

Il personale come fattore critico di qualità per il settore Long Term Care

5° Rapporto Osservatorio Long Term Care



A cura di
Giovanni Fosti
Elisabetta Notarnicola
Eleonora Perobelli

Il personale come fattore critico di qualità per il settore Long Term Care

5° Rapporto Osservatorio Long Term Care



Quest'opera, e ogni sua parte, è protetta dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in questa versione digitale sotto la licenza Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale (CC BY-NC-ND 4.0).

Scaricando quest'opera, l'Utente accetta tutte le condizioni dell'accordo di licenza per l'opera come indicato e riportato sul sito: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Copyright © 2023 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: gennaio 2023

ISBN volume 978-88-238-4752-1

ISBN ebook 978-88-238-8610-0

Indice

Prefazione. Le aziende del settore socio-sanitario negli anni delle crisi, costruire il futuro ripartendo dalle persone <i>di Massimo Minaudo</i>	9
Introduzione <i>di Giovanni Fosti, Elisabetta Notarnicola ed Eleonora Perobelli</i>	13
1. Il settore Long Term Care per anziani non autosufficienti in Italia: rete di welfare, “badantato”, posizionamento dei gestori e innovazioni in corso <i>di Elisabetta Notarnicola ed Eleonora Perobelli</i>	17
1.1. Il ruolo del welfare pubblico: offerta di servizi e copertura del bisogno	17
1.1.1 <i>Servizi e utenti in carico</i>	18
1.1.2 <i>Stima della copertura del bisogno</i>	25
1.2 L’evoluzione del “badantato”: numeri e prospettive	28
1.3 Il posizionamento strategico dei grandi player del settore	29
1.3.1 <i>La fotografia del Network OLTC</i>	30
1.4 Traiettorie di sviluppo per il settore	39
1.4.1 <i>Il settore anziani nelle iniziative di riforma promosse nel 2022</i>	39
1.4.2 <i>Innovazioni nel mercato: lo sviluppo del senior living</i>	42
Bibliografia	43
2. Crisi del personale, tra carenza numerica e specificità del settore <i>di Elisabetta Notarnicola</i>	45
2.1 La crisi del personale nel settore, una survey aggiornata	45
2.2 Le radici del problema	48
2.3 Le implicazioni della crisi del personale per il management	49
2.3.1 <i>Il management dei servizi socio-sanitari sarà sempre più un management “di emergenza”?</i>	49

2.3.2	<i>Come riportare al centro il personale come fattore critico di qualità?</i>	50
2.3.3	<i>Come interpretare regole e normative, limite o punto di partenza? Come far evolvere i servizi?</i>	50
	Bibliografia	51
3.	Regione che vai, RSA che trovi: la residenzialità per anziani in dodici regioni	
	<i>di Alessandro Furnari, Simone Manfredi ed Eleonora Perobelli</i>	53
3.1	Un confronto tra dodici regioni	54
3.2	Residenzialità per anziani in dodici regioni: tipologia e natura dei servizi, profilo degli utenti target	55
3.2.1	<i>La natura dei servizi residenziali</i>	56
3.2.2	<i>I profili target dei servizi</i>	57
3.3	Residenzialità socio-sanitaria: quali modelli di servizio?	59
3.3.1	<i>Il perimetro della residenzialità socio-sanitaria</i>	59
3.3.2	<i>Estensione della rete e ospiti target</i>	61
3.3.3	<i>La disciplina di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione</i>	62
3.3.4	<i>La disciplina degli standard di personale e le figure previste</i>	63
3.3.5	<i>Il modello di tariffazione</i>	65
3.3.6	<i>Il posizionamento strategico delle regioni</i>	67
3.4	Standard di personale a confronto nella residenzialità socio-sanitaria	69
3.5	Sintesi e riflessioni su normative regionali e servizi residenziali socio-sanitari italiani	77
	Bibliografia	80
	Appendice 1. La normativa regionale analizzata	81
	Appendice 2. Schede regionali	87
4.	La gestione del personale nel settore anziani: prassi aziendali e dati di organico	
	<i>di Alessandro Furnari ed Elisabetta Notarnicola</i>	101
4.1	Un tentativo di descrivere il settore residenziale socio-sanitario partendo dal personale	101
4.2	Metodologia di raccolta, elaborazione e analisi dati	102
4.3	Una prima panoramica della dotazione di organico del personale nelle strutture socio-sanitarie residenziali per anziani	104
4.4	Cluster analysis: risultati e pattern di comportamento dei gestori	108
4.5	Riflessioni conclusive	113
	Bibliografia	117

5. La gestione strategica delle risorse umane nel settore socio-sanitario	
<i>di Andrea Rotolo</i>	119
5.1 Obiettivi e metodo di rilevazione	119
5.2 Ruolo e significato della funzione risorse umane nel settore socio-sanitario	120
5.3 Strategie di breve e medio periodo in risposta alla crisi del personale	124
5.4 La necessità e l'urgenza di un salto di qualità del settore nella gestione e valorizzazione del personale	125
Bibliografia	130
6. Conclusioni	
<i>di Giovanni Fosti, Francesco Longo, Elisabetta Notarnicola ed Eleonora Perobelli</i>	131
6.1 Le dinamiche del settore Long Term Care alla luce del 2021 e del 2022	131
6.2 Le criticità di settore percepite dai provider	133
6.3 Gli spazi strategici per i provider nell'ambito del welfare pubblico	135
6.4 In sintesi	138
Gli Autori	139

Prefazione

Le aziende del settore socio-sanitario negli anni delle crisi, costruire il futuro ripartendo dalle persone

*di Massimo Minaudo**

Nel 2022 siamo giunti alla quinta edizione del Rapporto Osservatorio Long Term Care, frutto della collaborazione pluriennale tra Essity e il gruppo di ricerca sui servizi sociali e socio-sanitari del CERGAS SDA Bocconi. L'Osservatorio ha attraversato gli anni della crisi pandemica con lo spirito di dar voce alle aziende che operano nel settore e ai loro manager, per raccogliere dai diretti interessati non solo le evidenze di quanto accaduto nel 2020 e 2021, ma soprattutto per mettere in luce quanto e come fosse necessario investire sulle competenze manageriali del settore. I manager del socio-sanitario hanno dimostrato negli anni di Covid-19 grande capacità di resilienza e tenacia, mostrando come le capacità e gli strumenti gestionali siano fondamentali e ancora più efficaci quando poggiano su passione e dedizione, elementi che non mancano in questo comparto. Superata la pandemia, però, queste considerazioni sono riemerse come ancor più centrali alla luce di una nuova crisi che si è affacciata sul settore (non solo assistenziale, ma più in generale sanitario), quella del personale. Il comparto Long Term Care ha le sue radici nelle capacità e nella quotidianità delle persone che lo rendono vivo e possibile ogni giorno, i suoi operatori. Come in tutti i settori di servizi alla persona, non potrebbe esistere LTC senza gli operatori che nelle strutture, nei centri, negli ambulatori, nelle case producono e promuovono l'assistenza e la qualità della cura. Il rapporto a tre che si viene a creare tra anziano, famiglia e professionista parte della relazione di cura è il rapporto che genera il valore e la qualità della cura. Questo rapporto non deve essere dato per scontato e deve essere alimentato da fiducia, competenze e qualità del lavoro. Ci siamo dedicati allora nel 2022 a mettere a fuoco questo tema: come possiamo garantire che i professionisti del settore continuino ad operare nelle condizioni di fiducia, competenze e qualità del lavoro in un contesto in cui

* Country Manager Italy, Essity Italy.

la carenza numerica dei professionisti mina la relazione tra questi e l'anziano/famiglia e influisce della quotidianità degli operatori?

La prospettiva con cui abbiamo guardato a questo tema è, ancora una volta, quella aziendale. Certamente, il problema della carenza di personale è un problema di cui devono occuparsi le politiche pubbliche e le istituzioni a livello di sistema Paese. Ma come gestire i servizi in un momento di carenza del personale è una questione tutta manageriale che attiene alle scelte gestionali dei singoli e ha delle ripercussioni sulla vita (lavorativa) delle persone che operano nei servizi. Per cui, in un anno in cui si parlava di revisione del sistema universitario e di politiche del lavoro, abbiamo fatto insieme un passo indietro per capire quali effetti stesse producendo su aziende, servizi e lavoratori questa crisi e cosa volesse dire gestire il personale in un settore complesso come quello socio-sanitario. Lo abbiamo fatto anche nel solco di una tradizione di Essity, quella di dare voce alle singole persone che lavorano nelle strutture socio-sanitarie che negli ultimi anni, grazie a tante iniziative intraprese e ora anche grazie all'Osservatorio, hanno avuto voce nel portare il loro racconto di questo settore e di cosa voglia dire operarvi quotidianamente. Certamente è stato necessario anche riflettere sui vincoli e sulle norme. La gestione del personale non è solo frutto di strategie aziendali ma segue e consegue le normative nazionali e regionali esistenti rispetto a standard e caratteristiche dei servizi, come è normale che sia parlando di assistenza. Le considerazioni di tipo gestionale sono state quindi messe in controluce rispetto ad una analisi delle normative di 12 regioni, in modo da fare emergere in modo chiaro e supportato da dati precisi, quali siano i confini dentro ai quali si muovono gli enti gestori, quali i vincoli e quali gli spazi di opportunità. Questa è stata l'occasione anche per realizzare, per la prima volta, una mappatura ragionata e completa della normativa in ambito residenzialità anziani di diverse regioni italiane, favorendo il confronto e offrendo (speriamo) un servizio ai tanti enti gestori che faticano a orientarsi nel confronto interregionale data la vastità della normativa esistente. Anche questo è un obiettivo del nostro Osservatorio, essere portatore di dati e facilitare il loro utilizzo per avviare cambiamenti e riflessioni *evidence-based*. In questo senso il 5° Rapporto dà altri due importanti contributi. Aggiorna agli anni più recenti il quadro complessivo dei numeri di offerta e domanda dei servizi LTC, fornendo dati aggiornati a livello nazionale. Indaga i dati aziendali sul personale nelle strutture, fornendo dati originali di dotazione organico e costo fondamentali per comprendere come sostenere la sostenibilità economica delle aziende.

Anche quest'anno quindi il ringraziamento principale per i contenuti che il Rapporto riesce a mettere a disposizione di tutti, va alle aziende che generosamente aderiscono all'Osservatorio, aprendo i loro bilanci e i loro archivi dati e consentendoci, grazie alla loro disponibilità e al loro sforzo di partecipazione alla ricerca, di offrire un pezzo aggiuntivo di conoscenza. In particolar modo nel 2022 possiamo dire che lo sforzo collettivo che queste aziende fanno mostra

i vantaggi di avviare nel settore una dinamica positiva tra collaborazione e competizione per creare una rete più forte tra i gestori e quindi una maggior visibilità e incisività in un periodo critico per il futuro del settore e del welfare del Paese.

Introduzione

di Giovanni Fosti, Elisabetta Notarnicola ed Eleonora Perobelli

Il 5° Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care (OLTC) è dedicato al tema del personale nel comparto socio-sanitario, affrontando la questione da diversi punti di vista.

Già a partire dal 2021 si parlava di crisi delle professioni sanitarie e assistenziali con ripercussioni importanti per il comparto. I dati presentati nella precedente edizione del Rapporto erano allarmanti e segnalavano una carenza strutturale che stava mettendo in ginocchio servizi e aziende, che avevano appena ripreso una ordinarietà dopo due anni complessi. Si discuteva di come mancassero all'appello oltre un quarto degli infermieri e un quinto di medici e OSS necessari per il normale funzionamento dei servizi residenziali per anziani. Chiaramente questa crisi era attesa e, in parte, preannunciata dai dati circa la curva demografica e pensionistica e l'andamento delle dinamiche nazionali e internazionali del mercato del lavoro. Tuttavia, è stata accelerata e potenziata dall'effetto combinato delle dinamiche legate a Covid-19 e ha colto particolarmente deboli e impreparati i gestori del settore, portando alla luce anche le debolezze intrinseche del mondo LTC nei suoi rapporti con gli altri comparti del welfare, in particolare la sanità.

La carenza numerica e l'oggettiva difficoltà e impossibilità a gestire i servizi sono stati quindi l'innescò della crisi ma, guardando più a fondo, questa non è solo collegata alla "quantità" di lavoratori. Non è infatti solo un problema di numeri, ma ha radici più profonde nel modo in cui il lavoro e le professionalità si sono sviluppate e nel modo in cui le regole di funzionamento dei servizi sono state definite. Ecco dunque le prospettive che si sono volute portare in questa edizione del Rapporto, con lo scopo non di fotografare o narrare difficoltà ormai note e conclamate a livello nazionale, quanto di discutere e ricordare perché il personale sia un fattore critico di qualità nel settore e come avviare un cambiamento verso la sua valorizzazione.

La prima prospettiva portata è quella del **trend in corso**: il Capitolo 2 racconta come la crisi attuale stia impattando sulle aziende e fornisce (voce unica nel panorama nazionale) una fotografia aggiornata di cosa voglia dire carenza

del personale nel settore socio-sanitario, contestualizzando al 2022 quanto si sta discutendo. Qual è l'entità effettiva della carenza di personale? Come è evoluta negli ultimi due anni? Con quali ripercussioni per le aziende e i servizi? Che soluzioni sono state attivate e si pensa di attivare?

La seconda prospettiva portata è quelle delle **norme e delle regole**. La dotazione di personale è pilastro fondante degli standard di servizio necessari e richiesti. In un momento storico in cui questa è messa in discussione da una carenza strutturale, è necessario chiedersi in che modo gli standard attuali agiscano e influenzino questo problema e se ci sono spazi di miglioramento o cambiamento. Questo non è possibile in senso assoluto ma solo nel confronto tra Regioni diverse e modelli di servizio diversi. L'analisi presentata nel Capitolo 3 mostra come esistano, al di là delle etichette e denominazioni, molti modelli possibili di socio-sanitario e di residenzialità per anziani e che gli standard fissati dalle Regioni abbiano dei differenziali molto rilevanti. Questa eterogeneità nel tempo è stata giustificata dall'affermazione di diversi modelli regionali ma oggi, momento in cui il settore attraversa una crisi dopo l'altra e in cui si sta discutendo di una riforma nazionale, come interpretiamo questa variabilità? E ancora: le norme e le regole oggi esistenti sono un vincolo esogeno imm modificabile oppure esistono delle strategie e modalità per trasformarli in spazi di lavoro?

La risposta a questa domanda è data dalla terza prospettiva: quella delle **dinamiche aziendali**. Nel Capitolo 4 si indaga, con numeri originali e inediti, come gli standard "normativi" vengano messi in atto e realizzati nelle aziende del settore. Il capitolo cerca di rispondere alla domanda: stante le caratteristiche dei servizi definiti dalle norme nei diversi contesti regionali, quali sono gli standard di personale effettivi, reali, che le aziende del settore hanno attivato in modo da poter gestire secondo i loro parametri di efficienza e qualità i servizi residenziali? La risposta a questa domanda è particolarmente interessante perché i dati mostrano una distanza importante tra i vincoli minimi posti dalle norme e quanto accade concretamente nei servizi, così come mostrano diverse strategie e modelli gestionali. Il capitolo aiuta quindi a portare avanti due riflessioni: la prima riguarda il rapporto con gli standard regionali, che quindi forse possono essere rivisti e superati; il secondo riguarda le dinamiche aziendali che mostrano come siano possibili diverse vie e modalità di implementare il modello di servizio residenziale, nel perimetro delle regole del gioco definite dai legislatori regionali.

L'ultima prospettiva proposta è quindi quella **manageriale**. Nel Capitolo 5 ci si interroga su cosa voglia dire oggi "gestione del personale" nel settore socio-sanitario. Come si configura la funzione aziendale? Quanto è sviluppata? Come (e se) viene valorizzato il personale nelle strutture socio-sanitarie? Quanto si è investito nel tempo e che pratiche si intendono portare avanti nel prossimo futuro? Il capitolo è funzionale a discutere se e quanto il personale nel tempo sia stato visto strategicamente e che tipo di crescita futura è possibile immaginare

per la figura del direttore risorse umane socio-sanitario, una professione tutta da costruire.

Il *fil rouge* del Rapporto è allora la valorizzazione del personale nel settore. La crisi del personale, interpretata come esogena e collegata alla carenza numerica di questo periodo, è più endogena di quanto sembri e deriva dalla stratificazione delle norme e degli standard che sono stati fissati, oltre che da una scarsa focalizzazione strategica della gestione del personale nel tempo da parte delle aziende del settore. I dati mostrano che un modo diverso di gestire il personale è possibile ma serve un investimento in una duplice direzione: ripensare i servizi in funzione anche delle nuove necessità dei professionisti e operatori e investire ancora di più sulle persone.

Come di consueto, il Rapporto presenta anche i dati aggiornati circa il settore socio-sanitario dando il quadro nazionale dei numeri relativi a offerta di servizi, fabbisogno potenziale, servizi effettivamente erogati, cura informale e caratteristiche dei provider. Tutti questi dati sono presentati e commentati nel Capitolo 1.

Potendo beneficiare del rapporto privilegiato con i gestori, il Rapporto porta direttamente la loro esperienza e lo fa dandovi voce direttamente grazie alla partecipazione ai lavori di OLTC di un nutrito gruppo di enti (Tabella 1) che generosamente e preziosamente partecipano alle attività di ricerca. A tutti loro va il nostro ringraziamento. Un sincero ringraziamento va anche a chi rende possibile il nostro lavoro, credendo nella necessità di condurre ricerca su questi temi, ovvero Essity Italia.

Tabella 1. Aziende partecipanti ai lavori di ricerca 2022

ASC Cremona Solidale	Gruppo Gheron
ASP Città di Bologna	Gruppo Korian
ASP Distretto di Fidenza	KOS Care SrL
ASP Golgi Redaelli	Orpea Italia
ASP Parma	Zaffiro CentroSud SrL
ASP Progetto Persona	Cidas Cooperativa Sociale
AltaVita Istituzioni Riunite di Assistenza	Domus Assistenza Società Cooperativa Sociale
I.S.R.A.A. Treviso	Gulliver Cooperativa Sociale
I.P.A.V. Venezia	Punto Service Cooperativa Sociale
Fondazione Boni	Società Dolce Società Cooperativa
Fondazione Casa Cardinale Maffi	Pro.Ges Cooperativa Sociale
Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus	Gruppo S.P.E.S.
Fondazione Maddalena Grassi	KCS Cooperativa Sociale
Fondazione Pia Opera Ciccarelli	Cooperativa CADIAI
Fondazione Sacra Famiglia Onlus	CODESS sociale Società Cooperativa Sociale
	Sana Società cooperativa sociale

1. Il settore Long Term Care per anziani non autosufficienti in Italia: rete di welfare, “badantato”, posizionamento dei gestori e innovazioni in corso

di Elisabetta Notarnicola ed Eleonora Perobelli

Fin dalla sua prima edizione, il Rapporto OLTC propone una fotografia del settore socio-sanitario italiano, aggiornata annualmente, configurandosi come l'unica fonte sul panorama nazionale ad offrire una visione completa delle diverse articolazioni del settore. Ricostruire una rappresentazione esaustiva del settore LTC è un esercizio estremamente complesso, in quanto le fonti informative di riferimento sono frammentate tra attori e livelli di governo differenti, nonché pubblicate con grave ritardo rispetto all'anno a cui si riferiscono i dati. Inoltre, non sono disponibili dati certi rispetto ad alcuni elementi fondamentali, quali il fabbisogno nella popolazione e il reale dimensionamento dell'offerta dei servizi. L'ambizione di questo Capitolo è di ricomporre i dati ufficiali presenti a fine 2022 per fornire una fotografia aggiornata all'ultima data disponibile dello stato dell'arte del settore, fornendo una visione sistematica che guardi alle diverse tipologie di servizio, includendo la sfera pubblica e privata, oltre che formale e informale. A questo fine, il paragrafo 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 completa la rappresentazione del settore portando la prospettiva dei gestori dei servizi. Infine, il paragrafo 1.4 inquadra le principali traiettorie di riforma in atto nel mondo dei servizi per anziani e come queste si collocano rispetto alle caratteristiche del settore.

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.

Le evidenze presentate di seguito fanno riferimento all'annualità 2020, in linea con i dati più recenti disponibili nell'Annuario Statistico del SSN e nell'indagine Istat sui Presidi Socio-Sanitari e rispettivi Ospiti. Le rilevazioni sulla Spesa Sociale dei Comuni sono invece ferme al 2019: si rimarca anche in questa edizione la criticità dell'assenza di dati più recenti e il consueto marcato scarto temporale tra anno di riferimento dei dati nelle fonti istituzionali e momento della loro pubblicazione. Gli autori rinnovano l'invito di predisposizione di un sistema informativo unitario, dinamico e aggiornato per il settore che permetta ai *policy maker* una migliore capacità di governo della LTC e agli operatori del settore di monitorare e valutare le dinamiche in corso.

I dati 2020 verranno poi presentati in relazione ai dati 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. 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 un anziano che benefici sia del SAD, sia di contributi economici di integrazione al reddito o assistenziali). Inoltre, dopo aver escluso dal conteggio i beneficiari di contributi economici, non sono state incluse nella stima le misure tipicamente locali riconducibili al “sostegno alla domiciliarità” (come, ad esempio, l'assistenza sociale professionale, gli interventi per l'integrazione sociale, gli interventi educativo-

assistenziali e quelli per l'inserimento lavorativo), includendo esclusivamente l'assistenza domiciliare socio-assistenziale e integrata (SAD e ADI), che hanno invece diffusione a livello nazionale.

Gli anziani non autosufficienti: definizione e stima del bisogno potenziale

In questa sede quando parliamo di “anziani 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.

Seguendo questo metodo, per il 2020 la stima degli anziani non autosufficienti è pari a 3.935.982 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 2019 e il 2020 la popolazione over65 non autosufficiente è cresciuta del 1,2%. 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 degli anziani.

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

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

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

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

Di seguito si propone inoltre la stima del bisogno potenziale per l'anno 2020 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 2020

Fascia di età	Prevalenza da Istat (2021)	Popolazione di riferimento (1.1.2020)	Stima
65-74	14,60%	6.795.374	992.125
75-84	32,50%	4.875.549	1.584.553
85 e più	63,80%	2.188.167	1.396.051
Totale 65+	28,40%	13.859.090	3.935.982

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

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

La Tabella 1.3 riporta il quadro a livello nazionale della capacità produttiva complessiva della rete di offerta per gli anziani non autosufficienti, in termini di posti disponibili totali per tipologia di assistenza (socio-sanitaria e sociale)².

² Si segnala che, rispetto a quanto riportato nel 4° Rapporto OLTC, i dati riferiti al 2019 illustrati in questa sezione sono stati aggiornati per tenere conto della rilevazione Istat dedicata, pubblicata a fine 2022.

Tabella 1.3. La capacità produttiva del sistema pubblico residenziale e semiresidenziale, serie storica 2013-2016; 2019-2020

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

*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; 2019-2020

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.

*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 fortemente 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 semiresidenziali socio-sanitari è incompleto, perché nell'Annuario non sono riportati i dati di offerta di alcune regioni³, mentre l'offerta di posti in servizi semiresidenziali ad afferenza sociale non è rilevato dai sistemi informativi nazionali.

Rispetto ai dati 2019 lo scenario è cambiato come segue:

- La disponibilità di posti letto in strutture residenziali di afferenza socio-sanitaria è diminuita dello 0,5%⁴;
- La disponibilità di posti letto in strutture residenziali di afferenza sociale è diminuita del 25%;
- L'offerta di posti in servizi semiresidenziali socio-sanitari segna un -4%;
- Le ore di assistenza domiciliare integrata (ADI) erogate sono diminuite del 16%.

Istat e Annuario non specificano 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 legate all'eccezionalità dell'anno 2020: la riduzione del 4% dei posti nei centri diurni può essere ricondotta alla scelta adoperata da alcuni gestori di chiudere strutture, nell'impossibilità di avviare i servizi viste le misure di contenimento in atto che in molte Regioni hanno previsto la chiusura assoluta o forti limitazioni per i servizi diurni. Il 16% di calo nelle ore di assistenza domiciliare integrata erogate sono un segnale chiaro dell'impatto della pandemia sull'assistenza in casa, resa sostanzialmente impossibile nella prima fase (marzo-giugno 2020) per le restrizioni imposte e per il blocco dei servizi ritenuti non fondamentali, e rimasta compromessa anche nei mesi successivi. Il calo delle ore erogate può essere ricondotto principalmente a due ragioni: da un lato, il calo degli utenti in carico (come verrà discusso in Tabella 1.6), dall'altro, dal forte calo nel numero di ore medie erogate per ogni caso anziano, passato dalle 18 del 2019 alle 15 del 2020. Entrambe le cause sono

³ Dato mancante per: Valle d'Aosta, Abruzzo, Molise e Calabria.

⁴ Il dato sui posti letto in strutture residenziali socio-sanitarie rilevato da Annuario Statistico Nazionale SSN è diverso: richiamiamo ulteriormente l'urgenza di omogeneizzare e verificare le fonti nazionali che rischiano di dare informazioni errate.

legate all’impatto delle chiusure e restrizioni imposte dalle prime fasi della pandemia. Quella del 2020 è la prima, inevitabile dato il contesto, battuta di arresto per ADI, che negli anni scorsi era stato il servizio pubblico più diffuso tra gli anziani non autosufficienti. Rimane invece attuale la riflessione sull’effettiva capacità di un servizio così limitato e contingentato nel tempo di dare risposta ai bisogni assistenziali degli anziani, pur da contestualizzare in un anno in cui la capacità di garantire gli accessi si è scontrata con gli effetti della pandemia.

Per quanto concerne la rete sociale, gli unici dati di offerta disponibili sono legati ai posti letto in strutture residenziali, forniti da Istat, da cui si osserva una forte contrazione nell’offerta disponibile, legata in larga misura alle misure di contenimento adottate in queste strutture in reazione alla pandemia da Covid-19.

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; 2019-2020

Utenti in carico		
Anno	Socio-sanitario	Sociale
2013	813.099	578.517
2014	907.034	460.067
2015	909.186	512.186
2016	1.075.152	416.109
2019	1.167.597	436.717
2020	1.112.905	nd

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.

Il 2020 ha visto calare significativamente gli utenti in carico ai servizi socio-sanitari, mentre l’assenza dei dati sulla Spesa Sociale dei Comuni aggiornati ci impedisce di apprezzare l’andamento della capacità di presa in carico degli

enti locali nel primo anno di pandemia. Concentrandoci sui servizi socio-sanitari, il setting che più ha visto contrarsi l'utenza in carico è il centro diurno (-24%), seguito dal residenziale (-12%) e domiciliare (-2%).

Tabella 1.6. Utenti in carico per tipologia di servizio, serie storica 2013-2016; 2019-2020

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	nd
	Domiciliare (ADI e SAD)	844.823	nd

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 Istat e Annuario limita la nostra capacità di commento e comprensione di questo fenomeno. Si ipotizza, stante anche quanto registrato nell'analisi puntuale condotta sui provvedimenti attuati nel corso del 2020 (Perobelli et al. 2021), che la causa principale di queste diminuzioni sia riconducibile alle normative regionali che durante la pandemia hanno imposto chiusure dei servizi anche per lunghi periodi, o modifiche nei criteri di accesso che hanno causato una minor domanda di inserimenti nei servizi. Al contempo, è possibile che parte di questo calo sia dovuto all'incremento della mortalità nella popolazione anziana anche tra gli utenti dei servizi residenziali, pur non avendo ancora a disposizione dati certi e nazionali sulla quota di residenti deceduti a causa del Covid-19. I centri diurni hanno visto la maggior contrazione del numero degli utenti in carico, come già evidenziato sopra rispetto ai posti disponibili, accogliendo quasi un quarto di persone in meno tra il 2019 e il 2020. Segue poi la residenzialità, dove il calo degli utenti è stato in parte dovuto a un calo dei nuovi ingressi, e in parte al mancato turnover tra ospiti successivo ai decessi.

Per quanto concerne i servizi ad afferenza sociale, si propongono unicamente i dati sugli ospiti di servizi residenziali (gli unici aggiornati al 2020), calati del 32% tra il 2019 e il 2020, anche qui probabilmente in relazione alla pandemia.

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 sono disponibili solo per il settore socio-sanitario, in questa sede si propone il tasso di copertura solo per questi servizi LTC⁵.

Tabella 1.7. Tassi di copertura del bisogno dei servizi socio-sanitari, anno 2020

Stima del bisogno potenziale	Servizio	Totale utenti in carico servizi socio-sanitari	Tasso di copertura servizi socio-sanitari
3.935.982	Residenziale	246.376	6,3%
	Semiresidenziale	21.706	0,6%
	Domiciliare (ADI)	844.823	21,5%

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 6,2% del bisogno sugli over65 non autosufficienti. Il dato di copertura relativo ai servizi residenziali risulta più basso di un punto percentuale rispetto al 2019 (riportato nella precedente edizione del Rapporto), in virtù del sensibile calo degli utenti in carico dovuto sia alla riduzione degli accessi che, probabilmente, all'aumento della mortalità nelle RSA dovuto a Covid-19. La copertura del bisogno sale invece al 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 tra-

⁵ Si rimanda al Capitolo 5 del Rapporto OASI 2022 per un approfondimento della copertura del bisogno dei servizi sociali, con dati riferiti all'anno 2019.

mite RSA tra questa fascia di popolazione nelle diverse regioni italiane, che registra un'ampia variabilità che segue la geografia del Paese: nelle regioni del Nord i tassi di copertura sono superiori al 10%, nel Centro-Sud sono compresi tra l'1 e il 5%, 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 locale⁶.

Tabella 1.8. Tasso di copertura del bisogno della popolazione 75+ non autosufficiente tramite RSA. Dettaglio regionale, anno 2020

Regione / Provincia Autonoma	Ospiti di presidi residenziali	Popolazione over75 non autosufficiente	Copertura del bisogno
PA di Bolzano	5.931	21.116	28%
PA di Trento	5.981	23.862	25%
Lombardia	83.263	447.777	19%
Veneto	39.951	220.716	18%
Marche	10.351	60.273	17%
Friuli-Venezia Giulia	10.052	63.950	16%
Toscana	22.874	148.912	15%
Piemonte	30.942	223.182	14%
Liguria	12.197	93.575	13%
Emilia-Romagna	23.019	221.944	10%
Umbria	3.573	35.806	10%
Valle d'Aosta	566	5.868	10%
Lazio	10.185	191.726	5%
Abruzzo	2.849	81.144	4%
Puglia	5.999	215.516	3%
Calabria	2.572	102.862	3%
Molise	473	19.913	2%
Sicilia	5.324	253.449	2%
Sardegna	1.672	95.932	2%
Basilicata	426	33.276	1%
Campania	2.221	248.418	1%
Italia	280.421	2.980.604	9%

Fonti: Istat (2021a). *Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia*. Dati I.stat su popolazione al 1/1/2020. Ministero della Salute (2022) *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*. Anno di riferimento: 2020.

⁶ Si precisa che per costruire la Tabella 1.8 sono stati utilizzati i dati dell'Annuario Statistico del SSN sugli ospiti dei presidi residenziali, gli unici disponibili a livello regionale, il cui totale non corrisponde a quello proposto da Istat per differenze nella classificazione delle strutture operate da Ministero della Salute e Istat.

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. Da questa rappresentazione si evince una forbice di ben 61 punti percentuali tra la regione che raggiunge che raggiunge due terzi della popolazione target stimata (over65), il Molise, e la Valle d'Aosta e la Provincia Autonoma di Bolzano, che ne intercettano circa il 2%.

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

Regione / PA	Popolazione 65+	Prevalenza NA 65+	Popolazione 65+ NA	Casi ADI anziani	Copertura del bisogno
Molise	75.887	25,8	19.579	12.362	63%
Veneto	1.135.667	22,9	260.068	125.800	48%
Toscana	950.428	26,8	254.715	109.941	43%
Emilia-Romagna	1.079.476	33,0	356.227	110.794	31%
Friuli-Venezia Giulia	319.905	21,7	69.419	19.882	29%
PA di Trento	122.248	23,7	28.973	7.651	26%
Lombardia	2.295.835	24,4	560.184	141.532	25%
Basilicata	130.001	33,0	42.900	7.382	17%
Piemonte	1.115.960	22,9	255.555	40.657	16%
Lazio	1.276.877	26,9	343.480	52.865	15%
Abruzzo	314.288	32,7	102.772	15.727	15%
Liguria	438.344	22,5	98.627	14.316	15%
Sicilia	1.056.210	34,6	365.449	53.021	15%
Umbria	225.810	30,3	68.420	9.687	14%
Campania	1.099.634	34,0	373.876	51.727	14%
Puglia	891.842	32,8	292.524	38.816	13%
Marche	381.026	32,3	123.071	13.857	11%
Sardegna	393.813	35,2	138.622	12.215	9%
Calabria	419.874	35,6	149.475	5.871	4%
Valle d'Aosta	30.309	24,0	7.274	160	2%
PA di Bolzano	105.656	24,1	25.463	560	2%
Italia	13.859.090	28,4	3.935.982	844.823	21%

Fonti: Istat (2021a). *Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia*. Dati I.stat su popolazione al 1/1/2020.

Ministero della Salute (2022) *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno di riferimento: 2020*.

Il Molise risulta come *outlier*, mentre le regioni rimanenti possono essere suddivise in tre cluster: un primo, concentrato nel Centro-Nord, in cui viene raggiunto oltre un quarto del target (Lombardia, Veneto, Toscana, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Provincia Autonoma di Trento); segue un cospicuo numero di regioni che coprono tra il 10 e il 20% del fabbisogno (Marche, Puglia, Campania, Umbria, Sicilia, Liguria, Abruzzo, Lazio). Infine, un ultimo gruppo di territori raggiunge meno del dieci per cento dei potenziali beneficiari: Sardegna, Calabria, Provincia Autonoma di Bolzano e Valle d'Aosta. La variabilità delle fonti nel tempo e l'eccezionalità dell'annualità oggetto di indagine (2020) fanno sì che sia complesso interpretare le differenze territoriali. Vogliamo però rimarcare in questa sede che le differenti performance regionali riflettono diversi posizionamenti con riferimento a: scelte di allocazione delle risorse SSN e extra; investimenti riferiti alla rete dei servizi domiciliari; articolazione della rete di offerta e diversi modi di vedere considerare il settore socio-sanitario. Infine, riflettono diverse scelte e policy implementate nel 2020, l'anno della pandemia. Complessivamente, i dati illustrati in questa sezione segnalano la limitata capacità della rete di welfare pubblico di intercettare il proprio bacino di utenti potenziali, con ampia variabilità regionale. Le evidenze circa le effettive capacità di presa in carico di ADI richiedono un ripensamento complessivo della misura, per destinare al meglio gli importanti fondi del PNRR allocati su questo settore. Inoltre, appare più che mai necessario sollecitare la creazione di un sistema informativo per il settore, che metta a disposizione di cittadini, addetti ai lavori e ricercatori dati aggiornati, coerenti e solidi.

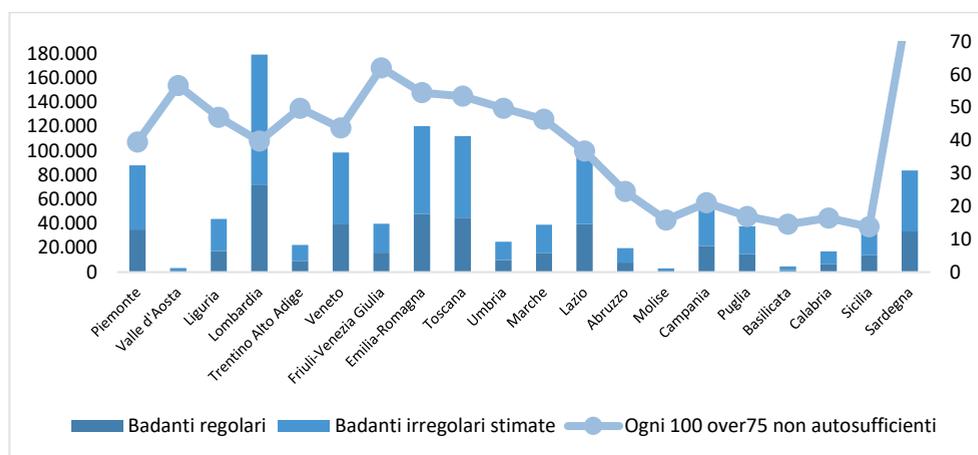
1.2 L'evoluzione del “badantato”: numeri e prospettive

I dati INPS sul lavoro domestico in Italia incrociati con quelli ISTAT sulla popolazione residente ci permettono di aggiornare annualmente la cifra che rappresenta la presenza di badanti in Italia. Per il 2021, la stima del numero di badanti - regolari e irregolari - è di 1.128.428 individui⁷. In termini di incidenza percentuale questo implica la presenza di una badante ogni 15,77 cittadini over75 oppure ogni 37,32 cittadini over75 non autosufficienti. La Figura 1.1 mostra la distribuzione tra Regioni, confermando una maggior incidenza nel Centro e Nord in Italia, in continuità con le stime precedenti.

⁷ Per la stima dei lavoratori irregolari si è utilizzato, in continuità con i 4 Rapporti OLTC precedenti, il rapporto 40-60 tra lavoratori regolari e irregolari. Questa proporzione è confermata anche dalla recente pubblicazione di Pasquinelli e Pozzoli (2021) ma anche da ISTAT (Conti Nazionali 2018 per la Categoria ATECO “T”: Attività di famiglie e convivenze come datori di lavoro per personale domestico; produzione di beni e servizi indifferenziati per uso proprio da parte di famiglie e convivenze) che indica il tasso di irregolarità nel settore domestico pari al 57,6%.

Tra il 2019 e il 2021 le badanti regolari in Italia sono aumentate del 10%, una crescita importante le cui ragioni sono state esposte nel Capitolo 2 del 4° Rapporto OLTC. In questa sede, rileva richiamare come gli incrementi siano legati ad alcune dinamiche innescate dalla pandemia da Covid-19: a marzo 2020, si è assistito a una spontanea regolarizzazione di rapporti di lavoro per consentire ai lavoratori domestici di recarsi al lavoro durante il periodo di *lockdown*. Successivamente, la norma del decreto Rilancio⁸ che ha regolamentato l'emersione di rapporti di lavoro irregolari ha riguardato nell'85% dei casi lavoratori domestici, in particolare stranieri, contribuendo ad aumentare la quota di badanti registrate.

Figura 1.1. Distribuzione di badanti regolari e irregolari nelle Regioni e incidenza rispetto agli over75 non autosufficienti, anno 2021



1.3 Il posizionamento strategico dei grandi player del settore

Per completare il quadro del settore si propone un affondo sul profilo dei grandi player (aziende e gruppi) che erogano servizi di LTC, fornendo dati sulle loro caratteristiche e sul loro posizionamento in termini di business model e strategie aziendali. Per fare questo sono stati raccolti questionari⁹ e dati aziendali da 20 grandi player del settore tra quelli partecipanti all'Osservatorio Long Term Care (cfr Introduzione), selezionati per la loro dimensione in termini di fatturato e rilevanza nel territorio nazionale. Dove rilevante, i risultati verranno messi in

⁸ Cfr. Decreto Legge n. 34 del 19 maggio 2020.

⁹ Il questionario è stato diffuso online a novembre 2022 alle 28 aziende individuate come key *players* del settore. All'indagine hanno risposto 20 Enti.

relazione con quanto emerso dalla stessa rilevazione negli scorsi anni per evidenziare trend e fenomeni in atto nel settore¹⁰.

1.3.1 La fotografia del Network OLTC

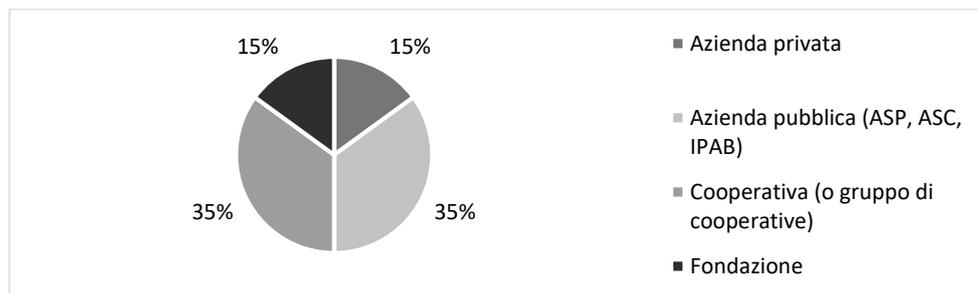
Caratteristiche descrittive

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

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

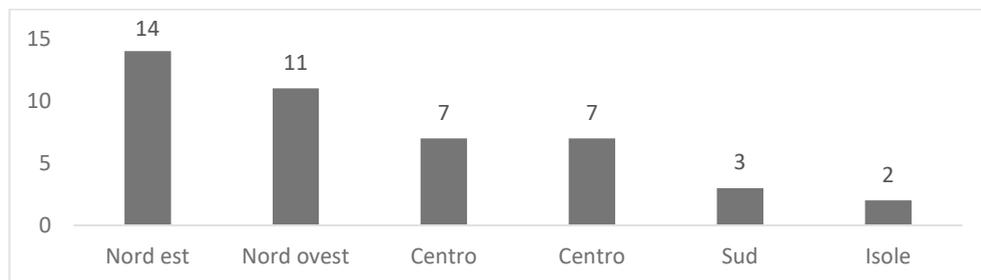
Si registra quindi una distribuzione bilanciata tra Enti di natura pubblica, cooperativa e attori privati.

Figura 1.2. Natura giuridica dei grandi player, anno 2022



¹⁰ Le aziende rispondenti al questionario nelle edizioni precedenti della rilevazione sono in parte differenti: tuttavia, si ritiene che le rilevazioni possano essere lette in maniera congiunta in virtù del fatto che le Aziende partecipanti al Network Keyprovider hanno caratteristiche omogenee e comparabili.

Figura 1.3. Aree geografiche di intervento dei grandi player, anno 2022

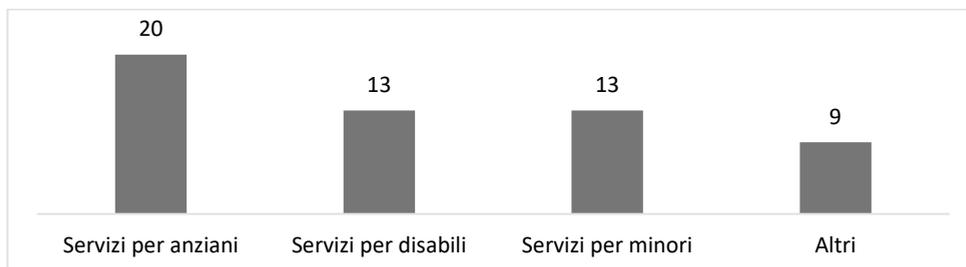


Delle 20 aziende, la maggioranza (Figura 1.3) opera nel Nord Italia, alcune operano nel Centro, una minoranza è presente anche al Sud e nelle Isole. In particolare, 13 provider operano in un'unica area geografica (tipicamente Nord Est o Nord Ovest), 6 in due o più aree, solo un'organizzazione è presente 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 2021, complessivamente i gestori partecipanti al Network gestiscono attività per oltre 1,7 miliardi di fatturato e 52.366 utenti anziani, di cui il 63% in servizi residenziali e la quota rimanente in altri setting. Per completare la fotografia, si segnala che i rispondenti al questionario gestiscono 27.719 posti letto (anno 2021, circa il 10% del totale, cfr par 1.1), di cui il 91% accreditati.

Portafoglio di servizi

I gestori mostrano attività articolate e trasversali a più aree di business (Figura 1.4) segnalando un posizionamento strategico aperto alla diversificazione delle attività ma anche alla ricerca di sinergie e integrazione tra diverse aree assistenziali. Tutti i *player* sono attivi nell'area dei servizi per anziani, 13 anche nell'area disabilità, andando così a ricomporre i più classici target per la LTC ed evidenziando le sinergie tra i due comparti. Altri (13) sono attivi anche nell'area minori, in particolare con servizi di asili nido, comunità per minori e servizi di varia natura per minori con disabilità. Nove di loro sono attivi anche in altri comparti, quali servizi dedicati alla salute mentale, all'accoglienza, al disagio adulto e al contrasto alla povertà ed emarginazione.

Figura 1.4. Posizionamento in diverse aree di servizio, anno 2022

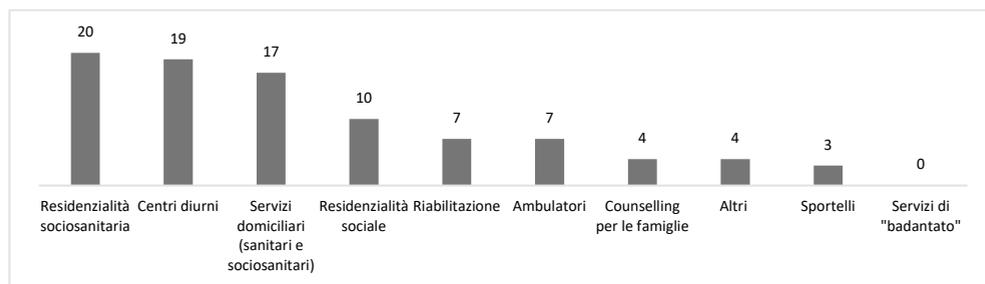
Guardando ai servizi (Figura 1.5) specificatamente destinati all'area anziani, emerge una grande varietà che segnala ancora una volta il tentativo di ricomporre filiere assistenziali. Se da un lato tutti i grandi *player* gestiscono strutture residenziali socio-sanitarie per anziani, è interessante osservare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

- La quasi totalità dei *player*, 19, abbinano alla gestione delle strutture residenziali socio-sanitarie un'offerta di servizi diurni. Sono poi 17 i gestori che a questi aggiungono servizi domiciliari, andando a comporre la filiera socio-sanitaria completa sui tre *setting* più tipici e presenti in tutti i contesti regionali;
- Dieci *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 prevede forme di aggregazione e servizi assistenziali connessi ma solo nell'ambito della socialità e vita quotidiana;
- Altri *player* hanno sviluppato la filiera non tanto andando a completare i *setting* socio-sanitari o sociali, quanto includendo servizi di derivazione sanitaria come quelli di riabilitazione (sia ambulatoriale che residenziale) o offerta ambulatoriale di varia natura. Sette di loro possono vantare una filiera completa che include tutti i servizi di derivazione socio-sanitaria (residenziale, domiciliare e diurno) e servizi di natura sanitaria (riabilitazione o altra assistenza ambulatoriale);
- Alcuni rispondenti sono presenti anche sul mercato dei servizi alle famiglie a pagamento con servizi di sportello e *counseling*. Nel primo caso si tratta di servizi di presa in carico ed informativi per orientare e supportare le famiglie nell'accesso e nella frequenza ai servizi, offerti da 3 *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 4 enti. Solo un gestore offre entrambi i servizi;

- In continuità con le ultime tre edizioni del Rapporto, nessuno dei grandi *player* risultava presente nel segmento di servizi di “badantato” (assistenza domiciliare di stampo assistenziale h24). Nonostante molti di loro siano presenti nel segmento domiciliare, manca un posizionamento su servizi di questo tipo, ritenendo di fatto impossibile competere con il prevalere di forme contrattuali in grigio o in nero, acquisite direttamente dalle famiglie.

Dai dati sui 20 gestori di servizi LTC si conferma il consolidamento di un’offerta orientata alla filiera “tradizionale”, che propone più *setting* di presa in carico alle famiglie e agli utenti nel tentativo di accompagnare l’evoluzione dei bisogni attraverso la possibilità di accedere a servizi con diversa intensità assistenziale. A complemento di questi, diversi provider si stanno attrezzando anche rispetto ad una gamma più ampia di bisogni delle famiglie, includendo il tema dell’accompagnamento e del supporto psicologico. Allo stesso tempo, cresce anche l’offerta di servizi ad afferenza sanitaria, con la disponibilità di riabilitazione e ambulatori.

Figura 1.5. Servizi per anziani gestiti dai grandi player, anno 2022



In termini di peso economico-finanziario dei servizi, la Figura 1.6 illustra il fatturato generato da servizi di residenzialità per anziani, altri servizi per anziani, e servizi rivolti ad altri target di utenza per l’anno 2021.

Figura 1.6. Scomposizione del fatturato 2021 per aree di attività¹¹, grandi player del settore

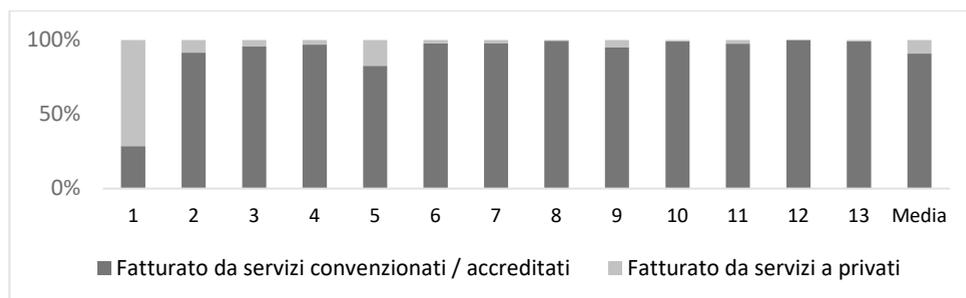
I servizi per anziani diversi dalla residenzialità contribuiscono mediamente solo al 5% dei ricavi complessivi, mantenendo quindi un peso residuale nel business model complessivo. Il fatturato derivante da servizi non dedicati ad anziani è in media del 36%, in sensibile calo rispetto alla scorsa edizione della rilevazione (quando era pari al 47%), pur raggiungendo il 60% in due casi. La residenzialità per anziani è di gran lunga la prima fonte di fatturato (59% in media), dopo anni in cui nelle rilevazioni dell'Osservatorio avevamo osservato una tendenza di riduzione del peso di questo setting. Questo dato segnala, a nostra interpretazione, le difficoltà dei gestori a sostenere l'innovazione in anni caratterizzati da continue crisi (pandemia prima, personale poi). L'aumento dell'incidenza del fatturato da residenzialità segnala che questo setting è quello che meglio ha tenuto (da un punto di vista di sostenibilità economica) in questi anni. Le difficoltà sul comparto diurno e domiciliare sono state maggiori e hanno portato i grandi gestori a ridurre i volumi. Il residenziale, pur con tutte le difficoltà è stato quello su cui si è deciso di investire e proteggere, anche in virtù degli importanti budget pubblici garantiti e accessibili. Nel 2021 quindi le aziende hanno puntato a non perdere terreno sulla residenzialità, riducendo gli sforzi sugli altri setting che quindi hanno perso rilevanza in termini percentuali nel mix del fatturato. Guardando alla natura giuridica delle singole aziende, o alla loro collocazione geografica, non emergono particolari differenze, a segnalare che le scelte di posizionamento strategico dipendono dalle storie delle singole aziende più che dalla loro configurazione giuridica.

¹¹ Dato fornito da 13 gestori.

Offerta pubblica e mercato privato

Il settore socio-sanitario si è sviluppato nel tempo intorno all’offerta pubblica e ai meccanismi di accreditamento, convenzionamento e budget. Il settore sta però cambiando, sia con riferimento alla capacità del welfare pubblico di soddisfare un bisogno potenziale in costante evoluzione, sia con riferimento ai bisogni delle famiglie sempre più differenziati per cluster sociali e alla ricerca di personalizzazione (per approfondimenti, si rimanda al Capitolo 2 del 4° Rapporto OLTC). Tra i servizi tradizionalmente presenti (strutture residenziali, centri diurni e assistenza domiciliare) si iniziano a diffondere quote crescenti di posti e accessi dedicati al mercato privato e al libero accesso da parte delle famiglie. I primi a riposizionare la propria offerta in questa direzione sono stati i grandi *player*, che oggi presentano (con intensità differenziate) quote – seppur minoritarie - di attività svolta al di fuori del regime pubblico. In Figura 1.7 è possibile osservare la scomposizione del fatturato 2021 per attività socio-sanitaria tra servizi ad accreditamento o convenzionamento pubblico e servizi a mercato privato: in media il 91% del fatturato deriva dalla prima tipologia e il 9% dalla seconda. Il dato sul mercato privato è fortemente condizionato dal caso di un gestore, che genera il 71% dei ricavi attraverso la solvenza: nei casi rimanenti, la quota oscilla tra l’1 e il 17%. Rispetto alla rilevazione precedente, cresce la quota di fatturato generato da accreditamento pubblico (era 85% nel 4° Rapporto OLTC) a discapito di quella generata dalla solvenza. Anche un questo caso notiamo l’effetto della pandemia con due spiegazioni: la contabilizzazione nel 2021 di alcuni ristori e aiuti pubblici, la crisi di fiducia delle famiglie che non ha supportato l’offerta in solvenza. In generale, i grandi *player* confermano ancora un posizionamento prevalentemente centrato su servizi a budget pubblico, con limitate aperture verso il mercato.

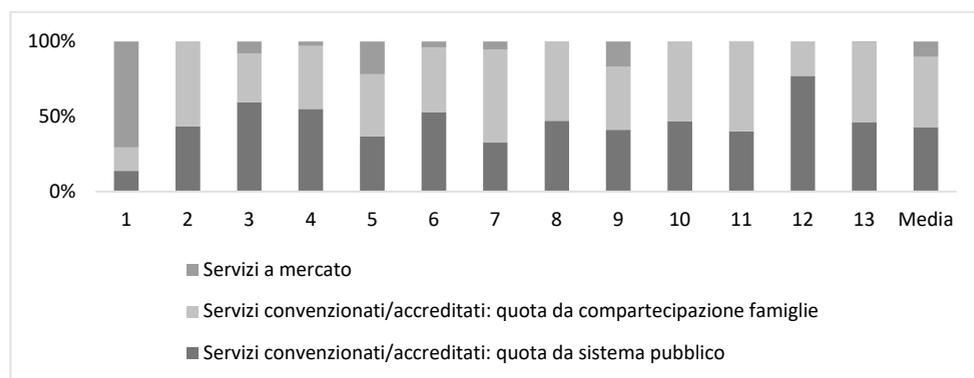
Figura 1.7. Scomposizione del fatturato 2021 per attività verso pubblico o verso privati¹², grandi *player* del settore



¹² Dato fornito da 13 gestori.

Con riferimento ai servizi residenziali per anziani, che come visto (Figura 1.6) generano il 59% 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 47% del fatturato per servizi residenziali per anziani, mentre la quota corrisposta direttamente dal pubblico vale il 43% circa in media. Anche in questo caso si osservano situazioni molto differenziate che dipendono anche dalla normativa dei contesti dove i servizi sono erogati e dalle singole strategie delle aziende rispondenti, che hanno posture strategiche molto diverse rispetto a quanto riguarda l'area in solvenza. Si segnala che rispetto al 4° Rapporto OLTC, la quota di fatturato generata dalla compartecipazione è cresciuta di ben 6 punti percentuali, in linea con l'aumento della rilevanza della quota di fatturato da servizi accreditati.

Figura 1.8. Scomposizione del fatturato 2021 per servizi residenziali per anziani¹³, grandi player del settore



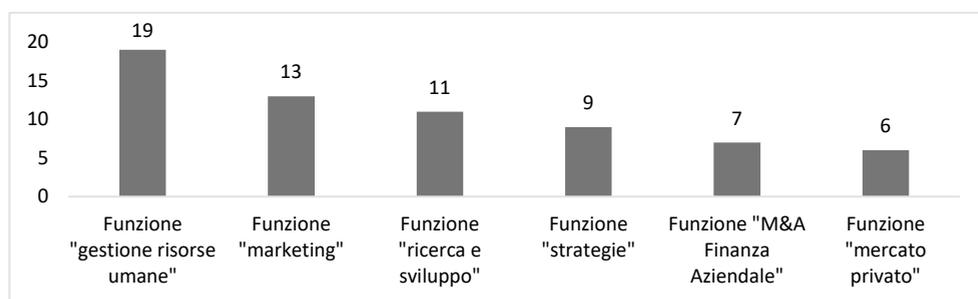
Cambiando prospettiva e considerando unitamente la quota di compartecipazione pagata dalle famiglie e la parte di rette da servizi a mercato, si osserva come mediamente in quasi 57% del fatturato venga corrisposto alle strutture direttamente dalle famiglie. Si può dunque affermare che allo stato attuale, il finanziamento della residenzialità è spostato in larga misura sulle famiglie, aprendo una riflessione sulle scelte di modelli di remunerazione dei servizi stabiliti dalle regioni, che saranno diffusamente discussi nel Capitolo 3.

¹³ Dato fornito da 13 gestori.

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

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

Figura 1.9. Presenza delle funzioni strategiche nell'organigramma aziendale, grandi player, anno 2022



Un primo elemento oggetto di indagine ha riguardato la presenza di una funzione dedicata alla gestione delle risorse umane, presente nella quasi totalità dei rispondenti e che tuttavia può essere interpretata in maniera molto differenziata, come verrà illustrato nel Capitolo 5. Una seconda area di approfondimento 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 inevitabilmente hanno una dotazione di logiche e strumenti manageriali modesta se non assente, ci si è chiesti se lo sviluppo dimensionale, a causa dei processi di acquisizione e fusione, comporti anche un cambio di paradigma gestionale, configurando, ad esempio una esplicita funzione aziendale dedicata allo sviluppo aziendale. Dal questionario emergono importanti segnali di formalizzazione delle funzioni di sviluppo strategico che sono collocate organizzativamente nel perimetro delle direzioni generali. Oltre alle tradizionali funzioni legate alla strategia e marketing (Figura 1.9) è interessante osservare come undici si siano dotate di una funzione ricerca e sviluppo (a segnalare l'attività di rinnovamento sulla propria offerta e servizi, in crescita rispetto alle edizioni precedenti), e sette di *Mergers & Acquisitions*, ovvero finanza aziendale (a segnalare la rilevanza delle operazioni straordinarie nel settore), in continuità rispetto alla rilevazione precedente. Solo

sei aziende 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 operazioni¹⁴. Otto su 20 gestori hanno effettuato operazioni straordinarie nel biennio 2020-2022, prevalentemente fusioni (7) e acquisizioni (4). Nel 2023-2024, 10 *player* su 20 saranno coinvolti in operazioni straordinarie, con una prevalenza di acquisizioni (8). Possiamo aspettarci che il mercato tenderà a cambiare ulteriormente con nuovi perimetri istituzionali e una maggiore concentrazione, anche se la strada da percorrere per il consolidamento del settore è ancora lunga.

Tabella 1.10. Numero di operazioni straordinarie effettuate nel 2020-2022 e prospettiche per il 2023-2024 dai grandi player del settore

	2020-2022	2023-2024
Players coinvolti in operazioni straordinarie (su 20)	8	10
Coinvolti in processi di fusione	7	5
Coinvolti in processi di cessione	5	4
Coinvolti in processi di acquisizione	4	8

Tabella 1.11. Aperture/Acquisizioni e Chiusure/Cessioni di strutture per anziani, grandi player, anni 2020-2022

	Apertura / acquisizione di nuove strutture per anziani. 2019-2021	Chiusura / cessione di nuove strutture per anziani. 2019-2021
<i>Player</i> coinvolti	9	6
Numero operazioni (totale)	34	12

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 quasi la metà delle aziende siano state parte attiva di acquisizioni (o nuove aperture) per un totale di 34 strutture. Meno frequenti le situazioni in cui i grandi *player* hanno ceduto o chiuso strutture (6 *player* su 20). In termini di distribuzione territoriale, le acquisizioni/aperture si sono concentrate prevalentemente nel Nord Ovest (scelto da sei gestori), e in Centro Italia (indicato da quattro gestori); similmente le

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

chiusure sono avvenute nel Nord Ovest (tre gestori) e nel Nord Est (tre gestori), seguite dal Centro (1 gestore, che ha chiuso strutture anche nel Nord Ovest).

1.4 Traiettorie di sviluppo per il settore

Ricostruita la fotografia del settore, il Capitolo si chiude con un approfondimento di due tendenze che, con tempi e obiettivi diversi, potrebbero segnare il futuro dei servizi LTC: le iniziative di riforma promosse nel 2022 e la graduale diffusione del *senior living*, entrambi descritti nei paragrafi successivi.

1.4.1 Il settore anziani nelle iniziative di riforma promosse nel 2022

Il settore dell'assistenza agli anziani non autosufficienti è rimasto profondamente segnato dagli anni 2020 e 2021. La pandemia ha agito su un settore già profondamente in crisi per le sue caratteristiche. Il settore socio-sanitario in generale, e quello dedicato alla non autosufficienza in particolare, si è presentato alla pandemia come un settore frammentato, sotto-finanziato, con normativa e regolamentazione in molte Regioni vetusta e non adeguata ai cambiamenti demografici, sociali ed epidemiologici. Non da ultimo, si è presentato come un settore scarsamente considerato dalle policy e dalla politica. La questione demografica è stata citata a più riprese come la futura "bomba a orologeria" del sistema di welfare italiano. Nonostante questo, negli anni il tema non autosufficienza non è mai entrato nel dibattito pubblico e politico con l'incisività necessaria, determinando nei fatti una assenza di visione politica su come gestire la questione demografica. Le poche politiche pubbliche esistenti non sono riuscite ad essere incisive ed ancora oggi la capacità di risposta del welfare pubblico è limitata, così come lo sono le risorse a disposizione e gli investimenti in ambito privato. La questione anziani non è, infatti, solo un tema di pensioni e prestazioni monetarie: i servizi di cura, presa in carico e, in termini più generali, *care-giving* sono essenziali di fronte a stime che ci dicono che già oggi oltre il 28% degli anziani over65 è non autosufficiente e necessita di accudimento quotidiano. Al momento sono le famiglie a occuparsene attivando risorse proprie, ma un welfare pubblico ad ambizione universalistico come quello italiano non può non considerare questo come un tema sociale.

Se Covid-19 ha avuto un ruolo nell'enfatizzare gli elementi di criticità del settore, ha avuto anche il merito (se così si può dire, purtroppo) di avviare un dibattito collettivo sui servizi per anziani, residenziali in particolare, e sui cambiamenti e investimenti necessari. Dopo la grande presa di coscienza collettiva legata alle morti per Covid-19 in RSA, ci si aspettava e ci si preparava all'avvio di un periodo di grandi cambiamenti rispetto al settore. A Dicembre 2022 dobbiamo però riscontrare questi segnali: le Regioni sono state molto lente (così come lo erano state nelle diverse ondate pandemiche) ad avviare percorsi di cambiamento e ad oggi (a quanto ci risulta) nessuna Regione ha avviato percorsi

significativi di revisione delle politiche e dei servizi; a livello nazionale il PNRR investimenti ha toccato solo marginalmente la tematica, dando indicazioni parziali e legate ad alcuni servizi, senza promuovere investimenti strutturali dedicati a questo ambito di policy; il PNRR riforme ha dato stimolo alla discussione di una riforma nazionale per la non autosufficienza che, ad oggi, è l'elemento più rilevante di cambiamento potenziale da segnalare. Tuttavia, questa è ancora lontana dall'essere ratificata e ancora più incerti sono i suoi futuri tempi di implementazione.

Un contributo importante nel portare il tema anziani all'interno di PNRR è stato avanzato dal "Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza"¹⁵, un network nato nel 2021 a cui nel tempo hanno aderito cinquantadue realtà della società civile¹⁶, che hanno promosso l'inserimento della riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia tra gli obiettivi previsti dal PNRR (come richiamato sopra relativamente alla Missione 05). A marzo 2022 il Patto ha presentato al Governo le proprie Proposte per l'introduzione del Sistema Nazionale Assistenza Anziani (SNAA), volte a modificare l'attuale assetto di governance delle politiche per la non autosufficienza verso un modello fondato sul governo unitario e sulla realizzazione congiunta delle risposte da parte dei diversi soggetti pubblici attualmente responsabili dell'erogazione di servizi e interventi (Stato, Regioni, Comuni). Le Proposte delineano l'architettura di fondo del futuro Sistema e le sue componenti, rimandando poi ad una fase successiva la declinazione operativa della realizzazione del Sistema stesso.

Nella proposta avanzata dal Patto, lo SNAA si fonda su quattro dimensioni interconnesse:

1. Primo, un percorso unico di accesso al Sistema. La proposta è di avere un primo contatto di orientamento con famiglie e/o anziani in un Punto Unico di Accesso (PUA) collocato all'interno delle Case di Comunità: l'ambizione è di qualificare maggiormente rispetto al passato (non è infatti la prima volta che se ne parla) il ruolo dei PUA, rendendoli luogo di ricomposizione dell'offerta esistente e di sostegno alle famiglie nell'arcipelago del welfare. Si propone che l'accesso al PUA sia seguito da una valutazione a cura della costituenda équipe responsabile della Valutazione Nazionale di Base (VNB), deputata a dare una valutazione basata su criteri univoci, standardizzati, validati e nazionali circa lo stato di bisogno dell'anziano, superando l'attuale frammentazione nei momenti e nelle modalità di valutazione delle singole situazioni.

¹⁵ <https://www.pattononautosufficienza.it/>

¹⁶ Elenco completo disponibile al seguente link: <https://www.pattononautosufficienza.it/>

2. Secondo, la rete integrata delle risposte, ossia l'insieme degli interventi offerti dal SNA. Questi sono immaginati a finanziamento pubblico nei livelli essenziali, sia di assistenza sanitaria (LEA) che delle prestazioni sociali (LEP). La proposta prevede poi l'assorbimento dell'indennità di accompagnamento nella Prestazione Universale per la Non Autosufficienza, un trasferimento monetario legato al bisogno di cura, con un valore economico graduato secondo il livello di quest'ultimo (a differenza di quanto avviene oggi). Quest'ultima assumerebbe un ruolo riconosciuto tramite la definizione di competenze precise e processi di formazione ad hoc.
3. In termini di programmazione e governance, si prevede l'istituzione di un meccanismo di rete su tre livelli: nazionale, regionale e locale, tutti profondamente interconnessi e coordinati, sia in termini di metodo che di orizzonte programmatico. L'integrazione tra Reti dovrebbe avvenire su tre piani: istituzionale, gestionale e rispetto agli interventi previsti.
4. Il finanziamento dei livelli essenziali – sociali (LEP) e sanitari (LEA) del SNAA sarà pubblico, basato sulla ricomposizione di risorse attualmente frammentate tra diversi attori e livelli istituzionali, oltre a ulteriori misure a carico della finanza pubblica per assicurare un'adeguata capacità di risposta ai bisogni assistenziali, e affiancato da un secondo pilastro integrativo, in grado di dotare le famiglie di risorse proprie che contribuiscano ad affrontare l'insorgere della non autosufficienza attraverso i Fondi Integrativi per la Non Autosufficienza.

A ottobre 2022 è stato presentato e approvato lo Schema di Disegno di Legge Delega sulla riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, ispirato da quanto presentato sopra, anche se non lo include integralmente. Anche questo documento non costituisce ancora l'atto di riforma vero e proprio, quanto una prima versione (vincolante negli obiettivi) che dovrà essere completata e poi adottata dal Governo in carica nel corso del 2023. Gli elementi principali contenuti riguardano la proposta della nuova governance (riallocazione delle competenze tra livello nazionale, regionale e locale) sotto il nome del Sistema Nazionale Anziani non Autosufficienti (SNAA) e la focalizzazione su una nuova tipologia di assistenza domiciliare (ADISS) e di assegno monetario (frutto della rimodulazione dell'attuale Indennità di Accompagnamento).

Dopo oltre un anno di lavoro su investimenti e riforme, il quadro che si configura a fine 2022 lascia pochi spazi di manovra per l'innovazione dei servizi per anziani, rispetto ai quali si è detto e fatto poco.

1.4.2 Innovazioni nel mercato: lo sviluppo del *senior living*

Nel 2022 sono state avviate numerose iniziative dedicate al *senior living*¹⁷ per anziani. Prima di entrare nel merito della proposta di servizio è interessante commentare questa tendenza in rapporto a quanto presentato sopra in merito al posizionamento strategico dei gestori “storici” del settore. Si è commentato nei paragrafi precedenti come lo shock subito tra il 2020 e il 2021 abbia ricondotto le aziende del settore verso i “porti sicuri” della residenzialità. Vista in altri termini, questi due anni non sono di certo stati un periodo in cui è stato possibile manifestare lo spirito imprenditoriale e innovatore con leggerezza, e molte aziende del settore socio-sanitario (pubbliche e private) hanno messo in stand by o rallentato processi di innovazione radicale, con sola eccezione di quelle a matrice tecnologica¹⁸. Il periodo 2021 e 2022 è stato, invece, un periodo caratterizzato da una riscoperta del comparto anziani da parte di investitori privati, soprattutto da soggetti del mondo immobiliare. Questo perché è considerato un settore a basso rischio e a buoni rendimenti¹⁹, e perché tutti gli studi sulla *silver economy* lo danno come un settore in crescita costante e certa nei prossimi decenni. Si va allora delineando un settore che cresce su due binari paralleli: da un lato i gestori storici che, lentamente, crescono e si espandono nel solco della storia del settore; dall’altro i “nuovi entranti”, spesso investitori esteri, che non hanno esperienze pregresse nel settore e sono più avvezzi a investire in soluzioni innovative. Il mondo *senior living* riproduce questa dinamica. A partire dal 2019 si osserva con costanza l’avvio di nuove iniziative in questo ambito con due modalità:

1. Soluzioni proposte da realtà storiche del settore, che aggiungono l’offerta *senior living* a quella tradizionale di RSA.
2. Soluzioni proposte da aziende neo-costituite, *newcomer* o spin-off di realtà già esistenti, che impostano l’avvio dell’iniziativa nel mondo dell’abitare come una linea di business a sé stante, sconnessa dal mondo RSA.

¹⁷ Definito come soluzioni per l’abitare progettate per persone autonome e attive in un contesto di autonomia, comunità e sicurezza.

¹⁸ Lo si discuteva nel 4° Rapporto dell’Osservatorio Long Term Care, in cui è stato presentato lo stato dell’arte dei cantieri di innovazione promossi nel 2020 e 2021 dalle aziende del settore.

¹⁹ Come riportato ad esempio dal Sole 24 Ore, <https://www.ilsole24ore.com/art/residenze-anziani-mercato-crescita-costante-ACN2Qnp>

I due diversi approcci, che al momento osserviamo nella loro evoluzione e senza avere dati circa i loro risultati, hanno implicazioni manageriali ma anche di sviluppo del servizio stesso. Da un lato, infatti, spesso il senior living viene interpretato semplicemente come una “RSA per autosufficienti”. Questo perché la realizzazione di iniziative di *senior living* (o *housing*) sul modello europeo o USA²⁰ implicano di impostare la realizzazione degli immobili, dell’architettura interna ed esterna e dei servizi ancillari in un modo completamente diverso dalle RSA, andando incontro a costi di progettazione, realizzazione e avvio più simili al settore alberghiero o delle residenze universitarie che non al mondo socio-sanitario. Implica anche una concezione del servizio molto lontana dal concetto di LTC. Sembra naturale quindi che i gestori del settore, che hanno più difficoltà date le condizioni del contesto, ad avere accesso a grandi investimenti, guardino al senior living come a un fratello delle strutture che già conoscono e per le quali possono disporre di conoscenza ed economie di scala. Il modello *senior living* di derivazione internazionale invece, definito come soluzioni per l’abitare progettate per persone autonome e attive in un contesto di autonomia, comunità e sicurezza, guarda invece ad un target che mai si avvicinerebbe ad una struttura RSA e non può essere considerato sua alternativa (come invece molto spesso viene presentato).

Come già detto, non è possibile a oggi tirare le somme rispetto ai risultati raggiunti dal *senior housing* in Italia, è utile segnalare però questo trend con l’aspettativa che nel prossimo futuro possa essere una opzione che va ad allargare il panorama delle opportunità per le famiglie, anche rivolgendosi a un target oggi completamente escluso dall’offerta di servizi esistente.

Bibliografia

Fosti, G., Notarnicola, E., Perobelli, E. (a cura di) (2022), *Il presente e il futuro del settore Long Term Care: cantieri aperti 4° Rapporto Osservatorio Long Term Care*. Milano: Egea.

ISTAT (2021). *Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Anno 2019*.

ISTAT, (più anni), *Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari*.

ISTAT, (più anni), *Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari*.

²⁰ Alcuni esempi qui: <https://www.seniorhousingnet.com/seniors/senior-living-us>

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.*

Perobelli E., Berloto S., Notarnicola E., Rotolo A. (2021), L'impatto di Covid-19 sul settore LTC e il ruolo delle policy: evidenze dall'Italia e dall'estero, in Fosti G, Notarnicola E., Perobelli, E. (a cura di), *Le prospettive per il settore socio-sanitario oltre la pandemia 3° Rapporto Osservatorio Long Term Care* Egea: Milano.

2. Crisi del personale, tra carenza numerica e specificità del settore

di Elisabetta Notarnicola

2.1 La crisi del personale nel settore, una survey aggiornata

Già dalla seconda metà del 2021 si è tornati a parlare di crisi del personale nel settore socio-sanitario. Questo accadeva in concomitanza di una crisi strutturale del Sistema Sanitario Nazionale e dei settori collegati dovuta a una mancanza ormai critica di professionisti (soprattutto di infermieri e di operatori sanitari) conseguente ad un mix di fattori che si sono sommati e combinati: la stratificazione di decisioni di policy rispetto all'organizzazione dei servizi sanitari in termini di mix di figure professionali, la curva demografica e pensionistica del personale, la pandemia di Covid-19, le caratteristiche del sistema universitario italiano (Agenas, 2022). Tale crisi ha avuto ripercussioni e specificità nel settore socio-sanitario che si è trovato particolarmente debole nell'affrontarla e privo di strumenti adatti, subendone in questo modo gli effetti che hanno comportato un altissimo turn over, il ricorso a personale da paesi esteri (con le conseguenti problematiche di formazione sul campo e di competenze linguistiche), l'aumento dei costi del personale.

I primi segnali della crisi si sono manifestati nell'autunno 2020, per diventare conclamati nel corso del 2021 e stabilizzarsi nel corso del 2022, quando sono subentrati i primi tentativi strutturati di porvi rimedio da parte della politica nazionale e regionale. I dati riferiti al settore socio-sanitario per il 2021 erano stati presentati nella precedente edizione del Rapporto OLTC (Notarnicola, 2022), di seguito si presentano invece gli esiti di una survey¹ condotta a maggio 2022 che racconta la seconda fase della crisi, quella della stabilizzazione.

¹ Survey condotta nell'ambito dell'Osservatorio Long Term Care a maggio 2022 a cui hanno risposto 27 delle aziende aderenti all'Osservatorio, per l'elenco completo si veda l'Introduzione.

La carenza di infermieri registrata nei servizi socio-sanitari per anziani nel 2022 era in media del 21,7% (sei mesi prima, a fine 2021 era del 26%). La carenza di personale medico era del 13% (invece del 18% di fine 2021) e quella di OSS era del 10,8% (invece del 15% di fine 2021). I dati mostrano quindi una situazione ancora critica (un quinto degli infermieri mancanti, circa un medico e un OSS ogni dieci) ma migliorata rispetto al 2021². Questo trend può essere interpretato come la conseguenza di due tendenze: da un lato, il processo di parziale riassorbimento e riaggiustamento della carenza di personale in alcuni territori e comparti, conseguenza del periodo pandemico che aveva prodotto, in un contesto già complesso, dei flussi di turn over e spostamenti provvisori; dall'altro il successo di alcune misure di contingentamento della crisi (ad esempio, gli arrivi di professionisti dall'estero) che hanno necessitato di alcuni mesi per essere approntati e che nel corso del 2022 sono andati a regime e hanno permesso di recuperare qualche punto percentuale (ma non di risolvere la situazione). È utile poi ricordare che gli enti del terzo settore (Fondazioni e Cooperative) sono quelli che presentano i dati peggiori: rispetto agli infermieri la carenza riscontrata da tali enti era infatti del 23,9%, diversamente dal dato degli enti pubblici pari a 18,2% e privati profit, 18,3%, (per arrivare poi alla media del 21,7% riportata sopra). Lo stesso fenomeno si legge anche rispetto a medici (dove gli enti del terzo settore riportano una carenza di 14,6%) e OSS (12,6% per gli enti del terzo settore).

Questa differenza tra tipologia di enti è in parte spiegata dalla competizione in essere con il settore sanitario. Sappiamo infatti che, in carenza di figure professionali e conseguentemente alle manovre di assunzione dell'SSN, il numero di infermieri che hanno optato per una uscita dal settore socio-sanitario verso l'assunzione nel sanitario (soprattutto ospedaliero) è relevantissimo. Per gli enti del terzo settore, ad esempio, il 68,3% degli infermieri che hanno lasciato una singola struttura nel corso del 2022 lo hanno fatto a fronte di una nuova assunzione presso un ente sanitario pubblico o privato (gli altri hanno optato per la libera professione o per assunzione presso altro ente del settore socio-sanitario). Il dato medio del settore è invece del 61,7% segnalando come Fondazioni e Cooperative siano state più esposte alla competizione contrattuale e di prestigio con il settore sanitario. A prescindere dalla natura giuridica questo tema è centrale ed è stato ritenuto determinante rispetto alle conseguenze subite dall'82% delle aziende rispondenti³.

² Il dato era stato rilevato a ottobre 2021.

³ La domanda posta nella survey era: Ritieni che la competizione con il settore sanitario (ospedale e altri servizi) abbia giocato un ruolo nella attuale crisi del personale? L'82% dei rispondenti ha risposto "Determinante", l'11% "Secondario" e il 7% "Nullo".

La carenza di personale, oltre all'ovvia assenza di figure professionali nella quotidianità dei servizi, produce anche conseguenze più profonde per le aziende del settore. Quelle più citate e trasversali a tutte le tipologie di enti riguardano la tenuta economica (già precaria) dato che il 90% delle aziende riporta che i costi del personale sono aumentati nel corso del 2022 e il 62% che il risultato di bilancio è peggiorato (anche per una diminuzione dei ricavi, avendo ridotto l'operatività per aggiustarla al personale disponibile). Tre quarti dei rispondenti riferisce anche che, nel periodo oggetto di indagine, la qualità dei servizi erogati ha risentito negativamente. Questo punto è centrale e spesso sottovalutato: si osserva la carenza numerica e ci si preoccupa di come garantire l'equivalenza numerica in *full time equivalent* non evidenziando il fatto che nelle strutture socio-sanitarie la continuità delle relazioni, la costanza e la qualità di queste è parte del valore assistenziale erogato (Agenas, 2015). In ultimo, gli enti registrano (Tabella 2.1) che la crisi in corso ha delle ripercussioni anche sul personale attualmente attivo e presente nei servizi con un ulteriore aggravamento del *burn out* e dello stress vissuto da questi ultimi (lo segnala come presente tra il personale ben il 74% dei gestori rispondenti). Questo rischia di innescare un ulteriore circolo vizioso nel momento in cui portasse ad ulteriori uscite dal settore o ad una compromissione delle competenze espresse nei servizi. Tre quarti delle aziende rispondenti alla survey pensa che questa crisi sarà di medio periodo (oltre cinque anni) per cui il rischio che gli effetti si scarichino sul personale in essere sono alti e plausibili.

Tabella 2.1. Percezione delle conseguenze della carenza strutturale di personale per il settore LTC

Che tipo di conseguenze sta generando per la tua organizzazione la crisi del personale?	%
Impatta negativamente sulla qualità dei servizi erogati	74%
Impatta sul minutaggio assistenziale che si è ridotto nel tempo	26%
Impatta sulle competenze e sulla qualità dei professionisti che sono più basse	59%
Impatta negativamente sul burn out e sullo stress dei professionisti	74%
Chiusura di parte dei posti disponibili nei servizi	55%
Aumento dei costi del personale perché abbiamo dovuto attingere a risorse più costose	90%
Peggioramento delle performance economiche (perché si è ridotto il fatturato)	62%

Fonte: Survey condotta a 27 aziende OLTC

Il regolatore ha cercato di tamponare questa situazione, con interventi che al momento sono stati attivati dal livello regionale. In un'altra domanda della survey si chiedeva se fossero stati attivati interventi a livello regionale e ne sono stati segnalati in undici regioni italiane. Per la maggior parte (61%) si trattava di deroghe temporanee agli standard e ai requisiti strutturali. Negli altri casi si

trattava comunque di misure spot, a valenza definita in alcuni mesi del 2020, 2021 o 2022. Nel 66% hanno riguardato l'attivazione di sperimentazioni atte a inviare personale dalle ASL al settore socio-sanitario, nel 30% l'attivazione di partnership con istituzioni internazionali per il reperimento eccezionale di personale, nel 4% sperimentazioni legate alla formazione o alla revisione dello skill mix (distribuzione di compiti tra professionisti). Sebbene queste misure siano state temporanee, il 92% delle aziende ritiene che siano state utili, del tutto o in parte.

Le strategie adottate fino ad oggi sono state quindi promosse principalmente dalle singole aziende che hanno assorbito costi e oneri di una situazione strutturale che dovrebbe essere gestita a livello di settore. Le piste più battute già nel corso del 2021 (si veda il 4° Rapporto OLTC e specificatamente Notaricola, 2022) sono state quella della ricerca di personale assunto da paesi esteri grazie ad accordi canale delle associazioni di categoria con Consolati e Ambasciate; il maggior ricorso ad intermediari quali agenzie di lavoro o simili; lavorare sull'attrattività delle offerte di lavoro, sia in termini di offerta in senso stretto (retribuzione, tutele contrattuali e benefit) sia rispetto all'attrattività della posizione e del contesto organizzativo; l'offerta formativa *in-house* in modo da formare il proprio personale e poi trattenerlo (corsi per OSS e tirocini universitari). Queste stesse strategie sono state riprese e ampliate nel corso del 2022, come verrà discusso nel Capitolo 5 di questo Rapporto.

2.2 Le radici del problema

Gli anni correnti hanno portato in evidenza una profonda contraddizione del settore socio-sanitario italiano. Questo si basa su una ambivalenza implicita che si annida nella sua etimologia. Il doppio registro, “socio” e “sanitario” fa sì che la retorica e la rappresentazione pubblica dei servizi e degli enti del settore siano molto orientati alla componente assistenziale, sociale, occupazionale con accezioni romantiche legate al riposo, allo svago, alla quotidianità. La sostanza dei servizi invece porta a parlare di prestazioni sanitarie, terapie, gestione di cronicità, patologie degenerative, fine vita. Questo crea un primo scollamento tra percepito dei servizi (da parte di chi non li conosce, cittadini ma anche professionisti che non vi operano) e realtà vissuta. Anche il dibattito di policy e le regole fissate stanno in questa ambivalenza, in parte dovuta a non conoscenza del contesto, in parte a precise politiche pubbliche di gestione della spesa sanitaria e in parte alla stratificazione storica delle norme e alla mancanza di pensiero strategico. L'analisi presentata nel Capitolo 3 di questo Rapporto presenterà i diversi posizionamenti strategici regionali, illustrando come di fatto le regioni oscillino tra rappresentare le strutture con la prima accezione puntando sulla componente assistenziale oppure puntare su quella riabilitativa promuovendo una visione molto “sanitarizzata” delle strutture. Questo doppio registro

produce un grande disordine. I servizi socio-sanitari sono stati concepiti con regole e definizioni che prevedono un certo rapporto tra le due componenti avendo fissato di conseguenza minutaggi e standard di mix professionale. Questo non tiene conto dell'effettiva evoluzione dei servizi e quando lo fa (come nel caso delle regioni che esprimono posizionamenti sanitari, si veda più avanti nel Capitolo 3) va di fatto a sovrapporre i servizi socio-sanitari a servizi di riabilitazione o lungodegenza, snaturandone la mission. Ora che la crisi del personale (unita alla crisi pandemica) ha fatto saltare la retorica del doppio registro, è diventato necessario rivedere gli standard richiesti e le modalità di organizzazione e impostazione dei servizi, rimasti (anche per mancato impulso del legislatore) al decennio scorso ma testimoni di un cambiamento rapidissimo dei bisogni e del profilo degli ospiti.

Il doppio registro citato non giova nemmeno ai singoli professionisti, che vivono una narrativa distorta di cosa voglia dire lavorare nel comparto anziani. Questo lede l'attrattiva del settore e lo fa percepire come meno rilevante da un punto di vista professionale, mentre invece sta assumendo un profilo che per complessità, multidisciplinarietà, gestione del rischio e innovazione dei processi ha profili di interesse e di sviluppo interessanti.

2.3 Le implicazioni della crisi del personale per il management

Chi si occupa di personale nel settore socio-sanitario sa che da un punto di vista manageriale e gestionale deve affrontare (oltre alla crisi corrente) almeno altre tre sfide: la multi-professionalità, la gestione dell'equilibrio tra necessità di esternalizzazione e vantaggi della gestione diretta, il turn over e la percezione del comparto anziani come settore occupazionale "di transito" o di conclusione di carriera. Il momento critico vissuto tra il 2021 e il 2022 porta, inoltre, a riflettere su alcune evoluzioni della funzione manageriale nel comparto che proviamo a enucleare. Il tema verrà poi ripreso e approfondito nel Capitolo 5, anche presentando i dati aggiornati di una rilevazione sulle caratteristiche della gestione del personale nel settore.

2.3.1 Il management dei servizi socio-sanitari sarà sempre più un management "di emergenza"?

Dopo la crisi 2020-2021 legata alla pandemia, i manager del settore si sono trovati a fronteggiare la crisi quotidiana legata all'assenza di operatori (che si era già presentata un decennio fa, è forse una crisi ciclica?) che si somma alla crisi perpetua collegata al sottofinanziamento pubblico e alla difficile gestione economica in un mercato distorto dalla presenza di "badanti". L'alternarsi di continui "stati di emergenza" lascia poco spazio per la crescita e il pensiero strategico che invece sono fondamentali in un momento storico caratterizzato da grandi cambiamenti (si veda il Capitolo 1) che rischiano di travolgere le aziende

occupate nella sopravvivenza ordinaria. La sfida è quindi quella di trovare un equilibrio anche nel momento di crisi del personale per inserirsi nei trend in corso e definire il posizionamento strategico futuro.

2.3.2 *Come riportare al centro il personale come fattore critico di qualità?*

Stante quanto quello accennato qui sopra, il personale è stato visto negli anni come la leva più veloce e flessibile da attivare per garantire la sostenibilità economica al pari di altri fattori di costo della produzione. Questa pratica ha mostrato i suoi effetti ora che la competizione per l'attrattività verso il singolo professionista si è fatta serrata. Le aziende del settore che possono vantare una storia di investimento sul personale (per condizioni contrattuali, condizioni, formazione, innovazione) hanno sofferto meno negli ultimi due anni e hanno avuto più spazio di manovra nella contrattazione e definizione delle condizioni oltre che nella qualità dei servizi. Le aziende, invece, che hanno ritardato ad implementare un approccio di valore verso il personale e sono state più deboli, sono quelle che sono state travolte dalla crisi. Si tratta ora di diffondere il convincimento che, in un settore che eroga servizi alla persona, il personale è un fattore strategico e non di semplice produzione, e di trovare le modalità per invertire la tendenza di alcuni enti stante la difficoltà di investimento e la reputazione che nel frattempo si sono costruiti.

2.3.3 *Come interpretare regole e normative, limite o punto di partenza? Come far evolvere i servizi?*

Il tema personale va a braccetto con quello degli standard fissati dalle normative regionali che definiscono minutaggi da garantire e rapporto tra ospiti e figure professionali. In un momento di crisi, questi possono essere considerati come obiettivo minimo da raggiungere e implementare, portando gli enti e le aziende a adagiarsi sul livello minimo di servizio da garantire. Oppure, anche considerando il fatto che la maggior parte dei servizi opera ben al di sopra di tali standard minimi, possono essere interpretati come punti di partenza da re-interpretare e modificare. È possibile pensare ad una diversa distribuzione di ruoli e responsabilità? È possibile pensare a figure di coordinamento intermedio? È possibile diversificare il ruolo degli operatori nei diversi servizi? Questo è strettamente collegato anche al tema dell'innovazione nei servizi, sia rispetto alla loro organizzazione e impostazione strutturale (ad esempio rivedendo la tipica impostazione per nuclei e moduli), ma anche ripensando alle attività e ai modelli di servizio.

Bibliografia

Agenas, 2015, *Implementazione di metodi e strumenti per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)*.

Agenas, 2022, *Il personale del Servizio Sanitario Nazionale*.

Notarnicola E., 2022, Il fattore critico personale: stato dell'arte, implicazioni di policy e gestionali, in 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.

3. Regione che vai, RSA che trovi: la residenzialità per anziani in dodici regioni *di Alessandro Furnari, Simone Manfredi ed Eleonora Perobelli¹*

Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) si configurano come la principale risposta pubblica di lungodegenza per anziani non autosufficienti (*cf*r Capitolo 1). Eppure, dietro questa “etichetta” convenzionale si nascondono una moltitudine di servizi residenziali, anche molto diversi tra loro in termini di vocazione e modalità di funzionamento. In un momento storico in cui le strutture residenziali sono messe in discussione – si pensi alle conseguenze della pandemia sull’immagine delle RSA e allo smartworking come soluzione di conciliazione che ritarda l’istituzionalizzazione, all’orientamento ai setting domiciliari degli indirizzi di riforma, ecc. – fare luce su cosa si celi dietro il termine RSA è quanto più necessario. Le ragioni per farlo sono diverse: un primo tema è di equità, poiché la diffusione del servizio è disomogenea sul territorio nazionale e i posti complessivamente disponibili sono inferiori rispetto al bisogno. In secondo luogo, nel dibattito si parla di RSA genericamente intesa semplificando la realtà, in cui i servizi sul territorio le storie degli ospiti ci restituiscono una rappresentazione più complessa e articolata. Questa complessità deriva in primo luogo dalla modalità con cui le regioni hanno normato e fissato le regole del gioco per i servizi residenziali: le diverse interpretazioni hanno infatti impatti inevitabilmente differenti sull’operatività dei gestori e la loro capacità di innovare, e sulla capacità di presa in carico e di rispondere ai bisogni della cittadinanza.

A partire da questa premessa, il Capitolo si pone un duplice obiettivo: indagare la filiera di servizi che le regioni collocano sotto la denominazione di residenzialità per anziani e approfondire i setting più coerenti con la definizione di residenzialità socio-sanitaria; proporre un modello di comparazione degli standard di personale definiti dalle normative regionali sulla residenzialità so-

¹ Gli autori desiderano ringraziare Francesca Meda, SDA Bocconi, per il prezioso contributo all’analisi dei sistemi regionali.

cio-sanitaria. Nello specifico, si intende mappare l'insieme dei servizi di residenzialità per anziani definiti da alcune regioni italiane, per individuarne puntualmente la finalità, il perimetro di azione e la natura dei bisogni cui rispondono. Secondariamente, si intende offrire una disamina dei modelli di servizio esistenti per la sola residenzialità socio-sanitaria, proponendo una comparazione delle regioni lungo alcune dimensioni centrali nel definire vocazione dei servizi stessi, identificare la natura delle risposte offerte oggi e, di conseguenza, la tipologia di bisogni effettivamente (non) intercettati dai servizi. Questo doppio livello di lavoro permette di avere un quadro di come le regioni interpretino l'offerta residenziale per il mondo anziani; per poi stringere il campo ai soli servizi riconducibili al settore socio-sanitario e fare chiarezza sulle diverse modalità di interpretare RSA. Infine, la comparazione degli standard permette di fare un passo avanti nella lettura comparata dei posizionamenti regionali, tenendo conto delle diverse configurazioni e vocazioni che RSA assume nei territori.

Per rispondere a questi obiettivi, il capitolo si articola come segue: il paragrafo 3.1 illustra il metodo utilizzato per l'analisi, il seguente 3.2 delinea i servizi di residenzialità per anziani mappati nelle regioni considerate, con approfondimento dei diversi bisogni cui essi si rivolgono; il paragrafo 3.3 si concentra sulla residenzialità socio-sanitaria per anziani non autosufficienti e propone una comparazione dei diversi modelli di servizio esistenti lungo alcune dimensioni, identificando a partire da questi il posizionamento strategico delle regioni; segue il 3.4, che propone un modello di confronto degli standard di personale nelle regioni analizzate. Il testo termina con alcune riflessioni conclusive rispetto agli standard stessi (3.5). In calce al capitolo sono poi disponibili due Appendici: il numero 1 illustra il dettaglio della normativa analizzata in ogni regione, il numero 2 propone delle schede regionali di dettaglio, fotografando le principali caratteristiche della residenzialità socio-sanitaria nelle 12 regioni incluse nel campione.

3.1 Un confronto tra dodici regioni

Per traguardare gli obiettivi precedentemente esposti, l'indagine si è basata sull'analisi della normativa regionale, punto di riferimento per comprendere l'orientamento di policy del legislatore e per la disciplina dei servizi e delle loro caratteristiche (es. standard minimi da garantire). Il metodo prescelto fonda la nostra analisi sugli standard teorici richiesti dalle normative più aggiornate. Questo corrisponde agli standard minimi che devono essere garantiti dagli enti gestori, ma non corrisponde necessariamente a quanto sarebbe necessario in funzione delle caratteristiche effettive dei servizi residenziali oggi. Sappiamo infatti che in molti contesti questi standard minimi sono superati e implementati in modo migliorativo. Inoltre, lo standard richiesto da norma non dice nulla rispetto al *case mix* effettivo degli anziani accolti e quindi dei fabbisogni assistenziali effettivi. Sono questi più di tutti a determinare le caratteristiche e gli

standard che un servizio di qualità dovrebbe garantire. Per avere un quadro chiaro dei bisogni effettivamente presi in carico e delle modalità di risposta agli stessi nei servizi, sarebbe auspicabile avere accesso quindi a dati riguardanti i profili effettivi degli ospiti. Purtroppo, però, questo tipo di informazione non è accessibile a livello aggregato e andrebbe ricostruito struttura per struttura, segnalando ancora una volta l'assenza di investimenti in sistemi informativi nazionali (o locali) nel settore oltre che di attenzione a questa area di policy.

L'analisi è stata circoscritta a un campione di dodici regioni (Emilia-Romagna, Friuli-Venezia-Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Trento e Veneto) tra quelle con una maggior presenza di servizi socio-sanitari residenziali (*cf*r Capitolo 1).

Le norme sono state individuate per ogni regione tramite una ricerca desk sui siti istituzionali, utilizzando parole chiave che circoscrivessero l'analisi: "residenzialità", "anziani non autosufficienti", "socio-sanitario". Durante la ricognizione, condotta tra aprile e maggio 2022², non sono stati posti vincoli temporali come criterio di ricerca per le fonti. La normativa individuata è stata validata e integrata tramite interviste con esperti del network OLTC operanti nelle regioni in esame. L'Appendice 1 in calce al capitolo illustra i 77 testi normativi considerati, distribuiti per regione. Infine, i paragrafi 3.2 e 3.3 approfondiscono ulteriormente le scelte metodologiche operate nelle due fasi dell'analisi.

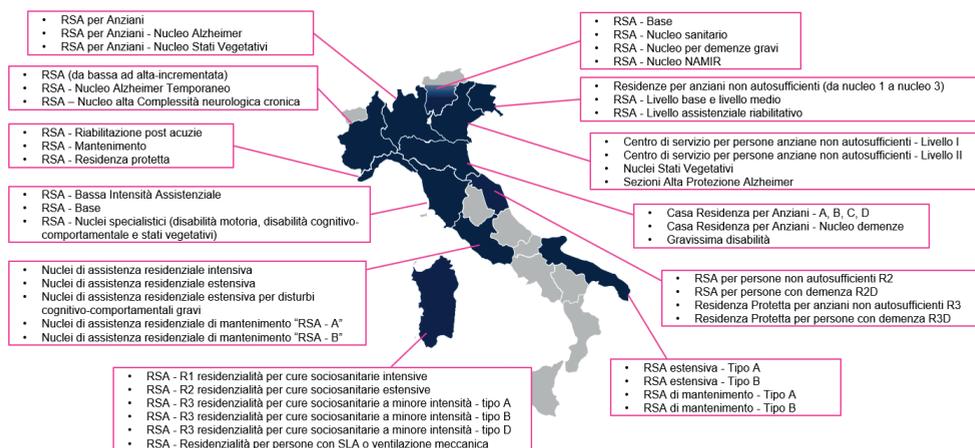
3.2 Residenzialità per anziani in dodici regioni: tipologia e natura dei servizi, profilo degli utenti target

La prima fase del lavoro si è concentrata attorno all'identificazione, in ognuna delle 12 regioni, del ventaglio di servizi esistenti, la loro natura e gli utenti target

² In più sezioni del presente capitolo è richiamata la DGR Veneto n.996 del 09 agosto 2022 "Aggiornamento della programmazione del Fondo regionale della non autosufficienza (FRNA) per l'area anziani con aggiornamento dei fabbisogni e della programmazione". Pur essendo il testo pubblicato successivamente alla ricognizione effettuata, per la sua significatività gli autori hanno deciso di richiamare nel presente lavoro alcuni elementi laddove coerenti con l'analisi condotta. Infatti, la DGR introduce importanti novità prevedendo un'unica unità di offerta per i Centri di servizio per persone anziane non autosufficienti. Il testo aggiorna il fabbisogno dei posti letto di residenzialità per anziani non autosufficienti e definisce un'univoca impegnativa di residenzialità pari a 52,00 €/die/ospite. Tramite questa modifica, Regione Veneto supera la precedente distinzione tra primo e secondo livello (49 e 56 €/die/ospite), pur mantenendo fino a esaurimento le impegnative pari a 56,00 €/die/ospite. La DGR non definisce però i nuovi standard assistenziali coerenti con il sistema con unità di offerta unica, richiamando la necessità di adeguarli entro la fine del 2022. A dicembre 2022 questi non risultano pubblicati.

ad essi associati, al fine di enucleare la missione della rete residenziale per anziani nell'impostazione normativa regionale. La Figura 3.1 propone una sintesi grafica della totalità dei servizi mappati in questa fase.

Figura 3.1. I servizi residenziali per anziani in 12 regioni. Una visione di insieme



3.2.1 La natura dei servizi residenziali

Dalla descrizione delle finalità e delle caratteristiche dei servizi precedentemente elencati è possibile individuare la vocazione dei servizi ex norma, che spazia da socio-sanitario «puro» fino a una più orientata al mondo sanitario e alle prestazioni SSN, come illustrato dalla Tabella 3.1. Questa classificazione è stata operata guardando al contenuto e alla descrizione delle attività assistenziali previste dai servizi residenziali. Fatta salva quindi questa tipologia, si è riscontrato che le regioni usano la stessa etichetta per normare servizi appartenenti a setting molto diversi.

Tabella 3.1. La natura dei servizi afferenti alla residenzialità per anziani

Regioni	Natura dei servizi afferenti alla residenzialità per anziani			
	Socio-assistenziale	Lungo degenza	Riabilitazione	Altro post- e sub- acuto
Emilia-Romagna	CRA A, B, C, D	CRA B		CRA B
Friuli-Venezia Giulia	Residenze N1-2-3	RSA base-medio	RSA riabilitativo	RSA medio Residenze N3
Lazio		N. mantenimento Nuclei intensivi	Nuclei estensivi	Nuclei intensivi Nuclei estensivi
Liguria	Res. protetta RSA mantenim.	RSA mantenim.	RSA riabilitativo	RSA riabilitativo

Lombardia	RSA	RSA		
Marche	Res. protetta R3	RSA R2	RSA R2	RSA R2
Piemonte	RSA	RSA		X
Puglia	RSA mantenim.	RSA mantenim.	RSA estensiva RSA mantenim.	RSA estensiva
Sardegna		R3B	R3B	R1 intensive R2 estensive R3A
Toscana	RSA bassa, base	RSA base		RSA base, alta (n. specialistici)
PA di Trento	RSA base, nucleo sanitario	RSA nucleo sanitario		X
Veneto	Centro servizi	Centro servizi		

Il quadro che emerge è infatti molto variegato: da un lato ci sono regioni la cui normativa legata alla residenzialità per anziani si concentra unicamente sulla residenzialità socio-sanitaria (es. Toscana, Veneto), dall'altro, territori che fanno rientrare in questo cluster anche la riabilitazione e altri servizi di tipo post- e sub-acuto (es. Lazio, Liguria). Quest'ultima scelta può essere segnale da un lato, di un tentativo di coordinamento e armonizzazione tra le diverse unità di offerta; dall'altro, di un posizionamento meno chiaro di quale sia la distinzione tra settore socio-sanitario e sanitario, denotando una minore specializzazione settoriale e sovrapposizione di servizi. In quest'ultimo caso, l'indeterminatezza strategica delle policy circa cosa connoti nello specifico il settore socio-sanitario ha inevitabili ripercussioni sulla configurazione dei servizi, che risultano di conseguenza limitati nella loro capacità di essere chiaramente orientati a rispondere a bisogni legati alla non autosufficienza. Se a questo si aggiunge il fatto che i posti disponibili sono pochi in tutte le regioni (anche in quelle considerate più virtuose) appare evidente come l'offerta effettiva di residenzialità socio-sanitaria sia ulteriormente limitata. Se i (pochi) posti disponibili sono orientati alla riabilitazione e alla lungodegenza, cosa ne è della presa in carico assistenziale? In ogni caso, già da questa prima fotografia emerge come non si possa parlare di una visione nazionale omogenea circa la missione della rete residenziale per anziani.

3.2.2 I profili target dei servizi

Il secondo passaggio dell'analisi si è concentrato sul profilo dei beneficiari target dei servizi residenziali. L'eterogeneità della vocazione dei servizi esposta pocanzi si traduce nella varietà dei soggetti cui questi si rivolgono: inevitabilmente, la diversa natura dei servizi ha implicazioni sull'intensità assistenziale e il profilo di bisogno cui ci si rivolge, come illustrato nella Tabella 3.2.

Tabella 3.2. Utenti target della residenzialità per anziani

Regioni	Tipologia utenti					
	Utente non autosufficiente	Utente con disturbo comportamentale	Utente con demenza	Utente che richiede riabilitazione	Utente in stato vegetativo	Utente ad elevato bisogno sanitario
Emilia-Romagna	CRA	CRA A	N. De.			CRA B
Friuli-Venezia Giulia	Res.	Res. N2, N3	Res. N3	RSA riab.		Res. N3 RSA medio
Lazio	RSA	N. estensivi per disturbi cognitivi	N. estensivi per disturbi cognitivi	N. estensivi	N. intensivi	N. intensivi, N. estensivi
Liguria	RSA	Mantenimento Riabilitazione	Mantenimento	Riabilitazione		Riabilitazione Mantenimento
Lombardia	RSA	RSA	N. Alzheimer		N. Stati vegetativi	
Marche	R3	R2D	R2D	R3		R2
Piemonte	RSA	RSA da media ad alta-incrementata	N. Alzheimer		N. Stati vegetativi	RSA alta, alta-incrementata
Puglia	RSA	Estensiva B, Mantenimento B	Estensiva B, mantenimento B	Mantenimento		Estensiva
Sardegna	RSA	R3D	R3D	R3A, B	Res. ventilazione meccanica	R1, R2
Toscana	RSA	Alta	Alta		Alta	Alta
P.A. di Trento	RSA	N. demenze	N. demenze		NAMIR	N. sanitario
Veneto	Centro servizi	Alta protezione Alzheimer	Alta protezione Alzheimer		N. stati vegetativi	

La rappresentazione sinottica mostra come ad oggi nei servizi non vi sia una definizione univoca dei soggetti destinatari cui rivolgersi. All'interno dello stesso sistema, i servizi possono rivolgersi a una platea di soggetti con esigenze anche marcatamente diverse: in alcuni casi c'è una sovrapposizione tra categorie nello stesso servizio, con profili non mutualmente escludenti. Ad esempio, in Regione Sardegna le RSA R3 accolgono sia persone non autosufficienti (anche non anziane) in fase di dimissione ospedaliera (R3A) che persone non autosufficienti (anche non anziane) che richiedano trattamenti di lungo assistenza o di tipo riabilitativo (R3B).

In sintesi, questo primo step di analisi ci restituisce un quadro in cui non emerge un orientamento chiaro dei legislatori circa quale sia la missione dei servizi residenziali per anziani, sia in termini di target di bisogno per cui generare valore, che in termini di rapporto con gli altri setting assistenziali, sanitari in primis. A chi si rivolgono questi servizi? Che tipo di assistenza devono garantire? Che tipo di bisogno devono accogliere? La risposta a queste domande è talvolta confusa e trova declinazioni diverse nei vari contesti. Questa opacità si riflette nella declinazione di modelli di servizio ampiamente differenziati, come descritto nella sezione successiva.

3.3 Residenzialità socio-sanitaria: quali modelli di servizio?

3.3.1 Il perimetro della residenzialità socio-sanitaria

Il secondo livello di analisi si è concentrato sulla sola residenzialità socio-sanitaria per over65 non autosufficienti. In assenza di una definizione nazionale di RSA³, il criterio di scelta dei setting da approfondire è stato centrato attorno alla definizione seguente, proposta dagli autori: presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie, fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili al domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa accompagnata da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera modulato sulla base del modello assistenziale adottato dalle regioni e province autonome. È stato dunque ristretto il campo ai setting assistenziali coerenti con questa definizione, escludendo servizi esplicitamente⁴ definiti e classificati come di riabilitazione, lungodegenza, e altro post- e sub-acuto. Sono stati esclusi anche i servizi dedicati a persone in stato vegetativo o nuclei demenze, perché tipicamente normati separatamente con finalità e standard precisi che richiederebbero una trattazione a parte⁵.

³ L'unica indicazione nazionale vigente (al momento in cui si scrive, dicembre 2022, mentre sono in atto iniziative di riforma rispetto a questi servizi) è quella derivante dal DPCM 14 febbraio 2001 sull'integrazione socio-sanitaria e, soprattutto, dal DPCM 29 novembre 2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza poi sfociata nel Progetto Mattoni il Mattone n.12.

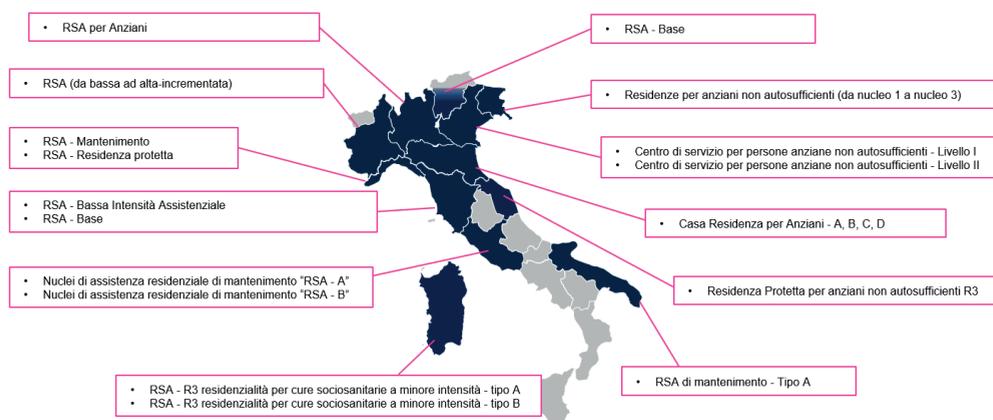
⁴ Si specifica "esplicitamente" perché, come si vedrà nell'analisi svolta, sono diversi invece i casi di Regioni che normano servizi di residenzialità socio-sanitaria collocando al loro interno prestazioni di questa natura.

⁵ La normativa analizzata ha permesso di identificare i seguenti servizi dedicati a stati vegetativi e demenze. Emilia-Romagna: nuclei demenze e nuclei gravissima disabilità; Lazio: nuclei di assistenza residenziali estensiva per disturbi cognitivo-comportamentali gravi; Lombardia: nuclei Alzheimer e nuclei stati vegetativi; Marche: RSA per persone con demenza; Piemonte: nuclei Alzheimer temporanei, nuclei stati vegetativi e nuclei alta complessità

Per i servizi selezionati, sono stati estratti dalla normativa i riferimenti circa la finalità, i profili target, la disciplina di autorizzazione, accreditamento, contrattualizzazione e regolamentazione delle tariffe. La sistematizzazione di questi elementi ha permesso di ricostruire il posizionamento strategico regionale rispetto alla residenzialità socio-sanitaria per anziani non autosufficienti.

Coerentemente con queste premesse, l'analisi della residenzialità socio-sanitaria ha richiesto di circoscrivere il perimetro di indagine ai setting illustrati in Figura 3.2.

Figura 3.2. I servizi residenziali socio-sanitari per anziani non autosufficienti inclusi nell'analisi



Per ciascuno di questi servizi, sono stati tracciati in un dataset alcune informazioni normative utili a fotografarne il posizionamento strategico, in particolare:

- Articolazione delle unità di offerta residenziali socio-sanitarie
- Sistemi (eventuali) di classificazione degli ospiti
- Disciplina di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione dei gestori
- Mix assistenziale erogato (personale previsto e standard relativo)
- Modello di tariffazione

neurologica cronica; Puglia: RSA B (nucleo demenze e Alzheimer); Sardegna: residenzialità per persone affette da SLA o assistite con ventilazione meccanica; Toscana: moduli specialistici (disabilità cognitivo-comportamentale o stati vegetativi); PA Trento: nuclei demenze gravi o nuclei NAMIR (SLA e stati vegetativi); Veneto: nuclei stati vegetativi e sezioni alta protezione Alzheimer.

I paragrafi seguenti propongono una vista comparata per ciascuna di queste dimensioni, successivamente sistematizzate per inquadrare il posizionamento strategico delle regioni in materia di residenzialità socio-sanitaria.

3.3.2 Estensione della rete e ospiti target

Una prima prospettiva di comparazione delle regioni mette in relazione il modo in cui esse definiscono i servizi e le unità di offerta (UdO) e la presenza o assenza di sistemi codificati di classificazione e valutazione di diversi profili. In particolare, le unità di offerta possono essere singole (un'unica unità, RSA), oppure molteplici, con modelli di servizio diversi a seconda della tipologia di UdO (articolazione in diversi servizi o diverse tipologie di RSA). Al contempo, le regioni possono aver identificato scale, metriche e classificazioni che identificano profili di utenti e relativi standard diversi per i servizi, oppure non avere alcuna scala che identifichi un profilo tipo. L'incrocio di queste due dimensioni restituisce ancora una volta l'eterogeneità nei posizionamenti regionali (Tabella 3.3).

Tabella 3.3. Matrice di posizionamento: modello di servizio vs sistema di classificazione degli ospiti

		Sistemi di classificazione degli ospiti		
		Nessuna classificazione	Alcune classificazioni (fino a 4)	Più di 4 classificazioni
Definizione delle UdO	RSA genericamente intesa	Marche Puglia	Emilia-Romagna Friuli-Venezia-Giulia Toscana	Lombardia Piemonte
	Più di una unità di offerta	Lazio Sardegna Veneto* Trento	Liguria	

* A seguito della DGR 996/2022 è prevista la riformulazione di un'unica unità di offerta.

La metà delle regioni non esplicita una categorizzazione degli utenti sulla base di scale e classificazioni: gli ospiti seguono dunque o le caratteristiche delle diverse unità di offerta (es. Lazio), oppure sono inseriti nello stesso servizio indistintamente (es. Marche). Questo implica che non ci sia, dal punto di vista del legislatore, una differenziazione e modulazione dell'intensità del servizio in rapporto al profilo dell'anziano in relazione a standard e tariffa. Anche in questo caso si parla di ospite anziano senza considerare la casistica esistente e non prevedendo riflessioni o interventi in merito al *case mix* che, nei fatti, rimane un elemento né presidiato né monitorato.

Nelle regioni rimanenti, vengono utilizzate una pluralità di scale e/o classificazioni (es. SOSIA, AGED), con profili di ospiti diversi che generalmente coesistono all'interno del servizio RSA (es. le 8 classi SOSIA in Lombardia), con

la sola eccezione di Regione Liguria, in cui gli ospiti sono collocati in unità di offerta distinte in relazione al punteggio AGED (le persone anziane con AGED da 10 a 16 possono accedere unicamente in residenza protetta, mentre con AGED superiore a 16 sia in residenza protetta che in RSA di mantenimento). In questi casi si introduce quindi il concetto di analisi più precisa dei fabbisogni assistenziali e di monitoraggio del *case mix* anche con riflessi formali (in termini di normativa) su standard e tariffa riconosciuta.

3.3.3 *La disciplina di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione*

In tutte le regioni è previsto uno step di autorizzazione al funzionamento per iniziare l'attività, che risulta sempre distinto dal percorso di accreditamento istituzionale. A fronte di questa convergenza nel prevedere entrambi gli step, esistono modalità diverse per condurli. Ogni regione definisce i propri criteri di autorizzazione (generalmente approvati da delibere di giunta) e di accreditamento, con ampi spazi di variabilità. Fanno eccezione tre regioni (Liguria, Marche e Puglia), che adottano il manuale di accreditamento per le strutture socio-sanitarie proposto da AGENAS⁶, la cui filosofia di fondo si basa sul ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act), ossia pianificare le modalità di raggiungimento dell'obiettivo per la qualità definito dal requisito per l'accreditamento; implementare quanto definito in fase di pianificazione; controllare processi e esiti dell'erogazione del servizio; agire per migliorare o standardizzare aspetti legati a struttura, processo o esito sulla base delle attività di monitoraggio. Il manuale identifica otto criteri su cui le strutture sono chiamate a una valutazione per presentare domanda di accreditamento e il suo successivo mantenimento, alcuni comuni a tutte le tipologie di strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera (attuazione di un sistema di gestione delle strutture; aspetti strutturali, impiantistici e tecnologici; competenze del personale; comunicazione; processi di miglioramento e innovazione); altri da declinare nello specifico delle diverse tipologie di strutture in relazione all'offerta erogata (prestazioni e servizi; appropriatezza clinica e sicurezza; umanizzazione). Se da un lato il manuale è un apprezzabile tentativo di introdurre elementi di uniformità nei processi di accreditamento a livello nazionale, dall'altro lato le dimensioni di valutazione risultano centrate su azioni e modelli di offerta più vicini al settore sanitario, più che al socio-sanitario.

Infine, il percorso di contrattualizzazione dei gestori è generalmente successivo all'accreditamento, salvo in Sardegna e nella Provincia Autonoma di Trento. In quest'ultimo caso, le Direttive annuali deliberate dalla Giunta Pro-

⁶ Maggiori informazioni al link seguente: https://www.agenas.gov.it/images/agenas/accreditamento/manuali_2019/2_ultima_versione_PROPOSTA_MANUALE_ACCREDITAMENTO_STR_SOCIOSANITARIE_2019.pdf

vinciale costituiscono accordo negoziale tra RSA e Azienda Sanitaria Provinciale, e stabiliscono puntualmente per ogni RSA i posti letto contrattualizzati, gli standard assistenziali e le tariffe riconosciute. La Tabella 3.4 riassume quanto esposto sulla disciplina di autorizzazione, accreditamento e autorizzazione.

Tabella 3.4. La disciplina di accreditamento e contrattualizzazione nelle regioni analizzate

Regioni	Accreditamento distinto da autorizzazione	Accreditamento secondo manuale AGENAS	Contrattualizzazione distinta da accreditamento
Emilia-Romagna	X		X
Friuli Venezia Giulia			X
Lazio	X		X
Liguria	X	X	X
Lombardia	X		X
Marche	X	X	X
Piemonte	X		X
Puglia	X	X	X
Sardegna	X		X
Toscana	X		X
P.A. di Trento	X		Accettazione direttiva annuale
Veneto	X		X

3.3.4 La disciplina degli standard di personale e le figure previste

In questo paragrafo si riportano sinteticamente alcune considerazioni circa le modalità di definizione degli standard di personale adottati dalle regioni e le figure professionali previste in struttura dalla norma, mentre la sezione 3.4 illustra una proposta di modello di comparazione dei diversi standard nei contesti inclusi nell'analisi. In particolare, in questa sede vengono identificati:

- i criteri guida di definizione degli standard (per titoli professionali, tipologia di attività erogata o un mix dei due);
- la modalità di quantificazione degli standard assistenziali (minuti, ore, rapporto operatori / ospiti, presenza del professionista, mix di questi criteri)
- l'unità di riferimento per la definizione dello standard (nucleo, struttura, posti letto, in rapporto agli ospiti totali).

Come illustrato in Tabella 3.5, la maggioranza delle regioni (9) fissa gli standard rispetto a categorie professionali definite, le rimanenti sulle attività svolte. La modalità di quantificazione e di unità di riferimento degli standard è variabile,

con una prevalenza di regioni che identificano i minutaggi die o settimanali da garantire per ogni ospite.

A fronte di una variabilità che in prima battuta rende non comparabili gli standard, la sezione successiva propone un modello per confrontarli in maniera coerente con le specificità dei diversi modelli di servizio esistenti. L'eterogeneità delle modalità di definizione degli standard (oltre che dei valori fissati) rende complesso il lavoro del policy maker e del gestore dei servizi oltre che dell'analista e ricercatore. La non comparabilità fa sì che si riesca difficilmente a confrontare la composizione e il mix di attività svolte, posto che la componente professionale, molto più degli aspetti definitivi e degli standard strutturali, connota il servizio reso al cittadino.

Tabella 3.5. Gli standard di personale nelle regioni analizzate: una visione di insieme

Regioni	Criteri di definizione (titoli professionali, tipologia attività o mix)	Quantificazione (Minutaggio, ore, rapporto operatori/ospiti, presenza o mix)	Unità di riferimento (nucleo, struttura, posti letto (PL), su ospiti totali)
Emilia-Romagna	Titoli professionali	Mix	Ospiti o PL
Friuli-Venezia Giulia	Titoli professionali	Mix	Per PL
Lazio	Titoli professionali	Minutaggio	Per ospite o per nucleo
Liguria	Titoli professionali	Minutaggio	Per ospite
Lombardia	Tipologia attività	Minutaggio o presenza	Per ospite
Marche	Titoli professionali	Minutaggio	Per ospite
Piemonte	Tipologia attività	Mix	Per ospite o struttura
Puglia	Titoli professionali	Mix	Per ospite o per nucleo
Sardegna	Titoli professionali	Minutaggio e ore	Per ospite e struttura
Toscana	Tipologia attività	Ore annue	Per 40 PL
PA di Trento	Titoli professionali	Mix	Mix
Veneto	Titoli professionali	Operatori/ospiti	PL

Strettamente legato agli standard è il tema della tipologia delle figure professionali richieste in struttura (Tabella 3.6). Notiamo alcuni aspetti:

- La figura del coordinatore di struttura è prevista formalmente solo in alcuni contesti. Questo è rilevante in un settore che si sta sforzando di esprimere un middle management più forte e presente e che necessita di figure in grado di raccordare le varie professionalità oltre che di presidiare gli aspetti gestionali.
- Le figure deputate all'assistenza psicologica e sociale non sono sempre parte degli standard, ma per certi profili di anziani ospiti costituiscono parte centrale del servizio reso in struttura.
- Le figure su cui c'è convergenza sono infermiere e OSS: viene dunque da chiedersi se la componente sanitaria sia l'unica su cui le regioni sono

allineate. Questo dovrebbe essere il risultato di una riflessione sui fabbisogni assistenziali degli ospiti, ma le considerazioni svolte fino a qui unite agli standard fissati mostrano che così non è.

Tabella 3.6. Le figure professionali richieste nelle RSA⁷

Regioni	Medico di struttura	Fisioterapista	Coordinatore	Infermiere	OSS	ASA	Psicologo	Educatore	Animatore	Altro (Assistenza specialistica)
Emilia Romagna	(X)*	X	X	X	X		X		X	
Friuli Venezia Giulia		X	X	X	X			X		
Lazio	X	X		X	X					
Liguria	X	X		X	X				X	
Lombardia	X	X		X	X	X		X	X	
Marche		X		X	X				X	
Piemonte				X	X			X		
Puglia	X	X		X	X		X	X		X
Sardegna	X	X	X	X	X		X	X		X
Toscana		X		X		X		X		
PA Trento	X	X	X	X	X		X	X		
Veneto			X	X	X		X	X		X

* L'assistenza medica può essere erogata dal MMG

3.3.5 Il modello di tariffazione

L'ultima dimensione comparata di analisi attiene ai modelli di tariffazione, intesi come mix tra quota sanitaria riconosciuta dall'SSR e quota di compartecipazione richiesta alle famiglie per la copertura della componente alberghiera e assistenziale del servizio, oltre all'eventuale disciplina della solvenza. Partiamo da quest'ultima: nessuna delle 12 regioni interviene nella definizione di soglie o valori di riferimento per la solvenza, lasciando ampi spazi di manovra ai gestori dei servizi nel mercato *out of pocket*, che rappresenta oggi mediamente il 9% del fatturato dei gestori (cfr Capitolo 1).

⁷ Per le 3 regioni che non definiscono gli standard in termini di titoli professionali, i professionisti sono stati associati alle attività / figure richieste in struttura.

Per quanto concerne la tariffa sanitaria riconosciuta ai gestori, si registrano marcate differenze nei valori stabiliti dalle regioni (Tabella 3.7), che tuttavia non sono direttamente comparabili in quanto legate a diverse configurazioni del servizio in termini di vocazione (sanitaria o socio-sanitaria) e conseguente mix e livello assistenziale richiesto. Sorprendentemente, nel caso di Marche e Puglia la tariffa è unica e non si differenzia in relazione ai diversi livelli di servizio erogati, come accade nelle rimanenti regioni analizzate.

Tabella 3.7. Modelli di tariffazione per la residenzialità socio-sanitaria per anziani

Regioni	Tariffa sanitaria (€)	Compartecipazione (€)
Emilia- Romagna	28,45 - 44,05	50,05
Friuli-Venezia Giulia	28,00 - 30,00	Non definita dalla regione
Lazio	49,20 - 59,20	Da 49,20 a 59,20
Liguria	29,14* - 57,88*	42,00
Lombardia	30,8 - 52,1	Non definita dalla regione
Marche	33,51	Non definita dalla regione
Piemonte	36,25 - 52,90	Da 35,78 a 52,22
Puglia	50,17	50,17
Sardegna	58 - 72	Da 58 a 72
Toscana	44,42 - 53,32	La regione definisce le voci imputabili al calcolo della compartecipazione
PA Trento	87,78 (<40 PL) - 76,63 (> 61 PL) + 39,12**	48,08
Veneto	49 - 56***	La regione indica l'indirizzo del 50% della tariffa complessiva

* All'interno dei nuclei di Residenza Protetta la tariffa varia da € 29,14 (punteggio AGED 10-16) a € 46,93 (punteggio AGED 16+), mentre all'interno della RSA di mantenimento la tariffa varia da € 46,93 (AGED 16+) a € 57,88 (utenti con gravi patologie involutive).

** La Provincia Autonoma di Trento definisce una tariffa sanitaria per l'RSA base a seconda del numero di posti letto presenti in struttura: strutture più piccole (>40 PL) hanno una tariffa superiore rispetto a strutture più grandi. Il valore corrisposto per l'RSA base viene incrementato di € 39,12 nel nucleo sanitario.

*** A seguito della DGR 996/2022 è prevista la riformulazione di un'unica tariffa pari a € 52,00.

Anche la compartecipazione si contraddistingue per diverse scelte dei legislatori, spaziando dal non essere in alcun modo disciplinata (es. Veneto e Lombardia), a essere fissata a valori massimi o in relazione alla tariffa SSR (es. Lazio, Friuli-Venezia Giulia), oppure slegati da essa (es. Regione Emilia-Romagna).

La tabella di confronto mostra l'ampiezza della forbice delle tariffe proposte. Questo per certi versi è naturale, vista l'eterogeneità di partenza promossa dalle diverse regioni che hanno normato servizi residenziali socio-sanitari che sembrano omogenei ma che al loro interno presentano requisiti, target di gamma di destinatari e mix di professionisti decisamente diversi. In un mondo ideale, la tariffa fissata riflette quindi queste diversità. Nel concreto, invece, le

diverse tariffe riflettono un ulteriore elemento di complessità che va ad aggiungere un tassello alla domanda: quanto è equo il sistema di residenzialità per anziani nel nostro Paese? Dietro a tariffe così diverse dobbiamo necessariamente riconoscere che ci saranno servizi a intensità e caratteristiche diverse. Lo stesso vale per la definizione della compartecipazione, che apre ulteriori spazi. Non è poi solo il quantum della tariffa ad agire sul definire quanto possa essere erogato (e sostenuto dai gestori quindi), incidono chiaramente anche le modalità di riconoscimento di queste e il sistema più ampio di finanziamento ovvero quali fattori produttivi sono eventualmente inclusi o forniti direttamente da SSR. A parità di valori, infatti, alcuni elementi (farmaci, prestazioni sanitarie, dispositivi) possono essere aggiuntivi oppure no, allargando ulteriormente la forbice tra la tariffa più bassa e più alta.

3.3.6 Il posizionamento strategico delle regioni

La lettura integrata delle scelte regionali in materia di residenzialità socio-sanitaria - in particolare dei modelli di servizio proposti, i profili target e il modello di finanziamento e tariffazione - permette di ricostruire tre diversi posizionamenti strategici rispetto alla residenzialità socio-sanitaria per anziani⁸, distribuiti lungo un continuum tra orientamento sanitario e socio-sanitario. Al di là delle etichette formali, che tipo di residenzialità socio-sanitaria hanno promosso le regioni? La Tabella 3.8 le colloca lungo i tre posizionamenti secondo le variabili precedentemente esposte.

Tabella 3.8. Caratteristiche emergenti dall'analisi delle dodici regioni per i tre posizionamenti strategici rispetto alla residenzialità socio-sanitaria per anziani non autosufficienti

	ORIENTAMENTO DEL POSIZIONAMENTO STRATEGICO		
	Sanitario	Ibrido	Socio-sanitario
Regioni considerate	Lazio Sardegna	Friuli-Venezia-Giulia Liguria Marche Puglia PA Trento	Emilia-Romagna Lombardia Piemonte Toscana Veneto
Filiera dei servizi	Cure intermedie, riabilitazione estensiva, lungo-degenza	Riabilitazione estensiva, lungo-degenza, socio-assistenziale	Socio-assistenziale, riabilitazione
Profilo di utenza	Utenti non necessariamente anziani con rilevanti bisogni sanitari, riabilitativi e socio-sanitari	Utenti anziani con rilevanti bisogni socio-sanitari, riabilitativi e di mantenimento funzionale	Utenti anziani con bisogni socio-sanitari, di mantenimento funzionale ed eventualmente riabilitativi

⁸ Si veda il Capitolo 5 del Rapporto OASI 2022 per approfondimenti.

Intensità assistenziale	Assistenza sanitaria, riabilitativa e tutelare	Assistenza tutelare e riabilitativa	Assistenza principalmente tutelare ed eventualmente riabilitativa
Tariffa	100% SSR o compartecipazione utente al 50%	100% SSR o compartecipazione utente al 50%	Compartecipazione utente al 50% o maggiore

Le regioni con orientamento sanitario hanno interpretato la residenzialità socio-sanitaria in stretta connessione con la rete ospedaliera, indicando attività (e di conseguenza standard e tariffe) coerenti con attività di riabilitazione ed alta intensità, senza dare indicazioni rispetto ad una funzione socio-sanitaria. In questi contesti si scrive RSA ma si legge setting post-acuto o sub-acuto. Aver connotato in questo modo il servizio incide sicuramente sul target accolto, che si sposta su cittadini che esprimono bisogni sanitari rischiando di trascurare gli anziani che hanno necessità di presa in carico di lungo termine e assistenziale (non connessa a patologie o fabbisogni sanitari). Questo è legittimo e importante ma dovrebbe essere appannaggio di altri servizi, appunto quelli della filiera della sanità post-acuta o territoriale che non dovrebbe sostituirsi alla filiera socio-sanitaria. Nei fatti, invece, i primi hanno assorbito gli altri, rendendo la disponibilità di servizi orientati alla non autosufficienza anziana ancora più limitati. All'opposto altre hanno scelto di orientare le strutture verso la presa in carico socio-sanitaria, prevedendo le attività sanitarie ma senza una focalizzazione su riabilitazione o servizi intensivi. Queste sono le regioni che, sulla carta, hanno più nettamente caratterizzato la residenzialità distinguendola dai setting sanitari, creando le premesse per percorsi differenziati. I territori ad orientamento ibrido, invece, grazie alla previsione di più servizi, di nuclei o di una modularità di tariffe e profili, hanno definito una rete più estesa e con capacità di presa in carico differenziata. In questo caso la residenzialità socio-sanitaria si presta da un lato a completare la filiera post acuta e della sanità territoriale, ma preserva anche la sua connotazione assistenziale distinguendo servizi e finalità di essi. Se da un lato la logica della integrazione vorrebbe servizi il più possibile trasversali ai vari setting, dall'altro continuiamo a ritenere come già scritto nei Rapporti precedenti, che al fine di integrare al meglio la presa in carico sia necessario avere chiare regole e confini che rendano possibile distinguere target, bisogni e servizi necessari. In questo senso riscontriamo che quanto emerge rispetto alla residenzialità sia in questo momento emblematico: è vero che il servizio socio-sanitario di per sé accoglie molteplici target, bisogni e servizi ma se questi non sono ben definiti e chiari al legislatore in primis come è possibile governare la rete e garantire l'accesso ai cittadini?

Da questa ricognizione emerge infatti come non si possa parlare univocamente di RSA a livello nazionale, poiché ogni regione (tra quelle incluse nelle analisi) ha associato a questo termine una pluralità di vocazioni e di unità

di offerta differenti, di cui la residenzialità socio-sanitaria è solo una delle molte, senza mettere però chiari paletti e perimetri. Infatti, RSA abbraccia in molte regioni anche servizi di cure intermedie e di riabilitazione estensiva per i quali non sussiste necessariamente il criterio dell'età anziana. È il caso delle regioni che abbiamo incluso nei gruppi a vocazione sanitaria e ibrida sanitaria/socio-sanitaria. Un secondo aspetto di complessità risiede nella scelta adottata da alcune regioni di definire i servizi di residenzialità per anziani con differenti nomi: è il caso delle Case-Residenza per Anziani dell'Emilia-Romagna, delle Residenze per anziani non autosufficienti del Friuli-Venezia-Giulia, delle Residenze protette liguri (che si aggiungono alle RSA di mantenimento garantendo assistenza sia tutelare che sanitaria pur con livelli minori) o marchigiane, oppure dei Centri di Servizio per persone anziane non autosufficienti del Veneto. Questi servizi sono del tutto analoghi a quelli definiti RSA in altre regioni. Accade che si verifichi la scelta di destinare l'etichetta RSA ad altre unità di offerta: sono infatti i casi delle RSA del Friuli-Venezia-Giulia e delle Marche, di fatto destinate a trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale, oppure l'RSA veneta destinata all'ospitalità di persone adulte con disabilità.

Se è vero che non si può parlare univocamente di RSA, lo è altrettanto l'esigenza di individuare metriche di confronto per contribuire al dibattito sullo sviluppo e indirizzo del settore. Con questo spirito, il paragrafo seguente propone un modello di comparazione degli standard di personale nelle regioni.

3.4 Standard di personale a confronto nella residenzialità socio-sanitaria

L'eterogeneità dei modelli di servizio previsti per la residenzialità socio-sanitaria aumenta ulteriormente andando a osservare aspetti specifici delle dimensioni descritte nei paragrafi precedenti. In questo paragrafo, in particolare, si esplorano e si caratterizzano le indicazioni offerte dalle diverse normative regionali con riferimento agli standard di personale minimi per l'erogazione del servizio di assistenza. Sotto questo profilo, il paragrafo precedente ha già messo in mostra come esista un'interessante eterogeneità sia con riferimento a professionalità e competenze ritenute necessarie per l'erogazione del servizio, sia osservando i criteri identificati per la loro quantificazione numerica e utili poi alla definizione degli organici dei soggetti gestori. Proprio a partire da questi criteri, applicati a quelle tipologie di servizi che nelle normative regionali e nel perimetro dei servizi socio-sanitari considerati nel paragrafo precedente vengono identificate come a più bassa e a più alta intensità assistenziale⁹, la

⁹ Ove presente bassa e alta intensità, sono stati considerati i seguenti servizi. Emilia-Romagna: bassa intensità CRA D, alta intensità CRA A; Friuli-Venezia-Giulia: bassa intensità RSA N2, alta intensità RSA N3; Lazio: bassa intensità RSA mantenimento B, alta intensità RSA

Tabella 3.9 offre una prima rappresentazione comparativa di sintesi tra modelli regionali per le due figure professionali maggiormente coinvolte nei processi di assistenza socio-sanitari, ossia il profilo infermieristico e gli operatori socio-sanitari. Per lo stesso motivo, le analisi dell'intero paragrafo fanno riferimento solo a queste due figure, idonee a rispondere alle domande di ricerca proposte in apertura di capitolo, e non considerano le altre figure previste dalle normative regionali (*cf. supra*; Tabella 3.6). Questo affondo consente di verificare se l'eterogeneità, quantomeno formale, di intensità delle figure professionali da coinvolgere e di criteri per la loro quantificazione acquisisca ulteriore slancio osservando i valori numerici previsti o si livelli al punto da mostrare una convergenza sostanziale dei modelli di servizio offerti dalle regioni. La Tabella 3.9 mostra come gli standard regionali abbiano una logica di fondo diffusamente orientata agli input a prescindere dal tipo di servizio previsto e dal suo livello d'intensità assistenziale. Le uniche parziali eccezioni riguardano la previsione (i) dell'Emilia Romagna di modificare l'intensità assistenziale del profilo infermieristico sulla base delle condizioni dell'utente e (ii) della Liguria di profilare gli utenti sulla base delle loro condizioni, costruendo su questa profilatura gli standard di servizio. La Tabella consente inoltre di evidenziare chiaramente la sostanziale eterogeneità nell'impostazione dei criteri, che si muovono tra (i) minutaggio die per ospite, (ii) rapporto operatori-ospiti/PL, (iii) monte ore complessive annue per modulo¹⁰ da erogare per profilo professionale.

mantenimento A; Liguria: bassa intensità RSA modulo residenza protetta, alta intensità RSA modulo mantenimento; Piemonte: bassa intensità RSA bassa intensità, alta intensità RSA intensità alta-incrementata; Sardegna: bassa intensità RSA R3B, alta intensità RSA R3A; Toscana: bassa intensità RSA bassa, alta intensità RSA base; PA di Trento: bassa intensità RSA base, alta intensità RSA nucleo sanitario; Veneto: bassa intensità Centro servizi livello I, alta intensità Centro servizi livello II.

¹⁰ Si tratta di un ulteriore elemento di differenziazione sotto almeno due profili: da un lato, per il fatto di considerare o meno il numero di PL per modulo come guida per definire i criteri; dall'altro, per la diversità prevista dalle normative regionali, con un numero di posti letto che lo compongono che assumono valori tra di loro sostanzialmente differenti (20, 25, 30, 40 PL).

Tabella 3.9. Gli standard previsti dalle normative regionali: profilo infermieristico e operatori socio-sanitari (OSS) per tipologia di servizio

Regione	Criterio	Profilo infermieristico		OSS	
		Bassa intensità	Alta intensità	Bassa intensità	Alta intensità
Emilia-Romagna*	Rapporto operatori/ospiti	1/12 da aumentare in relazione alle condizioni degli ospiti, comunque presenza infermieristica 24/24h	1/12 da aumentare in relazione alle condizioni degli ospiti, comunque presenza infermieristica 24/24h	1/3,1	1/1,8
Friuli-Venezia Giulia	Minutaggio die per ospite	4	17	70	100
Lazio*	Minutaggio die per ospite	20	45	80	95
Liguria	Minutaggio die per ospite	9	26	61	88
Lombardia	Rapporto operatori/ospiti	1/18		1/3	
Marche	Minutaggio die per ospite	20		80	
Piemonte	Minutaggio die per ospite	8	46	72	134
Puglia	Rapporto operatori/ospiti	1,5-2 unità per nucleo		5 unità per nucleo	
Sardegna*	Minutaggio die per ospite	16	25	88	142
Toscana	Monte h annuali per modulo	3.268	6.536	24.510	32.680
PA di Trento	Rapporto operatori/posti letto	6 infermieri fino a 60 PL, 1 infermiere aggiuntivo ogni 10 PL in più	1 infermiere aggiuntivo ogni 10 PL	1/2,1	1/1,5 PL
Veneto**	Rapporto operatori/ospiti	1 ogni 15	1 ogni 12	1/2,5	1/2,4

* È inoltre presente un'indicazione puntuale sulla presenza del coordinatore, non inclusa nelle analisi.

** A seguito della DGR 996/2022 è prevista la riformulazione di un'unica unità di offerta. Si veda nota 9 per elenco completo dei servizi inclusi.

Per superare l'eterogeneità nell'impostazione dei criteri impiegati per la definizione degli standard di personale infermieristico e OSS, le analisi che seguono provano a tradurre i valori appena osservati in una lingua comune e omogenea, che permetta di operare dei confronti attraverso l'uso di una metrica comparabile. Convertendo i valori a standard previsti dalle normative in minuti die per utente¹¹, le Figure che seguono consentono di confrontare l'intensità assistenziale attesa nei diversi contesti regionali e per profilo di servizio considerato.

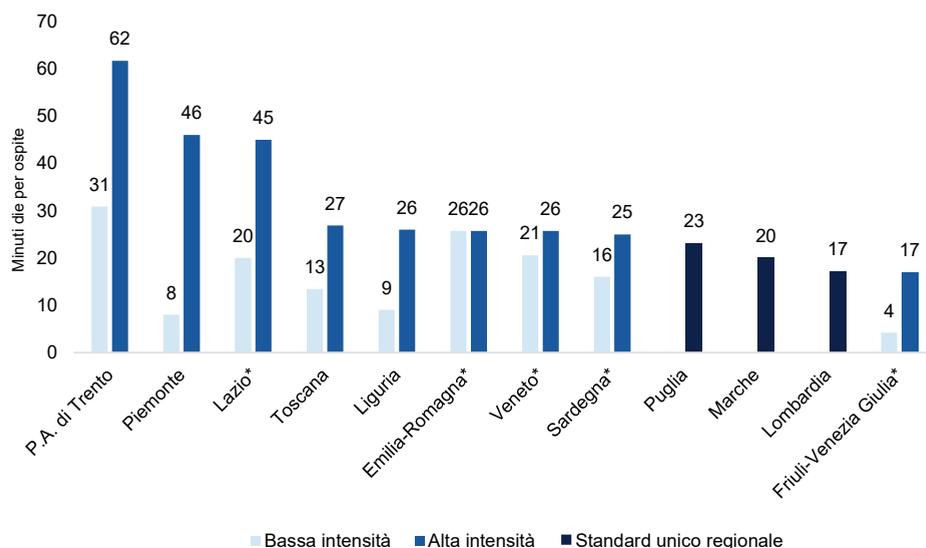
In particolare, la Figura 3.3 mostra i minuti die per utente del personale infermieristico differenziando per regione e profilo di servizio e la Figura 3.4

¹¹ La metrica è stata omogeneizzata applicando i seguenti criteri:

- (i) Quando lo standard faceva riferimento ai minuti die per ospite, è stato mantenuto il valore indicato dalla normativa regionale.
- (ii) Quando lo standard era espresso in monte ore annuali per modulo, è stato rapportato tale valore al numero di posti letto di cui si componeva il modulo per ottenere le ore annue per posto letto. Quindi, è stato rapportato tale valore ai 365 giorni di cui si compone un anno solare ottenendo le ore die di assistenza per posto letto, a loro volta poi convertite in minuti. Dato il tasso di saturazione dei posti letto accreditati del settore pressoché pari al 100%, il posto letto è stato equiparato al singolo utente.
- (iii) Quando lo standard era espresso come rapporto operatori-ospiti, il minutaggio per die è stato ricavato applicando il suddetto rapporto al monte ore settimanale per profilo professionale previsto dal CCNL pubblico (36h per le figure considerate nel paragrafo). In ottica prudenziale, la scelta di applicare questa formula contrattuale è stata dettata dalla volontà di ancorare le analisi a un valore fisso di riferimento, che nel caso della contrattualistica privata, tipicamente ma non necessariamente con un monte settimanale di 38h, avrebbe offerto dei valori non perfettamente comparabili. A titolo esemplificativo, nel caso di un rapporto 1 operatore ogni 2,5 ospiti, sono state dapprima calcolate le ore per utente previste settimanalmente ($36/2,5 = 14,4h$), poi trasformate in ore die per utente immaginando un servizio continuativo erogato 7 giorni alla settimana ($14,4/7 = 2,05$), quindi convertite in minuti ($2,05*60' = 123'$). Si specifica che l'applicazione del monte ore settimanale previsto dalla contrattualistica privata porterebbe a un aumento dei minuti die per la fattispecie in questione di circa il 5,6%: nell'esempio appena fornito, i minuti die sarebbero pertanto pari 130 invece che 123.
- (iv) Quando lo standard era espresso come rapporto operatori-posti letto è stata applicata la medesima metodologia del punto (iii) alla luce del fatto che il tasso di saturazione dei posti letto accreditati del settore è pressoché pari al 100%, con conseguente equiparazione del posto letto al singolo utente.

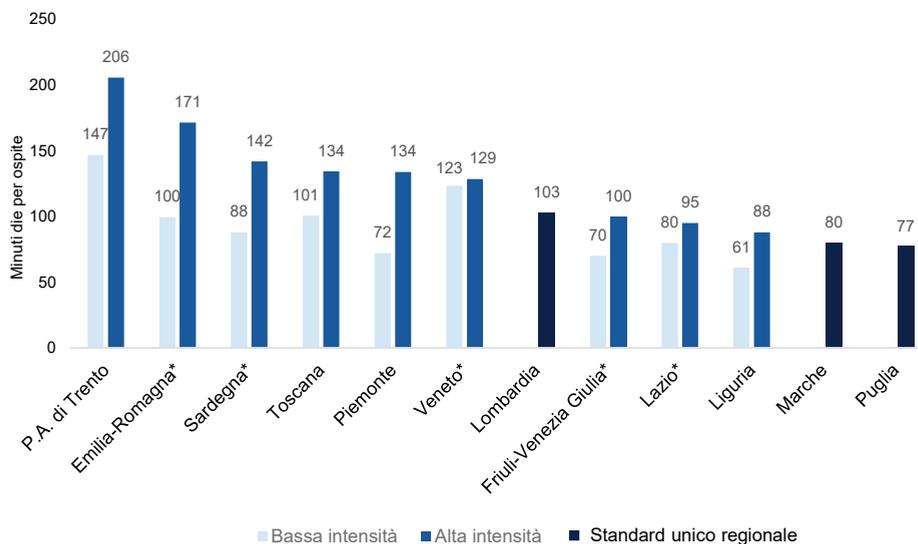
mostra le medesime dimensioni di analisi per gli operatori socio-sanitari. Emerge nitidamente come i valori osservati siano tra loro decisamente eterogenei, sebbene questa differenziazione tenda a essere meno marcata per il profilo infermieristico nel caso di servizi ad alta intensità (con valori che tendono ad avvicinarsi per Toscana, Liguria, Emilia Romagna, Veneto, Sardegna, Puglia, Lombardia e Friuli Venezia Giulia). Più dispersa e meno omogenea è invece la previsione di operatori socio-sanitari sia confrontando i contesti regionali (dagli oltre 200 minuti die per ospite della PA Trento ai 77 previsti dalla Puglia) che i profili di servizio interni alle singole realtà regionali (es. PA Trento: 206 minuti die per ospite per i servizi ad alta intensità assistenziale, 147 per quelli a bassa intensità; Piemonte: 134 vs 72 minuti). In più, fatta parzialmente eccezione per l'Emilia Romagna, che prevede un'intensità assistenziale variabile sulla base delle condizioni del paziente per quanto concerne il profilo infermieristico (*cf supra*), si segnala anche in questo frangente come le differenze appena osservate non siano comunque collegate a fabbisogni assistenziali dell'utenza in termini di condizioni pregresse e fabbisogno assistenziale espresso.

Figura 3.3. Standard del personale a confronto: minuti die per ospite del profilo infermieristico per contesto regionale e intensità assistenziale del servizio considerato



* È inoltre presente un'indicazione puntuale sulla presenza del coordinatore, non inclusa nelle analisi. Si veda nota 9 per elenco completo dei servizi inclusi.

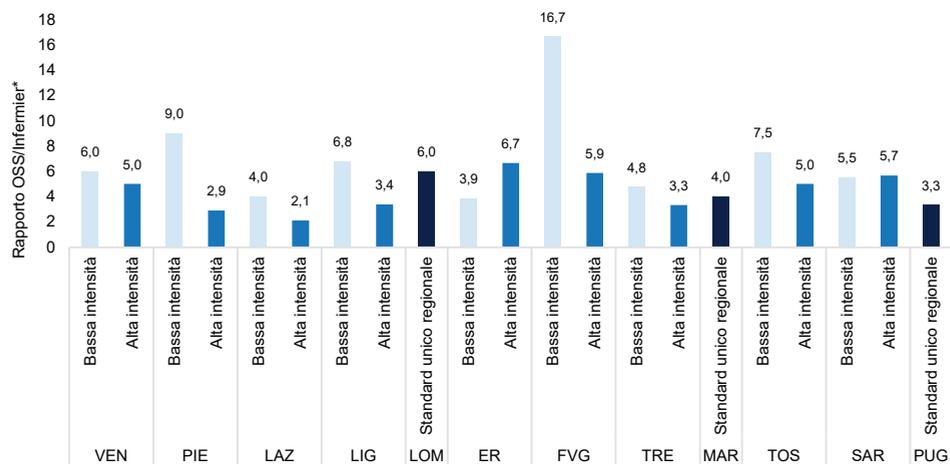
Figura 3.4. Standard del personale a confronto: minuti die per ospite degli operatori socio-sanitari per contesto regionale e intensità assistenziale del servizio considerato



* È inoltre presente un'indicazione puntuale sulla presenza del coordinatore, non inclusa nelle analisi. Si veda nota 9 per elenco completo dei servizi inclusi.

Provando a mettere in relazione tra loro le dimensioni di analisi proposte dalle due Figure appena presentate, la Figura 3.5 mostra lo staff mix teorico per alta e bassa intensità assistenziale del servizio, espresso dal rapporto tra infermieri e operatori socio-sanitari, e il relativo grado di intensità di assistenza infermieristica espresso dalla normativa. In particolare, la tesi qui proposta è che più è elevato il valore del rapporto considerato più è contenuto il grado di sanitarizzazione teorico previsto e viceversa (ovvero è minore il numero di operatori sanitari, infermieri, in rapporto agli OSS). Le evidenze che la Figura restituisce fanno riferimento a tre ordini di fattori: (i) a parità di intensità assistenziale di servizio previsto, la marcata eterogeneità interregionale (es. su alta intensità si va dal 2,1 del Lazio al 6,7 dell'Emilia Romagna); (ii) fatta eccezione per l'Emilia Romagna e Sardegna, il maggiore peso relativo degli operatori socio-sanitari rispetto al profilo infermieristico nel caso di servizi a bassa intensità assistenziale (dal 4,0 del Lazio ai 16,7 del Friuli Venezia Giulia), a testimoniare il maggior grado di sanitarizzazione comunque previsto per profili di servizio che vogliono rivolgersi a profili di utenza maggiormente fragili; (iii) la tendenza dei modelli regionali a "standard unico" (Lombardia, Marche, Puglia) a posizionare il proprio valore mediamente tra i valori dei servizi a bassa e alta intensità assistenziale delle altre regioni.

Figura 3.5. Standard di personale a confronto: il rapporto tra operatori socio-sanitari e infermieri previsto dalle normative regionali (staff mix)

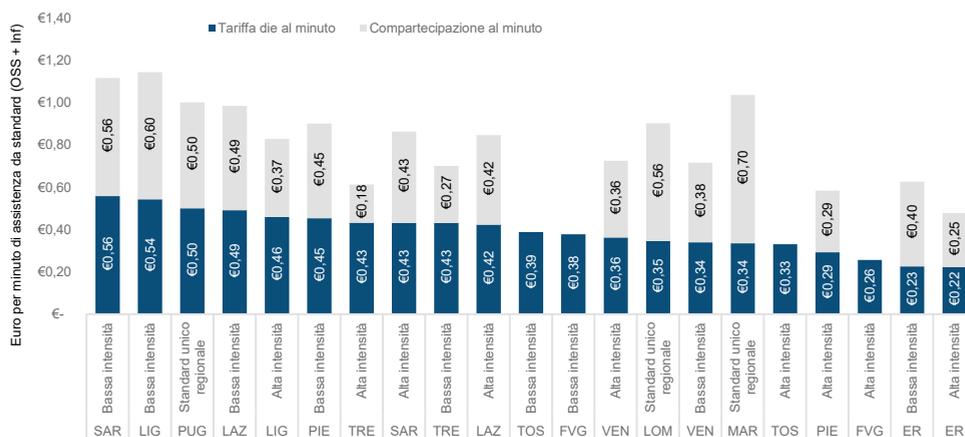


Si veda nota 9 per elenco completo dei servizi inclusi.

Infine, il paragrafo prova a mettere in relazione standard di personale e valore monetario corrisposto ai soggetti gestori per l'erogazione del servizio (come sommatoria di tariffe e compartecipazione richiesta agli utenti). Vista la rilevanza della componente professionale nell'impattare sulla sostenibilità economico-finanziaria dei soggetti che operano nel settore (67% dei costi della produzione, rilevazione survey OLTC 2014), la Figura 3.6 offre in questo senso evidenza del corrispettivo in euro al minuto riconosciuto se personale infermieristico e OSS fossero gli unici fattori produttivi impiegati. La Figura fa emergere alcune differenze legate a scelte di postura dei diversi policy maker regionali. Da un lato, infatti, i valori unitari totali al minuto sono tra di loro eterogenei e non necessariamente collegati ai minutaggi previsti. Sotto questo profilo, si segnalano ad esempio i casi di alta intensità della Liguria, standard unico della Lombardia e bassa intensità dell'Emilia Romagna, dove, a fronte di minutaggi die per ospite complessivi simili (rispettivamente pari a 114, 120 e 125), si osservano corrispettivi al minuto per die divergenti sia guardando alla tariffa pubblica (0,45; 0,35; 0,23 euro al minuto) che al valore totale comprensivo della compartecipazione degli utenti, per come rilevata da dato medio regionale nel caso della Lombardia (0,82; 0,90; 0,63). Dall'altro, ad eccezione del Veneto, i servizi a bassa intensità assistenziale registrano valori al minuto più contenuti rispetto a quelli ad alta intensità assistenziale in tutte le realtà considerate, in virtù del fatto che nelle due tipologie di servizi varia maggiormente il tempo di erogazione previsto dalle figure professionali, mentre i valori tariffari e di compartecipazione tendono a essere più omogenei tra loro. Ancora, il valore del rimborso tariffario

a carico del soggetto pubblico è differenziato tra contesti regionali (dai 0,22 e 0,23 euro al minuto dell’Emilia Romagna rispettivamente per servizi ad alta e bassa intensità assistenziale, ai 0,55 euro al minuto per servizi a bassa intensità assistenziale della Sardegna), ma in maniera meno marcata del valore unitario al minuto di compartecipazione richiesto all’utenza, che si muove in un range più ampio e compreso tra i 0,18 euro dei servizi ad alta intensità della P.A. di Trento ai 0,70 euro delle Marche (standard unico regionale). Questo secondo aspetto sembra segnalare il grado di propensione del regolatore regionale a “scaricare” parti più o meno consistenti del processo erogativo di presa in carico sulla capacità di spesa delle famiglie ancorando tale scelta non tanto agli standard previsti in senso stretto, ma al sistema di attese della comunità di riferimento in cui il policy maker opera. Al contrario, non sembra esserci una connessione diretta o quantomeno proporzionale tra valori unitari più elevati e previsione della normativa regionale di un impegno significativo da parte di altre figure professionali diverse da infermieri e OSS.

Figura 3.6. Un confronto tra standard di personale e corrispettivo riconosciuto ai soggetti gestori (tariffe e compartecipazione)*: valori al minuto in euro per contesto regionale e intensità assistenziale del servizio, ordinati per tariffa die al minuto.



Si veda nota 9 per elenco completo dei servizi inclusi.

* Con riferimento ai valori considerati nella Figura, si specifica che: (i) in assenza di indicazioni puntuali esplicitate nelle normative regionali né di altra fonte secondaria, non è stato possibile inserire il valore al minuto della compartecipazione per Toscana e Friuli Venezia Giulia; (ii) laddove la normativa non offriva valori puntuali, ma è stato possibile utilizzare valori derivanti da precedenti analisi sul campo (Veneto su compartecipazione; Lombardia su tariffa sanitaria) o da intervista condotta in sede di validazione nel presente lavoro (Marche su compartecipazione), sono invece stati inclusi i valori corrispondenti; (iii) laddove, infine, la normativa indicava dei range di valori in corrispondenza di singole unità di offerta e non erano disponibili rilevazioni o analisi sul campo, è stato considerato il valore medio tra gli estremi minimo e massimo del range (Liguria su tariffa die al minuto; Lombardia su compartecipazione).

3.5 Sintesi e riflessioni su normative regionali e servizi residenziali socio-sanitari italiani

Il contesto e l'ambiente di riferimento rappresentano due elementi significativi nel definire l'ecosistema in cui gli attori operano e nell'influenzarne i comportamenti nell'arena di gioco in cui si muovono. Da cui la rilevanza che acquisisce il policy making regionale nell'operare le proprie scelte in sistemi decentrati improntati su logiche di quasi-mercato. Sono diversi i livelli e le modalità di influenza attivabili: si va dall'equilibrio tra il profilo di responsabilità mantenuto dall'ente regolatore e trasferito sul livello degli erogatori, l'equilibrio tra le funzioni da assolvere centralmente nella definizione della mission istituzionale di sistema e quelle da assegnare ai player nella concreta interpretazione di quella stessa mission in logica sistemica, fino agli strumenti da impiegare per orientare i comportamenti degli attori ed esercitare il proprio ruolo di governo e guida. Proprio guardando agli strumenti a disposizione, il capitolo ha mostrato come questi si declinino nel mondo socio-sanitario analizzando le normative regionali che definiscono il perimetro dei servizi da erogare, i relativi standard di funzionamento e le scelte di allocazione e redistribuzione delle risorse. Dall'analisi è emerso chiaramente come solo raramente vi sia un effettivo collegamento tra le caratteristiche del bisogno espresso dall'utenza e/o dai richiedenti e la configurazione dei modelli di servizio, ambiti che invece crescentemente sono considerati come *milestones* per la costruzione di un'offerta appropriata rispetto al case-mix dell'utenza e alla multidimensionalità necessaria per la risposta (vedi Harrington et al, 2020) o agli effetti sulla qualità del servizio nello staffare i profili professionali (Castel & Anderson, 2011). Dunque, a prescindere da eventuali e specifiche differenziazioni di postura sulla configurazione dell'offerta legate alla regionalizzazione delle scelte, esiste un tema ampio e diffuso di collegamento tra risorse, processi e risultati conseguiti in termini di benefici per l'utenza ancora poco presidiato. Più nello specifico, appare debole il meccanismo che lega selezione e allocazione delle risorse di sistema a monte (fondamentalmente legate a generiche logiche di *input*), risultati conseguiti a valle (in termini di *outcomes* e/o benefici generati sull'utenza rispetto alle specifiche condizioni dei soggetti presi in carico e del relativo livello di fragilità) e modalità di organizzazione di attività e profili di servizio per conseguirli (da intendersi ad esempio in termini di livello di integrazione della rete di assistenza, di bilanciamento dei contributi forniti dai vari attori, di processi operativi di assistenza immaginati, di competenze professionali previste e richieste). Rappresentano parziali eccezioni rispetto a questo aspetto alcuni elementi a macchia di leopardo osservati nelle regioni analizzate:

- L'Emilia Romagna prevede di far variare l'intensità dell'intervento della figura infermieristica sulla base delle condizioni dell'utente.
- La Liguria prevede la profilatura degli utenti sulla base delle loro condizioni e, quantomeno in via teorica, gli standard previsti dovrebbero riflettere un'intensità assistenziale maggiormente ancorata al profilo di bisogno cui il servizio vuole rivolgersi.
- Il sistema SOSIA della Lombardia, sebbene non definisca le soglie con cui profilare il servizio e le sue specificità, riconosce un riconoscimento differenziato per profilo di utenza.

Si tratta, comunque, di aspetti ed elementi esplicitati dalle normative regionali di riferimento che non necessariamente si traducono in maniera sostanziale, in fase di implementazione, in effettiva modalità di presa in carico e gestione del servizio.

È evidente come l'orientamento di fondo indotto dal policy maker regionale sia particolarmente rilevante in un contesto dove esso opera come regolatore da un lato e come committente di enti gestori dall'altro. In questo secondo caso, l'impressione è che raramente si attivino riflessioni congiunte di politica industriale sul comparto, dove crescentemente e in maniera spontanea si sviluppano strategie di concentrazione dell'offerta indotta dalle possibilità di *scaling up* dei gestori più che da una volontà chiara del livello regionale. Sotto questo profilo, la stessa diversificazione delle scelte regionali diventa per i gestori un fattore su cui creare meccanismi compensativi di gruppo su cui costruire l'aumento delle dimensioni dei principali player del settore. Da questa analisi, sembra che il ruolo che il decisore pubblico assume nel definire le barriere all'ingresso del settore (autorizzazioni e accreditamenti) e su come agire per ridurre alcune (accesso a risorse finanziarie per piani di investimento e sviluppo) abbia meno rilevanza rispetto al governo dei requisiti minimi di offerta su cui costruire il profilo di servizio (standard). Questa postura, oltre a non considerare adeguatamente le condizioni di ingresso e permanenza degli utenti nella predisposizione e successiva valutazione del livello dei servizi erogati, ha anche insita un dicotomia di fondo rispetto alla quale i sistemi tendono a rimanere impliciti: gli input su cui le normative regionali vengono costruite comprimono lo spazio manageriale e l'autonomia aziendale dei soggetti gestori o rappresentano dei punti minimi di riferimento cui ispirarsi per poi operare scelte personalizzate di sviluppo dei propri modelli di servizio? Su questo punto, il Capitolo 4 del Rapporto prova a offrire delle risposte e propone delle riflessioni a partire dai dati raccolti da un campione di soggetti gestori.

Stante questa prassi di fondo diffusa, è interessante notare come la declinazione operativa della caratterizzazione dei servizi e dei relativi standard di funzionamento appaia estremamente variegata, all'interno peraltro di un sistema dichiaratamente universalistico ma ampiamente dominato da scelte locali

di differenziazione dell'offerta e di modalità di risposta al bisogno. Questo vale anche e soprattutto con riferimento al personale da staffare in seno alle strutture per l'erogazione dei servizi di assistenza residenziale. Le regioni italiane propongono diverse tipologie di strutture residenziali riconducibili – pur con le cautele espresse nel par. 3.3 – a RSA, in cui un elemento che comunque accomuna i servizi è la notevole varietà di standard di personale all'interno delle singole tipologie, dove ogni regione ha scelto un proprio indirizzo anche rispetto a quelle figure tipicamente impiegate nei processi di presa in carico. Questa entropia normativa si riflette in questo senso nell'assenza di un rapporto lineare tra livelli di intensità assistenziale, espressa dalla quantificazione teorica dei profili professionali, e posti letto relativizzati al fabbisogno (per 100 over 75 non autosufficienti, cfr Capitolo 1). A modelli sanitari, ibridi o socio-sanitari corrispondono dimensionamenti di organico teorici variegati e non coerenti con i profili di offerta proposti dalle normative di riferimento e si osservano valori elevati di dimensionamento di profili infermieristici e OSS a prescindere dal fatto che il modello regionale sia più o meno orientato alla “sanitarizzazione” del servizio.

I potenziali spazi di convergenza e di confronto comuni dettati ad esempio da un'unica cornice istituzionale nazionale che provi a definire alcune caratteristiche di massima, valide a prescindere dal contesto regionale o, ancora, la spinta a omogeneizzare presa in carico e sviluppo dei processi assistenziali a partire dalle prassi condivise dalla componente professionale, appaiono poco presidiati o lasciati spontaneamente all'auto-organizzazione di quei player che operano a scavalco su più contesti regionali. La loro carenza tende a far aumentare l'entropia nelle configurazioni di servizio presenti nel Paese, riduce la possibilità di applicare più diffusamente logiche di *benchmarking* e *benchlearning* interregionale e lo scambio di best practices tra contesti e, nella prassi, produce sovraccarichi di funzioni da svolgere in capo all'ente regionale che nei fatti ne comprime lo spazio di “imprenditorialità” nel disegno dei modelli assistenziali in coerenza con altri ecosistemi interdipendenti (es. il mondo sanitario e del sistema salute in senso lato), ampliando invece l'esercizio della funzione di controllo su parametri di input e poco orientati al monitoraggio dell'efficacia della propria offerta erogativa.

Esistono comunque degli elementi di convergenza e lettura comune: ad esempio, dove la quota di compartecipazione è più modesta, si osserva una maggiore linearità tra minutaggi complessivi di infermieri e OSS previsti dalla normativa e remunerazione complessiva del servizio. In questi casi vi è anche una maggiore propensione a sanitarizzare il servizio, che mostra come non sia il mix professionale di per sé il driver che guida la definizione dei valori monetari corrisposti ai gestori.

Ad ogni modo, è chiaro che definire standard legati a misure di input in logica prestazionale e non collegate al bisogno (sia in ingresso che durante la

permanenza degli utenti) in ottica assistenziale si configura come un limite rilevante dell'attuale assetto del comparto, che riduce lo spazio per riflessioni strutturate sull'evoluzione dei modelli di servizio e sulla ridefinizione dei perimetri professionali per rispondere alla carenza di profili sul mercato del lavoro. A questi elementi se ne accompagnano almeno altri due di estremo rilievo: da un lato, l'assenza di metriche e indicatori di presa in carico appropriata a cui ancorare configurazione dei profili di offerta; dall'altro e strettamente collegato al primo, la differenziazione dei valori tariffari che ad oggi non è evidentemente determinata da efficacia di presa in carico né da input effettivamente previsti. La scelta in questo caso è legata al come il policy maker regionale interpreta il valore tariffario nell'allocazione delle risorse nel sistema e di definire se queste debbano insistere su finalismi legati (i) alla mera copertura dei fattori produttivi impiegati (quindi ancorate agli input proposti dagli standard attuali, aspetto che oggi appare comunque non presidiato), (ii) alle quote di compartecipazione e quindi al meccanismo di integrazione delle risorse sulla base del sistema di attese del contesto in cui si opera o (iii) all'efficacia di presa in carico di servizi che dovrebbero restituire un simile livello assistenziale. L'auspicio è che da un modello centrato prevalentemente sul primo approccio, si passi a un sistema in grado di ancorare la remunerazione, o parte di essa, all'efficacia dei servizi e nella loro capacità di rispondere ai bisogni presenti sul territorio.

Bibliografia

Harrington C., Dellefield M.E., Halifax E., Fleming M.L., Bakerjian D. (2020), Appropriate Nurse Staffing Levels for U.S. Nursing Homes, *Health Services Insights*, Vol. 13: 1–14, <https://doi.org/10.1177/1178632920934>

Castle N.G., Anderson R.A. (2011), Caregiver Staffing in Nursing Homes and Their Influence on Quality of Care: Using Dynamic Panel Estimation Methods, *Medical Care*, Vol. 49, No. 6: 545-552, <https://www.jstor.org/stable/23053761>

Appendice 1. La normativa regionale analizzata

Re- gione	Atto n.	Oggetto
Emilia- Roma- gna	Det. n. 7108/1999	Procedure e criteri sulle persone anziane non autosufficienti ospiti di strutture residenziali ai sensi della DGR 1378/1999
	DGR n. 564/2000	Direttiva regionale per l'autorizzazione al funzionamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori, portatori di handicap, anziani e malati di aids, in attuazione della L.R. 12/10/1998, n. 34.
	DGR n. 840/2008	Prime linee di indirizzo per le soluzioni residenziali e l'assistenza al domicilio per le persone con gravissima disabilità nell'ambito del FRNA e della DGR 2068/04.
	DGR n. 514/2009	Primo provvedimento della Giunta regionale attuativo dell'art. 23 della L.R. 4/08 in materia di accreditamento dei servizi sociosanitari
	DGR n. 1423/2015	Integrazione e modifiche alla DGR 564/2000 in materia di autorizzazione al funzionamento.
	DGR n. 273/2016	Approvazione sistema di remunerazione dei servizi socio-sanitari accreditati provvisoriamente e/o definitivamente
	DGR n. 1429/2019	Adeguamento provvisorio della remunerazione dei servizi socio-sanitari accreditati ai sensi della DGR n. 273/2016 e s.m.i
Friuli- Vene- zia-Giu- lia	LR n. 10/1997	Disposizioni per la formazione del Bilancio pluriennale ed annuale della Regione - Testo coord. alla Legge Regionale 26 novembre 2021 n.20
	DGR n. 2052/2010	LR 10/1998, art 4 Aggiornamento del sistema di valutazione multidimensionale Val.Graf.
	DPR n. 0144/2015	Regolamento di definizione dei requisiti, dei criteri e delle evidenze minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per la realizzazione e per l'esercizio di servizi semiresidenziali e residenziali per anziani
	DGR n. 2151/2015	LR 17/2014, art 23. DGR 2673/2014 - linee guida per la gestione delle residenze sanitarie assistenziali
	DGR n. 817/2016	LR 17/2014, art 23. DGR 2151/2015 - approvazione procedura e requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle RSA con livello assistenziale riabilitativo. modifica DGR 650/2013.
	DPR n. 0290/2017	Regolamento di modifica al regolamento di definizione dei requisiti, dei criteri e delle evidenze minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per la realizzazione e per l'esercizio di servizi semiresidenziali e residenziali per anziani, emanato con Decreto del Presidente della Regione 13 luglio 2015, n. 144.
	DGR n. 429/2018	Modifiche al sistema di finanziamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti
	DGR n. 124/2020	LR 10/1998 Modifiche al sistema di finanziamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti
Lazio	DCA n. U0008/2011	Modifica dell'Allegato 1 al decreto del Commissario ad Acta 90/2010 per: a) attività di riabilitazione (cod. 56), b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3. Approvazione Testo Integrato e Coordinato denominato «Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie
	DCA n. U00039/2012	Assistenza Territoriale. Ridefinizione e riordino dell'offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale”

	DCA n. U00099/2012	Assistenza territoriale residenziale a persone non autosufficienti anche anziane. Corrispondenza tra tipologie di trattamento e nuclei assistenziali e relativi requisiti minimi organizzativi.
	DCA n. U00333/2015	Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2015 per le prestazioni erogate da strutture private accreditate con onere a carico del SSR: 1) Riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale; 2) Assistenza neuropsichiatrica territoriale; 3) RSA (di nuova attivazione)
	DCA n. U00073/2016	Revoca del DPCA n. U00105 del 9.4.2013. Approvazione dei requisiti minimi dell'assistenza territoriale residenziale riferiti alla tipologia di trattamento estensivo per persone non autosufficienti, anche anziane.
	DCA n. U00009/2016	Definizione delle tariffe per l'assistenza residenziale estensiva e assistenza residenziale e semiresidenziale estensiva per disturbi cognitivo comportamentali gravi rivolta a persone non autosufficienti anche anziane
	DCA n. U00060/2016	Modifica del Decreto del Commissario ad acta n. U00009/2016 avente ad oggetto "Definizione delle tariffe per l'assistenza residenziale estensiva e assistenza residenziale e semiresidenziale estensiva per disturbi cognitivo comportamentali gravi rivolta a persone non autosufficienti anche anziane"
	DGR n. 790/2016	Modifiche alla legge regionale 14 luglio 2014, n. 7, relative alle disposizioni in materia di compartecipazione alla spesa sociale per le residenze sanitarie assistenziali (RSA) e per le attività riabilitative erogate in modalità di mantenimento, in regime residenziale e semiresidenziale.
	RR n. 20/2019	Regolamento in materia di autorizzazione alla realizzazione, di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale di strutture sanitarie e socio-sanitarie in attuazione dell'articolo 5, comma 1, lettera b), e dell'articolo 13, comma 3, della legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 (Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali) e successive modifiche. Abrogazione del regolamento regionale 26 gennaio 2007, n. 2 in materia di autorizzazione all'esercizio e del regolamento regionale 13 novembre 2007, n. 13 in materia di accreditamento istituzionale
Liguria	DGR n. 862/2011	Riordino del sistema della residenzialità e semiresidenzialità extraospedaliera. Abrogazione della DGR n. 969/2008 "Riordino del sistema tariffario per la residenzialità e semiresidenzialità sociosanitaria. Abrogazione della DGR n. 308/2005
	DGR n. 1749/2011	Integrazione e parziali modifiche alla D.G.R. 862 del 15 luglio 2011 sulla residenzialità extraospedaliera
	DGR n. 941/2012	Integrazioni e parziali modifiche alla DGR 15 luglio 2011 n. 862 e ss.mm.ii. in materia di residenzialità e semiresidenzialità sociosanitaria
	LR n. 17/2016	Istituzione dell'Azienda Ligure Sanitaria della regione Liguria (A.Li.Sa.) e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e sociosanitaria
	LR n. 27/2016	Modifiche alla Legge Regionale 7 dicembre 2006, n. 41 (riordino del servizio sanitario regionale) e alla legge regionale 29 luglio 2016, n. 17 (istituzione dell'Azienda Ligure Sanitaria della regione Liguria (A.Li.Sa.) e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e sociosanitaria)
	LR n. 9/2017	Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie con riordino delle normative precedenti senza impatto su rette e standard assistenziali.

	DGR n. 1188/2017	Approvazione dei documenti in materia di autorizzazione al funzionamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali: elenco tipologie strutture; requisiti e procedure per l'autorizzazione
	DGR n. 944/2018	Approvazione dei documenti in materia di autorizzazione al funzionamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali: requisiti e procedure per l'autorizzazione
	DGR n. 945/2018	Approvazione revisione e aggiornamento procedure di accreditamento istituzionale
	Delib. A.Li.Sa n. 73/2018	Contratti con i soggetti erogatori accreditati dei servizi sanitari e socio-sanitari. Approvazione documento recante "Modalità applicative del programma operativo", schema tipo degli accordi contrattuali e indicatori di qualità
Lombardia	DGR n. 7435/2001	Attuazione dell'art. 12, commi 3 e 4 della L.R. 11 luglio 1997, n. 31. "Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)" (a seguito di parere della III commissione consiliare)
	DGR n. 12618/2003	Definizione degli standard di personale per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani (RSA) e prima revisione del sistema di remunerazione regionale (in attuazione della DGR n. 7435 del 14.12.2001)
	DGR n. 2569/2014	Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo (a seguito di parere della commissione consiliare relativamente all'allegato 1) - (atto da trasmettere al consiglio regionale)
	DGR n. 5340/2021	Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del SSR per l'esercizio 2021 con particolare riferimento alla rete delle unità di offerta sociosanitarie territoriali
Marche	DRG. n. 1011/2013	Definizione degli standard assistenziali e dei criteri di rilevazione dei costi gestionali della residenzialità e semiresidenzialità delle aree sanitarie extraospedaliere e socio-sanitaria nei settori anziani non autosufficienti, disabili e salute mentale
	DGR. n. 1331/2014	Accordo tariffe assistenza residenziale e semiresidenziale tra Regione Marche ed Enti gestori - modifica della DGR 1011/2013
	LR n. 21/2016	Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari, e sociali pubblici e privati
	RR n. 1/2018	Definizione delle tipologie delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati ai sensi dell'articolo 7, comma 3, della legge regionale 30 settembre 2016, n. 21 "Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati".
	DGR n. 1572/2019	LR n. 21/2016, e ss.mm.ii, Capo III, Art. 16 Manuale di Accreditamento per le strutture sanitarie e socio -sanitarie previste all'articolo 7, comma 1, lettere a), b), c), d) e comma 2
	DGR n. 938/2020	LR n. 21/2016 art. 3 comma 1 lett. b) - Manuale Autorizzazione Strutture sanitarie extraospedaliere intensive e estensive, strutture socio-sanitarie di lungoassistenza o mantenimento e protezione, che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale (parte C: Requisiti specifici delle strutture per Anziani/Fragilità, Adulti (Hospice-Malati HIV))".
Piemonte	DGR n. 25-12129/2009	Requisiti e procedure per l'accreditamento istituzionale delle strutture socio sanitarie.

	DGR n. 62-13647/2010	Istituzione del Percorso clinico assistenziale per persone in Stato Vegetativo, Stato di Minima Coscienza e Locked-in Syndrome.
	DGR n.45-4248/2012	Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti. Modifica D.G.R. n. 25-12129 del 14.09.09 e D.G.R. n. 35-9199 del 14.07.08. Revoca precedenti deliberazioni.
	DGR n.85-6287/2013	Approvazione del piano tariffario delle prestazioni di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti come previsto dalla D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012.
	DGR n.24-3692/2021	L.R. n. 3 del 26.01.2021. Modifica della D.G.R. n. 13-2888 del 19.02.2021, relativa all'approvazione delle modalita' di erogazione delle integrazioni tariffarie ai sensi dell'art. 5 della L.R. 3/2021. Revisione delle tariffe per prestazioni di assistenza residenziale di cui alla D.G.R. n. 85-6287 del 2 agosto 2013.
Puglia	R.R. n. 4/2007	Regolamento Regionale attuativo della legge regionale 10 luglio 2006, n. 19. (testo aggiornato al maggio 2019)
	LR n. 9/2017	Nuova disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private
	LR n. 65/2017	Modifiche alla legge regionale 2 maggio 2017, n. 9 (Nuova disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private)
	L.R. n. 53/2018	Modifiche alla legge regionale 12 dicembre 2017, n. 53 (Riorganizzazione delle strutture socio-sanitarie pugliesi per l'assistenza residenziale alle persone non autosufficienti. Istituzione RSA ad alta, media e bassa intensità assistenziale) e integrazioni alla legge regionale 2 maggio 2017, n. 9 (Nuova disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private)
	RR n. 4/2019	Regolamento regionale sull'Assistenza residenziale e semiresidenziale ai soggetti non autosufficienti - Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) estensiva e di mantenimento- Centro diurno per soggetti non autosufficienti
	RR n. 16/2019	Disposizioni in materia di accreditamento - approvazione manuali di accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie
	DGR n. 1512/2020	Regolamenti regionali n. 4 e 5 del 2019 — Approvazione tariffe regionali per le prestazioni sociosanitarie erogate dalle strutture sociosanitarie per soggetti non autosufficienti e disabili.
	DGR n. 587/2022	R.R. n. 4/2019 e R.R. n. 5/2019 - Fondo di remunerazione regionale per l'acquisto di prestazioni da RSA e Centri diurni per soggetti non autosufficienti e disabili valevole per l'anno 2022
Sardegna	DGR n. 25-6/2006	Linee di indirizzo in materia di Residenze sanitarie assistenziali e di Centri diurni integrati.
	DGR n. 10-43/2009	Linee di indirizzo in materia di cura e assistenza alle persone con Sclerosi Laterale Amiotrofica e/o in ventilazione assistita
	DGR n. 32-73/2012	Delib.G.R. n. 10/43 del 11.2.2009 "Linee d'indirizzo in materia di cura e assistenza alle persone con Sclerosi Laterale Amiotrofica e/o in ventilazione assistita". Applicazione della tariffa per prestazioni erogate in RSA
	DGR n. 22-24/2017	Modifica ed integrazione dei requisiti minimi organizzativi delle Residenze sanitarie assistenziali e dei Centri diurni integrati. Aggiornamento delle "Linee di indirizzo in materia di Residenze sanitarie assistenziali e di Centri diurni integrati". Aggiornamento del sistema tariffario delle prestazioni assistenziali erogate presso le residenze sanitarie assistenziali.

	DGR n. 6-9/2021	Deliberazione della Giunta regionale n. 22/24 del 3.5.2017 "Modifica ed integrazione dei requisiti minimi organizzativi delle Residenze sanitarie assistenziali e dei Centri diurni integrati. Aggiornamento delle "Linee di indirizzo in materia di Residenze sanitarie assistenziali e di Centri diurni integrati. Aggiornamento del sistema tariffario delle prestazioni assistenziali erogate presso le residenze sanitarie assistenziali". Sostituzione allegato 1 per la parte relativa ai requisiti minimi organizzativi.
To-scana	DGR n. 402/2004	Azioni per la riqualificazione del processo assistenziale a favore delle persone anziane non autosufficienti in attuazione del P.S.R. 2002/2004 di cui alla delib. C.R.T n. 60/2002 e rideterminazione della quota capitaria sanitaria nelle RSA
	DGR n. 995/2016	Approvazione schema di accordo contrattuale relativo alla definizione dei rapporti giuridici ed economici tra soggetti pubblici e soggetti gestori delle strutture socio-sanitarie accreditate per l'erogazione di prestazioni a favore di anziani non autosufficienti in attuazione della DGR 398/2015
	DGR n. 1481/2018	Adeguamento dal 1° gennaio 2019 della quota sanitaria del modulo per la non autosufficienza stabilizzata, tipologia base, all'interno delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)
	DGR n. 949/2018	Modifiche al DPGR 9 gennaio 2018, n. 2/R (Regolamento di attuazione dell'art. 62 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale"). Approvazione definitiva
	DGR n.1239/2021	Modifica della deliberazione GR n. 245 del 15 marzo 2021 avente ad oggetto: "Articolo 3, commi 5 e 6 della l.r. 82/2009: approvazione dei requisiti specifici delle strutture residenziali, semiresidenziali e dei servizi per l'assistenza domiciliare ai fini dell'accreditamento e degli indicatori per la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti"
PA Trento	DPP n. 3-78/2018	Regolamento di esecuzione degli articoli 19, 20 e 21 della legge provinciale 27 luglio 2007, n. 13 (Politiche sociali nella provincia di Trento) in materia di autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei soggetti che operano in ambito socio assistenziale
	DGP. n. 2230/2021	Approvazione delle "Direttive per l'assistenza sanitaria ed assistenziale a rilievo sanitario nelle Residenze Sanitarie e Assistenziali (RSA) pubbliche e private a sede territoriale ed ospedaliera del Servizio sanitario provinciale (SSP) per l'anno 2022 e relativo finanziamento"
Veneto	DGR n. 702/2001	Linee guida regionali per la definizione e la standardizzazione degli approcci assistenziali ai pazienti in Stato Vegetativo (SV)
	DGR n. 2208/2001	Linee guida regionali per la definizione e la standardizzazione degli approcci assistenziali in materia di demenza senile tipo Alzheimer nelle strutture residenziali extraospedaliere
	DGR n. 84/2007	L.R. 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali" - Approvazione dei requisiti e degli standard, degli indicatori di attività e di risultato, degli oneri per l'accreditamento e della tempistica di applicazione, per le strutture sociosanitarie e sociali.
	DGR n. 57/2010	Residenzialità extraospedaliera per anziani non autosufficienti e disabili accolti nei Centri di Servizio residenziali. Anno 2010.
	DGR n. 2621/2012	L. 7 agosto 2012, n. 135 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini" (c.d. spending review): ulteriori determinazioni per l'anno 2012 e seguenti.
	DGR n. 1231/2018	Approvazione del nuovo schema tipo di accordo contrattuale per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra le aziende ULSS e i Centri

		di Servizi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 17, comma 3 della LR n. 22 del 2002 e dell'articolo 8-quinquies del D.lgs. n. 502 del 1992.
	DGR n. 996/2022	Aggiornamento della programmazione del Fondo regionale della non autosufficienza (FRNA) per l'area anziani con aggiornamento dei fabbisogni e della programmazione. Deliberazione nr. 73/CR/2022

Appendice 2. Schede regionali

L'intento delle Schede regionali di seguito riportate è fornire una rappresentazione sintetica propedeutica ad un confronto interregionale dei servizi di residenzialità socio-sanitaria per anziani non autosufficienti.

A questo scopo, per ognuna delle dodici regioni oggetto dell'analisi del presente capitolo, sono di seguito riportati unicamente i servizi a target di utenza anziana non autosufficiente che abbiano una natura di assistenza socio-sanitaria residenziale, mentre sono stati esclusi tutti i servizi con una connotazione esclusivamente sanitaria (riabilitazione, lungodegenze, nuclei specialistici) o esclusivamente socioassistenziale. Ogni Scheda regionale riporta in modo omogeneo le seguenti variabili:

- Regione: il nome della regione di riferimento;
- Servizio: il nome del servizio in analisi;
- Finalità del servizio: la descrizione della mission del servizio secondo la normativa regionale;
- Declinazione: le possibili declinazioni del servizio in analisi, in termini di moduli e tipologia di unità di offerta;
- Profilo utenti: gli utenti target del servizio, eventualmente descritti in coerenza con la declinazione del servizio;
- Procedure avvio attività: evidenza dell'eventuale distinzione delle procedure di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione;
- Tariffa sanitaria: entità della tariffa sanitaria corrisposta dal SSR;
- Tariffa alberghiera: entità della tariffa alberghiera esigibile dalla struttura;
- Tariffa solvenza: entità della tariffa esigibile dalla struttura all'utenza solvente (extra SSR);
- Standard di personale: per ogni profilo professionale viene riportato lo standard da normativa.

Allo scopo di rendere omogenea la rappresentazione di servizi differenti sia in termini di contenuti (ad es., finalità, declinazioni, ...) che in termini di descrizione fornita dalla normativa regionale (ad es., unità di misura degli standard di personale, riferimento ad attività assistenziali o figure professionali, ...), si sono resi necessari alcuni accorgimenti. Innanzitutto, la variabile "declinazione" è utilizzata per dare evidenza talvolta di differenti unità di offerta afferenti alla residenzialità socio-sanitaria per anziani non autosufficienti, talvolta per dare evidenza di differenti livelli assistenziali previsti per la stessa unità di offerta. Nella pratica, questo accorgimento rende possibile distinguere eventuali profili di utenti, carichi assistenziali ed entità di tariffa relative in maniera ana-

loga alle diverse Regioni. Un secondo accorgimento riguarda invece la declinazione degli standard di personale. Si è deciso di rappresentare i carichi assistenziali per profilo professionale, sebbene alcune Regioni descrivano gli standard per tipologia di attività. Pertanto, sono stati accorpati alcuni profili (es. OSS e ASA) e, quando necessario, sono stati precisati i requisiti per specifici professionisti.

	Regione	Emilia-Romagna			
	Servizio	Casa Residenza per Anziani			
Finalità del servizio	La CRA è un servizio socio-sanitario residenziale destinato ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti di grado medio ed elevato, che non necessitano di specifiche prestazioni ospedaliere				
Declinazione	A	B	C	D	
Profilo utenti	Anziani con grave disturbo comportamentale	Anziani con elevati bisogni assistenziali	Anziani con disabilità di grado severo	Anziani con disabilità di grado moderato	
Procedure avvio attività	Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione distinte				
Tariffa sanitaria (€)*	41,85 + 2,20	41,85 + 2,20	32,60 + 1,65	27,10 + 1,35	
	In aggiunta, rimborso SSR per spese sanitarie sostenute				
Tariffa alberghiera (€)	50,05				
Tariffa solvenza	Non definita				
Standard di personale	Rapporto personale/ospiti				
<i>Medico</i>	1/25 per 5-15** ore/settimana (anche MMG***)				
<i>Fisioterapista</i>	1/60-1/40**				
<i>Coordinatore</i>	<35PL, 1 coordinatore per almeno 24 ore settimanali 35-75 PL, 1 coordinatore a tempo pieno >75 PL, più coordinatori per tempo proporzionalmente adeguato				
<i>Infermiere</i>	Almeno 1/12** (presenza 24/24h per ospiti con elevate necessità)				
<i>OSS/ASA</i>	1/2,0	1/2,0	1/2,6	1/3,1	
<i>Psicologo</i>	Deve essere prevista la disponibilità del professionista				
<i>Educatore/Animatore</i>	1/60 (Animatore)				
<i>Altro</i>	<i>Responsabile attività sanitarie</i> (medico o infermiere): 1/25 ospiti per 5 ore/settimana <i>Responsabile di nucleo delle attività assistenziali</i> (infermiere o OSS con qualifica RAA): 1 per ogni nucleo				

*Tariffa gravante sul Fondo Regionale Non Autosufficienze

**In relazione alle condizioni degli ospiti

***In caso di prestazione erogata da MMG, il costo non sostenuto non viene rimborsato dal SSR.

	Regione	Friuli-Venezia-Giulia		
	Servizio	Residenze per anziani non autosufficienti		
Finalità del servizio	Le residenze per anziani sono strutture che offrono interventi a ciclo continuo finalizzati per i bisogni delle persone anziane che non possono o non intendono permanere al proprio domicilio. Possono accedere le persone di età maggiore o uguale a 65 anni per le quali sia stata accertata l'impossibilità di permanere nell'ambito familiare e di usufruire di servizi alternativi al ricovero, o le persone di età inferiore ai 65 anni con condizioni psico-fisico assimilabili a quelle geriatriche			
Declinazione	Nucleo 1	Nucleo 2	Nucleo 3	
Profilo utenti	Bisogni socio-sanitari lievi	Bisogni socio-sanitari medio-alti	Bisogni socio-sanitari complessi e disturbi del comportamento	
Procedure avvio attività	Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione distinte			
Tariffa sanitaria (€)		10	12	
	In aggiunta, contributo regionale 18 €			
Tariffa alberghiera (€)	Non definita			
Tariffa solvenza	Non definita			
Standard di personale	Minuti die per posto letto			
<i>Medico</i>	MMG			
<i>Fisioterapista</i>	Azienda sanitaria	35*		
<i>Coordinatore**</i>	Deve essere presente			
<i>Infermiere</i>	Azienda sanitaria	4,2	17	
<i>OSS/ASA</i>	21	70	100	
<i>Psicologo</i>				
<i>Educatore/Animatore</i>	29,4*			
<i>Altro</i>	<i>Responsabile di struttura: deve essere presente</i>			

* Minuti settimanali

**Responsabile governo assistenziale

	Regione	Lazio	
	Servizio	Residenza Sanitaria Assistenziale – Nuclei di assistenza residenziali di mantenimento	
Finalità del servizio	I nuclei di assistenza residenziale di mantenimento sono destinati a persone non autosufficienti, anche anziane, con necessità di media tutela sanitaria cui vengono erogate prestazioni di mantenimento e lungo assistenza, anche di tipo riabilitativo.		
Declinazione	B		A
Profilo utenti	Bisogni assistenziali di bassa intensità		Bisogni assistenziali di alta intensità
Procedure avvio attività	Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione distinte		
Tariffa sanitaria (€)	49,20		59,20
Tariffa alberghiera (€)	49,20		59,20
Tariffa solvenza	Non definita		
Standard di personale	Minuti die per ospite		
<i>Medico</i>	80*		160*
<i>Coordinatore</i>			
<i>Fisioterapista**</i>			
<i>Infermiere</i>	100 (di cui infermiere almeno 20)		140 (di cui infermiere almeno 45)
<i>OSS/ASA</i>			
<i>Psicologo</i>			
<i>Educatore/Animatore</i>			
<i>Altro</i>	<i>Assistente sociale:</i> deve essere disponibile <i>Dietista:</i> deve essere disponibile		

* Minuti die per nucleo da 20 posti letto

**Personale della riabilitazione

	Regione	Liguria		
	Servizio	Residenza Sanitaria Assistenziale		
Finalità del servizio	Le strutture residenziali socio-sanitarie sono destinate a soggetti anziani in condizione di non autosufficienza o ridotta autosufficienza.			
Declinazione	Modulo di residenza protetta		Modulo di mantenimento	
Profilo utenti	Anziani parzialmente autosufficienti		Anziani totalmente non autosufficienti	
Procedure avvio attività	Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione distinte			
Tariffa sanitaria (€)	29,14 (AGED compreso tra 10 e 16)	46,93 (AGED >16)	46,93 (AGED >16)	57,88 (Gravi patologie e disturbi comportamentali)
Tariffa alberghiera (€)	42,00 (importo base)			
Tariffa solvenza	Non definito			
Standard di personale	Minuti die per ospite			
<i>Medico</i>			2	
<i>Fisioterapista</i>	5		6	
<i>Coordinatore</i>				
<i>Infermiere</i>	9		26	
<i>OSS/ASA</i>	61		88	
<i>Psicologo</i>				
<i>Educatore/Animatore</i>	3			
<i>Altro</i>	<i>Direttore sanitario: 2</i>			

	Regione	Lombardia		
	Servizio	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani		
Finalità del servizio	Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) sono strutture residenziali destinate ad accogliere persone anziane non autosufficienti, alle quali garantiscono interventi destinati a migliorarne i livelli di autonomia, a promuoverne il benessere, a prevenire e curare le malattie croniche.			
Declinazione				
Profilo utenti	Bassi bisogni assistenziali (SOSIA 8-7)	Moderati bisogni assistenziali (SOSIA 6-5-4-3)	Alti bisogni assistenziali (SOSIA 2-1)	
Procedure avvio attività	Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione distinte			
Tariffa sanitaria (€)	30,80	41,50	52,10	
Tariffa alberghiera (€)	Non definita			
Tariffa solvenza	Non definita			
Standard di personale	Minuti settimanali per ospite			
<i>Medico</i>	901 (Mix di professionisti definito nel PAI)			
<i>Fisioterapista</i>				
<i>Coordinatore</i>				
<i>Infermiere</i>				
<i>OSS/ASA</i>				
<i>Psicologo</i>				
<i>Educatore/Animatore</i>				
<i>Altro</i>				

	Regione	Marche
	Servizio	Residenza protetta per anziani non autosufficienti
Finalità del servizio	Struttura residenziale con elevato livello di integrazione socio-sanitaria che eroga trattamenti di lungo assistenza, di recupero, di mantenimento funzionale e di riorientamento in ambiente protetto.	
Declinazione		
Profilo utenti	Persone anziane non autosufficienti non assistibili al domicilio e che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse.	
Procedure avvio attività	Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione distinte	
Tariffa sanitaria (€)	33,51	
Tariffa alberghiera (€)	Non definita	
Tariffa solvenza	Non definita	
Standard di personale	Minutaggio die per ospite	
<i>Medico</i>	MMG	
<i>Fisioterapista</i>		
<i>Coordinatore</i>		
<i>Infermiere</i>	20	
<i>OSS/ASA</i>	80	
<i>Psicologo</i>		
<i>Educatore/Animatore</i>		
<i>Altro</i>	<i>Responsabile della struttura: deve essere presente</i>	

	Regione	Piemonte					
	Servizio	Residenza Sanitaria Assistenziale					
Finalità del servizio	La Residenza Sanitaria Assistenziale è un presidio di ricovero residenziale per anziani non autosufficienti						
Declinazione	Bassa	Medio-bassa	Media	Medio-alta	Alta	Alta-incrementata	
Profilo utenti	Definiti coerentemente alle diverse declinazioni del servizio						
Procedure avvio attività	Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione distinte						
Tariffa sanitaria (€)*	36,25	36,97	39,18	44,57	48,49	52,90	
Tariffa alberghiera (€)	35,78	36,50	36,68	44,00	47,87	52,22	
Tariffa solvenza	Non definita						
Standard di personale	Minutaggio die per ospite						
<i>Medico</i>	MMG						
<i>Fisioterapista</i>	8	13	18	25	30	46	
<i>Coordinatore</i>							
<i>Infermiere</i>							
<i>OSS/ASA</i>	72	82	87	105	120	134	
<i>Psicologo</i>							
<i>Educatore/Animatore</i>	18 ore settimanali per 72 posti						
<i>Altro</i>	<i>Direttore sanitario:</i> deve essere presente <i>Responsabile di struttura:</i> deve essere presente <i>Logopedista:</i> deve essere presente						

	Regione	Puglia
	Servizio	Residenza sanitaria assistenziale di mantenimento
Finalità del servizio	La RSA di mantenimento eroga interventi di tipo assistenziale e socioriabilitativo a elevata integrazione socio-sanitaria	
Declinazione	A	
Profilo utenti	Persone anziane che non sono in grado di condurre una vita autonoma le cui patologie, non in fase acuta, presentano limitati livelli di recuperabilità dell'autonomia e non possono essere assistite a domicilio	
Procedure avvio attività	Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione distinte	
Tariffa sanitaria (€)	50,17	
Tariffa alberghiera (€)	50,17	
Tariffa solvenza	Non definita	
Standard di personale	Ore settimanali per nucleo (20 posti)/ Unità per nucleo* (20 posti)	
<i>Medico</i>	2	
<i>Fisioterapista*</i>	12	
<i>Coordinatore</i>		
<i>Infermiere</i>	2 unità	
<i>OSS/ASA</i>	5 unità	
<i>Psicologo</i>	6	
<i>Educatore/Animatore</i>	12	
<i>Altro</i>	<i>Responsabile sanitario: 4</i> <i>Assistente sociale: 6</i>	

*Terapista della riabilitazione

	Regione	Sardegna	
	Servizio	Residenza Sanitaria Assistenziale	
Finalità del servizio	Le RSA sono strutture residenziali finalizzate a fornire ospitalità, prestazioni sanitarie, di recupero funzionale e di inserimento sociale, ma anche di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale, a utenti affetti da malattie croniche o da patologie invalidanti, non autosufficienti e non assistibili a domicilio		
Declinazione	R3B		R3A
Profilo utenti	Persone non autosufficienti richiedenti trattamenti di lungo assistenza sanitaria e socio-sanitaria, eventualmente anche di tipo riabilitativo		Persone non autosufficienti richiedenti trattamenti sanitari e socio-sanitari di recupero e mantenimento funzionale
Procedure avvio attività	Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione distinte		
Tariffa sanitaria (€)	58		72
Tariffa alberghiera (€)	58		72
Tariffa solvenza	Non definita		
Standard di personale	Minutaggio die per ospite		
<i>Medico*</i>			
<i>Fisioterapista</i>	10		16
<i>Coordinatore</i>	2		4
<i>Infermiere</i>	16		25
<i>OSS/ASA</i>	88		142
<i>Psicologo</i>	3		4
<i>Educatore/Animatore</i>	7		10
<i>Altro</i>	<i>Direttore sanitario: 21 ore settimanali complessive</i> <i>Direttore di struttura: 21 ore settimanali complessive</i> <i>Direttore delle attività cliniche: 2-6 minuti/die/ospite</i> <i>Geriatra: 1 minuti/die/ospite</i> <i>Fisiatra: 0,3-1 minuti/die/ospite</i> <i>Assistente sociale: 1 minuti/die/ospite</i> <i>Dietologo o dentista: 0,2-1 minuti/die/ospite</i>		

	Regione	Toscana	
	Servizio	Residenza Sanitaria Assistenziale	
Finalità del servizio	La RSA è una struttura residenziale ad integrazione socio-sanitaria destinata ad accogliere temporaneamente o permanentemente persone anziane non autosufficienti impossibilitate a rimanere presso il proprio domicilio		
Declinazione	Bassa intensità	Base	
Profilo utenti	Non autosufficienza in almeno una attività di base, anche con deficit cognitivo lieve	Non autosufficienza stabilizzata (patologie stabilizzate, fase post-acuta, decadimento cognitivo medio)	
Procedure avvio attività	Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione distinte		
Tariffa sanitaria (€)	44,42	53,32	
Tariffa alberghiera (€)	Individuabile dalla struttura secondo voci definite dalla Regione		
Tariffa solvenza	Non definita		
Standard di personale	Ore annuali per 40 ospiti		
<i>Medico</i>	MMG		
<i>Fisioterapista</i>	817	1634	
<i>Coordinatore</i>			
<i>Infermiere</i>	3268	6536	
<i>OSS/ASA</i>	24510	32680	
<i>Psicologo</i>			
<i>Educatore/Animatore</i>	3268	1634	
<i>Altro</i>	<i>Direttore di struttura: deve essere presente</i>		

	Regione	Provincia Autonoma di Trento	
	Servizio	Residenza Sanitaria Assistenziale	
Finalità del servizio	Le RSA garantiscono una presa in carico globale e personalizzata dei bisogni della persona erogando servizi socio-sanitari integrati a prevalente valenza sanitaria.		
Declinazione	Base		Nucleo sanitario
Profilo utenti	Persone non autosufficienti che necessitano di trattamenti ed assistenza continui e non possono essere assistite al domicilio		Persone non autosufficienti che necessitano di trattamenti ed assistenza continui con elevata necessità assistenziale sanitaria
Procedure avvio attività	Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione distinte. La contrattualizzazione segue le direttive annuali deliberate dalla Giunta Provinciale		
Tariffa sanitaria (€)	Da 87,78 (strutture fino a 40 PL) a 76,63 (strutture oltre 61 PL)	+39,12 alla tariffa "base"	
Tariffa alberghiera (€)	48,08		
Tariffa solvenza	Non definita		
Standard di personale	Diversificato		
<i>Medico</i>	2 minuti die per ospite	4 minuti die per ospite	
<i>Fisioterapista</i>	1 unità ogni 50 PL		
<i>Coordinatore</i>	1 unità fino a 119 PL, 2 unità oltre i 119 PL		
<i>Infermiere</i>	6 unità fino a 60 PL, 1 unità aggiuntiva ogni 10 PL	+1 unità aggiuntiva ogni 10 PL allo standard "base"	
<i>OSS/ASA</i>	1 unità ogni 2,1 PL	1 unità ogni 1,5 PL	
<i>Psicologo</i>	2,5 ore al mese ogni 20 PL		
<i>Educatore/Animatore</i>	1 unità ogni 60 PL		
<i>Altro</i>			

	Regione	Veneto	
	Servizio	Centro di servizio per persone anziane non autosufficienti	
Finalità del servizio	Il centro di servizi è un presidio che offre a persone non autosufficienti di norma anziani, con esiti di patologie fisici, psichici, sensoriali e misti non curabili a domicilio, un livello di assistenza medica, infermieristica, riabilitativa, tutelare e alberghiera		
Declinazione*	Livello I - Assistenza ridotta		Livello II - Assistenza media
Profilo utenti	Persone non autosufficienti di norma anziani con ridotto/minimo bisogno assistenziale non assistibili a domicilio		Persone non autosufficienti di norma anziani con un medio bisogno assistenziale non assistibili a domicilio
Procedure avvio attività	Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione distinte.		
Tariffa sanitaria (€)	49,00		56,00
Tariffa alberghiera (€)	Indirizzo regionale: 50% della tariffa complessiva		
Tariffa solvenza	Non definita		
Standard di personale	Unità per posti		
<i>Medico</i>	Garantito da AULSS		
<i>Fisioterapista</i>	Garantito da AULSS		
<i>Coordinatore</i>	1 unità ogni 90 posti		
<i>Infermiere</i>	1 ogni 15 posti		1 ogni 12 posti
<i>OSS/ASA</i>	1 ogni 2,5 posti		1 ogni 2,4 posti
<i>Psicologo</i>	1 ogni 120 posti		
<i>Educatore/Animatore</i>	1 ogni 60 posti		
<i>Altro</i>	<i>Assistente sociale: deve essere disponibile</i>		

* A seguito della DGR 996/2022 è prevista la riformulazione di un'unica unità di offerta con tariffa pari a €52,00. Più informazioni in nota 2.

4. La gestione del personale nel settore anziani: prassi aziendali e dati di organico

di Alessandro Furnari ed Elisabetta Notarnicola¹

4.1 Un tentativo di descrivere il settore residenziale socio-sanitario partendo dal personale

Dopo aver illustrato come il tema della dotazione di organico sia stato interpretato dalle regioni che hanno definito requisiti e standard, presentiamo ora i dati riferiti ad una rilevazione svolta tramite un campione di aziende che si sono generosamente prestate ad analizzare e confrontare i propri dati relativi al personale impiegato nelle strutture socio-sanitarie per anziani. Questo è un contributo molto rilevante al dibattito in corso, in quanto fornisce dati concreti e soprattutto aziendali su cui discutere. È però allo stesso tempo un tentativo rischioso e sfidante. Come già evidenziato in altre parti del Rapporto, in un settore come quello Long Term Care la gestione del personale va a braccetto con le strategie di gestione dei servizi e definisce le modalità di agire delle singole organizzazioni. Sconta quindi da un lato le specificità di queste, dato che la gestione del personale trascina con sé storie dei territori (ad esempio rispetto a Fondazioni o Aziende pubbliche), storie di fusioni e acquisizioni tra strutture, conseguenze legate alle politiche del lavoro e alle congiunture economiche e settoriali, oltre che le scelte strategiche e competitive dei gestori. Dall'altro è strettamente connesso ai dispositivi normativi e dagli standard definiti, rispetto ai quali non può essere svincolata né libera. I dati aziendali devono quindi essere analizzati avendo tutti questi elementi come chiavi di lettura. Allo stesso tempo, possono essere estremamente potenti nell'aiutarci a re-interpretare alcuni convincimenti che abbiamo circa questi aspetti, ad esempio:

- Esiste un trend nazionale quando si parla di gestione del personale? Quali sono i numeri di riferimento?

¹ Gli autori desiderano ringraziare Marta Micacchi e Francesca Meda, SDA Bocconi, per il supporto fornito allo svolgimento delle analisi.

- Quanto sono diverse le scelte e le modalità della gestione del personale tra le aziende del settore?
- Quanto la dotazione di personale effettiva è vincolata agli standard regionali o quanto invece li supera?

Questo capitolo cerca di dare risposta a queste domande presentando prima alcuni dati di inquadramento che illustrano i valori medi del settore rispetto a skill mix, dotazione di organico di infermieri e OSS, tipologie contrattuali utilizzate, costo del personale e retribuzioni medie, per poi illustrare una *cluster analysis* che permette di individuare e definire come le aziende del settore abbiano costruito le loro strategie attuali.

4.2 Metodologia di raccolta, elaborazione e analisi dati

Per rispondere alle domande di ricerca e rappresentare le dimensioni di analisi sopra citate, è stata condotta una survey elettronica, somministrata ai soggetti gestori che operano nell'ambito dell'Osservatorio OLTC di SDA Bocconi. La survey era articolata in due sezioni, di cui una parte è stata considerata in questo capitolo (quella relativa ai dati riferiti alla dotazione di organico dei servizi residenziali) e una seconda (riferita alle politiche del personale), che sarà trattata nel Capitolo 5 del presente Rapporto. La compilazione della survey da parte dei gestori è stata realizzata tra maggio e novembre del 2022 e ha visto in totale 23 rispondenti, che costituiscono il campione di riferimento del capitolo, sebbene in alcune successive fasi di analisi si è dovuto operare un lavoro di scrematura per via dell'assenza di risposte fornite su alcuni quesiti posti.

Una volta ripuliti da eventuali errori di compilazione, i dati rilevati sono stati analizzati con due diversi approcci: da un lato, sono stati aggregati i risultati e realizzate alcune analisi descrittive del campione di riferimento (par. 4.3); dall'altro, è stata realizzata una *cluster analysis* nel tentativo di raggruppare i rispondenti alla survey sulla base di caratteristiche e/o pattern di comportamento simili (par. 4.4). In questo secondo caso, per via della carenza di risposte ad alcuni quesiti e per garantire omogeneità di confronto interno al campione, il numero di rispondenti considerati nell'analisi è stato pari a 13.

Rispetto alla *cluster analysis*, come suggerito dalla letteratura scientifica di riferimento, l'analisi consente di individuare raggruppamenti di gestori sulla base della presenza di eventuali aspetti comuni che caratterizzano le organizzazioni (Lukas, Tan, & Hult, 2001) e/o di catturarne "atteggiamenti competitivi" e modelli di postura strategica (Garrigos-Simon & Marques, 2004; Robinson & Pearce, 1988). L'identificazione di configurazioni convergenti o divergenti può essere realizzata attraverso tecniche analitiche quantitative come l'analisi di cluster (Roca Puig & Bou-Llusar, 2007), in modo da definire induttivamente un insieme di configurazioni che sono appropriate per un dato contesto (Ketchen

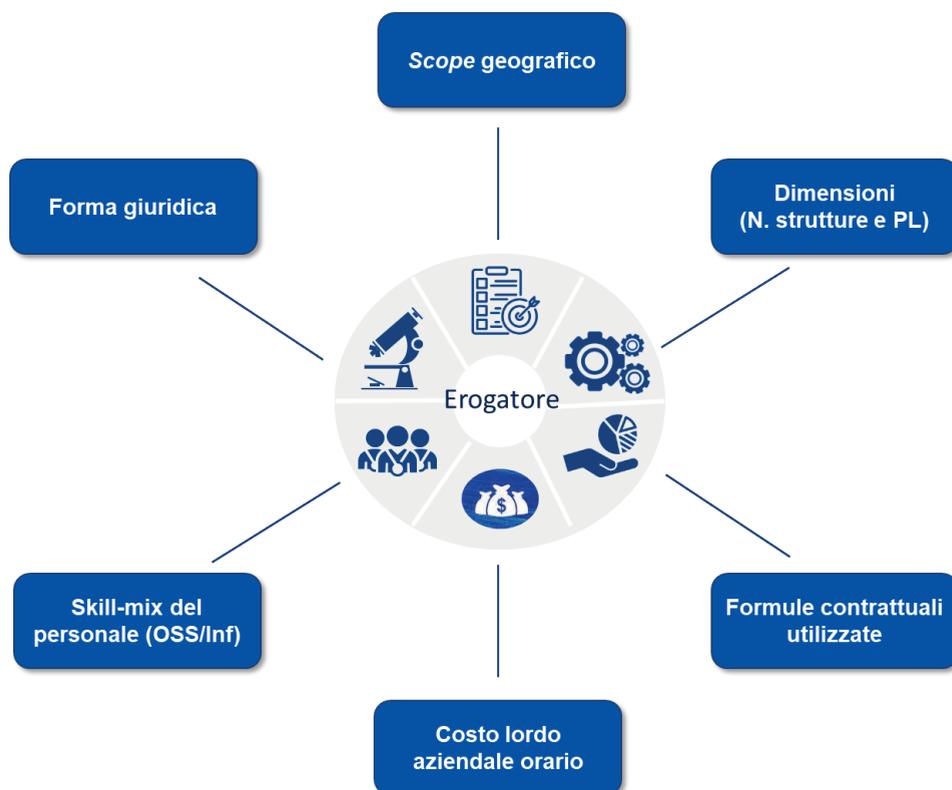
et al., 1997). L'esistenza di modelli simili può infatti essere verificata considerando il posizionamento degli attori lungo le dimensioni rilevanti per qualificare costruito strategico e relativa configurazione organizzativa. Le variabili selezionabili e le conseguenti combinazioni tecnicamente possibili sono numerose. Coerentemente agli obiettivi di ricerca e alle caratteristiche del settore socio-sanitario, nel capitolo sono quindi state selezionate quelle dimensioni ritenute rilevanti, in via teorica e pratica, per caratterizzare la postura delle organizzazioni nel definire la dotazione di personale e nell'operare all'interno del proprio ambiente di riferimento, definite predittori. In particolare, si tratta di sei dimensioni (Figura 4.1):

1. Ambito (*scope*) geografico, ossia l'eterogeneità dei territori in cui i soggetti gestori operano. Nel caso specifico, si è considerato se i gestori operano in un unico contesto regionale o in più regioni.
2. Il dimensionamento aziendale, in termini di numero di posti letto e numero di strutture di erogazione dei gestori rispondenti.
3. La forma giuridica specifica, ossia se il singolo gestore si configura come Azienda Pubblica, Azienda Privata, Cooperativa o Fondazione.
4. Lo skill mix dei gestori, in termini di rapporto tra numero di OSS e di infermieri, coerentemente con quanto mostrato nel precedente Capitolo 3 del Rapporto.
5. Le formule contrattuali impiegate, in termini di scelte dei gestori di far ricorso a contratti a tempo indeterminato, determinato o partite IVA.
6. Il costo lordo aziendale orario sostenuto per OSS e infermieri dai soggetti gestori.

Le prime tre dimensioni riguardano l'ambiente di riferimento o la governance dei gestori in senso ampio; le altre tre sono invece maggiormente focalizzate su scelte legate al personale. Come detto in precedenza, nel par. 4.3 è possibile apprezzare questi elementi descrittivi in forma aggregata, mentre nel par. 4.4. le stesse dimensioni sono state utilizzate per cercare di raggruppare i rispondenti. Più nello specifico, l'identificazione dei cluster è stata ottenuta attraverso un processo a due step (Lim et al., 2006; Punj & Stewart, 1983). In primo luogo, è stato applicato un algoritmo gerarchico sul metodo di Ward. In secondo luogo, una volta individuato il numero di cluster (Ketchen & Shook, 1996; Milligan & Cooper, 1985), i soggetti gestori sono stati riallocati tramite il metodo *k-means*. È stata quindi valutata la bontà del modello applicando l'indice di Silhouette, con valori che mostravano una validità adeguata dal punto di vista empirico. Per ciascuna variabile è stata poi valutata la relativa importanza come predittore nella definizione del cluster in una scala da 0 a 1 con soglia minima di accettazione di 0,2. Laddove i predittori non superavano tale soglia sono state successivamente esclusi dall'analisi di cluster, in quanto non rilevanti. Infine, si specifica che l'analisi è stata condotta su tre annualità (2019, 2020 e 2021), ma visti i risultati simili,

il par. 4.4 farà riferimento al solo 2021, segnalando eventualmente elementi interessanti distintivi rilevati nelle altre annualità considerate.

Figura 4.1. Le dimensioni utilizzate per le analisi descrittive e la *cluster analysis*



4.3 Una prima panoramica della dotazione di organico del personale nelle strutture socio-sanitarie residenziali per anziani

In questo paragrafo presentiamo alcuni dati che illustrano, attraverso dati medi, la dotazione di organico del personale nelle strutture socio-sanitarie residenziali per anziani. I dati presentati servono a fornire un primo identikit della dotazione media di organico focalizzandosi su infermieri e operatori socio-sanitari. Come anticipato nel precedente paragrafo, devono essere letti tenendo in considerazione che le aziende rispondenti al questionario sulla cui base sono stati elaborati i dati qui presentati differiscono per una serie di elementi che incidono rispetto al tema personale, ossia la natura giuridica dell'ente; le regioni in cui operano; le dimensioni e il numero delle strutture gestite; il tipo di servizi gestiti.

Nel paragrafo successivo si discuterà di come alcune di queste caratteristiche incidano sulla dotazione di organico, qui invece si presentano i dati puri senza metterli in relazione a questi temi, con la volontà di dare una rappresentazione media di quanto accade nel settore.

Questo, infatti, è composto da gestori che presentano una grande eterogeneità, così come le aziende partecipanti all'Osservatorio OLTC e rispondenti alla survey. La fotografia media del settore è poi quella a qui dovrebbero ispirarsi i policy makers per comprendere come stanno evolvendo i modelli di servizio e che effetto hanno i trend in corso. Questo deve essere ovviamente sempre messo in relazione ad affondi specifici (e per questo nei prossimi paragrafi l'analisi verrà approfondita) ma è il punto di partenza fondamentale per comprendere un fenomeno.

Guardando al rapporto operatori socio-sanitari (OSS) e infermieri, che in questo capitolo abbiamo definito come skill mix, il nostro campione mostra come mediamente in una struttura socio-sanitaria operano 5,1 OSS ogni infermiere (dato 2021). Questo dato mostra una intensità assistenziale (di tipo sanitaria) mediamente più alta di quella definita dalle normative regionali. Infatti, l'analisi presentata nel Capitolo 3 mostra che osservando gli standard previsti nelle 12 Regioni analizzate e considerando i livelli assistenziali più alto e più basso, a livello nazionale si richiedono mediamente 5,6 OSS ogni infermiere. Le aziende del campione sono quindi (nel complesso) al di sopra di questo standard. Il differenziale tra l'azienda che presenta il rapporto più alto (quindi con una minor presenza di infermieri) e più alto (con una maggior presenza di infermieri) è però altrettanto ampio e pari a 5,2: infatti passiamo da una azienda rispondente che inserisce 1 infermiere ogni 7,7 OSS, a una che inserisce 1 infermiere ogni 2,5 OSS.

Lo stesso dato è stato analizzato sul triennio 2019-2021 con lo scopo di osservare gli effetti di Covid-19 (sul 2020) e dell'avvio della crisi del personale (nel 2021, dove però si confonde con i perduranti effetti della pandemia). Il dato medio di settore ci dice che nel 2019 lo skill mix registrato era di un infermiere ogni 4,8 OSS (quindi con un numero maggiore di infermieri rispetto al 2021). Il dato 2020 non è dissimile al 2021, essendo pari a 5,2. Sebbene il delta nel triennio sia minimo, segnala una riduzione della presenza di infermieri nelle strutture per anziani come conseguenza sia della crisi pandemica (quando ci si sarebbe aspettati il dato opposto, ma non è avvenuto per lo spostamento di personale infermieristico verso altri tipi di servizi, specie sanitari) che della crisi del personale. In questo senso, il dato 2022 potrebbe essere ancora peggiore. Tesi che è possibile sostenere anche confrontando il trend aziendale con lo standard regionale medio pari a 5,6 OSS ogni infermiere (cfr Capitolo 3). Nel 2019, assestandosi a 4,8 le aziende superavano questo standard ma il delta va riducendosi negli anni recenti (5,2 e 5,1) confermando anche in questo caso come il sistema si stia orientando verso una maggior presenza di OSS.

Questa stessa tendenza è interessante da leggere anche in valori assoluti (guardando alle unità di personale, FTE²). I dati mostrano che nel triennio aumenta il rapporto tra OSS e infermieri, ma il numero di professionisti (sia infermieri che OSS) in valore assoluto diminuisce. Abbiamo quindi un doppio effetto: nel 2021 nelle strutture residenziali abbiamo visto complessivamente un minor numero di personale ma (in proporzione) un maggior numero di OSS. Guardando al totale dei 16 gestori rispondenti alla specifica domanda della survey registravamo:

- Nel 2019: 1.656 FTE di infermieri e 7.441 FTE di OSS;
- Nel 2020: 1.534 FTE di infermieri e 7.321 FTE di OSS;
- Nel 2021: 1.562 FTE di infermieri e 7.356 FTE di OSS.

A partire da queste rilevazioni, è possibile provare a stimare quali siano i numeri complessivi del settore, ovvero comprendere quanti infermieri operino complessivamente nelle strutture socio-sanitarie per anziani e quanti OSS. È una sfida rilevante visto che, come già si diceva nel Capitolo 1, il settore manca completamente di dati nazionali completi, aggiornati e affidabili. È chiaro quindi che i dati proposti qui di seguito rappresentano una stima prudenziale e soltanto indicativa. Sappiamo (dal Capitolo 1) che i posti letto complessivi a livello nazionale sono 295.836 mentre i posti letto gestiti dai rispondenti alla survey qui presentata sono 16.465, corrispondenti al 5,6% del totale. Assumendo che gli stessi standard di personale applicati mediamente dal nostro campione³ siano adottati da tutte le strutture italiane, gli OSS FTE che operano nel settore sarebbero circa 132.000 e gli infermieri FTE 28.000.

Altro elemento di interesse riguarda le formule contrattuali adottate. Rispetto agli infermieri, un terzo dei gestori tende a preferire l'assunzione a tempo indeterminato dei professionisti, mentre i gestori che utilizzano prevalentemente il tempo determinato sono solo l'11%. Molto frequente è la forma ibrida con

² In particolare, per le evidenze che seguono, il FTE è stato calcolato a partire dal monte ore previsto da CCNL, senza considerare malattie o assenze:

- Privato: 38h settimanali, sottraendo ferie dovute + festività, per un totale di 1.730h annue.

- Pubblico: 36h settimanali, sottraendo ferie dovute + festività (da verificare), per un totale di 1.626h annue.

Su questo punto è interessante segnalare come ciascun gestore abbia risposto all'apposito quesito del questionario indicando valori tra loro molto differenziati (da un minimo di 1.500h annue a un massimo di 1.976h), segnalando la diversa postura assunta nella predisposizione del dimensionamento del proprio organico e nelle modalità di calcolo dei fabbisogni.

³ Ipotesi forse ottimistica considerando che i rispondenti rappresentano nel panorama nazionale i gestori più grandi e più organizzati.

gestori che prevedono sia il tempo indeterminato (o determinato) unito al ricorso a Partite Iva. Diverso è il caso degli OSS per i quali si ritrova una netta prevalenza del ricorso al tempo indeterminato (53%). Complessivamente (almeno per le aziende parte del campione) colpisce come siano residuali le percentuali che attengono al ricorso alla formula della somministrazione del lavoro, fenomeno che nel recente passato (ad esempio in una rilevazione di OLTC del 2014) era decisamente più frequente.

Tabella 4.1. Le formule contrattuali utilizzate dai gestori

Strategia dei gestori	Infermieri	OSS
Prevalenza tempo indeterminato	33%	53%
Prevalenza tempo determinato	11%	32%
Strategia ibrida che unisce tempo indeterminato e P.IVA	22%	-
Strategia ibrida che unisce tempo determinato e P.IVA	22%	-
Strategia ibrida che unisce somministrati e tempo indeterminato	6%	11%
Uso di un mix di formule contrattuali diverse	6%	5%

Incrociando il dato sullo skill mix con quello sulle formule contrattuali adottate si nota un trend che segnala che ad un maggior ricorso alla Partita IVA per la componente infermieristica si accompagna un aumento del rapporto OSS/Infermieri. Questo segnala come la scelta aziendale di utilizzare liberi professionisti avvenga in quei casi in cui è maggiormente compromessa la presenza di infermieri (a causa della loro scarsità sul mercato del lavoro), oppure nei casi in cui il modello di servizio e di residenzialità è più orientato alla componente assistenziale (per indicazioni regionali o per case mix della specifica struttura) assegnando quindi ruolo e compiti diversi agli infermieri.

Guardando al costo aziendale e alla retribuzione per professionista o per FTE, emergono ancora una volta considerazioni interessanti. Il costo lordo aziendale medio per un OSS considerando un FTE è stato nel 2021 pari a 31.732 euro annui, per un infermiere pari a 40.483 euro annui. Considerando il costo medio per unità di personale (teste e non FTE, considerando anche che numerosi sono i part time e i tempi ridotti nel settore) passiamo a 29.041 euro annui per OSS e 36.917 euro annui per un infermiere. Per i secondi la differenza con il costo FTE è più marcata, indicando come il numero degli infermieri che non lavora a tempo pieno nelle strutture sia rilevante. Rispetto alla retribuzione media, considerando il personale in termini di FTE, registriamo nel 2021 una retribuzione annua media (RAL media) per gli OSS di 23.391 euro e per gli infermieri di 29.471 euro. Guardando invece alla retribuzione per unità di personale scen-

diamo a 21.681 euro annui per OSS e 27.381 euro annui per infermiere. Le retribuzioni sono mediamente più basse nel caso dei tempi determinati e delle somministrazioni.

4.4 Cluster analysis: risultati e pattern di comportamento dei gestori

Il paragrafo presenta i risultati della *cluster analysis* condotta a partire dalle dimensioni sintetizzate nella precedente Figura 4.1. Come spiegato nel paragrafo 4.2, per ogni annualità è stata realizzata l'analisi di importanza di ciascun predittore per comprendere quali dimensioni fossero rilevanti per il raggruppamento dei gestori. In particolare, i fattori che emergono come rilevanti per la clusterizzazione – e, dunque, si rivelano determinanti nel qualificare le strategie dei gestori – sono, in ordine decrescente di importanza: il fatto di operare in uno o più contesti regionali (nei grafici indicata come *regionalism*), il costo lordo orario aziendale, la forma giuridica del soggetto gestore, il numero di strutture e di posti letto dei gestori. Si specifica che i primi due assumono un'importanza relativa significativamente maggiore degli altri. Si tratta di dimensioni che si ripropongono per le tre annualità su cui è stata replicata l'analisi. L'unica eccezione nel triennio considerato è rappresentata dalla rilevanza che la formula contrattuale del tempo determinato ha assunto nel 2020, dove questa variabile acquisisce rilevanza in termini di fattore predittivo, segnalando il maggior ricorso a tale formula contrattuale come risposta temporanea alla gestione dell'emergenza Covid-19. Sulle dimensioni sopra citate, pertanto, si concentrano le rappresentazioni grafiche che seguono, mentre i restanti fattori che totalizzavano punteggi inferiori alla soglia di 0,2, sono stati esclusi dalle analisi successive.

L'analisi condotta a partire dai predittori rilevanti consente di identificare empiricamente l'esistenza di due cluster, le cui caratteristiche sono rappresentate nelle successive Figure. In particolare, esse offrono un focus sulla distribuzione delle variabili considerate singolarmente per entrambi i cluster individuati (rappresentate come “funzioni di densità” e istogrammi in diverse tonalità di rosso), in cui viene mostrato il dettaglio della composizione dei due gruppi. Con riferimento a quest'ultimo punto, l'andamento generale del campione è rappresentato in rosa nelle Figure, mentre la composizione del singolo cluster in rosso.

La Figura 4.2 mostra come il fatto di operare in contesti regionali differenti rappresenti un elemento forte di differenziazione nelle configurazioni dei gestori. Nei fatti i due cluster si polarizzano sulla base del fatto di operare in un unico contesto o in più contesti regionali: in particolare, il cluster 1 è caratterizzato da soggetti che operano in un'unica Regione, mentre il cluster 2 da soggetti che operano contemporaneamente in più Regioni.

Non a caso, il cluster 1 è anche caratterizzato da un costo lordo orario aziendale più elevato (Figura 4.3) e composto da operatori pubblici, fondazioni e, meno marcatamente, da cooperative (Figura 4.4). Al contrario, il cluster 2 presenta il costo lordo orario aziendale più modesto in ciascuno dei soggetti gestori che lo compongono.

Figura 4.2. I cluster identificati: *scope* geografico di riferimento. Nota: il riquadro di sinistra rappresenta il cluster 1; quello di destra il cluster 2.

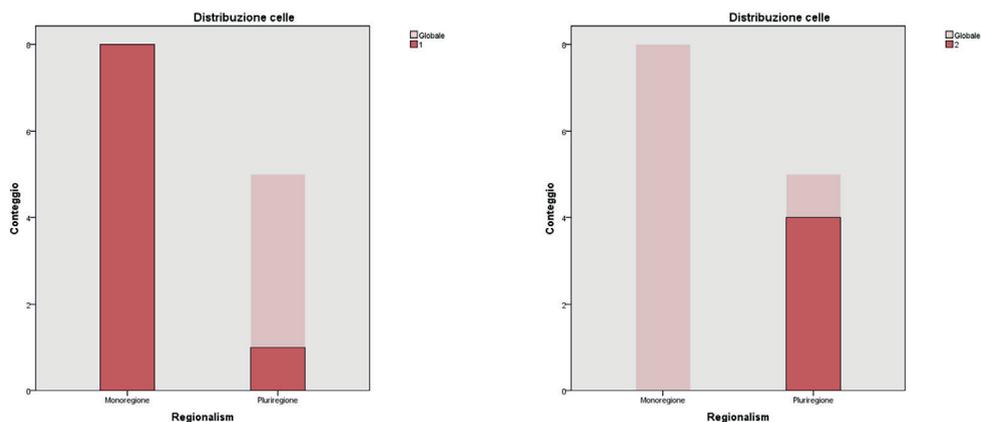


Figura 4.3. I cluster identificati: il costo lordo aziendale orario rilevato. Nota: il riquadro di sinistra rappresenta il cluster 1; quello di destra il cluster 2.

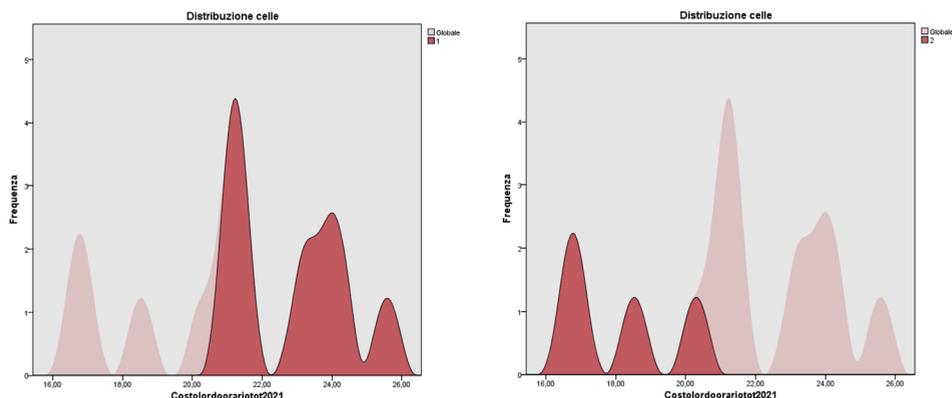
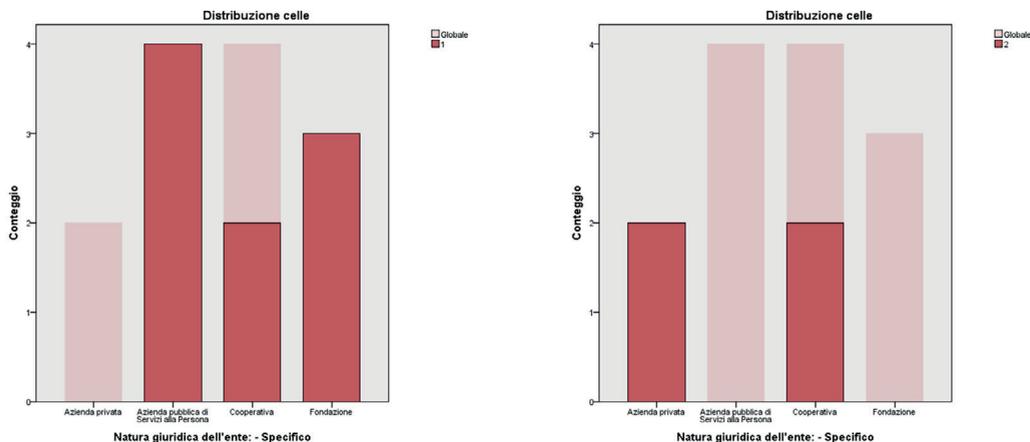


Figura 4.4. I cluster identificati: la forma giuridica assunta dai gestori.
Nota: il riquadro di sinistra rappresenta il cluster 1; quello di destra il cluster 2.



Anche sulle dimensioni aziendali, le polarità emergono come nette, anche se meno marcatamente di quanto osservato in precedenza: da un punto di vista del numero di strutture, il Cluster 1 presenta una numerosità inferiore rispetto al Cluster 2 (mediamente 6 vs 12 - Figura 4.5), coerente con il fattore “regionalismo” osservato in precedenza; come parziale conseguenza, il Cluster 1 mostra anche una numerosità complessiva inferiore di posti letto rispetto al Cluster 2 (mediamente 442 vs 790 - Figura 4.6).

Figura 4.5. I cluster identificati: il numero di strutture dei gestori. **Nota: il riquadro di sinistra rappresenta il cluster 1; quello di destra il cluster 2.**

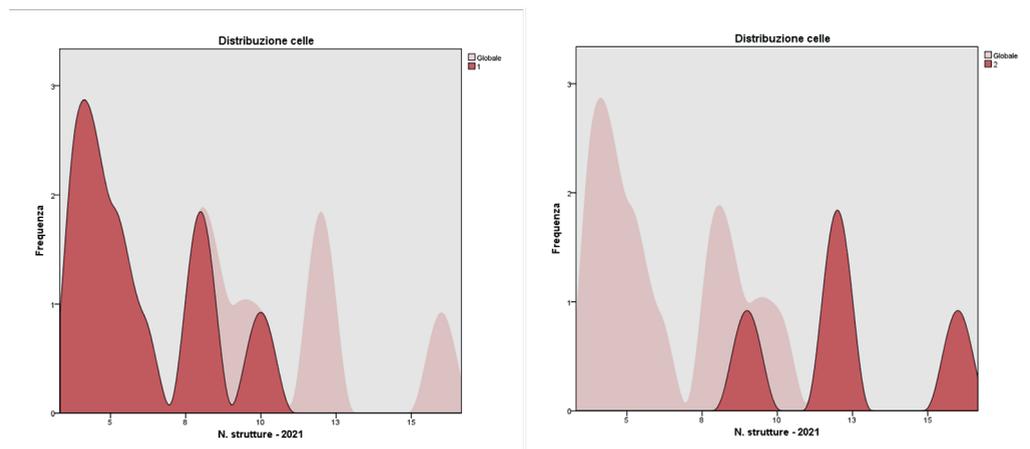
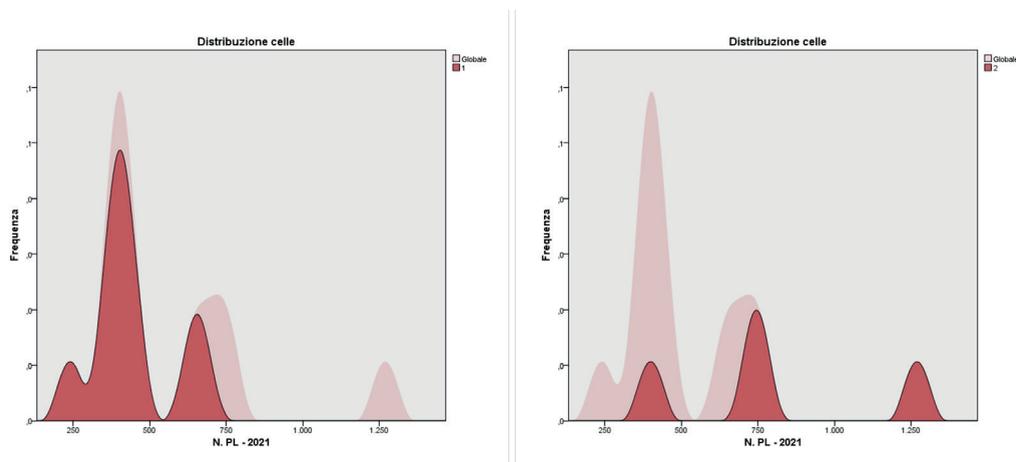
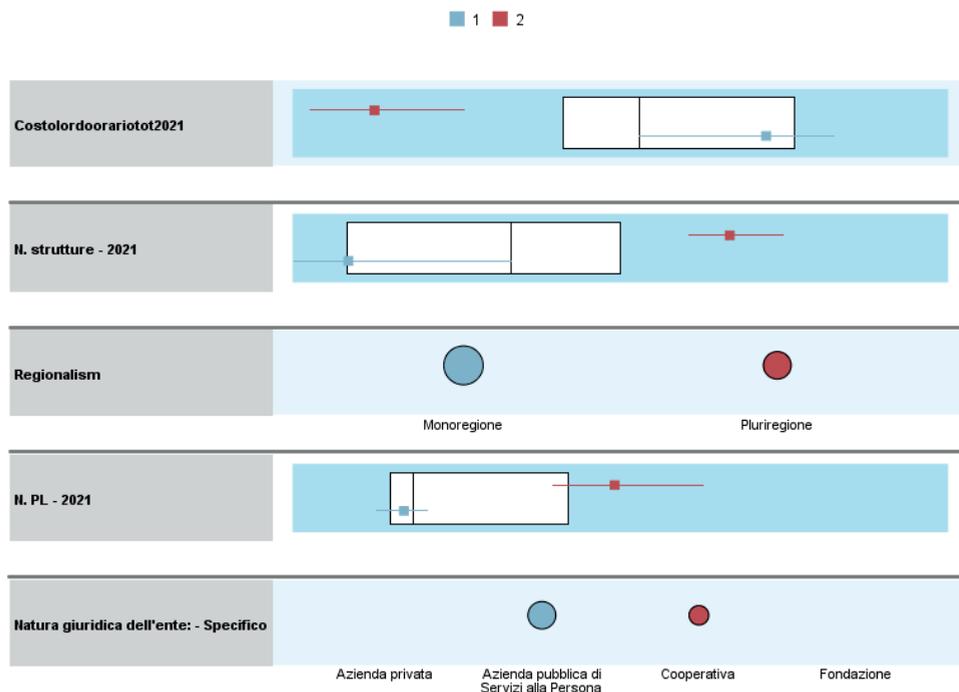


Figura 4.6. I cluster identificati: il numero di posti letto dei gestori. Nota: il riquadro di sinistra rappresenta il cluster 1; quello di destra il cluster 2.



In sintesi, la Figura 4.7 raccoglie tutti gli elementi sin qui considerati e li rappresenta in un'unica soluzione grafica e, mostrando per ciascuno dei cinque fattori il confronto rispetto alla moda o alla media del campione generale, consente di evidenziare sinteticamente come:

- I gestori che operano in un unico contesto regionale, perlopiù di natura giuridica pubblica, sono dimensionalmente più contenuti (meno posti letto e meno punti fisici di erogazione) ma sostengono un costo lordo aziendale orario del personale più elevato;
- I gestori che operano in più contesti regionali, perlopiù aziende private for profit, sono dimensionalmente più grandi (più posti letto e numero delle strutture) sostenendo un costo lordo aziendale orario del personale più contenuto. Quest'ultimo aspetto è presumibilmente legato al combinato disposto di due fattori: da un lato, il differente CCNL di riferimento; dall'altro, modelli gestionali diversi agiti dai gruppi più grandi che possono attuare economie tra strutture.

Figura 4.7. I cluster identificati: una rappresentazione di sintesi

Colpisce, infine, l'assenza dello skill mix tra i fattori predittivi più rilevanti. Questa evidenza è presumibilmente sintomatica del fatto che all'interno dei due cluster identificati dall'analisi le politiche di skill mix seguano delle logiche differenziate e basate su scelte di postura strategica e configurazione organizzativa legata dall'ambito territoriale di riferimento e, in parte, da dimensioni e natura giuridica delle strutture. Non a caso, isolando questi fattori su dati 2021, emergono elementi interessanti e parzialmente esplicativi. Sotto il primo profilo, l'analisi di dettaglio mostra come la composizione dei mix professionali praticamente non subisca variazioni se applicate a gestori che operano in un singolo contesto regionale (rapporto OSS-infermieri pari 5,1) o in più contesti regionali (4,9). Sotto il secondo profilo, è interessante notare come il vero elemento di differenziazione sembra essere la dimensione ridotta del dimensionamento medio della singola struttura di erogazione: laddove il singolo punto fisico di erogazione è caratterizzato da meno di 62 posti letto, il grado di sanitarizzazione tende a ridursi, con un rapporto OSS-infermieri pari a 6,4; viceversa, i gestori con dimensionamento medio delle strutture superiori ai 62 posti letto fanno registrare valori più modesti del rapporto (in particolare, 4,4 per gestori con strutture con un numero di posti letto compreso tra 62 e 91; 4,0 se gestori con strutture da più di 91 posti letto). Infine, un ulteriore elemento di interesse e aggiuntivo rispetto a

postura e configurazioni dei gestori riguarda una forma più aggregata di natura giuridica: i gestori no profit (rapporto OSS-infermieri pari a 5,4) mostrano strutturalmente registrare un dato superiore rispetto a gestori pubblici (4,5) o privati for profit (4,3), mostrando quindi una maggior presenza di OSS.

4.5 Riflessioni conclusive

Il capitolo ha cercato di combinare teoria e prassi, provando ad approfondire analiticamente aspetti chiave riferiti alla gestione del personale nel settore socio-sanitario, usando i dati aziendali per ricercare delle correlazioni tra strategie e dotazione dell'organico effettivo. Si tratta di elementi che, nel sentito comune e nel dibattito di settore, sono spesso associati a convincimenti precostituiti e difficili da scardinare, anche perché spesso radicati su dei fondamenti valoriali legati alla contrapposizione tra welfare pubblico e privato. Dati alla mano, questi possono trovare conferma o essere sconfessati in modo empirico, consentendo così di riposizionare parte del dibattito e/o provare a riflettere su quadri interpretativi innovativi per lo sviluppo del comparto.

L'ambizione del capitolo è quindi proprio quella di verificare se postura strategica nella gestione del personale e relative configurazioni organizzative dei gestori siano caratterizzate da elementi allineati alla prassi percepita dagli operatori del settore e/o a precedenti studi. È chiaro che sotto questo profilo, il limite principale delle analisi qui presentate è relativo al fatto di riuscire a descrivere alcune caratteristiche strutturali nella gestione del personale dei gestori rispondenti alla survey, senza tuttavia poter collegare questi fattori ai servizi effettivamente erogati, alla qualità e/o al bisogno cui questi si rivolgono. Ciò non-dimeno, le evidenze portano alcune riflessioni costruttive per il dibattito.

In primo luogo, il capitolo ha raccolto informazioni utili per iniziare a stimolare un ragionamento strutturato e in termini aggregati sul personale complessivamente operante nel settore. La carenza di dati del settore è stata ampiamente mostrata nel Capitolo 1 e 2 del presente Rapporto. La prima evidenza utile ci dice che, mediamente, il rapporto OSS – infermieri nelle strutture residenziali socio-sanitarie è di 5,1, più basso (ovvero con una maggior presenza di infermieri, rispetto a quanto definito dalle norme regionali (5,6). Attraverso i dati raccolti dalla survey si è poi cercato di produrre una stima prudenziale e indicativa (ma ragionevole) del totale degli operatori del settore. I rispondenti rappresentano infatti il 5,6% dei posti letto complessivamente attivi sul territorio nazionale (16.465 sui 295.836 – *cf* Capitolo 1) e contano, a dati 2021, 1.562 FTE di infermieri e 7.356 FTE di OSS. Applicando tali numeri all'intero novero dei posti letto nazionali, il capitolo ha prodotto una stima dei potenziali ordini di grandezza complessivi del settore socio-sanitario, a parità di offerta e modelli di servizio: in termini di FTE, si tratterebbe di circa 132.000 OSS e 28.000 infermieri.

In secondo luogo, l'analisi presentata nel capitolo ha permesso di evidenziare come i gestori possano essere raggruppati sulla base di alcuni fattori rilevanti, mentre su altre dimensioni questa solidità empirica non si registra. Non sorprende che tra i fattori che consentono di raggruppare i gestori a partire dalle proprie caratteristiche figurino il fatto di operare in un singolo contesto regionale o in più regioni e la dimensione dei gestori (in termini di PL e numero strutture). Nei fatti, i “grandi player” operano su più regioni e quelli più piccoli tendono a essere circoscritti a singoli contesti regionali. Non a caso i due cluster evidenziano anche una differenziazione netta sulla base della natura giuridica: gli operatori privati for profit appartengono al secondo cluster segnalato, gli operatori pubblici al primo. Più complesso inquadrare il mondo del non-profit, che vede invece una parziale collocazione nei due cluster, specialmente con riferimento alle Cooperative esaminate nel campione.

Coerentemente, l'ultimo elemento che consente una scrematura tra posture e configurazioni dei gestori è rappresentato dal costo lordo aziendale per operatore, che tende a essere più elevato per chi opera in singoli contesti regionali con natura giuridica pubblica. Ciò che invece sorprende è la non significatività di altre dimensioni nella qualificazione dei due cluster identificati dall'analisi. Si tratta in particolare delle formule contrattuali e dello skill mix: l'assenza di significatività implicitamente esprime l'ampio grado di autonomia nelle scelte gestionali di cui godono i gestori, a prescindere dai contesti regionali in cui si opera e dei contratti collettivi di riferimento.

In virtù di questa considerazione, è possibile spiegare come siano molto differenti le formule contrattuali impiegate. Un terzo dei gestori tende a preferire l'assunzione a tempo indeterminato degli infermieri, mentre più di uno su due impiega la stessa formula per gli OSS. Molto frequente è la forma ibrida con gestori che prevedono sia il tempo indeterminato (o determinato) unito al ricorso a Partite Iva. Rispetto a rilevazioni passate, è stato interessante notare il modesto ricorso alla formula della somministrazione del lavoro. Ciononostante non emergono pattern di comportamento chiari su questa dimensione.

Similmente, la stessa eterogeneità non riconducibile a elementi predittivi chiari è legata allo skill mix (inteso come rapporto tra OSS e infermieri). Il differenziale tra l'azienda che presenta il rapporto più alto (quindi con una minor presenza di infermieri, che estremizzando potremmo definire minore “sanitarizzazione”) e più alto (con una maggior presenza di infermieri) è ampio e pari a 5,2, oscillando tra 7,7 e 2,5. Nel complesso del campione, comunque, si osserva una tendenza generale ad avvicinarsi al valore medio degli standard regionali complessivamente considerati, pari a 5,6 (cfr Capitolo 3): nel 2019 il campione faceva registrare un rapporto di 4,8, nel 2021 di 5,1. Il trend negli anni conferma simultaneamente come, da un lato, il sistema si stia orientando verso una maggior presenza di OSS seppur in misura minore rispetto a

quanto previsto dalle norme, e, dall'altro, si sconti la carenza di personale infermieristico sul mercato del lavoro che si riduce negli anni. Sotto il profilo dello skill mix, nello sviluppo del capitolo sono in sintesi emerse le seguenti evidenze:

- Operare in perimetri territoriali differenti non influenza la composizione dei mix professionali.
- I gestori con taglio medio delle strutture più elevato fanno registrare una minore presenza relativa di OSS.
- Ricorrere alla Partita IVA per l'impiego della componente infermieristica porta a organici maggiormente orientati verso profili OSS.

È chiaro come queste evidenze, unite a quelle derivanti dalla non significatività mostrata nell'analisi di cluster, possa portare a sostenere come non siano di per sé gli standard normativi a definire le strategie di mix professionali degli erogatori, bensì questi dispongano di uno spazio di autonomia ampio per poter operare scelte di configurazione e variazioni prospettiche per sviluppare modelli di servizio nuovi e maggiormente coerenti con i profili di fabbisogno espressi dalla domanda. In breve, dunque:

- Esiste uno spazio d'azione significativo del singolo gestore, sufficientemente ampio da portare a scelte di postura differenti non collegate ai «vincoli» normativi.
- Le strategie di gestione e configurazione del personale ed evoluzione di servizi spingono (o dovrebbero spingere) verso logiche di adattamento reciproco che ad oggi non appaiono pienamente presidiate.
- La composizione numerica presentata, che esprime più correttamente lo *staff mix* (approccio statico), aumenta la spinta più strutturati verso approcci di *skill mix change*, che guardino a confini professionali e ruoli, considerando anche lo shortage esistente sul mercato del lavoro professionale.

Sotto quest'ultimo profilo, impiegare un approccio integrato e dinamico di skill management (Dubois e Singh, 2009) consente di sviluppare le competenze, i ruoli e le professionalità necessarie per rispondere alle mutevoli condizioni e bisogni esterni. In questa prospettiva, le aziende possono decidere di adottare diverse strategie di cambiamento dello skill mix del personale, senza limitarsi alla ridefinizione dei confini inter-professionali in meri termini quantitativi (Del Vecchio et al, 2022): (i) incrementare le responsabilità di una figura professionale esistente (valorizzazione); (ii) spostare le responsabilità tra diversi soggetti all'interno del medesimo gruppo professionale (delega); (iii) più tradizionale,

trasferire le responsabilità tra diversi gruppi (sostituzione); (iv) reclutare e formare una figura professionale innovativa per gestire l'erogazione di uno specifico servizio nuovo o esistente (innovazione). La scelta di quale strategia adottare dipende dal contesto istituzionale e organizzativo in cui si trovano gli erogatori, che possono pertanto abbracciare diverse politiche di skill-mix per accompagnare la trasformazione dei servizi verso un modello maggiormente orientato all'utente, sempre considerando i vincoli normativi che devono rispettare. Allo stesso tempo, il cambiamento potrebbe essere guidato dalle professioni e dalle loro rappresentanze, rinegoziando tra loro e con i decisori aziendali e sovra-aziendali i propri confini in maniera meno rigida e più coerente rispetto alle evoluzioni di domande e offerta in corso. Questo secondo scenario potrebbe richiedere ai gestori, con una postura da *pivot* del cambiamento o da *follower* in base alla capacità di leggere entità e velocità del fenomeno, un lavoro importante di innovazione nelle ripartizioni organizzative che le professioni andrebbero a esprimere e nei meccanismi operativi e di erogazione in cui queste si tradurrebbero.

Infine, un ultimo aspetto rilevante emerso dal capitolo riguarda l'assorbimento del principale fattore produttivo impiegato nel settore espresso in termini monetari attraverso la rilevazione del costo del personale. Dalla nostra rilevazione, il costo lordo aziendale medio per un OSS a tempo pieno è pari a 31.732 euro annui nel 2021, 40.483 per un infermiere. Coerentemente, la retribuzione annua media (RAL media) per gli OSS è pari a 23.391 euro nel 2021 e a 29.471 euro per gli infermieri. Questi valori medi nascondono internamente un'elevata variabilità e questo aspetto può sicuramente essere ricondotto ai differenti contratti collettivi cui i gestori fanno riferimento (ad esempio, gli operatori pubblici tendono a sostenere costi medi per profilo più elevati sia guardando la parte descrittiva del capitolo sia guardando alle risultanze della *cluster analysis* condotta), ma anche alle scelte che essi operano in sede di contrattualizzazione. C'è da chiedersi se e quanto queste scelte siano ponderate rispetto ai fabbisogni prospettici delle strutture e dei modelli di servizio emergenti, o invece conseguenza di scelte funzionali al breve periodo. Si tratta infatti di scelte di configurazione che hanno un impatto gestionale potenzialmente dirompente sia sul profilo dell'organizzazione dell'offerta che della modalità di risposta nel rapporto con l'utenza. Almeno teoricamente, su questi aspetti dovrebbe insistere, a monte, una riflessione in tema di programmazione da parte del top management che sia coerente con la vision aziendale e, nei meccanismi di transizione interni e a valle, una valutazione coerente delle successive ripercussioni sulla gestione operativa delle persone e del servizio erogato.

Bibliografia

Del Vecchio M., Giacomelli G., Montanelli R., Sartirana M., Vidè F. (2022). Le politiche di skill-mix change per la trasformazione dei servizi, in Cergas (a cura di) *Rapporto OASI 2022*, Milano, Egea.

Dubois C.A., Singh D. (2009). From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management, *Human Resources for Health*, 7(1), 1-19.

Garrigos-Simon F.J., Marques D.P. (2004). Competitive strategies and firm performance. A study in the Spanish hospitality sector. *Management Research*, 2(3), 251–269.

Ketchen D.J., Combs J.G., Russel C.J., Shook C., Dean M.A., Runge D.E. (1997). Organizational configurations and performance: A meta-analysis, *Academy of Management Journal*, 40(1), 223–240.

Lim L., Acito K.S., Rusetski F.A. (2006). Development of archetypes of international marketing strategy, *Journal of International Business Studies*, 37(4), 499–524.

Lukas B.A., Tan J.J., Hult G.T.M. (2001). Strategic fit in transitional economies: The case of China's electronics industry, *Journal of Management*, 27(4), 409–429.

Milligan G.W., Cooper M.C. (1985). An examination of procedures for determining the number of clusters in a data set, *Psychometrika*, 50, 159–179.

Robinson R.B., Pearce J.A. (1988). Planned patterns of strategic behavior and their relationship to business-unit performance, *Strategic Management Journal*, 9(1), 43–60.

Roca-Puig V., Bou-Llusar J.C. (2007). Organizational fit and performance in miles and snow's configurational theory. A covariant analysis, *Management Research*, 5(1), 17–28.

Punj G., Stewart D.W. (1983). Cluster analysis in marketing research: Review and suggestions for application, *Journal of Marketing Research*, 20(2), 134–148.

5. La gestione strategica delle risorse umane nel settore socio-sanitario

di Andrea Rotolo

5.1 Obiettivi e metodo di rilevazione

I dati presentati nei capitoli precedenti del Rapporto ribadiscono la necessità di considerare a tutti gli effetti il personale come fattore critico di qualità nel funzionamento ed efficacia dei servizi per anziani erogati dalle organizzazioni del settore socio-sanitario. Questa risorsa è inevitabilmente “strategica”, in quanto rappresenta il fattore produttivo imprescindibile quando si parla di servizi alla persona. La gestione e valorizzazione del personale sta diventando se possibile ancor più rilevante come conseguenza della attuale carenza di professionalità disponibili sul mercato, aggravata dalla crisi generata dalla pandemia da Covid-19. Complici una scarsa managerializzazione del settore¹ e un approccio del passato che ha sottostimato la rilevanza della funzione di gestione delle risorse umane (Notarnicola, 2022), questa merita di essere ripensata e indagata.

L’obiettivo di questo capitolo è quindi approfondire il ruolo che la funzione e le attività di gestione delle risorse umane rivestono per le aziende del settore Long Term Care, con tre prospettive:

1. Individuare quali sono i principali vincoli che influenzano la gestione delle risorse umane a livello aziendale;
2. Rappresentare come è strutturata e che attività svolge oggi la funzione risorse umane nelle aziende²;

¹ In termini generali, con le dovute eccezioni e ricordando che la maggior parte delle aziende del settore sono piccole realtà mono-struttura che non hanno sviluppato le tipiche funzioni aziendali.

² Almeno in quelle più grandi, parte di OLTC, si veda l’Introduzione per il dettaglio dei provider inclusi.

3. Presentare quali leve di gestione del personale sono state agite in risposta alla crisi che sta affrontando il settore e quali sono gli interventi sui quali, in futuro, le aziende immaginano di investire maggiormente per valorizzare il personale esistente, ma anche per attrarre talenti e competenze.

Per farlo, è stato predisposto e inviato a tutte le aziende dell'Osservatorio Long Term Care un questionario che è stato somministrato nel periodo compreso tra agosto e settembre 2022. Alla survey hanno risposto 23 organizzazioni sulle 28 contattate. Nei prossimi due paragrafi saranno illustrati i risultati del questionario: primariamente saranno presentate le evidenze relative alla fotografia della funzione risorse umane nel settore socio-sanitario e dei principali vincoli percepiti dalle aziende nell'esercizio di tale funzione; successivamente saranno presentati i risultati relativi alle strategie agite dalle organizzazioni del settore nel breve periodo (principalmente come risposta all'emergenza Covid-19) e nel medio periodo. Il capitolo si chiude con un'interpretazione e una riflessione sui principali temi emersi dalla lettura degli elementi emersi a partire dalla survey.

5.2 Ruolo e significato della funzione risorse umane nel settore socio-sanitario

Per poter contestualizzare e approfondire meglio il ruolo e il significato che riveste la funzione risorse umane nel settore, è opportuno partire dagli elementi considerati oggi dalle aziende come vincoli ai loro margini di manovra, specialmente quando si parla di personale.

I tre aspetti indicati come maggiormente vincolanti dalle aziende rispondenti sono stati:

1. La normativa regionale e gli standard di servizio a essa collegati (indicata nel 91% delle risposte);
2. L'assenteismo (per malattia, sostituzioni e altre motivazioni collegate) (indicato nel 78% delle risposte);
3. La tipologia di contratto (indicato nel 70% delle risposte).

Altri aspetti indicati, anche se con minor frequenza, sono la scarsa motivazione del personale (61% delle risposte) e le dimensioni e caratteristiche delle strutture gestite (57%).

Appare evidente già da questi primi dati che le aziende del settore Long Term Care ritengono di essere limitate soprattutto dalla cornice normativa nella quale si muovono, considerata come un vincolo "di sistema" che impedisce loro di poter gestire al meglio questo fattore produttivo strategico, in parte perché il mix di competenze è in molti contesti regionali definito in modo stringente dalla

normativa, in parte perché le tariffe (dunque la remunerazione) sono considerate non adeguate e non sufficienti rispetto all'utenza in carico ai servizi (tendenzialmente sempre più complessa e che richiede una maggiore intensità assistenziale) (si veda anche quanto riportato nel Capitolo 2).

Restando in tema di funzionamento del settore nel suo complesso, il questionario proseguiva chiedendo alle aziende una riflessione su quali siano i cambiamenti di sistema che aiuterebbero maggiormente le aziende nella gestione del personale³. I risultati confermano l'interpretazione fornita per la domanda precedente: al primo posto (con netto distacco rispetto alle altre opzioni) risulta la richiesta di una revisione delle tariffe (si veda Tabella 5.1). Altri cambiamenti che ci si auspica che i policy maker mettano in pratica sono la riduzione del costo del lavoro, la revisione degli standard del personale (minutaggi complessivi) e l'introduzione di nuove figure professionali (come, ad esempio, i cosiddetti "Super OSS" o gli "infermieri generici").

Tabella 5.1. I cambiamenti di sistema auspicati per sostenere i provider nella gestione della crisi del personale. n=23

Possibili cambiamenti di sistema che produrrebbero modifiche nella gestione del personale	Gerarchia dei fattori ⁴
Revisione delle tariffe	1,95
Riduzione del costo del lavoro	3,23
Revisione standard personale (minutaggi complessivi)	3,36
Introduzione di nuove figure professionali (super OSS, infermiere "generico", ecc...)	3,64
Revisione dello skill mix (mix di figure professionali)	4,05
Agire sulla reperibilità del personale	4,95

È inoltre interessante notare come non si registrino differenze significative nelle risposte fornite al questionario se si distingue per tipologia di ente (pubblico,

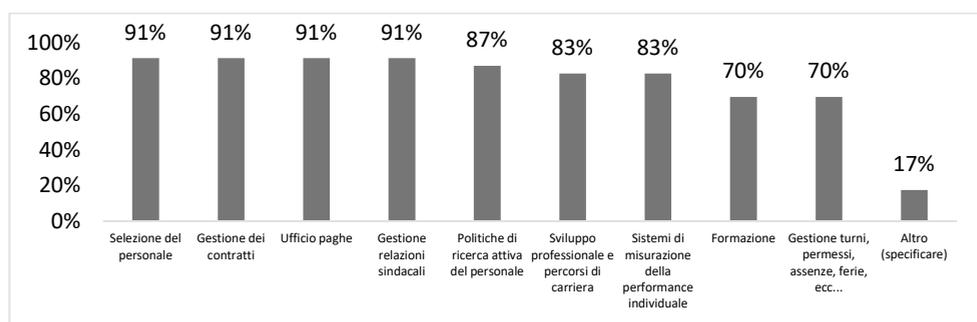
³ La domanda esatta chiedeva: "Guardando ai cambiamenti che si possono introdurre a livello di sistema, che cosa aiuterebbe maggiormente l'azienda nella gestione strategica del personale? Ordinare gli elementi proposti, da quello che aiuterebbe di più (1) a quello che aiuterebbe di meno (6)"

⁴ La colonna indica la posizione assegnata al fattore facendo la media tra tutti i rispondenti.

ente del terzo settore e privato profit). Per tutti gli enti il primo elemento di cambiamento ritenuto rilevante nella lista di priorità è sempre rappresentato dalla revisione delle tariffe.

Spostando l'attenzione sul versante organizzativo, si è cercato poi di capire quali siano oggi le principali tipologie di attività svolte dagli "uffici Risorse Umane" o, comunque, da quelle articolazioni organizzative deputate a svolgere in via prioritaria la funzione di gestione del personale. I risultati sono sintetizzati nella Figura 5.1.

**Figura 5.1. Le principali attività svolte dalla "Funzione Risorse Umane".
n=23**



Attraverso una lettura trasversale, è possibile notare come in oltre il 90% dei casi (21 aziende su 23) siano ricorrenti le seguenti attività:

- Selezione del personale
- Gestione dei contratti
- Ufficio paghe
- Gestione delle relazioni sindacali

Si tratta in questo caso di attività dal carattere principalmente "amministrativo", legato soprattutto alla fase di ingresso delle risorse umane nell'organico aziendale (selezione del personale) e all'espletamento di tutte le attività e procedure necessarie affinché il rapporto di lavoro si svolga correttamente. Può essere letto anche come un primo segnale della postura assunta fino a oggi dalle aziende. È infatti emblematico rilevare che non per tutte le organizzazioni rispondenti l'ufficio risorse umane si occupi anche di sviluppo professionale e percorsi di carriera, nonché di sistemi di performance management individuale (e quindi di incentivazione, orientamento e allineamento dei comportamenti individuali e di gruppo). Si tratta in questo caso di attività che guardano non soltanto all'ingresso del personale e agli aspetti amministrativi, ma che contribui-

scono alla permanenza e alla qualità del lavoro svolto dai professionisti e operatori, nonché all'allineamento degli obiettivi individuali a quelli aziendali. Infine, non meno rilevante è la presenza (o, più spesso, assenza) della formazione tra gli aspetti presidiati dall'unità organizzativa di gestione delle risorse umane. Solamente 16 aziende integrano questa funzione nello stesso ufficio, segnale che non sempre lo sviluppo delle competenze viene visto (almeno a livello di disegno organizzativo) come sinergico e intrinsecamente legato agli altri aspetti che attengono la gestione delle persone che lavorano per l'azienda.

La fotografia fin qui presentata è in molti contesti, con tutta probabilità, frutto delle stratificazioni storiche e della focalizzazione che la funzione risorse umane ha avuto in passato. In tempi più recenti, le aziende stesse che erogano servizi in ambito Long Term Care hanno introdotto cambiamenti più o meno rilevanti. L'evoluzione in corso è stata approfondita nel questionario attraverso un quesito specifico sui principali cambiamenti nella gestione delle risorse umane intervenuti nel periodo 2019-2022, ossia focalizzandosi su ciò che è accaduto a partire dall'ultimo anno prima della pandemia fino a oggi.

Dal questionario emerge come il 65% delle aziende del campione abbia introdotto nell'ultimo triennio qualche cambiamento significativo inerente alla gestione delle risorse umane (mentre il 35% ha indicato di non aver modificato modalità e organizzazione della funzione). Tra coloro che hanno introdotto cambiamenti, le principali aree di evoluzione sono state tre: per 12 aziende è significato potenziare la funzione risorse umane (ad esempio, aumentando il numero di FTE dedicati, oppure creando nuove unità organizzative ad hoc o assegnando nuove responsabilità correlate); per 6 aziende si è trattato di introdurre nuovi strumenti gestionali; infine, per due aziende le modifiche sono state collegate a più ampie riorganizzazioni aziendali (come nel caso di ridisegno degli organigrammi complessivi o di fusioni tra aziende).

Un altro elemento interessante che ha caratterizzato i cambiamenti nelle organizzazioni del settore in tempi recenti è il coinvolgimento diretto del personale in attività di ascolto e confronto per individuare criticità e aree di miglioramento nella gestione delle risorse umane. Questo tipo di attività è stata realizzata dalla quasi totalità delle aziende rispondenti alla survey (96%).

Il coinvolgimento si è tradotto nella maggior parte dei casi due modalità: incontri da parte dell'azienda direttamente con il personale oppure incontri mediati dalle rappresentanze sindacali (rispettivamente in 21 e 17 aziende). In 12 organizzazioni si è fatto invece ricorso all'invio di questionari (anonimi) ai lavoratori e alle lavoratrici per raccogliere i loro input, mentre in altre cinque realtà si è deciso di aprire un vero e proprio "sportello" a cui potersi rivolgere per la segnalazione delle criticità e dei suggerimenti per migliorare aspetti legati al clima e all'organizzazione.

5.3 Strategie di breve e medio periodo in risposta alla crisi del personale

Infine, l'ultima parte del questionario ha proposto una riflessione a cavallo tra presente e futuro. L'obiettivo è stato provare a capire quali siano state le principali azioni adottate dalle aziende del settore Long Term Care per far fronte alla crisi del personale nel breve periodo e quali, invece, sono le leve che immaginano di poter attivare nel medio-lungo periodo.

Nel primo caso (breve periodo), si fa riferimento alle azioni intraprese nei periodi più critici dell'emergenza Covid-19. Le aziende hanno riportato di avere soprattutto:

- Attivato agenzie di somministrazione del lavoro;
- Reclutato personale in altre regioni italiane (ossia in territori diversi da quelli in cui opera l'azienda);
- Riorganizzato i turni e l'organizzazione del lavoro all'interno dei singoli servizi.

Soluzioni meno diffuse, ma comunque presenti e attuate negli ultimi due anni nel settore sono state anche:

- Collaborazione con enti formativi (ad esempio, per tirocini e altre attività di reclutamento personale collegato ai percorsi formativi);
- Aumento delle retribuzioni;
- Utilizzo di altri incentivi (welfare aziendale, altri benefit, ecc.);
- Reclutamento all'estero.

Si è infine lavorato molto meno su altri aspetti, quali la riallocazione interna del personale tra diversi servizi dell'azienda, il puntare sull'attrattività e la "immagine" dell'azienda o del settore, l'utilizzo di forme contrattuali diverse da quelle più tradizionali, i cambiamenti nello skill mix di personale, la collaborazione con altri enti gestori e l'abbassamento degli standard di assistenza effettivamente erogati. Come indicato nel Capitolo 2, l'insieme di queste risposte alla fase più acuta della crisi ha permesso di far rientrare in parte la carenza di personale, che pur rimane un problema strutturale.

Accanto alle "strategie" per la gestione della crisi del personale già attuate e più focalizzate sul breve periodo, si è voluto anche approfondire quale sia la percezione da parte delle organizzazioni di quali siano le strade più efficaci tra quelle a disposizione e quelle utilizzate fino a oggi per valorizzare il personale esistente, al fine di evitare (o comunque limitare) dimissioni e fenomeni di demotivazione o *burn out*. La leva in assoluto più utilizzata nel periodo recente è stata (17 aziende su 23) quella dell'attivazione di supporti di varia natura per il benessere dei dipendenti (ad esempio, supporto psicologico post pandemia, cfr

paragrafo 5.2). Ed è interessante notare come sia stata anche la leva considerata come meno efficace tra tutte quelle possibili. Sono state caratterizzate da scarsa efficacia anche l'introduzione di meccanismi di *job rotation* all'interno della stessa azienda (tra sedi o tra servizi diversi) e l'introduzione di benefit di vario tipo (come, ad esempio, il welfare aziendale). Entrambe queste leve sono state piuttosto diffuse (13 aziende), ma ritenute poco utili a risolvere i problemi della gestione del personale. Sono risultati invece più convincenti l'introduzione di percorsi di carriera (intesi come il riconoscimento formale di possibilità di progressioni di ruolo nell'organizzazione, non necessariamente collegate ad un aumento salariale) e il maggiore investimento sullo sviluppo di competenze e sulla formazione, entrambi implementati in 14 aziende e ritenuti efficaci nella quasi totalità dei casi. Tra le leve ritenute efficaci, ma meno diffuse al momento si segnalano: l'utilizzo di sistemi di performance management per orientare i comportamenti e individuare modalità per offrire incentivi, l'introduzione di adeguamenti salariali progressivi (non collegati necessariamente al cambiamento o al riconoscimento di un ruolo formale nell'organizzazione) e attività specifiche per migliorare il clima e il benessere organizzativo.

Se questo è il quadro che emerge guardando lo stato attuale e quanto fatto fino a oggi per valorizzare il personale esistente, ponendo lo sguardo verso il futuro, le aziende del settore Long Term Care indicano di voler investire in particolare modo su alcune soluzioni strutturate, soprattutto in tre direzioni:

- Lavorare sull'attrattività e sulla "immagine" dell'azienda o, più in generale, del settore Long Term Care per renderlo più appetibile da parte dei lavoratori e delle lavoratrici;
- Collaborare maggiormente con enti formativi (come già fatto da molte aziende durante il periodo "emergenziale" del Covid-19, ma non sempre in modo continuativo e strutturato);
- Agire sui processi e sui servizi, riorganizzando turni e modalità di lavoro.

Si sottolinea infine come il lavoro sull'immagine del settore sia ritenuto in prospettiva una priorità da parte delle organizzazioni che ne fanno parte, pur essendo stato fino a oggi uno degli elementi meno valorizzati.

5.4 La necessità e l'urgenza di un salto di qualità del settore nella gestione e valorizzazione del personale

L'approfondimento sul tema della gestione del personale e i dati raccolti raccontano come sia in corso (almeno per una buona parte delle aziende) una riflessione, se non una vera e propria evoluzione, relativa al ruolo della funzione risorse umane come leva strategica per garantire sopravvivenza e sostenibilità

alle organizzazioni del settore Long Term Care. La consapevolezza era già maturata in alcuni contesti prima della pandemia, ma Covid-19 e la crisi del personale successiva hanno spinto pressoché tutte le aziende a innovare le modalità di selezione, gestione e valorizzazione dei lavoratori e delle lavoratrici dei servizi per anziani. Se questa evoluzione appare oggi urgente e non rinviabile, sarebbe opportuno chiarire meglio quali siano le direzioni da intraprendere per fare un salto di qualità nella gestione e nella valorizzazione del personale.

Ripercorrendo i risultati della survey sopra presentata, i temi che andrebbero meglio messi a fuoco da parte delle aziende ci sembrano riassumibili nelle seguenti questioni:

1. Quali sono i fattori (vincoli) effettivamente fuori dalla capacità di azione delle aziende del settore relativamente alla gestione del personale?
2. Qual è stato fino a oggi il ruolo della funzione risorse umane e a quali fabbisogni ha dato risposta?
3. Come riconfigurare il ruolo della funzione risorse umane per rispondere alle esigenze presenti e future?
4. In che modo e con quali strumenti e approcci è possibile agire il ruolo desiderato?

Nel tentativo di dar risposta a queste domande, si intende fornire qualche spunto di riflessione e di dibattito per il settore.

Quali sono i fattori (vincoli) effettivamente fuori dalla capacità di azione delle aziende del settore relativamente alla gestione del personale?

La prima riflessione riguarda la percezione da parte del management delle aziende del settore Long Term Care di che cosa sia un vincolo esogeno (quindi non direttamente modificabile dalle stesse aziende). Spesso molti degli ostacoli al cambiamento percepiti e vissuti sono definiti “di sistema”, sottintendendo che si tratta di fattori che solo attori istituzionali (policy maker) possono modificare agendo le loro scelte, come ad esempio la revisione delle tariffe e degli standard di servizio. L’obiezione a questa visione delle cose non è tanto su di chi sia la titolarità di provvedere concretamente al cambiamento necessario (nell’esempio citato, il cambio di normativa), piuttosto si propone di riflettere sulla capacità delle singole aziende o delle aziende insieme di promuovere i cambiamenti. Da questo punto di vista, anche guardando ad altri settori, diventa quasi difficile individuare dei vincoli che siano del tutto esogeni. Anche le aziende del settore Long Term Care, per loro rilevanza all’interno dei sistemi di welfare locali e regionali, hanno la possibilità di agire e di influenzare il contesto di riferimento.

Non esiste una sola via per realizzare questo ruolo nei confronti del “sistema”. Da un lato, si può far riferimento al peso che la singola organizzazione esercita nei confronti degli attori istituzionali, in virtù del ruolo che può rivestire

all'interno del contesto regionale (ad esempio, per numero di utenti – e quindi di famiglie – raggiunte dai propri servizi oppure anche per numero di persone impiegate, ma anche se si pensa alle molteplici relazioni che inevitabilmente si formano sul territorio con i Servizi Sociali dei Comuni o con altre istituzioni che operano nell'ambito welfare, sia pubbliche sia private), dall'altro non bisogna sottovalutare la forza che possono rappresentare i provider di servizi considerati come aggregato, per amplificare gli elementi che determinano il peso di una singola organizzazione già richiamati. La capacità di aggregarsi e rappresentare in maniera unitaria le proprie istanze e le proprie esigenze può essere determinante per ottenere cambiamenti sostanziali anche per quegli elementi considerati esogeni quali la normativa, le tariffe e gli standard.

Un'altra via può essere costituita dall'anticipare i cambiamenti attraverso sperimentazioni e innovazioni locali. In molti settori è stata già osservata la dinamica per cui la normativa non è pressoché mai in grado di anticipare e creare le condizioni per il cambiamento ex ante, ma inevitabilmente le leggi e le condizioni "di sistema" tendono a "rincorrere" e a adattarsi ex post a cambiamenti già sperimentati e diventati ormai inevitabili. Anche nel settore Long Term Care questa potrebbe essere un'opzione percorribile, a maggior ragione se i provider non solo riuscissero a sperimentare innovazioni inerenti alla gestione e valorizzazione del personale, ma anche se fossero in grado di raccogliere evidenze e di rappresentare i vantaggi e le convenienze di tali innovazioni per tutto il sistema.

Solo una volta sgombrato il tavolo dall'alibi dei vincoli "esogeni" e delle responsabilità terze, è possibile completare il ragionamento riportando l'attenzione all'interno delle organizzazioni e su ciò che possono fare per migliorare la gestione delle risorse umane. Questo anche considerando il fatto che le aziende (come mostrato nel Capitolo 4) agiscono strategie diverse rispetto alla gestione del personale, a dimostrazione che esistono degli spazi decisionali.

Qual è stato fino a oggi il ruolo della funzione risorse umane e a quali fabbisogni ha dato risposta?

I dati raccolti dalla survey dell'Osservatorio Long Term Care hanno dimostrato con chiarezza che il ruolo prevalente della funzione risorse umane (al netto delle evoluzioni più recenti) è stata fino ad ora quella di selezione del personale, gestione dei contratti e ufficio paghe. In altre parole, la focalizzazione delle unità organizzative che si occupano del fattore produttivo più importante dei provider dei servizi socio-sanitari è stata fino a oggi soprattutto su aspetti amministrativi e di gestione degli aspetti indispensabili affinché il rapporto di lavoro sia in linea con i requisiti di legge e amministrativi. Da questo punto di vista, la gestione delle risorse umane è stata legata al funzionamento dell'azienda, ma è stata correlata molto meno allo sviluppo strategico della stessa. È mancato in

molti contesti un approccio che integrasse la gestione degli aspetti amministrativi e burocratici con attività legate allo sviluppo delle competenze, alla valorizzazione dei singoli, alla creazione delle migliori condizioni affinché il singolo potesse trovare un senso e una prospettiva all'interno dell'organizzazione.

Questo tipo di orientamento della funzione risorse umane ha probabilmente influenzato anche la percezione stessa da parte dei dipendenti e dei collaboratori del loro ruolo all'interno del settore. Più o meno direttamente, le aziende hanno trasmesso un messaggio di scarsa attitudine alla costruzione di percorsi di sviluppo individuale e di gruppo all'interno dei servizi erogati agli anziani, creando così le condizioni affinché fosse più facile per il personale sviluppare scarsa motivazione, scarso attaccamento alle aziende e al settore, ma anche una mancanza di senso complessivo del proprio lavoro.

È evidente, come già sottolineato, come i provider siano per la maggior parte già consapevoli della necessità di riposizionamento. Tuttavia, le condizioni di contesto rendono più urgente che mai la trasformazione del ruolo della funzione risorse umane.

Come riconfigurare il ruolo della funzione risorse umane per rispondere alle esigenze presenti e future?

I cambiamenti intervenuti nell'ultimo triennio all'interno di molte aziende e raccolte attraverso il questionario illustrato nel capitolo lasciano intravedere alcune delle traiettorie da seguire per rendere davvero "strategico" il ruolo della funzione risorse umane.

Un primo cambiamento necessario è rappresentato dall'investimento stesso che l'organizzazione decide di fare nell'unità che se ne occupa: molti provider hanno infatti segnalato come abbiano già provveduto ad espandere il numero di persone dedicate alla gestione del personale, ma anche delle competenze utili a riconfigurare le attività relative. Accanto all'espansione del personale impiegato nella funzione, si segnala anche, coerentemente, l'introduzione di nuovi strumenti gestionali.

Tuttavia, il vero cambio di posizionamento si riscontra grazie alla maggiore integrazione (all'interno della stessa unità organizzativa oppure attraverso il maggior coordinamento tra unità organizzative diverse) tra attività prevalentemente amministrative e attività che danno un senso di prospettiva al personale impiegato: formazione e sviluppo di competenze, gestione dei percorsi di carriera, gestione dei sistemi di incentivo individuale e di gruppo, attività legate al miglioramento del clima e della cultura organizzativa. Le aziende del settore, in questo modo, hanno la possibilità di ridefinire il loro ruolo nei confronti del personale (attuale e potenziale): da "semplice" datore di lavoro a partner per la valorizzazione e lo sviluppo delle capacità, delle attitudini e delle competenze individuali.

È chiaro che il riposizionamento non passa solo attraverso scelte organizzative, ma implicano la definizione di azioni molto concrete con un impatto diretto sulla gestione del personale e del rapporto con i dipendenti e i collaboratori.

In che modo e con quali strumenti e approcci è possibile agire il ruolo desiderato?

Leggendo in modo congiunto i risultati della survey relativi alle leve ritenute più efficaci per la gestione del personale e sulle aree su cui le aziende intendono investire per il futuro, si intuisce come sia necessario uno sforzo verso alcune azioni prioritarie che renderebbero più concreto il riposizionamento strategico della funzione risorse umane.

Una delle parole chiave è senza dubbio “percorso”. In primo luogo, perché i provider hanno già investito (e intendono continuare a farlo) sui percorsi che portano alla formazione di competenze utili al settore socio-sanitario. Attraverso, ad esempio, accordi con gli enti formativi e la creazione di percorsi ad hoc per tirocini e periodi di apprendistato all'interno dei servizi per anziani, per accorciare le distanze tra il mondo dell'educazione e quello del lavoro nel settore Long Term Care, spesso poco conosciuto e quindi anche per questo poco appetibile. Il tema del percorso viene però anche declinato all'interno delle organizzazioni, in particolar modo facendo riferimento a una delle leve ritenute più efficaci: la definizione di percorsi di carriera e di sviluppo individuale che possano costruire un senso e degli incentivi per i singoli. All'interno di questa declinazione del concetto rientra anche l'investimento in sviluppo di competenze e formazione, un altro elemento che costituisce un “messaggio” positivo nei confronti dei dipendenti o collaboratori, perché lascia intendere che l'azienda vuole puntare su di loro anche in ottica futura. E i percorsi così definiti non possono prescindere dall'adozione di sistemi di misurazione e valutazione delle performance individuali e di gruppo, soprattutto funzionali alla creazione di meccanismi di incentivo e allineamento rispetto agli obiettivi aziendali, ma anche per apportare correttivi più tempestivi alle modalità di lavoro.

Oltre a creare percorsi, il ruolo evoluto della funzione risorse umane nel settore Long Term Care non dovrebbe prescindere da un'intensa attività di comunicazione e marketing per costruire un'immagine positiva e attraente per chi dovrà candidarsi a lavorare nei servizi per anziani. La scarsità di personale sul mercato unita alla concorrenza di altri attori (vedi Sanità Pubblica) impone un ripensamento del modo in cui viene comunicata e percepita l'attività svolta nel settore.

Infine, il ragionamento sul personale non può essere slegato dai ragionamenti relativi ai modelli di servizio e alle possibili innovazioni o cambiamenti ai processi e alle modalità di erogazione degli stessi: la carenza di competenze sul mercato, unita alla necessità di rivedere in alcuni casi lo skill-mix e l'utilizzo di

specifici strumenti (incluse le tecnologie digitali) è una grande occasione per ripensare il modo in cui si risponde ai bisogni degli utenti.

La sopravvivenza, la sostenibilità, ma anche le opportunità di innovazione delle aziende provider di servizi sono legate a doppio filo con il ruolo che si saprà costruire per il personale che opera (e opererà in futuro) nel settore.

Bibliografia

Notarnicola E., 2022, Il fattore critico personale: stato dell'arte, implicazioni di policy e gestionali, in 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.

6. Conclusioni

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

6.1 Le dinamiche del settore Long Term Care alla luce del 2021 e del 2022

L'invecchiamento è la più grande sfida del welfare italiano per numerosità di cittadini per la quale è rilevante. Questo è vero già oggi e lo sarà indubbiamente nel lungo periodo, visti i trend di evoluzione demografica e di evoluzione della non autosufficienza. Infatti, in Italia vivono 3,9 milioni di persone anziane in condizioni di non autosufficienza (Capitolo 1). Questo dato non può che crescere nei prossimi 20 anni, visto che la percentuale di persone over 65 anni passerà dal 24% al 35% della popolazione totale.

Il bisogno espresso da questa ampia fetta di popolazione trova poi risposta solo in minima parte nel sistema di welfare pubblico, che accoglie solo il 6,3% in strutture residenziali (RSA) e il 21,5% in ADI ma con una intensità media di 15 ore all'anno. Pertanto, 2,8 milioni di persone anziane in condizioni di non autosufficienza non ricevono alcun servizio pubblico di LTC (né ADI né RSA). Di fatto esiste un bacino potenziale molto ampio di cittadini e famiglie alla ricerca di una risposta assistenziale, sia essa un servizio pubblico o privato.

Il contesto in cui si esprime questo enorme bisogno potenziale, che non trova soddisfazione nel sistema di welfare pubblico, si caratterizza per due elementi:

- La struttura delle famiglie, che si stanno assottigliando per numero dei componenti ed estensione della rete dei membri allargati. Il 33% delle famiglie italiane è composto da una sola persona e 11% è monogenitoriale. Questo determina già oggi e certamente nel prossimo futuro una trasformazione del tradizionale modello di assistenza italiano, che si caratterizzava per la centralità della famiglia nello svolgimento di funzioni di cura. Le famiglie sono forzate a passare da un modello centrato sulle loro attività di cura dirette, ad un modello dove la famiglia diventa responsabile della cura ma non può, per forza di cose, esserne l'unico o

prevalente dispensatore orientando il futuro verso servizi in tutto o in parte erogati da soggetti retribuiti;

- Il vuoto di offerta: non esiste al momento una offerta industriale, strutturata di servizi a pagamento in questo mercato potenziale e quindi vi sono grandi opportunità e grandi rischi. Grandi opportunità per i futuri *first mover*, perché la maggior parte degli erogatori professionali sono focalizzati quasi esclusivamente sul mercato regolato e finanziato dal pubblico; grandi rischi per gli utenti che, a fronte di un tale vuoto di offerta, si vedono di fronte a grandi difficoltà di accesso ai servizi, per ragioni di dimensioni dell'offerta e, presumibilmente, di dotazione finanziaria necessaria per accedervi.

Rimane quindi un grande vuoto che, se non colmato da interventi pubblici o da iniziative imprenditoriali strutturate, porta inevitabilmente ad un inasprimento del carico sopportato dalle famiglie (quando presenti) e alla diffusione di soluzioni di emergenza, disordinate, disomogenee ed inique perché rischiano di essere accessibili solo per le famiglie con maggior disponibilità economica o con miglior capacità di accesso ai servizi, oltre che di produrre carichi di cura che gravano solo su alcuni cittadini (prevalentemente donne), senza possibilità di scelta.

A questa dinamica, legata alla capacità del settore di dar risposta ai bisogni, se ne associano altre due che sono state indagate nel Rapporto:

- Lato servizi, il settore sta attraversando una crisi del personale rispetto al quale sono stati elaborati numeri ed evidenze (si veda Capitolo 2, 4 e 5). Questa crisi non può essere derubricata a “mancanza o scarsità di un fattore produttivo”, al pari di quanto si discute oggi per alcune materie prime in altri mercati. E, piuttosto, una crisi che mette in discussione il modello di servizio proposto per la non autosufficienza: nei servizi socio-sanitari e sociali il personale corrisponde ai professionisti che quei servizi li animano e li rendono possibili e qualsiasi dinamica che metta in discussione la modalità dei professionisti di operare in tali servizi ne mette in discussione l'essenza stessa perché incide profondamente sulle loro caratteristiche. I gestori riferiscono (nel Capitolo 2) che la crisi del personale sta determinando tre tipi di conseguenze: sulle performance economiche delle aziende, sul burn out e livello di stress dei professionisti attivi e sulla qualità dei servizi erogati.
- Lato politiche pubbliche, emergono tre linee compresenti e preoccupanti nella loro interazione: crescita della produzione normativa e regolatoria, staticità nella visione dell'offerta, eterogeneità dei sistemi di regole. Il Capitolo 3 mostra quanto la produzione normativa abbia prodotto nel tempo un sistema che di Regione in Regione specifica, caratterizza e di

conseguenza norma i servizi per anziani in modo differente, creando una eterogeneità di regole rispetto ad un oggetto che dovrebbe invece essere omogeneo sul territorio nazionale, dato che i numeri non mostrano differenze regionali rispetto a cosa voglia dire non autosufficienza. Questa eterogeneità rischia di trasformarsi in disordine e complessità in momenti (come questo) in cui crisi che sono di natura nazionale (come quella del personale) non trovano risposte di policy univoche ma si scontrano con la parzialità e l'eterogeneità dei sistemi regionali. Le policy sono poi rigide e ferme allo stato dell'arte pre-pandemia, in quanto non sono stati ancora prodotti sostanziali cambiamenti e innovazioni.

Questi due elementi insieme (la crisi del personale e gli spazi di possibile confusione creati da norme regionali arretrate ed eterogenee) hanno fatto sì che nel 2021 e nel 2022 la responsabilità di gestire la carenza del personale sia stata scaricata a valle, sui gestori e sui servizi. I gestori hanno adottato strategie diverse e i loro dati mostrano pratiche gestionali molto differenziate in merito al personale (Capitolo 4) creando un ulteriore livello di eterogeneità che ha ripercussioni sull'offerta di servizi ma anche sui professionisti, sulle loro condizioni di lavoro e sull'attrattività del comparto socio-sanitario per futuri operatori. Questo contesto non ha poi lasciato spazio allo sviluppo strategico della gestione del personale, limitando spesso questa funzione alla gestione di uscite e ingressi, e togliendo forza alle attività di valorizzazione, ascolto e sviluppo delle persone così centrali in questo settore (Capitolo 5).

In estrema sintesi, emerge un quadro che ci parla di una sfida enorme per il welfare pubblico e privato dato dalla platea di destinatari potenziali, ma anche di un settore che sta vivendo un momento di difficoltà di fronte ad una crisi di cui si stanno facendo carico i gestori (quella del personale) senza che le politiche pubbliche siano state in grado di agire o di creare condizioni facilitanti. In risposta ad una crisi strutturale i gestori hanno attivato risposte gestionali differenziate, che se non coordinate rischiano nel medio periodo di frammentare ulteriormente il settore e creare disparità ed eterogeneità territoriali. Di questo dovrebbero però preoccuparsi le politiche pubbliche che invece fino ad oggi hanno alimentato esattamente questa stessa disparità ed eterogeneità.

6.2 Le criticità di settore percepite dai provider

Le percezioni dei gestori dei servizi rispetto al settore e ai suoi sviluppi futuri sono in parte disallineate da quanto fin qui discusso perché la lente interpretativa maggiormente adottata dai gestori è quella che guarda ad una parte del settore, ovvero tipicamente quella che rientra nel perimetro dello spazio regolato e finanziato dal welfare pubblico (quello in cui hanno posizionato storicamente il loro core business) spesso con una vista su uno o al massimo due con-

testi regionali. Si tratta quindi spesso di percezioni estremamente fondate e radicate, che raccontano però un settore sempre più claustrofobico e senza opportunità di sviluppo o cambiamento a causa della staticità delle politiche, dell'impossibilità di crescita dei finanziamenti pubblici in coerenza all'aumento dei costi di produzione e della sempre più severa condizione di fragilità degli ospiti accolti nei servizi. Si tratta di una vista legittima e veritiera, che riguarda però una parte degli anziani non autosufficienti, il 6% ospite di strutture residenziali, e non è applicabile al mondo collegato al rimanente 94% dei casi. La percezione dei provider riguarda quindi il loro specifico e limitato campo d'azione e non il settore nel suo complesso.

Detto questo, gli elementi di maggior criticità e preoccupazione per il futuro come percepiti oggi dai gestori, sono quattro:

- Il settore pubblico da anni non è stato in grado esprimere innovazione e crescita, né di incrementare i budget e le tariffe riconosciute per i servizi in modo coerente all'incremento fisiologico dei costi e alla crescente gravità degli ospiti. Questa contraddizione di sistema è stata scaricata interamente sugli erogatori, senza alcun dibattito o sostegno esplicito, obbligandoli a ulteriori ricerche di efficienze, in un settore a marginalità risicate e collocando su un piano di non sostenibilità una buona parte degli erogatori, che ora si stanno collocando sul mercato per processi di fusioni e acquisizioni (si veda per alcune considerazioni e dati il Capitolo 1 e 3).
- La carenza di operatori (medici, infermieri e OSS) vede il settore socio-sanitario fanalino di coda nell'attrattività dei datori di lavoro, che colloca invece al primo posto il settore pubblico con l'ospedale, il settore territoriale e in coda gli erogatori privati, gli erogatori non profit e il comparto anziani. Questo preoccupa i gestori non solo rispetto alla crisi contingente ma anche per lo sviluppo futuro del settore: senza personale o con personale che crede poco in questo comparto, come immaginare una crescita o innovazione futura?
- Gli attuali standard assistenziali obbligatori, programmati e imposti dal regolatore pubblico non sono coerenti con le risorse finanziarie concesse e con la disponibilità sul mercato degli operatori necessari. L'eterogeneità tra regioni crea complessità e confusione per chi opera in più contesti ed è percepita come una ulteriore rigidità del sistema, che impone modelli gestionali e operativi differenziati tra contesti.
- La variabilità delle regole, degli standard assistenziali, delle tariffe, dei criteri di classificazione degli ospiti delle diverse regioni rendono il settore un arcipelago di soluzioni contingenti, senza nessuna razionalità di sistema, apprendimento reciproco e possibilità di replicare a livello nazionale buone pratiche locali.

Queste percezioni sono sostenute da solidi fatti e tagliano trasversalmente tutto il sistema dei provider della LTC. Alcune caratteristiche (le dimensioni dei provider, gli ambiti geografici prevalenti di azioni, la natura giuridica degli attori) possono, in parte esasperare o mitigare alcune di queste condizioni di contesto. In funzione di questi elementi i gestori hanno messo in atto strategie diverse di sopravvivenza (come mostrato nel Capitolo 4). In ogni caso il malessere è diffuso e, soprattutto, non si riesce a cogliere, nell'azione dei policy maker regionali o nazionali, l'intenzione di mettere in agenda qualcuno dei problemi indicati. La crescita della attività di regolazione non pare, infatti, orientata a ridisegnare i sistemi di intervento, quanto a regolare in modo sempre più dettagliato l'offerta pubblica di servizi, che, tuttavia, è estremamente lontana dalle dimensioni del fabbisogno. Toccando una parte minoritaria del fabbisogno, non pare appropriato considerare l'attività di regolazione come un'effettiva azione di policy making, e sembra più coerente riconoscerne gli impatti sulle caratteristiche dell'offerta. D'altro canto, occorre riconoscere che si tratta di problemi estremamente complessi e con delle radici molto profonde, ed è comprensibile che ogni livello istituzionale non si senta responsabilizzato e attrezzato per affrontarlo, anche perché il quadro istituzionale è più simile a un arcipelago che a un sistema, per cui le responsabilità generali non sono chiaramente individuate. Le politiche sono regionali, ma il fondo sanitario nazionale che le alimenta, anche in ambito LTC, è definito a livello nazionale, con una consistenza decrescente nel tempo per incidenza sul PIL nazionale, accompagnato da una totale assenza di visione circa questi temi.

6.3 Gli spazi strategici per i provider nell'ambito del welfare pubblico

In questo scenario del welfare socio-sanitario finanziato dal sistema pubblico, privo di sostanziali razionalità complessive, ma che vede attivi molti provider di natura e dimensioni diverse, esistono degli spazi di autonomia strategica che possono fare la differenza in termini di valore prodotto per gli stakeholder e di sostenibilità aziendale? Le evidenze presentate in questo Rapporto mostrano di sì, anche se la sensazione diffusa è quella che gli erogatori siano inseriti in un sistema di vincoli regolatori ed ambientali che non lasciano significativi spazi strategici di movimento e di azione imprenditoriale. Alcuni di questi sono già stati perseguiti dai gestori, altri sono ancora da attivare. In questa sede, consapevoli di esprimere un punto di vista eterodosso e con la cautela di chi studia ma non gestisce strutture, proponiamo delle suggestioni di azione disponibili, su alcune delle principali leve ritenute codificate e imm modificabili. Ovviamente non è possibile lavorare con uguale intensità su ognuna delle leve strategiche proposte per collocarsi nel mercato del welfare pubblico. Allo stesso modo non tutte le leve rientrano nel potenziale culturale, operativo, di competenze di tutti gli

erogatori. La scelta di quali leve strategiche privilegiare costituisce uno degli assi cardini nel management di questo settore.

Standard assistenziali regionali ed effettivi

Gli standard assistenziali sono fissati da ogni singola Regione in modo cogente e controllati da autorità esterne come un adempimento burocratico insindacabile. I dati mostrano che gli standard effettivi sono più alti di quelli richiesti, seppur con percentuali di extra standard significativamente differenziate tra gestori e tra contesti territoriali (si veda Capitolo 4). Questo mostra come gli standard regionali da un lato siano irrealistici rispetto ai fabbisogni assistenziali, e dall'altro abbiano una correlazione debole con le rette giornaliere riconosciute, almeno dal punto di vista delle procedure di calcolo contabile. Ciò mostra che esiste un complesso (ma possibile) spazio di manovra dei singoli erogatori rispetto al mix di attività erogate. Chiaramente questo impone anche una riflessione sui trade off tra standard offerti e qualità delle cure, tra standard erogati e conseguenti costi anche in relazione all'entità e composizione della tariffa.

Modalità di assunzione dei lavoratori

Mediamente ogni singolo erogatore adotta una tipologia di contratto (che viene percepito come un assetto statico e immutabile) e una strategia rispetto alle modalità di assunzione del personale. Guardando all'insieme operano invece nel settore diversissimi contratti di lavoro, che differenziano per debito orario, retribuzioni, diritti e benefit dei lavoratori. Inoltre, ogni erogatore registra un mix diverso tra contratti a tempo indeterminato, a tempo determinato, somministrazione e libera professione per singola figura professionale (OSS, infermieri, medico, professioni sanitarie varie). Sostanzialmente, su questo tema, nessun regolatore regionale o nazionale ha imposto dei vincoli: i singoli erogatori hanno piena (legittima) autonomia. Si tratta di una leva strategica, che qualche produttore percepisce come manovrabile e altri come storicamente data, anche se magari eterogenea rispetto a concorrenti prossimi. Questi sono elementi che non solo incidono sui costi aziendali e sulla disponibilità o meno di professionisti, ma anche sull'attrattività dell'azienda, sulla motivazione del personale, sul tasso di turn over.

Skill mix

Il mix tra le diverse figure professionali presenti in struttura residenziale è vincolato per unità di erogazione in molte regioni. Esso è lasciato libero in altri contesti regionali, dove invece si definisce solo il minutaggio complessivo atteso per ospite lasciando esplicitamente liberi gli erogatori di determinare il mix che

preferiscono, ritenendolo coerente con i bisogni, la sostenibilità e la disponibilità di competenze sul mercato. Questo è un grande spazio per sviluppare modelli gestionali nuovi e innovazioni di servizio.

Tariffe alberghiere

Le tariffe alberghiere sono libere in alcune regioni, rappresentando una grande leva di differenziazione strategica tra i produttori. In altre regioni esse sono formalmente vincolate a livelli massimi, che sono programmate come omogenee in tutto il sistema regionale. Nella realtà dei fatti, anche nei sistemi regionali a tariffa alberghiere bloccate, si registrano significative variabilità (+ o - del 20/30%) giocando su elementi accessori (stanza singola, servizi aggiuntivi, sovra standard assistenziali, ecc.) o spazi di variabilità permessi dal regolatore. Questo è uno spazio interessante di posizionamento strategico del singolo produttore.

Stabilità e turnover dei lavoratori

La stabilità e il turnover dei lavoratori, magari in modo eterogeneo tra i profili professionali, divergono tra i produttori a secondo della collocazione geografica, della solidità dell'erogatore e soprattutto del suo “*employer brand*” ovvero l'attrattività del datore di lavoro. Un più alto turnover fisiologicamente abbassa la qualità, crea costi di inserimento e sostituzione e probabilmente determina l'arrivo di lavoratori meno qualificati nello stesso mercato. Se le caratteristiche generali di una struttura non possono essere modificate, l'attrattività dell'azienda costituisce una leva strategica su cui si può lavorare. Questo non dipende solo da dimensioni e tipologia di contratti, ma dal clima aziendale, dalla qualità del lavoro, dalla sensazione di essere valorizzati e aiutati a crescere o ad elaborare le esperienze difficili e faticose che si vivono in RSA. Si tratta di una scelta strategica, che comporta dei costi gestionali, di investimento sul clima organizzativo e sulle esperienze professionali percepite dai lavoratori.

Trattandosi poi di un settore molto usurante e con percorsi di carriera fisiologicamente limitati, il tasso di assenteismo, di 104 e mansioni agevolate è molto elevato, con significative differenze tra i profili professionali e tra erogatori. Non si tratta però di variabili esogene, ma dell'esito di processi organizzativi, di modelli di servizio, di gestione delle persone, su cui si può lavorare in maniera strategica.

Dimensioni aziendali

Le dimensioni aziendali influenzano la capacità di innovare, di risultare un datore di lavoro più attraente, di resistere meglio a fluttuazioni della saturazione o delle politiche regionali. Le dimensioni aziendali influenzano anche la soste-

nibilità per la potenzialità di strategie di volume negli acquisti, nelle manutenzioni, nella negoziazione con il mercato finanziario, ecc. Esse sono apparentemente fisse per ogni erogatore ma possono in realtà essere influenzate e modificate anche radicalmente in funzione di sistemi di alleanze, associazioni, consorzi o vere e proprie fusioni tra partner.

6.4 In sintesi

In questo Rapporto e in queste conclusioni abbiamo fatto lo sforzo di guardare alla crisi legata alla carenza di personale attraverso delle lenti manageriali, mettendo il tema “gestione del personale” in rapporto ai fenomeni che stanno attraversando il settore. Questo ha confermato che non è possibile parlare della carenza del personale senza metterla in relazione alle caratteristiche dei gestori, ai modelli di servizio oggi implementati, allo stato attuale delle policy e ai modelli di business implementati dalle aziende ed enti del settore. Il quadro che emerge dalla nostra analisi mostra che l’unico tentativo fatto fino ad oggi per ricomporre questi elementi arriva dai gestori, ancora una volta in assenza di un quadro nazionale chiaro e coordinato come invece ci si aspetterebbe in un momento così delicato e rispetto ad una politica e ad un mercato così rilevanti.

Gli Autori

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

Alessandro Furnari è Junior Lecturer di Government, Health and Not for Profit presso SDA Bocconi School of Management e ricercatore CER GAS nell'Area Healthcare Management. È Professore a contratto di «Economia e management delle amministrazioni pubbliche» dell'Università Bocconi. Ha partecipato a numerosi progetti di ricerca con imprese e istituzioni pubbliche (a livello locale e nazionale) ed è parte della faculty di master e corsi executive, di cui è in alcuni casi anche direttore scientifico, su temi di programmazione e controllo e performance management. Contribuisce stabilmente al Rapporto OASI, di cui è anche membro del comitato editoriale. Le sue attività di ricerca si focalizzano sul management delle aziende pubbliche, con particolare riferimento all'evoluzione dei sistemi di controllo direzionale aziendali, di strumenti e processi a supporto dei cicli della performance e di programmazione e controllo, delle tecniche di rilevazione per la definizione degli schemi di rimborsabilità di servizi pubblici e delle ricadute organizzative degli investimenti. I suoi lavori sono pubblicati in riviste internazionali, come Health Services Management Research, e nazionali, come Mecosan.

Francesco Longo è Professore Associato del Dipartimento di Scienze sociali e politiche presso l'Università Bocconi. Presso SDA Bocconi, 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 Knowledge Analyst 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. Partecipa a progetti di ricerca concernenti i temi della programmazione locale delle politiche sociali e sociosanitarie e degli assetti di governance e istituzionali nei sistemi sociosanitari. 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 sociosanitari. Contribuisce al Rapporto OASI, Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema Sanitario Italiano, e al Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care.

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

torio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano, al Rapporto OCAP (Osservatorio sul Cambiamento delle Amministrazioni Pubbliche) e al Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care.

Eleonora Perobelli è Junior Lecturer di Government, Health e Not for Profit presso SDA Bocconi School of Management, fa parte dell'area di ricerca Social Policy and Social Innovation e dell'Osservatorio Long Term Care presso CER-GAS SDA Bocconi. I suoi interessi di ricerca riguardano il tema della programmazione locale delle politiche sociali, dell'integrazione tra settore socio-sanitario e sanitario e della progettazione di servizi. Presso SDA Bocconi ha partecipato a diverse iniziative di ricerca e formazione con riferimento al settore socio-sanitario e sociale, sui temi della progettazione dei servizi, management delle reti, integrazione socio-sanitaria, monitoraggio di interventi pubblici. Coordina i corsi di formazione executive per i manager delle Aziende Casa e dal 2022 fa parte del Gruppo di Direzione dell'Executive Master in Management delle Amministrazioni Pubbliche. Contribuisce stabilmente al Rapporto OASI ed è autrice dei White Paper OCAP 1/2019 "L'innovazione digitale nei servizi di Welfare" e 2/2019 "Il cambiamento del welfare locale: il riposizionamento dei servizi". Attualmente è PhD Candidate in Management & Innovation presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore – sede di Milano.

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

bea

Il 5° Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care ruota intorno a quattro domande: come si intrecciano le caratteristiche del settore con i tentativi di riforma in atto e l'evoluzione dei bisogni? Come funzionano nella quotidianità i servizi residenziali, stante i vincoli normativi sul personale? Quali azioni stanno promuovendo i gestori per reagire alla crisi del personale? Quali sono le piste di lavoro su cui concentrarsi per promuovere il rinnovamento del settore e gestire la crisi del personale? Il Rapporto passa in rassegna queste domande presentando dati ed evidenze e illustrando come il cambio di passo nel mondo LTC richieda il riconoscimento del personale quale fattore di qualità, e non di costo, nei servizi.

***Giovanni Fosti** è Associate Professor of Practice, Divisione Government, Health and Not for Profit di SDA Bocconi School of Management.*

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

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