



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

Corso di Laurea Magistrale in Economia e Management

OFFERTA DI SERVIZI SOCIO-SANITARI IN AREE PERIFERICHE.
MODELLI DI ANALISI E DI ATTUAZIONE

Providing social and health services in peripheral areas.
Cases and applications

Relatore: Chiar.mo
Prof. Marco Cucculelli

Tesi di Laurea di:
Michele Paesani

Anno Accademico 2020 – 2021

Alla mia famiglia.

INDICE

<u>INTRODUZIONE</u>	5
<u>CAPITOLO 1. ANALISI DOMANDA</u>	7
1.1 BISOGNO IN GENERALE E LA PECULIARITA' DELL'ANZIANO	7
1.2 ANALISI SITUAZIONE NAZIONALE	8
1.2.1 GLI ANZIANI IN ITALIA	8
1.2.2 DIFFICOLTÀ NELLA ATTIVITÀ DOMESTICHE E QUOTIDIANE	13
1.2.3 DIFFICOLTÀ NELLA MOBILITÀ	15
1.2.4 LIMITAZIONI MOTORIE, SENSORIALI O COGNITIVE.	17
1.3 ANALISI SITUAZIONE REGIONALE E TERRITORIALE	19
1.3.1 REGIONE MARCHE	19
1.3.2 AMBITI TERRITORIALI SOCIALI 10/17/18	21
1.3.3 PROBLEMATICHE ATS	29
1.4 ANDAMENTO DELLA DOMANDA	34
1.4.1 CRESCENTE INVECCHIAMENTO E PREVISIONI PER IL FUTURO	34
1.4.2 CRISI ECONOMICA E SPESA ASSISTENZIALE	37
1.4.3 RUOLO DELLA FAMIGLIA NELL'ASSISTENZA	39
1.5 SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE	44
1.5.1 QUADRO GIURIDICO	45
1.5.2 DOMICILIARITÀ: SITUAZIONE ATTUALE E PREVISIONI FUTURE	50
1.6 DIMENSIONE MERCATO TARGET	56
<u>CAPITOLO 2. CASI STUDIO</u>	64

2.1 BEST PRACTICES	64
2.1.1 PROGETTO CONSENSO	64
2.1.2 PROGETTO MISMI	67
2.1.3 LA BOTTEGA DEL POSSIBILE	69
2.2 SOLUZIONI INNOVATIVE	75
2.2.1 SENTIQUA - SENTINELLE DI QUARTIERE	77
2.2.2 INVECCHIANDO S'IMPARA (A VIVERE)	78
2.2.3 VIP - VERY INFORMAL PEOPLE	80
2.2.4 ABITARE SOLIDALE	83
2.3 STORIE DI FINANZIAMENTO	87
2.3.1 LEYF NURSERIES	88
2.3.2 CITY HEALTH CARE PARTNERSHIP	91
2.3.3 KOTO-SIB	92
<u>CAPITOLO 3. BUSINESS PLAN PROGETTO “PER IL SOCIALE”</u>	<u>97</u>
3.1 FOCUS INTERNO	97
3.1.1 DESCRIZIONE PROGETTO	97
3.1.2 SOGGETTI COINVOLTI	98
3.1.3 SERVIZIO OFFERTO	100
3.2 FOCUS ESTERNO	104
3.2.1 ANALISI SETTORE	104
3.2.2 ANALISI MERCATO E UTENTI	106
3.3 FOCUS FINANZIARIO	108
3.3.1 MODELLO DI BUSINESS	108

3.3.2 ANALISI DEI COSTI	111
3.3.3 COPERTURA FINANZIARIA	120
<u>CONCLUSIONI</u>	<u>125</u>
<u>BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA</u>	<u>127</u>

INTRODUZIONE

L'importanza delle persone anziane all'interno delle famiglie e nell'intera società è ormai sotto gli occhi di tutti, in particolar modo con i cambiamenti degli ultimi anni. Possibilità di entrare nella società che spetta di diritto alle persone con disabilità, di partecipare alla sua organizzazione, alle sue regole e ai principi di funzionamento, i quali devono essere riscritti anche secondo le loro esigenze.

Il livello di civiltà della società moderna potrebbe essere valutato proprio in base a questi; agli strumenti che vengono creati al fine di tutelare e di integrare le persone più deboli. La storia del welfare è ricca di iniziative a favore di quest'ultimi e una crisi della portata di quella che stiamo attraversando può e deve costituire l'opportunità per un ripensamento del sistema, uno scatto in avanti che faccia delle difficoltà slancio per l'innovazione. Innovazione che negli anni è stata guidata dall'alternativa al welfare pubblico, ovvero i servizi messi a disposizione da cooperative e imprese sociali che formano il cosiddetto Terzo settore.

Di questo si occupa il presente elaborato, il cui obiettivo è quello di offrire un modello di business per un progetto a carattere sociale che vede l'integrazione delle competenze e dei servizi di diverse cooperative.

Iniziativa che presenta delle particolarità essendo riferita all'offerta di servizi sociosanitari in aree strutturalmente fragili in quanto periferiche e afflitte da problematiche atipiche.

La ricerca mira, attraverso un'analisi graduale, a proporre un modello innovativo, vicino alle esigenze degli utenti e sostenibile dal punto di vista economico-finanziario, nonché essere un punto di riferimento per altri progetti simili in futuro.

Nel primo capitolo, dopo una prima introduzione riguardante le diverse tipologie di bisogni delle persone fragili, viene offerta una relativa analisi nazionale, regionale e territoriale, approfondendo gli aspetti che maggiormente ne influenzano la domanda e la situazione attuale dei servizi correlati.

Successivamente, nel secondo capitolo, si entra nello specifico del *modus operandi* delle imprese sociali, andando ad indagare quali sono, nel panorama sia italiano che internazionale, quelle che sotto il punto di vista delle attività, delle soluzioni e delle metodologie di finanziamento, risultano essere maggiormente innovative.

Casi studio che introducono il terzo ed ultimo capitolo, relativo al business plan del progetto "Per il sociale", la cui suddivisione richiama quella più classica del piano stesso, tra focus interno, esterno e finanziario.

Grazie a questo lavoro sono stati analizzati gli aspetti fondamentali del progetto e, laddove possibile, proposte delle soluzioni alle problematiche generali del lancio di un nuovo progetto e a quelle più specifiche della fornitura di assistenza sociosanitaria; risultati che saranno esposti dettagliatamente nelle conclusioni finali.

CAPITOLO 1. ANALISI DOMANDA

1.1 BISOGNO IN GENERALE E LA PECULIARITA' DELL'ANZIANO

Un'efficace ed efficiente programmazione di offerta di servizi assistenziali e sociosanitari è strettamente connessa alla puntuale esamina dei bisogni della popolazione e al come essi si evolvono, anche nel breve periodo.

Il rischio che si corre, oltre alla ovvia incongruenza tra domanda e offerta, è quello di piegare le esigenze dell'utente/cittadino alle proposte già attivate dei servizi.

Il concetto di bisogno può essere considerato un classico delle scienze sociali. Tra queste anche l'economia, che ne fa un cardine per le analisi e le rispettive spiegazioni.

Difficile non citare la celebre "Piramide dei bisogni", teoria concepita tra il 1943 e il 1954 dallo psicologo statunitense Abraham Maslow, che tratta dell'esistenza di una gerarchia di esigenze che va da quelle fisiologiche a quelle di sicurezza e via via sino a quelle principali, legate all'autostima e all'auto-realizzazione.

Nonostante, quindi, la letteratura sociologica tenda a un superamento delle teorie tradizionali, per una facilità espositiva e concettuale, nel descrivere i possibili bisogni relativi alla popolazione anziana, faremo riferimento ad una suddivisione convenzionale, che ne prevede l'inquadramento in tre livelli:

- Bisogni di primo livello, vale a dire quelli fondamentali poiché legati alla vita fisiologica, affettiva e cognitiva nelle sue espressioni più semplici

- Bisogni di secondo livello, elementari relativi alla qualità e alla disponibilità di servizi, all'informazione, alla sicurezza e all'attività sociale e ricreativa
- Bisogni di terzo livello, riguardanti aspetti più sofisticati dell'esistenza umana

È bene precisare, prima di continuare, come con l'invecchiamento insorga un diverso quadro di priorità sociali, che però, per essere pienamente compreso, richiede il superamento di alcuni stereotipi culturali profondamente radicati nel sentire comune. In particolare, l'idea che una volta pensionate le persone siano solo un costo e non una risorsa che può dare molto alla famiglia e alla comunità.

1.2 ANALISI SITUAZIONE NAZIONALE

1.2.1 Gli anziani in Italia

Per lo scenario nazionale il punto di riferimento sono i dati ISTAT sulla longevità in Italia, anche se nel presente elaborato considereremo l'insorgere della non autosufficienza come vera porta di accesso alla vecchiaia, concetto che ci porterà ad analizzare la specificità della risposta italiana di assistenza ad essa.

Il pianeta sarà sempre più popolato da anziani e il cambiamento è già sotto i nostri occhi. In Italia nel 2011 le persone con più di 65 anni erano 12.171.292, il 20,5% del totale della popolazione. Oggi, 10 anni dopo, secondo i recenti dati, la popolazione over 65 costituisce il 23,5% del totale, quasi 14 milioni di abitanti.

Uno scenario dalle inedite implicazioni sociali ed economiche che richiede, già oggi, come sollecita l'OCSE¹, uno straordinario impegno politico e culturale nella elaborazione di una nuova idea del corso di vita delle persone capace di superare stereotipi desueti ed a cui adeguare i tempi del lavoro e del tempo libero, i sistemi previdenziali e sanitari, le politiche abitative e urbane.

Per comprendere pienamente la dimensione del problema, la Ragioneria Generale dello Stato² valuta che, nelle previsioni dello scenario nazionale base, la spesa per l'assistenza di lunga durata passerà dall' 1,9% del PIL nel 2015 al 3,2% nel 2060.

Il percorso che durante l'invecchiamento porta alla perdita di autonomia, oltre ad essere estremamente soggettivo, procede per gradi. Se inizialmente ad essere compromesse sono le attività legate all'espressione di sé e alla socialità, le Advanced Activities of Daily Living (AADL), insorgono poi difficoltà nelle Instrumental Activities of Daily Living (IADL), attività strumentali della vita quotidiana. Quest'ultime comprendono attività quali la preparazione dei pasti, lo svolgimento di piccole commissioni e acquisti, la pulizia della casa e della biancheria, l'uso di mezzi di trasporto e del telefono, l'assunzione responsabile dei farmaci e la gestione delle proprie finanze. Infine, sono le limitazioni

¹ OCSE – Ageing: debate the issues – 2020 – Rapporto dell'OCSE sull'invecchiamento della popolazione a livello globale

² Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato - Le tendenze di medio e lungo periodo del sistema pensionistico e sociosanitario – Rapporto n. 17 - 2016

nelle Activities of Daily Living (ADL) a richiedere interventi di maggiore intensità assistenziale.

I dati Istat³ sulle condizioni di salute della popolazione ci offrono una panoramica sulla tipologia e sullo sviluppo delle limitazioni funzionali durante l'invecchiamento. Si differenziano quattro principali tipologie di limitazioni:

- quelle nelle attività della vita quotidiana, le ADL, che comprendono mettersi a letto, sedersi, vestirsi, lavarsi, mangiare da solo
- quelle nel movimento, che creano problemi nel camminare, usare le scale, raccogliere oggetti da terra
- le limitazioni di vista, parola e udito che rendono difficoltosa la comunicazione
- il confinamento, quindi l'impossibilità di condurre a pieno una vita sociale perché costretto a letto, su sedia o a rimanere nella propria abitazione per motivi fisici o psichici

La presenza di cronicità e di multi-morbilità hanno, come noto, un impatto negativo sui livelli di autonomia nelle attività essenziali della vita quotidiana e, più in generale, sulla qualità della vita, in particolare tra i molto anziani.

³ ISTAT, Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione, Istituto nazionale di statistica, Roma

Durante la pandemia da Covid-19 questa specifica fragilità ha esposto la popolazione anziana a un maggiore rischio di morte, di ospedalizzazione e di ricovero in terapia intensiva.

L'Istat ci fornisce anche alcuni numeri chiavi, riportati in Figura 1.1, riguardo alcuni indicatori di salute e del bisogno di assistenza.

CLASSE DI ETÀ'	Gravi malattie croniche	Almeno tre malattie croniche	Stato ansioso-croniche	Gravi limitazioni motorie, sensoriali e cognitive	Gravi difficoltà nelle attività di cura della persona (ADL)	di cui bisogni di assistenza o ausili
67-74	34,2	44,3	11,1	14,6	2,6	71,2
75-84	48,9	56,1	17,1	32,5	10,3	67,1
75 e oltre	52	59,5	18,1	41,9	18,3	65
85 e oltre	59,4	66,0	20,6	63,8	37,2	63,7
Totale	43,2	52,0	14,7	28,4	10,6	65,8
Uomini	46,0	46,1	9,2	22,8	7,5	66,9
Donne	41,1	56,7	18,9	32,8	13,3	65,3
Totale	5.871	7.064	3.919	3.860	1.437	945

Figura 1.1 – Indicatori di salute della popolazione anziana (65 anni e oltre) e bisogno di assistenza per classe di età e sesso; Anno 2019, tassi per 100 persone e valori assoluti in migliaia. Fonte: Istat

Nel 2019, circa 7 milioni di ultrasessantacinquenni, più di un anziano su due, presentano multi-morbilità, riferendo almeno tre patologie croniche. Tra gli over 85 la quota raggiunge i due terzi, con una percentuale più elevata tra le donne, il 69% contro il 60% tra gli uomini. Anche tra i “giovani anziani” di 65-74 anni, le quote si confermano elevate (48,5% tra le donne e 39,6% tra gli uomini).

Le patologie più diffuse (in una lista di 22) sono artrosi (47,6%), ipertensione (47%), patologia lombare (31,5%) e cervicale (28,7%), iperlipidemia (24,7%),

malattie cardiache (19,3%) e diabete (16,8%). Sono le prime patologie nella graduatoria per entrambi i generi. Seguono, per gli uomini, i problemi di controllo della vescica (12%), e per le donne la depressione (15%), le allergie (14,1%) e i problemi di incontinenza urinaria (13,7%).

Rispetto al 2015, si rileva una lieve diminuzione della multi-morbilità tra gli over 75. Se si confronta l'indicatore, ricalcolato tenendo conto solo delle 21 patologie rilevate in entrambe le edizioni dell'indagine, si osserva infatti una riduzione dal 54,3% al 52,0%.

Il 34,2% degli anziani di 65 anni e più dichiara almeno una patologia grave (ictus, tumori, Alzheimer e demenze, malattie cardiache, incluso infarto o angina, diabete, parkinsonismo, malattie respiratorie croniche: bronchite cronica, Bronco pneumopatia cronico ostruttiva - BPCO, enfisema). La percentuale scende al 17% se le patologie croniche gravi sono almeno due. Tra gli anziani di 75-84 anni la quota di coloro che hanno almeno una malattia cronica grave si attesta al 48,9% (52,4% tra gli uomini e 44,8% tra le donne) mentre la percentuale di quanti sono affetti da almeno due malattie croniche gravi è pari al 19,4% (22% tra gli uomini e 17,4% tra le donne). Tra gli anziani di 85 anni e oltre, circa un terzo dichiara di essere affetto da almeno due patologie croniche gravi (34,1% tra gli uomini e 29,1% tra le donne).

Le patologie croniche gravi più diffuse tra tutti gli anziani sono le malattie cardiache (19,3%) stabili rispetto al 2015. Si riducono invece le malattie respiratorie croniche

(bronchite cronica, BPCO ed enfisema) specialmente tra gli uomini anziani, tra i quali però si rileva un incremento dei tumori maligni (+1,9%).

1.2.2 Difficoltà nella attività domestiche e quotidiane

In un paese come l'Italia, caratterizzato da un elevato invecchiamento della popolazione, è di fondamentale importanza valutare il livello di autonomia degli anziani nelle attività quotidiane di cura della persona e fornire un contributo conoscitivo per la definizione di adeguate politiche sociosanitarie.

Il 10,6% degli anziani (1 milione e 437 mila persone) riferisce gravi difficoltà in almeno un'attività di cura della persona: fare il bagno o la doccia da soli (9,8%), vestirsi e spogliarsi (6,7%), sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia (6,3%), usare i servizi igienici (5,7%) e infine mangiare da soli (3,5%). Il 6% degli anziani presenta gravi difficoltà in tre o più attività. La scarsa autonomia in almeno un'attività di cura personale riguarda quasi un quinto degli anziani di 75 anni e più (18,3%) e oltre un terzo degli ultra-ottantacinquenni (37,2%). La gran parte degli anziani con grave riduzione di autonomia nelle attività di cura della persona riferisce anche gravi difficoltà nelle attività quotidiane della vita domestica. Si arriva quindi a circa 1 milione e 400 mila di anziani (10,1%) con una forte riduzione di autonomia in almeno due delle attività essenziali della vita quotidiana. A livello europeo i dati preliminari disponibili su 22 paesi mostrano l'Italia (10,1%)

nella parte alta della graduatoria decrescente insieme all’Austria (10,3%), a fronte di una media Ue22 pari all’8,5%.

Sommando al gruppo di anziani che hanno almeno due difficoltà i 2 milioni 400 mila che dichiarano gravi difficoltà solo nelle attività domestiche, si raggiunge la cifra di circa 3 milioni 800 mila anziani che hanno severe limitazioni nelle attività quotidiane della vita domestica (28,4%).

Una classificazione più approfondita ci viene offerta dalla Figura 1.2, che riporta una suddivisione dei due tipi di difficoltà analizzati per fasce di età e sesso.

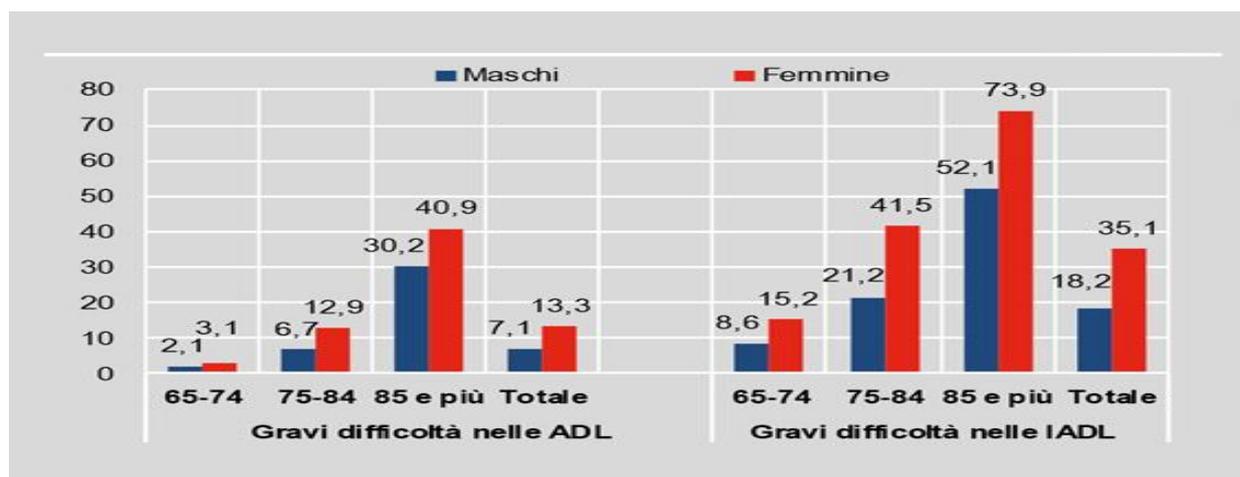


Figura 1.2 – Persone di 65 anni e più con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona (ADL) e della vita domestica (IADL), per sesso e classe di età. Anno 2019, tassi per 100 persone. Fonte: Istat

Come prevedibile, è soprattutto nelle attività domestiche pesanti che gli anziani perdono più frequentemente l’autonomia (26,7%). Seguono attività come fare la spesa (15,3%) e svolgere attività domestiche leggere (12,7%). Il 10,7% ha difficoltà

nel gestire risorse economiche e nel preparare i pasti. Rispetto al 2015 rimane stabile la quota di anziani con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona mentre diminuisce quella di ultrasessantacinquenni, sia donne che uomini, che dichiarano gravi difficoltà nelle attività della vita domestica (30,3% nel 2015 e 27,7% nel 2019).

1.2.3 Difficoltà nella mobilità

Il diritto alla mobilità, principio sancito a livello europeo e internazionale, è essenziale per assicurare l'inclusione sociale in tutti i contesti di vita e dovrebbe essere garantito a tutti, anche alle persone che hanno problemi di salute o difficoltà funzionali. Con l'indagine Ehis⁴ sono rilevati alcuni problemi di mobilità, relativi in particolare a difficoltà nell'uscire di casa, accedere a edifici oppure utilizzare mezzi di trasporto privati o pubblici secondo le proprie necessità.

Oltre 4 milioni di persone anziane (31,5%) hanno difficoltà di spostamento per motivi di salute o limitazioni funzionali. Fra le donne la quota sfiora il 40% (22,3% gli uomini) ed è più alta in tutte le fasce di età fino a un massimo per gli over 85 (74,1% contro 56,2%). Livelli più elevati di anziani con difficoltà nella mobilità si registrano ovviamente tra gli anziani con limitazioni delle funzioni motorie,

⁴ L'indagine Ehis wave3 (European Health Interview Survey) condotta in tutti i paesi dell'Unione europea, è stata realizzata in Italia nel 2019, secondo quanto previsto dal Regolamento europeo n.255/2018.

sensoriali e cognitive (73,9%) e la quota supera il 90% tra quanti hanno gravi limitazioni nelle attività della vita quotidiana di cura personale.

Le differenze territoriali sono pronunciate (Figura 1.3). A parità di struttura per età, la percentuale di anziani con difficoltà nella mobilità causate da problemi di salute è pari al 25,0% al Nord, al 27,7,8% nel Centro e al 36,1% nel Mezzogiorno.

Lo svantaggio è particolarmente accentuato tra le donne del Mezzogiorno 46,1% contro 33,7% nel Nord e 38,2% nel Centro.

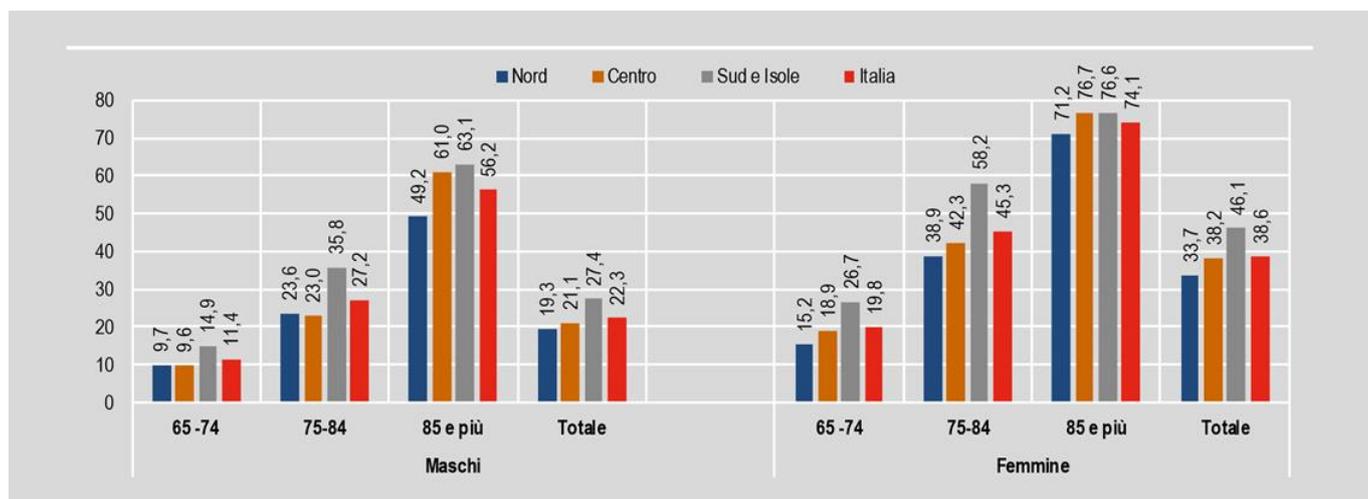


Figura 1.3 – Persone di 65 anni e più con difficoltà nella mobilità per motivi di salute o limitazioni funzionali per ripartizione geografica, sesso e classe di età. Anno 2019, tassi per 100 persone

Considerando il livello di gravità delle limitazioni, circa 2 milioni 800 mila anziani (20,4%) riferiscono di avere severe difficoltà (molta difficoltà/non in grado) in almeno uno degli aspetti della mobilità. Nel Sud la quota raggiunge il 25% e fra le donne il 26,2% (contro il 12,9% degli uomini).

Come prevedibile, la condizione economica ha un forte impatto sulle possibilità di spostarsi per la popolazione anziana. La quota di quanti hanno difficoltà nella mobilità per motivi di salute è più elevata tra chi ha un reddito più basso: tra gli uomini supera il 25% e tra le donne è circa il 44%, contro il 15% degli uomini e il 31% delle donne con reddito alto.

1.2.4 Limitazioni motorie, sensoriali o cognitive.

Sono circa 3 milioni e 860 mila gli anziani con gravi difficoltà nelle attività funzionali di base (il 28,4% della popolazione di 65 anni e più). Di essi, 2 milioni 833 mila (20,9%) hanno gravi difficoltà nel camminare, salire o scendere le scale senza l'aiuto di una persona o il ricorso ad ausili, 1 milione 874 mila (13,8%) riferiscono gravi difficoltà nell'udito o nella vista anche con l'uso di ausili, 1 milione e 113 mila (8,2%) hanno gravi difficoltà nella memoria o nella concentrazione. Al crescere dell'età la quota di anziani con gravi difficoltà funzionali aumenta progressivamente: tra i 65-74enni è al 14,6%, raddoppia al 32,5% tra gli anziani di 75-84 anni e quadruplica tra gli ultra-ottantacinquenni (63,8%). Com'è possibile notare dalla Figura 1.4, che ci propone una suddivisione per sesso, la quota di donne di 65 anni e più con gravi difficoltà funzionali supera quella degli uomini della stessa età in tutte le attività di base considerate. Nel camminare oppure salire o scendere le scale, le anziane mostrano maggiori difficoltà già a partire dai 65 anni (+3,4 punti percentuali rispetto agli uomini) fino

a un divario di genere di quasi 20 punti dopo gli 85 anni (59,1% per le donne contro 40,2% per gli uomini). Fra le donne le maggiori difficoltà nel ricordare o nel concentrarsi si osservano dopo i 75 anni (16% contro 9,3% degli uomini).

Sono più attenuate le differenze di genere per le difficoltà nella vista e nell'udito in tutte le fasce di età.

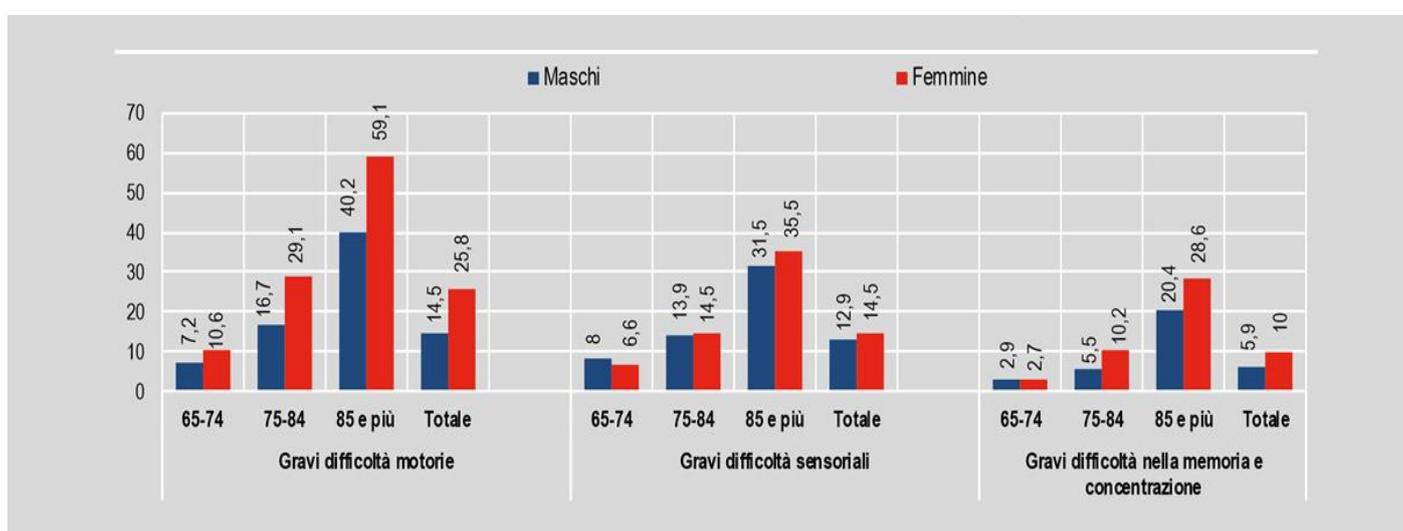


Figura 1.4 – Persone di 65 anni e più con gravi difficoltà motorie, sensoriali e nella memoria/concentrazione per sesso e classe di età; tassi per 100 persone. Anno 2019

Rispetto al 2015, eliminando l'effetto della diversa struttura per età, diminuiscono le quote di donne con gravi difficoltà nelle attività motorie (da 25,9% nel 2015 a 23,4% nel 2019) e sensoriali (da 15,3% a 13,0%) a fronte di una sostanziale stabilità per gli uomini. Si riduce per entrambi i sessi la quota di quanti riferiscono gravi difficoltà nella memoria o concentrazione (da 7,9% a 6,0% per gli uomini, da 11,1% a 8,7% per le donne).

1.3 ANALISI SITUAZIONE REGIONALE E TERRITORIALE

1.3.1 Regione Marche

Dopo una breve analisi della situazione demografica nazionale e delle relative conseguenze che questi cambiamenti portano ai bisogni ed alle esigenze della fascia più anziana della popolazione, andiamo a focalizzare l'attenzione sulla regione Marche, per poi addentrarci più nello specifico degli ATS (Ambiti Territoriali Sociali), punto focale del nostro progetto.

Prendendo in esame il documento denominato “Profilo di Salute Regione Marche”⁵, stilato dalla regione Marche in collaborazione con L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ed altri enti sanitari regionali, notiamo che la situazione demografica marchigiana è leggermente diversa da quella nazionale.

Nel 2019 la struttura della popolazione ha mostrato un tendenziale calo generale delle nascite ed un progressivo invecchiamento della popolazione. La percentuale di individui di 65 anni e oltre è pari al 25,4% del totale della popolazione (23,5% in Italia). Gli over 75 sono pari al 13,4%, a fronte dell'11,7% a livello nazionale.

Percentuali come queste, in aumento anno dopo anno, hanno portato ad un ovvio aumento, in termini numerici, delle persone che hanno difficoltà.

⁵ “Profilo di Salute, Regione Marche – Anno 2019”, documento consultabile dal sito [/regione.marche.it](http://regione.marche.it)

Dagli anziani non autosufficienti alle disabilità più o meno gravi, sono richiesti un insieme di interventi di natura socioassistenziale, tra loro coordinati e integrati, erogati sia a livello di strutture (pubbliche e private), sia a livello domiciliare, con servizi di assistenza a sostegno delle famiglie, in modo da provvedere all'aiuto della cura del familiare in casa ed evitare così ricoveri impropri presso le strutture residenziali.

Ed è proprio quest'ultima, la linea d'intervento che la regione Marche sta percorrendo ormai da anni. Un rafforzamento degli interventi e dei servizi di supporto al lavoro di cura del caregiver familiare è infatti la finalità degli interventi finanziati con il Fondo Nazionale per le non autosufficienze.

I finanziamenti messi a disposizione, più di 17 milioni di euro, con un'integrazione di altri 4 milioni dalla regione Marche con il Fondo Regionale, ci aiutano a capire la portata e l'importanza di tali interventi.

La giunta regionale ha, inoltre, approvato i criteri di riparto delle risorse agli Ambiti Territoriali Sociali, nonché le relative modalità di utilizzo. Saranno infatti proprio gli ATS a gestire direttamente l'intervento, valutando l'effettivo bisogno dell'assistenza familiare e potenziare l'integrazione sociosanitaria. Questo avverrà su due linee: potenziando i punti critici di accesso dove le persone in prima istanza si recano per avere risposte per l'assistenza e stilando valutazioni multidisciplinari per poter individuare correttamente i bisogni dell'utente e la previsione di un piano

individuale personalizzato, con una descrizione della patologia della persona assistita in un quadro ampio.

1.3.2 Ambiti Territoriali Sociali 10/17/18

L'Ambito Territoriale Sociale (ATS) rappresenta il sistema di organizzazione delle politiche sociali a livello locale. Istituito negli anni 2000 e precisamente attraverso il "Piano Sociale Regionale per un sistema Integrato di interventi e dei servizi sociali 2000/2002", ha il ruolo di progettare, organizzare, concertare e gestire in modo associato i servizi.

Ed è proprio a livello di Ambiti Territoriali Sociali che nasce e si muove il progetto "Per il sociale". In modo particolare in tre dei ventiquattro presenti sul territorio marchigiano (Figura 1.5):

- L'Ambito Territoriale Sociale n. 10 (ATS 10), di cui l'Unione Montana dell'Esino Frasassi ne è Ente capofila, comprendente i comuni di Fabriano, Cerreto d'Esi, Sassoferrato, Serra San Quirico e Genga
- L'Ambito Territoriale Sociale n. 17 (ATS 17), che comprende 8 Comuni già inseriti nel territorio dell'Unione Montana Potenza Esino Musone: Castelraimondo, Esanatoglia, Fiuminata, Gagliole, Matelica, Pioraco, San Severino Marche e Sefro
- L'Ambito Territoriale Sociale n. 18 (ATS 18) con Ente Capofila l'Unione Montana Marca di Camerino, corrisponde al Distretto Sanitario di Macerata

e comprende i seguenti 11 comuni: Bolognola, Camerino, Castelsantangelo sul Nera, Fiastra, Monte Cavallo, Muccia, Pieve Torina, Serravalle di Chienti, Ussita, Valformace e Visso.

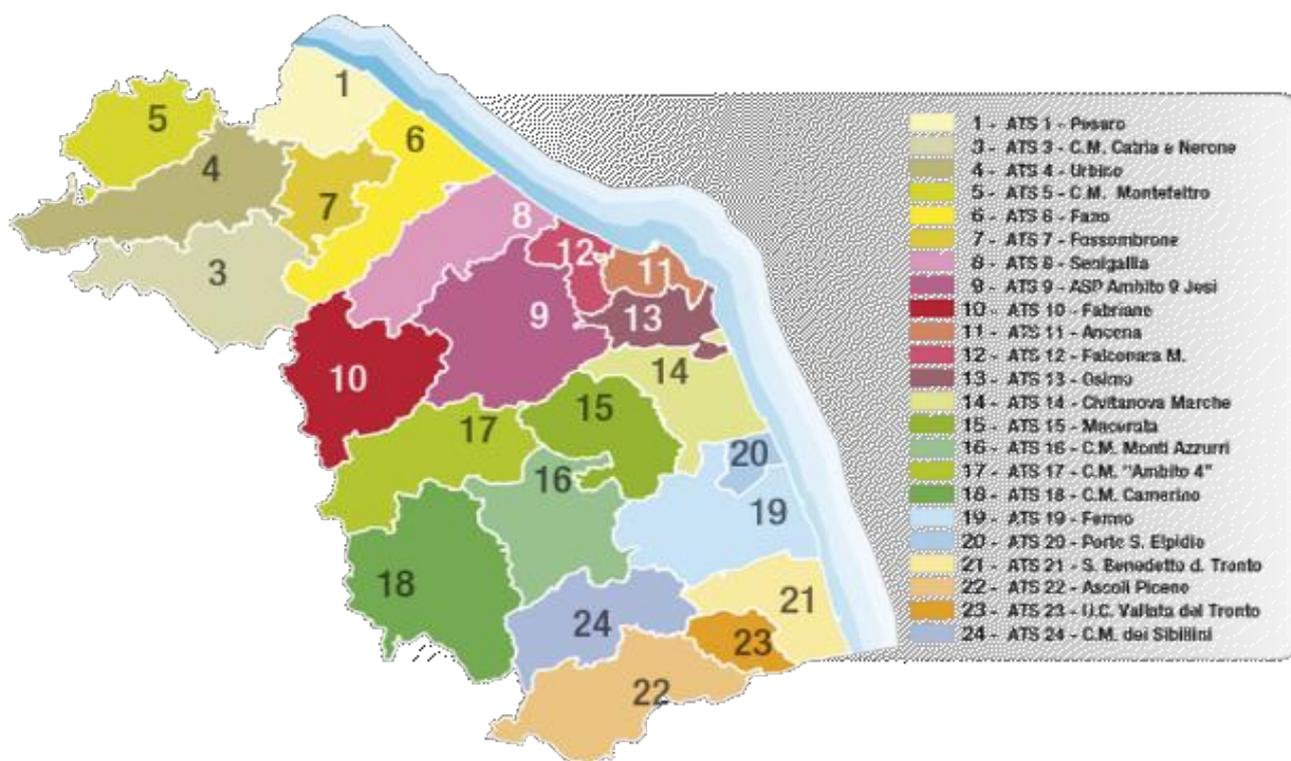
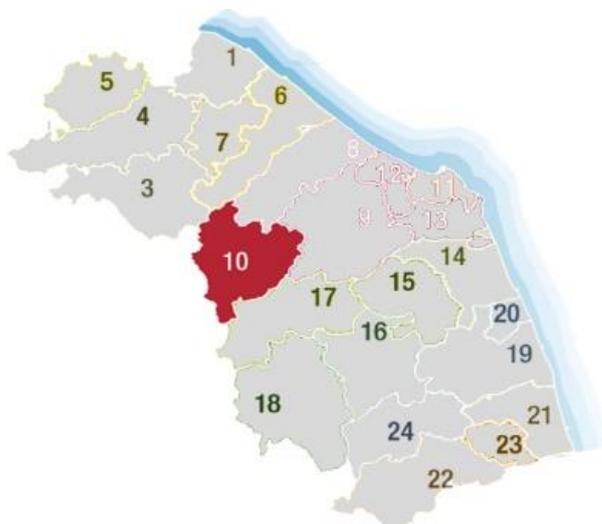


Figura 1.5 – Mappa regionale Ambiti Territoriali Sociali (ATS)

L'Ambito Territoriale Sociale n. 10 presenta un contesto sociale pressoché immutato negli ultimi 5 anni. In particolare, tra gli elementi che lo caratterizzano emerge quello dell'alto tasso di disoccupazione, che nel fabrianese ha avuto e sta avendo una portata imponente, causato dalla crisi del



comparto industriale, unico settore di sviluppo nella zona. Ciò che in passato ha prodotto benessere, oggi è la causa di una ripresa che tarda maggiormente ad arrivare, rispetto ad altri territori che hanno investito anche in altri settori.

In termini demografici, questo si traduce in una diminuzione della popolazione residente nel comprensorio fabrianese che varia dalle 47.229 unità del 01.01.2016 alle 44.616 unità del 01.01.2021 (dati ISTAT). La percentuale di popolazione che supera i 65 anni di età è pari al 26,4%, 11.941 anziani, portando l'indice di vecchiaia⁶ al 218,6%, contro una media regionale del 203,1%, e un indice di dipendenza strutturale⁷ al 62,6% (60,2% Marche).

⁶ Indice di vecchiaia: rapporto percentuale tra la popolazione in età anziana (65 anni e più) e la popolazione in età giovanile (meno di 15 anni)

⁷ Indice di dipendenza strutturale: rapporto tra la popolazione residente in età non attiva (da 0 a 14 anni e da 65 anni e oltre) e la popolazione in età lavorativa (da 15 a 64 anni). Tale rapporto, che viene generalmente moltiplicato per cento, misura il carico demografico sulla popolazione in età attiva

POPOLAZIONE

STRUTTURA DEMOGRAFICA - al 1.1.2020

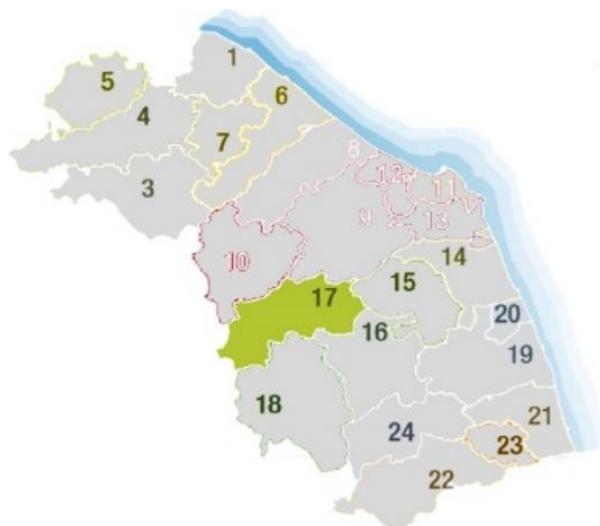
	Ambito territoriale sociale di ATS 10 - Fabriano	Marche
da 0 a 14	12,1%	12,4%
da 15 a 64	61,5%	62,4%
65 e più	26,4%	25,2%
Indice di vecchiaia	218,6%	203,1%
Indice di dipendenza strutturale	62,6%	60,2%

Figura 1.6 – Struttura demografica ATS 10. Fonte: Istat

Questo scenario conduce inevitabilmente ad una maggiore richiesta da parte delle famiglie di servizi ed interventi, soprattutto per quelli rivolti agli anziani.

Nel tempo, infatti, l'ATS 10 ha istituito tavoli di lavoro per affrontare con maggiore efficienza le problematiche presenti, come il tavolo delle povertà, delle dipendenze, della disabilità, delle demenze e non autosufficienza anziani e dell'affido familiare.

Per quanto concerne le caratteristiche geografiche dell'ATS 17, la maggior parte dei Comuni che ne fanno parte sono appartenenti alle aree interne della regione Marche.



Esclusi i Comuni di San Severino Marche e Matelica che si attestano

rispettivamente poco al di sotto dei 13.000 e intorno ai 10.000 abitanti, i restanti Comuni dell'ATS 17 hanno una popolazione inferiore ai 5.000 abitanti. Castelraimondo ha una presenza di circa 4.500 abitanti, Esanatoglia di circa 2.000, Fiuminata e Pioraco hanno rispettivamente circa 1.300 e 1.000 abitanti mentre Gagliole e Sefro si attestano sotto i 1.000 abitanti. In totale la popolazione residente al 01.01.2021 è di 31.069, quando nel 2015 ammontava a 33.356 individui, con un tasso di crescita totale⁸ in negativo, nel 2019 è stato del -8,3%. Un'analisi della struttura demografica ci mostra che l'11,5% della popolazione ha dai 0 ai 14 anni, il 60% dai 15 ai 64 e, di conseguenza, il 28,5% della popolazione ha più di 65 anni, portando l'indice di dipendenza strutturale al 66,5%, segnale di un'evidente

⁸ Tasso di crescita totale: è il rapporto tra il saldo totale dell'anno e la popolazione media, moltiplicato per 1.000. Comprende il tasso di crescita naturale ed il tasso migratorio sia interno che esterno

condizione di squilibrio generazionale e di rischio di vulnerabilità della popolazione.

POPOLAZIONE		
STRUTTURA DEMOGRAFICA - al 1.1.2020		
	Ambito territoriale sociale di ATS 17 - Alte Valli Potenza- Esino	Marche
da 0 a 14	11,5%	12,4%
da 15 a 64	60,0%	62,4%
65 e più	28,5%	25,2%
Indice di vecchiaia	248,2%	203,1%
Indice di dipendenza strutturale	66,5%	60,2%

Figura 1.7 – Struttura demografica ATS 17. Fonte: Istat

A tal proposito è possibile avvalersi dell'indice di vulnerabilità sociale e materiale⁹: un indicatore che ha lo scopo di sintetizzare in un unico valore diversi aspetti di tipo multidimensionale. L'indice è costruito sulla base di sette indicatori allo scopo di descrivere dimensioni sia materiali che sociali della vulnerabilità. I valori ottenuti permettono di individuare aree di criticità ed effettuare comparazioni territoriali. L'ATS 17 ha un indice di vulnerabilità sociale e materiale medio in linea con quello registrato a livello regionale, il livello minimo registrato ha due punti percentuali in più (97,45) mentre quello massimo è di circa tre punti in meno (105,94), pertanto è

⁹ L'indicatore, proposto da Istat, stima la vulnerabilità del territorio a partire dalle caratteristiche di chi ci abita. Più è alto, maggiore è il rischio di disagio e vulnerabilità in quella zona. Se inferiore a 97 il territorio ha un basso indice di vulnerabilità, tra 97 e 98 il rischio è medio-basso, tra 98 e 99 rischio medio, tra 99 e 103 rischio medio-alto, sopra 103 rischio alto

possibile registrare che il livello di vulnerabilità più elevato non si registra all'interno dell'ATS 17.

Occorre tuttavia ricordare che a decorrere dal 1° gennaio 2017 l'ATS 17 è territorio compreso nel “cratere sismico” (sisma 2016).

Un focus sulla condizione post-terremoto evidenzia che, se in alcuni Comuni la presenza di individui e famiglie che risiedono nelle Soluzioni Abitative di Emergenza (SAE) determina l'organizzazione, il monitoraggio, e la pianificazione di servizi specifici per questi nuovi insediamenti, in altri, la compresenza di diverse tipologie di soluzioni abitative post-terremoto richiede di armonizzare le politiche sociali e del lavoro a causa della fragilizzazione nel periodo successivo al sisma.

I dati a tre anni dal terremoto mostravano che circa l'11% della popolazione dell'ATS 17 usufruiva del Contributo di Autonoma Sistemazione (CAS), mentre l'1% risiedeva in una Soluzione Abitativa di Emergenza.

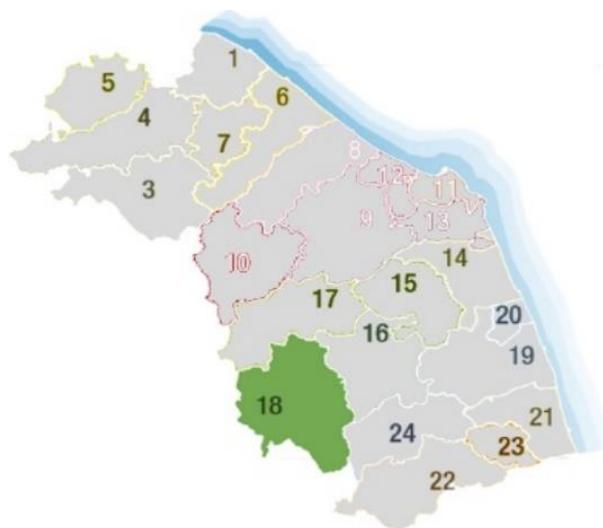
Tutt'oggi si registra infatti una profonda vulnerabilità della popolazione colpita dal sisma che varia in base all'età anagrafica, alle condizioni di salute, al profilo socioeconomico, al livello di danneggiamento del contesto abitativo e produttivo e alla disponibilità dei servizi, ma anche alle reti di prossimità che la comunità è riuscita a conservare o ricreare nei contesti abitativi e nelle aree di nuova residenzialità.

Per quanto concerne le caratteristiche geografiche dell'ATS 18, la totalità dei Comuni che vi rientrano, sono appartenenti alle aree interne della Regione Marche.

Tutti i Comuni che ne fanno parte hanno una popolazione inferiore ai 10.000 abitanti e, ad esclusione di Camerino che ne conta ad oggi 6.379, gli altri dieci hanno una popolazione

inferiore ai 2.000 abitanti, di cui sei inferiore a 1.000, con il Comune di Bolognola pari a 154 abitanti e quello di Montecavallo pari a 105. La popolazione residente nell'ATS 18 rappresenta lo 0,89% della popolazione regionale, per un totale di 13.023 abitanti.

Rilevante è il tasso di crescita totale che è del -22,9 ‰, contro il -5,4‰ a livello regionale. Ciò ha portato nel 2019 ad una diminuzione di popolazione in termini assoluti di 309 individui. Anche per quanto riguarda la percentuale di over 65, l'ATS 18 si caratterizza per una percentuale media superiore a quella regionale, pari al 29,4% contro il 25,2%, con un indice di vecchiaia del 297,5% e di dipendenza strutturale del 64,7%.



POPOLAZIONE

DINAMICA NATURALE E MIGRATORIA - Anno 2019

	Ambito territoriale sociale di ATS 18 - Camerino	Marche
Tasso di crescita naturale (‰)	-9,0	-5,1
Tasso migratorio interno (‰)	-10,1	0,2
Tasso migratorio estero (‰)	-0,7	1,8
Tasso di crescita totale (‰)	-22,9	-5,4

Figura 1.8 – Dinamica naturale e migratoria ATS 18. Fonte: Istat

Tutti elementi da cui si evince un'evidente condizione di squilibrio generazionale, e che, se letto congiuntamente con l'indice di vecchiaia, evidenziano l'origine nella forte presenza di popolazione anziana, mettendo in luce il rischio di fragilità per la popolazione. Tuttavia, l'ATS 18 ha un indice di vulnerabilità sociale e materiale medio in linea con quello registrato a livello regionale.

1.3.3 Problematiche ATS

Nell'analizzare la domanda di questi tre Ambiti Territoriali, campo di applicazione del progetto "Per il sociale", è importante prendere in esame alcune problematiche specifiche dell'area marchigiana.

Infatti, le esigenze e le difficoltà che accompagnano la fascia di popolazione più fragile, analizzate in precedenza per il territorio italiano e regionale, sono amplificate nel territorio in esame da questioni geografiche e catastofiche.

Il primo problema è costituito dal fatto che i tre ATS ricoprono un'area montana. La zona in questione soffre di scarse infrastrutture in grado di prendersi cura delle fasce deboli della popolazione, poiché ad esempio nei Comuni di Castelsantangelo sul Nera ed Ussita manca il servizio del medico di base e, in generale, gli ospedali degli ATS di riferimento versano in situazioni critiche e per raggiungere ospedali maggiormente attrezzati si impiega circa un'ora di tempo. Il problema di non avere infrastrutture adeguate fa sì che l'area montana in questione si spopoli sempre più, facendo migrare le famiglie di giovani verso le aree regionali più centrali rispetto ai servizi di cura.

Per quanto riguarda l'aspetto del reddito della popolazione, per circa due terzi della popolazione si registra almeno una situazione di deprivazione materiale su sei considerate e solo un quarto non presenta condizione di deprivazione abitativa. Due terzi degli individui non riesce a raggiungere in autonomia i negozi della propria città e circa il 40% delle farmacie non sono facilmente raggiungibili.

Non esiste un servizio di trasporti pubblici dedicato agli anziani o alle persone disabili nel 46% dei casi e più del 26% di loro non ne è a conoscenza laddove fosse disponibile. I servizi a domicilio non sono disponibili in tutti i Comuni e ove presenti forniscono solo alcune tipologie di beni (48%), in particolare beni alimentari.

Nel 37% dei casi rilevati, le famiglie necessitano di servizi di mobilità assistita e spesso provvedono tramite familiari. Molto spesso, infatti, si affidano alla rete

familiare per ricevere supporto (63%) anche se nel 30% dei casi i familiari sono in grado di fornire solo un supporto limitato. Anche in caso di reti di prossimità e di vicinato, queste riescono a fornire un supporto limitato (37%), non riuscendo spesso a fornire supporto adeguato.

Nel 2016, ad aggravare la situazione di aree già strutturalmente deboli, i territori marchigiani sono stato colpiti dal sisma.

La superficie della zona colpita, c.d. “cratere” è di 3.978 km² ed ha interessato 85 comuni, tra i quali la maggior parte di quelli presi in esame.

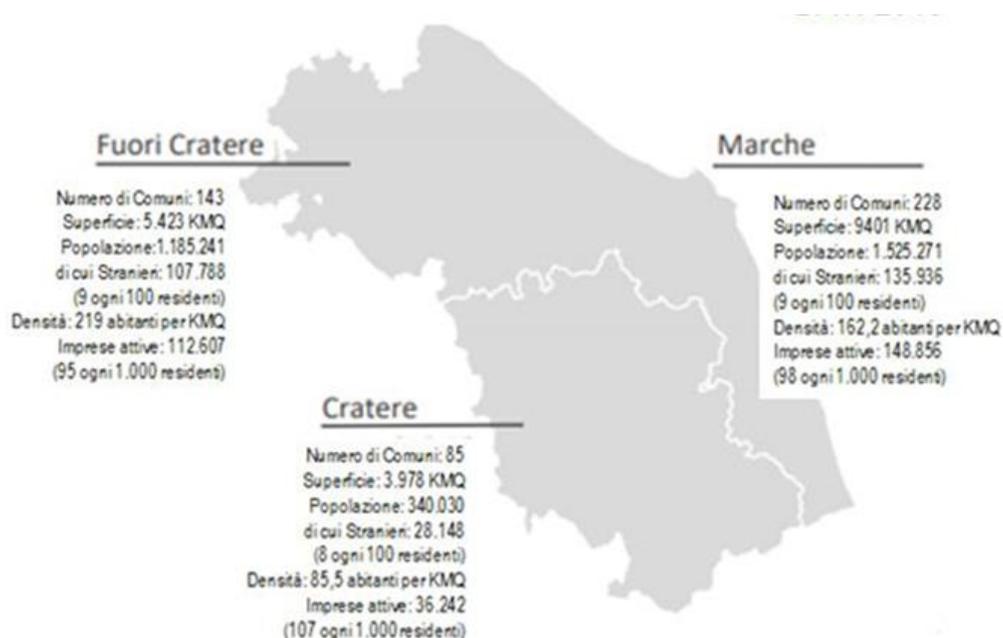


Figura 1.9 – Mappa regione Marche riportante la suddivisione cratere/fuori cratere con relativi dati

Il terremoto ha evidenziato difficoltà e carenze preesistenti, accelerando i processi di declino; i danni hanno comportato la distruzione di centri abitati, case e aziende aggravando il livello di fragilità della popolazione, in termini economici, culturali, sociali, di salute e di comunità.

Le emergenze sperimentate dalla popolazione a causa del sisma sono molteplici:

- sradicamento da abitazioni, ambienti e stili di vita comunitari consolidati
- forte vulnerabilità allo stress generato da paura, cambiamento, nuove convivenze forzate, precarietà abitativa
- ridotta autonomia personale per spostamenti e accessi a cure e servizi
- difficoltà a mantenere i livelli di assistenza precedenti per nuova collocazione abitativa
- offerta di servizi diurni e territoriali ridotti a causa dell'alto livello di spopolamento

Da uno studio effettuato da una cooperativa locale sui territori interessati, emerge che circa il 50% degli intervistati ha trascorso un periodo compreso tra i 18 e i 24 mesi successivi al sisma in strutture di emergenza, lontane dal proprio comune di residenza. Inoltre, circa un terzo della popolazione intervistata vive in una abitazione tradizionale, mentre i due terzi vivono in una SAE. Si tratta, nel 44,4% degli intervistati, di nuclei composti da una sola persona.

In seguito al sisma, circa il 50% definisce le proprie condizioni di salute peggiorate e il 20% decisamente peggiorate. I dati si confermano in relazione alla salute psicologica, che risulta peggiorata nel 48% dei casi e decisamente peggiorata nel 22% dei casi. La condizione economica è stata influenzata negativamente dal terremoto per il 33% degli intervistati e decisamente peggiorata nel 18,5%.

Per quanto concerne la condizione abitativa della popolazione in esame, circa il 70% della popolazione definisce la propria condizione abitativa peggiorata (22,2%) e decisamente peggiorata (48,1%), dato che si registra in particolare per la popolazione residente nelle SAE.

Ed infine la pandemia, una nuova sfida per una popolazione già in ginocchio che tentava da anni di rialzarsi con piani sociali a livello regionale e territoriale.

All'emergenza abitativa e sociale si aggiunge anche quella del COVID-19, capace anche di bloccare i pochi cantieri della ricostruzione.

Con il lockdown, infatti, molte famiglie sono state costrette a vivere in spazi al limite del vivibile; ricordiamo che le abitazioni d'emergenza hanno una superficie di 40 metri quadri per le persone sole o le coppie e di 60 metri quadri per nuclei fino a quattro persone. Nei giorni di chiusura degli esercizi commerciali, laddove questi risultavano già numericamente poco presenti e ancora allocati in soluzioni di emergenza, anche l'approvvigionamento dei beni di prima necessità e la possibilità

di poter usufruire dei servizi di mobilità e assistenza si è ridotto, se non del tutto annullato.

1.4 ANDAMENTO DELLA DOMANDA

È chiaro arrivati a questo punto dell'analisi, come siano molti i fattori che influenzano i bisogni e le esigenze degli anziani e come essi cambino velocemente nel tempo.

Andiamo ora ad analizzare gli aspetti che determinano maggiormente questi cambiamenti nel contesto socioassistenziale.

1.4.1 Crescente invecchiamento e previsioni per il futuro

“Italia secondo paese più vecchio al mondo e primo in Europa”, questo il titolo di un articolo del Corriere della Sera già nel lontano ottobre 2015.

Negli ultimi 50 anni l'invecchiamento della popolazione italiana è stato uno dei più rapidi tra i Paesi maggiormente sviluppati e si stima che nel 2050 la quota di ultrasessantacinquenni ammonterà al 35,9% della popolazione totale, con un'attesa di vita media pari a 82,5 anni (79,5 per gli uomini e 85,6 per le donne)¹⁰.

Il fenomeno dell'invecchiamento demografico (ageing society in inglese) ampiamente studiato da anni, è dovuto principalmente a due fattori e alla concatenazione degli stessi.

¹⁰ United Nations. World population ageing 1950-2050

Da una parte i miglioramenti significativi che ha registrato la speranza di vita, grazie al progresso scientifico, sociale ed economico. Basta pensare che dal 1960 ai giorni nostri è già aumentata di 8 anni e aumenterà di altri 5 anni entro il 2050, toccando in Italia la cifra record di 88 anni di media tra uomini e donne, secondi in Europa solo alla Spagna (88,1 anni).

Dall'altra parte abbiamo la diminuzione del tasso di fecondità¹¹, passato da 1,35 a 1,36 negli ultimi 5 anni. Un basso numero medio di figli per donna porta inevitabilmente a modificare in modo significativo la composizione per età della popolazione, essendo nel caso italiano, molto lontani dai 2,1 figli per donna che permetterebbero di stabilizzare idealmente la popolazione (in assenza di immigrazione).

Capire ed analizzare il fenomeno è importante soprattutto per i molteplici risvolti su cui esso si ripercuote. Ad un ovvio impatto sugli equilibri dei sistemi di welfare e dei rapporti intergenerazionali, si affiancano il calo della produttività per quanto riguarda il mercato del lavoro, cambiamenti a livello sociale, culturale e familiare e non meno importanti le conseguenze sul sistema sanitario.

Se da un lato, infatti, l'aumento della longevità rappresenta indubbiamente una grande conquista, in quanto testimonia il crescente miglioramento delle condizioni di vita e i progressi della medicina, dall'altro potrebbe trasformarsi in una minaccia

¹¹ Indicatore utilizzato in demografia dato dal rapporto tra il numero di nati vivi da donne in età feconda (15-49 anni) e l'ammontare della popolazione residente femminile in quell'età (per 1.000)

per l'immediato futuro, nel caso in cui non fosse controbilanciato da una rinnovata capacità di programmazione di opportuni, sistematici e urgenti interventi di politica sanitaria che investano la ricerca, l'assistenza e il benessere degli anziani, tenendo in considerazione l'evoluzione del concetto stesso di invecchiamento.

Nell'accezione corrente, l'invecchiamento è un processo multifattoriale caratterizzato da una progressiva perdita delle capacità funzionali e da una crescente comorbidity, proporzionali all'avanzamento dell'età e che investono l'intero arco della vita.

Lo stato di salute dell'anziano non è più identificato unicamente con la ridotta presenza di malattia, ma con il mantenimento del benessere psicofisico e relazionale, pur in presenza di poli patologie. Per questo motivo, uno degli indicatori più frequentemente utilizzati per misurare il benessere e lo stato di salute della popolazione è l'aspettativa di vita libera da disabilità (DFLE, disability free life expectancy), un indicatore composito che combina informazioni su mortalità e disabilità, estendendo il concetto di aspettativa di vita al di là del semplice numero di anni vissuti, quantificando quanti di questi siano realmente vissuti senza limitazioni nelle attività quotidiane.

Per affrontare la sfida dell'invecchiamento della popolazione, è necessario che la risposta tecnico-organizzativa del sistema sociale e sanitario si adegui tempestivamente ai mutamenti in corso e alle nuove esigenze, evitando l'ospedalizzazione e prediligendo interventi sul territorio, mirati alla prevenzione,

alla riabilitazione, alle facilitazioni ambientali, al sostegno economico, sociale e motivazionale dell'anziano e della sua famiglia, nel contesto di vita.

Attraverso la valutazione multidimensionale è possibile analizzare il grado di salute fisica e psichica, il livello di disabilità e handicap, la situazione familiare, socio ambientale ed economica e il rischio di perdita dell'autosufficienza.

Per delineare un programma di intervento, che sia non solo adatto al soggetto ma anche realizzabile, l'attività di valutazione deve conoscere nel dettaglio quali sono le strutture (reparto geriatrico, residenza sanitaria assistenziale, day hospital, casa di riposo, ecc.) e i servizi (assistenza domiciliare integrata, ospedalizzazione domiciliare, centri diurni, servizi sociali, volontariato, ecc.) disponibili sul territorio.

1.4.2 Crisi economica e spesa assistenziale

Tutti gli aspetti legati all'invecchiamento della popolazione italiana sono tradizionalmente trattati dal lato dei costi, assumendo implicitamente che il fenomeno si configuri come un peso per la collettività. In effetti, una grossa fetta della spesa pubblica è destinata al capitolo "vecchiaia" ("old age"), secondo la classificazione per funzioni COFOG¹² condivisa a livello internazionale. Nel 2017 la quota di spesa pubblica dedicata alle pensioni di anzianità ha raggiunto il 27,4%

¹² COFOG sta per "Classificazione delle funzioni di governo", sviluppata nella sua versione attuale nel 1999 dall'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico rappresenta lo standard che classifica gli scopi delle attività di governo

del totale, pari a 230 miliardi di euro (15% del PIL), a fronte di una media nell'Area euro del 23% (12,4% del PIL).

Allo stesso tempo l'intensità e la persistenza della crisi economica ha allargato negli ultimi anni l'area della povertà e della deprivazione materiale, estendendosi anche a gruppi di popolazione in precedenza meno interessati da condizioni di disagio economico. Le difficoltà delle famiglie emergono in maniera evidente: alla diminuzione del reddito disponibile e della ricchezza si accompagna una importante perdita del potere d'acquisto e un calo significativo della spesa per consumi.

Anche se i dati riferiti alla povertà assoluta e a quella relativa indicherebbero che gli anziani sono i meno esposti al rischio povertà, da alcune ricerche emerge una realtà diversa.

Infatti, secondo una ricerca del Censis¹³ del 2015, oltre 561.000 famiglie hanno dovuto utilizzare tutti i propri risparmi, vendere l'abitazione (anche in nuda proprietà) o indebitarsi in altre forme per fare fronte agli oneri dell'assistenza a un familiare non autosufficiente. Evidentemente l'analisi sui mutamenti dei profili della povertà in Italia non riesce a catturare pienamente questa relazione. Sempre secondo un'altra indagine del Censis del 2017, il 51% delle famiglie in cui è presente una persona non autosufficiente hanno avuto difficoltà a sostenere spese

¹³ Centro Studi Investimenti Sociali, è un istituto di ricerca socioeconomica fondato nel 1964

per l'acquisto di prestazioni e servizi sanitari e socioassistenziali, contro il 30,5% delle famiglie che non devono affrontare questo problema.

È evidente come un impatto notevole si ha su tutti i servizi sociali con funzione di supporto.

Oltre alla problematica legata alla spesa pubblica per le pensioni e alle difficoltà per le famiglie di far fronte a spese assistenziali si avrà, in una società futura, una piramide rovesciata della popolazione in cui una piccola base, la popolazione attiva, sarà chiamata a reggere il peso di una fascia molto più estesa, la popolazione inattiva. Popolazione attiva che non solo non riuscirà a reggere il contrappeso degli anziani ma che avrà difficoltà anche a provvedere alla propria assistenza futura. La precarizzazione del mercato del lavoro è una sorta di bomba a orologeria per la possibilità delle persone di farsi carico degli oneri derivanti dalle cure di cui potrebbero avere bisogno in futuro. I lavoratori precari, infatti, difficilmente potranno godere di prestazioni previdenziali adeguate a far fronte al rischio della non autosufficienza.

Tutte sfide che stanno mettendo a dura prova la società di oggi e che lo faranno maggiormente in futuro.

1.4.3 Ruolo della famiglia nell'assistenza

Dall'altra parte il ruolo della famiglia. Quella italiana continua a svolgere un ruolo centrale nel lavoro di cura. Ma la società, la famiglia e il mercato del lavoro stanno

cambiando profondamente, riducendo il numero dei familiari disposti a prendersi cura di parenti più anziani.

Le donne, vero pilastro del ruolo di assistenza della famiglia, sono sempre più impegnate nel mondo del lavoro. Considerando che il tasso nazionale di occupazione femminile è di circa il 48,1% e che l'ambizione è quella di raggiungere il livello medio europeo del 61,5%, si comprende come il lavoro di cura in ambito familiare sia destinato a perdere il contributo di circa 2.500.000 donne.

Negli ultimi anni, inoltre il fenomeno si è ulteriormente complicato. L'età in cui le persone diventano genitori è andata progressivamente crescendo e questo fa sì che l'assistenza all'anziano genitore vada a coincidere con un altro complesso e faticoso compito di sviluppo, ovvero il crescere un figlio nell'età evolutiva (infanzia o adolescenza). I sociologi parlano di “generazione sandwich” per descrivere il fenomeno in cui sono implicati coloro che si prendono cura allo stesso tempo dei propri figli e dei propri genitori.

Impatto sul fenomeno è dato anche dall'aumento della mobilità della società e dall'aumento del tasso di divorzio. Le famiglie hanno maggiori probabilità di essere separate geograficamente, con un conseguente indebolimento dei legami tra i familiari, anche se l'80% delle persone di età pari o superiore a 65 anni vive entro 20 minuti da un figlio.

Sono tutti fattori dai quali emerge che in tempi brevi in Italia si aprirà la questione di come garantire crescenti quote di caregiver per l'assistenza agli anziani.

Dal calcolo dell'indice Oldest support ratio (Osr)¹⁴ con riferimento alle previsioni demografiche dell'Istat al 2016, 2025, 2045 e 2065 si ottiene che il rapporto tra la classe di età 40-64 anni e quella degli over 65 passerà dall'1,8 del 2016 allo 0,98 nel 2065 (Figura 1.10). Questo significa che si passerà da una media di due caregiver per anziano del 2016 a una media di un caregiver per anziano nel 2065.

	40-64 anni	più di 65 anni	OSR
2016	22.943.545	12.646.392	1,8
2025	23.010.509	14.090.215	1,6
2045	18.272.057	18.973.520	0,96
2065	16.908.585	17.125.051	0,98

Figura 1.10 – Oldest support ratio nel 2016, 2025, 2045, 2065; fonte: elaborazione Auser su dati Istat

La famiglia resta il principale sostegno cui possono far ricorso le persone anziane, anche se la rete di aiuti familiari e quella di aiuti informali hanno subito nel tempo un forte ridimensionamento per le dinamiche demografiche e i mutamenti sociali iniziati dagli anni '60. In una situazione delle reti di aiuto già critica, coorti di anziani sempre più numerose alimenteranno nel prossimo decennio la domanda di assistenza, rendendo indispensabile la programmazione di adeguati interventi di

¹⁴ L'Oldest support ratio (Osr) è un indicatore adottato dalle Nazioni unite definito come il numero di persone di età compresa tra 50 e 74 anni per ogni persona di età superiore o uguale a 85 anni. Nel nostro caso, al fine di tener conto di una soglia di età in cui iniziano a insorgere problemi familiari di assistenza (età genitori e nonni) e della consolidata soglia statistica dei 65 anni, viene assunto a riferimento il numero di persone di 40-64 anni in rapporto agli over 65

welfare. Anche nel 2019, soprattutto i familiari assicurano un aiuto agli anziani che hanno bisogno di assistenza per le attività quotidiane di cura personale o domestiche. Oltre il 50% degli anziani riceve aiuto dai familiari non in maniera esclusiva, il 17% si avvale di personale a pagamento e il 6,4% riceve aiuto da altre persone (amici, associazioni di volontariato, ecc.). Nel complesso il 65,2% della popolazione over 65 con riduzione di autonomia non necessariamente grave, usufruisce di aiuti da parte di familiari, di persone a pagamento o di altre persone. Tra gli anziani che hanno gravi difficoltà nella cura personale (circa 1 milione 500 mila persone), l'84,4% riferisce di ricevere aiuti dai familiari (conviventi e non). Questa percentuale è composta dal 51,9% che usufruisce solo dell'aiuto di familiari e dal 32,5% che viene supportato da familiari insieme ad altre persone (assistenti agli anziani, altro personale a pagamento, assistenti domiciliari incaricati da enti pubblici o privati). Riceve assistenza a pagamento il 35,8% degli anziani con grave riduzione dell'autonomia nelle attività essenziali di cura della persona. Ma l'accesso agli aiuti a pagamento dipende ovviamente dallo status sociale e dalla disponibilità economica. Ne usufruiscono in misura maggiore gli anziani con redditi elevati (48% appartenenti al quinto di reddito più elevato), mentre la quota si riduce alla metà tra quelli con reddito basso (24,3% appartenenti al primo quinto di reddito).

Molto pronunciate le differenze territoriali. Si avvale di assistenza privata il 42,0% al Nord e il 26,6% nelle regioni del Sud e delle Isole. Le differenze non si attenuano

anche considerando i tassi standardizzati per età (rispettivamente 40,7% e 25,9%). Gli anziani che vivono soli, circa 670 mila (oltre il 40% del collettivo selezionato), compensano l'assenza del sostegno di familiari conviventi con un maggiore ricorso agli aiuti a pagamento (44%) e in particolare alla figura della badante (31%). Tra gli anziani che vivono da soli la quota di quanti hanno l'aiuto dei familiari (ovviamente non conviventi) è inferiore (73%) a quella degli anziani che vivono in un altro tipo di contesto familiare, dove l'aiuto della famiglia supera il 93% e contestualmente si riduce il ricorso a persone a pagamento (rispettivamente 28,6% e 21,3% per l'aiuto di badanti).

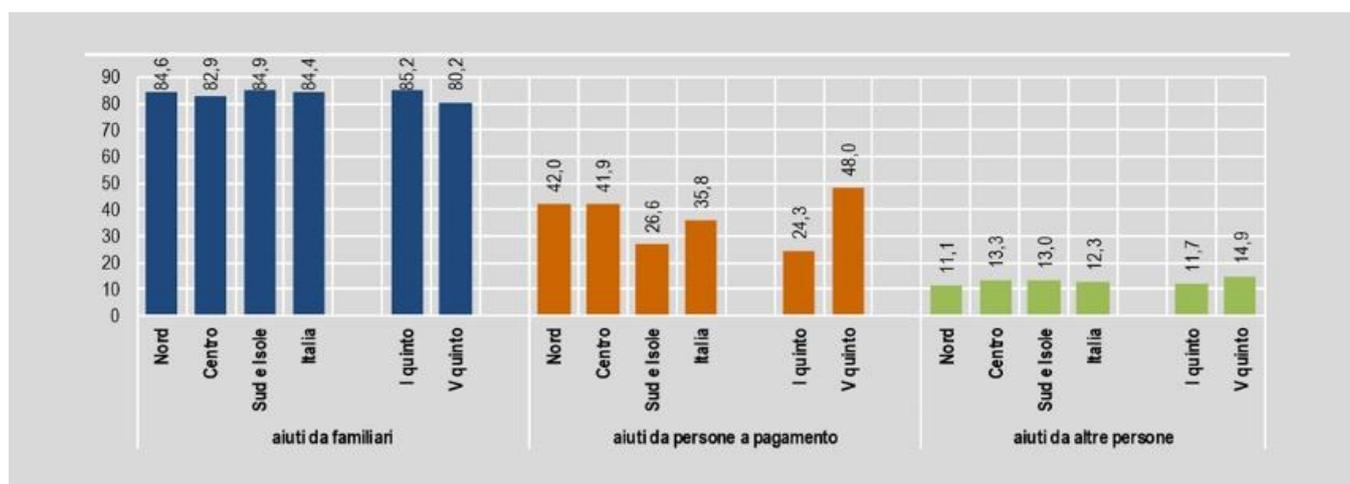


Figura 1.11 – Persone di 65 anni e più con gravi difficoltà nella cura della persona per aiuti ricevuti, ripartizione geografica e quinti di reddito; Anno 2019, tassi per 100 persone. Fonte: Istat

Emerge, quindi, come la sfida della famiglia di fronte alla fragilità legata alla condizione anziana sia oggi più che mai, un'impresa ardua e complessa ed è per questo che risulta fondamentale metterla a tema, socialmente e culturalmente,

attuando servizi assistenziali efficienti e sdoganando il pensiero che gli anziani siano solo un peso per la famiglia.

1.5 SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

L'assistenza sociosanitaria comprende le prestazioni necessarie a soddisfare il bisogno di salute del cittadino, anche nel lungo periodo, a stabilizzare il quadro clinico, a garantire la continuità tra attività di cura e di riabilitazione, a limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita della persona, associando alle prestazioni sanitarie anche azioni di supporto e di protezione sociale.

Tra queste prestazioni troviamo i servizi di assistenza domiciliare (SAD) e i servizi di assistenza domiciliare integrata. La differenza risiede nel costo del servizio, infatti l'ADI viene erogato gratuitamente in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) mentre il SAD richiede una compartecipazione economia in base alla fascia ISEE certificata o sulla base del fabbisogno specifico in regime privato. Le finalità dei due tipi di servizi sono pressoché le stesse, infatti entrambi mirano a:

- garantire la permanenza nel proprio ambiente di vita, mantenendo l'autonomia dei singoli e/o dei nuclei familiari che, per esigenze permanenti o temporanee, hanno necessità di aiuto a domicilio per il soddisfacimento dei bisogni della persona, per il mantenimento della vita di relazione e per l'eventuale cura dell'abitazione

- promuovere il benessere fisico, psichico e relazionale
- evitare il ricorso all'istituzionalizzazione impropria e ridurre al minimo il ricorso all'utilizzo di strutture residenziali
- ridurre gli stati di abbandono ed emarginazione fisica e psicologica
- sostenere le persone sole e in stato di abbandono

1.5.1 Quadro giuridico

Le normative di riferimento sono state, in questo ambito, innumerevoli nell'ordinamento italiano, ma una breve analisi del quadro normativo aiuta senz'altro a comprendere meglio il fenomeno.

Nel 1978 in Italia con la Legge n. 833 viene istituito il Servizio Sanitario Nazionale che, seguendo i principi dell'OMS, garantisce da un lato l'unitarietà della gestione e del governo dei servizi sanitari e dall'altro promuove la strutturazione di una rete di servizi il più vicino possibile al luogo di vita delle persone attraverso la "medicina primaria" diffusa sul territorio e organizzata in modo da essere legata alla comunità locale.

È solo agli inizi degli anni '90 che però sentiamo parlare di servizi di assistenza domiciliare. Nel 1994 viene approvato dal Presidente della Repubblica il progetto "Tutela della salute degli Anziani 1994-1996" che indicava l'attivazione dei servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI) come obiettivo prioritario ed ipotizzava lo sviluppo di servizi di ospedalizzazione domiciliare (OD) a più elevato contenuto

sanitario con l'obiettivo di trattare a domicilio una percentuale di pazienti su tutti i ricoveri ospedalieri.

Negli anni 2000 si ha la svolta con la normativa che ancora oggi è il riferimento a livello nazionale. Parliamo della Legge n. 328 dell'8 novembre 2000, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali". La legge nell'assicurare alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali (art. 1), riconosce al comma 4, l'importanza di regioni, enti locali, organismi non lucrativi, cooperative, associazioni ed enti di promozione sociale nella programmazione, organizzazione e gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Le regioni, quindi, ricoprono un ruolo fondamentale. Nel caso della regione Marche molte sono state le leggi regionali, i decreti della giunta e i piani sociosanitari.

Tra le più importanti e recenti, su cui tutt'oggi si basano gli strumenti per la programmazione sociosanitaria del Piano Socio-Sanitario Regionale, c'è la Legge regionale n. 32 del 1° dicembre 2014. Intitolata "Sistema regionale integrato dei servizi sociali a tutela della persona e della famiglia", ai sensi della legge 328/2000, detta norme per la realizzazione e gestione del sistema regionale integrato dei servizi sociali a tutela della persona e della famiglia, denominato sistema integrato dei servizi sociali.

È chiaro, al comma 3 della Legge, come questi servizi facciano parte di un più ampio sistema integrato che vede la collaborazione tra regione e comuni associati

negli ambiti territoriali sociali. La regione esercita le funzioni di programmazione, indirizzo, coordinamento e controllo nelle materie disciplinate dalla legge mentre i comuni, secondo le disposizioni regionali, attuano gli interventi a livello locale, facendolo in forma associata per quelli che fanno parte di ATS.

Riguardo gli anziani non autosufficienti, la Legge considera tali le persone ultrasessantacinquenni che hanno subito una perdita parziale o totale dell'autonomia personale riguardo ad abilità fisiche, psichiche, sensoriali, cognitive e relazionali, con conseguente incapacità di compiere gli atti essenziali della vita quotidiana senza l'aiuto determinante di altre persone prestato in modo globale e continuativo (comma 1).

A seguito dell'accertamento della condizione di non autosufficienza, gli anziani vengono presi in carico dalla struttura organizzativa competente istituita presso ciascun distretto sanitario in collaborazione con il personale del servizio sociale professionale dell'ATS competente (comma 2).

È la giunta regionale però, a definire i criteri sia per l'accertamento della condizione di non autosufficienza che per l'attivazione delle modalità di presa in carico dell'anziano (comma 3).

Importante citare anche il DPCM del 12 gennaio 2017 che, in materia di livelli essenziali di assistenza (LEA), va ad aggiornare e sostituire integralmente il DPCM del 29 novembre 2001. Nel delineare i nuovi LEA, vengono indicate non solo le categorie di cittadini a cui è garantita l'assistenza sociosanitaria ma vengono

descritti anche gli ambiti di attività e i regimi assistenziali (domicilio, residenza, centro diurno) nei quali sono erogate le prestazioni sanitarie (mediche, infermieristiche, psicologiche, riabilitative, etc.), integrate con le prestazioni sociali.

Le categorie di cittadini a cui è garantita assistenza sono:

- malati cronici non autosufficienti (incluse le demenze)
- malati in fin di vita
- persone con disturbi mentali
- minori con disturbi in ambito psichiatrico e del neuro sviluppo
- persone con dipendenze patologiche
- persone con disabilità

A seconda delle specifiche condizioni della persona, della gravità e della modificabilità delle sue condizioni e della severità dei sintomi, le prestazioni potranno essere erogate in forma intensiva o estensiva, oppure mirare al semplice mantenimento dello stato di salute della persona e delle sue capacità funzionali.

Le cure domiciliari sono infatti differenziate in quattro livelli di intensità assistenziale in relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale:

- 1) cure domiciliari di livello base: costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico,

infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; queste cure sono caratterizzate da un “Coefficiente di intensità assistenziale” (CIA)¹⁵ inferiore a 0,14;

- 2) cure domiciliari integrate di primo livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,14 e 0,30, in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari, sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci e dei dispositivi medici. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta si assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia;
- 3) cure domiciliari integrate di secondo livello: costituite da prestazioni professionali a favore di persone con patologie o condizioni che richiedono continuità di interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50; Le cure domiciliari di secondo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la “presa in carico” della persona e la definizione di un

¹⁵ Il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) si ottiene dal rapporto tra il numero di Giornate Effettive di Assistenza (GEA) e il numero di Giornate di Cura (GdC), ovvero tra il numero di giornate in cui viene eseguito almeno un accesso al domicilio e il numero totale di giornate di presa in carico

«Progetto di assistenza individuale» (PAI) ovvero di un “Progetto riabilitativo individuale” (PRI) che definisce i bisogni riabilitativi della persona.

- 4) cure domiciliari integrate di terzo livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al caregiver. Le cure domiciliari ad elevata intensità sono attivate con le modalità definite dalle regioni.

1.5.2 Domiciliarità: situazione attuale e previsioni future

L’assistenza domiciliare integrata rappresenta un elemento cardine della long-term care, la quale fornisce un’opzione sostenibile e alternativa al ricovero ospedaliero, laddove sussistano condizioni di eleggibilità sufficienti, e carico assistenziale sostenibile che consentano l’erogazione di un trattamento sociosanitario a domicilio.

L’ADI richiede l’orchestrazione e l’integrazione di diverse competenze professionali sanitarie allo scopo di garantire all’assistito l’assistenza di cui necessita presso la propria abitazione, luogo ideale per la cura, o per agevolare la

dimissione ospedaliera, completando e proseguendo in tale maniera trattamenti complessi, altrimenti eseguibili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in struttura residenziale.

Il flusso del Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD), parte integrante del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), è stato istituito in Italia in seguito all'Accordo Quadro tra Stato, Regioni e Province Autonome il 22 febbraio 2011 dopo che il "Patto per la Salute" del 28 settembre 2006 ha sancito l'obbligo delle Regioni di trasmettere a livello centrale i dati del volume di attività svolte. I dati trasmessi alle Regioni prima e al Ministero della Salute poi, riguardano tutte le attività inerenti all'assistenza domiciliare sanitaria e socio-sanitaria a partire dal 1° gennaio 2009. Le informazioni inviate devono interessare la presa in carico e la valutazione multidimensionale dell'assistito, la definizione di un PAI e la responsabilità clinica di operatori afferenti alla ASL. Una volta soddisfatti i suddetti aspetti, andranno trasmesse anche informazioni riguardanti le prestazioni erogate all'interno delle cure palliative domiciliari e le dimissioni protette.

Da questi dati emerge che il numero di italiani che ricevono cure domiciliari continua a crescere, sebbene con un appiattimento del trend registrato negli anni precedenti (Figura 1.12). Nel 2019 gli over 65 riceventi ADI sono stati 378.041 (erano 375.147 nel 2018 e 346.651 nel 2017), di cui 317.946 (316.171 nel 2018 e 293.039 nel 2017) gli over 75.

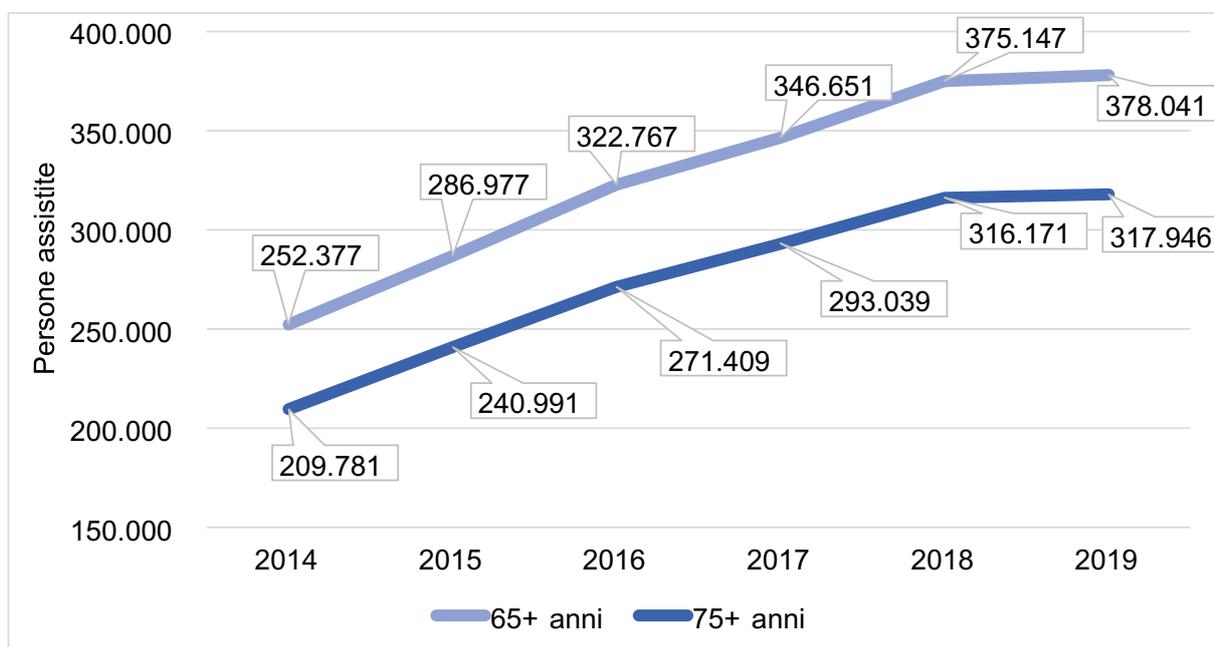


Figura 1.12 – Numero di anziani (65+ e 75+) assistiti in ADI. Serie Storica 2014-2019. Fonte: Ministero della Salute (2020), elaborazione di Italia Longeva

In termini relativi (Figura 1.13), gli assistiti in ADI rappresentano nel 2019 il 2,8% degli over 65 (erano il 2,7% nel 2018 e 2,6% nel 2017) e il 4,6% degli over 75 (erano il 4,5% nel 2018 e 4,2% nel 2017).

Si fa presente che i dati comunicati dal Ministero della Salute vanno in contro ad una rettifica annuale, che interessa talvolta i due o tre anni precedenti, dovuta al ritardo con il quale può avvenire la trasmissione dei dati a livello centrale.

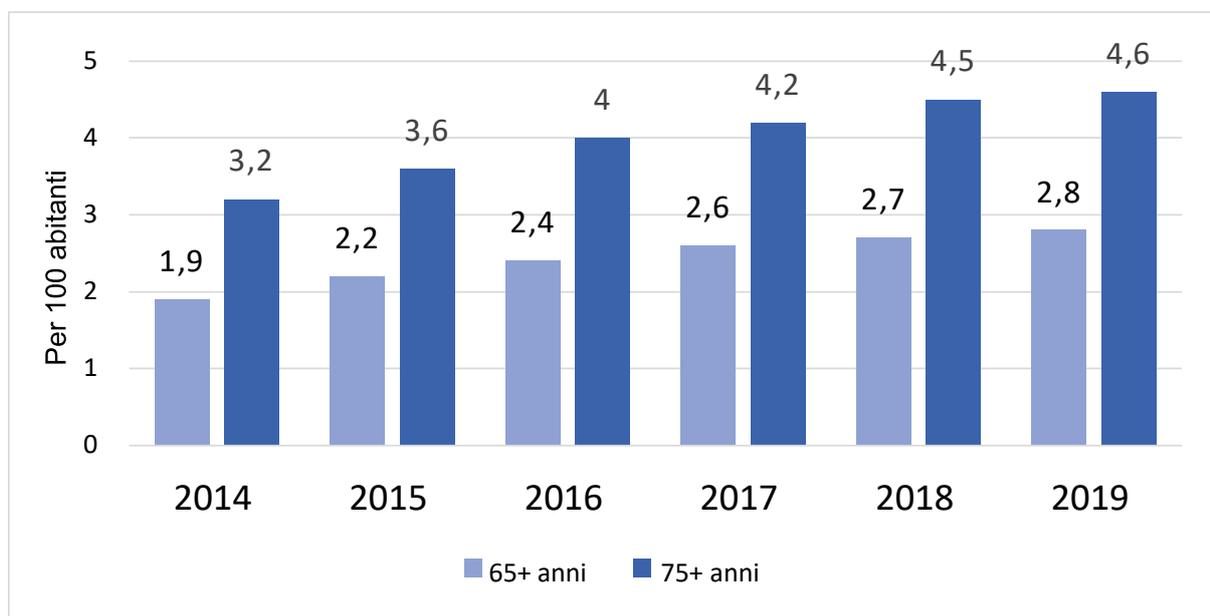


Figura 1.13 – Percentuale di anziani (65+ e 75+) assistiti in ADI. Serie storica 2014-2019. Fonte: Ministero della Salute (2020). Elaborazione di Italia Longeva.

I provvedimenti legislativi adottati in via di urgenza per fronteggiare la pandemia da COVID-19 hanno comportato, in generale in tema di tutela della salute, un complessivo rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale, nelle sue diverse articolazioni territoriali.

Le Regioni sono state chiamate ad attivare specifiche centrali operative regionali, dotate di apposito personale e di apparecchiature per il tele monitoraggio e la telemedicina, con funzioni di raccordo fra i servizi territoriali e il sistema di emergenza-urgenza, allo scopo di garantire il coordinamento delle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, così come implementate nei piani regionali.

In linea con tali misure, è stata potenziata anche l'assistenza domiciliare integrata, con la finalità di intensificare le prestazioni domiciliari, diminuendo il ricorso a forme di assistenza e cura istituzionalizzate (lunghe degenze e ricoveri in RSA).

Le Regioni in materia di organizzazione dei servizi domiciliari dovranno utilizzare le risorse loro assegnate con riparto per:

- Assicurare le accresciute attività di monitoraggio e assistenza connesse all'emergenza epidemiologica
- Garantire il massimo livello di assistenza in favore dei pazienti in isolamento domiciliare o quarantenati, identificati attraverso le attività di monitoraggio
- Rafforzare i servizi di assistenza domiciliare per tutti i soggetti fragili le cui condizioni risultano aggravate dall'emergenza in corso, ovvero per i soggetti cronici, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, bisognosi di cure palliative/terapia del dolore e in generale per le situazioni di fragilità.

A maggio 2020, in occasione del DL Rilancio, il Governo ha annunciato un importante investimento sull'ADI. Dalla lettura dell'articolato del citato decreto e della relativa legge di conversione, è emerso un duplice target degli interventi:

- si è inteso rafforzare l'ADI innanzi tutto quale risposta alle esigenze della pandemia (assistenza a pazienti in isolamento domiciliare o sottoposti a quarantena)
- si è puntato ad uno sviluppo dell'ADI quale risposta ai bisogni per tutte le tipologie di utenza target dei LEA sociosanitari (i soggetti affetti da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia del dolore) e in generale per le situazioni di fragilità tutelate dai LEA stessi

Sono stati 734 i milioni stanziati grazie al Decreto Rilancio che risultano formalmente destinati al complesso di queste attività a titolo di Fondo Sanitario.

Secondo la campagna informativa del Ministero della Salute, i fondi avrebbero consentito una crescita considerevole del numero degli assistiti in questa modalità, permettendo di recuperare il ritardo dell'assistenza domiciliare del nostro Paese rispetto alla media OCSE. Sembrava dunque che questa sarebbe stata l'occasione per dare pieno compimento a quanto auspicato dal DPCM sui LEA a proposito della superiorità del domicilio quale setting di erogazione e in tema di necessità di prevenire le istituzionalizzazioni inappropriate; un'operazione non tanto emergenziale bensì strutturale per il nostro sistema di welfare. Ma è andata davvero così?

Ad oggi, sembra che un insieme di fattori (ambiguità nella finalizzazione delle risorse, mancanza di definizione di obiettivi operativi, prevalenza delle esigenze strettamente connesse all'emergenza) potrebbe aver ridimensionato l'impatto effettivo del DL Rilancio rispetto alle aspettative; la situazione potrebbe non essere così diversa da quella iniziale.

La drammatica centralità tributata dalla pandemia agli anziani non autosufficienti, insieme al riconoscimento della necessità di un maggior investimento nell'aiuto a casa, sembrava aprire lo spazio per una nuova progettualità riformatrice in quest'area. Così invece non è stato.

1.6 DIMENSIONE MERCATO TARGET

La distribuzione territoriale della popolazione anziana per assistenza in Cure Domiciliari, nei distretti della regione Marche, indica un'assistenza domiciliare del 4,9% nel Distretto di San Benedetto (percentuale sulla popolazione con 65 anni o più) e dell'1,76% nel Distretto di Jesi.

La percentuale degli anziani trattati in cure Domiciliari nella regione Marche rileva una percentuale del 2,63% nel 2016 e del 2,91% nel 2017, con un delta di variazione 2016/2017 del +10,64% incremento cure.

Il numero degli utenti in Assistenza Domiciliare (ADI) rileva un incremento importante trasversale a tutti i territori nella regione Marche: complessivamente nel

2015 gli utenti in ADI risultavano 7.277, nel 2016 9.379 (incremento del 28,88%) e nel 2017 12.404 (pari al + 32,28%).

Il tasso utenti in ADI rileva un dato complessivo nella regione Marche di 9,2 utenti ogni 1000 abitanti (anno 2017), nel 2015 il rapporto utenti/abitanti risultava essere di 5,4/1000, un delta in crescita di 2,8 utenti ogni mille abitanti dal 2015 al 2017.

La banca dati Istat ci fornisce importanti indicatori per proseguire nell'analisi.

Tra i molteplici indicatori territoriali per le politiche di sviluppo, ne troviamo due particolarmente adatti al nostro elaborato. Si tratta degli indicatori n. 144, presa in carico degli anziani per il servizio di assistenza domiciliare integrata, e n. 145, incidenza del costo dell'ADI sul totale della spesa sanitaria.

In particolare, il primo degli indicatori mostra come al centro-nord si sia passati dal 2,38% degli anziani trattati in ADI rispetto al totale della popolazione anziana, nel 2001, al 4,68% nel 2012.

Nella banca dati non troviamo purtroppo dati aggiornati di questi indicatori che possono permetterci di avere una visuale più chiara di quale possa essere la dimensione del nostro mercato target.

Un punto di partenza è sicuramente l'indicatore strutturale n. 415 che troviamo nella Figura 1.14 a livello provinciale. Nell'arco di tempo che va dal 2003 al 2017 vediamo che, se per alcune province la situazione è rimasta pressoché la stessa (vedi Pesaro e Urbino passata da 0,7% a 0,5% o Macerata da 1,1% a 1%), per altre è cambiata in peggio.

La provincia di Ancona e quella di Ascoli Piceno, seppur con andamenti diversi negli anni, partendo dall'1% del 2003 si trovano al 2017 con una percentuale di anziani trattati dello 0,3%.

Stesso andamento negativo ha vissuto Fermo che, seppur non facendo registrare trattamenti fino al 2009, è passata dal 1,1% allo 0,5%.

Territorio: PROVINCE	Anni															
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Pesaro e Urbino	0,7	0,7	0,8	0,8	0,7	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,6	0,5	0,5	0,4	0,5	
Ancona	1	0,9	0,9	1	0,9	0,8	0,8	0,7	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,3	
Macerata	1,1	1,1	1,1	1,1	1	1	1	0,9	1	1,1	0,9	0,9	1	0,9	1	
Ascoli Piceno	1	0,9	0,9	1,1	1	1,3	0,9	0,5	0,8	0,5	0,4	0,6	0,4	0,3	0,3	
Fermo	....	....	....	....	....	....	....	1,1	0,7	0,6	0,8	0,7	0,7	0,5	0,5

Figura 1.14 – indicatore strutturale n. 415; Anziani trattati in assistenza domiciliare socioassistenziale sul totale della popolazione anziana (65 anni e oltre) (percentuale). Fonte: Istat

Sempre la banca dati Istat ci fornisce i dati, inseriti nelle tabelle a fine capitolo, riguardanti il numero di utenti che usufruiscono dei vari interventi e il totale della spesa¹⁶ che essi comportano, suddivisi per ogni ATS fino al 2018.

Prendendo in esame il primo servizio, quello dell'assistenza domiciliare socio sanitaria, notiamo che nei tre ATS la maggior parte degli utenti che usufruiscono di questo servizio sono anziani: nell'ATS 10 sono in totale 63 di cui 55 anziani e 8 disabili, 41 nell'ATS 17 (26 anziani e 15 disabili) e 115 anziani e 17 disabili nell'ATS 18 per un totale di 132 utenti.

¹⁶ Il totale spesa, in euro, comprende secondo i dati ISTAT le seguenti voci: spesa dei comuni, compartecipazione degli utenti alla spesa totale e compartecipazione del Servizio sanitario nazionale alla spesa totale

Per quanto riguarda invece l'assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari nelle tre aree non si rilevato utenti che ne usufruiscono, ma il dato per una completezza concettuale è stato inserito ugualmente nelle tabelle, come dato comunque utile per un'analisi approfondita.

Infine, l'ultima riga comprende tutta la gamma degli altri interventi di assistenza domiciliare che non rientrano tra quelli sociosanitari.

Essi se paragonati ai primi sono irrilevanti ma comunque rilevanti: assenti nell'ATS 10, raggiungo i 38 utenti nell'ATS 17 di cui 19 anziani e 19 utenti in stato di povertà e 6 disabili nell'ATS 18.

Per quanto riguarda le spese prima di analizzare è bene precisare che nelle tabelle proposte ricavate dai dati Istat, il totale spesa comprende tre voci: la spesa dei comuni, la compartecipazione degli utenti al pagamento dei servizi e la compartecipazione del Servizio Sanitario Nazionale.

La spesa totale maggiore di registra nell'ATS 17 con 251.630 euro totali, segue Fabriano con 248.885 euro e Camerino con 192.904 euro totali.

Notiamo subito da questi dati come la spesa non sia tanto relativa al numero di utenti quanto ai tipi di interventi specifici che essi richiedono. È possibile notare infatti come la spesa per l'assistenza domiciliare socio-integrata sia molto superiore nell'ATS 10, pari a 248.885 euro, rispetto all'ATS 18 che ha una spesa di 176.976, nonostante gli utenti in quest'ultimo siano maggiori rispetto al primo, 132 contro 63. Con dei semplici calcoli infatti notiamo che la spesa annua media per ogni

utente tra le tre zone è molto differente. Nell'ambito di San Severino Marche si registra la media più alta con oltre 4.500 euro annui per ogni utente, di poco inferiore in quello di Fabriano in cui si attesta leggermente al di sopra dei 3.900 annui e infine chiude l'ambito di Camerino con appena 1.340 euro di spesa annua per l'assistenza domiciliare sociosanitaria.

In definitiva, si può affermare che, tra quelli analizzati, è il primo servizio a richiedere risorse importanti, sia in valore assoluto che in relazione al numero di utenti.

ATS 10 – Fabriano

Tipo dato		utenti					
Territorio		ATS 10 - Fabriano					
Periodo		2017			2018		
Area di utenza		disabili	anziani (65 anni e più)	povertà, disagio adulti e senza dimora	disabili	anziani (65 anni e più)	povertà, disagio adulti e senza dimora
Servizio o intervento							
assistenza domiciliare socio-assistenziale		9	39	0	8	55	0
assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari		0	0	0	0	0	0
altri interventi di assistenza domiciliare		0	0	0	0	0	0

Tipo dato		totale spesa* (euro)							
Territorio		ATS 10 - Fabriano							
Seleziona periodo		2017				2018			
Area di utenza		disabili	anziani (65 anni e più)	povertà, disagio adulti e senza dimora	totale	disabili	anziani (65 anni e più)	povertà, disagio adulti e senza dimora	totale
Servizio o intervento									
assistenza domiciliare socio-assistenziale		63.090	166.484	0	229.574	49.600	199.285	0	248.885
assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari		0	0	0	0	0	0	0	0
altri interventi di assistenza domiciliare		0	0	0	0	0	0	0	0

ATS 17 – San Severino Marche

Tipo dato		utenti					
Territorio		ATS 17 - San Severino Marche					
Periodo		2017			2018		
Area di utenza		disabili	anziani (65 anni e più)	povertà, disagio adulti e senza dimora	disabili	anziani (65 anni e più)	povertà, disagio adulti e senza dimora
Servizio o intervento							
assistenza domiciliare socio-assistenziale		5	52	15	15	26	0
assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari		0	0	0	0	0	0
altri interventi di assistenza domiciliare		5	31	0	0	19	19

Tipo dato		totale spesa* (euro)							
Territorio		ATS 17 - San Severino Marche							
Seleziona periodo		2017				2018			
Area di utenza		disabili	anziani (65 anni e più)	povertà, disagio adulti e senza dimora	totale	disabili	anziani (65 anni e più)	povertà, disagio adulti e senza dimora	totale
Servizio o intervento									
assistenza domiciliare socio-assistenziale		18.289	125.560	21.947	165.796	37.648	148.140	0	185.788
assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari		0	0	0	0	0	0	0	0
altri interventi di assistenza domiciliare		14.381	33.289	0	47.670	0	57.207	8.635	65.842

ATS 18 - Camerino

Tipo dato		utenti					
Territorio		ATS 18 - Camerino					
Periodo		2017			2018		
Area di utenza		disabili	anziani (65 anni e più)	povertà, disagio adulti e senza dimora	disabili	anziani (65 anni e più)	povertà, disagio adulti e senza dimora
Servizio o intervento							
assistenza domiciliare socio-assistenziale		8	101	..	17	115	..
assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari		0	0	0	0	0	0
altri interventi di assistenza domiciliare		0	0	0	6	0	0

Tipo dato		totale spesa* (euro)							
Territorio		ATS 18 - Camerino							
Seleziona periodo		2017				2018			
Area di utenza		disabili	anziani (65 anni e più)	povertà, disagio adulti e senza dimora	totale	disabili	anziani (65 anni e più)	povertà, disagio adulti e senza dimora	totale
Servizio o intervento									
assistenza domiciliare socio-assistenziale		4.870	122.213	397	127.480	36.912	139.667	397	176.976
assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari		0	0	0	0	0	0	0	0
altri interventi di assistenza domiciliare		0	0	0	0	15.928	0	0	15.928

CAPITOLO 2. CASI STUDIO

Abbiamo parlato nel precedente capitolo in modo piuttosto approfondito di quali siano i bisogni che insorgono in condizione di fragilità e dell'importanza che gli stessi ricevano un trattamento appropriato per un'elevazione sociale e sanitaria del problema.

In questo capitolo verranno presi in analisi dei casi studio che torneranno utili in sede di definizione del modus operandi delle cooperative facenti parte del progetto "Per il sociale". Casi che ci mostreranno le applicazioni migliori messe in atto da alcune organizzazioni, come esse abbiano sviluppato nel tempo soluzioni innovative per affrontare gli stessi problemi o simili ed infine come alcune tra esse, anche operanti in campi diversi da quello sociosanitario, riescano a finanziare i propri progetti.

2.1 BEST PRACTICES

2.1.1 Progetto CoNSENSo

Il primo di cui parliamo è stato un progetto sperimentato per 36 mesi, dal dicembre 2016 al dicembre 2018, in cinque regioni dell'area alpina: Piemonte, Liguria, Provenza-Alpi-Costa Azzurra, Carinzia e Slovenia.

Il progetto parte dall'assunto che invecchiando si diventa più vulnerabili rischiando di ammalarsi più facilmente. Le condizioni di vita degli anziani sono poi

ulteriormente complicate nelle aree montane e rurali a causa dell'isolamento e delle maggiori difficoltà nelle vie di comunicazione.

In questo contesto continuare a vivere a casa propria può diventare difficile in assenza di un adeguato supporto; perciò, CoNSENSo propone di costruire un servizio interamente dedicato al sostegno della popolazione anziana, basato sull'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFC), figura chiave in grado di aiutare e sostenere le persone anziane e le loro famiglie.

L'IFC si promuove come collegamento tra l'anziano e i servizi disponibili sul territorio, facilitandone l'accesso. Essi offrono supporto nelle comuni attività di vita quotidiana, promuovono l'inclusione sociale, prevenendo o tentano di prevenire gli incidenti domestici offrendo suggerimenti per la sicurezza in casa e attivano, sia direttamente sia in collaborazione con il medico generico, eventuali terapie e manovre di monitoraggio di complicanze e ricadute in patologie pregresse.

Per quando riguarda le modalità di erogazione del servizio, all'inizio della relazione con l'anziano l'IFC effettua, in collaborazione con almeno il medico di medicina generale (MMG) e uno o più familiari, una valutazione dei bisogni, mediante una check list standardizzata. Nelle attività programmate, l'IFC non si sostituisce mai ai MMG, servizi specialistici, servizi di cure domiciliari, familiari, badanti, servizi socioassistenziali, ecc. ma, in stretto rapporto con quelli, ne concorda di volta in volta gli obiettivi di breve, medio e lungo periodo.

Guidato dalla regione Piemonte, il progetto CoNSENSo ha riunito dieci partner¹⁷ provenienti da Austria, Francia, Italia e Slovenia, nonché sette osservatori in rappresentanza della sfera governativa, sociosanitaria e professionale dello Spazio Alpino.

Il budget totale del progetto è stato di 2.052.400 euro di cui l'85% (1.744.540 euro) proveniente dal Fondo Europeo di Sviluppo Regionale nell'ambito del programma transnazionale di "Cooperazione Territoriale Europea" (INTERREG Spazio Alpino) durato dal 2014 al 2020.

Il progetto europeo si è concluso finanziariamente a dicembre 2018, ma grazie agli splendidi risultati raggiunti continua con risorse locali in Piemonte e Liguria.

Infatti, la presenza dell'IFC è stata accolta con grande favore da anziani e famiglie, arrivando 31 di essi a prendere in carico 4.878 anziani (in media 157 anziani per IFC) per un totale di 10.526 visite domiciliari nei soli mesi di sperimentazione.

Un'analisi ha mostrato come in Piemonte siano emersi bisogni di salute nuovi con un correlato aumento al ricorso a cure mediche da parte degli anziani presi in carico

¹⁷ Regione Piemonte – Direzione Sanità – Italia (Capofila di progetto)
Azienda Sanitaria Locale Torino 1 - Italia (coordinatore scientifico)
Regione Liguria - Italia
ACCMED - Accademia Nazionale di Medicina - Italia
Var Departmental Council - Francia
ADEC - Association for the Development of Enterprises and Competencies - Francia
Università di Primorska - Slovenia
IRSSV - Social Protection Institute of the Republic of Slovenia - Slovenia
Office of the Carinthian Government – Austria
ECECE - European Center of Entrepreneurship Competence & Excellence - Austria

e in Carinzia è stato stimato un risparmio di circa 680.000 euro per mancato trasferimento di 80 anziani in case di riposo, grazie proprio alla presenza dell'IFC.

2.1.2 Progetto MisMI

Il progetto MisMI, si applica ad un contesto simile a quello precedente, quello montano. L'obiettivo infatti è di sviluppare servizi sociali e sanitari integrati di prossimità che contribuiscano a contrastare lo spopolamento di queste zone, favorendo la prevenzione e il monitoraggio dello stato di salute delle persone, con particolare riguardo verso i malati cronici.

Il progetto, durato dal 2014 al 2020, ha unito Italia e Francia in una cooperazione territoriale considerata strumento principale per sperimentare un modello integrato di servizi sia sanitari che sociali perché vicini ai bisogni della persona e del suo contesto, il tutto basato su due pilastri: potenziamento e coinvolgimento delle persone e delle comunità del territorio e l'utilizzo delle nuove tecnologie come leve per l'innovazione.

In MisMI, infatti, le tecnologie sono considerate efficaci e sostenibili nella misura in cui, parallelamente, coinvolgono correttamente care-givers e reti sociali portando ad un miglioramento della qualità e dell'accesso ai servizi e alla riduzione dell'isolamento.

Per quanto riguarda la mappatura, un ruolo fondamentale è ricoperto dalla figura dell'animatore di comunità. Esso ha il compito di rilevare i bisogni e conoscere

eventuali situazioni che possano richiedere un ulteriore intervento. La figura, riconoscibile anche grazie ad una spilla con il logo del progetto e al relativo tesserino di riconoscimento, a detta di alcuni abitanti, già per il semplice fatto di lasciare il volantino con indicati i contatti ha portato loro maggior tranquillità lenendo il loro senso di isolamento.

Ad essi si affianca ovviamente l'intervento di infermieri, in modo tale da favorire il mantenimento del benessere. Interviene nelle case dei pazienti per affrontare la malattia, la disabilità cronica e tutto ciò che concerne la salute, in particolare con informazioni sui fattori di rischio legati agli stili di vita e ai comportamenti e una individuazione precoce dei problemi sanitari. Conosce la mappa dei servizi sociali, facilita le dimissioni precoci dagli ospedali e agisce da tramite tra la famiglia e il medico di base e le altre figure sanitarie.

Oltre al classico compito essi si affiancano anche nella ricerca proattiva di utenti. Sono stati selezionati infatti due metodi di arruolamento: il medico seleziona pazienti da arruolare, presenta e spiega loro il progetto e successivamente l'infermiere/a stabilisce l'agenda di incontri, oppure è quest'ultimo che scarica una lista di pazienti da un programma in uso dal medico di medicina generale e contatta direttamente i pazienti, spiegando loro il progetto e ottenendo la loro disponibilità a partecipare; il contatto si dovrebbe concludere con la definizione di un incontro. È definita "medicina d'iniziativa", il bisogno di salute viene intercettato e gli operatori sanitari definiscono come intervenire tenendo conto delle specificità della

persona sia del contesto in cui vive, favorendo così il ruolo attivo dell'individuo per il proprio benessere (empowerment individuale) e delle reti di solidarietà (empowerment di comunità).

Parlando di numeri, il progetto ha coinvolto otto partner in una zona, quella tra Valle d'Aosta e Tarentaise, con un totale di circa 182.000 abitanti. Per quanto riguarda il budget, l'Italia ha contribuito con 1.457.690 euro di cui 1.239.036 provenienti dal FESR (Fondo Europeo di Sviluppo Regionale) e 218.654 euro di contropartite mentre la Francia con 375.322 euro (319.022 budget FEST e 56.300 contropartite), per un budget di 1.833.012 euro complessivi.

2.1.3 La Bottega del possibile

Rilevanti sono i due progetti presentati da La Bottega del Possibile in un'ottica innovativa di sostegno alla domiciliarità a favore di anziani fragili e dei loro caregivers, caratterizzati da una forte integrazione tra pubblico privato e reti informali. L'associazione dal 1994 opera nel campo delle politiche sociali e della salute, ha come scopo la promozione sociale della cultura della domiciliarità, “da non confondersi – dice la presidente onoraria Mariena Scassellati – con l'assistenza domiciliare, che è uno degli strumenti per garantirne il rispetto”.

A tale scopo l'associazione promuove ed elabora specifici progetti:

- di supporto agli Enti Pubblici e al Privato Sociale per la progettazione e innovazione dei servizi e interventi domiciliari

- di formazione continua, per rafforzare le competenze tecniche, professionali, organizzative e relazionali
- di informazione e formazione per le famiglie al cui interno sono presenti persone disabili o anziani non autosufficienti
- di informazione e sensibilizzazione per rendere la comunità più responsabile, partecipe e solidale

Fra le numerose esperienze di sostegno alla domiciliarità ne vengono di seguito presentate due particolarmente interessanti.

Parliamo dei progetti “La cura è di casa” e “Veniamo a trovarvi”.

Il primo rientra tra i progetti del Bando “Welfare in Azione” di Fondazione Cariplo che si propone di mettere in movimento i territori in una visione di welfare che attivi la comunità a riconoscere le proprie necessità.

Avviato nel 2016, il progetto si rivolge agli anziani ultrasessantacinquenni ancora autonomi ma in condizione di fragilità, residenti nella Provincia di Verbano Cusio Ossola e altri sette comuni del novarese. L’indice di vecchiaia in questo territorio supera la media nazionale e le trasformazioni economiche, sociali e demografiche degli ultimi anni hanno portato ad un indebolimento dei legami sociali. Gli anziani ne hanno particolarmente risentito, con un’ aumentata percezione di isolamento e un peggioramento della qualità di vita, soprattutto per i residenti in zone periferiche o montane. Le risorse sottodimensionate dei servizi sociosanitari permettono di

gestire solo parzialmente tali problematiche, spesso fronteggiando solo le situazioni di emergenza e con interventi non sempre coordinati.

Per perseguire tale obiettivo il territorio è stato suddiviso in aree. Quello di Verbano Cusio Ossola (VCO), ad esempio, è stato suddiviso in otto aree coordinate ognuna da un Network Manager, figura professionale appartenente a partner pubblici o privati che gestisce le richieste di assistenza e l'erogazione di servizi, coordinando le risorse umane e di budget.

Gli interventi rivolti agli anziani invece, sono erogati da operatori professionali e dai volontari della rete, a seconda della valutazione effettuata a domicilio dai Care Planner. Quest'ultima figura, di estrazione socioassistenziale, rileva i bisogni dell'anziano e della sua rete familiare e, insieme al Network Manager, definisce un piano assistenziale volto a rispondere alle esigenze emerse.

Gli interventi attivati direttamente a casa degli anziani sono di diverso tipo, tra cui aiuto nelle attività quotidiane e domestiche, socializzazione e compagnia, cura della persona, servizi infermieristici, servizi fisioterapici, supporto psicologico. Nell'ambito del progetto, oltre a questi interventi domiciliari, si realizzano iniziative dedicate a tutti gli ultrasessantacinquenni tra cui ginnastica dolce, corsi di computer, passeggiate nella natura, attività culturali e di promozione della salute allo scopo di creare occasioni di incontro e rafforzare le relazioni tra le persone in un'ottica di prevenzione.

Un elemento di innovatività è la possibilità, offerta alla comunità, di richiedere la partecipazione alle attività progettuali. Ogni cittadino può sostenere il progetto in vari modi: diventando volontario a sostegno degli anziani, partecipando agli eventi progettuali, promuovendo le iniziative a favore del progetto, donando un contributo in denaro al Fondo VCO Social voluto da tutti i partner e costituito presso la Fondazione Comunitaria del VCO. Il Fondo è un altro elemento fortemente innovativo perché aiuta i partner a sviluppare azioni condivise di raccolta fondi, da utilizzare per l'erogazione dei servizi in favore degli anziani.

Nel 2019 gli anziani in carico al progetto sono stati circa 700, per la maggior parte donne, con un'età media di oltre 81 anni e quasi tutte sconosciute ai servizi tradizionali. Sono persone spesso sole, prive di una rete familiare o sociale capace di rispondere alle loro esigenze; esprimono bisogni di monitoraggio e sorveglianza per l'assunzione di terapie, interventi di fisioterapia/attività fisica adattata per prevenire cadute o per mantenere le capacità motorie residue, aiuto per il bagno settimanale.

Il progetto è sostenuto e realizzato da 23 partner tra cui Enti pubblici (Servizi Sociali e Azienda Sanitaria), residenze per anziani pubbliche e private, fondazioni del territorio, associazioni impegnate sul tema dell'anzianità e un Centro Universitario di ricerca sociale.

Il secondo progetto invece, “Veniamo a trovarvi”, è nato sulla base di una proficua collaborazione tra l’associazione La Bottega del Possibile e la struttura residenziale Casa Don Dalmaso di Bernezzo (Cuneo), con il finanziamento della Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo.

Avviato in fase sperimentale tra il 2008 e il 2009 e tuttora attivo, il progetto pone come obiettivo principale il mantenimento della persona anziana presso la propria casa il più a lungo possibile attraverso un approccio preventivo con interventi personalizzati a domicilio.

Dopo la presentazione del progetto alla comunità è stato avviato un percorso formativo, a cura dell’associazione La Bottega del Possibile, mirante all’acquisizione di competenze sull’assistenza domiciliare, sul lavoro di rete e di comunità e sul concetto culturale di domiciliarità.

Successivamente, tra il personale della Casa Don Dalmaso di Bernezzo è stata individuata una risorsa adatta a svolgere il ruolo di “operatrice itinerante” nella figura di una OSS a cui è stato affidato il compito di effettuare una visita domiciliare a tutte le persone ultrasessantenni residenti nel territorio comunale per conoscerle, ascoltare le loro storie, offrire informazioni sul sistema dei servizi sociali e sanitari (e non solo) e rendendosi disponibile per eventuali altre visite. Nel corso delle visite domiciliari, in caso di esigenze specifiche, l’operatrice ha illustrato alle persone anziane e alle loro famiglie le possibili strade per fronteggiare i diversi problemi. La struttura Casa Don Dalmaso, integrandosi con le altre risorse del territorio, ha

poi dato risposta ai bisogni emersi durante la visita domiciliare con servizi quali l'accompagnamento alle visite mediche, i pasti a domicilio o in struttura, l'animazione in struttura, la consegna dei farmaci, il bagno assistito. Per ogni persona beneficiaria del progetto viene redatto un Piano Assistenziale Individualizzato atto a valutare i bisogni e le risorse dell'anziano e individuare gli interventi e le figure professionali da attivare. Il Piano Assistenziale viene condiviso con i parenti, l'anziano e con i servizi sociali, se richiesti.

Il progetto ha coinvolto 300 persone e ha visto interagire come partner il Comune di Bernezzo, il Consorzio Socio-Assistenziale delle Valli Grana e Maira e la Cooperativa Armonia, che gestisce il personale di Casa Don Dalmasso. Il Comune, nello specifico, ha collaborato al positivo avvio dell'iniziativa attraverso l'invio di una lettera di presentazione da parte del Sindaco che ha consentito all'OSS itinerante di essere accolta dalla popolazione.

Elemento innovativo e uno dei punti di forza del progetto è la nuova figura introdotta dalla struttura residenziale, l'OSS itinerante che, in un'ottica di prevenzione, si reca al domicilio per ascoltare e supportare l'anziano ma anche per sostenere il caregiver nel suo difficile compito di cura.

Aspetto negativo è stata la sostenibilità economica. Inizialmente, grazie al contributo della Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo, i servizi resi al domicilio o presso la struttura venivano erogati a titolo gratuito. Al diminuire del finanziamento è stato deciso di richiedere ai beneficiari un contributo del 50% dei

costi del servizio e, con la definitiva interruzione del finanziamento, il pagamento totale. I servizi resi al domicilio sono comunque aumentati e la visita domiciliare era e continua ad essere gratuita.

Ciò nonostante, il caso evidenzia che mantenere un'attività di prevenzione e promozione della salute con l'impiego di un operatore professionale, assicurando una visita domiciliare a tutti gli ultrasessantenni, ha un costo che può compromettere l'equilibrio finanziario dell'organizzazione.

2.2 SOLUZIONI INNOVATIVE

L'offerta di servizi a domicilio, i cui principali poli sono il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) di competenza comunale e l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) di competenza delle regioni, raggiunge invece una percentuale marginale di anziani rispetto al potenziale bisogno.

In diversi casi l'assenza di un soggetto e di luoghi che aiutano, facilitano, orientano, rischia di far crescere il divario tra i più e i meno dotati di risorse e possibilità, tra chi è solo e chi non lo è.

È questo l'assunto, confermato da diverse ricerche statistiche, su cui si basa il presente sotto capitolo, che vuole proporre dei modelli di soluzioni innovative adottate nel nostro territorio da diverse organizzazioni.

Dello stesso tema tratta WELCO, il progetto di welfare collaborativo che si è concentrato su 70 progetti attivi nei territori lombardi per analizzare esperienze,

punti di forza e criticità delle diverse forme di collaborazione. Esse sono azioni che fanno dell'aiuto tra pari, dello scambio e della reciprocità il loro perno, ma nel dettaglio esistono diverse forme di collaborazione:

- aiuto tra famiglie, sia spontaneo che intermediato da facilitatori e organizzazioni
- hub territoriali, luoghi di aggregazione con funzioni polivalenti, marcati territorialmente, che possono diventare incubatori di aiuto e collaborazione tra persone e gruppo
- esperienze di coabitazione, tra generazioni diverse e tra le stesse
- badante condivisa e la badante di condominio
- mobilità e trasporti, condivisi e assistiti

Il Campo del welfare collaborativo

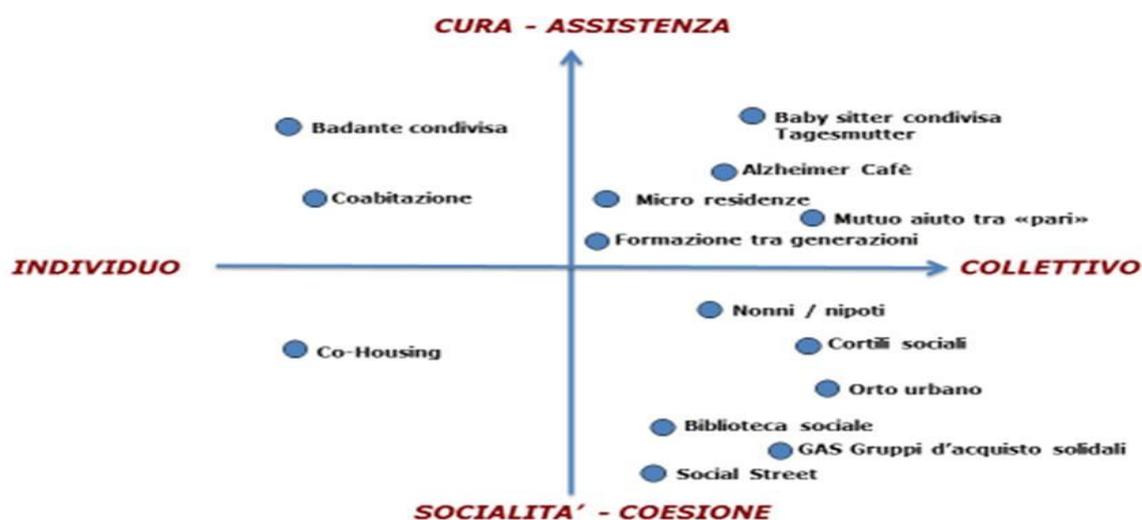


Figura 2.1 – “il Campo del welfare collaborativo” mostra alcuni dei progetti analizzati nella ricerca “Welco” disposti nel grafico in base a due variabili: il livello di inclusione che va dal singolo individuo al collettivo e il campo d’azione, dalla socialità alla cura

2.2.1 SentiQua - Sentinelle di Quartiere

Il progetto, presentato nel settembre 2020, ha interessato due quartieri della provincia di Perugia, Filosofi e Pallotta. Ad occuparsi della realizzazione è stata la Cooperativa Nuova Dimensione con il partenariato di diverse associazioni e parrocchie sostenuti dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Perugia con un contributo di circa 20.000 euro. Il progetto, durato un anno dal settembre 2020 al settembre 2021, aveva l'obiettivo di creare una rete di prossimità per la popolazione anziana residente nei quartieri, dando risposte ai bisogni attraverso il potenziamento delle risorse sociali in un'ottica di comunità attiva che si prende cura di sé, offrendo un servizio in prima istanza alla popolazione anziana, ma in forma inclusiva anche alle famiglie del territorio.

Protagonisti del progetto sono le sentinelle del quartiere, figure al servizio della comunità con diverse qualifiche:

- Operatore Socio-Assistenziale qualificato
- Esperto e competente nell'assistenza domiciliare
- Operatore Sentinella in grado di rilevare bisogni ed attivare risposte
- Operatore di rete

Il progetto inoltre è stato diviso in tre fasi: la prima denominata welfare dell'aggancio consisteva nella messa in atto di una campagna di promozione del servizio e aggancio di volontari sentinelle nel quartiere con il supporto delle

associazioni presenti. La seconda programmava un percorso formativo per operatori e volontari di 16 ore complessive con geriatra, psicologo e counselor, mentre la terza ed ultima fase era quella della messa in atto delle azioni di prossimità nella comunità.

2.2.2 Invecchiando s’impara (a vivere)

Gli Ambiti territoriali di Seriate e Grumello del Monte, in provincia di Bergamo, hanno ideato e promosso dal 2017 il progetto “Invecchiando s’impara (a vivere)” assieme ad un numeroso partenariato pubblico-privato¹⁸ e su contributo di Fondazione Cariplo con il bando Welfare in Azione. La finalità è di favorire l’invecchiamento attivo degli anziani del territorio lavorando sia sul piano dell’offerta dei servizi, sia sul piano culturale, quindi sulla percezione della vecchiaia. Da una parte, quindi, si lavora per ricomporre la frammentazione dell’offerta e per trovare risposte innovative ai bisogni emergenti; dall’altra si promuove una responsabilità collettiva che porti la comunità a adottare un nuovo sguardo nei confronti della condizione di anziano e del processo di invecchiamento. Lo stesso concetto di domiciliarità comprende non solo il complesso di specifici

¹⁸ Il partenariato è composto da: l’Ambito territoriali di Seriate, capofila, e l’Ambito di Grumello del Monte che raggruppano 19 comuni dell’area est della provincia di Bergamo; tre cooperative sociali (Universiis, Namastè, PAESE); la fondazione filantropica della Comunità Bergamasca e la Fondazione Madonna del Boldesico che gestisce servizi e strutture per anziani; l’ASST Bergamo Est.

servizi e prestazioni sociosanitarie, ma anche il senso di appartenenza e la partecipazione alla comunità locale.

Il target a cui si rivolge il progetto “Invecchiando s’impara (a vivere)” comprende in maniera molto vasta la popolazione anziana: da adulti dai 55 anni che possono essere potenzialmente interessati alla pianificazione dei servizi per anziani per il loro futuro, a quelli che iniziano ad avere difficoltà nella gestione della quotidianità per il manifestarsi di difficoltà cognitive o fisiche, fino a quelli con limitazioni funzionali che ne compromettono l’autonomia.

Le principali azioni rivolte a questi soggetti consistono in:

- Percorsi di consapevolezza e educazione per invecchiare “bene”. Un esempio è la mostra fotografica “Vecchio a chi?”, strumento di comunicazione e diffusione del progetto. Oltre a rappresentare un evento culturale in sé, costituisce l’occasione per organizzare attività collaterali che coinvolgono la comunità portando la riflessione su temi come l’invecchiamento attivo, stili di vita, ecc.
- Creazione di nuovi servizi come l’housing sociale o il caffè Alzheimer. Il primo tratta di una soluzione abitativa per le persone anziane che prevede la possibilità di vivere in un ambiente gestito e protetto ponendo l’attenzione non solo alla dimensione del bisogno ma anche alla sfera relazionale, sociale ed affettiva, restituendo alla persona, seppur in condizione di fragilità, una progettualità di vita e la possibilità di scegliere ancora per sé stessa.

L'Alzheimer caffè invece rappresenta un luogo d'incontro per persone con demenza e per i loro familiari e caregiver. Offre la possibilità di socializzare e trascorrere del tempo piacevolmente, alla presenza di professionisti in ambito educativo, sanitario e psicologico.

- Azioni di sensibilizzazione e attivazione della comunità locale per farsi carico del bisogno e diventare di supporto agli anziani. Il progetto si è mosso per ricercare volontari che offrissero il loro tempo per completare e integrare l'offerta dei servizi e per promuovere forme di buon vicinato e relazioni di prossimità. A tal fine si è voluto investire sulla formazione degli operatori perché acquisissero o rinforzassero le loro competenze di reclutamento e coinvolgimento dei volontari. Oltre a voler attivare e sensibilizzare anziani in buona salute ad occuparsi di anziani fragili, si è lavorato con soggetti informali, soprattutto esercenti e negozianti, perché diventassero "sentinelle di prossimità".

2.2.3 VIP - Very Informal People

Nella provincia di Trento dal 2018, l'innovazione che passa attraverso l'attivazione della comunità è intercettabile nel progetto "Very Informal People" (VIP) finanziato dal bando "Welfare a Km0" della Fondazione Caritro con un partenariato formato dalla cooperativa sociale FAI, che ha ruolo di capofila, il Comune di Trento e la Comunità della Valle dei Laghi, come soggetti istituzionali pubblici,

l'associazione ATAS, la cooperativa sociale Città Futura e Studio Associato Tangram, società profit che si occupa anche di sviluppo di comunità. I territori di competenza sono la Valle dei Laghi e il comune di Trento, in particolare le zone dell'Oltrefersina: Clarina, Villazzano Tre e Madonna Bianca.

Il progetto parte dall'assunto che in tutte quelle situazioni delicate che le persone possono trovarsi a vivere e che, se sommate assieme, possono diventare momenti decisamente critici (una separazione, la perdita del lavoro, la nascita di un figlio, una malattia), le reti amicali e parentali possono fare la differenza. In questo contesto ci sono figure nelle comunità che per la loro professione svolta, possono entrare più facilmente a contatto con gli altri, che ascoltano e danno conforto e consiglio alle persone. Baristi, parrucchieri, estetisti, panettieri, farmacisti (quali esempi principali) sono i VIP: piccoli imprenditori che spesso si trovano ad ascoltare, accogliere confidenze a volte molto delicate come difficoltà nella vita di coppia, un profondo senso di solitudine e depressione, difficoltà con il lavoro, pensieri suicidari. Il progetto è rivolto a sostegno della loro professionalità e dello sviluppo in essi di competenze e conoscenze volte a gestire in modo finalizzato la relazione con l'anziano: dal possesso di informazioni sui servizi allo sviluppo di capacità di gestire i carichi emotivi e lo stress della relazione con la persona.

Il progetto, dopo una prima fase di osservazione fisica ed etnografica dei due territori, ha mappato e selezionato gli esercenti che, per la loro posizione e le loro funzioni, sono a contatto frequente con i cittadini. Le operatrici hanno innanzitutto

presentato loro il progetto, compito non facile che ha richiesto di pensare attentamente alle parole giuste da utilizzare per trasmettere una logica di azione desueta e innovativa allo stesso tempo. La fase di aggancio, sebbene delicata, è stata in parte facilitata dalla collaborazione e il supporto dell'ente pubblico che ha avuto un ruolo di garanzia del progetto e ha permesso di abbassare l'iniziale diffidenza. Si è cercato di capire con un primo colloquio esplorativo se il progetto potesse essere di loro interesse e con una successiva intervista raccogliere elementi sulla loro professione, sulle situazioni di fragilità che intercettano, quindi, su come le vivono e di quali strumenti avrebbero bisogno per gestirle al meglio. In base a queste informazioni e alle sollecitazioni, le operatrici di comunità hanno lavorato sulla creazione di strumenti che potessero essere di supporto alla professionalità dei VIP qualora si trovassero ad incontrare o ascoltare persone in situazioni di vulnerabilità.

Rispetto al tema degli anziani soli, è stato elaborato un volantino molto semplice e di facile lettura, contenente solo quattro informazioni sulle realtà e i progetti attivabili nel territorio, tra cui ad esempio Pronto PIA, un lavoro frutto del confronto con il Comune di Trento e la Comunità della Valle dei Laghi nato su richiesta di alcuni tassisti della città che spesso trasportano anziani e che intercettano situazioni di solitudine e isolamento.

Il progetto negli anni è riuscito nel suo intento, quello di costruire una rete di protezione-azione tra gli stessi VIP e dar vita ad un sistema informativo nuovo e

capillare che possa diventare il punto di collegamento tra bisogno, territorio e servizi di welfare.

2.2.4 Abitare solidale

Il progetto Abitare Solidale, promosso dal Comune di Firenze e dall' Auser Territoriale Firenze, in collaborazione con l'associazione Artemisia, nasce per trasformare il "problema abitativo" in nuove opportunità per una comunità più coesa, mediante l'attivazione di coabitazioni gratuite fondate sui principi del mutuo aiuto e della reciproca solidarietà.

Ha sviluppato un modello di abitare condiviso che risponde al disagio abitativo facendo leva sulla condivisione, sulla reciprocità e la responsabilizzazione delle persone coinvolte che non sono destinatarie del servizio ma loro parte attiva. Le prime sperimentazioni di coabitazione risalgono al 2005, quando l'abitare condiviso in Italia era ancora alla preistoria, ma il progetto prende avvio ufficialmente nel 2008 a Firenze proprio in corrispondenza della crisi economica e quindi delle conseguenti problematiche sociali, tra cui l'emergenza abitativa. Si diffonde inizialmente a livello regionale, da qualche anno è presente anche in altre regioni italiane grazie anche all'interessamento di organizzazioni di volontariato e soggetti pubblici che intendono esportare e implementare il modello.

L'obiettivo è far incontrare due bisogni che riguardano il tema dell'abitare in modo esattamente speculare: da una parte ci sono persone che vivono in case grandi e

avrebbero bisogno o piacere di condividere il proprio spazio abitativo per avere compagnia o qualcuno su cui contare in caso di necessità; dall'altra, persone che si trovano in una situazione di vulnerabilità abitativa a causa di una serie di contingenze che possono comprendere la perdita del lavoro, la separazione oppure l'uscita da un percorso di dipendenza, di carcerazione o di violenza domestica. La complementarità di questi bisogni permette di far diventare uno la risposta dell'altro all'interno di una coabitazione grazie al lavoro di mediazione e accompagnamento di figure professionali preparate.

Il progetto infatti è rivolto a tutti i proprietari e affittuari:

- ad anziani soli, proprietari o affittuari di alloggi non facilmente gestibili con l'avanzare degli anni, troppo grandi per le loro esigenze di vita
- a famiglie che non riescono a conciliare la cura dei figli e la gestione degli affetti con i tempi del lavoro

E ad ospiti come:

- soggetti in temporaneo rischio di povertà o marginalità (singoli, genitori con figli, famiglie)
- donne vittime di episodi di violenza domestica che spesso non denunciano tali molestie, perché frenate dall'incertezza del futuro abitativo

Come visto, sebbene i progetti di coabitazione non si rivolgano in modo specifico agli anziani, sono quest'ultimi la categoria che nella maggior parte dei casi apre le

porte di casa a persone in cerca di alloggio e che trovano in questa soluzione supporto nella gestione della quotidianità. La quantità di case di grandi dimensioni abitate da anziani soli è consistente e lo confermano i dati del secondo Rapporto sulle condizioni abitative degli anziani in Italia di *Abitare e Anziani (2015)*¹⁹. In particolare, emerge che l'80,3% degli anziani abita in case di proprietà e che la percentuale degli anziani che vivono soli in case di proprietà si attesta al 34,9% del totale delle abitazioni di proprietà con almeno un anziano. La coabitazione ricopre quindi un ruolo interessante all'interno delle risposte a favore dell'invecchiamento attivo e della domiciliarità. Per l'anziano rappresenta l'occasione di uscire da una situazione di solitudine e rischio isolamento, di ricevere aiuto nella gestione della casa e delle attività quotidiane e di poter quindi rimanere a casa propria in sicurezza e mantenere attive le proprie abilità cognitive e motorie.

Ovviamente gli anziani che entrano a far parte del progetto devono essere autosufficienti o parzialmente autosufficienti. Nei casi in cui non lo siano essi hanno la necessità di un supporto di tipo professionale che deve essere garantito da personale ad hoc. Per bisogni leggeri legati alla gestione di attività quotidiane che vanno oltre la semplice condivisione delle pulizie degli spazi comuni della casa e che non richiedono competenze specifiche, gli operatori del progetto possono porsi come facilitatori della stipula di un contratto regolare di alcune ore tra ospite e

¹⁹ www.abitareanziani.it/wp-content/uploads/2016/07/2%C2%AF-RapportoAeA.pdf

ospitato. Sono esclusi gli anziani con degenerazioni cognitive, disturbi del comportamento o che comunque necessitano di assistenza e sostegno costante per i quali sarebbe idoneo l'assunzione di un'assistente familiare.

Negli anni Abitare Solidale ha consolidato un modello operativo che descrive passo per passo tutti i passaggi e le attenzioni necessarie per avviare ed accompagnare una coabitazione. Innanzitutto, si prevede la costituzione di un gruppo di coordinamento misto, formato dal responsabile del progetto, da rappresentanti degli enti pubblici e soggetti privati, con compiti di monitoraggio, verifica e di organizzare momenti di formazione per il servizio sociale professionale e altri partner del terzo settore. Spetta all'équipe stabile del progetto, di cui fanno parte gli operatori di Abitare Solidale e uno o più referenti del Servizio sociale, la gestione delle diverse fasi che, in estrema sintesi, sono: ricezione delle domande e delle offerte alloggiative; incontri e screening dei potenziali candidati; colloquio strutturato di selezione; definizione dell'operatore di riferimento e creazione di una cartella personale; matching sulla base delle informazioni raccolte; percorso di conoscenza tra potenziali coabitanti di almeno tre incontri; negoziazione e firma di un patto abitativo; costituzione di una micro équipe di riferimento composta da operatori di Abitare Solidale, l'assistente sociale e un referente della rete informale; sottoscrizione del comodato d'uso gratuito e precario dell'immobile; monitoraggio e gestione della coabitazione; interruzione o conclusione della coabitazione.

Nella sua complessità, Abitare Solidale è un progetto che, nonostante i 10 e più anni di vita, mantiene il suo carattere di innovazione in quanto propone un approccio culturale al welfare in controtendenza rispetto a quello più comune. Innanzitutto, il progetto intende agire in un'ottica di prevenzione sia per la persona che si trova senza un'abitazione che può evitare di trovarsi in una situazione di maggiore gravità, sia per l'anziano che vive solo in quanto può mantenersi attivo e ritardare soluzioni assistenziali di maggiore intensità. Sebbene non sia possibile fare una valutazione oggettiva di questi possibili benefici, sono stati costruiti degli indicatori che hanno ad esempio rilevato che l'anziano si rivolge al medico o all'assistente sociale meno frequentemente rispetto all'inizio della coabitazione. Tuttavia, le risposte che fornisce il progetto sono rivolte, per la maggior parte, a persone che sono già in una situazione di disagio ed estrema fragilità. Per questo gli operatori del progetto lavorano in dialogo costante con le assistenti sociali del comune per fare in modo che gli invii seguano il più possibile la logica della prevenzione e non della riparazione. Un cambiamento culturale di cui il progetto si fa promotore ma che si sente ancora mancare a livello istituzionale sebbene sia necessario soprattutto nel campo del welfare per gli anziani.

2.3 STORIE DI FINANZIAMENTO

Il dibattito sulla finanza sociale in generale e sulla finanza d'impatto sociale in particolare si è sviluppato negli ultimi anni all'interno del mondo delle istituzioni

finanziarie, dei policy makers e della comunità accademica. Gli Enti del Terzo Settore, candidati a rappresentare il lato della domanda di questo tipo di finanza, hanno finora ricoperto un ruolo marginale in tale dibattito, dimostrando scarso interesse per il fenomeno, ovvero scarsa capacità di conoscerlo e comprenderlo.

Nel nostro Paese, infatti, questi strumenti faticano a decollare nonostante un'ingente mobilitazione di capitali e alcune spinte politiche e legislative.

Nel presente sotto capitolo andremo quindi ad affrontare tre casi studio esteri riguardanti metodi di finanziamento e modelli di business innovativi che potranno fornire spunti di riflessione per le imprese sociali operanti nel nostro Paese.

2.3.1 Leyf Nurseries

Il primo caso che andiamo ad analizzare è quello della London Early Foundation (LEYF) un'impresa sociale di beneficenza con sede a Londra che opera sì nel sociale, ma in un segmento totalmente differente da quello analizzato in questo elaborato. È utile affrontare un caso del genere poiché, nonostante le diversità, analizzare modelli di business innovativi soprattutto del mondo anglosassone al quale tutto il Terzo Settore italiano si ispira può avere applicazioni anche nel caso socioassistenziale.

Innanzitutto, la Leyf Nurseries è un'impresa sociale di beneficenza, il che significa che strutturalmente è un ente di beneficenza come qualsiasi altro ma opera come una vera e propria impresa.

Fondata nel 1903 conta ad oggi 42 asili nido distribuiti in undici quartieri londinesi, fornendo assistenza di alta qualità ad oltre 4.000 bambini di età compresa tra 0 e 5 anni. Sono 650 gli educatori che lavorano in LEYF, di cui 60 apprendisti. È l'impresa stessa a formare i giovani dando loro l'opportunità di entrare nel mondo del lavoro subito dopo la formazione, arrivando essa stessa ad assumerne circa l'80% al termine della formazione. Ogni educatore, secondo il modello LEYF, oltre a lavorare con i bambini, lo farà anche a stretto contatto con la propria comunità e i genitori, arricchendo ed estendendo l'apprendimento dei bambini a chiunque sia in contatto con essi.

Per quanto riguarda l'aspetto finanziario, l'impresa si finanzia principalmente in tre modi: autofinanziamento, quindi attraverso la cassa operativa generata dalle attività commerciali, eventuale scoperto bancario non utilizzato durante l'anno e tramite investitori; tra quest'ultimi ne figurano tre in particolare: Bridges Ventures (Fund Management specializzato in investimenti ad elevato impatto sociale), la Big Issue Invest (banca specializzata in investimenti ad imprese sociali) e la Social Investment Business. Com'è visibile dalla Figura 2.2 la principale fonte di reddito è comunque rappresentata dal pagamento da parte delle famiglie per i servizi.

	2018-19	2018-19	2017-18	2017-18
	£k	%	£k	%
Parental Fee Income	17,061	77.81 %	15,521	77.35 %
Local Authority Grant income	4,823	22.0 %	4,526	22.55 %
Other Income	36	0.17 %	18	0.09 %
Donations & Legacies	5	0.02 %	2	0.01 %
Total Income	21,925	100%	20,067	100%

Figura 2.2 – Analisi entrate LEYF Nurseries. Fonte: Report Annuale LEYF anno 2018/2019

Famiglie che nel 43% dei casi riescono ad accedere alle prestazioni in modo gratuito. Questo grazie al modello di business sviluppato dalla LEYF, chiamato modello a sovvenzione incrociata (cross-subsidy model), che permette all'impresa di sovvenzionare, tramite gli asili nido più redditizi situati nelle aree ricche, gli asili comunitari nelle zone svantaggiati di Londra in cui spesso vi è carenza di servizi all'infanzia di qualità.

I genitori che lavorano inoltre hanno diritto ai Childcare Vouchers, buoni per l'assistenza ai bambini che rappresentano una forma di agevolazione fiscale.

È possibile, infatti, richiedere al proprio datore di lavoro che parte del proprio stipendio settimanale sia convertito in buoni, per un equivalente massimo di 55 pounds, sulla quale non verranno pagate tasse sul reddito. L'importo esatto che è possibile risparmiare detraendolo dalle tasse dipende dall'aliquota fiscale cui lo stipendio è sottoposto (nella Figura 2.3 alcune cifre indicative).

Tax band	Maximum voucher allowance			Maximum savings per annum
	Weekly	Monthly	Yearly	
Basic rate	£55	£243	£2915	£933
Higher rate	£28	£124	£1484	£623
Additional rate	£25	£110	£1325	£622

Figura 2.3 – Fonte: <https://leyf.org.uk/nurseries/fees-and-funded-places/childcare-vouchers>

Dal report annuale risulta inoltre che l'impresa dispone di un cuscino di 1 milione di sterline per coprire il rischio di liquidità o nel caso di eventi non pianificati.

Inoltre, in ottica futura di continuità aziendale come parte della strategia di finanziamento a lungo termine, gli amministratori hanno valutato opzioni di

rifinanziamento per l'attività che potrebbero offrire costi inferiori e accordi di rimborso più favorevoli. Infatti, nel giugno 2019 è stata emessa una gara di finanziamento per un totale di 8 milioni in fondi. Ciò ha consentito di rimborsare i prestiti in corso e fornire capitale di crescita per l'azienda.

2.3.2 City Health Care Partnership

La CHCP è un'organizzazione inglese che opera principalmente nei quartieri di Hull, East Riding o of Yorkshire, Knowsley e St Helens. In queste zone offre assistenza sanitaria attraverso oltre 50 tipi di servizi che vanno dalle semplici visite sanitarie alle cure palliative, dall'infermieristica scolastica ai servizi per malattie specifiche.

Il modello di business dell'organizzazione si basa oltre al pagamento da parte degli utenti del servizio, sull'azionariato dei dipendenti.

Essa è infatti parzialmente proprietà dei dipendenti stessi, quindi in comproprietà, dato che offre a tutto il personale l'opportunità di acquistare una quota di una sterlina. Più che un risvolto economico, questo modello porta l'opportunità di essere coinvolti, mirando a dare al personale un senso di appartenenza, responsabilità e il diritto di avere voce in capitolo sulla gestione dell'organizzazione insieme a piani e opportunità future.

La CHCP stessa è anche membro dell'Associazione per l'azionariato dei dipendenti (EOA – Employee Ownership Association) che svolge un ruolo attivo nella

promozione di questo modello di business come standard per lo sviluppo delle imprese sociali.

Ultimo ma non meno importante è l'ente di beneficenza che appartiene all'organizzazione. Si chiama City Health Care Partnership Foundation ed è una fondazione attraverso la quale riescono a dare un ulteriore supporto alle comunità in cui lavorano, offrendo piccole sovvenzioni a gruppi di volontari e comunitari che contribuiscono a migliorare la salute e il benessere locale.

2.3.3 Koto-SIB

Come ultimo caso studio inerente agli innovativi metodi di finanziamento per le diverse iniziative sociali troviamo il caso Koto – SIB scelto come presupposto per trattare il tema dei Social Impact Bond.

Il progetto, infatti, di per sé non ha alcuna affinità, se non il tema sociale, con le nostre tematiche. Esso consiste in un programma per l'occupazione implementato dal Ministero degli affari economici e del lavoro finlandese, gestito da Epiqus Oy (società finlandese di gestione di fondi di impatto sociale e di sviluppo) insieme ai fornitori di servizi.

La finalità è quella di riuscire a fornire lavoro ad oltre 2.500 immigrati in tre anni offrendo loro formazione, al fine di sopperire alla carenza di manodopera nel mercato del lavoro del paese. I posti di lavoro vacanti sono principalmente nella

produzione, costruzione, commercio e servizi, dove la carenza di lavoratori qualificati è particolarmente elevata.

Il periodo di formazione e tirocinio è personalizzato in base alle esigenze individuali del partecipante. Fondamentale è lo studio della lingua, da 3 a 6 mesi in aule, e il tirocinio inizia quando il livello di finlandese è sufficiente a portare all'occupazione o alla ricerca continuativa di lavoro.

L'iniziativa crea valore reale principalmente su tre fronti:

- i risultati producono pagamenti in quanto aumentano le imposte pagate grazie all'introduzione dei neoassunti nel mercato del lavoro e si riducono i sussidi alla disoccupazione versati dallo Stato su un periodo di tre anni
- pagamento possibile, di 1.500 euro quota fissa per ogni formazione di integrazione completata più il 50% della riscossione delle tasse e dei risparmi sui sussidi alla disoccupazione per il gruppo di controllo
- risparmio casse pubbliche, grazie ad una riduzione del 71% rispetto al budget storico dedicato all'inserimento dei migranti nel mondo del lavoro

Il progetto presenta un grande elemento di innovazione. Il SIB, infatti, non è stato finanziato solo da investitori privati ma anche da The Investment Plan for Europe e dall' European Fund for Strategic Investments (EFSI) e rappresenta quindi la prima esperienza in Europa di coinvolgimento di investitori istituzionali dell'UE.

Il gestore del SIB inoltre è stato scelto con un bando pubblico e, a differenza del tradizionale schema, non è un intermediario specializzato in SIB ma, come accennato all'inizio, è un impact investor (Epiqus Oy).

Ma cosa sono esattamente i Social Impact Bond?

Un Social Impact Bond (SIB) è un contratto con il settore pubblico o un'autorità governativa, in base al quale essi pagano per risultati sociali migliori in determinate aree e trasferiscono la parte dei risparmi ottenuti agli investitori. Un'obbligazione a impatto sociale non è un'obbligazione di per sé, poiché il rimborso e il ritorno sull'investimento dipendono dal raggiungimento dei risultati sociali desiderati. Se gli obiettivi non vengono raggiunti, gli investitori non ricevono né un rendimento né un rimborso del capitale.

Gli elementi fondamentali di tale meccanismo di finanziamento quindi sono:

- la realizzazione di un programma di interventi in campo sociale in grado di generare un impatto sociale. I loro investitori, infatti, sono interessati non solo al ritorno finanziario del loro investimento, ma anche al suo impatto sociale
- l'ottenimento di un ritorno economico per l'investitore solo in caso di successo dell'iniziativa, essendo pagati dall'ente tramite i risparmi ottenuti. Per questo motivo essi sono considerate obbligazioni “pay by result” o “pay for success”

I soggetti coinvolti in questo contratto sono di norma i seguenti:

- un ente pubblico o governativo
- uno o più operatori sociali (organizzazioni non profit, ecc.), deputati a erogare il servizio
- investitori privati
- un intermediario o una società veicolo costituita ad hoc per la gestione del singolo progetto
- un valutatore indipendente (independent assessor), incaricato di misurare il risultato finale (performance) e di certificare il raggiungimento dell'obiettivo

Il processo parte da un intermediario bancario che, in accordo con l'ente pubblico, emette social bonds collocandolo presso investitori privati che forniscono le risorse necessarie a finanziare un progetto a carattere sociale.

L'intermediario a sua volta convoglia le risorse raccolte tramite l'emissione di SIB verso organizzazioni non profit che si occupano di fornire i servizi di pubblica utilità previsti dal progetto.

Da qui in poi sta agli enti non profit garantire i risultati in modo tale da sollevare il settore pubblico dall'obbligo di soddisfare i bisogni legati al progetto.

Alla fine del periodo se, in base alla valutazione espressa da un ente indipendente, il progetto sociale risponde agli standard qualitativi richiesti all'atto di emissione,

l'ente pubblico è tenuto a versare il compenso pattuito più una percentuale predeterminata all'intermediario che provvederà a sua volta a pagare gli investitori privati che hanno fornito i capitali iniziali.

Nell'eventualità in cui il progetto non risponda agli standard previsti, l'ente pubblico non verserà alcuna somma di denaro e nessuno dei soggetti coinvolti sarà ricompensato.

CAPITOLO 3. BUSINESS PLAN PROGETTO “PER IL SOCIALE”

3.1 FOCUS INTERNO

3.1.1 Descrizione progetto

“Per il sociale” è un progetto che nasce per rispondere al bisogno di utenti anziani e disabili di permanere presso il proprio domicilio e lo fa introducendo un modello innovativo di presa in carico e di erogazione di prestazioni individualizzate, in linea con i requisiti di sostenibilità imprenditoriale e gestionale.

Il progetto intende sviluppare la catena del valore di un nuovo modello di intervento, in grado di:

- sperimentare una presa in carico domiciliare con requisiti prestazionali maggiormente rispondenti ai bisogni degli utenti target
- supportare le imprese sociali nello sviluppo di interventi innovativi dal punto di vista tecnologico, digitale e organizzativo, potenziando le sinergie con le strutture esistenti e consolidando la presenza in nuovi mercati, ovvero quelli dei servizi domiciliari privati
- rilanciare le prospettive imprenditoriali e organizzative delle imprese sociali, necessario all'introduzione e alla sostenibilità di un simile modello di servizi avanzati e integrati

“Per il sociale” agisce in maniera complementare con i servizi domiciliari pubblici, ponendosi ovviamente in linea con quanto previsto dalle normative regionali e nazionali in tema di assistenza.

3.1.2 Soggetti coinvolti

Il progetto coinvolge un totale di cinque cooperative, ognuna delle quali specializzata e addetta all'erogazione di servizi specifici: Coop. A in collaborazione con Coop. C e le cooperative Coop. B, D ed E.

Coop. A svolge il ruolo di capofila e il suo intervento riguarda la comunicazione e l'organizzazione al fine di creare un partenariato informato, coinvolto e attivo nella progettazione inerente alla ricerca e la sperimentazione. Per quanto riguarda il suo contributo pratico, questo si concretizza nel coordinamento di interventi di prossimità, accompagnamento, ascolto e rilevazione dei bisogni grazie agli operatori messi a disposizione dalla cooperativa sociale Coop. C, la grande impresa inserita nel progetto come consulente e fornitore di operatori specializzati.

I servizi messi a disposizione sono: servizio OSS (Operatore Socio-Sanitario) per la cura della casa e della persona, un fisioterapista e una psicologa, oltre ad un servizio di consegna di medicinali a domicilio.

La cooperativa Coop. D si occupa invece di erogare il servizio di fisioterapia alla popolazione fragile dei territori di Fabriano, Cerreto, Matelica e Camerino,

attraverso interventi riabilitativi di media intensità. Nella fase di sperimentazione sono stati coinvolti circa 30 utenti, ma si conta che arriveranno ad essere circa 90. La cooperativa di tipo A, Coop. B opera principalmente nel territorio di Fabriano e si occupa di incaricare gli operatori sociosanitari forniti da Coop. C nell'assistenza per attività quotidiane, dall'igiene personale alla gestione della casa. Inoltre, offre la sua esperienza maturata nei vari progetti sperimentali per l'autonomia personale, sociale, abitativa e lavorativa dei ragazzi con disabilità, permettendo di inserire nel progetto l'inclusione sociale dei soggetti svantaggiati al centro dei servizi domiciliari.

La Coop. E si impegna a fornire supporto psicologico alla popolazione fragile attraverso l'opera di professionisti specializzati.

Oltre alle cooperative sociali operanti direttamente sul territorio attraverso professionisti specializzati, sono coinvolti altri soggetti portatori di know-how specifico e funzionale agli obiettivi previsti. Tra questi: Dipartimento di Scienze Economiche e Sociali (DISES) del Socio 1, con l'obiettivo di sviluppare il piano di business del modello e definire condizioni e requisiti affinché il modello possa essere sostenibile nel mercato pubblico/privato dei servizi alle persone; imprese del terziario avanzato: Socio 2 che contribuisce all'innovazione tecnologica e Socio 3 che contribuisce all'innovazione digitale; grandi imprese tra cui la già menzionata Coop. C, Socio 4 che contribuisce all'innovazione organizzativa del servizio e Socio 5 che contribuisce all'innovazione organizzativa di sistema.

3.1.3 Servizio offerto

Il servizio nasce dal bisogno, in questo caso legato alla domiciliarità e alla necessità di risposte che situazioni di vulnerabilità sociale e fragilità necessitano. L'obiettivo del progetto è di soddisfarlo attraverso un sistema integrato di servizi, che dia la possibilità agli utenti di permanere presso il proprio domicilio, che diventa in tal modo protetto, aperto quindi accessibile e funzionale, anche alla prevenzione; il tutto ovviamente secondo un modello di presa in carico e di erogazione di prestazioni individualizzate dove la cura del singolo è posta al centro del modello. Infatti, permanere presso il proprio domicilio in totale sicurezza fisica e abitativa ma anche sociale e preventiva diventa una prerogativa delle persone più anziane anche se non soffrono di patologie. Laddove invece sono già presenti patologie pregresse, l'assistenza domiciliare evita in primo luogo che esse diventino croniche e totalmente invalidanti e dall'altro rende evitabile l'ospedalizzazione o il trasferimento presso centri residenziali contribuendo al mantenimento del tessuto sociale e comunitario, soprattutto in territori come quelli analizzati già provati da spopolamento e sisma.

In questo contesto, "Per il sociale" alimenta la resilienza con l'introduzione di modelli innovativi di assistenza domiciliare, in grado di contrastare fragilità e debolezza con la forza economica, aggregativa e impattante dell'imprenditorialità sociale; un intervento innovativo, partecipativo e rigenerativo che promuove nuove abilità e possibilità per il territorio.

Un modello innovativo di servizi per la domiciliarità protetta che, in collaborazione con gli Ambiti Territoriali Sociali, permetta partendo da un concetto di assistenza domiciliare leggera e preventiva, di porre gli utenti (anziani e disabili) e il loro domicilio al centro dell'assistenza sociale e sanitaria.

Il progetto inoltre presenta due forme di innovatività: una riguarda il modello di business adottato e l'altra riguarda il modello di erogazione dei servizi stessi.

Le imprese coinvolte nella realizzazione di "Per il sociale" si sono aggregate grazie ad un denominatore comune che è alla base della costruzione dell'intervento: una propensione all'innovazione e al miglioramento continuo, in termini di modalità di erogazione, di qualità dei servizi, di processi organizzativi e di nuovi interventi, cercando, al contempo, di creare e mantenere le condizioni di fattibilità economica. Pertanto, sulla base di specificità e know-how aziendali, ciascun partner interviene per rafforzare, potenziare e consolidare, nonché per sperimentare, lanciare e innovare schemi innovativi di imprenditorialità sociale andando a disegnare una mappa ideale del territorio sul quale gli interventi si differenziano a seconda dell'utenza, del bisogno, delle opportunità di sviluppo e della complementarità con le risorse esistenti.

Nei territori degli Ambiti 17 e 18, Coop. A interviene con servizi rivolti principalmente alla popolazione anziana, sperimentando i servizi ICT di tele monitoraggio e tele refertazione, migliorando l'offerta dei servizi socioassistenziali, e attivando nuovi servizi di mobilità e di manutenzione.

In tutti gli Ambiti Territoriali invece, Coop. E interviene per promuovere gli interventi di socializzazione e supporto psicologico alla popolazione anziana, attraverso l'utilizzo di un tablet.

Coop. B interviene, nei territori dell'Ambito 10, per sviluppare interventi mirati e qualificati nei confronti delle persone con disabilità, con particolare riferimento ad autismo e DSA, e sperimentando anche il tele monitoraggio per persone anziane.

Nei territori degli Ambiti 10, 17 e 18, Coop. D interviene per un migliore intervento socioassistenziale e sociosanitario, con la fornitura di servizi fisioterapici mirati e tarati sulle condizioni di fragilità registrate (sistema SensorLife).

A seguito dell'emergenza causata dal COVID 19 si è rivelato necessario portare innovatività anche riguardo al modello di erogazione. La Coop. A, infatti, ha dovuto rimodulare i servizi erogati alla comunità, per venire incontro ai bisogni della popolazione assicurando il rispetto delle norme riguardanti il distanziamento sociale. Pertanto, i servizi di fisioterapia vengono erogati attraverso un tablet, così come il supporto psicologico erogato da Coop. E.

Il progetto sperimentale implementato da Coop. B punta a superare il concetto di autonomia del disabile per arrivare a quello di autodeterminazione. Si tratta di un progetto flessibile, cucito sull'utente per arrivare, grazie a laboratori ed esperienze mirate, ad una integrazione lavorativa e sociale, mirando anche all'acquisizione delle capacità necessarie all'autonomia abitativa.

Quando si parla di “progetto cucito sull’utente” si fa riferimento ad un rapporto 1:1 tra educatore e disabile. Tuttavia, nell’ambito del progetto “Per il sociale”, è stata sperimentata una nuova modalità di erogazione del servizio. Si parla di una rimodulazione del servizio, offerto non più in un rapporto 1:1, ma tentando un approccio in cui ogni educatore è responsabile di due o tre utenti.

Il numero totale degli utenti che si è stati in grado di coinvolgere è 11, quindi sono stati impiegati quattro operatori specializzati. La risposta dei beneficiari del servizio e delle loro famiglie è stata molto positiva: sono stati registrati miglioramenti nella capacità di socializzazione e nell’autonomia dei ragazzi. Inoltre, il fatto di non dover impiegare un operatore per ogni utente, ma soltanto uno ogni due o tre utenti, ha permesso una allocazione più efficiente delle risorse finanziarie, mantenendo un livello elevato dei servizi educativi offerti.

Oltre agli utenti, beneficiari indiretti del progetto sono: in primis i familiari degli stessi, conviventi o meno, che possono contare su un intervento integrato ed avanzato di presa in carico individualizzato; gli Ambiti target e la comunità in generale, che beneficiano di un servizio di assistenza domiciliare in grado di migliorare la qualità della vita della popolazione residente; il tessuto delle imprese sociali del territorio, che sviluppa e acquisisce un modello imprenditoriale e manageriale innovativo, che consente di superare la logica dell’affidamento dei servizi, storicamente caratteristica della cooperazione sociale.

Ultimi, ma non per importanza, gli effetti trasversali che “Per il sociale” ha sui componenti del gruppo. Il progetto infatti consente di ampliare la capacità di lavoro in rete, realizzando in territori principalmente serviti da interventi tradizionali di carattere pubblico una sperimentazione innovativa, che include un’importante componente tecnologica e che si apre ad una forte impronta di servizi assistenziali privati; il progetto introduce in tali territori una nuova modalità di collaborazione interdisciplinare che si inserisce in tutte le fasi e dimensioni progettuali: analisi, sviluppo, sperimentazione, sostenibilità.

Grazie proprio a questa collaborazione, le imprese sociali partecipanti potranno ampliare la loro offerta, introdursi in nuovi settori di mercato e sfruttare nuove opportunità di business derivanti dalle sinergie che si svilupperanno e rafforzeranno tra i vari attore e settori.

3.2 FOCUS ESTERNO

3.2.1 Analisi settore

L’area interessata, come già ampiamente analizzato nel sotto capitolo 1.3 del primo capitolo, è caratterizzata da due problematiche specifiche oltre alle altre più generali.

All’invecchiamento della popolazione e alla pandemia da covid 19 si affiancano infatti le problematiche del sisma e dell’area montana.

In quest'area la carenza di infrastrutture in grado di prendersi cura delle fasce più deboli della popolazione e il crescente spopolamento sono state aggravate nel 2016, quando il terremoto ha evidenziato ulteriormente difficoltà e carenze accelerandone i processi di declino.

Il servizio risulta innovativo anche per questo, poiché va ad agire in aree sconosciute a questi trattamenti al fine di rallentarne i mutamenti e tutelare i più bisognosi.

Detto ciò, negli anni il progetto “Per il sociale” potrà essere preso come modello di riferimenti per altre iniziative in aree interne montane in tutta Italia che presentino problematiche simili.

In termini di concorrenza, sono circa venti le cooperative sociali che operano negli stessi Ambiti, la metà delle quali di tipo B occupandosi della gestione di attività finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate in settori come l'industria, commercio, servizi e agricoltura.

Delle dieci cooperative restanti, sono sei quelle che si occupano di disabili e anziani, di cui quattro nell'ATS 10 e una rispettivamente per l'ATS 17 e ATS 18.

Gli ambiti operativi ricoperti da esse vanno dalla gestione di comunità riabilitative per disabili alla gestione di servizi sociosanitari e assistenziali, dall'assistenza integrata e/o sostitutiva fino a quella residenziale.

Cooperative che operano negli stessi ambiti del progetto quindi ci sono, non sono molte, ma alcune di esse vantano un'esperienza oltre che decennale, per cui possono contare su una rete di utenza ben consolidata.

3.2.2 Analisi mercato e utenti

Il mercato di riferimento del progetto è la popolazione fragile over 65 e i giovani disabili residenti negli ATS 10, 17 e 18.

Per una stima del mercato potenzialmente raggiungibile sono state usate delle tavole ricavate da dati Istat riferiti ad utenti che hanno fatto uso nel 2018 di determinati servizi. Tra i tanti, sono stati selezionati i servizi/interventi di cui il progetto vuole farsi carico, con riferimento esclusivamente ad utenza con disabilità o con età pari o superiore ai 65 anni.

Le tabelle relative ai vari ATS sono riportate di seguito.

Tipo dato		utenti	
Territorio		ATS 10 - Fabriano	
Periodo		2018	
Area di utenza		disabili	anziani (65 anni e più)
Servizio o intervento			
servizio sociale professionale		347	163
assistenza domiciliare socio-assistenziale		8	55
altri interventi di assistenza domiciliare		0	0
centri diurni		16	0
trasporto sociale		31	726
TOTALE		55	781

Tipo dato		utenti	
Territorio		ATS 18 - Camerino	
Periodo		2018	
Area di utenza		disabili	anziani (65 anni e più)
Servizio o intervento			
servizio sociale professionale		52	40
assistenza domiciliare socio-assistenziale		17	115
altri interventi di assistenza domiciliare		6	0
centri diurni		14	0
trasporto sociale		0	66
TOTALE		37	181

Tipo dato		utenti	
Territorio		ATS 17 - San Severino	
Periodo		2018	
Area di utenza		disabili	anziani (65 anni e più)
Servizio o intervento			
servizio sociale professionale		158	218
assistenza domiciliare socio-assistenziale		15	26
altri interventi di assistenza domiciliare		0	19
centri diurni		15	0
trasporto sociale		10	285
TOTALE		40	330

Il mercato potenzialmente raggiungibile che emerge dall'analisi, in relazione ai servizi che le cooperative andranno ad offrire, è rappresentato da un totale di 1.424 utenti di cui 1.292 anziani e 132 disabili.

Ovviamente si tratta di previsioni poiché in assenza di dati più recenti sono stati presi in considerazione quelli del 2018 e soprattutto perché i dati forniti dall'Istat sono riferiti ad utenti che in quell'anno hanno usufruito di tali servizi o interventi tralasciando chi per qualsiasi motivo anche trovandosi in tale situazione non ne ha fatto uso o chi ancora non ne presentava la necessità.

3.3 FOCUS FINANZIARIO

3.3.1 Modello di business

Il modello di business e quindi la modalità di generazione di reddito (revenue model) è probabilmente la parte più difficile da programmare in una fase di sperimentazione sia dei costi che di copertura finanziaria del progetto.

Bisogna tener conto che la popolazione a cui sono rivolti tali servizi è composta da soggetti generalmente a basso reddito, spesso non autosufficienti e soli, la cui capacità economica di affrontare spese per questi servizi è piuttosto ridotta e aggravata ulteriormente nell'ultimo anno dalla pandemia.

È difficile quindi, ipotizzare un business model basato sull'intero pagamento dei servizi da parte degli utenti, se non per quelli più facoltosi.

Una prima ipotesi può essere quella di adottare un modello a sovvenzione incrociata, come quello analizzato nel caso di Leyf Nurseries presente nel secondo capitolo.

Il modello consiste nel far pagare i servizi offerti, talvolta anche con prezzi maggiorati, ad altri utenti in modo tale da finanziare indirettamente l'erogazione ai soggetti in difficoltà economica, che ne potranno usufruire gratuitamente o con piccoli apporti.

Ad esempio, il servizio di consegna della spesa a domicilio potrebbe essere offerto a pagamento dall'operatore di prossimità ad utenti non compresi nelle fasce fragili e con il ricavato finanziare la spesa per la popolazione target.

In egual modo il servizio di fisioterapia se offerto ad utenti con un'età inferiore ai 60 anni, anche con una maggiorazione se a domicilio, andrebbe a sovvenzionare la spesa per i bisognosi over 65.

Un altro modello potrebbe essere offerto dal sistema a ripartizione. Come rappresentato nella Figura 3.1, la misura della compartecipazione dell'utente alla

VALORE ISEE	QUOTA DI PARTECIPAZIONE DELL'UTENTE AL COSTO
Fino a € 5.500,00	0
Da € 5.501,00 a € 7.500,00	20%
Da € 7.501,00 a € 9.500,00	40%
Da € 9.501,00 a € 11.500,00	60%
Da € 11.501,00 a € 13.500,00	80%

Figura 3.1 – Ripartizione della quota di partecipazione percentuale dell'utente al costo del servizio in base al valore ISEE

spesa potrebbe essere subordinata alle risultanze del modello di dichiarazione dell'ISEE, in modo tale da creare delle fasce con relative quote.

Ai fini dell'erogazione di prestazioni quindi si andrebbero a verificare le condizioni finanziarie dei soggetti interessati, compresi anche i soggetti obbligati ai sensi dell'art. 433 e ss.²⁰ del Codice civile.

In questo modo si andrebbe ad evitare l'esclusione di quei soggetti bisognosi che, in chiare condizioni di povertà, non riescono totalmente a pagare i servizi, o almeno agevolarli permettendo loro di partecipare parzialmente alla spesa.

Il resto delle spese in questo caso andrebbe coperto tramite altre fonti di finanziamento, come fondi pubblici o donazioni da fondazioni e privati.

La linea seguita dal progetto si rivela innovativa anche per quanto riguarda la filosofia alla base delle idee per la generazione di profitto. Data la forte base etica e morale presente già dalla fase di ideazione dello stesso, il progetto punta a fornire il servizio ad un numero di utenti più vasto possibile, andando a stabilire il costo di ogni servizio sulla base degli utenti a cui si vuole arrivare e non viceversa, ovvero

²⁰ Dispositivo dell'art. 433 Codice civile: "all'obbligo di prestare gli alimenti sono tenuti, nell'ordine: il coniuge, i figli anche adottivi e, in loro mancanza, gli ascendenti prossimi, i generi e le nuore, il suocero e la suocera, i fratelli e le sorelle germani e unilaterali". Gli alimenti legali sono prestazioni di assistenza materiale dovute per legge alla persona che si trova in stato di bisogno economico. Essi trovano la loro fonte, anche costituzionale, nel dovere di solidarietà (art. 2 Cost.)

stabilendo prima un prezzo per poi calcolare quanta utenza si raggiungerebbe se lo stesso venisse applicato.

3.3.2 Analisi dei costi

Una corretta analisi dei costi, imprescindibile per un corretto studio della fattibilità del progetto, non può che partire dall'elencazione delle figure professionali che verranno coinvolte nel progetto con i relativi costi orari, consultabili nella Figura

3.2

FIGURE PROFESSIONALI	COSTO ORARIO
Fisioterapista	22,5
Educatore	16,88
Psicologo	23
Case manager	17,59
Operatore prossimità	15,78
OSS	16,5
Operatore OR	18,5
Esperto digitale	21,83
Coordinatore	18
Amministrativo A	20
Amministrativo B	35

Figura 3.2 – Costo orario, di ogni figura professionale coinvolta, dichiarato dalle cooperative

In fase di sperimentazione del progetto sono stati presi in carico un totale di 81 utenti ripartiti tra le cinque cooperative nel modo illustrato dalla Figura 3.3

COOPERATIVA	N. Utenti
Coop. A	11
Coop. B	20
Coop. C	20
Coop. D	20
Coop. E	10
TOT	81

Figura 3.3 – Numero utenti presi in carico da ogni cooperativa in fase di sperimentazione

In questa fase ogni cooperativa ha avuto la possibilità di sperimentare due importanti dati per arrivare poi al calcolo complessivo dei costi; in base agli utenti serviti infatti è stato possibile evidenziare empiricamente quante unità di ogni figura professionale sono richieste e soprattutto le ore lavorative per ognuna di esse.

I dati relativi alla sperimentazione, suddivisi per ogni cooperativa, sono riportati nella Figura 3.4.

È bene sottolineare, per una precisione espositiva, che nelle precedenti tabelle di calcolo dei costi nel computo del totale delle ore per dipendente sono state prese in considerazione solo quelle figure professionali aggiuntive che il progetto richiede. Ad esempio, per quanto riguarda la Coop. C le ore totali sono 105, sono state escluse le figure del Digital Manager e del Coordinatore che sono dipendenti della cooperativa a prescindere dal progetto. Il loro costo viene comunque sommato al costo totale per le ore aggiuntive di lavoro in cui si occupano del progetto.

COOP. A				
FIGURE PROFESSIONALI	N.	Ore per dipendente	Ore totali	Costo orario
OR	4	17,75	71	18,5
Amministrativo A	1	8	8	20,0
Coordinatore	1	9	9	18,0
TOTALE	6	25,75	79	1.636

COOP. B				
FIGURE PROFESSIONALI	N.	Ore per dipendente	Ore totali	Costo orario
OSS	1	69	69	16,5
Educatori	4	140,5	562	16,9
TOTALE	5	209,5	631	10.625

COOP. C				
FIGURE PROFESSIONALI	N.	Ore per dipendente	Ore totali	Costo orario
Case Manager	1	20	20	17,6
Operatore Prossimità	1	85	85	15,8
OSS	1	0	0	16,5
Digital Manager	1	80	80	21,8
Coordinatore	1	15	15	18,0
TOTALE	5	105	105	3.710

COOP. D				
FIGURE PROFESSIONALI	N.	Ore per dipendente	Ore totali	Costo orario
Fisioterapista	1	90	90	22,5
Amministrativo A	1	30	30	20,0
TOTALE	2	120	120	2.625

COOP. E				
FIGURE PROFESSIONALI	N.	Ore per dipendente	Ore totali	Costo orario
Psicologo	1	16	16	23,0
Operatore Territoriale	1	16	16	15,8
Amministrativo B	1	16	16	35,0
Segreteria Amministrativa	1	24	24	20,0
TOTALE	4	32	32	1.660

Figura 3.4 – Calcolo fase di sperimentazione del numero delle figure professionali e delle ore lavorative necessarie di ognuno di essi, quindi dei costi totali

A questo punto risulta facile, avendo tutti i dati su base mensile, calcolare il totale dei costi variabili del progetto, che ammontano a 20.256 euro, pari a 243.066 euro annui.

Ipotizzando un ammontare di costi fissi pari al 15% dei costi variabili, vien da sé il calcolo complessivo del progetto, pari a 23.294 euro mensili e 279.526 euro annui (Figura 3.5).

PROGETTO COMPLESSIVO			
COSTI	%	MENSILE	ANNUALE
Costi Variabili	-	20.256	243.066
Costi fissi	0,15	3.038	36.460
COSTO TOTALE		23.294	279.526
SPESA PER UTENTE		288	3.451

Figura 3.5 – Calcolo costi del progetto complessivo

La sperimentazione essendo stata tenuta su un totale di 81 utenti porta la spesa media per utenti a 288 euro mensili e circa 3.451 euro annui, somma trainata dalle elevate spese sostenute dalla Coop. B per i quattro educatori che, nelle 562 ore lavorative, richiedono un totale di 9.450 euro, pari a circa il 47% della spesa totale.

Grazie ai dati ottenuti dalla sperimentazione è stato possibile calcolare i costi in due ipotesi di pieno regime: la prima con una copertura del 43% del mercato potenziale e una seconda con un raggiungimento del mercato pari al 62%.

È emerso inoltre un altro importante dato utile in fase di ipotesi; quello relativo agli utenti massimi che ciascuna figura professionale, fulcro di ogni cooperativa, può prendere in carica, dato che ha permesso di suddividere l'utenza potenziale a regime secondo criteri di sostenibilità anche strutturale (i dati sono riportati nella Figura 3.6).

FIGURE PROFESSIONALI	N. Utenti MAX
Educatore	3
Coordinatore	20
Operatore Prossimità	20
Fisioterapista	20
Psicologo	30

Figura 3.6 – Numero utenti massimo che ogni figura professionale di riferimento può prendere a carico

Nella prima ipotesi gli utenti sono ripartiti tra le cinque cooperative secondo la Figura 3.7, per un totale di 606 utenti serviti a regime nell'intero progetto pari appunto a circa il 43%.

IPOTESI 1 - 43% DEL MERCATO POTENZIALE

COOPERATIVA	N. Utenti Attuali	Incidenza %	N. Utenti Potenziali	N. Utenti Serviti a regime
Coop. A	20	0,25	352	240
Coop. B	11	0,14	193	36
Coop. C	20	0,25	352	140
Coop. D	20	0,25	352	100
Coop. E	10	0,12	176	90
TOT	81	1,00	1424	606

Figura 3.7 – Ripartizione utenti serviti a regime nell'ipotesi 1 per ogni cooperativa

Successivamente si è passati al calcolo dei costi per ogni cooperativa (Figura 3.8). Possiamo notare come in alcune di esse, delle figure professionali scompaiano (infatti le ore dipendente sono pari a zero) poiché esse sono eliminabili attuando delle economie di scala.

Il totale del progetto, ponendo come nella sperimentazione un 15% di costi fissi sui costi variabili, è pari a 71.730 euro mensili e 860.758 annui. Totale che porta la spesa per utente annua a 1.416 euro, in netto miglioramento rispetto ai 3.451 euro per utente annui della sperimentazione, a dimostrazione delle rilevanti economie di scala che possono essere sfruttate in questo ambito.

IPOTESI 1 - 43% DEL MERCATO POTENZIALE

COOP. A					
FIGURE PROFESSIONALI	N.	Ore per dipendente	Ore totali	Costo orario	N. Utenti Raggiunti
Operatore OR	1	17,75	17,75	18,5	
Amministrativo A	2	8	16	20,0	
Coordinatore	12	18	216	18,0	
TOTALE	15	43,75	249,75	4.536	240

COOP. B					
FIGURE PROFESSIONALI	N.	Ore per dipendente	Ore totali	Costo orario	N. Utenti Raggiunti
OSS	3	69	207	16,5	
Educatori	12	141	1686	16,9	
TOTALE	15	210	1893	31.875	36

COOP. C					
FIGURE PROFESSIONALI	N.	Ore per dipendente	Ore totali	Costo orario	N. Utenti Raggiunti
Case Manager	1	40	40	17,6	
Operatore Prossimità	7	85	595	15,8	
OSS	1	0	0	16,5	
Digital Manager	1	0	0	21,8	
Coordinatore	1	30	30	18,0	
TOTALE	11	155	665	10.633	140

COOP. D					
FIGURE PROFESSIONALI	N.	Ore per dipendente	Ore totali	Costo orario	N. Utenti Raggiunti
Fisioterapista	5	90	450	22,5	
Amministrativo A	1	30	30	20,0	
TOTALE	6	120	480	10.725	100

COOP. E					
FIGURE PROFESSIONALI	N.	Ore per dipendente	Ore totali	Costo orario	N. Utenti Raggiunti
Psicologo	3	48	144	23,0	
Operatore Territoriale	1	16	16	15,8	
Amministrativo B	1	16	16	35,0	
Segreteria Amministrativa	1	24	24	20,0	
TOTALE	6	104	200	4.604	90

PROGETTO COMPLESSIVO			
COSTI PROGETTO	%	MENSILE	ANNUALE
Costi Variabili	-	62.374	748.485
Costi fissi	0,15	9.356	112.273
COSTO TOTALE		71.730	860.758
SPESA PER UTENTE		118	1.416

Figura 3.8 – Calcolo costi per singola cooperativa e del progetto complessivo nell'ipotesi 1 di copertura del mercato potenziale pari al 43%

Dati i netti miglioramenti all'aumentare della copertura di mercato, con la seconda ipotesi si è voluto sperimentare a che punto essi arrivassero con una copertura ipotetica del 62% del mercato. (Figura 3.9)

IPOTESI 2 - 62% DEL MERCATO POTENZIALE				
COOPERATIVA	N. Utenti Attuali	Incidenza %	N. Utenti Potenziali	N. Utenti Serviti a regime
Coop. A	20	0,25	352	320
Coop. B	11	0,14	193	48
Coop. C	20	0,25	352	200
Coop. D	20	0,25	352	140
Coop. E	10	0,12	176	180
TOT	81	1,00	1424	888

Figura 3.9 – Ripartizione utenti serviti a regime nell'ipotesi 2 per ogni cooperativa

Gli utenti, così suddivisi tra le cooperative, arrivano ad un totale di 888 individui (pari al 62% del totale degli utenti potenziali), circa 300 in più della prima ipotesi. Ciò porta un importante incremento di figure professionali e conseguentemente del costo totale sia mensile che annuo.

La situazione è rappresentata nella Figura 3.10

In questo caso come detto aumentano le figure professionali, ma saturando la capacità massima di ognuno di essi nel servire gli utenti si arriva, com'è possibile vedere dai costi del calcolo complessivo, ad un costo annuo per utente ancora minore dell'ipotesi 1, che già aveva portato significativi miglioramenti dalle sperimentazioni.

Le economie di scala in questo caso sono molto più contenute, con circa il 50% in più di utenti, la diminuzione dei costi è inferiore ai 100 euro cadauno.

IPOTESI 2 - 62% DEL MERCATO POTENZIALE

COOP. A					
FIGURE PROFESSIONALI	N.	Ore per dipendente	Ore totali	Costo orario	N. Utenti Raggiunti
Operatore OR	1	17,75	17,75	18,5	
Amministrativo A	2	8	16	20,0	
Coordinatore	16	18	288	18,0	
TOTALE	19	43,75	321,75	5.832	320

COOP. B					
FIGURE PROFESSIONALI	N.	Ore per dipendente	Ore totali	Costo orario	N. Utenti Raggiunti
OSS	4	69	276	16,5	
Educatori	16	141	2248	16,9	
TOTALE	20	210	2524	42.500	48

COOP. C					
FIGURE PROFESSIONALI	N.	Ore per dipendente	Ore totali	Costo orario	N. Utenti Raggiunti
Case Manager	1	40	40	17,6	
Operatore Prossimità	10	85	850	15,8	
OSS	1	0	0	16,5	
Digital Manager	1	0	0	21,8	
Coordinatore	1	30	30	18,0	
TOTALE	14	155	920	14.657	200

COOP. D					
FIGURE PROFESSIONALI	N.	Ore per dipendente	Ore totali	Costo orario	N. Utenti Raggiunti
Fisioterapista	7	90	630	22,5	
Amministrativo A	1	60	60	20,0	
TOTALE	8	150	690	15.375	140

COOP. E					
FIGURE PROFESSIONALI	N.	Ore per dipendente	Ore totali	Costo orario	N. Utenti Raggiunti
Psicologo	6	48	288	23,0	
Operatore Territoriale	2	16	32	15,8	
Amministrativo B	1	16	16	35,0	
Segreteria Amministrativa	1	24	24	20,0	
TOTALE	10	104	360	8.169	180

PROGETTO COMPLESSIVO			
COSTI PROGETTO	%	MENSILE	ANNUALE
Costi Variabili	-	86.533	1.038.398
Costi fissi	0,15	12.980	155.760
COSTO TOTALE		99.513	1.194.158
SPESA PER UTENTE		112	1.344

Figura 3.10 – Calcolo costi per singola cooperativa e del progetto complessivo nell'ipotesi 1 di copertura del mercato potenziale pari al 43%

La formulazione di queste ipotesi ci ha portato ha due importanti conclusioni.

Il progetto è certamente soggetto ad economie di scala, quindi riuscendo ad aumentare il numero di utenti serviti si riesce ad abbattere i singoli costi, anche in maniera consistente.

Dall'altra parte però ci ha mostrato che arrivati a servire il 50% del mercato potenziale, i risparmi sui costi diminuiscono notevolmente portando ad un grande interrogativo. Considerati i costi totali, che variano da 860.000 euro a 1.200.000 euro, a fronte di un risparmio per utente di 72 euro annui, vale la pena investire una cifra così importante? Anche ipotizzando una diminuzione maggiore, si riuscirebbe a coprire finanziariamente la spesa totale del progetto?

3.3.3 Copertura finanziaria

Alla luce dei dati presi in considerazione nel sotto capitolo precedente e degli interrogativi che essi ci hanno lasciato, è fondamentale arrivati alla fine analizzare le possibili metodologie di copertura finanziaria di cui potrebbe beneficiare il progetto.

Difficile fare previsioni riguardo il tema per la variabilità delle fonti e l'incertezza collegata all'accesso alle stesse; di seguito saranno riportate delle soluzioni presenti nel nostro territorio, tradizionali e innovative, riguardo il settore presidiato dal progetto in analisi.

Negli ultimi anni si è assistito ad un proliferare di iniziative sia pubbliche che private a favore delle cooperative sociali soprattutto dal punto di vista dei finanziamenti concessi ad esse, a fronte della crescente rilevanza degli interventi stessi a livello sociale e sanitario.

L'analisi proposta sarà divisa in tre gruppi, che rappresentano la provenienza dei fondi stessi, selezionando quelli inerenti al campo applicativo dei servizi proposti dal progetto "Per il sociale":

- **Fondi pubblici, regionali e statali:** nel 2014 è stato istituito dall'Unione Europea un Fondo Sociale Europeo (FSE) che tra i diversi Obiettivi Tematici (OT) riporta quello di promuovere dell'inclusione sociale, combattere la povertà e ogni forma di discriminazione (OT 9). Il livello di finanziamento del FSE a favore di questi interventi varia a seconda della ricchezza relativa della regione. Nel caso delle Marche, progetti del genere sono finanziati al 50% dal FSE, il 35% dallo Stato e il restante 15% tramite fondi regionali. Tale finanziamento si attiva attraverso la partecipazione ad un apposito bando.

A livello regionale abbiamo il bando di attuazione per la concessione di contributi in conto capitale per investimenti innovativi. Esso è rivolto a tutte le cooperative ed i rispettivi consorzi con sede legale ed operativa nel territorio della regione Marche. Prerogativa per partecipare al bando è la

richiesta di importi non inferiori a 10.000 euro e non superiori a 90.000 euro.

- Banche: numerose sono le iniziative proposte dagli istituti bancari di finanziamento per progetti sociali. Intesa Sanpaolo ha istituito un fondo denominato “Fondo di beneficenza ed opere di carattere culturale” a sostegno di progetti che hanno come riferimento la solidarietà, l’utilità sociale e il valore della persona. Lo stesso Istituto ha dato vita anche all’ “Iniziativa sollievo”, i cui beneficiari sono onlus, organizzazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale, cooperative e imprese sociali. Requisito è operare nel Terzo Settore e avere sede legale e operativa sul territorio italiano.

Anche Banca d’Italia partecipa con dei contributi. Essi sono indirizzati a tutti gli enti che non perseguono fini di lucro che presentano uno specifico progetto con profili innovativi. L’erogazione massima a favore del singolo progetto è pari al 50% dell’intero costo.

- Fondazioni: la Fondazione Johnson & Johnson assiste associazioni, cooperative sociali e onlus in cinque aree di intervento, tra cui l’assistenza sanitaria alla comunità, formazione nel campo della gestione sanitaria e responsabilità verso la comunità.

La Fondazione Terzo Pilastro offre bandi aperti e senza scadenza per importi minimi di 50.000 euro e massimi di 100.000 euro. Ad essi possono

partecipare tutti gli Enti pubblici o privati che operano in aree di intervento riconducibili esclusivamente al territorio nazionale e che non hanno scopo di lucro. Tra i diversi settori ammessi al finanziamento c'è l'assistenza alle categorie sociali deboli.

Alle tradizionali fonti di copertura finanziaria, si affiancano metodologie sempre più innovative al fine di convogliare quante più risorse possibile verso gli enti sociali.

Un fenomeno in netta crescita è rappresentato dalla raccolta fondi via web attraverso le piattaforme di social lending. Proprio questo argomento è stato affrontato da un articolo²¹ de “Il Sole 24 Ore” in data 12 settembre 2021 intitolato “Per finanziare gli enti non profit già operativo il social lending”.

L'articolo mette in risalto come l'abrogazione del comma 3 dell'articolo 78 del Cts (Codice del Terzo Settore), che richiedeva un decreto attuativo per i prestiti sociali, abbia reso operativo questo strumento finanziario anche al Terzo settore.

Nel dettaglio questa possibilità rappresenta un ulteriore modalità di reperimento di risorse a sostegno delle attività di interesse generale attraverso piattaforme di crowdfunding. Il sistema previsto dal Cts, spiega l'articolo, si basa su piattaforme

²¹ “Per finanziare gli enti non profit già operativo il social lending” a cura di Gabriele Sepio – Il Sole 24 Ore, domenica 12 settembre 2021 – N. 250; pag. 13

online che favoriscono l'incontro tra piccoli investitori ed enti del Terzo settore la cui gestione è riservata ad appositi intermediari finanziari iscritti all'albo.

Il legislatore, dal punto di vista fiscale, ha contribuito ad incentivare l'impiego di tale strumento, prevedendo in capo ai gestori dei portali l'applicazione, sui redditi di capitale corrisposti a persone fisiche, di una ritenuta agevolata al 12,5%.

In definitiva, conclude l'articolo, si tratta di una misura che assume una sua particolare rilevanza specie in questo periodo emergenziale dal punto di vista sociale.

I fondi di cui possono disporre le cooperative e le imprese sociali sono quindi molti e rappresentano spesso un'occasione da non perdere. Purtroppo, però, anche la poca pubblicità e conoscenza degli stessi, questi fondi solitamente cospicui passano inosservati e di conseguenza inutilizzati, quando invece potrebbero essere una linfa vitale per importanti progetti a scopo sociale. La domanda risulta perciò sostanzialmente debole rispetto ad un'offerta di finanza sempre più strutturata e diversificata. Una soluzione potrebbe essere rappresentata da un maggior orientamento imprenditoriale, preconditione per l'implementazione di una strategia volta alla riduzione del gap esistente tra la domanda e l'offerta di strumenti finanziari rivolti all'imprenditorialità sociale.

CONCLUSIONI

La ricerca condotta in questo elaborato ha cercato di proporre un modello di analisi utile per lo studio e lo sviluppo di un'importante iniziativa a livello sociale.

La possibilità di strutturare un business plan profondo e completo non poteva che prescindere da un'attenta analisi della domanda. Essa, infatti, è stata il punto di partenza dell'intera ricerca che, dopo aver approfondito il tema dei bisogni e gli elementi che ne modificano la composizione, si è incentrata nella fattispecie territoriale arrivando ad un dimensionamento del mercato target.

L'analisi ha mostrato l'esistenza di un'alta varietà di esigenze e di come esse si stiano evolvendo negli ultimi anni a causa di cambiamenti sociali ed eventi imprevisti.

Conseguenza naturale dei dati emersi, è stata la ricerca di soluzioni innovative in grado di fronteggiare nel miglior modo possibile la tendenza emersa. Attraverso i casi studio è stata fornita una linea guida operativa di cooperative e imprese operanti nel sociale che affrontano le stesse problematiche o simili in modo, ideando soluzioni sempre più vicine all'utente.

I due approfondimenti hanno portato infine all'obiettivo principale che si era preposto l'elaborato: stilare il business plan di un progetto realmente in fase di elaborazione.

La stesura dello stesso ha dimostrato come, per il settore socioassistenziale, fare previsioni sull'ampiezza del mercato, dei costi del progetto e del connesso piano-finanziario, non sia di facile attuazione data la complessità e la delicatezza del settore, ma comunque fattibile per alcuni versi disponendo di dati, come in questo caso, forniti dalle cooperative partecipanti.

Spunto per ulteriori analisi future potrebbe essere quella di soffermarsi maggiormente sulla progettazione del modello di business dati per assodati i bisogni delle persone più fragili e la tendenza che gli stessi seguiranno nei prossimi anni.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Istat e Ministero della Salute, 2019 – *“Gli anziani e la loro domanda sociale e sanitaria”*

Cuccurullo A.P. e Cascone G., novembre 2010 – *“L’analisi dei bisogni in materia di assistenza domiciliare integrata”*

Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) – <https://www.istat.it/>

Ansa, 21 aprile 2020 – *“Italiani i più vecchi d’europa, il 22,8% è over 65”*; <https://www.ansa.it/ansa2030>

Sindacato pensionati CGIL – *“Sempre più a rischio l’assistenza per gli anziani di domani”*; <https://www.spi.cgil.it/>

Falasca C., Auser e SPI CGIL, Roma 24 luglio 2018 – *“Il diritto di invecchiare a casa propria”*

Network Non Autosufficienza (NNA), dicembre 2020 – *“L’assistenza agli anziani non autosufficiente in Italia” 7° rapporto 2020/2021*; Maggioli Editore

La Repubblica, 18 marzo 2020 – *“Anziani, la rete di assistenza regione per regione organizzata da Auser”*; <https://www.repubblica.it/>

Amodeo A., 2010 – *Manuale di analisi dei bisogni per la programmazione dei servizi di assistenza domiciliare integrata*

Mariotti M. – *Analisi di un servizio di assistenza domiciliare*

Aipas Marche – *ATS della regione Marche*; <https://www.aipasmarche.it/>

Urbani A., 8 maggio 2020 – *Accordo di programma quadro della regione Marche*; Ministero della Salute

Regione Marche – *Terzo settore*; <https://www.regione.marche.it/>

Sistema Informativo Statistico (SIS) regione Marche; <http://statistica.regione.marche.it/SIS>

P.F. Performance e sistema statistico regione Marche, *Scheda statistica territoriale ATS 10 – Fabriano*

P.F. Performance e sistema statistico regione Marche, *Scheda statistica territoriale ATS 17 – Alte Valli Potenza-Esino*

P.F. Performance e sistema statistico regione Marche, *Scheda statistica territoriale ATS 18 – Camerino*

Regione Marche, 2019 – *Profilo di salute anno 2019*;
<https://www.regione.marche.it/>

Regione Marche, 2019 – *Profilo di salute 2° report anno 2019*;
<https://www.regione.marche.it/>

ISTAT, 7 giugno 2021 – *“Gli anziani e la loro domanda sociale e sanitaria”*

POR Marche FSE 2014-2020, regione Marche, Ministero della Salute – *Formulario del progetto Ambito Territoriale Sociale n. 10*

POR Marche FSE 2014-2020, regione Marche, Ministero della Salute – *Formulario del progetto Ambito Territoriale Sociale n. 17*

POR Marche FSE 2014-2020, regione Marche, Ministero della Salute – *Formulario del progetto Ambito Territoriale Sociale n. 18*

Vetrano D.L., dicembre 2020 – *“anno 2020 stress-test della long-term care”*;
Progetto di Italia longeva

Gubert E. – *“Anziani fragili e gestione della quotidianità”*; I luoghi della cura online <https://www.luoghicura.it/>

Santarelli G., agosto 2019 – *Piano sociale regionale 2019-2021 regione Marche*

Redazione Auser, 5 novembre 2018 – *“Sempre più a rischio l’assistenza per gli anziani di domani”*; <https://www.auser.it/>

Insurbia assistenza medicina e salute – *“Norme e leggi sull’assistenza domiciliare integrata ADI”*; <https://www.assistenzaaldomicilio.it/>

Euricse; Depedri S., 29 novembre 2019 – progetto “*Integrazione nella filiera dei servizi agli anziani*”

Servizio Sanitario Nazionale – “*LEA: assistenza socio-sanitaria*”;
<https://www.salute.gov.it/portale/lea/homeLea.jsp>

Regione Piemonte – Progetto Co.N.S.E.N.So.;
<https://www.regione.piemonte.it/web/>

Accademia nazionale di medicina – Progetto Co.N.S.E.N.So.;
<https://www.accmed.org/>

MISMI, modello integrato di salute per una montagna inclusiva;
<https://www.mismiproject.eu/>

L'OASI ONLUS S.C.S. – <https://www.oasi-onlus.it/>

L'OASI ONLUS S.C.S., 1° gennaio 2021 – “*Carta del servizio e i suoi allegati*”

L'OASI ONLUS S.C.S. – *Bilancio sociale 2019*

La Bottega del Possibile – <https://www.bottegadelpossibile.it/>

LombardiaSociale.it, 16 maggio 2017 – *Il welfare collaborativo in Lombardia: la ricerca “Welco”*; <http://www.lombardiasociale.it/>

Welfare in azione e Fondazione Cariplo, 2017 – relazione progetto “*Invecchiando s’impara (a vivere)*”

Invecchiando s’impara (a vivere) – <https://www.invecchiandosimpara.it/il-progetto/>

UmbriaeCultura.it – “*Sentinelle di quartiere: un aiuto per gli anziani di Perugia*”;
<https://www.umbriaecultura.it/sentinelle-di-quartiere-perugia/>

Umbria Journal, 30 settembre 2020 - “*Sentiqua – Sentinelle di Quartiere Filosofi e Pallotta a Perugia*”; <https://www.umbriajournal.com/>

VIP Very Informal People – <https://www.veryinformalpeople.com/>

Auser Volontariato Firenze – *Abitare Solidale, Pensare alla casa per una comunità più solidale*; <https://www.auserfirenze.com/>

London Early Years Foundation (LEYF) – <https://leyf.org.uk/prospectus-page/>

“*Day Nurseries Owned by The London Early Years Foundation (LEYF)*” – <https://www.daynurseries.co.uk/>

City Health Care Partnership (CHCP) – <https://www.chcpcic.org.uk>

Koto-SIB – <https://kotosib.fi/en/>

Investopedia - *Social Impact Bond (SIB)*; <https://www.investopedia.com/>