

Nicola Caravaggio, Giovanni Lamura, Rebecca Graziosi, Giuliano Resce (a cura di)
Per una longevità sostenibile
DOI: 10.1401/9788815415950/c5

di Riccardo Prandini, Giulia Ganugi e Fiorentina Longobardi

5. DALLA RESIDENZA AL CENTRO MULTISERVIZI: VERSO UN MODELLO INTEGRATO DI CURA A LUNGO TERMINE

Notizie Autori

Riccardo Prandini è professore ordinario di Sociologia dei processi culturali e comunicativi presso il Dipartimento di Scienze politiche e sociali, Università di Bologna.

117

Notizie Autori

Giulia Ganugi è ricercatrice tenure track in Sociologia dei processi culturali e comunicativi presso il Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali, Università di Bologna.

Notizie Autori

Fiorentina Longobardi è assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Scienze politiche e sociali, Università di Bologna.

Abstract

Negli ultimi anni l'innovazione nelle Residenze sanitarie assistenziali (RSA) italiane si è orientata verso un nuovo modello Multi Servizi, capace di integrare sul territorio e con una prospettiva comunitaria l'assistenza sanitaria, sociale e domiciliare. Il contributo, basato su una ricerca qualitativa comprendente 140 interviste e il coinvolgimento di stakeholder del settore, individua in questo modello la capacità di implementare le direttive del decreto attuativo n. 29/2024, che introduce i Centri residenziali multiservizi (CRM). Si delineano quindi le condizioni abilitanti e disabilitanti per l'implementazione di questi servizi, tra cui la necessità di una normativa nazionale uniforme, investimenti adeguati e un rafforzamento della rete territoriale. L'articolo propone infine una serie di raccomandazioni operative per guidare la trasformazione delle RSA in Centri multiservizi (CMS), valorizzando le innovazioni esistenti e promuovendo un welfare di prossimità fondato sulla collaborazione tra attori pubblici, privati e del terzo settore.

1. Introduzione

Le Residenze sanitarie assistenziali (RSA) sono strutture nate in Italia per rispondere ai bisogni di malati cronici resi non autosufficienti dalla malattia (art. 32 Costituzione; legge n. 833/1979; d.p.c.m. 12 gennaio 2017 – LEA), tipicamente di età superiore ai 65 anni, che necessitano di assistenza sanitaria e sociale a lungo termine ^[1]. Queste strutture hanno progressivamente modificato la propria funzione in risposta all'invecchiamento demografico e alla crescente prevalenza di patologie croniche, passando a un modello di lungodegenza extraospedaliera e di gestione integrata delle cronicità. La svolta normativa fondamentale si è avuta con il d.lgs. n. 502/1992, che all'art. 3 ha definito gli interventi sociosanitari come «tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale» [Gazzetta Ufficiale 1992]. A partire dagli anni 2000, questo quadro normativo ha portato alla progressiva affermazione di RSA con approccio multiservizio, ovvero impegnate sia nella complessità sanitario-assistenziale sia nel miglioramento della qualità della vita quotidiana delle persone anziane non autosufficienti ivi residenti [Ministero della Salute 2016; Pavolini, Ranci e Lamura 2016; Gori e Trabucchi 2021; Ufficio Parlamentare di Bilancio 2023].

L'evoluzione dell'offerta residenziale in Italia mostra che i servizi residenziali sono sostanzialmente cresciuti da 150.000 posti letto nel 1991 [ISTAT 1991] agli attuali 267.000 [ISTAT 2023; Ministero della Salute 2023], rimanendo tuttavia in fondo alle classifiche europee [Costanzi 2024; ISTAT 2023; Eurostat 2023; Fosti, Notarnicola e Perobelli 2023]. Corresponsabile il federalismo sanitario del paese ^[2], lo sviluppo dei servizi residenziali sociosanitari è avvenuto sul territorio a macchia di leopardo, con una forte sproporzione tra regioni del Nord e del Sud Italia, andando sempre più a riflettere l'inadeguatezza del sistema di assistenza a lungo termine rispetto ai bisogni emergenti di una società che invecchia. L'offerta mostra marcate differenze territoriali in termini di disuguaglianze regionali di accesso ai servizi: al Nord si riscontrano 5,8 posti letto ogni 100 anziani, contro i 2,3 rinvenibili al Sud [Maino e Razzetti 2019; Fosti, Notarnicola e Perobelli 2023]. Inoltre, come sottolineano diversi osservatori [Fosti, Notarnicola e Perobelli 2023], oggi, la rilevazione dei dati sui servizi residenziali risulta ostacolata dall'assenza sia di definizioni condivise che di criteri uniformi per la classificazione delle strutture. Tale carenza metodologica crea importanti incertezze nell'analisi complessiva del fenomeno, nella valutazione della dotazione dei servizi, delle tipologie strutturali e delle caratteristiche demografiche degli ospiti. Dunque, l'unico elemento consolidato rimane la

marcata eterogeneità nell'offerta territoriale, che evidenzia le disparità regionali [Bucci, Mutti e Pedrini 2024; Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza 2024].

Nonostante l'assenza di una pianificazione centrale e il dato delle diseguaglianze regionali, le RSA con approccio multiservizi si sono affermate nel corso degli ultimi decenni, dando luogo a diverse sperimentazioni e innovazioni. Attraverso una metodologia qualitativa, il seguente contributo cerca di tracciare le caratteristiche delle esperienze più innovative di questo modello di servizi residenziali nel Centro e nel Nord Italia (in Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Lazio), con l'obiettivo di dialogare con la prima riforma del comparto, la legge n. 33/2023 «Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane» ^[3] il cui decreto attuativo n. 29/2024, contenente le «Disposizioni in materia di politiche in favore degli anziani», introduce l'idea che la residenzialità debba operare come potenziale Centro residenziale multiservizi (CRM). I due documenti individuano, in particolare, tre obiettivi:

- misure per perseguire adeguati livelli d'intensità assistenziale, in funzione della numerosità dei residenti e delle loro specifiche esigenze, laddove si intende una ridefinizione degli standard di personale assistenziale che sono ritenuti troppo bassi al fine di fornire l'assistenza necessaria agli anziani non autosufficienti;
- misure per perseguire requisiti strutturali che assicurino ambienti amichevoli, familiari, sicuri, che facilitino le normali relazioni di vita e garantiscano la riservatezza dei residenti. Anche in questo caso la norma richiede la ridefinizione degli standard strutturali delle strutture, indicando un modello di «familiarizzazione»;
- strutture contraddistinte da una dotazione di moduli distinti per l'erogazione di trattamenti con diverso livello di intensità assistenziale, di cure domiciliari di base e integrate; e di apparecchiature finalizzate a garantire soluzioni di tecnologia assistenziale volte a favorire l'erogazione di prestazioni sanitarie di telemedicina, televisiva, teleconsulto e telemonitoraggio.

A tal riguardo la presente ricerca registra innanzitutto come le RSA con approccio multiservizi paiono aver anticipato e informato le richieste emerse dalla nuova normativa; in secondo luogo, riflette sui fattori abilitanti e disabilitanti per l'implementazione dei nuovi CRM previsti dal decreto attuativo n. 29; successivamente delinea il processo che potrebbe orientarne l'implementazione, affinché questa innovazione funzioni in qualità di buona prassi per le strutture residenziali nazionali.

La ricerca è stata guidata da una metodologia qualitativa che da un lato ha prodotto 140 interviste ^[4] sul campo, attraverso la co-costruzione del campione con un gruppo di stakeholder ^[5], cioè di organizzazioni operanti nel settore. Il gruppo è composto da rappresentanti nazionali dei gestori dei servizi residenziali, degli utenti dei servizi e delle loro famiglie. Tali stakeholder hanno svolto la funzione di Comitato consultivo della comunità (in gergo sociologico tecnico, *Community Advisory Board*), portando nella ricerca le identità, l'esperienza, gli interessi e la cultura delle organizzazioni professionali e famigliari del settore [Becker et al. 2003; Duea et al. 2022], e fungendo da «spazio» in cui dare voce alle proprie preoccupazioni e priorità, che altrimenti non sarebbero entrate a fare parte della ricerca. Questo ha sviluppato un processo di ricerca rispettoso della comunità coinvolta e la produzione di dati utili per gli stakeholder stessi.

Pertanto, le seguenti indicazioni sono state proposte, valutate e discusse con e dagli attori che organizzano e forniscono i servizi o che ne fruiscono direttamente. La loro prospettiva comune è che le politiche dovrebbero essere informate dalle innovazioni territoriali in corso, «scalando» gli elementi virtuosi raggiunti e ricontestualizzandoli sulla base delle caratteristiche e dei bisogni dei diversi territori [Sabel e Victor 2024].

In generale, la normativa sopracitata viene recepita dai nostri interlocutori come un'apertura ancora troppo timida rispetto a quanto nei territori è già in corso. Se, infatti, l'introduzione dei CRM da parte del decreto attuativo n. 29 viene vista come una novità rilevante in grado di riconoscere le esperienze più avanzate nel settore della residenzialità, è anche vero però che viene segnalata una diversità di approccio al processo di innovazione, con riferimento alla duplicità del processo di trasformazione della missione dei servizi. Tale duplicità riguarda, da un lato, il mutamento da Centri residenziali a Centri multiservizi (CMS), rivolti comunque ad anziani con problematiche di natura sociale e sanitaria, ma in cui l'aspetto della residenzialità ne costituisce solo una parte; dall'altro, la trasformazione da centri deputati all'istituzionalizzazione della persona anziana a centri responsabili della presa in carico della persona anziana – parzialmente o totalmente, temporaneamente o definitivamente – non autosufficiente. In questi centri, la presa in carico avviene sulla base di una valutazione personalizzata di tipo sanitario con forte integrazione socioassistenziale, che ambisce al mantenimento delle abilità residue, all'*active aging* e anche alla prevenzione dall'istituzionalizzazione. In questo passaggio, la «R» di residenzialità verrebbe a mancare nella denominazione del modello, lasciando il posto a un sistema più flessibile e articolato di servizi, dove la residenza diventa uno snodo della rete dei servizi sociosanitari territoriali, secondo un approccio comunitario fondato sulla capacità di fare rete tra diversi enti di prossimità ^[6].

Note

[1] In molti casi, le RSA originano da soluzioni che nascevano in uno specifico territorio per dare risposta a problemi sociali della propria comunità, che le riconosceva e le sosteneva, come proprio elemento strutturale. Negli anni questo legame si è andato tendenzialmente perdendo, specialmente nei contesti urbani di maggior dimensione. Per ottimizzare i costi generali di gestione, le dimensioni delle RSA sono andate spesso crescendo, verso un assetto «autosufficiente», di fatto una «istituzione totale» tendenzialmente separata dalla propria comunità di riferimento.

[2] La riforma del titolo V della Costituzione attuata dalla legge costituzionale n. 3/2001 ha ripartito la competenza legislativa tra Stato e Regioni. In particolare, l'art. 117 assegna alle Regioni la competenza legislativa concorrente in materia di tutela della salute e di assistenza sanitaria.

[3] Una forte critica a questa legge viene da chi sottolinea che essa non tratta di «malati» con diritti esigibili in ambito sanitario, spingendo così la non autosufficienza nell'ambito meno regolato della assistenza sociale (dove, di fatto, non esistono ancora diritti esigibili). La legge n. 33/2023 per ben undici volte ricorda che le prestazioni LEPS sono finanziate con le risorse disponibili a legislazione vigente. Infatti, la prestazione universale, unica azione in via sperimentale, utilizza le risorse del Fondo per le non autosufficienze e si rivolge agli ultra80enni con ISEE non superiore ai 6.000 euro e obbligo d'assunzione di badante (si tratta dunque di una quota molto bassa di utenti!).

[4] Dati riferiti ad aprile 2025.

[5] Questo documento è stato possibile grazie al contributo rilevante di: Fulvio Lonati (associazione Aprire Network); Franco Iurlaro e Elisabetta Canton (associazione Rinata Onlus); Antonio Colonna e Maria Grazia Breda (associazione Fondazione Promozione Sociale); Maria Rosa Tezza e Donatella Olivosi (associazione Diana Onlus); Loris Dal Lago (associazione Familiari Rsa Unite); Paola Signoracci (KOS Italia); Domenico Arena (associazione ARIS); Fabio Cavicchi (associazione UNEBA); Sebastiano Capurso (associazione ANASTE); Antonio Monteleone (Confcommercio salute sanità e cura Lombardia). Li ringraziamo tutti per la disponibilità e i numerosissimi suggerimenti che sono stati inclusi in questo documento, la cui responsabilità rimane però solo agli autori.

[6] Chiaramente la trasformazione da CRM a CMS è solo un metodo il cui vero obiettivo è ottenere che vengano assicurati agli anziani malati cronici non autosufficienti *in primis* i diritti alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie (garantite dai LEA – d.p.c.m. 12 gennaio 2017 – normativa a carattere nazionale che tutte le Regioni sono obbligate a rispettare). L'obiettivo

innovativo/trasformativo è quello di diffondere nuovi modelli e governance, mediante i CMS, che siano in grado di rispondere alle mutate esigenze cliniche sempre più complesse della popolazione anziana malata cronica e non più autosufficiente. Il CMS è una proposta organizzativa che può funzionare se sono correttamente definiti i bisogni degli utenti, le prestazioni a cui hanno diritto, e l'ente titolare dei loro diritti che ha l'obbligo di garantire le rispettive risorse. L'orientamento del nostro *Community Advisory Board*, pur con differenze, condivide il fatto che il Centro multiservizi può avere futuro se basato sulla implementazione dei LEA per gli anziani malati cronici non autosufficienti. Il punto da cui partire è sempre l'utente e la definizione dei suoi bisogni sanitari e sociosanitari a cui ha diritto in base ai LEA.

Le progettualità sviluppate in seno ai servizi residenziali organizzati intorno al modello Multiservizi riflettono un approccio delle organizzazioni volto a interpretare e rispondere alla ingravescente variabilità dei bisogni legati al progressivo invecchiamento della popolazione, e non per diretta emanazione normativa. Tuttavia, tale evoluzione deve essere inquadrata anche nel contesto del sottofinanziamento e dell'inadeguata copertura offerta dal sistema sanitario pubblico, che rischia di far sempre più leva sulle risorse economiche e sociali delle famiglie. In Italia, i dati relativi alla popolazione anziana non autosufficiente – individui di età pari o superiore ai 65 anni affetti da gravi limitazioni funzionali – hanno superato nel 2023 di molto la soglia dei 2 milioni di unità (secondo i dati INPS). Eppure, solo il 7,6% di questa popolazione accede a strutture residenziali, mentre il 30% beneficia di servizi domiciliari, con una media estremamente ridotta di 15 ore annue erogate [Osservatorio Long Term Care 2025]. La capacità del sistema pubblico di soddisfare i bisogni assistenziali risulta dunque ampiamente insufficiente. Si stima che oltre 2,5 milioni di anziani non autosufficienti non abbiano accesso alla rete sociosanitaria istituzionale e debbano pertanto affidarsi a risorse domestiche e familiari. Di questi, circa un terzo ricorre a servizi di «badantato» privato, mentre la restante parte dipende dall'assistenza fornita dai familiari [CERGAS-Bocconi 2024]. Questa tendenza conferma il ruolo ancora centrale della famiglia nella gestione del fenomeno dell'assistenza agli anziani. In tale scenario, i CMS si trovano a fronteggiare una domanda in costante crescita da parte dei caregiver familiari, alla quale hanno cercato di rispondere attraverso una riorganizzazione dei servizi, sebbene questi ultimi rimangano in larga misura sottofinanziati dalle istituzioni pubbliche e altresì economicamente inaccessibili in forma privata. Tra gli interventi più diffusi orientati al sollievo dei caregiver troviamo i Centri diurni semiresidenziali, strutture per residenze temporanee e l'erogazione di assistenza domiciliare privata. Questa articolazione riflette la necessità di rispondere non solo all'aumento numerico degli anziani non autosufficienti, ma anche alle crescenti esigenze dei caregiver familiari e all'intensificarsi dei livelli di assistenza richiesti dagli utenti in carico.

Anche il coordinamento tra attori pubblici e privati si scontra con problematiche normative ed economiche, tra cui: la mancanza di standard nazionali unificati, con differenze regionali nell'accreditamento e nella qualità dei servizi; l'incertezza sul finanziamento (LEA vs. LEPS), che genera disparità nell'accesso alle prestazioni; l'assenza di politiche di riconoscimento tariffario proporzionato ai rinnovi dei CCNL degli operatori sanitari e di equiparazione salariale ai colleghi del servizio

pubblico; e la mancanza di politiche nazionali di regolamento dei flussi migratori adeguate al fabbisogno di operatori sociosanitari e di altre figure previste dai requisiti organizzativi obbligatori, ma attualmente carenti.

In questo scenario di forte incertezza le prospettive future guardano a nuove forme di welfare di comunità, tuttavia per garantirne lo sviluppo è importante la pianificazione delle risorse e dell'integrazione della filiera della cura: ospedale, territorio e medici di medicina generale, rafforzando il ruolo dei Distretti sociosanitari e delle Case della Comunità e coinvolgendo attivamente caregiver informali e comunità, attraverso formazione, strumenti digitali e politiche di co-progettazione, in particolare con il terzo settore, che al momento è il maggiore erogatore concessionario di servizio pubblico presente nel comparto ^[8].

3. Condizioni disabilitanti per l'implementazione dei CMS

¹²⁸ Gli elementi che ostacolano lo sviluppo e la diffusione dei CMS sono sintetizzabili in cinque categorie: 1) giuridica; 2) economica; 3) culturale e professionale; 4) organizzativa; 5) strutturale.

Per quanto riguarda la categoria giuridica, la normativa che attualmente regola il settore della non autosufficienza è troppo frammentata, causando marcate differenze regionali negli standard qualitativi dei servizi e nella remunerazione di investimenti e costi che le strutture riescono a ottenere, oltre che procedure eccessivamente lunghe e farraginose per ottenere autorizzazione e accreditamenti.

Dal punto di vista economico, ancora troppo poche risorse sono dedicate al settore della non autosufficienza. Inoltre, le scarse risorse a disposizione non vengono allocate in base ai bisogni reali dei territori e delle comunità, con conseguenti sprechi. I finanziamenti ricevuti dalle strutture, dunque, non riescono a coprire i numerosi costi che si stanno presentando, tra cui quelli per l'utilizzo di tecnologie innovative (come le tecnologie domotiche e assistive).

Le condizioni disabilitanti afferenti alla sfera culturale riguardano, da un lato, una resistenza al cambiamento e una scarsa formazione professionale e, dall'altro lato, uno stigma sociale nei confronti delle strutture residenziali. Nel primo caso, alcune figure professionali si sono finora dimostrate diffidenti verso innovazioni nel settore, soprattutto quelle che riguardano l'utilizzo di tecnologie digitali. Inoltre, è ancora insufficiente l'abitudine alla collaborazione multiprofessionale al fine di favorire una presa in carico globale della persona. Parallelamente, è insufficiente sia la formazione continua del personale sociale e sanitario, già impiegato nelle strutture, sia la formazione universitaria precedente all'assunzione delle figure

professionali. Nel caso invece dello stigma nei confronti delle strutture, queste ultime percepiscono tuttora – forse come strascico della crisi provocata dalla pandemia da Covid-19 – una diffidenza da parte delle famiglie delle persone non autosufficienti e di altri servizi e strutture del territorio, come se fossero ritenute luoghi di degrado. Per quanto riguarda invece gli aspetti più strettamente inerenti ai professionisti che lavorano nelle strutture, la carenza di personale qualificato è evidenziata come uno dei problemi più grossi, con la consapevolezza che è conseguenza della scarsa attrattività del settore sociale e della mancanza di valorizzazione del lavoro di cura, che implicano a loro volta salari bassi, scarsa formazione specifica erogata e situazioni di burnout.

129

Dal punto di vista organizzativo – quindi di governance delle strutture residenziali e governance territoriale – gli stakeholder del settore sottolineano una mancanza di programmazione politica che superi l'approccio settoriale e adotti una prospettiva di lungo termine, oltre che la mancanza di una pianificazione regionale che si basi su analisi stratificate dei bisogni territoriali. Si registra, inoltre, una forte frammentazione territoriale e l'assenza di una vera integrazione tra settore sanitario e sociale, che si traducono in scarsa comunicazione tra ospedali, medicina generale e servizi territoriali. Questo causa un'organizzazione dell'assistenza dai tratti caotica e inefficace, producendo competizioni e sovrapposizioni tra i servizi pubblici e quelli privati accreditati. Un'altra criticità di alcune aree nazionali è lo scarso coinvolgimento attivo dei familiari ai progetti assistenziali. In generale, benché non ovunque, si denota una mancanza di apertura delle strutture residenziali verso il territorio, le comunità e i caregiver.

In ultima istanza, le condizioni disabilitanti strutturali riguardano l'inadeguatezza degli edifici e degli spazi, concepiti solamente con funzioni residenziali e, per questo, non flessibili ad accogliere anche servizi integrati. A essere inadeguati sono anche i modelli gestionali, definiti da alcuni obsoleti, perché non idonei a lavorare in una logica multiservizio, andando oltre la visione tradizionale della struttura residenziale. Infine, è quasi totalmente assente un'infrastruttura digitale che permetta l'interoperabilità dei dati, causando difficoltà nella condivisione di informazioni tra le strutture e altri soggetti territoriali (a diverse scale) e limitando, quindi, l'efficacia del lavoro in rete.

4. Condizioni abilitanti (o necessarie) per favorire la trasformazione da strutture residenziali a CMS

A fianco delle condizioni disabilitanti, sono state riscontrate condizioni abilitanti che – se implementate – favorirebbero la trasformazione delle strutture residenziali in CMS. In questa sede, si fa riferimento solo a quegli elementi esterni – di

130 ambiente – alle strutture residenziali, afferenti a responsabilità decisorie politiche, dedicando invece il prossimo paragrafo agli elementi abilitanti che dovrebbero essere implementati internamente alle strutture.

Innanzitutto, sarebbe necessario porre una base normativa nazionale al settore della non autosufficienza, completando il decreto attuativo 29 del 2024, stilando linee guida per l'accreditamento dei CMS, aggiornando i LEA e LEPS per garantire prestazioni essenziali uniformi su tutto il territorio italiano, e dando sostegno al reddito delle famiglie degli anziani (ad esempio, voucher, detrazioni fiscali per le famiglie). In secondo luogo, l'aggiornamento normativo deve essere accompagnato da incentivi economici a livello statale e regionale per garantire la copertura e l'accessibilità dei servizi, con attenzione particolare al ruolo del settore pubblico e dei soggetti di diritto privato operanti nel sociale, oltre che alla specificità dei territori.

Parallelamente, sarebbe importante ideare anche un'identità condivisa che accomuni i CMS e che li collochi nella filiera sanitaria e sociosanitaria, distinguendoli chiaramente dalle strutture residenziali tradizionali, accreditandoli come unità d'offerta unica pur richiedendo il rispetto dei requisiti per i singoli servizi al suo interno, permettendo la condivisione del personale e consentendo la modulazione del budget assegnato a ciascuno servizio.

5. Raccomandazioni per la trasformazione delle strutture residenziali in CMS

Sulla base di quanto emerso, dunque, si propongono le seguenti raccomandazioni per la trasformazione delle strutture residenziali in Centri residenziali multiservizi (CRM), che proponiamo di denominare più propriamente Centri multiservizi (CMS), quali organizzazioni in grado di offrire una gamma estesa di tipologia di servizi, da quelli di contrasto alla solitudine e promozione dell'invecchiamento attivo alla presa in cura domiciliare con la valorizzazione dei supporti domiciliari e di vicinato-volontariato, ai servizi semiresidenziali e residenziali, delineandone prima le finalità, poi i destinatari a cui sono rivolte e, infine, il processo e le misure tramite cui sviluppare i CMS stessi ^[9].

131

5.1. Finalità delle raccomandazioni

L'implementazione dei CRM è una disposizione contenuta nel decreto attuativo n. 29/2024 redatto in riferimento alla legge n. 33/2023 «Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane». In alcuni territori del contesto italiano,

inoltre, è già in corso una riconfigurazione del modello RSA da strutture focalizzate sulla residenzialità a CMS, basati su un sistema più flessibile e articolato di servizi, dove la residenza è solo un elemento della rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali.

La finalità delle presenti raccomandazioni è definire criteri e processi condivisi, secondo i quali le RSA possono avviare percorsi di innovazione trasformativa, che consentano di trasformare il modello tradizionale dell'assistenza residenziale in un modello multiservizio, basato sulla prossimità territoriale, la collaborazione reticolare e la presa in carico globale. Sono da intendersi, quindi, come uno strumento sperimentale finalizzato a generare un processo condiviso, che parta dalla conoscenza delle innovazioni già attuate sul territorio, attraverso una fase di programmazione e progettazione della governance interna dei CMS e della governance territoriale e giunga alle fasi di monitoraggio della qualità dei servizi e di comunicazione pubblica delle trasformazioni in corso nel settore.

Note

[8] La possibilità di superare il rischio che la struttura residenziale sia di fatto una «istituzione totale» richiede non solo servizi e professionisti qualificati ma che, anche, consentano e favoriscano il mantenimento di legami con la comunità (parenti, amici, vicini, attività sociali-commerciali, ecc.) della persona «residente» nella struttura residenziale.

[9] I CRM possono organizzare risposte abitative per anziani ancora parzialmente autonomi, ma che necessitano sempre di connessione di supporto sia con il medico di medicina generale che con il servizio domiciliare ADI. I CMS possono: 1) prevedere interventi atti al mantenimento di una vita attiva in collaborazione con realtà sociali del territorio; 2) assicurare l'accesso ad attività sanitarie (ad esempio fisioterapia), laddove necessarie fornite dalla RSA di pertinenza; 3) proporre inserimenti abitativi (ad esempio convivenze tra due-tre persone) in normali appartamenti ed edifici di abitazione civile, con adeguati sostegni garantiti dai servizi sanitari e sociali, laddove necessari.

La finalità delle presenti raccomandazioni è definire criteri e processi condivisi, secondo i quali le RSA possono avviare percorsi di innovazione trasformativa, che consentano di trasformare il modello tradizionale dell'assistenza residenziale in un modello multiservizio, basato sulla prossimità territoriale, la collaborazione reticolare e la presa in carico globale. Sono da intendersi, quindi, come uno strumento sperimentale finalizzato a generare un processo condiviso, che parta dalla conoscenza delle innovazioni già attuate sul territorio, attraverso una fase di programmazione e progettazione della governance interna dei CMS e della governance territoriale e giunga alle fasi di monitoraggio della qualità dei servizi e di comunicazione pubblica delle trasformazioni in corso nel settore.

5.2. Destinatari delle raccomandazioni

¹³² Le RSA decidono di intraprendere un percorso di trasformazione dei propri servizi residenziali per migliorare la propria specializzazione sanitaria e la qualità della vita quotidiana delle persone malate non autosufficienti. Infatti, il nuovo modello multiservizi non si limita esclusivamente alla cura degli ospiti residenti nelle strutture, ma si estende al sostegno di una platea diversificata di anziani, tra cui anche le persone che vivono al proprio domicilio e le famiglie caregiver. I principi alla base di questo modello sono il rispetto della dignità e dell'autonomia, *in primis* della persona anziana, ma anche di persone non ancora anziane che già oggi vivono nelle RSA.

Le categorie di stakeholder a cui è diretto questo processo di trasformazione da RSA a CMS, ovvero i destinatari del processo ed eventualmente di queste raccomandazioni, sono le seguenti:

- i gestori dei servizi residenziali di strutture pubbliche e del privato sociale o private convenzionate con il pubblico, per attivare e sviluppare la trasformazione delle proprie strutture, modificandone l'organizzazione interna e la governance territoriale in cui sono inseriti. Ogni CMS dovrebbe fare riferimento a un territorio-comunità identificato e preciso, di dimensione tale da favorire le «connessioni comunitarie» per le persone assistite e, per operatori e servizi, di conoscersi, dialogare, cooperare;

- i professionisti sociali e sanitari che lavorano nelle strutture residenziali o, in generale, nei servizi residenziali, per attuare un cambio di paradigma lavorativo nella loro quotidianità, affinché la struttura di appartenenza nella sua interezza riesca a innovarsi (a partire dalla abolizione del cosiddetto «minutaggio»);
- i soggetti pubblici e privati che gestiscono altre tipologie di servizi sociali e sanitari, per rapportarsi e collaborare con un nuovo modello di centro multiservizi;
- i beneficiari dei servizi residenziali e domiciliari, insieme alle loro famiglie, che hanno la possibilità di avere servizi più adeguati ai loro bisogni sanitari, sociosanitari e assistenziali;
- la comunità locale di cittadini, che hanno la possibilità di avere un centro sanitario e sociale di riferimento sul proprio territorio, in rete con altri soggetti e preparato a offrire un'ampia gamma di servizi.

133

5.3. Raccomandazioni inerenti il processo e le misure tramite cui sviluppare i CMS

In via preliminare, è utile sottolineare che le raccomandazioni qui proposte si presentano come una guida per tutti gli attori a livello statale/regionale e provinciale, in sinergia con le strutture, le associazioni, la cittadinanza e altri soggetti del territorio. Per tale motivo, possono essere contestualizzate in base alla situazione territoriale specifica in cui le strutture si trovano e al tipo di struttura che le vuole implementare. È facoltà della singola struttura, in autonomia o in sinergia con altri soggetti del territorio, la scelta dei passaggi più adeguati alla tipologia di servizi e progetti svolti – o che si vogliono svolgere – su quello specifico territorio.

Il processo di trasformazione verso un modello multiservizi, però, deve seguire le fasi qui delineate, nel rispetto degli elementi principali contenuti in esse:

a) approfondimento e conoscenza delle innovazioni: sarebbe fondamentale partire dalla conoscenza di sperimentazioni innovative già implementate sul territorio da altre strutture, per capire strategie e soluzioni adottate, ma anche eventuali ostacoli ed elementi da non riprodurre. Di queste innovazioni fanno parte quei cambiamenti già adottati in alcuni territori che si rifanno, per esempio, al superamento del dualismo residenza/domicilio, alla presa in carico globale della persona, a strumenti di orientamento, supporto specialistico e facilitazione dell'accesso ai diritti per la persona anziana (Costituzione, art. 32; legge n. 833/1978; LEA), ai centri diurni integrati, a soluzioni abitative come gli alloggi sociali e il co-housing, a interventi più diffusi orientati al sollievo del caregiver. Queste innovazioni sono state elaborate sempre in maniera

partecipativa con la cittadinanza, seguendo esperienze di altre strutture, riadattando spazi esistenti, attraverso un'analisi dei bisogni. Questa metodologia partecipata con gli attori del territorio rimane fondamentale per i processi trasformativi;

b) *individuazione preliminare del territorio di riferimento del CMS*: il territorio elettivo di riferimento del CMS dovrebbe essere precisamente e preliminarmente identificato in base a peculiarità geografiche, sociali, storiche, epidemiologiche, infrastrutturali e di dimensione tale da consentire per le persone assistite le loro «connessioni comunitarie», per operatori e servizi la conoscenza reciproca, il dialogo e la cooperazione, per la Casa della Comunità di riferimento una connessione diretta»;

c) *presa in cura globale*: il CMS dovrebbe essere in grado di «cucire» per ogni persona il piano di presa in cura globale in relazione ai suoi peculiari bisogni del momento, avvalendosi in modo flessibile delle diverse unità di offerta e delle risorse comunitarie disponibili, superando la separazione «a silos» tra le diverse tipologie di servizio;

d) *governance del CMS*: il Centro dovrebbe basarsi sulla piena integrazione dei servizi territoriali, programmata a medio termine, offrendo prestazioni sanitarie, sociosanitarie, educative e culturali, con risposte diversificate in base ai bisogni dei beneficiari e delle loro famiglie (ad esempio: prevenzione e *active aging*, laboratori di comunità, domiciliarità, centri diurni, residenzialità, senior housing). Questo modello di Centro, inoltre, dovrebbe implementare la formazione di *equipe multidisciplinari* che lavorino sia all'interno del Centro sia esternamente sul territorio. Le *equipe* dovrebbero essere composte da varie figure, come medici, infermieri, educatori, psicologi, fisioterapisti e assistenti sociali. L'innovazione dovrebbe, dunque, portare al riconoscimento di nuove figure professionali, laddove ritenute necessarie. Il ruolo di coordinamento per il settore sanitario potrebbe essere in capo a un medico (come anche a un responsabile e a un coordinamento esterno);

e) *formazione continua*: il personale sociosanitario dovrebbe essere disponibile a spostarsi sulle differenti funzioni e i diversi servizi del Centro e questa mobilità funzionale dovrebbe essere riconosciuta come opportuna formazione, specializzata per la persona operatrice in base alle sue esigenze. Tutto il personale del Centro dovrebbe svolgere una formazione continua sulla cura della persona ed essere aggiornato sugli sviluppi tecnologici e gli approcci multidisciplinari introdotti nel CMS. La formazione potrebbe svolgersi anche attraverso collaborazioni universitarie ^[10]. Occorrerebbe rivedere la formazione e valorizzazione del personale con corsi specializzati per operatori sociosanitari (operatori sociosanitari, infermieri, geriatri);

135 con incentivi salariali e di carriera per trattenere professionisti qualificati; con modelli organizzativi flessibili (ad esempio, turni intelligenti, *équipe multidisciplinari*);

f) *tecnologie e cura «connessa» (connected care)*: il CMS dovrebbe sviluppare servizi innovativi, tramite la digitalizzazione, per migliorare la qualità dei servizi, la comunicazione con altri attori territoriali e il supporto alle famiglie degli anziani presi in carico. Infine, questo modello di Centro dovrebbe attuare anche adattamenti all'architettura e alla gestione degli spazi, in modo da renderli idonei alla varietà di servizi e attività sopra citata. Andrebbe perciò facilitata l'adozione di tecnologie assistive e aggiornate modalità di telemedicina e *connected care*, prioritariamente intese come collegamento con medici e specialisti a distanza;

g) *governance territoriale*: i CMS dovrebbero essere distribuiti capillarmente sul territorio ed essere capaci di ampliare la rete territoriale, connettendosi innanzitutto con la Casa della Comunità di riferimento e creando sinergie con attori pubblici, privati e del terzo settore. Esempi appartenenti a questi settori sono le scuole, le farmacie, le associazioni sportive e i teatri amatoriali. In generale, i CMS dovrebbero adottare una totale trasparenza nella comunicazione dei propri servizi e della propria gestione nei confronti della comunità locale e della società civile, elemento che favorisce maggiore coinvolgimento di queste ultime e la nascita di nuove collaborazioni. Si potrebbero anche istituire *fora* permanenti di collaborazione tra rappresentanti di enti, cittadini e associazioni coinvolte nei CMS, per garantire una costante attenzione alle innovazioni e fornire informazioni utili alla parte politica/amministrativa;

h) *monitoraggio*: la qualità dei servizi dovrebbe essere monitorata su base multilivello: pubblicamente, dalle organizzazioni della società civile, ma anche dalle persone caregiver, come soggetti di controllo e ascolto e come co-creatori di indicatori valutativi della soddisfazione dei bisogni. Una volta implementati vari CMS sul territorio regionale o nazionale, la rete dei Centri potrebbe anche organizzarsi per la creazione e la gestione di un sistema di certificazione o accreditamento «terzo» che sia facilitante e flessibile per questa logica multiservizi ^[11];

i) *comunicazione*: a seguito dell'innovazione e della trasformazione di una struttura residenziale in CMS, sarebbe auspicabile l'organizzazione di campagne mediatiche e di comunicazione pubblica per valorizzare il processo e il prodotto dell'innovazione, informare l'opinione pubblica dei nuovi servizi disponibili e ridefinire l'immagine del settore rivolto alla non autosufficienza. Una particolare attenzione andrebbe rivolta allo sviluppo delle conoscenze dei caregiver (formali e informali), ad esempio includendo aspetti psicologici e di riguardo nei confronti della propria salute.

6. Conclusioni

I CMS rappresentano un modello esistente che ha associato l'obiettivo di implementare all'interno delle strutture un'assistenza sanitaria, riabilitativa e sociale, focalizzata sulla qualità della vita quotidiana dei residenti e delle loro famiglie all'obiettivo di lavorare all'esterno al fine di operare in sinergia con il territorio, attraverso il coordinamento tra medici di medicina generale, infermieri e assistenti sociali territoriali, favorendo così una presa in carico globale.

137 I CMS per realizzarsi richiedono lo stesso cambio di paradigma: da strutture chiuse a hub di servizi integrati al territorio, con norme chiare, finanziamenti dedicati, formazione e collaborazione tra tutti gli attori (sanitari, sociali, territori, famiglie). La sfida è superare frammentazione e resistenze culturali, puntando su innovazione e modelli già sperimentati con successo in grado di garantire servizi di qualità.

Note

[10] Un suggerimento particolare sta nel considerare anche il rapporto con volontari che presteranno servizio nei CMS. Già molte persone donano il proprio tempo per seguire le persone nelle strutture residenziali, per fare loro compagnia, accompagnarle dove necessitano, supportare l'animazione. Il volontariato dovrebbe essere valorizzato in un contesto di cura, per ancor più avere un contributo dalla cittadinanza e dal territorio.

[11] Si potrebbe anche pensare alla possibilità di un monitoraggio pubblico attraverso gli accreditamenti, in base a prestazioni minime – auspicabilmente non minimalistiche – individuate per questi servizi. Sarebbe anche opportuna la disponibilità di un sistema per fare suggerimenti e reclami, al quale i cittadini fruitori dei servizi possano rivolgersi per migliorare il monitoraggio stesso. Dovrebbe esserci chiarezza e riguardo sull'erogazione dei finanziamenti, onde evitare che vi siano commistioni tra le prestazioni e non si riescano a discernere le voci di costo dell'una e dell'altra. Inoltre, per evitare di avere una vista statica dell'efficacia di un CMS, il monitoraggio dovrebbe anche misurare la sua capacità adattativa in base a cambiamenti – demografici, normativi, territoriali. Il monitoraggio dovrebbe dunque sapere valutare in maniera continuativa la capacità del CMS di offrire una progressione verso la realizzazione degli obiettivi individuati.

I CMS per realizzarsi richiedono lo stesso cambio di paradigma: da strutture chiuse a hub di servizi integrati al territorio, con norme chiare, finanziamenti dedicati, formazione e collaborazione tra tutti gli attori (sanitari, sociali, territori, famiglie). La sfida è superare frammentazione e resistenze culturali, puntando su innovazione e modelli già sperimentati con successo in grado di garantire servizi di qualità.

¹³⁷ In conclusione, i CMS rappresentano un'evoluzione necessaria nel panorama delle cure a lungo termine, ma il loro successo dipenderà dalla capacità di superare le attuali criticità normative – a partire dal riconoscimento di diritti esigibili per i malati non autosufficienti – finanziarie e organizzative, orientandosi sempre più verso un welfare comunitario che ponga al centro la dignità e l'autonomia della persona anziana e di quanti se ne prendono cura.

Note

In generale, la normativa sopracitata viene recepita dai nostri interlocutori come un'apertura ancora troppo timida rispetto a quanto nei territori è già in corso. Se, infatti, l'introduzione dei CRM da parte del decreto attuativo n. 29 viene vista come una novità rilevante in grado di riconoscere le esperienze più avanzate nel settore della residenzialità, è anche vero però che viene segnalata una diversità di approccio al processo di innovazione, con riferimento alla duplicità del processo di trasformazione della missione dei servizi. Tale duplicità riguarda, da un lato, il mutamento da Centri residenziali a Centri multiservizi (CMS), rivolti comunque ad anziani con problematiche di natura sociale e sanitaria, ma in cui l'aspetto della residenzialità ne costituisce solo una parte; dall'altro, la trasformazione da centri deputati all'istituzionalizzazione della persona anziana a centri responsabili della presa in carico della persona anziana – parzialmente o totalmente, temporaneamente o definitivamente – non autosufficiente. In questi centri, la presa in carico avviene sulla base di una valutazione personalizzata di tipo sanitario con forte integrazione socioassistenziale, che ambisce al mantenimento delle abilità residue, all'*active aging* e anche alla prevenzione dall'istituzionalizzazione. In questo passaggio, la «R» di residenzialità verrebbe a mancare nella denominazione del modello, lasciando il posto a un sistema più flessibile e articolato di servizi, dove la residenza diventa uno snodo della rete dei servizi sociosanitari territoriali, secondo un approccio comunitario fondato sulla capacità di fare rete tra diversi enti di prossimità ^[6].

122 Nel prossimo paragrafo delineeremo: 1) le principali caratteristiche dei CMS indagati in qualità di studi di caso dalla presente ricerca; successivamente, 2) daremo conto del confronto con la rete di stakeholder in merito alle condizioni abilitanti e disabilitanti dell'implementazione dei futuri CMS; infine 3) verranno proposte delle raccomandazioni per la trasformazione delle strutture residenziali in CMS. In generale, ciò che emerge con forza è una spinta innovativa dal basso, che chiede di essere riconosciuta e valorizzata, in un settore ancora segnato da sottofinanziamento e incertezza normativa.

2. Dalla Residenza al Centro multiservizi (senza R!)

La ricerca qui presentata ha evidenziato con chiarezza una transizione verso una nuova configurazione delle residenze, quella del CMS, che non si limita più esclusivamente alla cura degli ospiti, ma si estende al sostegno delle persone che vivono al proprio domicilio e delle loro famiglie ^[7].

Mentre le RSA tradizionali si concentrano principalmente sulla cura dei residenti all'interno della struttura, i CMS si configurano come nodi avanzati della rete territoriale, offrendo risposte che connettono in modo globale sia la presa in cura sanitaria che quella sociale, non solo agli ospiti delle strutture ma anche alle persone che vivono al proprio domicilio, e proponendosi quindi come presidi territoriali innovativi in grado di rispondere a una platea diversificata di malati non autosufficienti, persone con demenza, con bisogni riabilitativi, con necessità di dimissioni protette o di cure temporanee. Questo passaggio ha richiesto la costruzione di una filiera coordinata di servizi, con il coinvolgimento di medici, infermieri, assistenti sociali e nuovi professionisti sanitari, Comuni e Aziende sanitarie, al fine di ridurre la frammentazione degli interventi e garantire una continuità assistenziale. In altre parole, le RSA che hanno abbracciato l'approccio Multiservizi si sono dovute fare attive promotrici, seppur con difficoltà, di una rete articolata e di un lavoro di coordinamento tra enti pubblici e privati. In questa prospettiva, è possibile affermare che molte strutture si siano attrezzate e riorganizzate secondo modalità talvolta più avanzate rispetto a quanto previsto dalle stesse normative.

Uno degli aspetti chiave dei CMS è dunque il superamento del dualismo residenza/domicilio, riconoscendo che la non autosufficienza (riferimento: sanità) e l'invecchiamento attivo (riferimento: socioassistenziale) sono due facce della stessa medaglia. Inserito all'interno del sistema locale di welfare, il CMS risponde a bisogni sanitari, sociosanitari e socioassistenziali attraverso un insieme articolato di attività, finalizzate non solo alla cura, alla promozione della permanenza a domicilio, alla prevenzione dell'istituzionalizzazione e alla valorizzazione delle reti familiari e comunitarie. In quest'ottica, le strutture residenziali non vengono concepite come «istituzioni totali», ossia isolate dal contesto sociale, ma come comunità integrate, collocate in aree urbane vivaci, aperte alla cittadinanza e dotate di spazi condivisi (bar, ristoranti, parchi, scuole e palestre), che favoriscono la socializzazione e il mantenimento dei legami sociali e familiari degli anziani.

Il fulcro del modello dei CMS è la corretta *presa in carico* (o, per meglio dire, in «cura») *globale* della persona. La presa in carico parte innanzitutto dall'analisi dei bisogni (sanitari, sociali, abitativi, ecc.), realizzata attraverso una valutazione multidimensionale condotta dai soggetti pubblici o in proprio con il controllo pubblico. A questa si affianca la progettazione personalizzata, che prevede il coinvolgimento attivo della persona e della sua famiglia nella definizione del Piano assistenziale individualizzato (PAI), al fine di delineare interventi mirati e integrati secondo una logica di continuità assistenziale. A seguire l'individuazione e l'organizzazione dei servizi, sanitari, sociosanitari e assistenziali, orientati a garantire un supporto effettivo al domicilio eventualmente con riadattamenti protesici. Tale approccio mira a favorire la permanenza della persona nel proprio ambiente di vita e nella rete sociale e familiare di riferimento il più a lungo possibile.

Affinché la presa in carico abbia luogo, i CMS talvolta si trovano a essere – altrimenti chiedono di essere riconosciuti come – uno degli intermediari dell'accesso alle cure, offrendo strumenti di orientamento, supporto specialistico e facilitazione dell'accesso ai diritti alla persona anziana e/o al suo caregiver. Infatti, questi centri sono dotati di assistente sociale, che sovente costituisce il ponte di collegamento con i servizi sociali comunali, ambulatori specialistici (geriatrici), e Centri per i disturbi cognitivi e le demenze. Negli studi di caso indagati, tra le prestazioni erogate assume particolare rilevanza la valutazione multidimensionale *domiciliare*, che valuta le condizioni di salute fisica, psichica e sociale dell'individuo all'interno del proprio contesto abitativo e relazionale. A tale intervento si affianca la visita geriatrica *domiciliare*, un servizio specialistico che mira a monitorare e promuovere il benessere complessivo dell'anziano. Un ulteriore servizio *domiciliare* che è stato riscontrato è il servizio per l'adattamento degli ambienti di vita (o servizio barriere architettoniche), il quale, attraverso interventi di modifica e adeguamento degli spazi domestici, persegue l'obiettivo di ridurre i rischi ambientali delle persone anziane fragili presso le loro abitazioni. Le attività consulenziali comprendono una vasta gamma di interventi: dal supporto giuridico finalizzato alla tutela dell'anziano, includendo procedure per la nomina dell'amministratore di sostegno, l'assistenza fiscale e il supporto nelle pratiche relative al riconoscimento dell'invalidità civile, nonché l'accompagnamento nell'accesso a benefici economici e prestazioni sociali dedicate a individui fragili e ai loro nuclei familiari, garantendo così una risposta articolata ai bisogni emergenti in tale contesto.

125 L'offerta dei servizi di assistenza vera e propria comprende interventi sia domiciliari sia residenziali, calibrati sulla base dei bisogni specifici delle persone malate non autosufficienti. La visione di fondo degli interventi domiciliari nasce da una considerazione dell'invecchiamento come una condizione che dura mediamente diversi anni e che potrebbe beneficiare di provvedimenti di prevenzione, come ad esempio misure anticaduta, di esercizio cognitivo e occupazionale, interventi di contrasto alla solitudine, nonché di supporto psicologico ai partner.

I CMS sono organizzati per erogare i Servizi di assistenza domiciliare (SAD) che forniscono supporto nelle attività quotidiane, come l'igiene personale, la gestione domestica e l'accompagnamento, e le cure domiciliari (ADI) che prevedono l'erogazione di prestazioni sanitarie direttamente presso l'abitazione. Nelle Regioni in cui è presente (Lombardia, Piemonte, Lazio), i CMS sono attori della misura «RSA aperta», che si propone di sostenere le persone anziane con fragilità, non autosufficienti o affette da decadimento cognitivo, attraverso interventi a domicilio o in ambienti di accoglienza abitativa, con l'obiettivo di posticipare il ricovero in strutture residenziali; o la «Misura B1» (presente solo in Lombardia) che invece si rivolge a persone

con disabilità grave e fornisce un insieme integrato di prestazioni domiciliari, sostegno economico, riabilitazione e supporto psicologico, includendo anche servizi di sollievo per i caregiver.

Il CMS integra, inoltre, una rete di strutture semi-residenziali e residenziali. Tra le prime rientrano i centri diurni e centri diurni integrati che offrono spazi di socializzazione e cura, con una forte componente sociale e primario e socio-sanitaria secondario, rivolti ad anziani che necessitano di assistenza e supporto durante il giorno. Le soluzioni residenziali come gli alloggi sociali e il co-housing rispondono a nuovi modelli abitativi che promuovono l'autonomia e la solidarietà intergenerazionale. Le RSA offrono un'assistenza continuativa rispettivamente a persone parzialmente autosufficienti e non autosufficienti. All'interno dei servizi residenziali si trovano reparti di cura degli stati vegetativi, e nuclei hospice, nuclei Alzheimer, nuclei di post-acuzie.

Infine, il CMS sovente garantisce servizi di supporto trasversali, come lo sportello per gli assistenti familiari, che facilita l'incontro tra domanda e offerta di assistenza domiciliare, e il servizio di teleassistenza, che consente un monitoraggio costante e la gestione delle emergenze, e un canale di comunicazione attivo per le persone anziane che vivono sole o in condizioni di vulnerabilità.

Le progettualità sviluppate in seno ai servizi residenziali organizzati intorno al modello Multiservizi riflettono un approccio delle organizzazioni volto a interpretare e rispondere alla ingravescente variabilità dei bisogni legati al progressivo invecchiamento della popolazione, e non per diretta emanazione normativa. Tuttavia, tale evoluzione deve essere inquadrata anche nel contesto del sottofinanziamento e dell'inadeguata copertura offerta dal sistema sanitario pubblico, che rischia di far sempre più leva sulle risorse economiche e sociali delle famiglie. In Italia, i dati relativi alla popolazione anziana non autosufficiente – individui di età pari o superiore ai 65 anni affetti da gravi limitazioni funzionali – hanno superato nel 2023 di molto la soglia dei 2 milioni di unità (secondo i dati INPS). Eppure, solo il 7,6% di questa popolazione accede a strutture residenziali, mentre il 30% beneficia di servizi domiciliari, con una media estremamente ridotta di 15 ore annue erogate [Osservatorio Long Term Care 2025]. La capacità del sistema pubblico di soddisfare i bisogni assistenziali risulta dunque ampiamente insufficiente. Si stima che oltre 2,5 milioni di anziani non autosufficienti non abbiano accesso alla rete socio-sanitaria istituzionale e debbano pertanto affidarsi a risorse domestiche e familiari. Di questi, circa un terzo ricorre a servizi di «badantato» privato, mentre la restante parte dipende dall'assistenza fornita dai familiari [CERGAS-Bocconi 2024]. Questa tendenza conferma il ruolo ancora centrale della famiglia nella gestione del fenomeno dell'assistenza agli anziani. In tale scenario, i CMS si trovano a fronteggiare una domanda in costante crescita da parte dei caregiver familiari, alla quale

hanno cercato di rispondere attraverso una riorganizzazione dei servizi, sebbene questi ultimi rimangano in larga misura sottofinanziati dalle istituzioni pubbliche e altresì economicamente inaccessibili in forma privata. Tra gli interventi più diffusi orientati al sollievo dei caregiver troviamo i Centri diurni semiresidenziali, strutture per residenze temporanee e l'erogazione di assistenza domiciliare privata. Questa articolazione riflette la necessità di rispondere non solo all'aumento numerico degli anziani non autosufficienti, ma anche alle crescenti esigenze dei caregiver familiari e all'intensificarsi dei livelli di assistenza richiesti dagli utenti in carico.

127

Note

[6] Chiaramente la trasformazione da CRM a CMS è solo un metodo il cui vero obiettivo è ottenere che vengano assicurati agli anziani malati cronici non autosufficienti *in primis* i diritti alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie (garantite dai LEA – d.p.c.m. 12 gennaio 2017 – normativa a carattere nazionale che tutte le Regioni sono obbligate a rispettare). L'obiettivo innovativo/trasformativo è quello di diffondere nuovi modelli e governance, mediante i CMS, che siano in grado di rispondere alle mutate esigenze cliniche sempre più complesse della popolazione anziana malata cronica e non più autosufficiente. Il CMS è una proposta organizzativa che può funzionare se sono correttamente definiti i bisogni degli utenti, le prestazioni a cui hanno diritto, e l'ente titolare dei loro diritti che ha l'obbligo di garantire le rispettive risorse. L'orientamento del nostro *Community Advisory Board*, pur con differenze, condivide il fatto che il Centro multiservizi può avere futuro se basato sulla implementazione dei LEA per gli anziani malati cronici non autosufficienti. Il punto da cui partire è sempre l'utente e la definizione dei suoi bisogni sanitari e sociosanitari a cui ha diritto in base ai LEA.

[7] La dimensione delle RSA è molto diversificata: dalle strutture che sono rimaste comunque di piccola dimensione alle realtà con parecchie centinaia di posti, artificialmente afferenti a più RSA «formali», ma di fatto site nello stesso luogo e con medesima organizzazione e con servizi comuni. L'orientamento verso il CMS può essere molto diverso a seconda della dimensione «reale» della RSA: da un «servizio di vicinato», legato a una propria comunità, a un «centro commerciale di servizi» che deve necessariamente «trovare i clienti» da un bacino ampio, meglio se indefinito, perdendo quindi ogni aggancio a una comunità di riferimento.

I CMS per realizzarsi richiedono lo stesso cambio di paradigma: da strutture chiuse a hub di servizi integrati al territorio, con norme chiare, finanziamenti dedicati, formazione e collaborazione tra tutti gli attori (sanitari, sociali, territori, famiglie). La sfida è superare frammentazione e resistenze culturali, puntando su innovazione e modelli già sperimentati con successo in grado di garantire servizi di qualità.

¹³⁷ In conclusione, i CMS rappresentano un'evoluzione necessaria nel panorama delle cure a lungo termine, ma il loro successo dipenderà dalla capacità di superare le attuali criticità normative – a partire dal riconoscimento di diritti esigibili per i malati non autosufficienti – finanziarie e organizzative, orientandosi sempre più verso un welfare comunitario che ponga al centro la dignità e l'autonomia della persona anziana e di quanti se ne prendono cura.

Note

La finalità delle presenti raccomandazioni è definire criteri e processi condivisi, secondo i quali le RSA possono avviare percorsi di innovazione trasformativa, che consentano di trasformare il modello tradizionale dell'assistenza residenziale in un modello multiservizio, basato sulla prossimità territoriale, la collaborazione reticolare e la presa in carico globale. Sono da intendersi, quindi, come uno strumento sperimentale finalizzato a generare un processo condiviso, che parta dalla conoscenza delle innovazioni già attuate sul territorio, attraverso una fase di programmazione e progettazione della governance interna dei CMS e della governance territoriale e giunga alle fasi di monitoraggio della qualità dei servizi e di comunicazione pubblica delle trasformazioni in corso nel settore.

5.2. Destinatari delle raccomandazioni

¹³² Le RSA decidono di intraprendere un percorso di trasformazione dei propri servizi residenziali per migliorare la propria specializzazione sanitaria e la qualità della vita quotidiana delle persone malate non autosufficienti. Infatti, il nuovo modello multiservizi non si limita esclusivamente alla cura degli ospiti residenti nelle strutture, ma si estende al sostegno di una platea diversificata di anziani, tra cui anche le persone che vivono al proprio domicilio e le famiglie caregiver. I principi alla base di questo modello sono il rispetto della dignità e dell'autonomia, *in primis* della persona anziana, ma anche di persone non ancora anziane che già oggi vivono nelle RSA.

Le categorie di stakeholder a cui è diretto questo processo di trasformazione da RSA a CMS, ovvero i destinatari del processo ed eventualmente di queste raccomandazioni, sono le seguenti:

- i gestori dei servizi residenziali di strutture pubbliche e del privato sociale o private convenzionate con il pubblico, per attivare e sviluppare la trasformazione delle proprie strutture, modificandone l'organizzazione interna e la governance territoriale in cui sono inseriti. Ogni CMS dovrebbe fare riferimento a un territorio-comunità identificato e preciso, di dimensione tale da favorire le «connessioni comunitarie» per le persone assistite e, per operatori e servizi, di conoscersi, dialogare, cooperare;

- i professionisti sociali e sanitari che lavorano nelle strutture residenziali o, in generale, nei servizi residenziali, per attuare un cambio di paradigma lavorativo nella loro quotidianità, affinché la struttura di appartenenza nella sua interezza riesca a innovarsi (a partire dalla abolizione del cosiddetto «minutaggio»);
- i soggetti pubblici e privati che gestiscono altre tipologie di servizi sociali e sanitari, per rapportarsi e collaborare con un nuovo modello di centro multiservizi;
- i beneficiari dei servizi residenziali e domiciliari, insieme alle loro famiglie, che hanno la possibilità di avere servizi più adeguati ai loro bisogni sanitari, sociosanitari e assistenziali;
- la comunità locale di cittadini, che hanno la possibilità di avere un centro sanitario e sociale di riferimento sul proprio territorio, in rete con altri soggetti e preparato a offrire un'ampia gamma di servizi.

133

5.3. Raccomandazioni inerenti il processo e le misure tramite cui sviluppare i CMS

In via preliminare, è utile sottolineare che le raccomandazioni qui proposte si presentano come una guida per tutti gli attori a livello statale/regionale e provinciale, in sinergia con le strutture, le associazioni, la cittadinanza e altri soggetti del territorio. Per tale motivo, possono essere contestualizzate in base alla situazione territoriale specifica in cui le strutture si trovano e al tipo di struttura che le vuole implementare. È facoltà della singola struttura, in autonomia o in sinergia con altri soggetti del territorio, la scelta dei passaggi più adeguati alla tipologia di servizi e progetti svolti – o che si vogliono svolgere – su quello specifico territorio.

Il processo di trasformazione verso un modello multiservizi, però, deve seguire le fasi qui delineate, nel rispetto degli elementi principali contenuti in esse:

a) approfondimento e conoscenza delle innovazioni: sarebbe fondamentale partire dalla conoscenza di sperimentazioni innovative già implementate sul territorio da altre strutture, per capire strategie e soluzioni adottate, ma anche eventuali ostacoli ed elementi da non riprodurre. Di queste innovazioni fanno parte quei cambiamenti già adottati in alcuni territori che si rifanno, per esempio, al superamento del dualismo residenza/domicilio, alla presa in carico globale della persona, a strumenti di orientamento, supporto specialistico e facilitazione dell'accesso ai diritti per la persona anziana (Costituzione, art. 32; legge n. 833/1978; LEA), ai centri diurni integrati, a soluzioni abitative come gli alloggi sociali e il co-housing, a interventi più diffusi orientati al sollievo del caregiver. Queste innovazioni sono state elaborate sempre in maniera

partecipativa con la cittadinanza, seguendo esperienze di altre strutture, riadattando spazi esistenti, attraverso un'analisi dei bisogni. Questa metodologia partecipata con gli attori del territorio rimane fondamentale per i processi trasformativi;

b) *individuazione preliminare del territorio di riferimento del CMS*: il territorio elettivo di riferimento del CMS dovrebbe essere precisamente e preliminarmente identificato in base a peculiarità geografiche, sociali, storiche, epidemiologiche, infrastrutturali e di dimensione tale da consentire per le persone assistite le loro «connessioni comunitarie», per operatori e servizi la conoscenza reciproca, il dialogo e la cooperazione, per la Casa della Comunità di riferimento una connessione diretta»;

c) *presa in cura globale*: il CMS dovrebbe essere in grado di «cucire» per ogni persona il piano di presa in cura globale in relazione ai suoi peculiari bisogni del momento, avvalendosi in modo flessibile delle diverse unità di offerta e delle risorse comunitarie disponibili, superando la separazione «a silos» tra le diverse tipologie di servizio;

d) *governance del CMS*: il Centro dovrebbe basarsi sulla piena integrazione dei servizi territoriali, programmata a medio termine, offrendo prestazioni sanitarie, sociosanitarie, educative e culturali, con risposte diversificate in base ai bisogni dei beneficiari e delle loro famiglie (ad esempio: prevenzione e *active aging*, laboratori di comunità, domiciliarità, centri diurni, residenzialità, senior housing). Questo modello di Centro, inoltre, dovrebbe implementare la formazione di *equipe multidisciplinari* che lavorino sia all'interno del Centro sia esternamente sul territorio. Le *equipe* dovrebbero essere composte da varie figure, come medici, infermieri, educatori, psicologi, fisioterapisti e assistenti sociali. L'innovazione dovrebbe, dunque, portare al riconoscimento di nuove figure professionali, laddove ritenute necessarie. Il ruolo di coordinamento per il settore sanitario potrebbe essere in capo a un medico (come anche a un responsabile e a un coordinamento esterno);

e) *formazione continua*: il personale sociosanitario dovrebbe essere disponibile a spostarsi sulle differenti funzioni e i diversi servizi del Centro e questa mobilità funzionale dovrebbe essere riconosciuta come opportuna formazione, specializzata per la persona operatrice in base alle sue esigenze. Tutto il personale del Centro dovrebbe svolgere una formazione continua sulla cura della persona ed essere aggiornato sugli sviluppi tecnologici e gli approcci multidisciplinari introdotti nel CMS. La formazione potrebbe svolgersi anche attraverso collaborazioni universitarie ^[10]. Occorrerebbe rivedere la formazione e valorizzazione del personale con corsi specializzati per operatori sociosanitari (operatori sociosanitari, infermieri, geriatri);

135 con incentivi salariali e di carriera per trattenere professionisti qualificati; con modelli organizzativi flessibili (ad esempio, turni intelligenti, *équipe multidisciplinari*);

f) *tecnologie e cura «connessa» (connected care)*: il CMS dovrebbe sviluppare servizi innovativi, tramite la digitalizzazione, per migliorare la qualità dei servizi, la comunicazione con altri attori territoriali e il supporto alle famiglie degli anziani presi in carico. Infine, questo modello di Centro dovrebbe attuare anche adattamenti all'architettura e alla gestione degli spazi, in modo da renderli idonei alla varietà di servizi e attività sopra citata. Andrebbe perciò facilitata l'adozione di tecnologie assistive e aggiornate modalità di telemedicina e *connected care*, prioritariamente intese come collegamento con medici e specialisti a distanza;

g) *governance territoriale*: i CMS dovrebbero essere distribuiti capillarmente sul territorio ed essere capaci di ampliare la rete territoriale, connettendosi innanzitutto con la Casa della Comunità di riferimento e creando sinergie con attori pubblici, privati e del terzo settore. Esempi appartenenti a questi settori sono le scuole, le farmacie, le associazioni sportive e i teatri amatoriali. In generale, i CMS dovrebbero adottare una totale trasparenza nella comunicazione dei propri servizi e della propria gestione nei confronti della comunità locale e della società civile, elemento che favorisce maggiore coinvolgimento di queste ultime e la nascita di nuove collaborazioni. Si potrebbero anche istituire *fora* permanenti di collaborazione tra rappresentanti di enti, cittadini e associazioni coinvolte nei CMS, per garantire una costante attenzione alle innovazioni e fornire informazioni utili alla parte politica/amministrativa;

h) *monitoraggio*: la qualità dei servizi dovrebbe essere monitorata su base multilivello: pubblicamente, dalle organizzazioni della società civile, ma anche dalle persone caregiver, come soggetti di controllo e ascolto e come co-creatori di indicatori valutativi della soddisfazione dei bisogni. Una volta implementati vari CMS sul territorio regionale o nazionale, la rete dei Centri potrebbe anche organizzarsi per la creazione e la gestione di un sistema di certificazione o accreditamento «terzo» che sia facilitante e flessibile per questa logica multiservizi ^[11];

i) *comunicazione*: a seguito dell'innovazione e della trasformazione di una struttura residenziale in CMS, sarebbe auspicabile l'organizzazione di campagne mediatiche e di comunicazione pubblica per valorizzare il processo e il prodotto dell'innovazione, informare l'opinione pubblica dei nuovi servizi disponibili e ridefinire l'immagine del settore rivolto alla non autosufficienza. Una particolare attenzione andrebbe rivolta allo sviluppo delle conoscenze dei caregiver (formali e informali), ad esempio includendo aspetti psicologici e di riguardo nei confronti della propria salute.

6. Conclusioni

I CMS rappresentano un modello esistente che ha associato l'obiettivo di implementare all'interno delle strutture un'assistenza sanitaria, riabilitativa e sociale, focalizzata sulla qualità della vita quotidiana dei residenti e delle loro famiglie all'obiettivo di lavorare all'esterno al fine di operare in sinergia con il territorio, attraverso il coordinamento tra medici di medicina generale, infermieri e assistenti sociali territoriali, favorendo così una presa in carico globale.

137 I CMS per realizzarsi richiedono lo stesso cambio di paradigma: da strutture chiuse a hub di servizi integrati al territorio, con norme chiare, finanziamenti dedicati, formazione e collaborazione tra tutti gli attori (sanitari, sociali, territori, famiglie). La sfida è superare frammentazione e resistenze culturali, puntando su innovazione e modelli già sperimentati con successo in grado di garantire servizi di qualità.

Note

[10] Un suggerimento particolare sta nel considerare anche il rapporto con volontari che presteranno servizio nei CMS. Già molte persone donano il proprio tempo per seguire le persone nelle strutture residenziali, per fare loro compagnia, accompagnarle dove necessitano, supportare l'animazione. Il volontariato dovrebbe essere valorizzato in un contesto di cura, per ancor più avere un contributo dalla cittadinanza e dal territorio.

[11] Si potrebbe anche pensare alla possibilità di un monitoraggio pubblico attraverso gli accreditamenti, in base a prestazioni minime – auspicabilmente non minimalistiche – individuate per questi servizi. Sarebbe anche opportuna la disponibilità di un sistema per fare suggerimenti e reclami, al quale i cittadini fruitori dei servizi possano rivolgersi per migliorare il monitoraggio stesso. Dovrebbe esserci chiarezza e riguardo sull'erogazione dei finanziamenti, onde evitare che vi siano commistioni tra le prestazioni e non si riescano a discernere le voci di costo dell'una e dell'altra. Inoltre, per evitare di avere una vista statica dell'efficacia di un CMS, il monitoraggio dovrebbe anche misurare la sua capacità adattativa in base a cambiamenti – demografici, normativi, territoriali. Il monitoraggio dovrebbe dunque sapere valutare in maniera continuativa la capacità del CMS di offrire una progressione verso la realizzazione degli obiettivi individuati.

Le progettualità sviluppate in seno ai servizi residenziali organizzati intorno al modello Multiservizi riflettono un approccio delle organizzazioni volto a interpretare e rispondere alla ingravescente variabilità dei bisogni legati al progressivo invecchiamento della popolazione, e non per diretta emanazione normativa. Tuttavia, tale evoluzione deve essere inquadrata anche nel contesto del sottofinanziamento e dell'inadeguata copertura offerta dal sistema sanitario pubblico, che rischia di far sempre più leva sulle risorse economiche e sociali delle famiglie. In Italia, i dati relativi alla popolazione anziana non autosufficiente – individui di età pari o superiore ai 65 anni affetti da gravi limitazioni funzionali – hanno superato nel 2023 di molto la soglia dei 2 milioni di unità (secondo i dati INPS). Eppure, solo il 7,6% di questa popolazione accede a strutture residenziali, mentre il 30% beneficia di servizi domiciliari, con una media estremamente ridotta di 15 ore annue erogate [Osservatorio Long Term Care 2025]. La capacità del sistema pubblico di soddisfare i bisogni assistenziali risulta dunque ampiamente insufficiente. Si stima che oltre 2,5 milioni di anziani non autosufficienti non abbiano accesso alla rete sociosanitaria istituzionale e debbano pertanto affidarsi a risorse domestiche e familiari. Di questi, circa un terzo ricorre a servizi di «badantato» privato, mentre la restante parte dipende dall'assistenza fornita dai familiari [CERGAS-Bocconi 2024]. Questa tendenza conferma il ruolo ancora centrale della famiglia nella gestione del fenomeno dell'assistenza agli anziani. In tale scenario, i CMS si trovano a fronteggiare una domanda in costante crescita da parte dei caregiver familiari, alla quale hanno cercato di rispondere attraverso una riorganizzazione dei servizi, sebbene questi ultimi rimangano in larga misura sottofinanziati dalle istituzioni pubbliche e altresì economicamente inaccessibili in forma privata. Tra gli interventi più diffusi orientati al sollievo dei caregiver troviamo i Centri diurni semiresidenziali, strutture per residenze temporanee e l'erogazione di assistenza domiciliare privata. Questa articolazione riflette la necessità di rispondere non solo all'aumento numerico degli anziani non autosufficienti, ma anche alle crescenti esigenze dei caregiver familiari e all'intensificarsi dei livelli di assistenza richiesti dagli utenti in carico.

Anche il coordinamento tra attori pubblici e privati si scontra con problematiche normative ed economiche, tra cui: la mancanza di standard nazionali unificati, con differenze regionali nell'accreditamento e nella qualità dei servizi; l'incertezza sul finanziamento (LEA vs. LEPS), che genera disparità nell'accesso alle prestazioni; l'assenza di politiche di riconoscimento tariffario proporzionato ai rinnovi dei CCNL degli operatori sanitari e di equiparazione salariale ai colleghi del servizio

pubblico; e la mancanza di politiche nazionali di regolamento dei flussi migratori adeguate al fabbisogno di operatori sociosanitari e di altre figure previste dai requisiti organizzativi obbligatori, ma attualmente carenti.

In questo scenario di forte incertezza le prospettive future guardano a nuove forme di welfare di comunità, tuttavia per garantirne lo sviluppo è importante la pianificazione delle risorse e dell'integrazione della filiera della cura: ospedale, territorio e medici di medicina generale, rafforzando il ruolo dei Distretti sociosanitari e delle Case della Comunità e coinvolgendo attivamente caregiver informali e comunità, attraverso formazione, strumenti digitali e politiche di co-progettazione, in particolare con il terzo settore, che al momento è il maggiore erogatore concessionario di servizio pubblico presente nel comparto ^[8].

3. Condizioni disabilitanti per l'implementazione dei CMS

¹²⁸ Gli elementi che ostacolano lo sviluppo e la diffusione dei CMS sono sintetizzabili in cinque categorie: 1) giuridica; 2) economica; 3) culturale e professionale; 4) organizzativa; 5) strutturale.

Per quanto riguarda la categoria giuridica, la normativa che attualmente regola il settore della non autosufficienza è troppo frammentata, causando marcate differenze regionali negli standard qualitativi dei servizi e nella remunerazione di investimenti e costi che le strutture riescono a ottenere, oltre che procedure eccessivamente lunghe e farraginose per ottenere autorizzazione e accreditamenti.

Dal punto di vista economico, ancora troppo poche risorse sono dedicate al settore della non autosufficienza. Inoltre, le scarse risorse a disposizione non vengono allocate in base ai bisogni reali dei territori e delle comunità, con conseguenti sprechi. I finanziamenti ricevuti dalle strutture, dunque, non riescono a coprire i numerosi costi che si stanno presentando, tra cui quelli per l'utilizzo di tecnologie innovative (come le tecnologie domotiche e assistive).

Le condizioni disabilitanti afferenti alla sfera culturale riguardano, da un lato, una resistenza al cambiamento e una scarsa formazione professionale e, dall'altro lato, uno stigma sociale nei confronti delle strutture residenziali. Nel primo caso, alcune figure professionali si sono finora dimostrate diffidenti verso innovazioni nel settore, soprattutto quelle che riguardano l'utilizzo di tecnologie digitali. Inoltre, è ancora insufficiente l'abitudine alla collaborazione multiprofessionale al fine di favorire una presa in carico globale della persona. Parallelamente, è insufficiente sia la formazione continua del personale sociale e sanitario, già impiegato nelle strutture, sia la formazione universitaria precedente all'assunzione delle figure

professionali. Nel caso invece dello stigma nei confronti delle strutture, queste ultime percepiscono tuttora – forse come strascico della crisi provocata dalla pandemia da Covid-19 – una diffidenza da parte delle famiglie delle persone non autosufficienti e di altri servizi e strutture del territorio, come se fossero ritenute luoghi di degrado. Per quanto riguarda invece gli aspetti più strettamente inerenti ai professionisti che lavorano nelle strutture, la carenza di personale qualificato è evidenziata come uno dei problemi più grossi, con la consapevolezza che è conseguenza della scarsa attrattività del settore sociale e della mancanza di valorizzazione del lavoro di cura, che implicano a loro volta salari bassi, scarsa formazione specifica erogata e situazioni di burnout.

129

Dal punto di vista organizzativo – quindi di governance delle strutture residenziali e governance territoriale – gli stakeholder del settore sottolineano una mancanza di programmazione politica che superi l'approccio settoriale e adotti una prospettiva di lungo termine, oltre che la mancanza di una pianificazione regionale che si basi su analisi stratificate dei bisogni territoriali. Si registra, inoltre, una forte frammentazione territoriale e l'assenza di una vera integrazione tra settore sanitario e sociale, che si traducono in scarsa comunicazione tra ospedali, medicina generale e servizi territoriali. Questo causa un'organizzazione dell'assistenza dai tratti caotica e inefficace, producendo competizioni e sovrapposizioni tra i servizi pubblici e quelli privati accreditati. Un'altra criticità di alcune aree nazionali è lo scarso coinvolgimento attivo dei familiari ai progetti assistenziali. In generale, benché non ovunque, si denota una mancanza di apertura delle strutture residenziali verso il territorio, le comunità e i caregiver.

In ultima istanza, le condizioni disabilitanti strutturali riguardano l'inadeguatezza degli edifici e degli spazi, concepiti solamente con funzioni residenziali e, per questo, non flessibili ad accogliere anche servizi integrati. A essere inadeguati sono anche i modelli gestionali, definiti da alcuni obsoleti, perché non idonei a lavorare in una logica multiservizio, andando oltre la visione tradizionale della struttura residenziale. Infine, è quasi totalmente assente un'infrastruttura digitale che permetta l'interoperabilità dei dati, causando difficoltà nella condivisione di informazioni tra le strutture e altri soggetti territoriali (a diverse scale) e limitando, quindi, l'efficacia del lavoro in rete.

4. Condizioni abilitanti (o necessarie) per favorire la trasformazione da strutture residenziali a CMS

A fianco delle condizioni disabilitanti, sono state riscontrate condizioni abilitanti che – se implementate – favorirebbero la trasformazione delle strutture residenziali in CMS. In questa sede, si fa riferimento solo a quegli elementi esterni – di

130 ambiente – alle strutture residenziali, afferenti a responsabilità decisorie politiche, dedicando invece il prossimo paragrafo agli elementi abilitanti che dovrebbero essere implementati internamente alle strutture.

Innanzitutto, sarebbe necessario porre una base normativa nazionale al settore della non autosufficienza, completando il decreto attuativo 29 del 2024, stilando linee guida per l'accreditamento dei CMS, aggiornando i LEA e LEPS per garantire prestazioni essenziali uniformi su tutto il territorio italiano, e dando sostegno al reddito delle famiglie degli anziani (ad esempio, voucher, detrazioni fiscali per le famiglie). In secondo luogo, l'aggiornamento normativo deve essere accompagnato da incentivi economici a livello statale e regionale per garantire la copertura e l'accessibilità dei servizi, con attenzione particolare al ruolo del settore pubblico e dei soggetti di diritto privato operanti nel sociale, oltre che alla specificità dei territori.

Parallelamente, sarebbe importante ideare anche un'identità condivisa che accomuni i CMS e che li collochi nella filiera sanitaria e sociosanitaria, distinguendoli chiaramente dalle strutture residenziali tradizionali, accreditandoli come unità d'offerta unica pur richiedendo il rispetto dei requisiti per i singoli servizi al suo interno, permettendo la condivisione del personale e consentendo la modulazione del budget assegnato a ciascuno servizio.

5. Raccomandazioni per la trasformazione delle strutture residenziali in CMS

Sulla base di quanto emerso, dunque, si propongono le seguenti raccomandazioni per la trasformazione delle strutture residenziali in Centri residenziali multiservizi (CRM), che proponiamo di denominare più propriamente Centri multiservizi (CMS), quali organizzazioni in grado di offrire una gamma estesa di tipologia di servizi, da quelli di contrasto alla solitudine e promozione dell'invecchiamento attivo alla presa in cura domiciliare con la valorizzazione dei supporti domiciliari e di vicinato-volontariato, ai servizi semiresidenziali e residenziali, delineandone prima le finalità, poi i destinatari a cui sono rivolte e, infine, il processo e le misure tramite cui sviluppare i CMS stessi ^[9].

131

5.1. Finalità delle raccomandazioni

L'implementazione dei CRM è una disposizione contenuta nel decreto attuativo n. 29/2024 redatto in riferimento alla legge n. 33/2023 «Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane». In alcuni territori del contesto italiano,

inoltre, è già in corso una riconfigurazione del modello RSA da strutture focalizzate sulla residenzialità a CMS, basati su un sistema più flessibile e articolato di servizi, dove la residenza è solo un elemento della rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali.

La finalità delle presenti raccomandazioni è definire criteri e processi condivisi, secondo i quali le RSA possono avviare percorsi di innovazione trasformativa, che consentano di trasformare il modello tradizionale dell'assistenza residenziale in un modello multiservizio, basato sulla prossimità territoriale, la collaborazione reticolare e la presa in carico globale. Sono da intendersi, quindi, come uno strumento sperimentale finalizzato a generare un processo condiviso, che parta dalla conoscenza delle innovazioni già attuate sul territorio, attraverso una fase di programmazione e progettazione della governance interna dei CMS e della governance territoriale e giunga alle fasi di monitoraggio della qualità dei servizi e di comunicazione pubblica delle trasformazioni in corso nel settore.

Note

[8] La possibilità di superare il rischio che la struttura residenziale sia di fatto una «istituzione totale» richiede non solo servizi e professionisti qualificati ma che, anche, consentano e favoriscano il mantenimento di legami con la comunità (parenti, amici, vicini, attività sociali-commerciali, ecc.) della persona «residente» nella struttura residenziale.

[9] I CRM possono organizzare risposte abitative per anziani ancora parzialmente autonomi, ma che necessitano sempre di connessione di supporto sia con il medico di medicina generale che con il servizio domiciliare ADI. I CMS possono: 1) prevedere interventi atti al mantenimento di una vita attiva in collaborazione con realtà sociali del territorio; 2) assicurare l'accesso ad attività sanitarie (ad esempio fisioterapia), laddove necessarie fornite dalla RSA di pertinenza; 3) proporre inserimenti abitativi (ad esempio convivenze tra due-tre persone) in normali appartamenti ed edifici di abitazione civile, con adeguati sostegni garantiti dai servizi sanitari e sociali, laddove necessari.