

Long Term Care in trasformazione: casa, servizi e comunità

8° Rapporto Osservatorio Long Term Care



**Università
Bocconi**

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

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT



biblioteca dell'economia d'azienda

A cura di
Giovanni Fosti
Elisabetta Notarnicola
Eleonora Perobelli

Long Term Care in trasformazione: casa, servizi e comunità

8° Rapporto Osservatorio Long Term Care

Copyright © 2026 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: aprile 2026

ISBN volume 978-88-238-4831-3

Stampa: Logo S.p.A. – Borgoricco (PD)

Indice

Prefazione <i>di Massimo Minaudo</i>	9
Introduzione <i>di Giovanni Fosti, Elisabetta Notarnicola ed Eleonora Perobelli</i>	11
1. Lo stato dell'arte del settore LTC in Italia: rete dei servizi formali e informali, posizionamento strategico dei gestori e delle politiche pubbliche, finanziamento e novità introdotte con la Riforma Anziani <i>di Eleonora Perobelli e Simone Manfredi</i>	15
1.1. Il ruolo del welfare pubblico: offerta di servizi e copertura del bisogno	16
1.1.1 Servizi e utenti in carico	17
1.1.2 Stima della copertura del bisogno	24
1.2. L'evoluzione del "badantato": numeri e prospettive	28
1.3. La spesa pubblica per Long Term Care	29
1.4. Riforma Anziani: stato dell'arte a febbraio 2026	30
1.5. Il posizionamento strategico dei grandi player del settore	30
1.6. Conclusioni	39
Bibliografia	40
2. Quali spazi di cambiamento? I modelli di abitare per l'invecchiamento e la tecnologia come piattaforme di innovazione <i>di Elisabetta Notarnicola, Giovanni Fosti, Eleonora Perobelli e Maria Vittoria Bufali</i>	41
2.1. Un cambiamento necessario	41
2.2. Nuovi modelli di servizio	42
2.3. Da elementi del servizio a piattaforme che facilitano il cambiamento	43
2.4. Un cambiamento di sistema, non solo di servizio	44
2.5. L'approccio di ricerca OLTC	45

2.6. Dinamiche in corso nel contesto europeo	46
2.6.1 <i>Invecchiamento e abitare</i>	46
2.6.2 <i>Abitare, cura e tecnologia</i>	49
Bibliografia	51
3. Una ricognizione di esperienze internazionali circa un diverso concetto di abitare, cura e tecnologia	
<i>di Maria Vittoria Bufali, Simone Manfredi e Andrea Rotolo</i>	55
3.1. Perimetro e obiettivi della mappatura dei casi internazionali	55
3.2. Fonti della mappatura	56
3.3. Esiti della mappatura	57
3.3.1 <i>Overview dei modelli innovativi di abitare per l'invecchiamento</i>	57
3.3.2 <i>Overview degli scopi principali dell'uso delle tecnologie digitali nei servizi domiciliari</i>	60
3.3.3 <i>Distribuzione dei casi di innovazione mappati</i>	62
3.3.4 <i>Limiti della mappatura</i>	66
3.4. Modelli innovativi di abitare per l'invecchiamento	67
3.4.1 <i>Dementia Villages e comunità dementia-friendly</i>	67
3.4.2 <i>Vita comunitaria con servizi di supporto</i>	69
3.4.3 <i>Modelli cooperativi</i>	71
3.4.4 <i>Modelli abitativi intergenerazionali e home sharing</i>	73
3.4.5 <i>Rifugi di transizione e hotel per soggiorni prolungati</i>	76
3.4.6 <i>Assistenza infermieristica di quartiere ("Neighborhood Nursing")</i>	77
3.4.7 <i>Opportunità e sfide per il settore in tema di abitare per la longevità</i>	78
3.5. La trasformazione digitale dell'assistenza domiciliare alle persone anziane in Europa	80
3.5.1 <i>Adattare l'ambiente domestico per favorire indipendenza</i>	80
3.5.2 <i>Gestire proattivamente la salute</i>	81
3.5.3 <i>Restare connessi: la tecnologia come ponte relazionale</i>	83
3.5.4 <i>Trasformare la gestione e l'erogazione dei servizi</i>	84
3.5.5 <i>Opportunità e sfide per il settore in tema di digitalizzazione dei servizi domiciliari</i>	86
3.6. Conclusioni	88
Bibliografia	89
4. Evidenze dall'approfondimento di alcuni casi studio internazionali	
<i>di Simone Manfredi, Maria Vittoria Bufali, Elisabetta Notarnicola e Andrea Rotolo</i>	93
4.1. Introduzione ai casi studio approfonditi	93
4.2. I casi studio approfonditi	95

4.2.1 SällBo: <i>Social living multigenerazionale e culturale</i>	95
4.2.2 <i>Maison Biloba: senior living e centro diurno per persone fragili</i>	102
4.2.3 <i>Trygghetsboende: senior housing leggero per persone over65</i>	109
4.2.4 <i>Thuisplusflats: social living per persone anziane con servizi di cura</i>	114
4.2.5 <i>Home with Care: senior living per persone anziane con servizi di cura</i>	120
4.2.6 <i>etxeTIC: centro diurno virtuale per persone anziane</i>	126
4.2.7 <i>Dagmarsminde: small-scale living per persone con demenza</i>	134
4.3. Temi comuni ai casi presentati	141
5. Implicazioni strategiche per il settore LTC in Italia dai casi internazionali	
<i>di Andrea Rotolo e Elisabetta Notarnicola</i>	143
5.1. I bisogni emergenti: oltre la dicotomia domicilio-residenzialità	143
5.2. Le modalità di innovazione: processi emergenti e adattivi	144
5.3. Gli elementi di successo dell'innovazione: la comunità come infrastruttura di cura	145
5.4. Le criticità legate all'innovazione: trasferibilità, sostenibilità e integrazione	146
5.5. Implicazioni per i provider italiani: verso nuovi modelli di servizio	146
6. Conclusioni	
<i>di Giovanni Fosti, Elisabetta Notarnicola, Eleonora Perobelli e Francesco Longo</i>	149
6.1. Introduzione	149
6.2. Il fabbisogno: crescita e differenziazione	150
6.3. Le condizioni di contesto	150
6.4. Le traiettorie di innovazione	151
6.5. La governance dell'innovazione	153
6.6. Considerazioni conclusive	154
Gli Autori	157

Prefazione

*di Massimo Minaudo**

Negli ultimi anni, il settore della Long Term Care è entrato in una fase di trasformazione profonda, spinta da dinamiche demografiche, sociali ed economiche che stanno ridefinendo in modo strutturale i bisogni di cura e assistenza. L'invecchiamento della popolazione, l'aumento della complessità dei bisogni e la crescente fragilità dei contesti familiari impongono oggi una riflessione non più rinviabile sulla sostenibilità e sull'adeguatezza dei modelli tradizionali. Siamo di fronte a un passaggio storico che richiede non solo adattamenti incrementali, ma un ripensamento complessivo dei sistemi di Long Term Care.

In questo contesto si colloca l'8° Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care (OLTC), che negli anni si è progressivamente consolidato come punto di riferimento per tutti gli attori del settore: istituzioni, erogatori di servizi, professionisti e organizzazioni coinvolte nei processi di cura e assistenza. Edizione dopo edizione, il Rapporto ha accompagnato l'evoluzione del dibattito, contribuendo a leggere i cambiamenti in atto e a orientare le scelte strategiche. Oggi, più che mai, questo ruolo si rafforza: comprendere le trasformazioni non è sufficiente, è necessario individuare direzioni di sviluppo concrete e praticabili.

L'ottava edizione concentra l'attenzione su alcuni ambiti che appaiono particolarmente rilevanti per il futuro del settore Long Term Care, con un focus specifico sulle soluzioni abitative e sui modelli residenziali innovativi, intesi come leve per ripensare il modo di rispondere ai bisogni delle persone anziane. Accanto a questi, vengono considerate anche le opportunità offerte dalle tecnologie digitali a supporto della domiciliarità, seppur come componente abilitante all'interno di ecosistemi più ampi. L'analisi si sviluppa a partire dai dati di contesto e dall'evoluzione dei bisogni, per poi approfondire esperienze internazionali e casi studio significativi.

Un elemento centrale del lavoro non è stato soltanto identificare quali innovazioni stanno emergendo, ma soprattutto comprendere come queste innovazioni prendono forma e si consolidano nel tempo. Il Rapporto pone quindi

* Country Manager Italia Essity.

particolare attenzione ai processi attraverso cui i provider hanno sviluppato e implementato nuovi modelli: le scelte strategiche, i modelli organizzativi, le competenze attivate, le partnership costruite, così come i fattori che hanno reso le innovazioni sostenibili, anche in una logica di integrazione tra pubblico e privato. In questa prospettiva, l'innovazione viene letta non come episodio isolato, ma come esito di percorsi articolati e intenzionali.

Attraverso questa chiave di lettura, il Rapporto intende offrire non solo una mappatura delle esperienze più rilevanti, ma anche indicazioni utili per chi è chiamato a progettare, gestire e sviluppare servizi nel settore della Long Term Care. Le evidenze raccolte mettono in luce come il cambiamento richieda la costruzione di ecosistemi integrati, capaci di connettere dimensione sanitaria, sociale, abitativa e comunitaria, e di sostenere nel tempo l'evoluzione dei modelli di offerta.

Un elemento distintivo del lavoro dell'Osservatorio è rappresentato dal contributo delle aziende e delle organizzazioni che ne fanno parte. La loro partecipazione attiva, il confronto continuo e la condivisione di esperienze e punti di vista costituiscono un patrimonio fondamentale, che rende possibile un'analisi ancorata alla realtà e orientata all'azione. A tutte le realtà aderenti va il nostro più sincero ringraziamento: il valore di questo Rapporto è anche il risultato del loro impegno.

In una fase storica così complessa, il futuro della Long Term Care dipenderà dalla capacità di attori diversi di convergere verso una visione comune e di tradurla in scelte concrete. Questo Rapporto nasce con l'ambizione di contribuire a questo percorso, offrendo chiavi di lettura, esempi e spunti per costruire sistemi più sostenibili, equi e centrati sulle persone. Perché innovare la Long Term Care oggi non è solo una necessità: è una responsabilità collettiva verso il futuro delle nostre comunità.

Introduzione

di Giovanni Fosti, Elisabetta Notarnicola, Eleonora Perobelli

L'8° Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care (OLTC) si colloca in una fase di trasformazione profonda del settore, in cui i cambiamenti demografici, sociali ed economici stanno mettendo in discussione non solo l'intensità dei bisogni di cura, ma le modalità stesse attraverso cui tali bisogni vengono affrontati. L'invecchiamento della popolazione, la crescente complessità delle condizioni di fragilità, l'indebolimento delle reti familiari e i vincoli strutturali di risorse – economiche e professionali – contribuiscono a delineare uno scenario caratterizzato da un progressivo disallineamento tra fabbisogni, capacità di offerta e sostenibilità dei sistemi di welfare.

In questo contesto, il tema della non autosufficienza non può più essere interpretato esclusivamente come una questione di ampliamento quantitativo dei servizi. Al contrario, emerge con forza la necessità di ripensare i modelli di risposta, superando configurazioni tradizionali spesso rigide e standardizzate, per sviluppare soluzioni più flessibili, differenziate e capaci di accompagnare le persone lungo traiettorie di bisogno dinamiche ed eterogenee. Il punto centrale non è quindi soltanto “fare di più”, ma “fare diversamente”.

A partire da queste premesse, il Rapporto di quest'anno si concentra su una domanda di fondo: quali siano gli spazi concreti di cambiamento per i sistemi di Long Term Care, e attraverso quali traiettorie tali cambiamenti possano essere resi praticabili. In particolare, l'attenzione è stata posta su due ambiti che, nel panorama internazionale, stanno assumendo un ruolo sempre più rilevante come piattaforme di innovazione: da un lato, i modelli di abitare per l'invecchiamento; dall'altro, l'utilizzo delle tecnologie digitali a supporto della domiciliarità. Tuttavia, coerentemente con le evidenze emerse, questi elementi non vengono interpretati come soluzioni in sé, ma come leve attraverso cui ripensare più in profondità i modelli di servizio e le modalità di organizzazione della risposta.

Uno degli elementi distintivi di questa edizione del Rapporto è infatti lo spostamento del focus dall'“innovazione come prodotto” all'“innovazione come processo”. L'analisi delle esperienze internazionali mostra con chiarezza

come i modelli più interessanti non derivino dall'introduzione di singole soluzioni, ma da percorsi evolutivi, spesso incrementali e adattivi, in cui la configurazione dei servizi si costruisce nel tempo attraverso sperimentazione, apprendimento e interazione con il contesto. In questo senso, comprendere come l'innovazione prende forma – quali processi, quali scelte organizzative, quali condizioni abilitanti – diventa altrettanto rilevante quanto comprenderne i contenuti.

Le evidenze raccolte mettono inoltre in discussione alcune dicotomie tradizionali che hanno a lungo orientato il settore, a partire da quella tra domiciliarità e residenzialità. I bisogni emergenti si collocano sempre più frequentemente in una zona intermedia, che richiede soluzioni ibride capaci di combinare dimensione abitativa, supporto leggero, servizi di cura e, soprattutto, relazioni sociali e comunitarie. In questa prospettiva, l'abitare non rappresenta semplicemente un'infrastruttura fisica, ma si configura come una vera e propria piattaforma di servizi, all'interno della quale si sviluppano nuove forme di accompagnamento e presa in carico.

Un ulteriore elemento che emerge con forza riguarda la centralità della dimensione comunitaria. Nei modelli analizzati, le relazioni tra le persone non sono un elemento accessorio, ma costituiscono una vera e propria infrastruttura di cura, in grado di generare valore sia sul piano del benessere individuale sia su quello della sostenibilità del sistema. Questo comporta un ripensamento del ruolo dei servizi, che da erogatori di prestazioni diventano sempre più attivatori e coordinatori di risorse diffuse, anche al di fuori dei perimetri formali.

Allo stesso tempo, il quadro che emerge non restituisce soluzioni univoche né modelli facilmente replicabili. Le esperienze analizzate risultano fortemente radicate nei contesti locali e dipendenti da specifiche condizioni istituzionali, organizzative e culturali. Ne deriva che l'obiettivo del Rapporto non è quello di individuare "best practice" da trasferire meccanicamente, ma piuttosto di offrire chiavi di lettura utili per interpretare le traiettorie di evoluzione del settore e per orientare le scelte dei diversi attori coinvolti.

In linea con la prospettiva che da sempre caratterizza l'Osservatorio, l'analisi è condotta ponendo al centro il punto di vista dei gestori dei servizi. In un contesto in cui il disallineamento tra bisogni e risorse appare strutturale, i provider sono chiamati a un ruolo sempre più attivo nella progettazione e nello sviluppo di nuove soluzioni, non limitandosi alla sola erogazione, ma contribuendo alla costruzione di modelli sostenibili anche attraverso partnership, sperimentazioni e nuove configurazioni organizzative.

Il lavoro di ricerca si è sviluppato attraverso un approccio articolato, che ha combinato una ricognizione della letteratura internazionale, una mappatura sistematica di esperienze innovative a livello europeo e l'approfondimento qualitativo di alcuni casi studio selezionati, analizzati tramite interviste e site visit. Questo ha consentito non solo di identificare modelli emergenti, ma anche di

entrare nel merito dei processi che ne hanno reso possibile lo sviluppo e la sostenibilità nel tempo.

Le domande di ricerca che hanno guidato questo lavoro possono essere sintetizzate in tre ambiti principali. In primo luogo: quali siano le principali traiettorie di innovazione nei servizi di Long Term Care, con particolare riferimento ai modelli abitativi e alle soluzioni per la domiciliarità. In secondo luogo: attraverso quali processi e condizioni tali innovazioni prendono forma, si consolidano e diventano sostenibili. Infine: quali implicazioni strategiche tali evidenze possano avere per il contesto italiano, sia per i provider sia per i policy maker.

La struttura del Rapporto riflette questo percorso di analisi. Il Capitolo 1 aggiorna la fotografia del settore LTC in Italia, fornendo un quadro dei bisogni, dell'offerta di servizi, del ruolo della cura informale e delle risorse disponibili, nonché degli sviluppi legati alla Riforma Anziani. Il Capitolo 2 introduce il framework interpretativo, mettendo a fuoco le principali direttrici di cambiamento e il ruolo dei modelli abitativi e della tecnologia come piattaforme di innovazione. Il Capitolo 3 presenta gli esiti della mappatura internazionale, offrendo una lettura sistematica dei modelli emergenti in Europa. Il Capitolo 4 approfondisce alcuni casi studio selezionati, analizzati in modo comparativo per evidenziare caratteristiche, processi e fattori abilitanti. Il Capitolo 5 sviluppa una riflessione sulle implicazioni strategiche per il settore italiano, mentre il Capitolo 6 propone una sintesi delle evidenze emerse, orientata a individuare traiettorie possibili di innovazione e condizioni per la loro governance.

Nel loro insieme, i contributi raccolti in questo Rapporto restituiscono l'immagine di un settore in movimento, attraversato da tensioni profonde ma anche da numerose esperienze di sperimentazione e innovazione. In un contesto caratterizzato da vincoli strutturali difficilmente superabili nel breve periodo, la sfida non è individuare una soluzione definitiva, ma costruire nel tempo traiettorie di sviluppo coerenti con tali vincoli, capaci di generare valore per le persone, le famiglie e il sistema nel suo complesso.

Tabella 1.1 Aziende partecipanti ai lavori di ricerca 2025-2026

<p> ASC Cremona Solidale ASP Golgi Redaelli ASP Bologna ASP Parma ASP Umberto Primo Assistiamo Casa SrL Cidas Società Cooperativa Sociale CODESS Società Cooperativa Sociale Consorzio Kursana, Gruppo Dussman Cooperativa Quadrifoglio Cooperativa Sana Cooperativa Sociale CADIAI Cooperativa Sociale Coopselios Cooperativa Sociale Società Dolce Cooperativa Socioculturale Provincia Religiosa di San Marziano di don Orione – Piccolo Cottolengo di Milano EnEA EMMAUS S.r.l. Fondazione Casa Cardinale Maffi Onlus Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus </p>	<p> Fondazione Elisabetta Germani Centro Sa- nitario Assistenziale Onlus Fondazione Istituto Sacra Famiglia Onlus Fondazione Opera Immacolata Conce- zione Onlus Fondazione Pia Opera Ciccarelli Onlus Gruppo Colisée Gruppo Gheron Gruppo Zaffiro IPAV – Istituzioni Pubbliche di Assistenza Veneziane Istituti Riuniti Airoldi e Muzzi Onlus Istituto Cav. Francesco Menotti – Onlus Istituto La Provvidenza KCS Caregiver Cooperativa Sociale Korian KOS Care PROGES Scarl Provincia Lombardo Veneta Fatebenefratelli Punto Service Società Cooperativa Sociale Gruppo SPES </p>
---	---

1. Lo stato dell'arte del settore LTC in Italia: rete dei servizi formali e informali, posizionamento strategico dei gestori e delle politiche pubbliche, finanziamento e novità introdotte con la Riforma Anziani

di Eleonora Perobelli e Simone Manfredi

Fin dalla sua prima edizione, il Rapporto OLTC propone una fotografia del settore socio-sanitario italiano aggiornata annualmente rispetto ai dati più recenti disponibili da fonti nazionali e amministrative, utile agli esperti nazionali e internazionali del settore per avere una visione completa delle sue diverse articolazioni. 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 disponibili a marzo 2026 per fornire una fotografia aggiornata all'ultima data disponibile dello stato dell'arte del settore, fornendo una visione sistematica che guardi alle diverse tipologie di servizio, includendo la sfera pubblica e privata, oltre che formale e informale. Inoltre, si propone un approfondimento legato alla dotazione di finanziamento pubblico su cui si regge il settore, e allo stato di avanzamento della cd. Riforma Anziani (L33/2023), per dare conto degli aggiornamenti sul primo grande intervento di riforma sul tema della non autosufficienza avviato in Italia.

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 numero 1.2 approfondisce il mondo della cura informale, unico vero pilastro per le famiglie per la gestione dell'anziano al domicilio. Segue il paragrafo 1.3, che approfondisce l'andamento del finanziamento pubblico per la LTC. La sezione 1.4

richiama le più recenti evoluzioni legate alla Riforma Anziani, mentre il paragrafo 1.5 completa la rappresentazione del settore portando la prospettiva dei gestori dei servizi. La sezione 1.6 conclude il Capitolo, tirando le fila di quanto illustrato nelle pagine precedenti.

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, nonché
3. una stima della copertura del bisogno assistenziale.

Al momento in cui si scrive (marzo 2026) non è stato pubblicato l'Annuario Statistico del SSN riferito all'annualità 2024. Per questo motivo, i dati presentati di seguito sono gli stessi del 7° Rapporto OLTC, riferiti al 2023. Si segnala che a gennaio 2026 è stato pubblicato l'aggiornamento della rilevazione ISTAT sui Presidi Socio-Assistenziali per l'anno 2023, rilevazione ritenuta più precisa nel dare evidenza dell'effettiva dotazione di posti letto in servizi di residenzialità socio-sanitaria. Tuttavia, in considerazione della discontinuità dell'aggiornamento dei dati da parte di ISTAT e per mantenere coerenza con i dati presentati nelle ultime tre edizioni del Rapporto OLTC, la scelta degli autori è di proseguire la rappresentazione dell'offerta di servizi basata sui dati dell'Annuario. Nelle sezioni seguenti, verranno utilizzati:

- i dati dell'Annuario Statistico del SSN riferiti al 2023 per una fotografia della rete di offerta socio-sanitaria;
- i dati sui Presidi Socio-Assistenziali prodotti da ISTAT riferiti al 2023 per rappresentare la capacità produttiva dei posti letto in servizi di residenzialità ad afferenza sociale;
- i dati della Spesa Sociale dei comuni e sugli Ospiti dei Presidi Socio-Assistenziali prodotti da ISTAT riferiti al 2022 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). Si rimarca la criticità dell'assenza di un sistema informativo unitario, che offra rilevazioni sistematiche e aggiornate nel tempo per permettere una rappresentazione del settore più puntuale, per sostenere i *policy maker* nel governo della LTC e gli operatori del settore nel monitorare e valutare le dinamiche in corso.

I dati 2023 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 2019-2023. 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), né di arrivare a dare una rappresentazione completa ed esaustiva del settore. Pertanto, per determinare una stima dell'offerta e della domanda il più possibile vicina alla realtà, è necessario ricorrere alla sistematizzazione di molteplici fonti informative e ad una serie di accorgimenti metodologici. In primo luogo, verranno presentati dati riferiti unicamente a servizi reali. Non vengono quindi considerati i trasferimenti monetari, ai fini di ridurre i rischi di duplicazioni nel conteggio degli utenti (per esempio il caso molto frequente di una persona anziana 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.

Le persone anziane non autosufficienti: definizione e stima del bisogno potenziale

In questa sede quando parliamo di "persone anziane non autosufficienti" comprendiamo le persone di età superiore o uguale 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.

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

Seguendo questo metodo, per il 2023 la stima degli anziani non autosufficienti supera la soglia psicologica dei 4 milioni, attestandosi a 4.027.488 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 2021 e il 2023 la popolazione over65 non autosufficiente è cresciuta dell'1,7%. 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.

Tabella 1.1 Over 65 con limitazioni funzionali: stima del bisogno potenziale (anni 2013-2016; 2019-2023)

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'1.1.2021	ISTAT (2021) Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Anno di riferimento: 2019	28,4% della popolazione di riferimento	3.959.395
2022	Popolazione ≥ 65 anni all'1.1.2022	ISTAT (2021) Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Anno di riferimento: 2019	28,4% della popolazione di riferimento	3.990.599
2023	Popolazione ≥ 65 anni all'1.1.2023	ISTAT (2021) Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Anno di riferimento: 2019	28,4% della popolazione di riferimento	4.027.488

Di seguito si propone inoltre la stima del bisogno potenziale per l'anno 2023 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 2023

Fascia di età	Prevalenza da ISTAT (2021)	Popolazione di riferimento (1.1.2023)	Stima
65-74	14,6%	6.913.692	1.009.399
75-84	32,5%	5.024.159	1.632.852
85 e più	63,8%	2.243.446	1.431.319

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 le persone anziane non autosufficienti, in termini di posti disponibili totali per tipologia di assistenza (socio-sanitaria e sociale). Si ricorda che per i servizi ad afferenza socio-sanitaria, i dati 2021-2023 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 precedenti al 2020 (compreso).

Tabella 1.3 La capacità produttiva del sistema pubblico residenziale e semiresidenziale, serie storica 2013-2016; 2019-2023

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	11.523
2022	228.239	11.574
2023	228.984	12.305

* 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; 2019-2023

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	11.523
	Semiresidenziale	14.782	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	14.064.480*	n.d.
2022	Residenziale	212.874	11.574
	Semiresidenziale	15.365	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	15.576.076*	n.d.
2023	Residenziale	212.663	12.305
	Semiresidenziale	16.321	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	17.226.138*	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.

Rispetto ai dati 2022 lo scenario è cambiato come segue:

- l'offerta di posti letto in residenzialità socio-sanitaria è sostanzialmente invariata (-0,1%);
- aumenta (+6%) l'offerta di posti in servizi semi-residenziali socio-sanitari, dopo i bruschi cali registrati negli anni più acuti dell'emergenza da COVID-19. Ad ogni modo, la dotazione attuale continua a essere inferiore a quella disponibile nel 2019;
- le ore di assistenza domiciliare integrata (ADI) erogate sono aumentate dell'11%.

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 ripresa dei centri diurni può essere

² Dato mancante per: Valle d'Aosta, Abruzzo, Provincia Autonoma di Bolzano, Molise e Calabria.

ricondotta al rientro alla normale operatività dei servizi dopo le stringenti limitazioni imposte nel biennio 2020-2021. Come si vedrà successivamente, l'aumento delle ore complessive di ADI erogate è trainato dalla crescita del numero di casi anziani in carico, probabilmente in virtù del target PNRR che impegna l'Italia a raggiungere il 10% degli over65 con una misura di assistenza domiciliare entro il 2026. Tuttavia, a fronte di un aumento dei casi in carico, diminuiscono le ore medie erogate per caso: 14, contro le 16 del 2021 e le 18 del 2019. Sebbene l'ADI rimanga il servizio più capillare sul territorio in termini di soggetti raggiunti (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. Inoltre, la formulazione del target PNRR sembra spostare l'attenzione del sistema verso il numero di persone da raggiungere, a discapito dell'effettiva capacità di presa in carico e di una chiara collocazione del ruolo di questo servizio nella filiera. Semplificando, la scelta del legislatore – che combina l'assenza di una definizione di bisogni prioritari cui rispondere con questa misura e il mancato inserimento di nuove risorse del sistema – sembra essere di offrire poco a tanti, in luogo di un servizio maggiormente caratterizzato rivolto a un target di bisogno più specifico.

Per quanto concerne la rete sociale, nel 2023 i posti letto in strutture residenziali sono 12.305, in lieve aumento rispetto agli anni precedenti ma ancora lontani dai valori pre-pandemici (erano quasi 15.000 nel 2019). 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 dell'offerta dovuto alle chiusure forzate delle strutture sociali durante il biennio 2020-2021, non ancora pienamente riassorbito.

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; 2019-2023

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

2016	1.075.152	416.109
2019	1.167.597	436.717
2020	1.112.905	312.477
2021	1.179.396	347.924
2022	1.295.849	337.049*
2023	1.559.269	n.d.

* Il dato non include gli ospiti di servizi residenziali per assenza del dato.

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. Si segnala che nelle pubblicazioni ISTAT relative agli Ospiti dei Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari riferite agli anni 2022 e 2023 non è presente il dato relativo al numero di utenti anziani in carico ai servizi residenziali con livello di intensità basso (ossia, ad afferenza sociale), impedendo di aggiornare la serie storica per questo servizio. L'auspicio è che questa informazione essenziale sulla rete di offerta sociale sia re-integrata nelle prossime edizioni dell'indagine. Considerate le lacune relative alla rete di offerta sociale, in questa sede ci soffermiamo sui servizi socio-sanitari. Rispetto al 2022 aumentano i soggetti in carico a tutti i servizi considerati, pur con intensità differente: +0,6% nei servizi residenziali, +15% nei centri diurni, +27% per ADI.

Tabella 1.6 Utenti in carico per tipologia di servizio, serie storica 2013-2016; 2019-2023

Anno	Tipo di servizio	Utenti in carico	
		Socio-sanitario	Sociale
2013	Residenziale	260.028	18.443
	Semiresidenziale	23.233	402.710
	Domiciliare (ADI e SAD)	529.838	157.364
2014	Residenziale	271.052	18.540
	Semiresidenziale	24.111	291.532
	Domiciliare (ADI e SAD)	611.871	149.995
2015	Residenziale	273.204	14.124
	Semiresidenziale	24.111	356.286
	Domiciliare (ADI e SAD)	611.871	141.776
2016	Residenziale	271.972	13.296
	Semiresidenziale	23.954	270.109
	Domiciliare (ADI e SAD)	779.226	131.876
2019	Residenziale	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	9.417
	Semiresidenziale	16.225	208.772
	Domiciliare (ADI e SAD)	879.030	129.735
2022	Residenziale	302.546	n.d.
	Semiresidenziale	19.798	202.868
	Domiciliare (ADI e SAD)	973.505	134.181
2023	Residenziale	304.270	n.d.
	Semiresidenziale	22.796	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	1.232.203	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. Si ricorda che per i dati relativi ai servizi residenziali, i dati precedenti al 2020 (incluso) non sono comparabili, in quanto estratti dall'indagine ISTAT. Soffermandoci quindi sul periodo 2021-2023, è possibile notare come vi sia stato un aumento sostenuto degli ospiti dei presidi residenziali e semi-residenziali, probabilmente in seguito a un graduale rientro alla normalità a seguito dell'emergenza pandemica. Per quanto concerne ADI, valgono le riflessioni già anticipate: l'aumento rilevante degli utenti in carico riflette la spinta normativa a raggiungere il target PNRR, seppur riducendo l'intensità assistenziale media sui singoli casi.

Per quanto concerne i servizi ad afferenza sociale, i dati 2022 illustrano una nuova diminuzione dell'utenza in carico ai servizi semi-residenziali dopo la lieve ripresa del 2021, dimostrando gli effetti ancora sentiti nel settore della pandemia. In controtendenza il SAD, la cui utenza in carico aumenta del 3,4% sul 2021.

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 2023 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 2023

Stima del bisogno potenziale	Servizio	Totale utenti in carico servizi socio-sanitari	Tasso di copertura servizi socio-sanitari
4.027.488	Residenziale	304.270	7,6%
	Semiresidenziale	22.796	0,6%
	Domiciliare (ADI)	1.232.203	30,6%

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 7,6% del bisogno sugli over65 non autosufficienti. La copertura del bisogno sale invece al 9,9% 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 4% (con l'eccezione delle Marche, che raggiungono il 13,4% 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 2023

Regione / Provincia Autonoma	Ospiti di presidi residenziali	Popolazione over75 non autosufficiente	Copertura del bisogno 75+
Prov. Auton. di Bolzano	6.232	21.373	29,2%
Prov. Auton. di Trento	6.682	24.402	27,4%
Lombardia	85.636	458.951	18,7%
Veneto	42.053	228.888	18,4%
Friuli-Venezia Giulia	10.908	65.582	16,6%
Piemonte	33.954	225.868	15,0%
Liguria	13.734	93.421	14,7%
Marche	11.367	84.566	13,4%
Toscana	27.741	212.223	13,1%
Emilia-Romagna	25.111	222.788	11,3%

Umbria	4.000	50.842	7,9%
Valle D`Aosta	443	5.903	7,5%
Lazio	10.807	273.852	3,9%
Abruzzo	3.023	81.954	3,7%
Puglia	7.591	228.415	3,3%
Calabria	2.910	104.804	2,8%
Molise	520	19.720	2,6%
Sicilia	6.579	262.844	2,5%
Basilicata	628	33.290	1,9%
Sardegna	1.464	101.165	1,4%
Campania	2.887	262.361	1,1%
Italia	304.270	3.064.170	9,9%

Fonti: ISTAT (2022), *Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia*. Dati I.stat su popolazione al 1/1/2021. Ministero della Salute (2025), *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno di riferimento: 2023*.

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, per apprezzare quanto l'assistenza tramite ADI attualmente contribuisca al raggiungimento di questi obiettivi nazionali.

Dalla tabella seguente si evince una forbice di oltre 60 punti percentuali tra la regione che raggiunge oltre due terzi della popolazione over65 non autosufficiente stimata, il Friuli-Venezia Giulia, e la Sardegna, che ne intercetta circa il 10%. In questa sede, rileva segnalare come dal 2021 in avanti tutte le regioni abbiano registrato significativi aumenti dei casi in carico, modificando anche radicalmente i posizionamenti delle regioni su ADI: per esempio, il Friuli-Venezia Giulia è passato da un tasso di copertura degli over65 non autosufficienti del 30% al 73,4%; la P.A. di Bolzano dal 4% al 35,9%. Inoltre, è possibile notare come rispetto l'Italia si stia avvicinando al target PNRR del 10%, poiché la quota di over65 raggiunti dalla misura è pari all'8,7%.

Tabella 1.9 Tasso di copertura del bisogno della popolazione 65+ non autosufficiente tramite ADI. Dettaglio regionale, anno 2023

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 (<i>target PNRR</i>)
Friuli-Venezia Giulia	321.370	21,7%	69.737	51.215	73,4%	15,9%
Molise	76.879	25,8%	19.835	14.495	73,1%	18,9%
P.A. Trento	126.166	23,7%	29.901	17.996	60,2%	14,3%
Toscana	959.361	26,8%	257.109	136.716	53,2%	14,3%
Veneto	1.168.563	22,9%	267.601	124.660	46,6%	10,7%
Lazio	1.320.956	26,9%	355.337	164.451	46,3%	12,4%
Emilia-Romagna	1.086.649	33,0%	358.594	142.630	39,8%	13,1%
P.A. Bolzano	108.307	24,1%	26.102	9.377	35,9%	8,7%
Basilicata	133.711	33,0%	44.125	14.749	33,4%	11,0%
Liguria	435.304	22,5%	97.943	30.843	31,5%	7,1%
Lombardia	2.326.530	24,4%	567.673	176.055	31,0%	7,6%
Valle d'Aosta	30.725	24,0%	7.374	2.257	30,6%	7,3%
Marche	384.637	32,3%	124.238	34.343	27,6%	8,9%
Abruzzo	321.715	32,7%	105.201	27.604	26,2%	8,6%
Piemonte	1.121.870	22,9%	256.908	58.806	22,9%	5,2%
Campania	1.149.394	34,0%	390.794	77.156	19,7%	6,7%
Umbria	229.077	30,3%	69.410	12.746	18,4%	5,6%
Sicilia	1.100.270	34,6%	380.693	66.221	17,4%	6,0%
Puglia	930.437	32,8%	305.183	38.539	12,6%	4,1%
Calabria	435.253	35,6%	154.950	17.378	11,2%	4,0%
Sardegna	414.123	35,2%	145.771	13.966	9,6%	3,4%
Italia	14.181.297	28,4%	4.027.488	1.232.203	30,6%	8,7%

Fonti: ISTAT (2021), *Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia*. Dati I.stat su popolazione al 1/1/2021. Ministero della Salute (2025), *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*. Anno di riferimento: 2023.

La variabilità delle fonti nel tempo e l'assenza di elementi interpretativi nell'Annuario limitano la capacità di decodificare a pieno questi elementi. 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 regionale³. Le evidenze circa le effettive capacità di presa in carico di ADI interrogano circa le modalità con cui è stato fissato il target PNRR e l'orientamento che ha dato al sistema (meno a più persone; rispetto a più intensità per bisogni prioritari). 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 2024, la stima del numero di badanti – regolari e irregolari – è di 1.032.903⁴. In termini di incidenza percentuale questo implica la presenza di circa quattordici badanti ogni 100 cittadini over75, quasi 33 ogni 100 cittadini over75 non autosufficienti: in altre parole, uno su tre tra questi ultimi si avvale di una badante come mostra la distribuzione tra Regioni, confermando una maggior incidenza nel Centro e Nord in Italia, in continuità con le stime precedenti.

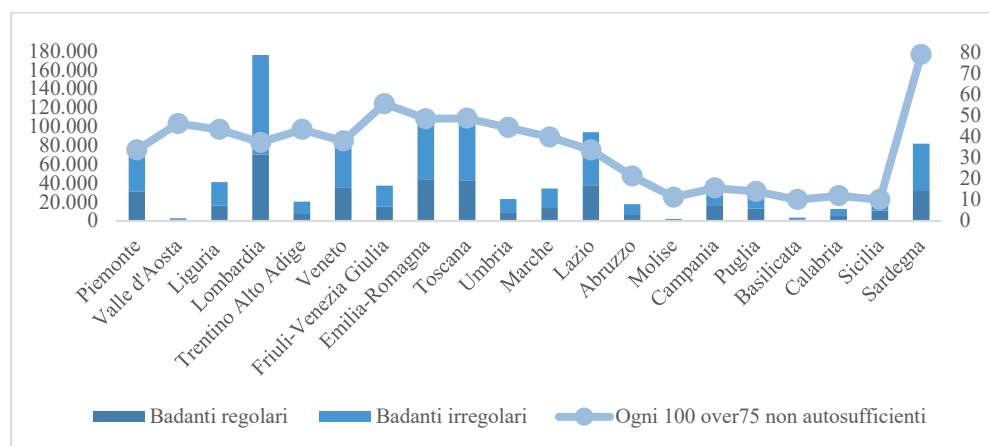
Continua il lieve (-0,1%) ma costante calo del numero di badanti regolari già segnalato nella precedente edizione del rapporto. Tra le possibili ragioni vi

³ A questi dati si può aggiungere che circa il 40% delle persone anziane non autosufficienti percepisce l'Indennità erogata da INPS. La prestazione cash si conferma quindi la più capillare, specialmente in rapporto ai diversi servizi in kind precedentemente analizzati. Nonostante questo, i dati segnalano una certa variabilità regionale, con alcune regioni dove la prestazione INPS raggiunge metà o più della popolazione over65 non autosufficiente, come Umbria, Lazio, Calabria e Puglia, e in altre, quali Valle d'Aosta, Emilia-Romagna, Provincia Autonoma di Trento e Provincia Autonoma di Bolzano, dove l'Indennità è percepita da meno di un terzo della popolazione over65 non autosufficiente. Fonte: ISTAT (2022), *Statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale. I trattamenti pensionistici*.

⁴ Per la stima dei lavoratori irregolari si è utilizzato, in continuità con i 6 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 (Tasso di Irregolarità degli occupati: “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 per il 2023 pari al 48,8%, senza tuttavia distinguere per tipologia di servizio (badantato, colf, tate ecc.).

è una riduzione delle regolarizzazioni “spontanee” promosse nelle fasi 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” (inflazione, costi energetici...) che le famiglie italiane hanno dovuto affrontare a partire dal 2022, che potrebbero aver influito sulla loro disponibilità (e capacità) a pagare per tali servizi. La spesa stimata delle famiglie italiane è pari a 7,6 miliardi nel 2024, considerando sia la quota regolare sia irregolare (Osservatorio Domina, 2025).

Figura 1.1 Distribuzione di badanti regolari e irregolari nelle regioni e incidenza rispetto agli over75 non autosufficienti, anno 2024



1.3 La spesa pubblica per Long Term Care

Le stime ufficiali rispetto alla spesa per non autosufficienza sono fornite dalla Ragioneria Generale dello Stato (2025), che pubblica annualmente il report “Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario”. Di particolare interesse tra i dati riportati in questo documento, il capitolo 4 è dedicato a “La spesa per Long-term Care”, a cui corrispondono tre componenti: la spesa sanitaria per Long Term Care (LTC), le indennità di accompagnamento e gli interventi socio-assistenziali, erogati a livello locale, rivolti alle persone con disabilità e alle persone anziane non autosufficienti. Il report parla di Long Term Care, includendo quindi diversi target di intervento, in modo più ampio rispetto alla categoria logica della non autosufficienza e intendendo LTC nella sua definizione più ampia. Propone poi degli approfondimenti per fascia di età: in questo capitolo ci si soffermerà spesso sui dati riferiti agli interventi per cittadini 65+.

La spesa pubblica complessiva per LTC ammontava nel 2024, anno più recente per cui sono disponibili i dati, all'1,61% del PIL. La componente erogata a cittadini 65+ rappresenta il 72,3%, presentando quindi un valore pari all'1,18% sul PIL. La componente sanitaria (36,5%) e le indennità di accompagnamento (44,9%) coprono complessivamente l'81,4% della spesa complessiva per LTC per cittadini 65+. Il restante è rappresentato dalle altre prestazioni assistenziali. Osservando il trend si osserva come la spesa in rapporto al PIL mostri, a partire dal 2020 in poi, un importante trend di contrazione: dall'1,43% del PIL nel 2020, l'1,37% nel 2021, l'1,28% nel 2022, l'1,20% nel 2023 e l'1,18% nel 2024. Guardando alla serie storica della spesa articolata per macro-funzione (ovvero tipologia di intervento) si osserva come il mix di soluzioni proposte ai cittadini 65+ abbia sempre trovato nei trasferimenti economici (tra cui l'indennità di accompagnamento) la quota maggioritaria (51,7% nel 2024).

1.4 Riforma Anziani: stato dell'arte a febbraio 2026

Il settore dell'assistenza alle persone anziane ha visto l'avvio nel 2022 di un complesso percorso di riforma che ha avuto nel corso del 2024 un aggiornamento importante, legato alla pubblicazione del Decreto Legislativo n° 29/2024 “Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33”.

Nonostante ciò, il “decreto Milleproroghe” (D.L. n. 200/2025 convertito in Legge n. 26/2026 del 27 febbraio) ha posticipato ulteriormente l'implementazione della riforma, concedendo al legislatore ulteriore tempo per l'emanazione degli ulteriori decreti necessari a definire i criteri di accesso tramite i “punti unici di accesso” (PUA) delle Case di Comunità, la nuova Valutazione Multidimensionale finalizzata alla definizione del “progetto assistenziale individualizzato” (PAI) in cui saranno indicate le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali necessarie alla persona anziana in maniera integrata. Con le nuove scadenze, la sperimentazione dovrebbe avviarsi a gennaio 2027 e, di conseguenza, l'implementazione a regime su tutto il territorio nazionale solamente a gennaio 2028.

1.5 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 questionari⁵ e dati aziendali da 24

⁵ I dati sono stati raccolti attraverso una rilevazione dedicata attiva tra febbraio e marzo 2026, inviata alle 36 aziende individuate come *key players* del settore. Le risposte raccolte sono state 24.

grandi *player* del settore tra quelli partecipanti all'Osservatorio Long Term Care, 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 settore⁶.

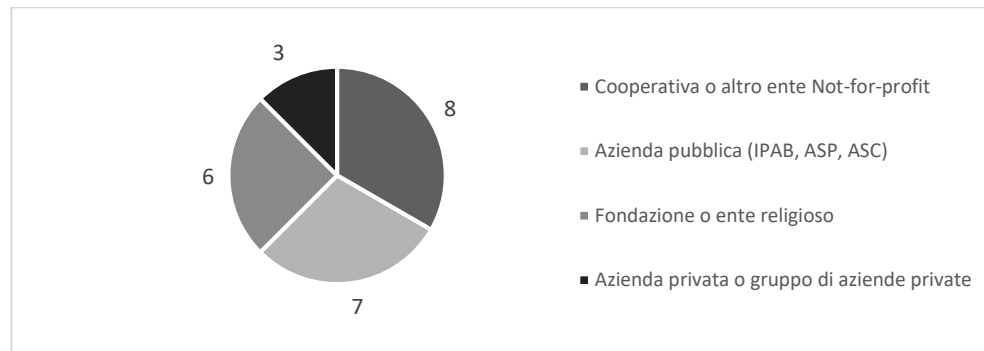
Caratteristiche descrittive

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

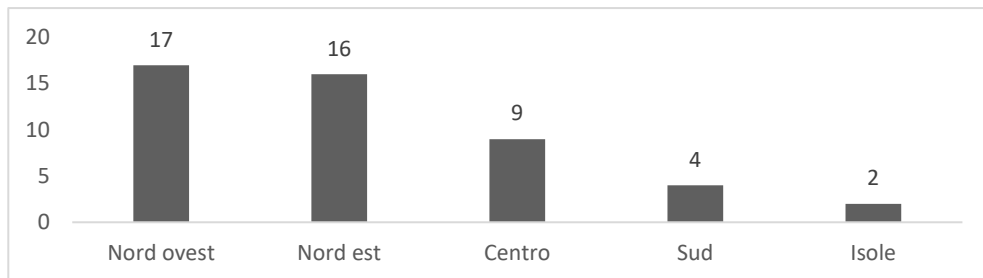
- 8 cooperative;
- 7 aziende pubbliche;
- 6 fondazioni o enti di connotazione ecclesiastica;
- 3 aziende private for profit.

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

Figura 1.2 Natura giuridica dei grandi *player*, anno 2026



⁶ 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 a OLTC hanno caratteristiche omogenee e comparabili.

Figura 1.3 Aree geografiche di intervento dei grandi *player*, anno 2026

Delle 24 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, 14 provider operano in un'unica area geografica (tipicamente Nord Est o Nord Ovest), 9 in due o più aree e solo una organizzazione è presente 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 2025, complessivamente i gestori partecipanti al Network gestiscono attività per oltre 2 miliardi di fatturato (di cui 1,2 miliardi per servizi residenziali per persone anziane)⁷, una platea totale di quasi 3 milioni di utenti serviti⁸ e quasi 32.000 posti letto di residenzialità per persone anziane⁹ (il 15% del totale del settore, cfr. Tabella 1.4). Considerando unicamente gli utenti di servizi residenziali per persone anziane si conferma il quadro sempre più complesso degli ospiti di RSA: l'età media degli ingressi nel 2025 è di 83,8 anni, e la permanenza media nel biennio 2024-2025 è di poco meno di un anno (340 giorni). La maggior parte degli ospiti (60%) ha disturbi cognitivi certificati o rilevati dalle équipe di struttura incaricate di redigere il piano assistenziale.

Portafoglio di servizi

I gestori mostrano attività articolate e trasversali a più settori (Figura 1.4) segnalando una certa apertura 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

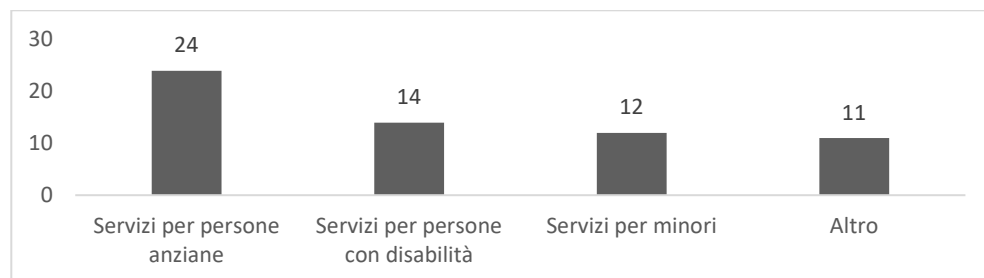
⁷ Dato riferito a 17 enti.

⁸ Dato riferito a 18 enti.

⁹ Dato riferito a 22 enti.

comparti. Dodici enti sono anche attivi nell'area minori, in particolare con servizi di asili nido, comunità per minori e servizi di varia natura per minori con disabilità. Undici enti, infine, sono attivi anche in altri comparti, quali servizi sanitari, oppure dedicati alla salute mentale, all'accoglienza, al disagio adulto e al contrasto alla grave emarginazione sociale.

Figura 1.4 Posizionamento in diverse aree di servizio, anno 2026



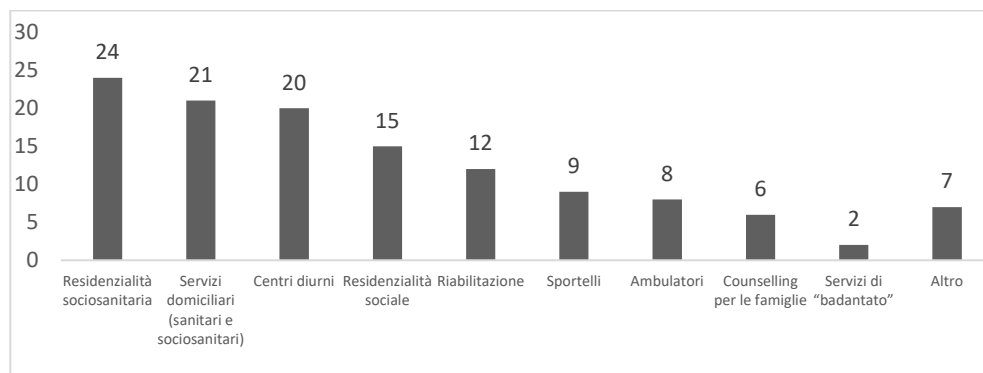
Guardando ai servizi (Figura 1.5) specificatamente destinati all'area delle persone anziane, emerge una grande varietà di attività che segnala il tentativo di ricomporre filiere assistenziali. Se da un lato tutti i grandi *player* gestiscono strutture residenziali socio-sanitarie per anziani, è interessante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

- la quasi totalità dei *player*, 21, abbinano alla gestione delle strutture residenziali socio-sanitarie un'offerta di servizi domiciliari. Sono poi 20 i gestori che a questi aggiungono servizi diurni, andando a comporre la filiera socio-sanitaria completa sui tre setting più tipici e presenti in tutti i contesti regionali;
- quindici *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 includendo servizi di natura sanitaria come quelli di riabilitazione (sia ambulatoriale sia residenziale) o offerta ambulatoriale di varia natura. Dodici di loro possono vantare una filiera completa che include tutti i servizi socio-sanitari (residenziale, domiciliare e diurno) e servizi di natura sanitaria (riabilitazione e/o altra assistenza ambulatoriale);
- alcuni rispondenti sono presenti anche sul mercato dei servizi alle famiglie con servizi di sportello e *counseling*, sempre nell'ambito dell'offerta

di servizi per persone anziane. Nel primo caso si tratta di servizi di presa in carico e informativi per orientare e supportare le famiglie nell'accesso e nella frequenza ai servizi, offerti da 9 *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 6 enti.

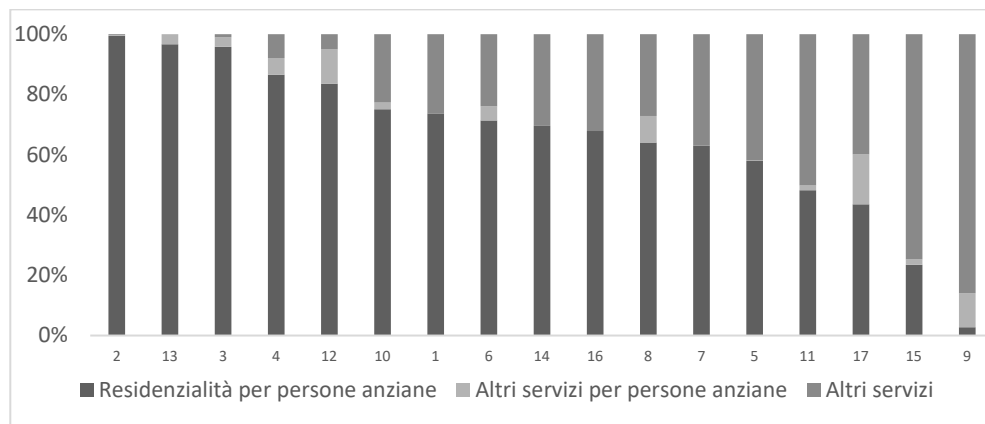
Dai dati sui 24 gestori di servizi LTC si conferma il consolidamento di un'offerta orientata alla filiera "tradizionale", che propone più setting di presa in carico alle famiglie e agli utenti nel tentativo di accompagnare l'evoluzione dei bisogni attraverso la possibilità di accedere a servizi con diversa intensità assistenziale. A complemento di questi, diversi provider si stanno attrezzando anche rispetto a una gamma più ampia di bisogni delle famiglie, includendo il tema dell'accompagnamento e del supporto psicologico. Allo stesso tempo, continua a crescere anche l'offerta di servizi di natura sanitaria, con la disponibilità di riabilitazione e ambulatori.

Figura 1.5 Servizi per persone anziane gestiti dai grandi *player*, anno 2026



Di seguito sono illustrati alcuni dati sulla composizione del fatturato dei gestori rispondenti (n=17) che aiutano a interpretare il loro posizionamento strategico. Si usano in questo caso dati riferiti al 2025 in modo da poter fornire sempre il dato più aggiornato possibile. In termini di peso economico-finanziario dei servizi, la Figura 1.6 illustra il fatturato generato da servizi di residenzialità per persone anziane, altri servizi per persone anziane, e servizi rivolti ad altri target di utenza per l'anno 2025.

Figura 1.6 Scomposizione del fatturato 2025 per aree di attività, grandi player del settore, n=17



Considerando il fatturato complessivo degli enti rispondenti, i servizi per anziani diversi dalla residenzialità contribuiscono mediamente solo al 3% dei ricavi, mantenendo quindi un peso residuale nel business model complessivo. Il fatturato derivante da servizi non dedicati a persone anziane, sebbene raggiunga o superi il 50% in tre casi, è in media del 35%, un dato leggermente superiore a quello indicato dagli enti rispondenti per l'anno 2024 (circa il 30%), ma inferiore rispetto ad anni precedenti, consolidando un trend rilevato già da diversi anni (nella rilevazione dedicata al 4° Rapporto OLTC era pari al 47%). La residenzialità per anziani è di gran lunga la prima fonte di fatturato (61% in media), un dato coerente con quello dichiarato dagli enti per l'anno 2024 (quando era pari al 64%). La consistenza dell'incidenza del fatturato da residenzialità segnala che questo setting è, pur con tutte le difficoltà, quello tramite cui gli enti possono garantirsi maggiore sostenibilità economica in virtù degli importanti budget pubblici garantiti. Al contrario, altri servizi per persone anziane, hanno visto maggiori difficoltà, quali il comparto diurno e domiciliare.

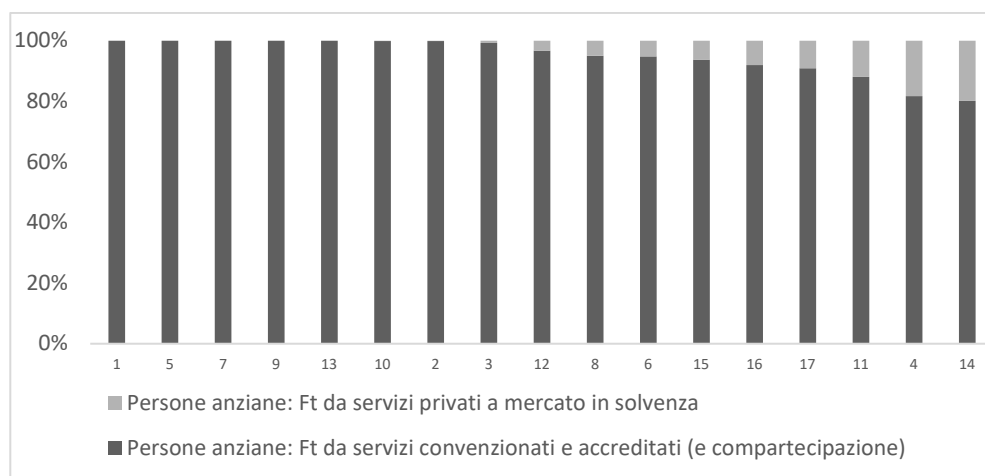
Offerta pubblica e mercato privato

Il settore socio-sanitario si è sviluppato nel tempo intorno all'offerta pubblica e ai meccanismi di accreditamento, convenzionamento e budget. Il settore sta evolvendo, sia con riferimento alla capacità del welfare pubblico di soddisfare i bisogni, sia con riferimento ai bisogni stessi sempre più differenziati e mutevoli (per approfondimenti, si rimanda al Capitolo 1 del 5° 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.

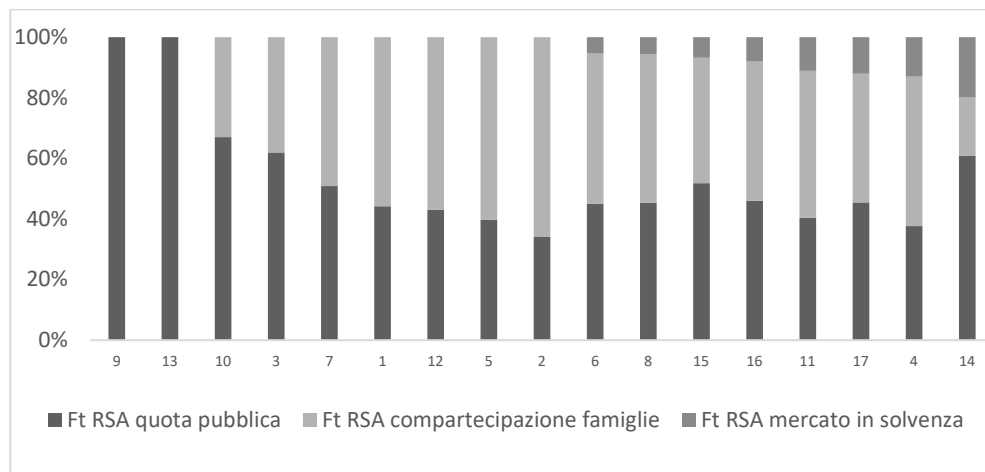
In Figura 1.7 è possibile osservare la scomposizione del fatturato 2025 per attività socio-sanitarie dedicate al target anziani, tra servizi ad accreditamento o convenzionamento pubblico (compresa la eventuale compartecipazione della famiglia) e servizi a mercato privato in solvenza: in media l'88% del fatturato deriva dalla prima tipologia e il 12% dalla seconda. Il dato sul mercato privato oscilla confrontando i diversi enti rispondenti tra lo 0 e il 20%. Questa rilevazione è in linea con quanto registrato rispetto alla rilevazione precedente riferita a dati 2024, ma conferma un trend di riduzione della quota di fatturato derivante da servizi in solvenza post-pandemia (cfr. 5° Rapporto OLTC, dati 2022).

Figura 1.7 Scomposizione del fatturato 2025 per attività verso pubblico o verso privati, grandi *player* del settore, n=17



Con riferimento ai servizi residenziali per anziani, che come visto (Figura 1.6) generano il 61% 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 34% del fatturato per servizi residenziali per anziani, mentre la quota corrisposta direttamente dal pubblico vale il 54% 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.

Figura 1.8 Scomposizione del fatturato 2025 per servizi residenziali per anziani, grandi *player* del settore, n=17

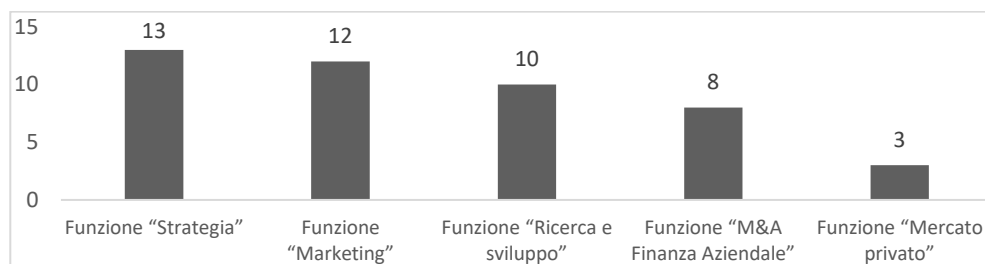


Cambiando prospettiva e considerando congiuntamente la quota di compartecipazione pagata dalle famiglie per i servizi accreditati/convenzionati e la parte di rette da servizi a mercato in solvency per i servizi di residenzialità socio-sanitaria per persone anziane, si osserva come il 46% del fatturato totale 2025 degli enti rispondenti venga corrisposto alle strutture direttamente dalle famiglie.

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

In questa sezione, è indagata la visione strategica degli enti gestori, nel contesto di un diffuso processo di riorganizzazione d'impresa che ha attraversato il settore LTC negli ultimi anni, sia in termini di interventi di ridefinizione dei portafogli dei servizi, che di cambiamenti nei perimetri aziendali e societari.

Figura 1.9 Presenza delle funzioni strategiche nell'organigramma aziendale, grandi *player*, anno 2025, n=17



Un primo elemento oggetto di indagine si è concentrata sulla governance aziendale, e in particolare la presenza o meno di funzioni e direzioni dedicate alle strategie di sviluppo aziendale. Poiché il settore è popolato prevalentemente da produttori molto piccoli, che possono avere una dotazione di logiche e strumenti manageriali modesta, la domanda è se sia in corso un cambio di paradigma gestionale, configurando esplicite funzioni aziendali. Dal questionario emergono importanti segnali di formalizzazione delle funzioni di sviluppo strategico che sono collocate organizzativamente nel perimetro delle direzioni generali. Oltre alle tradizionali funzioni legate alla strategia e marketing (Figura 1.9) è interessante osservare come il 58% degli enti rispondenti si sia dotato di una funzione ricerca e sviluppo (a segnalare l'attività di rinnovamento sulla propria offerta e servizi) e 47% di *Mergers & Acquisitions*, ovvero finanza aziendale (a segnalare la rilevanza delle operazioni straordinarie nel settore). Solo tre aziende tra quelle rispondenti hanno inoltre una funzione dedicata allo sviluppo del mercato privato, in linea con la scorsa edizione.

Successivamente, è stato indagato il tema delle operazioni straordinarie. Negli ultimi anni sono state attivate numerose operazioni di rimodulazione aziendale (Tabella 1.10), che hanno visto alcuni *player* su più tipologie di operazioni¹⁰. Otto gestori su 23 hanno effettuato operazioni straordinarie nel biennio 2023-2025, prevalentemente cessioni (6) e acquisizioni (6). Interessante notare la prospettiva del prossimo futuro: nel periodo 2026-2027, 9 enti gestori rispondenti dichiarano che svolgeranno operazioni straordinarie. La totalità di questi procederà con acquisizioni (9), mentre solo 1 ente gestore procederà con una fusione e 1 ulteriore ente con una cessione. Questi dati suggeriscono che il mercato tenderà a cambiare ulteriormente con nuovi perimetri istituzionali e una maggiore concentrazione, anche se la strada da percorrere per il consolidamento del settore tutto è ancora lunga.

Tabella 1.10 Numero di operazioni straordinarie effettuate nel 2023-2025 dai grandi *player* del settore

	2023-2025
<i>Players</i> coinvolti in operazioni straordinarie (su 17)	8
Coinvolti in processi di fusione	1
Coinvolti in processi di cessione	6
Coinvolti in processi di acquisizione	6

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

Tabella 1.11 Aperture/acquisizioni e chiusure/cessioni di strutture per anziani, grandi *player*, anni 2023-2025

	Apertura / acquisizione di nuove strutture per anziani. 2023-2025	Chiusura / cessione di nuove strutture per anziani. 2023-2025
<i>Player</i> coinvolti	9	6
Numero operazioni (totale)	41	10

Guardando alle operazioni di acquisizione e cessione di singole strutture per anziani (Tabella 1.11), ovvero quelle operazioni più dinamiche che non necessariamente implicano un ridisegno aziendale, osserviamo come circa metà delle aziende rispondenti (n=17) siano state parte attiva di acquisizioni (o nuove aperture) per un totale di 41 strutture. Meno frequenti, invece, le situazioni in cui i grandi *player* hanno ceduto o chiuso strutture (6 *player* su 17 che hanno risposto a questa domanda), per un totale di 10 strutture. In termini di distribuzione territoriale, le acquisizioni/aperture si sono concentrate prevalentemente nel Nord ovest (8 gestori), seguito da Nord est e Centro (rispettivamente 3 gestori), mentre Sud e Isole sono state meno coinvolte (indicato da 2 gestori); analogamente anche le chiusure sono avvenute principalmente nel Nord ovest (5 gestori), seguito dal Nord est (1 gestore), mentre non sono avvenute chiusure o cessioni nel Centro, nel Sud o nelle Isole.

1.6 Conclusioni

Nel complesso, il quadro del settore al 2025 evidenzia una crescita costante e difficilmente arrestabile del bisogno di servizi per la non autosufficienza, a fronte di una capacità di risposta del welfare pubblico che rimane limitata e concentrata prevalentemente sull'ADI, la cui efficacia nella presa in carico continua a essere oggetto di dibattito. A fronte di bisogni crescenti, le risorse pubbliche destinate al settore sono in contrazione e concentrate sulla componente sanitaria e previdenziale, lasciando scoperta la parte prettamente assistenziale della cura. Parallelamente, i gestori risultano ancora fortemente orientati al mercato accreditato e mostrano una ridotta propensione a sviluppare servizi alternativi alla residenzialità, restando così distanti rispetto all'ampiezza e alla diversificazione della domanda potenziale. In questo contesto, l'assistenza privata informale, in particolare il ricorso al badantato, continua a rappresentare la risposta più diffusa e capillare ai bisogni legati all'invecchiamento, nonostante le criticità e le implicazioni, sia sul piano sociale sia su quello della qualità della cura, che tale modello comporta. La Riforma Anziani è ancora lontana da una piena implementazione, rimandando di un altro anno le prime sperimentazioni di modelli di servizio che, auspicabilmente, dovrebbero migliorare le possibilità di accesso e presa in carico delle persone anziane e dei loro familiari.

Bibliografia

- Dipartimento per il programma di Governo (2024), *Focus sul D.lgs. 15 marzo 2024, n. 29: politiche in favore delle persone anziane.*
- 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.*
- Osservatorio Domina (2024), *6° Rapporto annuale sul lavoro domestico.*
- Osservatorio Domina (2025), *7° Rapporto annuale sul lavoro domestico.* Edizione 2025.
- Ragioneria Generale dello Stato (2025), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sociosanitario – Rapporto n. 26.*

2. Quali spazi di cambiamento? I modelli di abitare per l'invecchiamento e la tecnologia come piattaforme di innovazione

di Elisabetta Notarnicola, Giovanni Fosti, Eleonora Perobelli e Maria Vittoria Bufali

2.1 Un cambiamento necessario

Il settore della LTC in Italia si trova oggi in una fase di profonda e strutturale transizione, che non riguarda soltanto l'intensità dei bisogni, ma mette in discussione le fondamenta stesse del modello di risposta costruito negli ultimi decenni. I dati illustrati nel Capitolo 1 restituiscono con chiarezza l'immagine di un sistema fondato su un welfare pubblico sempre più selettivo, capace di prendere in carico un numero limitato di casi, generalmente caratterizzati da condizioni molto specifiche, tipicamente caratterizzati da una alta gravità. Questa configurazione, che nel tempo si è consolidata anche per effetto di vincoli finanziari e organizzativi, lascia inevitabilmente alle famiglie una quota predominante della responsabilità complessiva della cura (economica, organizzativa, sociale e persino culturale). Sono le famiglie, infatti, a doversi fare carico della costruzione quotidiana delle soluzioni di assistenza, spesso attraverso combinazioni informali e poco strutturate, in un contesto in cui il sistema pubblico interviene in modo parziale e talvolta discontinuo con ampie differenze territoriali e disparità nel contesto nazionale.

Se si proiettano queste caratteristiche nel medio periodo, lo scenario che emerge è quello di un progressivo restringimento del perimetro pubblico, destinato a concentrarsi su una quota sempre più ridotta della popolazione, verosimilmente (o sperabilmente) selezionata in base a criteri di gravità e urgenza. Parallelamente, una parte crescente di cittadini sarà chiamata a trovare risposte in autonomia, attraverso soluzioni ibride, informali o di mercato, spesso costruite in modo artigianale e non sempre adeguate alla complessità dei bisogni. Si configura così un problema che potremmo definire "di volumi al quadrato": da un lato una domanda in forte e costante crescita, trainata dall'invecchiamento della

popolazione, dalla diffusione di condizioni di cronicità e fragilità; dall'altro un'offerta che fatica a espandersi con la stessa velocità e con la stessa capacità di adattamento, generando uno squilibrio strutturale destinato ad ampliarsi nel tempo.

In questo contesto, le domande sul futuro del settore e delle persone coinvolte da bisogni di LTC non riguardano soltanto la sostenibilità del sistema, ma soprattutto la sua capacità di evolvere in modo coerente con i cambiamenti in corso. Da un lato, si pone con forza il tema dell'ampliamento delle possibilità di presa in carico in termini quantitativi: come aumentare il numero di persone raggiunte dai servizi? Quali modelli organizzativi e quali leve possono consentire questa espansione?

Questo implica non solo un auspicabile rafforzamento della capacità pubblica – o almeno un suo non arretramento – ma anche lo sviluppo e la diffusione di soluzioni ibride o di mercato che possano affiancare il sistema pubblico. Tali soluzioni, pur non eliminando il carico economico per le famiglie, possono contribuire in modo significativo a ridurre la complessità organizzativa e assistenziale che oggi grava su di esse, offrendo maggiore continuità, coordinamento e affidabilità.

2.2 Nuovi modelli di servizio

Accanto al tema dei volumi, emerge tuttavia con altrettanta forza un tema di “varietà dell'offerta”, che rappresenta una sfida altrettanto critica. Con l'evoluzione della demografia, dell'epidemiologia e più in generale dei modelli sociali e familiari, la non autosufficienza non può più essere interpretata prevalentemente come una condizione sanitaria, ma si intreccia sempre più con il tema più ampio dell'invecchiamento e, in prospettiva, della longevità. Questo cambiamento di paradigma implica la necessità di sviluppare risposte capaci di adattarsi a una gamma di bisogni molto più ampia rispetto al passato: bisogni che non possono più essere letti in chiave dicotomica – sanitario *vs* sociale – ma che includono dimensioni legate alle preferenze individuali, agli stili di vita, ai contesti abitativi, alle reti relazionali, fino ad arrivare alla realizzazione personale, al senso di autonomia e alla qualità complessiva della vita.

In questo senso, emerge con sempre maggiore evidenza la necessità di costruire sistemi di offerta in grado non solo di “curare”, ma di accompagnare le persone lungo percorsi di vita complessi e dinamici. I sistemi attuali appaiono ancora acerbi e incompleti sotto questo profilo: la loro parzialità si traduce in offerte spesso rigide, standardizzate e fortemente compartimentalizzate, oltre che caratterizzate da un'elevata connotazione prestazionale che tende a privilegiare prestazioni codificate e misurabili, in luogo a percorsi di accompagnamento che evolvono assieme alla condizione socio-assistenziale delle persone.

Questo approccio lascia poco spazio a tutto ciò che richiede flessibilità, personalizzazione e adattamento nel tempo, ovvero a quelle componenti che risultano sempre più centrali nell'esperienza quotidiana delle persone anziane e delle loro famiglie. In altre parole, il sistema è stato progettato per erogare prestazioni puntuali e specializzate, più che per generare valore lungo l'intero percorso di vita delle persone.

Alla luce di queste tensioni, il futuro della LTC sembra articolarsi lungo due direttrici di cambiamento tra loro complementari e interdipendenti:

- **l'espansione dell'offerta in termini di volumi:** come rendere i servizi accessibili a un numero crescente di persone, quali modelli organizzativi, quali economie di scala e quali leve – anche tecnologiche – possano consentire questa scalabilità;
- **l'espansione dell'offerta rispetto alla varietà dei servizi disponibili:** quali tipologie di servizi saranno in grado di intercettare bisogni oggi ancora invisibili o non adeguatamente presi in carico, e con quali modalità potranno essere progettati ed erogati.

Il lavoro di ricerca presentato in questo rapporto si inserisce in questo quadro, affrontando queste domande attraverso l'analisi di due possibili traiettorie di innovazione, considerate come piattaforme abilitanti per lo sviluppo di nuovi modelli di servizio.

La prima riguarda il luogo della cura, inteso non semplicemente come spazio fisico, ma come luogo di vita dell'individuo. In questa prospettiva, la "casa" non è definita in termini di proprietà o di collocazione urbanistica, ma come concetto opposto all'idea di setting, che separa il luogo di vita dal luogo di cura. Ripensare l'abitare significa quindi ripensare il modo in cui i servizi si innestano nella vita quotidiana delle persone, superando la logica del trasferimento dell'individuo verso il servizio e orientandosi verso modelli in cui è il servizio ad adattarsi al contesto di vita.

La seconda traiettoria riguarda l'attivazione di soluzioni tecnologiche e digitali, sempre più pervasive e capaci di incidere profondamente non solo sulle modalità di erogazione dei servizi, ma anche sulla loro progettazione e sulla configurazione complessiva dei sistemi di offerta. La tecnologia, in questo senso, non rappresenta semplicemente un fattore di efficienza, ma una leva strategica per ripensare il funzionamento stesso della LTC.

2.3 Da elementi del servizio a piattaforme che facilitano il cambiamento

Questi due ambiti di innovazione, pur distinti per presupposti, dinamiche e attori coinvolti, condividono un elemento cruciale: storicamente sono stati considerati come elementi statici, semplici caratteristiche accessorie del servizio. Il

luogo di cura, nei modelli tradizionali, coincide con il setting in cui si svolge il processo assistenziale; la tecnologia è stata per lungo tempo interpretata come uno strumento di supporto, un dispositivo che integra o sostituisce singole attività operative. I modelli più innovativi stanno invece operando un vero e proprio ribaltamento di prospettiva, trasformando questi elementi in condizioni abilitanti. Il luogo della cura diventa così un elemento attivo, un contesto che non si limita a ospitare il servizio, ma che ne determina profondamente le modalità di erogazione, le interazioni tra gli attori e l'esperienza complessiva dell'utente. In questo senso, il concetto si allinea a uno dei principi fondamentali del service management e del service design, secondo cui il contesto di erogazione non è neutrale, ma costituisce una componente intrinseca del valore del servizio.

Un ragionamento analogo si applica alla dimensione tecnologica. La tecnologia può essere interpretata come un semplice supporto ai processi – per esempio un sensore che integra l'attività di un professionista o una piattaforma che facilita la comunicazione – oppure come un'infrastruttura che supporta la progettazione dei modelli di servizio nel suo complesso. La differenza risiede nel livello di integrazione: nel primo caso è un elemento accessorio, nel secondo diventa parte fondante dell'offerta, una piattaforma che consente l'attivazione di nuove soluzioni, nuovi processi e nuovi equilibri tra gli attori coinvolti, abilitando modelli più proattivi, integrati e centrati sulla persona.

A partire da queste considerazioni, il Rapporto utilizza queste due direttrici di cambiamento come ambiti esplorativi per indagare due questioni fondamentali. In primo luogo, quali nuovi modelli di servizio, facendo leva sul luogo della cura e sulle tecnologie digitali, siano in grado di rispondere alle sfide future dei sistemi LTC in termini di ampliamento e diversificazione dell'offerta. In secondo luogo, quali siano i processi, i meccanismi e i fattori che rendono possibile – e sostenibile nel tempo – lo sviluppo e la diffusione di tali modelli, andando oltre la dimensione sperimentale per arrivare a una reale scalabilità.

Questa seconda domanda apre inevitabilmente una riflessione più ampia sul tema della governance del settore e sul ruolo dei diversi attori.

2.4 Un cambiamento di sistema, non solo di servizio

Il modello prevalente, almeno nel contesto italiano, è stato finora caratterizzato da una chiara distinzione tra un welfare pubblico in posizione di committenza e un settore privato chiamato prevalentemente a svolgere un ruolo di erogazione. Questo schema, pur avendo garantito nel tempo una certa stabilità, lascia poco spazio a configurazioni alternative e a forme più articolate di collaborazione.

L'innovazione nei modelli di servizio, così come le trasformazioni in atto, mettono però in discussione questa impostazione. Si delinea progressivamente

uno scenario in cui il rapporto tra pubblico e privato evolve da una logica gerarchica a una logica di partnership, in cui i diversi attori contribuiscono con ruoli molteplici e complementari lungo l'intero ciclo del servizio: dalla progettazione alla sperimentazione, fino alla gestione, al finanziamento e alla valutazione degli esiti. In questo senso, la capacità di costruire ecosistemi collaborativi, basati su una condivisione di obiettivi, rischi e responsabilità, diventa una delle condizioni chiave per affrontare in modo efficace e sostenibile le sfide future della LTC.

2.5 L'approccio di ricerca di OLTC

Alla luce delle trasformazioni delineate e delle domande che ne derivano, l'8° Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care ha scelto di orientare la propria attività di ricerca verso un'analisi delle tendenze emergenti a livello internazionale. L'obiettivo non è stato quello di offrire una semplice rassegna di esperienze, ma di costruire una lettura comparativa capace di intercettare segnali di cambiamento e traiettorie evolutive rilevanti per il futuro del settore. Di conseguenza, la ricerca si è concentrata su esperienze di innovazione accomunate da un ripensamento di due dimensioni chiave: da un lato il luogo della cura, con una progressiva evoluzione verso un concetto più ampio e articolato di abitare, che supera la tradizionale distinzione tra domicilio e residenzialità; dall'altro l'utilizzo di soluzioni digitali, in particolare nella loro capacità di abilitare nuovi modelli di servizio centrati sulla casa e, più in generale, sui luoghi di vita delle persone.

Per esplorare queste traiettorie, è stato adottato un approccio metodologico articolato, che ha combinato più strumenti di analisi. In primo luogo, è stata condotta una ricognizione della letteratura internazionale, finalizzata a inquadrare i principali modelli emergenti e a identificare le categorie interpretative più rilevanti a cui si è affiancata una survey rivolta a esperti del settore (i cui risultati sono presentati nel Capitolo 3), con l'obiettivo di raccogliere percezioni qualificate sui principali driver di innovazione e sulle dinamiche in atto. Infine, l'analisi è stata approfondita attraverso lo studio di alcuni casi selezionati, sviluppati tramite site-visits e interviste dirette (presentati nel Capitolo 4), che hanno consentito di entrare nel merito dei modelli di servizio e dei processi organizzativi adottati.

L'obiettivo di questo lavoro non è quello di individuare soluzioni da replicare in modo meccanico, né di proporre modelli "ideali" da trasferire direttamente nel contesto italiano. Piuttosto, l'intento è stato quello di comprendere quali siano gli elementi che hanno reso possibile lo sviluppo e il successo di queste esperienze, sia nella fase di progettazione sia in quella di implementazione. L'attenzione è stata posta sui fattori abilitanti, sui meccanismi organizzativi,

sulle condizioni di contesto e sui processi decisionali che possono favorire – o ostacolare – l’innovazione nei servizi di LTC.

L’apertura al contesto internazionale non implica in alcun modo una sottovalutazione del potenziale innovativo presente nel sistema italiano. Al contrario, la scelta di guardare a esperienze sviluppate in contesti diversi – per assetti regolatori, modelli di welfare, caratteristiche culturali e configurazioni sociali – risponde alla volontà di ampliare il perimetro di osservazione, intercettando una varietà più ampia di soluzioni e modalità operative. Questo consente di arricchire il dibattito nazionale con stimoli e prospettive che, proprio perché maturate in condizioni differenti, possono offrire spunti particolarmente fertili per l’innovazione.

Le evidenze presentate nei paragrafi che seguono mostrano infatti come nel contesto internazionale questi temi siano già al centro di dibattito, investimenti e modelli di servizio consolidati, offrendo così un terreno particolarmente ricco da cui trarre indicazioni utili per l’evoluzione futura del nostro sistema.

2.6 Dinamiche in corso nel contesto europeo

2.6.1 Invecchiamento e abitare

Come l’Italia, anche l’Europa sta attraversando un processo di invecchiamento demografico senza precedenti, che richiede ai paesi di promuovere velocemente un riposizionamento strategico dei propri sistemi di LTC. Stando alle più recenti statistiche e proiezioni comunicate da Eurostat¹ e OCSE, al 1° gennaio 2025, più di un quinto (22%) della popolazione dell’UE aveva 65 anni o più. Nel decennio 2015-2025, guardando all’UE nel suo complesso, l’ampiezza di questo sottogruppo di popolazione è aumentata di 2,9 punti percentuali. Al contempo, tra 2011 e 2021, il tasso di persone di età compresa tra 65 e 74 anni con patologie croniche è aumentato dal 44% al 50% (OECD, 2025). Nei prossimi decenni si prevede che il numero di anziani continuerà a crescere in maniera significativa. Entro il 2100, le persone di età pari o superiore a 65 anni rappresenteranno il 32,5% della popolazione dell’UE (rispetto al 22% del 2025). In questo arco di tempo, a livello europeo, la quota di persone di età pari o superiore a 80 anni aumenterà di 2,5 volte, passando dall’attuale 6,2% al 15,3% nel 2100. In media, si prevede che la spesa per LTC raddoppierà entro il 2050 (OECD, 2025).

Questa trasformazione si accompagna a mutamenti strutturali nei modelli familiari, nei sistemi di welfare e nei bisogni abitativi: il calo di famiglie multigenerazionali, l’aumento di persone sole e la crescente complessità delle condizioni di salute individuali, connessa alla sopracitata crescente diffusione di patologie croniche, accrescono la pressione esercitata sui sistemi di LTC dei paesi

¹ Accessibili al seguente link: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing

europei, rendendo evidente la necessità di reperire soluzioni più integrate e sostenibili per dare risposta alle esigenze della popolazione anziana (Kim *et al.*, 2024; Yi *et al.*, 2021). In questa cornice, insomma, ridisegnare l’infrastruttura abitativa e ridefinire il concetto stesso di abitare per le persone anziane non appare più come un’opzione settoriale, ma come una delle possibili leve strategiche per riuscire a orchestrare il delicato equilibrio tra sostenibilità del sistema e dignità/qualità della vita.

Fino ad anni recenti, la risposta all’invecchiamento e alla crescente fragilità è stata rappresentata dalle residenze sanitarie assistite (RSA) o case di riposo. Tuttavia, il sistema tradizionale, basato sull’istituzionalizzazione delle persone con bisogni assistenziali acuti, appare oggi in una crisi di resilienza irreversibile, data l’incapacità di assorbire l’impatto di un “old-age dependency ratio”² che l’OECD (2025) documenta in crescita esponenziale: dal 19% del 1980 al 31% del 2023, con una proiezione di ulteriore aumento al 52% entro il 2060. Inoltre, tali strutture sono state oggetto di critica poiché spesso percepite come luoghi di spersonalizzazione e perdita di autonomia (Agostini e Masci, 2015; Cavanagh *et al.*, 2024). La pandemia di COVID-19 ha accentuato questa percezione, rendendo ancora più urgente la ricerca di modelli alternativi che garantiscano sicurezza, ma anche prossimità e partecipazione comunitaria (Housing Europe Observatory, 2022; Cavanagh *et al.*, 2024). Ciò va di pari passo con la crescente diffusione e legittimazione di modelli abitativi innovativi e ibridi (Agostini e Masci, 2015; Brouwers *et al.*, 2023; Hammond e Saunders, 2021; Housing Europe Observatory, 2022; Housing LIN, 2016; OECD, 2025), che si collocano nel *continuum* tra cure domiciliari tradizionali e la residenzialità istituzionale, combinando infrastrutture fisiche *age-friendly* e supporto socio-sanitario flessibile. Queste soluzioni offrono risposte personalizzate ai bisogni di anziani con livelli variabili di autonomia, combinando dimensione abitativa, servizi socio-sanitari più o meno leggeri e partecipazione alla vita di comunità. Tale dinamica esemplifica un approccio che la ricerca recente (HouseInc, 2025) ha definito “Housing+”: l’idea che l’abitare sia una componente fondamentale e abilitante per l’efficacia di altri interventi, in questo caso i servizi socio-sanitari e le iniziative di socializzazione. Non si tratta, quindi, di lavorare meramente sulla dimensione infrastrutturale dell’abitare, quanto su come i luoghi residenziali possano diventare piattaforme di integrazione per reti di servizi integrati, evolutivi e centrati sui bisogni delle persone.

L’obiettivo comune di tali soluzioni è quello di favorire l’“*ageing in place*” – ovvero la possibilità di invecchiare in contesti di comunità, familiari e accessibili – promuovendo, al contempo, coesione sociale e sostenibilità economica dei sistemi di LTC. Come, infatti, le fonti e i report internazionali citati mostrano,

² Il numero di individui di età pari o superiore a 65 anni ogni 100 persone in età lavorativa (ossia, di età compresa tra 20 e 64 anni).

gli investimenti nell'adattamento dell'offerta abitativa e di assistenza domiciliare accessibile in tali luoghi producono risparmi significativi rispetto alla spesa per cure residenziali, oltre a migliorare qualità della vita e soddisfazione soggettiva delle persone anziane. Spesso, l'adozione di tali nuovi modelli si traduce in vantaggi tangibili anche per i provider socio-sanitari, generando maggiore efficienza, qualità del lavoro, soddisfazione del personale e una concomitante riduzione di assenteismo e turnover, a beneficio della continuità assistenziale (Bernstein *et al.*, 2022; Veghte, 2024). Il maggiore radicamento territoriale di questi modelli produce esternalità positive in termini di rigenerazione urbana, coesione e valorizzazione del capitale sociale (Housing Europe Observatory, 2022). Infine, a livello di sistema, si evidenziano dei risparmi sostanziali ottenibili da approcci che valorizzano l'“ageing in place” tramite l'offerta di soluzioni di housing adeguate e la “prossimità” assistenziale. I dati OECD (2025) mostrano come un incremento dell'1% nella spesa per la LTC domiciliare può generare una riduzione della spesa complessiva per LTC dello 0,5%. Al contrario, l'attuale sotto-investimento in prevenzione alimenta un circolo vizioso di cure emergenziali, sebbene il ricovero di un anziano in ambienti non familiari (es. ricorso ad assistenza residenziale tradizionale, ospedalizzazione) presenti dei costi equiparabili alla spesa sanitaria annua pro capite di 2,23 persone. Fare, dunque, di tali ambienti abitativi innovativi il fulcro per accedere a servizi di assistenza prossimi, rispondenti ai bisogni individuali, integrati e flessibili significa anche liberare risorse umane e finanziarie critiche per il sistema. La Tabella 3.1 propone un raffronto fra paradigma tradizionale e modelli innovativi di abitare rispetto a tre dimensioni chiave (ossia, integrazione dei servizi, flessibilità del supporto, sostenibilità economica), evidenziando i vantaggi promessi, in un'ottica di sistema, dal progressivo ripensamento delle soluzioni abitative offerte alla popolazione anziana.

Tabella 2.1 Gli impatti attesi dal cambio di paradigma

Dimensione	Modelli tradizionali	Modelli innovativi	Impatto sul sistema
Integrazione	Frammentazione e silos	Integrazione fra LTC e altri servizi; prossimità; radicamento territoriale	Riduzione degli accessi in emergenza; valorizzazione urbana e del capitale sociale locale
Flessibilità	Rigidità e standardizzazione	Offerta modulare e scalabile su bisogno reale	Ottimizzazione del costo per ora di assistenza fornita; maggiore rispondenza ai bisogni
Sostenibilità	Alti costi fissi istituzionali	Risparmi da assistenza 'prevention-led'; minore assenteismo e turnover del personale	Riduzione dello 0,5% della spesa LTC totale per ogni 1% investito in LTC a domicilio

Fonte: Elaborazione degli autori

2.6.2 Abitare, cura e tecnologia

In continuità con quanto illustrato nel paragrafo precedente, diversi sono i driver che stanno dando stimolo a una maggiore diffusione di soluzioni tecnologiche volte a sostenere l'autonomia, la qualità della vita e l'efficienza dei servizi a beneficio di quella sempre più ampia fetta della popolazione anziana che protrae la propria permanenza al domicilio, contribuendo così a ridefinire il modo in cui il contesto di vita abituale – abitazione privata o comunità di riferimento – viene vissuto. Da un lato, troviamo la già descritta trasformazione demografica ed epidemiologica, che determina una maggiore prevalenza di condizioni croniche e multimorbilità (OECD, 2025; World Bank, 2024) e un crescente bisogno di LTC, ponendo sotto enorme sforzo dei sistemi assistenziali con risorse insufficienti. Dall'altro, un ulteriore ingrediente di quella che appare come “una tempesta perfetta” risiede proprio nell'ampiamente documentato desiderio di “ageing in place”, ossia nel fatto che la grande maggioranza delle persone anziane desidera invecchiare nella propria casa e comunità in modo indipendente e sicuro (AARP, 2025a; Miller *et al.*, 2020; Mincoelli *et al.*, 2019; Moreno *et al.*, 2024). A ciò si aggiunge il non meno rilevante tensore dato dalla grave carenza di personale medico e assistenziale che molti paesi si trovano ad affrontare. Per esempio, entro il 2035 la Danimarca prevede un deficit di 14.500 addetti (Healthcare Denmark, 2023). Scenari non dissimili sembrano prospettarsi anche per i Paesi Bassi (Veghte, 2024), anche a causa della scarsa attrattività delle professioni della LTC per i giovani e della grande diffusione, nel comparto dell'assistenza di quel paese, di forme di lavoro part-time. Come risultato di queste tendenze, se nel 2011 in Olanda c'erano 11,1 operatori socio-sanitari ogni 100 persone over 65, tale rapporto nel 2021 è sceso a 8,2. Ancora, se nel 2019, circa un lavoratore su sei (16%) era impiegato nel settore sanitario e della LTC, per soddisfare il previsto aumento del volume del fabbisogno di assistenza formale con gli attuali livelli di personale, entro il 2060, più di un terzo (36,5%) dei lavoratori dell'intera economia nazionale dovrebbe essere impiegato nel settore dell'assistenza, delineando, dunque, delle traiettorie di sviluppo poco realistiche e sostenibili. In tale scenario complessivo, le tecnologie assistive e digitali non solo offrono possibilità inedite per incontrare le preferenze della popolazione anziana, promuovendone l'autonomia e la qualità della vita, ma possono anche concorrere a mitigare tali gap di risorse umane e finanziarie, migliorando la produttività degli operatori e riducendo le inefficienze legate al ricorso a soluzioni emergenziali, come ricoveri ospedalieri o istituzionalizzazioni precoci (OECD, 2025; Tunstall, 2025).

Alla luce di tali premesse, non stupisce come, negli ultimi anni, l'adozione di tecnologie digitali nell'assistenza socio-sanitaria domiciliare per le persone anziane sia divenuta un ambito strategico di sviluppo imprescindibile per rimodellare il futuro dell'assistenza nei sistemi di LTC europei, spostando il fulcro da risposte assistenziali istituzionalizzate alla comunità e dalla cura reattiva alla

prevenzione proattiva (Tunstall, 2025). Come, inoltre, evidenzia la World Bank (2023), si sta consolidando un ecosistema industriale e imprenditoriale dedicato alle tecnologie per l'invecchiamento (l'"Age-Tech"), che include start-up, grandi aziende ICT e partnership pubblico-private, a testimonianza di come l'assistenza domiciliare si stia ridefinendo come campo d'innovazione economica oltre che sociale. In definitiva, i documenti più recenti di organizzazioni internazionali e think tank offrono un quadro coerente: la tecnologia sta passando da una funzione "strumentale" (supportare l'assistenza tradizionale) a una "abilitante", che ridefinisce ruoli, processi e modelli di erogazione dei servizi domiciliari.

Nel panorama europeo, sebbene esistano ampie variazioni tra i sistemi nazionali legate ai modelli di welfare, ai livelli di digitalizzazione e alla capacità di investimento, si registra una serie di tendenze convergenti, delineate qui di seguito.

- **Digitalizzazione strutturale e policy integrate:** molti Stati membri hanno incluso la *technology-enabled care* (TEC) nelle strategie di invecchiamento attivo e LTC. Secondo il JRC (2015), la diffusione di soluzioni digitali per l'assistenza a domicilio è ormai parte integrante delle politiche nazionali in paesi come Regno Unito, Paesi Bassi, Francia, Spagna e Svezia. Paesi come la Germania hanno introdotto modelli di rimborso specifici (es. il fondo "Care Aid" o il modello DiPA) per rendere le tecnologie digitali accessibili ai beneficiari; in Spagna e nei paesi nordici, si osserva invece una forte spinta verso investimenti pubblici locali e l'integrazione di soluzioni tecnologiche nei servizi sociali municipali (Tunstall, 2025). Questi esempi comprovano come le tecnologie vengono considerate non solo strumenti di efficienza, ma leve di sostenibilità del sistema di cura, capaci di alleggerire la pressione sui servizi residenziali e ospedalieri e sulle famiglie.
- **Passaggio da modelli reattivi a modelli predittivi e proattivi, che valorizzano la centralità dell'esperienza utente:** la pandemia di COVID-19 ha accelerato l'uso di strumenti di monitoraggio remoto, assistenti digitali e piattaforme per la comunicazione in tempo reale tra assistiti, caregiver e operatori (Tunstall, 2025). Ciò ha favorito la transizione da un paradigma basato sull'intervento post-evento, spesso di tipo emergenziale, a uno fondato sulla prevenzione, con raccolta continua di dati, uso di analisi predittive e risposta anticipata, grazie alla capacità di individuare rischi (come cadute o anomalie comportamentali) prima che degenerino in emergenze (Kim *et al.*, 2022). Inoltre, c'è crescente consapevolezza della necessità di investire su processi di design centrati sull'utente, in quanto cruciali per garantire efficacia e sostenibilità a lungo termine dei

modelli di cura innovativi promossi, garantendo che le tecnologie digitali vengano percepite come strumenti che potenziano, anziché sostituire, la relazione umana, l'autonomia individuale e i processi decisionali (AARP, 2025b; Mincoelli *et al.*, 2019; Procter *et al.*, 2014; Sauz on *et al.*, 2022).

- **Integrazione socio-sanitaria e interoperabilit :** le iniziative pi  avanzate sono quelle in cui le soluzioni digitali (es. piattaforme, sistemi informativi integrati, app ecc.) consentono il raccordo fra sistemi di risposta sanitaria, sociale e familiare, rendendo possibile il superamento di logiche a silos e una presa in carico/assistenza olistica, multidisciplinare e continuativa della persona anziana, a prescindere dalla prossimit  spaziale fra le parti coinvolte (Procter *et al.*, 2014).

Da questa prima ricognizione si evince come, rispetto ai due ambiti oggetto di analisi – il ripensamento dell'abitare e l'integrazione delle tecnologie digitali – il contesto internazionale, e in particolare quello europeo, presenti in molti casi un livello di maturit  delle riflessioni e delle sperimentazioni pi  avanzato rispetto a quello attualmente osservabile in Italia, offrendo una valida base di partenza per informare l'evoluzione del settore nazionale, come meglio descritto nei prossimi capitoli.

Bibliografia

- AARP (2025a), A Digital Ethnography Examining Technology and Aging in the Home. Washington, DC: AARP Research. <https://www.aarp.org/content/dam/aarp/research/topics/technology/internet-media-devices/aging-technology-agetech-digital-ethnography.doi.10.26419-2fres.00898.002.pdf>
- AARP (2025b), Empowering Independence with Technology Among Adults Age 50-Plus. Washington, DC: AARP Research. <https://www.aarp.org/content/dam/aarp/research/topics/technology/internet-media-devices/aging-technology-agetech-empowering-independence.doi.10.26419-2fres.00898.001.pdf>
- Agostini, G., & Masci, S. (2015), Mixed-Generation Housing: Nuove forme dell'abitare per la promozione della salute e della vita attiva. [Tesi di Laurea Magistrale, Politecnico di Milano]. POLITesi. <https://hdl.handle.net/10589/113170>
- Bernstein, E., Sandino, T., Minnaar, J., & Lobb, A. (2022), Buurtzorg. Harvard Business School Case, 9, 122-101.
- Brouwers, M., Broekharst, D. S., de Boer, B., Groen, W. G., & Verbeek, H. (2023), An overview of innovative living arrangements within long-term care and their characteristics: a scoping review. *BMC geriatrics*, 23(1), 442. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04158-9>.

- Cavanagh, J., Meacham, H., Pariona-Cabrera, P., & Bartram, T. (2024), Increased demand for in-home aged care impeded by a lack of HRM supports for in-home care workers: a scoping review. *Personnel Review*, 53(9), 2293-2309.
- Healthcare Denmark (2023), Innovating Health and Assistive Care in Denmark. Triple-I paper series: Denmark Informs - Inspires – Invites. https://healthcaredenmark.dk/media/rs2cuuiu/innovatingcare_web.pdf
- Hammond, M., & Saunders, N. (2021), A design for life: Urban practices for an age-friendly city. MMU Press. https://www.msa.ac.uk/media/msaacuk/documents/research/ageing/ADFL_ebook.pdf
- Housing Europe Observatory (2022), Ageing Well at Home. Vol. 5 of the Series “Housing in the post-2020 EU”. <https://www.housingeurope.eu/wp-content/uploads/2024/11/Ageing%20well%20at%20home.pdf>
- Housing LIN (2016), Growing Older Together: An Overview of Collaborative Forms of Housing for Older People. https://www.housinglin.org.uk/_assets/Resources/Housing/Support_materials/Reports/HLIN_Growing_Older_Together_Report.pdf
- Kim, D., Bian, H., Chang, C. K., Dong, L., & Margrett, J. (2022), In-home monitoring technology for aging in place: scoping review. *Interactive journal of medical research*, 11(2), e39005.
- Kim, D. R., Lai, T. F., Sung, M., Jang, M., Shin, Y. K., jin Ra, Y., ... & Shin, M. J. (2024), Effect of information and communication technology-based smart care services for physical and cognitive functions in older adults living alone: A quasi-experimental study. *The Journal of nutrition, health and aging*, 28(8), 100318.
- JRC (2015), Technology-Enabled Services for Older People Living at Home Independently. Luxembourg: Publications Office of the EU. <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC96022?mode=full>
- Miller, J., Ward, C., Lee, C., D’Ambrosio, L., & Coughlin, J. (2020), Sharing is caring: The potential of the sharing economy to support aging in place. *Gerontology & geriatrics education*, 41(4), 407-429.
- Mincolelli, G., Imbesi, S., Marchi, M., & Giacobone, G. A. (2019), New domestic healthcare. Co-designing assistive technologies for autonomous ageing at home. *The Design Journal*, 22(sup1), 503-516.
- Moreno, A., Scola, M. C., Sun, H., Durce, H., Couve, C., Acevedo, K., & Gutman, G. M. (2024), A systematic review of gerontechnologies to support aging in place among community-dwelling older adults and their family caregivers. *Frontiers in Psychology*, 14, 1237694.

- OECD (2025), *The Economic Benefit of Promoting Healthy Ageing and Community Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/0f7bc62b-en>.
- Procter, R., Greenhalgh, T., Wherton, J., Sugarhood, P., Rouncefield, M., & Hinder, S. (2014), The day-to-day co-production of ageing in place. *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*, 23(3), 245-267.
- Rizzini, C. L., Maino, F., & De Tommaso, C. V. (2024), Ageing in Place, Healthy Ageing: Local Community Involvement in the Prevention Approach to Eldercare. *Social Inclusion*, 12.
- Sauz on, H., Edjolo, A., Amieva, H., Consel, C., & Pérès, K. (2022), Effectiveness of an ambient assisted living (HomeAssist) platform for supporting aging in place of older adults with frailty: protocol for a quasi-experimental study. *JMIR Research Protocols*, 11(10), e33351.
- Tunstall (2025), *Advancing Technology-Enabled Care: White Paper*. <https://www.flipsnack.com/tunstall/advancing-technology-enabled-care-white-paper/full-view.html>
- Veghte, B. W. (2024), Promising housing and long-term care innovations for person-centered aging amid financing and workforce challenges: Lessons from the Netherlands. MITCoLab. <https://static1.squarespace.com/static/652d82667dfc3727b42d3a82/t/675c77ffa1b13a2dc99eac9d/1734115506176/Netherlands+LTC+Innovations>
- World Bank (2023), *Silver Opportunity: Building Integrated Services for Older Adults around Primary Health Care*. Washington, DC: The World Bank. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099025503072337503/pdf/P17583208782960a40bf6804d1758e50f1e.pdf>
- World Bank (2024), *Silver Opportunity – Case Studies: Building Integrated Services for Older Adults around Primary Health Care*. Washington, DC: The World Bank. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099061024215068473/pdf/P175832-ea2dad35-5aff-469a-8cb8-4411196a6456.pdf#page=21>
- Yi, Y. M., Park, Y. H., Cho, B., Lim, K. C., Jang, S. N., Chang, S. J., ... & Ryu, S. I. (2021), Development of a community-based integrated service model of health and social care for older adults living alone. *International journal of environmental research and public health*, 18(2), 825.

3. Una ricognizione di esperienze internazionali circa un diverso concetto di abitare, cura e tecnologia

di Maria Vittoria Bufali, Simone Manfredi e Andrea Rotolo

Il Capitolo 2 ha illustrato la rilevanza per i paesi europei di mettere in discussione i propri sistemi di LTC alla luce dei cambiamenti sociali ed epidemiologici della popolazione, con un approfondimento specifico sul ruolo giocato in questo processo dalle soluzioni abitative e dalla tecnologia digitale. A partire da questo contesto, il presente capitolo illustra quanto appreso grazie a un'attività di mappatura svolta per individuare, a livello europeo, i principali modelli innovativi di servizio nel settore della LTC, con degli approfondimenti rispettivamente dedicati al tema dell'abitare per l'invecchiamento e dell'assistenza domiciliare abilitata dalla tecnologia digitale. Per ciascuna area tematica di approfondimento, viene, *in primis*, proposta una tassonomia dei diversi modelli individuati attraverso la mappatura. Successivamente, sulla base di tale categorizzazione, si riportano alcune statistiche descrittive che mostrano la distribuzione dei casi mappati per sottotipologia di innovazione e area geografica di appartenenza, seguite da una illustrazione dei principali limiti della ricognizione svolta. Le successive sezioni 3.2 e 3.3 sono, invece, dedicate a una descrizione più approfondita – nei due distinti frangenti presi in esame – delle caratteristiche di ciascun modello di servizio individuato, includendo dei carotaggi su alcuni casi particolarmente emblematici di ciascun modello, descritti all'interno di box dedicati. Ciascun paragrafo si conclude con alcune riflessioni sulle principali opportunità e sfide che si pongono per i sistemi della LTC nel contesto europeo.

3.1 Perimetro e obiettivi della mappatura dei casi internazionali

Il presente capitolo presenta gli esiti dell'attività di mappatura svolta per individuare, a livello europeo, i principali modelli innovativi di servizio nel settore della LTC nei due ambiti di approfondimento prescelti, ossia:

1. **Soluzioni abitative innovative per l'invecchiamento**, caratterizzate dalla presenza di una componente socio-sanitaria o da un collegamento strutturato con servizi sanitari o assistenziali, oppure che arrivano a configurarsi come veri e propri ecosistemi di servizi di accompagnamento all'invecchiamento, ovvero modelli che integrano diverse tipologie di servizi e supporti per favorire la permanenza a domicilio e l'autonomia delle persone anziane.
2. **Tecnologie digitali per l'assistenza domiciliare**, ossia servizi di assistenza per persone anziane erogati al domicilio e abilitati dalle tecnologie digitali, così come soluzioni tecnologiche digitali che, in senso più ampio, abilitano ecosistemi di servizi per il supporto alla domiciliarità o per l'assistenza al proprio domicilio.

Il perimetro stabilito riflette la volontà di orientare le attività di ricerca verso esperienze che non si limitassero a singole soluzioni, ma che proponessero nuovi modi di concepire l'offerta di servizi per la longevità, anche attraverso l'integrazione tra dimensione abitativa, assistenziale e tecnologica.

La ricognizione svolta, oltre a permetterci di offrire una raffigurazione del più ampio panorama europeo e dei trend che lo caratterizzano, è stata tesa anche a consentire l'individuazione di alcuni casi di particolare interesse, da sottoporre a uno studio più approfondito, presentati nel capitolo successivo. L'obiettivo ultimo dell'analisi è quello di offrire agli enti gestori di servizi di LTC in Italia elementi utili per riflettere su strategie organizzative e modelli di servizio innovativi, capaci di rispondere in modo più efficace ai bisogni emergenti delle persone anziane e dei loro caregiver informali. Parallelamente, l'approfondimento dei casi ha avuto lo scopo di individuare elementi di *service design* potenzialmente trasferibili o adattabili al contesto italiano.

3.2 Fonti della mappatura

I casi di innovazione sono stati individuati attraverso la triangolazione di diverse fonti complementari:

- una ricognizione documentale desk-based di iniziative e progetti analizzati nella letteratura accademica e di settore, nei circuiti professionali e in fonti di letteratura grigia;
- un questionario rivolto agli enti gestori partecipanti all'Osservatorio LTC, finalizzato a raccogliere segnalazioni di esperienze innovative conosciute direttamente dagli operatori del settore;
- un questionario e interlocuzioni dirette con esperti, afferenti a enti di ricerca e network nazionali o internazionali, dai quali recepire ulteriori indicazioni.

Pertanto, la mappatura integra gli esiti di una *review* esplorativa di esperienze internazionali con una raccolta sistematica di segnalazioni da parte di *practitioners* ed esperti.

3.3 Esiti della mappatura

In aggiunta alle esperienze individuate tramite il processo di review (58), la mappatura incorpora i casi indicati da sei enti gestori aderenti all'Osservatorio LTC¹, che hanno complessivamente segnalato 12 esperienze. Le segnalazioni provenienti da esperti internazionali (tra cui esponenti dell'OECD, dell'European Ageing Network, dell'Institut für Sozialmanagement und Neue Wohnformen e dell'Erasmus University) sono state successivamente integrate e sistematizzate. La Tabella 3.1 riassume gli esiti della mappatura, che ha portato a individuare complessivamente 79 casi², in larga parte (76%) riguardanti soluzioni innovative di abitare per la popolazione anziana.

Tabella 3.1 Esiti della mappatura

	Enti/individui contattati	Enti/individui rispondenti	Casi segnalati/ individuati		
			Abitare	Soluzioni digitali	Totale
Gestori OLTC	36	6	5	7	12
Esperti	15	4	7	2	9
Review	-	-	48	10	58
Totale	51	10	60	19	79

Fonte: Elaborazione degli autori

3.3.1 Overview dei modelli innovativi di abitare per l'invecchiamento

L'analisi della letteratura (si veda, per esempio, Agostini e Masci, 2015; Brouwers *et al.*, 2023; Housing Europe Observatory, 2022; Housing LIN, 2016; OECD, 2025; Veghte, 2024) e delle esperienze segnalate tramite survey e in occasione delle interlocuzioni con esperti internazionali di LTC consente di proporre una tassonomia che include sei principali famiglie di modelli innovativi di abitare per la popolazione anziana, che differiscono per livello di supporto, scala organizzativa e grado di integrazione con i servizi territoriali. Essi sono brevemente descritti nella Tabella 3.2, per poi essere ripresi e approfonditi nella sezione 3.2.

¹ Gli autori ringraziano per il loro contributo alle attività di ricerca: ASP Bologna, ASP Parma, EnEA, Korian, Gruppo Gheron, Punto Service e Istituto Menotti.

² Si sottolinea che i casi non sono da intendersi come "unici", in quanto alcuni sono stati individuati attraverso più fonti (per esempio, sia attraverso review che attraverso survey) o risultavano riconducibili a più macroaree o sottotipologie di innovazione.

Tabella 3.2 Tassonomia dei modelli innovativi di abitare mappati

Modelli di servizio	Descrizione	% su tot casi
Dementia Villages e comunità dementia-friendly	Si tratta di modelli abitativi pensati per persone con demenza che riproducono l'ambiente di un piccolo quartiere o villaggio, sicuro ma non medicalizzato. Talvolta, più che di veri e propri villaggi residenziali, le soluzioni prendono la forma di fattorie assistenziali o reti territoriali community-based. In generale, tali modelli si basano sul principio della vita quotidiana come terapia. L'obiettivo è migliorare qualità della vita, autonomia residua e socialità di chi vi risiede, riducendo al contempo l'uso di farmaci e forme di isolamento	15%
Vita comunitaria con servizi di supporto	Questa categoria include soluzioni intermedie tra abitare indipendente e strutture residenziali tradizionali. Le persone anziane vivono in appartamenti privati all'interno di complessi con spazi comuni e servizi integrati (ristorazione, attività sociali, assistenza leggera e/o più intensiva, talvolta h24), che puntano a coniugare autonomia, sicurezza e vita comunitaria, offrendo servizi modulabili in base all'evoluzione dei bisogni.	38%
Modelli cooperativi	In tal caso, le soluzioni consistono in forme di abitare collaborativo in cui la proprietà è collettiva e i residenti sono soci con diritto d'uso dell'alloggio. Essi si caratterizzano per governance partecipata, co-progettazione e autogestione, oltre che per la promozione di mutualità, supporto reciproco e prevenzione dell'isolamento, andando a rafforzare il capitale sociale tra pari. L'assistenza è generalmente leggera/informale e integrata nella dimensione comunitaria.	7%
Spazi abitativi intergenerazionali e home sharing	Si tratta di modelli che favoriscono la convivenza o la prossimità tra generazioni diverse, per contrastare solitudine e difficoltà di accesso alla casa. Possono prevedere residenze miste oppure coabitazione nella stessa unità abitativa, basata su uno scambio non solo economico ma relazionale. Tali modelli promuovono inclusione sociale, solidarietà intergenerazionale e uso efficiente del patrimonio abitativo esistente.	25%
Rifugi di transizione e hotel per soggiorni prolungati	Tale raggruppamento include una serie di soluzioni temporanee collocate tra domicilio e residenzialità permanente, nelle quali si offrono alloggi con servizi alberghieri e assistenza socio-sanitaria leggera per periodi limitati (post-ospedalizzazione, riabilitazione, sollievo ai caregiver, transizione abitativa) con l'obiettivo di favorire il recupero dell'autonomia, evitare ricoveri impropri o ritardare l'ingresso permanente in strutture residenziali di assistenza	8%

Assistenza infermieristica di quartiere	Il modello del “Neighborhood Nursing” non prevede l’offerta di un’abitazione diversa dal domicilio abituale della persona anziana, ma modifica comunque in modo sostanziale il modo in cui lo spazio domestico viene vissuto. L’approccio si fonda sull’organizzazione dell’assistenza domiciliare attraverso piccoli team infermieristici autogestiti, radicati in un territorio definito (quartiere o comunità locale). Gli infermieri forniscono cure integrate – sanitarie e sociali – direttamente al domicilio della persona, con un approccio olistico e centrato sulla relazione, spesso con l’ausilio di soluzioni digitali.	7%
---	---	----

Fonte: Elaborazione degli autori

Nonostante le apparenti differenze (strutturali, di scala, organizzative ecc.), i modelli analizzati condividono una serie di principi trasversali che delineano un paradigma comune di innovazione nell’abitare per la longevità nel panorama europeo.

1. **Centralità della persona e co-produzione dei servizi:** tutti i modelli si fondano su una concezione della persona anziana come soggetto attivo e co-produttore della propria condizione abitativa e di benessere, piuttosto che come destinatario passivo di assistenza (Verbeek *et al.*, 2014; Housing LIN, 2016).
2. **Governance partecipata e flessibile:** molti modelli (per esempio, le esperienze di co-living/housing o le senior cooperatives) prevedono un ruolo attivo di residenti, famiglie e altri stakeholder di comunità nelle decisioni gestionali. La governance è spesso orizzontale e adattiva, così che molte iniziative eliminano i livelli gerarchici intermedi, adottando modelli “flat” che responsabilizzano gli operatori (Bernstein *et al.*, 2022; Veghte, 2024).
3. **Dimensione domestica e microscala:** il domicilio è un altro elemento ricorrente. Specie per le prime due categorie di modelli, particolare enfasi può essere posta sull’approccio dello “small-scale living”, con la creazione di comunità residenziali composte da un numero limitato di persone (es. 6-12 residenti). Ciò proprio al fine di riprodurre una dimensione domestica, facendo sì che gli spazi mimino la scala e la qualità della vita familiare. In tal modo, l’ambiente costruito agisce come dispositivo terapeutico, riducendo stress e disorientamento e promuovendo relazioni significative (Agostini e Masci, 2015; ACCESS Health International, 2016).
4. **Integrazione con la comunità, prossimità ai servizi:** questi modelli rifiutano la logica della segregazione. Le strutture sono localizzate in quartieri cittadini, in prossimità di servizi di base e trasporti, e spesso ospitano attività aperte al pubblico (Housing Europe Observatory, 2022; Lenel *et al.*, 2020). L’interazione con il contesto urbano contribuisce al senso di appartenenza e alla riduzione dello stigma legato alla fragilità.

Un'ulteriore declinazione di tale approccio anti-segregante è data dai modelli che ricercano la commistione e il mix intergenerazionale e fra culture o background diversi, con l'obiettivo di favorire solidarietà, inclusione e logiche di scambio (Gardner e Nasserjah, 2020). Talvolta, la creazione di complessi abitativi a utenza mista può anche essere parte di strategie "life-cycle" deliberate che, in maniera lungimirante, mirano a intercettare target non anziani affinché maturino un senso di attaccamento al luogo ben prima di sviluppare bisogni di assistenza, che troveranno soddisfazione in loco in altre fasi della vita (senza richiedere trasferimento).

3.3.2 Overview degli scopi principali dell'uso delle tecnologie digitali nei servizi domiciliari

Come messo in evidenza dalle fonti consultate e dalle caratteristiche delle diverse iniziative in esse descritte, l'adozione di strumenti digitali nei servizi domiciliari non risponde a un'unica finalità, ma a un insieme articolato di obiettivi che riflettono la complessità del vivere e dell'invecchiare nel contesto di vita di propria scelta (casa o comunità). Le tecnologie, infatti, non rappresentano solo mezzi di automazione o monitoraggio, bensì componenti strutturali di nuovi ecosistemi di cura, capaci di coniugare autonomia individuale, sicurezza, prosimità relazionale e sostenibilità di sistema. Se ne evince, dunque, che gli investimenti in soluzioni digitali possono essere tesi a perseguire una serie di scopi fondamentali e interconnessi, brevemente descritti nella Tabella 3.3.

Tabella 3.3 Tassonomia degli scopi dell'uso di tecnologie nei servizi domiciliari

Scopi	Descrizione	% su tot casi
Adattare l'ambiente domestico per favorire l'indipendenza, la sicurezza e la qualità della vita delle persone anziane	Le tecnologie trasformano la casa in un ambiente "intelligente", sostenendo l'autonomia quotidiana con un'assistenza "silenziosa", che attiva interventi solo in caso di anomalie, così da aumentare la percezione di sicurezza, riducendo i rischi domestici e consentendo di prolungare la permanenza a casa.	10,5%
Gestire proattivamente la salute per prevenire eventi critici e supportare l'"ageing in place"	Dispositivi indossabili, sensori biometrici, assistenti vocali intelligenti, "assistive robot" e piattaforme di monitoraggio remoto permettono la raccolta continua di dati clinici e comportamentali. L'integrazione di algoritmi predittivi consente di identificare precocemente segnali di rischio, riducendo ricoveri evitabili e favorendo l'"ageing in place". Il paradigma passa, dunque, da interventi reattivi a modelli preventivi e personalizzati.	10,5%

Rafforzare la dimensione relazionale, mantenendo la persona connessa con familiari, caregiver e comunità	Le soluzioni di "digital outreach" (es. videochiamate, piattaforme di social engagement, centri diurni virtuali) creano un ponte relazionale, contrastando isolamento e solitudine. Queste soluzioni non sostituiscono la relazione umana ma la amplificano, mantenendo la persona connessa con familiari, caregiver e comunità e promuovendo benessere psicologico e senso di appartenenza.	42%
Trasformare i modelli di organizzazione e coordinamento dei servizi, rendendoli più flessibili, trasparenti e orientati ai dati	Le tecnologie digitali supportano l'innovazione gestionale dei provider attraverso piattaforme o app di care management, registri elettronici, strumenti di comunicazione sicura e sistemi di analisi di outcome e bisogni. Ciò rende i servizi più flessibili, trasparenti e orientati ai dati, migliorando il coordinamento multidisciplinare, riducendo burocrazia e inefficienze e favorendo governance distribuite e partecipative. La digitalizzazione diventa leva di sostenibilità sistemica.	37%

Fonte: Elaborazione degli autori

Le fonti consultate suggeriscono che la trasformazione digitale dell'assistenza domiciliare non consista soltanto nell'introduzione di nuovi strumenti, ma in una ridefinizione dei modelli di cura. Le quattro traiettorie sopradescritte delineano un'evoluzione dell'assistenza domiciliare che integra dimensioni tecnologiche, sociali e umane, evidenziando come la digitalizzazione, se ben progettata, possa divenire un fattore abilitante di inclusione, autonomia e benessere lungo tutto l'arco dell'invecchiamento. Inoltre, guardando oltre alla molteplicità di scopi che possono orientare la digitalizzazione dell'assistenza domiciliare alle persone anziane, le esperienze descritte in questo capitolo condividono tre elementi che sembrano caratterizzare i modelli più avanzati di innovazione nel settore della LTC.

1. **Integrazione tra tecnologia e modelli organizzativi partecipativi:** la tecnologia non si configura come un semplice strumento aggiuntivo a cui affidarsi nella gestione operativa dei servizi, ma come parte di un più ampio cambiamento nei processi di lavoro e nelle modalità di coordinamento dei servizi. In molti casi, l'innovazione tecnologica si accompagna alla sperimentazione di forme di governance più distribuite, in cui team multidisciplinari, operatori territoriali e comunità locali assumono un ruolo più attivo nella gestione dell'assistenza. In questo senso, la tecnologia agisce come infrastruttura abilitante di nuovi modelli organizzativi, capaci di combinare flessibilità operativa, prossimità territoriale e coordinamento tra servizi sanitari e sociali.
2. **Attenzione all'usabilità, alla fiducia e al coinvolgimento attivo degli utenti:** il secondo elemento trasversale riguarda la centralità dell'esperienza dell'utente come *conditio sine qua non* per assicurare l'adozione e l'uso continuativo delle innovazioni digitali da parte delle persone anziane,

fortemente dipendenti dalla percezione di sicurezza, semplicità e valore relazionale che tali strumenti riescono a trasmettere. Allo stesso tempo, ciò richiama l'importanza di percorsi di accompagnamento e formazione rivolti sia agli utenti sia ai caregiver e agli operatori professionali. In questa prospettiva, la tecnologia non è concepita come sostitutiva della relazione umana, ma come uno strumento che rafforza la capacità delle persone di restare connesse, contribuendo a costruire un rapporto di fiducia tra utenti, famiglie e provider dei servizi.

3. **Governance basata su dati e valutazione continua:** un terzo tratto comune riguarda la tecnologia come fattore abilitante di una gestione più informata e adattiva delle attività assistenziali, dal momento che essa consente ai provider e ai decisori pubblici di monitorare l'andamento dei servizi, individuare tempestivamente criticità e priorità di intervento, orientando azioni e politiche sulla base di evidenze empiriche. Allo stesso tempo, la disponibilità di dati strutturati favorisce una maggiore trasparenza nei confronti di utenti e famiglie e contribuisce a costruire processi di miglioramento continuo della qualità dei servizi. In questo quadro, la digitalizzazione diventa non soltanto un supporto operativo, ma anche uno strumento di apprendimento organizzativo e di governance sistemica.

Nel loro insieme, questi tre elementi suggeriscono che la trasformazione digitale dell'assistenza domiciliare non dipende soltanto dall'introduzione di tecnologie innovative, quanto dalla capacità di inserirle all'interno di modelli di cura più partecipativi, orientati alla persona e sostenuti da sistemi di valutazione e apprendimento continuo.

3.3.3 Distribuzione dei casi di innovazione mappati

La prima analisi svolta in riferimento agli esiti della mappatura riguarda la distribuzione dei casi individuati per sottotipologia di innovazione, distinguendo tra soluzioni abitative per la longevità e soluzioni di assistenza domiciliare caratterizzate da una componente digitale e prendendo a riferimento la categorizzazione proposta nei paragrafi precedenti.

Per quanto riguarda i modelli abitativi per l'invecchiamento (Figura 3.1), la tipologia più rappresentata è quella delle soluzioni di vita comunitaria con servizi di supporto, che raccoglie 23 casi (38%). Come già discusso, si tratta di modelli abitativi in cui l'offerta residenziale è integrata con servizi di assistenza, supporto alla vita quotidiana o attività di comunità rivolte ai residenti senior.

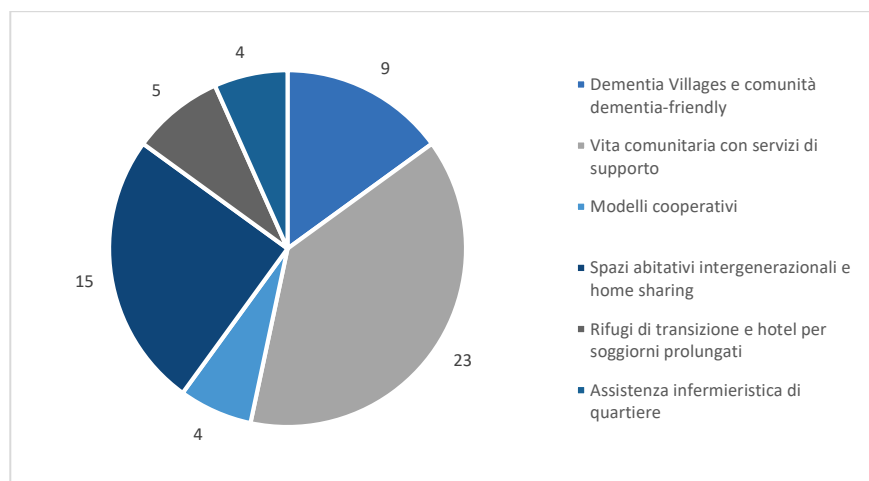
Un secondo gruppo rilevante è costituito dagli spazi abitativi intergenerazionali e dalle soluzioni di "home sharing", con 15 casi censiti (25%). Queste

esperienze promuovono forme di convivenza o prossimità tra generazioni diverse, con l'obiettivo di favorire supporto reciproco, inclusione sociale e utilizzo più efficiente delle risorse abitative.

Seguono i Dementia Villages e le comunità dementia-friendly, con 9 casi (15%), che rappresentano modelli progettati per rispondere in modo specifico ai bisogni delle persone con demenza, attraverso ambienti adattati e un'organizzazione dei servizi orientata alla qualità della vita e all'autonomia.

Meno frequenti risultano invece i rifugi di transizione o strutture per soggiorni temporanei prolungati, con 5 casi (8%), così come i modelli di "neighborhood nursing" e modelli cooperativi, entrambi con 4 casi ciascuno (7%). Queste tipologie rappresentano comunque ambiti di innovazione interessanti, in quanto introducono nuove modalità di organizzazione dell'assistenza territoriale o della gestione dell'abitare.

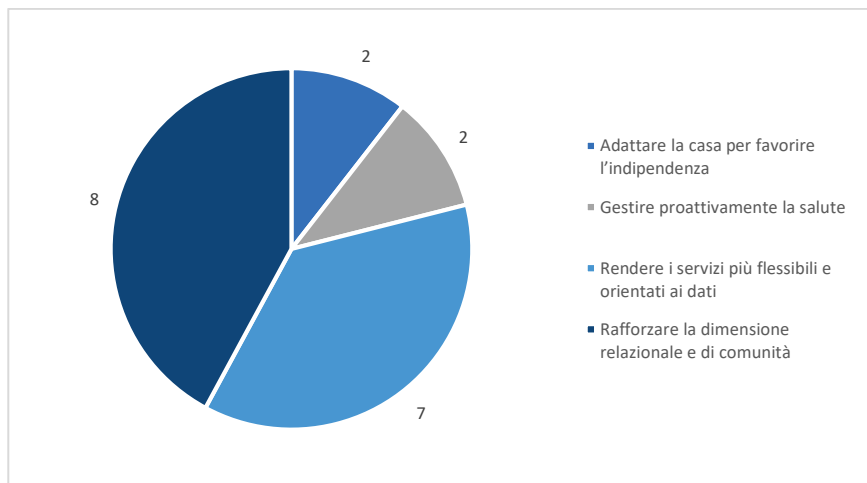
Figura 3.1 Abitare per l'invecchiamento: distribuzione dei casi per sottotipologia di innovazione



Fonte: Elaborazione degli autori

Per quanto riguarda, invece, le soluzioni digitali nell'assistenza domiciliare (Figura 3.2), i casi individuati si concentrano principalmente su due ambiti. Il più diffuso riguarda iniziative finalizzate a rafforzare la dimensione relazionale e di comunità attraverso strumenti digitali, con 8 casi (42%). Si tratta, per esempio, di piattaforme o servizi digitali che favoriscono l'interazione tra residenti, operatori, caregiver e comunità locale, contribuendo a contrastare l'isolamento sociale.

Figura 3.2 Soluzioni digitali: numero di casi per sottotipologia di innovazione



Fonte: Elaborazione degli autori

Segue l'ambito delle soluzioni orientate a rendere i servizi più flessibili e basati sull'utilizzo dei dati, con 7 casi (37%). In questo caso la tecnologia è utilizzata soprattutto per migliorare l'organizzazione dei servizi, la personalizzazione degli interventi e il monitoraggio dei bisogni degli utenti.

Più limitata è invece la presenza di esperienze digitali orientate alla gestione proattiva della salute e alla prevenzione di eventi critici, così come di soluzioni per adattare l'ambiente domestico e favorire l'autonomia della persona, entrambe con 2 casi (10,5%).

Nel complesso, questa distribuzione evidenzia come, tra le esperienze mappate, l'innovazione nel settore LTC si sviluppi soprattutto attorno a nuovi modelli abitativi e di comunità, mentre le soluzioni digitali risultano ancora meno diffuse o spesso integrate all'interno di modelli di servizio più ampi.

L'analisi ha inoltre consentito di esaminare la distribuzione geografica dei casi mappati nel contesto europeo, sempre mantenendo la distinzione tra iniziative legate all'abitare per la longevità e iniziative con componente digitale.

Tabella 3.4 Numero di casi per paese e sottotipologia di innovazione

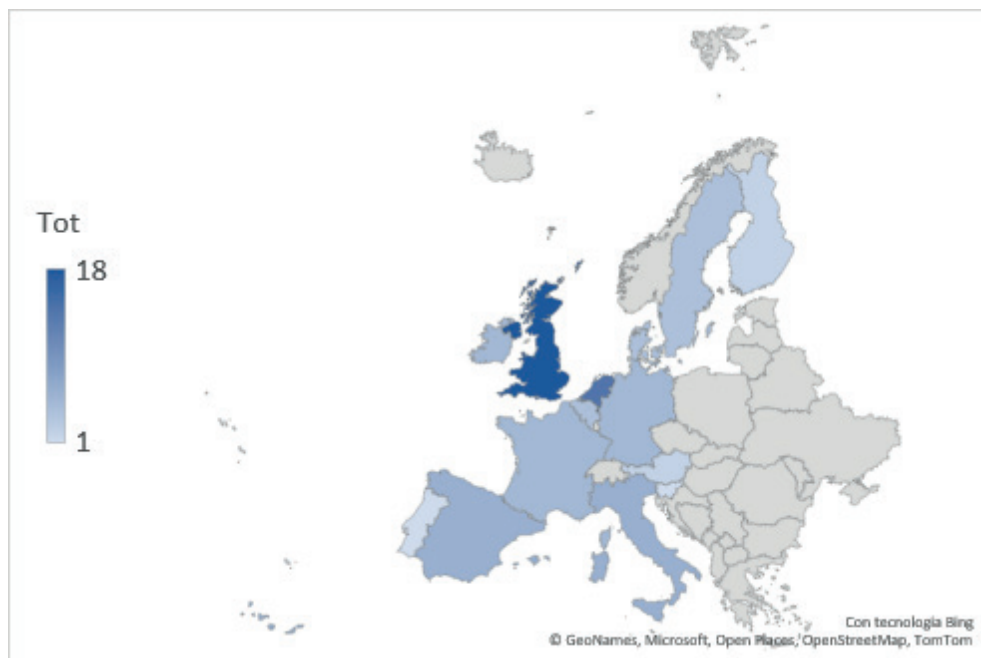
	Abitare per l'invecchiamento	Soluzioni digitali	Totale	%
Regno Unito	14	4	18	23%
Paesi Bassi	11	3	14	18%
Spagna	4	2	6	8%
Italia	3	3	6	8%
Germania	4	1	5	6%
Francia	5	0	5	6%
Irlanda	4	1	5	6%
Svezia	3	1	4	5%
Danimarca	3	1	4	5%
Belgio	4	0	4	5%
Internazionali	0	2	2	3%
Finlandia	2	0	2	3%
Austria	1	1	2	3%
Slovenia	1	0	1	1%
Portogallo	1	0	1	1%
Totale	60	19	79	100%

Fonte: Elaborazione degli autori

Come si evince dalla Tabella 3.4, il Regno Unito rappresenta il paese con il numero più elevato di esperienze individuate, con 18 casi complessivi (14 nell'area "modelli abitativi per la longevità" e 4 nell'area "soluzioni digitali"), a cui seguono i Paesi Bassi, con 14 casi (11 relativi a soluzioni abitative e 3 digitali).

Un secondo gruppo di paesi presenta un numero intermedio di esperienze. In particolare, Spagna e Italia contano ciascuna 6 casi, mentre Germania, Francia e Irlanda registrano 5 casi ciascuna, con una prevalenza di iniziative legate alla dimensione abitativa.

Altri paesi, come Svezia, Danimarca e Belgio, presentano 4 casi ciascuno, mentre in Finlandia e Austria sono stati individuati 2 casi. Infine, per Slovenia e Portogallo, risulta rappresentato un singolo caso rientrando nei perimetri della ricerca.

Figura 3.3 Concentrazione geografica dei casi di innovazione mappati

Fonte: Elaborazione degli autori

La rappresentazione cartografica (Figura 3.3) evidenzia una maggiore concentrazione di esperienze nell'Europa nord-occidentale, in particolare nel Regno Unito, nei Paesi Bassi e nei paesi dell'area centro-settentrionale del continente. Ciò, in parte, conferma il ruolo di questi due contesti come laboratori particolarmente dinamici e pioneristici nello sviluppo di modelli innovativi di servizio per l'invecchiamento. Al contempo, la maggiore rappresentazione di esperienze afferenti al Regno Unito può anche dipendere dal fatto che i materiali informativi che hanno alimentato la mappatura fossero prevalentemente in lingua inglese. Alla luce di ciò, non è da escludersi che modelli innovativi comparabili siano largamente diffusi anche in altri paesi, senza che, però, trovino uguale visibilità in fonti consultabili in lingua inglese.

3.3.4 Limiti della mappatura

Prima di passare agli approfondimenti per area tematica, si vuole dare evidenza di alcune criticità emerse durante l'attività di mappatura o di limiti della stessa. In particolare, come i risultati complessivi dimostrano (vedere Tabella 3.1), è risultato complesso individuare esperienze legate all'utilizzo di soluzioni digitali per l'assistenza domiciliare che permettessero di analizzare il modello innovativo dal punto di vista del provider di servizi di LTC, piuttosto che da quello dei

fornitori di tecnologia. Inoltre, è da tenere presente che, in alcuni contesti europei, l'erogazione dei servizi socio-sanitari è prevalentemente di competenza pubblica. Da ciò ne discende che, spesso, i gestori delle soluzioni abitative innovative individuate tramite mappatura svolgono soprattutto funzioni di facilitazione della vita di comunità presso i complessi da loro gestiti o di orientamento nel sistema più ampio dei servizi, più che di erogazione diretta di assistenza socio-sanitaria in loco. Inoltre, come anticipato, la distribuzione geografica delle iniziative mappate può risentire della minore capacità o propensione di alcuni contesti-paese a promuovere esperienze innovative locali nell'arena internazionale, dando loro visibilità attraverso fonti in lingua inglese. Anche alla luce di ciò, ci preme sottolineare che la mappatura realizzata non ha l'obiettivo o la pretesa di essere esaustiva rispetto all'insieme delle esperienze innovative presenti a livello europeo. I casi individuati rappresentano, piuttosto, un insieme significativo, ma di certo non rappresentativo della totalità delle iniziative esistenti. L'obiettivo della mappatura non era infatti quello di costruire un censimento sistematico di tutte le esperienze presenti nei diversi contesti nazionali, bensì di intercettare esempi rilevanti e diversificati di innovazione che potessero offrire spunti utili di riflessione per il settore della LTC e per gli enti gestori italiani.

3.4 Modelli innovativi di abitare per l'invecchiamento

Come approfondimento rispetto all'overview iniziale offerta al paragrafo 3.3.1, nelle pagine seguenti, ciascun modello innovativo di abitare per l'invecchiamento è esaminato più approfonditamente, con riferimento alle esperienze più indicative documentate nelle fonti consultate, che vengono descritte nei box dedicati.

3.4.1 Dementia Villages e comunità dementia-friendly

I Dementia Villages rappresentano uno dei modelli più iconici dell'innovazione abitativa per l'invecchiamento. Nati nei Paesi Bassi all'inizio degli anni Duemila, essi combinano i principi dell'assistenza personalizzata con un ambiente fisico che riproduce la vita quotidiana di un piccolo quartiere urbano o un paese. L'esperienza più nota è De Hogeweyk³ (Weesp, Paesi Bassi), un villaggio che ospita circa 150 persone affette da demenza in 27 case tematiche (ciascuna ospitante 6-7 persone), in una struttura dotata di negozi, ristoranti, teatro e spazi pubblici aperti, in cui il personale opera in abiti civili per ridurre la distanza con i residenti (ACCESS Health International, 2016; Veghte, 2024). De Hogeweyk

³ Maggiori informazioni disponibili al link: [Have you heard of Dementia Villages?](#)

è un complesso residenziale concepito come un microcosmo urbano. Gli abitanti, tutti con diagnosi di demenza, partecipano attivamente a routine quotidiane – cucinare, fare la spesa, passeggiare – in un ambiente sicuro ma non medicalizzato. Diverse valutazioni condotte su modelli simili ne mostrano i benefici in termini di qualità della vita percepita rispetto alle RSA convenzionali, minore incidenza di uso di farmaci psicotropi e più frequente interazione sociale (Bellini *et al.*, 2021; Masciadri *et al.*, 2019; Mazzola *et al.*, 2024). Esperienze comparabili sono state promosse in Danimarca (Dagmarsminde, presso la città di Græsted – descritta al Capitolo 4), Francia (Village Landais, a Dax) e in Italia (Il Paese Ritrovato, Monza), confermando la diffusione del paradigma della “vita quotidiana come terapia” (Agostini e Masci, 2015).

Al contempo, in alcuni paesi, stanno emergendo ulteriori modelli di assistenza per persone con demenza incentrati sulla persona, come le “green care farms” descritte da Veghte (2024): si tratta di piccole fattorie che, oltre a offrire assistenza diurna per adulti, includono alloggi con supporto assistenziale h24. Delle 1.300 fattorie presenti nei Paesi Bassi⁴, circa un quarto accoglie persone con demenza, offrendo un ambiente sicuro e familiare, con ampie opportunità di interazione sociale e di ingaggio in attività che favoriscono il mantenimento dell’autonomia individuale (es. giardinaggio, alimentazione degli animali, attività agricole ecc.).

Infine, altre esperienze, come il Debenham Project nel Regno Unito descritto di seguito, applicano principi di assistenza simili ma su scala comunitaria e di quartiere, promuovendo reti locali di sostegno e spazi pubblici dementia-friendly senza creare vere e proprie strutture residenziali.

Box 3.1 Village Landais (Dax, Francia)

Village Landais⁵ è una struttura socio-sanitaria sperimentale inaugurata nel giugno 2020, che accoglie circa 120 persone affette da Alzheimer o patologie correlate (tra queste, alcune con meno di 60 anni). Il modello si ispira a quello olandese di “Hogeweyk”, che propone una vita più “normale” possibile per le persone con Alzheimer o modificazioni cognitive. L’approccio è centrato sulla persona, privilegiando interventi non farmacologici, il rispetto dei ritmi individuali di vita, così come il mantenimento di autonomia, dignità, identità personale. Il villaggio si estende su 5 ettari di terreno, con parco, aree verdi, sentieri, spazi per passeggiate, orto e una mini-fattoria. Gli edifici sono organizzati come un piccolo villaggio tradizionale delle Landes, con una “bastide” centrale che ospita servizi come brasserie, caffè-ristorante, mediateca, auditorium, negozi, salone di parrucchiere, centro sanitario. Sono presenti 16 “maisons”, ciascuna con 7-8 residenti. Una di queste è dedicata agli accoglimenti di giorno, per offrire sociabilità e sollievo alle famiglie.

⁴ Nel complesso, queste strutture forniscono assistenza a circa 30.000 persone.

⁵ Maggiori informazioni disponibili al link: [A French Village’s Radical Vision of a Good Life with Alzheimer’s | The New Yorker](#).

Box 3.2 Debenham Project (Debenham, Regno Unito)

Si tratta di un'iniziativa⁶ comunitaria e volontaria nata nel 2009 nel villaggio di Debenham, nella contea di Suffolk, che si occupa di fornire supporto alle persone con demenza e a coloro che se ne prendono cura. L'iniziativa è sorta dal basso, con la partecipazione attiva della comunità locale. Gli obiettivi che essa si prefigge sono: i) migliorare la qualità della vita di chi vive con la demenza, nonché dei caregiver; ii) offrire supporto pratico ed emotivo, attività sociali, momenti di incontro, informazioni, assistenza e servizi che permettano alle persone con demenza di restare radicate nella comunità locale il più a lungo possibile. A tal fine, vengono offerti diversi servizi, che comprendono:

- informazione e orientamento: servizio telefonico, opuscoli, contatti locali per aiutare i caregiver a orientarsi, sapere a chi rivolgersi;
- attività sociali: gruppi di incontro ("meet-ups"), club del pranzo ("luncheon clubs"), caffè informativi per caregiver, attività ricreative per persone con demenza;
- supporto pratico: servizio "On Call" (volontari formati che intervengono in situazioni critiche o di emergenza), trasporto, aiuto per spostamenti, attività fisica (esercizi base, "Fit Club") per mantenere mobilità e salute;
- supporto ai caregiver: club per chi presta assistenza, momenti di ristoro, scambio di esperienze, supporto emotivo, spazi di ascolto.

Si stima che il Debenham Project arrivi già oggi a coprire oltre il 65-70% delle famiglie nella zona che convivono con le problematiche indotte dalla demenza.

3.4.2 Vita comunitaria con servizi di supporto

Ricadono in questa seconda categoria modelli che offrono una via intermedia tra abitare indipendente e struttura residenziale tradizionale. Gli utenti dispongono di unità abitative private ma possono accedere a servizi condivisi (ristorazione, attività comunitarie ecc.), inclusa un'assistenza più o meno intensiva, talvolta assicurata h24.

Retirement Villages

I villaggi (o condomini) per anziani – anche noti come “independent living communities” – rappresentano una tipologia abitativa che unisce residenze private per anziani, servizi comunitari e una progettazione orientata a comfort, autonomia e socialità. Essi si rivolgono a persone anziane autosufficienti o con bisogni socio-sanitari leggeri (il supporto offerto è tipicamente non intensivo, spesso gestito tramite operatori di comunità/assistenti che propongono soluzioni flessibili e modulabili), che desiderano vivere in un ambiente sicuro, coeso, ben progettato, pur mantenendo grande autonomia. Le caratteristiche distintive di queste iniziative risiedono in:

⁶ Maggiori informazioni disponibili al link: [Dementia friendly Debenham - Points of Light](#).

- **spazi che non sembrano istituzionali:** appartamenti comodi, ben illuminati, con balconi, logge, elementi di design che favoriscono la percezione di essere a casa, spazi comuni e cortili, verde, aree interne dove socializzare;
- **servizi integrati su misura:** oltre l'alloggio, i servizi possono includere assistenza leggera e sanità di base, spesa a domicilio, assistenza alla persona, attività ricreative e culturali, spazi comuni per socializzazione, talvolta servizi specialistici o ambulatori, portineria, cura del verde, supporto tecnologico;
- **autonomia e indipendenza:** gli abitanti mantengono un proprio appartamento indipendente e sussistono pochi vincoli di orario, garantendo libertà per l'utente nella gestione della quotidianità.

Casi esemplari di questo specifico tipo di approccio sono rappresentati dal complesso Appleby Blue (Regno Unito), situato a Bermondsey, Southwark (Londra) e sviluppato da United St Saviour's Charity, il John Morden Centre, a sud-est di Londra (Regno Unito), Liv inn Hilversum, situato vicino a Utrecht (Paesi Bassi) e descritto approfonditamente da Veghte (2024), Maison Biloba Huis realizzata a Bruxelles (Belgio) e approfondita al Capitolo 4, così come il Villaggio Novoli, recentemente inaugurato a Firenze (Italia), nonché l'esperienza promossa da NONNA Group, in Finlandia, descritta qui di seguito.

Box 3.3 NONNA Group (Finlandia)

NONNA Group⁷ è una società finlandese di servizio e sviluppo immobiliare focalizzata su soluzioni abitative moderne e servizi di assistenza per persone anziane. L'impresa è stata fondata nei primi anni 2020 e si è proposta come operatore attivo nella collaborazione con enti locali, partner immobiliari e investitori per realizzare edifici che integrino appartamenti, spazi comuni e servizi assistenziali leggeri. Il modello presenta specificità operative, quali:

- approccio "life-cycle" e centralità della persona: il progetto valorizza la prospettiva che l'abitare per anziani debba accompagnare il ciclo di vita, offrendo alloggi e pacchetti assistenziali che consentano continuità e adattabilità nel tempo. Ciò si traduce in pacchetti scalabili (dalla socialità all'assistenza personale) che si attivano in funzione del bisogno, riducendo barriere all'ingresso e favorendo la continuità del percorso abitativo. A livello pratico, si traduce anche nell'adozione di sistemi contrattuali e tariffari flessibili;
- integrazione tra sviluppo immobiliare e offerta di cura: NONNA concepisce l'offerta immobiliare non come mera fornitura di unità abitative, ma come piattaforma integrata di servizi (ristorazione/attività commerciali, spazi per la socializzazione, servizi di cura leggera e riabilitazione). Il modello operativo, volendo ridurre la frammentazione tra offerta immobiliare e di assistenza, si avvale di figure interne dedicate alla programmazione di attività, al coinvolgimento dei residenti e al coordinamento delle cure leggere;

⁷ Maggiori informazioni disponibili al link: [Nonna - Vita comunitaria per gli anziani nelle case di riposo.](#)

- partnership pubblico-privato e attrazione di capitale privato: l'attivazione di servizi sanitari locali e di partnership con enti comunali e attori immobiliari è un elemento cruciale per garantire sostenibilità economica e qualità dei servizi. Inoltre, il gruppo ha recentemente attratto investimenti strategici, entrando nel focus di investitori istituzionali (es. CapMan Special Situations Fund), segnalando la rilevanza commerciale del modello (attrattivo per il privato) e la crescita del segmento.

Extra-care housing

In maniera non dissimile operano gli schemi di extra-care-housing (o “assisted living communities”), particolarmente diffusi nel Regno Unito e nei Paesi Scandinavi, sebbene questi ultimi si rivolgano a soggetti con maggiore compromissione delle proprie autonomie e bisognosi di un'assistenza a maggiore intensità. Tali schemi mirano a garantire flessibilità e continuità del percorso di vita, evitando l'istituzionalizzazione precoce. Alcuni esempi, tutti afferenti a Regno Unito e Irlanda, ricomprendono l'”Housing with care” di Fold Housing (ripreso al Capitolo 4), il Retirement Living PLUS di McCarthy Stone, il servizio Extra Care Housing di Curo, o Esk Moors Lodge, descritto brevemente qui di seguito.

Box 3.4 Esk Moors Lodge (Whitby, Regno Unito)

La struttura Esk Moors⁸ è situata a Whitby, North Yorkshire, nel villaggio di Castleton, a ridosso della splendida campagna dei Yorkshire Moors. Si situa in un contesto rurale che però garantisce accesso ai servizi essenziali: negozi, bar, ufficio postale nelle vicinanze; fermate di bus e stazione ferroviaria a breve distanza. La soluzione proposta rappresenta un tipo di abitazione assistita con appartamenti autonomi, ma con supporto in loco. Dispone di 14 appartamenti indipendenti, ciascuno completo di area cucina e bagno privato. Tuttavia, viene garantita la presenza di personale in struttura 24 ore al giorno per un'assistenza continuativa e per dare risposta alle emergenze, garantendo quindi un buon equilibrio fra autonomia/residenzialità e supporto ricevuto. A ciò, si aggiungono ulteriori servizi, quali: pulizie, pasti cucinati “in casa”, il servizio “Heather Hopper” (bus comunitario locale) che accompagna i residenti in gite o per fare la spesa, nonché il Bradbury Centre, che funge da centro diurno aperto alla comunità locale. Non meno importanti sono gli spazi comuni messi a disposizione degli inquilini: sala con grande schermo per vedere film in compagnia, ampio giardino, servizi di parrucchiere ecc. La struttura promuove fortemente la vita comunitaria, favorendo il coinvolgimento e la socialità attraverso un programma ricco di eventi ricreativi e culturali: pranzi a tema mensili, celebrazioni di compleanno, attività artistiche e artigianato. Al contempo, mira a rafforzare la connessione con la comunità locale, in particolare attraverso il coinvolgimento di volontari che trascorrono del tempo con i residenti, offrono compagnia e partecipano alla vita quotidiana della struttura. Infine, sono previste riunioni regolari con residenti e familiari per raccogliere feedback e migliorare i servizi.

Small-scale living

Il concetto di small-scale living, che designa comunità di 6-12 residenti con ambienti domestici *ad hoc* e staff dedicato, ha guadagnato consenso in anni recenti,

⁸ Maggiori informazioni disponibili al link: Esk Moors Lodge House - Brochure.

anche – come esplicitato precedentemente – per le persone affette da demenza (ACCESS Health International, 2016). Si contraddistingue per la scelta di ambienti abitativi collettivi (dotati di spazi comuni, per favorire l’aggregazione sociale) ma su piccola scala, che favoriscono familiarità e profondità di relazione, pur nel rispetto della privacy individuale (gli appartamenti non sono condivisi), e che possono rappresentare una destinazione permanente, anche in presenza di bisogni assistenziali crescenti. Alcuni casi emblematici sono Hemsworth Court in Irlanda, oltre che Evermore Wellbeing (Regno Unito), descritto di seguito.

Box 3.5 Evermore (Regno Unito)

Evermore Wellbeing⁹ propone, nelle località di Wigan o Stockport, una nuova forma abitativa per persone anziane che combina l’autonomia individuale con una vita comunitaria realizzata in piccole “households” da 9-12 persone. Non è né un “retirement village” né una casa di cura tradizionale, ma un modello “ibrido” che permette agli anziani di abitare un appartamento privato (camera da letto, zona giorno, bagno, balcone) acquistabile o affittabile, con spazi comuni accoglienti. Gli elementi chiave del servizio consistono in:

- attenzione a esigenze individuali e modularità: il ritmo della vita quotidiana è determinato dall’individuo, piuttosto che da orari rigidi, e gli abitanti stabiliscono le proprie routine. È disponibile un pacchetto tutto incluso che copre bisogni domestici, catering, cura personale; al contempo, è possibile acquistare “top-up care” se necessario, per aumentare l’assistenza in base ai bisogni;
- presenza di figure multifunzionali (c.d. “Mulinellos”): tali addetti svolgono ruoli molto ampi, inclusi pulizie, cucina, gestione della casa, budget domestico, supporto personale, coordinamento con servizi esterni (medici, infermieri a domicilio) e *advocacy* per i residenti. Inoltre, lavorano tutti con lo stesso livello di responsabilità, senza gerarchie rigide.

3.4.3 Modelli cooperativi

Nelle forme di abitare collaborativo e cooperativo, le persone anziane condividono spazi e servizi pur detenendo diritti sull’unità abitativa (la caratteristica distintiva del modello, infatti, risiede nel fatto che la proprietà dell’unità immobiliare è in capo alla società cooperativa, della quale è possibile diventare soci). Il modello nasce nei paesi scandinavi negli anni Ottanta e si è progressivamente diffuso in Europa occidentale (Housing LIN, 2016). Alcune esperienze di rilievo comprendono il Woodchester Valley Retirement Village, presso Stroud in Gloucestershire (Regno Unito), il già citato Evermore (Regno Unito) e la Senacre Housing Co-operative, nel Middlesex (Regno Unito), le Knarrenhof communities (Paesi Bassi) descritte da Veghte (2024), oltre al progetto Can 70, realizzato a Barcellona (Spagna) e approfondito di seguito. Le esperienze europee in tal senso promuovono autonomia, mutuo aiuto e, soprattutto, partecipazione attiva alla governance del progetto. Al di là di caratteristiche già presenti in altri

⁹ Maggiori informazioni disponibili al link: [Later Life In Full Colour | Evermore](#).

modelli di servizio (es. spazi comuni tesi a favorire l'interazione), le caratteristiche distintive del modello risiedono, infatti, nell'essere "resident-led", attraverso il coinvolgimento particolarmente intenso dei residenti nel: i) processo di progettazione; ii) la governance (che è, dunque, cooperativa e auto-organizzata).

Box 3.6 Can 70 (Barcellona, Spagna)

Il progetto¹⁰, sviluppato a partire dal 2020 come iniziativa bottom-up e successivamente promossa da SostreCivic (cooperativa catalana di abitazione in diritto d'uso), è attualmente in fase di completamento. Si rivolge a persone over 55, attive e autonome, che desiderano vivere in un contesto cooperativo e mutualistico, sostenendo canoni accessibili (stimati tra 400-600 €/mese, comprensivi di spese comuni). Il modello adottato prevede che gli abitanti non siano proprietari, ma soci della cooperativa e detengano un diritto d'uso permanente, trasferibile solo alla cooperativa. Il modello promuove, dunque, la proprietà collettiva, l'autogestione e la corresponsabilità. La struttura è dotata di circa 24 unità abitative private (monolocali e bilocali), integrate in un edificio a basso impatto ambientale. A ciò si aggiungono una serie di spazi comuni ampi e multifunzionali: cucina comune, sala da pranzo, area lavanderia, terrazze e orti urbani. La mutualità e il supporto reciproco forniscono anche risposte a bisogni legati alla socialità, oltre che assistenziali, attraverso attività culturali, cura informale fra soci e supporto a bisogni di assistenza leggeri. I principi guida di Can 70 risiedono in:

- autogestione e democrazia interna: i residenti partecipano a tutte le decisioni (dalla progettazione alla gestione);
- mutualità e sostegno reciproco: viene promosso un approccio preventivo all'isolamento e alla fragilità, attuato attraverso l'accrescimento del capitale sociale tra pari, visto come preconditione per una minore dipendenza dai servizi pubblici residenziali tradizionali.

3.4.4 Modelli abitativi intergenerazionali e home sharing

Negli ultimi anni si sono moltiplicate in Europa le esperienze di abitare intergenerazionale, finalizzate a favorire scambi di sostegno, compagnia e conoscenza tra giovani e persone anziane (Gardner e Nasserjah, 2020). I modelli vanno da forme più strutturate di residenze miste (es. complessi con alloggi rivolti a diverse fasce d'età), a programmi di home sharing (coabitazione di un giovane, spesso studente, con un anziano, in cui il canone è annullato o calmierato a fronte dell'offerta, da parte del giovane, di sostegno nella quotidianità e compagnia). Un esempio particolarmente emblematico è il programma Humanitas (Deventer, Paesi Bassi), descritto anche da Veghte (2024) e Arentshorstv *et al.* (2019). Avviato nel 2012, esso consente a sei studenti universitari di vivere gratuitamente in una casa di riposo in cambio di 30 ore mensili di attività sociali con gli ospiti anziani della struttura. I risultati mostrano un incremento significativo del benessere dei residenti e della percezione di utilità sociale da parte dei

¹⁰ Maggiori informazioni disponibili al link: SostreCivic | Can 70.

giovani (Arentshorst *et al.*, 2019). Ulteriori esperienze di rilievo, in contesti diversi dalla residenzialità istituzionale e di “independent living”, sono rappresentate dai progetti Knarrenhof (Paesi Bassi), Sycamore Court - Witton Lodge, nel Regno Unito, la Calico Community a Bruxelles (Belgio), approfondita qui sotto, gli appartamenti Vivre Ensemble, presenti a Tolosa e in altre città francesi, e l’esperienza Sällbo, promossa in vari siti in Svezia (ripresa con maggior livello di dettaglio nel Capitolo 4).

Box 3.7 CALICO (Bruxelles, Belgio)

CALICO¹¹ è un progetto innovativo di cohousing comunitario con servizi di cura integrati, inaugurato nel 2021 a Bruxelles. L’iniziativa mira a sperimentare nuovi modelli di abitare collaborativo e solidale, combinando housing accessibile, mutuo aiuto tra residenti e servizi di cura professionali, con particolare attenzione alla dimensione intergenerazionale, interculturale e di genere. Il progetto ospita 75 persone in totale e punta deliberatamente alla mescolanza sociale: almeno il 50% dei residenti è costituito da persone anziane, oltre il 60% ha un background migratorio e 25 nuclei familiari hanno redditi bassi o medio-bassi. Dal punto di vista abitativo, CALICO comprende 34 unità residenziali, organizzate in tre cluster distinti. Uno dei cluster è pensato per favorire la convivenza tra donne (in particolare donne anziane) e madri single, mentre gli altri due combinano persone anziane e famiglie a basso reddito. Ciò promuove forme di solidarietà quotidiana e supporto reciproco, evitando allo stesso tempo l’isolamento sociale spesso vissuto da categorie fragili.

Uno degli elementi più innovativi del progetto riguarda il modello di cura, che integra pratiche informali di auto-cura/mutuo aiuto, basate sull’attivazione spontanea e la solidarietà tra vicini, e servizi di assistenza professionale, garantiti da organizzazioni specializzate. Gli abitanti non sono soltanto utenti del progetto ma partecipano attivamente alla gestione degli spazi e ai processi decisionali, rafforzando il senso di appartenenza e la responsabilità collettiva.

Tale progetto nasce grazie alla collaborazione di numerosi partner pubblici e privati. Tra i principali figurano Brussels Housing (autorità urbana principale e co-coordinatore), il Community Land Trust Bruxelles, diverse organizzazioni sociali attive nella cura e nell’abitare collaborativo, l’Università Vrije Universiteit Brussel (VUB) – incaricata della valutazione e della replicabilità del modello – e il Comune di Forest, che supporta l’integrazione del progetto nel quartiere. Dal punto di vista economico e della sostenibilità, CALICO adotta il modello del Community Land Trust (CLT). In questo sistema la proprietà del terreno viene separata dalla proprietà degli edifici, permettendo di mantenere gli alloggi economicamente accessibili nel lungo periodo e di limitare la speculazione immobiliare. Il terreno e le parti comuni sono gestiti dal CLT, mentre le singole unità abitative possono essere di proprietà privata o affittate con canoni sociali. Nel complesso, CALICO rappresenta un esempio significativo di housing collaborativo orientato alla cura, che integra politiche abitative, inclusione sociale e servizi di welfare comunitario. Il progetto si propone come modello replicabile per altre città europee interessate a sviluppare nuove forme di abitare solidale, capaci di rispondere contemporaneamente ai bisogni di accesso alla casa, di supporto alle persone fragili e di costruzione di comunità inclusive.

¹¹ Maggiori informazioni disponibili al link: [Brussels CALICO | UIA - Urban Innovative Actions](#).

Home sharing

Come declinazione dei modelli abitativi intergenerazionali, l'home sharing promuove la convivenza solidale, nella medesima unità abitativa, fra persone anziane – spesso sole o con abitazioni sottoutilizzate – e giovani adulti, studenti o lavoratori, alla ricerca di un alloggio economico. Si fonda su uno scambio reciproco, non o parzialmente monetario: l'anziano offre ospitalità e, in cambio, il giovane fornisce compagnia, piccoli aiuti nella vita quotidiana o un presidio domestico.

Questo modello nasce in Europa negli anni Novanta, inizialmente in Francia e Spagna, come risposta al duplice problema della solitudine in età avanzata e della difficoltà di accesso alla casa per i giovani (Costa, 2020; Bianchi e Costa, 2024). Negli ultimi anni, grazie al sostegno di enti pubblici, università e organizzazioni del terzo settore, la coabitazione intergenerazionale è stata adottata in diversi paesi europei – tra cui anche Italia, Austria, Belgio, Germania, Regno Unito, Irlanda ecc. – assumendo forme organizzative diversificate ma riconducibili a un comune principio di mutualismo generazionale. Esperienze particolarmente note si ritrovano nei progetti Ensemble2générations e Tim&Colette (Francia), Convive (Spagna), Wohn Buddy (Austria), 1Toit2Ages (Belgio), Housing for help (Germania), Supportmatch Homeshare (UK), The HomeShare (Irlanda) e Aconchego (Portogallo), a cui è dedicato il seguente box.

Box 3.8 Programma Aconchego (Porto, Portogallo)

Il programma¹² – sostenuto dal Comune di Porto, insieme con l'Academic Federation of Porto – è mosso da un duplice obiettivo: i) contrastare la solitudine e l'isolamento sociale tra le persone anziane (60 anni o più), specialmente quelle che vivono da sole; ii) offrire soluzioni abitative a studenti universitari (tra i 18 e 35 anni) che si trasferiscono a Porto e che non risiedono nella città, aiutandoli a ridurre i costi di alloggio. L'utenza è, dunque, circoscritta a: i) cittadini di almeno 60 anni, che vivono da soli; ii) studenti universitari (18-35), provenienti da fuori Porto, che necessitano di alloggio.

Il modello prevede che anziani che dispongano di una casa con condizioni adeguate accolgano studenti che ne hanno bisogno. Gli studenti offrono compagnia, supporto sociale e interazione in cambio dell'alloggio. Il modello poggia su un:

- processo di selezione *ad hoc*, che prevede: i) interviste agli studenti candidati; ii) valutazione delle condizioni abitative degli anziani ospitanti; iii) valutazione del profilo personale e della disponibilità all'ospitalità;
- monitoraggio continuo: attuato attraverso visite domiciliari regolari per verificare che la convivenza funzioni e che la relazione tra anziano e studente rispetti le aspettative.

Tale modello può assicurare benefici per le diverse parti coinvolte, quali: i) per gli anziani: maggior senso di compagnia, affetti, relazioni intergenerazionali, diminuzione della solitudine; ii) per gli studenti: riduzione dei costi di alloggio, miglior inserimento nella vita cittadina, ambiente domestico (più

¹² Maggiori informazioni disponibili al link: Aconchego Program - Age-Friendly World.

accogliente) che favorisce il benessere e le prestazioni universitarie. In definitiva, il modello si dimostra poco costoso dal punto di vista operativo (non ci sono spese infrastrutturali, essendo basato sul patrimonio abitativo esistente). Inoltre, è altamente replicabile in contesti urbani universitari dove esiste una popolazione studentesca fuori sede e sono presenti persone anziane con ambienti domestici sovradimensionati rispetto alle necessità

3.4.5 Rifugi di transizione e hotel per soggiorni prolungati

Anche questi modelli (talvolta ricondotti al concetto di “restorative care” – Veghte, 2024) si posizionano nel *continuum* assistenziale tra il domicilio e la residenzialità permanente, offrendo una struttura temporanea di supporto nei casi seguenti:

- post-ospedalizzazione (riabilitazione, convalescenza);
- recupero dopo malattia o intervento chirurgico;
- sollievo temporaneo per caregiver (“respice care”);
- transizione prima di un cambiamento abitativo permanente;
- soggiorni stagionali (es. invernali).

Le caratteristiche distintive del modello risiedono nell’offrire un alloggio (unità abitative o stanze private, arredate, con servizi alberghieri; spazi comuni; assistenza sanitaria leggera prestata da personale qualificato) per una durata di tempo variabile (da pochi giorni a settimane o mesi, a seconda della casistica – es. sollievo vs riabilitazione).

Tali modelli tendenzialmente prevedono un’assistenza medica di base (es. supporto medico minimo necessario, gestione farmaci, aiuto nelle attività di vita quotidiana, fisioterapia; staff presente h24 nei modelli con bisogni maggiori), con l’obiettivo finale di contribuire al ripristino/mantenimento dell’autonomia (es. facilitare il ritorno al domicilio, evitare l’ingresso in struttura permanente, dare sollievo ai caregiver, testare l’adeguatezza di una residenza a lungo termine). Esempi di tali modelli di servizio comprendono i già citati casi di Evermore (Regno Unito) e NONNA Group (Finlandia), o realtà come DomusVi e Seniors Residencias (Spagna), SER Residences (Portogallo), oltre allo Step down Service offerto da Curo (Regno Unito) e approfondito nel box sottostante.

Box 3.9 Step Down Service, Curo (Bath & North East Somerset, Regno Unito)

Il progetto¹³ è promosso dal Curo Group, in partnership con Bath & North East Somerset Council tramite l’Independent Living Service. Si rivolge a persone che: abitano in questa area o sono registrate

¹³ Maggiori informazioni disponibili al link: Curo Group | Step Down Service.

con un GP locale e: i) sono clinicamente pronte per la dimissione dall'ospedale ma non possono tornare a casa immediatamente; ii) presentano condizioni fisiche o emotive che richiedono tempo di adattamento; iii) sono sotto valutazione per l'accesso a pacchetti di cure domiciliari.

Il servizio, dunque, offre alloggi a persone che sono clinicamente pronte a lasciare l'ospedale ma non possono ancora ritornare al loro domicilio per motivi vari (es. necessità di adattamenti, bisogno di riabilitazione o di ulteriore supporto) o che aspettano valutazioni sul tipo di cure domiciliari necessario. L'iniziativa ambisce a favorire il recupero/adattamento ed evitare ricoveri ospedalieri o permanenze in ospedale non necessarie. La struttura dispone di sei proprietà indipendenti, arredate ad alto standard, completamente attrezzate e pronte per il trasferimento immediato del beneficiario. Il soggiorno è finanziato completamente dal pubblico fino a 12 settimane, escluso il vitto.

3.4.6 Assistenza infermieristica di quartiere (“Neighborhood Nursing”)

Tale modello, nato nei Paesi Bassi nel 2006 e denominato Buurtzorg (“cura di quartiere”), rappresenta una delle innovazioni più radicali nell'assistenza domiciliare e comunitaria in Europa. Esso si basa su piccoli team di infermieri autogestiti che forniscono assistenza olistica a domicilio, integrando funzioni sanitarie e sociali senza la mediazione di un apparato amministrativo centralizzato (Bernstein *et al.*, 2022; Veghte, 2024). La logica è quella dell'autogestione professionale, che elimina livelli gerarchici, promuove la responsabilizzazione e riduce i costi amministrativi. A oggi, la fondazione Buurtzorg opera con oltre 900 team diffusi sul territorio. Ogni team (8-12 operatori) gestisce autonomamente fino a 50 utenti, occupandosi di assistenza sanitaria di base, educazione alla salute, supporto informale e attivazione di reti di quartiere. Ciascun gruppo si organizza localmente, pianifica le visite, coordina la rete dei servizi e costruisce un rapporto di fiducia con l'utente e la comunità.

Questo approccio ha prodotto effetti notevoli: una riduzione delle ore di assistenza rispetto al sistema tradizionale, maggiore soddisfazione dei pazienti e dei professionisti (con livelli di assenteismo e turnover da 1/3 a 2/3 inferiori rispetto a organizzazioni comparabili), e costi fissi e di gestione inferiori (Bernstein *et al.*, 2022; Veghte, 2024). Il modello è oggi esportato o adattato in diversi paesi, tra cui Belgio, Germania, Svezia e Regno Unito, come racconta l'esempio sottostante.

Box 3.10 BelleVie Care (Regno Unito)

BelleVie Care¹⁴ offre un ventaglio piuttosto ampio di cure domiciliari: cura di demenza e Alzheimer, assistenza personale, compagnia, sollievo temporaneo (*respite*), cure palliative ed *end-of-life*, riabilitazione domiciliare ecc. L'iniziativa è implementata in più zone (Oxfordshire, Northumberland, Buckinghamshire), garantendo una buona presenza territoriale. Gli elementi distintivi del modello risiedono in:

¹⁴ Maggiori informazioni disponibili al link: [Our Approach - BelleVie Care](#).

- centralità della persona e personalizzazione dell'intensità di supporto: ogni servizio è perfettamente su misura rispetto a bisogni e desideri individuali. Questo si riflette anche nell'uso di piani mensili personalizzati ("bespoke monthly plans") che non legano il cliente a orari o giorni predefiniti. Se il bisogno cambia, cambiano anche il livello e i tempi del supporto richiesto. Di conseguenza, anche il corrispettivo non è addebitato "a ore": questo evita che il tempo diventi la dimensione vincolante, garantendo maggiore adattabilità. In aggiunta, i "Wellbeing Support Workers" fanno revisioni regolari del piano assistenziale, considerando non solo le condizioni mediche/logistiche, ma anche le preferenze personali del cliente: gusti, abitudini, cambiamenti nel corso del tempo;
- prossimità e continuità relazionale: gli addetti alle cure domiciliari provengono dalla comunità locale, quindi, spesso, il cliente vede facce familiari con frequenza regolare. Ciò favorisce l'instaurarsi di relazioni di fiducia, accrescendo stabilità e qualità del supporto.

3.4.7 *Opportunità e sfide per il settore in tema di abitare per la longevità*

L'overview appena offerta mette in luce due principali fronti rispetto ai quali i sistemi di LTC si trovano tanto a poter cogliere delle opportunità inedite, quanto a dover fronteggiare altrettanto rilevanti sfide. Questi, più in particolare, riguardano la:

- adozione di approcci collaborativi all'offerta di assistenza;
- emersione di nuove professionalità e fabbisogni di competenze.

In riferimento al primo punto, uno dei tratti più rilevanti dei modelli analizzati è la necessità di collaborazione tra attori diversi e intersettoriale: enti locali, servizi sanitari, organizzazioni non profit, imprese sociali, destinatari dei servizi e loro caregiver. Tali esperienze testimoniano i crescenti sforzi per promuovere una maggiore integrazione fra politiche abitative, sanitarie, di LTC e sociali al fine di costruire percorsi continui di assistenza e di rispondere in modo tempestivo a dei bisogni complessi, diversificati e in evoluzione. In molti dei casi, la collaborazione fra settore pubblico e privato diventa il prerequisito per garantire la sostenibilità finanziaria delle iniziative e promuovere l'innovazione dei servizi (si pensi, per esempio, al caso "CALICO"). Inoltre, la presenza di reti locali (volontari, università, enti non-profit e religiosi) favorisce forme di assistenza sempre più comunitarie, diffuse e relazionali, rafforzando il capitale sociale locale. Le esperienze di successo, spesso, si fondano anche sulla partecipazione degli utenti alla progettazione, gestione ed erogazione dei servizi.

Ciò, tuttavia, va a delineare delle nuove sfide per i sistemi di LTC in Europa. È ben noto, infatti, che i diversi sistemi di governance (sanitario, sociale, abitativo) operano spesso in silos amministrativi: la cooperazione richiede quindi nuovi strumenti di coordinamento interistituzionale e sistemi di dati condivisi (OECD, 2025). A ciò si sommano ulteriori barriere strutturali e gestionali,

quali la presenza di modalità di finanziamento frammentarie (pochi paesi dispongono di fondi dedicati al senior housing – Housing Europe Observatory, 2022; OECD, 2025) e la mancanza di standard comuni, che inevitabilmente limitano la diffusione su larga scala dei modelli. Nel complesso, l'adozione di approcci collaborativi all'offerta di assistenza appare una condizione necessaria ma non sufficiente: serve una governance integrata, capace di bilanciare responsabilità pubbliche e autonomia locale, comunitaria o privata.

Per quanto attiene al secondo punto, l'emergere di nuovi modelli abitativi comporta anche una profonda ridefinizione delle professionalità coinvolte, che sempre più spesso si qualificano come figure di frontiera, operanti al confine tra sociale, sanitario e comunità. Figure come i community managers o i case managers – si pensi ai c.d. “Mulinellos” del modello Evermore – svolgono un ruolo strategico nel coordinare servizi, costruire relazioni e promuovere la vita comunitaria. Essi assolvono a tutta una serie di funzioni e ruoli critici per la buona riuscita dei progetti, quali:

- Selezione dell'utenza: molte delle esperienze descritte prevedono la condivisione più o meno stretta di spazi (da quelli comuni, alla vera e propria unità abitativa, nel caso, per esempio, dell'home sharing). Diventa, dunque, cruciale operare un buon *matching*, individuando utenti con bisogni e stili di vita compatibili, che possano interagire positivamente anche sul piano relazionale (Veghte, 2024). Inoltre, alcuni casi descritti (es. Humanitas, nei Paesi Bassi) prevedono un obbligo contrattuale di dedicarsi alla socializzazione. Ciò richiede il coinvolgimento di persone predisposte e che non percepiscano questo come un'imposizione. In molti casi, raggiungere un buon bilanciamento fra persone con esigenze assistenziali di diversa intensità è strettamente correlato alla sostenibilità ed accettabilità dei modelli, come ripreso nei capitoli successivi.
- Mediazione, orientamento e animazione di comunità: queste figure professionali fungono da punto di raccordo tra residenti, famiglie, amministrazioni e fornitori di altri servizi (per esempio, sanitari, sociali o anche culturali o ricreativi). Al contempo, promuovono attività sociali, scambi intergenerazionali e contatti con il contesto più ampio su cui insistono strutture.
- Monitoraggio dei bisogni e prevenzione: tali figure, specie se inserite in team di professionalità con background variegati, possono identificare precocemente segnali di fragilità o isolamento e, più in generale, devono operare una lettura continua dei bisogni individuali per assicurare l'adeguatezza dei piani assistenziali (spesso modulabili). Parte dell'azione di monitoraggio può anche riguardare l'osservazione delle dinamiche sociali fra i fruitori degli spazi, per identificare e gestire eventuali problematiche.

- **Coordinamento operativo:** infine, tali figure non solo gestiscono i rapporti con altri fornitori di servizi ma supportano processi di governance partecipata.

Alla luce di ciò, non stupisce che a queste figure sia richiesto un mix di competenze che non necessariamente, a oggi, connota gli operatori socio-sanitari tradizionali. Non si tratta unicamente di detenere conoscenze sanitarie di base (per formulare i piani assistenziali e interfacciarsi con operatori sanitari) ma anche skill relazionali e comunicative (per mediare tra bisogni individuali e collettivi, ma anche per svolgere un lavoro di sensibilizzazione che consenta di ampliare la conoscenza del modello proposto all'interno della comunità), così come una marcata sensibilità interculturale, indispensabile nella gestione delle relazioni intergenerazionali e multiculturali che contraddistinguono molte esperienze.

3.5 La trasformazione digitale dell'assistenza domiciliare alle persone anziane in Europa

Nei paragrafi successivi, verranno approfondite alcune prime esperienze di innovazione tecnologica delle cure domiciliari per ciascuna delle quattro finalità individuate (vedere la precedente Tabella 3.3 per una sintesi), dedicando dei box all'illustrazione di alcune iniziative e progettualità particolarmente emblematiche. A seguire, si riportano ulteriori riflessioni conclusive rispetto alle opportunità e alle sfide che si pongono, in questo frangente, per i sistemi di LTC operanti nel panorama europeo.

3.5.1 Adattare l'ambiente domestico per favorire indipendenza

Un possibile obiettivo perseguibile attraverso l'uso di tecnologie digitali (si pensi ai sistemi di "Ambient Assisted Living" e alle "smart homes") è trasformare la casa della persona anziana in un ambiente adattivo, dove la tecnologia "scompare" nel contesto domestico pur rimanendo capace di sostenere la vita indipendente attraverso l'automazione e l'integrazione di sensori di movimento, luci automatizzate, rilevatori di caduta e dispositivi IoT che monitorano abitudini e attività quotidiane, segnalando anomalie ai caregiver (AARP, 2025b; Mincoelli *et al.*, 2019). Come anticipato, queste tecnologie si basano su un principio di "assistenza silenziosa": l'intervento umano si attiva solo in caso di deviazioni significative dai comportamenti abituali, riducendo lo stigma, preservando la privacy e limitando il senso di invasione rispetto ai propri spazi vitali e di autonomia (Tunstall, 2025; Kim *et al.*, 2022). Diversi studi dimostrano come simili modelli assistenziali possano apportare benefici significativi sia in termini di

mantenimento dell'autonomia e ritardato ricorso a forme di assistenza istituzionale tradizionale sia di risparmi, tanto individuali che sistemici (Rantz *et al.*, 2015; Sauz on *et al.*, 2022).

Box 3.11 ACTIVAGE (progetto su scala europea)

Il progetto europeo ACTIVAGE¹⁵ (2017-2020) rappresenta uno dei pi  ampi esperimenti di “smart living environments” a scala continentale. Cofinanziato dalla Commissione Europea nel quadro del programma Horizon 2020, ha coinvolto oltre 7.000 utenti anziani in sette paesi, tra cui Spagna, Germania, Grecia e Regno Unito. L'obiettivo era creare un ecosistema IoT interoperabile capace di integrare dispositivi domestici, sensori ambientali e piattaforme di servizi locali. Ogni “pilot site” ha sperimentato modelli di uso differenti: dal monitoraggio delle attivit  quotidiane alla prevenzione delle cadute e al supporto cognitivo. Alcune delle tecnologie e applicazioni sperimentate comprendono:

- sensori domestici per il monitoraggio dell'attivit  quotidiana, abitudini, rilevamento di anomalie comportamentali (deviazioni rispetto al normale) per interventi precoci;
- soluzioni IoT per il miglioramento della sicurezza domestica e la gestione ambientale (temperatura, qualit  dell'aria, illuminazione);
- tele-visita/comunicazione a distanza, per ridurre le barriere dovute a mobilit  ridotta o in contesti rurali;
- integrazione con piattaforme locali (es. FIWARE in Grecia) e altri servizi territoriali.

Le valutazioni finali del progetto hanno mostrato miglioramenti significativi nella percezione di sicurezza e indipendenza degli utenti, nonch  nella riduzione dei costi di assistenza domiciliare leggera. Tuttavia, ACTIVAGE ha anche evidenziato criticit  nella standardizzazione dei protocolli di interoperabilit  e nella scalabilit  economica dei servizi. In prospettiva, ACTIVAGE si propone come un riferimento centrale per la definizione di un framework europeo di “smart ageing” e per la promozione di modelli di governance basati su dati aperti e collaborazione pubblico-privata.

3.5.2 Gestire proattivamente la salute

Un secondo ambito d'applicazione   quello della prevenzione proattiva e della gestione remota della salute. Tecnologie come dispositivi indossabili, sensori biometrici, “assistive robot” e assistenti virtuali permettono il monitoraggio continuo di parametri fisiologici e comportamentali, consentendo interventi tempestivi in caso di necessit  (Kim *et al.*, 2022; Tunstall, 2025; Zager Kocjan *et al.*, 2023). Simili modelli di “home care” proattiva e preventiva mettono la persona anziana nella posizione di giocare un ruolo pi  attivo nella gestione della propria salute, grazie a interazioni vocali, feedback quotidiani o all'auto-gestione delle terapie. Anche in questo caso, le evidenze provenienti da diversi paesi – quali per esempio, Regno Unito e Spagna – mettono in luce gli evidenti

¹⁵ Maggiori informazioni disponibili al link: [ACTIVAGE Project: Internet of Things \(IoT\) for ageing well.](#)

vantaggi conseguibili attraverso il ricorso a forme di assistenza domiciliare tech-based in termini di maggiore personalizzazione delle risposte, minor ricorso ad altri servizi assistenziali e protratta capacità del singolo di vivere autonomamente al proprio domicilio (Tunstall, 2025).

Box 3.12 Cera – Droid-like Robots (Regno Unito)

La società britannica Cera¹⁶ ha introdotto nel 2025 una flotta di robot semi-autonomi impiegati per oltre 3.000 visite settimanali a domicilio di persone anziane e vulnerabili. Questi robot, descritti come “droid-like caregivers”, utilizzano l’intelligenza artificiale per condurre brevi interazioni vocali, verificare l’assunzione dei farmaci, raccogliere dati clinici di base e segnalare eventuali anomalie al centro di controllo. L’esperimento è significativo per due motivi: da un lato, mostra come la robotica possa integrare, e non sostituire, il lavoro umano, liberando tempo per gli operatori qualificati; dall’altro, offre un banco di prova per la valutazione dell’accettabilità psicologica di interfacce robotiche nella cura quotidiana. I risultati preliminari indicano un alto grado di soddisfazione tra gli utenti e una riduzione del carico di lavoro degli operatori, con la promessa di ridurre i costi dell’assistenza fino all’80%.

Box 3.13 BayCare Group & MiiCare (Regno Unito)

BayCare Group, provider inglese di servizi domiciliari, ha sperimentato con successo la piattaforma MiiCare¹⁷, basata sull’assistente vocale “Monica”, un hub domestico che integra sensori ambientali, dispositivi indossabili e algoritmi di *machine learning*. Il sistema monitora parametri vitali, pattern di movimento e umore, attivando alert personalizzati per caregiver e familiari. Il sistema si compone di diversi tool (MiiCube; misuratore di pressione sanguigna; bilancia, termometro, orologio e anello smart; pulsossimetro; sensore per il rilevamento dell’assunzione dei farmaci; token per tracciare le visite ricevute; sensori ambientali e alle porte), che abilitano tutta una serie di analisi:

- vocali: il sistema rileva sottili cambiamenti nei modelli di linguaggio che possono indicare declino cognitivo, cambiamenti dello stato emotivo o problemi respiratori;
- dell’andatura: analizza i modelli di camminata per prevedere il rischio di cadute, monitorare i cambiamenti della mobilità e rilevare i primi segni di fragilità;
- del sonno: monitora la qualità, la durata e le interruzioni del sonno, fornendo informazioni sulla salute e il benessere generale;
- delle attività della vita quotidiana: monitora la routine quotidiana, come l’aderenza alla terapia farmacologica, l’idratazione e la preparazione dei pasti;
- predittive: l’hub combina più fonti di dati per prevedere i rischi per la salute prima che diventino critici, consentendo interventi preventivi.

¹⁶ AI robots carry out 3000 care visits a week for vulnerable people.

¹⁷ Maggiori informazioni disponibili al link: BayCare Group | Miicare.

Box 3.14 TIM o “Total solution for Intelligent Medication” (Danimarca)

TIM¹⁸ è un ecosistema digitale sviluppato in Danimarca a partire da una collaborazione tra diversi comuni della regione dello Jutland settentrionale (tra cui Aalborg, Hjørring e Vesthimmerland), che nel 2017 hanno avviato un programma di innovazione per individuare modalità più sicure ed efficienti di gestione della terapia farmacologica nelle persone anziane o fragili che vivono a domicilio. La soluzione tecnologica, implementata operativamente a partire dal 2020, combina una soluzione robotica con piattaforme digitali integrate nei sistemi sanitari locali, con l'obiettivo di aumentare la sicurezza nella somministrazione dei farmaci, promuovere l'autonomia degli utenti e ridurre il carico di lavoro per il personale di assistenza domiciliare. Il cuore della soluzione è un dispenser automatico di farmaci installato nell'abitazione dell'utente. Il robot riceve informazioni direttamente dai sistemi clinici e dalle cartelle di assistenza comunali e distribuisce la dose corretta di farmaco negli orari programmati. Il sistema ricorda all'utente di assumere il medicinale e registra l'avvenuta somministrazione. Se il farmaco non viene preso, un centro di controllo o gli operatori socio-sanitari vengono automaticamente avvisati per intervenire.

TIM rappresenta un modello di integrazione, in cui prescrizioni mediche, farmacia, sistemi informativi comunali e dispositivo domestico sono collegati digitalmente lungo l'intero processo: dalla prescrizione all'assunzione dei farmaci. Le valutazioni delle sperimentazioni nei comuni danesi indicano risultati positivi sia in termini di qualità sia di efficienza. Il robot dosa i farmaci con un'accuratezza superiore a quella ottenibile con procedure manuali e contribuisce a liberare tempo per il personale assistenziale (circa un'ora di lavoro per utente alla settimana), che può essere reindirizzato verso attività di cura più complesse. Inoltre, la maggior parte degli utenti segnala un aumento della sensazione di autonomia e controllo della propria quotidianità grazie alla possibilità di gestire la terapia farmacologica direttamente a casa. Nel quadro più ampio dell'innovazione nei servizi domiciliari, TIM rappresenta un esempio di come le tecnologie di automazione e i sistemi informativi integrati possano supportare l'“ageing in place”, migliorando l'adeguatezza degli interventi, la sicurezza e contribuendo alla sostenibilità organizzativa dei servizi di assistenza a domicilio.

3.5.3 Restare connessi: la tecnologia come ponte relazionale

Un ulteriore scopo dell'adottare innovazioni digitali nel contesto dell'erogazione di servizi domiciliari è il potenziamento del contatto sociale e del benessere psicologico delle persone anziane. Le tecnologie digitali possono contrastare la solitudine e stimolare la cognitività attraverso strumenti di comunicazione, piattaforme di “social engagement” e centri diurni virtuali, come quello approfondito al Capitolo 4. Se, da un lato, la stimolazione cognitiva mediata da app e realtà virtuale contribuisce al mantenimento delle capacità mnemoniche e all'umore, dall'altro, le persone anziane che utilizzano soluzioni digitali per connettersi con caregiver familiari, amici e la comunità in senso ampio riportano un miglioramento della qualità della vita, percependo la tecnologia come un “alleanza relazionale” (AARP, 2025a). In aggiunta a ciò, alcuni dispositivi (si

¹⁸ Il robot medico dosa più precisamente di un umano e aumenta l'indipendenza dei cittadini.

prenda, per esempio, il robot Navel¹⁹, prodotto in Germania) possono assolvere a una funzione di “companionship”, cruciale per ridurre l’ansia e promuovere un maggiore senso di presenza fra persone che soffrono particolarmente di isolamento e solitudine (Sirizi *et al.*, 2025).

Box 3.15 inTouch (Repubblica Ceca)

inTouch²⁰ è un servizio digitale progettato per sostenere il benessere sociale e cognitivo delle persone anziane attraverso conversazioni telefoniche quotidiane generate da un assistente vocale AI-based. La piattaforma è pensata per ridurre l’isolamento sociale e mantenere attive le capacità cognitive degli utenti. Il servizio funziona tramite chiamate telefoniche automatiche – accessibili da qualsiasi telefono fisso o mobile, senza necessità di app o competenze digitali – durante le quali l’utente conversa con un assistente virtuale denominato “Mary”, ricevendo degli stimoli narrativi mirati a favorire la memoria autobiografica e la partecipazione attiva alla conversazione. L’interazione non ha soltanto una funzione di compagnia: la piattaforma integra anche elementi di monitoraggio del benessere. Il sistema può includere promemoria e check-in regolari (es. su idratazione, routine o farmaci) che supportano la gestione della vita quotidiana. Inoltre, attraverso l’analisi del tono di voce e dei contenuti della conversazione, il sistema può rilevare indicatori di umore, livello di coinvolgimento e cambiamenti nei pattern comunicativi. Queste informazioni vengono sintetizzate per generare degli “insight” sul benessere dell’utente condivisi con familiari o operatori, offrendo un supporto informativo utile per seguire l’andamento del benessere della persona anziana nel tempo anche a distanza.

3.5.4 Trasformare la gestione e l’erogazione dei servizi

I benefici ottenibili dall’uso delle tecnologie digitali in ambito di assistenza domiciliare non riguardano solo i destinatari, ma anche i processi organizzativi e gestionali dei provider di LTC. App e piattaforme di care management offrono un valido ausilio ai processi decisionali dei professionisti della cura, abilitando spesso anche il coordinamento di team multidisciplinari, la pianificazione di visite e turni, oltre che il tracciamento di bisogni e outcome degli assistiti in tempo reale e continuativamente (Thoma-Lürken *et al.*, 2018; Tunstall, 2025). L’esempio delle piattaforme digitali di coordinamento dei team infermieristici auto-organizzati (si veda il paragrafo 3.2.6 e i box successivi) dimostra come la digitalizzazione possa facilitare modalità di lavoro più collaborative, ridurre livelli gerarchici intermedi e rafforzare la responsabilizzazione degli operatori. Da ultimo, i sistemi di gestione digitale non solo riducono le inefficienze (sia operative sia nella comunicazione con assistiti e loro caregiver) ma, in ottica di sistema, consentono la raccolta di dati fondamentali per la costruzione di evidenze sull’efficacia dei modelli di cura, a sostegno di processi di innovazione organizzativa diffusi e di policy making (Longo, Rotolo e Bufali, 2024).

¹⁹ Maggiori informazioni disponibili al link: Navel – the new empathy robot for good care - navel.

²⁰ Maggiori informazioni disponibili al link: inTtouch.

Box 3.15 Buurtzorg (Paesi Bassi)

Per il caso olandese Buurtzorg²¹ (descritto approfonditamente nel paragrafo 3.2.6 e da: Bernstein *et al.*, 2022; Veghte, 2024), la tecnologia – ben oltre essere un mero “strumento di supporto” – si configura come un elemento abilitante centrale dell’intero modello organizzativo. I diversi dispositivi adottati e i loro vantaggi sono descritti di seguito.

- BuurtzorgWeb: piattaforma intranet web-based sviluppata appositamente per gestire la pianificazione, la documentazione delle cure, la rendicontazione, la gestione delle prestazioni, la comunicazione interna e l’analisi degli indicatori. Il suo uso si traduce in: minore burocrazia; più tempo per il contatto diretto con i pazienti (*client-facing*); maggiore trasparenza (performance dei team, comparazioni, dati sui risultati); efficienza nei costi amministrativi (buona parte del lavoro centrale si riduce grazie all’IT).
- Siilo Connect/Siilo Messenger: app/messaggistica crittografata per operatori sanitari che permette una comunicazione sicura tra infermieri, team e soggetti esterni (GP, terapisti ecc.), anche in mobilità, e facilita lo scambio rapido di informazioni cliniche e operative. I principali vantaggi comprendono: più veloce consultazione fra colleghi; gruppi di lavoro che si autoformano; maggiore sicurezza nella gestione dei dati dei pazienti; maggiore coordinamento esterno con altri professionisti.
- Tecnologie mobili (tablet, dispositivi sul campo): strumenti per permettere agli infermieri di registrare la documentazione in loco, consultare dati, coordinarsi con il team mentre sono “in movimento”. Fra i benefici tratti si contano: riduzione dei tempi morti legati a spostamenti/ritorno in sede per aggiornamenti; documentazione più tempestiva e accurata; migliore integrazione con il contesto del paziente; accresciuta autonomia e responsabilizzazione dei team.
- Sistema di outcome measurement/registro elettronico standardizzato: Buurtzorg usa sistemi (es. l’*Omaha System*) per valutare le necessità del paziente, documentare gli interventi, raccogliere dati sui risultati individuali e aggregati per popolazioni, per monitorare la qualità, efficienza e per miglioramento continuo. Tale strumento assicura: migliore evidenza su cosa funziona; dati utili per coaching e benchmarking tra team; possibilità di intervenire rapidamente se un team si discosta rispetto a indicatori di performance; trasparenza interna e responsabilità diffusa.

Per Buurtzorg, l’uso di queste molteplici soluzioni tecnologiche ha migliorato la tempestività decisionale e la collaborazione multidisciplinare, dimostrando come strumenti digitali “leggeri” possano avere un impatto sistemico sull’efficienza organizzativa.

Box 3.16 BelleVie Care e Wellbeing OS (Regno Unito)

In maniera non dissimile, anche BelleVie Care²² (esperienza già approfondita in questo capitolo) offre un esempio di innovazione organizzativa basata sulla tecnologia. BelleVie, infatti, si è dotata di una piattaforma digitale proprietaria (Wellbeing OS) tramite cui gestisce la comunicazione interna, la programmazione delle visite, la formazione e il monitoraggio della qualità, eliminando la necessità di un back office centrale. In aggiunta, è in fase di sviluppo un Care Management software pensato per raf-

²¹ Maggiori informazioni disponibili al link: [The Buurtzorg Model - Buurtzorg International](#).

²² Maggiori informazioni disponibili al link: [BelleVie Care | Our approach](#).

forzare le analisi predittive, così da raggiungere migliori risultati attraverso una maggiore comprensione e anticipazione del bisogno. Il caso mostra come la tecnologia possa facilitare forme di governance distribuita e promuovere la soddisfazione degli operatori, riducendo il turnover e aumentando la qualità percepita. Il sistema digitale integra anche strumenti per la raccolta del feedback degli assistiti e per la gestione delle emergenze in tempo reale.

3.5.5 *Opportunità e sfide per il settore in tema di digitalizzazione dei servizi domiciliari*

La crescente integrazione delle tecnologie digitali nei servizi domiciliari e nelle politiche di LTC europee apre nuove prospettive per i provider pubblici e privati che operano nel settore dell'assistenza agli anziani. Come mostrano i casi e le esperienze analizzate nelle sezioni precedenti, la digitalizzazione non si limita all'introduzione di nuovi strumenti, ma comporta una trasformazione più ampia dei modelli di erogazione dei servizi, dei ruoli professionali e delle modalità di interazione tra utenti, famiglie e operatori. In questo contesto, i sistemi di LTC europei si trovano ad affrontare uno scenario caratterizzato da significative opportunità di innovazione, ma anche da sfide strutturali che ne condizionano la diffusione e la sostenibilità.

Tra le principali opportunità, emerge innanzitutto il potenziale miglioramento degli outcome di salute e benessere. Le tecnologie di monitoraggio remoto, i sensori domestici e le piattaforme di gestione dei dati permettono di individuare precocemente segnali di rischio e di intervenire prima che situazioni critiche evolvano in emergenze sanitarie. Diversi studi e sperimentazioni europee indicano che modelli di telemonitoraggio proattivo possono contribuire a ridurre significativamente le chiamate ai servizi di emergenza e i ricoveri evitabili, con riduzioni che, in alcuni casi di studio, raggiungono il 30-36%. Oltre ai benefici per i sistemi sanitari e di LTC, questo approccio consente di rafforzare il paradigma dell'“*ageing in place*”, permettendo alle persone anziane di vivere più a lungo e in sicurezza nella propria casa.

Un secondo ambito di opportunità riguarda il supporto ai caregiver, sia formali sia informali. Nei sistemi europei di LTC, una parte significativa dell'assistenza è infatti fornita da familiari o reti informali, spesso con un elevato carico emotivo e organizzativo. Tecnologie come promemoria digitali, assistenti vocali, sistemi di monitoraggio domestico o piattaforme di coordinamento tra operatori e familiari possono contribuire a ridurre lo stress e il carico fisico associato alla cura quotidiana. In questo modo, esse non solo migliorano la qualità della vita dei caregiver, ma possono anche prolungare la loro capacità di fornire assistenza a domicilio, ritardando o evitando il ricorso a servizi residenziali più costosi.

La digitalizzazione offre inoltre ai provider opportunità significative in termini di efficienza operativa e organizzativa. Strumenti digitali per la pianificazione delle visite domiciliari, la gestione dei turni, la documentazione clinica

o la comunicazione tra professionisti consentono di ridurre attività amministrative ripetitive e di ottimizzare l'utilizzo di risorse umane sempre più scarse. Le visite virtuali e le piattaforme di coordinamento multidisciplinare, per esempio, possono diminuire la necessità di spostamenti e favorire una gestione più flessibile dei casi. In un contesto europeo caratterizzato da carenza di personale assistenziale e da un aumento costante della domanda di servizi, tali innovazioni rappresentano un fattore chiave per la sostenibilità dei sistemi di LTC.

Accanto a queste opportunità, tuttavia, l'adozione su larga scala delle tecnologie digitali nei servizi di LTC al domicilio incontra ancora diverse sfide strutturali. Una delle principali riguarda la frammentazione delle fonti di finanziamento e delle responsabilità istituzionali. In molti paesi europei, infatti, i sistemi sanitari, di LTC e di assistenza sociale sono finanziati e gestiti attraverso canali separati. Questa divisione può generare situazioni in cui un attore sostiene i costi iniziali dell'implementazione tecnologica mentre i benefici economici – per esempio la riduzione dei ricoveri ospedalieri – si manifestano in un altro segmento del sistema (Veghte, 2024). Tale disallineamento degli incentivi rappresenta spesso un ostacolo significativo agli investimenti in innovazione.

A questa complessità si aggiungono le differenze normative e organizzative tra paesi e regioni, che rendono difficile l'adozione uniforme di soluzioni digitali. Le politiche di LTC in Europa presentano livelli di decentralizzazione molto variabili e ciò comporta differenze nelle modalità di finanziamento, nei criteri di accreditamento dei provider e negli standard tecnologici richiesti. Di conseguenza, molte soluzioni sviluppate in contesti specifici devono essere adattate o riprogettate per poter essere implementate altrove, rallentando i processi di diffusione e scalabilità.

Un'altra sfida rilevante riguarda la mancanza di interoperabilità tra dispositivi e piattaforme digitali. Numerosi sistemi utilizzati nei servizi domiciliari – sensori domestici, cartelle cliniche elettroniche, piattaforme di telemonitoraggio o applicazioni di care management – sono sviluppati da fornitori diversi e spesso non comunicano efficacemente tra loro. Questa frammentazione tecnologica limita la possibilità di costruire ecosistemi integrati di dati e servizi, riducendo il potenziale trasformativo della digitalizzazione. Come evidenziato da diverse analisi europee, la creazione di standard comuni e di architetture interoperabili rappresenta una condizione fondamentale per il pieno sviluppo dei servizi di assistenza abilitati dalla tecnologia digitale.

Ulteriori barriere emergono sul piano sociale e culturale, in particolare per quanto riguarda l'alfabetizzazione digitale e l'accettazione delle tecnologie. Molte persone anziane – ma anche alcuni professionisti del settore – possiedono competenze digitali limitate o manifestano diffidenza verso strumenti percepiti come complessi o invasivi. In alcuni casi, l'uso di dispositivi assistivi può, inoltre, essere associato a uno stigma legato alla perdita di autonomia o alla fragilità. Per questo motivo, il successo delle innovazioni tecnologiche dipende non

solo dalla loro efficacia tecnica, ma anche dalla capacità di progettare soluzioni intuitive, rispettose della privacy e percepite come strumenti di empowerment, piuttosto che di controllo.

Infine, resta aperta la questione dei costi di implementazione e della sostenibilità economica. Sebbene molte tecnologie promettano risparmi nel medio-lungo periodo, l'investimento iniziale necessario per acquistare dispositivi, sviluppare infrastrutture digitali e formare il personale può rappresentare una barriera significativa per molti provider, in particolare per le organizzazioni di piccole dimensioni o operanti in contesti con risorse limitate. Garantire modelli di finanziamento stabili e meccanismi di rimborso adeguati diventa, quindi, essenziale per sostenere l'adozione su larga scala.

3.6 Conclusioni

L'analisi condotta sui modelli innovativi internazionali di LTC mette in evidenza come i processi di innovazione, pur sviluppandosi lungo direttrici diverse – da un lato l'abitare, dall'altro la digitalizzazione dei servizi di supporto alla domiciliarità –, condividano alcune trasformazioni di fondo che stanno ridefinendo il settore.

Per quanto riguarda i modelli innovativi di abitare per l'invecchiamento, emerge chiaramente come l'elemento distintivo non risieda esclusivamente nella dimensione architettonica o infrastrutturale, quanto piuttosto nel mutamento culturale e organizzativo che li sottende. Le esperienze analizzate propongono infatti una ridefinizione del concetto stesso di assistenza, che tende a configurarsi sempre meno come servizio erogato in modo unidirezionale e sempre più come processo di co-produzione, in cui utenti, comunità e attori del territorio partecipano attivamente alla costruzione delle risposte ai bisogni. In questa prospettiva, l'abitare diventa una leva strategica per conciliare autonomia, dignità e sostenibilità, ponendosi come infrastruttura sociale in grado di sostenere il benessere delle persone nel tempo.

Parallelamente, l'analisi della digitalizzazione dei servizi domiciliari evidenzia come la trasformazione in atto sia ancora in una fase evolutiva, caratterizzata da un equilibrio delicato tra introduzione di nuove tecnologie e capacità dei sistemi organizzativi e istituzionali di adattarsi. Per i provider, cogliere appieno le opportunità offerte dal digitale implica non solo investimenti in infrastrutture, ma anche un ripensamento dei modelli di governance, delle competenze professionali e delle modalità di coinvolgimento degli utenti. Le tecnologie, infatti, esprimono il loro pieno potenziale solo quando sono integrate all'interno di modelli di servizio coerenti e orientati alla persona.

Letti congiuntamente, questi due ambiti restituiscono l'immagine di un settore in trasformazione, in cui l'innovazione si gioca sempre più nella capacità

di costruire ecosistemi integrati e collaborativi. La diffusione e il consolidamento di tali modelli di servizio richiedono, tuttavia, alcune condizioni abilitanti: politiche abitative e di welfare maggiormente integrate, sistemi di finanziamento coerenti con gli obiettivi di innovazione e percorsi strutturati di sviluppo delle competenze.

In prospettiva, il futuro della LTC in un'Europa caratterizzata da un progressivo invecchiamento della popolazione dipenderà dalla capacità dei sistemi locali di attivare alleanze tra cittadini, istituzioni e territori, promuovendo una visione in cui la casa non sia più intesa unicamente come spazio fisico in cui l'invecchiamento “accade”, ma come infrastruttura sociale di cura e benessere. Allo stesso modo, lo sviluppo dell'assistenza domiciliare digitale sarà sempre più legato alla costruzione di ecosistemi aperti, nei quali innovazione tecnologica e cura umana si configurino come dimensioni complementari e sinergiche, e non alternative (Tunstall, 2025).

A partire dalla mappatura appena descritta, il Capitolo 4 illustra la metodologia adottata per selezionare i casi di studio fatti oggetto di disamina più approfondita e per condurre l'analisi delle evidenze raccolte. Il Capitolo 5, invece, costruisce tanto sulla ricognizione internazionale quanto sui casi di studio per discuterne le implicazioni per i gestori di servizi di LTC nel contesto italiano.

Bibliografia

- AARP (2025a), A Digital Ethnography Examining Technology and Aging in the Home. Washington, DC: AARP Research. <https://www.aarp.org/content/dam/aarp/research/topics/technology/internet-media-devices/aging-technology-agetech-digital-ethnography.doi.10.26419-2fres.00898.002.pdf>
- AARP (2025b), Empowering Independence with Technology Among Adults Age 50-Plus. Washington, DC: AARP Research. <https://www.aarp.org/content/dam/aarp/research/topics/technology/internet-media-devices/aging-technology-agetech-empowering-independence.doi.10.26419-2fres.00898.001.pdf>
- ACCESS Health International (2016), Dementia Village: Interview with Eloy van Hal. <https://accessh.org/wp-content/uploads/2024/10/Eloy-Van-Hal.pdf>
- Agostini, G., & Masci, S. (2015), Mixed-Generation Housing: Nuove forme dell'abitare per la promozione della salute e della vita attiva. [Tesi di Laurea Magistrale, Politecnico di Milano]. POLITesi. <https://hdl.handle.net/10589/113170>
- Arentshorst, M. E., Kloet, R. R., & Peine, A. (2019), Intergenerational housing: the case of humanitas Netherlands. *Journal of Housing for the Elderly*, 33(3), 244-256.
- Bellini, G., Cipriano, M., Comai, S., De Angeli, N., Gargano, J. P., Gianella, M., ... & Salice, F. (2021), Understanding social behaviour in a health-care facility from localization data: a case study. *Sensors*, 21(6), 2147.

- Bernstein, E., Sandino, T., Minnaar, J., & Lobb, A. (2022), Buurtzorg. Harvard Business School Case, 9, 122-101.
- Bianchi, F., & Costa, G. (2024), Living together as a solidarity and generative practice: the case of co-housing and organized cohabitations. *International Review of Sociology*, 34(1).
- Brouwers, M., Broekharst, D. S., de Boer, B., Groen, W. G., & Verbeek, H. (2023), An overview of innovative living arrangements within long-term care and their characteristics: a scoping review. *BMC geriatrics*, 23(1), 442. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04158-9>.
- Costa, G. (2020), Intergenerational homesharing programmes: A piece of the 'ageing in place' puzzle?. *Interações: Sociedade e as novas modernidades*, (38), 11-42.
- Gardner, G., & Nasserjah, A. (2020), The Future of Multigenerational Housing in Existing Communities. *Cityscape*, 22(1), 249-272.
- Housing Europe Observatory (2022), Ageing Well at Home. Vol. 5 of the Series “Housing in the post-2020 EU”. <https://www.housingeurope.eu/wp-content/uploads/2024/11/Ageing%20well%20at%20home.pdf>
- Housing LIN (2016), Growing Older Together: An Overview of Collaborative Forms of Housing for Older People. https://www.housinglin.org.uk/_assets/Resources/Housing/Support_materials/Reports/HLIN_Growing_Older_Together_Report.pdf
- Kim, D., Bian, H., Chang, C. K., Dong, L., & Margrett, J. (2022), In-home monitoring technology for aging in place: scoping review. *Interactive journal of medical research*, 11(2), e39005.
- Lenel, E., Demonty, F., & Schaut, C. (2020), Contemporary cohousing experiments in the Brussels-Capital Region. *Brussels Studies. La revue scientifique pour les recherches sur Bruxelles/Het wetenschappelijk tijdschrift voor onderzoek over Brussel/The Journal of Research on Brussels*.
- Longo F., Rotolo A., Bufali M.V. (2024), La digitalizzazione del settore Long Term Care. Report_Finale_Digitalizzazione_LTC.pdf
- Mazzola, P., Zanetti, M., Ferraguzzi, G., Villa, M. L., Sandrini, M. C., Fumagalli, M., ... & Bellelli, G. (2024), Shifting the Paradigm of Nursing Home Care for People with Dementia: The Italian Experience of Il Paese Ritrovato and the Impact of SARS-CoV-2. *Journal of Alzheimer's disease: JAD*, 97(2), 741-752.
- Mincoletti, G., Imbesi, S., Marchi, M., & Giacobone, G. A. (2019), New domestic healthcare. Co-designing assistive technologies for autonomous ageing at home. *The Design Journal*, 22(sup1), 503-516.

- OECD (2025), *The Economic Benefit of Promoting Healthy Ageing and Community Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/0f7bc62b-en>.
- Rantz, M., Lane, K., Phillips, L. J., Despina, L. A., Galambos, C., Alexander, G. L., ... & Miller, S. J. (2015), Enhanced registered nurse care coordination with sensor technology: Impact on length of stay and cost in aging in place housing. *Nursing outlook*, 63(6), 650-655.
- Sauzéon, H., Edjolo, A., Amieva, H., Conzel, C., & Pérès, K. (2022), Effectiveness of an ambient assisted living (HomeAssist) platform for supporting aging in place of older adults with frailty: protocol for a quasi-experimental study. *JMIR Research Protocols*, 11(10), e33351.
- Sirizi, D., Sabet, M., Yahyaiean, A. A., Bacsu, J. D. R., Smith, M. L., & Rahemi, Z. (2025), Evaluating Human-Robot Interactions to Support Healthy Aging-in-Place. *Journal of Applied Gerontology*, 44(7), 1109-1124.
- Thoma-Lürken, T., Lexis, M. A. S., Bleijlevens, M. H. C., & Hamers, J. P. H. (2018), Development and usability of a decision support App for nurses to facilitate aging in place of people with dementia. *Applied Nursing Research*, 42, 35-44.
- Tunstall (2025), *Advancing Technology-Enabled Care: White Paper*. <https://www.flipsnack.com/tunstall/advancing-technology-enabled-care-white-paper/full-view.html>
- Veghte, B. W. (2024), Promising housing and long-term care innovations for person-centered aging amid financing and workforce challenges: Lessons from the Netherlands. MITCoLab. <https://static1.squarespace.com/static/652d82667dfc3727b42d3a82/t/675c77ffa1b13a2dc99eac9d/1734115506176/Netherlands+LTC+Innovations>
- Verbeek, H., Zwakhalen, S. M., van Rossum, E., Ambergen, T., Kempen, G. I., & Hamers, J. P. (2014), Effects of small-scale, home-like facilities in dementia care on residents' behavior, and use of physical restraints and psychotropic drugs: a quasi-experimental study. *International psychogeriatrics*, 26(4), 657-668.
- Zager Kocjan, G., Špes, T., Svetina, M., Plohl, N., Smrke, U., Mlakar, I., & Musil, B. (2023), Assistive digital technology to promote quality of life and independent living for older adults through improved self-regulation: a scoping review. *Behaviour & information technology*, 42(16), 2832-2851.

4. Evidenze dall'approfondimento di alcuni casi studio internazionali

di Simone Manfredi, Maria Vittoria Bufali, Elisabetta Notarnicola e Andrea Rotolo

4.1 Introduzione ai casi studio approfonditi

A partire dall'insieme delle esperienze individuate nella fase di mappatura, è stato avviato un processo di selezione finalizzato a individuare un campione più ristretto di casi da analizzare in profondità che presentassero caratteristiche diverse in grado di dar conto delle diverse esperienze in atto. La selezione è stata guidata da diversi criteri.

- In primo luogo, si è cercato di garantire un equilibrio tra le aree tematiche individuate, selezionando un mix di esperienze relative sia alle soluzioni abitative innovative sia ai servizi con forte componente digitale nel supporto alla domiciliarità.
- Un secondo criterio ha riguardato la diversità delle tipologie di intervento analizzate. L'obiettivo era includere modelli differenti tra loro, in modo da offrire una panoramica ampia di possibili direzioni di sviluppo per il settore LTC.
- Un ulteriore elemento di valutazione è stato il grado di innovatività dell'esperienza, inteso come presenza di elementi realmente nuovi per il settore LTC, sia in termini di organizzazione dei servizi sia rispetto alla proposta di valore per gli utenti.
- Particolare attenzione è stata inoltre dedicata alla maturità e alla scala di implementazione delle iniziative: sono stati privilegiati modelli già operativi e consolidati, con un certo livello di diffusione o stabilità organizzativa, mentre sono state escluse sperimentazioni ancora in fase pilota. Questa scelta è stata motivata dalla volontà di analizzare esperienze con comprovata sostenibilità e un maggiore potenziale di replicabilità o adattamento.

- Infine, sono stati considerati anche criteri geografici, selezionando casi provenienti da specifici contesti europei in cui fosse possibile approfondire più esperienze nel contesto di una site-visit. Coerentemente con l'obiettivo di osservare modelli esterni al sistema nazionale, sono stati esclusi i casi italiani.

L'incrocio di questi parametri è confluito nella selezione dei sette casi di studio elencati nella Tabella 4.1.

Tabella 4.1 Overview dei casi di studio selezionati

Caso di innovazione	Luogo	Breve descrizione	Housing	Digital	Site-visit
SällBo	Svezia, Helsingborg	Social living multi-generazionale e culturale	X		X
Maison Biloba	Belgio, Bruxelles	Senior living e centro diurno per persone fragili	X		X
Trygghetsboende	Svezia, Helsingborg	Senior housing leggero per persone over65	X		X
Thuisplusflats	Paesi Bassi, Rotterdam	Social living per persone anziane con servizi di cura	X	X	X
Home with Care	Irlanda, Dublino	Senior living per persone anziane con servizi di cura	X	X	
EtxeTIC	Spagna, Biscaglia	Centro diurno virtuale per persone anziane		X	
Dagmarsminde	Danimarca, Græsted	Small-scale living per persone con demenza	X		X

Fonte: Elaborazione degli autori

L'analisi dei casi studio è stata svolta a partire dalle evidenze raccolte attraverso una serie di videochiamate preliminari con i referenti delle iniziative selezionate e successive interviste semi-strutturate approfondite¹. Queste ultime si sono svolte prevalentemente in setting di gruppo, coinvolgendo rappresentanti dei diversi partner implicati nei progetti (tra cui fornitori di servizi di assistenza, agenzie di housing, autorità locali e provider tecnologici). Nella quasi totalità dei casi, le interviste sono state realizzate in occasione di site-visit della durata di

¹ Le autrici e gli autori ringraziano tutte le intervistate e tutti gli intervistati per la loro apertura e generosità nel partecipare alla ricerca, rendendo possibili questi approfondimenti.

circa mezza giornata, consentendo un approfondimento diretto dei modelli analizzati; fanno eccezione due soli casi, per i quali le interviste sono state condotte da remoto (Tabella 4.1).

Ove disponibili, le organizzazioni coinvolte hanno inoltre fornito materiali integrativi, quali report interni e presentazioni istituzionali. Tali fonti hanno permesso di arricchire e triangolare le informazioni raccolte durante le interviste e nella fase di desk review, contribuendo a una comprensione più completa dei casi esaminati.

Al fine di garantire una lettura comparabile delle esperienze analizzate, è stata predisposta una traccia di intervista comune e definita una griglia condivisa per l'analisi trasversale dei casi studio. L'approfondimento si è concentrato, in particolare, sulle dimensioni sintetizzate nella Tabella 4.2. Complessivamente, l'impostazione data alla raccolta e analisi dei dati consente di cogliere non solo le caratteristiche dei singoli modelli di servizio, ma anche le condizioni di contesto e i fattori organizzativi che ne hanno reso possibile lo sviluppo.

Tabella 4.2 Dimensioni per l'analisi dei casi

Dimensione	Strategia di servizio	Gestione del servizio	Come innovare
Tematiche esplorate	<ol style="list-style-type: none"> 1. Innovatività del servizio e proposta di valore 2. Utenti target e bisogni 3. Sostenibilità economica 4. Partner, rete e governance + collegamenti con servizi territoriali 5. Contesto normativo e di policy 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Componenti core e periferiche 2. Processi e procedure 3. Personale, ruoli e competenze 4. Logistica e layout 5. Accesso e comunicazione 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fattori abilitanti 2. Barriere e sfide

Fonte: Elaborazione degli autori

4.2 I casi studio approfonditi

4.2.1 SällBo: *Social living multigenerazionale e culturale*

SällBo è un'iniziativa abitativa innovativa sviluppata a Helsingborg, in Svezia, dalla società municipale di housing Helsingborgshem. Situato in un'area residenziale della città, il progetto rappresenta un nuovo approccio all'edilizia pubblica, combinando elementi di housing per persone anziane, housing per giovani e integrazione sociale all'interno di un unico modello. Piuttosto che concentrarsi esclusivamente sulla fornitura di alloggi, SällBo mira ad affrontare sfide sociali

più ampie, in particolare la solitudine, l'esclusione sociale e la segregazione tra diversi gruppi di popolazione.

L'iniziativa ospita una popolazione mista di residenti, tra cui persone anziane (principalmente sopra i 65 o 70 anni) e giovani tra i 18 e i 25 anni, tra cui sia persone rifugiate sia già integrate. Il modello è intenzionalmente progettato per creare interazione tra questi gruppi, sulla base dell'idea che possano offrire risorse complementari: le persone anziane contribuiscono con esperienza di vita, conoscenza culturale e stabilità, mentre i giovani apportano energia, competenze digitali e apertura al cambiamento.

Le origini di SällBo sono strettamente legate a una combinazione di fattori strutturali e contingenti. L'edificio era inizialmente destinato a essere ristrutturato come una tradizionale struttura di housing per persone anziane. Tuttavia, la crisi dei rifugiati del 2015 ha portato a una conversione temporanea dello spazio in alloggio per minori non accompagnati. Questa esperienza ha messo in evidenza sia tensioni sia opportunità: mentre la presenza di giovani rifugiati ha sollevato preoccupazioni legate alla sicurezza e alla convivenza, ha anche evidenziato il potenziale di interazione tra diversi gruppi che condividono lo stesso spazio. Allo stesso tempo, i dialoghi con le persone anziane dell'area hanno rivelato un diffuso senso di solitudine e disconnessione sociale, anche tra persone con reti familiari. Queste due questioni, cioè la solitudine delle persone anziane e il bisogno di integrazione dei giovani migranti, sono diventate il fondamento del concetto SällBo.

Il modello risultante è una forma di co-living multigenerazionale e multi-culturale che rompe deliberatamente con la segmentazione tradizionale dell'abitare basata su età, reddito o provenienza. Invece di separare le popolazioni, SällBo le mette insieme in un ambiente condiviso, supportato sia dalla progettazione fisica sia da processi sociali. I residenti vivono in appartamenti individuali, garantendo privacy e indipendenza, ma hanno anche accesso a una varietà di spazi condivisi, tra cui cucine, soggiorni, sale hobby e aree esterne. Questi spazi sono progettati per incoraggiare incontri informali e attività collettive, rimanendo al tempo stesso flessibili e adattabili nel tempo.

Un elemento chiave del modello è il modo in cui viene costruita la comunità. I residenti non sono selezionati esclusivamente sulla base di criteri di idoneità, ma attraverso un processo strutturato che include candidature e colloqui. Ai candidati viene chiesto di riflettere sulle proprie motivazioni, su cosa possono contribuire alla comunità e su cosa si aspettano di ricevere. Il processo di selezione mira a massimizzare la diversità, non solo in termini di età e background culturale, ma anche di valori, interessi, stili di vita e traiettorie personali. È importante sottolineare che questa diversità non è vista come un rischio da minimizzare, ma come una risorsa da attivare. Come descritto dal team di progetto, l'obiettivo è creare una comunità di persone "il più possibile diverse tra loro", al fine di favorire apprendimento, interazione e comprensione reciproca. Questo

approccio richiede un'attenta attività di matching e anticipazione delle dinamiche sociali. La selezione dei nuovi residenti implica infatti non solo la valutazione delle caratteristiche individuali, ma anche di come questi possano interagire con gli altri inquilini già presenti. In questo senso, il processo assomiglia a un continuo bilanciamento, in cui ogni nuovo ingresso può modificare la comunità. Il team di progetto descrive questo aspetto come uno dei più critici e allo stesso tempo più impegnativi del modello.

Anche lo sviluppo di SällBo è stato di per sé altamente innovativo. Piuttosto che imporre un modello predefinito, il progetto è stato co-progettato con i potenziali utenti attraverso una serie di workshop che hanno coinvolto tutti i gruppi target. Ai partecipanti è stato chiesto di definire di cosa avrebbero avuto bisogno per vivere insieme, quali tipi di spazi utilizzare e come interagire. Uno dei principali risultati di questo processo è stato il riconoscimento che gli spazi condivisi non dovessero essere progettati per gruppi specifici, ma dovessero risultare attrattivi per tutti i residenti. Questo ha portato alla creazione di ambienti multifunzionali in grado di accogliere una vasta gamma di attività, dalla cucina alla socializzazione, fino all'espressione artistica e agli incontri informali. La vita quotidiana a SällBo è organizzata attorno a una combinazione di autonomia e responsabilità condivisa. I residenti sono tenuti, come parte del contratto, a partecipare alla vita sociale per un numero minimo di ore alla settimana e a prendere parte alle riunioni mensili. Queste regole non sono applicate in modo burocratico, ma funzionano come un meccanismo per incentivare la partecipazione, in particolare per le persone più introversive. Allo stesso tempo, la comunità funziona attraverso un sistema di democrazia diretta: ogni appartamento dispone di un voto e i residenti decidono collettivamente sulle questioni riguardanti spazi comuni, regole e attività. Nel tempo, questa struttura ha portato allo sviluppo di un forte senso di comunità. I residenti organizzano attività in modo autonomo, si supportano nella vita quotidiana e sviluppano reti informali di mutuo aiuto. Durante la pandemia di COVID-19, per esempio, la comunità interna è diventata un sistema di supporto fondamentale, compensando la mancanza di relazioni esterne. I residenti più giovani hanno aiutato le persone anziane nelle attività pratiche, mentre le persone anziane hanno offerto supporto emotivo e continuità. In molti casi, le relazioni si sono evolute in ciò che gli stessi residenti descrivono come una "famiglia".

Un ruolo centrale nel mantenere questo equilibrio è svolto dall'*housing host*, una figura che può essere descritta come un community manager. A differenza dei ruoli tradizionali di servizio, l'host non organizza attività né fornisce assistenza diretta, ma si concentra sulla facilitazione delle relazioni, sulla mediazione dei conflitti e sul mantenimento di un ambiente sociale equilibrato. Il ruolo è fortemente relazionale e richiede competenze interpersonali, sensibilità

e capacità di anticipare possibili tensioni. Secondo il team di progetto, il successo di SällBo dipende in larga misura da questa funzione, oltre che dall'impegno personale delle persone coinvolte.

Dal punto di vista economico, SällBo opera all'interno del quadro standard dell'edilizia pubblica svedese. Gli affitti sono fissati a livelli moderati, inferiori alla media del mercato privato ma non fortemente sovvenzionati. Il progetto è sostenibile dal punto di vista finanziario nel senso che copre i propri costi, ma non è progettato per generare profitto. L'investimento iniziale è stato contenuto grazie al fatto che si trattava della ristrutturazione di un edificio esistente e non di una nuova costruzione, e il contenimento dei costi è stato ottenuto attraverso scelte pragmatiche, come il riutilizzo dei materiali e la semplicità degli spazi. L'unico supporto pubblico specifico riguarda il finanziamento parziale del ruolo dell'housing host.

Uno degli aspetti più distintivi di SällBo è che la sua innovazione risiede meno nella progettazione fisica dell'edificio e più nel processo attraverso cui il modello è stato sviluppato e viene continuamente gestito. Il progetto è descritto dai suoi promotori come un esempio di innovazione "agile", caratterizzata da iterazione, adattamento e apprendimento continuo. Piuttosto che seguire un piano rigido, il modello evolve nel tempo in risposta ai cambiamenti nei bisogni, al turnover dei residenti e alle condizioni esterne. In questo senso, SällBo funziona come un "living lab", in cui nuove soluzioni possono essere testate e perfezionate.

Allo stesso tempo, questa natura dinamica introduce alcune criticità. Il modello è fortemente dipendente da figure chiave, in particolare dall'housing host e dal project leader, il cui coinvolgimento personale e le cui competenze relazionali sono cruciali. Esistono inoltre interrogativi sulla scalabilità: sebbene il concetto abbia attirato grande interesse, la sua replicazione richiede condizioni specifiche, tra cui edifici adeguati, flessibilità istituzionale e disponibilità a uscire dalle procedure standard. Inoltre, mantenere l'equilibrio tra diversità e coesione richiede uno sforzo continuo, soprattutto con l'ingresso di nuovi residenti e il cambiamento della composizione della comunità.

Nel complesso, SällBo rappresenta una significativa trasformazione del modo in cui l'abitare può essere utilizzato come strumento di policy. Integrando popolazioni diverse all'interno di uno stesso ambiente e promuovendo attivamente l'interazione, il modello supera gli approcci tradizionali che considerano l'housing come un servizio puramente funzionale. Al contrario, lo posiziona come una piattaforma per la connessione sociale, l'inclusione e il supporto reciproco. Per altri contesti, in particolare quelli caratterizzati da crescente frammentazione e solitudine, il caso evidenzia il potenziale di combinare spazio fisico, progettazione sociale e innovazione organizzativa per creare comunità più inclusive e resilienti.

4.2.1.1 I punti chiave del caso

La Tabella 4.3 mostra una sintesi degli elementi che caratterizzano il caso studio, distinguendo tra elementi di strategia di servizio, elementi di gestione del servizio ed elementi di apprendimento su come innovare.

Tabella 4.3 Sintesi schematica del caso SällBo

STRATEGIA DI SERVIZIO	
Innovatività del servizio e proposta di valore	<p>Per il provider del servizio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizzo dell'abitare come strumento di policy sociale e integrazione • Riconfigurazione dell'edilizia pubblica in un modello basato sulla comunità, con forte enfasi su: i) Diversità come risorsa; ii) Processi sociali (selezione, facilitazione, interazione) • L'innovazione risiede principalmente in: i) Progettazione dei processi; ii) Governance della comunità; iii) Meccanismi di matching <p>Dal punto di vista degli utenti, la proposta di valore si basa sulla possibilità di vivere in modo indipendente facendo parte di una comunità attiva e di supporto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • In generale, i residenti beneficiano di: i) Riduzione della solitudine; ii) Reti informali di supporto; iii) Interazioni quotidiane significative • Le persone anziane, in particolare, sperimentano: i) Ruolo attivo nella comunità; ii) Supporto nella vita quotidiana • Le persone giovani rifugiate e migranti, in particolare, ottengono: i) Migliori competenze linguistiche; ii) Creazioni di reti sociali; iii) Opportunità di integrazione
Utenti target e bisogni	<p>Gli utenti target del modello sono persone anziane (65+/70+) che sperimentano spesso una condizioni di solitudine e persone giovani (18-25), tra cui persone rifugiate e migranti e persone giovani ben integrati che fungono da "gruppo ponte".</p> <p>Bisogni principali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Connessione sociale e riduzione della solitudine • Senso di appartenenza e di utilità • Integrazione nella società (in particolare per i migranti) • Accesso a un'abitazione accessibile • Scambio e supporto intergenerazionale
Sostenibilità economica	<p>Il modello opera in condizioni di equilibrio economico (break-even), senza generare perdite o profitto</p> <p>Capex:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Investimento iniziale contenuto grazie al riutilizzo di infrastrutture (ristrutturazione di un edificio esistente) e materiali <p>Opex:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coperti principalmente dagli affitti • Principale voce aggiuntiva è la figura dell'housing host (parzialmente finanziato, ca. 60%)

	<ul style="list-style-type: none"> Strategie di contenimento dei costi si basa su un design semplice e a basso costo e a un limitato investimento tecnologico <p>Ricavi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Canoni di affitto pagati dagli inquilini (livelli moderati, inferiori al mercato privato) Assenza di finanziamenti pubblici specifici rilevanti per il modello
Partner, governance e collegamenti con servizi territoriali	<p>Gli attori principali per il modello:</p> <ul style="list-style-type: none"> Helsingborgshem (società municipale di housing, provider) Comune (indirizzo politico, finanziamento parziale, programmi sociali) Residenti (ruolo attivo nella governance) <p>Modello di governance:</p> <ul style="list-style-type: none"> Proprietà pubblica Governance comunitaria interna: decisioni collettive tramite un voto per appartamento <p>Allineamento degli incentivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Provider: realizzazione della missione sociale Comune: inclusione sociale e riduzione della segregazione Residenti: miglioramento della qualità della vita e accesso alla casa <p>Relazione con servizi tradizionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> Integrato nel sistema di edilizia pubblica I servizi di welfare (es. assistenza) restano esterni, ma accessibili se necessario: non è un servizio di cura, ma complementare a servizi per persone anziane e servizi sociali
Contesto normativo e di policy	<p>Il modello opera all'interno del sistema di welfare svedese:</p> <ul style="list-style-type: none"> Assenza di social housing esclusivamente per fasce a basso reddito: i vincoli normativi hanno infatti influenzato la selezione degli inquilini Ruolo centrale delle società di housing municipali, i provider hanno un doppio mandato: i) Sostenibilità economica; ii) Responsabilità sociale <p>I vincoli normativi hanno influenzato la destinazione d'uso dell'edificio, ma l'innovazione è stata possibile grazie a:</p> <ul style="list-style-type: none"> Inquadramento iniziale come progetto sperimentale Flessibilità nell'applicazione delle regole
GESTIONE DEL SERVIZIO	
Componenti di servizio core e periferiche	<p>Elementi core:</p> <ul style="list-style-type: none"> Selezione e matching dei residenti Ruolo dell'housing host Processi di costruzione di comunità (coabitazione e interazione) <p>Elementi periferici:</p> <ul style="list-style-type: none"> Spazi fisici (di supporto ma non elemento innovativo principale) Uso limitato della tecnologia: nessun sistema digitale avanzato <p>In sintesi, il modello è guidato da dimensioni sociali e organizzative, non tecnologiche.</p>

<p>Processi e procedure</p>	<p>Processo strutturato di ingresso dei nuovi residenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Candidatura, seguita da colloquio • Matching basato su diversità e complementarità <p>Elementi obbligatori per i residenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interazione sociale minima • Riunioni mensili <p>Il modello è caratterizzato da:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adattamento continuo degli spazi e delle regole, definiti dai residenti in maniera attiva • Gestione dei conflitti preventiva (nel momento della selezione dei nuovi residenti) e continuativa (mediazione nella quotidianità)
<p>Personale, ruoli e competenze</p>	<p>Il modello dipende fortemente dalle persone, più che dalle infrastrutture. È presente un project leader, con una visione strategica sul modello, ma la figura chiave è l'housing host (community manager), spesso con background nel settore sociale o della cura e dedito a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitare relazioni e mediare conflitti • Monitorare le dinamiche <p>Competenze richieste all'housing host:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forti capacità relazionali • Intelligenza emotiva • Capacità di anticipare tensioni
<p>Logistica e layout</p>	<p>Il layout supporta incontri informali e la vita comunitaria ed è pensato per essere adattabile.</p> <p>Combinazione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appartamenti privati • Spazi condivisi su ogni piano: cucine comuni, spazi per attività (arte, gioco, bambini ecc.) e aree esterne <p>Principi progettuali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uniformità degli appartamenti • Flessibilità degli spazi • Promozione dell'interazione
<p>Accesso e comunicazione</p>	<p>Accesso tramite il sistema di edilizia pubblica e candidatura specifica. Nessuna lista d'attesa tradizionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pubblicazione delle disponibilità • Selezione tramite colloqui <p>Comunicazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forte ruolo dei media inizialmente • Successivamente passaparola <p>Elevata domanda, in particolare tra le persone anziane.</p>
<p>COME INNOVARE</p>	
<p>Fattori abilitanti</p>	<p>L'innovazione è guidata da:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iniziativa bottom-up • Leadership forte • Collaborazione tra attori <p>Meccanismi chiave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sperimentazione guidata da domanda sociale chiara

	<ul style="list-style-type: none"> • Co-progettazione, processo partecipativo e governance comunitaria • Processo iterativo e agile • Presenza del “gruppo ponte” • Visibilità e reputazione <p>Innovazione principale è il processo, non il prodotto</p>
Barriere e sfide	<p>Le principali criticità riguardano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dipendenza da figure chiave (housing host) • Complessità nella selezione degli inquilini • Necessità di gestione continua delle dinamiche • Difficoltà di scalabilità • Alcune rigidità istituzionali • Rischio di perdita dell'identità

Fonte: Elaborazione degli autori

4.2.2 *Maison Biloba: senior living e centro diurno per persone fragili*

Maison Biloba, situata nel quartiere Brabant di Bruxelles (area Schaerbeek/Saint-Josse), rappresenta un modello innovativo ed evolutivo di assistenza community-based per le persone anziane, che combina housing, supporto sociale e iniziative di quartiere all'interno di un unico ecosistema integrato. Progettata principalmente per persone di 60 anni e oltre, spesso con background migratorio e in condizioni di vulnerabilità socio-economica, l'iniziativa affronta una delle sfide più urgenti e complesse dell'invecchiamento in contesti urbani: l'isolamento sociale, combinato con condizioni di fragilità socio-economiche.

Piuttosto che essere concepita come un singolo servizio, Maison Biloba è meglio compresa come un ecosistema multicomponente composto da tre pilastri interdipendenti: i) un progetto di housing sociale e solidale per residenti anziani con importanti fragilità sociali; ii) un centro diurno e comunitario aperto al quartiere, frequentato da circa 90 persone fra 70-90 anni; iii) la rete CitiSen, una rete locale di informazione e mutuo aiuto composta da quattro luoghi di incontro (“alveari”) che estende le attività di informazione, orientamento e supporto alle persone anziane isolate e ai loro caregiver, aiutandoli a trovare soluzioni locali in risposta ai bisogni espressi. Questi componenti sono uniti da una missione comune: consentire alle persone anziane di invecchiare nel proprio contesto, all'interno della propria comunità, mantenendo autonomia, relazioni sociali e dignità.

Le origini dell'iniziativa risalgono ai primi anni Duemila, quando un gruppo di organizzazioni iniziò a riflettere sulla mancanza di soluzioni adeguate alle popolazioni che invecchiano in contesti urbani multiculturali. In particolare, gli stakeholder osservarono che molte persone anziane entravano prematuramente in strutture residenziali oppure rimanevano a casa in condizioni di isolamento e con supporto inadeguato. I servizi esistenti erano spesso poco

adattati ai loro bisogni, sia dal punto di vista culturale sia sociale, e non tenevano conto dell'importanza di mantenere legami con il quartiere, la famiglia e le reti informali di supporto.

Questo ha portato all'idea di creare un modello alternativo che combinasse housing, cura e vita comunitaria, rimanendo al contempo radicato nel contesto locale. Un passaggio chiave in questo processo è stato la creazione di una struttura cooperativa, che riunisse diversi attori: una struttura medica orientata alla comunità, organizzazioni di innovazione sociale, associazioni di assistenza sociale e cittadini privati. Attraverso questa cooperativa, i partner sono stati in grado di acquisire un edificio nel 2009, che è diventato la base fisica del progetto. La governance e il finanziamento dell'iniziativa riflettono questa origine ibrida e collaborativa. Mentre la cooperativa possiede l'edificio, la ristrutturazione è stata realizzata dalla società pubblica di housing sociale (Foyer Schaerbeekois), e il comune è responsabile della gestione della componente abitativa sociale. Le organizzazioni che erogano servizi all'interno dell'edificio operano con un ruolo simile a quello di inquilini, creando una struttura di governance stratificata che combina attori pubblici, privati e del terzo settore. Esistono accordi formali tra queste entità, ma gran parte del coordinamento si basa su relazioni informali, visione condivisa e collaborazione di lungo periodo.

La componente abitativa consiste in 15 appartamenti di housing sociale, specificamente destinati a persone anziane che devono essere sufficientemente autonome per vivere in modo indipendente e che sono selezionate non solo sulla base dei criteri di accesso all'housing sociale, ma anche sulla loro compatibilità con la filosofia del progetto e la vita comunitaria. Il processo di selezione è realizzato sulla base della collaborazione con assistenti sociali e di un accordo con l'ente gestore della struttura di residenzialità pubblica (Foyer Schaerbeekois), che contribuiscono a identificare candidati i cui bisogni e aspettative siano in linea con la natura collettiva e partecipativa dell'iniziativa. Questo include attenzione a fattori quali la disponibilità a partecipare alla vita comunitaria, la capacità di vivere in un ambiente condiviso e i potenziali bisogni di supporto, con l'obiettivo di favorire un gruppo di residenti equilibrato e coeso. Inoltre, viene data priorità alle persone anziane fragili che già risiedono nel quartiere, promuovendo una visione di "*ageing in place*". Gli appartamenti sono relativamente ampi (circa 50 m²) e il design include spazi condivisi come una sala comunitaria e un cortile, che svolgono un ruolo centrale nel favorire l'interazione e la vita collettiva. L'obiettivo non è solo fornire un alloggio accessibile ed economico, ma creare un ambiente di vita di supporto in cui i residenti possano mantenere l'indipendenza beneficiando al contempo della vicinanza ad altri.

Tuttavia, una delle principali lezioni emerse dallo sviluppo di Maison Biloba è che l'housing da solo non è sufficiente per garantire benessere e prevenire l'isolamento. Nella fase iniziale, pur essendo stato realizzato con successo il progetto abitativo, non vi erano risorse dedicate al coordinamento delle dinamiche

sociali tra i residenti. Questo rifletteva un problema strutturale più ampio: all'interno del sistema pubblico di housing sociale, le risorse per il supporto sociale sono estremamente limitate (per esempio, pochi assistenti sociali possono essere responsabili di migliaia di unità abitative), rendendo impossibile fornire un supporto intensivo basato sulla comunità a livello di edificio. Di conseguenza, molte delle sfide sociali e relazionali affrontate dai residenti (conflitti, isolamento, problemi amministrativi o disagio emotivo) venivano informalmente reindirizzate al centro diurno, che era stato sviluppato come servizio separato, sebbene complementare. Questo ha creato tensioni, poiché il centro diurno non era progettato per funzionare come spazio per la gestione di problematiche legate all'housing, ma piuttosto come luogo di quartiere per attività sociali, benessere e coinvolgimento comunitario. Con il tempo, è diventato chiaro che un elemento mancante nel modello era un ruolo dedicato responsabile della mediazione tra housing, cura e vita comunitaria.

Questo ha portato al riconoscimento progressivo e alla successiva creazione di un nuovo ruolo professionale, spesso descritto come “facilitatore di comunità” o assistente sociale di riferimento per i residenti. Tuttavia, il processo per ottenere finanziamenti per questo ruolo è stato lungo e complesso, riflettendo la difficoltà di inserire modelli innovativi nei quadri normativi e di finanziamento esistenti. Per diversi anni, l'organizzazione ha presentato richieste di finanziamento senza successo, poiché il ruolo non corrispondeva a categorie già definite nel sistema. Solo nel 2024 è stato finalmente possibile ottenere finanziamenti per un assistente sociale dedicato (inizialmente part-time) focalizzato sulla comunità dei residenti. L'emergere di questo ruolo rappresenta uno degli aspetti più innovativi di Maison Biloba. Esso rappresenta un passaggio dal lavoro sociale tradizionale verso un approccio più olistico, relazionale e orientato alla comunità, combinando elementi di mediazione, facilitazione, coordinamento della cura e costruzione della comunità. Il professionista non è responsabile solo della gestione dei singoli casi, ma anche del supporto alle dinamiche di gruppo, dell'integrazione dei nuovi residenti, della gestione dei conflitti e della promozione di un senso di responsabilità collettiva tra gli abitanti. Questo richiede un insieme unico di competenze che vanno oltre le qualifiche formali. Come evidenziato nell'intervista, i professionisti in questo ruolo sono spesso descritti come un “coltellino svizzero”, chiamati a combinare molteplici funzioni, quali lavoro sociale, mediazione, supporto amministrativo, comprensione psicologica, facilitazione comunitaria e qualità personali (empatia, adattabilità, creatività e capacità di “pensare fuori dagli schemi”), all'interno di un unico profilo. L'esperienza in contesti sociali diversi, così come l'allineamento con i valori del progetto, sono considerati importanti quanto la formazione formale. Questa polivalenza riflette la natura ibrida del modello e mette in discussione i confini professionali tradizionali e i sistemi di formazione.

Il centro diurno (avviato nel 2009 e accreditato con IRIScare) è inoltre caratterizzato da una forte enfasi sulla partecipazione e la co-creazione. Le attività non sono imposte dall'alto, ma sono spesso proposte e organizzate in collaborazione con gli utenti. Meccanismi come i comitati dei residenti e i processi di consultazione informale consentono ai partecipanti di influenzare la programmazione ed esprimere i propri bisogni. Questo contribuisce a un senso di appartenenza e di empowerment, particolarmente importante per popolazioni che altrimenti potrebbero sentirsi marginalizzate.

Una caratteristica distintiva dell'iniziativa è la sua capacità di estendersi oltre i confini fisici dell'edificio attraverso la rete CitiSen, lanciata nel 2018. Questa rete mira a raggiungere le persone anziane che vivono nell'area circostante, in particolare quelle che sono isolate o disconnesse dai servizi formali. Attraverso una combinazione di volontari e professionisti, CitiSen fornisce informazioni, orientamento e opportunità di coinvolgimento sociale, contribuendo a colmare il divario tra bisogni e servizi disponibili. La rete adotta un approccio proattivo, orientato all'*outreach*, riconoscendo che molte persone anziane vulnerabili non cercano attivamente supporto. Costruendo fiducia all'interno della comunità e lavorando a stretto contatto con gli attori locali, CitiSen è in grado di identificare bisogni nascosti e collegare gli individui a risorse appropriate. Questo amplia l'impatto del modello Maison Biloba Huis oltre i suoi utenti diretti, posizionandolo come un'innovazione a livello di quartiere.

Un'altra importante dimensione del modello è la possibilità da parte degli operatori di Biloba di prendere parte al sistema belga di coordinamento multidisciplinare della cura ("concertazione"). Queste riunioni che coinvolgono diversi professionisti (per esempio medici di medicina generale, infermieri, assistenti sociali) e, ove possibile, la persona e la sua famiglia, consentono l'allineamento dei piani di cura e il coordinamento degli interventi socio-sanitari e sanitari. Sebbene non sia esclusivo di Biloba, questo meccanismo è integrato nel modello e ne supporta l'approccio olistico, consentendo agli operatori di valorizzare la loro conoscenza e sensibilità sui residenti con gli altri professionisti.

Nonostante i suoi punti di forza, Maison Biloba opera all'interno di un contesto di policy e di finanziamento complesso e talvolta frammentato. In Belgio, infatti, esiste una separazione tra: i) servizi sanitari (tramite assicurazioni obbligatorie normate a livello federale); ii) servizi socio-sanitari (finanziati da regioni e comunità linguistiche); iii) servizi sociali (di cui sono responsabili i comuni). Le diverse componenti del progetto sono quindi finanziate attraverso schemi differenti: il centro diurno beneficia di un accreditamento stabile, mentre la rete CitiSen e le attività legate all'*housing* dipendono da finanziamenti più precari, basati su progetti. Il finanziamento del ruolo di facilitatore di comunità rimane particolarmente complesso, poiché, come anticipato, non si inserisce facilmente nelle categorie esistenti. Questo genera un'incertezza continua e ri-

chiede uno sforzo costante in termini di raccolta fondi e *advocacy*. I vincoli finanziari mettono inoltre in evidenza una tensione più ampia: mentre il modello è ampiamente riconosciuto come innovativo e di valore, attirando l'attenzione di decisori politici, ricercatori e visitatori internazionali, fatica a ottenere le risorse relativamente modeste necessarie per stabilizzare e scalare le sue funzioni principali. Questo riflette un disallineamento tra la capacità del sistema di riconoscere l'innovazione e la sua capacità di sostenerla strutturalmente.

Questa sfida non è solo finanziaria o istituzionale, ma anche simbolica e culturale. Man mano che l'iniziativa si è sviluppata attraverso tre componenti interconnesse (housing, centro diurno e rete di outreach) è diventato sempre più chiaro che la sua natura integrata non è sempre facilmente visibile o comprensibile dall'esterno. La necessità di creare un nuovo logo unificato e un'identità comunicativa è stata identificata come un modo per rendere più esplicite le connessioni tra questi componenti. Questo riflette un problema più ampio affrontato dai modelli ibridi che attraversano diverse aree di intervento: difficoltà nel posizionarsi all'interno di categorie consolidate, sia in termini di riconoscimento politico sia di percezione pubblica.

Nel complesso, Maison Biloba rappresenta un modello altamente integrato e community-driven che ridefinisce la relazione tra housing, cura e vita sociale. La sua innovazione non risiede in un singolo componente, ma nel modo in cui più elementi sono combinati in un ecosistema coerente che risponde alle complesse realtà dell'invecchiamento in contesti urbani. Affrontando non solo i bisogni fisici e di cura, ma anche le dimensioni sociali, culturali e relazionali, il modello offre spunti rilevanti su come le città possano supportare le popolazioni che invecchiano in modo più inclusivo e sostenibile.

4.2.2.1 I punti chiave del caso

La Tabella 4.4 mostra una sintesi degli elementi che caratterizzano il caso studio, distinguendo tra elementi di strategia di servizio, elementi di gestione del servizio ed elementi di apprendimento su come innovare.

Tabella 4.4 Sintesi schematica del caso Maison Biloba

STRATEGIA DI SERVIZIO	
Innovatività del servizio e proposta di valore	<p>Dal punto di vista del provider:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integrazione di housing, cura e supporto comunitario • Creazione di un nuovo ruolo professionale (il facilitatore di comunità) • Approccio fortemente basato sul quartiere • Sviluppo flessibile, bottom-up <p>Dal punto di vista degli utenti (residenti):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Senso di appartenenza e comunità • Possibilità di rimanere nel proprio quartiere ("ageing in pace")

	<ul style="list-style-type: none"> • Empowerment attraverso la partecipazione • Accesso sia a supporto formale (servizi) sia informale (comunità)
Utenti target e bisogni	<p>Utenti target (sia residenti sia abitanti del quartiere più ampio) sono persone anziane (60+ e loro caregiver) con buona autonomia residua all'accesso, che sperimentano isolamento sociale e/o vulnerabilità economica, spesso con esperienza migratoria.</p> <p>Bisogni principali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Isolamento sociale e solitudine • Accesso a soluzioni abitative adeguate a prezzi accessibili • Inclusione culturale e sociale • Accesso a servizi e informazioni • Mantenimento dell'autonomia in ambienti familiari
Sostenibilità economica	<p>Capex:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acquisizione dell'edificio tramite cooperativa • Ristrutturazione finanziata dall'housing sociale pubblico <p>Opex:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personale (in particolare assistenti sociali) • Attività e programmi comunitari <p>Ricavi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centro diurno: accreditamento pubblico stabile (IRIScare, Regione di Bruxelles) • CitiSen: finanziamento a progetto (pluriennale) • Housing: supporto comunale per case management (~€10.000/anno) + mantenimento della struttura coperta da SLRB (ente responsabile dell'housing del governo regionale) • Piccoli contributi aggiuntivi degli utenti per attività ricreative esterne e raccolta fondi
Partner, governance e collegamenti con servizi territoriali	<p>Attori principali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cooperativa (soci: realtà del terzo settore, struttura medica, individui privati) • Società pubblica di housing sociale SLRB • Comune (e servizi sociali pubblici) • Organizzazione non profit erogatrice di servizi • Volontari e attori della comunità <p>Governance e allineamento degli incentivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Governance ibrida e multilivello • Accordi formali + forte collaborazione informale • Missione condivisa tra gli attori, ma finanziamento frammentato <p>Relazione con i servizi territoriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integrato nel sistema locale di servizi sociali e di cura (anche tramite ruolo nella "concertazione" dei casi di assistenza) • Nessun contratto esclusivo con fornitori sanitari
Contesto normativo e di policy	<p>Opera all'interno del sistema belga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frammentazione tra servizi sanitari e sociali • Difficoltà nel riconoscere e finanziare ruoli innovativi • Dipendenza da finanziamenti pilota/basati su progetti per l'innovazione

GESTIONE DEL SERVIZIO	
Componenti di servizio core e periferiche	<p>Core:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Housing basato su facilitazione sociale e coordinamento • Attività del centro diurno per costruzione di comunità • Outreach e orientamento ai servizi tramite CitiSen <p>Periferiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attività culturali e ricreative • Reti di cura informali • Coordinamento multidisciplinare (“concertation”)
Processi e procedure	<p>Forte focus sulle dinamiche comunitarie e sulla gestione della coabitazione</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selezione dei residenti allineati ai valori del progetto, basata sui loro bisogni • Riunioni mensili dei residenti e pianificazione partecipativa • Interazione informale continua e mediazione
Personale, ruoli e competenze	<p>Nuovo ruolo di “facilitatore di comunità” (attenzione al suo riconoscimento e sostenibilità). Competenze chiave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Competenze relazionali e di mediazione • Comprensione multidisciplinare • Flessibilità e creatività • Sensibilità culturale <p>Modello formativo basato su apprendimento sul campo, più che tramite percorso formativo formale.</p>
Logistica e layout	<p>Il layout supporta l’interazione sociale e vita comunitaria e garantisce l’accessibilità degli spazi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 15 unità abitative e spazi condivisi (sala, cortile) • Centro diurno, aperto al pubblico, integrato nello stesso edificio • Forte capillarità con il quartiere
Accesso e comunicazione	<p>Processo di accesso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selezione dei residenti in collaborazione con attori dell’housing sociale e assistenti sociali • Accesso libero al centro diurno e a CitiSen <p>Comunicazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forte ricorso a storytelling e testimonianze • Outreach locale e reti informali
COME INNOVARE	
Fattori abilitanti	<p>L’innovazione è emersa attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attenzione ai bisogni del territorio tramite coinvolgimento della comunità • Forti partnership locali e costruzione di visione condivisa • Separazione ma coordinamento tra gestione immobiliare e sociale (superamento del modello “housing passivo”) • Accettazione della dimensione sperimentale, sviluppo iterativo e adattività continua • Creazione di nuovi ruoli professionali

	<ul style="list-style-type: none"> • Riorientamento nella gestione dei finanziamenti (da logica basata su vincoli di bilancio a programmazione guidata dagli obiettivi) • Rafforzamento dell'identità del progetto, tramite advocacy per tradurre il modello in categorie comprensibili alle policy e storytelling per esplicitare il valore prodotto per gli utenti e la comunità
Barriere e sfide	<ul style="list-style-type: none"> • Contesto di policy e di finanziamento frammentati • Difficoltà nel finanziare nuovi ruoli, instabilità finanziaria • Rischio di sovraccarico del personale • Difficoltà nel posizionare modelli ibridi, che attraversano diverse aree di intervento

Fonte: Elaborazione degli autori

4.2.3 *Trygghetsboende: senior housing leggero per persone over65*

Il Trygghetsboende, spesso tradotto come “housing sicuro”, è un modello abitativo per persone anziane sviluppato all'interno del sistema di edilizia pubblica svedese con l'obiettivo di supportare le persone anziane nel mantenere la propria autonomia il più a lungo possibile. Piuttosto che essere una struttura di cura, consiste in appartamenti ordinari adattati per rispondere ai bisogni legati all'invecchiamento. Il modello è pensato come una soluzione intermedia tra la vita indipendente e l'assistenza istituzionale, consentendo alle persone di posticipare l'ingresso in strutture residenziali, pur beneficiando di un ambiente più adatto e supportivo.

L'idea alla base del Trygghetsboende è relativamente semplice: offrire un'abitazione accessibile combinata con un supporto sociale leggero, senza trasformare il contesto abitativo in un ambiente di cura. Gli appartamenti sono progettati o adattati per garantire l'accessibilità fisica, includendo elementi come assenza di barriere architettoniche, bagni più ampi per consentire l'uso di ausili o l'assistenza da parte di operatori, e configurazioni più sicure della cucina. Ulteriori dispositivi di sicurezza, come sistemi di spegnimento automatico dei fornelli, rilevatori di fumo e strumenti per la prevenzione degli incidenti, sono integrati per ridurre i rischi associati all'età avanzata.

Oltre all'accessibilità fisica, il modello include anche una componente sociale. Ogni contesto di Trygghetsboende è supportato dalla presenza di una figura di riferimento (housing host), il cui ruolo è facilitare l'interazione tra i residenti e organizzare attività come pasti condivisi, momenti di socializzazione, escursioni e altre iniziative comunitarie. L'obiettivo è creare opportunità di incontro, relazione e costruzione di legami, affrontando così una delle principali criticità legate all'invecchiamento: la solitudine. Allo stesso tempo, il Trygghetsboende non è concepito come un modello di cura. I residenti sono tenuti a gestire in autonomia le attività quotidiane, come cucinare, curare la propria persona e gestire la casa. Quando emergono bisogni assistenziali, questi vengono

affrontati attraverso i servizi di assistenza domiciliare municipale, che operano separatamente dal modello abitativo. Questa separazione riflette la struttura del sistema di welfare svedese, in cui abitare e cura sono istituzionalmente distinti, anche se nella pratica spesso si sovrappongono.

In teoria, il modello è pensato per persone anziane ancora relativamente autonome, che iniziano a sperimentare una riduzione della mobilità o i primi segnali di fragilità, ma che sono ancora in grado di vivere in modo indipendente. Nella pratica, tuttavia, emerge una criticità rilevante: molti residenti accedono al Trygghetsboende troppo tardi. Invece di trasferirsi quando sono ancora attivi e socialmente coinvolti, tendono a farlo quando le loro condizioni di salute sono già significativamente compromesse. Questo disallineamento tra il target previsto e la popolazione effettiva ha conseguenze importanti sul funzionamento del modello. Uno degli effetti più evidenti è la scarsa partecipazione alle attività sociali. Sebbene l'housing host organizzi una varietà di iniziative, molti residenti risultano troppo fragili o poco motivati per partecipare. In alcuni casi, il Trygghetsboende viene percepito come un'alternativa alla RSA e ci si aspetta un livello di assistenza che il modello non è progettato per offrire. Di conseguenza, la dimensione sociale, che rappresenta l'elemento più innovativo del modello, rimane spesso sottoutilizzata. Questa situazione incide anche sul ruolo del personale. Formalmente, l'housing host è responsabile delle attività sociali e del supporto leggero, ma non dell'assistenza. Nella pratica, tuttavia, i confini del ruolo tendono a sfumarsi. Il personale si trova frequentemente a rispondere a una varietà di bisogni, dall'aiuto nell'uso degli strumenti digitali all'identificazione di situazioni di vulnerabilità, come malnutrizione, declino cognitivo o condizioni abitative non sicure. Pur non essendo autorizzato a intervenire direttamente sul piano assistenziale, spesso agisce come intermediario, contattando familiari o servizi municipali quando emergono criticità. Questo genera una "zona grigia" in cui il personale opera tra responsabilità formali e interventi informali.

Un'altra criticità rilevante riguarda la comunicazione e l'accesso ai servizi, in particolare nei contesti con una forte presenza di residenti con background migratorio. Le barriere linguistiche, la limitata conoscenza del sistema di welfare e le differenze culturali possono rendere difficile l'accesso ai servizi disponibili. In alcuni casi, le persone ritardano la richiesta di assistenza domiciliare o non riescono a esprimere adeguatamente i propri bisogni, con conseguente peggioramento graduale delle condizioni. Il personale abitativo intercetta spesso queste situazioni e cerca di intervenire, ma la sua capacità di azione è limitata sia da vincoli normativi sia dal perimetro del ruolo.

Dal punto di vista organizzativo, il Trygghetsboende presenta inoltre caratteristiche molto diverse rispetto a modelli più integrati, come quelli di co-housing. Gli appartamenti sono spesso distribuiti su più edifici e quartieri, anziché concentrati in un'unica struttura. Questa dispersione spaziale rende più

difficile costruire un forte senso di comunità e mantenere un'interazione continua tra i residenti. Di conseguenza, anche il personale opera su più sedi, riducendo la possibilità di osservare e coinvolgere quotidianamente le persone.

Nonostante queste criticità, il modello presenta anche elementi positivi rilevanti. Offre alle persone anziane un'abitazione più adatta alle loro esigenze, riducendo i rischi fisici e consentendo una maggiore permanenza in autonomia. Alcuni dispositivi di sicurezza, come i sistemi di controllo dei fornelli, si sono dimostrati particolarmente efficaci nella prevenzione degli incidenti. Per una parte dei residenti, inoltre, la presenza di attività sociali e di una figura di riferimento rappresenta una risorsa significativa, anche se il livello di partecipazione varia.

Nel complesso, il Trygghetsboende mette in evidenza sia il potenziale sia i limiti delle soluzioni abitative per le popolazioni anziane. Da un lato, dimostra che interventi relativamente semplici (come l'adattamento degli spazi e l'introduzione di una componente sociale) possono contribuire a prolungare la vita indipendente. Dall'altro, evidenzia come l'infrastruttura fisica, da sola, non sia sufficiente a rispondere a bisogni complessi di natura sociale e assistenziale. Il momento di ingresso nel servizio, l'attivazione delle dinamiche comunitarie e l'integrazione con il sistema di welfare sono elementi determinanti per il successo del modello.

In questo senso, il Trygghetsboende può essere interpretato come un modello di transizione, che riflette le sfide più ampie che i sistemi di welfare affrontano nel rispondere ai cambiamenti demografici. Pur rappresentando un passo verso approcci più preventivi e orientati alla comunità, la sua implementazione evidenzia le difficoltà nel passare da sistemi reattivi, centrati sulla cura, a modelli più proattivi e socialmente integrati.

4.2.3.1 I punti chiave del caso

La Tabella 4.5 mostra una sintesi degli elementi che caratterizzano il caso studio, distinguendo tra elementi di strategia di servizio, elementi di gestione del servizio ed elementi di apprendimento su come innovare.

Tabella 4.5 Sintesi schematica del caso Trygghetsboende

STRATEGIA DI SERVIZIO	
Innovatività del servizio e proposta di valore	<p>Dal punto di vista del provider:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Offre una soluzione abitativa preventiva all'interno del sistema di welfare • Estende il <i>continuum</i> tra casa e struttura residenziale • Si concentra su: i) Accessibilità; ii) Sicurezza; iii) Attivazione sociale <p>Dal punto di vista degli utenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valore atteso: i) Abitazione sicura; ii) Opportunità di socializzazione

	<ul style="list-style-type: none"> • Valore percepito: i) Talvolta assimilato a una “RSA leggera”; ii) Aspettative orientate ai servizi di cura
Utenti target e bisogni	<p>Utenti target sono persone anziane (65+) con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ridotta mobilità • Fragilità iniziale • Rischio di isolamento sociale <p>Gli utenti reali (nella pratica) sono spesso più anziani e più fragili del previsto, talvolta con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Declino cognitivo • Bisogni assistenziali elevati <p>Bisogni principali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abitazione sicura e accessibile • Mantenimento dell'autonomia • Socialità e compagnia • Transizione graduale verso servizi di cura
Sostenibilità economica	<p>Capex:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ristrutturazione e adattamento di appartamenti esistenti • Adeguamenti per l'accessibilità <p>Opex:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costi di struttura • Costi aggiuntivi per housing host (funzione sociale) <p>Ricavi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Canoni di affitto pagati dagli inquilini, allineati al mercato locale <p>In sintesi, il modello è sostenibile economicamente all'interno dell'edilizia pubblica.</p>
Partner, governance e collegamenti con servizi territoriali	<p>Attori principali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Società municipale di housing (provider) • Comune (politiche e servizi di cura) • Residenti e famiglie <p>Governance:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestione affidata al provider abitativo • Servizi di cura gestiti separatamente dal comune <p>Allineamento degli incentivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Provider: realizzare la missione sociale • Comune: ridurre la pressione sulle strutture residenziali • Residenti: accesso a un'abitazione adeguata <p>Relazione con servizi tradizionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forte integrazione con: • Assistenza domiciliare municipale • Abitazione e cura sono: • Separate formalmente • Connesse in modo informale
Contesto normativo e di policy	<p>Il modello riflette la struttura del sistema di welfare svedese, con alcuni vincoli normativi precisi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Separazione chiara tra abitare e cura, quindi i provider abitativi non possono fornire servizi di cura • Il Comune è responsabile dell'assistenza <p>Questo limita l'integrazione tra servizi abitativi e di assistenza.</p>

GESTIONE DEL SERVIZIO	
Componenti di servizio core e periferiche	<p>Elementi core:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abitazioni accessibili (anche dislocate in più edifici) • Attività sociali • Ruolo dell'housing host <p>Elementi periferici e tecnologici:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tecnologie di sicurezza, quali dispositivi per i fornelli e sistemi antincendio, ma assenza di tecnologie digitali avanzate
Processi e procedure	<p>Accesso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Basato principalmente sul criterio anagrafico (65+) • Assenza di selezione su motivazione o caratteristiche sociali <p>Attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizzate regolarmente (incontri, pasti, uscite) • Monitoraggio informale delle condizioni dei residenti • Segnalazione ai servizi pubblici quando necessario • Adattamento e aggiornamento degli appartamenti quando liberi
Personale, ruoli e competenze	<p>Figura chiave: housing host</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizza attività • Offre supporto leggero • Punto di riferimento per i residenti • Supporta i residenti nell'accesso ad altri servizi <p>Competenze richieste:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacità relazionali • Coinvolgimento degli utenti • Problem-solving pratico <p>Nella pratica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il ruolo si estende oltre il mandato formale • Include coordinamento informale con i servizi
Logistica e layout	<p>Struttura fisica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appartamenti privati distribuiti in più edifici • Spazi condivisi (cucine, sale attività) <p>Caratteristiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forte attenzione all'accessibilità • Dispersione spaziale, non sempre concentrati in comunità
Accesso e comunicazione	<p>Accesso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Basato principalmente sull'età • Nessuna selezione approfondita <p>Comunicazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interazione diretta con il personale • Uso di telefono e strumenti digitali di base <p>Criticità emerse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esclusione digitale • Barriere linguistiche
COME INNOVARE	
Fattori abilitanti	<p>Innovazione coerente alle policy esistenti e non bottom-up, focus su:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adattamento fisico • Supporto sociale leggero

	Innovazione facilitata da: <ul style="list-style-type: none"> • Sistema di welfare sviluppato • Già presenti servizi di assistenza domiciliare • Domanda crescente di housing per persone anziane • Disponibilità di patrimonio edilizio esistente • Ruoli pubblici chiari
Barriere e sfide	<ul style="list-style-type: none"> • Disallineamento tra target previsto e utenti reali • Ingresso tardivo (residenti già fragili) • Bassa partecipazione alle attività sociali • Debole costruzione della comunità (dispersione spaziale) • Barriere linguistiche e culturali • Separazione tra sistema abitativo e sistema di cura • Ambiguità nei ruoli del personale

Fonte: Elaborazione degli autori

4.2.4 *Thuisplusflats: social living per persone anziane con servizi di cura*

Il sistema olandese di assistenza si basa su una struttura di governance multilivello, in cui le responsabilità sono suddivise tra tre principali quadri normativi: il sostegno sociale comunale (WMO), l'assicurazione sanitaria nazionale (ZVW) e l'assistenza socio-sanitaria per la non autosufficienza (WLZ). Sebbene formalmente questo sistema promuova l'invecchiamento attivo a domicilio, in pratica ha storicamente generato una frammentazione tra servizi, fornitori e fonti di finanziamento. Il caso di innovazione qui descritto nasce proprio in risposta a questa frammentazione, colmando al contempo una lacuna strutturale del sistema: il modello rappresenta una soluzione intermedia tra la vita completamente indipendente a casa e le strutture residenziali di assistenza socio-sanitaria, pensata per conciliare l'autonomia con l'accessibilità al supporto. Anziché introdurre nuovi servizi che avrebbero richiesto riforme legislative, il Comune di Rotterdam ha promosso un migliore coordinamento tra i servizi nei complessi di edilizia residenziale per persone anziane all'interno del quadro normativo esistente, creando un ecosistema coordinato attorno alle persone anziane residenti. In questo senso, può essere inteso come una forma di "integrazione morbida", realizzata entro i limiti normativi e istituzionali esistenti, governando le interdipendenze in essere e promuovendo sinergie tra attori.

L'innovazione fondamentale del modello *Thuisplusflats* risiede, infatti, nella collaborazione tra fornitori di servizi abitativi e fornitori di servizi assistenziali. Questa partnership, che prevede per ogni complesso gestito da un gestore di edilizia sociale la presenza di un solo gestore di servizi assistenziali, mira a superare la tradizionale frammentazione dell'erogazione dei servizi, garantendo la continuità nell'erogazione di diverse tipologie di assistenza, dal supporto sociale all'assistenza medica, all'interno dello stesso complesso. Infatti, il fornitore di servizi assistenziali deve essere accreditato per operare nei tre diversi

ambiti normativi, secondo gli schemi tradizionali, consentendo ai diversi residenti di un complesso di ricevere le varie tipologie di supporto in maniera sinergica. Questo modello aumenta la riconoscibilità, facilita la comunicazione e migliora la reattività, soprattutto nel contesto di carenza di personale e di aumento delle esigenze assistenziali, promuovendo “economie di scala” nella gestione dell’assistenza domiciliare. Allo stesso tempo, rimane compatibile con i requisiti di legge in materia di libertà di scelta dell’utente (principio cardine del sistema olandese), offrendo ai residenti la possibilità di rinunciare al servizio tramite accordi alternativi.

Il modello *Thuisplusflats* si basa essenzialmente su complessi di edilizia sociale preesistenti (a oggi circa 20 complessi aderiscono a questo nuovo modello promosso dal Comune di Rotterdam), generalmente di dimensioni superiori alle 80 unità abitative e strategicamente posizionati per favorire l’indipendenza (per esempio, la vicinanza ai trasporti pubblici e ai servizi essenziali). Un elemento distintivo è la presenza di ampi spazi comuni condivisi, che fungono da centri di interazione sociale, attività e accesso facilitato ai servizi di supporto. Questi spazi non sono meramente accessori, ma centrali per il funzionamento del modello, in quanto promuovono sia la costruzione della comunità sia gli interventi di prevenzione. Infatti, prevenzione e partecipazione sociale sono i pilastri centrali del modello. Un’ampia gamma di attività, come esercizio fisico, corsi di prevenzione delle cadute, sessioni di alfabetizzazione digitale e pasti comunitari, vengono organizzate regolarmente. Queste iniziative perseguono molteplici obiettivi: mantenere le capacità fisiche e cognitive, ridurre la solitudine e rafforzare le reti di supporto informali tra i residenti. È importante sottolineare che la partecipazione non è concepita come un servizio imposto dall’alto, ma come un processo di co-creazione. I residenti sono incoraggiati ad assumere un ruolo attivo nell’organizzazione e nella gestione delle attività, con i professionisti che agiscono da facilitatori piuttosto che da organizzatori. Allo stesso tempo, l’esperienza dimostra che attivare la partecipazione richiede un impegno costante. La formazione della comunità non avviene spontaneamente: questo spesso richiede un’attiva di facilitazione, la mediazione dei conflitti e, in alcuni casi, la riorganizzazione degli usi informali degli spazi per garantire una maggiore accessibilità e inclusione.

Per questo, è fondamentale la creazione di team multidisciplinari in loco che integrino competenze relative alla salute, al benessere e alla gestione degli alloggi. Questi team consentono l’individuazione precoce dei bisogni emergenti e promuovono un approccio proattivo all’assistenza. Invece di intervenire solo quando i problemi diventano acuti, il personale coinvolge i residenti attraverso contatti regolari, interazioni informali e attività strutturate. Questa vicinanza permette un monitoraggio continuo e abbassa la “soglia di allarme” per le richieste di aiuto. In questo senso, un elemento distintivo è l’integrazione di servizi

sanitari all'interno del contesto residenziale. Per esempio, gli orari di consultazione regolari con l'infermiere di quartiere (equivalente all'infermiere di comunità) offrono l'opportunità di effettuare controlli preventivi e ricevere consigli informali. Queste interazioni contribuiscono a costruire un rapporto di fiducia e a consentire l'individuazione precoce di problemi di salute, riducendo così la probabilità di interventi tardivi più invasivi. È importante sottolineare che l'individuazione precoce non è limitata agli operatori sanitari: anche il personale addetto all'assistenza tutelare e altri operatori non sanitari (come il personale addetto alla gestione dello stabile) sono coinvolti nel riconoscimento dei segnali di vulnerabilità, contribuendo a un modello di assistenza più distribuito e preventivo. Rispetto a questo, la tecnologia, come le app per la comunicazione per i residenti e gli strumenti di monitoraggio adottati delle attività svolte dallo staff, supporta ulteriormente il coordinamento e il coinvolgimento del personale, pur rimanendo un elemento complementare piuttosto che centrale. Inoltre, il modello introduce nuove figure professionali, i "coordinatori di comunità", che fungono da collegamento tra i residenti, i fornitori di servizi e altri stakeholder esterni presenti nel quartiere (come associazioni o scuole). Queste figure sono cruciali per attivare la partecipazione, individuare le necessità e capacità individuali (sia in termini di bisogni di assistenza sia di risorse per la comunità) e garantire che la comunità rimanga dinamica e inclusiva. In alcuni casi, vengono utilizzati strumenti per mappare le capacità dei residenti e la loro disponibilità a contribuire, favorendo un equilibrio tra chi ha bisogno di aiuto e chi può offrirlo e promuovere così mutuo-aiuto e partecipazione tra i residenti.

Effettivamente, la composizione della popolazione residente è un elemento strategico da governare per preservare la natura del modello. Un mix equilibrato di individui con diversi livelli di bisogno, incluse persone anziane senza alcuna necessità di assistenza, è essenziale per evitare che la struttura si trasformi di fatto in una RSA e per sostenere dinamiche di mutuo supporto. Tuttavia, non è stato definito un mix ottimale fisso; questo equilibrio viene invece continuamente negoziato tra gli operatori del settore abitativo e assistenziale, spesso attraverso regolari riunioni di coordinamento. I diversi soggetti coinvolti possono avere incentivi parzialmente divergenti: mentre i gestori di housing sociale mirano a preservare l'attrattiva dell'ambiente evitando la percezione stigmatizzante della residenzialità socio-sanitaria, i fornitori di servizi assistenziali potrebbero trarre vantaggio da un maggior numero di assistiti a elevata intensità. Rispetto a questo, il Comune di Rotterdam garantisce incentivi economici ai gestori per promuovere un equilibrio nella composizione dei residenti nel tempo.

Per il resto, dal punto di vista finanziario, il modello si basa principalmente sulla combinazione di flussi di finanziamento esistenti (cioè legati agli usuali schemi normativi per i servizi sociali, assistenziali, sanitari e abitativi) e solo in parte su finanziamenti dedicati promossi dal Comune tramite contratti

pluriennali. Questo budget forfettario offre flessibilità ai fornitori nell'organizzazione dei servizi, integrato da incentivi condizionali legati a criteri di performance quali la composizione della popolazione residente e l'efficienza del coordinamento. Se da un lato questo approccio incoraggia l'innovazione e l'adattabilità, dall'altro rivela anche tensioni strutturali all'interno del sistema più ampio. In particolare, il modello può aumentare i costi per i comuni, prolungando l'utilizzo di servizi a bassa intensità finanziati localmente, e generando al contempo risparmi per livelli di assistenza più elevati finanziati da altri soggetti. Questo disallineamento tra costi e benefici rappresenta un ostacolo significativo alla scalabilità e ha spinto a chiedere modifiche a livello nazionale.

Inoltre, l'implementazione del modello non è stata priva di difficoltà. Stabilire una collaborazione efficace tra le organizzazioni che si occupano di housing sociale e di assistenza richiede tempo e negoziati significativi, soprattutto quando questi attori hanno logiche e incentivi istituzionali differenti. Nella pratica, gran parte di questa collaborazione rimane informale, basandosi su relazioni e interessi condivisi. Vincoli legali, come le normative sulla libertà di scelta dei fornitori e le limitazioni alla condivisione dei dati legate alla privacy, possono ulteriormente complicare il coordinamento. Internamente, inoltre, sia il personale sia i residenti possono inizialmente opporre resistenza ai cambiamenti, in particolare quando questi modificano routine o ruoli consolidati. Infine, l'implementazione iniziale durante la pandemia di COVID-19 ha aggiunto ulteriore complessità, limitando le opportunità di coinvolgimento diretto e richiedendo strategie di comunicazione alternative.

Nonostante queste difficoltà, il modello ha dimostrato numerosi vantaggi. Migliora l'accessibilità e la continuità delle cure, supporta gli approcci preventivi e rafforza la coesione sociale tra i residenti. Integrando l'assistenza in un ambiente di vita familiare, riduce la percezione di una netta distinzione tra indipendenza e dipendenza, consentendo alle persone di passare più agevolmente da un tipo di assistenza all'altra man mano che le loro esigenze si evolvono. Allo stesso tempo, contribuisce alla sostenibilità della forza lavoro nei servizi di cura e assistenza: riducendo i tempi di spostamento, si liberano tempo e risorse per favorire il lavoro di squadra, la creazione di ruoli più flessibili e che valorizzano l'apporto professionale per tutto il personale. Ciò è particolarmente rilevante se si considera che, anche all'interno di un unico ente erogatore di servizi, i professionisti che operano nei regimi WMO, ZVW e WLZ non collaborano necessariamente in modo automatico. In questo senso, il modello Thuisplusflat promuove attivamente il coordinamento interno e il lavoro di équipe. Nel complesso, queste dinamiche contribuiscono a migliorare la soddisfazione professionale e a ridurre il turnover.

Nel complesso, questo caso illustra come l'innovazione nel settore LTC possa emergere non dalla creazione di nuovi servizi, bensì dalla riconfigurazione

di quelli esistenti secondo principi di integrazione e prossimità. Il modello sottolinea l'importanza dei meccanismi di coordinamento, degli assetti di governance, degli equilibri negoziati tra le parti interessate e del coinvolgimento attivo dei residenti nell'affrontare i bisogni complessi e in continua evoluzione della popolazione anziana.

4.2.4.1 I punti chiave del caso

La Tabella 4.6 mostra una sintesi degli elementi che caratterizzano il caso studio, distinguendo tra elementi di strategia di servizio, elementi di gestione del servizio ed elementi di apprendimento su come innovare.

Tabella 4.6 Sintesi schematica del caso Thuisplusflats

STRATEGIA DI SERVIZIO	
Innovatività del servizio e proposta di valore	<p>Modello intermedio tra vita indipendente e strutture residenziali socio-sanitarie tramite supporto al domicilio e attività all'interno di complessi di edilizia sociale. L'innovazione consiste in:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Per il sistema, riorganizzazione di servizi esistenti (non nuovi servizi), per integrare a valle sistemi frammentati • Per gli utenti, accesso semplice e a bassa soglia ai servizi di assistenza domiciliare e alle attività di prevenzione e socializzazione
Utenti target e bisogni	<p>Il target principale sono persone anziane (generalmente 65+) con reddito medio o basso e che presentano necessità di assistenza a intensità variabile (se alcuna), promuovendo il concetto di "ageing in place". Il modello consente di affrontare bisogni di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevenzione, socializzazione e mantenimento dell'autonomia • Individuazione precoce della fragilità • Accesso semplice e flessibile a servizi di cura e assistenza
Sostenibilità economica	<p>Capex:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minimo, utilizzo di complessi di residenzialità sociale già esistenti (housing company) <p>Opex:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manutenzione dei complessi (costo standard per housing company) • Personale assistenziale, di cura e community manager (provider di servizi) <p>Ricavi:</p> <p>La sostenibilità economica è basata su fonti di finanziamento esistenti (senza fondi strutturali aggiuntivi):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistenza sociale e tutelare comunale finanziata da WMO • Assistenza sanitaria e socio-sanitaria tramite assicurazioni (ZVW e WLZ) • Affitto calmierato pagato dagli inquilini direttamente all'housing company • In aggiunta: budget forfettario e incentivi economici comunali.

	La sostenibilità complessiva del sistema migliora poiché il modello riduce le inefficienze tramite “economie di scala”, sinergie e ritardando l'ingresso in strutture socio-sanitarie più costose. Nonostante ciò, a fronte di risparmi per il sistema, i costi aumentano per i comuni, responsabili dell'assistenza sociale e tutelare
Partner, governance e collegamenti con servizi territoriali	Attori principali: <ul style="list-style-type: none"> • Comune (promotore) • Enti gestori dell'edilizia (housing company) • Fornitore di servizi di cura (unico “preferred provider” per complesso) Modello di governance e incentivi: <ul style="list-style-type: none"> • Partnership tra gestori di servizi abitativi e assistenziali • Il Comune è l'ente committente e orienta attivamente l'erogazione dei servizi attraverso la contrattualizzazione, il monitoraggio delle performance e l'utilizzo di KPI Forte integrazione territoriale: <ul style="list-style-type: none"> • Collegamenti con servizi e attività del quartiere (come associazioni e scuole)
Contesto normativo e di policy	Nessuna riforma normativa necessaria, ma adattamenti chiave: <ul style="list-style-type: none"> • Introduzione del “fornitore preferito” entro i limiti legali • Possibilità di <i>opt-out</i> per gli utenti • Ricomposizione dei finanziamenti frammentati
GESTIONE DEL SERVIZIO	
Componenti di servizio core e periferiche	Componenti core: <ul style="list-style-type: none"> • Integrazione dei servizi (abitativi, sociali, sanitari e LTC) • Team multidisciplinare in loco • Attività regolari (salute, prevenzione, socialità) • Coordinamento della comunità Componenti periferiche: <ul style="list-style-type: none"> • Tecnologie digitali (app di coordinamento e teleassistenza) • Attività gestite da volontari e iniziative di quartiere
Processi e procedure	Accesso e onboarding: <ul style="list-style-type: none"> • Assegnazione tramite sistemi di edilizia sociale o segnalazione da parte degli infermieri di comunità • Valutazione iniziale dei bisogni e delle capacità • Valutazioni periodiche formali e quotidiani informali Processi operativi: <ul style="list-style-type: none"> • Riunioni periodiche di coordinamento tra personale assistenziale, sanitario e gestore dei complessi • Monitoraggio continuo e prevenzione “diffusa” • Co-progettazione delle attività con i residenti
Personale, ruoli e competenze	Ruoli principali: <ul style="list-style-type: none"> • Community manager (provider servizi) • Professionisti sanitari (provider servizi) • Operatori socio-assistenziali (provider servizi) • Personale manutentore (housing company) • Policy advisor e contract manager (Comune)

	<p>Competenze:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavoro interdisciplinare e coordinamento tra operatori • Capacità relazionali e di facilitazione della comunità • Tutto il personale (anche non sanitario) è formato per intercettare fragilità dal contatto quotidiano con i residenti
Logistica e layout	<p>Edifici esistenti di edilizia sociale (≥80 unità abitative, spesso 200+).</p> <p>Requisiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vicinanza a trasporto pubblico e servizi (≤500 m) • Spazi comuni condivisi <p>Criticità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestione inclusiva degli spazi • Riorganizzazione degli usi preesistenti
Accesso e comunicazione	<p>Accesso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tramite graduatorie dell'edilizia sociale • Con margini di priorità per bisogni specifici <p>Comunicazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interazione diretta e passa-parola (principale) • Materiali informativi cartacei • Strumenti digitali sempre più diffusi per aprirsi alla comunità del quartiere (app di quartiere)
COME INNOVARE	
Fattori abilitanti	<ul style="list-style-type: none"> • Forte leadership pubblica (Comune) • Innovazione di processo, non di prodotto (non è stato necessario modificare la normativa) • Coerenza con la priorità nazionale "ageing in place" • Incentivi per i provider: i) Efficienza; ii) Posizionamento; iii) Migliori condizioni di lavoro per i professionisti • Coinvolgimento attivo dei residenti
Barriere e sfide	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivi disallineati tra gestori di servizi abitativi (preferenza per minore intensità assistenziale per evitare effetto "RSA") e gestori di servizi assistenziali (preferenza per maggiore intensità assistenziale per maggiore remunerazione) • Limiti nella condivisione dei dati (privacy) tra gestori dei servizi abitativi e gestori dei servizi assistenziali • Scalabilità a rischio per l'aumento dei costi per i comuni, a fronte di una riduzione dei costi complessivi di sistema

Fonte: Elaborazione degli autori

4.2.5 Home with Care: senior living per persone anziane con servizi di cura

Anche il modello Home with Care sviluppato da Fold Housing rappresenta una risposta innovativa alla crescente esigenza di soluzioni flessibili di assistenza che si pongono a metà strada tra supporto domiciliare (spesso però insufficiente) e il ricovero in una struttura socio-sanitaria (con conseguenti elevati costi per il sistema).

L'approccio si basa sull'idea che le persone anziane traggano beneficio dal vivere in ambienti domestici non clinici che promuovano l'autonomia, la dignità e la socializzazione, garantendo al contempo l'accesso a un'assistenza continua, ma flessibile. Il modello si rivolge a persone che non necessitano di assistenza ad alta intensità tipica delle strutture residenziali socio-sanitarie tradizionali, ma che non possono più rimanere in sicurezza nelle proprie abitazioni d'origine. Ciò è dovuto alla progressiva perdita di autonomia, all'aumento delle fragilità e all'insorgenza di deficit cognitivi, che determinano bisogni assistenziali crescenti, spesso non coperti da un numero adeguato di ore di assistenza domiciliare. Nel sistema irlandese, le persone anziane che vivono sole possono ricevere un supporto limitato, spesso brevi visite domiciliari, ma non ricevono servizi tutelari "integrati". Per questo motivo, molte persone anziane sperimentano un peggioramento delle condizioni di vita, isolamento e ricoveri evitabili in strutture socio-sanitarie o sanitarie. Home with Care si basa invece su un concetto di assistenza domiciliare che unisce la cura della persona con l'assistenza domestica, entrambe vitali per un invecchiamento sostenibile a domicilio coerente con un approccio "ageing in place".

Il modello si inserisce in un più ampio cambiamento culturale e politico. Sin dall'inizio degli anni Duemila gli sviluppi normativi relativi alla pianificazione urbana hanno previsto quote di edilizia sociale mista e l'integrazione di alloggi per persone anziane nei nuovi complessi residenziali. Questo ha rappresentato una finestra di opportunità per ideare nuove soluzioni abitative anche per persone anziane. Questi progetti urbanistici a destinazione mista mirano a creare comunità in cui le persone possano passare da una tipologia di alloggio all'altra con l'avanzare dell'età, senza dover lasciare il proprio quartiere. Infatti, molte persone anziane sono restie a trasferirsi in un alloggio seppur più adatto alle proprie esigenze a causa del legame affettivo con il proprio quartiere, delle preoccupazioni relative alla fatica del trasloco o del timore che un alloggio pensato per persone anziane implichi la perdita di indipendenza e autonomia nelle scelte di vita. L'organizzazione ha quindi investito molto in campagne di comunicazione pubblica e di sensibilizzazione come parte integrante della sua strategia a lungo termine, incoraggiando le persone a prendere decisioni proattive in materia di alloggio fin dall'età adulta (intorno ai 55-60 anni).

Fold Housing gestisce due case Home with Care che ospitano 56 residenti ciascuna (112 complessivamente), distribuiti su due piani differenziati in base alle esigenze: le persone affette da demenza (lieve o moderata) risiedono generalmente al piano terra, mentre le persone anziane fragili che necessitano di semplice assistenza per la cura personale o la somministrazione di farmaci occupano il piano superiore. Sebbene il servizio offra assistenza in loco 24 ore su 24, è esplicitamente concepito come un modello di assistenza sociale e tutelare. Infatti, gli interventi clinici e sanitari rimangono di competenza degli ope-

ratori sanitari del territorio e le esigenze mediche vengono affrontate attraverso la collaborazione con i medici di medicina generale, gli infermieri pubblici (equivalenti agli infermieri di comunità), i geriatri e agli altri professionisti esterni già attivi sul territorio. Il personale è formato da professionisti con esperienza nel settore dell'assistenza sociale, piuttosto che clinica. I responsabili delle strutture sono in possesso di lauree in ambito socio-assistenziale e di una formazione manageriale aggiuntiva. I capisquadra e gli operatori socio-sanitari senior hanno qualifiche specifiche nell'assistenza alle persone anziane e tutti gli assistenti completano un corso di formazione di base di livello 5 secondo gli standard QQI. Tutto il personale partecipa a programmi di sviluppo professionale continuo, ricevendo formazione sulla gestione dei farmaci, sulla consapevolezza della demenza, sul primo soccorso, sul controllo delle infezioni, sulla valutazione delle pratiche restrittive e sulla pianificazione dell'assistenza. Questa combinazione di sviluppo strutturato delle competenze e solide capacità interpersonali è alla base dell'approccio "centrato sulla persona", supportato da un elevato rapporto personale-residenti: circa 1:5 per l'assistenza ai pazienti con demenza e 1:10 per le persone anziane fragili. Il personale aggiuntivo comprende addetti alla cucina, al servizio lavanderia e coordinatori delle attività, rafforzando l'atmosfera familiare e orientata alla comunità. Questa intenzionale assenza di personale sanitario interno alla struttura preserva l'atmosfera domestica dell'ambiente e supporta una filosofia assistenziale che privilegia la socializzazione rispetto all'istituzionalizzazione medica. Inoltre, l'assenza di personale sanitario interno, compensata dalla collaborazione con i servizi territoriali, consente di ridurre i costi rispetto a una struttura socio-sanitaria tradizionale.

Proprio rispetto a questo, il modello si è scontrato con il quadro normativo. Poiché in Irlanda non esiste una categoria specifica per questa tipologia di residenze, sussisteva il rischio che fossero applicati gli stessi standard applicati alle residenze socio-sanitarie (*nursing home*), specialmente in termini di dotazione di personale. Fold Housing ha quindi dovuto intraprendere un lungo dialogo con l'ente regolatorio (l'agenzia sanitaria) affinché fosse possibile "adattare" il modello al quadro normativo e non fosse compromessa la natura non clinica. Per questo motivo, quando i bisogni dei residenti superano la soglia della media dipendenza, la normativa obbliga il loro trasferimento in una struttura socio-sanitaria, anche se, in pratica, in molti casi sarebbe possibile rimanere in sicurezza più a lungo nel modello Home with Care.

Il processo di ammissione segue una procedura che coinvolge più attori: il servizio sanitario, le autorità locali e il fornitore della soluzione abitativa (Fold Housing). Quando si libera un posto, la commissione di assegnazione, composta da rappresentanti di tutti e tre gli ambiti, propone dei candidati, spesso provenienti dagli ospedali. Le valutazioni dei bisogni si avvalgono di strumenti strut-

turati, come una versione modificata dell'indice di Barthel (ADL), per confermare l'adeguatezza del collocamento, minimizzare i rischi ed evitare ricoveri ospedalieri non necessari. Una volta ammessi, i residenti partecipano attivamente allo sviluppo di piani di assistenza personalizzati, che documentano preferenze, abitudini, routine desiderate e necessità di supporto. Questi piani di assistenza vengono rivisti ogni tre mesi, con la possibilità di coinvolgere i familiari, garantendo un costante allineamento con le capacità e i desideri del residente in continua evoluzione.

Infatti, il modello pone una forte enfasi sul coinvolgimento, la responsabilizzazione e l'integrazione nella comunità dei residenti e dei loro caregiver. I residenti partecipano alle decisioni sulla vita quotidiana, dai colori delle pareti dei corridoi alla progettazione dei menu dei pasti, e contribuiscono ai processi organizzativi come la revisione di documenti, politiche e piani strategici. I programmi di attività combinano iniziative guidate dal personale, club gestiti dai residenti, esercizi, gite e laboratori tematici tenuti da professionisti esterni. L'ente gestore ricerca attivamente sovvenzioni e partnership per finanziare ulteriori iniziative ricreative e sociali, riconoscendo il ruolo di un coinvolgimento significativo nella prevenzione della dipendenza e nella promozione del benessere.

L'architettura finanziaria del modello si basa su una combinazione di prestiti pubblici per la costruzione di alloggi, accordi di manutenzione a lungo termine allineati con i finanziamenti governativi e contributi dei residenti. Nel modello Home with Care, i residenti pagano una modesta quota settimanale per l'alloggio (110€/settimana) e l'assistenza (70€/settimana), mentre il servizio sanitario copre la maggior parte dei costi del personale assistenziale (645€/settimana). Ciononostante, gran parte dei finanziamenti è fissato su base annuale, creando incertezza e obbligando Fold housing a negoziare i budget ogni anno. In questo senso, i cicli di finanziamento pluriennali sono considerati cruciali per garantire la stabilità e consentire ai fornitori di migliorare le condizioni del personale e investire nell'innovazione.

Guardando al futuro, il fornitore sostiene che lo sviluppo di Home with Care potrebbe alleggerire la pressione sugli ospedali, ridurre l'istituzionalizzazione prematura nelle strutture socio-sanitarie e offrire un *continuum* nel portafogli di servizi più solido. Parallelamente, è necessaria però una riforma normativa per distinguere questo modello dai servizi residenziali socio-sanitari. Senza tali riforme, molte persone anziane continueranno a entrare in RSA (nursing home) non per necessità cliniche, ma per l'assenza di alternative adeguate.

Nel complesso, il modello Home with Care di Fold Housing dimostra il potenziale di un'integrazione tra servizi abitativi sociali, assistenza tutelare e sociale flessibile e responsabilizzazione dei residenti per offrire alternative di va-

lore e sostenibili all'istituzionalizzazione in RSA. Evidenzia inoltre le trasformazioni strutturali (finanziarie, normative, culturali e infrastrutturali) necessarie per rendere tali modelli scalabili e per preparare i sistemi di assistenza all'invecchiamento della popolazione.

4.2.5.1 I punti chiave del caso

La Tabella 4.7 mostra una sintesi degli elementi che caratterizzano il caso studio, distinguendo tra elementi di strategia di servizio, elementi di gestione del servizio ed elementi di apprendimento su come innovare.

Tabella 4.7 Sintesi schematica del caso Home with Care

STRATEGIA DI SERVIZIO	
Innovatività del servizio e proposta di valore	<p>Soluzione intermedia tra l'assistenza domiciliare e la residenzialità socio-sanitaria, colmando una lacuna del sistema grazie a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistenza sociale e tutelare 24 ore su 24, in sinergia con servizi sanitari e socio-sanitari territoriali • Ambiente familiare, evitando l'istituzionalizzazione clinica • Promuove l'autonomia e la responsabilizzazione dei residenti
Utenti target e bisogni	<p>Persone anziane con un livello di dipendenza medio-basso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caratterizzati da fragilità e/o incipit di deficit cognitivi • Individui che non possono vivere in modo completamente indipendente a causa di barriere ambientali o mancanza di supporto informale • Coloro che cercano soluzioni abitative integrate nella comunità del quartiere <p>Inoltre, le persone sono incoraggiate a effettuare una scelta intorno ai 60 anni per massimizzare il benessere a lungo termine e percepire il passaggio a Home with Care in maniera naturale</p>
Sostenibilità economica	<p>Capex:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costruzione di alloggi finanziata tramite prestiti pubblici con accordi di manutenzione a lungo termine. <p>Opex:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personale (manager, team leader, personale assistenziale e di supporto) • Attività socio-ricreative e socio-educative <p>Ricavi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Affitti degli alloggi pagati dai residenti (110€/settimana) • Contributi dei residenti per l'assistenza (70€/settimana) • Finanziamento del servizio sanitario (645€/settimana) <p>La stabilità finanziaria viene indebolita dai bilanci annuali, il che rende necessari cicli di finanziamento pluriennali</p>

<p>Partner, governance e collegamenti con servizi territoriali</p>	<p>Governance multi-attore che coinvolge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fornitore di alloggi (Fold Housing) • Autorità sanitarie • Comune e servizi sociali <p>Integrazione con i servizi territoriali tramite solidi legami con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medici di medicina generale e specialisti • Infermieri pubblici • Organizzazioni comunitarie e volontari, che promuovono l'integrazione all'interno dei quartieri
<p>Contesto normativo e di policy</p>	<p>Il contesto dell'innovazione è complesso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le politiche nazionali si sono orientate verso soluzioni urbanistiche miste, consentendo la realizzazione del concetto di "ageing in place" all'interno dei quartieri 2. Nonostante ciò, la mancanza di una normativa specifica comporta il rischio di dover applicare gli standard della residenzialità socio-sanitaria 3. La promozione del modello ha richiesto investimenti in campagne di advocacy e comunicazione perché venisse compreso il valore per il sistema
<p>GESTIONE DEL SERVIZIO</p>	
<p>Componenti di servizio core e periferiche</p>	<p>Componenti principali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistenza sociale e tutelare 24 ore su 24 • Pianificazione personalizzata dell'assistenza • Attività quotidiane co-progettate <p>Componenti periferiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sostegno e orientamento verso servizi territoriali • Iniziative supportate da volontari ed eventi comunitari
<p>Processi e procedure</p>	<p>Onboarding:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ammissione nel modello è decisa da molteplici attori (ospedali e servizi sociali) • Utilizzo di strumenti strutturati (per esempio, l'indice di Barthel modificato) per la valutazione dei bisogni <p>Piani di assistenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisione trimestrale dei piani di assistenza, con il coinvolgimento del residente e dei familiari • Rigoroso rispetto delle procedure previste dalla normativa, pur mantenendo un'atmosfera familiare
<p>Personale, ruoli e competenze</p>	<p>Personale coinvolto nel modello:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsabili con laurea in ambito socioassistenziale e formazione manageriale • Capisquadra e operatori socio-sanitari senior con qualifiche specialistiche • Assistenti sanitari con formazione QQI di livello 5 in rapporto variabile da 1:5 a 1:10 residenti ogni turno <p>Formazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampia e continua formazione professionale • Particolare attenzione alle competenze trasversali: empatia, comunicazione, trasparenza, co-produzione e lavoro relazionale

Logistica e layout	<p>Due strutture Home with Care per 56 residenti ciascuna:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edifici a due piani: piani terra adatti a persone con demenza; piani superiori per persone anziane fragili • Il progetto privilegia l'accoglienza, l'accessibilità e l'adattabilità, evitando ambienti medicalizzati • Integrati nei quartieri, vicini a negozi, fermate dell'autobus e servizi comunitari
Accesso e comunicazione	<p>Accesso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le ammissioni sono gestite tramite commissioni di assegnazione che riuniscono autorità abitative e sanitarie <p>Comunicazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forte cultura di coinvolgimento dei residenti e di trasparenza, che include co-progettazione e questionari di soddisfazione <p>Promozione del modello:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le continue iniziative di sensibilizzazione pubblica mirano a cambiare la percezione degli alloggi per persone anziane e a incoraggiare una scelta tempestiva di dimensioni adeguate
COME INNOVARE	
Fattori abilitanti	<ul style="list-style-type: none"> • Rapporti trasparenti con gli enti regolatori, i professionisti sanitari e le autorità locali per raccontare il valore del modello innovativo per il concetto di "ageing in place" • Formazione del personale per allineare lo staff alla visione del modello e facilitare la professionalizzazione dell'assistenza tutelare • Collocazione delle strutture nei quartieri per superare la resistenza culturale delle persone anziane a cambiare ambiente
Barriere e sfide	<ul style="list-style-type: none"> • Incoerenza normativa rischia di imporre un adattamento agli standard delle nursing home • I cicli di finanziamento annuali minano la stabilità e la pianificazione a lungo termine • Resistenza culturale al ripensamento della propria abitazione da parte delle persone anziane

Fonte: Elaborazione degli autori

4.2.6 etxeTIC: centro diurno virtuale per persone anziane

Il modello etxeTIC sviluppato dalle autorità provinciali della Biscaglia rappresenta un'innovazione significativa e sistemica nell'organizzazione della LTC, combinando servizi community-based, pianificazione personalizzata della cura e tecnologie digitali per supportare le persone con bisogni di assistenza e i loro caregiver all'interno delle proprie abitazioni. Concepito come parte di una più ampia trasformazione strategica del sistema di cura, il modello mira a superare la tradizionale dicotomia tra assistenza domiciliare e assistenza istituzionale, creando un approccio ibrido, flessibile e scalabile centrato sulla casa come luogo principale di cura.

Al suo centro, etxeTIC è progettato come un servizio pubblico gratuito di supporto domiciliare, rivolto sia alle persone in situazione di dipendenza sia ai loro caregiver principali. Questo doppio focus rappresenta uno degli aspetti più distintivi e trasformativi del modello. Mentre i servizi tradizionali tendono a dare priorità ai bisogni della persona dipendente, spesso trascurando il ruolo e il benessere dei caregiver informali, etxeTIC riconosce esplicitamente l'“ecosistema di cura”, composto dalla persona con bisogno di assistenza e dal caregiver, come unità centrale di intervento. Entrambi i profili sono considerati beneficiari del servizio, con pari attenzione ai loro bisogni, preferenze e benessere. Gli obiettivi complessivi del modello riflettono questa prospettiva sistemica. Il servizio si propone di migliorare la qualità della vita, sia oggettiva sia soggettiva, delle persone assistite e dei loro caregiver, evitare o ritardare l'istituzionalizzazione non desiderata e promuovere una distribuzione più equilibrata delle responsabilità di cura tra famiglie e comunità. In tal modo, affronta anche sfide sociali più ampie, come le disuguaglianze di genere nel caregiving e la sostenibilità dei sistemi di LTC.

Le origini del modello etxeTIC risalgono a un innovativo processo di appalto pubblico avviato nel 2020 dalla Provincia della Biscaglia. Piuttosto che definire il servizio in modo top-down, l'ente ha avviato una consultazione preliminare di mercato coinvolgendo una vasta gamma di stakeholder. Ai partecipanti è stato chiesto di rispondere a una serie di sfide relative al futuro della cura, in particolare su come integrare tecnologie digitali e servizi in presenza per supportare meglio le persone a domicilio. Gli input raccolti sono stati utilizzati per progettare il framework iniziale del servizio, successivamente affinato attraverso fasi successive di implementazione. Il servizio è stato formalmente istituito attraverso un decreto provinciale nel 2021, che ha fornito una base regolatoria per il suo funzionamento e la sua integrazione nel sistema dei servizi. Da allora, il modello è stato progressivamente esteso sul territorio. Oggi etxeTIC opera attraverso una rete di 11 centri distribuiti in tutta la Biscaglia, coprendo quasi l'intero territorio e supportando circa 2.800 nuclei familiari. La portata raggiunta è particolarmente degna di nota, considerando la relativa recente introduzione del modello, e mette in evidenza sia la domanda di tali soluzioni sia la capacità del modello di espandersi.

Una caratteristica distintiva di etxeTIC è la sua architettura di servizio ibrida, che combina centri fisici con una forte componente digitale che estende la cura all'interno delle abitazioni degli utenti. I centri fungono da hub locali per il coordinamento, la valutazione e le attività comunitarie, mentre l'infrastruttura digitale consente interazioni e supporto continui a distanza. Questa doppia struttura permette di mantenere una forte dimensione umana e relazionale, sfruttando al contempo la tecnologia per aumentare portata ed efficienza.

La tecnologia svolge un ruolo centrale ma attentamente bilanciato nel modello. Attraverso l'uso di tablet, il servizio offre una gamma di funzionalità

a supporto sia degli assistiti sia dei caregiver. Tra queste vi sono la comunicazione diretta con i professionisti tramite messaggi e videochiamate, l'accesso a calendari di attività personalizzati, strumenti di stimolazione cognitiva e contenuti multimediali. È importante sottolineare che la tecnologia non sostituisce la cura umana, ma la abilita, rafforzando le relazioni, facilitando il monitoraggio e connettendo gli utenti a una comunità più ampia. L'integrazione della tecnologia consente la creazione di un "centro di cura virtuale" all'interno della casa. Attività, interazioni e supporto che tradizionalmente richiederebbero presenza fisica possono essere accessibili a distanza, aumentando flessibilità e accessibilità. Allo stesso tempo, il modello mantiene una forte enfasi sull'interazione in presenza. Gli utenti sono incoraggiati a partecipare ad attività nei centri, come laboratori, sessioni di gruppo ed eventi formativi, progettati per favorire relazioni sociali e senso di appartenenza.

Un altro elemento chiave è il forte focus sulla personalizzazione e sull'adattamento continuo. All'ingresso nel servizio, ogni "ecosistema di cura" (ovvero, la persona bisognosa di assistenza e i suoi caregiver) è sottoposto a una valutazione completa che copre quattro dimensioni: sociale, fisica, psicologica e tecnologica. Questa valutazione costituisce la base per un piano di supporto personalizzato ("PAECH"), che delinea le attività, gli interventi e le risorse da fornire. Il piano non è statico: viene rivisto regolarmente, almeno una volta all'anno e più frequentemente se necessario, ed è integrato da continui controlli mensili. Inoltre, ogni sei mesi viene valutato il carico assistenziale dei caregiver. Ciò garantisce che il supporto fornito rimanga in linea con le esigenze, le preferenze e le circostanze in continua evoluzione sia della persona bisognosa di assistenza sia del suo caregiver.

Il ruolo dei professionisti è anch'esso ridefinito rispetto ai servizi tradizionali. A ogni utente è assegnato un professionista di riferimento (case manager), che coordina i diversi aspetti della cura. Il case manager è ulteriormente supportato da un coordinatore del Dipartimento dei Servizi Sociali (DAS), che facilita il coordinamento con il sistema di assistenza più ampio e contribuisce alla gestione dei casi più complessi. I case manager lavorano anche all'interno di team multidisciplinari, che in genere includono esperti di psicologia, servizio sociale e geriatria. Tuttavia, il ruolo di queste figure va oltre i tradizionali confini disciplinari: ci si aspetta che forniscano un supporto olistico, affrontando un'ampia gamma di bisogni e guidando gli utenti attraverso il sistema di assistenza. Ciò richiede un alto grado di flessibilità, competenza relazionale e la capacità di integrare strumenti digitali nella pratica quotidiana.

Dal punto di vista organizzativo, il modello combina governance centralizzata ed erogazione decentralizzata. L'autorità provinciale della Biscaglia è responsabile della definizione del quadro generale, degli obiettivi e delle linee guida del servizio, nonché del coordinamento, del monitoraggio e della valuta-

zione della sua attuazione. Inoltre, all'interno di questa struttura, il coordinatore di caso del DAS svolge, come anticipato, un ruolo chiave di collegamento, supportando il coordinamento tra la Provincia e i centri etxeTIC, facilitando la gestione dei casi in situazioni complesse e garantendo l'allineamento tra l'erogazione del servizio e il sistema di assistenza più ampio. Allo stesso tempo, l'effettiva erogazione dei servizi è affidata a organizzazioni private, selezionate tramite gare d'appalto pubbliche, che gestiscono i singoli centri etxeTIC. Questa impostazione crea un equilibrio tra standardizzazione e flessibilità: mentre gli elementi chiave del modello sono definiti a livello centrale, i fornitori hanno la possibilità di innovare nelle modalità di erogazione delle attività, nell'utilizzo della tecnologia e nel coinvolgimento delle comunità locali.

La collaborazione è un elemento fondamentale del modello ed è strutturata attraverso meccanismi multilivello di coordinamento, che coinvolgono sia attori istituzionali sia operativi. Ogni centro etxeTIC opera all'interno di una fitta rete locale che comprende servizi sociali comunali, centri sanitari e organizzazioni del terzo settore che si occupano di assistenza, con un coordinamento continuo facilitato dal DAS attraverso il suo servizio di assistenza domiciliare. Questo include controlli periodici, gestione congiunta di casi complessi e interazione continua, sia di persona sia online, tra i centri e l'ente pubblico. Il coordinamento è ulteriormente rafforzato, a livello di sistema, attraverso incontri periodici tra gli 11 centri etxeTIC, organizzati dalla Provincia della Biscaglia, che fungono da piattaforme per la condivisione delle migliori pratiche, l'allineamento degli approcci e l'individuazione di sfide comuni. A livello operativo, i case manager di tutti i centri si impegnano in un coordinamento basato sui singoli casi, favorendo lo scambio tra pari e la risoluzione collettiva dei problemi. Internamente, ogni centro tiene riunioni di coordinamento periodiche per gestire i casi, pianificare le attività e organizzare il lavoro sul territorio. Esternamente, l'interazione strutturata con l'ente provinciale include incontri mensili in presenza, integrati da sessioni virtuali, nonché un coordinamento continuo ogniqualvolta si presentino esigenze specifiche. Inoltre, il DAS supporta il sistema attraverso l'organizzazione di sessioni di condivisione delle informazioni e di formazione, contribuendo all'apprendimento continuo e al miglioramento dei servizi. Questo quadro di collaborazione articolato e multilivello migliora la continuità delle cure, rafforza l'integrazione tra i servizi e consente al modello di rispondere efficacemente a esigenze complesse e in continua evoluzione. In sintesi, il modello etxeTIC è pienamente integrato nel sistema di LTC esistente ed è concepito per essere complementare, non sostitutivo. Opera in sinergia con altri servizi e sussidi disponibili, come la teleassistenza, l'assistenza domiciliare, i centri diurni, i centri occupazionali e le residenze assistenziali, fornendo un ulteriore livello di supporto che collega e potenzia questi servizi. In particolare, consentendo alle persone di rimanere a casa più a lungo, contribuisce a ridurre la pressione sulle forme di assistenza più intensive e costose.

Dal punto di vista finanziario, il servizio è interamente finanziato dalla Provincia ed è fornito gratuitamente agli utenti, senza alcun costo aggiuntivo (possono essere forniti anche i dispositivi digitali). Ciò garantisce accessibilità ed equità, consentendo a tutte le persone eleggibili di beneficiare del servizio indipendentemente dalla loro situazione economica. La sostenibilità del modello è supportata dalla sua capacità di prevenire o ritardare l'istituzionalizzazione, ottimizzare l'uso delle risorse esistenti e sfruttare la tecnologia per raggiungere un gran numero di utenti in modo efficiente.

Nonostante i suoi numerosi punti di forza, l'implementazione del modello etxeTIC ha richiesto anche di affrontare alcune sfide. Una delle principali difficoltà è stata la necessità di un cambiamento culturale tra professionisti e organizzazioni, un passaggio da approcci assistenziali tradizionali e più frammentati a una prospettiva più olistica e basata sull'ecosistema. Inoltre, l'integrazione della tecnologia introduce sfide legate all'usabilità, all'accessibilità e ai costi, richiedendo soluzioni efficaci e facili da usare per una popolazione eterogenea. I piani di sviluppo futuri per consolidare questo modello innovativo includono l'automazione dello scambio di informazioni tra i centri e l'ente pubblico tramite servizi web, nonché un'ulteriore standardizzazione dei processi di lavoro.

Nel complesso, il modello etxeTIC rappresenta un cambio di paradigma nell'organizzazione dell'assistenza, dimostrando come i servizi pubblici possano sfruttare la tecnologia, le risorse della comunità e gli approcci personalizzati per creare sistemi più flessibili, inclusivi e sostenibili. Ridefinendo la casa come nodo centrale nella rete assistenziale e riconoscendo il ruolo fondamentale dei caregiver, il modello offre un esempio convincente di come la LTC possa evolversi per rispondere al meglio alle esigenze delle società contemporanee.

4.2.6.1 I punti chiave del caso

La Tabella 4.8 mostra una sintesi degli elementi che caratterizzano il caso studio, distinguendo tra elementi di strategia di servizio, elementi di gestione del servizio ed elementi di apprendimento su come innovare.

Tabella 4.8 Sintesi schematica del caso etxeTIC

STRATEGIA DI SERVIZIO	
Innovatività del servizio e proposta di valore	<p>Per il provider di assistenza il modello introduce diverse innovazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> Erogazione di assistenza ibrida: combinazione di strumenti digitali (tablet, app, comunicazione a distanza) con attività in presenza Ecosistemi di assistenza personalizzati: strutturati attorno a valutazioni complete che abbracciano le dimensioni sociali, fisiche, psicologiche e tecnologiche

	<ul style="list-style-type: none"> • Scalabilità tramite la tecnologia: consente di fornire supporto a un gran numero di famiglie senza un aumento proporzionale delle infrastrutture fisiche • Approccio basato sulla comunità: promuove la creazione di reti tra utenti, famiglie e stakeholder locali • L'utilizzo di piattaforme supporta: i) Monitoraggio e comunicazione a distanza; ii) Piani di assistenza strutturati e calendari di attività <i>ad hoc</i>; iii) Integrazione di stimolazione cognitiva e contenuti multimediali; iv) Follow-up e avvisi basati sui dati <p>Dal punto di vista dell'utente (persona e famiglia), gli utenti sperimentano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un senso di supporto continuo ("avere il sistema a casa") • Accesso diretto a un professionista dell'assistenza dedicato (case manager) • Maggiore autonomia e possibilità di rimanere a casa • Riduzione dell'isolamento grazie ad attività di gruppo e comunitarie <p>Mentre, i caregiver beneficiano di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riduzione del carico di lavoro e dello stress • Supporto emotivo e pratico • Accesso alla formazione, guida e interazione tra pari
Utenti target e bisogni	<p>Persone in situazione di dipendenza (beneficiari PECEF) che vivono con un caregiver principale (familiari o caregiver informali). Una delle principali innovazioni consiste nel riconoscere chi si prende cura di persone non autosufficienti come beneficiari a pieno titolo, affrontando i loro bisogni in modo sistematico anziché indiretto.</p> <p>Bisogni principali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rimanere a casa in sicurezza e con un'elevata qualità della vita • Ridurre il carico dei caregiver (emotivo, fisico, gestionale) • Accesso a supporto professionale e assistenza personalizzata • Connessione sociale e costruzione di comunità • Monitoraggio continuo e modulabilità dell'assistenza
Sostenibilità economica	<p>La sostenibilità del modello si basa su: i) Prevenire o ritardare costosi processi di istituzionalizzazione; ii) Supportare un elevato numero di utenti attraverso strumenti digitali; iii) Integrarsi con i servizi esistenti anziché duplicarli</p> <p>Capex:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nessun investimento in infrastrutture fisiche (i centri vengono progressivamente integrati nella rete tramite appalti pubblici) • Infrastruttura tecnologica (tablet, sviluppo di piattaforme, connettività) <p>Opex:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personale (team multidisciplinari: psicologi, assistenti sociali, geriatri) • Coordinamento e monitoraggio continuo dei servizi • Manutenzione e supporto tecnologico <p>Ricavi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Finanziamento pubblico completo da parte del governo provinciale • Nessuna compartecipazione alla spesa dagli utenti

Partner, governance e collegamenti con servizi territoriali	<p>Attori principali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Provincia della Biscaglia (progettazione, coordinamento, finanziamento, valutazione) • Organizzazioni private che gestiscono i singoli centri diurni • Servizi sociali locali, centri sanitari e altri enti del terzo settore • Utenti e famiglie <p>Governance:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direzione strategica centralizzata da parte della Provincia • Erogazione dei servizi decentralizzata tramite fornitori convenzionati • Coordinamento continuo tra i centri e l'ente pubblico <p>Allineamento degli incentivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Settore pubblico: miglioramento degli outcome e contenimento dei costi, a fronte dell'aumento del numero di utenti • Fornitori: flessibilità e innovazione entro obiettivi definiti • Famiglie: elevato valore percepito e riduzione dell'onere <p>Relazione con i servizi tradizionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piena integrazione con il sistema di assistenza esistente • Complementare a teleassistenza, assistenza domiciliare, centri diurni ecc. • Funge da livello di coordinamento e supporto
Contesto normativo e di policy	<p>Il modello opera all'interno del quadro dei servizi sociali spagnolo e basco, in base a uno specifico decreto provinciale (2021) che ne disciplina il servizio. Fattori chiave che lo rendono possibile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forte impegno politico per la trasformazione del sistema di assistenza • Utilizzo di appalti pubblici innovativi • Flessibilità nella progettazione del servizio nell'ambito della regolamentazione pubblica <p>Il contesto politico supporta attivamente la sperimentazione e l'ampliamento su larga scala</p>
GESTIONE DEL SERVIZIO	
Componenti di servizio core e periferiche	<p>Core:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Case coordination del DAS per ciascun servizio • Piani di assistenza personalizzati ("PAECH") • Case manager dedicato • Valutazione e follow-up continui • Integrazione tra supporto in presenza (nei centri diurni fisici) e a distanza (tramite piattaforma digitale) <p>Periferiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambiente di assistenza virtuale basato su tablet • Strumenti di comunicazione (videochiamate, messaggistica) • App di stimolazione cognitiva • Contenuti multimediali e ricreativi • Attività e workshop per la comunità <p>La tecnologia è abilitante ma non sostitutiva, consentendo la scalabilità pur preservando l'interazione umana</p>

<p>Processi e procedure</p>	<p>Un processo strutturato ma flessibile che comprende:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Accesso e iscrizione (tramite valutazione dei bisogni assistenziali) 2. Valutazione iniziale completa (bisogni, abitudini, preferenze) 3. Piano di supporto personalizzato ("PAECH") in quattro domini 4. Follow-up mensile e interazione continua 5. Revisione annuale (o anticipata) del piano <p>Le attività quotidiane includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attività programmate (di gruppo e individuali) • Supporto ad accesso libero presso i centri • Interazioni a distanza tramite tablet <p>L'elemento distintivo è l'integrazione continua di interazioni digitali e in presenza, che consente un adattamento dinamico alle esigenze</p>
<p>Personale, ruoli e competenze</p>	<p>Competenze chiave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Competenza multidisciplinare (psicologia, servizio sociale, geriatria) • Capacità di lavorare in diversi ambiti (non rigidamente vincolata al ruolo) • Competenze digitali e adattabilità • Capacità relazionali e comunicative <p>Modello di formazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formazione continua e attività di sensibilizzazione organizzate dal Consiglio provinciale • Piani di sviluppo interni da parte delle organizzazioni di gestione <p>Criticità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambiamento culturale verso un'assistenza olistica e basata sull'ecosistema • Necessità per i professionisti di andare oltre i confini tradizionali dei ruoli (mappe mentali e routine come potenziali fattori di ostacolo)
<p>Logistica e layout</p>	<p>Il modello si basa su una doppia infrastruttura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centri fisici (hub etxeTIC): i) Spazi per attività, riunioni e coinvolgimento della comunità; ii) Ambienti accessibili e flessibili • Livello digitale (a domicilio): i) Tablet come interfaccia principale; ii) Centro virtuale che replica i servizi a domicilio <p>Il layout supporta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Continuità tra casa e centro • Accessibilità e inclusività • Scalabilità efficiente dei servizi
<p>Accesso e comunicazione</p>	<p>Processo di accesso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Segnalazione tramite valutazione dei bisogni assistenziali o durante la revisione del Piano di Assistenza Individuale • Servizio proposto in base all'idoneità • Primo contatto con il centro e assegnazione a un professionista di riferimento per lo sviluppo di un piano di supporto ("PAECH") <p>Comunicazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Continua tramite strumenti digitali (messaggi, videochiamate) • Interazione regolare di persona • Forte comunicazione con le famiglie

	<p>La comunicazione pubblica include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contatto diretto (durante la valutazione dei bisogni assistenziali) • Campagne pubbliche istituzionali • Coinvolgimento con le reti locali (servizi sociali, reti di salute mentale, ONG)
COME INNOVARE	
Fattori abilitanti	<p>L'innovazione è emersa attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio e supporto continuativo da parte del DAS • Consultazione preliminare di mercato (con il contributo di più parti interessate) • Forte leadership pubblica • Sviluppo e scalabilità iterativi <p>Principali meccanismi di innovazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Combinazione di assistenza digitale e fisica • Ridefinizione dell'unità di cura (ecosistema, non individuo) • Introdurre flessibilità all'interno di un quadro pubblico • Promozione della collaborazione e della condivisione delle informazioni tra i diversi attori <p>Fattori di supporto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forte leadership istituzionale (autorità pubblica provinciale) • Chiara visione strategica (piano di transizione assistenziale) • Modello di appalto e governance flessibile • Uso efficace della tecnologia per ampliare i servizi • Coordinamento continuo e condivisione delle conoscenze
Barriere e sfide	<ul style="list-style-type: none"> • Necessità di soluzioni digitali semplici ed economiche • Necessità costante di bilanciare la tecnologia con l'assistenza umana • Complessità dell'integrare molteplici stakeholder • Necessità di standardizzare i processi di lavoro e automatizzare gli scambi di informazioni

Fonte: Elaborazione degli autori

4.2.7 *Dagmarsminde: small-scale living per persone con demenza*

Dagmarsminde è una struttura residenziale di piccole dimensioni per persone con demenza situata in una zona rurale della North Zealand, in Danimarca. Concepita come una “oasi di cura”, l’iniziativa rappresenta un’alternativa ai modelli tradizionali e istituzionali di long-term care, combinando abitare, vita comunitaria e un approccio radicalmente diverso alla cura. Il modello accoglie 12 residenti con demenza avanzata, un numero che non è casuale ma centrale per il funzionamento del servizio. Come emerso durante la site-visit, questa dimensione è considerata un “numero magico”: sufficientemente grande da garantire sostenibilità e coinvolgimento del personale, ma abbastanza contenuta da mantenere un senso di comunità e consentire una cura personalizzata e relazionale.

Dagmarsminde è stato fondato da un'infermiera, May Bjerre Eiby, le cui esperienze professionali e personali l'hanno portata a mettere in discussione i modelli tradizionali di cura della demenza. Dopo anni di lavoro nel sistema, ha sviluppato una forte percezione che qualcosa non funzionasse: la cura era eccessivamente focalizzata su farmaci, routine e logiche istituzionali, trascurando le dimensioni umane e relazionali. Questa percezione si è ulteriormente rafforzata attraverso un'esperienza personale: il rapido declino del padre dopo l'ingresso in una struttura tradizionale, dove era isolato e fortemente medicalizzato. Questa esperienza ha consolidato la convinzione che un modello diverso non fosse solo possibile, ma necessario. Il progetto è stato sviluppato attraverso un processo fortemente imprenditoriale, inizialmente sostenuto da reti personali e finanziamenti informali. Piuttosto che replicare modelli esistenti, la fondatrice ha combinato intuizione, esperienza professionale e l'ispirazione derivante da una piccola unità per persone con demenza incontrata in precedenza, in cui i residenti vivevano insieme in un ambiente più domestico e sociale.

Uno degli aspetti più rilevanti di Dagmarsminde è l'ambiente fisico. La struttura è progettata intenzionalmente per assomigliare a una vera casa, evitando qualsiasi aspetto istituzionale o "clinico". Arredi, illuminazione, decorazioni e organizzazione degli spazi riflettono un ambiente domestico ordinario, in linea con le aspettative culturali della generazione dei residenti. Questa non è solo una scelta estetica, ma un elemento centrale della filosofia di cura. Lo staff ha esplicitamente rifiutato approcci che tentano di simulare la realtà (come finte fermate dell'autobus o ambienti artificiali spesso presenti nei contesti per la demenza) ritenendoli "falsi" e potenzialmente stigmatizzanti. L'obiettivo è invece creare un ambiente autentico in cui le persone possano sentirsi a proprio agio "per quello che sono". L'importanza dell'ambiente è anche legata al modo in cui i residenti utilizzano il proprio corpo: l'uso di arredi normali, invece che di tipo ospedaliero, favorisce movimenti più naturali e sostiene un senso di normalità e dignità. Il contesto è inoltre arricchito da una forte connessione con la natura: la casa è circondata da giardini e spazi aperti, e i residenti sono incoraggiati a trascorrere tempo all'aperto durante tutto l'anno. L'accesso all'aria fresca, alla luce naturale e ai cicli stagionali è considerato essenziale per il benessere.

Al centro del modello vi è una filosofia di cura che si discosta deliberatamente dalla medicalizzazione. Il modello si fonda su tre elementi interdipendenti: l'ambiente, l'approccio relazionale alla cura e la riduzione sistematica dei farmaci. In pratica, questo si traduce in un forte impegno a minimizzare l'uso di psicofarmaci e altri medicinali. Più nello specifico, l'ente è riuscito a eliminare completamente l'uso di farmaci antipsicotici nella pratica quotidiana, mentre antidepressivi, sedativi e benzodiazepine vengono utilizzati solo nei casi di cure palliative. Piuttosto che sopprimere i sintomi farmacologicamente, il personale

si concentra sulla comprensione dei comportamenti dei residenti e sulla risposta attraverso presenza, interazione e coinvolgimento significativo. Un elemento chiave emerso dalle interviste è la ridefinizione del “disagio”. Nei contesti tradizionali, segnali di agitazione o malessere sono spesso interpretati come problemi da eliminare. A Døgmarssminde, invece, sono considerati parte dell’esperienza umana, anche per le persone con demenza, e quindi gestibili attraverso le relazioni piuttosto che attraverso i farmaci. Questo approccio richiede un elevato livello di attenzione e osservazione continua. Agli operatori è richiesto di “esercersi” con i residenti, piuttosto che affidarsi a protocolli o modelli astratti. Come affermato dalla fondatrice, l’attenzione è meno sul discutere la cura e più sul praticarla: “l’atto della cura è più importante che parlarne troppo”.

La vita quotidiana a Døgmarssminde segue un ritmo altamente strutturato, che svolge un ruolo fondamentale nel creare sicurezza e prevedibilità. I residenti trascorrono la maggior parte della giornata insieme negli spazi condivisi, in particolare nella zona giorno e nella cucina, descritta come il “cuore della casa”. Le attività sono prevalentemente di gruppo e includono cucinare, preparare dolci, leggere ad alta voce e condividere i pasti. Queste attività non sono concepite come “terapia” in senso formale, ma come componenti normali e significative della vita quotidiana. Allo stesso tempo, sono progettate per stimolare i sensi attraverso odori, suoni e consistenze, e favorire l’interazione sociale. Sono previste anche attività individuali, come passeggiate nel bosco o momenti in piscina con acqua calda, ma sempre inserite in una routine collettiva. Questa combinazione di struttura e flessibilità consente al personale di gestire il gruppo in modo efficiente, rispondendo al contempo ai bisogni individuali. L’importanza della routine è costantemente sottolineata: la ripetizione dei pattern quotidiani aiuta i residenti a sentirsi sicuri, riduce l’ansia e favorisce l’orientamento.

Il modello organizzativo è caratterizzato da semplicità e da una forte enfasi sulla fiducia. Tipicamente, due operatori sono presenti per turno per il gruppo di residenti, lavorando a stretto contatto e condividendo le responsabilità. La gerarchia è volutamente piatta: sia il personale formato sia quello non formato è incoraggiato a usare il proprio giudizio e la propria creatività, invece di seguire rigidamente ruoli predefiniti. Questo approccio è sostenuto da uno stile di leadership basato sull’esempio e sulla prossimità: i leader lavorano insieme al personale e ai residenti, incarnando i valori del modello nella pratica quotidiana. Tuttavia, la transizione a questo modello non è stata semplice. Una delle principali sfide iniziali è stata la resistenza del personale proveniente da strutture tradizionali, abituato a pratiche consolidate come l’uso routinario dei farmaci o delle sedie a rotelle. Di conseguenza, nelle prime fasi si è registrato un elevato turnover. Nel tempo, però, si è sviluppata una cultura organizzativa diversa: il personale riporta alti livelli di soddisfazione, senso di significato e mi-

norì livelli di stress. È interessante notare che questo non deriva da una riduzione del carico di lavoro, ma da una diversa organizzazione dello stesso: il ritmo strutturato e la presenza continua con i residenti generano una percezione di “avere tempo”, anche in un contesto di risorse limitate.

Le famiglie svolgono un ruolo centrale nel modello. Le visite sono frequenti, spesso quotidiane nel pomeriggio, e le famiglie sono incoraggiate a trascorrere tempo sia negli spazi comuni sia nelle stanze dei residenti. Molte famiglie arrivano a Dagmarsminde dopo esperienze stressanti in altri contesti, in cui sentivano la necessità di monitorare costantemente la qualità della cura. Il passaggio a questo modello implica quindi un processo di “lasciar andare”, che può risultare inizialmente difficile. Nella fase iniziale, il personale garantisce un'elevata comunicazione e rassicurazione, arrivando anche a condividere fotografie per dimostrare il benessere dei residenti. Nel tempo, le famiglie si rilassano progressivamente e diventano parte della comunità, sperimentando una significativa riduzione del carico assistenziale.

Dal punto di vista clinico, il modello si basa su prevenzione, osservazione e continuità, piuttosto che su interventi medici intensivi. Un geriatra è coinvolto regolarmente (circa ogni tre settimane), garantendo supervisione clinica in coerenza con la filosofia del servizio. La riduzione dei farmaci si accompagna a miglioramenti in altre aree, come nutrizione, mobilità e coinvolgimento. Durante le interviste sono stati riportati diversi esempi di recupero di capacità, come il ritorno all'alimentazione autonoma dopo anni o il recupero della deambulazione. I residenti rimangono generalmente nella struttura lungo tutto il percorso di cura, inclusa la fase finale della vita. Il ricorso all'ospedale è limitato a eventi acuti specifici, e il decesso avviene solitamente nella struttura (finora le cure di fine vita si sono sempre svolte esclusivamente presso Dagmarsminde e nessun residente è mai deceduto in ospedale), rafforzando la continuità e la familiarità dell'ambiente.

Nonostante l'approccio distintivo, Dagmarsminde opera all'interno dello stesso sistema di finanziamento delle altre strutture danesi. Il comune copre i costi della cura, mentre i residenti pagano alloggio e servizi. La sostenibilità economica non deriva da risorse aggiuntive, ma da una diversa allocazione di quelle esistenti. I risparmi derivano dalla riduzione dell'uso di farmaci, da minori ospedalizzazioni e da un minor turnover del personale, mentre maggiori risorse sono investite nella presenza del personale e nella qualità dell'ambiente. Il modello è attualmente in fase di espansione, con la costruzione di tre nuove strutture, ciascuna basata sullo stesso approccio di piccola scala. L'espansione è sostenuta da investimenti privati, a testimonianza dell'interesse crescente verso il modello. Tuttavia, la scalabilità è affrontata con cautela: secondo la fondatrice, il cuore del modello non risiede nello spazio fisico, ma nella filosofia di cura e nella cultura organizzativa. Replicare il modello richiede quindi preservare questi elementi, piuttosto che limitarsi a riprodurre il layout.

Dagmarsminde rappresenta una profonda ridefinizione della cura della demenza, spostando il focus dal trattamento medico alle relazioni umane, alla vita quotidiana e alla dimensione comunitaria. L'innovazione non risiede nella tecnologia o in protocolli specializzati, ma nell'integrazione di ambiente, pratiche di cura e organizzazione in un modello coerente e guidato da valori. Per sistemi come quello italiano della long-term care, questo caso evidenzia il potenziale di soluzioni intermedie e comunitarie, che superano la dicotomia tra assistenza domiciliare e istituzionale, offrendo nuove prospettive per sostenere autonomia e dignità nella fase anziana della vita.

4.2.7.1 I punti chiave del caso

La Tabella 4.9 mostra una sintesi degli elementi che caratterizzano il caso studio, distinguendo tra elementi di strategia di servizio, elementi di gestione del servizio ed elementi di apprendimento su come innovare.

Tabella 4.9 Sintesi schematica del caso Dagmarsminde

STRATEGIA DI SERVIZIO	
Innovatività del servizio e proposta di valore	<p>Dal punto di vista del provider:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riconfigurazione della cura attorno a tre pilastri: i) Ambiente impostato come setting domestico; ii) Cura relazionale; iii) Riduzione dei farmaci • Sostituzione delle routine istituzionali con una vita quotidiana strutturata • Innovazione organizzativa (gerarchia piatta, lavoro basato sulla fiducia) <p>Dal punto di vista delle persone residenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maggiore tranquillità e coinvolgimento • Recupero di funzioni di base (es. alimentazione, deambulazione) <p>Dal punto di vista delle famiglie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sollievo dallo stress e dal monitoraggio continuo • Fiducia nei processi di cura <p>In sintesi, la proposta di valore risiede nel "sentirsi a casa pur ricevendo una cura intensiva", senza lo stigma e la rigidità dei contesti istituzionali</p>
Utenti target e bisogni	<p>Il modello è rivolto a persone anziane con demenza avanzata/grave, spesso provenienti da strutture residenziali tradizionali con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elevati livelli di medicalizzazione • Ridotta autonomia e mobilità • Isolamento sociale <p>I principali bisogni a cui risponde sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sicurezza e prevedibilità • Vita quotidiana significativa e interazione sociale • Riduzione del disagio e della iper-medicalizzazione • Continuità della cura (inclusa la fase di fine vita) • Supporto alle famiglie (riduzione del carico assistenziale)

<p>Sostenibilità economica</p>	<p>La sostenibilità economica è ottenuta attraverso la riallocazione delle risorse, non tramite finanziamenti aggiuntivi</p> <p>Capex:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Investimento iniziale prevalentemente privato (fondatrice, poi investitori per la scalabilità) • I nuovi sviluppi coinvolgono investitori privati con orientamento sociale <p>Opex:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complessivamente comparabili alle strutture residenziali tradizionali • Struttura dei costi differenti: più bassi per farmaci, ospedalizzazioni, turnover e assenteismo; più elevati per tempo dedicato alla cura relazionale e investimenti nell'ambiente e nel benessere del personale <p>Ricavi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Finanziamento pubblico (il comune copre i costi della cura, secondo gli schemi abituali) • Contributo privato (i residenti pagano alloggio e servizi)
<p>Partner, governance e collegamenti con servizi territoriali</p>	<p>Attori principali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comune (finanziamento e regolazione dell'accesso) • Residenti e famiglie • Geriatra (supervisione clinica) • Investitori privati (per la fase di scaling) <p>Governance:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proprietà e gestione privata • Operatività all'interno di regole e finanziamenti pubblici <p>Allineamento degli incentivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ente pubblico: modello a costo neutro con migliori esiti • Famiglie: alto valore percepito • Investitori: sostenibilità nel lungo periodo con ritorni moderati <p>Relazione con i servizi tradizionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piena integrazione nel sistema pubblico di long-term care • Comparabile a un nucleo specializzato per la demenza all'interno di una RSA • Interazione occasionale con l'ospedale (solo per eventi acuti)
<p>Contesto normativo e di policy</p>	<p>Il modello opera all'interno del sistema di welfare danese:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cura finanziata pubblicamente, in assenza di finanziamenti aggiuntivi per l'innovazione (isorisorse) • Certificazione come struttura residenziale regolata • Crescente attenzione alla demenza a livello politico, ma ancora limitata traduzione in modelli di servizio <p>Deve rispettare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Requisiti di staffing • Norme di governance clinica e documentazione • Ispezioni e audit periodici <p>Ma flessibilità nell'interpretazione degli standard, che consente innovazione</p>

GESTIONE DEL SERVIZIO	
Componenti di servizio core e periferiche	<p>Core:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cura relazionale • Routine quotidiane strutturate • Ambiente domestico <p>Periferiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso limitato della tecnologia (es. sensori letto e sistemi di allarme) • Assenza di tecnologie digitali avanzate <p>La tecnologia è considerata di supporto, ma non centrale, con un approccio prudente rispetto al suo utilizzo</p>
Processi e procedure	<p>Il modello si basa su ridotta formalizzazione attraverso meno riunioni, minore enfasi sulla documentazione nel lavoro quotidiano e maggiore enfasi sul "fare cura" piuttosto che discuterla.</p> <p>Routine quotidiana altamente strutturata:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attività collettive • Periodi di riposo • Pasti condivisi <p>I processi di cura sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flessibili e adattivi • Basati sull'osservazione più che su protocolli <p>I processi clinici si basano su:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisione medica regolare (ogni 3 settimane) • Monitoraggio continuo da parte del personale
Personale, ruoli e competenze	<p>Il modello si basa su piccoli team (tipicamente 2 operatori per turno) e su mix di competenze (personale formato e non formato), ma necessità di un cambiamento culturale per il personale proveniente da contesti tradizionali.</p> <p>Competenze chiave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacità relazionali • Capacità di osservazione • Autonomia e capacità decisionale <p>Modello formativo è combinazione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inserimento iniziale • Apprendimento sul campo
Logistica e layout	<p>Sono presenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stanze private (personalizzate, di dimensioni ridotte) • Spazio centrale condiviso (cucina e soggiorno) • Giardino e aree esterne • Stanza multifunzionale (dedicate ai trattamenti e al benessere dello staff) <p>Questo layout supporta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Osservazione continua • Interazione sociale • Efficienza operativa
Accesso e comunicazione	<p>La reputazione e il passaparola giocano un ruolo chiave.</p> <p>Il processo di accesso prevede una lista d'attesa (150-200 persone) e l'approvazione del comune.</p>

	La comunicazione con le famiglie delle persone residenti è caratterizzata da: <ul style="list-style-type: none"> • Aggiornamenti frequenti • Elevata trasparenza
COME INNOVARE	
Fattori abilitanti	L'innovazione è emersa attraverso: <ul style="list-style-type: none"> • Iniziativa bottom-up (esperienza professionale e personale) ed elevato coinvolgimento delle famiglie, per delineare una domanda chiara e non soddisfatta • Forte leadership con una visione chiara • Messa in discussione dei paradigmi dominanti (medicalizzazione) e integrazione di più dimensioni (abitare + cura + comunità) • Allineamento con il sistema di finanziamento pubblico • Sperimentazione su piccola scala e crescita progressiva
Barriere e sfide	L'innovazione ha dovuto confrontarsi con: <ul style="list-style-type: none"> • Resistenza culturale del personale (soprattutto iniziale) e difficoltà nel comunicare il modello a policy maker e professionisti abituati a modelli tradizionali • Stigma associato alla demenza e la percezione della sua cura come "troppo complessa" • Barriere finanziarie nelle fasi iniziali (accesso al capitale) • Rischi nella scalabilità in ottica di mantenimento della cultura e filosofia

Fonte: Elaborazione degli autori

4.3 Temi comuni ai casi presentati

Nel complesso, i casi analizzati mettono in evidenza come l'innovazione nei servizi per la popolazione anziana si stia sviluppando lungo direttrici convergenti, pur nella diversità dei contesti e dei modelli. In particolare, emerge il progressivo superamento della dicotomia tra abitare e cura, attraverso soluzioni che integrano dimensione abitativa, relazionale e organizzativa, e che cercano di rispondere in modo più efficace a bisogni complessi quali la solitudine, la fragilità e la progressiva perdita di autonomia. Allo stesso tempo, le esperienze analizzate mostrano come tali modelli richiedano condizioni abilitanti specifiche – in termini di governance, competenze, cultura organizzativa e allineamento degli incentivi – e siano accompagnati da sfide rilevanti, soprattutto in fase di implementazione e trasferibilità. A partire da queste evidenze, il capitolo successivo propone una riflessione sulle principali implicazioni per il contesto italiano, con l'obiettivo di individuare possibili traiettorie di evoluzione dei servizi di LTC nel nostro Paese.

5. Implicazioni strategiche per il settore LTC in Italia dai casi internazionali

di Andrea Rotolo ed Elisabetta Notarnicola

L'analisi dei casi studio europei presentati in questo Rapporto consente di trarre alcune considerazioni trasversali e strategiche rispetto a:

- i bisogni emergenti;
- le modalità con cui l'innovazione prende forma nei servizi di LTC;
- gli elementi che ne determinano il successo;
- gli elementi che ne limitano l'efficacia e la trasferibilità.

Più che offrire modelli da replicare in modalità “copia-incolla”, i casi analizzati forniscono una chiave di lettura utile per interpretare le traiettorie evolutive del settore e per individuare implicazioni operative rilevanti per i provider italiani.

5.1 I bisogni emergenti: oltre la dicotomia domicilio-residenzialità

Un primo elemento di sintesi riguarda la natura dei bisogni a cui i modelli osservati cercano di rispondere. In modo trasversale ai diversi contesti nazionali, emerge con chiarezza la crescente rilevanza di bisogni che non possono essere ricondotti esclusivamente alla dimensione sanitaria o assistenziale. In particolare, i casi analizzati evidenziano la centralità della solitudine e dell'isolamento sociale come fenomeni diffusi, che riguardano non solo le persone anziane, ma anche altre fasce di popolazione, come giovani adulti o persone con background migratorio. La solitudine si configura come un fattore di rischio che incide sulla qualità della vita, ma anche sulla domanda di servizi sanitari e socio-sanitari, ponendosi quindi come una questione rilevante anche in termini di sostenibilità dei sistemi di welfare.

Accanto a questo, emerge il bisogno di soluzioni intermedie tra il domicilio e la residenzialità istituzionale. I modelli tradizionali, infatti, appaiono sempre meno adeguati a intercettare una domanda che si colloca in una zona grigia:

persone ancora autonome o con fragilità lievi, che non necessitano di un'assistenza intensiva, ma che al contempo non trovano nel domicilio una risposta sufficiente ai propri bisogni, soprattutto sul piano relazionale e di sicurezza.

In questo senso, molti dei casi analizzati si inseriscono nel paradigma dell'“*ageing in place*”, cercando di prolungare la permanenza al domicilio (o in contesti assimilabili) attraverso soluzioni che combinano abitazione, supporto leggero e dimensione comunitaria. Ciò si traduce in modelli che non si limitano a offrire un alloggio, ma costruiscono veri e propri ecosistemi di supporto, in grado di accompagnare le persone lungo il percorso di invecchiamento.

Un ulteriore elemento rilevante è il crescente bisogno di integrazione, non solo tra servizi sanitari e sociali, ma anche sul piano sociale e culturale. In diversi casi, l'abitare diventa uno strumento per favorire l'inclusione, mettendo in relazione persone con background diversi e valorizzando forme di mutuo aiuto.

Infine, emerge in modo ricorrente il bisogno di accompagnamento e orientamento: non solo accesso ai servizi, ma supporto continuo nella navigazione del sistema, nella gestione della quotidianità e nella costruzione di relazioni significative. Questo tipo di bisogno, spesso sottovalutato nei modelli tradizionali, rappresenta invece uno degli elementi distintivi delle esperienze analizzate.

5.2 Le modalità di innovazione: processi emergenti e adattivi

Un secondo elemento di riflessione riguarda le modalità attraverso cui l'innovazione si sviluppa nei casi osservati. Contrariamente a una visione lineare e pianificata dell'innovazione, emerge un quadro caratterizzato da processi incrementali, iterativi e fortemente contestuali.

Molti dei modelli analizzati non nascono da una progettazione *ex ante* completamente definita, ma si sviluppano attraverso sperimentazioni locali, spesso attivate in risposta a bisogni emergenti o a opportunità specifiche, come la disponibilità di un edificio da riqualificare o la necessità di rispondere a shock esterni. In questo senso, l'innovazione appare come un processo emergente, che si costruisce nel tempo attraverso adattamenti successivi.

Un ruolo centrale è svolto dalla co-progettazione, che ha coinvolto in molti dei casi analizzati utenti, operatori e altri stakeholder nella definizione del modello di servizio. Questo approccio consente non solo di costruire soluzioni più aderenti ai bisogni, ma anche di favorire l'appropriazione del servizio da parte degli utenti e la sua evoluzione nel tempo.

Un altro elemento ricorrente è la forte dipendenza dal contesto locale. I modelli analizzati risultano profondamente radicati nei sistemi istituzionali, nelle reti di servizi e nelle caratteristiche socio-demografiche dei territori in cui si sviluppano. Questo rende difficile una loro replicazione diretta, ma al contempo ne evidenzia la capacità di adattarsi a contesti specifici.

Infine, è importante sottolineare come l'innovazione osservata sia prevalentemente di natura organizzativa e di servizio, più che tecnologica. Le tecnologie digitali, quando presenti, svolgono un ruolo abilitante, ma raramente rappresentano il cuore del modello. Il valore aggiunto deriva piuttosto dalla riconfigurazione dei ruoli, dei processi e delle relazioni tra attori.

5.3 Gli elementi di successo dell'innovazione: la comunità come infrastruttura di cura

Dall'analisi dei casi emergono alcuni elementi ricorrenti che sembrano contribuire in modo significativo al successo dell'innovazione dei modelli di servizio.

In primo luogo, la centralità della dimensione comunitaria. In molti casi, le relazioni tra le persone non sono un elemento accessorio, ma costituiscono una vera e propria "infrastruttura di cura", in grado di generare benefici sia sul piano del benessere individuale sia su quello della sostenibilità del sistema. Gli spazi comuni, inoltre, non sono semplicemente componenti degli edifici, ma elementi progettati intenzionalmente per favorire l'interazione e la costruzione di relazioni. La loro configurazione e il loro utilizzo rappresentano una componente centrale del modello di servizio.

A queste caratteristiche si affianca spesso la presenza di figure professionali ibride (variamente denominate *community manager*, *host* o *coordinator* ecc...) che svolgono un ruolo cruciale nel facilitare le relazioni, intercettare i bisogni e gestire le dinamiche della comunità. Queste figure, spesso difficili da incasellare nei profili professionali tradizionali, rappresentano un elemento distintivo dei modelli analizzati.

Un altro fattore chiave è il mix intenzionale di target di utenza, che consente di attivare meccanismi di mutuo aiuto e di valorizzare le differenze come risorsa. Questo elemento emerge in particolare nei modelli intergenerazionali o multiculturali, ma può essere osservato anche in altri contesti. Ne consegue una notevole rilevanza attribuita ai processi di selezione dell'utenza, non sempre facilmente agibile in tutti i perimetri normativi e di assetti istituzionali.

Un ulteriore elemento riguarda l'integrazione con il sistema esistente, sia sul piano sanitario sia sociale. I modelli più efficaci non si pongono in alternativa ai servizi esistenti, ma si integrano con essi, svolgendo spesso una funzione di raccordo e di orientamento.

Infine, la flessibilità operativa emerge come una condizione necessaria per adattarsi ai bisogni in evoluzione. I modelli più riusciti sono quelli che mantengono un certo grado di apertura e capacità di cambiamento, evitando rigidità eccessive.

5.4 Le criticità legate all'innovazione: trasferibilità, sostenibilità e integrazione

Accanto agli elementi di successo, l'analisi mette in evidenza alcune criticità rilevanti, utili da tenere in considerazione per tutti coloro che si ponessero come obiettivo quello dell'innovazione.

Una prima criticità riguarda la trasferibilità (su dimensioni maggiori o in altri contesti). Molti dei modelli osservati funzionano bene in contesti circoscritti, quindi diventa sfidante quando si tratta di estenderli o replicarli su larga scala. Questo è dovuto sia alla loro natura fortemente contestuale, sia alla dipendenza da persone chiave e da specifiche condizioni locali.

Un secondo elemento riguarda il *mismatch* tra il target teorico del servizio e gli utenti reali. In alcuni casi, abbiamo riscontrato come le persone accedano ai servizi in una fase troppo avanzata di fragilità, compromettendo l'efficacia dei modelli, che sono spesso pensati in ottica preventiva. Questo si accompagna a una certa ambiguità nelle aspettative da parte degli utenti e delle loro famiglie, con il rischio che modelli a forte componente sociale vengano interpretati come servizi assistenziali.

La questione dell'integrazione con il sistema pubblico, sebbene in alcuni casi sia uno dei punti di forza, in altri rappresenta un'ulteriore criticità. In alcune situazioni approfondite dalla ricerca, la collaborazione con i servizi sanitari e sociali è basata principalmente su relazioni informali, con implicazioni anche sul piano della sostenibilità e della continuità nel tempo.

Dal punto di vista regolatorio invece, i modelli innovativi con caratteristiche "ibride" rispetto al portafoglio di servizi consolidato all'interno dei sistemi di welfare incontrano spesso difficoltà a trovare una collocazione all'interno delle categorie esistenti, rendendo necessario un lavoro di adattamento e, in alcuni casi, di *advocacy* verso chi ha il poter di modificare leggi e regolamenti del settore.

Infine, la sostenibilità economica rappresenta per tutti una sfida rilevante. Molti dei modelli analizzati si collocano in un equilibrio fragile, spesso basato su una combinazione di risorse pubbliche, contributi degli utenti e, talvolta, finanziamenti esterni.

5.5 Implicazioni per i provider italiani: verso nuovi modelli di servizio

Alla luce delle evidenze emerse, è possibile dunque delineare alcune implicazioni rilevanti per la prospettiva dei provider del settore LTC italiani.

In primo luogo, appare necessario ripensare i modelli abitativi per l'invecchiamento non solo come infrastruttura fisica, ma come piattaforma di servizi. Come anticipato nel Capitolo 2, questo implica uno spostamento del focus dalla prestazione alla costruzione di ecosistemi di supporto, in cui l'abitare diventa uno degli elementi di un'offerta più ampia. Molti provider si stanno già orientando

verso questo tipo di approccio e i casi approfonditi a livello internazionale confermano che può essere una direzione giusta.

In questo contesto, assume particolare rilevanza la progettazione dei servizi a partire dai bisogni individuali (sociali, relazionali, psicologici...) che si collocano su uno spettro più ampio rispetto ai tradizionali bisogni assistenziali e che spesso si intrecciano con quelli sanitari ma non possono essere ridotti a essi. Ciò richiede un maggiore investimento nella dimensione relazionale e nella costruzione di comunità, ossia la parola più ricorrente in tutti i modelli innovativi di servizio oggetto di approfondimento.

In continuità a quanto sopra esplicitato, si sottolinea la necessità che emerge in molti dei servizi analizzati di anticipare il bisogno, intercettando le persone in una fase precoce di fragilità o di necessità anche con logica preventiva. Questo implica anche una maggiore attenzione ai processi di selezione e di *matching* degli utenti, che nei casi analizzati si rivelano determinanti.

Ripensare le logiche in queste direzioni implica l'esigenza di sviluppare nuovi ruoli professionali in grado di connettere servizi, utenti e comunità. La figura del community manager o di un case manager "evoluto" rappresenta un esempio di questa evoluzione.

Un altro elemento chiave riguarda la collaborazione tra attori diversi (pubblici, privati profit e non profit) che emerge di conseguenza come una condizione necessaria per lo sviluppo di modelli innovativi. In questo senso, i provider sono chiamati a sviluppare competenze e investire ulteriormente in partnership e lavoro in rete.

Sul fronte dell'innovazione abilitata dalle tecnologie digitali, le evidenze (seppur più limitate in termini di casi interessanti approfonditi) suggeriscono di evitare approcci basati su soluzioni isolate, puntando invece su un'integrazione più stretta tra tecnologie e processi di servizio.

Box 1.1 Implicazioni operative per i provider LTC in Italia

Dai casi analizzati emergono alcune direttrici di lavoro prioritarie per l'innovazione nei servizi LTC:

Ripensare il ruolo dei modelli abitativi per le persone anziane:

- Passare da struttura fisica a piattaforma di servizi integrati
- Utilizzare l'abitare come leva per costruire continuità tra domiciliarità e residenzialità

Mettere al centro la dimensione sociale:

- Integrare sistematicamente supporto relazionale e comunitario
- Considerare la comunità come infrastruttura di cura, non come elemento accessorio

Sviluppare nuovi ruoli professionali

- Investire su figure ibride (es. community manager / host / case manager evoluti)
- Rafforzare competenze di coordinamento, ascolto e attivazione delle reti

Progettare servizi a partire dai bisogni (non dalle prestazioni)

- Integrare bisogni sociali e sanitari in un'unica logica di servizio
- Anticipare la fragilità, intercettando utenti in fase precoce

Rafforzare logiche di partnership

- Costruire modelli basati su collaborazioni multi-attore (pubblico, privato, terzo settore)
- Integrare servizi formali con reti informali e risorse della comunità

Curare selezione e *matching* degli utenti

- Considerare la composizione dell'utenza come leva progettuale
- Evitare *mismatch* tra target teorico e utenti reali

Adottare approcci sperimentali e adattivi

- Sviluppare modelli attraverso progetti pilota e iterazioni successive
- Favorire flessibilità organizzativa e apprendimento continuo

Integrare (realmente) il digitale nei servizi

- Superare soluzioni isolate e puntare su integrazione nei processi operativi
- Utilizzare la tecnologia come abilitatore, non come fine

In definitiva, la principale lezione che emerge dai casi analizzati è che l'innovazione nei servizi di LTC per persone anziane ha avuto successo quando ha messo in discussione alcune logiche consolidate, partendo dai bisogni e dalle specificità dei contesti locali e trovando il giusto equilibrio tra la necessità di realizzare nuove tipologie di risposte alle esigenze della popolazione e assetti esistenti. Non si è mai trattato di processi semplici o brevi, anzi forse è più corretto parlare in molti casi di “percorsi” che sono tutt'ora in corso (e che forse non prevedono nemmeno una vera e propria fine): evoluzione e adattamento sono fra le parole chiave associate ai casi di successo. Partire dal contesto locale significa anche scontrarsi con la sfida della sostenibilità e della scalabilità: sebbene queste sfide non siano semplici da affrontare, i casi analizzati hanno mostrato che esistono gli spazi per poterlo fare, anche in contesti dove gli elementi di ostacolo o i limiti del sistema non sono molto lontani da quelli del settore LTC in Italia.

6. Innovazione nel settore Long Term Care: fabbisogno, condizioni, traiettorie possibili

*di Giovanni Fosti, Elisabetta Notarnicola, Eleonora Perobelli
e Francesco Longo*

6.1 Introduzione

Longevità, invecchiamento della popolazione, trasformazione delle strutture familiari, ridefinizione dei tempi di vita e di lavoro e progressiva contrazione delle risorse disponibili stanno modificando in profondità il contesto di cura per le persone anziane non autosufficienti. Si tratta di trasformazioni che non operano in modo isolato, ma che si rafforzano reciprocamente, contribuendo a ridefinire sia la natura dei bisogni sia le condizioni attraverso cui tali bisogni possono essere affrontati.

In questo contesto, il tema della non autosufficienza assume una centralità crescente. Non si tratta soltanto di un aumento della domanda di servizi, ma di una ridefinizione più ampia delle condizioni in cui le persone e le famiglie si confrontano con la fragilità. I modelli di risposta costruiti negli ultimi decenni mostrano, in questo quadro, limiti evidenti: da un lato sul piano della sostenibilità, dall'altro su quello della capacità di intercettare bisogni sempre più differenziati e dinamici. In questo senso, il tema non è la contrapposizione tra modelli – per esempio tra “*ageing in place*” e residenzialità – quanto il riconoscimento di una pluralità di esigenze, che richiedono una pluralità di risposte, articolate attorno a una nuova lettura dei contesti di vita delle persone.

La ricognizione dei casi internazionali sviluppata nel presente Rapporto evidenzia come, in diversi contesti, siano in corso molteplici tentativi di innovazione nei servizi per le persone anziane non autosufficienti. Tuttavia, tali esperienze non restituiscono un modello univoco né una soluzione replicabile. Piuttosto, suggeriscono che l'innovazione nel settore Long Term Care non può essere ricondotta all'introduzione di singole soluzioni, ma richiede un ripensamento più complessivo dei modelli di servizio, delle relazioni tra attori e delle condizioni di funzionamento del sistema.

La domanda che ne deriva non è tanto quale sia la soluzione, quanto quali siano le condizioni per costruire risposte credibili in un contesto strutturalmente vincolato. In altri termini, il tema non è identificare un punto di arrivo, ma comprendere come rendere praticabili, nel tempo, traiettorie di sviluppo coerenti con i vincoli esistenti.

6.2 Il fabbisogno: crescita e differenziazione

L'aumento della popolazione in condizioni di non autosufficienza rappresenta il primo elemento strutturale con cui il sistema deve confrontarsi. Questo dato è ormai consolidato e difficilmente reversibile nel medio periodo. Tuttavia, fermarsi alla dimensione quantitativa rischia di semplificare eccessivamente il fenomeno e, soprattutto, di orientare in modo improprio le risposte.

La crescita della domanda si accompagna infatti a una crescente articolazione dei bisogni. Le condizioni di fragilità si presentano in forme sempre meno standardizzabili e si sviluppano lungo traiettorie dinamiche, in cui le persone attraversano fasi diverse nel corso del tempo. Il bisogno di assistenza non è quindi statico, ma evolve, richiedendo risposte capaci di adattarsi a tale evoluzione e di accompagnarla.

Questo passaggio introduce una prima implicazione rilevante: il tema del fabbisogno non può essere affrontato esclusivamente in termini di copertura. Non si tratta solo di fare di più, ma di fare diversamente, orientando l'offerta alla variabilità delle condizioni e alle transizioni tra i diversi livelli di bisogno. La qualità della risposta dipende sempre più dalla capacità di intercettare questa dinamica, più che dalla sola estensione quantitativa dei servizi.

Ne deriva un'esigenza di differenziazione dell'offerta. Il passaggio richiesto è da modelli uniformi a modelli più flessibili, capaci di adattarsi alla variabilità delle condizioni e alla loro evoluzione nel tempo. In questo senso, il fabbisogno non è una quantità da coprire, ma una dinamica da governare, e richiede quindi strumenti e logiche di intervento coerenti con questa natura.

6.3 Le condizioni di contesto

Il fabbisogno descritto si sviluppa all'interno di un contesto caratterizzato da vincoli strutturali che contribuiscono a generare un disallineamento crescente tra bisogni, capacità di offerta e risorse disponibili.

Un primo aspetto riguarda le *risorse finanziarie*. Il sistema si fonda su un insieme articolato di risorse: risorse pubbliche trasferite direttamente alle famiglie, risorse pubbliche destinate all'offerta di servizi, risorse private delle famiglie e risorse private intermedie attraverso strumenti assicurativi. Queste ultime rappresentano oggi una componente ancora limitata, ma afferiscono a un

ambito in progressiva espansione, caratterizzato da una crescente attenzione al tema della non autosufficienza.

In questo quadro, il tema dell'efficienza deve essere necessariamente presidiato. Tuttavia, il divario tra fabbisogno e risorse è tale da non poter essere colmato attraverso il solo recupero di efficienza. Il tema delle risorse non è solo un problema di efficienza, ma di coerenza tra aspettative, priorità e capacità di finanziamento. Questo implica la necessità di rendere esplicite le scelte, evitando che il disallineamento venga gestito implicitamente attraverso meccanismi di selezione non dichiarati.

Un secondo aspetto riguarda il *personale*. La carenza di operatori non è soltanto un problema organizzativo, ma riflette una dinamica più profonda, di natura demografica e vocazionale. La riduzione della popolazione in età attiva limita la disponibilità complessiva di forza lavoro, mentre la minore attrattività dei lavori di cura riduce ulteriormente la capacità di intercettare nuove risorse professionali. In questo contesto, appare poco realistico ipotizzare un riequilibrio nel breve periodo. Il vincolo di personale non deve essere subito, ma non può neppure essere rimosso: deve essere assunto come dato di partenza per la progettazione dei servizi.

A queste dinamiche si aggiunge l'indebolimento delle reti familiari e la possibile flessione del badantato, che contribuiscono a ridurre la capacità complessiva di presa in carico e a spostare ulteriormente la pressione verso il sistema dei servizi.

Un ulteriore elemento di complessità è rappresentato dal rafforzamento delle *interdipendenze* tra ambiti e setting di cura. Le persone attraversano nel tempo diversi contesti assistenziali, rendendo centrale il tema del governo delle transizioni e della capacità di coordinamento tra attori.

Nel loro insieme, questi elementi delineano un quadro in cui il disallineamento tra fabbisogno, capacità di offerta e risorse non è contingente, ma strutturale. In queste condizioni, non si tratta di individuare una soluzione, ma di rendere gestibile un disequilibrio. È questo il punto che segna il passaggio da una logica di soluzione a una logica di governo del problema.

6.4 Le traiettorie di innovazione

In un contesto caratterizzato da un disallineamento strutturale tra fabbisogno, capacità di offerta e risorse disponibili, l'innovazione non può essere interpretata come la ricerca di una soluzione definitiva, ma come la costruzione di una pluralità di traiettorie di adattamento del sistema.

Queste traiettorie non si sviluppano in modo casuale, ma emergono dall'interazione tra alcune dimensioni fondamentali e alcune questioni trasversali che ne condizionano la praticabilità.

Una prima dimensione riguarda il *core service*. I servizi sono chiamati a evolvere verso configurazioni più flessibili, capaci di accompagnare le transizioni tra livelli di bisogno e tra setting assistenziali. In questo senso, la continuità dei percorsi non è solo un obiettivo organizzativo, ma una condizione per garantire qualità ed efficacia della risposta. La discontinuità dei percorsi, al contrario, rappresenta oggi uno dei principali fattori di inefficacia del sistema. Tra i principali fattori di successo dei casi analizzati nel presente rapporto, ne emergono due cruciali che attengono direttamente al core service: la co-progettazione del servizio e l'attenzione a collocare ogni contesto di cura sperimentato all'interno di una filiera in grado di accompagnare il percorso degli utenti.

Una seconda dimensione riguarda il *personale* e i modelli organizzativi del lavoro di cura. In presenza di una carenza strutturale di personale, l'innovazione passa necessariamente attraverso una ridefinizione dei ruoli, delle competenze e delle modalità di coordinamento. In primo luogo, i casi evidenziano una prospettiva di cambiamento nello skill mix di personale, necessario per passare da modelli più prestazionali a modelli fondati sulla co-progettazione e sull'accompagnamento al percorso degli utenti. In secondo luogo, anche se non emerge dai casi analizzati, occorre ricordare che il vincolo di personale non è superabile nel breve periodo: può solo essere gestito attraverso modelli organizzativi coerenti con la sua scarsità. Questo implica un passaggio da modelli costruiti sull'abbondanza relativa di risorse a modelli progettati esplicitamente per operare in condizioni di vincolo. Sebbene l'analisi dei casi non permetta di evidenziare percorsi rilevanti in questa direzione, il tema delle persone e delle competenze costituirà una delle dimensioni cruciali su cui misurare l'efficacia di sistema delle future sperimentazioni.

Una terza dimensione riguarda la creazione di *comunità*. I casi analizzati evidenziano la possibilità di attivare risorse diffuse, ampliando la capacità di risposta del sistema oltre i confini dei servizi formalizzati. In questo senso, il servizio non è più soltanto erogazione, ma anche attivazione e coordinamento. Questo accade quando il servizio viene progettato e definito come piattaforma di comunità, non come sistema prestazionale. L'investimento sulla dimensione comunitaria implica per il servizio un valore dettato dalla specificità locale, a cui consegue una limitata replicabilità in termini di modello, ma una altrettanto forte indicazione in termini di metodo.

Queste tre dimensioni non danno luogo a traiettorie univoche, ma si combinano tra loro in modi differenti, generando configurazioni molteplici. La loro concreta evoluzione dipende dall'interazione con alcune questioni trasversali.

Una prima questione riguarda la *tecnologia*. Le tecnologie disponibili offrono opportunità rilevanti, sia in termini di efficienza sia di efficacia. Tuttavia, il loro contributo non è automatico. Il rischio di un'inversione tra mezzi e fini è concreto: la disponibilità di soluzioni tecnologiche può finire per orientare la configurazione dei servizi. In questi casi, la tecnologia non risolve i problemi,

ma contribuisce ad aumentarne la complessità. La tecnologia non è una risposta ai bisogni: è una leva che può essere utilizzata solo all'interno di una chiara ipotesi di servizio. Il punto non è introdurre tecnologia, ma definire, in funzione dei bisogni con cui ci si vuole confrontare, quale servizio si intende realizzare e verificare se e come la tecnologia può contribuire a renderlo praticabile in modo più efficace.

Accanto a questo, emerge una dimensione culturale. La diffusione della tecnologia e, più in generale, di nuovi modelli di servizio richiede contesti culturali in grado di recepirli, evitando dinamiche di rifiuto o di diffidenza. Questo elemento richiama il ruolo della comunicazione e della promozione dei servizi, che possono contribuire a favorire una evoluzione, graduale ma significativa, anche sul lato della domanda. Anche la domanda, infatti, non è data una volta per tutte, ma può essere orientata e accompagnata.

Una seconda questione riguarda le *risorse*. In un contesto caratterizzato da una pluralità di fonti di finanziamento, l'innovazione riguarda anche la capacità di costruire combinazioni coerenti tra risorse pubbliche, risorse private e forme intermedie, mantenendo al tempo stesso un presidio sulle condizioni di equità.

In questa prospettiva, si tratta anche di superare una dicotomia che ha a lungo caratterizzato il settore, tra modelli a finanziamento pubblico e modelli fondati sull'acquisto privato di prestazioni, tra cui il ricorso al badantato. Questa contrapposizione tende a semplificare il problema, senza cogliere la complessità delle condizioni in cui le persone e le famiglie costruiscono le proprie risposte ai bisogni di cura.

L'evoluzione richiede piuttosto uno spostamento di prospettiva, che assuma come riferimento gli ambiti di vita delle persone e che consideri le diverse risorse disponibili come componenti parziali di una risposta più ampia. L'innovazione consiste quindi anche nella capacità di costruire queste ricomposizioni, orientandole alla qualità dell'esperienza delle persone e delle famiglie. In questo senso, il tema delle risorse diventa parte integrante del disegno del servizio, e non un vincolo esterno da gestire.

6.5 La governance dell'innovazione

La *governance* dell'innovazione rappresenta la cornice entro cui queste dimensioni e queste questioni possono trovare una composizione.

I casi internazionali analizzati evidenziano come molte esperienze innovative non siano state promosse direttamente da policy pubbliche orientate all'innovazione, ma siano emerse all'interno dei vincoli imposti dai sistemi regolativi. Questo non implica che tali vincoli siano superflui: essi sono necessari per garantire la tutela degli utenti, soprattutto in un contesto caratterizzato da un forte squilibrio tra domanda e offerta. Allo stesso tempo, tali vincoli non

rappresentano una specificità del contesto italiano, ma caratterizzano, con modalità diverse, anche i sistemi di altri paesi.

Queste evidenze mostrano che i vincoli regolativi non costituiscono, di per sé, un ostacolo insormontabile all'innovazione. In molti casi, l'innovazione prende forma proprio a partire dalla capacità dei gestori di interpretare tali vincoli, di lavorare nei loro margini e di sperimentare soluzioni nuove all'interno delle condizioni date.

In questo senso, l'assenza di policy esplicitamente orientate all'innovazione non può essere assunta come un elemento che giustifica l'inazione. Al contrario, la necessità di innovare, in presenza di un disallineamento strutturale tra bisogni e risorse, richiede ai soggetti erogatori di attivare percorsi di sperimentazione anche all'interno dei quadri regolativi esistenti.

Ciò non riduce, ma anzi rafforza, il ruolo delle politiche pubbliche. Se i processi di innovazione emergono già oggi in modo diffuso, spesso in condizioni non favorevoli, appare evidente quanto potrebbe essere rilevante un orientamento delle policy volto a facilitarli. Ne deriva l'esigenza di assetti regolativi che, accanto alla funzione di tutela e controllo, siano in grado di riconoscere, accompagnare e abilitare le sperimentazioni.

La regolazione, in questo senso, non può limitarsi a definire vincoli, ma deve contribuire a creare le condizioni per sviluppare soluzioni nuove, valorizzando le esperienze che emergono e favorendone la diffusione.

In ogni caso, saranno sempre più necessarie sperimentazioni fondate su alleanze e partnership tra soggetti pubblici e soggetti privati, per la sperimentazione di modelli di cura che combinino risorse pubbliche con risorse private, e producano apprendimento e innovazione sia rispetto ai modelli di cura, sia rispetto ai sistemi di regolazione.

6.6 Considerazioni conclusive

Le evidenze disponibili confermano alcune convinzioni ormai consolidate: la centralità dei bisogni per orientare la progettazione, la necessità di integrazione tra interventi e lo sviluppo di iniziative di comunità.

Allo stesso tempo, il quadro che emerge è quello di un sistema attraversato da un disallineamento strutturale tra fabbisogno, capacità di offerta e risorse disponibili. In questo contesto, l'innovazione non può essere intesa come la ricerca di una soluzione unica, ma come la costruzione di percorsi molteplici, parziali e progressivi.

Se non esiste una soluzione unitaria, diventa allora rilevante dotarsi di una "bussola" che consenta di orientarsi tra le diverse traiettorie che potranno emergere dalle sperimentazioni in corso.

Alcune parole chiave possono contribuire a definire questa bussola.

La prima è *coerenza*: tra bisogni, modelli di servizio, risorse e strumenti. In assenza di coerenza, anche soluzioni tecnicamente valide rischiano di produrre effetti limitati o distorsivi.

La seconda è *integrazione*: tra setting di cura, tra attori, tra dimensioni sanitarie e sociali. La capacità di riconoscere e governare le interdipendenze rappresenta una condizione essenziale di funzionamento del sistema. Il valore del servizio non coincide con la prestazione erogata in un singolo setting, ma deve essere sempre più evidente che dipende dalla capacità di rispondere a esigenze di cui sono portatrici persone che hanno l'esigenza di essere riconosciute e accompagnate dentro un percorso, che è il proprio percorso.

La terza, che consegue, è *adattività*: la capacità dei servizi di evolvere nel tempo, accompagnando le transizioni delle persone e adattandosi a condizioni che non sono stabili.

La quarta è *sostenibilità operativa*: la possibilità di costruire modelli che siano compatibili con i vincoli reali di risorse e di personale, evitando soluzioni che risultano efficaci solo in condizioni non replicabili.

La quinta è *legittimazione*: la capacità delle soluzioni adottate di essere riconosciute come utili e appropriate dalle persone e dalle famiglie, e quindi di sostenere nel tempo la fiducia nel sistema.

Queste parole chiave non definiscono un modello, ma offrono criteri per leggere e orientare le traiettorie di innovazione. In un contesto in cui il disallineamento tra fabbisogno, capacità di offerta e risorse disponibili è strutturale, la qualità delle scelte dipende dalla capacità di muoversi in modo consapevole all'interno di questi riferimenti, riconoscendo con chiarezza ciò che è possibile realizzare e ciò che, almeno nel breve periodo, non lo è.

Questo approccio non implica una rinuncia ad affrontare il problema. Al contrario, rappresenta una condizione per affrontarlo in modo più robusto, evitando di affidarsi a soluzioni apparenti o a ipotesi di intervento non sostenibili. Non si tratta di individuare una soluzione unica, ma di promuovere una pluralità di tentativi, diffusi e coerenti, capaci di produrre miglioramenti reali nelle condizioni di vita delle persone e delle famiglie.

In questo senso, la sostenibilità del sistema non dipenderà dalla capacità di risolvere il problema in modo definitivo, ma dalla capacità di governarlo nel tempo. Ciò implica mantenere coerenza tra bisogni, risorse e modelli di servizio, orientare le scelte in modo trasparente e progressivo, e preservare la capacità complessiva del sistema – nelle sue componenti pubbliche e private – di generare valore pubblico e rispondere a un interesse collettivo.

Gli Autori

Maria Vittoria Bufali è Academic Fellow di Government, Health and Not for Profit presso SDA Bocconi School of Management. Ha conseguito un PhD in Management presso la Strathclyde Business School dell'Università di Strathclyde (Glasgow, Regno Unito). I suoi interessi di ricerca, attività didattiche e pubblicazioni scientifiche si concentrano su: valutazioni d'impatto ed economiche di interventi sociali e sanitari; innovazione sociale, nel settore pubblico e digitale; analisi dei bisogni; gestione e (ri)progettazione dei servizi, con particolare attenzione al terzo settore, al welfare locale e alla Long Term Care. È autrice di numerosi articoli scientifici pubblicati in riviste internazionali, quali *Social Science & Medicine*, *Public Management Review*, *BMC Health Services Research*, *Journal of Social Entrepreneurship*, *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research* ed *Evaluation and Program Planning*.

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

Francesco Longo è Professore Associato del Dipartimento di Scienze sociali e politiche presso l'Università Bocconi. Presso SDA Bocconi 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 SDA 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, al Rapporto OCAP e al Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care.

Eleonora Perobelli è Assistant Professor of Practice di Government, Health e Not for Profit presso SDA Bocconi School of Management, fa parte dell'area di ricerca Social Policy and Social Innovation e dell'Osservatorio Long Term Care presso CERGAS SDA Bocconi. È Program Coordinator dell'Executive Master in Management delle Amministrazioni Pubbliche (EMMAP) e coordina il team di ricerca SDA Bocconi coinvolto nel progetto HouseInc, finanziato da Horizon Europe. I suoi interessi di ricerca e le sue pubblicazioni scientifiche si concentrano attorno a tre temi: i modelli di gestione dei servizi pubblici e il loro impatto sulla sostenibilità del sistema; la definizione e misurazione del valore generato dai servizi pubblici; la gestione delle società partecipate. I settori su cui ha concentrato gran parte della propria ricerca sono welfare, long-term care e servizi abitativi. Ha progettato e partecipato a molteplici iniziative di ricerca e formazione in collaborazione con istituzioni e aziende pubbliche locali e regionali, società partecipate, fondazioni. Contribuisce stabilmente ai Rapporti OLTC e OASI ed è autrice di diversi volumi e di articoli pubblicati su riviste nazionali e internazionali. Ha conseguito il PhD in Management & Innovation presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore – sede di Milano con una tesi sul valore pubblico generato dalle organizzazioni ibride.

Andrea Rotolo è Associate Professor of Practice di Government, Health and Not for Profit presso SDA Bocconi School of Management, dove ha coordinato rilevanti attività di ricerca a livello nazionale e internazionale. È coordinatore del Master of International Healthcare Management, Economics and Policy (MIHMEP) e ha progettato e diretto vari programmi di formazione executive, collaborando con i principali attori del sistema sanitario e socio-sanitario italiano, tra cui aziende sanitarie pubbliche e private, enti locali, regioni e industria farmaceutica. I suoi interessi di ricerca e le sue pubblicazioni si concentrano sul management sanitario, con un focus su management strategico, performance management e innovazione nei modelli di servizio e organizzativi dei servizi sanitari e socio-sanitari. È autore di articoli pubblicati su riviste nazionali e internazionali, tra cui *Health Policy*, *Public Management Review*, *BMC Health Services Research* e *Mecosan*. Ha inoltre contribuito a diversi rapporti di ricerca, tra cui il Rapporto OASI sullo stato di salute del Servizio Sanitario Nazionale, il Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care e il Rapporto OCAP (Osservatorio sul Cambiamento delle Amministrazioni Pubbliche).

bea

L'8° Rapporto di ricerca dell'Osservatorio Long Term Care analizza le trasformazioni in atto nel settore, con particolare attenzione allo sviluppo di nuovi ecosistemi di servizi tra domicilio, forme di residenzialità innovative e comunità. A partire dai dati di contesto e dall'evoluzione dei bisogni della popolazione anziana, il lavoro individua spazi e direzioni di innovazione nei modelli di offerta. L'analisi si concentra su esperienze europee e casi studio significativi, approfondendone caratteristiche, modalità di implementazione e fattori abilitanti. Ne emergono indicazioni utili per ripensare l'organizzazione dei servizi e rafforzare l'integrazione tra dimensione sociale, sanitaria e abitativa anche nel contesto italiano. Il Rapporto propone infine alcune implicazioni strategiche per accompagnare lo sviluppo di servizi di LTC più sostenibili, accessibili e centrati sui bisogni delle persone anziane.

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 Assistant Professor of Practice, 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 978-88-238-4831-3



9 788823 848313

www.egeaeditore.it