutto il territorio nazionale. Questo dato è coerente rispetto al fatto che nel Centro e Sud Italia i servizi per anziani sono meno diffusi e che siano presenti prevalentemente gestori di singole strutture e piccolissime dimensioni e di conseguenza un numero esiguo di grandi *player*.

Con riferimento al 2022, complessivamente i gestori partecipanti al Network gestiscono attività per oltre 2 miliardi di fatturato⁶.

Portafoglio di servizi

I gestori mostrano attività articolate e trasversali a più aree di business (Figura 1.4) segnalando un posizionamento strategico aperto alla diversificazione delle attività ma anche alla ricerca di sinergie e integrazione tra diverse aree assistenziali. Tutti i *player* sono attivi nell'area dei servizi per anziani, 14 anche nell'area disabilità, andando così a ricomporre i più classici target per la LTC ed evidenziando le sinergie tra i due comparti. Altri (14) sono attivi anche nell'area minori, in particolare con servizi di asili nido, comunità per minori e servizi di varia natura per minori con disabilità. Dodici di loro sono attivi anche in altri comparti, quali servizi sanitari, oppure dedicati alla salute mentale, all'accoglienza, al disagio adulto e al contrasto alla povertà ed emarginazione.

Figura 1.41 Posizionamento in diverse aree di servizio, anno 2023



Guardando ai servizi (Figura 1.5) specificatamente destinati all'area anziani, emerge una grande varietà che segnala ancora una volta il tentativo di ricomporre filiere assistenziali. Se da un lato tutti i grandi *player* gestiscono strutture residenziali socio-sanitarie per anziani, è interessante osservare quali altri servizi sono presenti in abbinamento a queste:

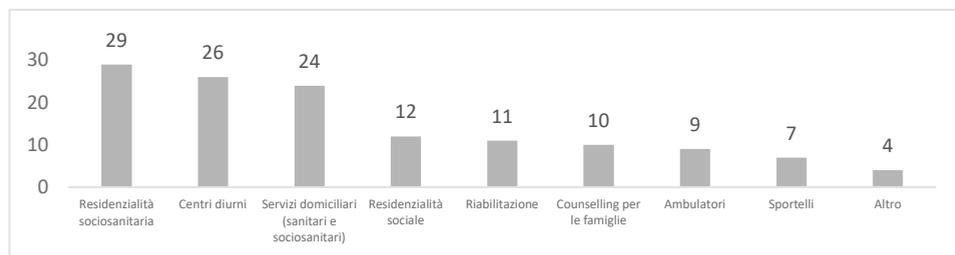
- la quasi totalità dei *player*, 26, abbina alla gestione delle strutture residenziali socio-sanitarie un'offerta di servizi diurni. Sono poi 24 i gestori

⁶ Dato riferito a 22 enti.

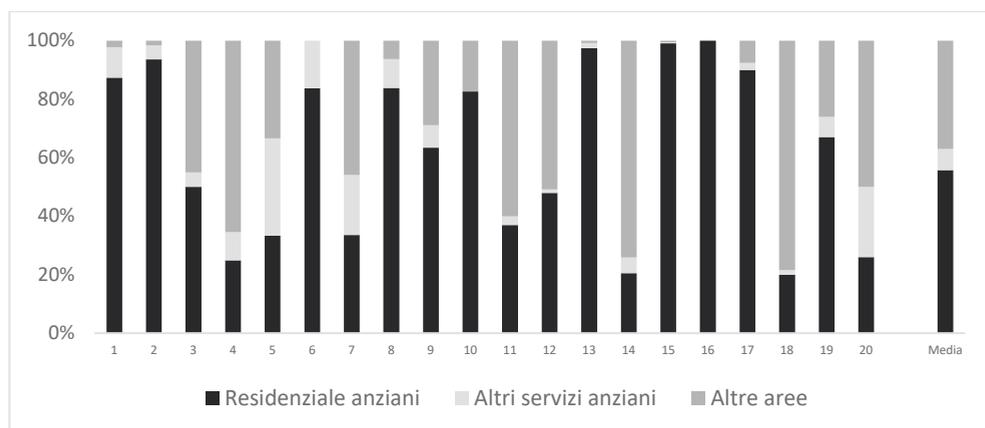
che a questi aggiungono servizi domiciliari, andando a comporre la filiera socio-sanitaria completa sui tre setting più tipici e presenti in tutti i contesti regionali;

- dodici *player* gestiscono anche servizi residenziali sociali per anziani, ovvero senza alcuna componente sanitaria o socio-sanitaria, e quindi pagati prevalentemente dalle famiglie. Questi sono gruppi appartamento, residence, mini alloggi e altre modalità di abitare che prevedono forme di aggregazione e servizi assistenziali connessi ma solo nell'ambito della socialità e vita quotidiana;
- altri *player* hanno sviluppato la filiera non tanto andando a completare i setting socio-sanitari o sociali, quanto includendo servizi di derivazione sanitaria come quelli di riabilitazione (sia ambulatoriale che residenziale) o offerta ambulatoriale di varia natura. Undici di loro possono vantare una filiera completa che include tutti i servizi di derivazione socio-sanitaria (residenziale, domiciliare e diurno) e servizi di natura sanitaria (riabilitazione o altra assistenza ambulatoriale);
- alcuni rispondenti sono presenti anche sul mercato dei servizi alle famiglie a pagamento con servizi di sportello e *counseling*. Nel primo caso si tratta di servizi di presa in carico ed informativi per orientare e supportare le famiglie nell'accesso e nella frequenza ai servizi, offerti da 7 *player*. Nel caso del *counseling* si tratta invece di servizi di consulenza operativa o psicologica per le famiglie, sempre a supporto della gestione della non autosufficienza, presenti in 10 enti. Sei gestori offrono entrambi i servizi.

Dai dati sui 29 gestori di servizi LTC si conferma il consolidamento di un'offerta orientata alla filiera «tradizionale», che propone più setting di presa in carico alle famiglie e agli utenti nel tentativo di accompagnare l'evoluzione dei bisogni attraverso la possibilità di accedere a servizi con diversa intensità assistenziale. A complemento di questi, diversi provider si stanno attrezzando anche rispetto ad una gamma più ampia di bisogni delle famiglie, includendo il tema dell'accompagnamento e del supporto psicologico. Allo stesso tempo, cresce anche l'offerta di servizi ad afferenza sanitaria, con la disponibilità di riabilitazione e ambulatori.

Figura 1.5 Servizi per anziani gestiti dai grandi *player*, anno 2023

In termini di peso economico-finanziario dei servizi, la Figura 1.6 illustra il fatturato generato da servizi di residenzialità per anziani, altri servizi per anziani, e servizi rivolti ad altri target di utenza per l'anno 2022.

Figura 1.6 Scomposizione del fatturato 2022 per aree di attività, grandi *player* del settore. n=20

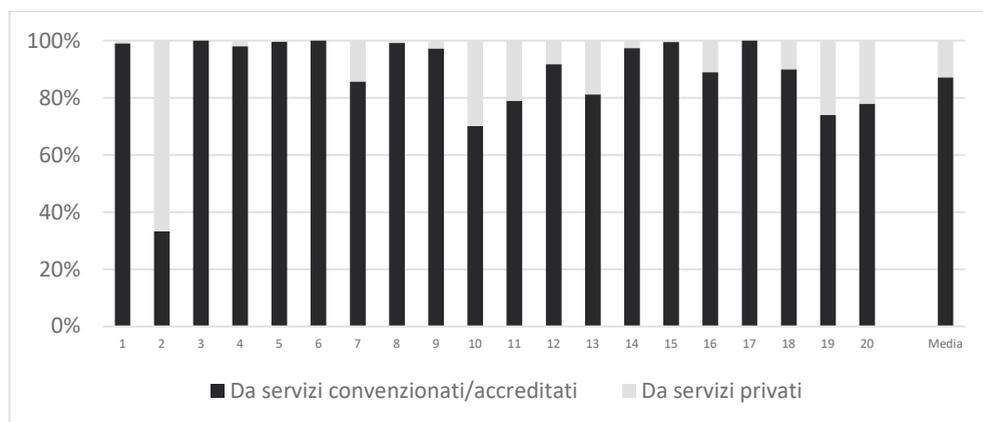
I servizi per anziani diversi dalla residenzialità contribuiscono mediamente solo al 7% dei ricavi complessivi, mantenendo quindi un peso residuale nel business model complessivo. Il fatturato derivante da servizi non dedicati ad anziani, sebbene raggiunga e/o superi il 60% in ben quattro casi, è in media del 37%, in linea rispetto alla scorsa edizione della rilevazione (36%), ma in sensibile calo rispetto al 4° Rapporto OLTC (quando era pari al 47%). La residenzialità per anziani è di gran lunga la prima fonte di fatturato (56% in media), in lieve calo rispetto all'edizione passata (quando era pari al 59%). Si conferma dunque il trend in riduzione del peso di questo setting, che aveva osservato una battuta d'arresto nell'anno 2021. L'eccezione 2021 segnalava, probabilmente, le difficoltà dei gestori a sostenere l'innovazione in anni caratterizzati da continue crisi (pandemia prima, personale poi), in fase adesso di parziale ri-stabilizzazione. In

ogni caso, la consistenza dell'incidenza del fatturato da residenzialità segnala che questo setting è quello che meglio ha tenuto (da un punto di vista di sostenibilità economica) in questi anni. Le difficoltà sul comparto diurno e domiciliare sono state maggiori e hanno portato i grandi gestori a ridurre i volumi. Il residenziale, pur con tutte le difficoltà è stato quello su cui si è deciso di investire e proteggere, anche in virtù degli importanti budget pubblici garantiti e accessibili. Ad ogni modo, se nel 2021 le aziende avevano chiaramente puntato a non perdere terreno sulla residenzialità, riducendo gli sforzi sugli altri setting, nel 2022 questi sembrano avere riacquisito rilevanza in termini percentuali nel mix di offerta e di fatturato. 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.

Offerta pubblica e mercato privato

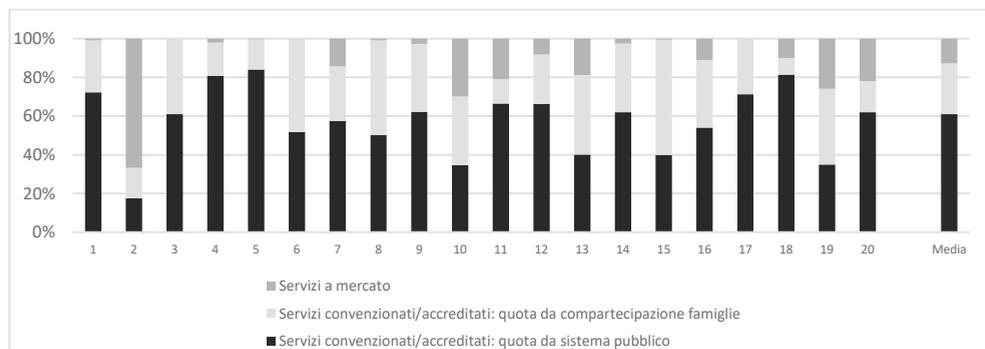
Il settore socio-sanitario si è sviluppato nel tempo intorno all'offerta pubblica e ai meccanismi di accreditamento, convenzionamento e budget. Il settore sta però cambiando, sia con riferimento alla capacità del welfare pubblico di soddisfare un bisogno potenziale in costante evoluzione, sia con riferimento ai bisogni delle famiglie sempre più differenziati per cluster sociali e alla ricerca di personalizzazione (per approfondimenti, si rimanda al Capitolo 2 del 4° Rapporto OLTC). 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 differenziate) quote – seppur minoritarie – di attività svolta al di fuori del regime pubblico. In Figura 1.7 è possibile osservare la scomposizione del fatturato 2022 per attività socio-sanitaria tra servizi ad accreditamento o convenzionamento pubblico e servizi a mercato privato: in media l'87% del fatturato deriva dalla prima tipologia e il 13% dalla seconda. Il dato sul mercato privato è fortemente condizionato dal caso di un gestore, che genera il 67% dei ricavi attraverso la solvenza: nei casi rimanenti, la quota oscilla tra lo 0 e il 30%. Rispetto alla rilevazione precedente, si riduce la quota di fatturato generato da accreditamento pubblico (era il 91% nel 5° Rapporto OLTC) rispetto a quello derivante dalla solvenza. Anche in questo caso notiamo il graduale riassorbimento dell'effetto della pandemia. In generale, i grandi *player* confermano ancora un posizionamento prevalentemente centrato su servizi a budget pubblico, con limitate aperture verso il mercato.

Figura 1.7 Scomposizione del fatturato 2022 per attività verso pubblico o verso privati, grandi *player* del settore. n=20



Con riferimento ai servizi residenziali per anziani, che come visto (Figura 1.6) generano il 56% del fatturato totale, si osserva come la quota afferente a servizi erogati in regime di accreditamento o convenzionamento sia molto diversificata se scomposta tra quota corrisposta da soggetto pubblico e quota derivante da compartecipazione delle famiglie (Figura 1.8). Mediamente la compartecipazione genera il 26% del fatturato per servizi residenziali per anziani, mentre la quota corrisposta direttamente dal pubblico vale il 61% circa in media. Anche in questo caso si osservano situazioni molto differenziate che dipendono anche dalla normativa dei contesti dove i servizi sono erogati e dalle singole strategie delle aziende rispondenti, che hanno posture strategiche molto diverse rispetto a quanto riguarda l'area in solvenza. Si segnala che rispetto al 5° Rapporto OLTC, la quota di fatturato generata dalla compartecipazione è cresciuta di ben 6 punti percentuali, in linea con l'aumento della rilevanza della quota di fatturato da servizi accreditati. Il dato non è tuttavia perfettamente paragonabile in quanto rispetto alla rilevazione precedente ha risposto un numero maggiore di enti, la cui rilevanza relativa (in termini di fatturato) è significativa.

Figura 1.8 Scomposizione del fatturato 2022 per servizi residenziali per anziani, grandi *player* del settore. n=20



Cambiando prospettiva e considerando unitamente la quota di compartecipazione pagata dalle famiglie e la parte di rette da servizi a mercato, si osserva come mediamente quasi il 39% del fatturato venga corrisposto alle strutture direttamente dalle famiglie. Si può dunque affermare che allo stato attuale il finanziamento della residenzialità è spostato in una parte consistente sulle famiglie, aprendo una riflessione sulle scelte di modelli di remunerazione dei servizi stabiliti dalle regioni, diffusamente discusse nel Capitolo 3 del precedente Rapporto.

Infine, si segnala che anche in questa edizione i gestori dichiarano di essere coinvolti in operazioni straordinarie, prevalentemente nella direzione di una maggiore concentrazione del mercato attraverso fusioni e acquisizioni, confermando le tendenze già rilevate nei 5 Rapporti OLTC precedenti.

Complessivamente, la fotografia del settore al 2022 ci restituisce un'immagine in cui il bisogno di servizi per la non autosufficienza aumenta inesorabilmente, mentre il welfare pubblico ne raggiunge una quota minoritaria e prevalentemente con un servizio, ADI, la cui capacità effettiva di presa in carico rimane controversa. I gestori, dal proprio canto, mantengono un posizionamento saldamente ancorato al mercato accreditato con un'apertura limitata a servizi diversi dalla residenzialità, rimanendo quindi lontani dalla potenziale platea di bisogno presente nel nostro Paese. In questo quadro, l'offerta più capillare per accompagnare l'invecchiamento rimane il badantato, pur con tutti i limiti e le implicazioni (sociali e di cura) che questo comporta. A partire da ciò che il settore LTC oggi è (o non è), i capitoli successivi riflettono sulle condizioni che possono supportare la sostenibilità nel medio-lungo periodo, con una prospettiva manageriale.

Bibliografia

- Fosti, G., Notarnicola, E., Perobelli, E. (a cura di) (2022), «Il presente e il futuro del settore Long Term Care: cantieri aperti», *4° Rapporto Osservatorio Long Term Care*, Milano, Egea.
- Istat (2021), *Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Anno 2019*.
- Istat (più anni), *Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari*.
- Istat (più anni), *Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari*.
- Istat (più anni), *Spesa per interventi e servizi sociali – Anno 2019; Anno 2018*.
- Ministero della Salute (più anni), *Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN*.

2. La sostenibilità nel settore Long Term Care: quale significato e quali determinanti?

di Elisabetta Notarnicola, Giovanni Fosti ed Eleonora Perobelli

Le aziende del settore Long Term Care in Italia si stanno interrogando sulla possibilità o meno di operare in condizioni di sostenibilità nel prossimo futuro. Con sostenibilità si intende la capacità di una organizzazione di sopravvivere nel medio-lungo periodo e di farlo con risultati positivi e producendo valore, invece che assorbendo esclusivamente risorse di diverso tipo. La generazione, o, al contrario, l'assorbimento di risorse, distingue tra una capacità di mantenere livelli di ricchezza «sostenibili», cioè collocati in un orizzonte di lungo periodo, o non sostenibili, che accrescono i livelli di ricchezza attuali a prezzo delle generazioni future. La sostenibilità del settore Long Term Care pone quindi la domanda rispetto al rapporto tra i livelli di intervento che sono stati offerti negli ultimi anni e la capacità della nostra società di mantenere, nel futuro, i medesimi livelli di intervento in termini di soggetti coinvolti, qualità dei servizi erogati, valore prodotto per gli utenti e per la comunità. La sostenibilità può poi essere declinata in termini economici, sociali o ambientali. Soffermandoci sui primi due aspetti ci si chiede quindi se nel medio-lungo periodo le aziende del settore riusciranno a sopravvivere in termini economici e sociali, quindi raggiungendo un equilibrio rispetto alle risorse economiche e sociali prodotte e consumate, con l'aspettativa che il valore prodotto sia maggiore di quello assorbito. Queste domande sono sempre rilevanti, ma appaiono cruciali alla luce degli anni appena trascorsi.

Rispetto alla sostenibilità economica, gli anni dal post-Covid ad oggi (inizio 2024) sono stati particolarmente critici, in relazione a diversi fenomeni, sia esogeni sia endogeni. Da un lato, infatti, alcuni fenomeni macroeconomici come l'inflazione, la scarsità di alcuni fattori produttivi e nuove modalità di approvvigionamento che si sono affermate a livello europeo hanno determinato un aggravio sui costi operativi e non, modificando la struttura dei costi e le modalità di gestione ordinaria e straordinaria. Dall'altro, questi sono cambiati anche in

funzione di diverse scelte gestionali e strategiche (per esempio, rispetto alle *operations* alle modalità di gestione degli immobili e dei servizi) evidenziando la necessità di modificare (generalmente intensificando per frequenza e qualità, per esempio maggiori controlli sulle procedure assistenziali o più frequenti procedure assistenziali) alcune attività con relativo aggravio dei costi correlati. Questi trend di aumento dei costi non sono stati accompagnati da proporzionali aumenti dei ricavi ed hanno eroso o compromesso i margini di sostenibilità economica nel settore, tanto per le aziende pubbliche quanto per quelle private.

Rispetto alla sostenibilità sociale si possono fare due esempi concreti che evidenziano come questa possa essere compromessa nel medio-lungo periodo. In primo luogo, la contrazione nella disponibilità di personale qualificato e motivato (trend riconosciuto a partire dal 2020) ha portato in questi anni ad accrescere la pressione sul personale attivo, aumentando progressivamente il gap tra ricompense riconosciute, aspettative e sforzi profusi. Questo accade in un clima di messa in discussione dei servizi socio-sanitari esistenti che rischiano di minare la fiducia dei cittadini e delle istituzioni, impattando negativamente sul capitale sociale. In secondo luogo, il settore si confronta con la crescita demografica e l'aumento dell'incidenza della non autosufficienza che, in assenza di una significativa crescita negli investimenti pubblici, porterà inesorabilmente ad una diminuzione della capacità della quota di fabbisogno preso in carico dal welfare pubblico. Questi fenomeni, che verranno meglio illustrati nei paragrafi successivi, portano le organizzazioni del settore a riflettere sul prossimo futuro e a chiedersi come modificare modelli gestionali e istituzionali. Queste domande sono cruciali a livello italiano ma vengono affrontate anche nel contesto europeo. I trend citati sono infatti verificati anche in altri contesti europei che vedono modelli istituzionali, di servizi e di evoluzione demografica e sociale simili. Gli interrogativi circa il futuro del settore sono quindi condivisi, mentre le risposte delle singole organizzazioni e delle istituzioni sono diversificate, come verrà meglio illustrato nel Capitolo 3. In questo capitolo, invece, ci si interroga su quali siano le determinanti della sostenibilità del settore, partendo da quanto discusso a livello internazionale, per poi approfondire la prospettiva proposta dalle organizzazioni che operano nel contesto italiano. Questo viene fatto tenendo in considerazione un doppio livello: quello del **sistema** nel suo complesso e quello delle **singole istituzioni e organizzazioni** che vi operano. Questi elementi, rapportati ad alcuni dati che descrivono i fenomeni in corso, porteranno ad una definizione operativa di sostenibilità che verrà poi usata nel Rapporto di ricerca per discutere delle prospettive del settore.

2.1 La sostenibilità del settore Long Term Care nella letteratura internazionale: quali macro-tematiche?

Come immaginare il settore Long Term Care del prossimo futuro in modo che sia sostenibile e maggiormente performante è una domanda che risuona in diversi paesi europei. L'interrogativo viene declinato rispetto alla sostenibilità economica, identificando la necessità di integrare risorse pubbliche e private (Mosca *et al.*, 2017) ma anche di ripensare i modelli istituzionali nel loro complesso (European Commission, 2019) e la tipologia di servizi offerti verso una logica di *integrated care* (WHO, 2022). Gli studi svolti abbinano, quindi, al tema economico quello dei modelli di servizio, proponendo l'evoluzione dei modelli residenziali (Walsh *et al.*, 2022; Yang *et al.*, 2022) verso sistemi digitali e orientati ad una maggiore specializzazione e integrazione, anche in una logica di prevenzione e attivazione di reti sociali (European Commission, 2021). Altri lavori si concentrano sulle problematiche collegate alla scarsità attuale del personale e alla auspicata evoluzione futura dei modelli di competenze e di servizio (Slaughuis, 2011; WHO, 2022). Dalla letteratura internazionale emergono chiaramente due temi. L'approccio è sistemico, ad indicare che parlando di futuro del settore debbano necessariamente essere prese in considerazione più dimensioni e fattori che sono tra loro correlati. Questi fattori o dimensioni ricorrenti possono essere organizzate intorno a tre macro-tematiche, ovvero: i **modelli di servizio**; le **competenze e il personale** in essere; i **risultati economici**.

Rispetto alla sostenibilità dei risultati economici, la letteratura internazionale si focalizza sia sul livello macro-economico sia di singola organizzazione. Ci si chiede quindi quale sia il modello che a livello di sistema possa garantire il finanziamento adeguato in funzione dei trend di crescita futuri, come si debbano integrare risorse pubbliche e private anche con modelli assicurativi o di partnership pubblico privato e come agevolare le aziende del settore ad aumentare la produttività (in termini di servizi offerti). Queste considerazioni vengono svolte anche considerando *spill-over* e integrazioni con altri settori (politiche del lavoro, politiche sanitarie e sociali, politiche industriali) e guardando alla tecnologia come possibile leva di sviluppo.

Rispetto alla sostenibilità collegata ai modelli di servizio, si analizza e discute il costo-efficacia delle diverse soluzioni, proponendo di ancorare le scelte politiche di supporto ad una o ad altra tipologia di servizio in funzione dei risultati ottenuti e delle risorse necessarie. L'orientamento è quello di guardare alla ri-modulazione dei servizi come possibile chiave per meglio ancorarli ai bisogni e alle domande dei cittadini, in modo da lavorare su qualità e appropriatezza. La tendenza è quella di ampliare l'offerta dei servizi, superando le tipologie esistenti e articolando modelli ibridi e flessibili. Un filone di analisi è dedicato anche alle modalità gestionali che possono contribuire a migliorare la relazione costo-efficacia dei servizi per LTC, con la chiave tecnologica, della logistica e

dei modelli di approvvigionamento dei beni necessari come possibili leve per migliorare la sostenibilità dei servizi.

Rispetto alla sostenibilità futura che deriva dalle competenze e dalla gestione dei professionisti la letteratura internazionale identifica tre macro-tematiche: le politiche del lavoro; la revisione di task e requisiti; l'evoluzione delle figure professionali. Si discute quindi della numerosità e provenienza dei lavoratori riconoscendo come a livello europeo la maggior parte dei *care workers* abbia un background migratorio, ipotizzando soluzioni per rendere più attrattivo il settore e il territorio europeo. Si discute dell'impatto psicologico del lavoro nel settore, delle condizioni lavorative e di quali possano essere gli incentivi e i cambiamenti per rendere il lavoro di cura attrattivo e opzione di lungo periodo per i lavoratori. Vengono infine analizzati i contributi di infermieri, medici e personale assistenziale per ipotizzare l'evoluzione dei ruoli nel prossimo futuro in modo da contribuire all'evoluzione dei modelli di servizio ma anche orientare a mix che siano maggiormente costo-efficaci.

2.2 Le sostenibilità del settore Long Term Care nel contesto italiano

Queste tre macro-tematiche trovano riscontro anche nel contesto italiano. Prima di discutere le specifiche declinazioni che possono assumere nel nostro Paese, è utile passare in rassegna alcuni dati che richiamano perché queste accezioni di sostenibilità siano particolarmente significative anche in Italia.

Rispetto al *tema economico* è probabilmente sufficiente richiamare alcuni trend¹ in corso:

- il finanziamento pubblico per sanità e Long Term Care sta vivendo un trend decrescente da alcuni anni (post-Covid). La spesa pubblica in rapporto al PIL diminuisce anno dopo anno (1,25% sul PIL nel 2018, 1,23 stimato nel 2023) contemporaneamente a una diminuzione dei valori assoluti ancora più cospicua considerando la decrescita del PIL. Questo trend si nota in modo concreto guardando ai dati sull'offerta di servizi LTC ai cittadini (si veda il Capitolo 1), che risultano in continua decrescita;
- gli anni post-Covid sono stati caratterizzati anche da inflazione e difficoltà ad accedere ai fattori produttivi a condizioni vantaggiose. Questi hanno impattato sui risultati economici delle aziende del settore (si veda Capitolo 1) che a partire dal 2021 hanno riportato difficoltà nella gestione dei servizi e nel mantenimento di risultati soddisfacenti.

¹ Rapporto Ragioneria Generale dello Stato (2022); Rapporto OASI (2022); Rapporto OLTC (2022).

Rispetto ai *modelli di servizio* si ripropone il doppio livello di ragionamento, sistemico e a livello di singola organizzazione. Come sistema Paese è bene ricordare alcuni trend demografici²:

- oggi la popolazione italiana di 65 anni e più rappresenta il 23,5% del totale ma entro il 2050 questa potrebbe rappresentare il 34,9% del totale in funzione dell'effetto baby boomer;
- già al 2030 la percentuale si assesterebbe intorno al 30% della popolazione totale;
- al 2030 l'80% dei comuni italiani andrà incontro ad un calo demografico (il 94% per i comuni delle aree interne) vedendo un ribaltamento ulteriore della piramide demografica;
- si assisterà ad un aumento del numero complessivo delle famiglie senza nuclei (persone sole), con un incremento del 20,5%, da 9 a circa 11 milioni nel periodo 2021-2041 (41,4% delle famiglie totali), con alcune specifiche:
 - gli uomini che vivono soli segneranno +18,4% (uno su tre over65);
 - le donne sole +22,4% (1 su 5 over65);
 - complessivamente gli over65 soli rappresentano il 60% degli anziani.

Sono in corso poi alcuni trend epidemiologici³ che già oggi hanno un impatto sui servizi LTC:

- si prevede nel prossimo futuro (2030) per i cittadini italiani anziani un maggior carico di malattia (*GBD, global burden of disease*), misurato in anni di vita aggiustati per disabilità (*DALY, disability-adjusted life years*). Questo porterà ad aumentare l'incidenza della non autosufficienza (già in aumento negli ultimi 10 anni; si veda il Capitolo 1) ed è attribuibile alle patologie cardio e cerebrovascolari e ai disturbi neuropsichiatrici, tra cui la depressione, la malattia di Alzheimer e le altre forme di demenza. Si registra però allo stesso tempo un miglioramento delle complessive condizioni funzionali e di salute della fascia di età compresa tra i 65 ed i 75 anni;

² Istat (2022), Previsioni della popolazione residente e delle famiglie | Base 1/1/2021.

³ ISS, L'invecchiamento della popolazione: opportunità o sfida?; Filippi (2020), Più longevi ma con meno salute? Un allarme epidemiologico.

- nel 2028, il numero di malati cronici in Italia (tutte le età) salirà a 25 milioni, mentre i multicronici saranno 14 milioni, rappresentando potenzialmente una popolazione che si affaccerà per la prima volta alla non autosufficienza o che vedrà la propria situazione diventare ancora più complessa.

Questi fenomeni richiederanno (e già richiedono) un adattamento dei servizi LTC a caratteristiche e bisogni che non erano contemplati in passato e continueranno ad impattare sempre di più rispetto alle risorse da attivare nei servizi e alle competenze necessarie. Allo stesso tempo si verifica anche un cambiamento nelle attitudini dei cittadini rispetto al settore LTC e cambia la loro disponibilità a pagare rispetto all'attivazione di servizi privati.

Rispetto al *personale* il tema principale riguarda la scarsità dei professionisti⁴: già nel 2022, guardando al sistema sanitario nel suo complesso, mancavano all'appello 60.000 infermieri per mantenere gli attuali standard e altri 140.000 per arrivare agli standard europei (attualmente in Italia sono iscritti all'Ordine poco più di 332.000 infermieri con una media di 6,2% per 1000 ab., per garantire la media OCSE di 8,8 ne servirebbero 471.000). A questi numeri si aggiunge la necessità di ulteriori nuove unità con varie specializzazioni solo per la realizzazione dei progetti e investimenti previsti dal PNRR. Una quota di questi professionisti opera nel settore LTC che già nel 2022 lamentava la carenza del 22% degli infermieri rispetto alla dotazione ordinaria. Ogni considerazione legata a competenze e skill consegue la carenza numerica e deve essere letta in questa prospettiva.

L'insieme di queste considerazioni, unitamente a quanto osservato nella letteratura internazionale, ci porta a enucleare il concetto di sostenibilità secondo le stesse tre tematiche già proposte sopra, ma specificate rispetto al contesto del nostro Paese.

2.2.1 La sostenibilità economica del settore LTC e le sue determinanti

Guardando alla dinamica economica e al doppio livello di analisi, quello del sistema nel suo complesso e quello delle singole organizzazioni che lo definiscono, la sostenibilità economica del settore dipende da alcuni elementi, e specificatamente:

1. l'entità del finanziamento pubblico futuro e il modello di finanziamento in essere;
2. la possibilità di agire una ricomposizione tra risorse pubbliche esistenti oggi per diverse prestazioni;

⁴ FP CISL 2022, Rapporto OLTC 2022.

3. il mix di finanziamento pubblico-privato;
4. la possibilità di espandere le fonti di finanziamento (o i ricavi per servizi) per linee di attività diverse da quelle oggi prevalenti;
5. l'attivazione di meccanismi di compensazione di costi tra settori/mercati/servizi;
6. la possibilità di agire azioni strategiche sui costi;
7. le scelte che verranno operate in merito a standard e tipologia di offerta dei servizi.

La dinamica futura del finanziamento pubblico indubbiamente sarà in grado di determinare la sopravvivenza del settore, considerando che, a oggi, la spesa pubblica per servizi LTC è nettamente superiore a quella privata dei cittadini (se non consideriamo la spesa privata per servizi assimilabili al badantato e riferendoci, quindi, solo ai servizi formalizzati). Il trend attuale, negativo, preoccupa rispetto al prossimo futuro ma l'entità della spesa pubblica attuale deve anche essere messa in relazione al modello di finanziamento oggi esistente, che potrebbe modificarsi, e al fatto che oggi la spesa pubblica non beneficia di nessuna integrazione con quella privata. Se si governassero e coordinassero le due spese (pubblica e privata) queste potrebbero fare leva l'una sull'altra e innescare un auspicabile effetto moltiplicatore.

Rispetto alle singole organizzazioni del settore, il futuro dipende sia dalla dinamica dei ricavi sia da quella dei costi. In questo senso, ogni sforzo volto ad ampliare la tipologia e l'entità dei ricavi e a contenere i costi (preservando il contenuto dei servizi e gli standard di qualità) sarà di supporto alla sostenibilità futura. La tipologia di servizi che diventerà dominante (per esempio, residenziale o domiciliare) e gli standard che si affermeranno sanciranno la sostenibilità futura, sia conseguentemente a scelte di policy ma anche alle scelte dei singoli gestori dei servizi.

2.2.2 La sostenibilità delle competenze e per i professionisti del settore LTC e le sue determinanti

Alla luce della scarsità del personale e delle mutate esigenze delle famiglie e degli anziani non autosufficienti, la sostenibilità futura del settore dipenderà sia dalla disponibilità del personale di cura sia, e forse soprattutto, dall'evoluzione delle diverse figure professionali rispetto a capacità, responsabilità ma anche motivazione e ruolo svolto nei servizi. Questi aspetti sono da presidiarsi sia a livello sistemico sia di singola azienda e sono interrelati tra loro. La numerosità del personale e la disponibilità ad operare nel settore dipendono strettamente, tra le altre cose, anche dalla attrattività del settore e dalla qualità percepita e vissuta in prima persona dai professionisti. Questa a sua volta è funzione delle condizioni di impiego ma anche dei contenuti professionali, delle competenze necessarie e delle possibilità di sviluppo di nuovi skill. Il settore deve essere in grado

di investire su queste tematiche, presidiarle nel tempo nonché di adattarle ai cambiamenti interni ed esterni ad esso. Da ultimo, non si può non considerare che oggi in Italia sia attivo un numero molto alto di operatori non professionali e caregiver informali. Alla luce dei trend in corso non è più possibile ignorare queste risorse che, se integrate nei modelli di servizio, possono contribuire a sostenere la sopravvivenza del settore. In sintesi, la sostenibilità futura del settore, se pensiamo al personale e ai professionisti dipende da:

1. numerosità dei professionisti e disponibilità;
2. attrattività del settore, *turn-over* e *retention rate*;
3. benessere del lavoratore;
4. qualità del lavoro di cura;
5. aggiornamento e investimento sulle nuove competenze;
6. definizione dei ruoli professionali e del contenuto professionale;
7. modelli di incentivo e *compensation*;
8. evoluzione professionale del badantato e del caregiving informale.

2.2.3 *La sostenibilità dei modelli di servizio del settore LTC e le sue determinanti*

La sostenibilità futura del settore LTC da ricercare non riguarda solo le modalità di impiego e valorizzazione delle risorse economiche ed umane, ma anche la capacità del settore di promuovere modelli di servizio che siano coerenti con l'evoluzione dei bisogni espressi dagli utilizzatori dei servizi e dalla popolazione target. Questo dipende quindi strettamente dal target identificato, considerando che i servizi LTC si orientano sempre più spesso a target multipli e molto diversificati tra loro (per esempio, grave non autosufficienza, non autosufficienza moderata, autosufficienza, caregiver ecc.). La sostenibilità futura dovrà essere considerata rispetto ad una scelta esplicita del target dei servizi e della verifica che i destinatari di questi siano coerenti con il target espresso. Questo aspetto è stato fino ad oggi sottostimato, considerando che la filiera attuale dei servizi è particolarmente rigida e non prevede (nella maggior parte dei contesti; si veda il 5° Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care) un adattamento e personalizzazione rispetto a target, destinatario effettivo e bisogni specifici. Con l'ampliamento della popolazione potenziale e la diversificazione dei bisogni questa capacità sarà sempre più dirimente e fondamento della sostenibilità dei servizi. Le caratteristiche di questi e i modelli organizzativi e gestionali implementati dovranno, infatti, essere coerenti con target, destinatari e bisogni in modo da evitare sprechi, duplicazioni e valorizzare al massimo le risorse (spesso scarse) disponibili. In questo ci si aspetta che la possibilità di creare filiere di servizi, anche in sinergia con altri settori, oltre che la attivazione di soluzioni tecnologiche possa essere di aiuto. In sintesi, gli elementi da presidiare per orientarsi alla sostenibilità dei modelli di servizio sono:

1. identificazione di scelte strategiche chiare e ricerca della coerenza interna tra destinatario dei servizi, target specifico preso in carico, bisogni specifici a cui si vuole dare risposta;
2. attivazione di filiere esistenti tra servizi;
3. design dei servizi;
4. attivazione di soluzioni tecnologiche;
5. attivazione di sinergie con altri settori/mercati (sanità, abitare, *silver economy* in generale...);
6. presidio dei processi interni/di cura.

2.3 La visione sulla sostenibilità delle aziende OLTC

Le tre dimensioni di sostenibilità come descritte nei paragrafi precedenti sono state la base di tutte le attività di ricerca svolte e presentate in questo Rapporto. Le macro-tematiche e le relative sotto-dimensioni sono state validate in un workshop tenutosi a luglio 2023 dalle aziende parte dell'Osservatorio Long Term Care, che hanno discusso anche di quanto fossero rilevanti e agibili o modificabili nel prossimo futuro. Dalla discussione con le aziende è emerso che in un contesto a fortissima regolamentazione regionale come quello italiano le leve di sostenibilità direttamente in mano e in potenza alle singole organizzazioni sono solo una parte. Alcuni fattori, sebbene potenzialmente nelle corde dell'agire strategico di una organizzazione, sono oggi appannaggio di scelte di policy rigide e vincolanti. Questo non vuol dire che non siano modificabili, è piuttosto la conferma che la sostenibilità del settore si raggiunge grazie ad un lavoro di concerto tra gestori (di diversa natura) e di *policy maker* e che le scelte dell'uno non possono non considerare quelle dell'altro, in una logica di reciprocità e partnership che fino ad oggi è mancata. Se fino a qui ha dominato una logica contrappositiva e difensiva, è necessario segnare da parte dei gestori e dei *policy maker* un cambio di passo rispetto al prossimo futuro del settore, riconoscendo la connessione tra i due livelli e valorizzando in positivo la possibilità di integrare pubblico e privato come (forse l'unica) possibilità di sostenibilità del settore.

Bibliografia

- European Commission (2019), *Joint report on health care and long-term care systems & fiscal sustainability. Country Documents - 2019 Update*, Brussels. https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip105_en.pdf.
- European Commission and Social Protection Committee (2021), *Long-Term Care Report. Trends, Challenges and Opportunities in an Ageing Society*. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1>.

- Mosca, I., van der Wees, P.J., Mot, E.S., Wammes, J.J.G., Jeurissen, P.P.T. (2017), «Sustainability of Long-term Care: Puzzling Tasks Ahead for Policy-Makers», *International journal of health policy and management*, 6(4), pp. 195-205. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.109>.
- Slaghuis, S.S., Strating, M.M., Bal, R.A., Nieboer, A.P. (2011), «A framework and a measurement instrument for sustainability of work practices in long-term care», *BMC health services research*, 11, pp. 1-13. <https://link.springer.com/article/10.1186/1472-6963-11-314>.
- Walsh, B., Connolly, S., Wren, M.A., Hill, L. (2022), «Supporting sustainable long-term residential care in Ireland: a study protocol for the Sustainable Residential Care (SRC) project», *HRB open research*, 5, 30. <https://doi.org/10.12688/hrbopen-res.13543.1>.
- WHO (2022), *Rebuilding for sustainability and resilience: strengthening the integrated delivery of long-term care in the European Region*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/353912>.
- Yang, C., Wang, W., Li, F., Yang, D. (2022), «A Sustainable, Interactive Elderly Healthcare System for Nursing Homes: An Interdisciplinary Design», *Sustainability*, 14, 4204. <https://doi.org/10.3390/su14074204>.

3. L'attuale sostenibilità del settore Long Term Care: la prospettiva dei gestori

di Alessandro Furnari, Simone Manfredi ed Eleonora Perobelli

Il Capitolo 2 ha descritto nel dettaglio le tre declinazioni di sostenibilità indagate nelle attività di ricerca della 6° edizione del Rapporto Long Term Care, che afferiscono ai modelli di servizio, alle competenze e ai professionisti disponibili e, infine, alla sostenibilità economica del settore. In particolare, informati dalla letteratura internazionale e dal confronto con i gestori aderenti all'Osservatorio, sono stati identificati i fattori oggi ritenuti più strategici e significativi nel determinare la sostenibilità futura del settore LTC. Forti di questa base conoscitiva, il passo successivo della ricerca è stato dedicato a rendere operative queste dimensioni, per conoscere lo stato dell'arte attuale, beneficiando del punto di vista privilegiato dei gestori dei servizi. Questo ci porta a riflettere sulla solidità del settore LTC nel medio periodo, tenendo come orizzonte temporale di riferimento il 2030. A partire da queste premesse, l'obiettivo del presente capitolo è di rispondere ai seguenti quesiti: quanto gli enti gestori ritengono sostenibile, oggi, il settore LTC? Qual è la loro percezione sugli attuali fattori abilitanti o ostativi alla sostenibilità e sulle loro determinanti? Quali spazi di lavoro sono possibili nella prospettiva delle organizzazioni del settore e del loro management?

Le evidenze raccolte per rispondere a queste domande restituiscono un settore che oggi appare sotto pressione per via di dinamiche esogene ed endogene ai servizi e alle organizzazioni che li animano. Si intravedono, tuttavia, diverse aree di intervento su cui poter far leva per orientare il settore alla sostenibilità e non solamente garantirne una stentata «sopravvivenza» nel prossimo futuro. Il capitolo è organizzato come segue: il paragrafo 3.1 descrive il metodo di analisi e le evidenze raccolte dalle indagini condotte con i gestori per ciascuno dei tre assi di sostenibilità considerati, mentre il paragrafo 3.2 riflette sulle implicazioni della ricerca per la sostenibilità futura del settore LTC.

3.1 Quanto è sostenibile il settore, oggi? Dati e prospettive da una survey OLTC

Per rispondere alle domande di ricerca precedentemente esposte sono stati somministrati alle organizzazioni del settore aderenti all'Osservatorio Long Term Care di SDA Bocconi due questionari online tra ottobre e novembre 2023. In particolare, il primo era dedicato alla percezione dei gestori sugli attuali driver o ostacoli alla sostenibilità (di seguito definito anche questionario «prospettive»); il secondo alla raccolta di dati per inquadrare il livello attuale di sostenibilità del settore (di seguito definito anche questionario «dati»). All'indagine hanno risposto rispettivamente 29 e 23 gestori. I dati rilevati nel secondo questionario fanno riferimento agli anni 2019, 2022 e al primo semestre 2023: dove non specificato direttamente, i dati riportati si riferiscono al primo semestre 2023. Prima della somministrazione, le tracce dei due questionari sono state testate con un esperto del settore per verificare la chiarezza dei quesiti e la fattibilità del raccogliere i dati richiesti. Gli esiti della rilevazione sono stati successivamente presentati in un workshop dedicato ai gestori aderenti all'Osservatorio Long Term Care di SDA Bocconi, che hanno avuto modo di validare e arricchire l'interpretazione degli stessi attraverso un lavoro in gruppi.

Vista la sinergia tra i due questionari, nei paragrafi seguenti i risultati saranno presentati congiuntamente: in questo modo, sarà possibile apprezzare il rapporto tra le percezioni riportate dai gestori sulla sostenibilità e quanto queste trovino riscontro nei dati di realtà del settore. Allo stesso modo, le letture fornite dagli enti gestori nel corso del workshop OLTC introdotto poco sopra sono state incorporate nella descrizione dei risultati e nelle successive riflessioni proposte nel paragrafo conclusivo. Inoltre, accanto ai dati medi di tutti i rispondenti, quando rilevante ai fini dell'interpretazione delle evidenze saranno proposte due modalità di clusterizzazione:

- una basata sul criterio anagrafico relativo alla **configurazione giuridica degli enti**; distinguendo tra risposte di aziende private for profit (n=6), pubbliche (n=7), cooperative (n=10), fondazioni (n=6);
- una basata sulla **filiera di servizi gestita**, che si articola tra organizzazioni che gestiscono la filiera socio-sanitaria (ossia, con almeno un servizio di LTC: n=7); socio-sanitaria e sanitaria (almeno un servizio di LTC e almeno un servizio sanitario, es. riabilitazione: n=11); filiera di cura (almeno un servizio LTC e almeno un servizio per le famiglie, es. *counseling*: n=7); filiera completa (almeno un servizio di LTC, uno sanitario e uno per famiglie: n=4).

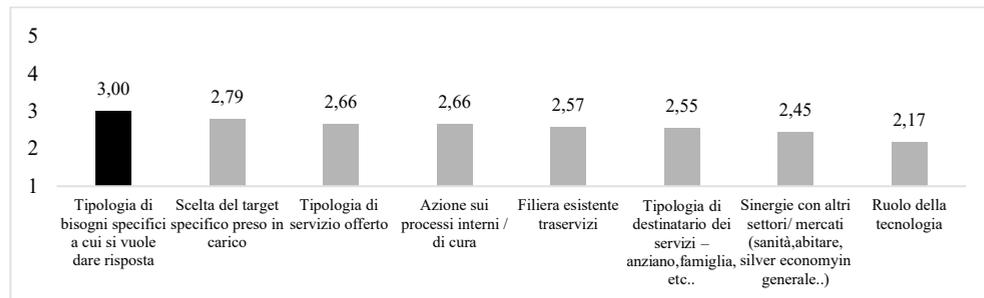
Queste due clusterizzazioni permettono un'analisi più granulare delle eventuali differenze o similitudini tra soggetti gestori, come verrà esplicitato nei paragrafi seguenti. Le sezioni successive riportano i risultati dei questionari, organizzati attorno ai tre assi di sostenibilità considerati in questo Rapporto.

3.1.1 La sostenibilità dei modelli di servizio

Due tra le componenti fondamentali nella progettazione e gestione dei servizi sono (i) i destinatari e i loro bisogni e (ii) la proposta di valore che l'ente offre per rispondere a tali bisogni. È sulla base di questi due assi che dovrebbero essere organizzate le attività aziendali, per assicurare coerenza tra bisogni cui si intende rispondere e risorse (strumentali e non) a disposizione per raggiungerli. In un contesto in cui i bisogni di LTC diventano sempre più diffusi e complessi (cfr. Capitolo 1) e le risorse degli enti, specie di personale, sono sempre più scarse (cfr. 5° Rapporto OLTC), i modelli di servizio diventano un'area di impatto cruciale sulla sostenibilità complessiva dei gestori.

Per questo motivo, ai rispondenti è stato chiesto di esprimersi rispetto alla loro percezione della rilevanza dell'impatto di alcuni fattori legati ai modelli di servizio sulla sostenibilità del settore¹. Complessivamente, i fattori proposti attingono al profilo dei destinatari, la tipologia dei bisogni presi in carico, la sinergia con altri comparti della filiera assistenziale.

Figura 3.1 Fattori legati ai modelli di servizio che hanno maggiormente impattato sul funzionamento degli enti gestori negli ultimi cinque anni in una scala da 1 (per nulla) a 5 (molto), dato medio riferito a 29 rispondenti



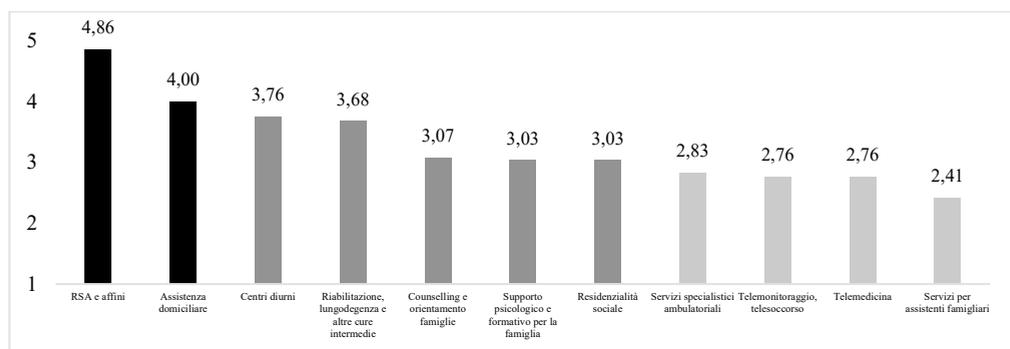
La Figura 3.1 illustra i risultati, da cui si evince che le scelte afferenti a questi ambiti non sono percepite come impattanti sulla sostenibilità e sul funzionamento delle organizzazioni del settore. Questo esito può essere interpretato almeno in due modi. Da un lato, come un segnale incoraggiante per promuovere nuovi modelli di servizio, visto che questo tipo di scelte non sembrano impattare radicalmente sull'equilibrio dei servizi. Viceversa, lo stesso dato può dimostrare come le caratteristiche del servizio e dei destinatari non vengano percepite oggi come elementi dirimenti per il futuro del settore. La seconda interpretazione, tuttavia, si può rivelare controversa poiché parte della complessità gestionale oggi affrontata dai gestori deriva, come ben evidente nel caso delle RSA, da un

¹ Per una descrizione di dettaglio di ciascun fattore si rimanda al Capitolo 2.

aggravamento dei bisogni dei soggetti in carico, che mettono sotto pressione i processi interni e la relazione con gli altri attori della rete. Non a caso, il 31% dei rispondenti dichiara maggiore impatto del target preso in carico proprio nelle RSA.

Successivamente, è stato chiesto ai gestori quali siano i servizi a più alta valenza strategica nella propria filiera, per indagare le aree di attività oggi prioritarie nel settore LTC. Non sorprende l'assoluto primato dell'RSA (Figura 3.2), che genera oltre il 50% del fatturato per il 52% dei gestori², rimanendo saldamente il cuore dei servizi formalizzati. All'RSA seguono altri servizi LTC «classici», come assistenza domiciliare e servizi diurni. Altro elemento di attenzione è legato ai servizi di *counseling*, che risultano più strategici per le aziende pubbliche (che assegnano un punteggio di 4 contro il 3,07 medio), segnalando un possibile tentativo di ricomporre i servizi esistenti, accompagnando le famiglie tra i diversi setting offerti.

Figura 3.2 Centralità strategica dei servizi gestiti in una scala da 1 (per nulla) a 5 (molto), dato medio riferito a 29 rispondenti



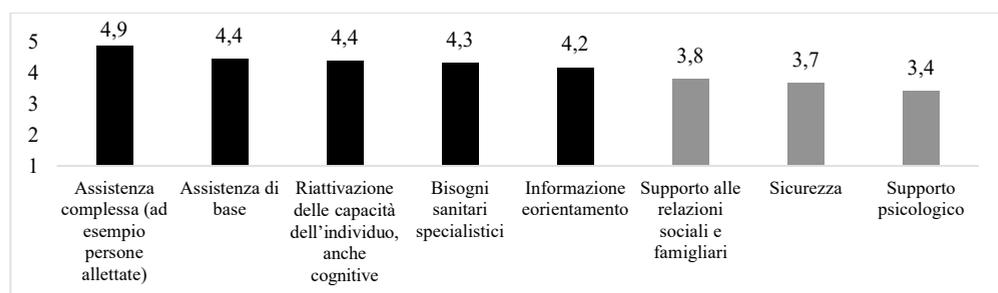
La centralità strategica delle RSA si riflette anche nei bisogni esplicitati in maniera più ricorrente da parte delle famiglie, che risultano essere legati all'assistenza complessa, seguiti da quelli di base (Figura 3.3). A conferma della vocazione ormai percepita come sanitaria delle RSA (si veda a riguardo il Capitolo 2 del 3° Rapporto OLTC), l'assistenza di base è un bisogno esplicitato con frequenza molto minore tra chi offre solo servizi LTC, che indica un punteggio di 2,57 rispetto al 4,4 medio.

Complessivamente, i gestori dichiarano una buona capacità di rispondere ai bisogni delle famiglie, indicando un livello di soddisfazione percepito da queste ultime molto buono (4 su 5 nella scala proposta). Tuttavia, nel 72% dei casi non è prevista una scala di rilevazione strutturata o validata a livello nazionale

² Dato riferito a 23 rispondenti. Fonte: questionario «dati».

e/o internazionale, demandando dunque la percezione sul livello di soddisfazione alla sensibilità dei rispondenti (perlopiù in termini di *customer satisfaction*, ossia di soddisfazione collegata all'utilizzo del servizio, solo parzialmente accompagnato da misurazioni a più ampio spettro e collegate alla relazione di utenti e caregiver con l'ente nel suo complesso – logiche *experience-based*).

Figura 3.3 Bisogni esplicitati dalle famiglie nei servizi in momenti di ascolto dedicato, in una scala da 1 (per nulla) a 5 (molto), dato medio riferito a 29 rispondenti



Il blocco successivo di domande si è concentrato attorno ad alcune leve di gestione del servizio, per indagare se e quali azioni di revisione siano state attivate e l'impatto da esse generate. Si è inoltre chiesto ai rispondenti di concentrarsi su quanto attivato dal 2021 in avanti, per evitare di considerare le revisioni apportate nel corso del periodo straordinario della prima fase della pandemia da Covid-19. Dalle risposte (Figura 3.4) si evidenzia come l'intervento dei gestori si sia concentrato su aspetti ancillari ai servizi *core* (i cosiddetti «*peripherals*»), come i servizi di supporto) e sui sistemi di monitoraggio. Questo posizionamento è coerente con il funzionamento dei servizi di LTC, dove la centralità del convenzionamento con il pubblico, le tariffe spesso lineari e non collegate alla gravità del bisogno cui si mira a dare risposta e la carenza di personale fanno sì che il margine di manovra disponibile sulle componenti chiave del servizio (es. *skill mix*) sia limitato, portando all'attivazione di azioni di efficientamento e di controllo sui costi nelle componenti ancillari. Rileva, inoltre, segnalare che la revisione dello *skill mix* è stata una misura maggiormente adottata tra chi gestisce una filiera socio-sanitaria e sanitaria, probabilmente grazie a una minore carenza di personale, come verrà illustrato nella sezione dedicata alla sostenibilità relativa al personale (par. 3.1.2).

Segue un approfondimento sulla tecnologia, da tempo tra le leve di riprogettazione dei servizi più discusse. A giudicare dalle risposte del network OLTC (Figura 3.5), tuttavia, la tecnologia rimane confinata a funzioni tradizionali e di gestione dell'operatività del servizio (es. cartella informatica). Fa eccezione il

caso della tecnologia per la somministrazione dei farmaci, sensibilmente più presente tra le Fondazioni (punteggio 4 contro il 2,93 medio del campione). Di fatto, il settore non sembra aver fatto passi avanti significativi circa il tipo e la frequenza di utilizzo delle tecnologie rispetto a quanto rilevato fin dal 1° Rapporto OLTC nel 2018, dedicato a questi temi. Il potenziale della tecnologia rimane dunque largamente inespreso, nonostante i segnali di significativo impatto sui servizi visibile in altri settori, su tutti la sanità.

Figura 3.4 Azioni di revisione dei processi di cura erogati nei servizi e impatto sul modello di attività, in una scala da 1 (non attivati) a 5 (attivati e molto impattanti), dato medio riferito a 29 rispondenti

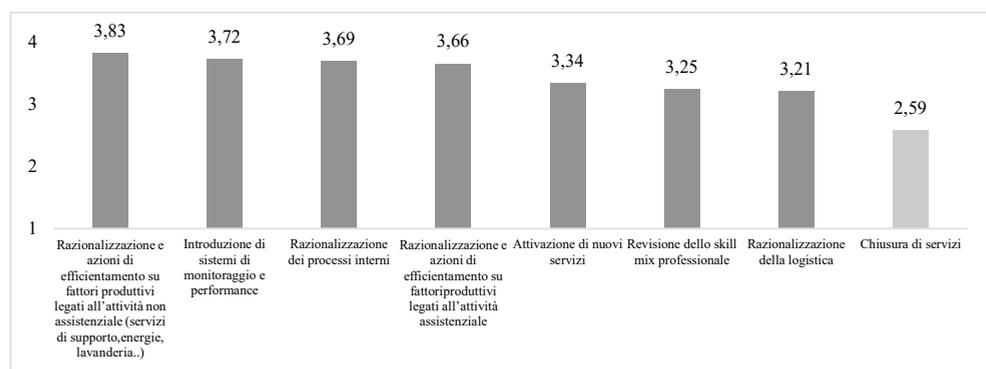
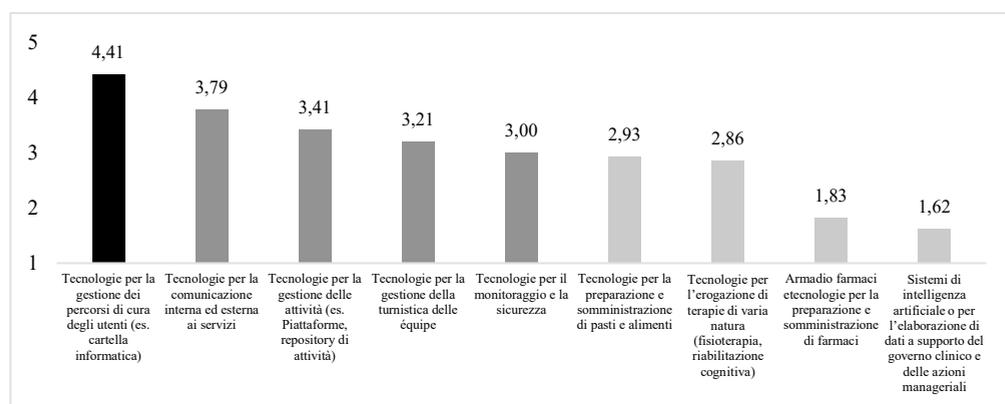


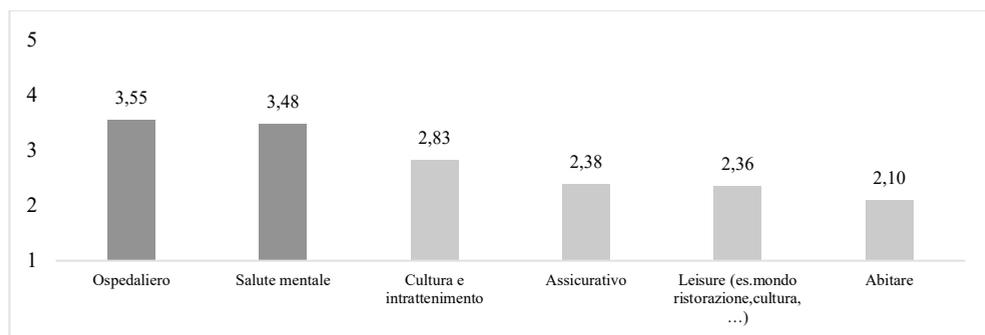
Figura 3.5 Presenza e intensità di utilizzo delle tecnologie, in una scala da 1 (non presenti) a 5 (presenti e usate oltre una volta al giorno), dato medio riferito a 29 rispondenti



Infine, è stata esplorata la presenza di collaborazioni più o meno strutturate con altri settori, sia legate alla gestione dei servizi esistenti sia per lo sviluppo della

propria offerta su potenziali «nuovi» mercati, o ancora per aprire a nuove partnership strategiche. Dalle risposte (Figura 3.6) si evince come le collaborazioni siano contenute e, quando presenti, associate a componenti della filiera tradizionale sanitaria: non stupisce che chi gestisce una filiera socio-sanitaria e sanitaria abbia relazioni più consolidate con il settore ospedaliero (punteggio 4 contro 3,55 medio). Al contrario, i settori comunemente più lontani dal LTC (es. leisure, assicurazione) rimangono inesplorati, nonostante il crescente interesse di soggetti appartenenti a questi mondi per il mercato LTC (si veda a riguardo Capitolo 2 del 5° Rapporto OLTC e Capitolo 3 del 2° Rapporto OLTC). Interesse, questo, che potenzialmente potrebbe non riguardare soltanto le imprese appartenenti a tali settori. Partendo dal presupposto che non tutti i bisogni socio-sanitari espressi nei diversi territori del Paese trovano oggi copertura e che, con l'aumentare del numero di potenziali beneficiari derivante dall'invecchiamento della popolazione accompagnato dall'aggravarsi delle loro condizioni, difficilmente potranno trovarla nel prossimo futuro, il caso dell'intermediazione assicurativa è un caso interessante per il settore LTC. In questo caso, per esempio, i fondi potrebbero assolvere ad almeno tre funzioni di sistema: (i) rimborsare parte delle compartecipazioni richieste dal sistema pubblico alle famiglie; (ii) coprire componenti di offerta ad oggi non coperte dal sistema pubblico; (iii) coprire servizi garantiti dal sistema pubblico ma di difficile accesso per via delle risorse a disposizione, rendendo più facile o libera la fruizione di servizi o permettendo una scelta più ampia di strutture e/o dei loro servizi attraverso il mero accreditamento, a prescindere dalle condizioni di convenzionamento legate al sistema tariffario vigente nelle diverse regioni. Quello assicurativo è un esempio di possibile connessione tra LTC e settori altri, che potrebbero portare ad una migliore sostenibilità futura del settore.

Figura 3.6 Soggetti con cui sono attive collaborazioni di servizio, commerciali e/o strategiche, in una scala da 1 (non presenti) a 5 (molto rilevanti), dato medio riferito a 29 rispondenti



In sintesi, dalla lettura integrata delle evidenze legate alla sostenibilità dei modelli di servizio emergono alcune riflessioni:

- le scelte relative ai modelli di servizio non sono identificate come ad alto impatto sulla sostenibilità, dato in contraddizione con l'impatto che le caratteristiche dei servizi hanno sull'operatività dei gestori (es. complessità dei bisogni in carico, tipologia di personale richiesto ecc.);
- rimane salda la centralità strategica delle RSA a fronte delle criticità della gestione di questo servizio su più fronti (di capacità di rispondere al bisogno, di assorbimento di risorse ecc.), aprendo una riflessione circa quanto potrà durare, da sola, questa focalizzazione strategica così marcata. Non a caso, già oggi è possibile osservare un graduale «avanzamento» di servizi diversi dalla tradizionale RSA (cfr. par. 3.1.3);
- tecnologia e sinergie con altri settori non sembrano emergere come area di lavoro attuale, pur essendo leve fondamentali e agibili per promuovere innovazione di servizio e tenuta economico-finanziaria degli enti.

Complessivamente, i modelli di servizio non sembrano in evoluzione al di fuori del tradizionale perimetro di LTC, alludendo a una certa staticità del settore a fronte di un contesto in continua evoluzione. Questa staticità si riflette in una limitata capacità di innovazione nel settore, sia rispetto ai servizi offerti (es. in sinergia con altri settori o sviluppando nuove offerte), sia nelle leve di gestione (es. tecnologia). L'impressione è che questa postura sia influenzata fortemente dal limitato riconoscimento dei target di popolazione servita e dei bisogni di cui sono portatori quale fattore impattante sulla sostenibilità, in contraddizione con le logiche di funzionamento di una qualsiasi organizzazione di servizi, rischiando di compromettere la stessa nel medio periodo.

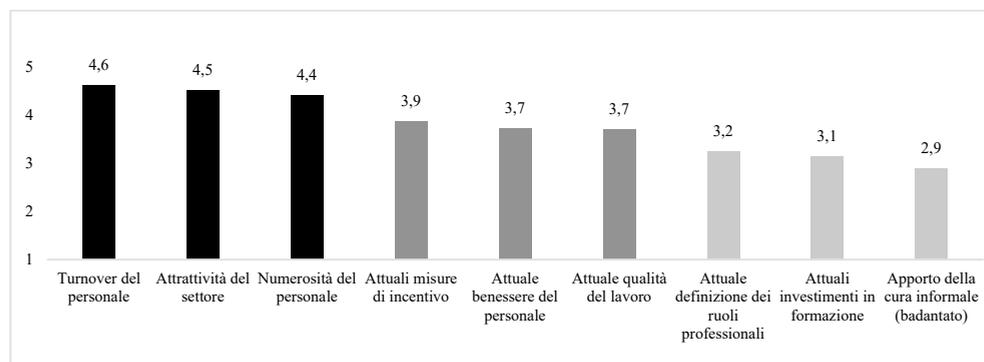
3.1.2 *La sostenibilità delle competenze e per i professionisti del settore LTC*

La seconda declinazione di sostenibilità impiegata nel Rapporto fa riferimento alla dimensione del personale e delle competenze professionali. Se la numerosità dei professionisti nel settore LTC è certamente fonte di dibattito, una lettura approfondita del fenomeno attraverso le lenti del management non può tralasciare le dimensioni di attrattività, turnover e *retention* del personale, così come i modelli di incentivo e *compensation* attuati dagli enti, e la loro duplice connessione con benessere del lavoratore e qualità del lavoro di cura. In profonda connessione rispetto a queste dimensioni, i cambiamenti in atto suggeriscono inoltre la necessità di sostanziali investimenti non solo in nuove competenze, ma specialmente nella definizione di nuovi ruoli professionali e del loro relativo conte-

nuto professionale (es. *reskilling* e *upskilling* degli attuali profili). Il presente paragrafo cerca di declinare queste dimensioni analizzando le evidenze raccolte nel campione di riferimento.

La Figura 3.7 mostra i risultati dei punteggi medi attribuiti ai fattori sopra richiamati dai rispondenti ai questionari. Alto turnover, bassa attrattività del settore e scarsa numerosità del personale (sanitario e assistenziale) si confermano le dimensioni che, secondo gli enti nel campione, più impattano negativamente sul funzionamento delle aziende del settore LTC e sulla sostenibilità futura. In secondo piano, pur sempre molto rilevanti, emergono le misure di incentivo agibili dalle aziende, l'attuale livello di benessere del personale e la qualità del lavoro di cura. A seguire, sempre con accezione negativa, emergono la possibilità di definire nuovi ruoli professionali e l'attuale livello di investimenti in formazione. Da ultimo, l'apporto della cura informale risulta l'unica dimensione tra quelle considerate a non essere ritenuta lesiva della sostenibilità delle organizzazioni (presumibilmente perché considerata al di fuori del proprio perimetro di attività). Considerando globalmente questi fattori e coerentemente con le evidenze rispetto ai modelli di servizio descritte nel paragrafo precedente, metà del campione dichiara una maggiore criticità per il servizio di RSA.

Figura 3.7 Fattori che hanno maggiormente impattato sulla sostenibilità del personale e delle competenze degli enti gestori negli ultimi cinque anni in una scala da 1 (per nulla) a 5 (molto), dato medio riferito a 29 rispondenti

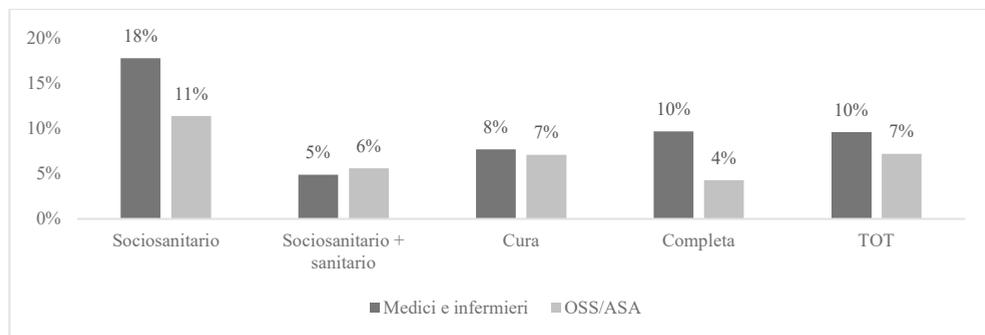


La Figura 3.8 evidenzia la percentuale di personale sanitario (medici e infermieri) e assistenziale (OSS/ASA) mancante per tipologia di ente rispondente, caratterizzato per la filiera di servizi che eroga. In media gli enti riportano che manca in organico il 10% del personale sanitario e il 7% del personale assistenziale. Concentrando l'attenzione sugli enti caratterizzati da una filiera socio-sanitaria (nella quale rientrano i servizi socio-sanitari quali la RSA), i dati del 2023

(il 18% di personale sanitario e l'11% di personale assistenziale mancanti) confermano il trend nazionale e internazionale descritto diffusamente nel Capitolo 2 del 5° Rapporto OLTC. Infatti, nel 2022 la carenza di infermieri registrata nei servizi socio-sanitari per anziani era in media del 22% (il 26% a fine 2021), la carenza di personale medico del 13% (il 18% a fine 2021) e quella di OSS era dell'11% (il 15% a fine 2021).

La situazione non è omogenea tra tipologia di enti. Infatti, i gestori focalizzati sui servizi socio-sanitari riportano maggiori difficoltà nel reperire personale rispetto alla media complessiva degli enti del campione che operano nel settore LTC. Questa criticità sussiste nonostante maggiori investimenti in modelli di incentivi economici e in formazione per il personale che proprio questi enti riportano rispetto al resto del campione. In un settore in cui il core business dei gestori rimane RSA (cfr. par 3.1.1), la strutturale carenza di personale e la difficoltà a reperirlo, nonostante il tentativo di agire sulla leva retributiva, pongono un grande interrogativo circa la sostenibilità del modello di business dei gestori e contribuiscono a sottolineare come attrattività e *retention* dei profili professionali non dipendano solo da fattori che possono sostenere la cosiddetta motivazione estrinseca, ma che questi debbano essere accompagnati dalla ricerca di un equilibrio con elementi che sostengano la motivazione intrinseca delle persone chiamate a operare negli enti.

Figura 3.8 Personale mancante per composizione della filiera, dato medio riferito a 29 rispondenti



La difficoltà relativa alla mancanza di personale richiama, dunque, l'attenzione sulla questione dell'attrattività del settore LTC e, in particolare, al collegamento tra attrattività e benessere del personale. Nel campione in analisi, oltre l'80% degli enti dichiara di rilevare il benessere del proprio personale attraverso questionari e riporta un benessere medio di 2,8 su una scala da 1 a 5, ben più basso della soddisfazione degli utenti (4 su 5, cfr. par. 3.1.1). Inoltre, il 55% degli enti evidenzia una maggiore insoddisfazione tra il personale assistenziale, sul cui benessere gravano l'assenza di chiari percorsi di carriera e livelli salariali bassi (con

una RAL media in termini di FTE di appena 23.400 €, cfr. Capitolo 4 del 5° Rapporto OLTC), scarsamente accompagnati da percorsi di crescita a contenuto professionale e investimenti sul clima organizzativo che possano sostenere i livelli di motivazione intrinseca, in un settore dove diverse delle mansioni sono usuranti dal punto di vista sia fisico sia psicologico.

In secondo luogo, per studiare come le dinamiche relative al personale impattino sulla sostenibilità del settore LTC, sono stati chiesti i dati sui tassi di turnover aziendali. Nel campione in analisi si osservano in media più candidati rispetto alle posizioni aperte, nonostante questo dato registri ampia variabilità in relazione alla configurazione giuridica dell'ente. Infatti, il numero medio di candidati per ogni posizione³ è pari a 2,0 per il personale sanitario e pari a 2,8 per il personale assistenziale. Gli enti privati registrano maggiore criticità con 0,7 candidati/posto per il personale sanitario e 0,9 candidati/posto per il personale assistenziale, mentre, al contrario, gli enti pubblici registrano numeri migliori con 6,2 candidati/posto per il personale sanitario e 10,2 candidati/posto per il personale assistenziale. Dalla discussione di queste evidenze con gli enti aderenti all'osservatorio, oltre alle condizioni contrattuali più favorevoli, risulta rilevante la pratica della selezione tramite concorsi pubblici congiunti, dove le posizioni aperte afferenti a servizi LTC sono indette unitamente ad altre. In generale, nonostante una presenza (seppur variabile) di candidati, i rispondenti riportano una percezione negativa rispetto alla qualità del lavoro di cura oggi erogato nei servizi (tra i fattori che impattano negativamente sul funzionamento degli enti, Figura 3.7). Il tema, dunque, non è solo la ricerca del personale, quanto trovare personale qualificato, formarlo e/o trattenerlo.

Infatti, i dati sul tasso di turnover del personale risultano estremamente elevati. In media si registra nel campione un tasso di turnover⁴ del 33% per il personale sanitario e del 25% per il personale assistenziale. Anche in questo caso sussiste una rilevante variabilità controllando per natura dell'ente, con i pubblici che registrano valori più contenuti (23% per il personale sanitario e 20% per quello assistenziale) rispetto ai privati (34% per il personale sanitario e 35% per quello assistenziale). In sintesi, sembra delinearsi un circolo vizioso nel settore LTC: l'insoddisfazione del personale testimoniata da bassi livelli di benessere comporta un alto turnover che esita in una maggiore mobilità del personale e ricerca di nuove candidature. Queste ultime si rivelano spesso non adeguate agli standard di qualità attesi nel lavoro di cura, complicando ulteriormente le attività di ricerca di nuovo personale.

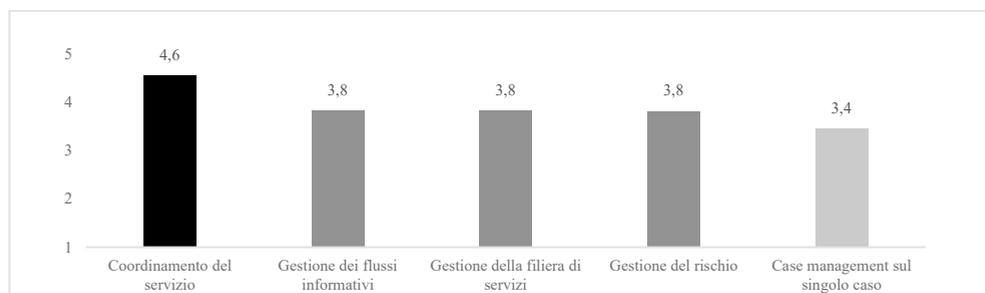
Proprio rispetto alla qualità del lavoro di cura è utile un ultimo approfondimento rispetto alle competenze presenti negli enti. Come mostrato in Figura

³ Media calcolata come rapporto tra la somma dei candidati per ogni ente e la somma delle posizioni aperte dagli enti, n=19.

⁴ Media calcolata come valore medio dei tassi di turnover dichiarati dagli enti, n=22.

3.9, nel campione è percepito come molto presidiato il coordinamento dei servizi, seguito dalla gestione dei flussi informativi, della filiera di servizi e del rischio. Il *case management* risulta invece la competenza meno presidiata. Tuttavia, a fronte di un'utenza i cui bisogni sono complessi e multidimensionali, il *case management* risponderebbe alle necessità di una maggiore personalizzazione dell'assistenza, di migliore ingaggio dei caregiver familiari e informali e, infine, al fisiologico trasferimento dell'utente tra setting assistenziali lungo il decorso della non autosufficienza. Nel campione, unica eccezione è riscontrata tra gli enti con una filiera «completa» che dichiarano in media maggiori competenze di *case management* (3,8 contro la media di 3,4 in una scala da 1 a 5), probabilmente perché qualificato quale strumento per accompagnare l'evoluzione dei bisogni dei singoli nella transizione tra diversi setting.

Figura 3.9 Competenze presidiate negli enti in una scala da 1 (per nulla) a 5 (molto), dato medio riferito a 29 rispondenti



La gestione del personale nel settore LTC non mostra sostanziali segni di miglioramento rispetto a quanto rilevato nella precedente edizione del Rapporto e vi sono ambiti di competenza attualmente trascurati che potrebbero effettivamente incidere sulla percezione da parte degli utenti del valore generato dagli enti gestori di servizi, su tutti il *case management*.

In sintesi, l'analisi sulla sostenibilità relativa al personale e alle competenze negli enti ha evidenziato i seguenti punti di attenzione:

- la carenza di personale persiste come una problematica centrale per i gestori, con deficit più evidenti tra coloro che si occupano esclusivamente della filiera socio-sanitaria;
- si instaura un pericoloso circolo vizioso nel settore caratterizzato da personale insoddisfatto, elevato turnover e difficoltà nella ricerca di sostituti idonei a causa di candidature ritenute inadeguate;
- le competenze attualmente presidiate sono focalizzate sulla gestione dei singoli servizi, trascurando invece un adeguato accompagnamento degli utenti attraverso i diversi stadi dei loro bisogni.

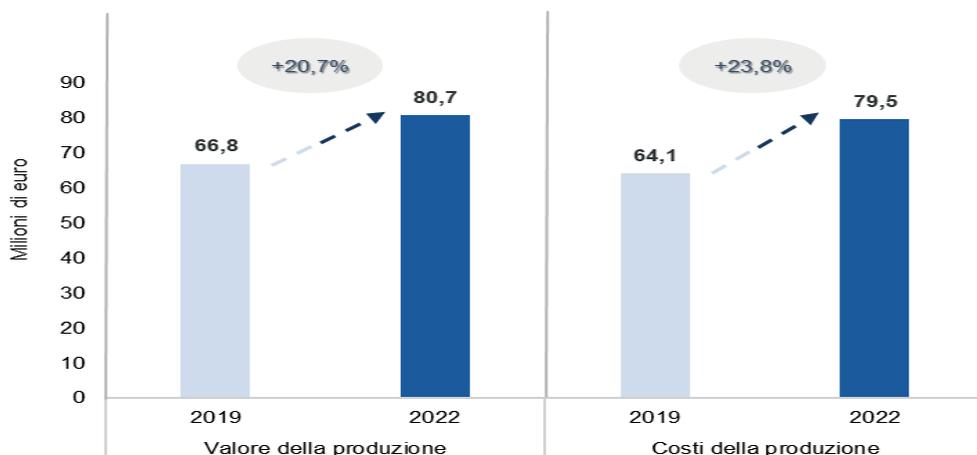
Da questi dati si evince come la sostenibilità delle competenze e per i professionisti del settore oggi sia compromessa a causa di una molteplicità di fattori che riguardano sia il livello di sistema (la carenza strutturale di personale) sia delle organizzazioni (la capacità di *retention*), suggerendo la necessità di nuove logiche e strumenti di management per migliorare la gestione del personale nel settore e, di conseguenza, per potenziare la qualità complessiva dei servizi offerti agli utenti.

3.1.3 La sostenibilità economica

La terza declinazione di sostenibilità impiegata nel Rapporto fa riferimento alla dimensione economica e riconduce a un concetto ampio di economicità, tipicamente più vicina alla sfera del *public management strictu sensu* tipico del settore LTC. Questa è da intendersi, cioè, come capacità dell'ente di rispettare alcune condizioni di funzionamento per preservare la capacità di durare nel tempo senza dipendere strutturalmente da terzi, attraverso il rispetto degli equilibri economico e finanziario e l'individuazione di idonee modalità di valutazione e di meccanismi atti a permettere un concreto orientamento delle decisioni per il loro raggiungimento. In questa prospettiva, il capitolo ha già mostrato alcune delle principali condizioni di funzionamento che influenzano i meccanismi operativi degli enti gestori (modelli di servizio e caratteristiche e competenze dei professionisti dell'assistenza coinvolti). A questi elementi, il presente paragrafo aggiunge alcune considerazioni sulla loro dimensione economica, che in un ideale modello circolare rappresenta causa e conseguenza delle scelte operate sulle altre dimensioni considerate nel Rapporto.

La Figura 3.10 mostra l'andamento di valore e costi della produzione medi per ente gestore tra 2019 e 2022. Nel complesso è possibile osservare un aumento generalizzato di entrambe le componenti della gestione, sebbene a diversa velocità. Il valore della produzione passa infatti dai 66,8mln di euro medi del 2019 agli 80,7mln del 2022 (+20,7%); solo raramente nei due periodi considerati si osservano valori negativi (comunque modesti, valore minimo pari a -4,2%), mentre più diffusamente i valori delle dimensioni osservate sono consistentemente positivi (valore massimo pari a +49%). Similmente, ma con una maggiore intensità relativa, i costi della produzione passano dai 64,1mln del 2019 ai 79,5mln del 2022 (+23,8%). Anche in questo caso, si osserva un solo valore in riduzione nel periodo considerato (valore minimo = -0,7%) e picchi in aumento che superano il 50% (valore massimo = +54%). Tali variazioni possono essere ricondotte ad alcune dinamiche che hanno investito il settore negli ultimi anni: da un lato, l'aumento della concentrazione del mercato per via dei processi di fusione e acquisizione documentati ciclicamente nelle precedenti edizioni del Rapporto; dall'altro, il fenomeno inflattivo attivato dalla crisi internazionale.

Figura 3.10 Valore e costi della produzione degli enti gestori, andamento intertemporale (2019, 2022; media semplice per ente - n = 21)



Lato costi della produzione, quanto sinora ipotizzato viene sostenuto dalle evidenze presentate dalla Tabella 3.1. L'aumento relativo è infatti sostenuto dalla voce «servizi» (dove rientra per esempio la componente «energia»), che passa dal 32,7% dei costi totali del 2019 al 35,1% del 2022, accompagnato dalla riduzione relativa della voce «personale» (da 51,7% a 50,0%). A prescindere da quale sia la causa, è evidente come tra 2019 e 2022 la maggiore velocità con cui sono cresciuti i costi operativi abbia impattato negativamente sull'equilibrio economico degli enti gestori; nello specifico, si osservano valori in riduzione del margine operativo netto (MON)⁵ sia in termini assoluti (da 2,7mln medi a 1,2mln) sia rispetto al valore della produzione (dal 4,8% all'1,7%). La Figura 3.11 mostra plasticamente l'andamento di questa seconda dimensione; allo stesso tempo, mostra come il fenomeno si sia già ridimensionato nel corso del 2023. Nel primo semestre 2023, infatti, si osserva un importante riassorbimento del fenomeno, trainato dai grandi *player* del settore, ma diffusamente osservabile nel campione. In particolare, la Tabella 3.1 e la Figura 3.11 mostrano congiuntamente come, tra 2022 e primo semestre 2023:

- gli enti con MON negativo si riducono del 54% (da 11 a 5);
- la quasi totalità degli enti considerati (18 su 21) veda migliorare il rapporto tra MON e valore della produzione;

⁵ Il MON è un indice di redditività che esprime la remuneratività della gestione caratteristica aziendale, escludendo oneri e proventi derivanti da gestione accessoria, finanziaria, straordinaria e fiscale.

- la distribuzione dei costi della produzione si normalizzi e riproponga i medesimi valori osservati prima della pandemia da Covid-19.

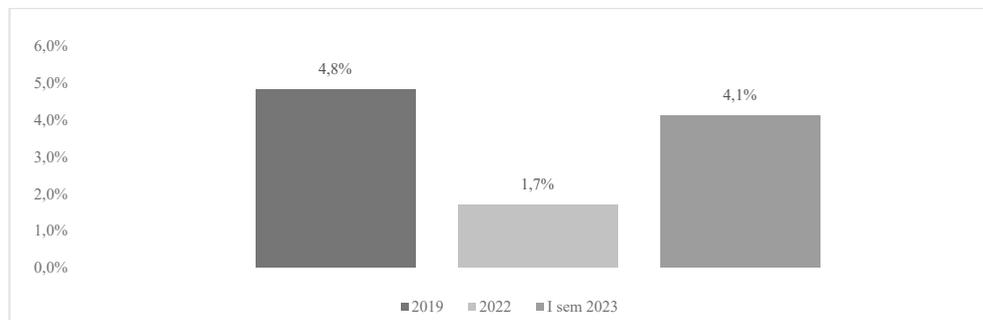
Da segnalare, inoltre, come in due enti analizzati il costo del personale sia strutturalmente inferiore al 30% del totale dei costi della produzione considerati (sia nel 2019 sia negli altri due momenti analizzati), a fronte di «servizi» costantemente superiori al 60%. Si tratta di due casi particolarmente interessanti per chi scrive perché suggeriscono come esistano scelte di postura strategica nella gestione del personale strutturalmente alternativa al modello tradizionale che si è soliti immaginare osservando il settore. Infatti, i servizi di LTC sono *labour intensive*, ossia caratterizzati dalle prestazioni lavorative, che non a caso rappresentano tipicamente la principale voce di costo iscritta a bilancio, nonché la risorsa strategica per eccellenza per qualificare il posizionamento dell'ente. Nel caso descritto, i dati economici rilevati fanno emergere una sostanziale scelta di esternalizzazione di una forte quota di personale.

Tabella 3.1 Distribuzione dei costi della produzione e andamento intertemporale (2019, 2022, I sem 2023; media semplice - n = 21)

	2019	2022	I sem 2023
Personale	51,7	50,0 ↓	51,8 ↑
Beni	6,0	6,0 =	6,1 =
Servizi	32,7	35,1 ↑	32,9 ↓
Ammortamenti terreni e fabbricati	2,7	2,9 ↑	2,8 =
Altro	6,9	6,0 ↓	6,4 ↑

Nota: i simboli presenti nelle colonne «2022» e «I sem 2023» esprimono direzione e intensità della variazione osservata rispetto al periodo immediatamente antecedente considerato. In altri termini, i simboli presenti nella colonna «2022» esprimono la differenza tra 2019 e 2022; quelli presenti nella colonna «I sem 2023» la differenza tra il I semestre 2023 e il 2022.

Figura 3.11 Rapporto tra Margine Operativo Netto (MON) e Valore della Produzione, andamento intertemporale (2019, 2022, I sem 2023; media semplice - n = 21)



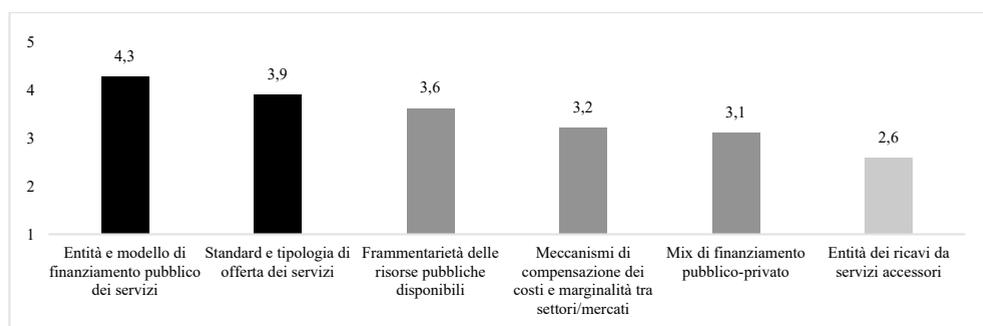
Dettagliando maggiormente le considerazioni sin qui sviluppate, la Figura 3.12 mostra come, nella percezione dei gestori, i fattori che minano la sostenibilità economica siano perlopiù legati a modello di finanziamento e standard di offerta. Si tratta di elementi ritenuti critici sia con riferimento ad alcuni specifici servizi sia rispetto ai contesti regionali in cui si opera. Nel primo caso, il 55% del campione fa esplicito riferimento alla residenzialità per anziani e il 25% a quelli di domiciliarietà (dato non riportato in Figura). A sottolineare la maggiore criticità di questi servizi sono l'83% dei gestori privati presenti nel campione, il 67% delle fondazioni e il 70% delle cooperative. Rispetto alla dimensione territoriale, invece, i gestori che segnalano i vincoli appena descritti tendenzialmente operano in Emilia Romagna e Piemonte (rispettivamente 6 casi e 5 casi, sebbene su questa evidenza pesi significativamente la maggiore rappresentatività delle due regioni citate insieme a Lombardia e Veneto tra i gestori aderenti a OLTC). A segnalare la presenza di criticità dettate dal contesto regionale sono l'80% delle cooperative presenti nel campione e il 67% dei gestori privati for profit.

Al contrario, invece, i servizi «*peripherals*» o ancillari sembrano acquisire crescente rilevanza per la tenuta di medio-lungo periodo degli enti, spingendoli ad ampliare il proprio raggio d'azione. Sotto questo profilo, è interessante notare come la filiera «lunga» (cura o «completa») enfatizzi contestualmente la rilevanza del modello di finanziamento e la centralità dei «*peripherals*», segnalando parimenti l'anacronismo di alcune scelte del *policy maker* in termini di modalità di definizione dei servizi (per standard legati a singoli fattori produttivi) e dei sistemi tariffari (per input e non orientati a gravità del bisogno e/o alla capacità di sapervi dare risposta) e la presenza di spazio di azione manageriale che possano compensare i vincoli di sistema presenti laddove esista un'integrazione di servizi sufficientemente strutturata.

In sintesi, dunque, è lecito chiedersi se la tenuta economica degli enti gestori trovi oggi una soluzione anche fuori dal tradizionale perimetro pubblico. I

dati sono ambivalenti, ma suggeriscono un crescente spostamento verso questo tipo di soluzione.

Figura 3.12 Fattori che attualmente impattano negativamente sulla sostenibilità economico-finanziaria dell'ente in una scala da 1 (per nulla) a 5 (molto), dato medio riferito a 29 rispondenti



A complemento, c'è dunque da chiedersi se e quanto il *business model* degli enti gestori possa essere considerato in evoluzione. I dati della Tabella 3.2 confermano quanto già anticipato in relazione alla sostenibilità dei modelli di servizio: ad oggi, il modello dominante rimane caratterizzato da servizi di residenzialità (RSA) remunerati da quote di finanziamento tipicamente pubbliche e accompagnate dalla compartecipazione degli utenti. Interessante però notare come, tra 2019 e 2022/I° sem 2023, la quota di valore della produzione generata da servizi residenziali per anziani si riduca in termini relativi, a fronte di un aumento della quota di valore della produzione generata da altri servizi con finanziamento a mercato. Al momento in cui si scrive (febbraio 2024), sembra contenuto l'aumento relativo della quota di risorse *out of pocket* delle famiglie/utenti, mentre si assiste apparentemente a un fenomeno ri-allocaativo delle risorse tra servizi, che si muovono dalla tradizionale RSA verso servizi di altra natura, tipicamente a minore intensità assistenziale.

Infine, il paragrafo prova a proporre qualche riflessione (non esaustiva) su quanto la relazione tra sostenibilità e innovazione sia più marcatamente un tema di capacità di finanziamento o di decisioni manageriali. Su questo aspetto, la Figura 3.13 offre alcuni interessanti spunti di riflessione. In primo luogo, è chiaro come il finanziamento e le relative fonti siano fattori ritenuti centrali, anche dalle aziende pubbliche del campione. In più, le scelte sui modelli di servizio (cfr. *supra*), di diversificazione dell'offerta e di selezione del target sul mercato privato emergono come elementi che concorrono a sostenere la gestione e a creare meccanismi di compensazione interna e sostenibilità di medio periodo.

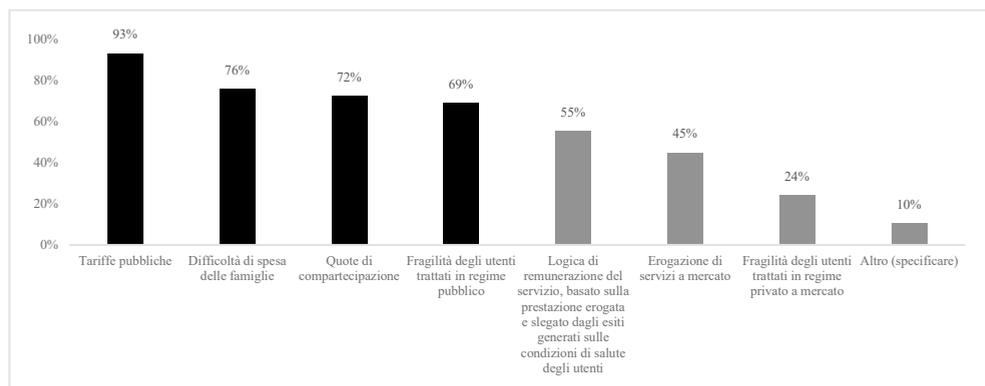
Tabella 3.2 Scomposizione del Valore della Produzione (VdP) per tipologia di servizio (righe della tabella) e fonte del finanziamento (colonne) per gli anni 2019, 2022 e per il I semestre 2023 (media semplice - n = 19)

	2019				2022				I sem 2023			
	Quota da Sistema Pubblico*	Compartecipazione delle famiglie*	Servizi a mercato**	Totale	Quota da Sistema Pubblico*	Compartecipazione delle famiglie*	Servizi a mercato**	Totale	Quota da Sistema Pubblico*	Compartecipazione delle famiglie*	Servizi a mercato**	Totale
VdP per servizi residenziali per persone anziane	27%	25%	9%	61%	25%	22%	8%	56%	24%	23%	9%	56%
VdP per altri servizi per persone anziane	5%	2%	1%	8%	4%	2%	1%	7%	4%	2%	1%	7%
VdP per servizi in altri settori	26%	3%	2%	31%	31%	2%	3%	37%	30%	2%	5%	37%
Totale	58%	29%	13%	100%	61%	26%	13%	100%	59%	27%	14%	100%

* Servizi convenzionati/accreditati

** Servizi privati *out of pocket*

Figura 3.13 Fattori che hanno maggiormente impattato sulla sostenibilità economica degli enti gestori negli ultimi cinque anni (% rispondenti, media semplice - n = 29)



Nota: in «Altro» sono state indicate le seguenti voci: «Covid», «Rigidità regole di accreditamento», «Inadeguatezza patrimonio immobiliare pubblico».

In sintesi, le evidenze riportate in relazione alla sostenibilità economica dei gestori di servizi di LTC fanno emergere alcune riflessioni:

- la situazione economica degli enti nel primo semestre 2023 è in netto miglioramento rispetto al 2022, anno in cui il combinato disposto di determinanti endogene ed esogene al settore ha modificato temporaneamente struttura ed entità dei costi dei gestori;

- il modello di business dominante è rappresentato da RSA remunerate tramite finanziamento pubblico; tuttavia, emerge una tendenza a diversificare su altri servizi e in parte (almeno in termini assoluti) sul mercato privato, in modo da compensare e finanziare l'intensità assistenziale richiesta dalla crescente complessità della casistica in RSA;
- i mercati di riferimento sembrano giocare un ruolo sull'economicità aziendale, sebbene parziale e collegato ai servizi diversi dalle RSA; infatti, non cambia il mix tra finanziamento pubblico e privato complessivo, ma si modifica la sua distribuzione tra servizi, a testimonianza del fatto del lieve cambiamento nel portafoglio di servizi su cui agiamo.

La sostenibilità economica sembra dunque sostenuta dalla scelta di presidiare crescentemente tipologie di servizi diversi da quelli tradizionali, operando su questi anche sul fronte di un'evoluzione dei mercati di riferimento (finanziamento privato relativo in crescita).

3.2 Come garantire la sostenibilità del settore nel medio-lungo periodo?

Le evidenze raccolte in questo capitolo restituiscono la fotografia di un settore in cui: i modelli di servizio non sono in evoluzione, mentre il portafoglio di servizi sembra più diversificato che in passato; la carenza di personale si manifesta sia rispetto al numero di professionisti disponibili sia rispetto alla presenza di competenze adeguate agli standard dei servizi, la sostenibilità economica degli enti gestori è attualmente raggiunta, ma contenuta e spesso dovuta a fenomeni di concentrazione dell'offerta. In maniera provocatoria, si può dire che oggi il settore LTC e i gestori che vi operano hanno un posizionamento strategico orientato alla sopravvivenza, più che alla costruzione di strategie in grado di affrontare nel tempo il contesto in costante trasformazione. L'impressione, infatti, è che nonostante i cambiamenti epocali che hanno attraversato il settore e il paese negli ultimi 20 anni, quindi ben prima dello shock derivante dalla pandemia da Covid-19, questi non abbiano scalfito le fondamenta del funzionamento del settore LTC, né sul piano del funzionamento dei servizi né rispetto ai bisogni cui si sceglie di rispondere. Nell'assenza di cambiamenti strutturali, i gestori risultano dunque occupati a trovare soluzioni contingenti, più che orientate alla sostenibilità nel medio periodo. Quanto questo approccio possa durare nel tempo, però, è incerto.

In attesa di segnali da parte del *policy maker* (si veda il Capitolo 5), i dati illustrati in questa sede offrono tuttavia importanti spunti per tracciare una rotta che porti a uno sviluppo sostenibile del settore nel medio periodo, anche ispirati a quanto già avviato da alcuni *player*. Il punto di partenza è la consapevolezza che nessun gestore ha oggi, singolarmente, la forza di incidere sugli elementi di criticità esposti in apertura di questo paragrafo. L'invito è dunque a

unire le forze in un'ottica collaborativa, considerando invece che l'esacerbarsi della competizione, in un contesto così critico, potrebbe diventare causa di distruzione di valore, come nel caso verificato della competizione per il reclutamento di professionisti (si veda il 5° Rapporto OLTC a riguardo).

Sulla base dei dati riportati, l'alleanza tra *player* del settore potrebbe orientarsi su almeno tre fronti di investimento. Il primo riguarda l'investimento sulle **persone**, con particolare riferimento alla *retention* dei professionisti. Due leve a questo proposito. La prima riguarda le politiche di carriera, su cui il caso degli OSS è emblematico. A fronte di una professione che prevede retribuzioni basse (in questo senso si rimanda al caso tedesco analizzato nel Capitolo 4 del presente Rapporto), senza percorsi evolutivi definiti, con turni e carichi di lavoro estremamente onerosi, non può stupire la crescente difficoltà a trovare persone disposte a fare questo lavoro. Occorre una riflessione collettiva sulle retribuzioni, sulle possibilità di evoluzione e rotazione del ruolo all'interno dell'ente e ai carichi di lavoro per tutelare maggiormente la conciliazione dell'impegno professionale con la vita privata. La seconda leva è la formazione, su cui una pista che risulta abbastanza inesplorata nelle professioni assistenziali e sanitarie sono percorsi che prevedano logiche di *lock-in* (ossia in cui il gestore finanzia la formazione e il lavoratore si impegna a rimanere nell'ente per un periodo di tempo successivo alla stessa). Questo tipo di percorsi ha il duplice vantaggio di aumentare le competenze professionali dei lavoratori e di costruire un rapporto di fiducia e fidelizzazione, generando valore per entrambe le parti.

La seconda area di investimento è legata all'**attrattività** del settore, che oggi non è tipicamente identificato come sbocco lavorativo desiderato dai professionisti che invece sono alla base del funzionamento dei servizi di LTC. Farlo richiede un importante lavoro di tessitura con l'esterno, contribuendo a ricostruire la narrazione del settore, raccontando che cosa significhi occuparsi di invecchiamento sul territorio e di qual è il contributo del mondo LTC alle comunità. In attesa che i corsi di laurea indirizzino maggiormente verso il settore, i gestori possono e devono contribuire a rafforzare il proprio posizionamento quale alternativa nel proprio territorio, adottando una postura proattiva alla ricerca di professionisti.

La terza area di investimento è l'**innovazione tecnologica** quale leva di innovazione di servizio, a fronte di un contesto ancora molto conservativo. Un approccio di rete all'innovazione può contribuire a ridurre gli ingenti costi legati allo sviluppo di innovazione tecnologica, rendendo anche più tollerabile un margine di rischio di investimento su questo fronte che altrimenti, a marginalità attuali, non sono approcciabili dai singoli *player*.

Complessivamente, le analisi riportate in questo capitolo informano prima di tutto il management degli enti gestori, chiamato a definire una rotta che coniughi i vincoli interni con il contesto esterno per perdurare nel tempo. Questo perché il ruolo del management è assicurare la funzionalità duratura dei

sistemi aziendali; se prendiamo questa definizione e la applichiamo a chi dirige gli enti gestori, è chiaro come essi abbiano il problema di porsi il tema del «che cosa devo fare?», «sto andando bene o sto andando male?», dovendo assicurare quella direzione di marcia che riesca a produrre *commitment* e *retention* del personale, da un lato, e soddisfare le richieste del *policy maker* regionale, dall'altro. In entrambi i casi, le visioni sono legittime e gli aspetti da contemperare molteplici: il management deve quindi ancorarsi a un «fare bene» che è probabilmente diverso da e per entrambe le prospettive.

Le riflessioni proposte dal capitolo propongono spunti sia per le organizzazioni che operano nel settore, sia per i *policy maker* che lo disciplinano. Questi elementi vanno considerati senza inoltre sottovalutare:

- la multidimensionalità che caratterizza le finalità del settore; il mondo delle imprese tradizionali e dei «mercati» tipici è multidimensionale ma ha un punto di caduta nella dimensione economica; qui invece assistiamo a una multidimensionalità che è nativa e incompressibile, legata a dimensioni per definizione extra-contabili. Il tema non è pertanto la sintesi per convergere sulla dimensione economica, bensì il contemperamento degli interessi tra interlocutori che esprimono punti di vista differenti (utenti e famiglie, dipendenti, soci/azionisti, *policy maker*);
- si estende, sebbene lentamente, il portafogli di servizi, da servizi residenziali (e si differenziano i servizi in ambito residenziale) ad «altro». Cosa significhi residenzialità è già difficile a dirsi, anche considerando l'eterogeneità dell'offerta presente nel Paese (cfr. 5° Rapporto OLTC): in generale, un ventennio fa potevamo considerarla come concentrazione di utenti di un certo tipo, asset tecnologici di un certo tipo, competenze di un certo tipo. Oggi quegli utenti sono diversi, tipicamente più fragili, e, in ogni caso, tendono a insistere su tutta la filiera assistenziale non necessariamente socio-sanitaria; come detto in precedenza, l'innovazione e la concentrazione tecnologica evolvono e possono riguardare asset fisicamente interni alla struttura e modelli di servizio «dematerializzati» e rivolti all'esterno del punto di erogazione fisico; le competenze professionali possono distribuirsi in diversi setting e modificare anche implicitamente le caratteristiche di accesso agli enti gestori.

Per rispondere appropriatamente alle tre domande proposte in apertura di paragrafo e per muoversi in questo scenario, è auspicabilmente necessario passare da una logica di servizio orientata agli input a una concentrata (i) sui risultati generati (in termini di salute e/o mantenimento in chiave multidimensionale) e, soprattutto, (ii) sui destinatari per cui vengono prodotti questi risultati. Infatti, solo raramente ad oggi si registra un effettivo collegamento tra le caratteristiche

del bisogno espresso dall'utenza e/o dai richiedenti e la configurazione dei modelli di servizio, ambiti che invece crescentemente sono considerati come nevralgici per la costruzione di un sistema integrato di offerta adeguato rispetto al case-mix dell'utenza e alla multidimensionalità necessaria per la risposta. È solo da questo cambio di prospettiva che possono essere messi in discussione i servizi gestiti, la distribuzione di risorse tra essi, il mix di finanziamento tra pubblico e solvenza, orientando le decisioni non più sui vincoli interni quanto sulle condizioni abilitanti a rispondere a un bisogno esterno.

4. La sostenibilità del settore Long Term Care a livello internazionale: un'analisi comparata tra Francia, Germania e Svezia

di Simone Manfredi e Andrea Rotolo

Il settore Long Term Care ha attraversato a livello internazionale un periodo di significativi cambiamenti negli ultimi anni. Certamente impattante è stata la pandemia di Covid-19, ma ulteriori crisi hanno minato e continuano a minare la sostenibilità del settore in diversi paesi, come per esempio le spinte inflattive dovute all'aumento dei costi energetici o la persistente carenza di attrattività per il personale. Il capitolo presenta le evidenze raccolte dall'analisi e comparazione dei casi studio dei settori LTC di Francia, Germania e Svezia. Questa metodologia permette di esaminare in modo approfondito come diversi contesti nazionali abbiano approcciato la complessità delle sfide del settore. Comparare le esperienze di questi paesi fornisce una prospettiva diversificata e può arricchire il presente dibattito nel contesto italiano con spunti di riflessioni sui punti di forza e debolezza che emergono dalle diverse scelte di policy.

L'analisi dei casi studio focalizza l'attenzione su aspetti specifici delle policy nazionali, coerentemente ai lavori della sesta edizione dell'Osservatorio. Sono infatti indagate tre dimensioni di sostenibilità (economica, dei modelli di servizio, delle competenze e del personale) per ottenere un quadro completo e dettagliato delle dinamiche del settore LTC, comparabile a quello che emerge dall'analisi del settore italiano, descritto nei Capitoli 3 e 5. L'obiettivo dell'analisi è dunque di contribuire al dibattito nazionale sul settore LTC esaminando gli effetti di recenti riforme nazionali e il loro impatto sulla sostenibilità dei settori di Francia, Germania e Svezia. Per lo studio dei casi è stata condotta un'analisi documentale di report di organizzazioni internazionali (quali report dell'OECD e della Commissione Europea) e della normativa nazionale, oltre a una comparazione di alcuni dati forniti da dataset internazionali (OECD ed Eurostat). Tutte le fonti utilizzate sono riportate nel testo e nella bibliografia del presente capitolo. Inoltre, per la discussione del caso tedesco le evidenze sono state arricchite grazie al confronto con un esperto del settore.

Come anticipato, i paesi selezionati per lo studio sono la Francia, la Germania e la Svezia. Ogni paese analizzato rappresenta un caso studio particolarmente rilevante per alimentare il dibattito sulle traiettorie evolutive per il settore italiano (cfr. Capitolo 5). In particolare, in Francia, la prestazione monetaria (APA) ha valenza simile all’Indennità di Accompagnamento, ma con implicazioni pratiche diverse che possono arricchire il recente dibattito italiano sull’implementazione della prestazione universale per la non autosufficienza. In Germania, il sistema incentiva fortemente i servizi domiciliari per le persone non autosufficienti ed è basato su un complesso sistema di valutazione dei bisogni, richiamando agli obiettivi PNRR di copertura del 10% della popolazione over65 tramite servizi domiciliari e alla nuova valutazione multidimensionale. Infine, la Svezia offre una prospettiva di sistema di welfare prevalentemente pubblico, focalizzato su assistenza domiciliare e prevenzione, anche in questo caso richiamando agli obiettivi nazionali del PNRR.

La Tabella 4.1 rappresenta sinteticamente il framework di ricerca adottato per lo studio, nonché la struttura tramite cui sono presentati i diversi casi nel paragrafo successivo. Il capitolo si sviluppa come segue: il paragrafo 4.2 rappresenta singolarmente i diversi settori LTC nei paesi in analisi, inizialmente inquadrando i diversi sistemi per poi approfondire le tre dimensioni di sostenibilità. Per ognuna di queste sono presentate le recenti riforme apportate o il recente dibattito in termini di sviluppi futuri di policy. Il paragrafo 4.3, invece, ripercorre sinteticamente i cambiamenti in atto nei diversi casi per trarre spunti di attenzione per il contesto italiano.

Tabella 4.1 Framework di ricerca per l’analisi dei casi

Dimensione di analisi	Oggetto di analisi
Inquadramento del paese	Governance del settore
Sostenibilità dei modelli di servizio	Portafoglio di servizi Bacino di utenza target e tasso di copertura Recenti riforme
Sostenibilità economica	Meccanismi di finanziamento dei servizi Risorse impiegate (pubbliche, private) Recenti riforme
Sostenibilità delle competenze e per il personale	Risorse umane impiegate nel settore Recenti riforme

4.1 Il settore Long Term Care in Francia, Germania e Svezia

Il presente paragrafo approfondisce le caratteristiche e le sfide dei settori LTC concentrandosi singolarmente sui tre paesi, nella consapevolezza che questi sono espressione di sistemi profondamente eterogenei tra loro. La Tabella 4.2 propone alcuni dati di sintesi che rendono evidente tale differenziazione, tra cui

il tasso di copertura del bisogno di persone over65 non autosufficienti, le risorse economiche investite e le risorse umane impiegate.

Tabella 4.2 Dati di sintesi dei settori LTC di Francia, Germania e Svezia

	Francia	Germania	Svezia
Tasso di copertura over65 NA (2019)	In kind: 46% Cash benefit: 0%	In kind: 43% Cash benefit: 61%	In kind: 141% Cash benefit: 111%
Risorse economiche (2021)	64,2 mld €, 2,6% del PIL: Intervento pubblico: 33% Assicurazioni obbl.: 46% Assicurazioni vol.: 0% Out-of-pocket: 21%	89,5 mld €, 2,5% del PIL: Intervento pubblico: 8% Assicurazioni obbl.: 65% Assicurazioni vol.: 4% Out-of-pocket: 23%	4,0 mld €, 2,8% del PIL: Intervento pubblico: 94% Assicurazioni obbl.: 0% Assicurazioni vol.: 0% Out-of-pocket: 6%
Risorse umane (2021)	Headcount: 243.492* 1,8 ogni 100 over65* FTE: 214.377* 1,6 ogni 100 over65*	Headcount: 999.958 5,5 ogni 100 over65 FTE: 723.007 4,0 ogni 100 over65	Headcount: 244.004 11,7 ogni 100 over65 FTE: 187.288 9,0 ogni 100 over 65

Nota: elaborazione degli autori su dati European Commission (2021), Eurostat (2021) e OECD (2021).

* Il dato francese si riferisce unicamente ai professionisti che operano in strutture residenziali.

Rispetto ai tassi di copertura, la Francia raggiunge quasi la metà degli over65 tramite servizi *in kind* (pur finanziati da una misura economica, APA), la Germania serve la maggior parte dei propri cittadini attraverso una misura economica, mentre la Svezia registra tassi di copertura superiori al 100%, suggerendo come i criteri di accesso alle prestazioni per gli over65 permettano di usufruire dei servizi a un numero superiore di individui determinato dalla Commissione Europea (2021). Come si illustrerà meglio successivamente, nel caso svedese i trasferimenti monetari sono destinati quasi esclusivamente al sostegno dei caregiver e del loro lavoro di cura. Le risorse economiche allocate sul settore sono simili, in termini di quota di PIL assorbito; ciò che muta significativamente è la distribuzione del finanziamento tra intervento pubblico, assicurazioni e spesa *out-of-pocket*, con il sistema svedese basato quasi esclusivamente su fondi pubblici, quello tedesco ampiamente finanziato dalle assicurazioni obbligatorie e quello francese più bilanciato tra le diverse componenti. Infine, sul piano delle risorse umane primeggia la Svezia, con quasi 9 FTE ogni 100 over65, oltre il doppio rispetto alla Germania.

4.1.1 Il settore LTC in Francia

In Francia, il settore LTC presenta numerosi tratti in comune con il sistema italiano, inclusa la già citata esistenza di una misura monetaria per alcuni versi simile all'Indennità di Accompagnamento, pur poi differenziandosi per alcune peculiarità che andremo ad approfondire all'interno di questo paragrafo.

La governance del settore

La prima analogia attiene alla governance del sistema che, anche in Francia, risulta caratterizzata da un elevato livello di frammentazione, da cui derivano interventi che nel tempo si sono susseguiti per intervenire su questo aspetto. È possibile identificare due livelli: il livello centrale e il livello regionale e locale, nei quali convivono istituzioni con competenze diverse.

Al livello centrale la responsabilità nella definizione delle politiche è condivisa da almeno due ministeri principali, che sono il Ministero della Salute e il Ministero del Lavoro, dell'Occupazione e dell'Inclusione, senza poi dimenticare il ruolo giocato dal Ministero dell'Azione e dei Conti pubblici, le cui politiche finanziarie impattano sul finanziamento del sistema di LTC. Sempre a livello nazionale, dal 2004 opera anche la Cassa Nazionale di Solidarietà per l'Autonomia (CNSA) che invece è responsabile della supervisione sull'implementazione delle politiche che hanno come target gli anziani e le persone con disabilità, fornendo quindi un punto di riferimento unico per queste politiche.

Al livello regionale e locale è possibile identificare almeno quattro attori rilevanti. I primi sono le amministrazioni regionale e locali, il cui compito è quello di implementare le politiche sanitarie (con supervisione da parte del governo centrale). Vi sono poi le Agenzie Regionali Sanitarie (ARS), istituite nel 2009 con la funzione in ambito LTC di estendere interventi tradizionalmente solo sanitari integrandoli anche a quelli sociali. Un altro attore rilevante è rappresentato dai Dipartimenti, che sono identificati dal sistema come i responsabili dell'implementazione delle politiche sociali, nonché del finanziamento e dell'implementazione di una delle principali misure, ossia l'APA. Infine, i Comuni possono sviluppare misure e servizi aggiuntivi per gli anziani del proprio territorio, completando così l'offerta esistente su tutto il territorio nazionale.

La sostenibilità dei modelli di servizio

Il portafoglio di servizi per la Long Term Care in Francia è composto da una misura monetaria (APA) che viene utilizzata in modo vincolato per finanziare i servizi di cui si hanno bisogno e, appunto, da una serie di servizi in natura (*o in kind*) che vanno dal domiciliare al residenziale.

L'APA è dunque un assegno garantito a tutte le persone di età superiore ai 60 anni che hanno difficoltà nello svolgere attività di vita quotidiana o neces-

sitano di supervisione continuativa. Prevede quattro livelli di non autosufficienza, e in corrispondenza di ciascun livello è previsto un ammontare mensile minimo e un ammontare massimo di risorse a cui dà diritto (i valori massimi sono compresi tra 662 € del livello più basso e i 1713 € del livello più alto). L'individuazione del livello e l'erogazione effettiva della misura vengono modulati sulla base dei bisogni del singolo beneficiario e del suo livello di reddito. L'assegno a cui il cittadino anziano ha diritto può così andare a finanziare un ampio spettro di interventi, sia al domicilio (definiti sulla base di un PAI elaborato da un team multidisciplinare) sia in altri setting assistenziali.

I principali servizi a disposizione nel sistema francese sono riassumibili come segue:

- SSIAD: rappresenta il servizio infermieristico domiciliare, con una connotazione maggiormente socio-sanitaria;
- SAAD: i servizi di aiuto e accompagnamento domiciliare (di carattere prevalentemente socio-assistenziale);
- SPASAD: la forma più «innovativa» di assistenza domiciliare, definita come servizi polivalenti al domicilio, ossia costruiti sulla premessa di un'integrazione tra componente socio-sanitaria e componente socio-assistenziale;
- Alloggi sociali: servizi di housing per persone anziane ancora autonome per ridurre rischi di cadute e altri fattori che determinano la non autosufficienza. Questo tipo di servizio è offerto e gestito principalmente dai comuni;
- EHPAD: servizi residenziali per anziani;
- Servizi semi-residenziali: composti prevalentemente da centri diurni e sistemazioni temporanee;
- CLIC: centri di informazione e orientamento dei cittadini verso i servizi per gli anziani e la non autosufficienza.

I servizi disponibili vengono quindi messi a disposizione, attraverso l'APA, a potenzialmente tutte le persone over60 che manifestano bisogni legati alla non autosufficienza. Ai fini della comparazione tra paesi diversi, si adotta però in questo capitolo il riferimento delle persone over65 per approfondire i tassi di copertura dei bisogni. Nel 2019, in Francia risultavano infatti 6,18 milioni di persone non autosufficienti (il 9% della popolazione), e di questi 3,27 milioni erano over65 (il 24% degli over65) (European Commission, 2021). Prendendo come riferimento questi dati, è possibile dunque determinare i livelli di presa in

carico attraverso servizi domiciliari e residenziali, rispettivamente il 6% e il 5% della popolazione ultrasessantacinquenne¹.

Questa articolazione dei servizi in Francia è stata oggetto di rilevanti riforme e dibattiti nel corso degli ultimi 10 anni. Nel 2015, infatti, è stata emanata la Legge sull'adattamento della società all'invecchiamento della popolazione, basata su tre principali pilastri:

1. investire sulla previsione e anticipazione della perdita di autonomia;
2. adattare la società all'invecchiamento attraverso il rinnovo di 80.000 unità abitative private e il restauro delle residenze sociali per l'autonomia;
3. supportare le persone anziane che perdono autonomia, dando priorità all'assistenza domiciliare.

A questo importante passaggio normativo è seguito nel 2019 un processo di consultazione nazionale sul tema, al termine del quale sono state elaborate alcune conclusioni che evidenziavano i principali punti di debolezza del sistema di Long Term Care francese e alcune priorità di intervento. Nello specifico, si evidenziava un elevato livello di spesa pubblica a fronte di un sistema percepito come poco chiaro ed efficace. Le tre principali proposte di miglioramento emerse sono state:

1. riorganizzare e razionalizzare le diverse fonti finanziamento esistenti (ossia modificare il funzionamento dell'APA e lavorare per integrare le risorse sanitarie e sociali per la residenzialità dedicata agli anziani, con l'obiettivo di ridurre la compartecipazione delle famiglie);
2. innovare i servizi domiciliari e residenziali (suggerendo la creazione di 60.000 posti aggiuntivi nei servizi residenziali);
3. aumentare il supporto per i 3,9 milioni di caregiver informali stimati sul territorio.

Nel 2021, infine, è stata effettivamente approvata una riforma dell'assistenza domiciliare. Questa ha previsto la riorganizzazione dei servizi, unificando le tre tipologie esistenti (SAAD, cioè i servizi di stampo socio-assistenziale, SSIAD, cioè i servizi infermieristici al domicilio, e SPASAD, i servizi polivalenti al domicilio). Questa riforma ha anche riorganizzato le diverse fonti di finanziamento (di seguito analizzate) dell'assistenza domiciliare, garantendo una migliore integrazione.

¹ Si precisa che questo dato differisce da quanto riportato nella Tabella 4.2, che prende come bacino di riferimento gli over65 non autosufficienti (e non, come in questo paragrafo, la totalità degli over65).

La sostenibilità economica

I meccanismi di finanziamento del sistema LTC francese prevedono due principali fonti: i fondi di sicurezza sociale e la tassazione raccolta dalle autorità locali. Da un punto di vista gestionale, l'attore principale a livello nazionale per l'implementazione delle politiche per gli anziani è la già citata CNSA. La Cassa Nazionale ha un budget di 31,6 miliardi € (dati 2021), finanziati principalmente dai contributi che il datore di lavoro trattiene dalla busta paga. Questo budget finanzia sia le misure specifiche per la non autosufficienza delle persone over60 (APA), sia quelle per le persone con disabilità under60 (PCA). Si tratta quindi della parte più consistente delle risorse a disposizione del sistema, che però devono essere integrate con le altre risorse gestite dai diversi attori (anche non pubblici) presenti nel sistema LTC francese. Sulla base dei dati Eurostat (2021), è possibile infatti ricostruire l'ammontare complessivo: 64,2 miliardi €, pari al 2,6% del PIL, suddivisi tra risorse pubbliche (33%), assicurazioni obbligatorie (46%) e spesa *out-of-pocket* (21%). Non risultano risorse derivanti da assicurazioni volontarie.

La sostenibilità delle competenze e per il personale

Infine, per quanto riguarda il personale, è possibile rendere solo un quadro parziale che non permette il confronto con gli altri paesi in analisi. È infatti disponibile solo il dato relativo ai professionisti impiegati all'interno dei servizi residenziali, cioè 234.492 persone (214.377 in termini di FTE). Questo dato corrisponde a 1,8 impiegati ogni 100 persone over65 (ossia 1,6 FTE per 100 persone over65). Il principale intervento riguardante il personale del settore in Francia ha previsto nel 2021 la revisione dei contratti collettivi nazionali dei lavoratori per adeguarli al costo della vita e alle nuove professionalità emergenti.

4.1.2 Il settore LTC in Germania

Come già notato, il caso tedesco è certamente di notevole interesse in quanto basato su un articolato sistema di valutazione dei bisogni delle persone non autosufficienti e in quanto incentivante dei servizi domiciliari.

La governance del settore

Dal 1994, il settore LTC tedesco si basa su assicurazioni obbligatorie distinte ma collegate a quelle sanitarie. Infatti, la copertura per i bisogni LTC segue la copertura sanitaria obbligatoria, che si distingue in una componente pubblica e una componente privata. La parte pubblica (SHI, *Statutory Health Insurance*), si articola in «*sickness fund*», mentre la parte privata (PHI, *Substitutive Private Health Insurance*) è sostenuta da compagnie assicurative private. La maggior parte della popolazione è coperta tramite schemi assicurativi pubblici

(poco meno del 90%), mentre la componente privata conta circa il 10% della popolazione. Infine, una quota residuale di popolazione è coperta tramite schemi assicurativi speciali, quali, per esempio, i programmi per i soldati (Blümel *et al.*, 2020).

Il settore LTC tedesco si articola su diversi livelli di governance. A livello nazionale il legislatore definisce la normativa generale per il settore, principalmente individuando i criteri di eleggibilità dell'utenza e stabilendo i livelli di contribuzione obbligatoria. La competenza è assegnata al Ministero della Sanità (*Bundesministerium für Gesundheit*). A livello federale, invece, se da un lato i 16 *länder* assicurano le infrastrutture dei servizi LTC, un ruolo fondamentale è rivestito dai Comitati federali. I Comitati, partecipati dalle assicurazioni, dai gestori dei servizi e dalle rappresentanze dei professionisti, hanno la competenza sull'implementazione dei servizi, prevedendo la negoziazione locale dei livelli di remunerazione e gli standard dei servizi di concerto con la normativa nazionale. Infine, le assicurazioni gestiscono le richieste di accesso degli utenti, le loro valutazioni dei bisogni e la contrattualizzazione degli enti gestori, coerentemente a quanto negoziato nei Comitati federali.

La sostenibilità dei modelli di servizio

Le tipologie di interventi attivabili a favore della persona non autosufficiente in Germania si dividono in due casistiche: (i) l'erogazione di un'indennità economica, senza attivazione di servizi; (ii) l'attivazione di servizi professionali contrattualizzati tramite le mutue LTC.

In entrambi i casi, l'entità del budget a disposizione dipende dalla valutazione del bisogno. La valutazione è effettuata dal Servizio Medico delle assicurazioni (*Medizinischer Dienst der Gesetzlichen Krankenversicherung*) ed è basata su un punteggio ottenuto dalla ponderazione dei seguenti elementi, che tengono conto sia dello stato di salute sia della dotazione di reti sociali:

- mobilità;
- capacità cognitive, comportamento e problemi psicologici;
- livello di indipendenza nella cura di sé (es. igiene e alimentazione);
- restrizioni di salute, stress correlato a terapie;
- organizzazione della vita quotidiana e dei contatti sociali.

La valutazione classifica i cittadini in uno dei 5 livelli di assistenza erogabili, i quali condizionano le tariffe riconosciute ai provider di servizi professionali e/o l'indennità economica erogata. Infatti, come anticipato, la scelta di una delle due opzioni comporta l'accesso a differenti prestazioni.

Nel caso di scelta di erogazione di indennità economica (i), la persona riceve unicamente un supporto finanziario tramite l'Indennità di assistenza. In

questa circostanza, la persona vive tipicamente a casa e la sua assistenza è organizzata da familiari. L'indennità minima è pari a un'erogazione mensile di 125 € (1° livello) – tale importo è comunque corrisposto anche nel caso di attivazione di servizi *in-kind* – mentre la massima indennità erogabile è pari a 901 € al mese (5° livello).

Nel caso di scelta di attivazione di servizi *in-kind* (ii), questi possono essere forniti tramite assistenza domiciliare o assistenza residenziale. In ogni caso, come richiamato, è sempre riconosciuta la prestazione economica minima di 125 € al mese (1° livello). L'assistenza domiciliare è erogata tramite visite regolari di professionisti a casa del beneficiario. In questo caso, l'assicurazione LTC contrattualizza e paga direttamente il gestore di servizi con un budget mensile da un minimo di 689 € (2° livello) a un massimo di 1995 € (5° livello). Infine, per l'opzione di assistenza residenziale tramite soggiorno in una casa di cura, l'assicurazione copre le spese per l'assistenza di base, il supporto sociale, gli ausili e l'assistenza sanitaria, mentre i beneficiari pagano la quota di costi per l'alloggio e i pasti. In questo caso il budget mensile varia da 770 € (2° livello) a 2005 € (5° livello).

Sono poi presenti ulteriori forme di assistenza. Per esempio, l'istituto del «caregiver sostituito» è un contributo per attivare un professionista per un massimo di 6 settimane all'anno se il caregiver informale che fornisce assistenza al domicilio è momentaneamente impossibilitato a svolgere i propri compiti di cura. Oppure, l'assistenza istituzionale part-time tramite l'erogazione diurna o notturna di assistenza tutelare, supporto sociale e trattamenti sanitari in una struttura che fornisce assistenza. Inoltre, l'«assistenza breve» è fornita in strutture residenziali per un periodo limitato collegato a un momento di crisi nell'assistenza a casa o dopo un periodo di ospedalizzazione. Infine, è possibile ricevere ausili e indennità per la modifica della casa per soddisfare le esigenze di assistenza per la persona non autosufficiente.

Rispetto alla copertura del bisogno, il settore LTC tedesco presenta buoni risultati. Infatti, nel 2019, a fronte di un numero di persone over65 non autosufficienti pari al 19% della popolazione over65 (2,96 mln), l'11% delle persone over65 ha ricevuto l'indennità di assistenza (ovvero circa il 60% delle persone over65 non autosufficienti), il 4% ha ricevuto assistenza domiciliare (circa il 20% delle persone over65 non autosufficienti) e un ulteriore 4% (circa il 20% delle persone over65 non autosufficienti) ha ricevuto assistenza residenziale (European Commission, 2021).

Recenti riforme si sono rese necessarie per garantire la sostenibilità del modello di servizio del settore LTC tedesco. Tra le più significative risulta il *Care Strengthening Act (Pflegestärkungsgesetz, 2015-2017)* che ha introdotto la nuova valutazione del bisogno di cura come sopra descritta, ampliando il potenziale bacino di utenza abbracciando ulteriori dimensioni quali le restrizioni

dovute a malattie mentali o disturbi psicosomatici ed espandendo da 3 a 5 i livelli di assistenza. Inoltre, le riforme 2015-2017 hanno introdotto una maggiore flessibilità nella scelta di combinare diversi tipi di servizi per rispondere alle crescenti esigenze di personalizzazione delle cure, anche tramite benefit per i caregiver familiari (come il diritto a ferie aggiuntive) o misure per l'adeguamento della casa. Queste riforme a favore della qualità e della copertura dei servizi richiamano però l'attenzione al tema delle risorse economiche necessarie.

La sostenibilità economica

Le assicurazioni LTC coprono parte dei costi totali per l'erogazione dei servizi, mentre gli utenti sono chiamati a partecipare, oltre alle aliquote contributive obbligatorie, tramite compartecipazione o assicurazioni volontarie. Laddove vi siano situazione di grave fragilità, il finanziamento pubblico integra le spese che il cittadino non riesce a sostenere. Nel 2021 le risorse per l'assistenza LTC in Germania ammontavano a 89,5 miliardi €, cioè il 2,5% del PIL, distribuite tra risorse pubbliche (8%), assicurazioni obbligatorie (65%) e volontarie (4%), risorse *out-of-pocket* (23%).

Come già notato, se da un lato le recenti riforme hanno garantito un'estensione del bacino di utenza e della tipologia di servizi, queste hanno posto però l'attenzione sulla sostenibilità economica del settore LTC. Infatti, negli ultimi anni si sono resi necessari diversi aumenti delle aliquote contributive obbligatorie prelevate dalle retribuzioni di ogni lavoratore e lavoratrice per finanziare il sistema assicurativo. Dopo le riforme 2015-2017 infatti l'aliquota SHI (assicurazione pubblica) è stata inizialmente aumentata dal 2,35 al 2,55%, con un successivo aumento di 0,5 punti percentuali nel 2019 e un ulteriore aumento nel 2023. Attualmente, l'aliquota contributiva per l'assicurazione LTC è pari al 3,6% (2,2% a carico del dipendente e 1,4% a carico dell'azienda), ma è aumentata al 4% (2,3% e 1,7%) nel caso in cui il cittadino non abbia figli a carico, mentre è diminuita per chi ha più di un figlio, fino all'aliquota contributiva minima pari 2,4% (1,2% e 1,2%) nel caso di 5 o più figli a carico. Una intervista condotta dagli autori con un esperto del settore LTC tedesco ha evidenziato come il collegamento dell'entità dell'aliquota contributiva obbligatoria al numero di figli sia attualmente fonte di dibattito, in quanto, per esempio, ritenuta una scelta discriminatoria e non etica per chi non ha la possibilità di avere figli. Per quanto riguarda la PHI (assicurazione privata), i premi sono graduati in base all'età al momento della sottoscrizione della polizza e il premio massimo è stabilito per legge.

La sostenibilità delle competenze e per il personale

Il settore LTC in Germania conta la presenza di 999.958 (pari a 723.007 in termini *Full Time Equivalent*) professionisti. In Germania, dunque, operano 5,5 professionisti ogni 100 persone over65 (o 4,0 in termini FTE).

Proprio la sostenibilità rispetto al personale è stata uno degli oggetti su cui il legislatore nazionale è intervenuto sostanzialmente negli ultimi anni, riconoscendo la strutturale crisi nel reperire professionisti e nella loro condizione di lavoro. Dal 2018 con l'avvio dell'«Azione collettiva per i lavoratori di cura» (*Konzertierte Aktion Pflege*) sono state introdotte una serie di misure per il personale del settore LTC. Infatti, nel 2019, il governo tedesco ha stipulato accordi con alcuni governi stranieri, tra cui Filippine, Messico e Kosovo, per favorire il reclutamento di nuovi professionisti. Ancora nel 2019 è stata istituita l'«Agenzia tedesca per i professionisti sanitari e della LTC» (*Fachkräfteagentur für Gesundheits- und Pflegeberufe*). Sempre nel 2019 è stata promulgata una legge per il miglioramento dei salari nella cura (*Pflegelöhneverbesserungsgesetz*) che ha introdotto il salario minimo per i lavoratori LTC e aumentato quello per il personale infermieristico. A rinforzo di queste iniziative, dal 2022 le assicurazioni LTC sono obbligate dalla normativa a contrattualizzare unicamente gestori di servizi che garantiscano il salario minimo ai propri professionisti. Un esperto intervistato dagli autori ha sottolineato come questa decisione abbia sostanzialmente alterato gli equilibri finanziari nel settore, potenzialmente minando la sostenibilità economica di molti gestori. Se da un lato l'attrattività del settore e le condizioni per il personale sono un elemento critico, ogni intervento in tal senso pone dei significativi *trade-off* o in termini di copertura del bisogno o, come nel caso tedesco, di copertura delle risorse finanziarie necessarie.

4.1.3 Il settore LTC in Svezia

La Svezia è un Paese tradizionalmente caratterizzato dalla presenza di un welfare pubblico molto sviluppato che influenza quindi anche il sistema di servizi per gli anziani. Il Paese ha comunque vissuto alcuni cambiamenti nel corso degli ultimi anni, che ci permettono di evidenziare quali sono le principali priorità che si sta dando un sistema orientato a fornire servizi pubblici alla più ampia quota di popolazione possibile.

La governance del settore

In Svezia, la governance del settore LTC è semplificata dalla presenza di due livelli (centrale e locale) e da un numero relativamente limitato di attori coinvolti. Al livello centrale, è compito del governo regolare il sistema in tutti i suoi aspetti. Nello specifico il suo ruolo consiste nel:

- emanare le normative (in particolare, il settore in Svezia è regolato dal *Social Services Act*);
- definire l'allocazione delle risorse;
- definire le linee guida affinché il sistema sia omogeneo su tutto il territorio;

- definire gli indicatori di monitoraggio per verificare l'omogeneità dei servizi (esiste infatti un ampio sistema di reporting che dà luogo alla pubblicazione di un report annuale).

Al livello decentrato, invece, l'interlocutore principale è rappresentato dalle amministrazioni locali (chiamate Municipalità; ve ne sono circa 290): il loro compito è quello di effettuare la valutazione del bisogno e di garantire l'erogazione dei servizi. I provider sono per la maggior parte enti pubblici, anche se esiste comunque una quota di attori privati (accreditati direttamente dalle Municipalità).

La sostenibilità dei modelli di servizio

I servizi a disposizione dei cittadini svedesi sono principalmente sette, di cui cinque *in kind* e due *cash*. Per quanto riguarda i servizi in natura, il portafoglio è così composto:

- Assistenza domiciliare: una parte rilevante dell'assistenza svedese è rappresentata dall'investimento su logiche di «*ageing in place*». Si tratta quindi di servizi domiciliari, forniti da un team di assistenti socio-sanitari, infermieri e medici direttamente presso le abitazioni degli utenti anziani, e rappresentano la scelta prioritaria;
- Assistenza residenziale: sta diventando un'opzione sempre più residuale all'interno del portafoglio di servizi del sistema svedese di LTC;
- Assistenza breve: attività simile alla riabilitazione che solitamente segue un periodo di degenza in ospedale;
- *Accessible housing*: tutte le Municipalità svedesi che intendono sviluppare progetti residenziali sul proprio territorio devono assicurarsi che le abitazioni costruite rispondano alle esigenze delle persone anziane e delle persone con disabilità. I requisiti di accessibilità delle abitazioni, non necessariamente destinate o utilizzate da persone non autosufficienti, hanno acquisito sempre maggiore rilevanza negli interventi normativi più recenti;
- *Senior Housing*: è considerata l'opzione «standard» per persone over55, ossia abitazioni all'interno delle quali l'accessibilità è una priorità assoluta. Alcune sono complessi nuovi costruiti *ad hoc*, altre fanno parte di interventi di conversione di edifici prima destinati ad altri usi oppure di interventi di ristrutturazione.

Accanto a questi servizi vi sono due tipologie di trasferimenti monetari, entrambi destinati ai caregiver delle persone non autosufficienti:

- un pagamento cash destinato a finanziare il supporto dato da un caregiver familiare, che va in aggiunta ai servizi erogati *in kind*;
- un'indennità fornita a un membro della famiglia che eroga i servizi domiciliari previsti dalla municipalità e che quindi si «sostituisce», in tutto o in parte, ai servizi forniti dai provider pubblici o privati accreditati.

I servizi per la Long Term Care sono accessibili a tutti i residenti che ne abbiano bisogno, senza alcun tipo di limitazione. La richiesta deve essere presentata alla municipalità, che di conseguenza attiva la valutazione del bisogno. Nel 2019, si stima vi fossero in Svezia 413.000 persone non autosufficienti (il 4% della popolazione), di queste 203.000 erano over65 (il 10% degli over65) (European Commission, 2021). In carico ai servizi attraverso l'assistenza domiciliare si stima vi fosse l'11% degli over65 (cioè, il 110% degli over65 non autosufficienti), mentre all'interno dei servizi residenziali il 3% del totale della popolazione over65 (circa il 30% degli over65 non autosufficienti). Infine, l'indennità monetaria garantita ai caregiver raggiungeva l'11% delle persone anziane (e quindi le loro famiglie) (circa il 110% degli over65 non autosufficienti).

Il dibattito e i principali interventi normativi degli ultimi anni si sono concentrati su alcuni temi. Innanzitutto, su come ottenere un coordinamento più efficace ed efficiente tra assistenza sanitaria e assistenza socio-assistenziale a lungo termine. Il tentativo che si cerca di realizzare in Svezia è quello di integrare e coordinare al meglio i servizi sanitari regionali e quelli comunali di assistenza agli anziani, per migliorare il coordinamento tra l'assistenza sanitaria «ordinaria» e quella eccezionale, per la non autosufficienza. Negli ultimi anni, inoltre, la Svezia ha lavorato molto nella direzione di favorire la prevenzione, attraverso:

- attività fisica prescritta dai medici;
- sensibilizzazione rispetto al tema delle cadute e degli altri incidenti domestici. A questo scopo, le Municipalità hanno attivato figure *ad hoc* per supportare la popolazione anziana nella gestione e nella manutenzione dell'abitazione.

Infine, è stata data particolare attenzione alle attività di stimolazione sensoriale e culturali all'interno dei servizi residenziali per rallentare il decadimento cognitivo.

La sostenibilità economica

In Svezia, i servizi LTC sono finanziati attraverso la tassazione pubblica, con un mix di tassazione locale e finanziamento attraverso risorse del livello centrale. Le spese per gli utenti e per le famiglie (compartecipazione) sono relativamente basse e calcolate in base alla fascia reddituale. La compartecipazione

viene in ogni caso decisa dalla Municipalità di riferimento, con un tetto massimo fissato dal governo a 2350 Corone Svedesi al mese (207 € circa).

Nel 2021 le risorse per LTC ammontavano a 4,0 miliardi € (il 2,8% del PIL), di cui il 94% proveniente da risorse pubbliche e il 6% da spesa *out-of-pocket*.

La sostenibilità delle competenze e per il personale

Il settore LTC in Svezia conta la presenza di 244.004 (187.288 FTE) professionisti che corrispondono a 11,7 professionisti ogni 100 persone over65 (o 9,0 in termini FTE). In termini di principali cambiamenti riguardanti la forza lavoro intervenuti negli ultimi anni, si segnala in particolare che dopo il periodo della pandemia da Covid-19 il governo ha lanciato un importante programma politico per rafforzare le competenze del personale medico-sanitario nelle strutture residenziali. La diffusione del virus aveva infatti fatto emergere alcune criticità e debolezze del sistema di residenzialità, che si sono anche tradotte in un confronto su aspetti come la lingua parlata dagli operatori e dalle operatrici. Il dibattito, infatti, ha anche affrontato la questione delle competenze linguistiche, essendo molte e molti dipendenti socio-sanitari stranieri. In molti casi non parlano fluentemente lo svedese e questo ha causato frequenti problemi di comunicazione. Come conseguenza, dopo la pandemia, alcune Municipalità hanno iniziato a imporre requisiti linguistici più stringenti per coloro che vogliono lavorare nel settore.

4.2 I cambiamenti in atto: quali punti di attenzione per l'Italia?

Nonostante i paesi analizzati presentino ciascuno delle peculiarità (dimensioni, estensione dell'intervento pubblico, pilastri del sistema sanitario e socio-sanitario ecc.) che rendono non completamente comparabili quei sistemi con il sistema italiano, è possibile trarre alcuni spunti di riflessione e alcuni elementi da mettere sul tavolo della discussione in corso anche nel nostro Paese sul futuro del sistema di LTC. A livello complessivo, si nota come in tutti i casi considerati le riflessioni a livello di sistema su come garantire la sostenibilità del settore LTC siano state avviate da molti anni, con interventi anche molto incisivi e impattanti (es. aumento aliquote obbligatorie e introduzione del salario minimo per operatori e operatrici del settore in Germania), rendendo evidente il ritardo italiano nell'affrontare questioni strutturali e, come dimostrato, a valenza europea oltre che nazionale. La Tabella 4.3 cerca di sintetizzare le principali evidenze e riflessioni.

Tabella 4.3 Riforme recenti nei settori LTC di Francia, Germania e Svezia e punti di attenzione per l'Italia

	Francia	Germania	Svezia
Riforme recenti più significative	<ul style="list-style-type: none"> • 2015: focus su domiciliarità e prevenzione • 2019-2021: integrazione delle fonti di finanziamento; riorganizzazione dei servizi (domiciliari); incremento di 60.000 PL in residenzialità 	<ul style="list-style-type: none"> • Introduzione salario minimo nel settore LTC • Valutazione multi-dimensionale a cui corrispondono diverse intensità e risorse 	<ul style="list-style-type: none"> • Sforzo di maggiore integrazione con il versante sanitario • Attenzione al tema delle competenze linguistiche per gli operatori/operatorici del settore
Punti di attenzione per l'Italia	<ul style="list-style-type: none"> • Discussioni e traiettorie di riforma simili a quelle italiane, ma partite prima • Da «all-in» domiciliare a parziale riequilibrio domiciliare-residenziale 	<ul style="list-style-type: none"> • Il salario minimo modifica le tendenze esistenti nel quadriennio delle politiche di cura (copertura bisogni, contenimento spesa, standard, lavoratori) • Nuova Valutazione Multi-dimensionale Unificata necessaria per introdurre prestazioni graduate 	<ul style="list-style-type: none"> • Modello svedese non comparabile? Se si vuole andare verso domiciliarità a tutti i costi, sembra essere l'unico efficace (a che condizioni?) • Attenzioni ad aspetti di prevenzione e accessibilità (occasioni sprecate e ancora disponibili con PNRR)

Il caso francese e la sua evoluzione più recente riecheggiano in alcune discussioni e traiettorie di riforma di cui si discute in Italia, con la differenza che in Francia la riflessione è stata avviata con molti anni di anticipo. Osservando quindi da lontano, è possibile sottolineare come inizialmente l'accento delle riforme fosse notevolmente (se non quasi esclusivamente) sbilanciato verso una forte espansione del setting domiciliare come soluzione da prediligere (a scapito soprattutto dei servizi residenziali). Il dibattito pubblico avviato prima della pandemia ha poi parzialmente riequilibrato, almeno a parole, riportando l'attenzione anche sulla necessità di espandere la capacità di offerta del sistema delle residenze per gli anziani non autosufficienti.

Il caso tedesco, invece, è estremamente rilevante per il dibattito italiano per almeno altri due aspetti. Innanzitutto, è un sistema basato su un impianto di valutazione multi-dimensionale che richiama alla novità della Nuova Valutazione Multi-dimensionale Unificata di cui si tratterà nel capitolo dedicato alla riforma di settore promulgata in Italia (Capitolo 5). Queste valutazioni sono effettivamente necessarie per introdurre prestazioni graduate rispetto ai bisogni. In secondo luogo, l'introduzione del salario minimo nel settore LTC tedesco richiama echi del dibattito sull'attrattività del personale del settore in Italia. È da notare però come il salario minimo modifichi sostanzialmente le tensioni esistenti nel quadrilemma delle politiche di cura a favore della qualità del lavoro, ma bisogna considerare le ricadute in termini di copertura bisogni, contenimento spesa e standard.

Infine, l'esempio svedese può sembrare quello più distante dal sistema di LTC italiano. Si tratta però di un caso in cui l'investimento e la priorità verso l'assistenza domiciliare sono andati oltre la retorica, come dimostrano i dati della presa in carico. Ci indica altresì che probabilmente è stato possibile realizzare questa impostazione grazie ad alcune caratteristiche distintive anche rispetto agli altri esempi presi in considerazione in questo capitolo: risorse pubbliche elevate a disposizione e una popolazione da servire più piccola in numeri assoluti, solo per citarne due. Un altro elemento interessante riguarda l'attenzione dedicata alla Svezia ad aspetti di prevenzione e accessibilità, che pongono quanto meno all'Italia e agli altri paesi un tema che viene spesso citato nelle dichiarazioni di principio, ma che raramente si vede tradotto in azioni concrete. Al netto dei rimpianti per alcune opportunità che offriva il PNRR in tale direzione e che non sono state sfruttate, restano idee valide di come pensare al tema della non autosufficienza non solo come un problema da prendere in carico quando si presenta, ma anche come di una condizione sulla quale è possibile lavorare per ritardarla il più possibile.

Bibliografia

Blümel, M., Spranger, A., Achstetter, K., Maresso, A., Busse, R. (2020), «Germany: Health system review», *Health Systems in Transition*, 22(6), pp. i–273.

European Commission (2021), *2021 Long-Term Care Report Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Country profiles, Volume II*.

Eurostat (2021), *Expenditure for selected health care functions by health care financing schemes*. Disponibile a questo link: https://doi.org/10.2908/HLTH_SHA11_HCHF, consultato il 12 febbraio 2024.

OECD (2021), *Long-Term Care Resources and Utilisation*. Disponibile a questo link: https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_LTCR, consultato il 12 febbraio 2024.

5. La sostenibilità del settore Long Term Care nella riforma per la non autosufficienza

di Simone Manfredi ed Elisabetta Notarnicola¹

5.1 Introduzione

Negli ultimi decenni l'Italia, a differenza di numerosi paesi dell'Unione Europea, non ha riformato in modo sostanziale il suo sistema di welfare pubblico per la non autosufficienza (Pavolini, 2022). Questo nonostante il nostro Paese viva le stesse pressioni rispetto all'invecchiamento della popolazione e alla conseguente esigenza di dare risposta a bisogni socio-assistenziali e socio-sanitari della popolazione anziana e non autosufficiente che riguardano un numero crescente di persone e sono caratterizzati da una sempre maggiore complessità (cfr. Capitolo 1). Bisogna considerare poi che già nel contesto europeo precedente alla pandemia il modello italiano di assistenza agli anziani non autosufficienti presentava alcune specificità che lo rendevano peculiare (Saraceno e Pavolini, 2022): nonostante una spesa in linea con quella dell'Unione Europea, l'intervento italiano si basava maggiormente su trasferimenti monetari alle famiglie piuttosto che su servizi professionali domiciliari o residenziali pubblici; si faceva già ampio ricorso a un vasto numero di «badanti», principalmente donne spesso straniere, con contratti di lavoro frequentemente irregolari (cfr. 4° Rapporto OLTC, Capitolo 2). Con l'avvento della pandemia, un sistema così impostato ha affrontato notevoli difficoltà: la mancanza di una rete di servizi adeguata sul territorio, unita alle restrizioni sulla mobilità dei familiari e dei caregiver retribuiti, ha reso ancora più difficile accedere a servizi formalizzati e professionali. La pandemia ha portato d'altra parte anche la novità di un primo tentativo di riforma strutturale. A seguito degli eventi collegati alla diffusione di Covid-19 ma anche (soprattutto) alle dinamiche di Next Generation EU e del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), gli anni 2022 e 2023 sono stati anni di lavoro ad alcune proposte legislative destinate a impattare sul settore.

¹ Gli autori ringraziano Lorenzo Pistis per il prezioso supporto nella ricerca propedeutica allo sviluppo del presente capitolo.

Il presente capitolo descrive questi recenti sviluppi di policy con lo scopo di discutere le implicazioni in termini di sostenibilità del settore LTC. Il paragrafo 5.2 ripercorre il percorso di riforma per la non autosufficienza, concentrandosi su tre tappe fondamentali: la formulazione della proposta del «Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza» del marzo 2022; la Legge 23 marzo 2023, n. 33 «Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane»; i decreti attuativi al marzo 2024, con particolare attenzione allo schema di decreto legislativo in attuazione della legge delega del 25 gennaio 2024, reso poi definitivo l'11 marzo 2024. Al momento di scrittura del presente capitolo (marzo 2024) il percorso di riforma avviato in Italia non è certamente giunto al termine, ma è possibile già evidenziare alcune caratteristiche fondamentali e studiarne le prime implicazioni. In particolare, il paragrafo 5.3 propone una rilettura dei più recenti sviluppi della riforma per la non autosufficienza rispetto ai temi oggetto di ricerca in questa edizione del Rapporto: la sostenibilità dei modelli di servizio, la sostenibilità economica e la sostenibilità collegata al personale e alle competenze.

5.2 Il percorso di riforma per la non autosufficienza: le tappe fondamentali

La prima tappa del recente percorso è riconducibile all'istituzione a fine 2020 della «Commissione Paglia» (dal nome del suo Presidente, Mons. Vincenzo Paglia) per «la riforma dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria agli anziani», che ha aperto il dibattito rispetto alla preferibilità di un sistema più incentrato sulle cure domiciliari rispetto ai setting residenziali. Tale percorso prende ulteriore forma con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato nella sua prima versione a luglio 2021, che impegnava il nostro Paese (Missione 5 Componente 2) a emanare una riforma in favore degli anziani non autosufficienti. Sempre nel 2021, viene istituito il tavolo di lavoro «Interventi sociali e politiche per la non autosufficienza» presieduto dall'ex ministra Livia Turco presso il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, introducendo il dibattito sui punti unici di accesso, i livelli essenziali delle prestazioni e un incremento crescente fra il 2022 ed il 2025 della dotazione del Fondo nazionale per la non autosufficienza, solo parzialmente confermati dalla Legge di bilancio 2022. Questa, infatti, ha stanziato ulteriori risorse per il Fondo pari a euro 100 milioni per il 2022, a euro 200 milioni per il 2023, a euro 250 milioni per il 2024 e a euro 300 milioni a decorrere dall'anno 2025, a sostegno dell'introduzione dei LEPS (Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali per le persone anziane non autosufficienti). Un ulteriore e decisivo stimolo per il percorso di riforma avviene con l'istituzione del gruppo di esperti «Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza» nel 2021, grazie alla partecipazione di numerose realtà della società civile e della ricerca².

² Un elenco è disponibile qui: <https://www.pattononautosufficienza.it/chi-siamo/>.

5.2.1 Prospettive di cambiamento: il patto per la non autosufficienza

Di particolare interesse è infatti la proposta formalizzata nel marzo del 2022 dal «Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza» (di seguito il Patto) che si propone di offrire stimoli per migliorare e rafforzare il settore³ anche sulla spinta del confronto con numerose esperienze europee che già hanno affrontato periodi di riforme. I contenuti di questa proposta sono stati concepiti come propedeutici al lavoro legislativo legato alla riforma e sarebbero dovuti sfociare negli atti successivi.

Uno degli obiettivi chiave della riforma secondo il Patto doveva essere di superare la frammentazione esistente tra servizi sanitari, servizi sociali e trasferimenti monetari nazionali, oggi regolati da norme e procedure differenti e non coordinate tra loro. Il Patto proponeva quindi l'istituzione di un Sistema Nazionale Assistenza Anziani (SNA), basata su una governance condivisa tra tutti i soggetti pubblici responsabili, includendo Stato, regioni e comuni. In secondo luogo, la proposta prevedeva di affrontare le molteplici sfaccettature delle condizioni di non autosufficienza costruendo una filiera di risposte complementari tra loro: servizi domiciliari, servizi semiresidenziali, servizi residenziali, trasferimenti monetari, adattamenti delle abitazioni, sostegni ai caregiver familiari e agli assistenti familiari («badanti»). Tale filiera, doveva prevedere un accesso semplificato tramite una sola valutazione iniziale, seguita da un percorso unitario all'interno della rete del welfare. Infine, il Patto sottolineava fortemente la necessità di riconoscere la tutela della non autosufficienza come una responsabilità pubblica. Di conseguenza, lo SNA si sarebbe dovuto basare su un finanziamento pubblico mirato a garantire il diritto all'assistenza, con una logica universalistica simile a quella applicata alla sanità. La definizione di questo principio avrebbe però dovuto essere seguita da azioni concrete, come l'incremento dei fondi pubblici dedicati e affrontare il tema della compartecipazione ai servizi residenziali e semiresidenziali stabilendo rette adeguate al potere di acquisto degli anziani e delle loro famiglie. In sintesi, la proposta di riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, con l'istituzione di un Sistema Nazionale Assistenza Anziani (SNA), si poneva come un ambizioso tentativo di trasformare radicalmente il settore, affrontando ogni aspetto oggi critico attraverso i vantaggi di una governance unitaria, risposte differenziate per target di bisogno ma complementari tra loro, la definizione di un percorso di accesso semplificato e l'individuazione di una linea di finanziamento pubblico dedicata ed adeguata. Nello specifico, la proposta delineava un approccio innovativo su tre dimensioni chiave:

³ Il testo è disponibile qui: <https://www.pattononautosufficienza.it/proposta-per-la-riforma/>.

1. la presenza di un Percorso Unico di Accesso (PUA). Si suggeriva l'istituzione di Punti Unici di Accesso all'interno delle Case della Comunità, dove fornire un primo contatto orientativo per le famiglie e gli anziani. Il PUA servirebbe come punto chiave per la valutazione della non autosufficienza attraverso una Valutazione Nazionale di Base (VNB), seguita da una valutazione territoriale dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM). Questo approccio integrato favorirebbe un accesso unico, chiaro e semplice nell'intera rete del welfare;
2. l'articolazione di una Rete Integrata di risposte, disegnando una rete integrata di interventi offerti dallo SNA, finanziati pubblicamente attraverso i livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) e delle prestazioni sociali (LEP). La filiera dei servizi è progettata per coprire il mantenimento a domicilio con il supporto di un *case manager*, riflettendo l'accento sull'assistenza domiciliare e l'assorbimento dell'indennità di accompagnamento in una Prestazione Universale per la Non Autosufficienza, un trasferimento monetario universale graduato secondo il livello del bisogno di cura. Tale Prestazione Universale sarebbe fruibile come contributo economico senza vincoli di utilizzo, oppure con una maggiorazione d'importo per ricevere servizi alla persona. Questo è avvantaggiato anche dal modello di programmazione e governance su tre livelli: nazionale, regionale e locale. La Rete nazionale, composta da rappresentanti di ministeri, regioni, comuni e Inps, elaborerebbe un Piano nazionale integrato per la non autosufficienza. Analogamente, le Reti regionali e territoriali definirebbero piani per coordinare tra gli attori e una programmazione triennale aggiornata annualmente;
3. le modalità di Finanziamento, che dovrebbero essere prevalentemente pubbliche, riassegnando risorse attualmente frammentate tra diversi livelli istituzionali, e orientate alla sostenibilità economica dei servizi oltre che all'equità, suggerendo rette adeguate rispetto al reddito dei destinatari e introducendo un secondo pilastro integrativo basato su Fondi Integrativi per la Non Autosufficienza. Questo secondo pilastro segue principi mutualistici e solidaristici, offrendo risorse complementari alle prestazioni pubbliche.

5.2.2 Principi del cambiamento: la legge delega n. 33/2023

La Legge 23 marzo 2023, n. 33 «Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane» è stata promulgata dopo un laborioso ed eccezionale iter che ha attraversato tre governi (Conte, Draghi e Meloni). Nonostante la critica al suo linguaggio definitorio e la scarsità di disposizioni di immediata rilevanza pratica, la Legge delega è certamente un passo fondamentale nel percorso di riforma, sancendo un passo avanti verso la sua emanazione e fissando alcuni paletti. Il testo si compone di 9 articoli:

- Articolo 1, contiene le definizioni dei seguenti termini: Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS); ambiti territoriali sociali (ATS); punti unici di accesso (PUA); progetti individualizzati di assistenza integrata (PAI); livelli essenziali di assistenza (LEA); caregiver familiari;
- Articolo 2, paragrafi 1 e 2 che enunciano alcuni principi generali, tra cui l'integrazione delle norme in materia di assistenza sociale, sanitaria e socio-sanitaria alla popolazione anziana e la promozione della valutazione multidimensionale; paragrafo 3 che istituisce il Comitato Interministeriale per le Politiche in favore della popolazione Anziana (CIPA) e il Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana;
- Articolo 3, che delega il governo ad adottare misure per promuovere l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione della fragilità, facendo riferimento, tra gli altri interventi citati, alle nuove forme di *senior co-housing* e *co-housing* intergenerazionale;
- Articolo 4, che delega il governo ad adottare misure per (i) definire il Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA) quale modalità organizzativa permanente e partecipata dal CIPA, dagli assessorati regionali competenti, dalle aziende sanitarie, dagli ambiti territoriali sociali e dai distretti sanitari; (ii) definire e monitorare i LEPS; (iii) definire una valutazione multidimensionale unificata da effettuare presso i PUA al fine di definire il PAI e il relativo budget di cura e assistenza; (iv) integrare i servizi delle aziende sanitarie e dei comuni, con particolare riferimento all'ADI e al SAD, valorizzando l'apporto del Terzo Settore e del servizio civile universale;
- Articolo 5, che delega il governo ad assicurare la sostenibilità e la flessibilità dei servizi di cura e assistenza, introducendo (i) una prestazione universale graduata rispetto al bisogno assistenziale erogabile secondo la scelta del beneficiario come trasferimento monetario o servizi alla persona, assorbendo l'indennità di accompagnamento; (ii) la ricognizione e il riordino delle agevolazioni contributive e fiscali per sostenere la regolarizzazione del lavoro di cura al domicilio; (iii) standard formativi per professionisti e assistenti familiari; (iv) la ricognizione dei fabbisogni regionali di professionisti;
- Articoli 6, 7 e 9, che toccano aspetti procedurali;
- Articolo 8, che tratta la questione del finanziamento, introducendo (i) il riordino del Fondo per le non autosufficienze, del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare, del Fondo per il finanziamento delle attività di informazione e comunicazione a sostegno della componente anziana dei nuclei familiari; (ii) l'utilizzo delle risorse disponibili nel PNRR relative alla Missione 5 Componente 2 e Missione 6 Componente 1; (iii) l'utilizzo delle risorse del Fondo sanitario nazionale per quanto riguarda le prestazioni sanitarie previste dai LEA.

Complessivamente, la Legge delega 33/2023 introduce alcuni principi fondamentali per indirizzare lo sviluppo della riforma per la non autosufficienza. Di seguito sono approfonditi gli aspetti sostanziali. È bene specificare che, in quanto Legge delega, la Legge 33 enuncia i principi e gli indirizzi ma rimanda ad atti futuri per tutto ciò che riguarda l'implementazione delle misure. Si è dovuto attendere il 2024 (cfr. paragrafi successivi) per comprendere come queste innovazioni dovessero essere implementate.

Come si può vedere, la Legge delega ha incluso alcuni degli elementi proposti dal Patto (cfr. paragrafo precedente) ma non ha sposato tale proposta, che era stata co-costruita da diversi stakeholder, nella sua interezza. Innanzitutto, dal punto di vista degli assetti istituzionali, la Legge 33/2023 definisce il Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA) quale modello organizzativo permanente per l'attuazione coordinata di tutte le misure pubbliche dedicate all'assistenza delle persone anziane non autosufficienti e il Comitato Interministeriale per le Politiche a favore della popolazione Anziana (CIPA), presieduto dal Primo ministro e composto dai ministri competenti al fine di adottare il «Piano Nazionale per l'Assistenza e la Cura della Popolazione Anziana Non Autosufficiente» con cadenza triennale e rinnovi annuali. Non dà però indicazioni rispetto al funzionamento di tale governance e ai legami con quella attuale.

Rispetto alle misure di protezione sociale, la Legge 33/2023 cerca di semplificare le procedure di richiesta e attivazione degli interventi, richiamando alla centralità dei PUA e introducendo una valutazione unica e multidimensionale nazionale. Non è specificato tuttavia come dovrà svolgersi il processo, quale ente pubblico ne sarà responsabile e come dovrà adeguarsi di conseguenza la filiera dei servizi. Molto rilevante è il tentativo della Legge di innovare l'Indennità di Accompagnamento richiamando i principi dell'universalità e della gradualità che la prestazione dovrebbe seguire: si dice che nel futuro l'accesso alla prestazione sarà garantito in base alla necessità di assistenza dei cittadini e il suo importo aumenterà in base alle esigenze di cura. Inoltre, a differenza dell'attuale Indennità, la Legge introduce per il futuro la possibilità di scelta da parte del beneficiario tra l'opzione di trasferimenti monetari o servizi professionali, stimolando in potenza un mercato di servizi formali ad oggi ancora poco sviluppato in Italia. La Legge delega parla poi di un modello specifico di assistenza domiciliare per anziani non autosufficienti, attualmente inesistente e non meglio specificato, che superi l'attuale frammentarietà tra ADI e SAD. Questo nuovo servizio si baserebbe su una risposta integrata di durata e intensità appropriate per la specificità dell'assistenza ad anziani non autosufficienti. Infine, la Legge 33/2023 sottolinea la necessità di un deciso sostegno alle famiglie per garantire la regolarizzazione e la professionalizzazione dei caregiver familiari (o «badanti») attraverso la ricognizione e il riordino delle agevolazioni contributive e fiscali e la promozione della loro qualificazione professionale.

La Legge delega richiamava anche l'importanza dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) rivolti agli anziani non autosufficienti, con una prospettiva di integrazione con i Livelli Essenziali dei Servizi Sanitari (LEA) esistenti e introducendo la necessità di un sistema di monitoraggio nazionale per il SNAA, con particolare riferimento a strumenti di monitoraggio per i servizi sociali legati alla non autosufficienza ad oggi inesistenti. Tali livelli essenziali però non sono ancora definitivi e sono attualmente in progressiva discussione.

In ultimo, la Legge delega non prevedeva nuove assegnazioni di fondi né la modifica del sistema vigente di finanziamento del settore, ma richiamava le attuali fonti a disposizione per i diversi interventi come base per un loro possibile riordino e integrazione.

5.2.3 Lo stato dell'arte aggiornato a marzo 2024

Come già richiamato, il reale impatto della Legge 33 si desume dai decreti attuativi che ne conseguono e che sono chiamati a tradurre in norme operative gli obiettivi e le linee guida fissati dalla legge delega. Al momento in cui è redatto il presente capitolo (marzo 2024), è stato presentato uno schema di decreto legislativo⁴. Le presenti considerazioni si concentrano quindi su questo testo⁵ e non comprendono eventuali successive modifiche o il dibattito che seguirà presso le competenti Commissioni parlamentari.

Nonostante il decreto legislativo che avrebbe dovuto rendere operativa la riforma per la non autosufficienza entro un anno dalla Legge 33 fosse ampiamente atteso da diverse parti sociali e istituzionali, lo schema approvato in Consiglio dei ministri il 25 gennaio 2024 (poi confermato l'11 marzo 2024) è stato accolto con non poche critiche tra gli addetti ai lavori. A poche settimane dalla sua emanazione, leggendo i primi commenti⁶, la sensazione è che, a fronte delle alte attese sulla messa a terra di importanti innovazioni per il settore, lo schema di decreto legislativo rinviò numerose decisioni ad atti successivi, lasciando quindi insoddisfatte numerose aspettative e non chiarendo alcuni nodi operativi. Gli unici elementi rispetto ai quali sono stati forniti elementi pratici riguardano la

⁴ Il 25 gennaio 2024, recante disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli artt. 3, 4 e 5 della Legge 23 marzo 2023, n. 33 della riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti.

⁵ Il testo è disponibile qui: <https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/DF/430226.pdf>.

⁶ Per esempio: <https://www.secondowelfare.it/long-term-care/non-autosufficienza-le-attese-deluse-dal-nuovo-decreto/>; <https://www.welforum.it/fuoridalcoro/non-autosufficienza-una-riforma-ancora-da-costruire/>; <https://www.forumterzosettore.it/2024/02/08/anziani-e-non-autosufficienti-il-decreto-e-da-migliorare-chiediamo-un-confronto/>; <https://www.vita.it/una-misura-per-lo-07-dei-non-autosufficienti-non-basta-a-fare-un-riforma/>; https://www.pattononautosufficienza.it/documenti_e_news/lettera-aperta-del-patto-al-presidente-del-consiglio-dei-ministri-meloni/.

nuova valutazione multidimensionale unificata e la sperimentazione della nuova prestazione unica. Di seguito sono chiariti alcuni punti fondamentali dell'atto, soffermandoci sugli elementi che si discostano da quanto ci si aspettava o che sono di particolare rilievo.

Rispetto alla governance del settore, pur confermando l'istituzione dello SNAA lo definisce quale «insieme integrato dei servizi e delle prestazioni sociali, di cura e di assistenza» (art. 21). Riguarda quindi interventi sociali e non l'insieme delle prestazioni esistenti e non raggiunge appieno l'obiettivo di una programmazione integrata e organica con quelli socio-sanitari, sanitari e monetari. Certamente positivo è invece lo sforzo verso la messa a terra della nuova valutazione multidimensionale unificata per la quale sono descritte con maggiore dettaglio le modalità operative. Lo schema di decreto legislativo conferma il ruolo centrale dei PUA nelle «Case della comunità» come porta di accesso alle diverse prestazioni previa identificazione dei fabbisogni di natura bio-psico-sociale, socio-sanitaria e sanitaria della persona anziana e del suo nucleo familiare.

Erano poi attese diverse innovazioni riguardanti l'assistenza domiciliare (art. 27). Se la Legge n. 33/2023 apriva alla possibilità di una nuova prestazione che fosse integrata (tra ADI e SAD) e calata sulle necessità specifiche della popolazione anziana non autosufficiente, nello schema di decreto legislativo si fa ancora riferimento a prestazioni di natura sociale e sanitaria, auspicando una maggiore integrazione tramite l'attuazione dei PAI senza intervenire con criteri vincolanti per il ridisegno dei servizi. Allo stesso modo, rispetto all'assistenza residenziale, nonostante il ricco dibattito avviato post-pandemia sull'opportunità di questo setting, lo schema di decreto legislativo non definisce concretamente criteri utili per lo sviluppo di servizi socio-assistenziali e socio-sanitari diversi da quelli esistenti o omogenei sul territorio nazionale (come anticipato dalla Legge delega).

Anche rispetto alla promozione della regolarizzazione e la professionalizzazione della cura informale tramite assistenti familiari, lo schema di decreto legislativo disattende le aspettative anticipate dalla Legge delega. Infatti, la Legge n. 33/2023 introduceva l'ipotesi di una ricognizione e il successivo rioridino delle agevolazioni contributive e fiscali (art. 37) per gli oneri sostenuti dalle famiglie per la collaborazione di assistenti famigliari. Il decreto legislativo, invece, sembrerebbe fermarsi al primo passaggio, senza prevedere l'effettivo rioridino della normativa in seguito al processo di ricognizione. Quello delle agevolazioni è certamente un primo elemento da considerare, ma non può essere l'unico rispetto al tema della cura informale.

Rispetto alle dotazioni finanziarie (art. 41), lo schema di decreto legislativo definisce in un importo pari a 500 milioni € lo stanziamento di nuove risorse per il biennio 2025-2026. Certamente un segnale di attenzione, ma non uno stanziamento risolutivo, considerando che le risorse pubbliche investite per la non autosufficienza ammontavano all'1,7% del PIL nel 2019, pari ad oltre 34 miliardi di euro (European Commission, 2021).

Riflessione a parte merita la nuova prestazione universale, presentata quale sperimentazione limitata al periodo dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2026. L'aver ipotizzato di procedere con una sperimentazione è un elemento apprezzabile ma nasconde diversi rischi. È apprezzabile che si rimandi ai territori locali per affinare lo strumento e la sua implementazione. È rischioso che, come in passato, si sperimenti per un periodo senza prevedere da subito se e come questa sperimentazione verrà valutata, eventualmente corretta e riproposta. Il rischio è che rimanga una misura sporadica, rispetto alla quale non avremo dati ed elementi sufficienti per valutarne il successo e i risultati e che non ci siano risorse per riproporla nel prossimo futuro.

Restando sui contenuti della sperimentazione, la prestazione universale che verrebbe introdotta sembra non essere coerente con due principi cardine introdotti dalla Legge delega, cioè l'universalità e la gradualità degli importi. Lo schema di decreto introduce infatti una sperimentazione accessibile oggi a circa 30.000 anziani (il criterio è di almeno 80 anni di età con un livello di non autosufficienza molto grave e con un ISEE non superiore a 6000 €) con lo scopo di erogare un contributo fisso (non graduato) pari a 850 € mensili spendibile in servizi (o remunerare un assistente familiare). La prestazione è poi aggiuntiva e non sostitutiva dell'attuale Indennità di Accompagnamento. Per questo motivo, è da notare come la possibilità di scelta per il beneficiario tra una prestazione monetaria o l'erogazione di servizi introdotta dalla Legge n. 33/2023 viene meno, vincolando il nuovo e aggiuntivo «assegno di assistenza» all'erogazione dell'attuale Indennità di Accompagnamento.

Se questi sono gli elementi critici della sperimentazione, la stessa presenta anche alcuni aspetti positivi. *In primis*, è apprezzabile l'aver identificato un target di destinatari specifico e, tra tutti quelli possibili, quello che potenzialmente manifesta bisogni di maggior intensità (sia in ambito assistenziale sia di supporto al reddito). La scelta di un target potrebbe essere vista come una contraddizione rispetto all'ambizione universalistica della Riforma, ma sarebbe opportuno riconoscere, invece, un importante passo avanti del nostro sistema: dopo anni di selezione «implicita» dovuta alla distanza siderale tra risorse pubbliche disponibili e bisogni da prendere in carico (cfr. Capitolo 1), viene riconosciuta l'incapacità del sistema di rispondere a tutti i soggetti in condizione di non autosufficienza. Al contrario, viene assunta la responsabilità della selezione tra soggetti che, pure in misura differente, sono portatori di esigenze reali e critiche. In termini di principio, l'istanza ricompositiva delle risorse dovrebbe consentire una maggiore equità rispetto alla frammentazione attuale, che distribuisce tra differenti soggetti la identificazione delle priorità e che, apparentemente, non seleziona, ma nei fatti opera una selezione che spesso sfugge, in modo implicito, a logiche di equità⁷.

⁷ Ci riferiamo per esempio all'Indennità di Accompagnamento che, non essendo *means tested*, ha dato prova negli anni di essere fruita e accessibile dalla popolazione più benestante, con un effetto redistributivo al contrario.

In conclusione, la Tabella 5.1 sintetizza l'evoluzione dei contenuti legati alla Riforma. Pur consapevoli dei contributi fondamentali delle Commissioni Paglia e Turco, questi non sono stati inseriti perché essendo intervenuti su aspetti specifici (es. dotazione del finanziamento a disposizione, ruolo delle RSA nel sistema) non risultano perfettamente comparabili lungo gli assi proposti.

Tabella 5.1 Un confronto tra la Legge n. 22 del 23 marzo 2023 e lo schema di decreto legislativo del 25 gennaio 2024

	Legge n. 33/2023	Schema d.lgs. 25 gennaio 2024
Assetti istituzionali	Istituzione dello SNAA e del Comitato Interministeriale CIPA	Istituzione dello SNAA e del Comitato Interministeriale CIPA
Valutazione e presa in carico	Rilevanza dei PUA e valutazione tramite una singola Valutazione Nazionale di Base	Rilevanza dei PUA e valutazione tramite una singola Valutazione Nazionale di Base
Prestazione universale	Innovazione dell'IdA secondo i principi di universalità e di gradualità con opzione di scelta tra <i>cash benefit</i> o servizi <i>in-kind</i>	Sperimentazione di un assegno di assistenza aggiuntivo all'IdA per over80 gravemente non autosufficienti e con ISEE basso
Servizi domiciliari	Introduzione di un modello di assistenza domiciliare specifico per la non autosufficienza	Riferimento a prestazioni sociali e sanitari, auspicando integrazione tramite l'attuazione del PAI
Caregiving informale	Ricognizione e riordino delle agevolazioni contributive e fiscali per la qualificazione degli assistenti familiari	Ricognizione delle agevolazioni contributive e fiscali per la qualificazione degli assistenti familiari
Risorse finanziarie	Nessuna indicazione di ulteriori finanziamenti	Stanziamiento di 500 milioni € per la sperimentazione dell'assegno di assistenza nel biennio 2025-2026

Nota: la tabella è frutto dell'elaborazione critica degli autori e non rispecchia necessariamente in maniera letterale il contenuto dei documenti di riferimento

5.3 La riforma e la sostenibilità futura del settore LTC in Italia: passo avanti o stallo?

La domanda di ricerca posta dall'Osservatorio Long Term Care nel 2023 e illustrata in questo Rapporto è partita dal concetto di sostenibilità futura del settore LTC, chiedendosi quali siano gli ambiti da presidiare per fare in modo che nel medio periodo il settore sia sostenibile. Il punto di partenza è stato chiarire cosa si intendesse per sostenibilità (Capitolo 2) esplicitando che si è interessati a discutere di quali siano le leve per garantire la sopravvivenza del settore nel medio-lungo periodo (per esempio al 2030) oltre che per continuare a produrre un valore sociale positivo. Questa tematica evidentemente non è l'unica rilevante per il set-

tore, che si fonda anche su temi e principi di qualità dell'assistenza, equità, inclusione ecc. È tuttavia una tematica urgente stante lo scenario esistente e presentato nei capitoli precedenti: la popolazione anziana è in aumento, i bisogni di non autosufficienza anche, le risorse pubbliche sono invece stabili o in decremento, le organizzazioni del settore sono in difficoltà rispetto alla gestione dei servizi, la filiera di offerta è statica.

Con queste premesse e senza innovazioni o cambi di rotta, la sostenibilità del settore al 2030 è altamente critica e manifesta diversi scenari problematici:

- il sistema di welfare pubblico rischia di essere sempre più residuale. Se la popolazione e i bisogni aumentano ma il sistema pubblico non trova modo di espandere la sua capacità di intervento (finanziariamente o per capacità di raggiungere i cittadini), è destinato inesorabilmente ad arretrare ed a diventare secondario rispetto alla risposta privata;
- mancando di integrazione tra i diversi pilastri del welfare e tra interventi pubblici e privati, il sistema rischia di diventare sempre più frammentato e composto da interventi parziali, insufficienti e inefficaci se incapaci di fare rete tra le soluzioni esistenti;
- la staticità e scarsità della rete di offerta allontana sempre più i servizi dai bisogni espressi dalle persone anziane e dalle loro famiglie;
- il non riconoscimento del ruolo svolto dai gestori dei servizi, che garantiscono servizi nonostante le difficoltà gestionali ed operative, può portare alla fuoriuscita dal sistema di diversi operatori con la conseguente riduzione della capacità di presa in carico del sistema.

Questi scenari rappresentano i rischi che hanno portato a discutere in questo Rapporto di ricerca di sostenibilità economica del settore, sostenibilità dei suoi modelli di servizio e sostenibilità rispetto alle competenze e ai professionisti. Queste diverse accezioni di sostenibilità sono coerenti sia con la letteratura internazionale (Capitolo 2) sia con i temi presidiati nelle principali linee di riforma adottate in altri paesi (Capitolo 4). La riforma italiana, invece, per come ipotizzata e formalizzata fino ad oggi, non esprime contenuti cruciali in nessuna delle tre dimensioni che interpretano la sostenibilità futura del settore.

Sotto il profilo della sostenibilità economica, né la Legge 33 né lo schema di decreto attuativo affrontano il tema che, come già esplicitato, ha una duplice accezione, sistemica e del singolo servizio o organizzazione. I principi ispiratori di questi atti avevano introdotto due elementi: da un lato, si parlava di riorganizzare e ottimizzare le fonti di finanziamento pubblico già esistenti; dall'altro, si ipotizzava di lavorare a tariffe nazionali per i servizi dedicati alla non autosufficienza che tenessero conto degli standard implementati nei servizi. Rispetto alle fonti di finanziamento al febbraio 2024 (mentre vengono scritte queste pa-

gine), non si è ancora agito rispetto a quelle storiche e già esistenti, che si collocano per lo più però nel perimetro dei bilanci regionali e più specificatamente derivano dai fondi sanitari regionali. Riconosciamo che è stata stanziata una importante cifra per la sperimentazione della misura economica integrativa ma, come già detto sopra, tale importo è stanziato per due annualità senza chiarire che futuro potrà avere. Queste risorse non sono poi sufficienti a far fronte al trend dell'invecchiamento della popolazione. Rimane quindi aperto l'interrogativo di come il sistema pubblico di LTC affronterà il rapidissimo incremento del numero di cittadini anziani non autosufficienti. Tra i principi ispiratori della Riforma c'era anche quello dell'integrazione tra fondi pubblici e privati che pure non è stato ancora oggetto di indicazioni per la sua implementazione. Si auspica quindi per il futuro l'avvio di una riflessione più strutturata e concreta di come finanziare gli interventi di welfare e di come integrare risorse pubbliche e private. Rispetto ai servizi e alle organizzazioni e alla loro sostenibilità economica, similmente la Riforma non ha previsto alcun avanzamento. L'ipotesi di rivedere gli standard previsti e di conseguenza il modello di finanziamento e remunerazione non ha ancora trovato spazio negli atti emanati e lascia quindi ancora alla responsabilità (ed eterogeneità⁸) regionale il presidio delle condizioni di sostenibilità economica dei servizi.

Queste ultime considerazioni si collegano al tema della sostenibilità dei modelli di servizio. Gli atti attuativi della Riforma non hanno ancora dato indicazioni rispetto alla filiera dei servizi, lasciando anche in questo caso spazio a soluzioni dal basso che non avranno però l'egida degli interventi nazionali. Sebbene si attendessero indicazioni rispetto ad una nuova modalità di gestire l'assistenza domiciliare e ad un suo potenziamento, quello che è stato previsto al febbraio 2024 è l'avvio di sperimentazioni future al momento non precisate. Questo è certamente un buon auspicio e potrà dare buoni risultati ma il fatto che non siano stati fissati obiettivi né modalità di valutazione di tali sperimentazioni e che la soluzione domiciliare sia l'unica attualmente considerata (tralasciando quindi le soluzioni residenziali, diurne ecc.) porta a pensare che non ci sarà un investimento su filiere di servizi, quanto piuttosto su una o poche tipologie. Se i modelli di servizio non sono stati rivisti, si è invece lavorato sul percorso di presa in carico, agendo sia sull'accesso (PUA) sia sulla modalità di valutazione del bisogno. Questo è un primo passo per riportare al centro il legame tra bisogni e servizi ma, senza una revisione accurata dei contenuti dei servizi parte del sistema di offerta, rischia di essere uno sforzo che non trova poi una ricaduta concreta in ciò che concretamente ricevono i cittadini. Il sistema più sofisticato e perfetto di intercettazione e analisi del bisogno nulla può se non trova coerenza

⁸ A questo proposito oltre che il 5° Rapporto OLTC, 2023, si veda anche Agenas, 2024, Assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale: analisi comparative delle tariffe vigenti a livello regionale, disponibile qui: <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2382-analisi-comparative-tariffe-vigenti-livello-regionale>.

nei servizi di cui i cittadini sono destinatari. La riforma non risolve né fa evolvere la relazione tra setting domiciliare e residenziale il cui rapporto è stato oggetto (specialmente all'inizio del processo di riforma, nel 2020-21) di tanta attenzione. Anzi, poco o nulla si dice dei servizi residenziali (ma anche diurni) nel testo dei decreti attuativi.

Anche considerazioni sui professionisti, sul personale dei servizi e sulle competenze necessarie sono assenti. Questo è dovuto in parte al fatto che altre sedi istituzionali e politiche si stanno occupando del tema della scarsità del personale sanitario e assistenziale nel nostro sistema. In parte è, invece, collegato al fatto che, come si è detto sopra, non si è ancora entrati nel merito di come dovrebbero evolvere i servizi. Si citano i caregiver informali ed in particolare gli assistenti familiari ma nella logica di formalizzare la situazione esistente, non di farla evolvere e migliorarla.

È bene ricordare a questo punto che, diversamente, i tre casi internazionali presentati nel Capitolo 4 raccontano di riforme sistemiche che hanno affrontato esplicitamente il tema della sostenibilità economica (dibattendo pubblicamente della necessità di trovare maggiori fonti di finanziamento pubblico e del ruolo della spesa privata oltre che di come supportare gli enti gestori), dei modelli di servizio (rimodulando l'assistenza domiciliare più volte nel tempo ed esplicitando la relazione tra setting assistenziali) e sui professionisti (ridefinendo i percorsi formativi e sostenendo l'aumento del numero dei professionisti attivi). Questi temi sono materia di competenze delle regioni oltre che del livello centrale, ma non hanno trovato ad oggi casa in modo strutturato negli atti adottati. Quanto fatto è certamente un passo avanti ed uno sforzo migliorativo del sistema di welfare per la LTC italiano. È però uno sforzo che mira a migliorare il funzionamento del sistema esistente e non si interroga sul suo futuro prossimo.

Bibliografia

- European Commission (2021), *2021 Long-Term Care Report Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Country profiles, Volume II*.
- Pavolini, E. (2022), *On the verge of a long-term care reform in Italy?*, ESPN Flash Report 2022/41, European Social Policy Network (ESPN), Brussels, European Commission.
- Saraceno C., Pavolini E. (2022), «2021. L'anno della svolta per le politiche assistenziali e della cura in Italia?», in Capano, G., Sandri, G. (ed.), *Politica in Italia. Anno 2021*, Bologna, Il Mulino.

6. Conclusioni

di Giovanni Fosti, Francesco Longo, Elisabetta Notarnicola ed Eleonora Perobelli

Questo Rapporto di ricerca si è dato l'obiettivo di indagare il tema della sostenibilità nel settore Long Term Care, per discutere se e come questo ambito del welfare evolverà per affrontare le sfide oggi aperte e incombenti sul suo futuro. Il Capitolo 1 ha proposto una fotografia del settore, delle relazioni tra i fabbisogni e l'offerta, del rapporto tra dimensione pubblica e privata, tra assistenza formale e informale, evidenziando i principali temi critici. Di fronte a queste questioni ci si è chiesti come il settore, inteso sia come sistema sia come singoli gestori dei servizi, affronterà queste sfide. I capitoli successivi descrivono lo stato attuale delle cose, il punto di vista dei gestori, gli sforzi di riforma attuati a livello internazionale e italiano. Il Capitolo 2, quindi, approfondisce la domanda riguardo la sostenibilità del settore, e propone tre dimensioni di analisi: la dimensione economica, quella dei modelli di servizio, quella delle persone e delle competenze. Il punto di vista assunto è duplice, e considera sia la prospettiva delle singole organizzazioni, sia quella il sistema. Queste tre dimensioni di lettura della sostenibilità guidano l'analisi del punto di vista dei provider (Capitolo 3), delle riforme in atto in Francia, Germania e Svezia (Capitolo 4), della riforma italiana (Capitolo 5). Prima di trarre alcune conclusioni, si richiamano le principali evidenze emerse nell'analisi fin qui svolta.

La fotografia del settore (Capitolo 1) evidenzia i principali temi che devono essere affrontati:

- l'evoluzione demografica ed epidemiologica della popolazione italiana, che ha generato e continuerà a generare, con un'evoluzione sempre più veloce, un aumento della domanda di servizi per Long Term Care;
- la fragilità dell'attuale sistema di welfare pubblico, lo spostamento dei carichi di cura sulle famiglie e il mancato supporto e integrazione con un welfare privato;
- la scarsità delle risorse economiche investite in servizi ed innovazione;
- la contrazione delle risorse umane attive nel settore;

- il precario equilibrio raggiunto dai gestori dei servizi, sottoposto a continue tensioni gestionali, economiche e istituzionali.

Il tema sostenibilità è ampio e rischia di rimanere indeterminato. Il Capitolo 2 del rapporto approfondisce per questo la definizione di sostenibilità, centrata su tre pilastri. La sostenibilità economica: è indubbio che sia a livello sistema sia di singola organizzazione o servizio non si possa più rimandare il discorso sull'equilibrio economico da raggiungere e sulla necessità di avere finanziamenti e investimenti adeguati. La sostenibilità dei modelli di servizio: post Covid-19 e crisi seguenti, è diventato evidente come i servizi oggi previsti nella rete di offerta e centrali nella normativa siano distanti dalla possibilità di dare risposte forti ai bisogni mantenendo un equilibrio organizzativo ed economico. La sostenibilità delle persone e delle competenze: i servizi si fondano e si costruiscono su persone e competenze; se persone e competenze sono in crisi, come appare nel settore all'inizio del 2024, è necessario investire su un cambiamento e una valorizzazione di queste.

I gestori dei servizi evidenziano, nel Capitolo 3, quali siano oggi le questioni da loro meglio presidiate, quindi meno critiche rispetto alla sostenibilità futura, e quali invece siano oggi difficili da controllare e gestire. Rispetto alla sostenibilità economica a livello di singola organizzazione questa sembra essere in miglioramento rispetto al 2022. Questo accade considerando gli investimenti e gli sforzi fatti dai gestori per mantenere i risultati sui servizi residenziali (RSA) ovvero quelli maggiormente diffusi, regolamentati e finanziati dal sistema pubblico. Questo accade a discapito di altri servizi che, presentando maggiori criticità, non hanno visto negli ultimi anni gli stessi investimenti (non solo economici ma soprattutto strategici). È poi particolarmente critico anche per i gestori stessi che riconoscono che la sostenibilità futura del settore passa attraverso l'operare in contemporanea in più mercati, settori e filiere. Questo è più sostenibile anche rispetto alla capacità di risposta ai bisogni e all'evoluzione epidemiologica e demografica della popolazione. Guardando poi alla sostenibilità dei modelli servizio i gestori riconoscono come gli investimenti orientati (esclusivamente, come fino ad ora) alla residenzialità siano lesivi per la sostenibilità del settore e frutto di una focalizzazione manageriale e strategica che è stata orientata a risultati di breve periodo, senza una reale messa in discussione delle regole del gioco attuali. Il settore è rimasto per anni statico a fronte di un contesto estremamente dinamico. Questo è accaduto anche rispetto alla valorizzazione del personale e delle competenze. Se oggi si sconta una carenza di personale strutturale è anche perché non si è investito in passato nella creazione di identità professionali forti e radicate nel settore. Al contrario, il personale è stato negli anni colonna portante dei servizi, supplendo ad una carenza di finanziamento e, talvolta, di direttive e indicazioni strategiche. La rottura di questo meccanismo ha portato oggi ad un pericoloso circolo vizioso nel settore caratterizzato da personale insoddisfatto,

elevato turnover e difficoltà nella ricerca di sostituti idonei a causa di candidature ritenute inadeguate. Le competenze attualmente presidiate sono focalizzate sulla gestione dei singoli servizi, sul presidio della tenuta dei singoli pezzi del sistema, e hanno trascurato la visione di insieme e la necessità di creare percorsi e sistemi di presa in carico.

L'analisi dei processi di riforma in atto in tre paesi (Francia, Germania, Svezia), evidenzia come la prospettiva sulla sostenibilità si ponga non solo per il contesto italiano, ma anche rispetto al settore LTC dei principali paesi europei (Capitolo 4). Questo dato è contemporaneamente rassicurante e preoccupante. Rassicura perché ci dimostra che i fenomeni oggetto di studio sono fenomeni importanti e radicati nei sistemi, di fronte ai quali si stanno mettendo in campo diverse soluzioni. Preoccupa perché conferma la difficoltà e complessità nel trovare risposte efficaci. Gli esempi internazionali, tuttavia, danno al sistema italiano un insegnamento: il tema della sostenibilità deve essere affrontato esplicitamente e con una visione di medio periodo. Politiche, riforme e tentativi di innovazione nel settore possono essere guidate dai migliori principi e contenuti, ma se continueranno a rimandare il tema della sostenibilità non contribuiranno al bisogno di ripensamento profondo e messa in sicurezza di un settore che è centrale per l'alto numero di cittadini a cui si rivolge, ma anche per il numero delle organizzazioni e dei lavoratori che lo animano. Per questo motivo il Capitolo 5 ha passato in rassegna tutto l'iter che ha portato alla emanazione della riforma italiana (con la Legge 33 e i successivi decreti attuativi), cercando di applicare la chiave di lettura della sostenibilità futura del settore. Nonostante i contenuti pregevoli di questi atti e gli sforzi fatti per migliorare il settore, ancora poco si legge a proposito della sua sostenibilità futura. Questo in parte dipende anche dal fatto che si è ancora ben lontani dal vedere una traduzione delle disposizioni date da questi nuovi decreti in realizzazioni concrete; dall'altro però conferma quanto verificato negli anni e confermato nel 2020: nessun tentativo di modificare il settore riuscirà se non si riconoscerà a livello politico e di opinione pubblica la strategicità e centralità di questo settore, e questo è ancora ben lontano dall'essere vero.

Nel richiamare le principali evidenze emerse in questo Rapporto, gli autori ritrovano alcuni temi emersi via via nelle precedenti edizioni. Sul versante delle policy, il 2° Rapporto evidenziava una prospettiva di policy più orientata alla manutenzione che alla riprogettazione del sistema; sul versante dei provider, il 4° Rapporto dava evidenza dei molti tentativi di riposizionamento in corso da parte dei gestori, ma senza che questi tentativi riuscissero a superare lo stadio di continue sperimentazioni, quasi prive di un'ambizione di crescere in termini di scala e di peso nell'azione dei provider; il 5° Rapporto ha descritto la crisi del personale che il settore ha attraversato e sta attraversando. La fotografia del welfare per la Long Term Care, il disallineamento tra offerta e fabbisogni, la

crescita della sfera di offerta informale rispetto a quella formale sono una costante dei primi cinque Rapporti, da più punti di vista. È una costante, ovviamente, la presenza di una fotografia del settore. Ma è una costante, purtroppo, anche l'allargamento della forbice tra offerta e fabbisogno.

Quello che, invece, appare ancora più evidente in questo Rapporto, rispetto ai precedenti, è la drammaticità del quadro. Un insieme di elementi che nel corso degli anni sono emersi via via come critici arriva oggi a comporre un quadro complessivo che non si può non riconoscere.

Il quadro vede una posizione residuale della governance pubblica rispetto al tema della non autosufficienza, una persistente frammentazione tra gli attori, gli interventi e le risorse, uno spostamento del peso sempre più sulle famiglie. Di fronte a questo quadro un paese che invecchia, con reti sociali sempre più frammentate, famiglie più deboli, capacità di spesa pubblica e privata minore.

Distinguere le tre dimensioni della sostenibilità consente di riconoscere una pluralità di temi e di attori, che devono essere letti in modo integrato.

I temi: sebbene non si tratti solo dell'entità dei finanziamenti al settore questi, va detto, sono oggi problematici. Le risorse disponibili sono diminuite in termini reali, mentre la popolazione non autosufficiente è aumentata. Tuttavia, il compito di eventuali altri finanziamenti non potrebbe essere quello di ampliare i volumi dei servizi così come sono: è del tutto evidente che si rende necessario introdurre innovazioni di servizio che consentano di ampliare la platea dei beneficiari. È possibile che a farlo siano i provider, se operano in un mercato altamente frammentato e in assenza di un supporto pubblico intenzionalmente e deliberatamente proiettato sull'innovazione di servizio? È possibile oggi, nella situazione di crisi del personale che il settore sta vivendo, alzare lo sguardo e promuovere innovazione di servizio? Il tema del personale, che definisce la terza dimensione della sostenibilità, è quindi cruciale non solo per le implicazioni che ha sulla gestione dei servizi oggi, ma anche per la difficoltà che genera dal punto di vista della possibilità di immaginare modelli di intervento differenti.

Gli attori: l'intersezione tra ruolo dei *policy maker*, dei provider e delle famiglie, degli attori del mercato informale è sempre più articolata e sempre più complessa. Di fronte ai cambiamenti nella struttura della famiglia e nel mercato del lavoro, la capacità di intervento dei cittadini si riduce, mentre il disegno istituzionale, che fa perno ancora in misura prevalente sui trasferimenti monetari alle famiglie, sembra non modificarsi in relazione a tali cambiamenti. *Policy maker* e provider stanno facendo sforzi consistenti per rivedere e ridefinire il settore, ma sempre nel perimetro di intervento costruito nel corso degli anni. Non si vedono, per esempio, scelte di «politica industriale» di settore dal punto di vista della promozione di innovazione tecnologica, o dal punto di vista del supporto ad aggregazioni (o viceversa, linee che incoraggino lo sviluppo di un mercato oggi polverizzato). Le policy orientate a ricomporre continuano a focaliz-

zarsi su elementi aggiuntivi (fisiologicamente marginali), ma non toccano le risorse già definite, che continuano a essere trasferite in modo frammentato. Il mercato informale sembra «reggere» meno che in passato, e inizia a porre questioni nuove (l'uscita dal mercato di una parte del personale, la riduzione dei nuovi ingressi, sono due esempi di nuovi elementi di tensione che si affiancano a quelli più noti, come la formazione delle competenze e l'opacità dal punto di vista fiscale e contributivo).

Il quadro internazionale ci dice che la partita è difficile per tutti, senza false semplificazioni o banalizzazioni. Ci dice, tuttavia, che nel campo delle policy sono possibili scelte più incisive e iniziative più sistemiche. Svezia e Francia, per esempio, rispetto al tema della domiciliarità hanno fatto scelte molto incisive, sviluppando due percorsi molto differenti: la Svezia, verso la domiciliarità, la Francia, verso la residenzialità. La spinta verso la domiciliarità, adottata dalla Svezia, si accompagna a una spinta altrettanto forte verso la prevenzione e l'accessibilità. Queste scelte favoriscono, rispetto ai modelli di servizio prescelti, il mantenimento di condizioni di sostenibilità economica. Rispetto al tema del personale, la Germania ha espresso una policy molto precisa, adottando il salario minimo, per contrastare la perdita di attrattività del settore nei confronti del personale. Saranno ovviamente da valutare gli effetti di queste decisioni, ma che si tratti di decisioni sostanziali, che non rinviano a esiti di sperimentazioni o ad annunci di interventi marginali, è del tutto evidente. In Italia l'impostazione istituzionale del settore continua ad avere come *policy maker* cruciali le regioni, e come principale *player* finanziario l'Inps, anche dopo una riforma nazionale che non ha al momento rivisto il disegno istituzionale di fondo. Questi temi, rimasti appannaggio dei gestori dei servizi, trovano soggetti i cui margini, laddove presenti, si sono significativamente contratti o, se sono stati mantenuti, hanno fatto aggio sulla contrazione dei livelli di servizio, a fronte di significativi aumenti nei costi di gestione, soprattutto negli anni più recenti. Quindi, in sintesi, il compito di innovare il sistema è affidato a provider che operano all'interno di modelli di regolazione sempre più stringenti, con margini sempre più ridotti, e condizioni di gestione del personale sempre più difficili.

Emerge, come condizione necessaria e preliminare a qualunque azione, sia da parte dei *policy maker*, sia da parte dei provider, l'esigenza di riconoscere lo stato di distanza tra le condizioni reali del settore e il quadro rappresentato dalle policy, sia rispetto alla situazione attuale sia a quella del prossimo futuro. La somma delle contraddizioni che sono state, anche in questo Rapporto, rilevate nel corso degli anni ha condotto oggi a un settore e a dei servizi che semplicemente non reggono dal punto di vista economico, non riescono a riprogettare il sistema di offerta per i cittadini, né ad attrarre personale (come in passato faceva). Soprattutto, il settore dell'assistenza agli anziani non può più essere considerato come secondario, come progressiva estensione di un sistema assi-

stenziale centrato su soggetti filantropici dediti a dare risposte ad una componente minoritaria e particolarmente fragile della popolazione che non era in grado di accedere a un contesto di cura nell'ambito del sistema familiare, con un intervento solo sussidiario dello Stato. Non è più questo il quadro in cui si sta operando. Oggi, quasi 4 milioni di cittadini esprimono bisogni drammatici di cura a cui il Paese, nel suo insieme, non riesce a dare risposte: non sul piano economico, non sul piano delle ipotesi sui servizi, non sul piano del riconoscimento professionale necessario per non perdere coloro che se ne occupano verso altri settori e lontano dal mondo della cura.

In questo quadro, si intravedono alcune piste di lavoro. In primo luogo, ogni organizzazione di servizi si fonda sulle persone, sulla loro motivazione e sulle loro competenze. Un investimento sulle persone, sugli operatori che si occupano di non autosufficienza è il primo elemento di alleanza necessario tra *policy maker* e provider, sul piano formativo e sul piano economico. In secondo luogo, una azione di sistema che legga l'insieme delle risorse in campo, indipendentemente dai soggetti che le detengono, e ambisca ad un'offerta in grado di orientare meglio l'utilizzo di queste risorse, appare sempre più necessaria. In terzo luogo, una offerta di servizi più articolata, più differenziata, più vicina ai bisogni delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie non è un lusso, ma una condizione per la sostenibilità del settore. Le possibilità in questa direzione sono ancora largamente inesplorate, così come inesplorate sono le potenzialità offerte dalle tecnologie, per quanto possono rappresentare non tanto dal punto di vista dei modelli di produzione, quanto dal punto di vista delle possibilità di connessione e di legame, sia nel perimetro familiare, sia nel perimetro di relazione con i provider.

Tuttavia, al fine di percorrere con convinzione queste strade, sembra necessaria la consapevolezza che il tema non autosufficienza ha assunto oggi una centralità nel Paese che lo pone tra i temi chiave su cui investire. Non c'è più spazio per la manutenzione di un settore in via di evoluzione, è il momento di rifondare un settore nuovo, con una dotazione di risorse coerente, un sistema di offerta professionale, una capacità attrattiva e la consapevolezza del valore che produce per le persone e per l'intero Paese.

Gli Autori

Giovanni Fosti è Associate Professor of Practice di Government, Health and Not for Profit presso SDA Bocconi School of Management. Presso SDA Bocconi School of Management è stato Direttore di numerosi master per il management pubblico (EMMAP, dal 2009 al 2013; EMMEL, dal 2008 al 2010, e MMP, dal 2006 al 2009). Le principali aree di ricerca sono: i processi di innovazione nei sistemi di welfare; public governance, assetti istituzionali e forme di gestione nei servizi sociali e socio-sanitari; strategia e service management; network di programmazione e offerta dei servizi. È autore di numerosi saggi e articoli e contribuisce stabilmente al Rapporto OASI. L'ultimo libro pubblicato, nel 2019, è *Il valore pubblico delle Aziende Casa: logiche di public management per il settore dell'ERP*.

Alessandro Furnari è Lecturer di Government, Health and Not for Profit presso SDA Bocconi School of Management e ricercatore CERGAS nell'Area Healthcare Management. È Coordinatore della Community delle Direttrici e dei Direttori delle Aziende Sanitarie Pubbliche italiane (Network DASP). Ha partecipato a numerosi progetti di ricerca con imprese e istituzioni pubbliche (a livello locale e nazionale) ed è parte della faculty di master e corsi executive, di cui è in alcuni casi anche direttore scientifico, su temi di programmazione e controllo e performance management. Le sue attività di ricerca si focalizzano sul management delle aziende pubbliche, con particolare riferimento all'evoluzione dei sistemi di controllo direzionale aziendali, di strumenti e processi a supporto dei cicli della performance e di programmazione e controllo, delle tecniche di rilevazione per la definizione degli schemi di rimborsabilità di servizi pubblici e delle ricadute organizzative degli investimenti. I suoi lavori sono pubblicati in riviste internazionali, come *Health Services Management Research*, e nazionali, come *Mecosan*.

Francesco Longo è Professore Associato del Dipartimento di Scienze sociali e politiche presso l'Università Bocconi. Presso SDA Bocconi School of Management, è docente senior e ricercatore del CERGAS SDA 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 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. Autore di numerosi libri e di paper pubblicati su journal quali *Health Care Management Review*, *Health Policy*, *Health Service Management Research*, *Mecosan*, *Rivista Trimestrale AGENAS* e *Azienda Pubblica*. È membro del Consiglio Superiore di Sanità e di numerose commissioni nazionali, comitati scientifici e consigli di indirizzo di rilievo nazionale.

Simone Manfredi è Research fellow di Government, Health and Not For Profit presso SDA Bocconi School of Management. Ha conseguito la laurea specialistica in Economics and Management of Government and International Organizations presso l'Università Bocconi di Milano ed è PhD candidate in scienze politiche presso l'Università degli Studi di Milano. Partecipa a progetti di ricerca concernenti i temi della programmazione locale delle politiche sociali e socio-sanitarie e degli assetti di governance e istituzionali nei sistemi socio-sanitari. Inoltre, sta conducendo progetti di ricerca sulla valutazione di impatto sociale di interventi promossi da enti del terzo settore e da pubbliche amministrazioni. I suoi interessi di ricerca riguardano prevalentemente i processi di innovazione nei sistemi di welfare e le forme di gestione dei servizi sociali e socio-sanitari. Contribuisce al Rapporto OASI, Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema Sanitario Italiano, e al Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care.

Elisabetta Notarnicola è Associate Professor of Practice di Government, Health and Not for Profit presso SDA Bocconi School of Management. Coordina l'area Social Policy and Social Innovation del CERGAS Bocconi e l'Osservatorio Long Term Care. Presso CERGAS e SDA Bocconi ha partecipato a progetti di ricerca concernenti i temi della programmazione locale delle politiche sociali, del coordinamento e integrazione tra settore socio-sanitario e sanitario, dei servizi per la non autosufficienza e della innovazione nei servizi sociali, con attenzione alle tematiche di progettazione dei servizi e di applicazione delle teorie di sharing economy ed economia collaborativa. La sua attività di ricerca include anche l'area di bilancio pubblico. È autrice di un libro sulle politiche e i servizi per gli anziani non autosufficienti in Europa (*Il welfare e la Long Term Care in Europa*, Egea, 2014). Contribuisce stabilmente al Rapporto OASI, Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano, al Rapporto OCAP (Osservatorio sul Cambiamento delle Amministrazioni Pubbliche) e al Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care.

Eleonora Perobelli è Lecturer di Government, Health e Not for Profit presso SDA Bocconi School of Management, fa parte dell'area di ricerca Social Policy and Social Innovation e dell'Osservatorio Long Term Care presso CER GAS SDA Bocconi. È Program Coordinator dell'Executive Master in Management delle Amministrazioni Pubbliche (EMMAP). 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 School of Management 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. Contribuisce stabilmente al Rapporto OASI ed è autrice di diversi volumi e di articoli pubblicati su riviste nazionali e internazionali. Attualmente è PhD Candidate in Management & Innovation presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore – sede di Milano.

Andrea Rotolo è Associate Professor of Practice di Government, Health and Not for Profit presso SDA Bocconi School of Management, dove ha coordinato importanti attività di ricerca in ambito nazionale e internazionale. È coordinatore del Master of International Healthcare Management, Economics and Policy (MIHMEP) e ha partecipato e coordinato numerosi progetti di formazione executive che hanno coinvolto i più importanti attori del sistema sanitario e socio-sanitario italiano, collaborando con aziende sanitarie e operanti nel settore welfare sia in ambito pubblico, sia in ambito privato, regioni, comuni e industria farmaceutica. I suoi interessi di ricerca e le pubblicazioni scientifiche si concentrano attorno ai temi del management sanitario, in particolare il management strategico, il performance management e l'organizzazione, integrazione e innovazione dei servizi sanitari e servizi socio-sanitari. È autore di articoli su riviste nazionali e internazionali come *Public Management Review*, *BMC Health Services Research*, *Mecosan* e *Welfare Oggi*. Ha anche contribuito al Rapporto OASI sullo stato di salute del Servizio Sanitario Nazionale, al Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care e al Rapporto OCAP (Osservatorio sul Cambiamento delle Amministrazioni Pubbliche).

