

Primo Quaderno di approfondimento 2016
Welfare e Investimenti a 360 gradi

La residenzialità per gli anziani:
possibile coniugare sociale e business?

A cura di Assoprevidenza e di Itinerari Previdenziali

Coordinamento Scientifico

Dott.ssa Laura Crescentini

Dott. Edoardo Zaccardi

Primo Quaderno di approfondimento 2016

Welfare e Investimenti a 360 gradi

La residenzialità per gli anziani: possibile coniugare sociale e business?

A cura di Assoprevidenza e di Itinerari Previdenziali

Coordinamento Scientifico

Dott.ssa Laura Crescentini

Dott. Edoardo Zaccardi

Contributors

Alberto Brambilla
Sergio Corbello

Presidente Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali
Presidente Assoprevidenza

Alessandro Baldi
Vito Bisceglie
Alessandro Bugli
Guido Cisternino
Laura Crescentini

Presidente Fondo Mario Negri
DLA Piper
Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali
Responsabile Enti, Associazioni e Terzo Settore UBI Banca
Coordinatore Tecnico Assoprevidenza
Comitato Tecnico Scientifico Itinerari Previdenziali

Amedeo Duranti
Paolo Novati
Agostino Papa
Rosemarie Serrato
Fabio Toso
Claudio Trucato
Edoardo Zaccardi

Presidente Ribes
Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali
DLA Piper
DLA Piper
Vice Direttore Generale Fondazione OIC
Manageritalia Torino
Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali

La redazione del presente quaderno è stata possibile grazie al sostegno di:

INDICE

Prefazione a cura di Alberto Brambilla	VII
Prefazione a cura di Sergio Corbello	IX

IL QUADRO DI RIFERIMENTO: NORMATIVA E PROCESSI SOCIO-ECONOMICI IN ATTO

1. Le prestazioni a carattere residenziale e semiresidenziale per gli anziani: il contesto di riferimento – <i>L. Crescentini</i>	
1.1 La normativa	13
1.2 Lo stato dell'arte	14
2. La residenzialità per anziani: dinamiche e approcci del “territorio” – <i>E. Zaccardi</i>	
2.1 I numeri e le sfide della residenzialità, tra domanda, offerta ed evoluzioni demografiche	19
2.2 La spesa per servizi residenziali, tra risorse dei comuni e compartecipazione dell'utenza	27
3. L'evoluzione del concetto di residenzialità per anziani – <i>C. Trucato</i>	
3.1 La filosofia e le parole d'ordine	36
3.2 L'impatto sulle politiche nazionali: Europa e USA	38
3.3 Micro-comunità: il fenomeno del cohousing	41
3.4 Possibili sviluppi futuri: il ruolo degli investitori istituzionali	46
4. Prestazioni in favore degli anziani, dei non autosufficienti e di soggetti bisognosi di prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate in Lombardia – <i>P. Novati</i>	
4.1 Quadro socio-demografico	48
4.2 La domanda sanitaria	50
4.3 La domanda assistenziale	51
4.4 L'offerta: strumenti e modelli per l'integrazione	52

STRUMENTI, SOLUZIONI INNOVATIVE E APPROCCI PER INVESTIRE CON SUCCESSO NELLE RSA

5. Investimento in RSA o altre strutture e/o creazione di reti convenzionate per le prestazioni: pregi e difetti in termini giuridici – A. Bugli	63
6. Il Fondo Mario Negri e l'opportunità degli investimenti in residenzialità – A. Baldi	
6.1 Il mercato degli investimenti in Italia	71
6.2 Il mercato immobiliare delle RSA	73
6.3 Caratteristiche dell'investimento immobiliare nell'asset class RSA	76
6.4 Investimenti immobiliari in RSA all'interno del Fondo "Immobiliare Negri"	77
6.5 Driver alla base dell'investimento	81
7. Investimenti immobiliari nel comparto dei servizi sociosanitari: tra opportunità e approccio settoriale – A. Papa, V. Bisceglie e R. Serrato	
7.1 La cd. "residenzialità leggera"	83
7.2 Le strutture residenziali socioassistenziali e sociosanitarie	86
7.3 Considerazioni conclusive	90
8. Finanza "silver", ma non solo: quando la banca finanzia (e sostiene) le RSA – in collaborazione con G. Cisternino	92

CASE HISTORY: LA GESTIONE DI UNA RSA

9. Civitas Vitae, Infrastruttura di Coesione Sociale – F. Toso	
9.1 Il Civitas Vitae	98
9.2 Perché secondo noi la longevità è una risorsa?	100
10. Ribes, una rete nazionale di innovazione sociale – A. Duranti	
10.1 Ribes	103
10.2 La capacità di prendersi cura della persona sotto le varie forme	104
10.3 Flessibilità nella residenzialità e Piattaforma tecnologica	105
10.4 Conclusione	106

Prefazione

Alberto Brambilla

Il tema dell'invecchiamento della popolazione e conseguentemente quello derivante dalle **nuove esigenze** degli anziani si colloca appieno nella definizione “**dinamica**” di welfare: la protezione dai **rischi** e il soddisfacimento dei relativi **bisogni**. E tra i nuovi rischi e bisogni, per via dell'aumento dell'aspettativa di vita fino a qualche decennio fa impensabile, c'è quello della parziale o totale non autosufficienza, ma anche quello della solitudine in una famiglia ormai sempre più mononucleare. Quello che in passato era soddisfatto (internalizzato) dalla famiglia “allargata” in cui convivevano, soprattutto nelle zone rurali, bis nipoti, nipoti, figli, padri, nonni, ora deve essere trovato negli altri due sbocchi: il **mercato** e lo **Stato**.

Le case e gli appartamenti oggi sono piccoli e non consentono più convivenze di diversi nuclei familiari e pensiamo ci vorrà molto tempo e ancora anni di difficoltà economiche derivanti dalla stagnazione dei consumi mondiali perché ci sia un'inversione di tendenza.

Un nuovo modello abitativo molto meno dispendioso e con elevate risorse interne di aiuto reciproco (i nonni *versus* nipoti e i figli *versus* padri ecc.) potrebbe essere auspicabile in vista di una stagnazione dei redditi e di una riduzione dell'intervento pubblico ma ci vorrà ancora molto tempo. E così il tema della “**residenzialità per gli anziani**” è e resta di grande attualità. Dicevamo poc'anzi mercato e Stato; ed è proprio questo il tema assai ben esplorato del “**Quaderno di approfondimento**”: “**è possibile coniugare sociale e business?**”. Non solo dev'essere possibile, ma anche indifferibile poiché nel nostro Paese siamo in presenza di due grandi limiti: il primo è la totale mancanza di un sistema di assistenza di lungo periodo (*Long Term Care*) indispensabile per le persone anziane, ma che non può essere soddisfatto dal Sistema Sanitario Nazionale; il secondo è legato agli importi medi delle prestazioni pensionistiche forniti dal sistema pubblico e da quello delle Casse dei Liberi Professionisti.

I primi 7 milioni di pensionati su 16,259 milioni hanno prestazioni che non superano i 1.000 € lordi; altri 4 milioni arrivano a 1.500 € lordi (poco più di 1.000 € mese), ma anche i successivi 2,5 milioni non superano i 2.000 € lordi il mese. Fintantoché la salute tiene, non sono grandi cifre, ma sufficienti per vivere; il problema si pone quando non si è più autosufficienti, considerando - come si evince dal Quaderno - che i costi giornalieri della “quota alberghiera” delle residenze, sommati a quella “sanitaria”, variano tra i 106 e i 233 €.

È vero che il sistema pubblico (SSN e Comuni) si accolla in media il 51% dei costi, ma resta il fatto che la quota a carico dell'anziano si attesta tra i 1.500 e i 3.400 € al mese: cifre, queste, che

per la gran parte dei pensionati sono impossibili da sostenere stanti le attuali rate di pensione. E allora che fare? Indispensabili sarebbero due azioni: la prima, una introduzione urgente della *LTC* che consenta di raddoppiare la rendita pensionistica all'insorgere della non autosufficienza (prevedendo magari integrazioni intermedie correlate ai livelli di bisogno); in questo caso tutti potrebbero accedere alle RSA o similari.

La seconda azione possibile è il *mercato*, che sappia coniugare *sociale e business*, comprendendo che l'investimento diretto o indiretto in queste strutture presenta una serie di vantaggi per gli enti che gestiscono forme pensionistiche di primo e secondo livello: anzitutto, la remunerazione del capitale investito con flussi certi, al riparo dall'inflazione e, soprattutto, investito in beni reali e non in "carta"; in secondo luogo, non avendo la possibilità di aumentare le rendite pensionistiche (difficile chiedere aumenti delle contribuzioni di questi tempi), si potrebbero offrire servizi diretti in *partnership* con altri soggetti o convenzionamenti a condizioni favorevoli.

Non capita spesso che *business si combini con sociale*: questa è una delle rare "coniunzioni astrali" favorevoli che, come indica il Quaderno, varrebbe la pena di percorrere, anche a passo spedito.

Prefazione

Sergio Corbello

L'oramai diffusa consapevolezza circa il progressivo e significativo invecchiamento della popolazione ha – finalmente – creato le condizioni favorevoli perché il dibattito in tema di politiche sociali di protezione e cura delle persone anziane si svolga su basi aggiornate e moderne, sulla scia di quanto da tempo già avviene in numerosi paesi dell'UE, in particolare nel nord Europa.

Il punto di partenza è la visione della vecchiaia non come un momento critico, ma come fisiologica evoluzione dell'arco di vita; in questa ottica, piuttosto che concentrarsi esclusivamente sui servizi rivolti alle situazioni di disabilità grave (cioè sulla sola patologia del fenomeno), l'obiettivo è di intervenire tempestivamente sui fattori di rischio, individuando le difficoltà emergenti con il generalizzato progredire dell'invecchiamento e progettando le relative soluzioni.

Nell'indicato contesto assume un valore centrale il tema della diversa concezione del modello di residenzialità, volto a progettare soluzioni abitative che, ancorché coerenti con il progressivo bisogno di prestazioni assistenziali dell'età anziana, favoriscano una migliore qualità della vita e, riducendo o ritardando la necessità di intervenire con servizi dedicati, privilegino la permanenza della persona nella sua abitazione. Una soluzione ad un tempo qualitativamente migliore ed economicamente più razionale.

La progettazione di un nuovo modello di residenzialità non può, peraltro, prescindere da un'analisi della situazione esistente che, oltre a riassumere le condizioni di tipo normativo e regolamentare, approfondisca anche gli aspetti quantitativi, con particolare riferimento alle caratteristiche della domanda e dell'offerta.

È peraltro nostra ferma opinione che l'innegabile e prevedibile incremento del fabbisogno assistenziale legato all'invecchiamento diffuso della popolazione non debba essere visto esclusivamente come un fattore di costo, ma come un'opportunità per il nostro sistema economico sotto più di un profilo.

In primo luogo rappresenta il terreno ideale per sperimentazioni innovative di investimento basate sulla *partnership* pubblico/privato, in particolar modo con investitori istituzionali quali fondi pensione e casse di previdenza private.

Non sfugge, inoltre, l'importanza delle sinergie realizzabili con fondi e casse sanitarie, al fine di migliorare la copertura “sociale” offerta, in una situazione di risorse disponibili come l'attuale, di certo non ottimale, che impone di agire in un'ottica di welfare integrato.

Da ultimo, ma non meno importante, lo sviluppo del comparto ha innegabili potenzialità sotto il profilo dell'occupazione, in quanto comporta la creazione di posti di lavoro certamente non delocalizzabili e non facilmente sostituibili con la tecnologia, per quanto avanzata possa essere.

Per questi motivi riteniamo che operare per diffondere un'adeguata cultura e conoscenza delle *best practices* nella materia, nonché per favorire la messa a punto di un quadro normativo e operativo favorevole allo sviluppo del comparto rappresenti un obiettivo strategico (se non un preciso dovere) di chi, come Assoprevidenza, opera ormai da oltre venticinque anni, quale entità priva di fini di lucro, per la definizione e il mantenimento di un adeguato sistema di welfare nel nostro Paese.

Questo Quaderno cerca di fornire un contributo che ci sembra non del tutto marginale e, soprattutto, volto il più possibile ai profili realizzativi della questione.

**IL QUADRO DI RIFERIMENTO:
NORMATIVA E PROCESSI
SOCIO-ECONOMICI IN ATTO**

1. Le prestazioni a carattere residenziale e semiresidenziale per gli anziani: il contesto di riferimento

Laura Crescentini

1.1 La normativa

In via preliminare va evidenziato come a livello nazionale il quadro normativo riferito alle prestazioni residenziali per anziani, ancorché abbia radici certamente non recenti, non appaia compiuto e organico, ma risulti piuttosto dalla somma di provvedimenti successivi che rispondono a logiche e principi non sempre omogenei. Di seguito si espone una sintesi dei principali provvedimenti, mentre nel paragrafo successivo, sulla base della lettura sistematica dei medesimi provvedimenti, si è tentata una loro “traduzione” sotto il profilo operativo.

- Legge 11 marzo 1988, n. 67 – art. 20, c. 1 e 2, lett. f) (legge finanziaria 1988): autorizza l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti che non possono essere assistiti a domicilio e nei presidi extra-ospedalieri e ospedalieri diurni, e che richiedono trattamenti continui. Tali strutture, che possono essere ricavate anche presso aree e spazi resi disponibili dalla riduzione di posti letto ospedalieri, devono essere di dimensioni adeguate all'ambiente e integrate con i servizi sanitari e sociali di distretto e con istituzioni di ricovero e cura in grado di provvedere al riequilibrio di condizioni deteriorate.
- D.P.C.M. 22 dicembre 1989 (Atto di indirizzo e coordinamento per la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani) e DPR 14 gennaio 1997 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio di attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private): definiscono caratteristiche e requisiti delle RSA, nel rispetto del modello assistenziale adottato dalle Regioni/Province autonome.
- Art. 8 sexies d. lgs. 502/92 e succ. modificazioni: detta indicazioni per la determinazione delle tariffe a livello nazionale.
- Progetto Obiettivo Tutela della Salute degli Anziani 1994-1996.
- D.M. Salute 15/4/1994: attribuisce alle regioni la competenza sulla determinazione dei rispettivi sistemi tariffari, di fatto disattendendo il principio della definizione di tariffe a livello nazionale. Fornisce indicazioni esclusivamente sulla parte sanitaria del costo.

- Linee guida ministeriali n. 1/94: contengono indicazioni sia sulle tariffe sanitarie sia quelle alberghiere, con riferimento a strutture pubbliche e private.
- Legge n. 328/2000: individua i parametri ISEE quale elemento di riferimento per la determinazione dei criteri di partecipazione degli assistiti.
- D.P.C.M. 14 febbraio 2001 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie): definisce i criteri di finanziamento e quelli per la definizione della partecipazione alla spesa degli utenti. Nelle forme di lungo-assistenza semiresidenziali e residenziali il 50% del costo complessivo è a carico del SSN con riferimento ai costi riconducibili al valore medio della retta relativa ai servizi in possesso degli standard regionali, o in alternativa il costo del personale sanitario e il 30% dei costi per l'assistenza tutelare e alberghiera; il restante 50% del costo complessivo a carico del Comune, fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale.
- D.P.C.M. 29 novembre 2001 (Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza): pone a carico dell'utente o del Comune il 50% dei costi relativi a prestazioni di cura e recupero funzionale delle abilità per anziani e per persone non autosufficienti in regime residenziale e semiresidenziale, ivi compresi interventi di sollievo.
- D. M. Lavoro 17 dicembre 2008 (Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali): individua le tipologie di prestazione e le classi di strutture.
- D.P.C.M. n. 159/2013 (Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'ISEE).

1.2 Lo stato dell'arte

A livello nazionale il Ministero della Salute ha definito le prestazioni residenziali e semiresidenziali come *“il complesso integrato di prestazioni socio-sanitarie erogate a persone non autosufficienti non assistibili a domicilio all'interno di nuclei accreditati per la specifica funzione. La prestazione non è quindi un singolo atto assistenziale, ma un complesso integrato di interventi, funzioni e attività di carattere sanitario tutelare e alberghiero erogati durante l'intera giornata a persone non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche.”* Si tratta, quindi, di prestazioni distinte dalle quelle di “terapia post-acuzie” (riabilitazione e lungodegenza) svolte di norma in regime ospedaliero o in strutture extra-ospedaliere specializzate

per la riabilitazione, il cui elemento distintivo non risiede nella diversa intensità di assistenza, ma nella sua continuità e complessità.

L'ampia autonomia attribuita alla Regioni ha peraltro, come spesso succede in ambito sanitario in Italia, condotto ad un quadro normativo di riferimento estremamente eterogeneo e frammentato. Non esiste, quindi, un unico modello tariffario a livello nazionale (come auspicato dal d. lgs. n. 502/1992), ma ogni Regione ha definito il rispettivo sistema tariffario sulla base dei seguenti parametri:

- individuazione di una o più tipologie differenti di strutture residenziali;
- criteri di definizione della tariffa;
- modalità di definizione della quota di partecipazione alla spesa da parte dell'assistito;

1.2.1 Individuazione di una o più tipologie di strutture residenziali

La denominazione di RSA può indicare strutture con finalità diverse (da quelle preposte all'assistenza post-acuzie intra-ospedaliera a quelle residenziali innovative), con inevitabili riflessi sul tipo di utenza target. La partizione più diffusa, tuttavia, sembra essere quella in "Residenza Sanitaria" e "Residenza Protetta", entrambe destinate ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste stabilizzate, non curabili a domicilio, ma caratterizzate da diversa intensità e complessità assistenziale.

Le RSA possono essere pubbliche o private, e in quest'ultimo caso solo autorizzate o anche accreditate con il Servizio Sanitario Regionale. Nelle RSA accreditate il finanziamento si fonda sul principio di *copayment* fra tre soggetti: il Servizio Sanitario Nazionale, l'utente e i Comuni; nelle RSA autorizzate, invece, il costo è interamente a carico dell'utente e/o del Comune.

1.2.2 Criteri di definizione della tariffa

I DPCM del 14 febbraio e del 29 novembre 2001 hanno posto integralmente a carico del SSN i costi dell'assistenza agli anziani e alle persone non autosufficienti per quanto concerne la fase intensiva e le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria nella fase estensiva.

Per le forme di lungo-assistenza residenziali e semiresidenziali si distinguono:

- la quota sanitaria, a carico del SSR, relativa ai fattori produttivi di carattere sanitario (personale, materiale di consumo sanitario), stabilita al massimo nel 50% del costo complessivo;

- la quota sociale, relativa ai costi di erogazione dei servizi alberghieri e di funzionamento della struttura.

Ancorché le Regioni siano in via di principio competenti ad intervenire oltre che sulla determinazione della tariffa e sulla sua ripartizione fra quota sanitaria e quota sociale, anche sui criteri di ripartizione fra utente e Comune della quota sociale, nella realtà esse si sono essenzialmente preoccupate di definire la ripartizione fra quota sanitaria e quota sociale, lasciando ai singoli Comuni la determinazione della compartecipazione alla spesa dell'assistito.

Per la definizione dei rispettivi sistemi tariffari le Regioni hanno utilizzato essenzialmente due diversi modelli:

- tariffa per giornata di degenza: uguale per tutti, indipendentemente dal fabbisogno assistenziale dell'utente. Anche se sono presenti più tariffe, queste sono calcolate in funzione delle caratteristiche della struttura e non del paziente. Tale modello tende ad omogeneizzare verso il basso l'assistenza erogata e favorire la selezione dei pazienti verso i casi con minore fabbisogno assistenziale. È la tariffa maggiormente adottata: generalmente sono previste due tariffe più una tariffa specifica per i casi di Alzheimer.
- tariffa giornaliera per caso trattato: considera le condizioni di ogni singolo paziente e del suo effettivo assorbimento di risorse, valutando gli assistiti per stimare la quantità di cure necessaria e il loro posizionamento in categorie omogenee. È adottata in poche regioni, nonostante nella maggior parte vi siano sistemi di classificazione dei pazienti, ma che tuttavia non sono utilizzati per la determinazione delle tariffe.

Nell'ambito del criterio prescelto, le regioni hanno scelto, inoltre, di determinare:

- la tariffa completa (quota sanitaria + quota alberghiera): è la tariffa maggiormente utilizzata;
- solo la quota sanitaria;
- solo la quota alberghiera.

Infine, va sottolineato come nella quota sanitaria non tutte le Regioni prevedano le medesime prestazioni sanitarie: ad esempio, i farmaci e l'assistenza specialistica possono essere all'interno della retta o da essa esclusi.

1.2.3 Criteri di compartecipazione alla spesa

Anche con riferimento alla retta alberghiera non esiste una definizione puntuale e condivisa a livello nazionale per la ripartizione fra utente e Comune, il che ovviamente ha introdotto ulteriori elementi di eterogeneità fra comuni e tipologie di strutture pur all'interno della medesima regione.

In via di principio il costo grava sull'assistito, mentre i comuni intervengono qualora il relativo reddito sia insufficiente per sostenere il costo: la significativa variabilità che caratterizza i diversi sistemi trae origine proprio dai diversi criteri utilizzati per la determinazione dei redditi.

Al riguardo, la legge 328/2000 prevede che siano le Regioni a stabilire la ripartizione fra utente e Comune, e che i criteri di compartecipazione siano determinati “*tenuto conto*” dei principi definiti ai fini del sistema ISEE (art. 8, c. 3, *lett. l*) e art. 18, c. 3, *lett. g*). Per tale motivo, mentre alcune Regioni avevano adottato i medesimi parametri ISEE, altre avevano ritenuto di applicare riferimenti diversi, sia modificando l'ISEE stesso, sia facendo riferimento ad altri criteri.

L'entrata in vigore dal 2015 dell'ISEE specifico per l'accesso alle prestazioni residenziali (c.d. *ISEE sociosanitario-residenze*), ha recentemente introdotto un più corretto parametro di riferimento che, definendo i contorni dell'utilizzo del reddito personale in luogo di quello familiare, agevola di fatto una maggiore uniformità delle normative locali.

Oltre ai criteri ISEE, la ripartizione della quota sociale/alberghiera fra assistito e Comune risente anche di altri elementi di differenziazione:

- l'inserimento nella valutazione di redditi non fiscalmente rilevanti, considerando quindi in luogo del reddito fiscale quello disponibile, ricomprendendo indennità di accompagnamento, pensione di invalidità o altri contributi economici e assistenziali forniti dal Comune;
- la quota di reddito dell'assistito utilizzata: non tutte le risorse economiche dell'assistito possono essere utilizzate. Una parte delle sue entrate deve essere lasciata per le piccole spese o per i servizi aggiuntivi;
- la presenza di contributi regionali per i comuni chiamati ad integrare le rette;
- la graduazione della compartecipazione: alcune Regioni hanno stabilito di graduare la dimensione della compartecipazione alla spesa sulla base del livello di reddito, sempre con riferimento ai parametri ISEE;
- la decorrenza del pagamento: nella maggioranza delle Regioni la decorrenza della quota sociale parte immediatamente dal primo giorno di ricovero, mentre negli altri casi il pagamento decorre dopo uno o due mesi di degenza, poiché il primo periodo è considerato compreso nella fase di assistenza intensiva/estensiva e quindi il costo è posto integralmente a carico del SSN;
- la previsione esplicita della possibilità per i gestori di offrire prestazioni aggiuntive alla retta alberghiera su richiesta dell'ospite.

Purtroppo, come si vedrà meglio nel capitolo successivo, i dati relativi all'assistenza residenziale sono scarsi, non omogenei e non particolarmente aggiornati. In particolare, con riferimento alle tariffe, la fonte più completa risulta essere il Terzo Rapporto sulla Non Autosufficienza, redatto a cura del Network sulla Non Autosufficienza, edizione 2011, che ha dedicato uno specifico approfondimento alla materia.

Secondo le indicazioni fornite nel Rapporto in parola, la tariffa complessiva “media” nazionale delle strutture residenziali sanitarie si collocava nel 2011 a 106,31 euro, ovviamente con ampio *range* di variabilità - fra gli 80 e i 143 euro per i casi a maggiore intensità assistenziale - in ragione della funzione assegnata alle RSA nel sistema regionale di cure, degli standard di personale, della consistenza delle prestazioni a carico al SSN e della presenza più o meno marcata di strutture a più alta complessità assistenziale.

Analoga variabilità si registra sia con riferimento alla *quota sanitaria*, quantificabile dai 30 ai 103 euro (in ragione del carattere più o meno “sanitario” delle prestazioni comprese nel costo complessivo e delle condizioni cliniche degli ospiti), sia alla *retta alberghiera*, che si traduce in una quota di partecipazione degli ospiti variabile fra i 26 e i 90 euro.

La media ponderata a livello nazionale vedeva una ripartizione delle spese per RSA coperte per il 51% dal Servizio Sanitario e per il 46,6% dall'assistito, eventualmente supportato dal Comune di residenza (2,4%).

2. La residenzialità per anziani: dinamiche e approcci del “territorio”

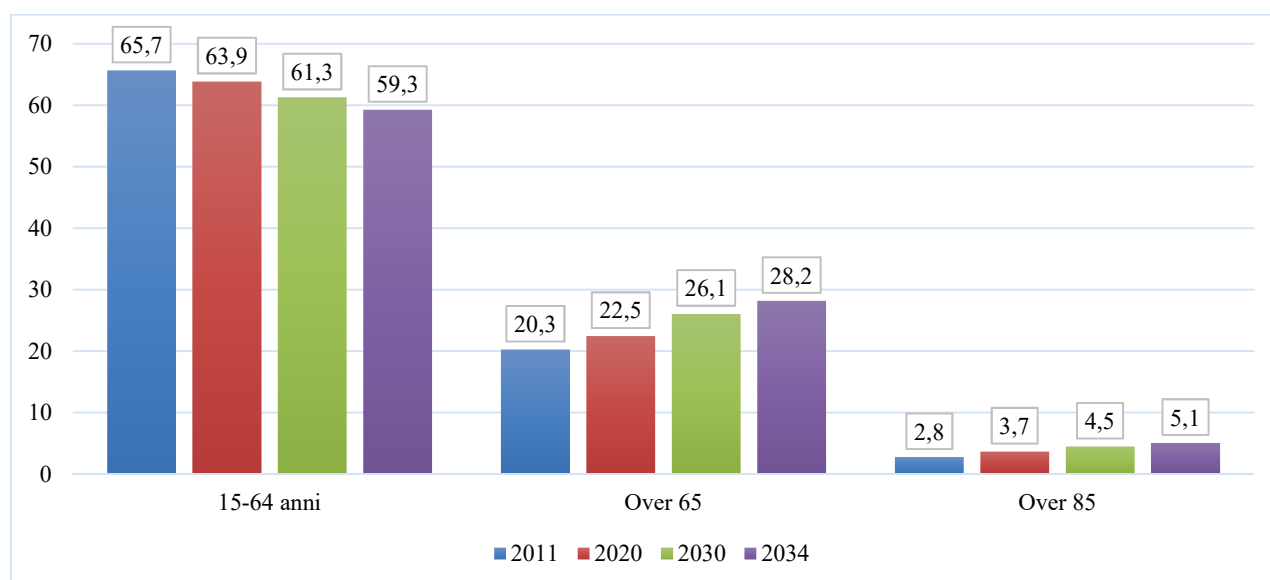
Edoardo Zaccardi

2.1 I numeri e le sfide della residenzialità, tra domanda, offerta ed evoluzioni demografiche

L'attuale trend demografico, caratterizzato da una contrazione della popolazione in età lavorativa – che potenzialmente oltre a produrre reddito, versa contributi – e da una contestuale crescita di quella anziana, è destinato a **mettere sempre più sotto pressione**, ed in maniera crescente, **il nostro sistema di welfare**. Non soltanto, infatti, le risorse e le soluzioni che il pubblico è in grado di offrire alla sempre più ampia schiera di anziani non appaiono all'altezza della “sfida demografica” che ci attende, ma anche gli adattamenti *micro* - a livello di singolo e di famiglia - che si sono fino ad ora adottati non sembrano sufficienti a far fronte al fabbisogno di protezione e cura tipico della condizione anziana o, quanto meno, a colmare le lacune che si evidenziano nell'attuale sistema di servizi.

In base alle proiezioni ad oggi disponibili, l'invecchiamento della popolazione italiana è destinato a procedere spedito nei prossimi anni, e ne avremo la percezione soprattutto attraverso due fenomeni più significativi: da un lato, la quota di popolazione in età lavorativa si contrarrà sensibilmente, fino a scendere nel 2034 sotto la soglia “psicologica” del 60% (oggi è superiore al 65%); dall'altro lato, nel medesimo anno la quota di over 85 sul totale della popolazione supererà la soglia del 5% (fig. 1).

Fig. 1 - Evoluzione demografica della popolazione italiana, 2011-2020-2030-2034, val. % su totale della popolazione



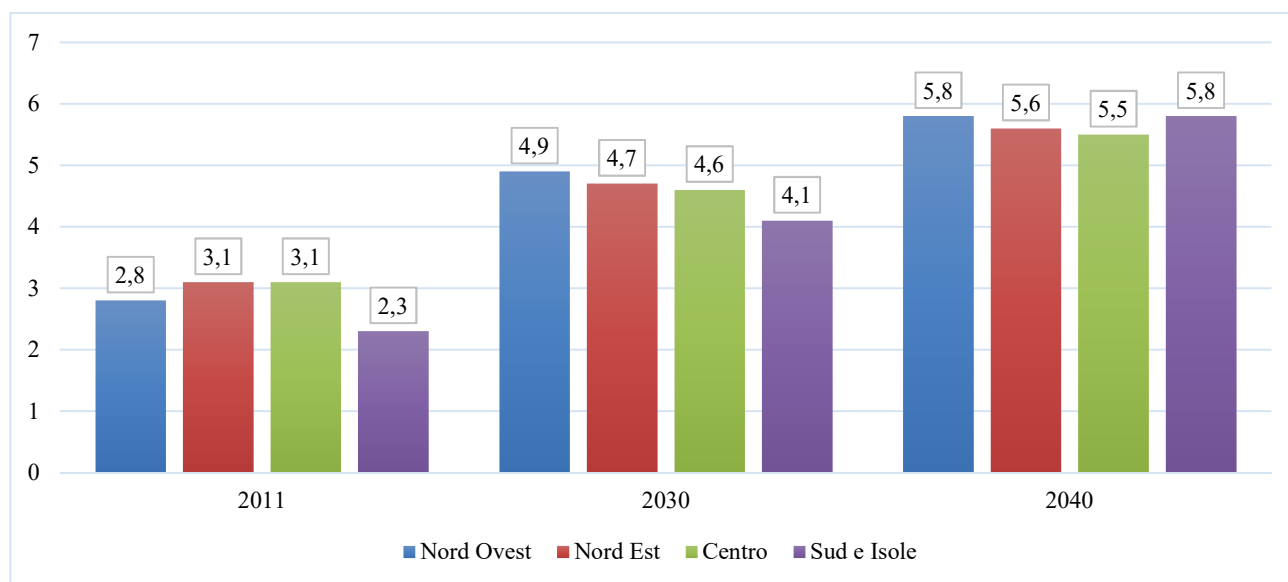
Fonte: elaborazione Itinerari Previdenziali su dati Istat “Demo-Istat”

Il processo, tuttavia, assumerà **impatti differenziati nelle varie aree del Paese**.

È il **Sud** che, più delle altre, sembra doversi attrezzare per tempo allo scenario in mutamento, soprattutto in termini di maggiori servizi e risorse che il pubblico e le famiglie dovranno mettere a bilancio per affrontare questo radicale processo demografico. Se, infatti, il Sud è oggi l'area del Paese con la minore quota di over 85enni sulla popolazione (nel 2011 rappresentavano “appena” il 2,3%, a fronte di quote comprese tra il 2,8% e il 3,1% al Centro e al Nord), entro i prossimi 20-30 anni diventerà il territorio con il maggior numero di “grandi anziani” (5,8%), con un'incidenza che è destinata a più che raddoppiare. Più di un interrogativo si pone, dunque, sulla capacità di tenuta della rete di servizi agli anziani – e non soltanto per quelli di tipo residenziale – al Meridione, e sulla effettiva possibilità di far fronte al carico di assistenza che è destinato a crescere sensibilmente nei prossimi anni.

Un *trend* analogo, peraltro, dovrebbe interessare anche il **Nord Ovest** del Paese, dove il processo di generale invecchiamento della popolazione sembra doversi accentuare proprio nel prossimo decennio, per poi stabilizzarsi progressivamente: già entro il 2030, infatti, l'incidenza di over 85enni sul totale della popolazione del Nord Ovest dovrebbe salire dal 2,8% al 4,9%, superando aree che oggi evidenziano una più forte concentrazione di “grandi anziani”, come il Nord Est ed il Centro (fig. 2).

Fig. 2 - Quota di over 85enni sulla popolazione, per area geografica, 2011-2030-2040, val. %



Fonte: elaborazione Itinerari Previdenziali su dati Istat “Demo-Istat”

Se si colloca il processo di **invecchiamento della popolazione** italiana all'interno di un quadro più ampio, nel quale contestualmente si osservano, da un lato, il **ridimensionamento dell'offerta pubblica di servizi** residenziali per anziani, e dall'altro lato, la **riduzione delle prestazioni che saranno percepite dai futuri pensionati**, fin da ora appare strategico esplorare

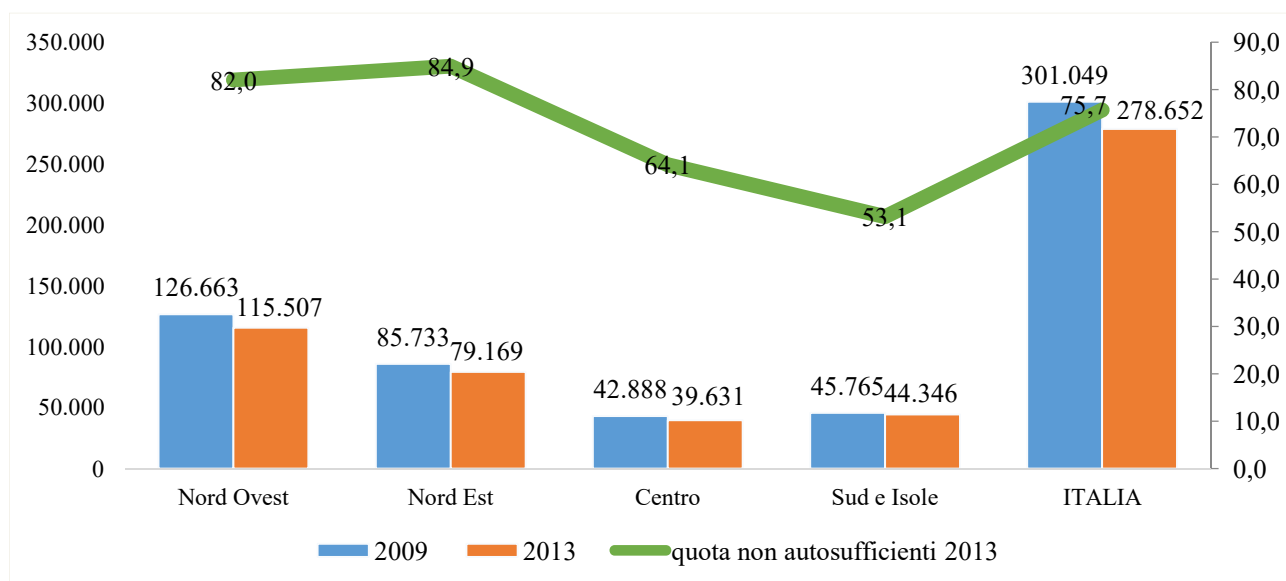
nuove soluzioni per l'assistenza agli anziani e mettere a fattor comune le *best practice* già sperimentate, anche e soprattutto sul fronte della residenzialità.

In questo solco, l'orientamento verso **ipotesi di presa in carico più “leggere” ed economicamente meno impattanti**, sia per i bilanci famigliari che per quelli pubblici, nonché la sperimentazione di servizi residenziali che prediligano non soltanto le “mura domestiche” - laddove possibile - ma risultino effettivamente **innovative per le modalità di assistenza prestata, e soprattutto, per le soluzioni tecnologiche e abitative adottate**, assumeranno un'importanza via via crescente, fino a risultare cruciali, anche in una logica di progressivo coinvolgimento di partner e capitali privati, ma anche *not for profit*.

In questo processo, infatti, **formule di collaborazione** a vario titolo percorribili **tra pubblico e privato** (in senso lato), così come **forme di contaminazione tra modelli di residenzialità tradizionali con altri più innovativi o mutuati da altri Paesi**, appaiono oggi più che mai strategiche, anzi decisive per giocare una partita – quella riferita all'offerta residenziale per anziani – che si presenta alquanto sfidante e dagli esiti tuttora incerti.

Osservando il quadro odierno riferito alla residenzialità per anziani, esso appare quanto mai fluttuante e sottoposto all'azione di svariati fattori. A fronte della costante crescita della popolazione anziana, infatti, appare in calo il numero di anziani ospiti di strutture residenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali. **Tra 2009 e 2013, soprattutto a causa della crisi economica** che ha indotto molte famiglie a tenere in casa gli anziani – internalizzando i servizi di cura e assistenza – o a ricorrere a forme di assistenza economicamente meno onerose (badanti, ecc.), **il numero di anziani ospiti presso il complesso delle strutture residenziali è sceso del 7,4%** (da poco più di 301mila a poco meno di 279mila). Al Centro e al Nord si sono osservati i cali più sensibili, con percentuali variabili tra il -8,8% del Nord Ovest e il -7,6% del Centro, mentre al Sud la contrazione è stata più contenuta (-3,1%). **Già nel 2013, tuttavia, si è registrata un'inversione di tendenza**, e la popolazione anziana ospitata nei presidi residenziali è tornata a crescere: rispetto al 2012, infatti, il loro numero è cresciuto (+9mila unità), pur mantenendosi però ben distante dai livelli del 2009 (fig. 3).

Fig. 3 - Anziani ospiti presso i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari al 31 dicembre 2013, per area geografica, val. ass. e val. % non autosufficienti

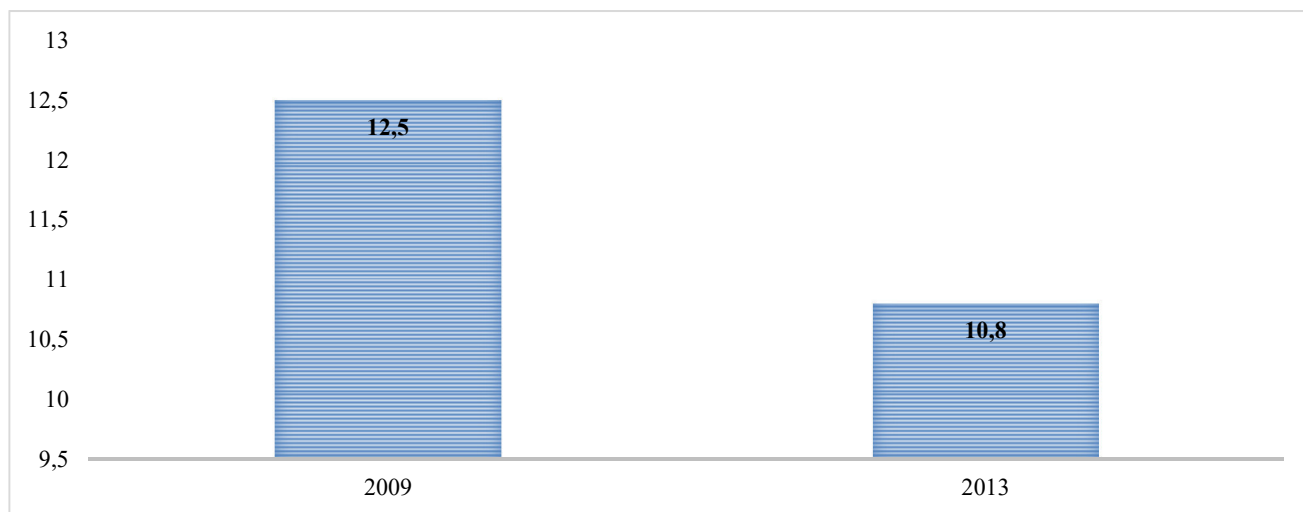


Fonte: elaborazione Itinerari Previdenziali su dati Istat "Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari"

Su tutti, un dato appare particolarmente eloquente per spiegare il trend attuale e, specialmente, per comprendere l'effetto della crisi economica sulla domanda di residenzialità degli anziani. Se si considera, infatti, la **quota di anziani ospiti delle strutture residenziali sul totale di quelli con limitazioni funzionali**, si registra tra 2009 e 2013 una sensibile contrazione di questo valore, **che è sceso dal 12,5% al 10,8%¹**; vale a dire, in molti più casi anziani in precarie condizioni di salute, che necessiterebbero di adeguata assistenza anche per svolgere le basilari funzioni di vita quotidiana (confinamento, limitazioni nel movimento, a vista, udito e parola, ecc.) tendono a non ricorrere alle strutture residenziali e a optare per soluzioni alternative che possono risultare anche non del tutto appropriate. Ma non è escluso, del resto, che si stiano progressivamente affermando altre formule di assistenza per gli anziani con limitazioni funzionali, egualmente efficaci e, al tempo stesso, che consentano all'anziano di restare presso la propria abitazione (fig. 4).

¹ Per calcolare il rapporto si è utilizzato il dato *Persone di 65 anni e più con limitazioni funzionali per tipo di limitazione* (pari a 19,8% nel 2013) contenuto nel 5° Rapporto del Network Non Autosufficienza – L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 2015, pag. 17. Tale dato, inoltre, si è assunto come valido anche per il 2009.

Fig. 4 - Anziani ospiti presso le strutture residenziali sul totale della popolazione anziana con limitazioni funzionali, 2009-2013, val. %

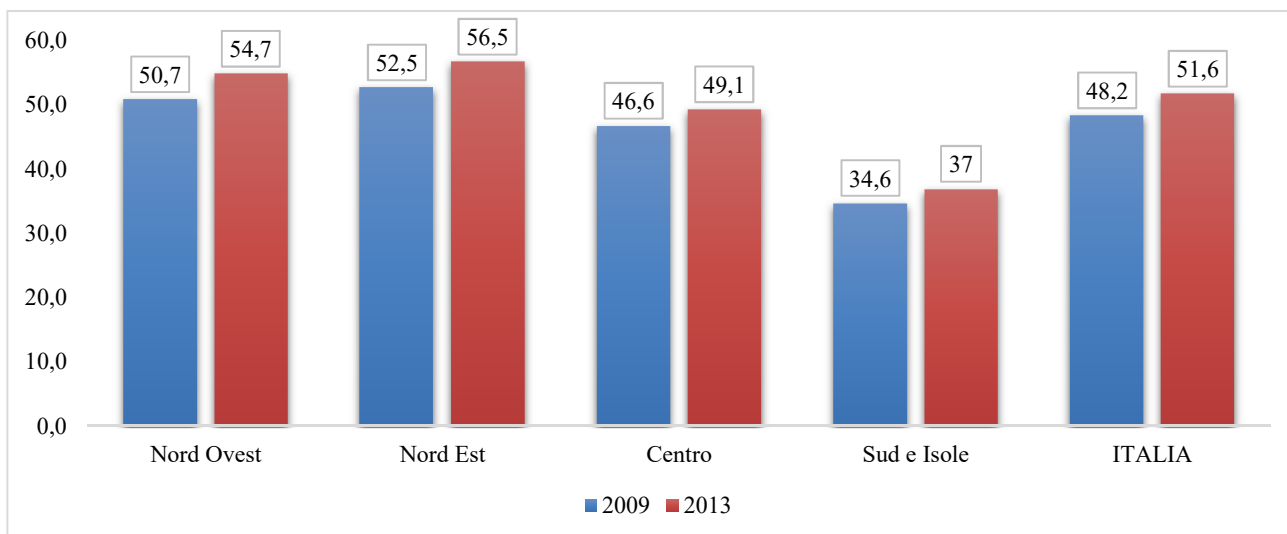


Fonte: elaborazione Itinerari Previdenziali su dati Istat e 5° Rapporto Network Non Autosufficienza 2015

Sensibilmente diverso è il quadro riferito alla domanda e all’offerta di servizi residenziali se si restringe l’analisi al solo **universo di ospiti ultra 85enni**: in questo caso il calo è stato decisamente meno marcato (**appena 0,9 punti percentuali**, da poco più di 145mila nel 2009 a quasi 144mila nel 2013), a conferma di una **domanda di residenzialità che per questo universo di anziani si mostra più “rigida”** e stabile rispetto alle altre.

Se, dunque, anche a seguito della crisi gli anziani ospiti dei presidi residenziali si sono ridotti sensibilmente, la maggiore tenuta della domanda espressa dalla componente over 85 ha fatto **crescere l’incidenza dei “grandi anziani” all’interno dei presidi residenziali**, che dunque dovranno progressivamente allinearsi alle specifiche esigenze di questa utenza. Nel periodo 2009-2013 tale incremento è risultato più accentuato al Nord, dove la quota di ospiti over 85enni sul totale degli anziani è cresciuta di ben 4 punti percentuali (fino al 54,7% al Nord Ovest e al 56,5% al Nord Est), mentre al Centro e al Sud il processo è apparso più lento e tuttora – specialmente al Sud – la quota di ultra ottantacinquenni tra gli anziani che ricorrono ai presidi residenziali si mantiene piuttosto contenuta (rappresenta appena il 37% nel Meridione) (fig. 5).

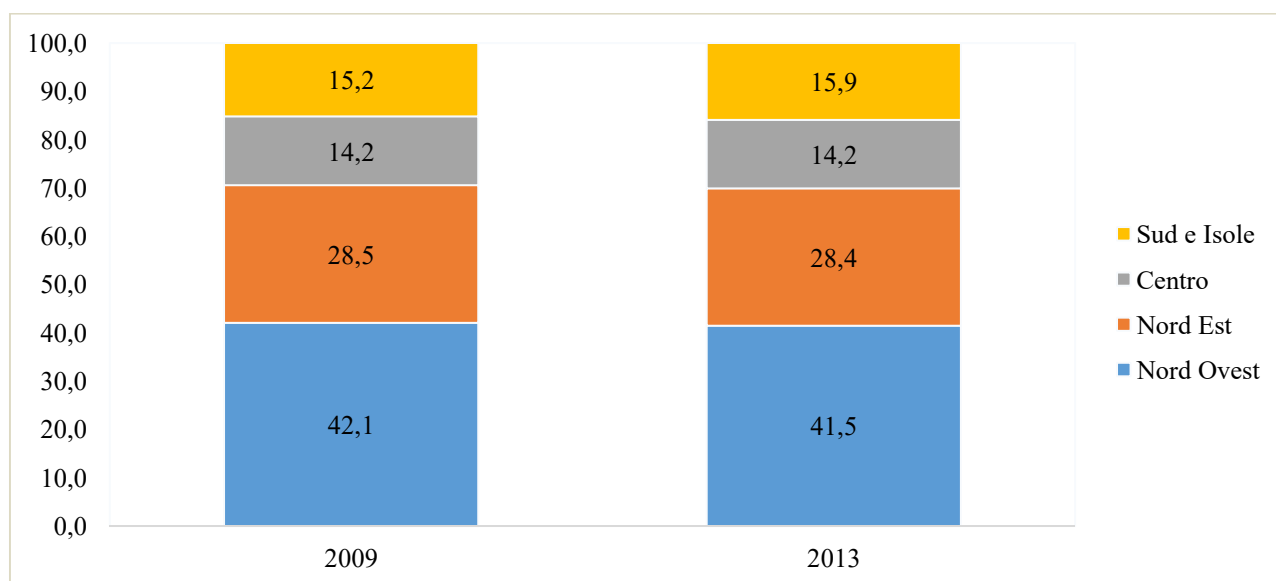
Fig. 5 - Incidenza 85enni e più sul totale degli ospiti anziani presso i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, per area geografica, 2009-2013, val. %



Fonte: elaborazione Itinerari Previdenziali su dati Istat "Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari"

Alla luce di processi che vanno consolidandosi e di nuovi trend che si affermano, **il Nord Ovest si conferma l'area geografica in cui è più elevato il ricorso da parte degli anziani alle strutture residenziali**: fatti 100 gli ospiti complessivamente rilevati nel Paese, infatti, ben 41,5 sono in una struttura collocata in questa area (5 anni fa erano 42,1), mentre al Centro e al Sud - dove evidentemente si percorrono anche altre soluzioni per l'assistenza agli anziani - si rilevano le soglie più basse (rispettivamente 14,2 e 15,9), e il Nord Est resta stabile a 28,4 (fig. 6).

Fig. 6 - Distribuzione degli anziani ospiti presso i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, per area geografica, 2009-2013, val. %

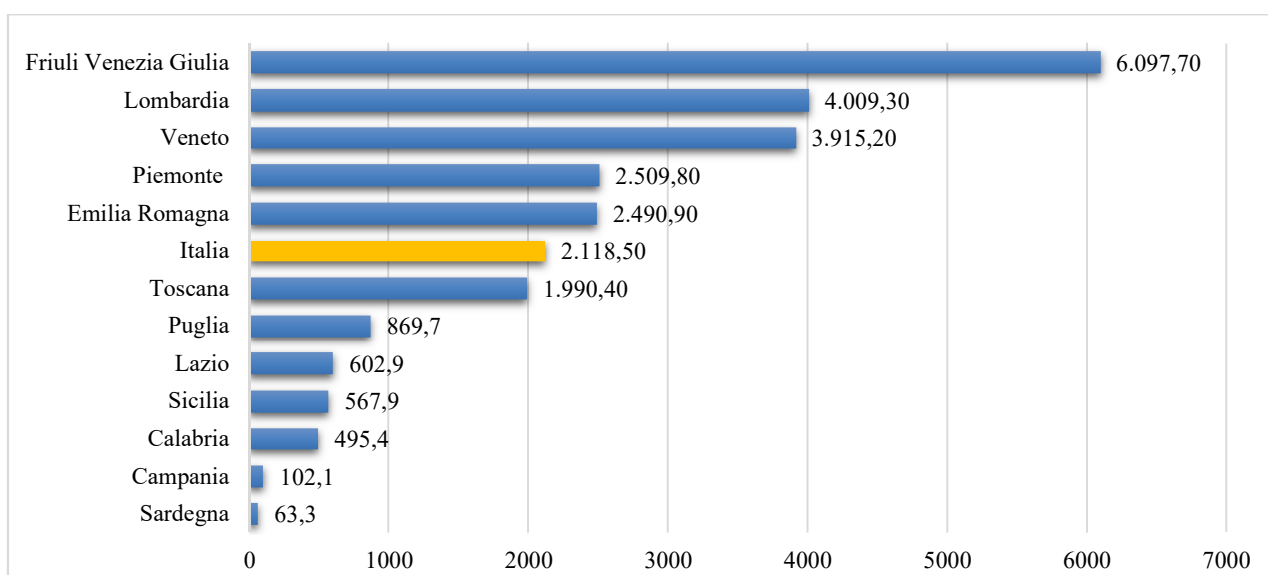


Fonte: elaborazione Itinerari Previdenziali su dati Istat "Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari"

Il dato geografico è, tuttavia, espressione di **forti differenze a ricorrere alle strutture residenziali che si osservano anche a livello di singole regioni, pur registrandosi al Nord i valori più elevati**. Il quadro aggregato italiano, che nel 2012² rilevava **2.118 assistiti (ogni 100.000 anziani)** presso le **3.098 strutture sanitarie residenziali e 807 semiresidenziali censite dal Ministero della Salute**, rappresenta la sintesi tra valori assolutamente non paragonabili, e compresi tra i **quasi 6.100 assistiti (ogni 100.000 anziani)** del Friuli Venezia Giulia e i **63 della Sardegna o i 103 della Campania**.

Anche al Nord, tuttavia, la fotografia scattata presenta tinte piuttosto composite, con Emilia Romagna e Piemonte che risultano prendere in carico presso le proprie strutture circa 2.500 utenti ogni 100.000 mila anziani, e Veneto e Lombardia che, invece, possono vantare numeri ben più importanti - con circa 4 mila anziani assistiti - che derivano da una capillarità dei servizi sensibilmente più sviluppata e una maggiore tendenza dell'utenza a rivolgersi a questi presidi (fig. 7).

Fig. 7 - Anziani assistiti presso le strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali di alcune regioni, val. per 100.000 anziani



Fonte: elaborazione Itinerari Previdenziali su dati Ministero della Salute "Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale 2012"

Un'**utenza nettamente più numerosa** rispetto al resto del Paese – anche in virtù della maggiore capacità di presa in carico delle strutture sul territorio – e una **più marcata incidenza di “grandi anziani”** tra gli ospiti, appaiono come i tratti distintivi della **domanda di residenzialità al Nord**, che si differenzia dal quadro aggregato anche per la tipologia di assistenza richiesta, tendenzialmente più complessa che altrove.

^P Per reperire un dato standardizzato a livello regionale si è fatto ricorso all'Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale del 2012 (fonte Ministero della Salute), che rappresenta la fonte più aggiornata al riguardo.

In ben oltre l'82% dei casi (si veda la fig. 3), **infatti, la popolazione anziana ospitata presso le strutture residenziali del Nord del Paese è non autosufficiente** (al Nord Est la quota raggiunge l'84,9%), mentre la percentuale cala sensibilmente mano a mano che si scende nella Penisola, fino ad arrivare a quota 53,1% al Sud. Un quadro simile conduce necessariamente a livelli di assistenza assai differenziati tra Nord e Sud: da una parte, **le regioni settentrionali**, dove in quasi tutti i casi (circa 9 su 10) **l'anziano in cura presso una struttura residenziale presuppone una domanda di servizi di tipo sanitario**; dall'altra parte il Sud, dove di contro, in non più di 6 casi su 10 (ma fino a qualche anno fa erano anche meno) la funzione espletata dalle strutture residenziali afferisce prevalentemente alla sfera socio-sanitaria.

Sempre ragionando in termini di domanda e offerta di servizi residenziali per anziani, **il calo di ospiti presso i presidi** – seppure abbia registrato intensità differenti tra Nord e Sud – **si è accompagnato ad una netta riduzione dell'offerta di posti letto disponibili**, che tuttavia appare per certi versi sproporzionata, anche in considerazione del progressivo invecchiamento della popolazione.

Evidentemente, si va affermando un **modello di residenzialità che**, per ragioni economiche ma non solo, **tende a ritardare sempre più l'ingresso degli anziani nei presidi residenziali socio-sanitari e socio-assistenziali**, riservandolo ai casi più gravi (non autosufficienza) o alle persone più in avanti con l'età, come si rileva al Nord del Paese.

A ben guardare, infatti, non è solo alla crisi economica che bisogna ricorrere per spiegare la contrazione di ospiti e posti letto nei presidi residenziali, e specialmente per quanti non necessitano di cure sanitarie, ma per lo più di forme di assistenza di tipo socio-assistenziale.

Oltre alle difficoltà economiche contingenti, infatti, vi sono da considerare altri fattori egualmente rilevanti per l'universo anziano, tra i quali: **il potere di acquisto dei pensionati** tende a ridursi col passare degli anni; **il costo di accesso alla struttura** è elevato e spesso non compatibile con le risorse dell'anziano; **la disponibilità di sostegno pubblico** quale l'accompagnamento o altre forme di supporto economico regionale; la possibilità di accedere a forme di assistenza in ambito familiare meno costose (badanti, collaborazioni domestiche, ecc.). Tali dimensioni possono incidere non soltanto sulla domanda di servizi residenziali, ma anche condurre a valutare soluzioni ad essi alternative, in particolare a **forme di welfare integrato che permettano agli anziani di rimanere il più possibile presso la propria abitazione** anche grazie a polizze assicurative e **formule long term care** connesse alla previdenza complementare che prevedono il rimborso spese per prestazioni sanitarie o il raddoppio della rendita al verificarsi della non autosufficienza.

In questo scenario, se per un verso si aprono interessanti scenari di mercato per i soggetti che offrono **servizi complementari rispetto alla residenzialità tradizionale**, e specialmente per quegli attori in grado di sviluppare format e modelli nuovi, per altro verso restano interessanti i margini che si prospettano per quegli operatori in grado di **rilanciare l'offerta di residenzialità per anziani attraverso un nuovo dinamismo a livello di progettualità e una buona disponibilità di risorse da destinare ad investimenti**.

Per il momento, tuttavia, **sono 74mila i posti letto per anziani venuti meno tra 2009 e 2013** (-23,6%) nelle strutture residenziali: oltre un quarto dell'offerta residenziale complessiva, che è passata da 314mila posti a 240mila, e che ha affrontato processi strutturali di riorganizzazione che, tuttavia, appaiono forse eccessivi. In linea con la dinamica rilevata a livello di domanda, è al Nord Ovest - dove si concentra il 46,9% dei posti letto (circa 113mila) - che il calo è stato meno accentuato (-14,5%), mentre ben più evidente è stata la riduzione osservata al Centro e al Sud, dove da circa 45mila posti letto del 2009 si è scesi rispettivamente a 28mila e 31mila, e il *gap* rispetto al Nord si è ulteriormente ampliato (tab. 1).

Tab. 1 - Posti letto operativi presso i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari per anziani, 2009-2013,
val. ass., val. % e var. %

	Val. ass.			Val. %		
	2009	2013	Diff. 2009-2013	2009	2013	Var. % 2009-2013
Nord Ovest	131.700	112.573	-19.127	41,9	46,9	-14,5
Nord Est	90.974	67.547	-23.427	29	28,1	-25,8
Centro	45.600	28.463	-17.137	14,5	11,9	-37,6
Sud e Isole	45.786	31.460	-14.326	14,6	13,1	-31,3
Totale	314.061	240.044	-74.017	100	100	-23,6

Fonte: elaborazione Itinerari Previdenziali su dati Istat "Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari"

2.2 La spesa per servizi residenziali, tra risorse dei comuni e compartecipazione dell'utenza

Effettuare un calcolo della spesa per la residenzialità degli anziani rappresenta un'operazione complessa e di difficile soluzione, poiché non esistono dati onnicomprensivi delle varie fonti di spesa. Per partire da un punto di riferimento autorevole e riconosciuto come attendibile dagli addetti ai lavori non si può non considerare la stima che Pesaresi ha realizzato nel 2006, pubblicata nel 3° Rapporto *"L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia"* del Network Non Autosufficienza (2011).

In quell'occasione si otteneva un valore stimato pari a 2,8 miliardi di euro, ripartito in maniera sostanzialmente pari tra Sistema Sanitario Nazionale (1,4 miliardi) da una parte, e spesa sociale in capo ai Comuni (68 milioni) e compartecipazione dell'utenza dall'altra (1,3 milioni).

In questo paper affrontiamo il medesimo problema: se la spesa sociale sostenuta dai Comuni per la residenzialità degli anziani e quella riconducibile alla compartecipazione dell'utenza sono note, come risulta dall'indagine dell'Istat "*Interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati*", decisamente più complesso è il calcolo della spesa in capo al Servizio Sanitario Nazionale, di cui l'indagine riporta solo una quota parziale, dal momento che non tutta transita attraverso i bilanci dei Comuni, mentre una buona quota segue altri e numerosi percorsi, che nessun istituto è in grado di tracciare in forma aggregata ed esaustiva.

Pertanto, in linea con la stima effettuata da Pesaresi nel 2006, si ritiene che la spesa per residenzialità degli anziani a carico del Sistema Sanitario Nazionale, per come risulta dall'indagine Istat sopracitata e pari a 643 milioni, non possa considerarsi comprensiva di tutte le voci di spesa sostenute dal SSN, e dunque vada opportunamente integrata fino almeno ad eguagliare quella sostenuta congiuntamente dai Comuni e dall'utenza (884 milioni).

Coerentemente con questa lacuna che si sconta a livello di dati – e valutando assolutamente attendibile la stima di Pesaresi riferita al 2006 – riporteremo nel testo e nei grafici che seguono soltanto la spesa sociale sostenuta dai Comuni e la compartecipazione a carico dell'utenza, evitando – proprio per scelta metodologica – di riportare i dati riferiti alla spesa sostenuta dal Sistema Sanitario Nazionale, onde evitare la diffusione di dati incompleti e di complessa interpretazione.

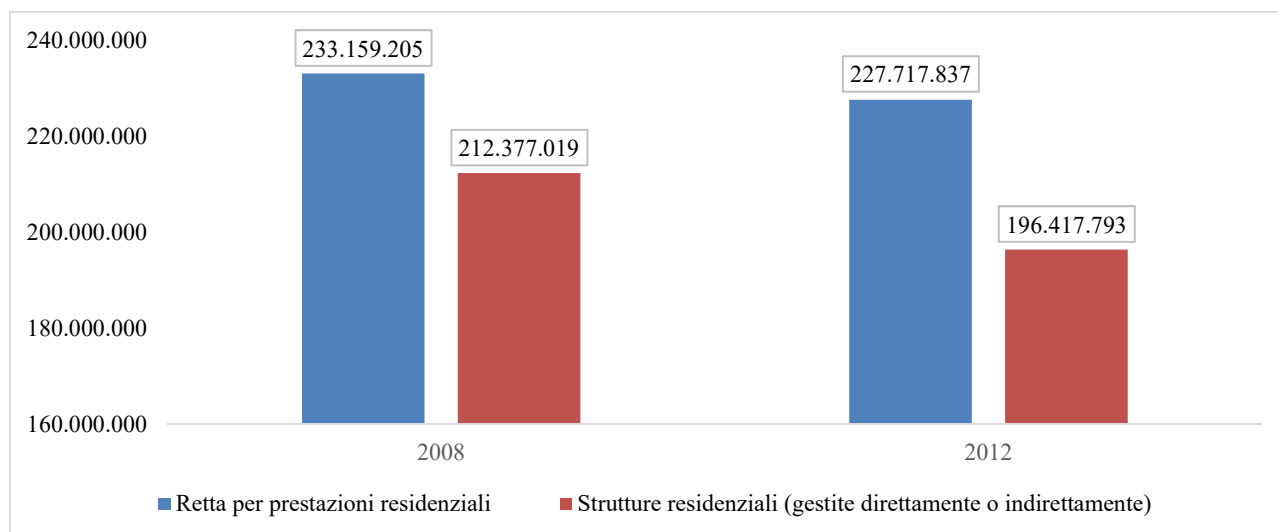
Per comprendere le dinamiche in atto nel mercato, ma soprattutto la capacità del pubblico di presidiare efficacemente l'offerta di servizi residenziali per anziani - gestita in prima battuta dai Comuni - l'analisi della spesa sostenuta dai vari attori coinvolti è un passaggio che risulta fondamentale.

Muovendo da questa premessa, si rileva che nell'ultimo quinquennio per il quale si dispone di dati aggiornati (2008-2012), **la spesa sostenuta dai Comuni per i servizi residenziali per anziani ha subito un calo, che si è aggirato intorno al 4,8%: da complessivi 445,5 milioni di euro, si è passati a poco più di 424 milioni**, ripartiti tra i contributi economici erogati per il pagamento per intero o per l'integrazione delle rette (-2,3%) e le spese per le strutture gestite direttamente o indirettamente dai Comuni (-7,5%).

Il peso della prima delle voci di spesa dei Comuni in questo ambito resta preminente (228 milioni contro 196 milioni), e peraltro anche nell'ultimo quinquennio si è ulteriormente consolidata

rispetto all'altra, fino a rappresentare oggi il 53,7% della spesa complessiva dei Comuni per la residenzialità degli anziani. Segno, questo, che per quanto di propria competenza, i Comuni tendono a demandare all'esterno la funzione, acquistando il servizio da strutture terze, prima ancora che assumere l'onere di gestire direttamente o indirettamente l'erogazione del servizio per le residenzialità degli anziani (fig. 8).

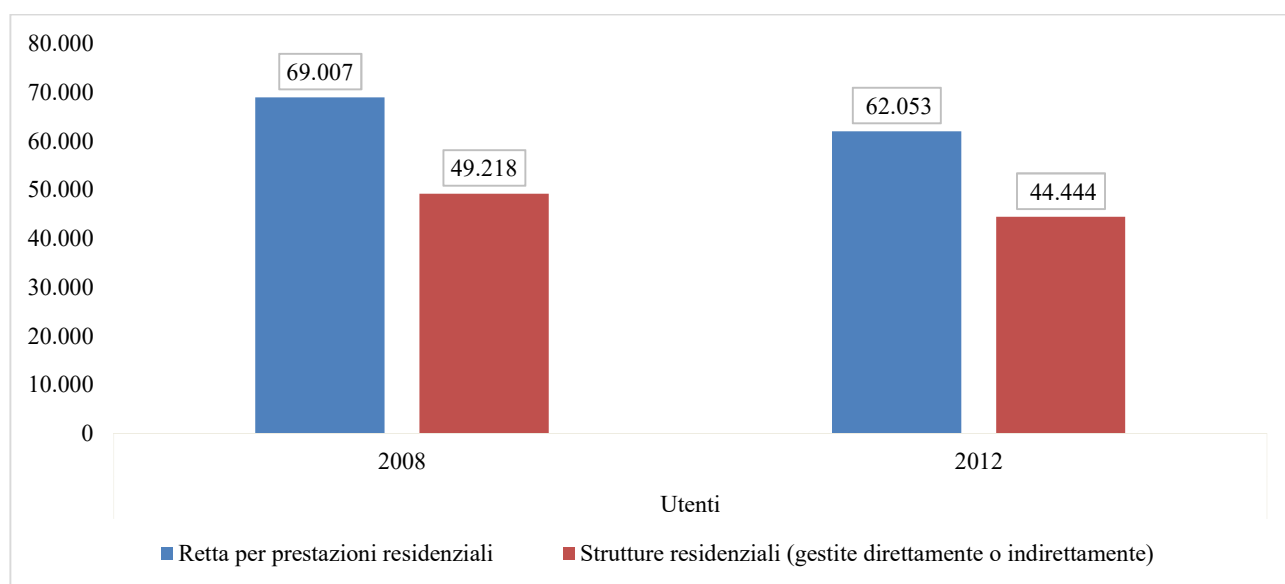
Fig. 8 - Spesa complessiva dei Comuni per la residenzialità degli anziani, 2008-2012, val. ass. in euro



Fonte: elaborazione Itinerari Previdenziali su dati Istat "Interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati"

Il calo della spesa comunale ha inevitabilmente impattato anche sulla platea di anziani che hanno potuto beneficiare del contributo (in termini economici o di servizi erogati) da parte del Comune di residenza nel momento in cui hanno fatto ingresso nei presidi residenziali. Si è passati, infatti, da circa 118mila anziani che a vario titolo sono stati presi in carico dai Comuni per beneficiare di servizi di tipo residenziale nel 2008, a poco più di 106mila nel 2012 (a fronte dei 269mila anziani complessivamente ospitati presso le strutture residenziali di vario genere in quell'anno), per una riduzione che sfiora il 10% (fig. 9).

Fig. 9 - Utenza presa in carico dai comuni nell'ambito dei servizi residenziali per anziani, 2008-2012, val. ass.



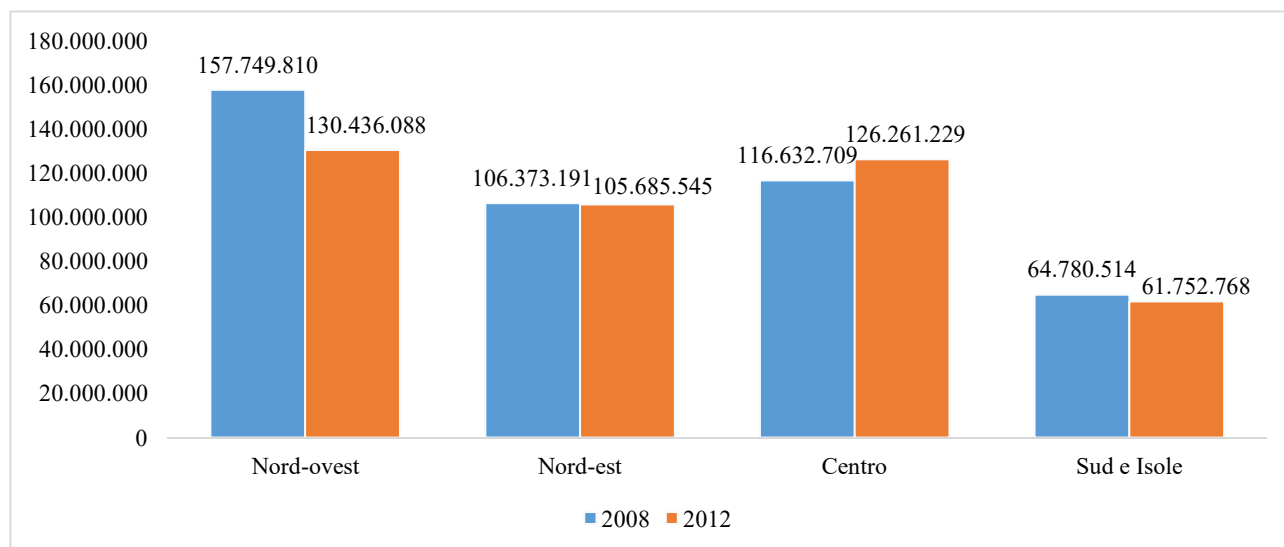
Fonte: elaborazione Itinerari Previdenziali su dati Istat "Interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati"

Se l'utenza presa in carico e la spesa per residenzialità degli anziani affrontata dai Comuni è calata, in compenso è cresciuta la spesa media pro-capite: dai 3.379 euro mediamente pagati dai Comuni nel 2008 per le rette acquistate sul mercato si è passati a 3.670 nel 2012, e dai 4.315 per le strutture residenziali gestite direttamente o indirettamente si è saliti a 4.419.

Una spesa, quest'ultima, che risulta sensibilmente più onerosa rispetto alla prima, e in prospettiva difficilmente sostenibile da parte dei Comuni, a causa dei costi di gestione delle strutture che evidentemente hanno un peso non indifferente per l'erogazione del servizio e non possono competere con la possibilità di rivolgersi direttamente al mercato. Non è difficile immaginare, pertanto, una rimodulazione della futura offerta pubblica di servizi residenziali per anziani, che in prospettiva si andrà orientando sempre più verso il mercato, con l'acquisto da parte dei Comuni dei servizi erogati da parte di *player* affidabili e performanti, e sempre meno attraverso la gestione diretta o indiretta di tali servizi.

Se, tuttavia, si analizza la spesa complessiva sostenuta dai Comuni per i servizi residenziali di carattere socio-assistenziale e socio-sanitario destinati agli anziani secondo una prospettiva geografica, non dappertutto si sono rilevate le medesime tendenze. Se al Centro la somma stanziata dai Comuni è cresciuta di ben 8,3 punti percentuali nell'arco dei cinque anni, altrove si è razionalizzata, a partire da Nord Ovest, dove da 158 milioni di euro si è passati ai 130 milioni (-17,3%), e Sud (-4,7%), mentre al Nord Est è rimasta sostanzialmente stabile (-0,6%) (fig. 10).

Fig. 10 - Spesa dei comuni per le strutture residenziali per gli anziani, per area geografica, 2008-2012, val. ass. in euro



Sono comprese sia le strutture comunali che le rette e i contributi pagati dai comuni per gli utenti di strutture residenziali private. Sono esclusi i centri estivi o invernali con pernottamento.

Fonte: elaborazione Itinerari Previdenziali su dati Istat "Interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati"

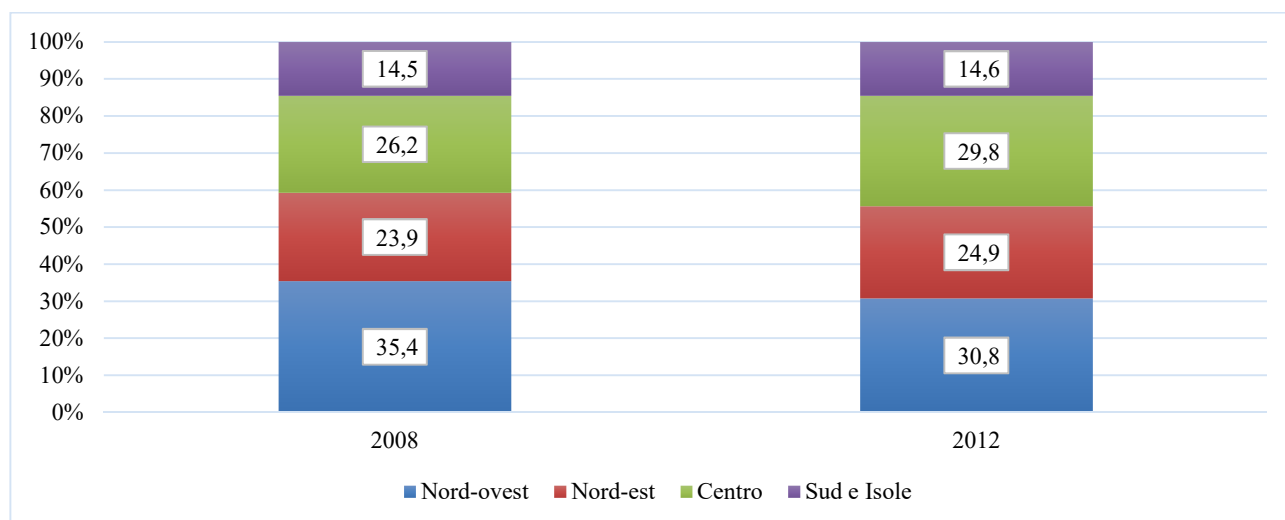
Tale processo di rimodulazione della spesa per servizi residenziali per anziani da parte dei Comuni ha condotto, in prima battuta, ad un riequilibrio della spesa nelle varie aree del Paese, pur essendo caratterizzate, queste ultime, da una domanda ben diversa. Ad ogni modo, oggi la spesa dei Comuni appare più equamente distribuita rispetto al passato: al Nord Ovest e al Nord Est si concentra circa il 55,7% della spesa (rispettivamente 30,8% e 24,9%) complessivamente sostenuta dai Comuni, al Centro il 29,8% e al Sud, invece, anche alla luce del carico mediamente più contenuto in termini di accessi e di complessità delle cure erogate, appena il 14,6% (fig. 11).

Ma se da una parte la spesa si riduce, da un'altra non può che crescere, anche per compensare aree che restano non del tutto presidiate dal pubblico. A fronte, infatti, di un calo della spesa sostenuta dai Comuni (-4,8%), sono cresciuti gli importi a carico degli utenti (+2,6%), che oggi sono chiamati a contribuire in misura più corposa ai servizi residenziali di cui fruiscono, anche quando si rivolgono a strutture pubbliche o accreditate. Ai 424 milioni stanziati dai Comuni, infatti, si aggiunge una compartecipazione a carico dell'utenza pari a 460 milioni (fig. 12).

A livello geografico, peraltro, la ripartizione della spesa tra Comuni e utenti appare nettamente differenziata: al Sud si rilevano gli importi minimi per entrambe le voci (che ammontano rispettivamente a 62 milioni e 22 milioni), e la quota in capo agli utenti risulta pari ad un terzo di quella sostenuta dai Comuni; al Nord Ovest si riscontra il valore più equilibrato e quasi paritario tra utenti e Comuni (rispettivamente 126 e 130 milioni); se il Centro sembra avvicinarsi maggiormente al quadro tratteggiato per il Sud, con una preminenza della spesa dei comuni (126 milioni), quasi doppia rispetto a quella dell'utenza (72 milioni), il Nord Est, invece, vede la quota in

capo agli utenti di gran lunga superiore a quanto avviene nel resto del Paese (240 milioni) e nettamente superiore anche a quella affrontata dai Comuni (106 milioni), rispetto alla quale è più che doppi (fig. 13).

Fig. 11 - Distribuzione della spesa dei comuni per le strutture residenziali per gli anziani, per area geografica, 2008-2012, val. %



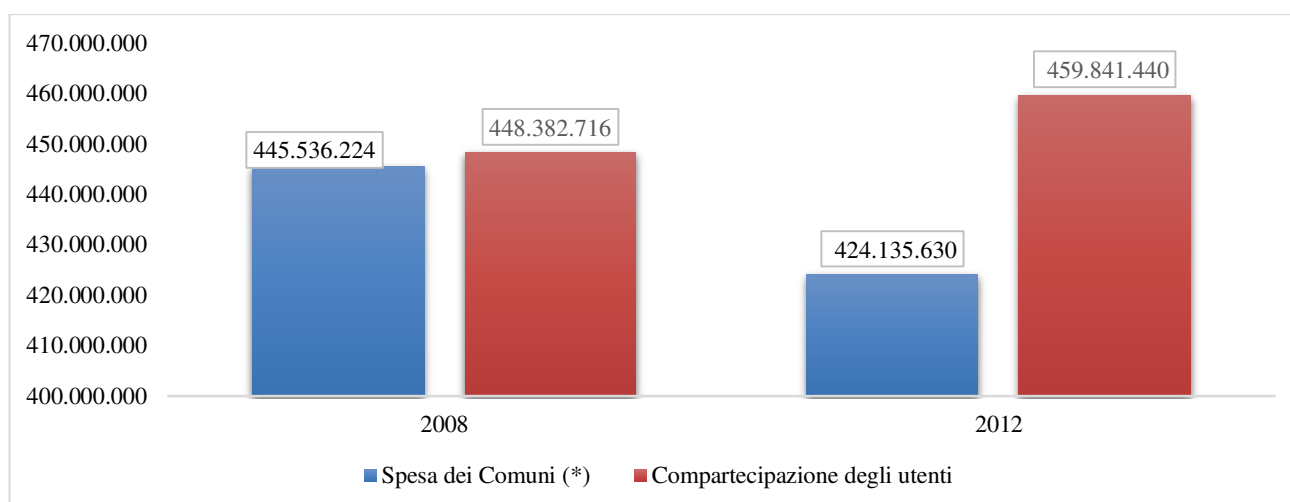
Sono comprese sia le strutture comunali che le rette e i contributi pagati dai comuni per gli utenti di strutture residenziali private. Sono esclusi i centri estivi o invernali con pernottamento.

Fonte: elaborazione Itinerari Previdenziali su dati Istat "Interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati"

A livello generale, le variazioni e le rimodulazioni che si osservano rispetto alla spesa sostenuta dai vari attori, ovviamente al netto di quanto si possa rilevare per il Sistema Sanitario Nazionale, può discendere dall'effetto combinato di vari possibili fattori, tra i quali:

- un miglioramento delle condizioni economiche degli anziani – anche se in questa fase può apparire difficilmente ipotizzabile - che in più casi sono chiamati a contribuire economicamente al servizio di cui fruiscono, anche;
- una restrizione dei requisiti previsti dai Comuni affinché gli utenti possano essere esonerati dalla compartecipazione al costo del servizio o possano beneficiare di integrazioni in capo ai comuni, e che dunque prevede in più casi una quota crescente di contribuzione a carico degli utenti;
- una crescita del peso “sanitario” nella residenzialità degli anziani, che può vedere crescere sensibilmente la spesa a carico del SSN, a fronte di una quota alberghiera/assistenziale sostanzialmente in calo.

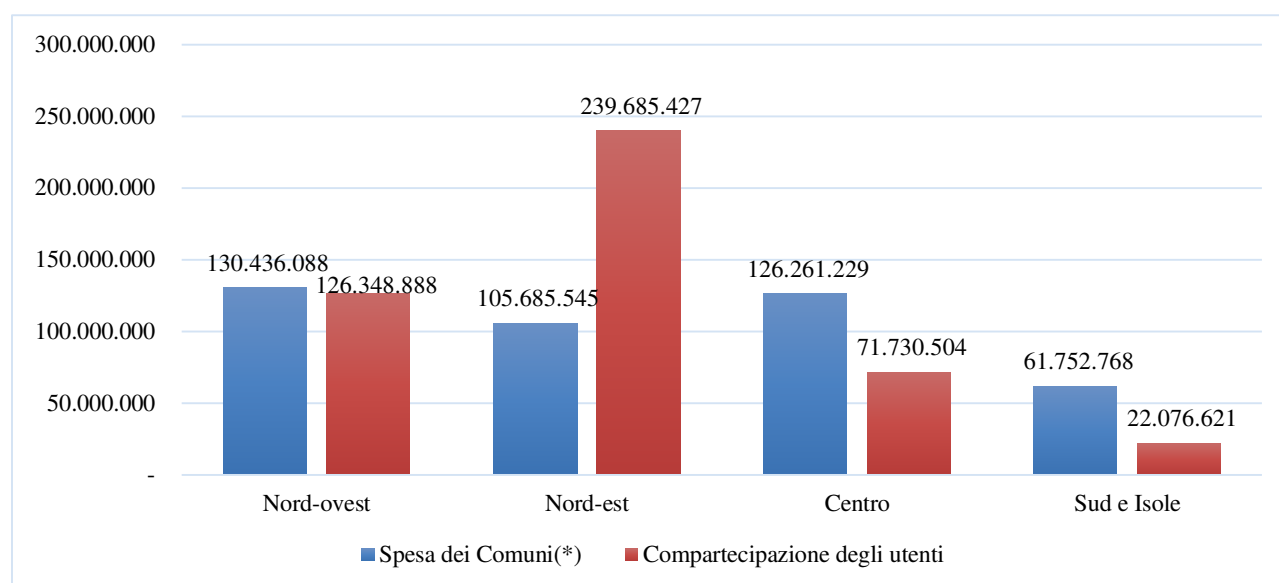
Fig. 12 - Spesa sostenuta dai Comuni e dagli utenti per la residenzialità degli anziani, 2008-2012, val. ass. in euro



(*) Sono comprese sia le strutture comunali che le rette e i contributi pagati dai comuni per gli utenti di strutture residenziali private. Sono esclusi i centri estivi o invernali con pernottamento.

Fonte: elaborazione Itinerari Previdenziali su dati Istat "Interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati"

Fig. 13 – Spesa sostenuta per la residenzialità degli anziani da parte dei Comuni e compartecipazione degli utenti, per area geografica, 2012, val. ass. in euro



(*) Sono comprese sia le strutture comunali che le rette e i contributi pagati dai comuni per gli utenti di strutture residenziali private. Sono esclusi i centri estivi o invernali con pernottamento.

Fonte: elaborazione Itinerari Previdenziali su dati Istat "Interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati"

Da quanto è possibile osservare, dunque, l'azione di processi di varia origine e natura ha, al netto delle altre e numerose considerazioni possibili, prodotto un sensibile calo della spesa in capo agli enti più vicini all'utenza, mentre è cresciuta al contempo quella in capo agli utenti, ponendo più di qualche interrogativo sulla sostenibilità delle spese sopportate dalle famiglie. Il Censis, a tal

proposito, stimava nel 2015 una spesa delle famiglie italiane per il pagamento delle rette degli anziani ospiti presso le strutture residenziali pari a circa 4,9 miliardi.

Probabilmente, un più netto coinvolgimento del privato, secondo modalità varie, o un maggiore ricorso a soggetti specializzati che intermediano e canalizzano la domanda e l'offerta di residenzialità per anziani, potrebbero agevolare una più efficiente allocazione delle risorse e una maggiore sostenibilità da parte delle famiglie, oltre ad un miglioramento del servizio erogato all'utenza, in termini sia qualitativi che quantitativi.

Sullo sfondo resta lo spettro della rinuncia alle cure di tipo residenziale, proprio perché eccessivamente onerose sul piano economico, oppure la scelta di orientarsi verso un livello qualitativo delle residenze più basso, purché sostenibile per le famiglie.

Eppure, il Censis stima come siano ben 4,7 milioni gli anziani favorevoli alle residenze, a patto che si elevi la qualità. Un mercato dal potenziale assai appetibile, sul quale occorre agire prima di tutto sul lato dell'offerta.

Nota metodologica

Per la stesura del presente paper sono stati di volta in volta utilizzati i dati più aggiornati, messi a disposizione dalle principali fonti statistiche per la materia trattata (Istat, Ministero della Salute, ecc.).

Per la complessità delle indagini e delle elaborazioni svolte, tuttavia, i dati scontano qualche anno di ritardo rispetto a quello corrente.

In particolare, le indagini e le pubblicazioni cui si è fatto riferimento sono le seguenti:

- *I Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari*, fonte Istat, pubblicazione del 17 dicembre 2015, contenente dati al 31 dicembre 2013 e precedenti;
- *Interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati*, fonte Istat, pubblicazione del 6 agosto 2015, contenente dati al 2012 e precedenti;
- *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*, fonte Ministero della Salute, anno 2012;
- *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, fonte Network Non Autosufficienza, 3° e 5° Rapporto, rispettivamente anni 2015 e 2011.

Per chiarezza, inoltre, si rammenta che per *strutture residenziali* per l'utenza anziana, il Glossario dell'indagine ISTAT "*Interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati*" fa riferimento al seguente universo:

- alloggi con servizi;
- case di riposo;
- case famiglia per anziani;
- comunità alloggio;
- residenze sanitarie assistenziali per anziani;
- residenze e alloggi protetti per anziani.

3. L'evoluzione del concetto di residenzialità per anziani

Claudio Trucato

3.1 La filosofia e le parole d'ordine

Il significativo invecchiamento della popolazione e la bassa natalità che ormai da tanti anni affligge l'Italia hanno di fatto creato le basi affinché anche nel nostro Paese le politiche di sussidio alla persona vengano trattate in modo appropriato e moderno.

Naturalmente il problema non è solo italiano: in tutto il mondo, secondo il *Global Age Watch Index 2015*, gli ultra sessantenni passeranno da 901 milioni del 2015 a 1,4 miliardi nel 2030. Analizzando i dati forniti dallo stesso dossier scopriamo anche che l'Italia occupa soltanto il 37° posto su 96 Paesi esaminati, per le condizioni di vita offerte agli *over 60*.

Tav. 1 – Global Age Watch Index 2015

1. Switzerland	21. Chile	41. Vietnam	61. Croatia	81. Ghana
2. Norway	22. Czech Republic	42. Mauritius	62. Dominican Republic	82. Honduras
3. Sweden	23. Estonia	43. Armenia	63. Lithuania	83. Lao PDR
4. Germany	24. Belgium	44. Ecuador	64. Belarus	84. Morocco
5. Canada	25. Spain	45. Romania	65. Russia	85. Jordan
6. Netherlands	26. Slovenia	46. Sri Lanka	66. Serbia	86. Nigeria
7. Iceland	27. Uruguay	47. Malta	67. Bangladesh	87. Iraq
8. Japan	28. Costa Rica	48. Peru	68. Montenegro	88. Uganda
9. USA	29. Georgia	49. Bulgaria	69. Paraguay	89. Rwanda
10. United Kingdom	30. Cyprus	50. Philippines	70. Nepal	90. Zambia
11. Denmark	31. Argentina	51. Kyrgyzstan	71. India	91. Tanzania
12. New Zealand	32. Poland	52. China	72. Mongolia	92. Pakistan
13. Austria	33. Mexico	53. Albania	73. Ukraine	93. West Bank & Gaza
14. Finland	34. Thailand	54. El Salvador	74. Indonesia	94. Mozambique
15. Ireland	35. Latvia	55. Bolivia	75. Turkey	95. Malawi
16. France	36. Colombia	56. Brazil	76. Venezuela	96. Afghanistan
17. Australia	37. Italy	57. Nicaragua	77. Moldova	
18. Israel	38. Portugal	58. Tajikistan	78. South Africa	
19. Luxembourg	39. Hungary	59. Guatemala	79. Greece	
20. Panama	40. Slovakia	60. South Korea	80. Cambodia	

Fonte: *HelpAge International*

Se può essere comprensibile come ai primi tre posti di questa particolare classifica figurino paesi come la Svizzera, la Norvegia e la Svezia, non può dirsi altrettanto se davanti al nostro paese figurino Panama (20° posto), Tailandia e Colombia.

Il posizionamento complessivo riflette le valutazioni riferite a quattro diverse aree di analisi, nelle quali l'Italia si posiziona rispettivamente (Tav. 2):

- **Sicurezza del reddito**

posizione 24

La voce comprende: copertura pensionistica; % poveri over 60; welfare in favore delle persone anziane, reddito netto pro-capite

- **Stato di salute**

posizione 6

La voce comprende: aspettativa di vita a 60 anni; aspettativa di vita in buona salute a 60 anni; benessere psicologico

- **Opportunità economiche**

posizione 63

La voce comprende: occupazione 55-64 anni; livello di educazione delle persone anziane

- **Inserimento sociale**

posizione 74

La voce comprende: connessioni sociali; sicurezza fisica; libertà civili; accesso ai trasporti pubblici

Tav. 2 – Ranking ottenuti dai singoli Paesi in ciascuno degli indicatori che compongono il Global Age Watch Index



Fonte: HelpAge International

Dai dati contenuti nel dossier emerge chiaramente l'esigenza di intervenire su tutti e quattro gli indici, in particolare sui punti 3 e 4, mantenendo il nostro attuale livello di welfare e non penalizzando le fasce di lavoratori più anziani, sia in fase di accesso alla pensione che di eventuale permanenza nel mercato del lavoro.

In questa maniera non soltanto si migliora la vita delle persone, ma si può sviluppare la *white economy*, che contribuisce in misura determinante all'economia del Paese. Già oggi, infatti, il suo contributo economico ammonta a 186 miliardi, e in termini occupazionali conta più di 2,7 milioni di addetti: cifre, queste, destinate ad aumentare in modo significativo se saremo in grado di affrontare la richiesta crescente di protezione sociale da parte del Paese.

È chiaro, infatti, che il solo contributo pubblico non sarà in grado di fornire le risorse necessarie, mentre allo stesso tempo è facile prevedere che il ricorso delle famiglie all'assistenza delle persone non autosufficienti - tradizionalmente più elevato in Italia - subirà gli effetti delle nuove strutture familiari che si vanno affermando (coppia senza figli o con un solo figlio). La

domanda di cure a lungo termine, possibilmente prestate da personale qualificato, è destinata a soppiantare l'assistenza che un tempo era offerta all'interno della famiglia patriarcale.

Interventi efficaci richiedono risposte “innovatrici” anche, ed in particolare, nell'ambito della residenzialità per gli anziani, e che vanno individuate nel contesto della cd. “*cultura dell'arco di vita*”. Si tratta di una concezione delle dinamiche generazionali globale e integrata, che pone al centro il concetto di *habitat*, declinato nel senso di superare le mere esigenze abitative e ricomprendere anche i concetti di ambiente di vita e relazioni sociali.

In questa impostazione la vecchiaia non è considerata una categoria a sé stante, indifferenziata sotto il profilo dei bisogni, ma una realtà variegata che richiede risposte articolate. Si tratta non di uno stato, ma di un percorso, che merita di essere adeguatamente accompagnato con risposte differenziate, flessibili e coerenti con le diverse fasi evolutive e il più possibile rispettose della libertà di scelta dei singoli individui.

Elemento essenziale è inoltre quello del coinvolgimento globale della società nella definizione delle soluzioni, valorizzando le possibili sinergie fra generazioni e il *care-giving* familiare¹.

L'obiettivo principale è favorire la permanenza della persona anziana nella propria casa o nella propria comunità anche durante il naturale processo d'invecchiamento e per il maggior tempo possibile, focalizzando gli interventi prioritariamente sul miglioramento dell'*habitat*, con riferimento sia all'ambito privato (adeguando gli alloggi e i supporti socio-sanitari alla persona nella sua abitazione), sia alla dimensione pubblica, tramite una organizzazione urbana che preveda strutture e servizi delle città funzionali all'accesso e alla partecipazione della popolazione anziana².

Non va trascurato, inoltre, l'impatto positivo di tali politiche sull'intera collettività, con riferimento sia ad un utilizzo più razionale delle risorse, riducendosi o ritardandosi la necessità di interventi specifici per la disabilità, sia alla qualità stessa della vita a livello aggregato³.

3.2 L'impatto sulle politiche nazionali: Europa e USA

Molti paesi, in particolare in Europa, si sono ispirati a questi nuovi approcci nella definizione delle rispettive politiche dedicate agli anziani.

¹ Al riguardo un esempio concreto è rappresentato dalla recente legge francese sull'“*Adaptation de la société au vieillissement*” nella quale un intero Titolo è dedicato al tema del sostegno e della valorizzazione dei familiari che si prendono cura degli anziani (“*proches aidants*”).

² Esempio in questo senso è l'iniziativa dell'OMS di creare la rete delle “Città amiche degli anziani” alla quale aderiscono, fra le altre, New York, Londra, Ginevra e Bruxelles

³ Si pensi, ad esempio, alle politiche di riorganizzazione urbana: eliminare le barriere architettoniche nei trasporti è utile anche alle mamme con carrozzine o a chi deve spostarsi con bagagli.

Ancorché il panorama degli interventi si presenti estremamente variegato e rifletta le differenti sensibilità e culture nazionali, emerge un atteggiamento decisamente favorevole nei confronti del principio della *domiciliarità globale*, che non ricomprende solo i servizi, ma un'idea evoluta di progettazione abitativa sociale, nella quale un ruolo fondamentale è giocato dalla dimensione multi-generazionale, dall'integrazione tra reti informali e risorse strutturali, dalle sinergie attivabili tra competenze e risorse pubbliche, non profit e private e quelle di prossimità fra le diverse tipologie di strutture.

In questo contesto si sono sviluppati a livello nazionale e, ancor di più, a livello locale, diversi modelli di residenzialità, la cui classificazione non è peraltro sempre agevole poiché i contorni delle singole iniziative sono necessariamente sfumati, in relazione alle esigenze/preferenze specifiche delle collettività coinvolte.

Una compiuta rassegna delle soluzioni più innovative è contenuta nella ricerca *Abitare Leggero*, promossa da *Fondazione Cariplo* e realizzata da *Fondazione Housing Sociale* e *Cooperativa La Meridiana* di Monza⁴, e nell'ambito della quale si sono analizzati i nuovi modelli dell'abitare e della residenzialità sociale intermedia, anche alla luce delle pratiche già attive in ambito UE, USA e sul territorio lombardo.

Rinviando alla Ricerca per il dettaglio circa le diverse (e numerose) iniziative, si riassumono nel seguito le principali caratteristiche dei diversi interventi.

- Politiche volte alla riqualificazione delle abitazioni al fine di renderle idonee alla vita degli anziani sia sotto il profilo strutturale, sia con riferimento all'introduzione di specifiche tecnologie (cd. *riqualificazione gerontologica*). Esempi di tali politiche si trovano nei Paesi Bassi (certificazione d'idoneità, rete informatica per accedere a servizi esterni), in Svezia, Francia (consulenza agli utenti anziani in tutte le fasi dell'adattamento logistico degli alloggi esistenti). In tale contesto l'anziano è guidato e agevolato in un percorso consapevole di "trasformazione" della propria abitazione in funzione dei bisogni attuali e soprattutto futuri connessi all'invecchiamento.
- Soluzioni o strutture per la vita indipendente (*Independent Living Facilities*): si tratta di normali abitazioni private dotate di adeguati accorgimenti architettonici, arricchite con servizi sociali e comunitari di quartiere anche solo a richiesta (governo della casa, spesa, trasporti, socializzazione, bagno assistito) e inserite in un contesto contraddistinto da una ricca rete di supporti sociali e di vicinato. Le persone possono condividere spazi e servizi comuni, ma sono

⁴ Osservatorio della Fondazione Cariplo, Quaderno n. 17 "Abitare leggero - Verso una nuova generazione di servizi per gli anziani."

autonome nella gestione delle proprie esigenze quotidiane. L'età di accesso è più spesso vicina ai 70 anni, in presenza di limitazioni funzionali minime. Gli interventi vanno dalla ristrutturazione mirata di residenze o di interi quartieri (Spagna, Svizzera, Belgio), alla riconversione di una grande struttura di ricovero in un centro multi-residenziale (Olanda). Altrettanto ampia è la gamma delle soluzioni abitative: appartamenti in condivisione, alloggi di anziani che ospitano studenti universitari con forme contrattualizzate di aiuto alla pari, case albergo, le cd. *abitazioni-canguro* (Francia, Belgio, Danimarca), bi-appartamenti con alloggi comunicanti per un anziano residente e una famiglia *caregiver* contrattualizzata o minialloggi per gli anziani annessi all'abitazione della famiglia.

- Strutture o servizi di vita assistita (Assisted Living Facilities): spesso organizzate in forma comunitaria, con appartamenti e/o camere, spesso singole, con bagno privato). I servizi accessori sono rivolti specificamente a sostenere riduzioni delle autonomie più consistenti e l'assistenza – svolta da operatori professionali – è normalmente estesa alle 24 ore. Gli anziani accolti hanno un'età più avanzata (oltre gli 80-85 anni), con limitazioni funzionali più importanti.

Una sintesi di tutti e tre i modelli esposti è rappresentata dalle *Continuing Care Retirement Community* statunitensi (nel seguito, CCRC), che vedono il coesistere di normali abitazioni con unità più specifiche per la vita indipendente o per la vita assistita. Le unità abitative (appartamenti o *cottage*) sono integrate in un complesso o campus, nel quale la direzione organizza e coordina, tramite strutture *ad hoc*, un'ampia ed articolata gamma di servizi sia per la vita indipendente sia per quella assistita, e che spaziano dai meri servizi di supporto a quelli assistenziali e sanitari professionali.

Si tratta di una formula che sembra molto gradita ed è offerta, tramite canali analoghi a quelli della normale offerta immobiliare, ad anziani, singoli o in coppia, attivi e in buona salute, appartenenti al ceto medio o elevato, che in molti casi hanno venduto la propria abitazione prima dell'ingresso nella struttura.

La scelta è dettata dall'esigenza di una maggiore sicurezza (sia ambientale sia assistenziale), unita ad un atteggiamento consapevole e “previdente” nei confronti degli eventuali bisogni assistenziali futuri connessi ad una progressiva perdita di autonomia.

Sotto il profilo contrattuale l'accesso alle CCRC è regolato da un'ampia gamma di alternative che possono riassumersi in:

- Contratto di tipo entrance-fee: prevede il pagamento di una quota d'ingresso e di una tariffa mensile fissa in cambio dell'accesso più o meno esteso a pacchetti di servizi volti a coprire tutte le esigenze che dovessero presentarsi nel corso della vita futura. In relazione alla tipologia di contratto (*life-care contract*, *modified contract*, *fee-for-service*) i pacchetti sono garantiti o resi disponibili a tariffe agevolate per tutta la vita o per periodi determinati oppure solo su richiesta. Il deposito d'ingresso può essere parzialmente rimborsato alla persona o ai suoi eredi al termine della vita o in caso di trasferimento presso un'altra residenza.
- Contratto di affitto (*Rental contract*): non prevede una tariffa d'ingresso ed è collegato in modo diretto alle dimensioni dell'unità abitativa e ai servizi concordati fra cliente e gestore, senza altri *forfait* o agevolazioni.

Quota d'ingresso e tariffa mensile non determinano la proprietà dell'abitazione, ma solo il suo uso potenziale durante tutta la vita, ancorché in alcuni casi possa essere prevista anche l'opzione di acquisto.

3.3 Microcomunità: il fenomeno del cohousing

3.3.1 Obiettivi e vantaggi

In Europa si stima che i 26 milioni di over 80 del 2013 diventeranno 57 milioni nel 2050, mentre gli over 90 passeranno dai 4 milioni del 2013 ai 13 milioni nel 2050. In Italia, invece, si prevede che nel 2050 gli ultraottantenni saranno circa 4 milioni, mentre gli ultra novantenni triplicheranno il loro numero rispetto al 2013.

Questo esercito di persone anziane, spesso sole e malate, richiederà interventi con la consapevolezza, da un lato, che le sole risorse pubbliche non saranno sufficienti a garantire la soddisfazione dei nuovi bisogni, e dall'altro, che il privato e le istituzioni dovranno trovare insieme i mezzi e le soluzioni per questa nuova sfida che si pone specialmente per la residenzialità delle persone anziane.

Il fabbisogno di strutture specifiche come le RSA⁵ e le RAF⁶ richiederà la creazione di altri 80.000 posti letto entro il 2030 per le sole persone con gravi deficit di salute. Ma il dato non tiene ancora conto delle necessità di quella parte di popolazione anziana autosufficiente, tutto sommato in buone o discrete condizioni di salute, che non ha bisogno di strutture di residenza permanenti e può essere aiutata a rimanere nella propria abitazione, magari in coabitazione con altre persone anziane,

⁵ Residenza Sanitaria Assistita

⁶ Residenza Assistenziale Flessibile

giovani famiglie o giovani soli, ottenendo così una migliore qualità della vita a costi ridotti (economici e sociali) sia per loro stessi che per la collettività.

Proprio gli anziani sono la categoria che sta sperimentando in maniera più diffusa questa nuova forma di coabitare: basti pensare alle numerose inserzioni di pensionati che cercano uno studente o un lavoratore con cui condividere l'appartamento e abbattere costi. Ma questo trend non è dettato solo da motivi puramente economici; nelle grandi città sono in aumento i *single* e gli anziani soli, come gli studenti fuorisede: un'umanità disomogenea nel tessuto urbano, ma che tende a creare nuove forme di aggregazione. Secondo l'Istat **in Italia gli anziani che vivono da soli sono 3,5 milioni** e il 46% di loro ha una pensione inferiore ai 1.000 euro al mese: per costoro il *cohousing* può diventare una forma anche per reagire all'isolamento.

È chiaro, comunque, che con questa situazione si devono pensare nuovi modelli residenziali di livello intermedio, che possano rispondere alle necessità delle persone che invecchiando necessitano di servizi adeguati ai loro bisogni (servizi infermieristici domiciliari, attività fisiche organizzate, fornitura di pasti caldi, servizi di pulizia e lavanderia), e che permettano loro di continuare a risiedere nella propria abitazione, senza tuttavia richiedere assistenza di tipo sanitario.

Una possibile soluzione, che peraltro consente di venire incontro alle necessità delle famiglie più giovani, può essere quella di creare soluzioni abitative in *cohousing* all'interno di comunità allargate, dove la cooperazione intergenerazionale può produrre vantaggi per tutti.

Con il termine *cohousing* si fa riferimento ad esperienze abitative condivise che coinvolgono più nuclei familiari, dove singoli, coppie di giovani o anziani vivono in complessi residenziali composti da appartamenti privati e ampi spazi destinati all'uso comune (sale riunioni, cucine, lavanderie, laboratori, spazi gioco, asili nido, palestre, biblioteche e altri servizi). Gli abitanti sono coinvolti attivamente nella fase di programmazione e realizzazione del progetto, nonché nella sua manutenzione, svolgendo a turno servizi per tutta la comunità di vicinato: dalla custodia dei bambini alla spesa settimanale, dalla cura del verde alla manutenzione ordinaria degli edifici. L'obiettivo è di **promuovere l'invecchiamento attivo e l'inclusione sociale degli anziani all'interno della propria comunità.**

Numerosi sono gli obiettivi del *cohousing*, tra i quali:

- Instaurare rapporti stretti con i vicini di casa, perseguendo il benessere psico-fisico delle persone attraverso la valorizzazione di ogni fase della vita ed il soddisfacimento delle esigenze peculiari di ciascuna età. Il sostegno reciproco, di tipo morale e materiale, permette infatti di garantire:

- ai bambini, la libertà di movimento e di espressione sotto opportuna vigilanza, anche quando i genitori non sono presenti;
 - ai giovani, una maggiore serenità nel maturare la responsabilità di diventare genitori;
 - agli anziani, la possibilità di sperimentare la capacità di sostegno, il benefico allungamento dei tempi di autonomia, il superamento della solitudine e dell'isolamento, favorendo la prevenzione dello sviluppo di patologie senili.
- Stimolare il senso di appartenenza alla comunità e ai luoghi del vivere quotidiano, facendo prevalere l'importanza del benessere della collettività sulle divergenze e i dissapori personali.
 - Favorire i processi di socializzazione e cooperazione tra le persone attraverso la condivisione di spazi, attrezzature e risorse. Gli spazi comuni costituiscono la massima espressione della funzione sociale degli interventi edilizi di coabitazione. In essi i coabitanti coltiveranno molti dei propri interessi, singolarmente o in gruppo, daranno luogo ad assemblee, mostre, laboratori e condivideranno luoghi di uso comune come lavanderia, cucina, sala per le feste, micro-nido, doposcuola, palestra, officina fai-da-te, biblioteca, foresteria, dispensa, ecc.
 - Prevedere la presenza di spazi verdi - cortili interni, giardini pensili, terrazzi comuni o privati, solarium, ballatoi - consentirà ai bambini e agli anziani di fruire di spazi protetti e salubri dove vivere in libertà senza le restrizioni imposte dagli attuali modelli abitativi condominiali.
 - Organizzare la disponibilità di alcune attrezzature comuni, tecnologiche e di servizio costituisce un indiscutibile vantaggio economico per gli abitanti, permettendo di ridurre la metratura degli alloggi privati, razionalizzando gli spazi interni singoli ed il relativo costo di costruzione. Inoltre, a parità di dotazioni tecnologiche, la comunanza delle utenze, con opportune contabilizzazioni individuali, consente di avvalersi di prodotti di alta qualità, distribuendo sulla collettività le spese di acquisto e gestione.
 - Realizzare gruppi di acquisto solidale che consentono di effettuare, appoggiandosi a fornitori qualitativamente certificati, la spesa dei generi più comuni a livello collettivo, con importanti risparmi sui costi.
 - Realizzare una sorta di "banca del tempo" con la quale si alimenta un sistema gratuito di reciproco aiuto che consente a ciascuno di beneficiare di competenze altrui, mettendo al servizio degli altri le proprie.
 - Attivare forme di aiuto e sostegno reciproco in caso di bisogno, alleggerendo l'onere in carico alla pubblica amministrazione.

- Attivare forme di condivisione di servizi complementari al trasporto pubblico locale o privato, come il *car sharing* e/o il *car pooling*, che consentano di utilizzare in maniera collettiva uno stesso mezzo suddividendone i costi di utilizzo.

I vantaggi connessi al modello del cohousing vanno, quindi, oltre quello di migliorare la qualità di vita dell'anziano, comprendendo anche:

- lo sviluppo della comunità: l'apertura degli spazi comuni e dei servizi forniti ai residenti del quartiere può rappresentare una preziosa prospettiva di socializzazione e di rilancio anche culturale per tutta l'area urbana o rurale in cui l'insediamento di coabitazione si colloca;
- la riduzione dei costi sociali e sanitari per tre ordini di motivi:
 - **le pratiche di *co-care* in grado di risolvere i problemi assistenziali meno complessi;**
 - **le economie di scala** sia per chi gestisce le strutture sia per gli inquilini stessi, attraverso la possibilità di aggregare la domanda di servizi e ottimizzare l'utilizzo degli specialisti (si pensi, ad esempio, all'introduzione dell'infermiere o alla badante di scala, sperimentato in Lombardia);
 - **la promozione di azioni di prevenzione che ritardano la necessità di interventi a più alta intensità assistenziale, quindi più costosi.**

3.3.2 Le realizzazioni pratiche

Le prime cohouses nascono in Danimarca all'inizio degli anni Ottanta e si diffondono in Australia, Canada, Stati Uniti e in Europa (Belgio, Germania, Gran Bretagna, Olanda e Svezia). La pratica del cohousing è attiva anche in Italia e sta riscuotendo molto successo tanto da stimolare l'interesse e l'intervento degli enti locali.

Uno dei maggiori ostacoli alla formazione di gruppi di cohousers è rappresentato dal costo per l'acquisto di edifici o di terreni su cui edificare. A questo proposito, le associazioni promotrici hanno avviato delle trattative con comuni, province e regioni al fine di coinvolgerli nei progetti e ottenere spazi abbandonati e inutilizzati a prezzi agevolati o, addirittura, in concessione gratuita. In alcune città italiane gli enti locali sono già impegnati nella promozione di progetti di *housing* sociale, inteso come forma di sostegno abitativo a giovani coppie, immigrati, persone separate, famiglie in difficoltà economica e anziani.

Altra possibile forma di vivere in comunità è rappresentata dall'utilizzo di strutture esistenti, come villaggi e condomini solidali: nel seguito si espone una sintetica e certo non esaustiva illustrazione di esperienze di tale tipologia di cohousing in Europa e in Italia.

Uno dei primi progetti di cohousing europeo ha sede a **Nieuwegein**, in Olanda, dove un gruppo di persone convive dal 1983 in un villaggio rurale. Quest'ultimo è costituito da due piccoli borghi, in cui si trovano sia gli appartamenti privati sia gli spazi comuni: ampi giardini, ristoranti *self-service*, luoghi adibiti allo scambio di libri, dischi e vestiti.

Dal 2001 è attivo un altro progetto di cohousing a **Vauban**, un paese a sud di Friburgo. Cinquemila persone abitano in un grosso quartiere di circa 38 ettari di superficie, studiato per favorire la sostenibilità ambientale: pannelli solari, impianti per la produzione di energia secondaria, servizio di car-sharing per sostituire le auto di proprietà.

In Italia esistono vari progetti di condomini solidali e, a testimonianza dell'interesse suscitato dal fenomeno, nell'aprile del 2010 è nata una rete italiana (www.cohousingitalia.it) per mettere in relazione le varie realtà e favorire lo scambio di esperienze e informazioni. Va inoltre sottolineato come numerosi progetti sperimentali godano oltre che del contributo pubblico della città anche del supporto delle fondazioni bancarie. L'attività delle fondazioni bancarie è sicuramente sostanziale, anche se forse sarebbe necessaria una maggiore considerazione all'interno dei diversi programmi delle necessità non solo dei giovani, ma anche delle persone anziane autosufficienti e non.

- A Torino, in via Cottolengo, si è inaugurato nell'ottobre 2013 il progetto *Numero Zero* dell'associazione *CoAbitare*, che ha comportato la ristrutturazione completa di uno stabile d'epoca. Promotori dell'iniziativa sono otto famiglie che, dopo essersi costituite in cooperativa ed aver acquistato l'edificio, hanno ottenuto il patrocinio dell'agenzia di sviluppo locale *The Gate*, che si occupa della riqualificazione del quartiere Porta Palazzo, e il supporto dell'Assessorato alle Politiche per l'Ambiente e la Casa del Comune. Il finanziamento del progetto, che ha un costo di circa un milione di Euro, è stato concesso da Banca Popolare Etica.
- Sempre a Torino sono stati realizzati in Via Gessi 30 minialloggi, di cui 18 abitati da anziani, 8 per le madri, le donne e i giovani e 4 per famiglie affidatarie. Una parte dello stabile è destinato ai servizi comuni. Il progetto è finalizzato alla promozione di un modello di convivenza basato sulla solidarietà e sul reciproco aiuto fra generazioni diverse ed è stato dato per sei anni in concessione dalla città di Torino all'Associazione Giovanile Salesiana.

- Un altro esempio di cohousing intergenerazionale è stata realizzata a Trento e si chiama “Casa della vela”, che riunisce 5 signore anziane, 5 studenti universitari e 2 assistenti familiari in un immobile ristrutturato in due appartamenti ciascuno, con 5 camere e 4 bagni, una mansarda, una terrazza, un giardino ed un orto.
- Si chiama *Co-Housing Del Moro* ed è la nuova forma di residenza riservata agli anziani appena nata nel centro storico di Lucca grazie alla collaborazione tra la Fondazione Casa Lucca, l’Arci, la Confraternita Misericordia di Lucca e la Fondazione Cassa di Risparmio di Lucca. La struttura offre ambienti di ampiezze differenti a singoli o coppie interessati a intraprendere un’esperienza di cohousing, che preveda un giusto bilanciamento tra *privacy* e spazi comuni. L’edificio comprende 13 alloggi (da 28 a 70 metri quadrati) che verranno affittati a prezzi di mercato, e una serie di spazi comuni, dalla cucina alla sala da pranzo, dalla sala ricreativa ai servizi, all’area *fitness* riservata soprattutto alla fisioterapia. Inoltre gli abitanti possono beneficiare di una serie di servizi accessori: tutti i giorni, per otto ore, sono disponibili presso il complesso due operatori e alcuni volontari che assistono gli anziani in tutte le necessità quotidiane, come fare la spesa, acquistare medicinali o essere accompagnati alle visite mediche.

3.4 Possibili sviluppi futuri: il ruolo degli investitori istituzionali

Le varie interessanti sperimentazioni in essere in molte parti d’Italia pongono l’accento sulla necessità di anticipare i tempi e convocare intorno ad un unico tavolo le istituzioni pubbliche, quelle del privato sociale e quelle legate al mercato, per pensare a nuove forme di residenzialità che permettano, da una parte, di soddisfare le esigenze delle persone anziane, e dall’altra, di intervenire su un patrimonio obsoleto per riqualificarlo e renderlo funzionale ad una popolazione che invecchia e alla riduzione dei costi energetici.

Un primo parziale tentativo in questo senso è stato tentato con il piano nazionale di edilizia abitativa (cd. “Piano casa”) disciplinato dal D. L. n. 112/2008 e attuato con il Dpcm 16 luglio 2009, volto ad incrementare il patrimonio immobiliare ad uso abitativo attraverso l’offerta di alloggi di edilizia residenziale, destinati, fra l’altro, anche agli anziani in condizioni sociali o economiche svantaggiate (cd. “housing sociale”). Il tutto con l’intento di coinvolgere soprattutto le risorse private attraverso il ricorso a modelli di intervento in precedenza limitati alle opere pubbliche (*project financing*), oppure a strumenti finanziari immobiliari innovativi per l’acquisizione o la costruzione di immobili di edilizia residenziale, come la creazione di fondi immobiliari per la residenza sociale.

In tale ambito è nato il ***Fondo Investimenti per l'Abitare*** (FIA), un fondo di fondi le cui quote sono state sottoscritte da Cassa Depositi e Prestiti, gruppi bancari e assicurativi, Casse di assistenza e previdenza professionale privatizzate e altri investitori qualificati, che opererà su tutto il territorio nazionale, acquisendo quote significative, ancorché di minoranza, di fondi immobiliari di *social housing* operanti in ambito locale.

La scarsità di risorse ha quindi incentivato il passaggio da un sistema piramidale a uno misto e partecipato, che modifica la classica gestione dell'edilizia residenziale pubblica, tradizionalmente appannaggio esclusivo dello Stato tramite l'imposizione di prezzi/canoni accessibili.

In tale contesto i fondi pensione e le casse di previdenza dei liberi professionisti potranno svolgere un ruolo sempre più significativo e coerente con la propria *mission* secondo un duplice profilo:

- la possibilità di realizzare investimenti di lungo periodo con tassi di rendimento interessanti;
- l'opportunità, anche sfruttando le sinergie con i fondi/casse sanitarie, di offrire ai propri iscritti prestazioni assistenziali di qualità a costi accettabili, anche in virtù della possibilità di intervenire in maniera attiva nelle decisioni relative alla gestione delle strutture.

Fondamentale, a tal fine, appare peraltro l'esigenza di adoperarsi per definire un quadro normativo e operativo favorevole ad un ulteriore sviluppo del comparto, agendo su quei fattori (in particolar modo di natura amministrativa) che ancora si configurano come ostacoli al perseguimento dell'obiettivo.

4. Prestazioni in favore degli anziani, dei non autosufficienti e di soggetti bisognosi di prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate in Lombardia

Paolo Novati

L'integrazione sociosanitaria è basata sul coordinamento tra gli interventi di natura strettamente sanitaria e quelli di natura sociale e fa fronte a bisogni di salute molteplici e complessi attraverso progetti assistenziali il più possibile personalizzati.

Il tema presenta una sua complessità intrinseca, come dimostra la difficoltà a definire un sistema standard sia operativo che concettuale, data l'interconnessione con diverse aree del welfare; questo porta a diversi modelli normativi ed organizzativi, anche perché coinvolge molti attori istituzionali ed erogatori differenti.

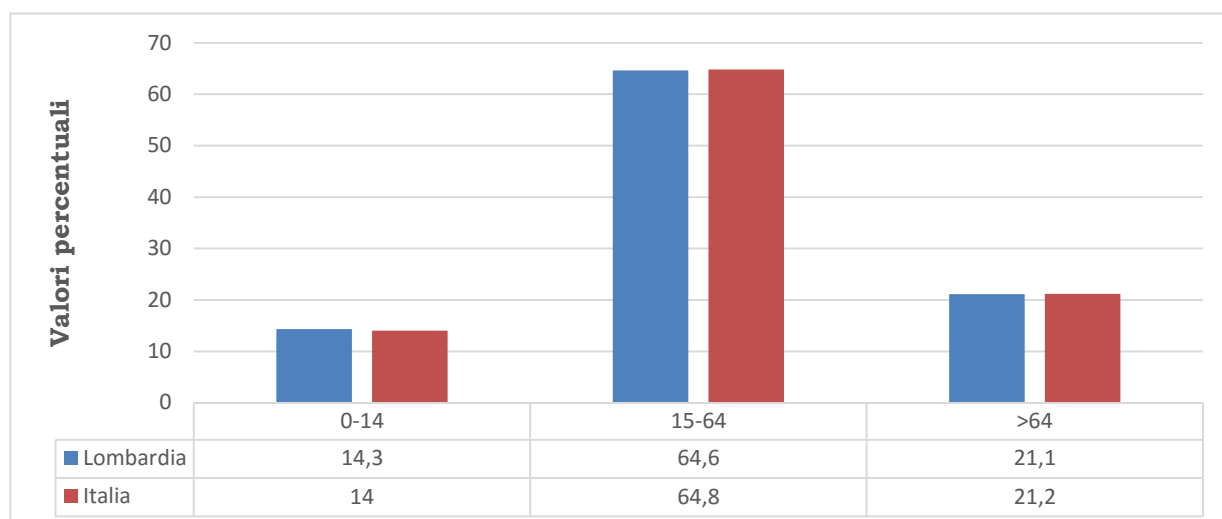
Nell'ultimo decennio il tema dell'integrazione sociosanitaria è entrato con forza nell'agenda normativa e politica, sia a livello nazionale che internazionale, spingendo alla revisione dei modelli di welfare nati nell'immediato dopoguerra. In Italia, l'agenda delle politiche socio-sanitarie è maturata alla fine degli anni Novanta, influenzando la riforma del Servizio Sanitario Nazionale ed entrando stabilmente nei fondamenti normativi.

Le rilevanti attribuzioni conferite dal legislatore alle Regioni hanno condotto ad una pluralità di normative e criteri operativi, variabili a seconda degli orientamenti assunti dalla Regione di volta in volta interessata. Nel prosieguo ci limiteremo, quindi, a riportare la situazione della Lombardia confrontandola, quando possibile, con il quadro nazionale.

4.1 Quadro socio-demografico

La Lombardia, a fine 2013, con 9.794.525 abitanti (Dati ISTAT- statistiche demografiche) è la prima regione in Italia per popolazione, la seconda per densità e la quarta per superficie. Nell'ultimo ventennio la popolazione lombarda è cresciuta del 12,1% (poco meno di 1.100.000 abitanti), principalmente nella componente straniera. La struttura per età della popolazione tende a farsi sempre più anziana: al 1 gennaio 2013 il 21,1% dei residenti ha più di 65 anni (in linea con il dato nazionale, pari al 21,2%), ma decisamente superiore al 16,6% dell'ultimo dato europeo disponibile (2011); e questo, a fronte del 14,3% della popolazione con meno di 15 anni (fig. 1).

Fig. 1 - Popolazione per classi di età al 1.1.2013 in Lombardia ed Italia, val. %



Fonte: elaborazione Éupolis Lombardia su dati Istat 2013, Statistiche demografiche

Negli ultimi 15 anni, la speranza di vita dei lombardi è cresciuta sia per le femmine che per i maschi, superando gli 85 anni per le prime e gli 80 anni per i secondi.

La distribuzione per classi di età mostra uno squilibrio complessivo, come si rileva dagli indici di:

- *dipendenza totale* (o strutturale), calcolato come rapporto percentuale tra soggetti in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e oltre) e soggetti in età attiva. Tale rapporto esprime il carico sociale ed economico teorico della popolazione in età attiva: valori superiori al 50 per cento indicano una situazione di squilibrio generazionale;
- *dipendenza senile*, calcolato come rapporto percentuale tra gli ultra sessantacinquenni e le classi attive (popolazione 15-64 anni)
- *vecchiaia*, calcolato come rapporto percentuale tra gli ultra sessantacinquenni e la popolazione fino a 14 anni;

Tab. 1: Indice di dipendenza totale, di dipendenza senile e di vecchiaia al 1.1.2013, in Lombardia e in Italia

	Totale	Dipendenza senile	Vecchiaia
Lombardia	54,8	32,7	147,6
Italia	54,3	32,7	151,4

Fonte: elaborazione Éupolis Lombardia su dati Istat 2013, Movimento anagrafico della popolazione residente

La tabella evidenzia come l'elevata componente anziana comporti un pesante carico sulle altre fasce di popolazione. L'indice di vecchiaia mostra come si possono contare ben 147 anziani ogni 100 under 15, mentre quello di dipendenza senile evidenzia la presenza di 32 anziani ogni 100 persone in età attiva.

Il quadro, peraltro, è in peggioramento: le previsioni ISTAT stimano una continua crescita della popolazione (che tra vent'anni raggiungerà gli 11 milioni di abitanti), che tuttavia si accompagnerà ad una crescita ancora più marcata della componente anziana al suo interno, sostenuta da un aumento dell'aspettativa di vita sia per i maschi che per le femmine (da 80 a 83 anni per i primi e da 85 a 88 anni per le seconde).

4.2 La domanda sanitaria

Dalla Delibera della Giunta Regionale n. 1185 del 2013 si rileva che in Lombardia si registrano oltre tre milioni di pazienti affetti da malattie croniche, pari al 30% della popolazione (il dato italiano, invece, si attesta intorno al 38%¹), e di questi il 10% è utente di servizi sociosanitari e sociali.

All'interno del gruppo dei pazienti cronici, inoltre, è in aumento il numero delle persone in condizione di cronicità sociosanitaria (anziani non autosufficienti, persone con disabilità, persone affette da dipendenze da sostanze, ecc.), stimate in circa 600.000 sulla base degli accessi ai servizi riferiti al 2013.

L'utenza delle strutture sociosanitarie presenta condizioni di particolare fragilità e complessità:

- il 70% degli ospiti delle RSA è affetto da demenza, di cui il 36% in forma grave;
- il 7% è malato di Alzheimer;
- l'1% versa in stato vegetativo o è affetto da malattie del motoneurone (SLA, ecc.);
- il 22% presenta un diverso livello di fragilità e confluisce nella cosiddetta "utenza tipica RSA" (anziani non autosufficienti).

Da notare, peraltro, come dal 2004 il numero di persone con forme gravi di demenza e con Alzheimer sia aumentato in modo rilevante (di oltre il 22%), passando da 29.825 a 36.410 (30.469 demenze gravi e 5.941 malati di Alzheimer), e gli accessi si siano sempre più spostati verso gli over 80 (i cd. grandi anziani). Emerge con chiarezza, dunque, come il problema della demenza non sia

¹ ISTAT, *Banche dati/Serie storiche/salute e sanità/condizioni di salute*

puramente di natura clinica, ma soprattutto di natura sociosanitaria e relazionale, quindi legato agli impatti che si producono sulle famiglie che affrontano casi del genere.

Passando ai numeri, le persone con disabilità sono stimate in circa 310.000, corrispondenti al 3,1% della popolazione residente, di cui circa 26.000 sono minori. Sulla base dei dati INPS (2013), le persone con grave/gravissima disabilità sono stimabili in 37.825, 4.831 delle quali sono minori.

Sul territorio, inoltre, sta emergendo una domanda di assistenza che tende a differenziarsi in termini quantitativi e qualitativi, e si indirizza verso la richiesta di servizi flessibili - e a livello territoriale - che supportino il mantenimento presso il domicilio della persona con fragilità o in condizioni di non autosufficienza e adattino le prestazioni erogate ai nuovi bisogni che vanno via via emergendo.

4.3 La domanda assistenziale

Le famiglie lombarde sono circa 4.500.000: in aumento negli ultimi anni, ma sempre meno numerose in termini di componenti (la media è di 2,1 contro i 2,4 a livello nazionale). Anche la loro struttura appare in trasformazione: i nuclei composti da persone sole rappresentano ormai il 39,5% nel panorama regionale (30,1% a livello nazionale) e le coppie senza figli il 35% (30,9% in Italia), mentre è in calo la quota di coppie con figli. In particolare, a crescere sensibilmente sono le persone sole con più di 60 anni, che oggi rappresentano il 56,2% della popolazione a fronte del 53,2% del 2007, avendo osservato un trend di crescita ben più alto rispetto a quello rilevato a livello nazionale (+12,9% contro +3,7%).

Tali cambiamenti sono di grande importanza se si considera che il carico assistenziale delle persone anziane e con cronicità incide pesantemente sulle famiglie, generando un notevole impatto in termini economici e non solo. I dati ISTAT evidenziano, infatti, un calo dei consumi ed una incidenza della condizione di povertà più accentuati tra i nuclei anziani.

Su questo quadro demografico in progressiva trasformazione si innestano, inoltre, da un lato la crisi economica, che ha modificato gli stili di vita specialmente per quanti hanno redditi bassi, e dall'altro, la difficoltà dei bilanci dei soggetti pubblici, che sono costretti a rivedere – in senso restrittivo – l'offerta di servizi di tipo sociale e sociosanitario.

Sotto quest'ultimo aspetto, in particolare, il taglio delle risorse destinate al sistema dei servizi territoriali si riverbera sulle rette delle RSA – che inevitabilmente sono in aumento – e che a loro volta creano non poche difficoltà alle famiglie, costrette a compensare in vari modi: dall'accresciuta tendenza a prestare assistenza ai propri familiari bisognosi, al maggiore ricorso ai servizi di

badantato – che sempre più vedono il coinvolgimento di manodopera italiana – dal sempre più ampio ricorso al sommerso alla prevalenza del lavoro a ore rispetto alla co-residenza.

Ma accanto al tema della sostenibilità economica, sono da sottolineare anche aspetti di natura culturale, cruciali per il ruolo giocato dalle famiglie nel modello di welfare italiano. L'attuale generazione di *caregivers*, ad esempio, è costituita per larga parte da donne di 50-60 anni che non soltanto rispetto alle loro figlie (le giovani lombarde hanno tassi di occupazione tra il 50 ed il 60 per cento) sono decisamente meno coinvolte nel lavoro extra domestico, ma al tempo stesso manifestano la precisa volontà di prendersi cura dei genitori anziani fino a quando è possibile assisterli a domicilio.

Del resto, la famiglia ha sempre svolto un ruolo rilevante nel sistema di protezione sociale italiano, per la cura dei bambini (per la quale molto spesso si ricorre ai nonni più che ai servizi), per la funzione di ammortizzatore sociale ed emotivo svolta nei confronti dei giovani (anche quelli occupati), per la cura dei genitori anziani possibile anche grazie a strategie di prossimità geografica (si vive vicino ai propri genitori).

Ricerche psicologiche, peraltro, mostrano l'insorgere di veri e propri sensi di colpa quando sono costretti a ricorrere a residenze protette per i propri familiari anziani a causa del degenerare del quadro clinico.

A conferma di ciò si sottolinea come in Italia il fenomeno del badantato, unico in Europa, abbia evidenziato la forza e la vitalità delle famiglie nel ricorrere a strumenti di *coping* (risposta efficace e gestione attiva alle difficoltà) nelle situazioni problematiche: di fronte all'assenza di servizi formali per la cura e l'assistenza domiciliare, le famiglie si sono auto-organizzate con questa forma di supporto a basso costo, anche se spesso non opportunamente qualificata.

Attualmente la principale risorsa economica di sostegno per i bisogni sociali resta l'indennità di accompagnamento, che assorbe oltre 12,7 miliardi di euro l'anno e della quale beneficiavano nel 2010 oltre 1,5 milioni di anziani. Tra gli over 65 il tasso di fruizione era pari al 9,9% in Lombardia (12,5% il dato nazionale), per complessivi 195.745 beneficiari.

4.4 L'offerta: strumenti e modelli per l'integrazione

Il quadro legislativo nazionale presenta delle definizioni e pone degli indirizzi di programmazione rispetto all'integrazione socio-sanitaria; l'eterogeneità di questo ambito non permette, però, di definire un sistema entro ambiti definiti. L'integrazione socio-sanitaria non è stata finora oggetto di riforme organiche: la somma di tante azioni parziali, in parte a livello nazionale, in

parte a livello regionale o locale, e sulla spinta del settore sociale o di quello sanitario, tracciano un quadro eterogeneo.

Di seguito riportiamo la situazione riferita alla regione Lombardia.

Innanzitutto, l'integrazione sociosanitaria è definita come il coordinamento tra interventi di natura sanitaria e sociale a fronte di bisogni di salute molteplici e complessi, realizzato attraverso progetti assistenziali personalizzati.

Il Servizio Sanitario Regionale (SSR) lombardo si caratterizza per essere stato il primo ad avere attuato un modello innovativo, autonomo ed ispirato al principio della sussidiarietà, declinato nel senso del cosiddetto “quasi mercato”, che si fonda sulla separazione tra la funzione di produzione e quella di committenza.

Ulteriori elementi cardine della riforma furono l'introduzione dei sistemi di pagamento a tariffa, sulla base del modello ospedaliero di pagamento prospettico dei DRG (Diagnostic Related Groups), e, successivamente, di diverse forme di tariffazione per gli altri servizi, sia sanitari (ambulatoriali) che sociosanitari (per residenzialità, riabilitazione e domiciliarità).

A guidare la riforma fu il principio di lasciare libera scelta ai cittadini di selezionare la struttura in cui recarsi e successivamente ottenere il rimborso della prestazione dal SSR: il sistema ha quindi aperto il mercato sanitario e sociosanitario all'ingresso di erogatori pubblici, privati e del terzo settore. Unico vincolo di accesso posto dal SSR per gli erogatori è stato l'accreditamento istituzionale, a garanzia della qualità dei servizi prestati e, sul lato committenza, per programmare l'offerta di servizi e prestazioni.

Una volta definite le regole a livello regionale, le ASL hanno il compito di attuarle a livello territoriale e controllarne l'efficacia; il finanziamento del SSR prevede infatti il trasferimento del FSR (Fondo Sanitario Regionale) direttamente alle ASL.

Per il 2014 il FSR è ammontato a 17,7 miliardi di euro, di cui 1,7 milioni da destinare all'ambito sociosanitario (DGR 1185/2013). Quest'ultimo si articola in una rete di strutture pubbliche o private accreditate che erogano prestazioni di tipo sanitario ad intensità sociale: le residenze sanitarie assistenziali per anziani (RSA), che complessivamente contano 57.000 posti letto - la più consistente dotazione in tutta Italia; i 307 Centri Diurni Integrati per Anziani (CDI); le 89 Residenze Sanitarie Assistenziali per disabili (RSD); e ancora, i 34 *hospice*, gli 84 servizi che operano nel settore delle dipendenze, gli 82 consultori e le 77 strutture di riabilitazione (escluse quelle di ricovero).

Tab. 2 – Strutture socio-sanitarie in Lombardia, 2013, v.a.

	Numero di strutture	Abilitazione Esercizio - N. Posti Ordinari	Accreditamento - N. Posti Ordinari	Accreditamento - N. Posti Alzheimer	N. Posti day Hospital
RSA	690	62103	57001	2926	
CDI	307	7301	1825		
RSD	89	4057	1493		
Hospice	34	374	374		
Strutture riabilitazione	77	3104	3104		1290
Consultori	82				
Comunità per dipendenze	84	2577	2577		

Fonte: Elaborazioni Èupolis Lombardia su dati DG Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato, Regione Lombardia

A questa fitta rete di servizi socio-sanitari si aggiungono poi 227 enti che erogano Assistenza Domiciliare Integrata.

Tuttavia, nonostante questa rete di assistenza presenti nel complesso dei volumi di rilievo, anche in Lombardia la maggior parte dell’assistenza socio-sanitaria e assistenziale è affidata alle cure informali dei familiari più prossimi e alle badanti, che sono stimate intorno alle 126 mila unità in tutta la regione.

Dal 2011 si è registrato un cambiamento di prospettiva a livello di programmazione: “dalla cura, al prendersi cura” è divenuto l’indirizzo principale del Piano Sanitario Regionale e del Piano Socio-Sanitario Regionale, che ha segnato l’avvio di un programma sistematico di politiche e interventi rivolti sia all’integrazione socio-sanitaria che ad una più complessa strategia di presa in carico.

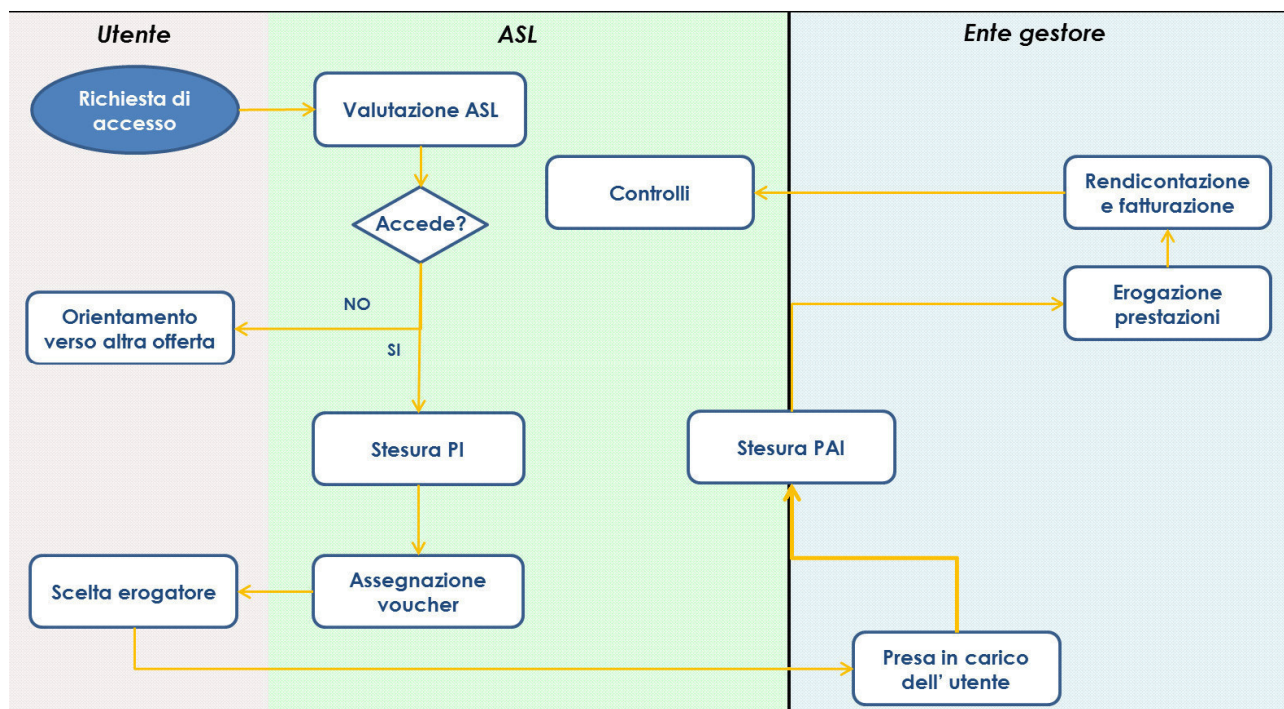
Il cuore dei provvedimenti è rappresentato dal **voucher socio-sanitario**, un titolo erogato agli utenti per l’acquisto di prestazioni socio-sanitarie o socio-assistenziali da erogarsi presso strutture accreditate.

Lo strumento, da un lato mette in campo prestazioni socio-sanitarie a tutela effettiva dei bisogni espressi dalle persone fragili, dall’altro richiede una robusta *governance* pubblica che coinvolge ASL e Comuni a garanzia dell’appropriato impiego delle risorse e di una effettiva integrazione tra le prestazioni di diversa natura.

Per l’erogazione del voucher sono fondamentali:

- la valutazione multidimensionale del bisogno di presa in carico della persona attraverso l'integrazione di professionalità e istituzioni diverse
- e il progetto individuale (Piano Assistenza Individuale), che traduce in un progetto assistenziale **adeguato alle necessità della persona e della famiglia** gli esiti della valutazione effettuata.

Lo schema seguente riporta le varie fasi del percorso di presa in carico.



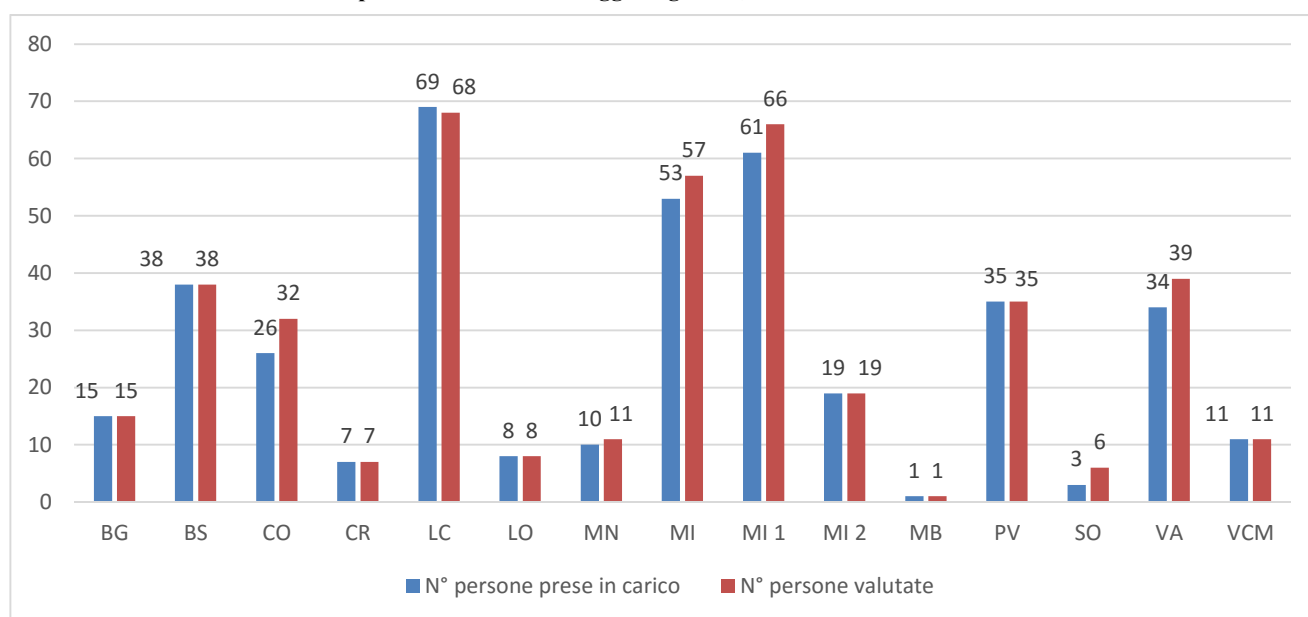
Fonte: Allegato A DGR 2942/2014

L'andamento della prima fase delle applicazioni (da gennaio a settembre 2014) è illustrato dal monitoraggio dei dati sotto riportati.

a) residenzialità leggera: caratteristiche dell'utenza

Al 30 settembre 2014 le ASL hanno valutato 413 persone, di cui 391 effettivamente prese in carico da un soggetto gestore.

**Fig. 2 – Persone valutate dalle ASL lombarde
e prese in carico da un soggetto gestore, al 30 settembre 2014**

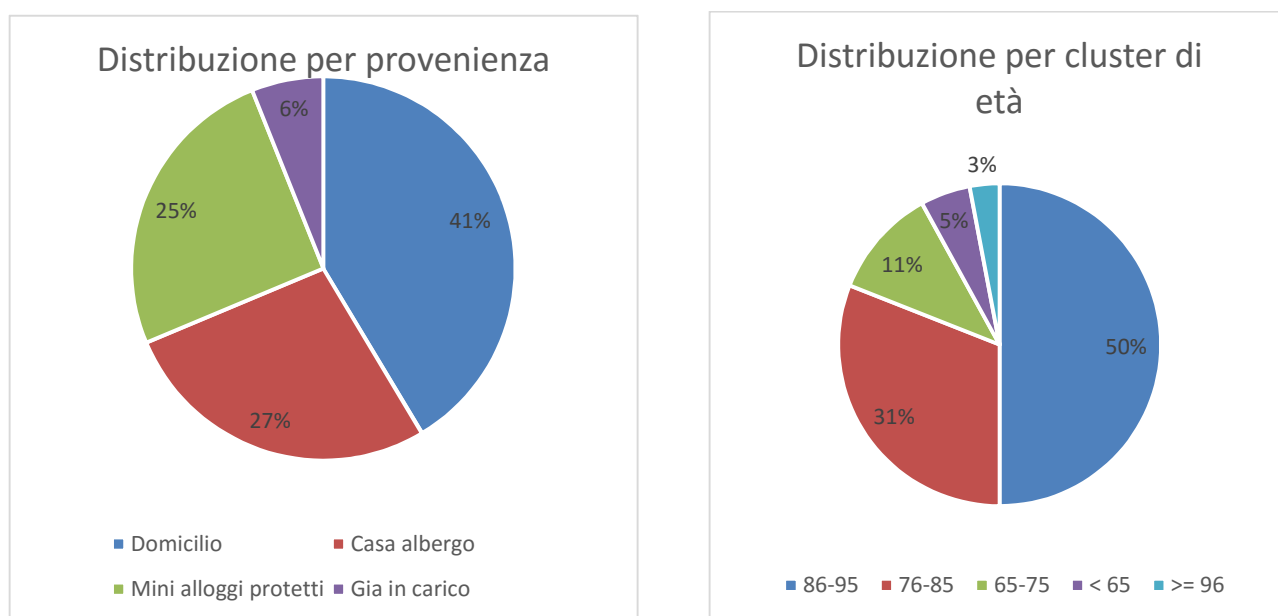


Fonte: Allegato D, DGR. 2942/2014

Analizzando la tipologia delle persone valutate emerge che il 50% ha un'età compresa tra 86 e 95 anni, seguito da un 31% tra 76 e 85 anni. È presente anche un 3% di over 95 in condizioni di parziale autosufficienza.

Quasi il 70% delle persone valutate è costituito da donne. Le persone provengono per la maggior parte dal domicilio (41%), mentre il 27% è già in carico attraverso progetti sperimentali in precedenza avviati.

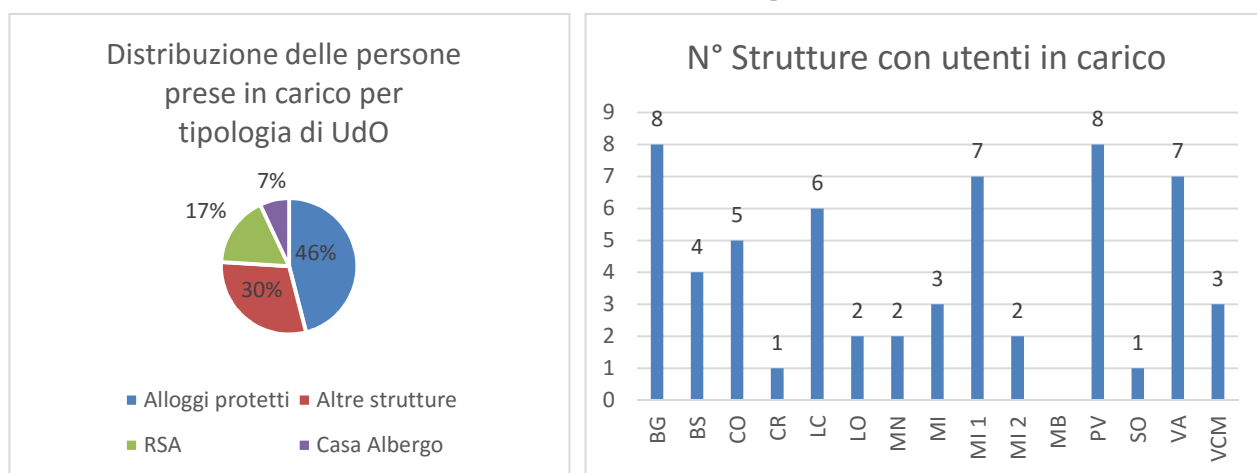
Figg. 3 e 4 – Distribuzione delle persone prese in carico, per provenienza e per età



Fonte: Allegato D, DGR 2942/2014

I gestori che si sono candidati alla misura sono stati complessivamente 133 e quelli che hanno effettivamente preso in carico utenti ammontano a 59. Queste strutture sono RSA, Case Albergo, Alloggi protetti anziani e altre tipologie di strutture attivate a seguito di provvedimenti regionali. Ben il 46% degli utenti è stato accolto negli alloggi protetti.

Figg. 5 e 6 – Distribuzione delle persone prese in carico per tipologia di unità d’offerta e numero di strutture con utenti in carico per ASL lombarde

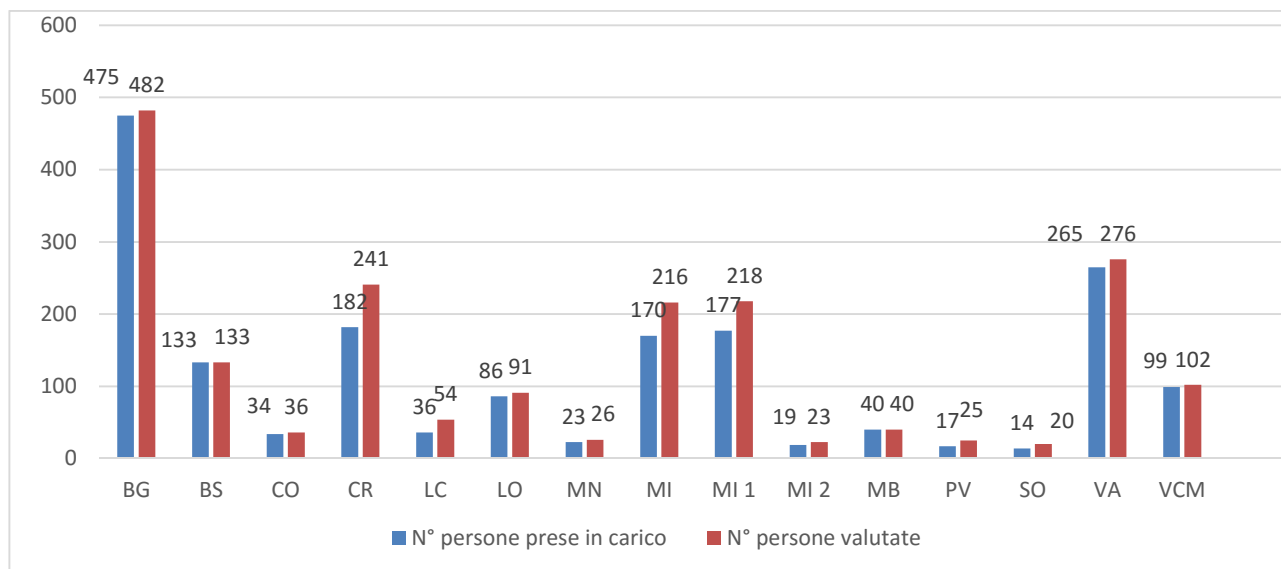


Fonte: Allegato D DGR 2942/2014

b) RSA Aperta: caratteristiche dell’utenza

Il numero di persone valutate al 30 settembre 2014 è stato pari a 1.983: di queste, 1.770 hanno usufruito del voucher e sono state prese in carico da un soggetto gestore.

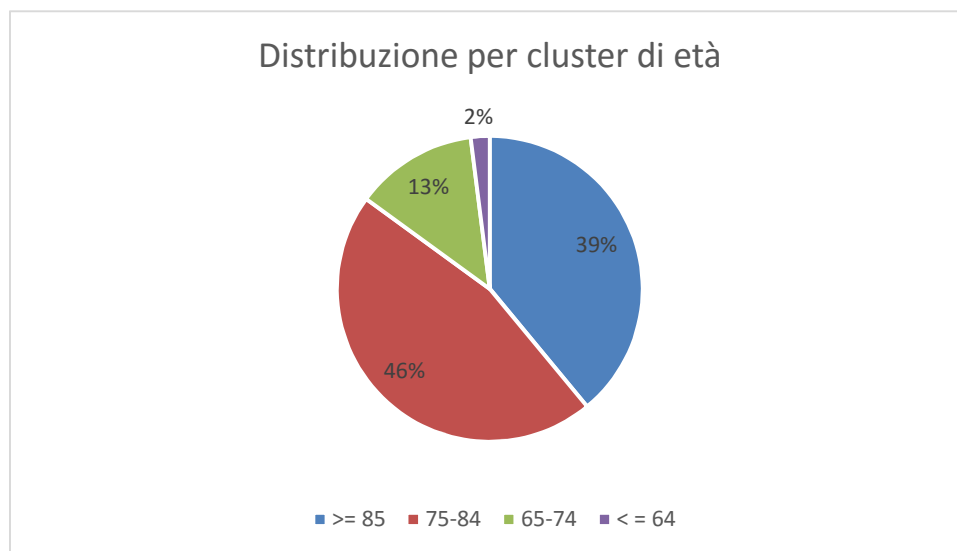
Fig. 7 – Persone valutate dalle ASL lombarde e prese in carico da un soggetto gestore



Fonte: Allegato D DGR 2942/2014

La maggioranza ha un'età superiore a 75 anni: solo la fascia d'età 75-84 anni rappresenta il 46%. Si registra anche un 2% di under 65. Il 30% dei soggetti presi in carico usufruisce anche dell'Assistenza Domiciliare Integrata.

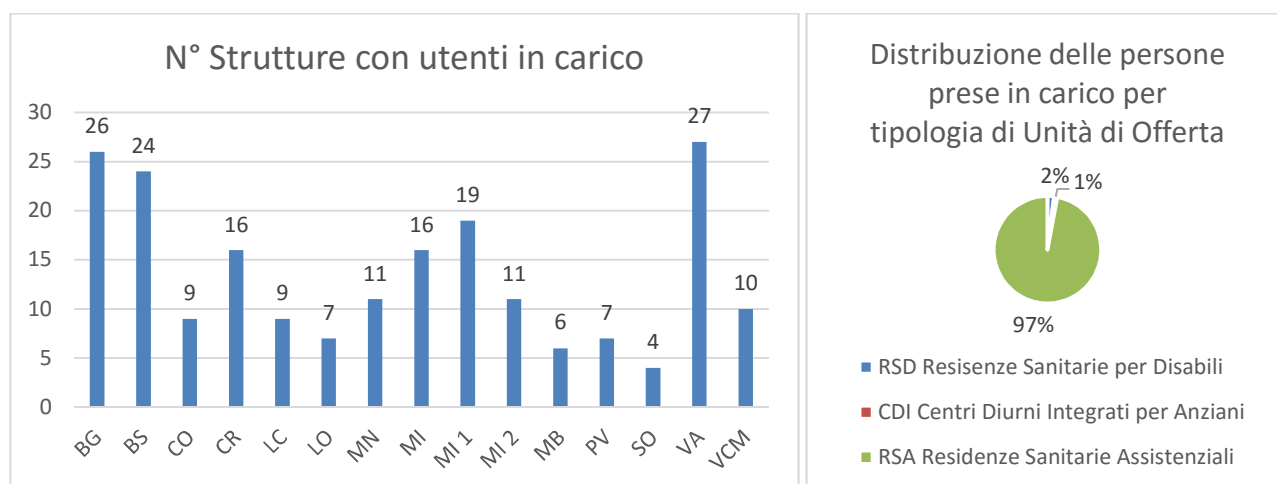
Fig. 8 – Distribuzione delle persone prese in carico da un soggetto gestore, per età



Fonte: Allegato D DGR 2942/2014

I gestori che si sono candidati alla misura sono stati complessivamente 314 e di questi, 202 hanno avviato Piani di Assistenza Individualizzati. Data la natura della misura, si tratta quasi esclusivamente di RSA (97%).

Fig. 9 e 10 – Numero di strutture con utenti in carico a livello di ASL lombarde e distribuzione delle persone prese in carico per tipologia di unità d'offerta



Fonte: Allegato D DGR 2942/2014

Analizzando le prestazioni realizzate nei PAI emerge che per l'84% dei casi i beneficiari hanno richiesto una o al massimo due prestazioni e molto più raramente un mix di interventi. Tra le

prestazioni maggiormente richieste figurano la sostituzione temporanea al domicilio del *caregiver*, il bagno assistito e interventi riabilitativi di mantenimento.

Alla luce di quanto emerso dall’elaborazione dei dati più significativi la Regione ha valutato che le misure *Residenzialità Leggera* e *RSA aperta* necessitavano di azioni migliorative. Si è quindi intervenuti con la DGR n. 2942 del dicembre 2014, che ha esteso l’accesso anche a utenti in presenza di altre tipologie di disagio ed ha indicato “pacchetti tipo di prestazioni” a seconda dell’assistenza richiesta.

Di seguito un esempio di pacchetto prestazionale relativo ad un profilo di bassa intensità assistenziale. Si tratta di interventi anche di lunga durata, ma tendenzialmente legati all’attività di singoli professionisti, integrati da una valutazione iniziale da parte di una figura professionale più qualificata, quale il geriatra.

Declinazione del profilo:

- valutazione semplice;
- sostituzione temporanea del *caregiver* principale;
- integrazione del lavoro assistenziale;
- compagnia, ascolto, orientamento e mediazione di rete, sostegno alla famiglia nel governo del processo di cura.

Tab. 3 – Esempio di pacchetti prestazionali a bassa intensità assistenziale

Attività	Professionalità	N. accessi	Costo teorico
Care management leggero	Assistente sociale/ Educatore / ASA	1 contatto telefonico ogni 15 giorni per 15 minuti	€ 14,00
Accoglienza in CDI		Accesso presso CDI 1 volta a settimana	€ 116,00
Integrazione del lavoro del <i>caregiver</i>	ASA / OSS	Accessi variabili per un totale di 11 ore mensili	€ 232,00

Fonte: Allegato D. DGR. 2942/2014

**STRUMENTI, SOLUZIONI INNOVATIVE
E APPROCCI PER INVESTIRE CON
SUCCESSO NELLE RSA**

5. Investimento in RSA o altre strutture e/o creazione di reti convenzionate per le prestazioni: pregi e difetti in termini giuridici

Alessandro Bugli

Il tema oggetto di questo Quaderno di approfondimento è quello relativo alla residenzialità per anziani, da intendersi non solo (o, meglio, non soltanto) per la sua centrale funzione nel sistema di welfare italiano, quanto anche come possibile canale di investimento e di remunerazione dell'investimento stesso, sapendo coniugare *business* e sociale. Ora, di tutta evidenza, se l'investimento si dovesse mostrare remunerativo, si finirebbe per attrarre nuovi finanziatori e, in questo modo, un così importante settore potrebbe conoscere un inaspettato afflusso di risorse utili a servizi di questo tipo per la platea della popolazione anziana nel nostro Paese, in costante crescita, anno dopo anno.

Questo breve intervento sposta leggermente l'analisi dal tema delle *best practice* e delle modalità di investimento al delicato rapporto che viene a crearsi in termini giuridici tra (da una parte) un Fondo pensione, una Cassa, una Forma sanitaria integrativa, una Compagnia di assicurazioni e (dall'altra parte) una struttura residenziale per anziani o una rete di strutture residenziali.

Ai fini dell'analisi che segue è necessario distinguere tra due macroipotesi:

1. i casi in cui la struttura residenziale (o la rete di strutture) sia semplicemente l'oggetto dell'investimento da parte di un Fondo pensione, di un Ente o una Cassa di previdenza obbligatoria per i professionisti, di una Forma sanitaria integrativa o di una Compagnia di assicurazioni, ovvero

2. quella, ben diversa, in cui un Fondo pensione, una Cassa, una Forma sanitaria integrativa, una Compagnia di assicurazioni intervenga in veste di soggetto chiamato a garantire determinate prestazioni in favore della propria utenza e, in luogo di provvedere al rimborso di spese o alla corresponsione di capitali o rendite, decida di convenzionarsi con una o più strutture residenziali per offrire alla propria utenza una serie di prestazioni in forma specifica.

Per quel che si dirà, è proprio questa seconda ipotesi a interessarci in questo intervento e, in dettaglio, l'intento è quello di mettere in luce gli innegabili pregi del convenzionamento di prestatori di servizi in luogo dell'erogazione delle prestazioni in danaro (concezione pressoché condivisa dalla totalità degli operatori), ma allo stesso tempo far cenno a quelli che potremmo definire i rischi (o “nuovi” rischi) di un simile operare dal punto di vista giuridico.

Ritorniamo, però, per ora, alla prima ipotesi: la struttura residenziale intesa come semplice oggetto – diretto o indiretto – dell’investimento da parte di un investitore istituzionale. In questo caso pare evidente come la ragione dell’investimento non sia (o, forse, non sia solo) quella di garantire determinate prestazioni nei confronti della propria utenza – associati, assicurati, familiari di questi ultimi, ecc. – bensì quella di accaparrarsi un ritorno in termini di investimento tale da giustificare il compimento dell’operazione stessa; va da sé che l’investimento dovrà porsi in coerenza con le previsioni normative primarie e regolamentari e con il fine che l’ente stesso è chiamato istituzionalmente a perseguire: se si tratti di un Fondo pensione o di una Cassa, ad esempio, ottenere i capitali utili a pagare le prestazioni; ciò senza mettere a repentaglio la gestione del fondo, con pregiudizio degli iscritti.

Se di ciò si tratta - esaminata la bontà dell’investimento e la sua coerenza con gli scopi perseguiti dall’investitore - altro non vi è da dire, se non rammentare, come fonte di possibile rischio per l’investitore stesso, il cattivo esito dell’operazione economica/finanziaria o il difficile smobilizzo delle risorse impiegate ove vi fosse urgenza di accedervi. A ben vedere, esiste però anche un altro tipo di rischio, meno indagato, ma che merita qui di essere ricordato e che potrebbe sommarsi ai precedenti. Il riferimento è al rischio cd. “reputazionale” che potrebbe conseguire a fatti di grave mala gestione delle realtà di cui l’investitore (la Cassa, il Fondo, ...) risulti – all’esito dell’investimento – essere l’unico socio o, comunque, il socio di maggioranza assoluta o relativa. L’emergere di carenze o di gravi violazioni nell’erogazione delle prestazioni agli anziani (violenze, soprusi, mantenimento degli stessi in condizioni precarie o non igieniche, ...) potrebbe condurre a ricadute pesanti in termini di immagine anche per i soggetti che dovessero risultare i proprietari delle stesse. Alla luce di quanto sopra, pare potersi affermare che, sebbene in questa prima ipotesi (i.e. RSA come semplice oggetto dell’investimento) il rapporto che lega le parti interessate - connotandosi per una natura meramente finanziaria - pare mettere in secondo piano l’esigenza di una verifica costante della modalità di gestione della struttura stessa e della qualità dei servizi offerti da quest’ultima (se non per il rischio a cui si è fatto cenno e per verificare il possibile successo dell’investimento), quando la struttura diventi non più mero oggetto dell’investimento, bensì erogatore di servizi convenzionato con l’ente (Fondo, Cassa o altro), il tema diviene centrale e le ricadute nient’affatto trascurabili.

Passiamo, quindi, alla seconda ipotesi: la RSA come ente convenzionato per l’erogazione delle prestazioni. Guardando alle esperienze internazionali (ma anche a quelle nostrane), ci si avvede dell’importanza di lavorare sulla creazione di reti di servizio, alla ricerca di benefici sia per gli enti erogatori delle prestazioni che per i destinatari - diretti o indiretti - delle stesse. In questo

senso le RSA o le altre strutture assumono un ruolo primario nell'erogazione dei servizi sanitari integrativi o assicurativi.

Proviamo a chiarire.

Quando una delle realtà più volte citate: Fondi pensione, ma ancor di più le Forme sanitarie integrative, le Casse per i professionisti di cui ai decreti legislativi 509/94 e 103/96 e le Compagnie di assicurazione, assumono impegni nei confronti dei loro iscritti, utenti o clienti, possono obbligarsi a rendere prestazioni per la persona sotto diversa forma: ad esempio, erogazione di capitali o rendite (nell'ipotesi di perdita di una o più ADL o di infortunio o malattia) o diarie e/o indennizzi al verificarsi degli eventi anzidetti ovvero, ancora, erogazioni di prestazioni in forma specifica [tramite rimborso diretto alle strutture residenziali dei costi dovuti dagli iscritti/utenti/clienti per accedere al servizio].

Quando una Forma sanitaria integrativa o una Compagnia di assicurazioni (ma il ragionamento è estensibile a tutti i soggetti citati in precedenza, Casse dei professionisti o Fondi pensione, salvi i limiti indicati dalla legge) assume l'impegno verso i propri soci, iscritti, beneficiari o assicurati di "rivalerli" delle conseguenze che un evento negativo afferente al loro stato di salute o alla loro autosufficienza può produrre sul loro patrimonio, il rischio è che la struttura chiamata a erogare le prestazioni (del cui rimborso si discute) - senza resistenza alcuna da parte del destinatario delle stesse - possa essere di fatto indotta a fenomeni c.d. di *moral hazard*.

Per chiarirsi, la presenza e esistenza di un terzo pagatore, non in grado di avere un controllo diretto sull'effettiva necessità di cura o assistenza, e che si limiti a rimborsare il proprio iscritto o utente dietro presentazione di semplice fattura (verificando solo se la prestazione rientri nel "nomenclatore" delle prestazioni rimborsabili) rischia di condurre ad un incremento dei costi di rimborsi a titolo indennitario. Si pensi, analogamente, a quanto avviene ogni giorno in un settore molto diverso (ma analogo per modalità di rimborso): l'assicurazione della RC auto. Non è, infatti, improbabile che il soggetto che abbia patito un sinistro stradale, rivolgendosi alla propria carrozzeria, colga l'occasione per dare riparo anche a parti del veicolo non danneggiate in occasione del sinistro di cui si discute (ciò con la complicità di qualche carrozziere o riparatore – che a differenza dei propri colleghi – non risulti ligio al dovere). Non è, altrettanto, infrequente che sia lo stesso carrozziere (sempre a differenza dei propri seri e ligi colleghi) a proporre interventi correttivi nient'affatto necessari, per il sol fine di indebita locupletazione. Se il ragionamento viene ricondotto alla materia dell'assistenza socio sanitaria, il rischio che vengano rese prestazioni sovrabbondanti o – al limite – del tutto non necessitate (o anche "vestite" sotto mentite spoglie; es. prestazioni dermatologiche che sottendono interventi estetici, altrimenti esclusi dal nomenclatore),

il rischio – derivante da un mancato monitoraggio delle reti – diviene, a tratti, non trascurabile, per i fini di mutualità tipici delle Forme sanitarie integrative, delle Compagnie di Assicurazione e delle Casse. Meno evidente, ma comunque non trascurabile, l'ipotesi in cui ci si trovi al cospetto di un fondo pensione ad accumulo, dove l'aderente attinge a proprie risorse. Il rischio, in quel caso, è che si qualificino impropriamente per operazioni “straordinarie” per stati “gravi” di salute (il cui anticipo è agevolato dal punto di vista fiscale), interventi poco conferenti con tali definizioni.

Se è vero, poi, ritornando allo stretto diritto, che, come sostenuto da buona parte della dottrina e della giurisprudenza, l'impegno di “rimborso” dell'assicuratore danni (e, analogamente, potremmo dire, quello delle Forme sanitarie integrative) non deve mai tramutarsi in una fonte di arricchimento per la vittima dell'evento lesivo - il c.d. principio indennitario - è anche vero che le fatture o i titoli equipollenti presentati al fondo o alla compagnia per il rimborso, che attengano formalmente a prestazioni contemplate nel "nomenclatore", ma non siano realmente tali, possono anche condurre ad un ingiustificato arricchimento che l'Ordinamento ha in animo di escludere.

Tutto quanto premesso, oltre al *moral hazard* di strutture e singoli per percepire indebiti vantaggi nel rimborso delle prestazioni ottenute, in questo contesto viene a complicare il quadro il fenomeno della c.d. “medicina difensiva” (per quel che qui interessa, quella cd. positiva) per cui - in un contesto di elevata litigiosità tra medici, strutture e pazienti - gli operatori sanitari tendono (in alcuni casi) a consentire il ricorso a prestazioni nient'affatto necessitate, al sol fine di soddisfare inutili richieste del paziente ed evitare future contestazioni o cause professionali e risarcitorie. Il Ministero della Salute, richiamando i dati della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari, stima – condivisibilmente o meno – che i costi impropri per la medicina difensiva (“positiva”, non potendosi quantificare quella negativa, consistente nell'astensione da parte del medico a porre in essere interventi ad alto rischio, per paura delle ricadute in termini giudiziari) ammontino a circa 10 miliardi di euro (pari circa allo 0,75% del PIL). I sondaggi svolti in questi anni, in un interessante intervento di Angelo Bianchetti per Brescia Medica – Notiziario di Brescia n. 365, 2012/2013 – indicano come, pur a fronte dei diversi campioni di professionisti sanitari presi a riferimento, circa il 70% dei medici intervistati dichiara di aver fatto ricorso ad almeno una condotta di medicina difensiva nei sei mesi precedenti al tempo in cui sono stati chiamati a fornire le risposte. Simili condotte non impattano solo i bilanci pubblici, ma anche – di tutta evidenza – per quota anche le economie dei soggetti (Fondi, Compagnie, Casse, ...) che si siano impegnate al rimborso delle prestazioni. In questo senso, lo stesso Ministero della Salute ha già presentato un disegno di legge col fine dichiarato di ridurre le conseguenze negative per i professionisti sanitari in ipotesi di *malpractice medica*, intervenendo sulle regole del processo civile, per consentire ai medici di operare con più serenità e ridurre il ricorso alla medicina difensiva.

Ora, quindi, il ricorso a reti convenzionate può essere utile a ridurre consimili fenomeni, data l'esistenza di un accordo tra strutture (per quanto ci interessa, le RSA) e terzo pagatore (es. Forma sanitaria integrativa o Compagnia). A fronte dell'impegno del Fondo o della Compagnia di Assicurazione a veicolare (o stimolare indirettamente, attraverso la previsione di franchigie o scoperti per le prestazioni rese fuori rete convenzionata) i propri numerosi iscritti, soci o assicurati verso la struttura sanitaria o assistenziale (residenziale, semiresidenziale o meno) convenzionata, questa si impegna a contenere - ove possibile e corretto - l'ammontare dei rimborsi dovuti. Allo stesso tempo, dati i volumi di domanda, il costo stesso delle prestazioni e delle prestazioni alberghiere potrebbe essere convenzionato e contenuto rispetto a quello richiesto e negoziato dagli utenti "retail".

Il ricorso a reti di strutture convenzionate, ad esempio, per gli operatori della sanità integrativa è certamente una buona pratica che, anno dopo anno, conosce sempre una maggiore diffusione, in linea con le esperienze straniere.

A fronte dei benefici, quali possono essere le possibili criticità?

Due sono note, una è meno indagata:

1) possibili complicazioni nel rapporto con il proprio iscritto o utente e una perdita di appetibilità per le forme commerciali o, comunque, non collettive e quindi "aperte" a tutti. La volontà e l'interesse del socio o dell'assicurato di rivolgersi a proprie strutture o professionisti di fiducia e non alle reti convenzionate. Non basta: il legislatore, la giurisprudenza e le autorità coinvolte - con moto ondioso - hanno riconosciuto la possibilità di ricorrere a reti convenzionate, ma allo stesso tempo hanno censurato in alcuni casi i limiti e le imposizioni per i destinatari delle prestazioni, rinvenendovi una limitazione della libertà di contrarre con terzi (di per sé vessatoria, e quindi soggetta a specifica approvazione, ai sensi dell'art. 1341, c. 2, c.c., sempre che tale articolo possa trovare applicazione per parte dei rapporti più volte citati che hanno natura associativa). Facendo, poi, riferimento al Codice del Consumo (altrettanto apparentemente non pienamente applicabile ad ipotesi di realtà associative quali i Fondi sanitari, ove assumano questa forma) l'imposizione di ricorrere alla rete convenzionata ovvero la previsione di franchigie o scoperti per chi si rivolga a soggetti estranei a tale rete per ottenere le prestazioni rimborsabili potrebbe essere considerata altrettanto limitativa della possibilità di contrattare con terzi, con censura di abusività, in ipotesi di mancata negoziazione individuale con il consumatore (si badi che, in questo caso, la presenza di una c.d. "doppia firma" non servirebbe a salvare la clausola, dovendosi dare prova dell'effettiva negoziazione della stessa, ad es. tramite il riconoscimento di un sconto *ad hoc* per averla accettata). L'art. 33, comma 2, lett.t dispone infatti che: "*Si presumono vessatorie fino a*

prova contraria le clausole che hanno per oggetto, o per effetto, di: sancire a carico del consumatore [...] restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti con i terzi”. A nostro avviso, senza ripercorre – per ragioni di brevità – i vari argomenti posti a fondamento della bontà della previsione dell’obbligo ai fini del rimborso di accedere a reti convenzionate, il ricorso a strutture preventivamente individuate per ottenere le prestazioni viene a riguardare l’oggetto stesso del contratto e non pare affatto limitativa della possibilità di contrarre con terzi, essendo la clausola, se ben modulata, un *plus* per l’utenza che potrà ottenere prestazioni da professionisti di livello e indiscussa perizia, sostenendo minori costi (o, al più, nessun costo) rispetto al ricorso individuale a tali prestatori di servizio;

2) la difficoltà, in alcuni casi riscontrata, di reperire strutture disposte a convenzionarsi o di alto profilo in determinate realtà territoriali. È evidente che per poter offrire un servizio utile ed effettivamente fruibile dall’utenza (e, allo stesso tempo, evitare contestazioni), oltre che per contestare l’abusività della clausola in concreto per le ragioni dette, è necessario che la rete di strutture convenzionate sia effettivamente presente e diramata su tutto il territorio italiano. Si riscontrano, poi, in alcuni casi, maggiori complicazioni nel convenzionarsi con strutture pubbliche o para-pubbliche, tenendo a mente che la materia sanitaria e assistenziale è parcellizzata Regione per Regione, con notevoli differenze tra loro;

3) il sottovalutato rischio di responsabilità civile per la forma sanitaria integrativa e per la compagnia per culpa in eligendo o in vigilando per la scelta delle strutture o sul buon servizio delle stesse. Non è improbabile che *pro futuro*, sempre più, a fronte di disservizi o danni conseguenti all’errata o inesatta resa della prestazione da parte della struttura convenzionata, il danneggiato decida di agire direttamente nei confronti della Forma sanitaria integrativa o della Compagnia di Assicurazione che - per la fruizione della prestazione - lo abbia invitato a rivolgersi a strutture rivelatesi negligenti, imprudenti o imperite. Allo stesso tempo, come più volte osservato da attenti studiosi della materia (si veda, da ultimo, la relazione dell’avv. Maurizio Hazan all’incontro *Pensioni, salute e assistenza: il valore aggiunto del welfare complementare*, Itinerari Previdenziali, Abano, 2015), la stessa Forma sanitaria integrativa, Cassa di previdenza, Compagnia di assicurazioni o Fondo pensione può aiutare a ridurre l’elevato livello di contenzioso, attraverso il proprio ruolo di convenzionamento e selezionatore delle migliori strutture e con l’eventuale previsione di impegni da parte del proprio iscritto o utente a fare ricorso a procedure di ADR (*Alternative Dispute Resolution*) nelle eventuali liti con le strutture convenzionate.

Da ultimo, è bene poi porre attenzione ai prestatori di servizi (in questo caso, prevalentemente, Fondi pensione e Compagnie di assicurazione) che erogano prestazioni in capitale o rendita al verificarsi di ipotesi di infortunio, malattia o perdita dell'autosufficienza.

In questo caso, come detto in precedenza, non paiono sussistere ipotesi vere e proprie di *moral hazard*, come nell'ipotesi del rimborso spese; tuttavia, in questi casi, è proprio la natura della prestazione e la modalità di erogazione della stessa a dover essere - forse - rimeditata, in chiave teleologica.

Se la volontà è quella di offrire una prestazione ai propri soci, iscritti o assicurati nel momento del bisogno, allora l'erogazione di una *lump sum* o di una rendita periodica potrebbe non assolvere del tutto al fine (almeno per la prestazione in capitale). Il rischio, di tutta evidenza, è che il danaro erogato sia utilizzato per pagare debiti pregressi maturati dall'odierno bisognoso di cure e assistenza ovvero che qualcuno prossimo a quest'ultimo approfitti della provvista economica per altri fini. Meglio allora, anche qui, senza potersi approfondire l'analisi per ovvie ragioni di sintesi, ragionare su un versamento del capitale o della rendita in via diretta alla struttura sanitaria o residenziale, evitandosi - in questo modo - che l'eventuale stato di indebitamento del destinatario possa incidere sull'effettiva fruizione degli importi erogati a fini sanitari o pensionistici (il d.lgs. 252/2005 in materia di Fondi pensione aiuta in questi termini, prevedendosi un limite di intangibilità della prestazione pensionistica, e in alcuni casi, delle prestazioni non pensionistiche, coerente e conforme a quello valido per la pensione pubblica).

Anche in questo caso, valgono naturalmente le criticità poc'anzi esposte in tema di convenzionamento per le Forme sanitarie integrative e le Compagnie di assicurazioni che provvedano al rimborso delle spese sostenute.

In conclusione, non pare revocabile in dubbio che - pur alla luce delle difficoltà qui evidenziate e di quelle oggetto di costante discussione nei diversi incontri dedicati agli operatori - il ricorso al convenzionamento possa condurre a benefici in termini di maggior sostenibilità e miglior finalizzazione delle risorse alla tutela dei portatori di bisogno (evitandosi, con una attenta gestione, anche il rischio che il richiedente si rivolga a strutture di scarso livello e poco attente alle esigenze di cura e/o assistenza di quest'ultimo).

Sarebbe opportuno, in ogni caso, procedere con cautela e perizia nella strutturazione dei contratti con le singole strutture o con reti di queste e dei processi, con particolare riguardo alla formalizzazione delle singole clausole (es. garanzie e manleve) e alla corretta modulazione delle singole procedure operative e delle attività di verifica e controllo, per evitare ricadute civilistiche

(risarcitorie) e anche “reputazionali” che possano mettere in crisi l'operatività complessiva della Forma sanitaria integrativa, della Cassa di previdenza, della Compagnia di assicurazioni o del Fondo pensione.

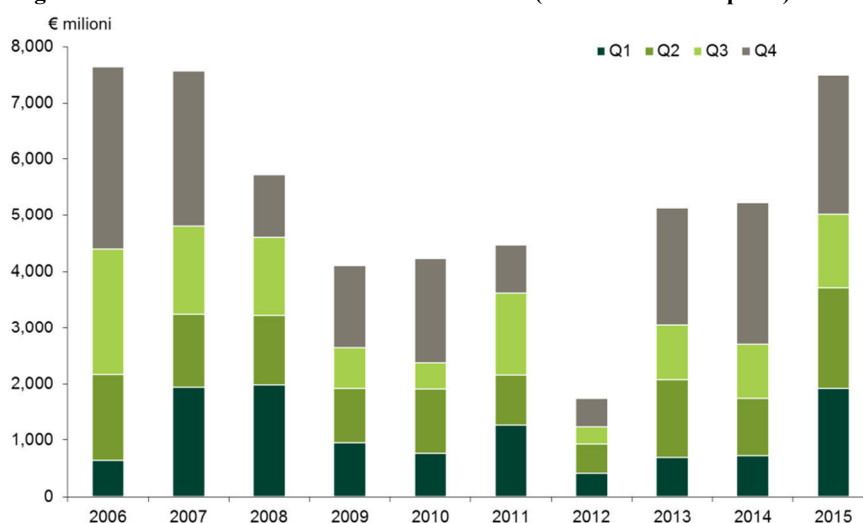
6. Il Fondo Mario Negri e l'opportunità degli investimenti in residenzialità

Alessandro Baldi*

6.1 Il mercato degli investimenti in Italia

Il volume degli investimenti registrato nel 2015 mostra una progressione di quasi il 50% rispetto al 2014, grazie a delle importanti transazioni registrate a Milano. Le due più importanti sono l'investimento del *Qatar Investment Authority* nel progetto di Porta Nuova per € 900 milioni e la vendita di Palazzo Broggi in Piazza Cordusio per € 345 milioni a *Fosun*.

Figura 1 – Volume di investimento diretto in Italia (immobiliare di impresa)

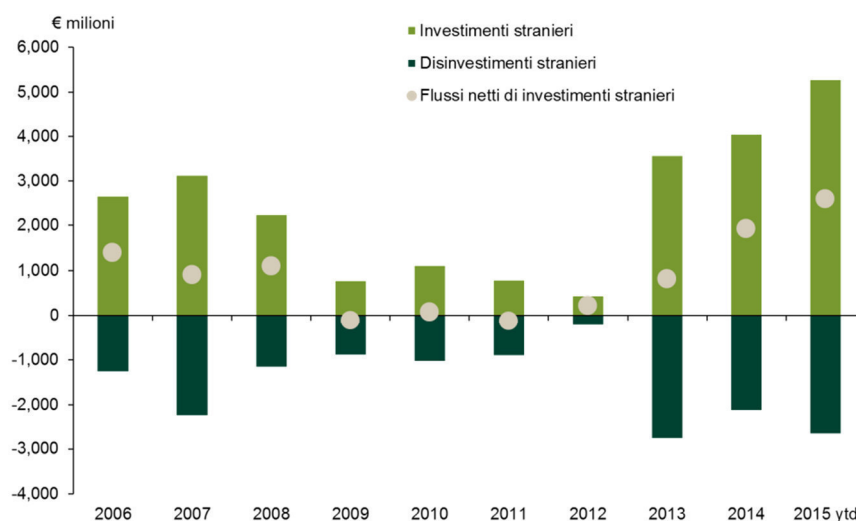


Fonte: BNP Paribas Real Estate Research

Si registra un forte incremento degli investimenti negli uffici (i.e. +107% rispetto al 2014); al contrario, il settore commerciale registra una riduzione del 43% rispetto al 2014. Questo sottolinea come per gli uffici gli investitori anticipino una ripresa dei canoni per cui cercano di ottenere in questo momento i prodotti migliori o quelli sui quali si potrebbe intervenire con una revisione dei canoni alla prima scadenza dei contratti di locazione.

* Il testo è stato redatto con il supporto di BNP PARIBAS REIM SGR p.A.

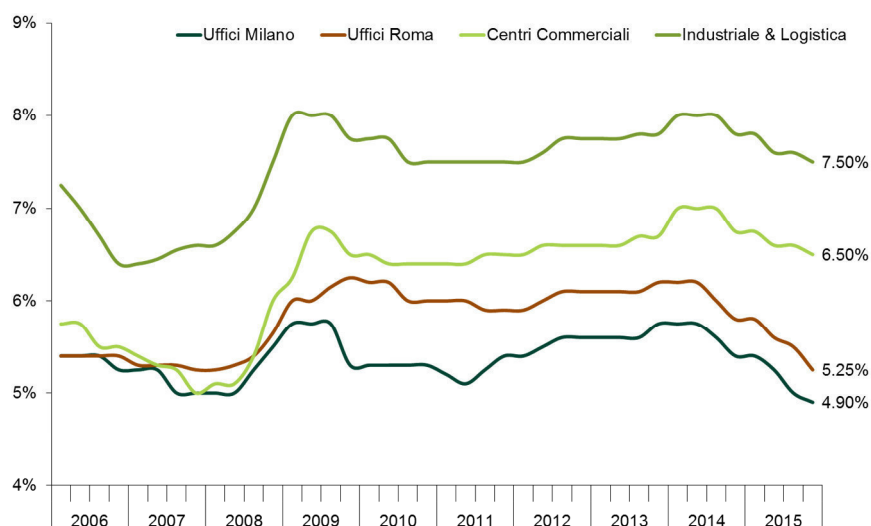
Figura 2 – Flusso degli investimenti stranieri (immobiliare di impresa)



Fonte: BNP Paribas Real Estate Research

E' interessante, quindi, osservare come il mercato italiano sia tornato nell'interesse degli investitori, soprattutto di quelli esteri che hanno permesso la ripresa dell'attività immobiliare. Il loro obiettivo principale è trovare un prodotto core, ma siccome non ve ne sono tanti e quelli esistenti sono in vendita a un prezzo troppo alto, si osservano le prime operazioni che riguardano un intervento sostanzioso sull'immobile in modo da renderlo adatto alla domanda, sia in termini di conduttori che di investitori.

Figura 3 – Rendimenti iniziali netti prime



Fonte: BNP Paribas Real Estate Research

Per quanto riguarda i due mercati principali, Milano e Roma, si continua a osservare una certa dicotomia tra le due città. Milano sta approfittando pienamente della ripresa, con i volumi più

importanti di sempre. La piazza di Roma è tornata sui livelli della sua media degli ultimi dieci anni, ma con dei volumi nettamente inferiori a quelli di Milano.

La ragione principale è la mancanza di prodotto. A Milano si trovano uffici di classe A, ben posizionati e ben locati, mentre Roma non ha un'offerta adeguata alla domanda. Inoltre, il mercato romano rimane troppo legato al settore pubblico, del quale non è ancora chiara quale sarà la strategia immobiliare nel breve periodo.

6.2 Il mercato immobiliare delle RSA

La Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) rappresenta una delle principali articolazioni del sistema socio-sanitario del nostro Paese e risulta ben distinta da altre forme di residenzialità che fanno parte del più ampio sistema socio-assistenziale.

Le RSA sono strutture extra-ospedaliere all'interno delle quali vengono svolte attività socio-assistenziali più o meno specializzate, destinate al supporto delle persone anziane autosufficienti e non, attraverso l'erogazione di un medio livello di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnato a sua volta da un alto livello di tutela assistenziale ed alberghiera. Esse vanno considerate quindi come vere e proprie strutture residenziali, all'interno delle quali si realizza una forte integrazione degli interventi sanitari e sociali.

Tali strutture presentano, a seconda della loro specializzazione interna, sia caratteristiche proprie della destinazione alberghiera, sotto il profilo dei servizi offerti (ristorazione, intrattenimento, leisure, ecc.), sia caratteristiche tipiche delle strutture sanitarie (ambulatori, presidi medici, servizi medici specializzati e non, ecc.).

Per poter comprendere l'effettivo impatto che questo nuovo settore avrà sul mercato del real estate, risulta necessario effettuare alcune considerazioni sull'andamento demografico della popolazione italiana residente.

L'evoluzione prevista della struttura demografica della popolazione italiana prevede nel medio-lungo periodo un aumento del numero delle persone anziane, come diretta conseguenza del costante invecchiamento dei nativi del "baby-boom" degli anni '60. Secondo le previsioni Istat, la fascia di età degli over 60 rappresenterà oltre il 12% della popolazione già a partire dal 2018. Tale elemento impatterà in modo considerevole sulla domanda di residenze per anziani e sul conseguente sviluppo di progetti.

In Italia, nel dettaglio, si stima la presenza di circa 4,1 milioni di cittadini non autosufficienti, di cui circa 3,5 milioni sono anziani. Secondo gli ultimi dati disponibili, sul territorio nazionale

circa il 2% di tale fascia della popolazione risulta essere ricoverata in strutture residenziali, l'1,8% in RSA, mentre il 3,6% è assistita tramite assistenza domiciliare integrata.¹

A livello nazionale, le quote variano in maniera significativa tra le regioni. In particolar modo, problemi di carattere culturale e sociale determinano un andamento differente nella fuoriuscita degli anziani dai propri nuclei familiari, più lento al centro-sud, molto più accelerato nelle regioni del nord. La disponibilità di posti letto all'interno di strutture sanitarie assistenziali risulta, infatti, per l'80,1%² concentrata nel nord Italia, con una copertura che garantisce circa 4,4 posti letto disponibili ogni 100 abitanti. All'interno di questo panorama, la sola Lombardia concentra oltre il 10% delle strutture nazionali, per un totale complessivo di circa 700 RSA, denotando un aumento delle stesse, nel periodo di riferimento 2008-2013, di circa il 24%.

Risulta evidente che, qualora le tendenze di cui sopra dovessero confermarsi anche nei prossimi anni, il mercato immobiliare delle RSA sarà destinato inevitabilmente ad ampliarsi sia nei dati afferenti la sua struttura quantitativa (n. di residenze sul territorio, n. di unità abitative, n. di posti letto, ecc.), sia nei numeri caratterizzanti il mercato di riferimento (n. di transazioni, dimensione media degli scambi coinvolti, ecc.).

Attualmente, il tasso medio di occupazione si aggira intorno al 95%.

La recente crisi economica ha generato, nel corso degli ultimi anni, una riduzione dei livelli medi di occupazione, oltre ad una generale flessione della domanda di ingresso da parte di potenziali ospiti; i tassi di occupazione registrati nel corso del 2015 evidenziano infatti una contrazione generale nell'ordine dell'1/1,5%, dato quest'ultimo che risulta più accentuato nelle strutture di grandi dimensioni e con rette di degenza elevata (> € 70 al giorno), dove si è registrato un calo medio del 2/3%.

Tale particolare congiuntura ha determinato una situazione di difficoltà per i gestori, i quali, a seguito dell'attivazione di politiche finalizzate alla riduzione dei costi, hanno iniziato a richiedere sconti sui canoni di locazione.

Nonostante il perdurare della crisi economica che ha coinvolto in particolar modo il mercato immobiliare italiano, le strutture adibite a RSA sono state tra i protagonisti dell'evoluzione del mercato di questi ultimi anni, riuscendo a creare un nuovo segmento in grado di attirare l'attenzione e l'interesse non solo degli operatori del settore, ma anche di investitori istituzionali attratti dagli alti rendimenti e da una condizione socio-economica particolarmente favorevole al consolidamento di tutte quelle attività connesse all'assistenza per anziani.

¹ Fonte: "Annuario Statistico del SSN".

² Fonte: Istat.

Le RSA rappresentano dunque immobili che, con adeguate caratteristiche, possono rappresentare allo stesso modo o parte dell'asset allocation di un veicolo di investimento immobiliare finalizzato a contribuire alla stabilizzazione dei flussi di cassa o un comparto di investimento di maggiore specializzazione attraverso la formulazione di veicoli dedicati. Oltre che un efficace elemento di diversificazione. Difatti, un'attenta analisi economico-finanziaria sul "sistema delle imprese RSA" realizzata da Auser (Associazione di volontariato e promozione sociale dedicata agli anziani), ha evidenziato come, soprattutto nell'ultimo decennio, il settore delle RSA sia stato oggetto di fenomeni tipici della riorganizzazione d'impresa, quali la crescita dimensionale, il potenziamento della presenza di multinazionali ed il ricorso sempre più frequente a logiche gestionali di profitto.³ Lo studio condotto su un campione significativo di bilanci finanziari (anno 2011) relativi alle principali strutture riconducibili ai principali operatori presenti sul territorio nazionale ha evidenziato come il mercato immobiliare RSA sia un mercato anti-ciclico rispetto all'andamento economico generale, e ciò è dimostrato dalla continua crescita degli investimenti fatti nel settore e dai fatturati dei principali operatori anche in periodi nei quali la crisi finanziaria internazionale ha colpito la quasi totalità delle attività economiche presenti sul territorio.

La tabella seguente riporta una selezione delle principali transazioni avvenute negli ultimi anni nel mercato nazionale delle RSA:

Proprietà	Prezzo di vendita	N. posti letto	Data transazione	Prezzo di vendita/posto letto
RSA Genova e Milano	40.800.000	340	2015	120.000
RSA S. Ambrogio (MI)	13.880.000	150	2015	92.533
RSA Saccardo (MI)	30.000.000	208	2014	144.231
Dormeletto	5.500.000	88	2012	62.500
Segrate (MI) e Cassina Dè Pecchi (MI)	23.000.000	297	2010	77.441

I rendimenti lordi attesi dal mercato per questa particolare tipologia di immobili sono relazionati allo specifico profilo di rischio di ogni singola struttura; nel dettaglio, per immobili caratterizzati da un elevato livello qualitativo in termini di struttura e servizio offerto, localizzati a ridosso o all'interno di centri cittadini, i rendimenti lordi si attestano intorno al 7%, mentre la redditività sale fino al 7,75% in zone più periferiche.

- I canoni di locazione attualmente corrisposti per immobili ad uso RSA oscillano in un intervallo compreso tra i €5.000/posto letto ed i €9.500/posto letto a seconda della data di

³ Fonte: "Indagine sulle RSA in Italia", Auser, novembre 2012.

costruzione, della localizzazione, delle caratteristiche tecnico-qualitative e della tipologia di servizio interno offerto.

- Per quanto riguarda il mercato degli investimenti immobiliari le RSA, nonostante l'incremento delle strutture registrato nel corso degli ultimi anni, rappresentano tutt'oggi ancora un segmento di nicchia, per un volume pari a circa l'1,1% degli investimenti effettuati dai Fondi Immobiliari. Le attuali condizioni di mercato hanno comportato conseguentemente la focalizzazione dell'interesse degli investitori unicamente su prodotti di elevata qualità, ben localizzati, con *tenant* distinti da un elevato standing creditizio e con contratti di locazione aventi durate residue sufficientemente lunghe.

6.3 Caratteristiche dell'investimento immobiliare nell'asset class RSA

Nonostante il settore delle RSA rappresenti un mercato molto ristretto all'interno del più ampio mercato del *real estate* italiano, esso rappresenta ad oggi una tipologia di investimento molto interessante che numerosi investitori tendono a prevedere all'interno delle proprie strategie di *asset allocation*.

I *driver* che guidano gli investimenti nella tipologia immobiliare RSA sono riassumibili come segue:

- tipologia di investimento a reddito di medio-lungo periodo e caratterizzato da una redditività stabile e costante nel tempo, relazionata dai canoni di locazione percepiti dai gestori specializzati in questo particolare mercato;
- possesso da parte della struttura, o del gestore responsabile dell'erogazione del servizio assistenziale, dell'accreditamento/convenzionamento le cui specifiche variano da regione a regione, ma che risulta di estrema importanza in quanto il contributo ricavabile si può attestare mediamente tra il 40-50% del ricavo di gestione della struttura. Tale accreditamento deve essere verificato ed aggiornato annualmente in base al rispetto di standard predefiniti sotto il profilo immobiliare e gestionale;
- presenza di un gestore/conducente di primario standing creditizio, in grado di fornire, da un lato, un'elevata efficienza nell'erogazione del servizio assistenziale e, dall'altro, la sicurezza nel pagamento del canone concordato;
- canone di locazione sostenibile per il gestore della struttura;
- contratto di locazione di lunga durata;

- standard edilizi in linea con le moderne richieste del mercato e della domanda finale;
- localizzazione all'interno o a ridosso di centri urbani connotati da una buona accessibilità;
- verifica della regione di ubicazione in funzione della normativa vigente che regola gli accreditamenti/convenzionamenti, al fine di poter valutare coerentemente il profilo rischio-rendimento.

Dall'analisi condotta risulta evidente come un'attenta valutazione pre-acquisitiva di un prodotto immobiliare a destinazione RSA da parte di un investitore, così come per le destinazioni ricettive-alberghiere, non possa prescindere dall'analisi svolta sulle performance gestionali del gestore attraverso la verifica dei dati economici e patrimoniali, oltre che alla verifica dell'effettiva sostenibilità del canone di locazione ai fini del mantenimento dello stesso nel lungo periodo.

6.4 Investimenti immobiliari in RSA all'interno del Fondo “Immobiliare Negri”

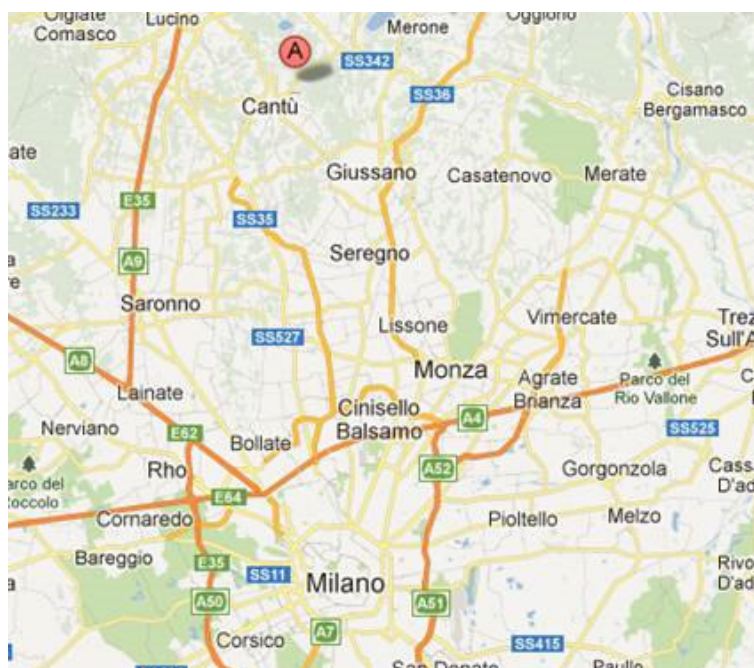
Il Fondo “Immobiliare Negri” è un fondo italiano riservato gestito dalla *BNP Paribas Real Estate Investment Management Italy SGR p.A.* di cui il Fondo di Previdenza Mario Negri risulta essere l'unico sottoscrittore.

Il Patrimonio del Fondo, a partire dal 2011, è stato investito in una pluralità di immobili afferenti a diversi comparti del mercato immobiliare, al fine di poter così garantire un'adeguata diversificazione del portafoglio immobiliare. Nello specifico, le operazioni di investimento condotte sono caratterizzate da un profilo rischio/rendimento di tipo “core” (i.e. rischio contenuto a fronte di un rendimento, parimenti contenuto e stabile nel tempo). Gli immobili appartenenti al Fondo sono dunque contraddistinti da caratteristiche di elevata liquidità e stabilità, in grado di generare nel breve periodo flussi di cassa stabili nel tempo grazie a contratti di locazione di lunga durata sottoscritti con conduttori di elevato standing.

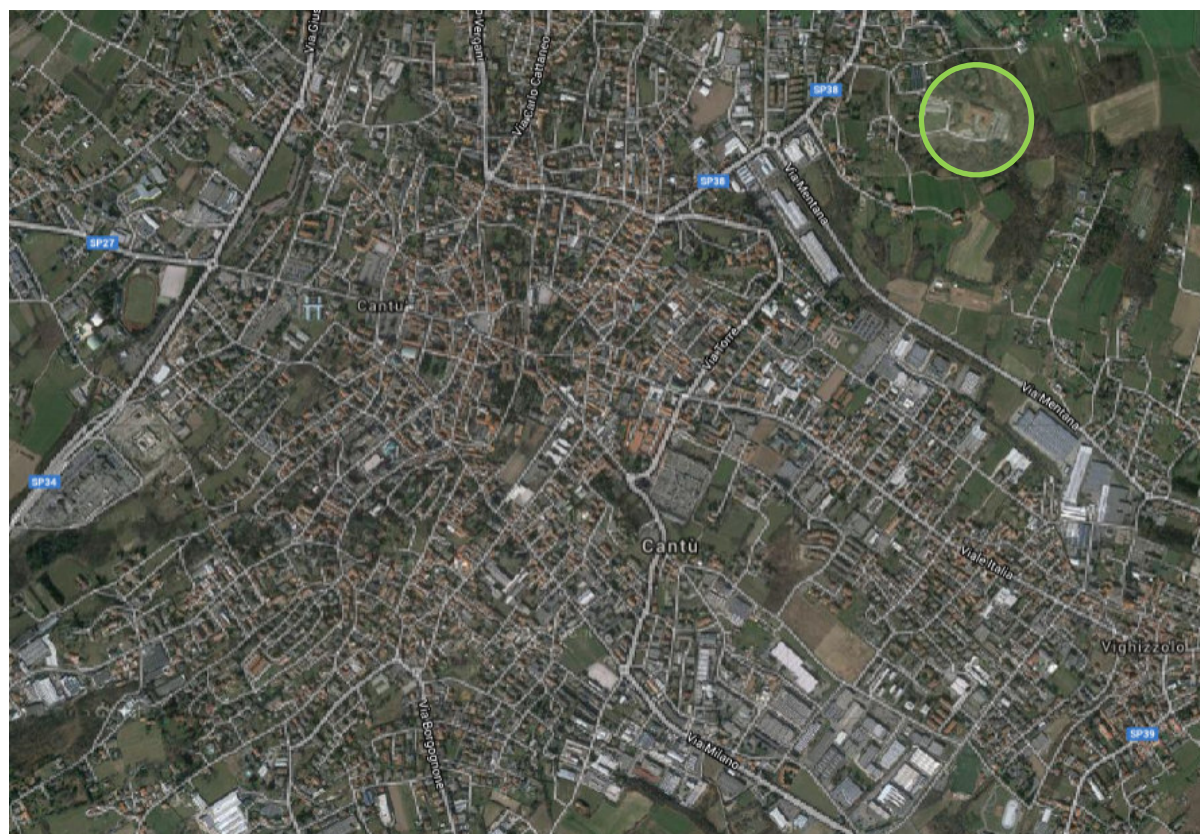
All'interno del Piano degli Investimenti del Fondo, nel corso del 2012, sono state acquistate due RSA site rispettivamente nei comuni di Cantù (CO) e Certosa di Pavia (PV), così da poter garantire la diversificazione del portafoglio immobiliare e conseguentemente una riduzione del rischio specifico; ad oggi la tipologia RSA rappresenta il 13,2% degli investimenti immobiliari effettuati dal Fondo.

RSA Cantù (CO), Via Sparta 18

La proprietà immobiliare è sita nel Comune di Cantù, in Via Sparta al civico 18, all'interno di un contesto territoriale caratterizzato da una buona dotazione infrastrutturale di collegamento con i principali centri urbani limitrofi.



Macro-localizzazione



Micro-localizzazione

L'immobile cielo-terra, realizzato nel 2008, presenta una forma regolare a C, organizzata attorno ad uno spazio aperto interno. Esso si sviluppa su tre livelli fuori terra incluso il sottotetto praticabile. La superficie lorda è pari a 10.109 mq, oltre ad un'area parcheggio esterna con 80 posti auto scoperti.

La struttura, aperta nel 2009, è delegata all'assistenza geriatrica di persone con differenti livelli di non autosufficienza, ed include inoltre servizi specialistici di medicina ed infermieristica.

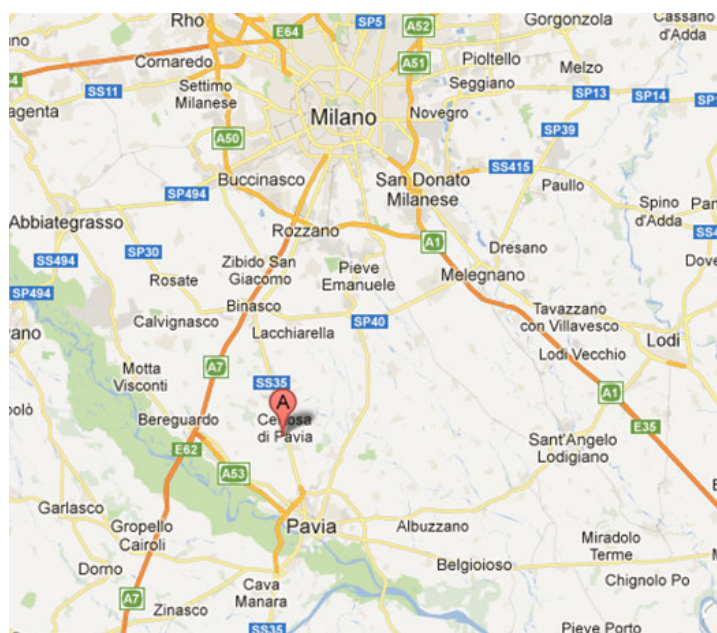
La Residenza conta 120 posti letto, tutti accreditati con l'Azienda Sanitaria Locale del comune di Cantù, disposti in 60 camere doppie strutturate all'interno di 6 nuclei abitativi, due dei quali si collocano al piano terra, mentre i rimanenti quattro al piano superiore.

Il piano terra ospita la hall, i servizi generali e le camere di degenza; al primo piano si trovano invece le camere di degenza e gli spazi accessori di servizio.

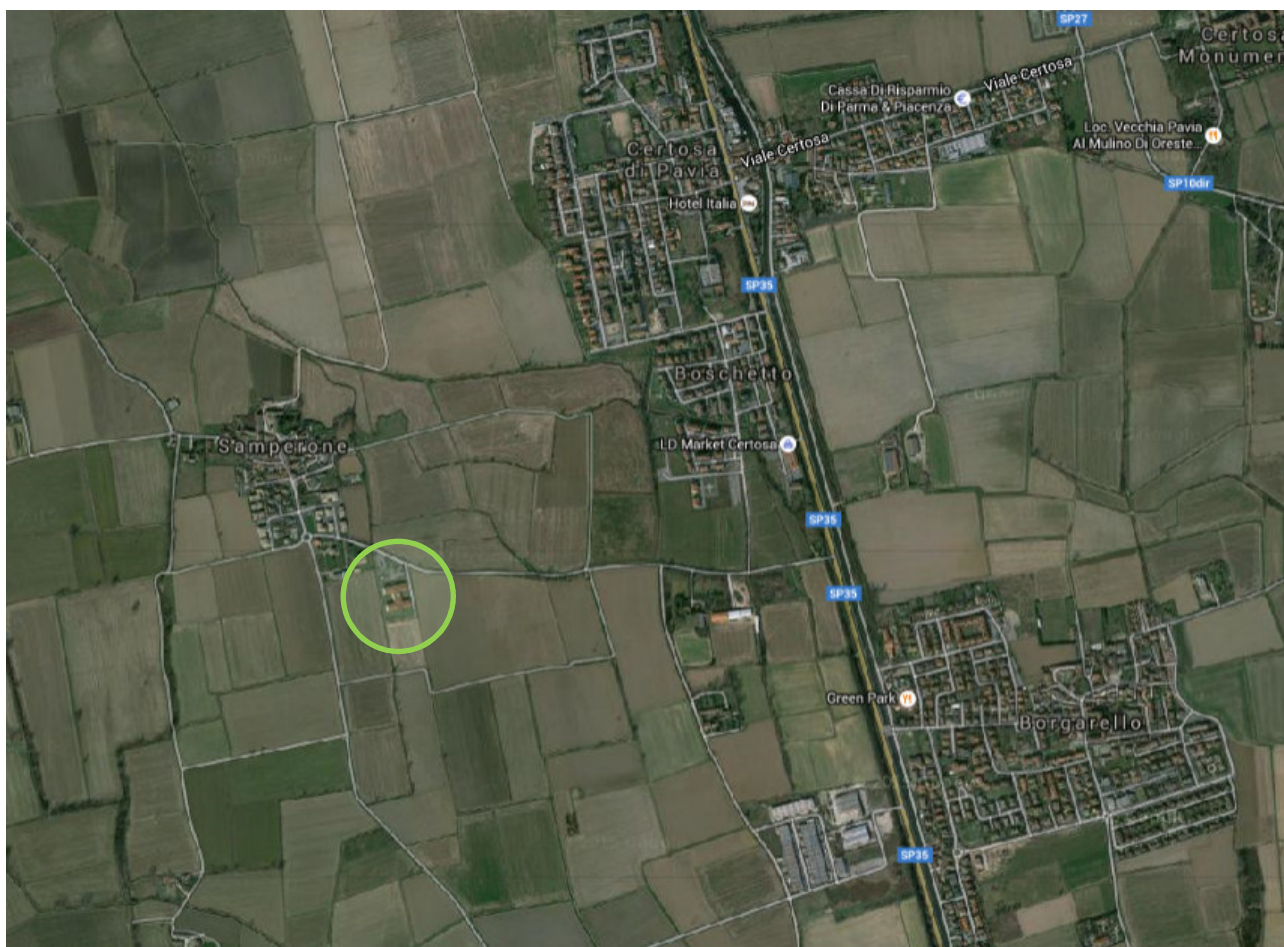
L'intero immobile risulta locato alla società Croce di Malta S.r.l. (a seguito della fusione per incorporazione della società Eos S.r.l.) appartenente al gruppo Segesta - Korian, ai sensi di un contratto di locazione con decorrenza 15 febbraio 2009 della durata pari a nove anni rinnovabili per ulteriori nove. Il canone annuo relativo al 2015, pari ad Euro 796.870, viene indicizzato annualmente nella misura del 75% della variazione dell'indice dei prezzi al consumo Istat.

RSA Certosa di Pavia (PV), Via Sant'Agostino 6

La proprietà immobiliare è sita nel Comune di Certosa di Pavia, in Via Sant'Agostino al civico 6, all'interno di un contesto a destinazione prevalentemente residenziale.



Macro-localizzazione



Micro-localizzazione

L'immobile cielo-terra, realizzato nel 2008, presenta una forma regolare ad H, costituito da due corpi, delle medesime dimensioni, disposti parallelamente e collegati da un ulteriore corpo centrale. Esso si sviluppa su due piani fuori terra ed un piano sottotetto. La superficie lorda è pari a 7.572 mq.

La struttura, aperta nel 2008, è anch'essa delegata all'assistenza geriatrica di persone con diversi livelli di non autosufficienza, includendo anche servizi specialistici di medicina ed infermieristica.

La Residenza conta 120 posti letto, tutti interamente accreditati presso l'Azienda Sanitaria Locale di Pavia, disposti in 60 camere doppie strutturate all'interno di 6 nuclei abitativi, due dei quali si collocano al piano terra, mentre i rimanenti quattro al piano superiore.

Tutti i servizi della struttura sono situati al piano terra: cucina, lavanderia, uffici amministrativi, palestra e locali tecnici. Il primo ed il secondo piano sono disposti per l'accoglienza dei clienti.

L'intero immobile risulta locato alla società Croce di Malta S.r.l. (a seguito della fusione per incorporazione della società La Certosa di Pavia S.r.l.) appartenente al gruppo Segesta - Korian, ai

sensi di un contratto di locazione con decorrenza dal 1 ottobre 2008 della durata pari a nove anni rinnovabili per ulteriori nove. Il canone annuo relativo al 2015, pari ad Euro 796.886, viene indicizzato annualmente nella misura del 75% della variazione dell'indice dei prezzi al consumo Istat.

Il gruppo Korian rappresenta una società leader a livello europeo nella gestione di Residenze Sanitarie Assistite, con più di 700 strutture e 70.000 posti letto in Francia, Belgio, Italia e Germania.

Korian opera in Italia attraverso il marchio Segesta, gruppo oramai consolidato nel settore socio-assistenziale nazionale con più di vent'anni di esperienza. La rete assistenziale integrata che è in grado di offrire sul mercato si estende in numerose regione italiane, con più di 44 strutture residenziali per complessivi 5.000 posti letto, 1.300 dei quali nella sola provincia milanese.

Immobile	Indirizzo	Città	Conduttore	Superficie lorda mq.	N. di posti letto	Durata contrattuale	Canone di locazione/posto letto	Canone di locazione	Istat
La Certosa di Pavia	Strada per Samperone	Certosa di Pavia (PV)	Croce di Malta S.r.l. (Gruppo Segesta - Korian)	7.572	120	9 + 9 dal 01/10/2008	6.586	796.886	75%
Antonio Vivaldi	Via Sparta, 18	Cantù (CO)	Croce di Malta S.r.l. (Gruppo Segesta - Korian)	10.109	120	9 + 9 dal 15/02/2009	6.494	796.870	75%
Totale				17.681	240		13.080	1.593.756	

Immobile	Data di acquisto	Prezzo di acquisto	Rendimento Lordo all'acquisto	Prezzo di acquisto/posto letto
La Certosa di Pavia (PV)	27/12/2012	11.301.165	7,06%	94.176
Antonio Vivaldi, Cantù (CO)	27/12/2012	11.141.165	7,13%	92.843

6.5 Driver alla base dell'investimento

I driver che hanno guidato la SGR, responsabile della gestione del Fondo Immobiliare, nell'acquisizione delle RSA soprariportate sono stati molteplici e vengono qui di seguito elencati:

- analisi dei principali indicatori economici relativi all'operazione: entrambe le strutture presentano un tasso di occupazione pari al 100%, in grado di garantire un canone di locazione sostenibile, che per gli immobili di Cantù e Pavia è pari rispettivamente al 12.6% e 19.6% del fatturato del periodo (2011);
- analisi approfondita delle performance di gestione: entrambe le strutture presentavano EBITDA e ricavi superiori rispetto ai diretti *competitor*;
- EBITDA del 12-14% del fatturato, maggiore rispetto alla media dell'11% dei competitor;

- EBITDA di Euro 5.000 per singolo letto, maggiore rispetto alla media di Euro 3.600 rilevata dai competitor di zona;
- ricavi di Euro 37.000-40.000 circa per singolo letto;
- costo al giorno compreso tra i 65 ed i 71 Euro, in linea con la media nazionale;
- contratti di locazione di lunga durata, con costi relativi a manutenzione ordinaria e straordinaria a carico del conduttore;
- analisi del contesto di riferimento e dell'andamento demografico della popolazione residente e del relativo invecchiamento, al fine di individuare la domanda potenziale presente all'interno del tessuto urbano;
- analisi del gestore/conduttore delle singole strutture e del relativo standing creditizio: entrambe le strutture sonolocate ad una società appartenente ad un primario gruppo europeo operante nella gestione di più di 70.000 posti letto in circa 700 strutture, con un fatturato consolidato di oltre 2 miliardi di Euro.

Analisi SWOT dell'investimento

Punti di forza	Punti di debolezza
- Tasso di occupazione del 100% - Conduttore di primario standing creditizio - Contratto di locazione con vita residua di lunga durata - Strutture interamente accreditate presso Asl locale di riferimento - Immobili di recente costruzione - Rendimenti all'acquisto attrattivi	- Localizzazione in zone periferiche - Difficoltà di riconversione
Opportunità	Minacce
- Costante invecchiamento della popolazione residente - Aumento nel medio-lungo periodo della domanda potenziale	- Andamento del mercato immobiliare di difficile previsione - Possibilità di sviluppo di competitor all'interno del bacino di utenza

7. Investimenti immobiliari nel comparto dei servizi sociosanitari: tra opportunità e approccio settoriale

Agostino Papa, Vito Bisceglie, Rosemarie Serrato

Riflessioni introduttive

In considerazione dei dati e delle proiezioni relativi al progressivo invecchiamento della popolazione e al connesso aumento del fabbisogno di servizi, è opportuno chiedersi se in tale contesto possa/debba riconoscersi l'emersione di un ruolo strategico degli enti e delle casse previdenziali, sia come investitori di lungo periodo idonei a dare respiro finanziario ad un settore in grado di generare rendimenti stabili e interessanti, sia anche come soggetti istituzionali aventi interesse alla crescita del settore e ai relativi ritorni sociali e occupazionali.

Non v'è dubbio, infatti, che l'incremento e la razionalizzazione degli investimenti nel settore da parte di tale tipologia di investitori, di natura non speculativa e di medio lungo periodo, in contrapposizione all'ingresso di investitori opportunistici e di breve periodo, guidati da una logica di mero profitto finanziario, può contribuire allo sviluppo ordinato ed efficiente del sistema di Welfare e, per l'effetto, incidere sulla sostenibilità economico-finanziaria dello stesso e sulla realizzazione di benefici complessivi per il sistema.

Allo stesso modo, tuttavia, è opportuno verificare se tale approccio sia effettivamente compatibile con il principio di prudenza cui deve ispirarsi l'attività di investimento di tali soggetti, nonché con i criteri di sicurezza, qualità, liquidità e redditività del patrimonio cui essi devono attenersi nell'ambito delle proprie strategie di investimento, al fine di assicurare nel tempo l'erogazione di prestazioni pensionistiche e/o assistenziali.

Fermandosi - anche alla luce della suddetta logica prudenziale - ad una valutazione legata alle dinamiche strettamente connesse alla residenzialità degli anziani e, quindi, ad eventuali investimenti nella componente immobiliare, di per sé tipicamente connotati da minore rischiosità, si ritiene possibile operare una prima differenziazione: da un lato la cd. "residenzialità leggera" (sul modello delle *residences services* francesi), dall'altro le più "tradizionali" strutture a ciclo residenziale.

7.1 La cd. "residenzialità leggera"

Il modello di residenzialità leggera si fonda, sostanzialmente, sulla realizzazione di complessi residenziali all'interno dei quali sono presenti soluzioni abitative di metratura ridotta destinate ad ospitare anziani che mantengono un elevato livello di autosufficienza. In tale contesto viene, altresì, organizzato un sistema di servizi a supporto degli utenti.

Proprio in quest'ottica, tali strutture devono necessariamente essere realizzate nell'ambito di un contesto urbano che consenta (ed anzi agevoli) la prosecuzione delle attività quotidiane degli anziani e ne supporti le esigenze di socializzazione anche nell'ottica di una maggiore (e migliore) integrazione con tutti i servizi presenti sul territorio.

Nel caso specifico, sotto il profilo del possibile investimento, v'è da chiedersi se i flussi generati dai canoni di locazione delle unità abitative da parte degli utenti, necessariamente calmierati, possano essere sufficienti a remunerare eventuali investimenti e, allo stesso tempo, rimanere sostenibili per gli utenti stessi.

Evidentemente, tale sostenibilità economica risulterà più complessa nei centri urbani maggiori, dove a fronte di una domanda più sostenuta, il costo di realizzazione e/o acquisto e riqualificazione dell'immobile sarà maggiore oppure, in ogni caso, dove lo sviluppo di una tipologia di immobile che abbia una destinazione diversa (ad esempio residenziale e/o commerciale) possa portare ad un maggior livello di redditività. Anche in questo contesto, tuttavia, si riscontrano nella prassi operativa esempi positivi, sia in centri di minori dimensioni (ma comunque in grado di generare livelli di domanda interessanti), sia per effetto di interventi a componente mista pubblico-privato. In tale ultimo senso, rilevano ad esempio le attività svolte dai sistemi integrati dei fondi promossi da CDPI SGR SpA (in relazione specificamente al *social housing*) o da Invimit SGR SpA (in relazione agli interventi di valorizzazione e dismissione del patrimonio pubblico), dove si legano la professionalità dei gestori immobiliari selezionati con la logica non speculativa dell'investitore finanziario, consentendo di coniugare livelli accettabili di redditività con la realizzazione di interventi utili a carattere sociale.

Infatti, dopo alcuni anni necessari all'avvio dell'iniziativa, gli investimenti consentiti dal cosiddetto “Programma straordinario di edilizia residenziale pubblica”, introdotto dall'articolo 11 del decreto legge n. 112 del 1998 e volto a “garantire su tutto il territorio nazionale i livelli minimi essenziali di fabbisogno abitativo” stanno concretamente contribuendo ad incrementare il patrimonio immobiliare ad uso abitativo con l'offerta di abitazioni di *social housing*.

Diverse sono le leve previste per favorire investimento nell'abitare sociale, ma quella certamente più innovativa ancora oggi è il ricorso alla costituzione di un sistema integrato nazionale e locale di fondi immobiliari per la realizzazione di immobili di edilizia residenziale. La disciplina contempla anche ipotesi di promozione finanziaria anche ad iniziativa di privati (*project financing*) nonché il ricorso a “promozione di strumenti finanziari innovativi e con la partecipazione di altri soggetti pubblici o privati”.

Dette possibilità innescano ipotesi di positive sinergie tra pubblico e privato, a loro volta

ampliate da quanto introdotto dall'articolo 33 del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, in materia di valorizzazione e dismissione del patrimonio immobiliare pubblico. In particolare, a valle della costituzione di Invimit SGR SpA. è stato avviato un "sistema integrato dei fondi" in grado di concentrare le energie di soggetti diversi, pubblici e privati, per sostenere interventi di valorizzazione e sviluppo dei patrimoni immobiliari pubblici favorendo il coinvolgimento di competenze altamente specializzate, in grado di fornire supporto tecnico-specialistico nella strutturazione di piani di razionalizzazione e sviluppo immobiliare, sulla base dei quali costruire operazioni di investimento che consentano contestualmente di perseguire obiettivi (nel mix di volta in volta individuato) di riduzione della spesa, di creazione di valore, di generazione di entrate, di riduzione del debito pubblico.

Ancora, possono rilevare in tal senso - sempre nell'ottica del partenariato pubblico – privato - le gare promosse o indette da enti pubblici territoriali che consentono l'ottenimento di aree in concessione o di diritti reali a costo contenuto per la realizzazione di interventi immobiliari e la prestazione dei relativi servizi socio assistenziali.

Non possono essere, infine, ignorate le possibilità offerte dalla strumentazione urbanistica in senso stretto: una parte non irrilevante dei principali comuni italiani prevede nella propria pianificazione urbanistica, in caso di interventi importanti su immobili soprattutto se comportanti cambi d'uso, anche in zone centrali o semi centrali, di riservare una quota specifica ad *housing* sociale, inclusa la possibilità di considerare il *social housing* come standard urbanistico. Con il conseguente abbattimento dei costi e la possibilità di ipotizzare investimenti all'interno dei quali siano presenti diverse tipologie di intervento: l'obbligo di destinazione di una quota specifica ad *housing* sociale, infatti, determina di per sé un abbassamento dei prezzi e implica canoni di locazione ridotti.

Da ultimo, in un connotato meramente privato, possono rilevare anche le ipotesi sviluppate sul modello del cd. *equity reverse mortgage* di diritto anglosassone, in cui sostanzialmente il singolo utente può divenire proprietario dell'unità immobiliare anche attraverso la permuta di un diverso immobile, recuperando la differenza nel valore immobiliare e accedendo ai servizi assistenziali. Tali soluzioni possono risultare utilizzabili, in effetti, anche nei maggiori centri urbani, sul presupposto della forte patrimonializzazione media dei cittadini italiani e sulla proprietà di appartamenti, anche di elevate dimensioni e valore, ma inadatti alle necessità di vita, da parte di popolazione anziana.

7.2 Le strutture residenziali socioassistenziali e sociosanitarie

7.2.1 Considerazioni di contesto

Una prima valutazione circa eventuali profili di compatibilità tra le politiche di investimento di un ente previdenziale ed il comparto dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani può essere operata attraverso una analisi *top down* delle principali caratteristiche dello stesso, sia sotto il profilo normativo che di scenario. Come meglio evidenziato anche in altri contributi del presente Quaderno, gli immobili adibiti a RSA hanno iniziato ad attirare l'interesse anche degli investitori istituzionali, in virtù delle caratteristiche sia dei rendimenti che del profilo di rischio. Si ritiene opportuno, dunque, ripercorrere brevemente e necessariamente in via sintetica le peculiarità del settore che possono qualificarlo come comparto di interesse per un investitore di medio-lungo periodo che guardi ad una redditività stabile e costante nel tempo, a fronte di un rischio contenuto.

In questo senso, merita anzitutto notare come la componente immobiliare rivesta, ovviamente, un ruolo determinante nei servizi a carattere residenziale¹ che, in un contesto di fabbisogni crescenti, rende quantomeno stabile, se non crescente, la domanda di spazi idonei a tale utilizzo.

Per tali strutture è esplicitamente previsto il rispetto di requisiti *(i) strutturali*, riferiti alle caratteristiche dell'immobile ove vengono erogate le prestazioni, *(ii) organizzativi*, connessi alla quantità di personale impiegato ed alle relative qualifiche e mansioni, e *(iii) tecnologici*, inerenti, tra le altre cose, la presenza di attrezzature specifiche. Il possesso ed il mantenimento di tali requisiti minimi, seppur diversamente declinati a livello regionale e territoriale anche a seguito della riforma del titolo V della Costituzione, è condizione necessaria ai fini dell'ottenimento (e del mantenimento) dell'autorizzazione all'esercizio delle attività all'interno della struttura (e dell'accreditamento ove previsto); il mantenimento dell'autorizzazione (e dell'accreditamento) sono evidentemente elementi essenziali per la tenuta nel tempo del *business plan* dell'investimento.

In questo senso diventa essenziale, tanto per l'investitore, quanto anche per gli organismi pubblici preposti, il rispetto da parte delle strutture interessate delle normative di settore (sia di carattere nazionale che regionale); al riguardo, il monitoraggio continuo viene garantito attraverso un sistema di controlli che vede coinvolti le ASL, i Comuni ed i Nuclei Antisofisticazioni e Sanità (NAS) dei Carabinieri territorialmente competenti.

Sempre più peso assume, peraltro, anche in ottica "industriale", l'implementazione da parte dei singoli gestori di un sistema di monitoraggio, gestione ed implementazione della qualità dei

¹ Operando una considerazione di sintesi, la superficie totale utile funzionale minima di una struttura viene fissata in un valore medio di mq. 40 per ospite. A tale parametro devono essere aggiunti spazi esterni, parcheggi, aree tecniche.

servizi erogati: tali sistemi di controllo sebbene connessi al rispetto dei (seppur stringenti) parametri normativi, costituiscono per altro verso un elemento di vantaggio competitivo². Sempre più spesso, infatti, la qualità dei servizi erogati non solo è garanzia del mantenimento dell'accreditamento istituzionale, ma altresì - in un sistema incentrato sulla libertà di scelta dell'utente - è l'elemento che può garantire la piena *occupancy* della struttura, soprattutto in quelle regioni dove è già presente un numero di posti letto accreditati sufficiente a soddisfare i fabbisogni territoriali.

In ragione di quanto precede, probabilmente il settore oggetto del presente approfondimento può essere considerato come caratterizzato da un livello di informazioni disponibili difficilmente rinvenibile in altri comparti. Come meglio evidenziato nel presente Quaderno, il monitoraggio sullo stato futuro dei fabbisogni è costante e vede coinvolti una molteplicità di soggetti (*inter alia* Istat, Ministero della Salute, AGENAS). Allo stesso modo è continuativo il monitoraggio della spesa (attuale e prospettica) e dei livelli prestazionali³. In ottica di investimento, questo si traduce in un mitigante della rischiosità propria del settore: tipicamente la quantità e, soprattutto, la qualità delle informazioni disponibili sono tra gli elementi determinanti nella valutazione di un investimento, incidendo sulla rischiosità dello stesso.

7.2.2 L'importanza di un approccio settoriale

Stanti le predette considerazioni, e tenendo conto del ruolo determinante che la componente operativa/industriale può rivestire per il buon fine dell'investimento, è opportuno valutare quali siano gli ulteriori fattori che possono consentire di ottimizzare un investimento nel settore beneficiando al massimo delle caratteristiche che gli sono proprie.

Gli immobili dove vengono erogati servizi alla persona - anche per ragioni di natura tecnica ed urbanistica - solo in alcuni casi possono trovare una differente ed ulteriore destinazione. Atteso che il crescente livello dei fabbisogni può assicurare un investitore circa il livello di *occupancy* di una struttura anche nel medio/lungo periodo, è opportuno, tuttavia, porre in essere tutte le necessarie misure affinché, nonostante questo, non sopravvengano elementi ulteriori che possano

² E' opportuno segnalare come negli ultimi anni sia stata, di fatto, imposta dalle Regioni l'adozione, per le strutture sociosanitarie, di un modello *ex* D.Lgs. 231/01. Inoltre, l'entrata a regime del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS - Ministero della Salute), volto a monitorare i livelli prestazionali attraverso specifici flussi informativi, impone alle strutture di implementare un vero e proprio sistema di controllo di gestione, necessario per adempiere in maniera efficace ai relativi debiti informativi.

³ La Ragioneria Generale dello Stato redige annualmente un rapporto nel quale si illustrano le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. I principali contenuti del rapporto, tra gli altri, sono: le previsioni di medio-lungo periodo della spesa pubblica per pensioni, sanità e Long Term Care (LTC) in rapporto al PIL; la descrizione delle procedure di aggiornamento, con particolare riguardo alla revisione delle stime di crescita di breve periodo ed il raccordo con le ipotesi demografiche e macroeconomiche sottostanti gli scenari di previsione, definiti in ambito nazionale ed europeo; le previsioni della spesa pubblica per sanità e per LTC effettuate secondo le metodologie del *pure ageing* e del *reference* scenario; l'analisi comparativa dei risultati delle previsioni delle principali componenti di spesa pubblica *age-related* recentemente elaborate in ambito europeo; un'ampia analisi di sensitività, volta a misurare l'impatto di ipotesi alternative circa le variabili dello scenario demografico e macroeconomico; le previsioni delle componenti di spesa pubblica *age-related* elaborate ai fini dell'analisi di sostenibilità di medio-lungo periodo delle finanze pubbliche.

compromettere la redditività dell'investimento quali, ad esempio, la revoca dell'autorizzazione e/o dell'accreditamento o, comunque, la continuità operativa nel tempo del gestore della struttura.

Il crescente livello della regolamentazione (e dei controlli) e l'importanza dell'elemento qualitativo dei servizi erogati, se da un lato rappresentano dei punti di forza, dall'altro possono rappresentare, *on going*, delle obiettive criticità: la garanzia del pagamento del canone di locazione da parte del *tenant*/erogatore di servizi è connessa all'efficiente ed efficace esercizio delle attività che nell'immobile vengono svolte. In tale ottica lo *standing* creditizio del conduttore è un elemento, ad opinione di chi scrive, necessario ma non sufficiente per garantire nel tempo i risultati attesi dell'investimento, rivestendo un ruolo determinante anche il livello reputazionale e dimensionale dello stesso.

Non v'è dubbio che l'ingente peso dei costi amministrativi conseguenti il ricorso a modelli aziendali complessi e l'appesantimento dell'apparato burocratico - entrambi connessi al processo di "industrializzazione" del settore che è determinante per rendere il sistema economicamente sostenibile - fanno sì che un elevato livello di professionalizzazione ed il raggiungimento di idonei requisiti dimensionali (in termini di strutture e/o posti letto gestiti) siano elementi essenziali per agevolare la realizzazione di economie di scala che contribuiscano a mantenere livelli di competitività e redditività tali da garantire la sostenibilità del canone di locazione dell'immobile nel medio-lungo periodo.

Il soggetto erogatore dei servizi/*tenant* ricopre, dunque, un ruolo centrale: deve (i) possedere una struttura organizzativa efficiente ed efficace, (ii) aver raggiunto una "massa critica" che consente di ottimizzare i costi, (iii) operare nel pieno rispetto non solo della normativa di settore, ma anche delle cd. "buone prassi" e con l'obiettivo di mantenere e garantire un livello qualitativo di servizi che risulti soddisfacente per l'utenza. La solidità finanziaria - rilevabile al momento di decidere l'investimento (diretto o indiretto) in questo tipo di immobili - può essere considerata, dunque, solo uno degli indicatori della "virtuosità" dell'operatore.

Le peculiarità regolamentari, organizzative e operative cui si è fatto riferimento in precedenza, peraltro, stanno progressivamente rendendo necessari dei percorsi di riorganizzazione, soprattutto per quelle strutture indipendenti di piccolissime, piccole e medie dimensioni, su cui è fondato il sistema. Tali strutture, spesso a gestione familiare, oltre alle difficoltà di scala, scontano anche l'ordinario ricambio generazionale e le frequenti carenze manageriali. È indicativo rilevare come i principali *player* privati italiani, ad oggi, gestiscano un numero complessivo di posti letto sul totale di quelli presenti nel nostro Paese, percentualmente molto inferiore rispetto a quanto avviene in altri paesi europei, pur ottenendo risultati sia economici che gestionali eccellenti. Anche gli

operatori del terzo settore, che storicamente hanno un ruolo determinante nel sistema di erogazione dei servizi sociali e sociosanitari, si stanno aprendo a nuove soluzioni organizzative, finanziarie e gestionali.

Un siffatto contesto, dunque, se da un lato agevola la possibilità di acquisizione delle strutture (si sta già assistendo a percorsi di crescita per linee esterne dei gestori di maggiori dimensioni, con maggiori capacità organizzative e con maggiori risorse finanziarie proprie), dall'altro rende necessario che la scelta del *tenant*/gestore sia operata su modelli di analisi e valutazione dei rischi propri del comparto, ben diversi da un approccio meramente tradizionale all'*asset* immobiliare sottostante.

Stanno sempre più emergendo modelli di collaborazione strutturata fra gli investitori finanziari, da un lato, e quegli operatori di settore più "evoluti", dall'altro. In questo schema a questi ultimi viene demandata l'attività di *scouting* delle possibili opportunità di investimento e la successiva gestione delle strutture acquisite, a fronte della predefinizione, attraverso un modello contrattuale condiviso, delle regole di *governance*, dei diritti di *exit*, delle strutture di remunerazione e, non ultimi, dei flussi informativi e dei presidi di garanzia volti a contenere i rischi (anche reputazionali) connessi ad una cattiva gestione della struttura e/o al *default* dell'operatore.

Ad una prima lettura tale contesto può sembrare eccessivamente articolato e tale da rendere necessario, da parte degli investitori finanziari, un approccio altamente specialistico. Tuttavia, nella sostanza, è sufficiente esclusivamente un approccio consapevole delle peculiarità del comparto. Infatti, per mantenere inalterate le valutazioni iniziali (connesse ad un'analisi *top down* del settore e che evidenziano la possibilità di individuarlo come comparto di interesse) e trasporle in una dinamica fattuale, è possibile, operando un'attività di sintesi, individuare due momenti fondamentali: la scelta del soggetto gestore ed il monitoraggio *on going*.

Con riferimento al primo, grazie al supporto di consulenti e/o *advisor* è possibile verificare la sostenibilità del *business plan* posto alla base del modello di business, anche, e soprattutto, sotto un profilo di *compliance* con la normativa di settore, al fine di riscontrare l'effettiva sostenibilità del canone di locazione in un'ottica di medio/lungo periodo.

Rispetto all'attività di un monitoraggio *on going* è fondamentale evidenziare come la stessa non necessiti dell'implementazione di un sistema di controlli *ad hoc*, ma possa essere strutturata aderendo al già stringente sistema regolamentare e dei controlli (di cui si è accennato sopra) attraverso modelli di reportistica avanzati e di *audit* periodico che, peraltro, non rappresenteranno in alcun modo un elemento di criticità per un gestore "virtuoso".

Un siffatto approccio, dunque, consente di ottenere una valutazione del rischio di investimento nel comparto che sia quanto più possibile vicina e quello effettivo e, di conseguenza, individuare delle attese di remunerazione che siano in linea con lo stesso ma, soprattutto, sostenibili nel medio/lungo periodo.

E' opportuno segnalare, inoltre, come, a seguito dell'entrata in vigore del Decreto "Sblocca Italia", convertito nella legge 11 novembre 2014, n. 164 (che consente la deroga alla disciplina protettiva del conduttore prevista dalla Legge Equo Canone per locazioni con canone annuo superiore a 250 mila Euro), sia diventato molto più agevole strutturare dei contratti di locazione *ad hoc*, all'interno dei quali è possibile trasporre tutte le misure più opportune a tutela del proprietario, anche con specifico riferimento a quelle conseguenti le peculiarità del settore.

Quanto su esposto rileva sia nel caso di investimenti diretti, che nell'ipotesi di sottoscrizione e/o acquisto di quote di fondi immobiliari specializzati in tale tipologia di investimento. In tale caso, peraltro, si possono evidenziare alcuni ulteriori profili degni di rilievo: (i) i benefici connessi all'esperienza ed alle specifiche competenze maturate dal gestore del fondo, (ii) la possibilità di utilizzare una moderata leva finanziaria che può garantire l'ottimizzazione dei flussi di cassa e dei livelli di remunerazione dell'investimento, ben attagliandosi all'effettivo profilo di rischio tipico del settore, (iii) la politica attiva di gestione e contenimento del rischio che i gestori di fondi sono tenuti ad adottare in tema di *risk management*.

7.3 Considerazioni conclusive

Alla luce di quanto su esteso, è possibile affermare che, allo stato, il settore è caratterizzato dalla presenza di diversi strumenti di natura regolamentare, "industriale" e negoziale idonei a limitare i rischi dell'investimento (non solo economici e finanziari, ma anche reputazionali) ma che, al contempo, la scelta del *tenant*/gestore si conferma essere un elemento determinante per poter beneficiare al massimo di tali fattori nell'ambito dell'operazione di investimento.

In tale ottica non può non evidenziarsi come un tale approccio - di carattere settoriale - possa essere seguito anche nel caso in cui un ente previdenziale e/o assistenziale ritenga opportuno valutare percorsi di convenzionamento per offrire ai propri assistiti prestazioni in forma specifica, così come rilevato in maniera più approfondita in altri contributi del presente Quaderno. In siffatte ipotesi, qualora le eventuali strutture convenzionate - nel rispetto di specifiche procedure volte a gestire eventuali situazioni di conflitto - fossero anche oggetto di investimento da parte dell'ente (con riferimento alla componente immobiliare), potrebbe instaurarsi un "circolo virtuoso" in cui l'ente stesso si troverebbe ad influenzare positivamente il livello di *occupancy* della struttura

(contenendo ulteriormente il rischio dell'investimento) nonché a poter garantire ai propri assistiti prestazioni a costi "calmierati" che il *tenant*/gestore potrà sostenere a fronte della determinazione di un canone di locazione, concordato con l'investitore, che sia parametrato anche con riferimento a tale prospettiva.

8. Finanza “silver”, ma non solo: quando la banca finanzia (e sostiene) le RSA

in collaborazione con Guido Cisternino

La vocazione di UBI Banca ad operare in settori di *business* a forte valenza sociale da una parte, e dall'altra, la prospettiva di offrire risposte a quei bisogni che oggi più faticano ad essere coperti dall'attuale sistema di welfare, hanno rappresentato il sostrato sul quale si è innestato l'innovativo progetto di *project finance ad impatto* sociale, primo nel suo genere in Italia, e che ha coinvolto la RSA Istituto Buon Riposo di Torino.

Tra i fattori di novità per il panorama italiano, come rimarca il Dott. Cisternino, “vi è stata la scelta di applicare uno strumento che è fuori dagli schemi di finanziamento del non profit (la finanza di progetto) e quella di applicare logiche innovative di finanza sociale di tipo “*pay for success/result*”” retrocedendo una parte del rendimento finanziario ottenuto (quindi veri e propri margini per la banca) verso altri obiettivi sociali collegati al progetto principale che è stato finanziato.

L'operazione ha visto il coinvolgimento di UBI Banca, nell'ambito dell'*expertise* dei suoi *team* di *Project & Real Estate* e *UBI Comunità* (divisione Non Profit) per la parte finanziaria e di Torino Sociale Cooperativa Sociale Onlus (*TSC Onlus*) per la parte riferita alla gestione/erogazione del servizio, con la collaborazione ed il patrocinio del Comune di Torino.

Nel dettaglio, l'istituto di credito ha finanziato, per una durata di 16 anni e con 6 milioni di euro la ristrutturazione e lo sviluppo (con incremento dei posti letto) dell'Istituto Buon Riposo, RSA sita in Torino, ed ha sostenuto attraverso un'erogazione liberale di 18mila euro (derivante dalla retrocessione di una quota parte delle commissioni di strutturazione dell'operazione percepite dalla banca) il contestuale avvio del “Progetto Alice”, un servizio di assistenza domiciliare erogato nel territorio limitrofo alla RSA, destinato a quegli anziani che non hanno i requisiti per entrarvi o sono in attesa del posto letto.

Quest'ultimo progetto, inoltre, realizzato dalle stesse cooperative coinvolte nella gestione della RSA, una volta a regime potrà beneficiare di ulteriori risorse messe a disposizione dalla Banca (10mila euro annui per i 16 anni complessivi del finanziamento), la quale rinuncerà a parte dei propri margini (derivanti dalla retrocessione di una quota parte dello *spread* del finanziamento) qualora TSC Onlus raggiunga prestabiliti obiettivi sociali (come il mantenimento di un numero di posti letto in convenzione presso la RSA, l'erogazione di un monte ore di assistenza domiciliare erogata agli anziani che vivono nel circondario della RSA, ecc.).

Ma le ricadute sociali, seppure cruciali nell'approccio alla finanza di impatto, rappresentano soltanto una faccia di quella medaglia che vale 8 milioni di euro (a tanto ammonta il finanziamento complessivo stanziato da UBI Banca per il progetto baricentrato sull'RSA), e che sull'altro lato presenta i connotati tipici di un'operazione finanziaria *tout court*, peraltro appetibile sul lato del finanziatore. L'operazione messa in campo, infatti, presenta - dati alla mano - una sua sostenibilità finanziaria, in grado di produrre interessanti rendimenti per la banca che si accompagnano a forti impatti sociali positivi.

A livello generale, il terzo settore è un ambito al quale UBI Banca guarda con interesse avendo fra l'altro creato nel 2011 UBI Comunità, divisione commerciale dedicata a questo comparto: l'1,73% degli impieghi è rivolto ad esso, a fronte di un dato che nel complesso del sistema bancario italiano si attesta allo 0,5%¹. E ancora più forte è la vocazione all'utilizzo di strumenti innovativi rivolti al terzo settore, come i *social bond* (ne sono stati emessi 72 dal 2012, per 746 milioni di euro raccolti dagli oltre 27mila sottoscrittori e 3,6 milioni di euro erogati a supporto di iniziative ad elevata valenza sociale) e, da ultimo, il *project finance* ad impatto sociale nel settore della residenzialità per anziani.

Osservando più da vicino questo ambito – che costituisce il *focus* del presente Quaderno di approfondimento – esso presenta dei fattori di indiscussa attrattività per quei soggetti che desiderino “coniugare obiettivi individuali e di interesse generale nelle scelte di investimento” – come sottolinea il Dott. Cisternino – “e che permettano altresì di ottenere un'adequata remunerazione”.

Questo approccio agli investimenti individua “vari settori appetibili, dall'energia all'ambiente, dai trasporti all'*housing* sociale, tutti rilevanti per la finanza sociale”. Ma rispetto a queste, il tema della longevità e delle esigenze ad essa connesse, specialmente per quanto attiene alla domanda di residenzialità, presenta delle peculiarità che lo rendono ancora più attrattivo, non soltanto per le ricadute sul profilo sociale, ma anche e soprattutto in chiave economico-finanziaria.

Il carattere tendenzialmente anticiclico della domanda di residenzialità per anziani e il *trend* di costante crescita che la caratterizza, peraltro di pari passo con l'invecchiamento della popolazione e la capacità da parte del pubblico di presidiare l'offerta di servizi, rappresentano alcuni dei punti di forza più evidenti di questo “mercato”. Ma non è tutto: l'investimento in RSA, infatti, garantisce dei flussi di cassa certi, costanti e consistenti, garantiti dagli importi delle rette pagate dal privato e/o dal pubblico, che quindi consentono la perfetta “bancabilità” dell'operazione sottostante.

¹ Dati forniti da UBI Banca su Matrice dei Conti Banca d'Italia

A partire da tali valutazioni e dalla controprova offerta sia dalle dinamiche del mercato attuale sia dalla prima esperienza maturata, UBI Banca è oggi fermamente orientata a consolidare il proprio impegno nell'ambito della residenzialità per anziani, al punto da considerare nuovi investimenti, verso i quali già sta muovendo i primi passi.

Del resto – e questo aspetto è certamente da annoverare tra i punti di forza del progetto che coinvolge l'Istituto Buon Riposo di Torino – la rete di relazioni createsi nel territorio e alimentate sia dalla banca sia dal vitale “privato sociale” ha fatto in modo che si superassero quegli ostacoli che solitamente si frappongono tra l'ideazione di progetti innovativi in ambito sociale e la loro effettiva realizzazione: da un lato, la perdurante ritrosia degli attori dell’“economia sociale” a relazionarsi con il sistema bancario e ad instaurare con esso delle solide e durature *partnership*, e dalla quale discende una tendenza ancora molto radicata a ricorrere all'autofinanziamento; dall'altro, le difficoltà incontrate dal sistema bancario a porsi con lungimiranza verso questo settore e a comprenderne fino in fondo le dinamiche e le specificità che lo governano.

Se, quello che il Dott. Cisternino ha definito “un approccio di sistema collaborativo” tra pubblico, privato e privato sociale, ha senz'altro contribuito alla messa a frutto di questo importante e innovativo progetto nell'area della residenzialità per anziani, nient'affatto trascurabili risultano i sottostanti giuridici e tutte le complesse garanzie poste alla base dell'operazione e dell'investimento, che si sono articolati entro un asse tripartito che ha visto negoziare UBI Banca, TSC Onlus e Comune di Torino.

Tra questi, l'attività di *due diligence* svolta dalla banca si è rivelata particolarmente complessa e articolata, protrandosi per oltre un anno, così come la predisposizione delle garanzie a tutela del finanziatore (il pegno sulle azioni, le garanzie sui crediti, il mantenimento di alcuni *covenants* finanziari, lo *step in right* della banca, ecc.), come del resto avviene normalmente all'interno di operazioni che si basano su flussi di cassa generati dall'operazione.

Condicio sine qua non dell'intera operazione, anche in considerazione del lungo orizzonte temporale dell'investimento (16 anni) e della “volubilità” che troppo spesso caratterizza le pubbliche amministrazioni nel nostro Paese, è stato l'ottenimento da parte di TSC Onlus della concessione a gestire l'RSA per 50 anni attraverso una convenzione con il Comune di Torino. Un elemento propedeutico all'intera operazione, quindi, e in assenza del quale nessuna trattativa avrebbe potuto prendere avvio.

Ma anche in questo caso l’“approccio di sistema collaborativo” ha aiutato, e gli anziani ospiti presso la RSA già possono coglierne i frutti.

CASE HISTORY: LA GESTIONE DI UNA RSA

9. Civitas Vitae, Infrastruttura di Coesione Sociale

Fabio Toso

9.1 Il Civitas Vitae

In un spazio di 15 ettari, (popolato giornalmente da oltre 3500 persone) con investimenti consistenti, hanno trovato sede una serie di edifici e ruoli tra loro sinergici: strutture adibite ad accogliere anziani auto e non autosufficienti, ma anche altre dedicate – in collaborazione con l'ULSS 16, l'Azienda Ospedaliera e l'INAIL – al post acuzie ospedaliero, all'*hospice*, agli stati vegetativi, al NAISS, al SIO, alla riabilitazione, includendo anche quelle volutamente poste alla frontiera della vita. Qui si è incardinato il Polo di Formazione “Varotto Berto” intestato ai nostri fondatori, ove si preparano collaboratori con lo stimolo a conseguire livelli di eccellenza professionale e di sensibilità umana nel settore socio-sanitario e nell'area disabilità; qui si organizzano motivanti percorsi di ripensamento e progettazione nel vivere la terza età affinché i longevi attivi – quali *civil servant* – ne siano protagonisti per migliorare le dinamiche sociali; qui si dà ascolto e attenzione alle molteplici domande provenienti da una società che vive per la prima volta il fenomeno di massa dell'innalzamento dell'età demografica con le tante implicazioni sconosciute.

Dopo questa prima fase di *Centro Polifunzionale e Multidimensionale*, si è avviata la filiera della prima età proprio per la desinenza sociale e non ospedaliera con cui accompagnare la vita degli ospiti e consentire loro di affidare l'eredità più cara: la vita che continua alle nuove generazioni. Da qui l'attivazione di strutture intergenerazionali quali il “Centro Infanzia Clara e Guido Ferro”, il “Museo Veneto del Giocattolo” con il “laboratorio del riciclo” per le scolaresche delle Scuole Medie; l'Auditorium Pontello come spazio attrezzato per diffondere, con appropriate iniziative, la cultura della risorsa longevità. L'intreccio orizzontale e verticale tra le filiere della terza e della prima età, ha di fatto creato un “*Distretto di Cittadinanza*” che va al di là della mera continuità di servizi e/o del destino di luoghi e parentele, per sostanziare una combinazione e una moltiplicazione reciproca di relazioni efficaci sul piano formativo e civile.

Il “Distretto di Cittadinanza” ha trovato, nell'energia vitale che sprigiona dal circuito del ciclo della vita (sussidiarietà circolare) la leva per diventare, con significativi flussi di investimenti materiali ed immateriali, un'autentica Infrastruttura di Coesione Sociale. Ecco il “Centro Infanzia Intergenerazionale”; il “Museo Veneto del Giocattolo” con il “Laboratorio del Riciclo”; la “Pista per l'Educazione Stradale” in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Territoriale e la Polizia Municipale per i bimbi delle Scuole Elementari; il “Palazzetto dello Sport” per l'esercizio fisico di

persone disabili e per l'educazione ai criteri concorrenziali attraverso la pratica sportiva dei fanciulli; il "Laboratorio dei Talenti" per l'educazione al lavoro e alla creatività con ogni supporto tecnologico per stimolare le aspirazioni sul "cosa fare da grande"; la "Casa della Sussidiarietà" con l'inclusione dei disabili giovani quali *coach* per gli anziani non autosufficienti, di sacerdoti anziani e di suore, per dare forma integrata alle dinamiche di riabilitazione fisica e spirituale; il "Parco della Vita e delle Esperienze", ove l'armonia della natura influenza il benessere; l'edificio per la "Riabilitazione Integrata" ove la relazione con il post-trapianto e il post-oncologico diventa essenziale per riabilitare integralmente le persone convergendo in ciò corpo, cervello, psiche, spirito, etc.; le iniziative di *Pet Therapy* per armonizzarsi con la vita degli animali; l' "Auditorium Pontello" per collegare – attraverso spettacoli teatrali, convegni, dibattiti - presente e futuro; il "Bocciodromo" per integrare nello sport giovani disabili ed anziani; il "Tiro con l'Arco" per i Para-Archery; le opere d'arte, sculture specialmente, quali strumenti per l'andare oltre; il Villaggio Airone, 12 villette per accogliere, in una settantina di appartamenti, persone over 60 autonome, etc..

Un vero sistema che quotidianamente vive di presidi come leva di sviluppo comunitario: presidi assistenziali all'insegna della dignità della persona; presidi culturali fatti di concorsi, tavole rotonde, manifestazioni tematiche, ricerche; presidi religiosi con traiettorie spirituali di trascendenza; presidi naturali e ludici per diffondere momenti comuni di serenità. Il tutto per partecipare insieme al quotidiano fluire della vita di una vera multi-comunità (multigenerazionale, multiesperienziale, multiculturale, multietnica con le 29 nazionalità diverse del personale) dove ognuno, giovane o vecchio, auto o non autosufficiente, lavoratore o volontario si trova *naturaliter* indotto a produrre relazioni di aggregazione.

E' stato questo il nostro obiettivo, la sfida del Civitas Vitae. Per riuscirvi abbiamo dovuto cambiare, con una visione che ha abbandonato senza riserve gli stereotipi delle Casa di Riposo: tutto è vita, tutto diventa vita proiettando la prorompente capacità di questa "fabbrica di relazioni" orizzontali e verticali ad operare positivamente sui problemi di una società frammentata e sfiduciata, e quindi costruire cittadinanza.

Con simili contesti si favorisce il superamento del sistema di Welfare State in cui la segmentazione dei bisogni, la monetizzazione risarcitoria e la professionalizzazione degli interventi hanno da un lato ingigantito l'indebitamento pubblico a livelli insostenibili e dall'altro deresponsabilizzato la società. Le infrastrutture di coesione sociale aprono invece a un sistema di *Welfare Community* in cui la comunità – intesa nelle varie articolazioni del corpo sociale e tra esse con ruolo proattivo soprattutto quella longeva – partecipa e si coinvolge, e nel fare benessere (con ciò interrelando persona a persona nei bisogni e nella condivisione senza l'oggettivazione numerica)

si rinsalda, si rafforza, come comunità. E c'è di più: il valore aggiunto, che con simili infrastrutture fa risaltare l'apporto dei longevi per la crescita del PIL, può essere valutato secondo il CENSIS, indicativamente tra il 5 e il 7%. E si è pure calcolato che l'effetto combinatorio praticato nel Civitas Vitae di basi nutrizionali (limitando l'uso enorme di farmaci con alimenti: tra l'altro la legittimazione alla circolazione dei farmaci avviene su campionature umane di età non superiore ai 55 anni), di funzionalità (riabilitazione), di relazioni e di spiritualità, tra miglioramento della qualità della vita e riduzione dei costi rispetto all'attuale sistema socio-sanitario presenta indicativamente una consistenza del 4-5%.

Anche questi dati vanno ulteriormente a confermare la validità di questa innovazione sociale che con la risorsa longevità massimizza proattivamente l'energia propria del circuito unitario delle fasi della vita e realizza coesione sociale.

Il Civitas Vitae non rimane un prototipo, ma questo approccio ha conquistato Cassa Depositi e Prestiti nell'ambito dell'*housing sociale*, convincendosi che il modo migliore per un'abitabilità sociale sia quello di realizzare un contesto come il Civitas Vitae, in grado di dare servizi e favorire la coesione.

Queste connotazioni hanno consentito al Governo Italiano, il 27/3/2014 a Bruxelles, nell'ambito di una sessione dedicata dall'Unione Europea ad esaminare le interrelazioni tra innovazione sociale e sistema urbano, di proporre la realtà del Civitas Vitae di Padova quale *best practice* realizzata senza interventi comunitari, sottolineando questi *items* identificativi:

- cittadella di welfare sussidiario
- infrastruttura di coesione sociale
- attenzione sulle persone, non solo sui loro bisogni
- integrazione intergenerazionale
- servizi a matrice aggregante
- innovazione e tecnologia come filosofia
- capitale sociale umano contestualmente paradigma e risultato per fare innovazione
- università come partner, se necessario

9.2 Perché secondo noi la longevità è una risorsa?

Di fronte ad una società frammentata, in cui anche la cellula primaria – la famiglia – subisce enormi processi di scomposizione e disarticolazione, appare evidente come la scarsità del “bene relazione” sia il vero fattore critico, moltiplicatore in negativo sulle condizioni di vita, diffondendo

sfiducia, depressione, egoismo. Ma chi oggi può trasformarsi in un prezioso produttore di questi beni relazionali quantitativamente/qualitativamente efficaci a tale *mission*? Noi riteniamo siano i longevi. L'allungamento della vita assegna a questi soggetti una straordinaria accumulazione di esperienze che si trasformano in opportunità per svolgere questi ruoli, grazie anche a mirati percorsi formativi.

Hanno, infatti, progressivamente accumulato il senso delle cose e degli eventi e sanno discernere ciò che serve effettivamente nel cammino esistenziale. Dispongono di adeguati spazi temporali, perché fuori dagli impegni di lavoro e “meno pressati” dalla responsabilità genitoriale, si trovano in una dimensione vitale che collettivamente cerca una finalità, nei decenni dell'*over*, qualificante per riprogettare autonomamente il “cosa fare”. Avvertono le crescenti complessità del mondo, in cui la varietà, la variabilità, l'indeterminazione delle cose e degli avvenimenti aumentano costantemente e ingigantiscono le dimensioni del rischio. Il rischio in economia c'è sempre stato. Ma una volta si pensava che la diversificazione finanziaria degli investimenti, il potere di controllo delle grandi organizzazioni e l'esistenza di un sistema di welfare state potevano di fatto neutralizzarli. La crisi in atto ha dimostrato che invece non è così, né lo sarà; il risultato è che il rischio non è più assorbito secondo i precedenti schemi: ce lo troviamo ognuno sulle proprie spalle. Ed allora, in una situazione del genere, ci sono poche alternative. Le persone possono essere vitali, appassionate nella ricerca di un futuro migliore, innovatrici e creatrici solo se si organizzano per condividere il rischio e per assumerlo imprenditorialmente su un progetto di lungo termine. Ciò vale per gli anziani che hanno l'opportunità di riprogettarsi diventando appunto “produttori di relazioni”, grazie alla presenza di contesti finalizzati alla coesione sociale, come è appunto il nostro *Civitas Vitae*.

La maggiore lunghezza della vita in un'epoca di incessante turbolenza e cambiamento come l'attuale consente ricchezza di accumulazioni “esperienziali” grazie alla longevità, con conseguente ampliamento della sfera interpersonale.

Così i longevi attivi, con questa offerta di relazione cosciente ed aperta, diventano i protagonisti di un approccio comunitario fondato sull'apporto di ciascuno verso l'altro; è in questa fase della vita che abita quella sapienza di cuore e di intelletto capace di “rinnovare” l'uomo, di fargli riprogettare il cammino conclusivo dell'esistenza ricuperando senso e significato: altro che i pregiudizi inculcati da una modellistica di medicalizzazione o dalla convenienza di chi li valuta come “tardoni da consumo”!

Ma, oltre a questa dimensione di relazione attiva, partecipe nella longevità, c'è n'è un'altra che riguarda la situazione di non autosufficienza. È quando il peso dei tanti decenni vissuti riduce la

propria autonomia, sfocia in condizioni croniche di delicate incapacità (nel muoversi, nel ragionare, nell'esprimersi, nell'uso delle mani e delle gambe etc.), ci fa trovare di fronte a malattie inguaribili o in stato di minima coscienza: allora c'è l'impatto con la fragilità connessa alla nostra natura e si dispiega un istintivo, generoso slancio di vicinanza verso chi soffre. I "limiti" di queste situazioni realizzano una condivisione fattiva, suscitando dinamiche di solidarietà, di affiancamento, di sussidiarie forme aggregative sociali per trovare, così uniti, le energie per "superarli" (cultura del limite).

La riflessione che il rischio della non autosufficienza può colpire chiunque, si diffonde e si matura nella propria interiorità ed exteriorità, dando luogo a comportamenti responsabili. Sotto il primo profilo ci si sente impegnati a dare il meglio di sé finché si è nella pienezza delle proprie facoltà, ad adottare stili di vita coerenti, a riversare attenzioni umane a questi "casi". Sotto il secondo profilo ci si sente impegnati a contribuire alla realizzazione di soluzioni concrete che assicurino la dignità della vita in simili frangenti. Le incongruenze dell'approccio assistenzialistico, finora prevalentemente praticato nei centri residenziali per non autosufficienti, risultano evidenziati dalle ricerche scientifiche che approfondiscono ed accudiscono le fragilità e le malattie presenti nell'età avanzata cercando di individuare l'origine partendo dal superamento di una "verità" finora prevalente: con il passare degli anni si riducono le capacità di vedere, di udire, di memorizzare. Recenti e diffuse scoperte hanno invece individuato la capacità di rigenerazione di cellule se si mantiene una stimolazione adeguata con nuove sensazioni, esito di nuove relazioni in continuità. Ecco perché servono contesti che consentano comunque relazioni per soggetti che non riescono più a muoversi.

10. Ribes, una rete nazionale di innovazione sociale

Amedeo Duranti

10.1 Ribes

La Rete Italiana Benessere e Salute (Ribes) è un'idea di business sociale che ha cominciato a muovere i suoi primi passi nel 2014, e poi è diventata realtà nel 2015.

Ribes rappresenta un sistema nazionale aperto, espressione delle eccellenze e dei valori ideali dell'economia sociale italiana. Ne fanno parte 18 cooperative sociali, oltre a Banca Prossima e alla Confederazione Nazionale delle Misericordie d'Italia. La dimensione della rete può essere desunta anche dai seguenti riferimenti quantitativi.

Figura 1. Alcuni riferimenti quantitativi



Scopi dell'attività congiunta sono la sperimentazione, la promozione e la diffusione su scala nazionale ed internazionale dei modelli sviluppati dalla Rete e adottati *in primis* dalle Organizzazioni Partecipanti, così da concorrere a orientare le politiche e le pratiche pubbliche, anche grazie a nuovi strumenti finanziari.

Ribes ha lo scopo di promuovere il benessere e la salute dei cittadini e delle comunità secondo una logica di sviluppo improntata all'universalismo, alla giustizia sociale e al rispetto della persona, il patrimonio più caratteristico dell'economia sociale. Coloro che partecipano alla Rete sono infatti consapevoli della necessità di superare gradualmente i particolarismi e le divisioni che tuttora condizionano la capacità competitiva del Terzo Settore e che di riflesso espongono l'Italia – nel passaggio al nuovo *welfare* – al rischio di inefficienze e diseguaglianze tra cittadini e tra le diverse aree del Paese.

Ribes è, quindi, sostanzialmente un *hub* dell'innovazione nel campo dei modelli di business sociale di promozione del benessere delle persone. Si caratterizza per avere una dimensione/copertura nazionale, per essere espressione delle eccellenze e dei valori dell'economia sociale italiana, per essere aperto e basato sulla forte complementarietà tra gli attori appartenenti alla rete.

10.2 La capacità di prendersi cura della persona sotto le varie forme

Le cooperative appartenenti a Ribes hanno sviluppato la capacità di prendersi cura e di assistere le persone sotto varie forme.

L'offerta sviluppata all'interno della rete Ribes è ampia ed include **residenze, centri diurni, alloggi, servizi di assistenza domiciliare (Sad)** e di **assistenza domiciliare integrata (Adi)**.

Le Case-residenza accolgono anziani e adulti non autosufficienti che non possono essere accuditi a domicilio per le condizioni sociali e sanitarie che presentano. Nei Centri Diurni, invece, vengono accolti anziani con ridotta autonomia o con disturbi assimilabili all'Alzheimer, e vengono offerte loro attività ricreative e di riattivazione funzionale e cognitiva, assistenza nelle attività quotidiane e aiuto per l'assunzione delle terapie. In queste realtà, in particolare, viene valorizzato il legame fra gli anziani e i loro familiari e a tal fine le case sono sempre aperte e la collaborazione delle famiglie è considerata preziosa.

Il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) è rivolto ad anziani o adulti con limitazioni funzionali, in condizioni di media autosufficienza o di solitudine e che hanno bisogno di aiuto ed assistenza a casa. I servizi offerti prevedono, ad esempio, igiene e cura della persona, bagno, controllo assunzione di farmaci, cura complessiva dell'alloggio, attività di stimolo per il mantenimento di relazioni sociali, teleassistenza e telesoccorso.

Figura 2. Le diverse forme attraverso cui prendersi cura delle persone



Ribes ha anche avviato un'attività di sviluppo nel settore del welfare aziendale.

Sulla base delle esperienze maturate dai marchi *Prontoserinità* e *ComeTe* e dai loro rispettivi network di riferimento, Ribes ha costituito un gruppo di coordinamento con l'obiettivo di condurre azioni sperimentali nel campo del welfare aziendale.

Gli obiettivi specifici sono:

- declinare in maniera specifica il progetto sperimentale e il flusso organizzativo;
- definire il percorso di accompagnamento;
- adottare un modello di welfare replicabile per diverse tipologie di aziende su base nazionale.

Dal punto di vista della proposta di welfare aziendale, i servizi individuati fanno riferimento a interventi di consulenza, assistenza, educativi, mutualistici, di residenze assistite, tutoring amministrativi e tecnologici.

10.3 Flessibilità nella residenzialità e Piattaforma tecnologica

Alcune cooperative di Ribes hanno sperimentato nel corso degli anni un approccio alla residenzialità basato sul concetto di **flessibilità**. A livello pratico ciò significa che alcune residenze gestite da cooperative appartenenti a Ribes possono simultaneamente, all'interno di una stessa struttura, prendersi cura, fornire assistenza e supporto a ospiti attraverso la residenza protetta, la RSA, la Casa Albergo e il Centro Diurno.

Inoltre, il concetto di flessibilità è stato combinato con il concetto di **“presa in carico”**. E a questo proposito all'interno di Ribes è in fase di sviluppo una piattaforma che consente di strutturare i processi di tipo gestionale ed organizzativo in modo tale da passare **da un modello in cui l'utente si occupa dell'integrazione delle varie funzioni** (fig. 3) **ad un modello in cui, invece, è il case manager che si occupa di questa integrazione** (fig. 4)

Figura 3. Utente integra le funzioni

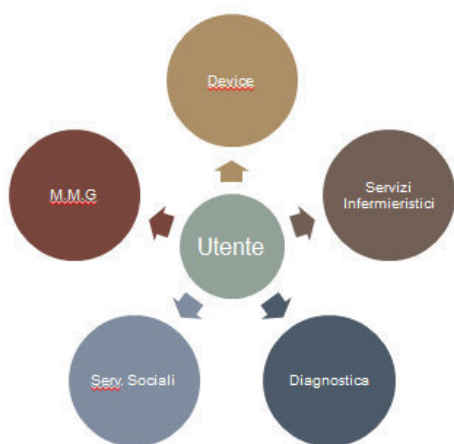
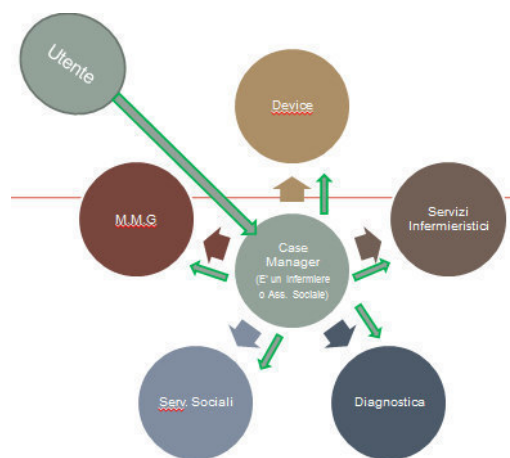
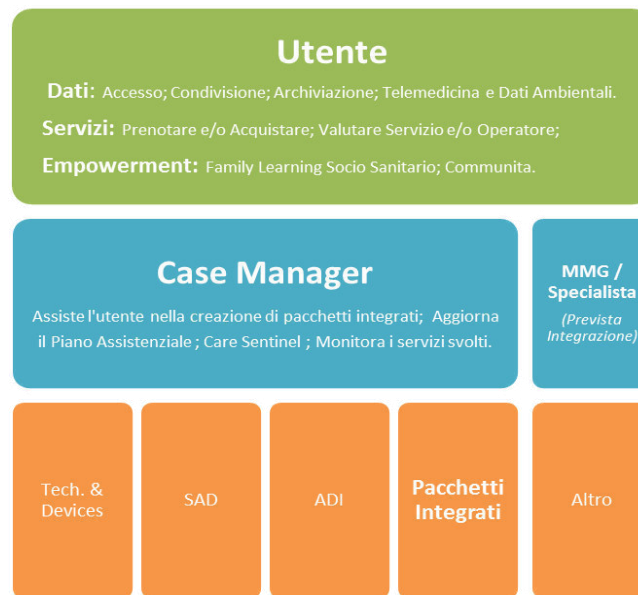


Figura 4. Case manager integra le funzioni





Tale concetto è declinato nel senso che l’ammodernamento del processo attraverso l’utilizzo dell’innovazione rende possibile un’alta qualità di servizio, ma “*less work intensive*”. Pertanto, il servizio diventa esportabile anche in strutture meno attrezzate dal punto di vista sanitario o nell’abitazione e nella comunità dell’utente.

Il modello integrato in fase di sviluppo permette l’accesso a tutti gli *stakeholder* coinvolti. L’utente potrà accedere ed archiviare i propri dati, prenotare e acquistare servizi e poi valutarne la qualità. Il **case manager** rappresenta, dunque, una figura chiave: prende in carico l’utente assistendolo nella definizione di pacchetti integrati a lui adatti, anche avvalendosi di profili per macro-area di utenza (età e condizione patologica). I fornitori di servizio certificati, dal canto loro, possono mettere a disposizione servizi singoli, secondo il modello modulare, o pacchetti integrati.

10.4 Conclusione

Il ruolo di Ribes nel campo dell’economia sociale si svilupperà nei prossimi mesi attivando nuove collaborazioni con i fondi assistenza e i partner tecnologici, rafforzando i partenariati sul fronte finanziario.

In conclusione, Ribes interpreterà fino in fondo il proprio ruolo di rete nazionale, di progetto per il Paese in grado di ideare, sviluppare ed implementare nuove soluzioni attraverso una sua azione capillare nei diversi territori.