



TOR VERGATA  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA

# Facoltà di Economia

Corso di Economia e  
Management Sanitario

18 Ottobre 2024



"La riorganizzazione del personale come leva di  
creazione di valore nel settore Long Term Care"

Dott. Marco Di Martino

[dimartino@economia.uniroma2.it](mailto:dimartino@economia.uniroma2.it)

# Welfare:

«benessere, assistenza sociale» Collins Dictionary, 2024.

«ca. 1300, from Old English *wel faran* = condition of *being or doing well*» Etimonline.com, 2024.

Quando nasce il Welfare State?

In letteratura si fa risalire alle *Poor laws* dell'Inghilterra (1601) la prima forma di assistenza sociale.

1942, il *Rapporto Beveridge*, è considerato la pietra miliare del "Welfare-State" moderno o anche "stato sociale", si basava su 3 pilastri:

- Sistema di previdenza sociale (disoccupazione, incidenti sul lavoro, malattia, vecchiaia);
- Sistema di assistenza sanitaria universale, accessibile a tutti;
- Politiche economiche per la piena occupazione.

## Welfare: che cos'è?

In letteratura **manca una definizione univoca** e onnicomprensiva di «welfare», e di quale sia la differenza precisa tra welfare e altri concetti simili come ad esempio «tutela sociale» o «assistenza sociale o comunitaria» (Bouget, 2003). A seconda del punto di vista disciplinare, ci si sofferma su contenuti diversi:

I **sociologi** si sono principalmente concentrati sul «welfare» come il *prodotto storicistico* di una società, che decide di *ridistribuire la ricchezza* producendo **servizi** (tipicamente finanziati dalla tassazione generale e di natura pubblica e universalistica) con l'obiettivo di *ridurre le diseguaglianze e di creare coesione sociale*. Il welfare, così inteso, è un «contratto sociale», con cui tutti i cittadini, sulla base della loro possibilità, contribuiscono a servizi di utilità collettiva.

Gli **economisti**, si concentrano al «welfare» con un focus che può variare; dall'*efficacia dell'effetto redistributivo* di una specifica politica, al legame tra *spesa per il welfare* e contributo allo *sviluppo economico*.

**Non esiste omogeneità** su cosa sia parte del «welfare» e cosa ne resti al di fuori. I **diversi Paesi** - collettività - che adottano politiche, interventi e *modelli di welfare sono differenti tra loro*, sulla base della loro evoluzione *storica - antropologica* (ad es., i modelli proposti da Esping Andersen, 1990).

Per **Welfare State** si intende «l'*insieme di politiche pubbliche* connesse al processo di modernizzazione, tramite le quali lo Stato fornisce ai propri cittadini **protezione** contro *rischi e bisogni prestabiliti*, sotto forma di assistenza, assicurazione o sicurezza sociale, introducendo specifici diritti sociali e doveri di contribuzione finanziaria» (Ferrera, 2006).

## LTC definizione:

*"tutte le forme di cura della persona, di assistenza sanitaria, gli interventi di cura domestica associati, che abbiano natura continuativa. Tali interventi sono forniti a domicilio, in centri diurni o in strutture residenziali ad individui non autosufficienti"*  
Laing W., 1993.

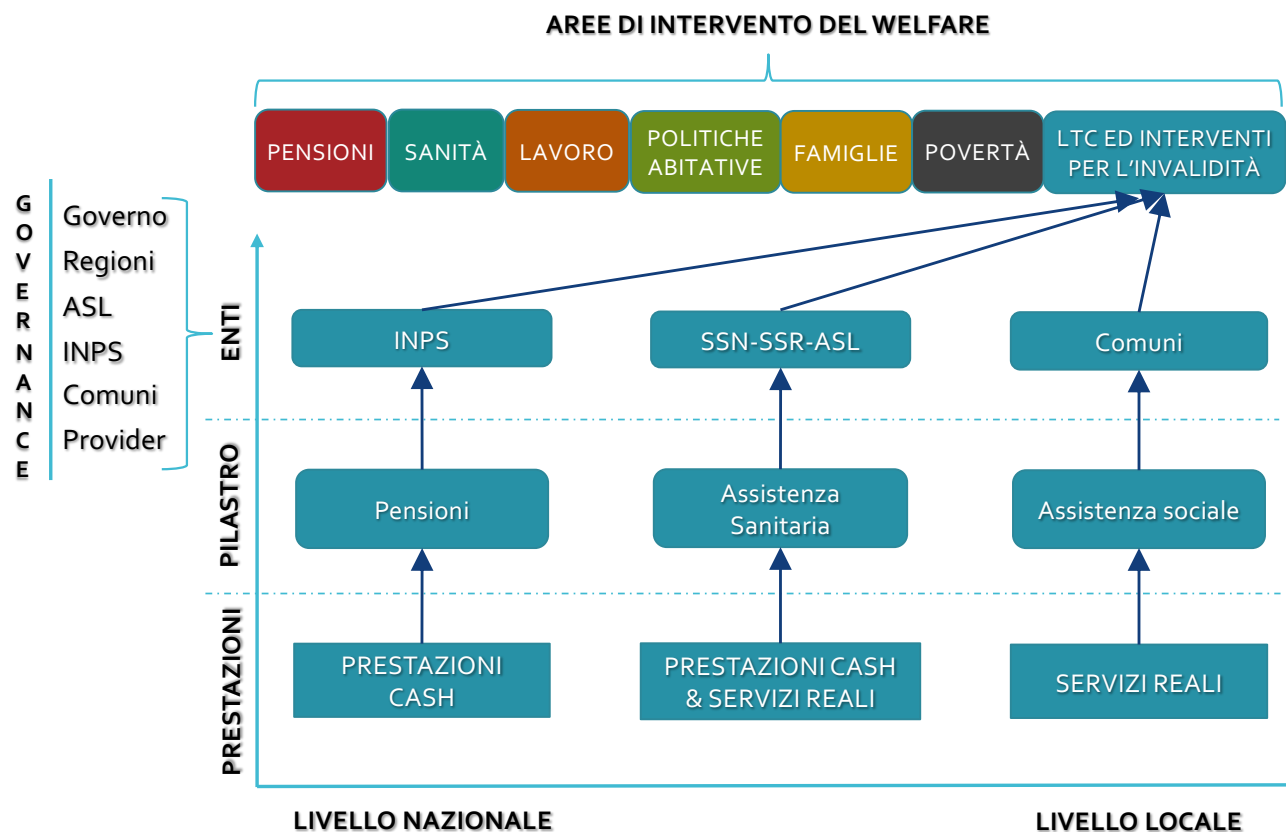
Due tipologie di prestazioni:

1. socio-sanitarie
2. sociali

Popolazione target:  
anziani (65+) e disabili

\*Rielaborazione da Notarnicola & Fosti, (2014)

## Il settore Long Term Care (LTC) nel sistema di welfare\*



## Punto di partenza:

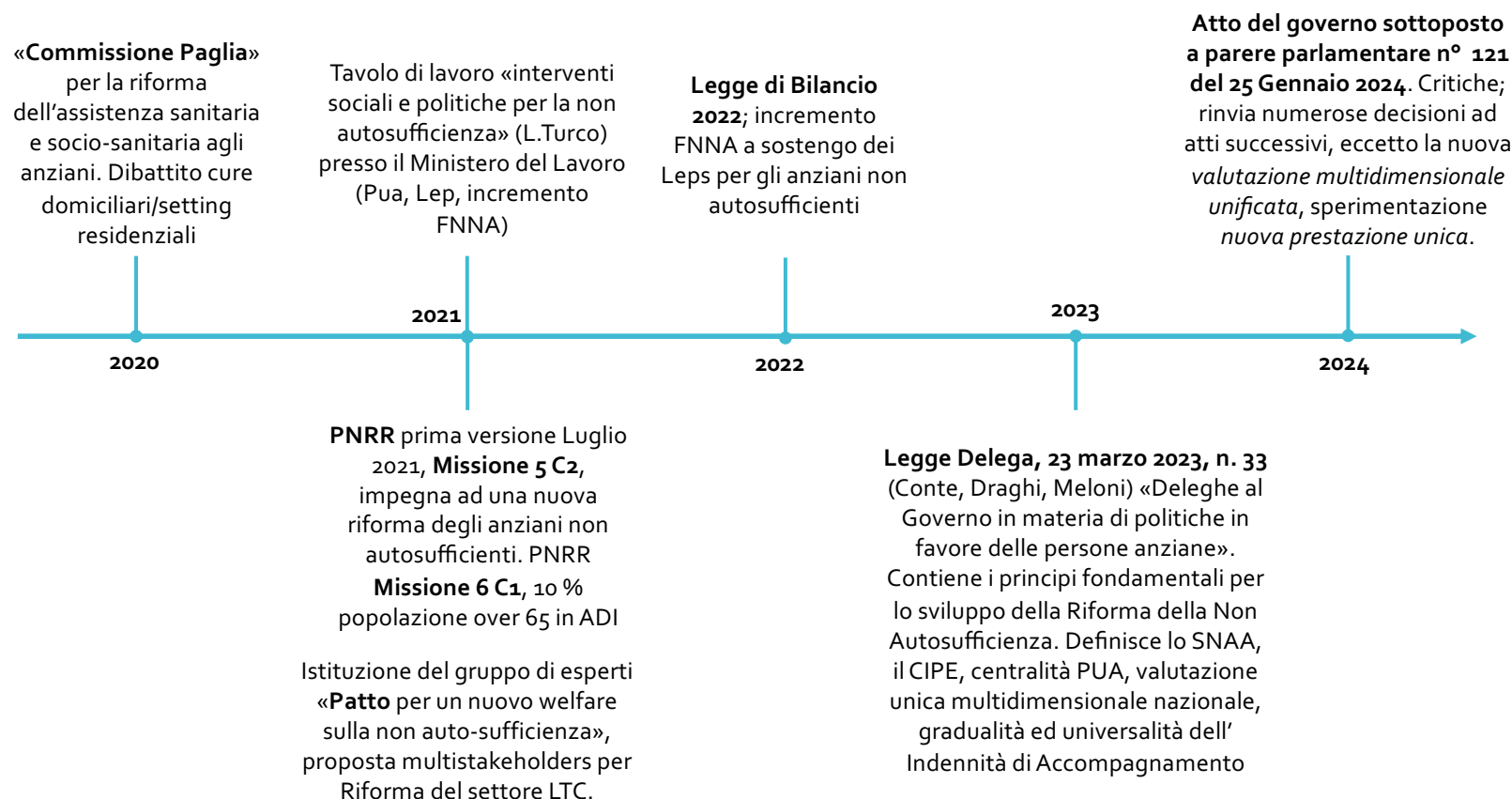
Assenza di Riforma da circa 30 anni.

L'Italia spende il 1,23% del Pil per il LTC (stima sul 2023).

2 principali servizi erogati dallo Stato: trasferimento di risorse cash (52 %) ed erogazione servizi LTC (48 %).

\*Rielaborazioni dal 6° Rapporto OLTC 2024

## Il quadro normativo della Riforma per la non autosufficienza\*



# Fotografia LTC anno 2024\*

## 1. Il fabbisogno di cura.

\*Rielaborazioni dal 6° Rapporto OLTC 2024,  
(dati anno 2021)

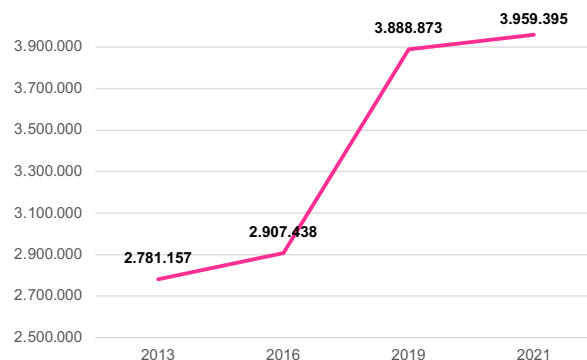
## Domanda di servizi LTC: chi dobbiamo assistere?

### IL FABBISOGNO DI INTERVENTI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Over 65 in Italia anno 2021:  
**13,9 milioni**

**3,95 milioni**

di over 65 non autosufficienti (prevalenza=28,4%, anno 2021)



Fascia di età	Prevalenza da Istat (2021)	Popolazione di riferimento (1.1.2021)	Stima
65-74	14,60%	6.915.504	1.009.664
75-84	32,50%	4.825.173	1.568.181
85 e più	63,80%	2.200.854	1.404.145

# Fotografia LTC anno 2024\*

## 2. Offerta dei servizi LTC.

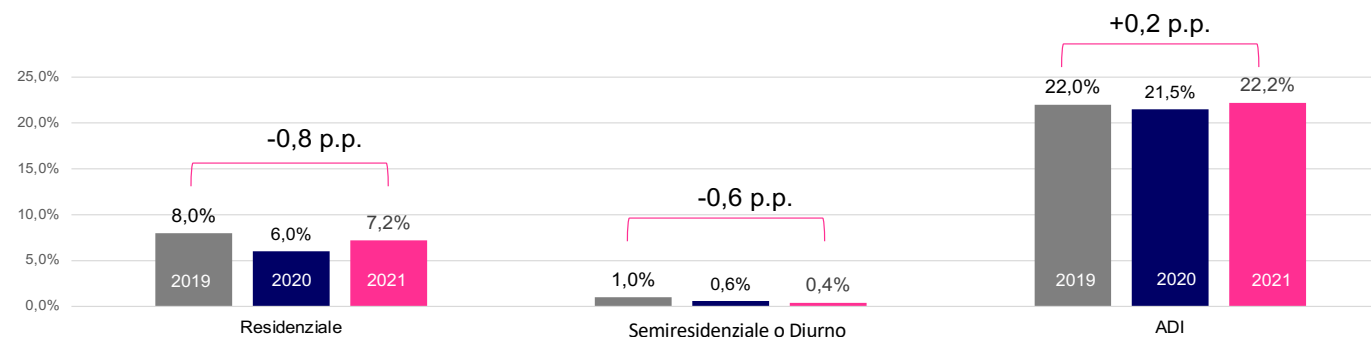
\*Rielaborazioni dal 6° Rapporto OLTC 2024,  
dati anno 2021

## Offerta servizi LTC: come li assistiamo?

### LA RETE DI **WELFARE PUBBLICO** UN TREND DA INTERPRETARE

Over 65 in Italia anno 2021 con  
bisogno di assistenza: **3,95 milioni**

#### Tasso di copertura del bisogno dei servizi socio-sanitari pubblici (2019, 2020, 2021)



Servizio LTC	Utenti in carico (socio-san & sociale)
Residenziale	284.141
Semiresidenziale	16.225
Domiciliare (ADI)	879.030
<b>Totale</b>	<b>1.179.396</b>
Cure informali	2.779.999

**29,8** è la % totale dei 65+ non autosufficienti  
che ricevono servizi



# Fotografia LTC anno 2024\*

## 3. Gestori dei servizi LTC

### Chi sono i gestori dei servizi LTC?

Panorama italiano a Giugno 2018

Posti letto	% di gestori che erogano servizi LTC	Natura giuridica dei gestori	%
< 20	10,3 %	Comuni, Aziende Sanitarie, ASP	14 %
21-50	33,1 %	Ex Ipab	6,5 %
50-100	38,9 %	Soggetti Privati	70 %
> 100	17,7 %		

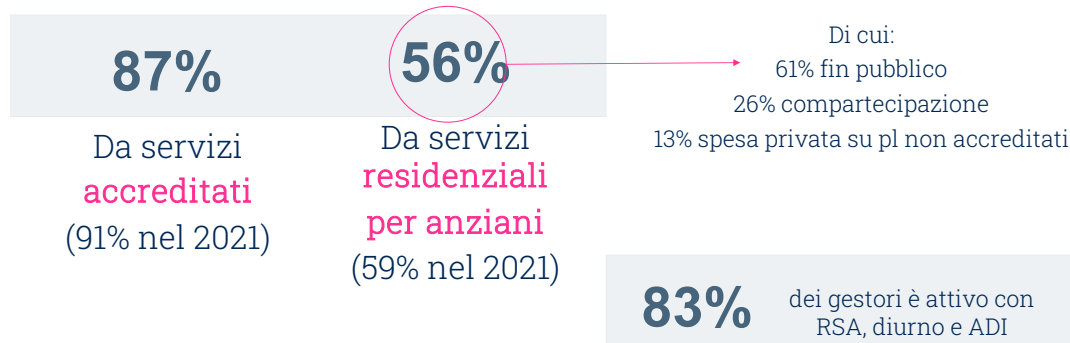
Soggetti privati	%
Srl, Spa, Snc, Sas...	38,2 %
Onlus	23,5 %
Cooperative sociali/Enti religiosi	15 %
Fondazioni	6 %
Dato mancante	10 % - 17,3 %

I GESTORI DEI SERVIZI:

**CONCENTRATI SUL BUSINESS MODEL TRADIZIONALE**

**23 gestori network OLTC**

Fatturato 2022, in media:



\*Rielaborazioni dal 1° Rapporto OLTC 2018, e dal 6° Rapporto OLTC 2024

# Fotografia LTC anno 2024\*

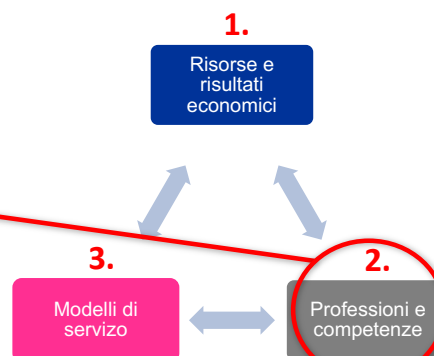
## 4. Sfide del settore

### La carenza di personale

## LA **SOSTENIBILITA'** DEL SETTORE E' COMPROMESSA?

### Trend in atto:

- Trend demografico
- Fenomeni sociali quali solitudine etc..
- Longevity shock
- Insufficienza risorse pubbliche
- **Crisi del personale e delle professioni**
- Attitudine delle famiglie /anziani
- Posizionamento strategico conservativo dei gestori
- *Cambiamenti istituzionali?*



## 5° Rapporto OLTC 2023:

«**Il personale come  
fattore critico di  
qualità per il settore  
long term care**»

\*Rielaborazioni dal 6° Rapporto OLTC 2024,  
e dal 5° Rapporto OLTC 2023

### Carenza di personale nei servizi +

# operatori	2021	2022	Δ p.p.
Infermieri	26%	21,7%	-4,3
Medici	18%	13%	-5
OSS	15%	10,8%	-4,2

Parziale riassorbimento  
crisi + risposte mirate

### Cause di uscita dalle RSA =

**62%**  
lascia RSA per  
**comparto  
sanitario**

Scarsa attrattività del  
settore LTC

### Effetti sulle aziende

**90%** Aumentati i **costi  
del personale**  
**62%** **Bilancio  
peggiorato**  
**74%** Aumentato **burn out  
tra il personale**

**Impatto diretto** della  
crisi sui gestori

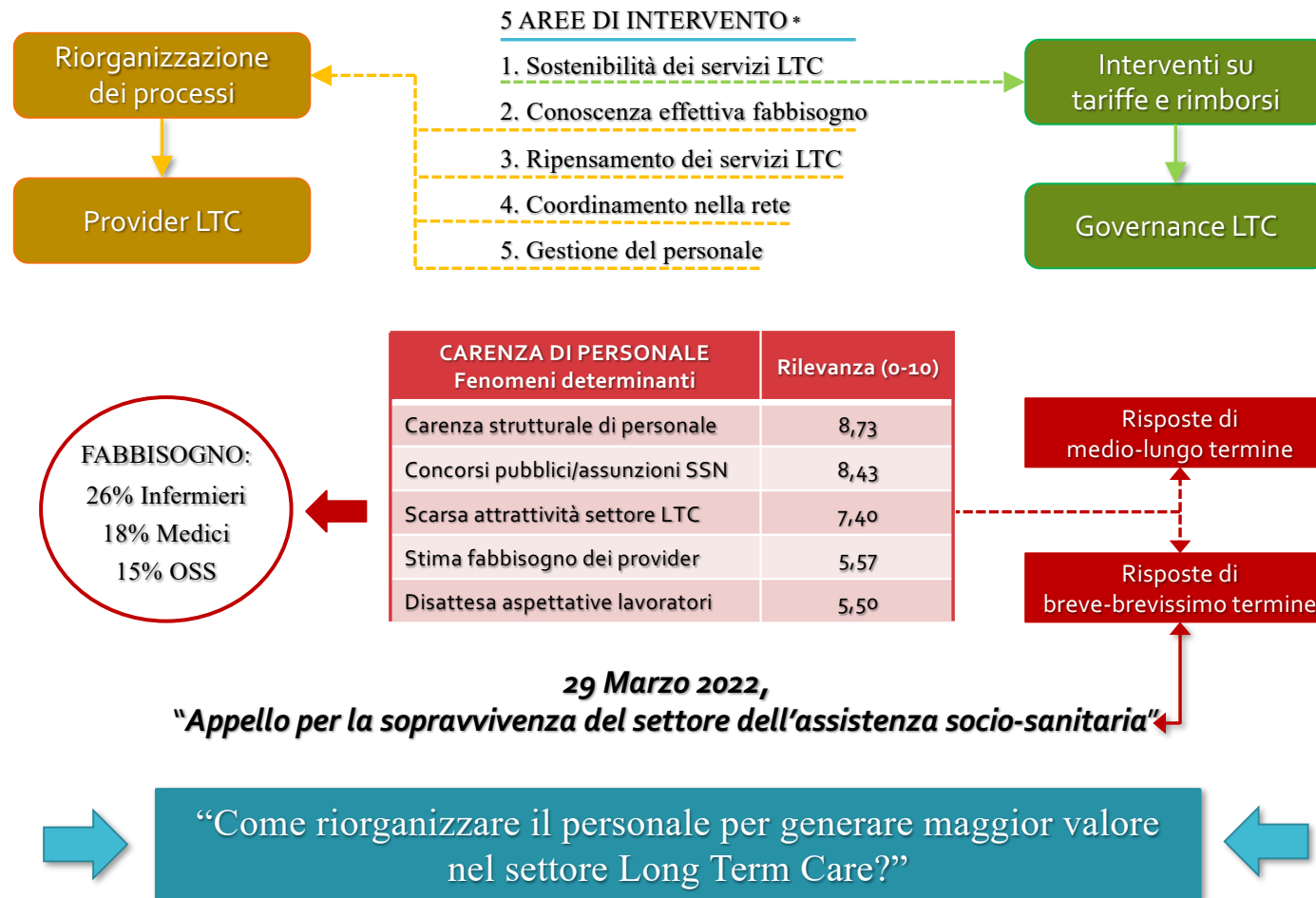
## Quali criticità abbiamo di fronte?



# La sfida per il Management

1. La sostenibilità economica e la crisi del personale.
2. Appello alla sopravvivenza.
3. Quali soluzioni di breve termine?

\*Rielaborazioni dal 5° Rapporto OLTC (2022), & ANASTE (2022)

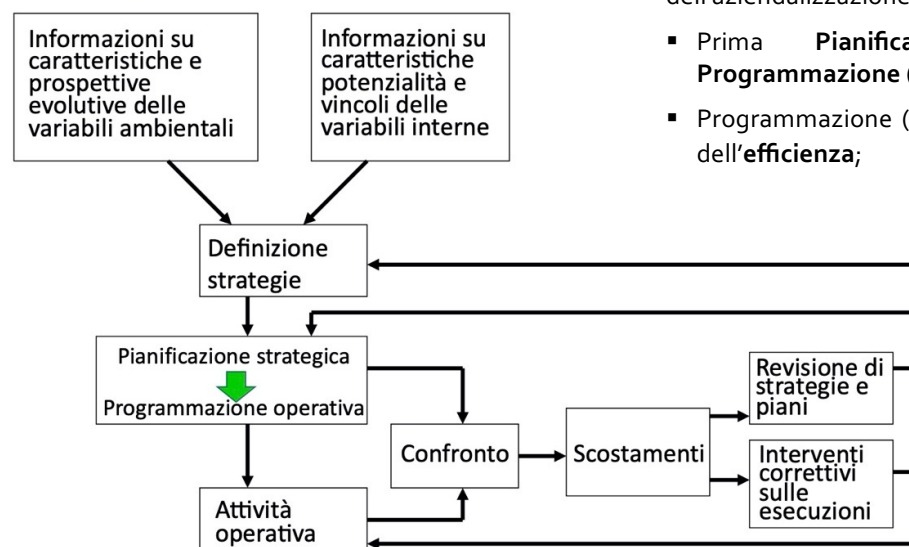


# Programmazione e Controllo di Gestione, in sanità

Il settore LTC eredita soluzioni di management dal settore sanitario.

Robert N. Anthony (1965), Planning and control Systems, Division of Research Graduate School of Business Administration, Harvard University, Boston Massachusset.

## Strategia e Controllo



**LEZIONI** dalla 502/92 etc... nonché dal fenomeno dell'aziendalizzazione in Sanità:

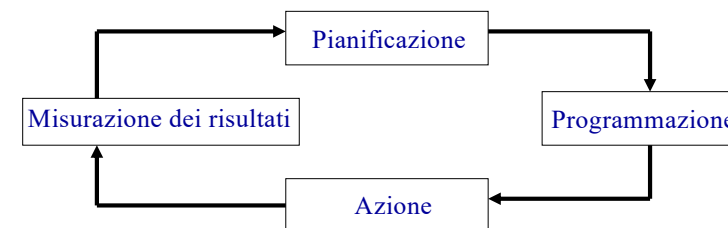
- Prima **Pianificazione** (Vision/Strategia), poi la **Programmazione** (Operativa);
- Programmazione (Operativa) orientata alla massimizzazione dell'efficienza;

- La «salute», ed un SSN, è un **bene/sistema complesso**: gli «incentivi» generano risultati di impatto maggiori rispetto alla sola «normativa»;
- Il vero cambiamento si è avuto a livello **culturale e politico**, piuttosto che a livello economico

Paradigma del **Value Based Health Care** di M.Porter, 2010:

- Definizione di **valore in sanità**: «risultato in termini di salute per dollaro speso» quindi: effetto o outcome di un intervento sanitario/il suo costo.
- **Obiettivo**: massimizzare il numeratore (outcome), minimizzare il denominatore (costo).
- **Sfida organizzativa**: processi, azioni da rivedere. Come posso ridurre i costi per ottenere quello stesso outcome?

## Ciclo di Programmazione e Controllo



## La Domanda di Ricerca:

«Come riorganizzare il personale il personale per generare maggior valore nel Long Term Care»?

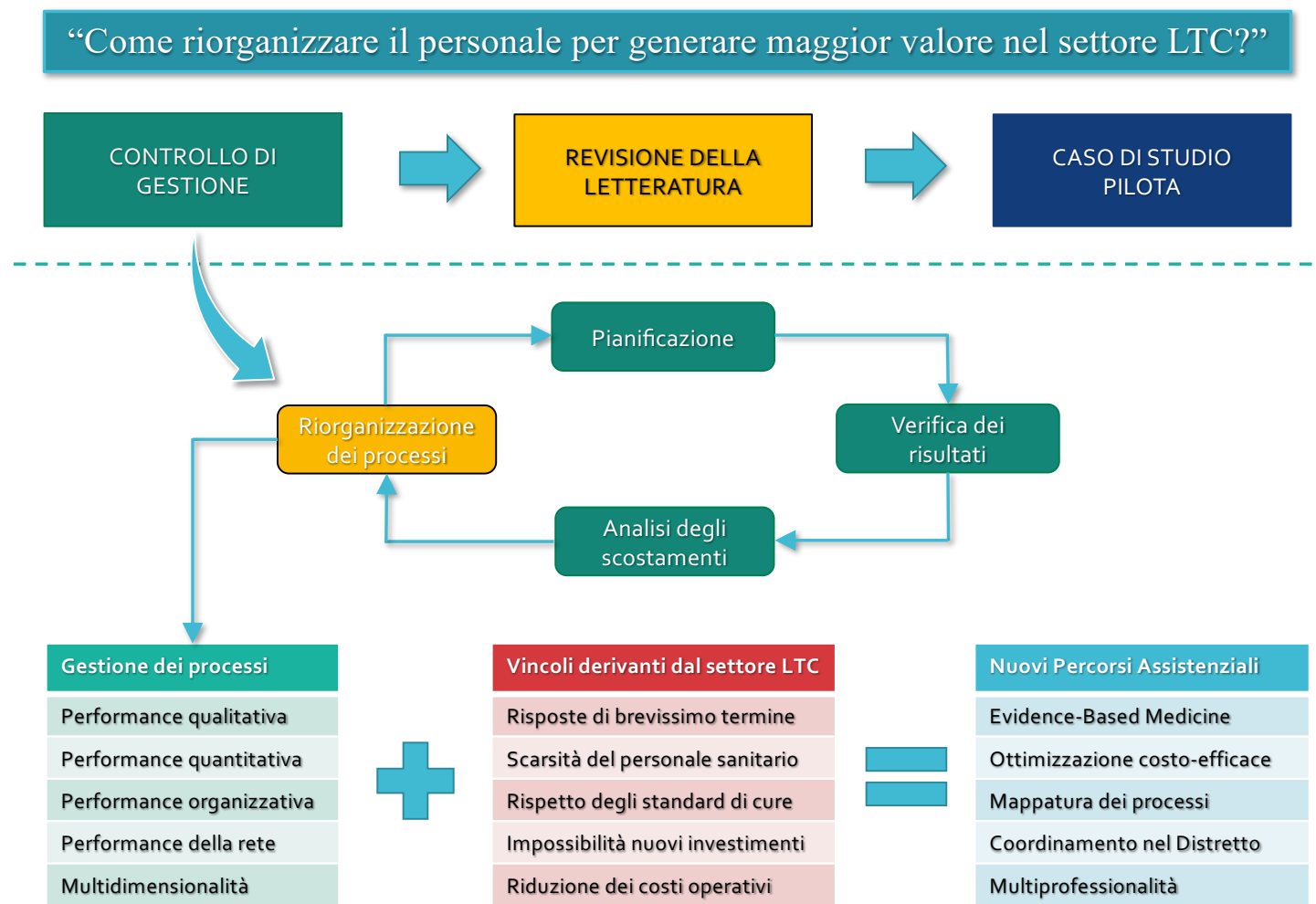
\*Rielaborazioni dai Rapporto OLTC (2022),  
& ANASTE (2022)

## Ricerca Fase 1

# Controllo di Gestione\*

1. Definizione.
2. Strumenti.
3. Valore aggiunto.

\*Rielaborazioni da G. Casati et al. (2005, & K. A. Merchant e W.A. Van der Stede (2017).



# La revisione della letteratura

1. Il modello Prisma e la snowball technique.

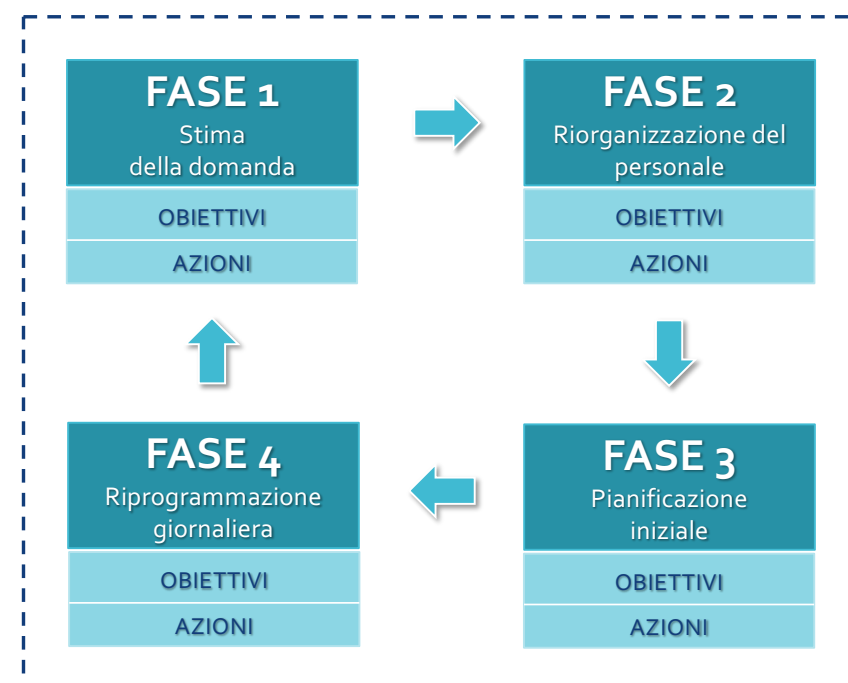
2. Pillars e Scelte Metodologiche.

3. Organizzazione risultati in Fasi, Obiettivi, Azioni.

\*Rielaborazioni da Tsang Y. P. et al. (2021), Feng Z. et al. (2020), Thuran A. M. e Bilgen B. (2020), Schoenfelder J. et al. (2020), Wright P. D. e Bretthauer K. M. (2010), & Bard J. F. e Purnomo H. W. (2005)

SCOPUS.COM	
4 Livelli di ricerca (and): Ottimizzazione, Long Term Care, Personale, Scarsità (or)	
Filtri applicati attraverso la funzione 'Limit to':	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lingua: Inglese;</li> <li>Tipologia di documenti; articoli, recensioni, atti di conferenze.</li> </ul>	
RISULTATI	
Identificazione: 21	Screening: 21
Inclusione: 6	Eleggibilità: 13
Sono state rilevate pubblicazioni successive al 1990.	
PILLARS e SCELTE METODOLOGICHE	
1. Stima della domanda	Modello euristico
2. Vincoli operativi	Short term, quick-response
3. Coordinamento di rete	Coordinamento di rete
4. Attrattività	Attrattività

Dai contributi della letteratura emergono 4 FASI\*:

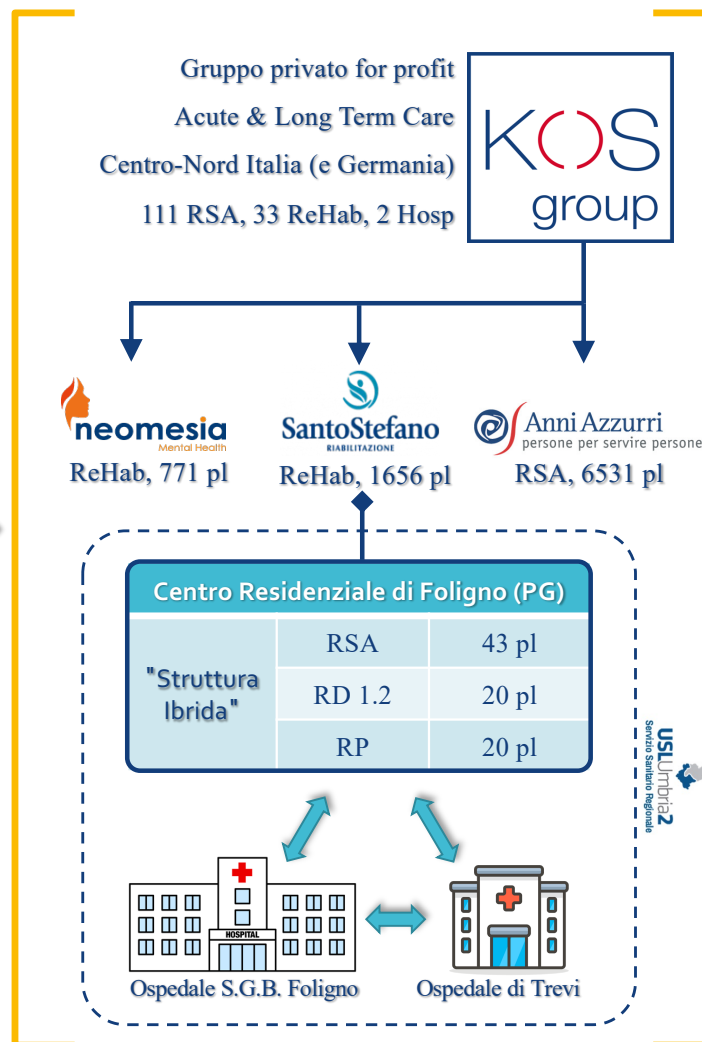


# Caso di studio

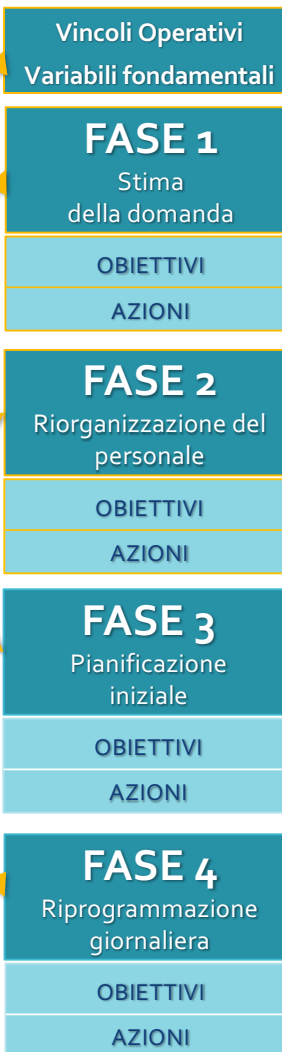
1. KOS Group S.p.A.
2. Contributi del management di struttura.
3. Modello gestionale di erogazione dei servizi LTC.

\* Yin R. K. (2003), Patton M. O. (2002).

Derivazione del modello attraverso il caso pilota\*:



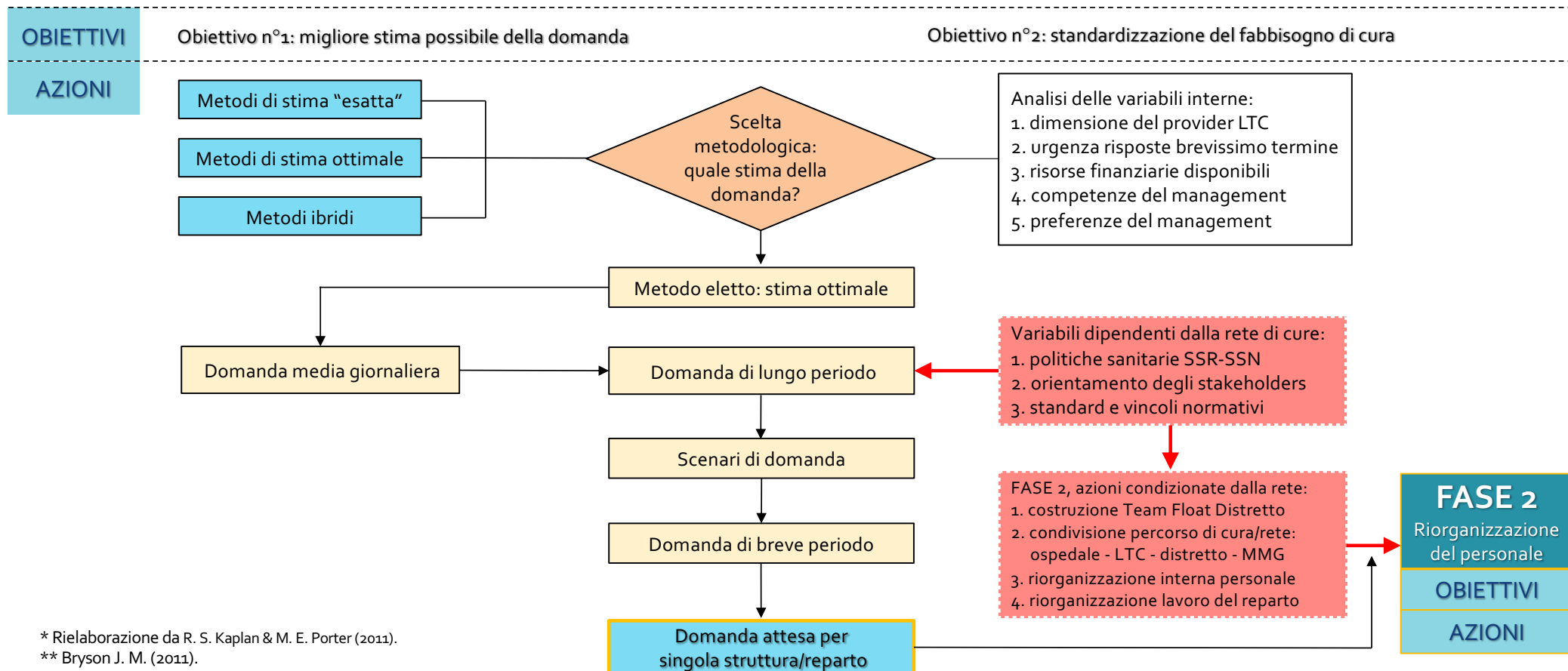
## Ricerca Fase 1





## FASE 1 - STIMA DELLA DOMANDA

Mappatura\* attività per il conseguimento della domanda di struttura/reparto: in **rosso**, il contributo delle variabili esterne\*\*



\* Rielaborazione da R. S. Kaplan & M. E. Porter (2011).

\*\* Bryson J. M. (2011).

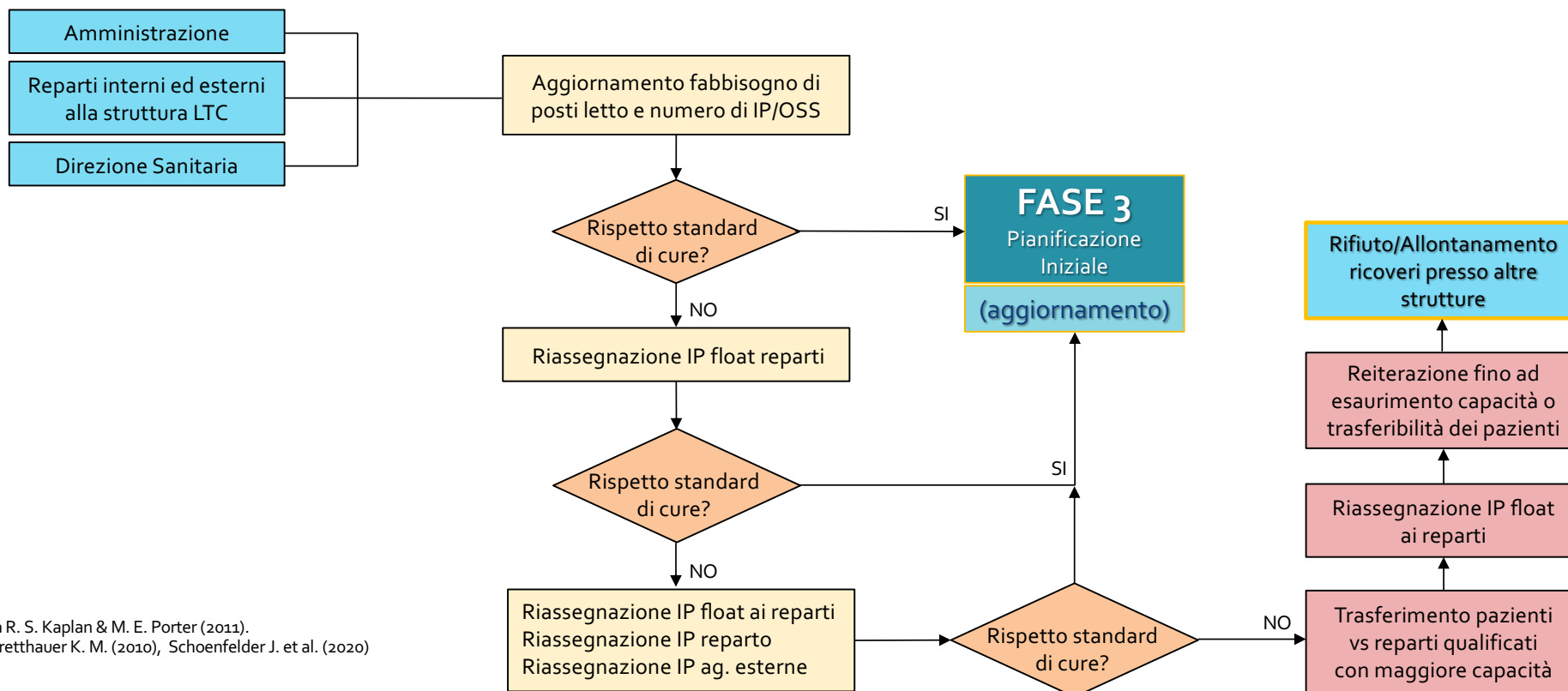
## FASE 4 – RIPROGRAMMAZIONE GIORNALIERA

Mappatura\* delle attività di brevissimo termine\*\*

### OBIETTIVI

Minimizzare: devianza domanda/offerta, costi di trasferimento pazienti, esiti di cura negativi, conflitti tra il personale. Rispetto standard di cura e i vincoli operativi

### AZIONI



\* Rielaborazione da R. S. Kaplan & M. E. Porter (2011).

\*\* Wright P. D. & Bretthauer K. M. (2010), Schoenfelder J. et al. (2020)

# Bibliografia

ANASTE (2022). Lettera al Governo. Appello per la sopravvivenza del settore dell'assistenza socio-sanitaria. *Anaste 2022*. Disponibile al link <https://www.anaste.com> (Last accessed 25 October 2022).

Bouget, D. (2003). Convergence in the social welfare systems in Europe: from goal to reality. *Social Policy & Administration*, 37(6), 674-693.

Esping-Andersen, G. (1990). The three worlds of welfare capitalism. *Polity*.

Ferrera M., *Le politiche sociali. L'Italia in prospettiva comparata*, Il Mulino, Bologna 2006.

Laing, W. (1993). Financing long-term care: the crucial debate. (*No Title*).

Notarnicola, E., & Fosti, G. (2014). Il welfare e la long term care in Europa.

Porter, M. E. (2010). What is value in health care?. *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477-2481.

Robert N. Anthony (1965), Planning and control Systems, Division of Research Graduate School of Business Administration, Harvard University, Boston Massachusset.

5° *Rapporto Osservatorio Long Term Care*, Egea.

6° *Rapporto Osservatorio Long Term Care*, Egea.