

Il settore Long Term Care tra connessioni, interdipendenze e necessità di integrazione

7° Rapporto Osservatorio Long Term Care



biblioteca dell'economia d'azienda

A cura di
Giovanni Fosti
Elisabetta Notarnicola
Eleonora Perobelli

Il settore Long Term Care tra connessioni, interdipendenze e necessità di integrazione

7° Rapporto Osservatorio Long Term Care

La Figura 2.1 (pag. 44) e la Figura 5.1 (pag. 74) sono tratte da Valentijn et al. (2013) e riprodotte su licenza CC BY – attribuzione 4.0 internazionale



Copyright © 2025 EGEA S.p.A.
Via Salasco, 5 – 20136 Milano
Tel. 02/58365751 – Fax 02/58365753
egea.edizioni@unibocconi.it – www.egeaeditore.it

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

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

Prima edizione: marzo 2025

ISBN volume 978-88-238-4793-4

Stampa: Logo S.p.A. – Borgoricco (PD)

Indice

Prefazione , di <i>Massimo Minaudo</i>	9
Introduzione , di <i>Giovanni Fosti, Elisabetta Notarnicola ed Eleonora Perobelli</i>	11
1. Lo stato dell'arte del settore LTC in Italia: rete dei servizi formali e informali, posizionamento strategico dei gestori e delle politiche pubbliche, finanziamento e novità introdotte con la Riforma Anziani di <i>Elisabetta Notarnicola ed Eleonora Perobelli</i>	15
1.1. Il ruolo del welfare pubblico: offerta di servizi e copertura del bisogno	16
1.1.1 <i>Servizi e utenti in carico</i>	17
1.1.2 <i>Stima della copertura del bisogno</i>	24
1.2. L'evoluzione del «badantato»: numeri e prospettive	27
1.3. La spesa pubblica per Long Term Care	29
1.4. Riforma Anziani: stato dell'arte a gennaio 2025	29
1.5. Il posizionamento strategico dei grandi <i>player</i> del settore	30
1.6. Conclusioni	39
Bibliografia	40
2. Interdipendenze tra servizi e settori: framework teorico usato e una chiave di lettura strategica per il settore LTC di <i>Elisabetta Notarnicola, Eleonora Perobelli e Giovanni Fosti</i>	41
2.1. Le interdipendenze tra LTC e sanità nella letteratura internazionale	43
2.2. Governare le interdipendenze, in pratica	45
2.3. Leggere le interdipendenze nel settore Long Term Care, oggi	46
Bibliografia	49

3. Le RSA come snodi di interdipendenza: posizionamento attuale e vocazione strategica futura	
di <i>Elisabetta Notarnicola, Eleonora Perobelli e Francesco Longo</i>	51
3.1. Le RSA nel settore socio-sanitario: di cosa si parla?	51
3.2. Il posizionamento strategico delle RSA oggi	53
3.2.1 <i>Gli ospiti delle RSA oggi, cosa ci raccontano i dati</i>	53
3.2.2 <i>Le RSA nella prospettiva di chi le gestisce</i>	55
3.3. Interdipendenze: gli snodi strategici	56
3.4. Vocazione strategica, tra presente e futuro	57
4. Una lettura delle interdipendenze nella prospettiva delle RSA: il punto di vista dei gestori OLTC	
di <i>Elisabetta Notarnicola ed Eleonora Perobelli</i>	59
4.1. Le interdipendenze tra RSA e strutture: esiti di una survey OLTC	60
4.1.1 <i>Demografia dei rispondenti</i>	60
4.1.2 <i>Interdipendenze nella valutazione del bisogno e nell'accesso ai servizi</i>	62
4.1.3 <i>Interdipendenze durante l'erogazione dell'assistenza in struttura: il PAI</i>	66
4.1.4 <i>Interdipendenze durante l'erogazione dell'assistenza in struttura: l'attivazione di altri servizi</i>	67
4.1.5 <i>Interdipendenze circa il funzionamento del servizio</i>	69
4.2. Quali possibili spazi di lavoro per valorizzare le interdipendenze?	71
5. Strumenti per gestire le interdipendenze	
di <i>Maria Vittoria Bufali e Andrea Rotolo</i>	73
5.1. Il framework di analisi	73
5.1.1 <i>L'approccio metodologico</i>	75
5.2. I casi di studio	79
5.2.1 <i>L'introduzione di un reparto di psico-geriatria in RSA, Istituti Riuniti Airoldi e Muzzi</i>	79
5.2.2 <i>Sperimentazione della funzione di Bed Management, ASP Golgi-Redaelli</i>	84
5.2.3 <i>La costruzione di un polo sanitario e sociale integrato, Gruppo Gheron</i>	87
5.2.4 <i>RSA come luogo di inclusione sociale e lavorativa, Gruppo Korian</i>	90
5.3. Analisi comparativa dei casi di studio	94
5.4. Conclusioni	99
Bibliografia	101

6. Conclusioni	
di <i>Elisabetta Notarnicola, Eleonora Perobelli, Giovanni Fosti,</i> <i>Francesco Longo, Andrea Rotolo e Maria Vittoria Bufali</i>	103
Gli Autori	107

Prefazione

di *Massimo Minaudo**

In un mondo che sta invecchiando rapidamente, la qualità della vita degli anziani e la sostenibilità dei servizi di Long Term Care rappresentano sfide cruciali per le società moderne. Essity, da sempre impegnata nel promuovere soluzioni innovative per il benessere delle persone, riconosce l'importanza di una ricerca approfondita e di un confronto costruttivo per affrontare questi temi in modo efficace.

È con questa visione che abbiamo sostenuto il lavoro dell'Osservatorio Long Term Care, un'iniziativa nata per analizzare, comprendere e ripensare i modelli di assistenza agli anziani. La ricerca raccolta in questo libro rappresenta un contributo fondamentale per chiunque operi nel settore socio-sanitario, offrendo una lettura approfondita delle dinamiche di interdipendenza tra attori, servizi e regolamenti. Questi elementi, spesso sottovalutati, sono in realtà essenziali per garantire risposte efficaci e sostenibili ai bisogni delle persone anziane e delle loro famiglie. Questo perché nessun attore, da solo, può rispondere in modo esaustivo a queste trasformazioni: la chiave sta nella capacità di riconoscere e governare le interdipendenze tra servizi, organizzazioni e istituzioni.

Crediamo che l'innovazione non sia solo una questione di tecnologie o prodotti, ma anche di approcci e modelli organizzativi in grado di migliorare l'accesso, la qualità e l'efficienza dei servizi. Il lavoro presentato in queste pagine, che porta una chiave di lettura manageriale rispetto alle interdipendenze, non è solo un'analisi del presente, ma uno stimolo per il futuro: un invito a ripensare il sistema di Long Term Care con uno sguardo più integrato, consapevole e orientato al valore.

Lo spirito con cui Essity, da sempre impegnata nel promuovere soluzioni per la salute e il benessere, ha scelto di sostenere il lavoro dell'Osservatorio Long Term Care è quello di contribuire alla creazione di una conoscenza condivisa e alla diffusione di approcci innovativi che possano agire sulla sostenibilità futura del settore. Questo 7° Rapporto, dedicato al tema delle interdipendenze, mette

* Country Manager Italy, Essity Italy.

al centro del dibattito un tema che, se scarsamente presidiato, rischia di compromettere il funzionamento dei servizi. Attraverso un'analisi approfondita del tema delle interdipendenze esistenti nelle regole di funzionamento del settore, nei processi di presa in carico e nei servizi stessi, il Rapporto mette in luce come la gestione consapevole delle interdipendenze possa generare valore, rendendo i servizi più efficaci ed efficienti. Un'attenzione particolare è dedicata alle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), snodi fondamentali nell'assistenza alle persone anziane, il cui posizionamento è in continua evoluzione. Il Rapporto mette quindi al centro le esperienze dei gestori e l'evoluzione di questo servizio, in modo da ancorare le riflessioni all'esperienza diretta dei professionisti del settore. Le esperienze raccolte e i casi studio analizzati mostrano le strade possibili per il governo delle interdipendenze e come queste possano tradursi in innovazione organizzativa, miglioramento della qualità dell'assistenza e ottimizzazione delle risorse. Siamo convinti che questo lavoro possa rappresentare uno strumento utile per tutti i professionisti e i decisori coinvolti nella Long Term Care. Riconoscere, valorizzare e gestire le interdipendenze non è solo una necessità, ma un'opportunità per costruire un sistema più sostenibile e capace di rispondere ai bisogni di una popolazione in continua evoluzione.

Essity è orgogliosa di aver contribuito a questa ricerca e auspica che le evidenze emerse possano stimolare un confronto costruttivo tra istituzioni, gestori e operatori del settore. Solo attraverso una visione condivisa e collaborativa possiamo affrontare al meglio le sfide della Long Term Care e migliorare la qualità della vita delle persone anziane.

Introduzione

di *Giovanni Fosti, Elisabetta Notarnicola ed Eleonora Perobelli*

Il 7° Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care (OLTC) è dedicato alle interdipendenze che caratterizzano il settore socio-sanitario. L'invecchiamento della popolazione e la pressione crescente sui sistemi di welfare richiedono sempre più di adottare approcci e risposte condivise tra diversi attori della filiera, poiché nessun soggetto ha, da solo, le leve e le capacità per fornire una risposta completa ed esaustiva alle sfide poste da questo fenomeno. La multidimensionalità dei bisogni legati all'invecchiamento da una parte, dall'altra la classica struttura per silos e la frammentazione dei servizi esistenti, fanno sì che le aree di interdipendenza siano molteplici. La necessità di attivare modalità di raccordo e coordinamento è quindi presupposto per l'attivazione di risposte che generino valore per le famiglie. Diventa necessario, quindi, riconoscere e valorizzare le interdipendenze tra settori, organizzazioni e, in ultima istanza, servizi. A partire da queste premesse, le attività di ricerca condotte in questa edizione di OLTC hanno esplorato il tema delle interdipendenze e dell'integrazione, nella prospettiva che da sempre caratterizza l'Osservatorio, ovvero quella dei gestori dei servizi per anziani, in particolare delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)¹.

Il concetto di interdipendenza è strettamente legato al suo significato più profondo: descrive il rapporto di reciproca dipendenza tra due o più soggetti. Questa idea si applica perfettamente al settore socio-sanitario e ai servizi per gli anziani, che operano all'interno di un sistema complesso, dove istituzioni, organizzazioni e servizi interagiscono a diversi livelli e fasi.

Le interdipendenze sono centrali, per esempio, nella definizione del sistema di regole che governano il settore socio-sanitario. Queste regole vengono

¹ In questo Rapporto, uniformemente a quanto fatto in passato, usiamo il termine RSA per indicare le strutture residenziali a valenza socio-sanitaria dedicate ad anziani non autosufficienti (livelli di assistenza R1 e R2). Questo tipo di servizio viene indicato con denominazioni diverse nelle Regioni italiane. Noi usiamo la denominazione RSA che è quella più diffusa e usata nel dibattito italiano per indicare genericamente questo setting.

stabilite e implementate da attori diversi, intrecciati in relazioni reciproche, determinando il funzionamento complessivo del sistema. Lo stesso vale per il processo di presa in carico della persona anziana, che coinvolge una rete di procedure, operatori e meccanismi interconnessi, dalla valutazione del bisogno all'insediamento in lista d'attesa fino all'attivazione dei servizi specifici. Inoltre, le interdipendenze emergono chiaramente nei bisogni degli anziani e delle loro famiglie, che sono complessi, variabili nel tempo e richiedono il coinvolgimento di più soggetti e servizi.

Questi tre livelli – le regole, il processo di presa in carico e l'attivazione dei servizi – pongono i gestori del settore socio-sanitario in relazione con una molteplicità di attori: enti locali, aziende di servizi alla persona, aziende sanitarie, altri gestori e realtà territoriali come associazioni e organizzazioni locali. Queste connessioni non solo esistono e rendono possibile il funzionamento del sistema, ma spesso rimangono implicite, poco valorizzate o non gestite consapevolmente. Tuttavia, riconoscere e governare queste interdipendenze è un fattore strategico: permette di attivare risorse, migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi e orientare i processi in modo proattivo, anziché subirne le conseguenze.

Alla luce di questa prospettiva, il tema dell'integrazione non si riduce a un semplice coordinamento tra soggetti e servizi, ma implica una gestione consapevole delle interdipendenze. L'approccio manageriale proposto in questa ricerca si basa proprio su questa idea: chi gestisce i servizi socio-sanitari può intervenire su queste dinamiche per generare maggiore valore, sia per la propria organizzazione sia per le persone anziane coinvolte. Se riconosciute e governate, infatti, le interdipendenze possono essere orientate verso obiettivi strategici, trasformando quelle che spesso appaiono come limitazioni in opportunità di innovazione. Se non riconosciute e non governate, le interdipendenze, al contrario, danno luogo a una dissipazione di valore. Di conseguenza, aumentano le fatiche, dal punto di vista degli utenti, delle famiglie e degli operatori, e si «bruciano» risorse, dal punto di vista del sistema.

Il lavoro di ricerca si è concentrato in modo particolare sui servizi residenziali, le RSA, fulcro di interconnessioni e interdipendenze. A partire da questo servizio è stato possibile individuare gli ambiti di interdipendenza in modo concreto, indagare quanto e come queste interdipendenze siano visibili e governate, e indagare soluzioni innovative scaturite dalla necessità e volontà di gestirle al meglio.

Le domande di ricerca che hanno ispirato questo anno di lavoro sono state tre. In primo luogo: quali sono oggi le **interdipendenze più rilevanti** che caratterizzano il settore socio-sanitario nei suoi rapporti con altri e specialmente con la sanità? Secondariamente: **quanto e come sono gestite** queste interdipendenze, con quale livello di integrazione tra attori e attraverso quali strumenti?

Terzo: **quali sono le innovazioni possibili** per migliorare la gestione delle interdipendenze? Come in ogni edizione, questo approfondimento è radicato nella lettura del contesto e nella **fotografia del settore**, dei servizi pubblici disponibili e del posizionamento dei gestori, anche in relazione alla dotazione di risorse del sistema e agli interventi di riforma in corso.

La struttura del Rapporto segue l'impostazione della ricerca. Il Capitolo 1 aggiorna la fotografia del settore socio-sanitario, dando il quadro nazionale dei numeri relativi a offerta di servizi, fabbisogno potenziale, servizi effettivamente erogati, cura informale e caratteristiche dei provider, finanziamento pubblico per la LTC e aggiornamenti in relazione alla Riforma Anziani. Il Capitolo 2 colloca il tema delle interdipendenze nella letteratura scientifica di riferimento, descrivendo il framework che ha guidato la ricerca. Il Capitolo 3 punta il faro sulle RSA come snodi di interdipendenza tra settori, sulla base di dati e prospettive sul loro attuale posizionamento strategico, sempre più vicino a un setting di tipo sanitario piuttosto che socio-assistenziale, in virtù della complessità del quadro clinico dei residenti in carico. Il Capitolo 4 riporta gli esiti di una survey che ha coinvolto 106 strutture afferenti ai provider aderenti a OLTC, in cui sono state esplorate le interdipendenze esistenti tra RSA e sanità, usando come espediente di indagine il percorso fatto dai residenti prima e durante la permanenza in struttura. Il Capitolo 5 dà evidenza di quattro casi studio che hanno avuto l'obiettivo di migliorare il presidio delle interdipendenze tra settori, con esperienze dirette di altrettanti gestori aderenti a OLTC – ASP Golgi Redaelli, Istituti Riuniti Airoldi e Muzzi, Gruppo Gheron e Gruppo Korian – ai cui referenti rinnoviamo il ringraziamento per aver condiviso dati e informazioni e per rendere accessibile a tutti gli addetti ai lavori del settore le iniziative. Infine, il Capitolo 6 tira le fila delle evidenze di quanto emerso dalle attività di ricerca 2024 proponendo alcune piste di lavoro per i gestori e i policy maker.

Desideriamo ringraziare sentitamente i trentaquattro enti gestori che nel 2024 hanno rinnovato la propria fiducia in questa iniziativa di ricerca (Tabella 1), condividendo la propria esperienza e i propri dati, senza i quali questo Rapporto non potrebbe esistere. Un sincero ringraziamento va anche a chi rende possibile il nostro lavoro da oltre dieci anni, credendo nella necessità di condurre ricerca su questi temi, ovvero Essity Italia.

Tabella 1. Aziende partecipanti ai lavori di ricerca 2024

<p>ASC Cremona Solidale ASP Golgi Redaelli ASP Bologna ASP Parma ASP Progetto Persona ASP Umberto Primo IPAV – Istituzioni Pubbliche di Assistenza Veneziane ISRAA Treviso Cidas Società Cooperativa Sociale CODESS Società Cooperativa Sociale Cooperativa Sociale Società Dolce Cooperativa Sociale CADIAI Cooperativa Sana Domus Assistenza Società Cooperativa Sociale KCS CAREGIVER COOPERATIVA SO- CIALE PROGES Scarl Punto Service Società Cooperativa So- ciale Gruppo SPES</p>	<p>Gulliver Società Cooperativa Sociale Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus Fondazione Opera Immacolata Concezione Onlus Fondazione Casa Cardinale Maffi Onlus Fondazione Pia Opera Ciccarelli Onlus Fondazione Istituto Sacra Famiglia Onlus Provincia Religiosa di San Marziano di don Orione – Piccolo Cottolengo di Milano EMMAUS S.r.l. Istituti Riuniti Airoldi e Muzzi Onlus Istituto Cav. Francesco Menotti – Onlus Colisée Italia Gruppo Gheron Gruppo Dussman, consorzio Kursana Gruppo Zaffiro Korian Italia – Gruppo Clariane KOS Care</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

di Elisabetta Notarnicola ed Eleonora Perobelli

Fin dalla sua prima edizione, il Rapporto OLTC propone una fotografia del settore socio-sanitario italiano aggiornata annualmente rispetto ai dati più recenti disponibili da fonti nazionali e amministrative, utile agli esperti nazionali e internazionali del settore per avere una visione completa delle sue diverse articolazioni. Ricostruire una rappresentazione esaustiva del settore LTC è un esercizio estremamente complesso, in quanto le fonti informative di riferimento sono frammentate tra attori e livelli di governo differenti, nonché pubblicate con grave ritardo rispetto all'anno a cui si riferiscono i dati. Inoltre, non sono disponibili dati certi rispetto ad alcuni elementi fondamentali quali il fabbisogno nella popolazione e il reale dimensionamento dell'offerta dei servizi. L'ambizione di questo capitolo è di ricomporre i dati ufficiali disponibili a inizio 2025 per fornire una fotografia aggiornata all'ultima data disponibile dello stato dell'arte del settore, fornendo una visione sistematica che guardi alle diverse tipologie di servizio, includendo la sfera pubblica e privata, oltre che formale e informale. Inoltre, si propone un approfondimento legato alla dotazione di finanziamento pubblico su cui si regge il settore, e allo stato di avanzamento della cosiddetta Riforma Anziani (L33/2023), per dare conto degli aggiornamenti (pochi) sul primo grande intervento di riforma sul tema della non autosufficienza avviato in Italia.

A questo fine, il paragrafo 1.1 aggiorna la mappatura circa i dati di offerta pubblica di servizi, utenza in carico e fabbisogno tra la popolazione. Il numero 1.2 approfondisce il mondo della cura informale, unico vero pilastro per le famiglie per la gestione dell'anziano al domicilio. Segue il paragrafo 1.3, che approfondisce l'andamento del finanziamento pubblico per la LTC. La sezione 1.4

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

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

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

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

Le evidenze presentate di seguito fanno riferimento all'annualità 2023, in linea con i dati più recenti disponibili nell'*Annuario Statistico del SSN*, poiché la rilevazione ISTAT sui Presidi Socio-Assistenziali – usata fino al 5° Rapporto OLTC – è ferma al 2021. La scelta degli autori è quindi di proporre un aggiornamento della fotografia della rete grazie ad altre fonti, cronologicamente più prossime alla pubblicazione del Rapporto. In particolare, verranno utilizzati:

- i dati dell'*Annuario Statistico del SSN* riferiti al 2023 per una fotografia della rete di offerta socio-sanitaria;
- i dati della Spesa Sociale dei Comuni e sugli Ospiti dei Presidi Socio-Assistenziali prodotti da ISTAT riferiti al 2021 per il calcolo degli utenti in carico ai servizi *in kind* ad afferenza sociale.

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

I dati 2023 verranno presentati in relazione ai dati di offerta pubblica, utenza in carico e bisogno per il settore LTC per anziani non autosufficienti

pubblicati nelle precedenti edizioni del Rapporto, per aggiornare la serie storica 2013-2016 e 2019-2023. Per approfondimenti – anche di carattere metodologico – si rimanda al Capitolo 2 del 2° Rapporto OLTC (2019) e al Capitolo 1 del 4° Rapporto OLTC (2022).

1.1.1 Servizi e utenti in carico

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

Gli anziani non autosufficienti: definizione e stima del bisogno potenziale

In questa sede quando parliamo di «anziani non autosufficienti» comprendiamo le persone di età 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 2023 la stima degli anziani non autosufficienti supera per la prima volta la soglia psicologica dei 4 milioni, attestandosi a 4.027.488 individui. Le stime per gli anni precedenti al 2019 riportate nelle

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

prime tre edizioni del presente Rapporto non sono comparabili per le differenze nella modalità di calcolo; tuttavia, si è scelto di riportare la serie storica completa per illustrare come i sistemi informativi possano cambiare sensibilmente la percezione e la dimensione del fenomeno di analisi.

Tra il 2021 e il 2023 la popolazione over65 non autosufficiente è cresciuta dell'1,7%. Questo aumento è dovuto all'aumento della quota di popolazione di anziani residenti, dato che la prevalenza percentuale delle gravi limitazioni funzionali non è stata aggiornata da ISTAT in questi anni e non si può quindi valutare un eventuale peggioramento delle condizioni di salute degli anziani.

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

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

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

Di seguito si propone inoltre la stima del bisogno potenziale per l'anno 2023 per fascia di età, che mostra il vertiginoso aumento della presenza di gravi limitazioni nel tempo (Tabella 1.2), diffuse tra il 63,8% degli over85.

Tabella 1.2. Over65 con limitazioni funzionali per fascia di età, stima 2023

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

Fonte: elaborazione delle autrici su dati ISTAT (2021) e I.Stat

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

La Tabella 1.3 riporta il quadro a livello nazionale della capacità produttiva complessiva della rete di offerta per gli anziani non autosufficienti, in termini di posti disponibili totali per tipologia di assistenza (socio-sanitaria e sociale). Si ricorda che i dati 2021-2023 hanno come fonte l'*Annuario Statistico del SSN*, mentre per gli anni precedenti la fonte è la rilevazione ISTAT sui Presidi residenziali: pur non chiarendo la natura della differenza tra le due indagini, i posti e posti letto indicati nell'*Annuario* sono tipicamente inferiori a quelli indicati da ISTAT, rendendo non comparabili i dati precedenti al 2020 (compreso). Infine, l'*Annuario* non riporta i posti letto in residenzialità sociale, presenti unicamente su ISTAT e aggiornati solo fino al 2021.

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

<i>Capacità produttiva complessiva del sistema per servizi residenziali e semiresidenziali</i>		
Anno	Servizi di afferenza socio-sanitaria	Servizi di afferenza sociale*
2013	233.317	21.004
2014	283.992	22.257
2015	284.947	16.746
2016	300.913	15.773
2019	314.715	14.836
2020	312.617	11.171
2021	226.455	11.523
2022	228.239	n.d.
2023	235.459	n.d.

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

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

Tabella 1.4. Capacità produttiva per tipo di servizio erogato, serie storica 2013-2016; 2019-2023

Capacità produttiva complessiva del sistema			
Anno	Tipo di servizio	Socio-sanitario	Sociale
2013	Residenziale	218.965	21.004
	Semiresidenziale	14.352	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	11.126.598*	n.d.
2014	Residenziale	269.065	22.257
	Semiresidenziale	14.927	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	10.401.812*	n.d.
2015	Residenziale	270.020	16.746
	Semiresidenziale	14.927	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	10.401.812*	n.d.
2016	Residenziale	285.247	15.773
	Semiresidenziale	15.666	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	12.467.620*	n.d.
2019	Residenziale	296.050	14.836
	Semiresidenziale	17.507	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	15.789.122*	n.d.
2020	Residenziale	295.836	11.171
	Semiresidenziale	16.781	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	13.202.896*	n.d.
2021	Residenziale	211.673	11.523
	Semiresidenziale	14.782	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	14.064.480*	n.d.

2022	Residenziale	212.874	n.d.
	Semiresidenziale	15.365	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	15.576.076*	n.d.
2023	Residenziale	212.663	n.d.
	Semiresidenziale	22.796	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	17.226.138*	n.d.

*ore erogate

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

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

Rispetto ai dati 2022 lo scenario è cambiato come segue:

- l'offerta di posti letto in residenzialità socio-sanitaria è sostanzialmente invariata (-0,1%);
- aumenta sensibilmente l'offerta di posti in servizi semi-residenziali socio-sanitari, dopo i bruschi cali registrati negli anni più acuti dell'emergenza da Covid-19 (+48%). Inoltre, la dotazione attuale è del 30% superiore a quella disponibile nel 2019;
- le ore di assistenza domiciliare integrata (ADI) erogate sono aumentate dell'11%.

L'*Annuario* non specifica le ragioni che hanno portato a queste variazioni nell'offerta, limitando la capacità di interpretare a pieno questo fenomeno. È possibile, tuttavia, avanzare alcune ipotesi: la ripresa dei centri diurni può essere ricondotta al rientro alla normale operatività dei servizi dopo le stringenti limitazioni imposte nel biennio 2020-2021. Come si vedrà successivamente, l'aumento delle ore complessive di ADI erogate è trainato dalla crescita del numero di casi anziani in carico, probabilmente in virtù del target PNRR che impegna l'Italia a raggiungere il 10% degli over65 con una misura di assistenza domiciliare entro il 2026. Tuttavia, a fronte di un aumento dei casi in carico, diminuiscono le ore medie erogate per caso: 14, contro le 16 del 2021 e le 18 del 2019. Sebbene l'ADI rimanga il

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

servizio più capillare sul territorio in termini di soggetti raggiunti (cfr. *infra*), rimane attuale la riflessione sull'effettiva capacità di un servizio così limitato e contingentato nel tempo di dare risposta ai bisogni assistenziali degli anziani. Inoltre, la formulazione del target PNRR sembra spostare l'attenzione del sistema verso il numero di persone da raggiungere, a discapito dell'effettiva capacità di presa in carico e di una chiara collocazione del ruolo di questo servizio nella filiera. Semplificando, la scelta del legislatore – che combina l'assenza di una definizione di bisogni prioritari cui rispondere con questa misura e il mancato inserimento di nuove risorse del sistema – sembra essere di offrire poco a tanti, in luogo di un servizio maggiormente caratterizzato rivolto a un target di bisogno più specifico.

Per quanto concerne la rete sociale, non sono disponibili dati sulla rete di offerta nazionale, salvo per il dato sui posti letto in strutture residenziali proposto da ISTAT fermo al 2021, quando i posti erano 11.523, sostanzialmente invariati rispetto al 2020 (11.171), lontani dai valori pre-pandemici (erano quasi 15.000 nel 2019). Anche in questo caso, l'assenza di dati interpretativi limita la capacità di analizzare puntualmente le ragioni di questo andamento. Tra le ipotesi più plausibili, un calo dovuto alle chiusure forzate delle strutture sociali durante il biennio 2020-2021.

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

La Tabella 1.5 riporta il dato circa gli utenti complessivamente in carico ai servizi; mentre nella successiva Tabella 1.6 tali valori vengono approfonditi tramite un'ulteriore suddivisione per tipologia di servizio. In generale, gli utenti che usufruiscono dei servizi per anziani, coerentemente con la distribuzione dei servizi illustrata nel paragrafo precedente, appaiono principalmente in carico all'area socio-sanitaria, rispetto all'area sociale.

Tabella 1.5. Numero annuo di utenti in carico alla rete di offerta, serie storica 2013-2016; 2019-2023

Utenti in carico		
Anno	Socio-sanitario	Sociale
2013	813.099	578.517
2014	907.034	460.067
2015	909.186	512.186
2016	1.075.152	416.109
2019	1.167.597	436.717
2020	1.112.905	312.477
2021	1.179.396	347.924
2022	1.295.849	n.d.
2023	1.749.136	n.d.

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

Si riporta di seguito la scomposizione degli utenti in carico ai servizi in relazione alla tipologia (Tabella 1.6) per un'analisi più approfondita. Considerato lo scarto temporale con la rilevazione ISTAT sui servizi sociali dei comuni, in questa sede ci soffermiamo sui servizi socio-sanitari. Rispetto al 2022 aumentano i soggetti in carico a tutti i servizi considerati, pur con intensità differente: +0,6% nei servizi residenziali, +15% nei centri diurni, +27% per ADI.

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

Anno	Tipo di servizio	Utenti in carico	
		Socio-sanitario	Sociale
2013	Residenziale	260.028	18.443
	Semiresidenziale	23.233	402.710
	Domiciliare (ADI e SAD)	529.838	157.364
2014	Residenziale	271.052	18.540
	Semiresidenziale	24.111	291.532
	Domiciliare (ADI e SAD)	611.871	149.995
2015	Residenziale	273.204	14.124
	Semiresidenziale	24.111	356.286
	Domiciliare (ADI e SAD)	611.871	141.776
2016	Residenziale	271.972	13.296
	Semiresidenziale	23.954	270.109
	Domiciliare (ADI e SAD)	779.226	131.876
2019	Residenziale	280.248	12.882
	Semiresidenziale	28.453	294.005
	Domiciliare (ADI e SAD)	858.896	129.830
2020	Residenziale	246.376	8.777
	Semiresidenziale	21.706	169.883
	Domiciliare (ADI e SAD)	844.823	133.817
2021	Residenziale	284.141	9.417
	Semiresidenziale	16.225	208.772
	Domiciliare (ADI e SAD)	879.030	129.735
2022	Residenziale	302.546	n.d.
	Semiresidenziale	19.798	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	973.505	n.d.
2023	Residenziale	304.270	n.d.
	Semiresidenziale	22.796	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	1.232.203	n.d.

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

Anche in questo caso, l'assenza di dati interpretativi condivisi da parte di *Annuario* limita la nostra capacità di commento e comprensione di questo fenomeno. Si ricorda che per i dati relativi ai servizi residenziali, i dati precedenti al 2020 (incluso) non sono comparabili, in quanto estratti dall'indagine ISTAT. Soffermandoci quindi sul periodo 2021-2023, è possibile notare come vi sia stato

un aumento sostenuto degli ospiti dei presidi residenziali e semi-residenziali, probabilmente in seguito a un graduale rientro alla normalità a seguito dell'emergenza pandemica. Per quanto concerne ADI, valgono le riflessioni già anticipate: l'aumento rilevante degli utenti in carico riflette la spinta normativa a raggiungere il target PNRR, seppur riducendo l'intensità assistenziale media sui singoli casi.

Per quanto concerne i servizi ad afferenza sociale, i dati 2021 (i più recenti a disposizione) segnano una ripresa rispetto al 2020 (+11%), pur risentendo ancora in maniera decisiva degli impatti della pandemia. I servizi sociali *in kind* hanno infatti risentito delle misure restrittive per l'accesso di nuovi utenti durante le fasi più acute dell'emergenza sanitaria, che si sono prolungate nel 2021.

1.1.2 Stima della copertura del bisogno

Dopo aver presentato la stima del bisogno potenziale, la mappatura della dotazione della rete di offerta a livello nazionale e gli utenti in carico ai diversi servizi, si analizza il tasso di copertura del fabbisogno per gli anziani non autosufficienti, ottenuto come rapporto tra il numero di utenti in carico ai servizi considerati e la stima del fabbisogno potenziale. Poiché i dati di presa in carico 2023 sono disponibili solo per il settore socio-sanitario, in questa sede si propone il tasso di copertura solo per questi servizi LTC.

Tabella 1.7. Tassi di copertura del bisogno dei servizi socio-sanitari, anno 2023

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

Il tasso di copertura del bisogno garantito dalla rete socio-sanitaria pubblica è complessivamente molto contenuto (Tabella 1.7), e il servizio più capillare risulta essere ADI, pur con tutte le riserve già espresse in precedenza sull'effettiva capacità di presa in carico e che verranno approfondite più avanti nel paragrafo. I servizi semiresidenziali raggiungono una quota prossima allo zero del fabbisogno, rimanendo di gran lunga il setting meno diffuso della rete; mentre la residenzialità raggiunge il 7,6% del bisogno sugli over65 non autosufficienti. La copertura del bisogno sale invece al 9,9% se l'utenza in carico viene messa in relazione con la fascia di popolazione più in target per il servizio, gli over75 non autosufficienti (Tabella 1.8). La Tabella 1.8 mostra la copertura del bisogno tramite RSA per questa fascia di popolazione nelle diverse regioni italiane, e registra un'ampia variabilità che segue la geografia del Paese: nelle regioni del Nord

i tassi di copertura sono superiori al 10%, nel Centro-Sud sono compresi tra l'1% e il 4% (con l'eccezione delle Marche, che raggiungono il 13,4% degli over75 non autosufficienti), percentuali estremamente contenute. Questa distribuzione dei tassi di copertura è coerente con la presenza delle strutture sul territorio nazionale, anche se l'assenza del dato sulla distribuzione dei posti letto per regione impedisce una rappresentazione a livello locale.

Tabella 1.8. Tasso di copertura del bisogno della popolazione 75+ non autosufficiente tramite RSA. Dettaglio regionale, anno 2023

Regione / Provincia Autonoma	Ospiti di presidi residenziali	Popolazione over75 non autosufficiente	Copertura del bisogno 75+
Prov. Auton. di Bolzano	6.232	21.373	29,2%
Prov. Auton. di Trento	6.682	24.402	27,4%
Lombardia	85.636	458.951	18,7%
Veneto	42.053	228.888	18,4%
Friuli-Venezia Giulia	10.908	65.582	16,6%
Piemonte	33.954	225.868	15,0%
Liguria	13.734	93.421	14,7%
Marche	11.367	84.566	13,4%
Toscana	27.741	212.223	13,1%
Emilia-Romagna	25.111	222.788	11,3%
Umbria	4.000	50.842	7,9%
Valle d'Aosta	443	5.903	7,5%
Lazio	10.807	273.852	3,9%
Abruzzo	3.023	81.954	3,7%
Puglia	7.591	228.415	3,3%
Calabria	2.910	104.804	2,8%
Molise	520	19.720	2,6%
Sicilia	6.579	262.844	2,5%
Basilicata	628	33.290	1,9%
Sardegna	1.464	101.165	1,4%
Campania	2.887	262.361	1,1%
Italia	304.270	3.064.170	9,9%

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

Si conclude la rappresentazione della capacità della rete di rispondere al fabbisogno attraverso la distribuzione regionale della copertura tramite ADI, che come visto (Tabella 1.7) è oggi il servizio pubblico più capillare. La Tabella 1.9 mostra questo approfondimento e l'ampia variabilità nella capacità di questo strumento di intercettare una quota più o meno ampia del bisogno, a seconda dei contesti. I casi in carico sono messi in relazione sia con la popolazione over65

non autosufficiente, ritenuta il target più coerente per questa misura, che con la popolazione over65 generale, in linea con i target PNRR, per apprezzare quanto l'assistenza tramite ADI attualmente contribuisca al raggiungimento di questi obiettivi nazionali.

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

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

Regione / P.A.	Popolazione 65+	Prevalenza N.A. 65+	65+ non auto	Casi ADI anziani	Copertura 65+ N.A. via ADI	Copertura 65+ via ADI
Friuli-Venezia Giulia	321.370	21,7%	69.737	51.215	73,4%	15,9%
Molise	76.879	25,8%	19.835	14.495	73,1%	18,9%
P.A. Trento	126.166	23,7%	29.901	17.996	60,2%	14,3%
Toscana	959.361	26,8%	257.109	136.716	53,2%	14,3%
Veneto	1.168.563	22,9%	267.601	124.660	46,6%	10,7%
Lazio	1.320.956	26,9%	355.337	164.451	46,3%	12,4%
Emilia-Romagna	1.086.649	33,0%	358.594	142.630	39,8%	13,1%
P.A. Bolzano	108.307	24,1%	26.102	9.377	35,9%	8,7%
Basilicata	133.711	33,0%	44.125	14.749	33,4%	11,0%
Liguria	435.304	22,5%	97.943	30.843	31,5%	7,1%
Lombardia	2.326.530	24,4%	567.673	176.055	31,0%	7,6%
Valle d'Aosta	30.725	24,0%	7.374	2.257	30,6%	7,3%
Marche	384.637	32,3%	124.238	34.343	27,6%	8,9%
Abruzzo	321.715	32,7%	105.201	27.604	26,2%	8,6%
Piemonte	1.121.870	22,9%	256.908	58.806	22,9%	5,2%
Campania	1.149.394	34,0%	390.794	77.156	19,7%	6,7%
Umbria	229.077	30,3%	69.410	12.746	18,4%	5,6%
Sicilia	1.100.270	34,6%	380.693	66.221	17,4%	6,0%

Puglia	930.437	32,8%	305.183	38.539	12,6%	4,1%
Calabria	435.253	35,6%	154.950	17.378	11,2%	4,0%
Sardegna	414.123	35,2%	145.771	13.966	9,6%	3,4%
Italia	14.181.297	28,4%	4.027.488	1.232.203	30,6%	8,7%

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

Ministero della Salute (2025). *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*. Anno di riferimento: 2023.

La variabilità delle fonti nel tempo e l'assenza di elementi interpretativi nell'*Annuario* limitano la capacità di decodificare a pieno questi elementi. Vogliamo però rimarcare in questa sede che le differenti performance regionali riflettono diversi posizionamenti con riferimento a: scelte di allocazione delle risorse SSN ed extra; investimenti riferiti alla rete dei servizi domiciliari; articolazione della rete di offerta e diversi modi di vedere il settore socio-sanitario.

Complessivamente, i dati illustrati in questa sezione segnalano la limitata capacità della rete di welfare pubblico di intercettare il proprio bacino di utenti potenziali, con ampia variabilità regionale³. Le evidenze circa le effettive capacità di presa in carico di ADI interrogano circa le modalità con cui è stato fissato il target PNRR e l'orientamento che ha dato al sistema (meno a più persone; rispetto a più intensità per bisogni prioritari). Inoltre, appare più che mai necessario sollecitare la creazione di un sistema informativo per il settore, che metta a disposizione di cittadini, addetti ai lavori e ricercatori dati aggiornati, coerenti e solidi.

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

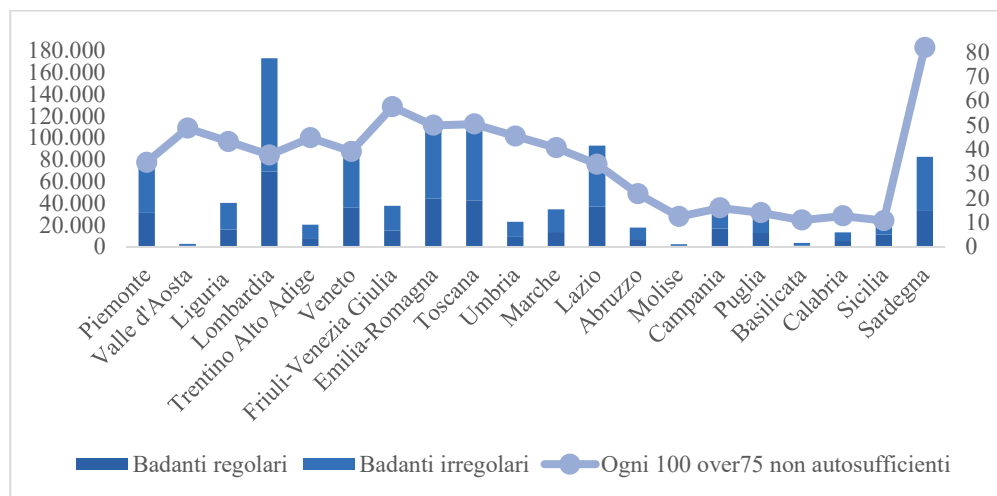
I dati INPS sul lavoro domestico in Italia incrociati con quelli ISTAT sulla popolazione residente ci permettono di aggiornare annualmente la cifra che rappresenta la presenza di badanti in Italia. Per il 2023, la stima del numero di

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

badanti – regolari e irregolari – è di 1.034.243 persone⁴. In termini di incidenza percentuale questo implica la presenza di circa sette badanti ogni 100 cittadini over75, quasi 34 ogni 100 cittadini over75 non autosufficienti: in altre parole, uno su tre tra questi ultimi si avvale di una badante. 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.

Continua il calo del numero di badanti regolari già segnalato nella precedente edizione del rapporto, pari al 4,4%, tornando ora ad assestarsi ai livelli 2019. Tra le possibili ragioni vi è una riduzione delle regolarizzazioni «spontanee» promosse nelle fasi più critiche della pandemia da Covid-19 per garantire continuità nella cura e l'esaurirsi della norma prevista dal DL 34/2020, che aveva portato all'emersione di lavori irregolari. A questo si aggiungono anche i diversi «shock economici» (inflazione, costi energetici ecc.) che le famiglie italiane hanno dovuto affrontare nel 2022, che potrebbero aver influito sulla loro disponibilità (e capacità) a pagare per tali servizi. La spesa stimata delle famiglie italiane è pari a 7,2 miliardi nel 2023, considerando sia la quota regolare sia irregolare (Osservatorio Domina, 2024).

Figura 1.1. Distribuzione di badanti regolari e irregolari nelle regioni e incidenza rispetto agli over75 non autosufficienti, anno 2023



⁴ Per la stima dei lavoratori irregolari si è utilizzato, in continuità con i 6 Rapporti OLTC precedenti, il rapporto 40-60 tra lavoratori regolari e irregolari. Questa proporzione è confermata anche dalla recente pubblicazione di Pasquinelli e Pozzoli (2021) ma anche da ISTAT (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%.

1.3 La spesa pubblica per Long Term Care

Le stime ufficiali rispetto alla spesa per non autosufficienza sono fornite dalla Ragioneria Generale dello Stato (2024), che pubblica annualmente un report con dati e proiezioni per ciò che viene definito «assistenza socio-sanitaria agli anziani». I dati riportati in questo documento corrispondono quindi a tre componenti: la spesa sanitaria per Long Term Care (LTC), le indennità di accompagnamento e gli interventi socio-assistenziali, erogati a livello locale, rivolti alle persone con disabilità e agli anziani non autosufficienti. Il report parla di Long Term Care, includendo quindi diversi target di intervento, in modo più ampio rispetto alla categoria logica della non autosufficienza e intendendo LTC nella sua definizione più ampia. Propone poi degli approfondimenti per fascia di età: coerentemente con l'approccio tenuto in questo Rapporto, ci si soffermerà sui dati riferiti agli interventi per cittadini 65+.

La spesa pubblica complessiva per LTC ammontava nel 2023, anno più recente per cui sono disponibili i dati, all'1,6% del PIL (pari a circa 33 Miliardi di Euro). La componente erogata a cittadini 65+ rappresenta il 74,1%, presentando quindi un valore pari all'1,2% sul PIL (pari a circa 25 Miliardi di Euro). La componente sanitaria e le indennità di accompagnamento coprono complessivamente l'81% della spesa complessiva per LTC (rispettivamente, il 38,3% il 42,7%). Il restante 19% è rappresentato dalle altre prestazioni assistenziali. Osservando il trend dal 2018 al 2023 si rileva come la spesa in rapporto al PIL abbia un andamento altalenante ma mostri, a partire dal 2020 in poi, un importante trend di contrazione che deve essere considerato anche rispetto alla differenza tra valori nominali e reali. Non solo si riduce la percentuale in rapporto al PIL, ma anche il PIL si riduce negli anni e aumenta l'inflazione, con l'effetto che la spesa pubblica per LTC per cittadini 65+ in termini reali sia in un trend di importante riduzione.

1.4 Riforma Anziani: stato dell'arte a gennaio 2025

Il percorso di riforma del settore dell'assistenza agli anziani che era stato avviato nel 2022 ha avuto nel corso del 2024 un aggiornamento importante, legato alla pubblicazione del Decreto Legislativo n. 29/2024 «Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33».

Tale provvedimento contiene disposizioni finalizzate a promuovere la dignità e l'autonomia, l'inclusione sociale, l'invecchiamento attivo e la prevenzione della fragilità della persona anziana (Dipartimento per il programma di Governo, 2024). Il decreto mira, inoltre, a riordinare, semplificare, coordinare e rendere più efficaci le attività di assistenza sociale, sanitaria e socio-sanitaria per gli anziani non autosufficienti. Si introducono, infatti, alcuni elementi esplicativi circa l'attivazione di «punti unici di accesso» (PUA), collocati presso le

«case della comunità» e futura sede unica della valutazione multidimensionale finalizzata a definire un «progetto assistenziale individualizzato» (PAI), che indicherà le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali necessarie per la persona anziana, proponendo un approccio integrato. Il Decreto parla anche di una valutazione multidimensionale unificata omogenea su tutto il territorio nazionale, che dovrebbe essere implementata da una Unità di valutazione multidisciplinare (UVM) operante presso i PUA.

Altro elemento che ha suscitato grande interesse riguarda la sperimentazione, a decorrere dal 1° gennaio 2025 e fino al 31 dicembre 2026, di una prestazione universale, dedicata a cittadini anziani over80 caratterizzati da una grave non autosufficienza e bassi livelli di ISEE. Per questa misura sono stati stanziati 250 milioni di euro per l'anno 2025 e 250 milioni di euro per il 2026. Dall'attuazione delle altre disposizioni non derivano, invece, nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

1.5 Il posizionamento strategico dei grandi *player* del settore

Per completare il quadro del settore si propone un affondo sul profilo dei grandi player (aziende e gruppi) che erogano servizi di LTC, fornendo dati sulle loro caratteristiche e sul loro posizionamento in termini di business model e strategie aziendali. Per fare questo sono stati raccolti questionari⁵ e dati aziendali da 27 grandi *player* del settore tra quelli partecipanti all'Osservatorio Long Term Care (cfr. Introduzione), selezionati per la loro dimensione in termini di fatturato e rilevanza nel territorio nazionale. Dove rilevante, i risultati verranno messi in relazione con quanto emerso dalla stessa rilevazione negli scorsi anni per evidenziare trend e fenomeni in atto nel settore⁶.

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 Beneficienza (IPAB) e 1 Azienda Speciale Consortile (ASC);

⁵ I dati sono stati raccolti attraverso una rilevazione dedicata attiva tra gennaio e febbraio 2025, inviata alle 34 aziende individuate come *key players* del settore. Le risposte raccolte sono state 27.

⁶ Le aziende rispondenti al questionario nelle edizioni precedenti della rilevazione sono in parte differenti: tuttavia, si ritiene che le rilevazioni possano essere lette in maniera congiunta in virtù del fatto che le Aziende partecipanti a OLTC hanno caratteristiche omogenee e comparabili.

- 11 Cooperative;
- 3 Aziende private for profit;
- 6 Fondazioni di derivazione o connotazione ecclesiastica.

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

Figura 1.2. Natura giuridica dei grandi *player*, anno 2025

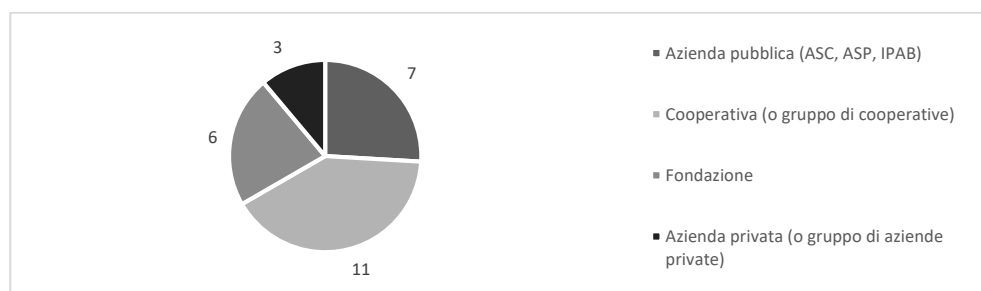
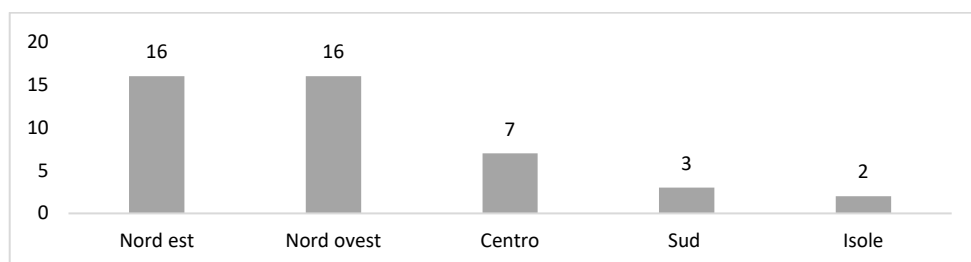


Figura 1.3. Aree geografiche di intervento dei grandi *player*, anno 2025



Delle 27 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, 20 provider operano in un'unica area geografica (tipicamente Nord Est o Nord Ovest), 6 in due o più aree, solo una organizzazione è presente su tutto il territorio nazionale. Questo dato è coerente rispetto al fatto che nel Centro e Sud Italia i servizi per anziani sono meno diffusi e che siano presenti prevalentemente gestori di singole strutture e piccolissime dimensioni e di conseguenza un numero esiguo di grandi *player*.

Con riferimento al 2023, complessivamente i gestori partecipanti al Network gestiscono **attività per oltre 1,8 miliardi di fatturato**⁷, quasi 26.000 posti

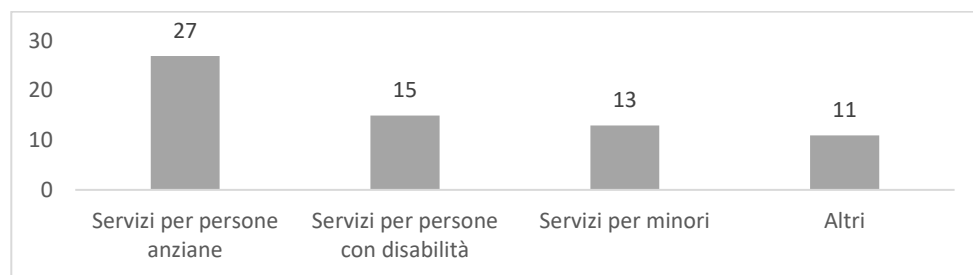
⁷ Dato riferito a 20 enti.

letto⁸ (il 12% del totale del settore, cfr. Tabella 1.4) e una platea totale di più di 2,8 milioni di utenti serviti⁹. Considerando unicamente gli utenti di servizi residenziali (2,1 milioni) si conferma il quadro sempre più complesso degli ospiti di RSA: l'**età media** degli ingressi nel biennio 2023-2024 è di **84,5 anni**, e la permanenza media è di poco meno di un anno (**345 giorni**). La **metà degli ospiti (49%) ha, in media, disturbi cognitivi certificati** o rilevati dalle equipe di struttura incaricate di redigere il piano assistenziale.

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, 15 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. Dieci di loro sono attivi anche in altri comparti, quali servizi sanitari, oppure dedicati alla salute mentale, all'accoglienza, al disagio adulto e al contrasto alla povertà ed emarginazione.

Figura 1.4. Posizionamento in diverse aree di servizio, anno 2025



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*, 23, abbinano alla gestione delle strutture residenziali socio-sanitarie un'offerta di servizi domiciliari. Sono poi 22 i

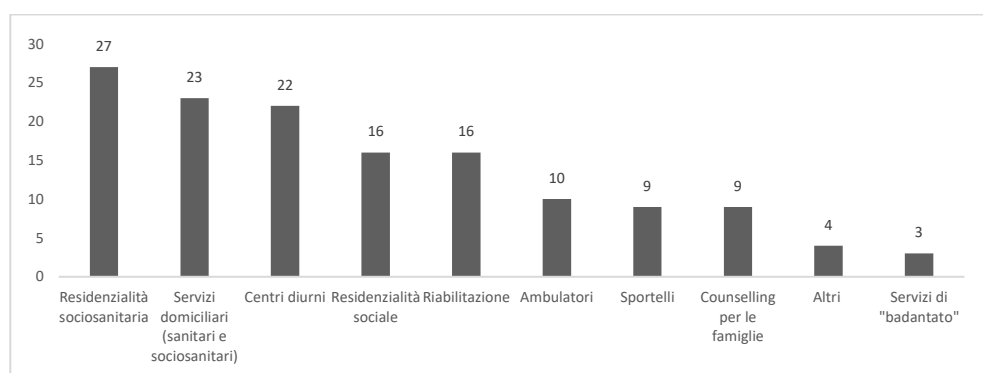
⁸ Dato riferito a 26 enti.

⁹ Dato riferito a 22 enti.

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

- sedici *player* gestiscono anche servizi residenziali sociali per anziani, ovvero senza alcuna componente sanitaria o socio-sanitaria, e quindi pagati prevalentemente dalle famiglie. Questi sono gruppi appartamento, residence, mini alloggi e altre modalità di abitare che prevedono forme di aggregazione e servizi assistenziali connessi ma solo nell'ambito della socialità e vita quotidiana;
- altri *player* hanno sviluppato la filiera non tanto andando a completare i setting socio-sanitari o sociali, quanto includendo servizi di derivazione sanitaria come quelli di riabilitazione (sia ambulatoriale sia residenziale) o offerta ambulatoriale di varia natura. Sei 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 con servizi di sportello e *counseling*. Nel primo caso si tratta di servizi di presa in carico e informativi per orientare e supportare le famiglie nell'accesso e nella frequenza ai servizi, offerti da 9 *player*. Nel caso del *counseling* si tratta invece di servizi di consulenza operativa o psicologica per le famiglie, sempre a supporto della gestione della non autosufficienza, presenti in 9 enti. Otto gestori offrono entrambi i servizi.

Figura 1.5. Servizi per anziani gestiti dai grandi *player*, anno 2025



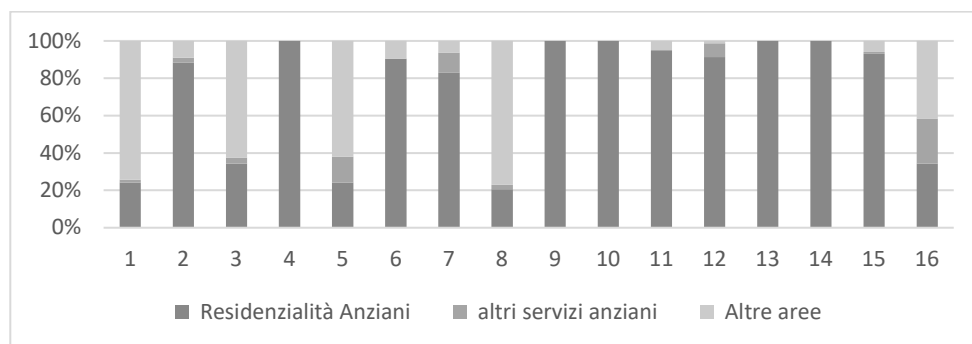
Dai dati sui 27 gestori di servizi LTC si conferma il consolidamento di un'offerta orientata alla filiera «tradizionale», che propone più setting di presa in carico alle famiglie e agli utenti nel tentativo di accompagnare l'evoluzione dei bisogni attraverso la possibilità di accedere a servizi con diversa intensità assistenziale.

A complemento di questi, diversi provider si stanno attrezzando anche rispetto a una gamma più ampia di bisogni delle famiglie, includendo il tema dell'accompagnamento e del supporto psicologico. Allo stesso tempo, cresce anche l'offerta di servizi ad afferenza sanitaria, con la disponibilità di riabilitazione e ambulatori.

Seguono alcuni dati che interpretano il posizionamento strategico dei gestori in funzione della composizione del loro fatturato. Si usano in questo caso dati riferiti 2024 in modo da poter fornire sempre il dato più aggiornato possibile. Con riferimento ai dati 2023 presentati nei paragrafi precedenti si evidenzia una differenza molto rilevante: cambia per le due rilevazioni (quella riferita al 2023 e quella riferita al 2024) il numero di enti aderenti a OLTC che ha fornito i dati alla base delle elaborazioni, motivo per cui i dati non sono direttamente comparabili e paragonabili.

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 2024.

Figura 1.6. Scomposizione del fatturato 2024 per aree di attività, grandi player del settore. n=16



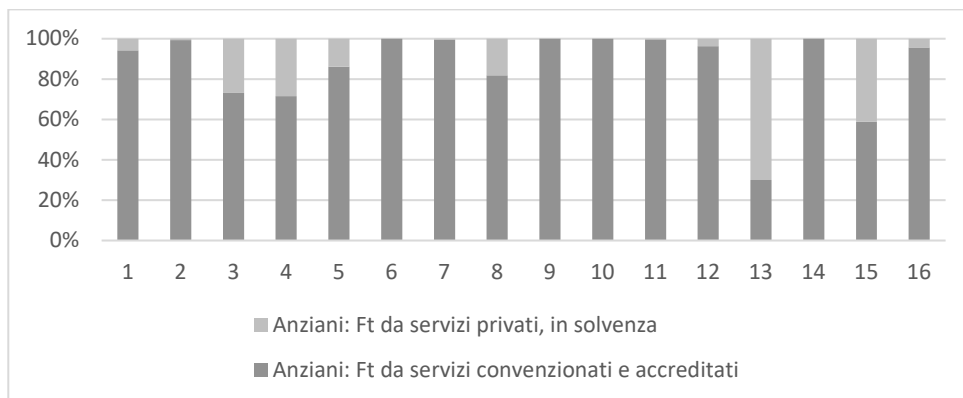
I servizi per anziani diversi dalla residenzialità contribuiscono mediamente solo al 4% dei ricavi complessivi, mantenendo quindi un peso residuale nel business model complessivo. Il fatturato derivante da servizi non dedicati ad anziani, sebbene raggiunga e/o superi il 60% in ben quattro casi, è in media del 22%, in diminuzione rispetto alla scorsa edizione della rilevazione (37%), confermando il trend rilevato già da diversi anni (nella rilevazione dedicata al 4° Rapporto OLTC era pari al 47%). La residenzialità per anziani è di gran lunga la prima fonte di fatturato (74% in media), segnando un importante aumento rispetto all'edizione passata (quando era pari al 56%). La consistenza dell'incidenza del fatturato da residenzialità segnala che questo setting è quello che meglio ha tenuto (da un punto di vista di sostenibilità economica) in questi anni. Le difficoltà sul comparto diurno e domiciliare sono state maggiori e hanno portato i

grandi gestori a ridurre i volumi. Il residenziale, pur con tutte le difficoltà, è stato quello su cui si è deciso di investire e proteggere, anche in virtù degli importanti budget pubblici garantiti e accessibili. A ogni modo, se negli anni scorsi le aziende avevano chiaramente puntato a non perdere terreno sulla residenzialità, nel 2024 i dati segnalano una ripresa ormai stabile del segmento residenzialità. Questi sembrano avere riacquisito rilevanza in termini percentuali nel mix di offerta e di fatturato. Guardando alla natura giuridica delle singole aziende, o alla loro collocazione geografica, non emergono particolari differenze, a segnalare che le scelte di posizionamento strategico dipendono dalle storie delle singole aziende più che dalla loro configurazione giuridica.

Offerta pubblica e mercato privato

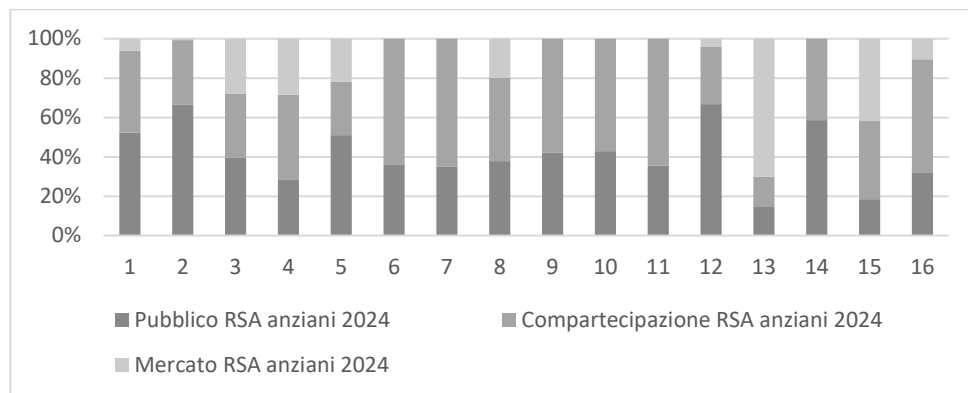
Il settore socio-sanitario si è sviluppato nel tempo intorno all'offerta pubblica e ai meccanismi di accreditamento, convenzionamento e budget. Il settore sta però cambiando, sia con riferimento alla capacità del welfare pubblico di soddisfare un bisogno potenziale in costante evoluzione, sia con riferimento ai bisogni delle famiglie sempre più differenziati per cluster sociali e alla ricerca di personalizzazione (per approfondimenti, si rimanda al Capitolo 1 del 5° Rapporto OLTC). Tra i servizi tradizionalmente presenti (strutture residenziali, centri diurni e assistenza domiciliare) si iniziano a diffondere quote crescenti di posti e accessi dedicati al mercato privato e al libero accesso da parte delle famiglie. I primi a riposizionare la propria offerta in questa direzione sono stati i grandi *player*, che oggi presentano (con intensità differenziate) quote – seppur minoritarie – di attività svolta al di fuori del regime pubblico. In Figura 1.7 è possibile osservare la scomposizione del fatturato 2024 per attività socio-sanitarie dedicate al target anziani, tra servizi ad accreditamento o convenzionamento pubblico e servizi a mercato privato: in media l'86% del fatturato deriva dalla prima tipologia e il 13% dalla seconda. Il dato sul mercato privato è fortemente condizionato dal caso di un gestore, che genera il 70% dei ricavi attraverso la solvenza: nei casi rimanenti, la quota oscilla tra lo 0 e il 30%. Questa rilevazione è in linea con quanto registrato rispetto alla rilevazione precedente riferita a dati 2023, confermando un trend di riduzione della quota di fatturato derivante da servizi in solvenza post-pandemia (era il 91% nel 5° Rapporto OLTC, dati 2022).

Figura 1.7. Scomposizione del fatturato 2024 per attività verso pubblico o verso privati, grandi *player* del settore. n=16



Con riferimento ai servizi residenziali per anziani, che come visto (Figura 1.6) generano il 74% 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 44% del fatturato per servizi residenziali per anziani, mentre la quota corrisposta direttamente dal pubblico vale il 41% 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 6° Rapporto OLTC, la quota di fatturato generata dalla compartecipazione è cresciuta di ben 20 punti percentuali, in linea con l'aumento della rilevanza della quota di fatturato da servizi accreditati, ma probabilmente riconducibile a strutture che hanno su questa partita un posizionamento specifico. Il dato non è tuttavia perfettamente paragonabile in quanto rispetto alla rilevazione precedente ha risposto un numero maggiore di enti, la cui rilevanza relativa (in termini di fatturato) è significativa.

Figura 1.8. Scomposizione del fatturato 2024 per servizi residenziali per anziani, grandi *player* del settore. n=16

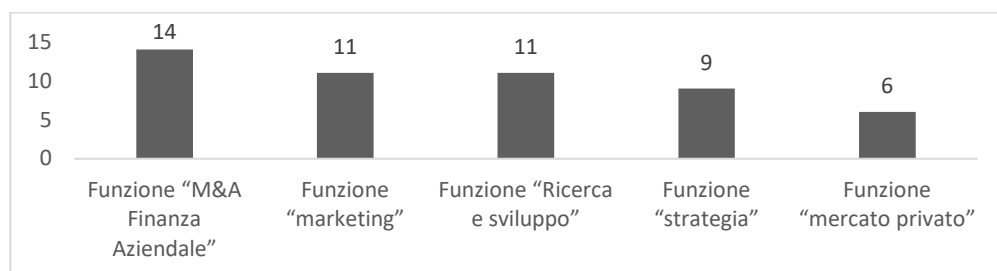


Cambiando prospettiva e considerando unitamente la quota di compartecipazione pagata dalle famiglie e la parte di rette da servizi a mercato, si osserva come mediamente quasi il 58% del fatturato venga corrisposto alle strutture direttamente dalle famiglie.

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, sia di cambiamenti nei perimetri aziendali e societari.

Figura 1.9. Presenza delle funzioni strategiche nell'organigramma aziendale, grandi *player*, anno 2025. n=18



Un primo elemento oggetto di indagine si è concentrato 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, per 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), e ben quattordici di *Mergers & Acquisitions*, ovvero finanza aziendale (a segnalare la rilevanza delle operazioni straordinarie nel settore), in forte crescita rispetto alla rilevazione precedente, quando erano sette. 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 operazioni¹⁰. Nove su 23 gestori hanno effettuato operazioni straordinarie nel biennio 2022-2024, prevalentemente cessioni (5) e acquisizioni (5). 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 2022-2024 dai grandi *player* del settore

	2022-2024
<i>Players</i> coinvolti in operazioni straordinarie (su 23)	8
Coinvolti in processi di fusione	3
Coinvolti in processi di cessione	5
Coinvolti in processi di acquisizione	5

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

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

di 32 strutture. Molto frequenti anche le situazioni in cui i grandi *player* hanno ceduto o chiuso strutture (12 *player* su 23 che hanno risposto a questa domanda), con un *player* che ha terminato la propria attività in ben 20 strutture. In termini di distribuzione territoriale, le acquisizioni/aperture si sono concentrate prevalentemente nel Nord Est (scelto da sette gestori) o Ovest (sei gestori), e in Centro Italia (indicato da cinque gestori); similmente le chiusure sono avvenute nel Nord Ovest (sette gestori) e nel Nord Est (tre gestori), seguite dal Centro (2 gestori).

Tabella 1.11. Aperture/Acquisizioni e Chiusure/Cessioni di strutture per anziani, grandi *player*, anni 2022-2024

	Apertura / acquisizione di nuove strutture per anziani. 2022-2024	Chiusura / cessione di nuove strutture per anziani. 2022-2024
<i>Player</i> coinvolti	11	12
Numero operazioni (totale)	32	34

1.6 Conclusioni

Complessivamente, la fotografia del settore al 2023 ci restituisce un'immagine in cui il bisogno di servizi per la non autosufficienza aumenta inesorabilmente, mentre il welfare pubblico ne raggiunge una quota minoritaria e prevalentemente con un servizio, ADI, la cui capacità effettiva di presa in carico rimane controversa. I gestori, dal proprio canto, mantengono un posizionamento saldamente ancorato al mercato accreditato con un'apertura limitata a servizi diversi dalla residenzialità, rimanendo quindi lontani dalla potenziale platea di bisogno presente nel nostro Paese. In questo quadro, l'offerta più capillare per accompagnare l'invecchiamento rimane il badantato, pur con tutti i limiti e le implicazioni (sociali e di cura) che questo comporta.

Bibliografia

- Dipartimento per il programma di Governo (2024), *Focus sul D.lgs. 15 marzo 2024, n. 29: politiche in favore delle persone anziane.*
- Fosti, G., Notarnicola, E., Perobelli, E. (a cura di) (2022), *Il presente e il futuro del settore Long Term Care: cantieri aperti 4° Rapporto Osservatorio Long Term Care*, Milano: Egea.
- ISTAT (2021), *Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia, Anno 2019.*
- ISTAT (più anni), *Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari.*
- ISTAT (più anni), *Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari.*
- ISTAT (più anni), *Spesa per interventi e servizi sociali – Anno 2019; Anno 2018.*
- Ministero della Salute (più anni), *Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN.*
- Osservatorio Domina (2024), *6° Rapporto annuale sul lavoro domestico.*
- Ragioneria Generale dello Stato, 2024, *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sociosanitario – Aggiornamento 2024.*

2. Interdipendenze tra servizi e settori: framework teorico usato e una chiave di lettura strategica per il settore LTC di Elisabetta Notarnicola, Eleonora Perobelli e Giovanni Fosti

L'invecchiamento della popolazione è considerata una delle *grand challenges* per i sistemi di welfare europei, sfidati in maniera sempre più pressante dalle implicazioni economiche e sociali di questo fenomeno¹. Tra gli aspetti ritenuti prioritari per rafforzare il settore LTC a livello globale, la World Health Organization (WHO) a più riprese² ha sottolineato l'urgenza di lavorare sull'integrazione tra i servizi di cura con altri settori, *in primis* la sanità, per migliorare l'efficacia e l'efficienza dei sistemi di welfare nel rispondere ai bisogni. Tali moniti e indicazioni sopra-nazionali si fondano sul riconoscimento di molteplici aree di interdipendenza tra settori, intese come connessioni, relazioni, sovrapposizioni, legami che collegano diversi soggetti istituzionali e non. Le *grand challenges*, infatti, per loro natura richiedono di essere affrontate in maniera sinergica e integrata tra diversi attori, poiché nessuno ha la forza e la capacità di affrontarle in maniera esaustiva individualmente. Nel caso del settore Long Term Care, le interdipendenze possono essere individuate almeno lungo quattro direttrici.

A livello di **politiche**, come si evince dai quadri regolatori che disciplinano i servizi di LTC in relazione alle altre unità di offerta presenti nel territorio; o ancora nella disciplina della distribuzione e tipologia di personale presente nei servizi, così come dell'intensità dell'assistenza erogata. Similmente, la distribuzione delle competenze tra diversi livelli di governo, i modelli di finanziamento dei servizi sono ulteriori ambiti in cui è possibile trovare spazi di intersezione tra quanto accade nel settore LTC e in quelli contigui.

¹ Si veda, per esempio, il «2024 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2022-2070)» pubblicato dalla Commissione Europea.

² Tra le pubblicazioni più recenti (2024), si segnalano le Linee guida «Long-term care for older people: package for universal health coverage».

Un altro modo per studiare le interdipendenze nel settore LTC guarda ai diversi **attori** con cui si interfacciano tipicamente i gestori di servizi. Le istituzioni pubbliche, distinguendo tra quelle che disciplinano e finanziano una parte significativa del sistema (per esempio, regioni); e quelle che erogano servizi sociali (comuni) e sanitari (ASL, Aziende Ospedaliere ecc.), che di fatto sono parte di un *continuum* di filiera assistenziale che si attiva al variare del bisogno dei destinatari. Sono attori oggetto di interdipendenze anche gli altri gestori, che gestiscono servizi contigui della filiera LTC, che rispondono a bisogni diversi ma interconnessi.

Un terzo ambito di interdipendenze guarda alle **modalità e intensità** con cui (non) sono governati i legami tra settori: alcune sono governate da rigidi meccanismi tecnico-amministrativi (per esempio, la committenza da parte delle istituzioni pubbliche); alcune sono parzialmente governate da dispositivi organizzativi-gestionali (per esempio, meccanismi di case/care management), mentre altre non sono presidiate da meccanismi formali ma sono regolate da relazioni informali, professionali, strategiche e/o politiche.

Infine, il luogo di elezione in cui leggere le interdipendenze sono i **destinatari** dei servizi con i loro bisogni, che fisiologicamente tendono ad attraversare diversi setting, superando gli steccati organizzativi che tipicamente separano l'offerta.

A fronte di questa moltitudine di connessioni possibili, questa edizione del Rapporto si concentra su **come si possano valorizzare le interdipendenze nel settore LTC, in particolare con il settore sanitario**. Più nel dettaglio, il lavoro di ricerca è stato orientato a rispondere alle seguenti domande guida:

- Quali sono le principali interdipendenze e rispetto a quali livelli si manifestano?
- Quanto le interdipendenze sono oggi governate, presidiate (e quindi valorizzate) e quanto invece rimangono implicite e non gestite?
- Quali sono i meccanismi di governo di tali dipendenze? Quali strumenti e quali dati vengono usati?
- Quando non vengono presidiate governate, quali sono le implicazioni per i gestori e per i servizi?

Tali domande trovano fondamento in un ampio dibattito presente nella letteratura scientifica, che verrà sinteticamente richiamato in questo capitolo per offrire un quadro teorico aggiornato circa l'integrazione tra settori LTC e sanitario.

2.1 Le interdipendenze tra LTC e sanità nella letteratura internazionale

Le interdipendenze sono da tempo oggetto di interesse scientifico tra la comunità di studiosi che indagano i rapporti tra diverse componenti della filiera sanitaria, con particolare attenzione al legame tra ospedale e territorio. Tali studi raccolgono interesse da tutto il mondo, tale da aver portato all'istituzione di una Fondazione (International Foundation for Integrated Care, IFIC), che nella sua missione recita di voler «ispirare, influenzare e facilitare l'adozione di politiche e pratiche di integrazione dei percorsi di cura nel mondo». Per farlo, la Fondazione promuove – tra gli altri – una conferenza annuale, workshop tematici e pubblica una rivista accademica interamente dedicata a questi temi.

Se, da un lato, l'esperienza di IFIC e del vasto filone accademico che vi ruota attorno è matura e consolidata, le interdipendenze tra settore sanitario e LTC sono state meno esplorate. Tra i contributi in questo ambito, diversi si concentrano su esperienze locali (per esempio, Hérbert *et al.*, 2003 in Canada) o comparative tra stati (per esempio, Wodchis *et al.*, 2015 tra 7 paesi). Altri propongono framework teorici per inquadrare le interdipendenze e i fattori abilitanti o ostativi al loro governo, basati su revisioni sistematiche della letteratura esistente (è il caso, tra gli altri, di Béland e Hollander, 2011; MacAdam, 2008; Thiam *et al.*, 2021; Threapleton *et al.*, 2017). Per inquadrare le interdipendenze tra settori LTC e sanità in questo Rapporto, è stato scelto come quadro di riferimento un contributo che si colloca nel mezzo tra le due tipologie di articoli precedentemente citati, poiché utilizza un'esperienza locale per proporre un framework generale nell'ambito della cura di persone anziane fragili (Kodner e Kyriacou, 2000).

Sulla base di due buone pratiche americane di assistenza integrata, gli autori individuano quattro possibili livelli di presidio delle interdipendenze, in ordine crescente:

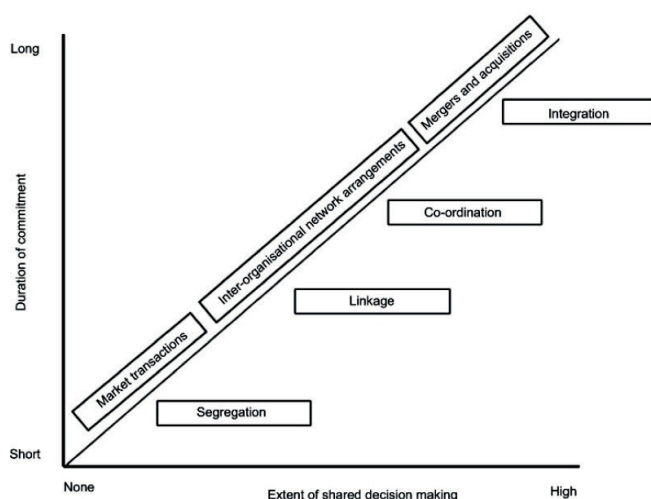
- **Segregazione** (*Segregation*): indica un sistema in cui i servizi operano separatamente, senza connessioni strutturate. In questo scenario, le persone anziane e le loro famiglie devono navigare autonomamente tra i vari servizi, spesso incontrando difficoltà nell'accesso e nella continuità delle cure. Nei fatti, l'integrazione avviene tramite meccanismi di raccordo sul mercato.
- **Connessione** (*Linkage*): rappresenta un livello intermedio in cui vengono stabiliti collegamenti informali tra servizi diversi, per facilitare l'accesso degli utenti. Tuttavia, questi collegamenti non prevedono un'integrazione strutturata o un coordinamento formale. Gli erogatori di servizi rimangono indipendenti.
- **Coordinamento** (*Coordination*): comporta un livello più avanzato di connessione tra servizi, con meccanismi e strumenti formali di raccordo,

scambio di informazioni e gestione congiunta dei beneficiari. Tuttavia, i servizi restano separati in termini di governance e finanziamento.

- **Integrazione** (*Integration*): è il livello più avanzato, in cui i servizi sanitari e di LTC sociali sono completamente unificati, anche dal punto di vista organizzativo e finanziario, allineando obiettivi strategici e modalità di intervento. Può avvenire tramite processi di accorpamento (fusione o acquisizione).

Nel framework proposto dagli autori e successivamente consolidato da altri studiosi (Ahgren and Axelsson, 2005; Gomes-Casseres, 2003; Valentijn *et al.*, 2013) sono due le variabili fondamentali per analizzare il livello di integrazione dei servizi: **determinazione dell'organizzazione** (*commitment*) e **processi decisionali condivisi** (*shared decision-making*). Al variare della combinazione di queste due variabili, cambia il livello di presidio delle interdipendenze (Figura 2.1).

Figura 2.1. I livelli di presidio delle interdipendenze tra settori LTC e sanitario



Fonte: Valentijn *et al.* (2013) – su licenza CC BY – attribuzione 4.0 internazionale



Il concetto di commitment fa riferimento al grado di coinvolgimento e di condivisione di regole e modalità operative che le diverse organizzazioni (sanitarie, di LTC, di diversa natura giuridica ecc.) mettono nella collaborazione per fornire un'assistenza integrata. La variabile «processi decisionali condivisi», invece, descrive quanto le decisioni relative alla cura e alla gestione dei servizi siano prese in modo congiunto tra i diversi attori coinvolti (sanitari, assistenziali, amministrativi e, in alcuni casi, anche i beneficiari). Le due variabili si alimentano reciprocamente: se il commitment aumenta, le organizzazioni investono più risorse

e sforzi nella collaborazione. Similmente, se cresce la disponibilità ad assumere decisioni condivise, si sviluppano meccanismi più strutturati per prendere decisioni congiunte.

Quando il grado di coinvolgimento e quello di condivisione delle decisioni sono **bassi**, ogni servizio opera in modo indipendente, senza una volontà esplicita di collaborare con altri attori. È quanto accade tipicamente in sistemi in cui prevale la segregazione (*segregation*) e non esistono meccanismi strutturati di connessione tra i servizi.

Nei casi di commitment e condivisione delle decisioni **medio**, le organizzazioni riconoscono il valore della collaborazione e stabiliscono dei collegamenti informali (*linkage*) o strutturati (*coordination*), ma mantengono ancora una forte autonomia gestionale e operativa.

Nei casi a più **alto** commitment e condivisione delle decisioni, le organizzazioni si impegnano attivamente a condividere risorse, strategie e obiettivi comuni, portando a una piena integrazione (*integration*) dei servizi.

2.2 Governare le interdipendenze, in pratica

Per facilitare e sostenere processi di integrazione socio-sanitaria, la letteratura individua ben quindici fattori da presidiare, dando la misura della complessità di governare processi di questo tipo:

- **Governance e formalizzazione dei rapporti con i portatori di interessi**, che si riferisce alle relazioni legali, giuridiche e amministrative tra i diversi stakeholder.
- **Confini giurisdizionali**, che rilevano della complessità di formulare e adottare politiche integrate di erogazione dei servizi sanitari e sociali.
- **Meccanismi di finanziamento**, ossia la struttura e suddivisione dei finanziamenti tra i servizi.
- **Modello di pianificazione strategica**, che richiede il coinvolgimento degli stakeholder nella pianificazione congiunta e nella valutazione dei bisogni della comunità.
- **Presidio della continuità dell'assistenza**, portando a considerare e allineare le priorità con i bisogni dei destinatari, indipendentemente dai limiti del sistema, del settore o del contesto (per esempio, servizi disponibili ed eleggibilità).
- **Contenuto dei servizi**, che dovrebbe aggregare e fornire accesso a un'ampia gamma di servizi sanitari e di LTC lungo l'intera filiera.
- **Relazioni di rete**, ossia modalità di collaborazione tra istituzioni e gestori di servizi.
- **Screening dei beneficiari**, per decodificare e individuare i bisogni della popolazione target.

- **Valutazione multidisciplinare**, grazie all'intervento di equipe che possano realizzare valutazioni complete e multidimensionali dei destinatari.
- **Integrazione con le cure primarie**, in particolare con i medici di base e gli specialisti per le cronicità.
- **Modelli di gestione dell'assistenza**, con pianificazione, organizzazione e monitoraggio delle cure necessarie nel tempo, nei diversi contesti e discipline.
- **Continuità della copertura e dell'assistenza**, garantendo presidio sui passaggi tra diversi setting e gestori;
- **Comunicazione e collaborazione** tra professionisti multidisciplinari nella gestione dei bisogni.
- **Condivisione delle informazioni** attraverso l'accesso e l'utilizzo di dati clinici, amministrativi e finanziari condivisi, quanto più possibile in modo automatizzato.
- **Valutazione dei risultati del sistema**, con un sistema di responsabilità complessiva e condivisa sulla qualità e sui costi dell'assistenza.

Secondo la letteratura internazionale, l'integrazione tra sanità e LTC dipende quindi dalla capacità di garantire una governance efficace, un finanziamento coordinato e una pianificazione strategica condivisa, promuovendo la continuità dell'assistenza attraverso il lavoro di squadra, la condivisione delle informazioni e un approccio multidisciplinare, con l'obiettivo di migliorare la qualità delle cure, ottimizzare i costi e rispondere in modo più efficace ai bisogni della popolazione.

2.3 Leggere le interdipendenze nel settore Long Term Care, oggi

La letteratura internazionale si sofferma sulla lettura dei possibili strumenti e modalità per governare le interdipendenze, assumendo la prospettiva che, di fronte al riconoscimento di queste, sia necessario agire per strutturare una risposta e una modalità che le organizzi, seppur con diversi livelli di intensità. La preconditione, tuttavia, è che tali interdipendenze siano note e visibili e che ci sia intenzione e accordo nel volerle gestire. Il settore dei servizi socio-sanitari per anziani, e nello specifico quello della residenzialità (RSA) è sicuramente caratterizzato da numerose interdipendenze, ma non necessariamente sono tutte visibili e mappate da parte dei soggetti che vi operano.

Assumendo il punto di vista dei gestori e dei servizi stessi, le RSA vengono frequentemente percepite come unità di offerta all'interno di un sistema pubblico governato da regole e criteri predefiniti, rispetto ai quali non si parla di interdipendenza quanto piuttosto di obblighi, vincoli e rapporti di subordinazione. In molti contesti regionali, le RSA vengono viste (e quindi si comportano) come servizi riceventi una specifica tipologia di casistica, di cui si devono occupare senza necessariamente avere un raccordo con altri servizi. In questo il ruolo

giocato dal modello regionale in cui si opera è molto rilevante, dato che le differenze esistenti tra contesti regionali sono molteplici e connotano in modo molto specifico se e come RSA si collochi in relazione ad altri servizi o no. Riconoscere e rendere visibili le interdipendenze diventa strategico tanto quanto agire modalità di integrazione.

Il primo incontro di raccolta dati di OLTC è stato dedicato quindi a discutere una mappatura delle interdipendenze che possa *in primis* renderle visibili, per poi avviare il dibattito sulle possibili modalità di governo e presidio. La discussione si è articolata su quattro possibili ambiti di interdipendenza³ ovvero:

- di sistema, guardando alle regole, policy e modello di finanziamento;
- organizzativa, intesa come funzionamento dei servizi e processo di fruizione;
- professionale, di relazione tra i professionisti;
- assistenziale guardando al contenuto dei servizi e dell'assistenza offerta.

Discutendo questi quattro possibili ambiti, è emerso come l'attenzione dei gestori rispetto al riconoscimento di ambiti di interdipendenza e a possibili modalità di gestione di queste, fosse estremamente rivolto al livello della regolamentazione e dei rapporti formali tra soggetti coinvolti, molto meno a quello del contenuto dei servizi. Ambiti di interdipendenza sono stati riconosciuti da subito tutto ciò che attiene all'accreditamento, che è stato interpretato come un modo per definire responsabilità, ruoli e quindi confini. Similmente, il modello di finanziamento è stato discusso e indicato come oggetto su cui le interdipendenze esistono in funzione del rapporto di committenza e distribuzione delle risorse tra soggetti pubblici ed enti gestori. In prima battuta le interdipendenze sono state viste come il normale esito del fatto che se RSA devono stare alle regole di vari soggetti pubblici, le interdipendenze si devono giocare nel perimetro della relazione con questi soggetti e nei limiti di ciò che le RSA sono titolate a fare. Il tema delle interdipendenze è stato letto nella prospettiva delle RSA più come dipendenza vera e propria che non come spazio di costruzione di valore condiviso. Il concetto di interdipendenza richiama lo scambio e la connessione, mentre focalizzare questo tema su tutto ciò che è regolato e normato sposta la prospettiva su rapporti di altra natura, orientati a far funzionare i servizi, non necessariamente ad aumentarne il valore.

Altra cosa è invece osservare le interdipendenze rispetto ai meccanismi di funzionamento dei servizi. Quali sono gli interlocutori nella esperienza quotidiana di erogazione dell'assistenza di una RSA? Su quali oggetti si manifestano tali interdipendenze? Durante l'incontro di raccolta dati OLTC i gestori hanno

³ I fondamenti teorici della scelta di questi quattro ambiti sono descritti in maniera più approfondita nel Capitolo 5.

evidenziato come le interdipendenze con altri servizi di cura sono moltissime e aprono anche il dibattito sul ruolo che debba avere RSA in queste circostanze se le interconnessioni esistono, per esempio con l'ospedale, con l'assistenza domiciliare ecc. come sostenerle? Altro tema da considerare è il livello a cui si applica il discorso sulle interdipendenze: la struttura tutta? Il singolo anziano? Evidentemente più ci si avvicina all'erogazione di servizi e prestazioni, più il concetto di interdipendenza si applica a elementi riferiti al singolo caso e quindi al funzionamento del servizio stesso. Più ci si allontana dal singolo caso e si guarda al funzionamento della struttura nel suo complesso, più si è tentati di leggere le interdipendenze nella esistenza del servizio stesso e quindi anche nelle regole.

Per portare una prospettiva che potesse essere generativa e avere come primo obiettivo quello di mettere in evidenza l'esistenza di interdipendenze abbiamo proposto di lavorare su uno schema a quattro livelli, ognuno dei quali riguarda il funzionamento di una RSA. Abbiamo immaginato di ripercorrere l'esperienza di presa in carico in RSA, chiedendoci con le nostre attività di ricerca quali interdipendenze caratterizzassero ogni fase:

1. Fase della valutazione del bisogno: interdipendenze possono manifestarsi nella fase di avvio della presa in carico, considerato che per la maggior parte i servizi esistenti sono accreditati e sono quindi, sia rispetto al singolo caso sia rispetto al loro funzionamento in generale, in contatto con altri soggetti.
2. Fase dell'erogazione dell'assistenza in struttura RSA. L'attività quotidiana mette in relazione le RSA con diversi soggetti, sia rispetto alla necessità di avviare servizi, sia rispetto al lavoro fatto sul singolo.
3. Fase di dimissione o di uscita verso altri servizi. In questo caso necessariamente si entra in relazione con altri soggetti o altri servizi, mettendo al centro il tema della filiera e della connessione tra servizi in ingresso e in uscita.
4. Regole di funzionamento del servizio RSA. Sono tutti quegli elementi su cui viene verificata, indirizzata e valutata la RSA ovvero: livelli assistenziali da garantire in struttura; case mix; standard di personale; budget annuale e valore delle tariffe; gestione dei flussi informativi.

Questo schema a quattro fasi verrà usato nel Rapporto per discutere le evidenze raccolte. I prossimi capitoli illustrano la declinazione di questi ambiti di interdipendenza in Italia, in particolare delle RSA (Capitolo 3), per poi illustrare grazie alla prospettiva diretta dei gestori dei servizi aderenti a OLTC se e quanto siano presidiati nella quotidianità dei servizi (Capitolo 4), portando infine dati empirici su buone pratiche di integrazione (Capitolo 5).

Bibliografia

- Béland, F., & Hollander, M.J. (2011), «Integrated models of care delivery for the frail elderly: international perspectives», *Gaceta Sanitaria*, 25, 138-146.
- Hébert, R., Durand, P.J., Dubuc, N., Tourigny, A., & PRISMA Group (2003), «PRISMA: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada», *International journal of integrated care*, 3.
- Kodner, D.L., & Kyriacou, C. K. (2000), «Fully integrated care for frail elderly: two American models», *International journal of integrated care*, 1.
- MacAdam, M.A. (2008), *Frameworks of integrated care for the elderly: a systematic review* (pp. i-29), Ottawa, Canadian Policy Research Networks.
- Threapleton, D.E., Chung, R.Y., Wong, S.Y., Wong, E., Chau, P., Woo, J., ... & Yeoh, E.K. (2017), «Integrated care for older populations and its implementation facilitators and barriers: A rapid scoping review», *International Journal for Quality in Health Care*, 29(3), 327-334.
- Valentijn, P.P., Schepman, S.M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M.A. (2013), «Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care», *International journal of integrated care*, 13.
- Wodchis, W.P., Dixon, A., Anderson, G.M., & Goodwin, N. (2015), «Integrating care for older people with complex needs: key insights and lessons from a seven-country cross-case analysis», *International Journal of Integrated Care*, 15.

3. Le RSA come snodi di interdipendenza: posizionamento attuale e vocazione strategica futura

di *Elisabetta Notarnicola, Eleonora Perobelli e Francesco Longo*

3.1 Le RSA nel settore socio-sanitario: di cosa si parla?

Analizzando il dibattito di settore¹ circa le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e il loro futuro in Italia, emergono in modo molto chiaro alcune tematiche che raccontano quali siano oggi gli snodi principali che si affrontano nella gestione di questo servizio. Nel raccontare le RSA oggi vengono messi al centro questi temi:

- **La complessità assistenziale** che accompagna la quotidianità della cura in RSA e caratterizza sempre di più gli anziani ospiti. Si discute di quanto questi ultimi siano fragili (in funzione dell'età, della condizione socio-economica, delle poche o assenti relazioni sociali, di patologie specifiche) e di come questo incida sulle attività assistenziali da mettere in campo per soddisfare i bisogni e garantire qualità e appropriatezza della cura.
- **L'impatto della demenza.** Le strutture si raccontano attraverso l'aumento sensibile della casistica della demenza, che plasma profondamente il servizio e indirizza le attività assistenziali.
- **L'inadeguatezza del sistema di regole pubbliche,** percepite dai gestori e dai professionisti come rigide e disallineate rispetto alle reali necessità dei servizi. Si discute di possibili innovazioni rispetto al sistema di accreditamento e di revisione del sistema tariffario. Si discute anche di come le RSA siano assenti dal dibattito sulla Riforma Anziani, dimenticate fino a ora nei (pochi) interventi normativi promossi (cfr. Capitolo 1).

¹ Le autrici e l'autore fanno riferimento in questo caso alle testate «Luoghi della Cura online», «Cura» (Editrice Dapero), «Residenze Sanitarie» (Editrice Edisef), «Prospettive Sociali e Sanitarie».

- **La crisi delle professioni di cura**, raccontate sia come carenza ma anche come profonda messa in discussione del lavoro di cura, in funzione delle competenze necessarie ma anche dell'interpretazione dei ruoli associati a queste professioni nelle RSA.
- **Il possibile sviluppo delle RSA come centri di servizi integrati**. Questo tema, discusso in modo più consapevole e visibile a partire dal 2021 come reazione alla crisi pandemica, propone una riconfigurazione delle RSA come «centri di servizi» integrati nel tessuto territoriale, che favoriscono l'interazione tra servizi residenziali e altri servizi oltre che gli scambi intergenerazionali e le connessioni con la comunità circostante.
- **La ricchezza delle RSA come luoghi di relazioni positive e di creazione di valore** che porta al riconoscimento di quanto e come questi servizi siano in grado di attivare (o riattivare) relazioni di comunità e nella comunità. Le RSA sono raccontate in questo senso come piccoli ecosistemi intorno ai quali si attivano connessioni e relazioni che fanno crescere i territori.

Questi sono i punti di vista tramite i quali le strutture si raccontano e rappresentano i contenuti intorno ai quali animano le discussioni rispetto al futuro del settore e al posizionamento strategico delle RSA. Sono tutte questioni che riprendono il tema delle interdipendenze perché pongono le RSA nella prospettiva di essere (in modo consapevole e deliberato o per effetto indiretto delle cose) nodo centrale di un sistema di interventi che, anche senza il riconoscimento formale, esiste e funziona tramite interconnessioni. Se gli ospiti richiedono un livello assistenziale più alto, anche in virtù della presenza di demenze, si manifestano (in modo esplicito o implicito) interdipendenze con altri setting assistenziali e soggetti istituzionali. L'esistenza di regole dettate da istituzioni pubbliche mette in condizione di interdipendenza i gestori rispetto a queste ultime. La crisi delle professioni e il ripensamento (anche conseguenza di questa crisi) delle RSA come centri o attivatori di connessioni, mette le RSA al centro di interdipendenze nel territorio di riferimento.

Questo è il dibattito alimentato e frequentato dagli addetti ai lavori, che non solo discutono delle frontiere di cambiamento del servizio RSA, ma anche intravedono le connessioni e le interdipendenze con altre politiche, organizzazioni, servizi, contesti e la necessità di riflettere sul posizionamento strategico di questo servizio. Il dibattito alimentato dai policy makers è invece molto più schiacciato sui meccanismi di funzionamento del settore (le tariffe, le liste di attesa e altri aspetti che riguardano concretamente l'attivazione ed erogazione di servizi) e decisamente meno orientato al futuro, all'evoluzione del modello residenziale verso un sistema di rete.

Si crea allora uno scollamento tra il posizionamento strategico attuale delle RSA, quello futuro immaginato dai gestori e quello percepito e sostenuto dai policy makers e da chi definisce le regole di riferimento. In questo capitolo

vogliamo discutere il primo (quello attuale e prospettico) per provare a influenzare quello sostenuto dalle regole e dai policy makers e a comprendere come il tema delle interdipendenze possa sostenere questo processo.

3.2 Il posizionamento strategico delle RSA oggi

Per raccontare il posizionamento strategico attuale delle RSA oggi useremo due prospettive: quella dei numeri, analizzando cosa ci dicono i dati riferiti a Regione Lombardia e a un campione di aziende OLTC; quella delle percezioni dei gestori dei servizi RSA.

3.2.1 *Gli ospiti delle RSA oggi, cosa ci raccontano i dati*

Alcuni dati vengono in nostro soccorso nel raccontare come sia evoluto il posizionamento strategico delle RSA nel tempo. Potremmo sintetizzare tale evoluzione con l'affermazione (che sosterremo poi anche con altre evidenze) che il posizionamento strategico è passato da «case di riposo dove trascorrere anni sereni della vecchiaia» a «luoghi che accolgono i grandi anziani accompagnandoli verso il fine vita». I dati che vorremmo usare per tratteggiare questo passaggio fanno riferimento alla Lombardia e in particolare alle caratteristiche degli anziani accolti in RSA tra il 2013 e il 2019 (per un approfondimento si veda il Rapporto OASI del CERGAS SDA Bocconi, edizione 2024 Capitolo 5²).

I dati più esemplificativi raccontano che:

- In quegli anni, la percentuale di ospiti che ha acceduto in RSA in stato di confusione grave o moderata è passata dal 59% al 62%. Allo stesso tempo, guardando al numero di diagnosi registrate in valutazione multidimensionale, espressione della complessità clinica, è passato da 4,4 in media per ogni anziano a 4,7. Guardando alle classi di valutazione del bisogno, l'incidenza delle Classi SOSIA 1 (quelle con gravità rilevata come maggiore) è passata dal 22% al 23,5%. Questi dati sono indicatori del livello di fragilità e di bisogno assistenziale che negli anni è andato aumentando.

² Giovanni Fosti, Francesco Longo, Simone Manfredi, Elisabetta Notarnicola, Eleonora Perobelli, Benedetta Pongiglione, Andrea Rotolo, Aleksandra Torbica, «L'assistenza agli anziani non autosufficienti: trend nazionali e profilazione degli ospiti delle RSA lombarde», in *Rapporto OASI*, Milano, Egea, 2024.

I dati presentati in questo studio sono stati forniti da ARIA Regione Lombardia analizzati nell'ambito del progetto finanziato dall'Unione Europea - Next Generation EU – Progetto «Age-It - Ageing well in an ageing society» (PE0000015), PNRR – PE8 - Missione 4, C2, Investimento 1.3.

- In funzione di questo profilo più complesso e orientato a bisogni di natura sanitaria, il numero di ospiti di RSA che durante il periodo di permanenza nel servizio hanno avuto almeno 1 accesso in Pronto Soccorso (PS) nell'anno precedente all'ingresso in RSA è cresciuto. Allo stesso modo, cresce anche la percentuale di anziani che ha fatto ricorso al PS e successivamente (nello stesso anno) è stato accolto in RSA, passando da 74% a 78%. Di questi, il 54% era stato dimesso al domicilio (era 48% nel 2013), senza quindi attivare presa in carico. I decessi nel primo anno di permanenza in RSA sono passati dal 37% nel 2013 al 44% nel 2019.
- In controtendenza rispetto a quanto raccontato fino a qui, ovvero dati che confermano un generale aumento della complessità dei bisogni degli anziani, le ospedalizzazioni attivate nel primo anno di permanenza in RSA si riducono da 330 a 240 ogni 1.000 ospiti. Le RSA sono sempre più sole nello svolgimento della loro mission?

Questi dati fanno riferimento al 2019, ma sono stati validati in un focus group con i gestori OLTC tenutosi a gennaio 2025, durante il quale si è discusso se questi trend fossero da confermare o smentire con riferimento al 2024. L'esito del focus group non solo è di conferma, ma addirittura di ulteriore aggravamento di questi fenomeni, a segnalare una tendenza che prosegue rispetto alla divergenza tra i bisogni degli anziani ospiti (funzione delle loro caratteristiche e storie individuali) e capacità del sistema (e talvolta delle singole RSA) di riconoscere questi bisogni e farvi fronte.

Alcuni dati riferiti al 2024³ (già citati nel Capitolo 1) confermano che l'età media degli ospiti entrati in RSA tra il 2023 e il 2024 è stata di 84,5 anni, la permanenza media di 348 gg (un anno) e il 48,8% dei nuovi ingressi era stato valutato con disturbi cognitivi già nella valutazione preliminare. È importante ribadire che, rispetto a questi due anni e al gruppo di enti aderenti a OLTC, il 79% degli anziani ospiti ha acceduto al servizio in virtù dell'accesso a posti coperti da accreditamento, mentre il 21% in posti in solvenza.

Questi dati nel complesso mostrano quindi come gli anziani in RSA presentino un profilo sempre più fragile, con un aumento di patologie multiple e una crescente complessità assistenziale dimostrata anche dalla crescita della percentuale di ospiti con forme gravi di non autosufficienza o con disturbi cognitivi. A fronte di questo peggioramento, il sistema non riesce a garantire una continuità assistenziale adeguata: gli anziani tendono a usare molto i servizi ospedalieri prima dell'ingresso in RSA, ma poi non vi accedono più una volta ricoverati in struttura. Questo perché manca un efficace collegamento tra i servizi ospedalieri (o altri rilevanti, anche territoriali) e le RSA, che spesso devono gestire autonomamente le criticità cliniche degli ospiti e l'evoluzione dei loro bisogni.

³ Dati raccolti grazie a una survey rivolta agli enti aderenti a OLTC a cui hanno risposto 21 enti o gruppi, per maggiori dettagli sulla rilevazione si rimanda al Capitolo 4.

Questo agisce come circolo vizioso sulla motivazione del personale e sulla sostenibilità dei modelli di business implementati nel settore.

I dati ci raccontano nella sostanza di una RSA che avrebbe necessità di avvicinarsi maggiormente a un setting ad alta intensità assistenziale, ma di un contesto di regole e meccanismi di governo (pubblico) che non tengono conto di questo avvicinamento, confermando quanto rilevato già nel 5° Rapporto OLTC, quando abbiamo studiato la normativa di 12 regioni in relazione a RSA, mostrando come questa sia in larga misura disallineata al posizionamento strategico attuale di questo servizio.

3.2.2 *Le RSA nella prospettiva di chi le gestisce*

Oltre all'analisi dei dati, abbiamo interloquito⁴ con gli enti aderenti a OLTC rispetto al loro percepito riguardo al posizionamento attuale delle RSA e alla loro natura. Emergono alcuni concetti che raccontano cosa sia RSA oggi, per chi ci lavora e le gestisce.

RSA viene raccontata come **punto di riferimento per le famiglie**, definita dai gestori come *«indispensabile, ruolo centrale nel supporto alle famiglie, sollievo delle famiglie quando il carico assistenziale non è più per loro sostenibile»*. In questo senso, le strutture vengono riconosciute come presidio nei territori per tutto ciò che riguarda la non autosufficienza e il bisogno di cura degli anziani e delle famiglie. Questo servizio, infatti, mantiene il suo ruolo di riferimento connotato, riconoscibile e presente per le famiglie.

RSA viene raccontata poi come **servizio sempre più orientato alla fragilità** (con le parole dei gestori: *«presidi di gestione professionale della demenza sul territorio, persone sempre più fragili nei loro ultimi mesi di vita, età sempre più alta e l'aumento della gravità delle condizioni sanitarie e cognitive»*). I gestori confermano quello che raccontano anche i dati aggregati, gli anziani ospiti cambiano e questo cambiamento va nella direzione di un maggior bisogno sanitario.

Proprio per questo le RSA vengono poi raccontate come servizi sempre più vicini al confine con una **presa in carico sanitaria e con la gestione del fine vita** (con le parole dei gestori: *«accompagnano il percorso di fine vita; è in corso un processo di sanitarizzazione della presa in carico in RSA; le RSA vivono un cambiamento da socio-sanitario a sanitario, con importante impatto economico sulle famiglie»*). I gestori evidenziano in modo plastico questa transizione verso

⁴ Ringraziamo alcuni degli enti partecipanti a OLTC che hanno generosamente fornito il loro punto di vista rispondendo alla domanda: «se dovesse descrivere qual è il ruolo delle RSA oggi nella filiera di assistenza agli anziani, quali parole utilizzerrebbe?». Queste sono: Piccolo Cottolengo Don Orione Milano, I.P.A.V. Venezia, Cooperativa CADIAI, Punto Service Cooperativa Sociale, Gruppo Gheron, ASP Parma, ASP Città di Bologna, Fondazione Sacra Famiglia Onlus, Società Dolce Società Cooperativa, KCS Cooperativa Sociale, ASC Cremona Solidale, Fondazione Pia Opera Ciccarelli.

servizi ad altissima rilevanza della componente sanitaria o di cure palliative e fine vita, nonostante non sia accompagnata da un riconoscimento formale delle regole del sistema e delle politiche.

Le RSA allo stesso tempo vengono sempre più viste come **piattaforme, centro servizi**, luoghi di facilitazione di integrazione e di creazione di connessioni tra servizi del territorio (con le parole dei gestori: «*centro servizi all'interno di un sistema sociosanitario; forte integrazione sul territorio*»). I gestori colgono le opportunità, sia organizzate sia emergenti, di interpretare le RSA come luogo di attivazione di partnership, di connessioni e di creazione di reti nel territorio.

In ultimo, le RSA vengono raccontate anche **come fatica e difficile sostenibilità futura** (nelle parole dei gestori: «*fatica data dalla scarsa innovazione, cambio di paradigma che richiede, per trovare realizzazione, maggiori risorse, sia in termini di personale aggiuntivo sia in termini di formazione e competenze*»). Le RSA sono oggi servizi oggetto di tensioni e trade off organizzativi, rispetto ai quali il tema della scarsa disponibilità di risorse (economiche, di innovazione, umane) rischia di compromettere il funzionamento e posizionamento futuro.

3.2 Interdipendenze: gli snodi strategici

Queste diverse visioni circa il posizionamento strategico, unitamente alle riflessioni sullo stesso tema emerse dai dati, mettono al centro il tema delle interdipendenze. Coerentemente con quanto esposto nel Capitolo 2 di questo Rapporto, interdipendenze non riguardano solamente gli oggetti su cui sono stati avviati tentativi di collaborazione e integrazione, ma riguardano tutte le connessioni, governate o meno, tra un setting e un altro. L'evoluzione del posizionamento delle RSA è allora connotata da interdipendenze molteplici che attengono il tipo di assistenza oggi erogato dalle RSA, i soggetti con cui queste entrano in relazione nei territori, le diverse fasi di presa in carico delle persone anziane. In particolare:

- Se le RSA accolgono sempre più anziani fragili con profili complessi entrano naturalmente in un rapporto di interdipendenza con tutti quei servizi e soggetti che contribuiscono a rispondere agli stessi bisogni con modalità e risposte diverse. In questo senso le aree di interdipendenza tra RSA, ospedali, strutture di riabilitazione e lungodegenza, servizi territoriali, servizi sociali sono molteplici e derivano dal fatto che tutti questi servizi concorrono (spesso in tempi ravvicinati nonché sovrapposti) al soddisfacimento dei bisogni della persona anziana.
- I soggetti istituzionali (e non) che entrano in contatto con le RSA sono allo stesso tempo molteplici e includono gli enti del SSN, le diverse emanazioni degli enti locali, gli enti e organizzazioni attivi sui territori, le assicurazioni e altri possibili soggetti finanziatori e pagatori.

- Nelle diverse fasi di presa in carico (valutazione del bisogno, definizione dei piani assistenziali, erogazione dell'assistenza) le RSA vivono interdipendenze che riguardano le informazioni da raccogliere, le attività da svolgere, i contatti e comunicazioni con le famiglie, come si vedrà più diffusamente anche nel Capitolo 4.

Le RSA sono quindi servizi fortemente connotati da interdipendenze che riguardano i servizi con cui si relazionano, la governance in cui si inseriscono, le attività che mettono in campo rispetto ai singoli anziani. Il modo in cui queste interdipendenze vengono riconosciute, valorizzate e gestite determina il posizionamento strategico attuale e futuro.

3.3 Vocazione strategica, tra presente e futuro

Quanto abbiamo raccontato fin qui ci porta a esplicitare il posizionamento strategico attuale delle RSA, ma anche a spingerci a proporre un posizionamento strategico futuro. Il primo è basato sul riconoscimento che oggi le interdipendenze esistenti sono scarsamente riconosciute e quindi gestite, e fanno delle RSA un servizio che da solo (quindi sia in modo autonomo sia isolato) cerca di risolvere le sfide e le criticità che gli si presentano. Viceversa, il secondo punta sulla valorizzazione delle interdipendenze per promuovere un posizionamento delle RSA che possa essere più sostenibile.

Il posizionamento attuale è sintetizzabile con questi attributi:

- Servizio orientato a una progressiva crescente sanitarizzazione fino ad arrivare al fine vita e a una similitudine con i servizi di Hospice.
- Servizio che accoglie bisogni e utenti «inviati» da altri setting ma scarsamente in grado di influenzare questa dinamica e di attivare un rapporto di reciprocità e scambio.
- Servizio che subisce l'arretratezza delle regole dettate dalle politiche pubbliche da cui consegue una estrema eterogeneità territoriale (che genera disuguaglianze).
- Servizio in grado di accogliere pochi, in alcuni casi i casi più gravi, in altri quelli che presentano una sufficiente capacità di spesa.
- Servizio espressione di un settore in crisi, rispetto al quale la scarsa motivazione del personale e la mancanza di un vero e proprio spirito di corpo di settore ne minacciano la sostenibilità.

In prospettiva invece, se le RSA si proponessero come protagoniste nella gestione delle interdipendenze riguardanti i servizi con cui si relazionano, la governance in cui si inseriscono, le attività che mettono in campo rispetto ai singoli anziani potrebbero diventare:

- Servizi espressione e rete territoriale, in cui la componente di sanitizzazione viene gestita da una filiera che lavora sinergicamente nella logica delle piattaforme di servizi.
- Servizio interlocutore privilegiato (perché competente e riconosciuto) per altri setting e istituzioni, portato a sostenere collaborazioni e sinergie.
- Servizio parte di una rete territoriale e di un sistema che tramite l'integrazione anche con soggetti privati (e non solo istituzioni pubbliche) riesce ad attivare risposte nei territori.
- Servizio che, nonostante risponda a una parte della popolazione, riesce a mettere in campo risposte più flessibili e quindi più accessibili.
- Servizio espressione di un comparto più solido, che riesce a fare sistema e ad affrontare in modo sinergico e integrato la sfida della sostenibilità futura nonché la crisi del personale.

Questa proposta vede una centralità delle RSA quali motori del cambiamento: tuttavia, è evidente che per orientare il sistema verso una presa in carico più efficace e integrata delle persone anziane, nonché per allineare le indicazioni normative a quanto effettivamente accade all'interno delle strutture, è necessario uno sforzo collegiale che coinvolga gli altri attori del sistema, nell'ambito dei rispettivi ruoli. I contenuti di questo Rapporto crediamo possano fornire importanti indicazioni e spunti operativi per andare in questa direzione.

4. Una lettura delle interdipendenze nella prospettiva delle RSA: il punto di vista dei gestori OLTC

di *Elisabetta Notarnicola ed Eleonora Perobelli*

I capitoli precedenti hanno introdotto il framework teorico utilizzato per individuare le interdipendenze tra settore LTC e sanitario (Capitolo 2), proponendo un approfondimento specifico sulle RSA quali snodi di connessione, sulla base del loro posizionamento strategico attuale (Capitolo 3).

In questo capitolo, proseguiamo l'approfondimento sulle RSA quali possibili cerniere di connessione tra settori portando l'esperienza diretta dei gestori, raccolta tramite un questionario online diffuso a novembre 2024 tra le organizzazioni aderenti a OLTC (cfr. Introduzione). L'obiettivo di questa rilevazione era di individuare e valutare le interdipendenze tra settore sanitario e RSA, analizzata tramite quattro diversi aspetti che attengono al percorso di presa in carico, all'erogazione dell'assistenza e al funzionamento dei servizi (cfr. Capitolo 3).

Rispetto al percorso di presa in carico, il primo possibile ambito di interdipendenza analizzato è quello attinente alla fase di **valutazione del bisogno**, che rileva del periodo immediatamente precedente all'ingresso in RSA e porta alla valutazione del livello di non autosufficienza della persona anziana. Il secondo attiene all'**erogazione dell'assistenza successiva all'inserimento in RSA**, basata sulla formulazione di un Piano Assistenziale Individuale, che può subire modifiche nel tempo in seguito a una variazione dei bisogni assistenziali. Durante la permanenza in struttura, è poi possibile che sia necessario **attivare altri servizi** per esigenze programmate o programmabili (visite specialistiche, ricoveri programmati), oppure per rispondere a specifici bisogni che necessitano di attivazione di servizi esterni alla RSA. Infine, il quarto fa riferimento al **funzionamento complessivo del servizio** (per esempio, definizione del *case mix* e dei livelli assistenziali da garantire in struttura), per cogliere la presenza e la modalità di raccordo tra RSA e attori del settore sanitario su quello che è il campo di gioco entro il quale si eroga l'assistenza.

Per ciascuno di questi aspetti, è stato chiesto ai rispondenti di esplicitare: i) quali sono i soggetti (istituzionali e non) con cui entrano in contatto e che sono quindi potenziali interlocutori di interdipendenze; ii) lo scopo del contatto e la natura della connessione con questi enti; iii) l'approccio con cui questo avviene (formale o meno); iv) un giudizio sul livello di presidio delle interdipendenze. Il risultato è stato un questionario composto da 36 domande inviato a direttori/direttrici o coordinatori/coordinatrici delle singole strutture, con l'idea che – data l'alto livello di frammentazione ed eterogeneità del nostro sistema – le interdipendenze possano emergere in maniera più nitida a livello di micro-funzionamento delle RSA. I risultati sono stati discussi durante un workshop OLTC, le cui risultanze hanno contribuito ad arricchire l'interpretazione dei fenomeni riportati di seguito.

La restante parte del capitolo illustra il dettaglio dei risultati (paragrafo 4.1), distinguendo tra i quattro aspetti precedentemente descritti, per poi discutere i possibili spazi di lavoro per aumentare la capacità del sistema di governare le interdipendenze emerse (paragrafo 4.2).

4.1 Le interdipendenze tra RSA e strutture: esiti di una survey OLTC

4.1.1 Demografia dei rispondenti

Il questionario è stato inviato alle persone responsabili del coordinamento o della direzione di singole strutture, grazie al supporto degli enti aderenti a OLTC. Complessivamente, sono state raccolte 106 risposte provenienti da altrettante strutture, la cui dimensione media risulta di 113 posti letto, in linea con la media di settore¹.

La Tabella 4.1 riporta la distribuzione delle risposte per regione, prendendo come variabile di riferimento i posti letto (PL), con dati riferiti all'anno solare 2023. La maggior parte delle risposte si concentra tra Lombardia (41,94%), Veneto (18,24%), Emilia-Romagna (17,29%) e Piemonte (11,30%), riflettendo sia gli ambiti di intervento dei gestori OLTC, sia la distribuzione dell'offerta residenziale sul territorio (cfr. Capitolo 1). La distribuzione dei rispondenti tra regioni è un dato importante da tenere presente nel commento alle risposte della survey. I temi trattati, infatti, sono profondamente collegati alle modalità di funzionamento dei singoli sistemi regionali, per cui ogni considerazione deve tener conto delle regioni da cui provengono i dati.

Complessivamente, le risposte ricevute rilevano di 11.925 posti letto, pari al 6% dei PL residenziali censiti dall'*Annuario Statistico del SSN* (cfr. Capitolo 1). La quasi totalità delle strutture rispondenti gestisce posti in accreditamento con il settore pubblico, in linea con quanto riportato nei capitoli

¹ Si veda il Primo Rapporto OLTC per un'analisi dettagliata a riguardo.

precedenti. La percentuale di occupazione dei PL risulta molto alta, confermando come il settore sia tornato a livelli di normalità dopo la riduzione della domanda di inserimento in RSA registrata durante i picchi dell'emergenza pandemica. Infine, il tasso di rotazione dei posti letto – ossia, il numero medio di ospiti che sono stati presi in carico per ogni posto letto nell'anno solare 2024 – è pari a 1, con un picco di 1,34 nel caso delle strutture site in Emilia-Romagna. Questo dato è coerente con quanto registrato in termini di permanenza media degli ospiti nelle strutture RSA (si vedano Capitoli 1 e 3) e conferma la tendenza di ricoveri sempre più brevi in struttura in funzione del profilo di salute delle persone anziane.

Nelle sezioni successive, i dati saranno presentati in termini aggregati, in quanto non sono emerse caratterizzazioni prevalenti nel campione (per esempio, per natura giuridica, regione ecc.). Inoltre, nella maggior parte dei casi le domande erano a risposta multipla, motivo per cui la somma delle percentuali è superiore a 100.

Tabella 4.1. Distribuzione dei rispondenti per regione, sulla base dei posti letto (PL) disponibili. Dettaglio della quota di PL accreditati, occupati e tasso di rotazione dei PL. Dati basati su 106 strutture rispondenti e riferiti al 2023

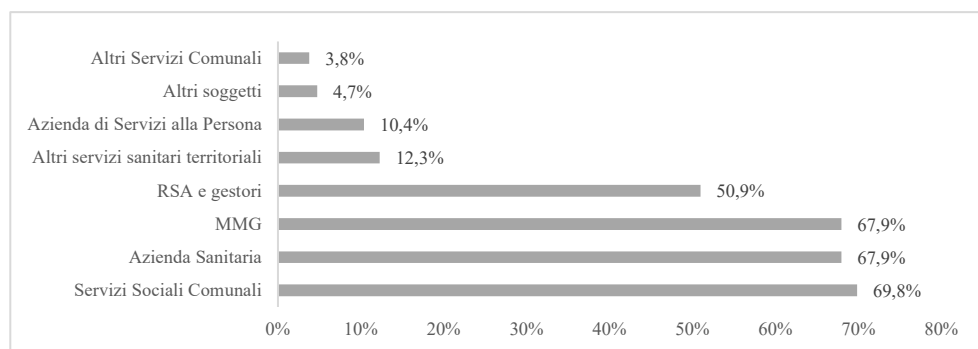
Regione	PL totali delle strutture	% PL accreditati	% PL occupati rispetto al totale	Tasso di Rotazione dei PL (calcolato sui PL totali)	Presenza della regione nella nostra survey
Lombardia	5.001	90,14%	100,00%	0,98	41,94%
Veneto	2.175	100%	96,30%	0,9	18,24%
Emilia-Romagna	2.062	82,74%	97,80%	1,31	17,29%
Piemonte	1.347	100%	100,00%	1,04	11,30%
Friuli-Venezia Giulia	369	100%	99,50%	0,99	3,09%
Lazio	315	97,14%	97,10%	0,95	2,64%
Puglia	150	95,33%	98,70%	0,95	1,26%
Trentino-Alto Adige	144	100%	100,00%	1	1,21%
Marche	121	99,17%	97,50%	0,96	1,01%
Sardegna	120	100%	97,50%	1	1,01%
Toscana	75	100%	100,00%	1	0,63%
Liguria	46	95,65%	95,70%	0,96	0,39%
Totale/media	11.925	97,37%	98,30%	1	100,00%

4.1.2 Interdipendenze nella valutazione del bisogno e nell'accesso ai servizi

Il primo blocco di domande del questionario ha indagato la fase di accesso al servizio residenziale e la valutazione del bisogno che la precede. In particolare, sono state rivolte domande circa le interdipendenze presenti nella gestione delle liste di attesa, nella scelta della struttura in cui inserire la persona anziana, nella definizione del livello di non autosufficienza; e le modalità con cui queste sono (non) governate.

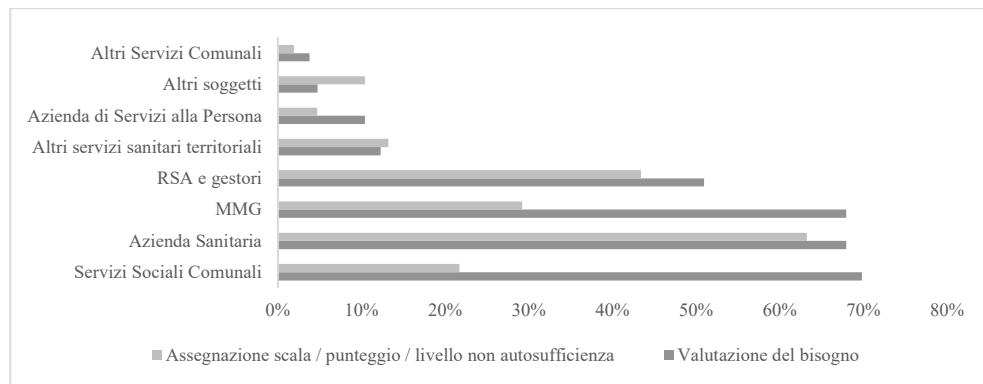
Con riferimento ai soggetti coinvolti nella valutazione che determina l'inserimento in lista di attesa e/o la titolarità a un posto in RSA, tre sono citati più di frequente (Figura 4.1): Medico di Medicina Generale (MMG, 67,9%); Azienda Sanitaria (67,9%) e Servizi Sociali Comunali (69,8%); il 36% delle strutture rispondenti cita la presenza contestuale di questa triade in fase di inserimento. Nella categoria «altri soggetti» sono state citate le Case della Salute, Società della Salute, Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) e il Servizio Anziani presente in alcuni comuni. In questo primo step, dunque, emerge una attribuzione precisa dei soggetti inclusi, con cui si evince una chiara interdipendenza tra diversi soggetti.

Figura 4.1. Soggetti coinvolti nella valutazione che determina l'inserimento in lista di attesa e/o la titolarità a un posto in RSA. Domanda a risposta multipla, n=106



Parallelamente alla decisione circa la titolarità o esigibilità dell'inserimento in lista di attesa per RSA, si colloca la fase legata alla valutazione del bisogno assistenziale, che esita tipicamente nell'assegnazione di un punteggio/livello di una scala di valutazione del bisogno (per esempio, classi SOSIA in Lombardia). In questo caso (Figura 4.2), la valutazione del bisogno tipicamente vede l'intervento congiunto di diversi soggetti (MMG, Servizi sociali, Azienda sanitaria); mentre l'assegnazione di un punteggio è di competenza prevalente di un soggetto, nella maggior parte dei casi l'azienda sanitaria o l'RSA stessa.

Figura 4.2. Soggetti coinvolti per valutazione del livello di non autosufficienza e assegnazione di una categoria assistenziale. Domanda a risposta multipla, n=106



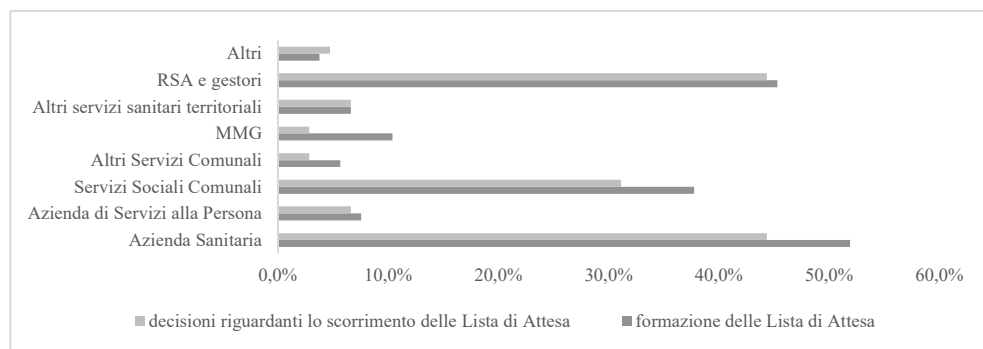
La fase di valutazione del livello di non autosufficienza prevede (in maniera variabile tra diversi modelli regionali) l'utilizzo di scale e metriche codificate e condivise che vedono prevalentemente un contenuto clinico, geriatrico e di lettura dei bisogni assistenziali. La presenza dei MMG come soggetti attivi in questa fase è interessante rispetto al fatto che questi non sono necessariamente coinvolti rispetto alla valutazione in senso stretto, ma sono i soggetti invianti e titolati ad avviare il processo di richiesta di valutazione. Sono gli MMG quindi gli attori del sistema che fanno da filtro e *gate keeping* rispetto alla possibilità di accedere alla valutazione del bisogno. La loro capacità di decodificare le situazioni dei singoli anziani e la loro conoscenza dei servizi dovrebbero essere ciò che orienta il loro agire: questo può essere sostenuto dalla gestione delle interdipendenze con gli altri soggetti parte del processo. Ci si chiede quindi quanto agiscano come partner, in modo integrato, piuttosto che come soggetti isolati. I servizi sociali comunali, ugualmente, non hanno nella maggior parte delle regioni ruolo rispetto alla valutazione del bisogno funzionale ad accedere in RSA, ma parimenti agli MMG possono essere soggetti invianti e membri delle Unità di Valutazione (là dove esistono). Anche rispetto ai servizi sociali comunali si aprono spazi di gestione e governo di questa interdipendenza sia verso i gestori delle RSA, sia verso le aziende sanitarie. Emerge invece in modo chiaro come siano le Aziende Sanitarie soggetti pivot nella definizione dei livelli di non autosufficienza. I rispondenti hanno segnalato rispetto a questo aspetto anche un ruolo attivo da parte delle RSA. Si fa riferimento in questo alle valutazioni svolte successivamente all'inserimento in struttura: le strutture, infatti, al momento dell'avvio della presa in carico, sono portate a rivalutare la situazione, in modo da avere dati più precisi e affini al modello assistenziale proposto. Questo è un grande ambito di non presidio delle interdipendenze e di divergenza: la valutazione del bisogno fatta dalle aziende sanitarie non ha lo scopo di ispirare un

piano assistenziale, ma solo di verificare la presenza di una condizione e assegnare a quella una qualche forma di gradualità collegata (in molti casi) al riconoscimento di una retta. La valutazione fatta dai gestori è invece orientata alla definizione del piano assistenziale e alla definizione della miglior assistenza possibile. Anche questo è un ambito di interdipendenza non presidiato che produce distorsioni e un disallineamento tra una valutazione formale orientata all'identificazione di categorie, e una valutazione più sostanziale che guarda alle necessità dei singoli.

Una volta valutato il bisogno e assegnato un livello di non autosufficienza, la scelta della RSA è in capo a soggetti diversi, anche in relazione alle caratteristiche dei sistemi regionali di appartenenza: nel 35% dei casi è una decisione autonoma della famiglia (come in Lombardia, dove vale il principio della libera scelta del gestore cui rivolgersi), nel 25% lo scorrimento delle liste di attesa e l'assegnazione a una RSA specifica spetta all'Azienda Sanitaria; nel 22% dei casi giocano un ruolo anche i Servizi sociali comunali; in alcuni casi (14%) anche i gestori partecipano attivamente al processo e nel 7% dei casi anche gli MMG.

L'accesso alle strutture è generalmente mediato dalle liste di attesa. Le decisioni circa la formazione e il successivo scorrimento delle liste emergono come appannaggio degli stessi attori citati sopra (Figura 4.3).

Figura 4.3. Soggetti coinvolti nella formazione e scorrimento delle liste di attesa. Domanda a risposta multipla, n=106



In un contesto in cui il tasso di occupazione del posto letto è tendenzialmente molto alto, ma con ampie variabilità tra regioni e tra territori diversi di una stessa regione, la gestione delle liste di attesa e l'invio a una RSA piuttosto che a un'altra sono potenzialmente ambiti di governo del sistema LTC. Lo scorrimento delle liste presuppone la messa in atto di scelte che attengono alle priorità che ispirano la presa in carico in servizi a finanziamento pubblico. Non si tratta quindi di un fatto automatico, ma sottende un indirizzo e, quindi, anche la necessità che ci sia accordo nel territorio e allineamento rispetto ai criteri da applicare. La scelta di una specifica struttura piuttosto che un'altra, quando non

dependente dalla scelta della famiglia, dovrebbe essere ispirata da principi di gestione della rete di offerta e di appropriatezza rispetto alle risposte attivabili per la singola persona anziana. Questo presuppone un alto livello di integrazione e coordinamento tra soggetti pubblici e gestori, che non traspare da questo questionario.

Quando, in ultima istanza, arriva il momento di inserimento delle persone anziane in struttura, queste tipicamente entrano in contatto con una già menzionata triade di soggetti: i servizi sociali comunali (66%); l'Azienda sanitaria (60%) e/o l'MMG (51%). Questo accade sia per processi amministrativi, sia per passaggio di consegne o condivisione di informazioni. Il fatto che le percentuali, sebbene alte, non corrispondano al 100% dei rispondenti segnala come per un numero rilevante di strutture non ci sia questo punto di contatto: ancora una volta questo rappresenta un mancato presidio delle interdipendenze che demanda alla RSA di avviare in autonomia, senza regia né raccordo, i servizi.

È interessante notare come il contatto con questi soggetti, laddove si verifici, passi attraverso (Figura 4.4) lo scambio formalizzato di informazioni (55%) e rapporti consolidati tra professionisti (48%). Le due opzioni sono profondamente diverse: nella metà dei casi c'è un tentativo di presidio dell'interdipendenza. Quanto questo sia strategico piuttosto che adempimentale dipende dal contenuto informativo di questo scambio. Nel secondo caso troviamo anche un tentativo di presidio, sebbene sia mediato da comportamenti e pratiche dei singoli, e non da strategie organizzative o di politica pubblica.

Alcune note critiche sono emerse dalle risposte a una domanda aperta, in cui abbiamo chiesto di condividere una valutazione più articolata del presidio delle interdipendenze. Un gruppo di rispondenti ha lamentato un coinvolgimento troppo tardivo delle strutture in questo processo di assessment, valutazione del bisogno e collegamento con le RSA, che a loro avviso «subiscono» valutazioni e decisioni condotte da altri soggetti, con il rischio di disallineamento tra caratteristiche dell'ospite e quelle della struttura nonché della capacità di rispondere efficacemente ai bisogni.

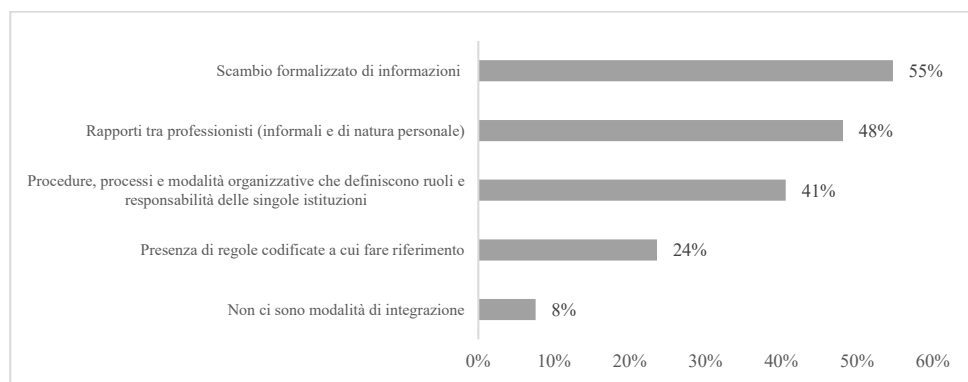
Questo accade soprattutto in virtù di tre cause:

- non sono presenti procedure formalizzate per mediare il rapporto tra attori;
- i tempi che intercorrono tra la valutazione del bisogno e l'ingresso in struttura di frequente sono molto lunghi, con il rischio che in alcuni casi la condizione della persona anziana si possa aggravare, portando a frequenti carenze di informazioni aggiornate e complete per le strutture riceventi;
- la frequente mancanza di integrazione tra le istituzioni coinvolte, che forniscono valutazioni differenti e non convergenti sullo stato di salute, oppure per la fatica a entrare in contatto con alcuni attori (per esempio,

MMG) o l'assenza di una figura che ricomponga i diversi step, specie quando non c'è rete familiare.

A fronte di queste criticità, alcuni rispondenti hanno riportato, invece, la presenza positiva di pratiche informali (per esempio, contatti telefonici costanti con MMG) o formali (procedure *ad hoc*) per coinvolgere le RSA in questo percorso. In questo senso i rispondenti segnalano come questi tentativi siano stati attivati soprattutto dai servizi sociali nel rapporto con i gestori.

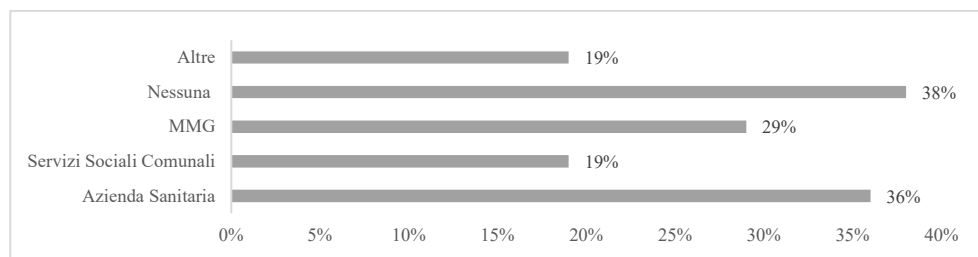
Figura 4.4. Modalità di integrazione prevalenti nella fase di accesso in struttura. N=106



4.1.3 Interdipendenze durante l'erogazione dell'assistenza in struttura: il PAI

Il blocco di domande successivo ha approfondito le interdipendenze presenti durante l'erogazione dell'assistenza in struttura, con particolare riferimento alla definizione del piano assistenziale individuale (PAI). Dalle risposte emergono due situazioni prevalenti (Figura 4.5): coinvolgimento dell'azienda sanitaria (36%), oppure nessun coinvolgimento di attori istituzionali (38%) e assegnazione di questa responsabilità alle strutture. Le strutture, dal canto loro, dichiarano di elaborare il PAI quasi sempre in autonomia (eventualmente condividendolo con le famiglie ma non in raccordo con i soggetti pubblici). Viene quindi meno l'interfaccia con la triade di soggetti molto presenti nella fase precedente all'inserimento (MMG, Servizi sociali, Azienda Sanitaria), restituendo un quadro in cui le strutture sono più isolate. Anche in questo caso ci troviamo di fronte a un non presidio delle interdipendenze. Il piano assistenziale è l'occasione per far emergere la necessità di messa a sistema di interventi di natura diversa e anche per definire l'attivazione delle risorse necessarie per quella persona anziana. Se questo venisse fatto in raccordo tra più soggetti e con una regia pubblica, sarebbe possibile gestire al meglio risorse scarse (sia economiche sia in termini di personale) e mettere a fattor comune risorse pubbliche e private.

Figura 4.5. Istituzioni sono coinvolte nella definizione del piano assistenziale per il singolo caso. N=106



Anche quando il PAI viene redatto in condivisione con altre istituzioni, le strutture riportano la sostanziale assenza di integrazione (41%). Quando questo avviene infatti, accade attraverso uno scambio formale/burocratico di informazioni (21%) oppure nello scambio informale tra professionisti dell'assistenza (17%). Non pervenute, invece, regole codificate cui fare riferimento, segnalate solo dal 5% dei rispondenti.

Complessivamente, i rispondenti indicano il PAI quale strumento a uso interno, in cui lo spazio di condivisione e di interdipendenza è interpretato in termini amministrativi per l'invio, controllo e rivalutazione dello stesso, tanto da riferire di frequente una contrapposizione tra il «piano di arrivo» e quello «elaborato internamente». Alcune criticità emergono laddove le valutazioni fornite all'ingresso vengano ritenute non rispondenti alle reali esigenze assistenziali, come già rilevato nella sezione precedente.

4.1.4 Interdipendenze durante l'erogazione dell'assistenza in struttura: attivazione di altri servizi

Durante la permanenza in struttura, è possibile che la persona anziana abbia necessità di ricorrere ad altri servizi, come visite specialistiche, ricoveri programmati, accesso in pronto soccorso. La terza sezione del questionario ha indagato la frequenza con cui avvengono questi episodi e le modalità con cui sono gestite dalle strutture. La Tabella 4.2 illustra gli esiti di questa ricognizione, mostrando come per tutte e tre le casistiche considerate l'attivazione dei servizi non sia primariamente frutto di una procedura codificata promossa dalle Aziende Sanitarie facendo quindi emergere un ulteriore ambito di interdipendenza non codificato.

Nel caso delle **visite specialistiche**, la modalità di gestione prevalente passa per una prenotazione effettuata dalle RSA tramite il Centro Unico Prenotazione (CUP), su prescrizione da parte del MMG o del medico di struttura, quando previsto. Solo in un caso viene citato un modulo *ad hoc* predisposto per avere un canale di prenotazione dedicato. Più frequente la casistica in cui è la famiglia

a prenotare e organizzare il trasporto. Per facilitare la gestione, alcune strutture hanno inserito in organico figure in grado di assolvere a molteplici visite specialistiche, per ricorrere a strutture esterne solo in via residuale. Con riferimento al trasporto, fase delicata vista la fragilità degli ospiti di RSA (cfr. Capitolo 3), questo è spesso organizzato tramite volontari oppure operatori contrattualizzati. Quanto riportato si ripropone anche nel caso dei **ricoveri programmati**. Non emerge quindi una vera e propria strategia da parte dei gestori nella gestione di queste situazioni, prediligendo la gestione *ad hoc* o «in emergenza». D'altra parte questo accade similmente anche lato Azienda Sanitaria che percepisce «l'anziano ospite di RSA» come un cittadino «qualsiasi» e non attiva canali preferenziali o comunque presidiati.

**Tabella 4.2. Modalità di attivazione di altri servizi per residenti in struttura*².
N=106**

	Visita Specialistica	Pronto Soccorso	Ricovero Programmato
Esiste una procedura codificata dalla Azienda Sanitaria di riferimento	38%	29%	31%
Esiste una procedura/accordo attivato dalla nostra RSA	63%	72%	55%
Il processo viene organizzato <i>ad hoc</i> per l'ospite con il supporto della famiglia	69%	38%	63%

Per il trasferimento degli ospiti in **Pronto Soccorso**, la maggior parte delle RSA (72%) si è dotata di una procedura da seguire. Tipicamente, l'attivazione avviene tramite una telefonata al numero di emergenza (112), dopo aver consultato il medico di struttura o il MMG. Se fuori orario di reperibilità, viene sentito il parere di un infermiere presente in struttura. Il trasferimento in ospedale è corredato di documentazione sullo stato di salute, terapie in corso ecc. per condividere con i professionisti sanitari tutte le informazioni utili alla presa in carico. In questo percorso, i familiari vengono informati del trasferimento e sulla destinazione ospedaliera. In alcuni casi, le strutture chiedono alle famiglie l'autorizzazione al trasferimento. In un caso è stata segnalata la presenza di procedure per valutare l'appropriatezza dell'invio al Pronto Soccorso (per esempio, tramite *flowchart*), prima ancora delle modalità di gestione del trasferimento. Rispetto a queste situazioni prevale una logica di riduzione dei rischi e tutela dei professionisti di fronte a situazioni potenzialmente critiche. La presenza di livelli

² La percentuale si riferisce alla quota di rispondenti che ha selezionato una determinata opzione. Vale anche per le Tabelle 4.3 e 4.4. In questa tabella era possibile rispondere a più opzioni, per questo motivo la somma delle % è maggiore di 100.

di responsabilità e di rischi connessi determina il fatto che le strutture seguano il processo più prudente possibile rispetto al quale trasferiscono ogni possibile esternalità negativa all'Azienda Sanitaria

L'ultimo approfondimento di questa sezione ha guardato alla frequenza con cui le strutture si trovano ad attivare questi servizi (Tabella 4.3), da cui si evince che mediamente capita di rado (alcune volte al mese/quasi mai). Fa eccezione il caso delle visite specialistiche, in cui c'è una polarità tra chi segnala di attivarle ogni giorno (21,05%) e chi quasi mai (41,7%), dovuto in parte alle modalità di organizzazione del ricorso alle stesse (cfr. *supra*) e in parte al profilo degli ospiti in carico, che presentano fabbisogni differenti.

Tabella 4.3. Frequenza di attivazione di altri servizi durante la permanenza in struttura*. N=106

	Visita Specialistica	Pronto Soccorso	Ricovero Programmato
Ogni giorno	21,05%	0	0
Più volte alla settimana	32,63%	15,79%	1,05%
Una volta alla settimana	12,63%	8,42%	4,21%
Alcune volte al mese	12,63%	56,84%	25,26%
Quasi mai	41,67%	18,95%	69,47%

4.1.5 Interdipendenze circa il funzionamento del servizio

La sezione conclusiva del questionario si è concentrata sulle istituzioni coinvolte nella discussione circa le modalità di funzionamento del servizio, con particolare riferimento ad alcuni aspetti strategici, quali:

- livelli assistenziali da garantire in struttura;
- case mix da garantire della struttura;
- standard di personale;
- budget annuale dedicato alla struttura;
- valore delle tariffe riconosciute rispetto alle giornate erogate;
- scambio stabile di informazioni rispetto all'assistenza erogata e alla casistica trattata.

I risultati (Tabella 4.4) mostrano come l'interlocutore più frequente e trasversale per i diversi oggetti proposti sia l'azienda sanitaria, mentre altri attori sono più presenti in relazione a temi specifici (per esempio, Regione/Provincia Autonoma per gli standard di personale; servizi sociali per uno scambio sull'assistenza erogata e per un confronto sui livelli assistenziali da garantire in struttura). Quel che colpisce, tuttavia, è come una larga parte del campione dichiarò di non avere, nei fatti, un'interlocuzione strutturata su questi aspetti con i soggetti proposti,

rinnovando la sensazione di un servizio che – nella percezione delle strutture – è isolato dal resto del sistema. Se ci chiediamo, quindi, con chi i gestori discutono e interloquiscono rispetto agli elementi fondanti del loro funzionamento, riscontriamo come l’Azienda Sanitaria rimane l’interlocutore privilegiato probabilmente perché prossimo ma anche perché titolare (in quasi tutte le regioni) della gestione degli accreditamenti e dei convenzionamenti. Il vero e proprio committente per i gestori è quindi l’azienda sanitaria, sebbene le regole siano definite a un livello più alto. Rispetto agli oggetti è interessante notare come ci sia meno possibilità di presidio su alcuni di questi (per esempio, case mix) rispetto ai quali le strutture «subiscono» decisioni degli enti pubblici o sono conseguenza diretta delle scelte operate.

Tabella 4.4. Soggetti con cui le strutture discutono gli aspetti strategici legati al funzionamento dei servizi*. N=106

	Livelli assistenziali	Standard di personale	Case mix	Scambio stabile di informazioni	Budget annuale	Valore tariffe
Direttamente con la Regione/ Provincia Autonoma	20%	32%	12%	17%	24%	43%
Azienda Sanitaria	65%	56%	51%	62%	43%	41%
Azienda di Servizi alla Persona	5%	5%	3%	6%	3%	3%
Servizi Sociali Comunali	16%	4%	7%	18%	3%	6%
MMG	10%	0%	6%	1%	0%	0%
Altri servizi sanitari territoriali, specificare quali	6%	2%	3%	4%	3%	3%
Nessuna	13%	15%	32%	19%	26%	23%

4.2 Quali possibili spazi di lavoro per valorizzare le interdipendenze?

Dalla lettura integrata dei risultati della rilevazione tra 106 strutture residenziali emergono diversi possibili ambiti di interdipendenza su cui costruire nuove e più strutturate collaborazioni tra settore LTC e sanitario attraverso la relazione tra gestori e Aziende Sanitarie. Rispetto a tutti gli ambiti oggetto di indagine è emersa come prevalente una specializzazione e rigida attribuzione di ruoli, con poche occasioni di coordinamento e integrazione. Il fatto che le relazioni non siano organizzate non vuol dire però che su questi oggetti non esistano interdipendenze da gestire. La carenza di interlocuzioni strutturate tra soggetti pubblici e soggetti gestori rispetto all'assessment, all'assegnazione del livello di non autosufficienza e alla definizione dei piani assistenziali, non elimina il fatto che comunque esista una profonda interdipendenza tra questi soggetti e su questi oggetti. Necessariamente le decisioni prese nel momento della valutazione del bisogno producono effetti sull'erogazione dell'assistenza o sulla definizione del piano assistenziale ecc. Le interdipendenze esistono anche quando non sono presidiate, ed è proprio in questi casi che rischiano di diventare mancate opportunità.

5. Strumenti per gestire le interdipendenze

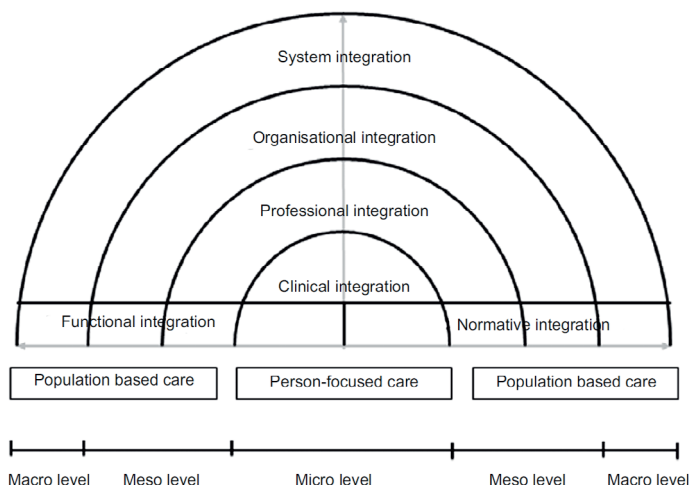
di *Maria Vittoria Bufali e Andrea Rotolo*

5.1 Il framework di analisi

Nei capitoli precedenti è stato illustrato come le interdipendenze tra i provider di servizi sociosanitari e gli attori del contesto in cui operano – «interdipendenze» ampiamente intese come connessioni, relazioni, sovrapposizioni, o legami che collegano diversi soggetti, istituzionali e non, dello stesso settore o di altri – possono essere di natura diversa, essere presidiate a molteplici livelli e con vari gradi di intensità, nonché riguardare una o più fasi dei processi di presa in carico ed erogazione dei servizi (quali la valutazione del bisogno, l'erogazione dell'assistenza, l'attivazione di altri servizi o il funzionamento generale del servizio). Il presente capitolo affronta un'ulteriore questione, andando più specificatamente a indagare in che misura determinate interdipendenze siano governate (e quindi valorizzate) e quanto, invece, rimangano implicite e non gestite. Inoltre, particolare enfasi verrà posta nel prendere in esame quali siano eventuali meccanismi o dispositivi per il presidio di tali dipendenze e quali, di contro, le possibili implicazioni per i gestori e per i servizi di un mancato o parziale presidio delle stesse.

Al fine di offrire al dibattito nazionale sul settore LTC alcuni spunti di riflessione sul tema, le questioni sopradescritte verranno approfondite attraverso l'illustrazione e l'analisi comparativa di quattro casi studio. L'approccio metodologico prescelto permette, infatti, di restituire una comprensione ricca, approfondita e contestualizzata di come, in diverse realtà locali e organizzative, sia stato concretamente declinato il tema delle interdipendenze, evidenziando il valore da esse ottenibile, nonché possibili vantaggi e/o criticità di diversi approcci alla gestione delle stesse presi in esame.

Più in particolare, l'interpretazione delle evidenze raccolte è supportata dal framework teorico avanzato da Valentijn *et al.* (2013), illustrato graficamente alla Figura 5.1 e sinteticamente riassunto alla Tabella 5.1.

Figura 5.1. Framework di ricerca per l'analisi dei casi

Fonte: Valentijn *et al.* (2013) – su licenza CC BY – attribuzione 4.0 internazionale



Tale framework offre molteplici chiavi di lettura per categorizzare le modalità di integrazione tramite le quali andare a gestire le interdipendenze. Gli strumenti o i meccanismi di presidio adottati possono, infatti, garantire una integrazione che si articola su più livelli: i) *macro*, se di sistema; ii) *meso*, se tra organizzazioni; iii) *micro*, se nella cura dei singoli. Ulteriormente rilevante è la traiettoria lungo la quale tali sistemi o meccanismi di gestione vanno a operare, introducendo la distinzione fra un tipo di integrazione: i) *verticale*, se tra servizi afferenti a settori diversi; ii) *orizzontale*, se tra servizi del medesimo settore. In aggiunta, l'integrazione può avvenire su piani diversi, portando a individuare una integrazione: i) *funzionale*, se incentrata sull'esistenza di pratiche amministrative e operative codificate; ii) *normativa*, se avente a oggetto la condivisione di valori, norme di comportamento, visione e obiettivi strategici. Non da ultimo, è possibile prendere in considerazione i diversi oggetti o soggetti rispetto ai quali si ricerca un coordinamento. È dunque possibile parlare di una integrazione: i) *assistenziale*, se riguarda le diverse componenti assistenziali di un servizio; ii) *professionale*, se riguarda professionisti di diversi servizi e diverse discipline; iii) *organizzativa*, se si attua un coordinamento tra servizi di diversa natura e/o gestiti da diverse organizzazioni; iv) *di sistema*, se il raccordo è ricercato per tutti i *player* in campo, attraverso un allineamento che si esplicita nell'adozione di regole e politiche comuni.

Tabella 5.1. Framework di ricerca per l'analisi dei casi, basato su Valentijn et al. (2013)

Dimensione	Tipo di integrazione
Livello	Macro: di sistema Meso: tra organizzazioni Micro: nella cura dei singoli
Traiettorie	Verticale: tra servizi afferenti a settori diversi Orizzontale: tra servizi simili
Piano	Funzionale: Amministrativa/Operativa Normativa: Strategica
Oggetti/soggetti	Assistenziale: componenti assistenziali di un servizio Professionale: professionisti di diversi servizi e discipline Organizzativa: servizi di diversa natura e/o gestiti da diversi enti Di sistema: allineamento delle regole e delle politiche

Fatta eccezione per l'ultima di queste voci (integrazione di sistema), che tipicamente viene attuata attraverso l'adozione di strumenti formali (ossia, regolamenti, leggi e politiche), per le altre dimensioni l'integrazione può essere conseguita operativamente con dispositivi o meccanismi che possono essere più o meno strutturati o formalizzati (dallo scambio informale di dati o informazioni e i rapporti interpersonali fra professionisti, fino alla creazione di accordi espliciti o vere e proprie entità giuridiche per disciplinare l'agire congiunto delle parti).

5.1.1 L'approccio metodologico

Al fine di esplorare il tema delle interdipendenze con l'adozione di queste specifiche chiavi di lettura, sono stati condotti e sviluppati quattro casi di studio, la cui selezione è stata primariamente basata sugli esiti di un processo di scouting che ha visto coinvolte tutte le organizzazioni aderenti all'Osservatorio. A queste ultime è stato domandato di compilare un form online per indicare, *in primis*, se avessero intrapreso una o più iniziative di collaborazione – anche con soggetti non appartenenti al settore socio-sanitario o sanitario – che andassero oltre le regole formali/amministrative. In caso di risposta affermativa, è stato poi chiesto di fornire alcune indicazioni preliminari in merito alla tipologia e il settore di appartenenza degli altri soggetti coinvolti¹ e all'oggetto specifico e obiettivo ultimo dell'iniziativa (in altre parole, il tema che affronta). Da ultimo, è stato richiesto di fornire il contatto di un referente organizzativo

¹ Quali, per esempio, Enti Locali, altri provider di servizi sociosanitari privati profit o no profit, provider di altri servizi non sociosanitari, ETS, gruppi informali, provider di tecnologie ecc.

al quale rivolgersi per ulteriori approfondimenti. L'indagine condotta ha raccolto segnalazioni provenienti complessivamente da 8 organizzazioni², che hanno candidato un totale di 11 iniziative per lo sviluppo dei casi di studio (in media 1,4 iniziative per ente, con un massimo di 3 candidature da parte di una singola organizzazione).

I criteri che maggiormente hanno guidato la selezione dei casi sui quali focalizzarsi sono stati l'includere iniziative che avessero oggetti diversi, riguardassero gestori di servizi e contesti locali differenti (non sono stati, dunque, scelti più casi riguardanti lo stesso ente, laddove fossero state ricevute segnalazioni multiple) e che consentissero di approfondire tutte e quattro le diverse fasi dell'operatività di una struttura residenziale già descritte nel Capitolo 4, ossia:

- accesso e selezione (per esempio, valutazione bisogno, formazione/scorimento Lista di Attesa, selezione struttura, attribuzione classe di gravità/livello assistenziale ecc.);
- definizione ed erogazione dei piani assistenziali;
- attivazione di servizi aggiuntivi (per esempio, ricorso a visite specialistiche, Pronto Soccorso, Ricoveri Programmati);
- funzionamento complessivo del servizio (per esempio, discussione o scambio di informazioni circa: livelli assistenziali, *case mix*, standard di personale, budget annuale a voi dedicato, valore delle tariffe).

L'incrocio di questi parametri è confluito nella selezione dei seguenti quattro casi di studio, le cui caratteristiche salienti sono riepilogate alla Tabella 5.2:

1. L'introduzione di un reparto psico-geriatrico presso il complesso di strutture di Istituti Riuniti Airoldi e Muzzi (Lecco), che ha richiesto al gestore di servizi un lavoro fortemente sinergico con una molteplicità di enti (amministrazioni locali, provider di servizi sanitari e sociosanitari, nonché Enti del Terzo Settore o ETS) teso, da un lato, a condividere delle modalità di selezione e accesso dei nuovi utenti target, dall'altro, a introdurre delle procedure di definizione concertata di un progetto assistenziale individualizzato, spesso anche finalizzato al rientro della persona al domicilio. L'iniziativa ha sensibilmente mutato il *case mix* della struttura, rendendo possibile accogliere utenti di età inferiore a quella

² Ringraziamo tutti gli enti che si sono candidati con proprie esperienze: ISRAA Treviso, IPAV – Istituzioni Pubbliche di Assistenza Veneziane, KOS Care, Istituto Cavalier Francesco Menotti – ONLUS, Fondazione Opera Immacolata Concezione Onlus oltre alle quattro menzionate successivamente per l'approfondimento dei casi studio.

- degli ospiti geriatrici tipici, con minore carico assistenziale ma maggiori esigenze di tipo psico-relazionale.
2. Il progetto implementato presso l'Azienda Servizi alla Persona Golgi-Redaelli, a Milano e Vimodrone, ha introdotto un modello innovativo di gestione dei posti letto delle cure intermedie attraverso la figura del *bed manager*. Questo sistema, sviluppato internamente e in collaborazione con i principali ospedali del territorio, consente di ottimizzare il turnover dei posti letto, garantendo una selezione più mirata dei pazienti. Il progetto non solo migliora l'efficienza organizzativa e la sostenibilità economica dell'ente, ma rafforza anche la continuità assistenziale, rispondendo alle esigenze delle strutture sanitarie e delle famiglie con una gestione più rapida e strutturata delle dimissioni ospedaliere.
 3. L'iniziativa avviata presso il CSS Villa Carpaneda di Rodigo (Gruppo Gheron) mira a trasformare la struttura in un polo multiservizi aperto alla comunità, integrando servizi sanitari, sociali e di housing. Attraverso collaborazioni con enti pubblici, medici, aziende sanitarie, il Gruppo Gheron si pone l'obiettivo di migliorare l'accesso alle cure territoriali e la continuità assistenziale. Il progetto non solo amplia l'offerta per gli utenti interni ed esterni, ma rafforza anche l'attrattiva della struttura per i professionisti sanitari, favorendo un modello di assistenza integrata e sostenibile a livello locale.
 4. Il progetto realizzato presso le RSA del Gruppo Korian «Bosco della Stella» di Rivoli e «Il Valentino» di Torino e pensato in network con enti del privato no profit (C.S.D. Diaconia Valdese) e del settore pubblico per offrire percorsi lavorativi accompagnati a persone con background migratorio, tramite il quale Korian riesce non solo a dotare il proprio organico di risorse delle quali si ravvisa una forte carenza all'interno del settore ma anche ad adempiere alla mission che – in quanto Società Benefit – la caratterizza, ossia avere delle ricadute positive ampie e tangibili sul territorio di riferimento.

Per lo studio dei casi sono state acquisite evidenze tramite la conduzione di quattro interviste semi-strutturate. Queste sono state svolte da remoto, hanno avuto una durata di approssimativamente un'ora e hanno visto complessivamente coinvolti otto referenti individuati dai gestori dei servizi in quanto capaci di fornire un punto di vista particolarmente informato sul tema oggetto del confronto e, al contempo, di agire come portavoce delle prospettive del più ampio network di soggetti aderenti all'iniziativa.

Tabella 5.2.: Overview dei casi di studio selezionati

Gestore servizi	Caso	Sito	Principali fasi operative interessate	Altri soggetti coinvolti
Istituti Riuniti Airoldi Muzzi	Reparto psico-geriatria in struttura	Lecco	Accesso e selezione, Definizione ed erogazione dei piani assistenziali Funzionamento complessivo del servizio (<i>case mix</i>)	Enti del mondo sanità e SSN, Enti Locali, Altri provider di servizi sociosanitari privati no profit, ETS e/o gruppi informali
ASP Golgi Redaelli	<i>Bed Management</i>	Milano, Vimodrone	Accesso e selezione	Enti del mondo sanità e SSN
Gruppo Gheron	Polo multiservizi	Rodigo	Definizione ed erogazione dei piani assistenziali Attivazione di servizi aggiuntivi	Enti Locali, Enti del mondo sanità e SSN, ETS e/o gruppi informali
Gruppo Korian	Inclusione sociale e lavorativa	Rivoli, Torino	Funzionamento complessivo del servizio (risorse umane)	Enti Locali, ETS e/o gruppi informali

Laddove disponibili, le organizzazioni hanno messo a disposizione ulteriori fonti (quali report organizzativi o presentazioni rese a eventi istituzionali) per consentire un'analisi documentale che andasse a integrazione delle informazioni raccolte in sede di colloquio. Tanto la traccia dell'intervista che l'analisi ed elaborazione dei casi studio, coerentemente ai lavori della settima edizione dell'Osservatorio, hanno focalizzato l'attenzione su aspetti specifici delle interdipendenze prese in esame, insistendo in particolar modo sulle tre macro-dimensioni d'indagine di seguito riepilogate, che trovano riflesso nella struttura tramite cui sono presentati i diversi casi nel paragrafo successivo:

- caratteristiche, origini e obiettivi dell'iniziativa: le informazioni raccolte a tale proposito hanno riguardato l'oggetto della collaborazione e le problematiche o sfide alle quali volesse dare risposta, il luogo e la durata della sua implementazione, le dinamiche che hanno dato impulso all'iniziativa, i suoi benefici (attesi e/o conseguiti), nonché i professionisti e beneficiari coinvolti (numero e profilo);
- le interdipendenze in essere e in divenire: il confronto ha permesso di approfondire la tipologia di attori e settori coinvolti negli assetti collaborativi descritti, oltre che di indagare le condizioni nelle quali tali rapporti sono nati, come essi siano evoluti, nonché ruoli reciproci e dispositivi in uso per il governo delle interdipendenze (ossia, i meccanismi di

coordinamento e raccordo dell'operato delle diverse parti in gioco), con particolare attenzione al tipo di integrazione attualmente conseguita e auspicata per il futuro (Tabella 5.1);

- i fattori abilitanti/ostacolanti il mantenimento e lo sviluppo dell'iniziativa: infine, i colloqui hanno fornito un'occasione per evidenziare quali sono, dal punto di vista degli interlocutori che hanno preso parte alle interviste, i sistemi o le condizioni che consentirebbero di lavorare ancora più efficacemente, così come i principali fattori facilitanti o ostacolanti un'eventuale replicazione o ampliamento di scala dell'iniziativa discussa.

Al fine di assicurare che i casi elaborati restituissero una rappresentazione fedele ed esaustiva di quanto riportato dagli intervistati, è stato chiesto loro di fornire una validazione della adeguatezza della descrizione e interpretazione prodotta dagli autori. Infine, volendo dare un quadro completo e dettagliato delle interdipendenze fatte oggetto di studio, le principali evidenze raccolte sono state incrociate in una matrice di sintesi, che consentisse di operare una lettura trasversale dei casi affrontati.

Poste tali premesse, il presente capitolo prosegue nella maniera seguente: il paragrafo 5.2 rappresenta singolarmente i diversi casi di studio presi in esame, fornendo per ciascuno di essi una descrizione dettagliata delle tre macro-dimensioni di analisi appena introdotte. Il paragrafo 5.3, invece, ripercorre sinteticamente le evidenze più salienti emergenti dai singoli casi, proponendone un'analisi comparativa, al fine di evidenziare alcuni punti di attenzione per il settore LTC italiano, prima che vengano introdotte alcune riflessioni conclusive, riportate al paragrafo 5.4.

5.2 I casi di studio

5.2.1 L'introduzione di un reparto di psico-geriatria in RSA, Istituti Riuniti Airoldi e Muzzi

Caratteristiche, origini e obiettivi dell'iniziativa

L'esperienza che ha portato a ipotizzare l'apertura di un reparto di psico-geriatria presso il complesso di strutture residenziali di Istituti Riuniti Airoldi e Muzzi (situato a Lecco) risale alla seconda metà del 2020. Nel periodo post-pandemico, infatti, nella fase di riapertura ai ricoveri nelle strutture, si è ravvisato un aumento consistente di domande di ammissione in RSA provenienti da utenti «atipici». Quest'ultimi avevano un'età nettamente inferiore a quella degli ospiti usuali della struttura (60-75 anni, rispetto a 85 anni o più), risultavano spesso seguiti dalla Rete di Salute Mentale perché aventi anamnesi posi-

tive per patologie psichiatriche – seppur stabili – e presentavano bisogni cronici e/o acuti di tipo sociosanitario (dunque, in tal senso, erano caratterizzati da un livello di comorbidità e autonomia non dissimile da quello dell’utente tipico geriatrico).

Seppur in parte giustificata dalla disponibilità di posti seguita alla pandemia da Covid-19 (85 posti letto su 350 risultavano non occupati), l’iniziativa è stata prevalentemente ispirata dall’obiettivo di riuscire a fornire risposte adeguate a un crescente bisogno di fragilità nel contesto della salute mentale, intercettato in maniera spontanea e sempre più inequivocabile durante la fase di riapertura post-pandemica delle strutture. Tramite l’accoglienza in uno specifico reparto si voleva assicurare un efficace ingresso in RSA a tutta una serie di profili di utenza che, altrimenti, non avrebbero trovato risposta da parte di provider di altri servizi (per esempio, le unità d’offerta esclusivamente sanitarie, ovvero precipuamente psichiatriche), usualmente non pronti ad accogliere i bisogni specifici di queste persone. In particolare, questa nuova utenza include persone che:

- al compimento dei 65 anni di età, vengono dimesse dalle strutture semi-residenziali psichiatriche (CPA/CPM) perché non più in possesso dei requisiti anagrafici di permanenza o per insorgenza di comorbidità da patologie organiche;
- in dimissione da ricoveri ospedalieri, non venendo ammesse in riabilitazione per l’anamnesi psichiatrica, non sarebbero momentaneamente gestibili al domicilio;
- vengono segnalate dal Servizio Sociale di Base o dal Centro Psico Sociale (CPS) del territorio in quanto non possono più vivere al domicilio per la perdita di autonomia nelle attività della vita quotidiana dovuta a patologie fisiche sopraggiunte.

L’esperienza avviata da Istituti Riuniti Airoldi e Muzzi ha consentito di perseguire e conseguire una serie di benefici, tanto a livello organizzativo che di sistema, meglio dettagliati qui di seguito.

- *Intercettazione di una nuova utenza, portatrice di bisogni emergenti*: il rapido incremento di posti occupati da questi utenti ha comprovato il fatto che il reparto di psico-geriatria stesse dando risposta a una domanda concreta, spesso anche espressa da altri territori (come dimostra la ricezione di richieste da parte di Reti di Salute Mentale di Mantova e di Milano).
- *Diversificazione dell’utenza/cambiamento del case mix*: è stato possibile destinare parte dei posti disponibili a degli utenti con minore carico assistenziale ma maggiori esigenze di tipo psico-relazionale. In tal senso, accogliere tali utenti non ha implicato un maggiore dispendio di risorse

ma un loro diverso impiego (per esempio, ricalibrando il rapporto OSS: educatori per quel reparto).

- *Adeguatezza dei servizi offerti*: la gestione di un numero cospicuo di posti occupati da questo specifico profilo di utenza consente di avere una «massa critica» tale da giustificare una serie di investimenti nella formazione del personale e rimodulazione dell'organico. Ciò rende possibile, per esempio, gestire all'interno della struttura le rimodulazioni di approccio terapeutico, cercando di prevenire il ricorso ai servizi ospedalieri. Allo stesso modo, può costituire un fattore abilitante di ulteriori economie, come per esempio prevedere che le sedute del CPS vengano organizzate presso la struttura, evitando dei trasferimenti frequenti e poco coordinati dei diversi ospiti presso l'ASST.
- *Maggiore interscambio fra servizi territoriali e RSA*: le nuove modalità di intervento consentono di ipotizzare dei ricoveri anche temporanei (talvolta di sollievo per i caregiver), al termine dei quali le persone potrebbero essere re-indirizzate verso i servizi territoriali stessi. Infatti, nel caso degli utenti più giovani, si sono registrate dimissioni protette al domicilio dopo un periodo trascorso in RSA (eventualità generalmente non usuale per gli ospiti geriatrici), a testimonianza di un interscambio attivo e sinergico all'interno della rete di cura territoriale. Il fatto che l'intervento sfoci nella dimissione protetta dell'ospite – ove questa sia possibile – ne testimonia l'efficacia, ossia la capacità di incidere positivamente sulle problematiche che avevano portato all'accesso in struttura.
- *Individuazione di un costo medio per questa tipologia di utenti*: questa esperienza, avviata in sinergia con ATS, potrebbe a breve acquisire carattere di vera e propria sperimentazione, consentendo di raccogliere dati puntuali che permettano di valutare costi e sostenibilità di tali servizi, a supporto della programmazione regionale. Peraltro, va sottolineato che, in assenza di tale offerta, l'utente sarebbe in carico ad altri servizi territoriali (servizi sociali, strutture sanitarie ecc.), con un dispendio verosimilmente superiore di risorse pubbliche.

Il perseguimento degli obiettivi che l'iniziativa si è posta ha chiaramente richiesto di investire nella formazione del personale, così da integrare il know-how già in essere in ambito di assistenza sociosanitaria – di fondamentale importanza per l'efficace gestione del nuovo target di utenza – con competenze specifiche, più rivolte alla dimensione socio-relazionale ed educativa. Per tale ragione, già dalla fine del 2021 si è palesata la necessità di dotarsi di un consulente psichiatra che si occupasse della gestione delle terapie, di procedere al potenziamento degli interventi educativi e di attuare una formazione integrativa del personale.

A gennaio 2025, la struttura accoglie circa 40 persone che rispondono al profilo sopradescritto, ossia quello di un soggetto adulto con remissione sintomatologica e/o stabilizzazione della patologia psichiatrica³, che presenta alterazioni delle funzioni adattive, sociali, relazionali, nonché bisogni sanitari e assistenziali derivanti da disturbi organici concomitanti.

Le interdipendenze in essere e in divenire

Alcune delle interdipendenze sulle quali insiste questa progettualità riguardano in particolar modo le fasi di ingresso e di uscita dell'ospite dalla RSA. Infatti, l'individuazione delle persone eleggibili per l'ammissione al reparto psico-geriatrico poggia su collaborazioni strette con altri attori, sia amministrazioni pubbliche sia enti del settore sanitario, quali: il Servizio Sociale del Comune, i Centri Psico Sociali (CPS), l'ospedale di Lecco (Dipartimento Salute Mentale) e le strutture a bassa, media o alta intensità assistenziale (CPA - CPM - CPB). Risulta, infatti, fondamentale ammettere soggetti che abbiano alle spalle una storia pregressa di presa in carico da parte della rete territoriale di cura, il cui coinvolgimento – a fianco del paziente e del nucleo familiare – risulta ulteriormente imprescindibile nell'andare a definire, al momento dell'accesso in RSA, un progetto assistenziale individualizzato condiviso, che talvolta può essere finalizzato anche al rientro della persona al domicilio o allo spostamento in altri tipi di strutture assistenziali.

Inoltre, proprio al fine di preservare e ampliare la rete relazionale dell'individuo durante la sua permanenza in struttura, specificatamente per questo reparto si è voluta adottare una configurazione ibrida fra l'usuale reparto di RSA e la comunità alloggio. È stata, dunque, ricercata una maggiore interazione con il territorio, prevedendo dei momenti aperti alla cittadinanza, nonché a pazienti con profilo simile seguiti da altri enti. La RSA ha dunque rafforzato la propria apertura al territorio, facendo rete con altre realtà che si occupano di pazienti psichiatrici (per esempio, per l'organizzazione di attività socio-ricreative, culturali e laboratoriali condivise e aperte al pubblico) e avviando collaborazioni per l'attivazione di opportunità di volontariato e percorsi di inserimento lavorativo per i soggetti psichiatrici accolti.

Dunque, se in parte l'avvio di questa progettualità ha portato a intensificare delle relazioni già in essere con alcuni soggetti (per esempio, CPS e strutture ospedaliere locali), essa ha anche dato slancio alla nascita di nuove interconnessioni con altre realtà del territorio (quali, per esempio, Enti del Terzo Settore o altre Unità di Offerta di servizi sociosanitari).

³ Rappresentano, invece, criteri di esclusione all'ingresso in RSA la presenza di sintomatologia psichica attiva, psicosi in fase di acuzie o sub-acuzie persistenti.

Dall'esordio dell'esperienza fino al momento attuale, le collaborazioni fra i vari soggetti coinvolti si sono sviluppate primariamente su un piano di informalità, talvolta resa possibile anche dalla forte prossimità fisica (per esempio, con l'ASST di Lecco), che ha consentito un raccordo inter-organizzativo fra i professionisti dei vari enti frequente e flessibile. Sono attualmente in fase di avvio una serie di azioni tese a garantire un'integrazione funzionale dell'operato delle varie parti, ossia una maggiore convergenza su pratiche operative codificate. Un primo step in direzione di una maggiore formalizzazione delle modalità operative è consistito nella recente costituzione, su iniziativa dell'ATS Brianza, di un tavolo tecnico con l'obiettivo di definire, almeno per gli utenti over 65, dei possibili percorsi di accoglienza all'interno delle RSA.

I fattori abilitanti/ostacolanti lo sviluppo e il mantenimento dell'iniziativa

Dal punto di vista dei referenti organizzativi intervistati, sebbene l'informalità che ha caratterizzato le fasi iniziali del progetto abbia indubbiamente rappresentato un fattore abilitante (facilitando una serie di relazioni strumentali al suo avvio), allo stadio attuale, essa rischia di venire a rappresentare il punto debole dell'iniziativa, mettendone a rischio la sostenibilità nel breve e nel lungo periodo. A tal proposito, si ritiene che ciò che maggiormente contribuirebbe al consolidamento dell'esperienza avviata, e a una sua possibile replicazione in altri contesti, siano delle azioni che promuovano una integrazione a livello di sistema (allineamento di regole e politiche). Su tale fronte, è diventato dirimente stimolare l'intervento di ATS e Regione affinché venissero avviati dei processi di definizione di regole di accreditamento del nucleo e di standard assistenziali (per esempio, relativi al carico assistenziale, alla composizione dell'organico o all'introduzione di una classificazione SOSIA o di parametri di integrazione delle rette *ad hoc*) e si promuovesse per vie formali la proceduralizzazione delle modalità di accesso e uscita di tali ospiti, nonché di definizione condivisa con altri soggetti della rete territoriale del piano assistenziale individualizzato. Ciò risulterebbe importante anche per garantire che una struttura la cui utenza è per una percentuale rilevante (circa il 10%, nel caso specifico descritto) «atipica» non sia esposta a un rischio di valutazione di inappropriata al ricovero in RSA. In definitiva, il prossimo avvio della sperimentazione regionale (previsto per il 2025 e reso possibile anche dall'azione sinergica svolta con ATS Brianza) ha lo scopo di aiutare la Regione a identificare possibili strategie di sistema per questo bisogno emergente.

Di contro, sono stati individuati come fattori potenzialmente a discapito della replicabilità e scalabilità dell'iniziativa i seguenti elementi.

- *Forte «personalizzazione» dell'iniziativa:* come per molti progetti che nascono grazie all'iniziativa e al capitale relazionale di alcune professiona-

lità, è necessario che il modello, una volta sperimentato, venga reso sostenibile e possa continuare a evolvere in maniera autonoma dalle personalità che lo hanno introdotto.

- *Scarsa capacità produttiva della struttura accogliente*: come anticipato, il successo e la sostenibilità della sperimentazione dipende dall'aver sufficiente «massa critica» da poter sostenere degli investimenti in formazione, ottimizzare anche qualitativamente l'assistenza offerta al nuovo target e realizzare possibili economie di scala.
- *Resistenze culturali ed esigenze formative dei professionisti sociosanitari*: così come accade per altri nuclei (Alzheimer o Stati Vegetativi), alcune figure professionali possono sentirsi non pienamente adeguate a prestare assistenza a utenti con precise esigenze e problematiche. Da ciò, per esempio, è derivata la necessità di attivare, per gli operatori della struttura, dei percorsi formativi *ad hoc* (per esempio, rischio di aggressioni, sessualità). Accanto a un accresciuto fabbisogno formativo, possono ingenerarsi vere e proprie resistenze culturali che portano gli operatori a vedere il paziente psichiatrico come non idoneo a un inserimento in RSA o anche come una persona che sottrae posti letto a pazienti geriatrici.

5.2.2 Sperimentazione della funzione di *Bed Management*, ASP Golgi-Redaelli

Caratteristiche, origini e obiettivi dell'iniziativa

L'iniziativa rappresenta un esempio di gestione di interdipendenze tra soggetti pubblici e nasce nel 2021, nel periodo immediatamente successivo alla pandemia da Covid-19, con l'obiettivo di affrontare due criticità principali riscontrate: la difficoltà nella saturazione dei posti letto e l'assenza di un criterio univoco per la gestione dei ricoveri nelle cure intermedie all'interno dell'Azienda di Servizi alla Persona Golgi-Redaelli.

Precedentemente, ogni istituto dell'ASP adottava un proprio metodo di selezione e ammissione dei pazienti, con processi poco strutturati e gestiti in modo disomogeneo dai Direttori Sanitari o da altre figure professionali che fungevano da riferimento. Ciò comportava un accesso ai ricoveri nelle cure intermedie poco standardizzato, con il rischio di inserire pazienti con un livello di complessità elevato e difficoltà riabilitative significative, situazione ulteriormente aggravata dalla carenza di personale specializzato.

Per rispondere a queste esigenze, l'azienda ha introdotto in forma sperimentale, oggi consolidata, un modello di gestione centralizzata dei ricoveri basato sulla funzione di *bed management*. L'impulso è arrivato dalla Direzione Generale e prende ispirazione dall'analoga funzione presente nelle strutture ospedaliere.

Questo team di *bed management*, oggi composto da un coordinatore infermieristico e da un fisioterapista, ha il compito di monitorare in tempo reale la disponibilità di posti letto, coordinare i ricoveri e garantire un migliore allineamento tra caratteristiche dei pazienti e disponibilità di cura nei diversi reparti. Attualmente, il modello è attivo nelle sedi di Milano e Vimodrone, mentre l'istituto di Abbiategrasso segue una modalità differente, data la sua relazione diretta e privilegiata con l'ASST Ovest Milanese e da altre strutture sanitarie del distretto abbiatense. L'adozione di questo modello ha portato numerosi vantaggi sia per la gestione interna sia per il sistema sanitario regionale:

- *migliore saturazione dei posti letto*: l'occupazione è aumentata grazie a un turnover più rapido e a un più veloce inserimento dei nuovi pazienti;
- *maggior appropriatezza dei ricoveri*: la scelta dei pazienti viene ottimizzata, privilegiando quelli con necessità riabilitative specifiche e corrispondenti alle caratteristiche dei posti letto disponibili;
- *riduzione dei tempi di attesa*: la collaborazione diretta con gli ospedali consente di rispondere in modo tempestivo alle necessità di dimissione;
- *miglioramento delle performance economiche*: la riduzione dei giorni di posti letto vuoti contribuisce a una migliore sostenibilità finanziaria della struttura;
- *valorizzazione del ruolo dell'equipe riabilitativa*: il modello permette una programmazione più efficace del lavoro clinico e assistenziale.

Le interdipendenze in essere e in divenire

L'introduzione della funzione di *bed management* ha permesso di sviluppare un sistema di coordinamento più efficace con gli ospedali di riferimento del distretto Milano Città Metropolitana e con una convezione specifica con l'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda e gli ospedali del distretto della Bassa Martesana e con l'Ospedale San Raffaele. Mentre originariamente erano soprattutto i *bed manager* dell'ASP Golgi-Redaelli a sollecitare il coordinamento con le equivalenti figure nelle strutture ospedaliere, oggi il rapporto con queste aziende sanitarie si è evoluto al punto che sono spesso i *bed manager* ospedalieri a contattare direttamente quelli di Golgi-Redaelli per gestire il trasferimento di pazienti idonei. Nel corso del tempo, infatti, sono apparsi come evidenti sia i vantaggi di una gestione più coordinata della dimissione dagli ospedali verso i posti di cure intermedie, sia delle professionalità a cui era stata affidata dall'ASP Golgi-Redaelli questa funzione.

Il processo di ammissione prevede una valutazione preliminare basata su una presentazione telefonica del paziente e la condivisione della scheda clinica via e-mail. I *bed manager* del Golgi-Redaelli analizzano quindi le caratteristiche cliniche e riabilitative del paziente in relazione alla disponibilità di posti letto,

individuando la soluzione più appropriata all'interno dell'azienda. Successivamente, il paziente viene registrato sulla piattaforma Priamo di Regione Lombardia, che gestisce digitalmente il flusso dei ricoveri.

Il principale strumento di gestione dei pazienti è quindi la piattaforma regionale, attraverso cui vengono formalmente registrati i ricoveri. Tuttavia, il successo del modello si basa anche su forme di coordinamento più informali e dirette tra i *bed manager* delle diverse strutture sanitarie, che facilitano il processo decisionale e permettono di superare la logica precedentemente diffusa per cui il primo operatore a segnalare un paziente sulla piattaforma ne ottiene il ricovero.

I fattori abilitanti/ostacolanti lo sviluppo e il mantenimento dell'iniziativa

Il successo del progetto si è basato su alcuni fattori chiave, quali, innanzitutto, la scelta dei profili delle persone che ricoprono il ruolo di *bed manager*. Infatti, la presenza di professionisti con un'ampia esperienza clinica e consolidati rapporti interpersonali ha facilitato l'implementazione del sistema. Un'ulteriore condizione abilitante è stata rappresentata dal supporto della Direzione Generale: la governance aziendale ha, di fatti, promosso attivamente il modello, assicurando risorse e continuità operativa. Infine, di particolare importanza è risultata anche l'integrazione resa possibile dagli strumenti digitali. Da questo punto di vista, l'utilizzo della piattaforma Priamo ha fornito un supporto tecnico fondamentale alla gestione dei ricoveri e delle informazioni a essi collegati.

Nonostante questi fattori e la buona riuscita dell'iniziativa, permangono alcune criticità, approfondite qui di seguito.

- *Capacità produttiva dell'ente e complessità del sistema*: dal punto di vista della replicabilità, il modello si presta particolarmente bene a strutture di grandi dimensioni inserite in contesti metropolitani complessi, dove la gestione del flusso dei pazienti richiede un elevato livello di coordinamento. Tuttavia, in realtà più piccole con un numero limitato di interlocutori e strutture, potrebbe risultare meno necessario.
- *Qualità della compilazione delle informazioni nelle cartelle*: la principale criticità riscontrata riguarda la variabilità della qualità delle informazioni cliniche ricevute dagli ospedali. Spesso, infatti, le cartelle non riflettono con precisione le condizioni del paziente, generando difficoltà nell'organizzazione dell'accoglienza. Questo problema viene oggi in parte attribuito alla carenza di personale e ai tempi ridotti per la preparazione della documentazione in ambito ospedaliero. In definitiva, per migliorare ulteriormente il modello, sarebbe utile un maggiore investimento nella standardizzazione delle informazioni cliniche e nella formazione del personale ospedaliero sulle procedure di dimissione, riducendo il margine di errore nella selezione dei pazienti e aumentando ulteriormente l'efficienza complessiva del sistema.

5.2.3 La costruzione di un polo sanitario e sociale integrato, Gruppo Gheron

Caratteristiche, origini e obiettivi dell'iniziativa

Il Centro Socio-Sanitario (CSS) Villa Carpaneda, situato a Rodigo (MN), rappresenta una delle strutture più complesse del Gruppo Gheron, con 252 posti letto e un'ampia gamma di servizi, tra cui RSA (con posti accreditati e per solventi), centro diurno integrato, cure intermedie, RSA aperta, cure domiciliari, riabilitazione geriatrica, poliambulatori, fisioterapia e hospice. L'iniziativa di gestione delle interdipendenze nasce in questo caso dalla volontà di trasformare, sin dalla sua costruzione, Villa Carpaneda in un polo multiservizi aperto alla cittadinanza, sviluppando sinergie con enti pubblici e privati per ampliare, al tempo stesso, l'offerta sanitaria e sociale del territorio.

Questa idea è stata incentivata dall'opportunità di poter avviare interlocuzioni tra il Gruppo Gheron e la Fondazione Villa Carpaneda che precedentemente gestiva una struttura che sorgeva accanto a dove è stato edificato nel 2015 *ex novo* il CSS Villa Carpaneda. Questa circostanza ha aperto nuove prospettive di collaborazione, favorendo nel passaggio di gestione tra i due soggetti la riqualificazione di spazi inutilizzati per l'attivazione di servizi di prossimità destinati alla comunità locale. Oltre ai servizi già presenti e fin qui elencati, di recente è stato inaugurato all'interno della struttura un bar aperto anche alla cittadinanza che ha stimolato una maggiore frequentazione da parte della cittadinanza degli spazi di Villa Carpaneda. È questo il principale driver che guida la progettualità: trovare modi per invitare la comunità del territorio a fruire e frequentare la struttura, in una logica di scambio reciproco.

Più in generale, il progetto si inserisce in un più ampio disegno strategico volto a rendere le strutture del Gruppo Gheron degli hub di riferimento per la sanità territoriale, in linea con le direttive di Regione Lombardia sull'assistenza di prossimità. Sul territorio, inoltre, insiste anche un'altra RSA del Gruppo (Zucchi-Falcina a Soresina), con la quale c'è da sempre un'intensa attività di coordinamento e scambio favorita anche dalla conoscenza diretta tra le Direzioni delle due strutture.

Il progetto è stato concepito per generare benefici su più livelli, descritti in quanto segue.

- *Diversificazione del portafoglio di servizi e maggiore attrattività:* l'apertura di nuovi servizi consente una maggiore diversificazione delle attività, aumentando l'attrattività della struttura per professionisti sanitari e pazienti. Inoltre, la creazione di un ambiente dinamico e interconnesso favorisce la fidelizzazione del personale, aspetto cruciale in un contesto di crescente carenza di operatori sanitari e sociosanitari.
- *Ampliamento del target di utenza raggiunto:* in aggiunta, avere la possibilità di offrire un ampio portafoglio di servizi consente di intercettare

un target di utenza più ampio di quello tradizionale, di sole persone anziane, favorendo la costruzione di un rapporto di fiducia con chi fruisce dei servizi. In questo senso, i benefici per l'organizzazione si collocano a cavallo tra presente (attrattività) e futuro (intercettare target che potrebbero poi aver bisogno anche di servizi più «tradizionali»).

- *Riduzione necessità di trasferimento verso altri comuni per fruire dei servizi*: la disponibilità di servizi sanitari e sociali di prossimità riduce la necessità di spostamenti verso i centri urbani per i cittadini, migliorando l'accesso alle cure per la popolazione locale, portando quindi vantaggi anche nella prospettiva del comune e, più in generale, della comunità.
- *Ottimizzazione percorsi di cura*: la maggiore integrazione tra servizi sanitari e sociosanitari sul territorio permette una gestione ottimale dell'utente, facilitando l'inserimento dei pazienti in setting appropriati e migliorando la gestione delle dimissioni ospedaliere. È possibile quindi affermare che si persegue un miglior utilizzo di risorse, sia nell'ottica delle aziende coinvolte, sia più in generale per il Sistema Sanitario Regionale.

Le interdipendenze in essere e in divenire

L'iniziativa si sviluppa attraverso una intensa rete di collaborazioni con soggetti prevalentemente pubblici, tra cui:

- Medici di Medicina Generale e Specialisti, con i quali si stanno sviluppando poliambulatori all'interno della struttura dove possono operare sia per fornire assistenza agli ospiti della struttura, sia per i pazienti esterni;
- Dipartimento di cure palliative, con il quale è stato strutturato un percorso di valutazione per l'inserimento più appropriato dei pazienti in hospice;
- Ospedali del territorio, con cui si è consolidata una relazione per la gestione delle dimissioni ospedaliere e l'allocazione dei pazienti nei posti letto più appropriati (continuità assistenziale);
- ATS, con la quale è aperto un confronto relativo principalmente alla compliance;
- Comune di Rodigo e governance della Fondazione Villa Carpaneda, per un miglior coordinamento sulla gestione degli spazi e dei servizi in relazione alle esigenze del territorio;
- Provider di tecnologie, in particolare per i servizi di telemedicina e C-Dom.

Al momento, il coordinamento e la gestione delle interdipendenze fa leva sui rapporti che si sono creati tra Gruppo Gheron (in particolare a livello locale tra la Direzione della struttura) e i diversi portatori di interesse. Lo sviluppo delle collaborazioni fra i diversi attori ha significativamente beneficiato della forte convergenza attorno alla visione che ispira l'intera progettualità (ossia, fare di Villa Carpaneda un polo aperto alla cittadinanza), anche in luce della consapevolezza diffusa della presenza di un vuoto di servizi e, al contempo, di spazi la cui riconversione ne può consentire una piena messa a valore. In questa fase di avvio della progettualità, il raccordo istituzionale avviene primariamente attraverso dei tavoli di interlocuzione (per esempio, con la Fondazione o gli ospedali). Tipicamente, segue un processo di «due diligence» teso a ottenere l'avallo di ATS, necessario per poter mettere a terra qualunque iniziativa promossa. A oggi, tuttavia, il ricorso a strumenti di coordinamento strutturati e formalizzati risulta ancora limitato, fatta eccezione per i contratti con i provider di tecnologie e i protocolli/convenzioni con le aziende sanitarie.

La prevalenza di interdipendenze con attori pubblici è una caratteristica relativa alla fase iniziale in cui si trova questa iniziativa. In futuro, i piani di sviluppo di ulteriori attività prevedono il coordinamento con altri attori, anche di natura privata.

I fattori abilitanti/ostacolanti lo sviluppo e il mantenimento dell'iniziativa

Il progetto è stato fin qui positivo e le iniziative intraprese hanno riscosso interesse da parte del territorio. Tra i fattori abilitanti c'è sicuramente la rete di relazioni che si sono intessute in questi anni con i diversi stakeholder e la ricerca di benefici per il territorio nel suo complesso. Inoltre, le caratteristiche strutturali e il posizionamento sul territorio della struttura hanno agevolato la possibilità di sviluppare servizi che potessero essere attrattivi per la cittadinanza: Villa Carpaneda presenta, infatti, anche un parco che è in comune tra la struttura che era gestita dalla Fondazione e la struttura costruita da Gheron. Le interlocuzioni tra Gheron e la Fondazione sono state facilitate da un'Amministrazione Comunale favorevole all'avvio di una nuova progettualità che riguardasse l'area su cui si sviluppa la struttura, un atteggiamento diverso dall'Amministrazione precedente che si era dimostrata più tiepida rispetto all'idea progettuale. Più in generale, l'evoluzione del progetto tiene conto anche dei cambiamenti normativi e delle priorità che vengono esplicitate dalla Regione, che sono in grado di indirizzare la scelta delle priorità da perseguire.

Come esplicitato in quanto segue, sono state anche ravvisate alcune criticità da affrontare, soprattutto con l'idea di sviluppare ulteriormente l'iniziativa.

- *Limitato confronto e scambio con ATS*: un primo elemento è proprio il rapporto con ATS, al momento percepito come ancora troppo gerar-

chico, con una limitata possibilità di interlocuzione e confronto bidirezionale. Questo ostacola l'implementazione di servizi innovativi, che devono attendere tempistiche burocratiche spesso poco allineate alle esigenze operative.

- *Difficoltà nel reclutamento del personale*: la posizione geografica della struttura e la crescente competizione nel settore sociosanitario rendono complesso per l'azienda l'ingaggio di nuovi professionisti. Per ovviare a questo problema, Gheron ha avviato iniziative di supporto più ampio, come la concessione di alloggi temporanei ai nuovi assunti.
- *Basso livello di formalizzazione delle collaborazioni*: sebbene le relazioni con i diversi stakeholder siano positive (e in espansione), si avverte la necessità di strumenti di coordinamento più strutturati per preservare la qualità dell'iniziativa e garantire stabilità e continuità ai progetti.
- *Assenza di strumenti informativi condivisi*: infine, le piattaforme di condivisione di dati sono un elemento ancora troppo poco presente e diffuso (oltre che standardizzato). Di contro, una loro adozione su larga scala potrebbe agevolare ulteriormente la gestione delle interdipendenze tra diversi soggetti. Al momento, l'utilizzo del fascicolo informatizzato nella struttura di Villa Carpaneda è visto, però, anche come un elemento di attrazione dei professionisti, soprattutto coloro che preferiscono avere a disposizione strumenti di gestione dei casi più al passo coi tempi.

In definitiva, la gestione delle interdipendenze e le potenzialità che queste aprono sono in continua evoluzione. Il piano di sviluppo dell'azienda per CSS Villa Carpaneda già prevede la realizzazione nel prossimo futuro di nuovi servizi, tra cui housing sociale, un centro di formazione e un'area ricreativa per anziani.

L'esperienza di CSS Villa Carpaneda rappresenta un esempio di come le RSA possano evolvere da strutture residenziali a poli multiservizi integrati nel tessuto territoriale. L'apertura al territorio, la diversificazione dell'offerta e la creazione di sinergie tra pubblico e privato emergono come strategie chiave per affrontare le sfide della LTC in un contesto in rapida trasformazione.

5.2.4 RSA come luogo di inclusione sociale e lavorativa, Gruppo Korian

Caratteristiche, origini e obiettivi dell'iniziativa

Il progetto – pensato in network tra privato profit (Gruppo Korian), privato no profit (C.S.D. Diaconia Valdese) e pubblico (Città Metropolitana di Torino, Centri per l'Impiego o CPI) – è stato avviato nel 2023 presso le RSA «Bosco della Stella» di Rivoli e «Il Valentino» di Torino per offrire percorsi lavorativi accompagnati a persone con background migratorio. Più specificatamente, esso

si pone l'obiettivo di fornire ai destinatari un bagaglio di conoscenze e competenze professionali fondamentali per favorirne l'integrazione attiva nelle comunità territoriali e nel mercato occupazionale, grazie a un lavoro sinergico fra enti pubblici, realtà aziendali e Terzo Settore.

Tale progettualità riflette la longeva e radicata vocazione dell'ente a sostenere azioni a favore di persone che versano in condizione di emarginazione sociale e di fragilità. Infatti, si sviluppa sul solco di una serie di iniziative pregresse che hanno riguardato alcune delle sedi del Gruppo Korian fin dal 2015, coinvolgendo numerosi ulteriori partner (Comuni di Collegno e di Rivoli, COS Consorzio Ovest solidale, Invitalia, Cooperativa San Donato scs ecc.) e diversi target di beneficiari (oltre a migranti, talvolta provenienti dall'ex campo Rom di Collegno, anche persone con disabilità fisiche o intellettive, o minori che devono scontare una pena).

I rapporti collaborativi su cui si innesta l'iniziativa ivi descritta scaturiscono da un incontro «fortuito» fra i referenti di Korian e della C.S.D. Diaconia Valdese al Salone del Lavoro di Collegno, occasione che ha reso possibile appurare reciprocamente il forte allineamento su dei modi operandi e degli obiettivi condivisi, quali il tutelare e valorizzare la persona anche andando a garantire delle modalità di inserimento nel contesto lavorativo che ne assicurino una reale crescita professionale e personale, nonché una stabilizzazione oltre il breve periodo. Tale spinta valoriale è risultata decisiva non solo nel cementare l'intesa fra i due enti ma anche, dal punto di vista del gestore dei servizi, nel compensare per il grosso sforzo organizzativo tipicamente richiesto per sostenere l'attivazione di percorsi di inserimento lavorativo, per loro natura *resource-intensive*. Nonostante ciò, tali progetti costituiscono un fronte di lavoro al quale Korian non intende rinunciare, ritenendolo anzi di vitale importanza nel dare attuazione agli adempimenti ai quali le Società Benefit sono tenute a rispondere, ossia avere delle ricadute positive tangibili sui territori sui quali insistono.

Anche in virtù di ciò, i benefici tratti dalla struttura da simili esperienze sono ritenuti enormi e di diversa natura, comprendendo i molteplici aspetti descritti qui di seguito.

- *Adempimento alla mission e ai doveri normativi dell'ente*: come anticipato, è la natura giuridica stessa dell'ente a esigere che le interdipendenze attivate con altre realtà del territorio non solo generino impatti positivi ampi per la comunità ma anche che esse – e le loro ricadute – siano fatte emergere, venendo comunicate e rendicontate.
- *Sopperire alla carenza strutturale di personale che caratterizza il settore*: pur non rappresentando di certo il movente primario, è indubbio che l'azienda abbia tratto un oggettivo vantaggio dal promuovere simili percorsi professionalizzanti, riuscendo ad ampliare il proprio organico e a

dotarsi di figure (infermieri, OSS) delle quali da anni si ravvisa, in alcuni contesti, una grande penuria.

- *Cultura organizzativa inclusiva*: un ulteriore ritorno di tali esperienze è l'aver contribuito a creare una cultura organizzativa più flessibile, più aperta, più tollerante verso la diversità (*in primis* culturale ma non esclusivamente) e sensibile alle fragilità. Ciò risulta fondamentale, considerato l'oggetto di lavoro dell'ente: fornire dei servizi di assistenza a persone in condizioni di fragilità. Il tirocinio, inoltre, porta un pezzetto del mondo esterno dentro la struttura e fornisce linfa vitale a delle realtà che mirano a rimanere quanto più possibile osmotiche. In definitiva, questo tipo di collaborazioni consente di raggiungere al meglio l'obiettivo primario dell'ente.

Guardando al personale di Korian, si riconosce come tali inserimenti presuppongano un cambiamento che investe l'intera struttura. Infatti, essi possono risultare di successo solo se tutta l'organizzazione condivide la medesima visione e lavora nella stessa direzione, avendo consapevolezza del fatto che un tirocinio deve essere mutualmente benefico e implica grandi sacrifici, specie nelle fasi iniziali. Per preparare, dunque, il terreno, l'organizzazione ha voluto anzitutto formare i propri collaboratori, così da diffondere una cultura aziendale che consentisse una reale accoglienza e un efficace inserimento delle nuove risorse acquisite, scongiurando il rischio di possibili pratiche professionali opportunistiche e pregiudizi.

A partire dal 2023, la collaborazione ha portato all'inserimento di due persone con contratto a tempo determinato e di quattro persone in tirocinio, con successiva trasformazione di uno di essi in contratto a tempo determinato. Attualmente, i due tirocini in corso riguardano un inserimento nel settore lavanderia di una risorsa che intraprenderà un percorso di formazione come OSS e un tirocinio in ambito infermieristico di una persona supportata anche nel percorso di riconoscimento del titolo conseguito all'estero. È di prossima attivazione un tirocinio per una persona con attestato di assistente di base, alla quale sarà garantita formazione sul campo e sulla lingua italiana, come primo step di un percorso di accompagnamento verso l'auspicata iscrizione a un corso OSS, per una sua futura stabilizzazione. Risultati non dissimili sono stati ottenuti nella cornice degli altri percorsi di inserimento lavorativo ospitati dall'ente, sfociati spesso nell'assunzione dei soggetti beneficiari e in una loro crescita professionale (uno di essi, per esempio, è attualmente responsabile della manutenzione di una delle strutture del gruppo).

Le interdipendenze in essere e in divenire

Dal punto di vista dei referenti intervistati, il successo dell'iniziativa deriva anche dall'aver instaurato un'equa e armoniosa distribuzione di compiti e responsabilità fra le parti, senza che gli oneri gravino eccessivamente su alcuni

player, chiamati tutti a dar prova – anche negli interscambi quotidiani – di fare il proprio «pezzettino». Da questo punto di vista, l'ente no profit della C.S.D. Diaconia Valdese apre la possibilità con corridoi lavorativi a persone con background migratori di essere accompagnate con un percorso di individuazione dei bisogni, di supporto nella stesura di curriculum vitae e lettere motivazionali, di consulenza per l'attivazione di tirocini. L'ente pubblico (Città Metropolitana di Torino e/o Regione) partecipa, invece, assicurando una copertura parziale o integrale delle borse lavoro. L'azienda Korian, per la realizzazione dei tirocini, svolge anzitutto dei colloqui di prima conoscenza, supporto e selezione (a oggi questi hanno visto coinvolte almeno 30 persone). A valle del processo selettivo, Korian riceve la persona e contribuisce attivamente offrendo affiancamento e formazione sul campo, nonché supportando le nuove risorse nell'accesso a ulteriori opportunità di formazione professionale o linguistica. Parte del lavoro di Korian risiede anche nel «cucire» un'esperienza di tirocinio su misura in base alle esigenze del singolo, per esempio prevedendo orari lavorativi che agevolino la frequentazione di corsi di formazione. Infine, ove possibile, Korian compartecipa al costo dell'indennità di tirocinio come segno tangibile di impegno e di condivisione dell'obiettivo di inclusione, che trova massima espressione nell'inserimento lavorativo a tempo determinato o indeterminato della persona.

Benché la nascita dell'iniziativa sia stata connotata da una certa spontaneità (si allude all'incontro avvenuto in occasione del Salone del Lavoro di Collegno) e catalizzata dalla forte affinità valoriale con la C.S.D. Diaconia Valdese, nell'operatività quotidiana, i dispositivi che consentono di governare le interdipendenze in essere insistono, piuttosto, sulla condivisione formale di regole e modalità operative, attuata attraverso strumenti tecnico-amministrativi. Questi includono, per esempio, la stipula di convenzioni quadro con l'ente promotore, la stesura di piani formativi individuali sottoscritti da tutte le parti coinvolte e la conduzione periodica di riunioni per la valutazione congiunta dell'andamento del percorso di inserimento, i cui esiti vengono chiaramente condivisi con il tirocinante stesso.

I fattori abilitanti/ostacolanti lo sviluppo e il mantenimento dell'iniziativa

Come già illustrato, alcuni dei fattori che hanno fortemente stimolato e sostenuto nel tempo il coinvolgimento di Korian negli assetti collaborativi descritti sono rappresentati dal forte commitment organizzativo rispetto ai valori espressi tramite le azioni messe in campo e la presenza di una legislazione che richiede di generare e rendicontare gli impatti positivi scaturenti dalle interdipendenze intessute con altri attori del territorio. Inoltre, la sostenibilità e scalabilità di simili iniziative sono viste come dipendenti anche dalla *reputation* e dalla capacità di iniziativa e regia dell'ente stesso. Sebbene in principio le atti-

ività siano partite in virtù di una spinta originata all'interno dell'organizzazione, a oggi l'impegno dell'ente su tali fronti è ben noto e riconosciuto da numerosi soggetti istituzionali esterni, che ne sollecitano il coinvolgimento in ulteriori collaborazioni. Questo riprova l'importanza che alcune organizzazioni private, dotate della forza e delle competenze manageriali per farlo, assumano un ruolo di impulso e di regia di iniziative capaci di creare valore pubblico.

Al contempo, tuttavia, si evidenziano di seguito una serie di fattori che possono incidere negativamente sulla possibilità di replicare con successo esperienze simili in altre strutture, realtà organizzative e luoghi.

- *Inclusività della comunità e del territorio*: in parte, la pandemia da Covid-19 ha contribuito ad accrescere la predisposizione delle persone ad accogliere più favorevolmente operatori sociosanitari di culture diverse. Inoltre, più in generale, alcuni contesti, come quello del torinese, per la loro storia, forniscono un terreno particolarmente fertile per avviare percorsi tesi a favorire l'inclusione lavorativa e sociale di persone non del luogo. Di contro, in comunità caratterizzate da un minore livello di apertura e multiculturalità, potrebbero insorgere diversi impedimenti, non da ultimo l'incapacità di reperire sul mercato del lavoro un alloggio per le persone da inserire, se non tramite un'operazione mediata dall'azienda.
- *Oneri amministrativi e burocratici*: i processi per l'attivazione di tirocini risultano gravosi e possono richiedere svariati mesi, con il rischio che l'inserimento risulti non tempestivo e che venga meno la motivazione del candidato tirocinante, che spesso si trova a vivere situazioni di grave difficoltà e fragilità.
- *Scarsa capacità produttiva della struttura accogliente*: lo sforzo organizzativo retrostante sia all'attivazione sia alla gestione di questi percorsi può renderli poco sostenibili o inattuabili per strutture di piccole dimensioni, specie se non sostenuto da un approccio valoriale molto forte.

5.3 Analisi comparativa dei casi di studio

La lettura incrociata dei quattro casi studio (riassunta alla Tabella 5.3) permette di individuare, innanzitutto, alcuni tratti comuni ricorrenti che forniscono importanti spunti di riflessione su come le organizzazioni del settore gestiscono le interdipendenze, riuscendo a metterne pienamente a frutto il potenziale generativo.

Partendo dagli elementi di innesco delle iniziative approfondite, è possibile notare come ci sia sempre un'importante componente interna alle organizzazioni protagoniste: la necessità di ottimizzare le risorse, l'esistenza di una strategia e di un commitment forte da parte del vertice aziendale, la volontà di declinare in azioni concrete la mission delle stesse organizzazioni. Talvolta, queste componenti si intersecano con spinte o opportunità che provengono dal contesto esterno: obblighi normativi, eventi imprevedibili (Covid-19), opportunità di acquisire nuovi asset, cambio di atteggiamento da parte di uno degli stakeholder rilevanti. Tuttavia, in nessuno dei casi la spinta al governo delle interdipendenze è originata in modo esclusivo o prevalente da un Ente sovraordinato o dal dettame normativo: in altre parole, collaborazioni e partnership che hanno generato valore nei quattro territori oggetto di studio hanno uno sviluppo che vede i gestori di servizi per anziani come protagonisti e principali promotori.

I benefici che hanno ispirato l'avvio delle iniziative e delle progettualità nei diversi contesti sono di vario tipo, ma riconducibili tutti a tre macrocategorie:

- miglioramento della risposta ai bisogni (già coperti o non coperti dall'attuale offerta di servizi): attraverso il miglioramento dell'utilizzo delle risorse e della performance economica, nonché la diversificazione o ampliamento del portafoglio dei servizi;
- miglioramento della qualità dei servizi offerti: attraverso una maggiore appropriatezza e la riduzione dei tempi di attesa;
- miglioramento della gestione delle risorse umane: attraverso modalità innovative di reclutamento e formazione dei professionisti, azioni legate all'attrattività sul mercato del lavoro, la valorizzazione delle competenze esistenti e la promozione di una cultura organizzativa inclusiva.

Tabella 5.3: Analisi comparativa dei casi di studio

	<i>Reparto psico-geriatria Istituti Riuniti Airoldi e Muzzi</i>	<i>Bed Management Golgi-Redaelli</i>	<i>Polo multiservizi Gruppo Gheron</i>	<i>Inclusione sociale e lavorativa Gruppo Korian</i>
Fattori di innesco	Shock esterni (Covid); Nuova utenza/nuovi bisogni; Gap assistenziale	Shock esterni (Covid); Necessità di ottimizzare le risorse; Impulso dalla Direzione Generale	Strategia del gruppo; Opportunità riconversione spazi; Approccio Amm.ne Com.le	Impostazione valoriale condivisa; Adempimento a mission/doveri norm.
Benefici	Intercettare nuova utenza e bisogni	Miglior saturazione posti letto	Diversificazione portafoglio servizi	Adempimento a mission/doveri norm.
	Cambiamento case mix	Maggiore appropriatezza del servizio	Attrattività professionisti	Sopperire a carenza di personale nel settore
	Adeguatezza servizi offerti	Riduzione tempi di attesa	Ampliamento target di utenza raggiunto	
	Interscambio con rete territoriale di cura	Miglioramento performance economiche	Riduzione necessità di trasferimento	Cultura organizzativa inclusiva
	Individuazione costo medio per utente	Valorizzazione equipe riabilitativa	Ottimizzazione percorsi di cura	
Livello	Meso	Meso	Meso	Meso
Traiettorie	Verticale	Verticale	Verticale	Verticale
Piano	Funzionale (in fieri)	Funzionale e normativa	Funzionale e normativa	Funzionale e Normativa
(S)oggetti	Professionale; Organizzativa (in fieri)	Professionale; Organizzativa	Organizzativa	Professionale; Organizzativa

(segue)

(continua) **Tabella 5.3: Analisi comparativa dei casi di studio**

Dispositivi governo	Informali	Rapporti tra professionisti delle org.	Rapporti tra professionisti delle org.	Rapporti tra professionisti e stakeholder	-
	Formali	Tavolo tecnico	Piattaforma regionale Priamo	Tavoli di interlocuzione Protocolli e processi condivisi Contratti	Convenzioni quadro Piani formativi individuali Riunioni di valutazione del percorso
Fattori facilitanti	Organizzativi		Supporto Generale Direzione	Allineamento con Strategia del Gruppo	Commitment
			Selezione professionisti per ruolo Integrazione sistemi informativi regionali	Posizione e caratteristiche struttura Atteggiamento favorevole Amm.ne Com.le	Reputation, capacità di iniziativa/regia Regole, leggi
Fattori ostacolanti	Individuali	Personalizzazione	-	-	-
	Organizzativi	Capacità dell'ente Resistenze cult. e fabbisogno formativo	Capacità produttiva dell'ente e complessità del sistema	Difficoltà reclutamento personale	Capacità produttiva dell'ente
			Qualità della compilazione delle informazioni nelle cartelle	Limitato confronto e scambio con ATS Necessità di coord. più strutturato/stabile	Inclusività comunità/territorio Oneri amministrativi e burocratici

Leggendo la tipologia di rapporti che si vanno a creare, in tutti i casi si tratta di interdipendenze a livello meso (cioè tra organizzazioni) che si sviluppano in direzione verticale (ossia tra servizi afferenti a settori diversi). Una possibile interpretazione di questa peculiarità può essere collegata alla natura multidimensionale dei bisogni degli utenti serviti dai provider che, come più volte richiamato nei rapporti dell'Osservatorio Long Term Care, richiede inevitabilmente l'integrazione tra servizi di tipo diverso, anche al di fuori della filiera gestita dal singolo provider e non necessariamente confinabile ai settori sanitario e sociosanitario. Oltre alla natura dei bisogni degli utenti, un'altra variabile esplicativa è collegata alla natura delle sfide gestionali che affrontano gli stessi gestori: per esempio, l'ottimizzazione dell'uso dei posti letto non può essere risolta all'interno delle mura aziendali e richiede la collaborazione di chi gestisce le fasi a monte e a valle del ricovero in struttura, così come la criticità legata allo sviluppo e alla valorizzazione delle competenze non può affidarsi oggi ai soli canali di reclutamento e formazione «tradizionali».

L'integrazione si realizza in tutti i casi sul piano funzionale (incentrata sull'esistenza di pratiche amministrative e operative codificate) e in tre casi su quattro anche sul piano normativo (condivisione di valori, norme di comportamento, visione e obiettivi strategici), testimoniando come le due dimensioni difficilmente possano essere separate: i dispositivi burocratici e formali sembrano quindi essere una condizione «minima» per le collaborazioni nel settore, ma poi appare altrettanto prioritario un allineamento che tocchi il livello strategico e valoriale.

Si tratta in tutti i casi di un'integrazione organizzativa, cioè tra servizi di diversa natura e/o gestiti da diversi enti, ma accanto a questo tipo di organizzazione si affianca anche (con una sola eccezione) l'integrazione professionale, cioè tra professionisti di diversi servizi e discipline. Nei casi oggetto di studio è, invece, assente sia l'integrazione tra componenti assistenziali di un servizio, sia quella di sistema, ossia l'allineamento delle regole e delle politiche. Quest'ultimo punto in particolare è emerso spesso come una criticità: l'assenza di un allineamento sulle regole e le politiche è una testimonianza di come spesso i sistemi (e quindi i policy maker) siano meno rapidi nel riconoscere e favorire le interdipendenze tra le diverse componenti del settore sociosanitario e, più in generale, tra attori che operano in diversi ambiti.

Dal punto di vista dei dispositivi di governo delle interdipendenze, in coerenza con la sopra citata prevalenza di integrazione a livello organizzativo e professionale, assumono una rilevanza elevata in tutti i casi i rapporti preesistenti o che si creano *ad hoc*, anche a livello informale, tra i professionisti. Accanto a essi, esistono però anche numerosi dispositivi formali come protocolli e convenzioni tra gli enti, momenti strutturati di confronto e incontro, piattaforme di condivisione dei dati, tavoli tecnici e strumenti di pianificazione assistenziale. Elementi informali e formali sono quindi spesso coesistenti e in nessuno dei casi

analizzati sembra possibile immaginare la prosecuzione ed espansione delle progettualità senza entrambe le tipologie di dispositivo.

Infine, l'analisi di fattori facilitanti e ostacolanti aiuta a comprendere in che direzione può essere utile lavorare per creare le condizioni più favorevoli alla promozione di una gestione proficua delle interdipendenze che vedono al centro i provider di servizi per la LTC. Partendo dagli elementi che hanno agevolato le iniziative mappate in questo capitolo è possibile individuare l'importanza della componente organizzativa: allineamento strategico, commitment da parte del management, reputazione e ruolo sul territorio dei provider, selezione dei profili e delle persone giuste per portare avanti le progettualità. In tal senso, si tratta prevalentemente di aspetti gestionali che, se governati efficacemente, sono un riflesso della qualità del management delle organizzazioni coinvolte. A livello di sistema, invece, si registra una convergenza su due aspetti principali: da un lato l'esistenza di regole che facilitino il superamento dei confini organizzativi e aiutino a superare più facilmente aspetti burocratici e altri potenziali rallentamenti; dall'altro anche la messa a disposizione di strumenti informativi che rendano più semplice la condivisione e l'accesso ai dati, soprattutto quando si tratta di percorsi di presa in carico integrata degli utenti e dei loro bisogni.

Per contro, i fattori ostacolanti rappresentano in parte il rovescio della medaglia di quanto appena esposto (per esempio, a livello sistemico l'assenza di strumenti informativi condivisi oppure gli oneri amministrativi e burocratici); a livello organizzativo si segnala in aggiunta come spesso la ridotta capacità produttiva delle aziende sia un freno allo sviluppo di questi progetti (scarsità di risorse, numero limitato di professionisti ecc.), insieme alle resistenze culturali o l'assenza di competenze appropriate.

5.4 Conclusioni

L'analisi dei quattro casi studio evidenzia come la gestione efficace delle interdipendenze rappresenti nel contesto odierno un fattore strategico per i provider di servizi sociosanitari. Emerge chiaramente che le iniziative di maggior successo nascono principalmente da spinte interne alle organizzazioni, piuttosto che da imposizioni normative esterne, e si sviluppano quando i gestori assumono un ruolo proattivo come promotori delle collaborazioni. Ecco perché il ruolo centrale dei provider dovrebbe essere imprescindibile e il punto di partenza. In particolare, il management del settore potrebbe concentrarsi sui seguenti aspetti:

- **Assumere un ruolo proattivo nella gestione delle interdipendenze:** i gestori dovrebbero considerarsi protagonisti e non semplici esecutori nelle dinamiche collaborative. L'approccio proattivo, mirato all'anticipazione dei bisogni e all'ottimizzazione delle risorse, sembrerebbe più efficace

rispetto a un atteggiamento reattivo e guidato solo da imposizioni normative.

- **Dare rilevanza all'allineamento strategico:** il commitment del management e l'allineamento degli obiettivi strategici tra le organizzazioni partner rappresentano un prerequisito fondamentale. I casi studio dimostrano chiaramente che l'integrazione funzionale (pratiche operative codificate) deve essere accompagnata da un'integrazione normativa (condivisione di valori e visione).
- **Valorizzare e favorire le relazioni tra professionisti:** le reti informali tra professionisti costituiscono un elemento centrale nel governo delle interdipendenze. I gestori dovrebbero quindi creare il più possibile spazi e opportunità per favorire lo sviluppo di queste relazioni, affiancandole poi con dispositivi formali come protocolli e convenzioni.
- **Sviluppare competenze specifiche e promuovere una cultura organizzativa collaborativa:** è necessario investire nella formazione di figure professionali con competenze adeguate alla gestione delle interdipendenze, capaci di lavorare all'intersezione tra diversi servizi e discipline, ma anche trovare modalità per promuovere una cultura organizzativa coerente, superando le resistenze interne.
- **Costruire una reputazione solida sul territorio:** la credibilità e la reputazione dell'organizzazione nel contesto territoriale si rivelano fattori facilitanti per l'avvio di nuove collaborazioni. I gestori dovrebbero, quindi, investire nella costruzione di un'identità organizzativa riconosciuta e rispettata dagli altri attori, che possa quindi generare fiducia e abbassare la diffidenza che può esserci soprattutto nelle fasi iniziali di progettualità di questo tipo.

Sebbene i casi studio abbiano evidenziato come il ruolo del policy maker sia meno centrale rispetto a quelli delle organizzazioni provider di servizi, è emerso più volte come a livello di sistema ci sono ampi margini per azioni che favoriscano le condizioni migliori per il governo delle interdipendenze. Tra queste si sottolineano:

- **Lavorare allo sviluppo di un quadro normativo «abilitante»:** emerge chiaramente la necessità di regole che facilitino il superamento dei confini organizzativi, riducendo gli oneri burocratici e amministrativi. I policy maker dovrebbero creare un ambiente normativo che non ostacoli ma favorisca le collaborazioni intersettoriali.
- **Promuovere l'integrazione di sistema:** l'assenza di integrazione a livello di sistema (allineamento delle regole e delle politiche) rappresenta una criticità, soprattutto in fase di consolidamento, espansione e replicazione delle iniziative. I policy maker dovrebbero lavorare per garantire

maggior coerenza tra le politiche dei diversi settori coinvolti nella LTC, soprattutto una volta che le iniziative di governo delle interdipendenze vengono riconosciute come positive.

- **Incentivare l'adozione di strumenti informativi condivisi:** la disponibilità di piattaforme per la condivisione dei dati è un fattore abilitante cruciale, specialmente per la presa in carico integrata degli utenti. Andrebbero, quindi, previsti incentivi per l'adozione di sistemi informativi interoperabili, elemento su cui non è possibile delegare la responsabilità ai singoli operatori del settore.
- **Valorizzare e diffondere le buone pratiche:** i casi di successo come quelli analizzati nel capitolo potrebbero essere valorizzati e diffusi come modelli replicabili (laddove sussistano le condizioni per farlo con successo), creando occasioni di apprendimento e scambio tra diverse realtà territoriali.
- **Ripensare i modelli di finanziamento:** sarebbe opportuno prevedere meccanismi di finanziamento che premino le iniziative collaborative e l'integrazione tra servizi diversi, superando la logica dei «silos» settoriali che spesso caratterizza le politiche di finanziamento nel welfare.

Il governo delle interdipendenze tra provider di servizi sociosanitari e altri attori rappresenta senza dubbio una sfida complessa ma necessaria oggi per rispondere alla multidimensionalità dei bisogni degli utenti e alla multidimensionalità dei problemi del settore. La creazione di ecosistemi collaborativi su larga scala (più ampia rispetto a quella odierna, fatta ancora di molte sperimentazioni e iniziative isolate) richiede un impegno congiunto di gestori e policy maker, in una logica che superi i confini organizzativi e settoriali tradizionali.

Bibliografia

Valentijn, P.P., Schepman, S.M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013), «Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care», *International journal of integrated care*, 13, e010.

6. Conclusioni

*di Elisabetta Notarnicola, Eleonora Perobelli, Giovanni Fosti,
Francesco Longo, Andrea Rotolo e Maria Vittoria Bufali*

Il 7° Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care (OLTC) ha affrontato il tema delle interdipendenze nel settore socio-sanitario, mettendo in luce la necessità di una maggiore integrazione tra i diversi attori coinvolti nella gestione dell'assistenza agli anziani. L'invecchiamento della popolazione e la crescente pressione sui sistemi di welfare rendono evidente come nessuna organizzazione, da sola, possa offrire una risposta completa ed efficace alle sfide della Long Term Care. La riflessione rispetto a come organizzare al meglio le risposte valorizzando le interdipendenze tra servizi e soggetti risulta centrale. La frammentazione dei servizi e la tradizionale organizzazione per silos creano, infatti, ostacoli significativi alla costruzione di un sistema capace di rispondere ai bisogni complessi degli anziani e delle loro famiglie. Per affrontare queste criticità, diventa allora fondamentale riconoscere e valorizzare le interdipendenze tra settori, organizzazioni e servizi, promuovendo una governance più consapevole e integrata.

Il focus in questo senso è stato messo sulle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), considerate snodi cruciali nel sistema di assistenza agli anziani. Questo non vuol dire che siano l'unico punto di osservazione sensato e rilevante rispetto al tema delle interdipendenze. Ciò nondimeno, questa scelta ha rappresentato l'opportunità di riflettere su un possibile riposizionamento strategico delle RSA, in un momento in cui il loro valore è stato spesso messo in discussione. Ha rappresentato anche l'intenzione di osservare il tema delle interdipendenze (e quindi potenzialmente anche dell'integrazione) dal punto di vista dei gestori dei servizi, dando loro voce e mettendo al centro i servizi socio-sanitari. Questo ha permesso di rispondere a tre domande fondamentali: quali sono oggi le interdipendenze più significative tra i diversi attori attivi nel dare risposte e offrire servizi rispetto alla non autosufficienza? In che modo vengono gestite e con quali strumenti? Quali innovazioni possono essere introdotte per migliorare il coordinamento e l'integrazione tra i servizi?

La risposta a queste domande si è radicata in una analisi circa lo stato dell'arte nel settore dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia.

Complessivamente, la fotografia del settore al 2023 ci restituisce un'immagine in cui il bisogno di servizi per la non autosufficienza aumenta inesorabilmente, mentre il welfare pubblico ne raggiunge una quota minoritaria e prevalentemente con un servizio, ADI, la cui capacità effettiva di presa in carico rimane controversa. I gestori, dal proprio canto, mantengono un posizionamento saldamente ancorato al mercato accreditato con un'apertura limitata a servizi diversi dalla residenzialità, rimanendo quindi lontani dalla potenziale platea di bisogno presente nel nostro Paese. In questo quadro, l'offerta più capillare per accompagnare l'invecchiamento rimane il badantato, pur con tutti i limiti e le implicazioni (sociali e di cura) che questo comporta. Il quadro che ci restituiscono i dati si conferma come caratterizzato da una grande parzialità e frammentazione, ulteriore motivo per mettere al centro il tema della valorizzazione delle interdipendenze.

Il Rapporto ha messo in evidenza come le interdipendenze si manifestino su tre livelli principali. Il primo è quello delle relazioni tra soggetti e organizzazioni, anche attraverso norme e regole: le regole che governano il settore sono definite da una pluralità di attori e la loro interazione influisce direttamente sul funzionamento del sistema. Il secondo livello riguarda il processo di presa in carico degli anziani, che coinvolge una rete complessa di procedure, operatori e servizi interconnessi, dalla valutazione iniziale del bisogno fino all'inserimento in RSA o all'attivazione di servizi domiciliari e semi-residenziali. Infine, il terzo livello è rappresentato dall'erogazione effettiva dei servizi, che spesso avviene attraverso un mosaico di interventi frammentati, con una limitata continuità assistenziale tra strutture sanitarie e socio-sanitarie.

Con riferimento al tema delle interdipendenze tra soggetti e istituzioni il Capitolo 3 ha aperto una riflessione sul posizionamento strategico attuale e futuro delle RSA, le quali presentano oggi un posizionamento strategico caratterizzato da una gestione frammentata delle interdipendenze, in particolare rispetto alle istituzioni e ai servizi sanitari. Per superarlo, le RSA dovrebbero riorientare il proprio posizionamento strategico puntando sulla valorizzazione delle interdipendenze con altri attori del sistema. In questa prospettiva, potrebbero evolvere in servizi territoriali integrati, capaci di lavorare in sinergia con una rete di soggetti pubblici e privati, in cui il riorientamento verso una componente sanitaria dell'assistenza, naturale conseguenza dell'evoluzione del profilo degli ospiti, non rimane un carico insostenibile ma si inserisce in un ecosistema di servizi e connessioni che lo rendono più sostenibile. Rafforzando il proprio ruolo di interlocutore riconosciuto e competente, le RSA potrebbero governare in modo più strutturato le interdipendenze con gli enti dell'SSN e altre realtà locali. Inoltre, sviluppando risposte più flessibili e diversificate, potrebbero ampliare la propria capacità di presa in carico, rispondendo in modo più inclusivo ai bisogni della popolazione anziana. Questo cambiamento sarebbe supportato

dall'esistenza di un settore più coeso e organizzato che consentirebbe di affrontare in modo sistemico le sfide legate alla sostenibilità e alla carenza di personale.

Con riferimento alla filiera della presa in carico, il Capitolo 4 ha evidenziato quanto siano ampie ancora le interdipendenze non presidiate. A oggi, nelle diverse fasi di presa in carico, prevale una specializzazione e rigida attribuzione di ruoli, con poche occasioni di coordinamento e integrazione, specialmente tra istituzioni coinvolte e gestori. La raccolta dati ci ritorna un quadro in cui le fasi di valutazione del bisogno e assegnazione di livello di non autosufficienza e poi la definizione dei piani assistenziali sono oggetto di frammentazione e di non coordinamento, con un grande rischio di spreco di risorse (economiche, di tempo, di competenze).

L'analisi di quattro casi studio (Capitolo 5), che illustrano modalità di governo e valorizzazione delle interdipendenze sia rispetto alla gestione dei servizi sia rispetto alle diverse fasi della presa in carico, evidenzia come la gestione efficace delle interdipendenze rappresenti nel contesto odierno un fattore strategico per i provider di servizi socio-sanitari e mette in luce anche un ruolo da protagonisti per i provider del settore. Emerge chiaramente che le iniziative di maggior successo nascono principalmente da spinte interne alle organizzazioni, piuttosto che da imposizioni normative esterne, e si sviluppano quando i gestori assumono un ruolo proattivo come promotori delle collaborazioni. Un elemento centrale nel governo delle interdipendenze è l'allineamento strategico tra le organizzazioni coinvolte, affinché vi sia una condivisione di obiettivi, valori e visione, oltre alla mera integrazione operativa. Fondamentale è anche il rafforzamento delle reti tra professionisti, poiché le connessioni informali tra operatori si rivelano determinanti nel superare barriere organizzative e rendere più fluida la cooperazione. Parallelamente, è essenziale investire nella formazione di figure capaci di operare trasversalmente tra diversi servizi, superando logiche settoriali rigide e promuovendo una cultura organizzativa basata sulla collaborazione. Un ulteriore aspetto strategico è la costruzione di una reputazione solida a livello territoriale, che consenta alle organizzazioni di essere riconosciute come interlocutori credibili e affidabili, facilitando così l'avvio di nuove sinergie e riducendo le resistenze iniziali.

Sebbene il ruolo dei policy maker sia meno centrale rispetto a quello dei provider, resta comunque cruciale nel creare un contesto normativo favorevole. È necessario sviluppare regolamentazioni che non ostacolino, ma anzi facilitino la valorizzazione delle interdipendenze, riducendo gli oneri burocratici e promuovendo una maggiore integrazione tra settori. Un altro aspetto chiave è la promozione di strumenti informativi condivisi, che consentano un'efficace presa in carico degli utenti e favoriscano la continuità assistenziale. Inoltre, la diffusione e valorizzazione delle buone pratiche può rappresentare un'importante

leva per la replicabilità di modelli di successo, creando occasioni di apprendimento tra diverse realtà territoriali. Infine, è indispensabile ripensare i modelli di finanziamento, introducendo meccanismi che incentivino l'integrazione tra servizi e superino la frammentazione settoriale, in modo da garantire una gestione più efficiente e sostenibile del sistema sociosanitario.

Il governo delle interdipendenze tra provider di servizi socio-sanitari e altri attori rappresenta senza dubbio una sfida complessa ma necessaria oggi per rispondere alla multidimensionalità dei bisogni degli utenti e dei problemi del settore. La creazione di sistemi su larga scala (più ampia rispetto a quella odierna, fatta ancora di molte sperimentazioni e iniziative isolate) richiede un impegno congiunto di gestori e policy maker, in una logica che superi i confini organizzativi e settoriali tradizionali.

Un dato rilevante emerso dalla ricerca è che, nonostante queste interdipendenze siano strutturali al sistema, esse vengono spesso gestite in modo reattivo e poco strategico. La mancanza di strumenti adeguati per il raccordo tra i diversi attori porta a inefficienze, duplicazioni di interventi e percorsi di cura discontinui per gli anziani. Il governo delle interdipendenze permette invece di sfruttarle come opportunità di innovazione e miglioramento. L'obiettivo è sostenere un sistema di Long Term Care più efficiente ed efficace, capace di rispondere in modo proattivo alle esigenze di una popolazione anziana in costante crescita e di trasformare le sfide attuali in condizioni di sostenibilità futura.

Gli Autori

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

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

Francesco Longo è Professore Associato del Dipartimento di Scienze sociali e politiche presso l'Università Bocconi. Presso SDA Bocconi, 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.

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

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

conseguito il PhD in Management & Innovation presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore – sede di Milano con una tesi sul valore pubblico generato dalle organizzazioni ibride.

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

bea

L'invecchiamento della popolazione e la crescente pressione sui sistemi di welfare impongono un ripensamento radicale dell'organizzazione e della gestione dei servizi socio-sanitari. Nessun attore, da solo, può affrontare le sfide complesse di questo settore: servono collaborazione, integrazione e una governance consapevole delle interdipendenze. Il 7° Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care esplora il tema cruciale delle connessioni tra RSA, aziende operanti nel settore sanitario, enti pubblici e altre realtà territoriali, analizzando le interdipendenze esistenti e le strategie per trasformarle in opportunità di innovazione. Il Rapporto presenta i dati aggiornati relativi al settore Long Term Care in Italia e affronta il tema delle interdipendenze con dati raccolti da survey e casi studio. Nelle conclusioni si discutono implicazioni per policy maker, gestori e operatori del settore, fornendo spunti pratici per migliorare l'efficacia e la sostenibilità dei servizi nella logica della valorizzazione delle interdipendenze.

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

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

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

ISBN 978-88-238-4793-4



9

788823

847934

www.egaeeditore.it