

Le RSA oltre le riforme

Comunità, Innovazione
e il futuro della Cura

a cura di
Franco Iurlaro, Riccardo Prandini

VITE PARALLELE

IBRIDAZIONI E SOCIETÀ MUTAGENA

Collana diretta da Riccardo Prandini



FrancoAngeli

OPEN  ACCESS

VITE PARALLELE

IBRIDAZIONI E SOCIETÀ MUTAGENA

Collana di Sociologia a cura di Riccardo Prandini

La società che generò come suo modo di auto-descrizione la sociologia – e che è poi diventata società moderna – sta mutando a ritmi così accelerati che è possibile prevederne solo l'imprevedibilità.

Al limite del pensabile esiste già una società mutagena, capace cioè di mutare i suoi stessi elementi costitutivi, in particolare gli esseri umani e le loro forme di comunicazione, sostituendoli con altro. Ma questa società – caratterizzata dalla potenza di un impianto tecno-scientifico pervasivo, dallo sviluppo accelerato dei nuovi media, dall'alba di una civiltà robotica assistita da forme di computazione artificiali, dalla reticolazione comunicativa del globo – convive con la persistenza e il ritorno di culture e modi di vita arcaici. È in questo unico globo – nebulizzato in molteplici e dissonanti di sfere di significato – in questa *unitas multiplex* configgente, in questo poliedro complesso che coesistono le “Vite parallele”.

Vite che scorrono indifferenti le une alle altre, che si sfiorano, si scontrano, si ibridano, convivono, si arricchiscono, si eliminano, si amano, generano nuova vita e morte. Vite incluse ed escluse nel sociale istituito; vite piene e vuote di significato; vite di scarto e d'abbondanza; vite culturalmente egemoni e subalterne; vite sane e malate; vite comunicanti e incomunicanti; vite abili e diversabili; vite che si nutrono di trascendenza e di immanenza; vite semplici e complesse; vite umane, disumane e postumane; vite libere e schiave; vite in pace o in guerra; vite felici e infelici; vite naturali e artificiali, vite reali e virtuali, vite che abitano in un luogo o ovunque; vite connesse o sconnesse. Queste “Vite parallele” possono manifestarsi in spazi geopolitici diversi e separati, ma anche nello stesso spazio sociale, dentro a una solo a organizzazione, a una famiglia, a una stessa vita personale. Vite molteplici che non possono più fare affidamento su una sola definizione della realtà, da qualsiasi voce essa provenga. Ordini sociali che debbono fondarsi su una realtà fatta di possibilità e di contingenze, di livelli diversi che si intersecano, ibridano, intrecciano o che si dividono, fratturano e sfilacciano. Ordini che sono irritati costantemente dal disordine: ordini dove l'incontro può sempre trasformarsi in scontro e dove dagli scontri possono nascere costantemente incontri.

Queste “Vite parallele” necessitano di un nuovo modo di pensare il sociale, le sue linee di faglia, le sue pieghe, le sue catastrofi, i tumulti che fanno emergere nuove e inattese realtà. Una sociologia in cerca di una ontologia del sociale specifica; di metodi adatti per analizzarla e di teorie sufficientemente riflessive da comprendere se stesse come parte della realtà osservata. Una sociologia che sappia riacquisire uno spazio di visibilità nel dibattito pubblico, intervenendo con conoscenze solide, ma anche con riflessioni e proposte teoriche critiche e immaginative.

La Collana ospiterà saggi e ricerche che sapranno connettersi ai temi appena esplicitati, con particolare attenzione ai giovani ricercatori, ma anche a traduzioni di opere che siano di chiaro interesse per lo sviluppo del programma.

VITE PARALLELE

è una Collana diretta da Riccardo Prandini.

I testi sono sottoposti a una Peer Review double blind.

Comitato scientifico:

Maurizio Ambrosini (Università di Milano) - **Andrea Bassi** (Università di Bologna) - **Maurizio Bergamaschi** (Università di Bologna) - **Vando Borghi** (Università di Bologna) - **Paola Borgna** (Università di Torino) - **Matteo Bortolini** (Università di Padova) - **Alberto Cevolini** (Università di Modena e Reggio Emilia) - **Giancarlo Corsi** (Università di Modena e Reggio Emilia) - **Andrea Cossu** (Università di Trento) - **Luca Diotallevi** (Università di Roma Tre) - **Luca Fazzi** (Università di Trento) - **Laura Gherardi** (Università di Parma) - **Rosangela Lodigiani** (Università Cattolica di Milano) - **Tito Marci** (Università di Roma, Sapienza) - **Luca Martignani** (Università di Bologna) - **Antonio Maturo** (Università di Bologna) - **Giorgio Osti** (Università di Trieste) - **Emmanuele Pavolini** (Università di Macerata) - **Luigi Pellizzoni** (Università di Pisa) - **Massimo Pendenza** (Università di Salerno) - **Luigi Tronca** (Università di Verona).

Le RSA oltre le riforme

Comunità, Innovazione e il futuro della Cura

a cura di
Franco Iurlaro, Riccardo Prandini

VITE PARALLELE

IBRIDAZIONI E SOCIETÀ MUTAGENA

Collana diretta da Riccardo Prandini

FrancoAngeli
OPEN  ACCESS

Franco Iurlaro, Riccardo Prandini (a cura di), *Le RSA oltre le riforme. Comunità, Innovazione e il futuro della Cura*, Milano: FrancoAngeli, 2026

Isbn e-pub: 9788835190738
Isbn ebook: 9788835190721
Isbn cartaceo: 9788835181453

La versione digitale del volume è pubblicata in Open Access sul sito www.francoangeli.it.

Copyright © 2026 Franco Iurlaro, Riccardo Prandini.
Pubblicato da FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italia.

Finanziamento dell'Unione Europea - NextGenerationEU - Avviso pubblico n. 341 del 15/03/2022 del Ministero dell'Università per la presentazione di proposte progettuali per il "Rafforzamento e creazione di Infrastrutture di Ricerca" nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - Missione 4, "Istruzione e Ricerca" - Componente 2, "Dalla ricerca all'impresa" - Linea di investimento 1.3, "Partenariati estesi a Università, centri di ricerca, imprese e finanziamento progetti di ricerca" - di cui al D.M. 11 ottobre 2022, n. 1557 – Progetto PNRR PE8 AGE-IT dal titolo "A novel public-private alliance to generate socioeconomic, biomedical and technological solutions for an inclusive italian ageing society" - Codice Proposta PE00000015 - CUP J33C22002900006

Immagine di copertina di Marco Prandini, per gentile concessione

L'opera è realizzata con licenza *Creative Commons Attribution 4.0 International license* (CC BY 4.0: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode>). Tale licenza consente di condividere ogni parte dell'opera con ogni mezzo di comunicazione, su ogni supporto e in tutti i formati esistenti e sviluppati in futuro. Consente inoltre di modificare l'opera per qualsiasi scopo, anche commerciale, per tutta la durata della licenza concessa all'autore, purché ogni modifica apportata venga indicata e venga fornito un link alla licenza stessa.

Sono riservati i diritti per Text and Data Mining (TDM), AI training e tutte le tecnologie simili.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito <https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/deed.it>

Gli eventuali link attivi e QR code inseriti nel volume sono forniti dall'autore. L'editore non si assume alcuna responsabilità sui link attivi e QR code ivi contenuti che rimandano a siti non appartenenti a FrancoAngeli.

Indice

Introduzione, di Riccardo Prandini e Franco Iurlaro	pag.	9
RSA che costruiscono il loro futuro, di Elena Weber	»	11
Caregivers familiari in RSA. Verso un nuovo paradigma di assistenza integrata e sostenibile, di Annapaola Prestia	»	14
La RSA che vorrei. Una progettualità condivisa nella rete delle buone pratiche, di Franco Iurlaro	»	21
La RSA come infrastruttura culturale e comunitaria. Pratiche di innovazione sociale in un contesto non abilitante, di Chiara Celentano	»	26
Costruire progetti partecipati di welfare di Comunità nell'appennino bolognese. Un'alleanza tra istituzioni pubbliche e privato sociale, di Fabio Cavicchi	»	32
Abitare l'autonomia nella terza età. Servizi e modelli innovativi d'assistenza nella Fondazione Pia Opera Ciccarelli, di Simona Bresciani e Angela Mingon	»	41
Lean Thinking e sociosanitario. Quando l'organizzazione diventa cura, di Maurizio Cansone	»	46
Residenza 20. Un'esperienza di presa in cura temporanea in risposta a bisogni complessi, di Claudia Ballabio e Irina Caverniuc	»	55

Le problematiche legate all'invecchiamento della popolazione e la necessità di nuovi modelli assistenziali, di Paola Roma	pag.	59
Dalle Buone Prassi alla Qualità Rigenerativa. Il coraggio di un Management Consapevole, di Elisabetta Canton	»	65
Ridisegnare il futuro di una struttura residenziale. L'Analisi organizzativa come motore del cambiamento positivo, di Monica Zanolla	»	71
Dare voce ai desideri. La rivoluzione freinetiana nei Centri Sollievo, di Miriam Moretti	»	80
Anziani & Anziane, farmaci & mine invisibili, di Ferdinando Schiavo	»	89
Abitare il confronto. Partecipazione attiva, comunità di pensiero e futuro dei servizi per la non autosufficienza, di Monica Carracuda	»	103
Ha ancora senso parlare di Riforme? Riflessioni critiche sulla (possibile) funzione della “poetica” politico-amministrativa, di Riccardo Prandini	»	106
L'assistenza agli anziani. Un investimento per il futuro dell'Italia, a cura di Franco Iurlaro	»	164
Associazione di Promozione Sociale RINATA. Ente del Terzo Settore, di Monica Carracuda	»	171
La riforma rumorosa e la rivoluzione silenziosa. Punti e contrappunti per una discussione, di Franco Iurlaro (canti e incanti) e Riccardo Prandini (discanti e disincanti)	»	173
Gli autori e le autrici	»	179

Questo libro affronta un tema di estrema rilevanza per il nostro Paese, un problema poco discusso e perciò ancora più importante. La riflessione che gli autori propongono riguarda la sostenibilità (intesa in senso ampio) della *Long Term Care*, cioè dell'insieme di risposte di cura agli anziani (specialmente non autosufficienti). In particolare, riguarda come sostenere il lavoro quotidiano delle RSA, organizzazioni fortemente territorializzate che svolgono una funzione indispensabile e insostituibile per la LTC.

Tra il 2023 e il 2024 il Governo, anche sotto la pressione dei finanziamenti PNRR, ha elaborato una Legge di "riforma" dell'Assistenza per gli anziani. Sebbene le RSA non siano una delle aree maggiormente attenzionate dalla legge, rientrano comunque in questo ripensamento "sistematico" della cura. Il libro, insieme alla vivacità nei pensieri e nelle azioni delle RSA, mostra però una preoccupante contraddizione che sta nel cuore della logica riformista. Da un lato molte Rsa sono già oggi protagoniste d'innovazioni che rispondono quotidianamente ai bisogni emergenti e ancora senza risposta istituzionalizzate e che richiedono continue trasformazioni dello *status quo*: rompere le routine è diventata la routine! L'innovazione è infatti pervasiva e richiede, prossimità agli utenti, flessibilità, capacità d'anticipazione costante, tutte competenze tipiche di quelle organizzazioni che maggiormente sono radicate in contesti locali. D'altra parte, il sistema politico amministrativo procede riscrivendo le regole del "sistema" a livello nazionale. Qui la logica è invece fortemente standardizzante, omologante e astratta. Ne deriva una contraddizione tra le inevitabili relazioni "sistema (nazionale) / ambiente (locale)". A livello nazionale il sistema riduce la complessità, ridisegnando le "sue" logiche e presumendo che, implementandole (sì, ma come?), esse permetteranno più efficacia operativa alle organizzazioni del territorio. Tuttavia, questa riduzione di complessità genera automaticamente confini distaccando progressivamente le operazioni del sistema dal suo ambiente. Nelle fasi evolutive avanzate, questo distanziamento produce una "indifferenza" che può rivelarsi estremamente pericolosa: l'autonomia del sistema genera esternalità negative che rimodellano così tanto l'ambiente, da minare potenzialmente la viabilità del sistema stesso. Si pensi allo sviluppo delle città moderne. Esse crescono riducendo la complessità ambientale attraverso la costruzione di infrastrutture rigide, come strade, reti idriche, energetiche, dei servizi, regolamentazioni astratte, standard, etc.; ciò però genera espansione urbana incontrollata e inquinamento che degradano l'ambiente e rendono la città stessa insostenibile a lungo termine. Lo stesso vale, per esempio, per la gestione dei rifiuti. I sistemi standardizzano ("semplificazione semiotica") processi, come la raccolta e lo smaltimento in discarica, per accelerare le operazioni e regolarle in modo uniforme, ma questo rende il sistema meno flessibile e adattabile all'ambiente, minacciandone la possibilità di ripensare la raccolta, laddove fosse necessario. Questa tensione – la riduzione interna della complessità contro la sostenibilità ambientale – riguarda anche il

rapporto tra macro “riforma” dell’assistenza agli anziani e le micrologiche d’innovazione territoriale delle RSA. Per evitare questa evidente contraddizione bisogna essere capaci d’elaborare soluzioni in termini di “razionalità ecologica”, una strategia per cui i sistemi anticipano gli impatti della loro riduzione della complessità, reintroducendone le conseguenze (previste), nelle logiche operative ambientali. Il sistema deve essere in grado di “calcolare” quali saranno gli effetti della sua policy sul funzionamento delle organizzazioni territoriali (e, conseguentemente, sul suo operare futuro e sulla sostenibilità della relazione sistema/ambiente). Queste strategie danno tipicamente origine a situazioni ipercomplesse che, a loro volta, richiedono livelli estremamente elevati di riflessività, specialmente rispetto alla scalarità “verso l’alto e verso il basso” delle soluzioni proposte. Lo “scontro” tra diversi sistemi scalari, la perdita di flessibilità e l’aumento d’omogeneizzazione sistematica, non rispondono affatto ai bisogni di flessibilità e di autonomia dei territori. Solo una logica riflessiva capace di far dialogare sistema e ambiente, può riuscirci. Ma, anche se questo già lo sappiamo, non lo renderà affatto semplice da realizzare.

Introduzione

di Riccardo Prandini e Franco Iurlaro

Ci troviamo in un momento storico in cui l'invecchiamento della popolazione impone una profonda e ineludibile riflessione sul futuro dell'assistenza. Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), più che mai, sono chiamate a ridefinire il proprio ruolo, superando il modello meramente assistenziale per abbracciare una visione più ampia, integrata e profondamente umana. Questo volume nasce proprio da tale consapevolezza, raccogliendo voci e pratiche che delineano una nuova frontiera della cura.

Troppo spesso, siamo portati a credere che il cambiamento radicale debba discendere da ampie riforme legislative, da decreti calati dall'alto, da una *governance* che tenta di normare un mondo in continua e rapida evoluzione. Tuttavia, come il sociologo Riccardo Prandini acutamente ci ricorda nel suo contributo, questa retorica del welfare si scontra con una evidente asimmetria: quella tra la regolazione pubblica, ancorata a schemi formali e spesso inadeguati, e la vibrante realtà del territorio. Le riforme, spesso frutto di un "pessimismo della ragione" o di un controllo burocratico, rischiano di fallire perché prive di contatto con la realtà operativa, senza un autentico supporto a chi opera ogni giorno in prima linea. La lezione è chiara: l'innovazione vera, quella che genera un impatto concreto e positivo sulla vita delle persone, non nasce da un decreto, ma dall'urgenza, dalla necessità, dall'istinto di sopravvivenza che spinge gli operatori e le strutture dalla base a reinventarsi.

È proprio in questo scarto, in questo divario tra la rigidità delle norme e la fluidità dei bisogni, che emerge la forza trasformativa delle buone pratiche. Non stiamo parlando di meri aggiustamenti tecnici, ma di un vero e proprio motore di cambiamento organizzativo e culturale. Sono le RSA stesse, i loro gruppi, i loro residenti e le loro famiglie, a tessere una rete di esperienze eccellenti, capaci di innovare, di curare e di emozionare.

Questo libro si propone di esplorare proprio queste traiettorie di eccellenza. Voci come quella di Elena Weber ci mostrano come le RSA stiano

costruendo il loro futuro su innovazione, *community building* e sostenibilità, andando oltre l’ambito energetico per abbracciare modelli di business e formazione. Franco Iurlaro, con la sua visione, delinea una progettualità condivisa per le RSA che mirano a integrarsi nella rete delle buone pratiche e ci offre una sintesi sulle proposte per il futuro dell’assistenza agli anziani. Annapaola Prestia ci guida verso un nuovo paradigma di assistenza integrata e sostenibile, in cui il caregiver familiare, non più figura “invisibile”, diventa parte attiva della rete di cura. Chiara Celentano ci illumina su come la cultura e la narrazione possano trasformare la RSA in una vera infrastruttura culturale e comunitaria, cambiando lo sguardo sulla fragilità. Fabio Cavicchi ci racconta di progetti partecipati di welfare di comunità nell’Appennino bolognese, mentre Simona Bresciani e Angela Mingon esplorano servizi differenziati e modelli abitativi innovativi che riconsegnano dignità e autonomia nella terza età. Maurizio Cansone introduce il *Lean Thinking*, dimostrando come l’organizzazione possa diventare essa stessa *cura*, ottimizzando i processi per liberare tempo prezioso da dedicare alla relazione. Monica Zanolla analizza come l’analisi organizzativa possa fungere da motore per un cambiamento positivo nelle strutture residenziali. Claudia Ballabio e Irina Caverniuc descrivono *Residenza 20*, un’esperienza di presa in cura temporanea che risponde a bisogni complessi con un approccio altamente personalizzato. Paola Roma evidenzia le problematiche legate all’invecchiamento della popolazione, sottolineando la necessità impellente di questi nuovi modelli. Ferdinando Schiavo, con la sua prospettiva critica, ci mette in guardia dalle “mine invisibili” dei farmaci, invocando una “medicina fatta col cuore e senza fretta” e una maggiore umanità. Infine, Miriam Moretti ci incanta con la “rivoluzione freinetiana” nei Centri Sollievo, che dà voce ai desideri e promuove l’emancipazione attraverso la pedagogia democratica.

Attraverso queste testimonianze, questo volume vuole essere un manifesto. Un richiamo all’azione, alla collaborazione e alla condivisione. È un invito a riconoscere e valorizzare le buone pratiche: azioni misurabili, sostenibili, innovative e trasferibili, capaci di generare un reale valore aggiunto per la qualità della vita dei residenti. L’obiettivo finale è costruire un “Ben-Essere organizzativo” che coinvolga residenti e operatori, creando una rete di eccellenza condivisa in cui la cura si traduce in umanizzazione, dignità ed emozione. Questo libro è, dunque, la prova tangibile che il futuro dell’assistenza agli anziani non si costruisce attendendo le riforme perfette, ma agendo qui e ora, con coraggio e visione, dalla base. È attraverso questa progettualità condivisa e la cultura delle buone pratiche che si edifica la RSA del futuro, un luogo dove la cura diventa vita e la residenza si fa comunità.

RSA che costruiscono il loro futuro

di *Elena Weber*

Le RSA¹ oggi stanno individuando la modalità di costruire il loro futuro su tre linee di indirizzo: innovazione, *community building* e sostenibilità. Parto allora da questo ultimo punto, dalla sostenibilità, esaminando una notizia pubblicata recentemente da Futura network², sito di dibattito che si definisce teso a «valutare e decidere oggi quale futuro vogliamo e possiamo scegliere tra i tanti possibili». La notizia pubblicata dal sito ci dice che, di fronte ai risultati ridotti della Cop30, al forfait degli Stati Uniti e al passo indietro dell'Europa, la Cina accelera puntando alla leadership climatica. La sostenibilità cinese risulterebbe essere dedicata soprattutto all'ambito energetico ed in particolare alle energie rinnovabili³.

Sembrerebbe perché la Cina in realtà, grazie a contatti con enti ed organizzazioni europee ha già realizzato⁴ da un lato programmi di formazione, esplorando diversi aspetti aziendali, come l'importanza della mission e della vision, l'analisi dei diversi modelli strategici, la gestione della qualità, il rapporto tra progettazione di strutture ed il business concept, i modelli di business ed i principi di innovazione sociale. Inoltre, sempre grazie allo stesso scambio è stata avviata la creazione di una piattaforma tra fornitori di servizi e imprenditori nel settore dell'assistenza agli anziani in Europa e Cina, con lo scopo di imparare gli uni dagli altri e con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone anziane. Il primo evento di lancio di questa

¹ RSA significa Residenza Sanitaria Assistenziale, una struttura sociosanitaria extra-ospedaliera che accoglie principalmente persone anziane non autosufficienti, offrendo assistenza medica, infermieristica, riabilitativa (*fisioterapia*) e supporto globale per migliorare l'autonomia e la qualità della vita, quando non possono essere assistiti adeguatamente a domicilio.

² Chi siamo - futuranetwork.eu - <https://futuranetwork.eu/descrizione/>, 23.11.2025.

³ *Tecnologie, investimenti e terre rare: come la Cina punta alla leadership climatica*, <https://futuranetwork.eu/focus/533-6036/tecnologie-investimenti-e-terre-rare-come-la-cina-punta-all-a-leadership-climatica>, 23.11.2025.

⁴ *Training & Education - European Centre for Research and Education in Ageing Services*, <https://www.ecreas.eu/c/training-education>, 22.11.2025.

piattaforma si è tenuto ad agosto 2023, in formato ibrido fra la Nanjing University (quale sede fisica) ed online, con contatti in Italia ed in Olanda⁵.

Dai dati statistici del *National Bureau of Statistics of China*, alla fine del 2022, erano complessivamente 43mila le istituzioni d'assistenza sociale che fornivano alloggio, di cui 40mila erano istituzioni d'assistenza agli anziani e 899 erano istituzioni per il benessere, l'assistenza e la protezione dell'infanzia. Le istituzioni di assistenza sociale fornivano poco meno di 8,5 milioni di posti letto, di cui poco più di 8 milioni per gli anziani e circa 100mila per i bambini. Alla fine del 2022, erano 29mila i centri di servizi comunitari e 509mila le stazioni di servizi comunitari⁶. Capiamo da queste attività, come sia sempre più importante puntare sullo sviluppo di tutte le attività che gli obiettivi di sviluppo sostenibile ci indicano perché dobbiamo lottare contro quella linea di tendenza che è stata così definita dal Presidente Mattarella: oggi la sostenibilità viene percepita più come un fastidio che un investimento sul futuro.

In quest'ottica si inserisce RINATA puntando all'analisi a livello italiano delle Buone prassi che anticipano esigenze e tendenze del settore, puntando a un livello superiore di qualità e innovazione nella cura dei residenti. RINATA, lo dice la parola, vuole far rinascere il settore dei servizi di assistenza a lungo termine lavorando su diverse linee di attività. C'è ancora una linea di attività che è quella legata all'organizzazione di attività di formazione e di aggiornamento professionale.

Non siamo soli in questa sfida e la compagine degli autori di questo testo (*che ringrazio*) lo dimostra: penso inoltre che alcuni spunti che trovate sul sito dell'associazione possano essere di supporto. Un primo riferimento è alla frase che ci ricorda «Dove la cura incontra il coraggio, nasce una comunità che genera futuro. RINATA non è solamente un'associazione, ma un movimento condiviso per chi crede che dignità, umanità e responsabilità siano fondamenti e non eccezioni. Per chi ogni giorno, nel proprio agire, costruisce il cambiamento»⁷.

Penso, e conto che possiate condividere il pensiero, che siamo qui oggi per puntare al cambiamento per sviluppare un mondo di servizi di qualità dove la sostenibilità non è una parola, è un modo di vivere – per i residenti – e di lavorare – per tutti quanti noi.

⁵ https://www.stats.gov.cn/english/PressRelease/202302/t20230227_1918979.html, 23.11.2025.

⁶ <https://asvis.it/notizie-sull-alleanza/19-24183/rapporto-asvis-la-sostenibilita-non-e-un-fastidio-ma-un-investimento-sul-futuro>.

⁷ Una comunità nazionale per il benessere degli anziani-Aps RINATA ETS, <https://www.aps-rinata.it/>, 22.11.2025.

Vi lascio con una frase che non è mia, non è nostra, è di Susan Sontag⁸ e, pensate, l'ha scritta nel 1947 quando ha pubblicato il volume dal titolo RINATA: «Il solo criterio per giudicare qualsiasi azione è l'effetto ultimo che essa produce sulla felicità o l'infelicità di un individuo». Penso, ogni volta che rileggo questa frase, che la Sontag volesse, fra gli altri spunti, pensare ai servizi di assistenza a lungo termine, ed all'impatto che essi hanno sulla felicità, speriamoci, dei nostri residenti.

⁸ Sontag S., *Reborn. Journals & Notebooks. 1947–1963*, Macmillan Publishers, New York, USA, 1947, p. 3.

Caregivers familiari in RSA. Verso un nuovo paradigma di assistenza integrata e sostenibile

di *Annapaola Prestia*

1. Introduzione: il peso invisibile del caregiving familiare

Nel mondo dell’assistenza agli anziani e alle persone con fragilità, la figura del *caregiver* familiare, spesso donna, riveste un ruolo cruciale, ma è anche una risorsa troppo spesso trascurata, sottovalutata, eppure densa di implicazioni emozionali, sociali ed etiche. Molti caregiver vivono un forte senso di responsabilità morale, accompagnato dal timore di non fare “abbastanza” per la persona cara la quale, a sua volta, non vorrebbe pesare sul proprio caro ma non può fare a meno di chiedere aiuto, a volte anche con modalità confuse e ambivalenti: questo vissuto di coppia (“persona con demenza e familiare” che è ancora più forte quando la persona malata è un genitore, in special modo una madre e, ad assistere, c’è una figlia femmina), che alcuni autori definiscono *guilt-feeling* o “colpa riconoscente”, può produrre un notevole carico psicologico, con conseguenze negative sull’umore, sulla salute mentale, e sulla qualità stessa dell’assistenza¹.

Il *caregiving*, soprattutto nel contesto della demenza, si configura spesso come un’attività lunga, complessa e totalizzante. Questo significa che il benessere del caregiver va considerato non come effetto collaterale, ma come parte integrante della buona cura. Dai dati emerge come l’impatto fisico e psicologico dello stress del caregiver (*o caregiver burden*) influisca negativamente non solo sul caregiver stesso, ma anche sulla qualità dell’assistenza e sulla sostenibilità del sistema di cura².

In questo contesto, le RSA e le strutture residenziali rappresentano un punto di snodo: da un lato accolgono persone fragili che necessitano di cure

¹ Prunty M.M., Folti K.J., *Guilt Experienced by Caregivers to Individuals with Dementia: A Concept Analysis*, «Int J Older People Nurs», 2019, 2.

² Pudelewicz A., Talarzka D., Bączyk G., *Burden of Caregivers of Patients with Alzheimer’s Disease*, «Scandinavian Journal of Caring Science», 2019, 33, 2, pp. 336-341.

continuative; dall'altro, possono offrire un'occasione per ripensare il ruolo dei caregiver familiari, non come estranei relegati ai margini, ma come parte attiva, riconosciuta e valorizzata della rete di cura.

In questo articolo sosteniamo che l'integrazione formale dei caregiver (familiari e non) nelle pratiche delle RSA, accompagnata da buone prassi di supporto, formazione e tecnologia assistiva, possa rappresentare una soluzione d'innovazione, *community building* e sostenibilità, in grado di anticipare le esigenze future del settore.

2. Perché i caregiver familiari sono essenziali anche in RSA

Quando una persona fragile viene accolta in una casa di riposo o RSA, si tende a pensare che il ruolo del caregiver familiare sia superfluo, quasi come se il trasferimento significasse affidare completamente la cura del proprio caro al personale. Tuttavia, la letteratura dimostra che il coinvolgimento attivo della famiglia nella cura continua a essere importante, e anzi può migliorare la qualità della vita del residente e la qualità dell'assistenza³.

Un recente studio qualitativo su caregiver di persone con demenza in RSA ha evidenziato come molti familiari desiderino mantenere una relazione significativa con il loro caro anche dopo il ricovero. Tale coinvolgimento, che può tradursi in visite, partecipazione ad attività, supervisione, contributi affettivi, produce benefici non solo per il residente (migliore umore, senso di continuità, identità preservata), ma anche per i caregiver stessi, che riportano senso di utilità, soddisfazione e benessere emotivo⁴. In generale, l'inclusione della famiglia nei processi assistenziali è vista come un pilastro della cura centrata sulla persona nelle strutture di degenza e assistenza a lungo termine⁵.

Tuttavia, e qui entra in gioco il concetto di colpa riconoscente, è frequente che i familiari, pur volendo partecipare, si sentano in colpa per aver affidato la cura a una struttura, o abbiano difficoltà a definire il loro ruolo: troppo poco "familiari" da restare semplici visitatori, troppo *caregiver* per essere

³ "National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Health Care Services; Committee on the Quality of Care in Nursing Homes", in *The National Imperative to Improve Nursing Home Quality: Honoring Our Commitment to Residents, Families, and Staff*, National Academies Press, Washington (DC), 2022, April 6, 5.

⁴ van Corven C.T.M., Bielderman A., Lucassen P.L.B.J. *et alii.*, *Family Caregivers' Perspectives on their Interaction and Relationship with People Living with Dementia in a Nursing Home: A Qualitative study*, «BMC Geriatrics», 22, 212, 2022.

⁵ Williams S.W., Zimmerman S., Williams C.S., *Family Caregiver Involvement for Long-term Care Residents at the End of Life*, «The Journals of Gerontology: Series B, Psychological Sciences and Social Sciences», 2012, 67, 5, pp. 595-604.

considerati solo come ospiti. Senza una chiara cultura del coinvolgimento e uno spazio strutturato per la loro partecipazione, rischiamo di perdere una risorsa umana ed emotiva fondamentale.

3. La sfida dello stress e del burnout: caregiver familiari e operatori in RSA

Il *caregiving* non si limita al domicilio. Anche nelle RSA, molti familiari continuano a essere coinvolti in compiti di supervisione, socializzazione, gestione di esigenze personali e di relazione. Questo coinvolgimento, se non supportato, può generare stress, senso di inadeguatezza, conflitti relazionali e fatica emotiva, sia per i familiari sia per il personale. Per i *caregiver* familiari, lo stress deriva spesso da emozioni complesse: senso di colpa per aver “delocalizzato” la cura, paura di perdere il contatto, difficoltà a riconoscere un nuovo ruolo. Per i *caregiver* professionali (operatori sociosanitari, infermieri, psicologi e altri professionisti della cura), l'eccessivo coinvolgimento familiare può rappresentare una fonte di conflitto, aumento del carico lavorativo e insoddisfazione⁶. Una revisione sistematica di letteratura ha evidenziato che, nonostante le difficoltà, il coinvolgimento familiare strutturato nelle RSA è associato a risultati positivi: miglior rapporto tra staff e famiglie, maggiore soddisfazione rispetto alla cura, maggiore benessere dei residenti, riduzione della percezione di abbandono e isolamento⁷.

Dunque, il problema non è solo tecnico o organizzativo: è culturale. Le RSA del futuro, per essere sostenibili, umane e innovative, devono riconoscere i caregiver come parte integrante della comunità di cura, investire sul loro sostegno, e costruire percorsi di integrazione, ascolto e supporto.

4. Buone prassi per valorizzare i caregiver nelle RSA: un modello possibile

Partendo dai principi emergenti nella letteratura e cioè il riconoscimento del caregiver, il suo coinvolgimento attivo, la comunicazione trasparente ed

⁶ Sezione di Gerontologia Psico-Sociale Motivazione lavorativa e stress del caregiver formale in RSA: Nuzzo M.D. *et alii*, *Working Motivation and Stress of Professional Caregivers in Nursing Homes*, «G GERONTOL», 2012, 60, pp. 28-35.

⁷ Hovenga N., Landeweerd E., Zuidema S., Leget, S., *Family Involvement in Nursing Homes: An Interpretative Synthesis of Literature*, «Nursery Ethics», 2022, 29, 6, pp. 1530-1544.

il supporto formale, possiamo delineare alcune buone prassi concrete che le RSA possono adottare fin da oggi.

Coinvolgimento strutturato e partecipazione attiva.

- Invitare i familiari a partecipare regolarmente a riunioni di gruppi multidisciplinari;
- prevedere momenti di “accoglienza familiare” al momento del ricovero per raccolta storia di vita, abitudini, preferenze e più avanti, durante la permanenza della persona in struttura, per confrontarsi su nuove abitudini e quotidianità;
- promuovere la partecipazione dei familiari a momenti ricreativi, socializzazione, attività personalizzate.

Supporto psico-educativo e gruppi di sostegno per caregiver.

- Prevedere corsi, gruppi di auto-mutuo-aiuto, consulenze psicologiche per familiari;
- offrire formazione su temi come demenza, gestione del comportamento, comunicazione efficace, stress e burnout.

Utilizzo di tecnologie assistive e domotica.

- Introduzione di dispositivi semplici: promemoria digitali, sensori ambientali, sistemi di orientamento, illuminazione adattiva;
- uso di tecnologie per videochiamate familiari, visione condivisa di foto, musica e stimoli reminiscenza;
- utilizzo in sicurezza di strumenti per monitoraggio discreto del rischio cadute o allontanamento, al fine di diminuire ansia e stress da parte dei caregiver e migliorare la qualità della vita dei residenti e degli operatori.

Modelli flessibili di collaborazione tra familiari e staff.

- Definizione chiara dei ruoli, responsabilità e delle modalità di intervento della famiglia con la struttura;
- piani personalizzati di cura condivisi tra staff e famiglie;
- valutazione periodica della qualità del rapporto care team-famiglia e degli esiti sul benessere del residente.

Promozione di una cultura del rispetto, della dignità e della comunità.

- Valorizzare la storia, l’identità e la biografia della persona attraverso il coinvolgimento familiare;
- riconoscere la dignità di chi assiste e chi è assistito, promuovendo dignità, appartenenza e continuità affettiva;
- favorire la socializzazione, l’ascolto, l’empatia come elementi centrali della cura.

5. Le associazioni dei familiari come risorsa strutturale per le RSA

Negli ultimi anni, numerose pubblicazioni internazionali hanno sottolineato come i familiari non siano solo visitatori, ma veri partner di cura. Tuttavia, questo potenziale si amplifica ulteriormente quando i familiari si organizzano in forma associativa. Le associazioni di familiari, infatti, rappresentano un modello virtuoso già diffuso in diversi Paesi europei, capace di creare un ponte stabile tra le RSA, le famiglie e la comunità. Costituirsi in associazione consente ai familiari di trasformare il proprio vissuto, spesso segnato da sofferenza, senso di colpa riconoscente e isolamento emotivo, in una forza collettiva dotata di capacità operativa, consultiva e partecipativa. Questi gruppi possono infatti rappresentare in modo unitario i bisogni dei residenti e dei caregiver ma anche collaborare con le direzioni delle strutture nella definizione di attività, spazi e servizi; partecipare alla co-progettazione di iniziative di sollievo, benessere e inclusione, offrendo, allo stesso tempo un supporto tra pari strutturato, riducendo stress e burnout familiare. Inoltre possono promuovere cultura e conoscenza sulla demenza, contrastando stigma e pregiudizi. Le associazioni diventano così “antenne sensibili”, capaci di intercettare i bisogni emergenti prima che diventino criticità, fungendo da osservatorio partecipato della qualità dell’offerta assistenziale. La letteratura evidenzia che la presenza attiva di associazioni dei familiari nelle strutture favorisce un clima più collaborativo, aumenta la trasparenza dei processi e migliora la soddisfazione sia delle famiglie che del personale⁸.

Per le case di riposo che intendono innovare, puntare alla sostenibilità e costruire comunità inclusive, facilitare la nascita e il consolidamento di associazioni di familiari rappresenta una leva strategica, non un elemento accessorio. Queste organizzazioni permettono infatti di far entrare la comunità nella struttura, di condividere responsabilità e visioni e di creare un modello realmente centrato sulla persona, basato su collaborazione, corresponsabilità e rispetto reciproco.

⁸ Gaugler J.E, Millenbah A.N., Jensen C.J., Bailey D., Yam H., Baker Z.G., *Connecting Dementia Caregivers to Recommended Services: Care to Plan*, «Journal of Gerontological Nurseries», 2023, 49, 10, pp. 5-11; Moniz-Cook E., Vernooij-Dassen M., Woods B., Orrell M., *Psychosocial Interventions in Dementia Care Research: the INTERDEM Manifesto*, «Aging Mental Health», 2011, 15, 3, pp. 283-90.

6. I caregiver non come “ancora di salvezza”, ma come ponte verso un’assistenza più umana e sostenibile

Guardare al caregiver solo come “chi sostituisce” il lavoro della RSA quando gli operatori in turno sono pochi significa perdere una grande opportunità. I *caregiver* familiari, con la loro conoscenza della storia, delle preferenze, della biografia della persona, sono portatori di un capitale di cura inestimabile. Quando messi al centro da un progetto strutturato, possono contribuire in modo determinante:

- al miglioramento della qualità di vita del residente, garantendo continuità affettiva, identità, senso di appartenenza;
- a ridurre la pressione sull’organizzazione, diventando collaboratori nel processo di cura condivisa;
- a incrementare l’efficacia degli interventi non farmacologici, grazie all’apporto di conoscenza personale, reminiscenza, stimoli emotivi;
- a promuovere sostenibilità sociale e comunitaria, preservando il legame familiare e contrastando l’isolamento.

Questo modello, tuttavia, richiede una struttura di supporto, una governance culturale che riconosca la figura del caregiver come parte integrante della comunità di cura.

7. Verso un modello di RSA futuro innovativo, *community oriented* e sostenibile

Il fenomeno dell’invecchiamento demografico, l’aumento delle demenze e delle fragilità, chiedono oggi più che mai un ripensamento radicale del modello di cura nelle strutture residenziali. Le RSA non possono più essere viste come contenitori puramente sanitari: devono diventare comunità di cura, in grado di integrare famiglie, residenti, operatori, tecnologie e territorio in un progetto condiviso di dignità, relazione e benessere.

Il coinvolgimento attivo dei caregiver, prima considerati esterni, ora riconosciuti come centrali, rappresenta un cambio di paradigma: dalla solitudine dell’assistenza alla comunità della cura. Le “buone prassi” in termini di inclusione, formazione, supporto, partecipazione e tecnologia assistiva non sono optional: sono essenziali per rispondere alle sfide future.

Una RSA che decida di investire su queste dimensioni non solo migliora la qualità della vita dei residenti, ma costruisce un modello sostenibile, umano e durevole nel tempo.

Negli anni a venire, chi saprà coniugare competenza clinica, cura psicologica, valorizzazione del legame familiare, partecipazione comunitaria e innovazione tecnologica, avrà nelle mani il futuro dell'assistenza agli anziani e delle persone fragili. Un futuro che non separa, ma unisce. Un futuro che cura, con il cuore e con la testa.

SOFIA – Sostenere Ogni Famiglia In Autonomia è una realtà nata nel 2021 con una vocazione sociale chiara e profonda: offrire a chi vive fragilità, come anziani, persone con demenza e familiari o caregiver, un sostegno concreto, qualificato e centrato sulla persona. La nostra missione è permettere a chi è in difficoltà di restare a casa propria il più a lungo possibile, con dignità, autonomia e qualità della vita.

Crediamo che la cura non possa prescindere dall'innovazione: per questo integriamo alla relazione umana strumenti tecnologici e approcci multidisciplinari. Abbiamo depositato un brevetto per occhiali assistivi pensati per supportare la memoria quotidiana; progettiamo ambienti domestici adattati con domotica e dispositivi di sicurezza; offriamo consulenze ambientali personalizzate per rendere gli spazi più accessibili e accoglienti. La tecnologia al servizio della persona diventa così mezzo per restituire serenità e autonomia.

Sul piano operativo, siamo attivi con numerosi progetti su tutto il territorio della regione Friuli Venezia Giulia: “*Tempo di Benessere*” a Gradisca d’Isonzo (GO), con gruppi di stimolazione cognitiva e sollievo per i caregiver; “*Caffè Alzheimer*” a Monfalcone (GO) e “*Caregiverando*” in vari Comuni dell’Isontino, per offrire supporto alle famiglie; “*Angeli Isontini*” nel territorio del comune di Farra d’Isonzo (GO), una rete di accompagnamento per anziani soli o fragili; i nostri percorsi formativi per assistenti familiari in partnership con l’ente di formazione regionale, per professionalizzare chi si prende cura a domicilio; e la nuova sede di Manzano (UD), pensata come spazio polifunzionale per corsi, gruppi, consulenze e attività di socializzazione.

SOFIA è una startup innovativa a vocazione sociale che opera attraverso una rete multidisciplinare (*psicologi, educatori, terapisti, operatori sociosanitari, logopedisti, nutrizionisti, ma anche esperti in tecnologia assistiva e domotica*). Offriamo formazione continua, sostegno psicologico, progetti su misura, attività di stimolazione cognitiva e motoria, laboratori, supporto ai familiari, orientamento alle migliori soluzioni domiciliari.

La nostra forza è l’integrazione: uniamo umanità, professionalità e innovazione per dare risposte reali alle esigenze delle persone fragili e delle loro famiglie. SOFIA non è solo un servizio: è un progetto di comunità, un network che cresce intorno alle persone, un ponte tra bisogno e dignità, tra cura e autonomia.

<https://sofiaperlafamiglia.it/>

La RSA che vorrei. Una progettualità condivisa nella rete delle buone pratiche

di *Franco Iurlaro*

L’evoluzione della società contemporanea impone una profonda riflessione sul ruolo e la funzione delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). Lontane dalla mera assistenza, le RSA del futuro devono abbracciare i valori attuali della comunità, promuovendo un’autentica umanizzazione dei servizi e integrandosi organicamente nel tessuto sociale locale. L’obiettivo primario è la creazione di ambienti che non solo accolgano le persone anziane, ma che, in una visione rinnovata, favoriscano l’empowerment e l’invecchiamento attivo, prevenendo l’isolamento sociale.

1. Le RSA come centri multiservizi e di vita attiva

In questa prospettiva, le RSA sono chiamate a trasformarsi in veri e propri centri multiservizi, punti di riferimento per attività culturali, sociali e associative. Questo implica l’adozione di interventi altamente personalizzati e una valutazione multidimensionale che garantisca a ciascun anziano un “progetto di vita” su misura, attento alle sue esigenze, desideri e potenzialità. La Gerontologia, con i suoi modelli psico-socioeducativi, assume in questo contesto un ruolo fondamentale, offrendo gli strumenti teorici e pratici per migliorare il benessere complessivo degli anziani, andando oltre la semplice cura della patologia. Si tratta di ripensare i modelli di cura, aprendo le RSA all’esterno e al territorio, creando percorsi in rete e spazi di ascolto, per una “più vera presa in carico, più progetti di vita, più emozioni”.

2. Le Buone Pratiche: fondamento dell’innovazione e della qualità

Per raggiungere questa visione ambiziosa, è indispensabile affidarsi a un approccio metodologico rigoroso, basato sull’identificazione e la diffusione delle buone pratiche. Una buona pratica può essere definita come un’azione che introduce un modo nuovo e più efficace di operare, superando le abitudini consolidate e distinguendosi per i risultati positivi ottenuti. Non si tratta solo di esperienze significative per l’organizzazione, ma di vere e proprie strategie atte a ottenere risultati di qualità, misurabili e confrontabili.

In questo contesto di continua evoluzione e ricerca dell’eccellenza, è cruciale esercitare un discernimento critico per distinguere le genuine buone prassi da quelle che potremmo definire “falsi profeti”. Il settore è costantemente alimentato da proposte innovative, consulenze e partecipazioni a eventi, ma non tutte contribuiscono concretamente alla crescita della qualità e alla rilettura del quotidiano. Molte, infatti, si rivelano meri slogan senza contenuto, lontani dalla realtà operativa e dalla professionalità richiesta. È imperativo, dunque, riconoscere le esperienze significative che, con etica della cura e onestà intellettuale, puntano a ottenere risultati misurabili e confrontabili in termini di qualità e benessere, differenziandole da quelle che si basano su una pseudo-scienza o una pura promozione commerciale. La diffusione delle buone prassi autentiche diventa così un atto volontario di narrazione, scambio e sperimentazione, indispensabile per il miglioramento continuo e la ricerca di un’eccellenza eticamente fondata.

Le caratteristiche distintive di una buona pratica sono molteplici e interconnesse.

- *Misurabilità*: la possibilità di quantificare l’impatto dell’iniziativa, rendendola oggettivamente valutabile.
- *Innovatività*: la capacità di generare soluzioni nuove e creative per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e la tutela dei residenti.
- *Sostenibilità*: l’attitudine a fondarsi sulle risorse esistenti o a generare nuove risorse, assicurandone la continuità nel tempo.
- *Riproducibilità / Trasferibilità*: la possibilità di essere replicata e applicata con successo in contesti e situazioni diverse da quelle originarie, facilitandone la diffusione.
- *Valore Aggiunto*: un impatto positivo e tangibile sui diritti dei residenti e sulla promozione della loro qualità di vita.

In sintesi, le buone prassi rappresentano il raggiungimento degli obiettivi di qualità: un’organizzazione che le interiorizza è in grado di valorizzare il proprio operato e di trasformare le esperienze migliorative in modelli operativi da condividere. Questo processo nasce spesso dalla necessità di superare

una difficoltà o di rispondere a un nuovo bisogno, innescando una ricerca di strategie innovative e un processo riflessivo sul lavoro quotidiano e la cooperazione.

3. Le Buone Pratiche come motore del cambiamento organizzativo e culturale

L'applicazione delle buone prassi implica un profondo cambio di prospettiva, che si manifesta in particolare nell'ambito dell'appropriatezza gestionale. Questa, intesa come una dimensione chiave della qualità, correla concetti come efficacia, efficienza, equità e la rispondenza ai reali bisogni, tenendo conto anche della variabilità geografica. Le buone prassi orientano un itinerario di cambiamento che garantisce nel tempo la sostenibilità delle innovazioni. Non si tratta di azioni drastiche e totalizzanti, ma di un percorso selettivo volto a identificare le aree e le specificità organizzative da valorizzare e quelle che necessitano di intervento, con una chiara visione degli obiettivi finali.

Questo processo di trasformazione mira al *Ben-Essere organizzativo*, inteso in due accezioni fondamentali:

- uno stato che coinvolge tutti gli aspetti dell'essere umano, caratterizzando la qualità della vita di ogni singola persona.
- la capacità di un'organizzazione di promuovere e mantenere il più alto grado di benessere fisico, psicologico e sociale non solo dei residenti in cura, ma anche degli operatori che se ne prendono cura.

Il cambiamento organizzativo, guidato dalle buone prassi, non può prescindere da due dimensioni essenziali: quella umana (le persone che costituiscono e vivono l'organizzazione) e l'innovazione (le azioni che portano a una trasformazione). Le parole chiave di questo processo di innovazione culturale sono: innovazione organizzativa, creatività, conoscenze, capacità e competenze.

Quando le buone prassi diventano parte integrante della cultura organizzativa, si assiste a una metamorfosi profonda. La cultura organizzativa, un patrimonio eterogeneo e in continua evoluzione fatto di valori, norme, simboli e linguaggi, si arricchisce delle pratiche individuali e collettive generate dall'innovazione. Le buone prassi ci orientano a ripensare l'organizzazione e il clima interno, ponendo al centro le persone – sia residenti che operatori – che vivono insieme l'esperienza e la storia dei luoghi di cura.

4. Il valore concreto e la replicabilità delle Buone Pratiche

Il valore di una buona pratica in una struttura residenziale per anziani o persone fragili è inestimabile. Essa dimostra come, anche in contesti di restrizioni economiche e di un generale abbassamento dei valori, sia possibile operare con un orizzonte qualitativo elevato, per dare maggiore benessere a chi vive situazioni di fragilità. È commovente osservare l'impegno e gli sforzi finalizzati a una maggiore qualità di vita, dove la multidisciplinarità si armonizza per far sentire le persone “meglio”, per ricordare loro che la vita è preziosa e i patrimoni umani e sociali mantengono il loro valore anche nelle difficoltà estreme.

Tuttavia, le buone prassi non sono né semplici né improvvise. Richiedono mesi, anni di lavoro, di perfezionamento costante, di studio dei processi e dei relativi feedback, di analisi dei risultati e di affinamento degli indicatori. Un impegno totale e autentico. Un aspetto cruciale è la loro trasferibilità, ossia la possibilità di esportare e replicare il progetto in contesti e territori diversi. Per questo, è fondamentale incrementare le azioni di benchmarking, creando reti di informazioni e di esperienze da condividere e adattare ai contesti specifici.

È essenziale affinare continuamente gli indicatori di performance per valorizzare al meglio ogni buona pratica, rendendola sostenibile e misurabile. Questo richiede un costante processo di revisione e perfezionamento, che contribuisce a creare un clima positivo per il personale, spesso lasciato alle sole buone prassi individuali. Al di là di ogni misurazione tecnica, la testimonianza più autentica dell'efficacia di una buona pratica si manifesta nei volti e nei gesti degli assistiti: uno sguardo più dolce, un accenno di sorriso o una diminuzione dei farmaci, sono segni profondi di luce e di benessere che confermano il successo del percorso intrapreso.

5. Conclusione: verso una Rete di eccellenza condivisa

In definitiva, la conoscenza, la condivisione e lo scambio delle buone pratiche disponibili, trasferibili e ripetibili, non sono solo un metodo, ma uno strumento indispensabile per il miglioramento continuo dei servizi erogati e per la ricerca dell'eccellenza. Esse permettono di superare la standardizzazione e di valorizzare le specificità, trasformando le RSA in luoghi vivi, aperti e inclusivi. L'obiettivo è quello di creare una rete dinamica di esperienze, capaci di innovare, di curare e di emozionare, garantendo “più vera presa in carico, più progetti di vita, più emozioni” per ogni persona anziana.

È attraverso questa progettualità condivisa e la cultura delle buone pratiche che si costruisce la RSA del futuro, un luogo dove la cura diventa vita, e la residenza si fa comunità.

La RSA come infrastruttura culturale e comunitaria. Pratiche di innovazione sociale in un contesto non abilitante

di Chiara Celentano

Un’immagine che cambia lo sguardo. C’è un’immagine che ha orientato in modo decisivo il nostro modo di intendere la cura in RSA. Dopo un laboratorio intergenerazionale del progetto *Nonno Fedro*, abbiamo chiesto ai bambini di disegnare ciò che quell’esperienza aveva lasciato loro. Nei disegni dei bambini compaiono spesso draghi, principesse, case, alberi, personaggi delle fiabe. Quella volta, accanto ai personaggi delle storie, sono comparsi anche gli anziani in carrozzina: colorati, sorridenti, presenti.

Per quei bambini – compresi i figli di alcuni membri del nostro staff – gli anziani non erano più figure marginali o fragili, ma qualcosa di bello, degno di essere ricordato e portato su un foglio. In quel momento abbiamo compreso che la cultura non è un’attività accessoria, né un abbellimento della quotidianità assistenziale: è un ponte che cambia lo sguardo. Ed è proprio questo cambiamento di sguardo che rende possibile l’innovazione, anche nei contesti meno abilitanti.

Il contesto non abilitante della RSA. Le RSA operano oggi in un contesto strutturalmente complesso. Vincoli normativi stringenti, sostenibilità economica fragile, carenza di personale, pressione organizzativa e una rappresentazione sociale della RSA come luogo di fine vita costituiscono fattori che spesso ostacolano l’attivazione di processi innovativi. Chi lavora in RSA lo sa bene: il tempo corre sempre un po’ più veloce delle persone. E quando il tempo accelera, accade qualcosa di sottile ma pericoloso: le persone rischiano di diventare compiti. Il gesto si riduce a sequenza, la storia dell’altro resta fuori fuoco, la fragilità viene compressa in un bisogno assistenziale. In questo scenario, la cultura rischia di essere percepita come superflua, non prioritaria, talvolta persino come distrazione rispetto alla “vera” cura. Noi abbiamo scelto di muoverci in direzione opposta. Non aggiungere attività, ma ripensare le posture. Non fare di più, ma guardare diversamente.

L'innovazione, nel nostro contesto, non è nata perché le condizioni erano favorevoli, ma nonostante fossero parzialmente ostacolanti.

Cultura e narrazione come postura di cura. La tesi che guida il nostro lavoro è semplice e al tempo stesso radicale: la cultura, la letteratura e la narrazione non sono intrattenimento, ma strumenti di cura, di dignità e di cittadinanza. Leggere, ascoltare, raccontare non significa “riempire il tempo”, ma riconoscere la persona come portatrice di senso, di storia, di identità. La cultura non teme la fragilità: la attraversa. La letteratura dà parole a ciò che spesso fa paura dire, la narrazione restituisce continuità biografica, la bellezza invita a sostare. In un tempo che ha frammentato il senso e reso la cura sempre più procedurale, tornare all'*humanitas* diventa un atto etico e politico. La RSA, proprio perché accoglie le forme più evidenti della vulnerabilità umana, può diventare uno dei luoghi più fertili per questo ritorno.

Il caso della Residenza Richelmy. La Residenza Richelmy di Torino, appartenente al gruppo Emeis, è inserita in un contesto urbano complesso e ricco di relazioni potenziali. Negli ultimi anni abbiamo intrapreso un percorso di trasformazione organizzativa e culturale che ha progressivamente ridefinito l'identità della struttura. La scelta non è stata quella di introdurre singoli progetti, ma di costruire un ecosistema culturale coerente, capace di mettere in relazione residenti, famiglie, operatori e territorio. In questo processo, la RSA ha iniziato a riconoscersi e a proporsi come soggetto attivo di innovazione sociale, e non solo come luogo di erogazione di prestazioni sociosanitarie.

La trasformazione come processo collettivo. Un elemento centrale del percorso è stato il coinvolgimento progressivo dello staff. La trasformazione non è stata imposta, né calata dall'alto, ma accompagnata nel tempo attraverso la condivisione di senso, la sperimentazione graduale e la valorizzazione delle competenze relazionali degli operatori. La cultura è diventata una postura condivisa: un modo di stare nella relazione, di leggere i comportamenti, di interpretare i bisogni. Questo ha favorito un cambiamento non solo nelle pratiche, ma nel linguaggio e nello sguardo professionale, rafforzando il senso di appartenenza a una comunità di cura.

Pratiche di innovazione sociale attraverso la cultura. Le pratiche culturali sviluppate all'interno della Residenza Richelmy non nascono come iniziative isolate, ma come espressione coerente di una visione di cura che riconosce la persona nella sua interezza. Ogni esperienza è stata pensata per

incidere simultaneamente su tre livelli: la qualità della vita dei residenti, la postura professionale degli operatori e la relazione con il territorio.

Nonno Fedro - L'intergenerazionalità come dispositivo relazionale. I laboratori *Nonno Fedro* rappresentano una delle prime esperienze strutturate di apertura intergenerazionale della RSA. Attraverso la mediazione della narrazione, bambini e anziani condividono uno spazio di ascolto e di parola che sospende le etichette legate all'età e alla fragilità. Una figura simbolica – Nonno Fedro – accompagna la lettura di fiabe, racconti e brani letterari, facilitando l'identificazione e creando una distanza protettiva che rende l'incontro più accessibile a tutti. Dopo la lettura, il dialogo collettivo permette ai bambini di porre domande e agli anziani di rispondere, recuperando un ruolo sociale attivo e riconosciuto. Il momento del disegno finale, affidato ai bambini, diventa uno strumento di restituzione potente: nei fogli compaiono non solo i personaggi delle storie, ma anche gli anziani, rappresentati come figure significative. In questo passaggio si rende visibile un cambiamento di sguardo che va oltre il laboratorio e che incide sulla costruzione di una cultura comunitaria più inclusiva.

MAI SOLI - La biografia come strumento operativo di cura. Il progetto *Mai soli* nasce dalla necessità di trasformare la conoscenza biografica della persona da sapere frammentato a strumento quotidiano di cura. In una comunità complessa, composta da numerosi residenti e operatori, il rischio è che le informazioni sulla storia di vita restino patrimonio di pochi, perdendo efficacia operativa. Il “Sole a dieci raggi” rappresenta la sintesi visiva di questo lavoro: dieci elementi identitari che raccontano chi è la persona, cosa la rassicura, cosa la mette in difficoltà, quali sono le abitudini irrinunciabili e i riferimenti affettivi significativi. Lo strumento è pensato per essere immediatamente leggibile e condiviso, orientando il gesto assistenziale e favorendo una relazione più consapevole. *MAI SOLI* ha prodotto effetti rilevanti sia sul piano relazionale sia su quello organizzativo, contribuendo a ridurre comportamenti reattivi legati a disorientamento e insicurezza, in particolare nelle persone con decadimento cognitivo. Il valore del progetto è stato riconosciuto anche a livello nazionale, con l'assegnazione nel 2025 della menzione speciale al Concorso Best Practice Bollino Rosa Argento di Fondazione Onda ETS, come intervento psico-sociale innovativo.

Assaggi d'Autore. Un'esperienza culturale multisensoriale. *Assaggi d'Autore* nasce dall'idea che la cultura possa essere vissuta non solo attraverso l'ascolto, ma anche attraverso i sensi. Letteratura, cinema e gusto

vengono intrecciati in un’esperienza che coinvolge residenti, familiari e cittadini. Un tema guida orienta la scelta del testo letterario, della scena cinematografica e del piatto proposto. La lettura ad alta voce apre uno spazio di riflessione, le immagini rafforzano l’impatto emotivo, il gusto rende l’esperienza concreta e condivisibile. Questo format favorisce la partecipazione attiva e trasforma la RSA in luogo di dialogo culturale, rompendo la separazione tra chi “ospita” e chi “partecipa”.

Fig. 1. – *Il Sole dei Dieci Raggi, la biografia come dispositivo operativo di cura*



Farmacia Letteraria. La cura che circola. La Farmacia Letteraria rappresenta un'evoluzione ulteriore del rapporto tra cultura e cura. Attraverso la creazione di bugiardini letterari, i residenti diventano soggetti attivi che “prescrivono” letture in risposta a bisogni emotivi e momenti di fragilità. Accanto a questa dimensione simbolica, la Farmacia Letteraria ospita incontri pubblici su temi complessi come la violenza, il lutto, la disabilità e la vulnerabilità. La RSA si configura così come spazio civico di confronto, capace di offrire parole, tempo e ascolto, anche su questioni che spesso restano ai margini del discorso pubblico.

La RSA come piazza culturale. Le esperienze culturali interne si integrano con un movimento costante verso l'esterno: musei, teatri, università della terza età e ospitate culturali entrano nella vita della struttura. La RSA diventa progressivamente una piazza, un luogo attraversabile, riconoscibile e generativo, in cui la fragilità non è nascosta ma condivisa.

Innovazione organizzativa e tecnologica. L'innovazione culturale è stata sostenuta da un'evoluzione organizzativa e tecnologica orientata a liberare tempo relazionale. La digitalizzazione dei processi e l'introduzione di strumenti di supporto non hanno avuto come obiettivo l'efficientamento fine a sé stesso, ma la restituzione di tempo e attenzione alla relazione di cura. La tecnologia diventa utile solo quando sostiene l'umano, e non quando lo sostituisce.

Dalla RSA al territorio: la Comunità Amica della Demenza. Le pratiche sviluppate non sono rimaste iniziative interne. Sono diventate il terreno su cui costruire, insieme alle istituzioni e al territorio, la prima Comunità Amica della Demenza della città di Torino. Un percorso che ha reso visibile come la RSA possa agire da catalizzatore di reti sociali, culturali e civiche, contribuendo a una responsabilità condivisa nei confronti della fragilità.

Conclusioni: la cultura come infrastruttura immateriale.

La cultura che abbiamo portato in RSA non è un progetto, ma una postura istituzionale. È un modo di guardare le persone, di leggere i contesti, di abitare la complessità. Portare cultura dove c'è fragilità, narrazione dove c'è silenzio, comunità dove c'è distanza significa riconoscere che l'innovazione sociale non nasce da condizioni ideali, ma da scelte consapevoli. Quando un bambino disegna un anziano in carrozzina con la stessa naturalezza con cui disegna un eroe di fiaba, allora la comunità – tutta – sta cambiando. La cultura non aggiunge umanità: la rende visibile.

Fig. 2 – La RSA come infrastruttura culturale e comunitaria intersezione tra cura cultura e territorio

La RSA come infrastruttura culturale e comunitaria



Il metodo adottato dalla Residenza Richelmy si fonda sull'integrazione strutturata di pratiche culturali, narrative e relazionali all'interno dell'organizzazione quotidiana della cura, con l'obiettivo di rendere la persona protagonista del proprio percorso anche in condizioni di fragilità cognitiva. Elemento centrale del metodo è l'utilizzo della narrazione biografica come dispositivo operativo, non come semplice raccolta anamnestica. Il progetto *MAI SOLI* rappresenta la formalizzazione di questo approccio: la storia di vita del residente viene trasformata in un "Sole a dieci raggi", uno strumento visivo e sintetico che raccoglie informazioni identitarie essenziali (abitudini, preferenze, elementi rassicuranti, fattori di stress), rendendole immediatamente accessibili a tutti i professionisti coinvolti nella cura. Il metodo risponde a tre criteri fondamentali: semplicità, sostenibilità e condivisione. È pensato per integrarsi nella quotidianità assistenziale senza aumentare il carico operativo e per favorire una presa in carico realmente personalizzata. L'impatto riguarda sia la qualità della relazione di cura sia la riduzione di comportamenti reattivi legati a disorientamento e insicurezza, in particolare nelle persone con decadimento cognitivo.

Il valore del metodo è stato riconosciuto a livello nazionale: nel 2025 il progetto *MAI SOLI* ha ricevuto la menzione speciale al Concorso Best Practice Bollino Rosa Argento di Fondazione Onda ETS, come intervento psico-sociale innovativo rivolto a persone con demenza. Il metodo si completa con pratiche culturali integrate (laboratori intergenerazionali, lettura ad alta voce, esperienze multisensoriali) e con il supporto di strumenti organizzativi e tecnologici finalizzati a liberare tempo relazionale, rafforzando una cultura della cura centrata sulla persona.

La *Residenza Sanitaria Assistenziale Richelmy* è una struttura per anziani situata a Torino e appartenente al gruppo Emeis. Accoglie una popolazione fragile, in larga parte caratterizzata da decadimento cognitivo, ed è inserita in un contesto urbano complesso, ricco di potenziali connessioni sociali, culturali e istituzionali. Negli ultimi anni la Residenza ha intrapreso un percorso di trasformazione organizzativa e culturale, orientato a superare una visione esclusivamente prestazionale della RSA per riconoscerla come soggetto attivo di innovazione sociale territoriale. In un quadro normativo ed economico non sempre abilitante, la scelta è stata quella di investire sulla cultura come leva trasversale di cura, relazione e cittadinanza.

La struttura ha progressivamente sviluppato un modello di RSA aperta e generativa, promuovendo l'ingresso del territorio all'interno della residenza e, allo stesso tempo, accompagnando residenti e operatori verso esperienze culturali esterne (teatri, musei, università della terza età). La RSA viene così ripensata come *piazza*, luogo di incontro e di produzione di senso, e non come spazio separato o marginale. All'interno di questo percorso si colloca il progetto *MAI SOLI*, che ha contribuito a rafforzare un approccio centrato sull'identità della persona e sulla continuità biografica. Il riconoscimento ottenuto con la menzione speciale di Fondazione Onda ETS ha rappresentato un passaggio significativo di legittimazione esterna del modello adottato. Parallelamente, le pratiche culturali sviluppate in struttura hanno costituito la base per un lavoro di rete con istituzioni, associazioni e cittadini, portando alla nascita della prima Comunità Amica della Demenza della città di Torino. Un risultato che non riguarda esclusivamente la RSA, ma il territorio nel suo insieme, chiamato a condividere una responsabilità collettiva nei confronti della fragilità.

Costruire progetti partecipati di welfare di Comunità nell'appennino bolognese. Un'alleanza tra istituzioni pubbliche e privato sociale

di *Fabio Cavicchi*

1. Premessa al quadro progettuale

La Fondazione S. Clelia Barbieri conta tra le proprie finalità quella di «rispondere ai bisogni sempre più complessi e differenziati che il territorio presenta, progettando e realizzando servizi in grado di soddisfare le aspettative, arricchendo e valorizzando l'ambiente in cui opera [...] è tesa a produrre, sostenere, incentivare in modo diretto o indiretto attività ed interventi mirati principalmente alla promozione di ogni tipo di iniziativa atta a migliorare la condizione di vita degli anziani, dei disabili e dei giovani in difficoltà, che per le loro condizioni fisiche, psichiche o socio-relazionali, incontrano particolari difficoltà».

La scelta tematica, alla base di questa progettualità, è fortemente legata all'urgente necessità di attivare servizi di “welfare innovativi” che rispondano ai nuovi bisogni emersi dai cambiamenti sociali odierni. La sfida, che ci ha mossi in questa progettazione, è costruire un sistema di welfare *di comunità* finalizzato alla presa in carico delle diverse e complesse situazioni di fragilità. La Fondazione S. Clelia Barbieri è punto di riferimento per:

- le persone: anziani, disabili, cittadini con fragilità cognitiva, fisica e psichica;
- la famiglia e *caregiver*: quale ambito affettivo fondamentale e collaboratrice nel mantenere e favorire le relazioni affettive;
- il territorio: nell'ottica di favorire “integrazione” con la comunità locale, promuovere relazioni sociali e la capacità di fare rete, consolidando rapporti di collaborazione con Enti e Istituzioni del territorio per progettare soluzioni innovative.

2. Macro-obiettivi

La finalità è produrre un cambiamento positivo e duraturo di *ben-essere* che sia a beneficio della intera comunità. Tale cambiamento si ridefinisce facendo leva sulla comune appartenenza, di tutti gli attori coinvolti, ad una comunità territoriale.

Il progetto diventa dunque strumento per produrre:

- *prevenzione* della fragilità e di premature istituzionalizzazioni. Rispondendo ai bisogni sociali e assistenziali, migliorando la qualità della vita della popolazione fragile attraverso progetti e servizi anche di tipo aggregativo e di contrasto all'isolamento;
- *integrazione nella comunità e cultura dell'inclusione*. Valorizzando i cittadini come cooprotagonisti e/o responsabili delle proprie comunità e sviluppando politiche e azioni inclusive; promuovendo cittadinanza attiva e forme di auto aiuto;
- *nuovi servizi di prossimità di sostegno della famiglia e della domiciliarità*. Dare risposte ai bisogni della comunità anche attraverso interventi che privilegiano e favoriscono la permanenza delle persone al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali.

3. Contesto territoriale di riferimento

L'ambito territoriale di sviluppo del progetto è il Distretto dell'Appennino bolognese che presenta:

- un territorio estremamente vasto e geograficamente frastagliato, il quale spesso divide e isola le persone rendendo difficile lo spostamento e l'accesso ai servizi;
- elevata dispersione della popolazione nel territorio, con una presenza in aumento di popolazione anziana. Infatti, si evince un progressivo spopolamento delle zone alte delle vallate, fenomeno migratorio della popolazione residente in età lavorativa;
- una crescita esponenziale del numero di famiglie mono parentali, caratterizzate anche dalla presenza di persone fragili (anziani/disabili) che risiedono a domicilio spesso in condizione di isolamento, e in abitazioni che possono essere scarsamente adeguate ai bisogni, con barriere architettoniche che favoriscono la condizione di isolamento e di fragilità.

A quest'ultimo elemento si aggiunge la mancanza di una rete di sostegno in grado di accompagnarli in questa fase delicata della loro vita, poiché

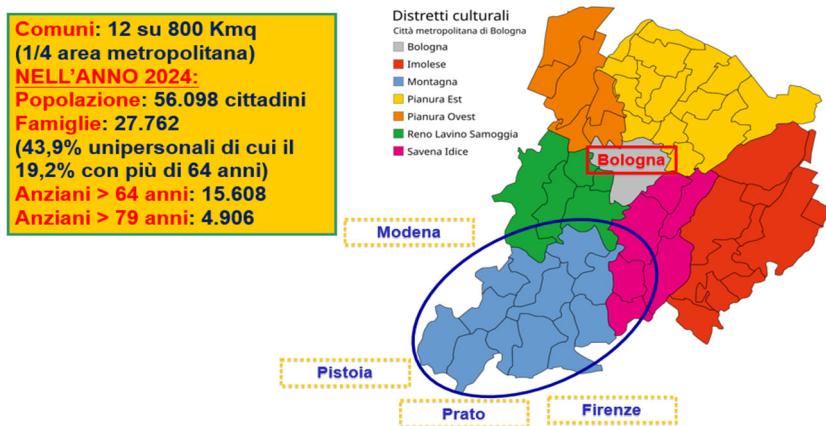
spesso manca un supporto di un caregiver/familiare di riferimento a cui fare affidamento.

In definitiva, il Distretto Appennino Bolognese, per le sue caratteristiche territoriali e sociali, in riferimento anche ai bisogni emersi da parte della popolazione, presenta oggi una sfida a tutti gli erogatori di servizi alla persona, in quanto territorio denotato da un'elevata condizione di fragilità (sociale, economica e sanitaria) sempre più complessa ed in aumento alla quale sono esposti i cittadini e che possiamo inquadrare in queste macroaree di bisogno:

- sostegno e supporto a persone vulnerabili per contrastare forme di solitudine, isolamento e prevenire precoci istituzionalizzazioni;
- promuovere occasioni di socializzazione e aggregazione atte a mantenere il più possibile l'autonomia delle persone fragili;
- offrire risposte ad una fascia di persone che non necessitano di specifici servizi sociosanitari, ma interventi di natura assistenziale e socioeducativi;
- offrire sostegno nella ricerca del lavoro attivando percorsi di inserimento lavorativo a favore di persone svantaggiate con l'obiettivo di far acquisire un'autonomia lavorativa volta ad una possibile e concreta crescita professionale e promuovere l'integrazione sociale.

Fig. 1 – Territorio e popolazione

Il Territorio e la Popolazione



4. Il percorso di prevenzione della fragilità

Il modello qui proposto è fondato su “un patto sociale forte e condiviso” con tutti gli attori della comunità stessa. Ovvero da un lato le componenti

Istituzionali pubbliche e private: Enti pubblici, Privato, Terzo Settore e Associazionismo, Cittadini/Comunità/ Famiglie e *Caregiver* con l’obiettivo di mettere in rete e a sistema le opportunità e le risorse offerte dal territorio. Dall’altro la partecipazione e la centralità dei beneficiari dei servizi/interventi di prossimità che mettano al centro il cittadino in difficoltà riconoscendogli il diritto di scelta in relazione al proprio progetto di vita.

4.1. Dal 2017 al 2019: fronteggiare la fragilità nel Distretto dell’Appennino bolognese attraverso una partnership pubblico-privato non profit

Partendo da un censimento di tutte le risorse territoriali, grazie alla opportunità di essere Ente capofila incaricato dall’Azienda Usl Distretto di Committenza e Garanzia dell’Appennino bolognese e Unione dei Comuni dell’Appennino bolognese (in qualità di committenti del progetto) abbiamo delineato il progetto quadro “Fronteggiare la fragilità nel distretto dell’Appennino bolognese” che si è concretizzato nella valorizzazione di una rete di soggetti privati non profit, associazionismo, volontariato, parrocchie, cittadini (realtà virtuose già presenti localmente nei territori dei 12 Comuni della Alta e Media Valle del Reno e della Valle di Setta) al fine di mettere a sistema una rete di sostegno del privato sociale per collaborare nell’intercettare proattivamente gli anziani fragili del territorio della Alta e Media Valle del Reno e Val di Setta attraverso un sistema di indagine volto a monitorare la qualità della vita delle persone fragili e con l’obiettivo di definire interventi di prevenzione della fragilità e non autosufficienza.

4.2. Consolidamento della rete di sostegno e degli stakeholder

La Fondazione S. Clelia Barbieri è inserita in un’ampia rete di relazioni, in molti casi regolati da specifici accordi formali. Ad oggi conta una partecipazione di quasi 50 realtà distribuite nei territori dei 12 Comuni della Alta e Media Valle del Reno e della Valle di Setta e che rappresentano un’importante risorsa nelle nostre progettazioni, condividendone linee progettuali e rappresentando un grande valore sociale. Fanno parte della rete: Associazioni no profit, Parrocchie e Caritas, singoli volontari che collaborano con l’Ente garantendo direttamente alcune attività e interventi attraverso specifiche partnership (ad esempio: Accordo Quadro con l’Associazione Auser di Bologna).

Grazie al valore aggiunto del supporto della rete, all’attiva partecipazione dei volontari nella comunità, al loro ruolo di sentinelle sui territori è possibile

definire una programmazione rispondente ai reali bisogni, sempre più complessi e differenziati, delle nostre comunità.

Nel progetto qui proposto il contributo della rete sociale è strumento fondamentale nella co-progettazione e organizzazione dei servizi/attività atti a migliorare il benessere dei cittadini e della comunità stessa.

4.3. Dal 2019 al 2020: la figura dell’operatore e facilitatore di comunità

Partendo dai dati e dai risultati raccolti durante il percorso di progettazione partecipata avviata nel 2017 da cui è stato possibile rilevare una fotografia dello stato di salute sociale della popolazione fragile, in risposta ai bisogni emersi abbiamo facilitato la creazione di luoghi informali di animazione sociale con funzione di aggregazione socio ricreativa, dove determinante è la figura ed il ruolo dell’*Operatore/Facilitatore di Comunità* quale elemento cardine nel processo di creazione di fiducia nelle relazioni sia individuali che di gruppo/comunità, al fine di costruire, attivare e garantire progetti partecipati di comunità.

L’Operatore di Comunità svolge prevalentemente una funzione strategica, di raccordo e coordinamento con i servizi territoriali, nell’ottica di costruire interventi che valorizzino la comunità attraverso: supporto alle persone in situazioni di fragilità: aiuto nelle piccole commissioni come assistenza per la spesa, sostegno nelle attività riguardanti i rapporti con i Servizi e le istituzioni (pagamento bollette, accompagnamento a visite mediche, ritiro pensione ecc....); contrasto all’isolamento attraverso visite personalizzate a domicilio; programmazione di attività di socializzazione nei “luoghi di vita” in collaborazione con le Pro-Loco e l’associazionismo locale.

4.4. Dal 2020 ad oggi: progetti di sviluppo strategici innovativi a sostegno della comunità fragile

Il Laboratorio di comunità: progetto di sostegno ai cittadini fragili anziani, disabili, adulti e alle famiglie. Ad integrazione e completamento dei servizi e delle azioni di supporto rivolte ai cittadini fragili anziani, disabili, adulti e alla famiglia/caregiver, la Fondazione S. Clelia Barbieri, propone i Laboratori di Comunità quali progetti innovativi, con lo scopo di creare “luoghi e spazi di comunicazione/aggregazione” atti ad incentivare una vita di relazione e migliorare la qualità di vita delle persone.

Il progetto *Laboratorio di Comunità* si rivolge prevalentemente ad un target di popolazione che vive sola, a rischio di emarginazione e precoce istituzionalizzazione (ovvero nello specifico persone fragili quali anziani, adulti, disabili) e che trova nei momenti di aggregazione una risposta ai propri bisogni di socialità, di costruzione di legami interpersonali anche al di fuori della più stretta rete parentale e, più in generale, anche a tutti i cittadini che esprimono la necessità e il desiderio di partecipare alle attività aggregative e ricreative quali ad esempio: Laboratori Arte-terapia, Laboratorio teatrale, Attività ricreative, Animazione musicale, Giochi di gruppo, Ginnastica dolce, Gite e Visite guidate nei luoghi più interessanti del nostro territorio. Il Laboratorio di Comunità a carattere diurno e con valenza socioeducativa è rivolto ad anziani e adulti con fragilità ed in generale ad un target di popolazione che vive sola, a rischio di emarginazione e precoce istituzionalizzazione. La funzione principale del *Laboratorio* è offrire una risposta ai bisogni di socialità, di costruzione di legami interpersonali anche al di fuori della più stretta rete parentale attraverso aggregative e ricreative. Contestualmente agisce a supporto anche dei *caregiver*: familiari e /o assistenti badanti e a quanti si occupano direttamente dell'assistenza del proprio coniuge al domicilio sia nella gestione quotidiana del proprio familiare, sia come punto di riferimento di bisogni inascoltati dei caregiver stessi.

I nostri laboratori attivi nel Distretto dell'Appennino bolognese sono stati:

1) Anno 2020. Laboratorio di comunità - Pian del Voglio - Comune di San Benedetto Val di Sambro.

Regolato con Accordo stipulato nel 2020 e prorogato fino al 31/12/2025, nasce dalla volontà di promuovere un approccio in positivo alla popolazione fragile individuandola non solo come portatrice di bisogni assistenziali e sanitari bensì sostenendo i bisogni e le attività di socializzazione, partecipazione e protagonismo, contrastando meccanismi di esclusione. Prende spunto dal progetto *“noi ti Sosteniamo”* e ha come prima sede operativa individuata sul territorio quella di Pian del Voglio in una sala messa a disposizione del Comune da parte della Parrocchia. Il progetto prevede la realizzazione di interventi di socializzazione ed aggregazione rivolti ad una fascia di persone che non necessitano di servizi sanitari e sociosanitari, ma per i quali prevale l'esigenza di una vita sociale attiva. Contestualmente agisce come azione di supporto al *caregiver*.

2) Anno 2023. Laboratorio di comunità – Vado - Comune di Monzuno.

Nel territorio di Vado, nel corso del 2023, attraverso una manifestazione di interesse si è avviato un percorso di co-progettazione, ai sensi dell'art. 55 del Codice del Terzo Settore, per arricchire il sistema di offerta pubblica di servizi semi-residenziali, visto che il servizio accreditato di centro diurno

“Elena Zannini” di Vado era cessato al 31/12/2023. Con la convenzione stipulata con la Fondazione Santa Clelia, in esito alla coprogettazione, è stato attivato un nuovo Laboratorio di Comunità a sostegno della popolazione anziana e fragile, al fine di dare vita a “luoghi, spazi e servizi” di riferimento per i Cittadini, con particolare riguardo a quelli più vulnerabili, contrastando il rischio di isolamento e precoce istituzionalizzazione. Tale esperienza ha consentito di consolidare la collaborazione tra i diversi attori, Cittadini, No profit, Enti Pubblici, Privati e Associazionismo locale.

La programmazione e attuazione dei progetti di Laboratorio di Comunità sono a monte condivise nei tavoli formali di programmazione con le Istituzioni Pubbliche: Az. Usl Distretto di Alto Reno Terme e Unione dei Comuni dell’Appennino Bolognese che ci supportano attraverso il proprio sistema di servizi territoriali nell’individuare i bisogni specifici dell’utenza destinataria del progetto. Infine, per la specifica tipologia del progetto, il Laboratorio di Comunità è anche punto di riferimento per Gruppi formali e informali dell’Associazionismo e Volontariato locale con i quali collaboriamo al fine di potenziare l’offerta delle attività già in essere.

3) Anno 2025. Progetto CRA aperta appennino: percorsi innovativi nel sostegno alla popolazione anziana e fragile.

A partire dalle progettualità e dalle esperienze sperimentate negli anni e richiamate in precedenza, il progetto *Cra aperta appennino* si pone l’obiettivo di superare il modello tradizionale di istituzionalizzazione, promuovendo la creazione di un polo di servizi flessibile, accessibile e integrato nel tessuto sociale. Il progetto intende offrire servizi personalizzati, anche a domicilio, finalizzati a sostenere l’autonomia, le relazioni sociali e il benessere delle persone anziane. La Fondazione S. Clelia Barbieri intende contribuire attraverso l’attivazione di percorsi innovativi di supporto rivolti alle persone anziane, adulte e con disabilità, caratterizzate da diversi profili di fragilità (*sociale e relazionale*) residenti nei Comuni del Distretto dell’Appennino. nonché, indirettamente, ai loro caregiver familiari e/o assistenti domiciliari.

In particolare, gli obiettivi del progetto possono essere declinati come segue.

- *Sostenere* la popolazione anziana e fragile attraverso la creazione di luoghi, spazi e servizi di riferimento per la cittadinanza, con particolare attenzione alle persone più vulnerabili, contrastando il rischio di isolamento e di istituzionalizzazione precoce e garantire continuità ai progetti Noi ti Sostieniamo e Laboratorio di Comunità.

- *Consolidare* la collaborazione tra i diversi attori del territorio: cittadini, organizzazioni del Terzo Settore, enti pubblici, soggetti privati e associazionismo locale.

- *Promuovere* un sistema di servizi maggiormente orientato alla persona e alle famiglie, capace di svolgere funzioni di ascolto, informazione e accompagnamento verso la rete dei servizi, rafforzando anche il ruolo della CRA come luogo di accoglienza, ascolto e punto di riferimento per il territorio.

- *Favorire* la frequentazione di spazi adeguati di aggregazione, al fine di rafforzare i legami sociali, creare relazioni significative, incoraggiare esperienze comunitarie e ridurre situazioni di solitudine e isolamento.

I principi guida che orientano la realizzazione del progetto sono:

- *personalizzazione* degli interventi;
- *flessibilità*, attraverso servizi modulari erogabili sia in sede sia a domicilio;
- *territorialità*, intesa come prossimità;
- *partecipazione*, attraverso l'ascolto attivo delle persone quale presupposto per la costruzione dei servizi;
- *co-progettazione*, sviluppata sia con la rete formale sia con quella informale.

La struttura organizzativa del progetto della CRA aperta si fonda su una governance multilivello che valorizza la collaborazione tra Pubblico, Privato sociale e comunità locale, nel rispetto dei principi di sussidiarietà, prossimità e co-progettazione. In modo particolare per l'attuazione del Progetto verrà sottoscritto un apposito Accordo di collaborazione tra il Sistema di committenza integrato distrettuale e la Fondazione S. Clelia Barbieri.

In conclusione, il Progetto *Cra aperta appennino*, rappresenta un modello innovativo di intervento orientato al superamento dell'istituzionalizzazione tradizionale e al rafforzamento del welfare di prossimità. Attraverso servizi flessibili, personalizzati e integrati nel territorio, il progetto contribuisce a migliorare la qualità della vita delle persone anziane e fragili, sostenendone l'autonomia e la permanenza nel proprio contesto di vita. L'azione della Fondazione S. Clelia Barbieri si configura inoltre come un importante elemento di raccordo tra cittadini, famiglie e rete dei servizi, favorendo la coesione sociale e la costruzione di comunità più inclusive e solidali.

5. La struttura organizzativa del progetto: governance, figure professionali e strumenti

Il modello organizzativo della CRA Aperta si fonda su una governance multilivello che valorizza la collaborazione tra Pubblico, Privato sociale e comunità locale, nel rispetto dei principi di sussidiarietà, prossimità e co-progettazione.



Servizi a 360° per la Fragilità: Strutture per anziani non autosufficienti, Centri Diurni, Appartamenti per disabili, Laboratori. La persona al centro delle nostre attenzioni. La Fondazione S. Clelia Barbieri è un Ente Ecclesiale che eroga servizi per anziani attraverso le sue Strutture per anziani ubicate nel territorio di Bologna e dell'Appennino Tosco Emiliano, in provincia di Bologna, a pochi chilometri dal capoluogo, da Modena, Pistoia, Prato e Firenze. Le nostre strutture per anziani sono VILLA CLELIA ubicata a Vidiciatico (Lizzano in Belvedere), VILLA TERESA ubicata a Porretta - Alto Reno Terme, e il PENSIONATO SAN ROCCO ubicato a Camugnano e la CONVIVENZA PER ANZIANI MARIA AUSILIA-TRICE E SAN PAOLO ubicata a Bologna. I nostri appartamenti con servizi per disabili sono quelli di VILLA CARPI, ubicata a Vidiciatico.

<https://www.fondacionesantaclelia.it/>

Abitare l'autonomia nella terza età. Servizi e modelli innovativi d'assistenza nella Fondazione Pia Opera Ciccarelli

di *Simona Bresciani e Angela Mingon*

L'Italia sta vivendo un profondo cambiamento demografico. Secondo i dati ISTAT 2024, quasi un quarto della popolazione – il 24,5% – ha superato i 65 anni, con una crescita costante rispetto agli anni precedenti e una prospettiva di ulteriore incremento nei prossimi decenni. Di questi, oltre il 40% vive da solo, una condizione che interessa soprattutto le donne, spesso prive di un sostegno familiare diretto o con reti di supporto fragili o frammentate. Questo quadro demografico non è soltanto una questione numerica, ma porta con sé profonde trasformazioni qualitative: l'invecchiamento della popolazione si traduce in nuove fragilità fisiche, cognitive e sociali, oltre a un aumento significativo delle persone con bisogni complessi di cura e assistenza.

Questa realtà è accompagnata da fenomeni di solitudine e isolamento che incidono fortemente sulla qualità della vita degli anziani, con conseguenze rilevanti sia sul piano sanitario che su quello sociale. In Veneto, dove l'indice di vecchiaia supera la media nazionale (oltre 190 anziani ogni 100 giovani), queste sfide sono ancora più accentuate. La recente evoluzione normativa regionale ha introdotto criteri più rigorosi per l'accesso ai servizi sociosanitari, spostando l'attenzione dalla mera presa in carico emergenziale alla prevenzione, al mantenimento dell'autonomia e alla continuità assistenziale lungo tutto l'arco della vita.

Questa complessità richiede agli enti del Terzo Settore un ruolo sempre più proattivo, capace di modulare e ampliare l'offerta con modalità flessibili e innovative. In risposta a queste esigenze, la *Fondazione Pia Opera Ciccarelli* ha costruito nel tempo un sistema integrato e articolato di servizi, pensato per accompagnare la persona anziana lungo tutto il percorso dell'invecchiamento, dal mantenimento dell'autonomia fino alla presa in carico delle fragilità più avanzate.

Il modello della Fondazione prevede più livelli d'intervento: dalla residenzialità tradizionale, organizzata secondo livelli differenziati di intensità

assistenziale, ai centri diurni e ai servizi di assistenza domiciliare che rappresentano un pilastro fondamentale per consentire alle persone di vivere il più a lungo possibile nel proprio ambiente familiare, sostenendo le capacità residue e alleviando il carico delle famiglie, anche in un’ottica di prevenzione della cronicità. Un elemento distintivo della Fondazione è rappresentato dagli appartamenti protetti, una proposta abitativa innovativa che risponde alla domanda crescente di soluzioni abitative in grado di coniugare autonomia, sicurezza e qualità della vita. Questi appartamenti non sono semplici strutture di accoglienza, ma ambienti di vita, in cui gli anziani sono abitanti e protagonisti della propria quotidianità, non “ospiti” o “pazienti”.

Il progetto, avviato a San Giovanni Lupatoto (VR) nel 2006 ma anticipato già nel 1994 con le prime riflessioni sulla necessità di soluzioni abitative alternative alla residenzialità tradizionale, prevede un contratto di servizio per l’utilizzo di appartamenti ad anziani autosufficienti, con un canone mensile fisso comprensivo d’affitto e utenze (acqua, luce, gas, rifiuti). Ogni unità abitativa dispone di cucina, soggiorno con TV, camera da letto, bagno e posto auto. Gli anziani possono vivere da soli o in coppia, organizzando liberamente la propria quotidianità, ma allo stesso tempo hanno accesso ad una vasta gamma di servizi – a domicilio o presso un Centro Servizi della Fondazione – attivabili secondo i bisogni individuali specifici: assistenza diretta da parte di operatori socio-sanitari, pulizia e sanificazione degli ambienti, prestazioni infermieristiche, telesoccorso, servizi riabilitativi (fisioterapia, logopedia, psicologia) anche attraverso dispositivi innovativi e in teleriabilitazione. Completano l’offerta le attività sociali promosse da educatori professionali e i servizi dedicati alla cura della persona, come parrucchiera, barbiere ed estetista, e che contribuiscono al benessere complessivo e alla valorizzazione della dignità individuale.

Il contesto in cui gli appartamenti sono inseriti rappresenta un valore aggiunto significativo: la vicinanza ad un Centro Servizi della Fondazione; la presenza del “*gestore sociale*” che favorisce percorsi di partecipazione e costruzione di comunità nell’adiacente Casa Albergo; la disponibilità di una palestra aperta al territorio; la presenza di servizi di assistenza domiciliare.

I punti di forza degli appartamenti protetti includono: monitoraggio quotidiano da parte di un operatore sociosanitario; mantenimento dell’autonomia personale con possibilità di intervento mirato solo quando necessario; fruizione degli spazi comuni e partecipazione alle iniziative promosse dalla Fondazione; posizione strategica all’interno del centro del paese, vicino ai servizi e alle reti sociali; attivazione di servizi personalizzati in base alle esigenze e al progetto di vita.

Gli appartamenti protetti incarnano il concetto di autonomia sostenuta: un modello abitativo centrato sulla persona che promuove il valore dell’individuo, ne rispetta i ritmi e favorisce l’inclusione. Questo approccio supera la visione tradizionale, spesso di tipo emergenziale, che considerava l’ingresso in struttura come unica soluzione possibile, aprendo la strada a un progetto di vita che mette al centro il benessere e la continuità affettiva, anche in presenza di vulnerabilità lievi o moderate.

Negli anni, la Fondazione ha accolto numerose persone negli appartamenti protetti, ciascuna con una storia e un bisogno diverso. Tra questi casi, spicca la storia di Teresa, 86 anni, che rappresenta un esempio significativo dell’impatto concreto di questo modello abitativo. I suoi figli, per motivi lavorativi e di distanza, non sempre potevano esserne accanto e Teresa desiderava rimanere vicino alle proprie radici. Cercava una soluzione che le permetesse di mantenere la propria autonomia, senza dover rinunciare alla sicurezza e al supporto quotidiano.

La sua domanda ha trovato risposta nel progetto degli appartamenti protetti: inizialmente titubante, dovendo lasciare la grande casa per un piccolo appartamento in centro paese, Teresa ha deciso di portare con sé alcuni mobili e oggetti personali che le ricordavano la propria vita, così da trasformare lo spazio in un ambiente familiare e confortevole. Questo gesto le ha permesso di conservare un senso di continuità e appartenenza, rendendo il nuovo appartamento davvero “*suo*”. Presto Teresa ha percepito la rete di supporto intorno a sé: la visita quotidiana di un operatore la rassicurava, e per un periodo ha usufruito della consegna dei pasti a domicilio per sentirsi più sollevata nelle attività quotidiane. Oggi Teresa sente di aver fatto la scelta giusta: una scelta che rispetta la sua autonomia ma le offre un supporto concreto, senza mai perdere indipendenza e dignità. La sua esperienza testimonia come il modello degli appartamenti protetti possa trasformare la quotidianità degli anziani, combinando autonomia e sicurezza, indipendenza e partecipazione alla vita comunitaria.

Accanto agli appartamenti protetti, la Fondazione ha sviluppato tre minialloggi, situati all’interno del Centro Servizi Casa Ferrari sempre a San Giovanni Lupatoto (VR), una soluzione intermedia tra residenzialità tradizionale e autonomia completa. Queste unità abitative sono destinate ad anziani non autosufficienti che conservano un discreto livello di autonomia. Ogni minialloggio è bilocale, composto da uno spazio giorno con cucina attrezzata, camera da letto e bagno, progettato per conciliare privacy, assistenza e partecipazione alla vita della comunità.

A differenza degli appartamenti protetti, gli ospiti dei minialloggi hanno accesso a tutte le attività del Centro Servizi, in quanto si tratta di posti letto

autorizzati e accreditati per anziani non autosufficienti. Questo significa che, pur vivendo in un'unità autonoma, possono beneficiare di interventi qualificati e continuativi da parte dell'équipe di residenza (operatori sociosanitari, infermieri, medico, educatore, fisioterapista, logopedista, psicologo, ecc.). L'approccio adottato mira a garantire sicurezza e supporto, modulando gli interventi in base alle capacità e ai bisogni individuali. In questo modo, gli anziani possono mantenere un livello elevato di autonomia e autodeterminazione, scegliendo come gestire le attività quotidiane e partecipando attivamente alla vita del centro servizi, pur avendo la certezza di poter contare su un'équipe qualificata pronta ad intervenire quando serve. L'obiettivo è offrire un ambiente protetto senza rinunciare alla dignità, al controllo sulla propria vita e alla continuità delle proprie abitudini.

L'impegno della Fondazione è in linea con le indicazioni nazionali e regionali, che puntano a rafforzare la domiciliarità e le nuove forme di abitare come strumenti strategici per affrontare la crescente domanda di cura e assistenza, in un'ottica di sostenibilità e innovazione del sistema sociosanitario, non solo sul piano strutturale, ma anche culturale e relazionale.

La sfida che abbiamo davanti è complessa ma ricca di opportunità: ripensare il modo di abitare la vecchiaia significa investire su un modello di cura e assistenza che sappia coniugare autonomia, protezione, inclusione e qualità della vita, sostenendo persone, famiglie e comunità nel loro percorso di vita.

Fondazione Pia Opera Ciccarelli Onlus

La Fondazione Pia Opera Ciccarelli Onlus opera dal 1885 sul territorio veronese con l'obiettivo di promuovere percorsi di inclusione e di assistenza sociosanitaria rivolti ad adulti con disabilità e anziani non autosufficienti, mettendo al centro la persona e il suo progetto di vita. La Fondazione nasce per volontà di Mons. Giuseppe Ciccarelli, che ne ha ispirato l'azione a valori di carità, attenzione alla fragilità e responsabilità verso la comunità, ponendo le basi di un'opera che nel tempo ha saputo rinnovarsi restando fedele alla propria missione originaria.

Per oltre un secolo, l'identità e la vita quotidiana dei servizi della Fondazione sono state profondamente segnate dalla presenza delle Sorelle della Misericordia, attive fino agli anni Novanta, che hanno rappresentato un riferimento educativo, relazionale e spirituale fondamentale. Il loro contributo ha lasciato un'impronta duratura nel modo di intendere la cura, l'accoglienza e la relazione con le persone fragili, patrimonio che ancora oggi orienta l'agire della Fondazione.

Nel tempo, la Pia Opera Ciccarelli ha saputo evolvere il proprio modello di intervento, coniugando la propria tradizione valoriale con competenze professionali, innovazione organizzativa e attenzione ai mutamenti sociali e demografici. La missione della Fondazione è orientata a garantire assistenza, protezione e qualità della vita, nel rispetto della dignità, dell'autonomia e dei bisogni individuali, attraverso un sistema di servizi integrato e flessibile, capace di accompagnare la persona lungo le diverse fasi dell'invecchiamento e della fragilità.

L'approccio adottato supera una logica esclusivamente assistenziale, promuovendo la partecipazione attiva delle persone accolte e il coinvolgimento delle famiglie e della comunità.

Attualmente la Fondazione gestisce una rete articolata di servizi sul territorio di Verona e provincia. In particolare: 6 Centri Servizi per anziani non autosufficienti per un totale di 591 posti letto autorizzati e accreditati, organizzati secondo differenti livelli di intensità assistenziali; 1 R.S.A. per disabili per un totale di 30 posti letto autorizzati e accreditati; 2 Centri Diurni per anziani non autosufficienti, con una capienza complessiva di 40 posti, che rappresentano una risorsa fondamentale per il mantenimento delle capacità presenti e il sostegno alle famiglie; 8 appartamenti protetti, soluzioni che coniugano autonomia, sicurezza e inclusione sociale; una rete di servizi domiciliari, che consente di portare l'assistenza e la riabilitazione direttamente nei contesti di vita delle persone, favorendo una presa in carico integrata e continuativa; un ambulatorio specialistico per la medicina fisica e riabilitazione, concepito come una palestra aperta al territorio, dove è possibile svolgere percorsi di prevenzione, valutazione e riabilitazione; una rete di servizi territoriali (punto prelievi, gestore sociale) che rappresenta un'attività di prossimità per garantire un supporto nella vita quotidiana delle persone.

Accanto alla gestione dei servizi, la Fondazione è anche Organismo di Formazione accreditato per la formazione superiore, impegnato nella progettazione e realizzazione di percorsi per la formazione di operatori sociosanitari. L'attività formativa rappresenta una leva strategica per la diffusione di buone pratiche e lo sviluppo di competenze coerenti con l'evoluzione dei bisogni di assistenza e con i cambiamenti normativi e organizzativi del sistema dei servizi.

Attraverso questo sistema di interventi, la Fondazione Pia Opera Ciccarelli si configura oggi come un attore del Terzo Settore capace di interpretare in modo responsabile e generativo le sfide poste dall'invecchiamento della popolazione, valorizzando la propria storia per costruire risposte sostenibili, umane e orientate al futuro.

Sito: www.piaoperaciccarelli.org.

Social: Facebook, Instagram, YouTube, LinkedIn

Lean Thinking e sociosanitario. Quando l'organizzazione diventa cura

di Maurizio Cansone

Negli ultimi decenni le organizzazioni sanitarie e sociosanitarie si sono trovate ad affrontare sfide sempre più complesse: l'aumento della domanda di assistenza, l'invecchiamento della popolazione, la scarsità di risorse, la crescente attenzione alla qualità delle cure e al benessere degli operatori. In questo scenario, le Residenze Sanitarie Assistenziali rappresentano uno degli ambienti più delicati e complessi, perché chiamate a coniugare assistenza continuativa, relazione di cura, sostenibilità organizzativa e rispetto della dignità della persona fragile. Ogni giorno, nelle RSA, si opera all'interno di un sistema vivo, fatto di persone, relazioni, fragilità e professionalità che si intrecciano continuamente. I familiari e gli ospiti affidano alle strutture la parte più vulnerabile della loro vita, spesso in una fase di perdita progressiva dell'autonomia. Gli operatori, dal canto loro, portano competenze tecniche, ma anche sensibilità, energia emotiva, capacità di ascolto. Questo equilibrio, tuttavia, è costantemente messo alla prova da modelli organizzativi che, se non adeguatamente progettati, rischiano di trasformarsi in fonti di stress invece che di sostegno.

È da questa consapevolezza che nasce l'interesse verso il *Lean Thinking* (pensiero snello) come possibile risposta organizzativa alle sfide della realtà sociosanitaria. Apparentemente distante dal mondo della cura, la Lean si rivela invece sorprendentemente affine alla sua natura più profonda. Non si tratta di lavorare più velocemente o di ridurre i costi in modo superficiale, ma di interrogarsi su ciò che genera davvero valore e su ciò che, al contrario, sottrae tempo, energie e attenzione alle finalità più alte dell'assistenza. In sanità e nel sociosanitario, il valore non è astratto: coincide con il benessere della persona assistita, con la qualità della relazione, con la continuità della cura e con la dignità che riusciamo a preservare anche nelle situazioni di maggiore fragilità.

Il *Lean Thinking* affonda le sue radici nel mondo industriale, a partire dalle esperienze di Henry Ford e, soprattutto, dallo sviluppo del Toyota

Production System nel secondo dopoguerra in Giappone. Il contributo di Taiichi Ohno (ingegnere e manager in Toyota) ha segnato una svolta culturale: la produttività non doveva essere aumentata attraverso l'intensificazione dello sforzo, ma mediante l'eliminazione sistematica degli sprechi e il coinvolgimento attivo delle persone nei processi di miglioramento. Negli anni Novanta, grazie agli studi di Womack e Jones, la Lean è stata riconosciuta come una vera e propria filosofia organizzativa, applicabile ben oltre la manifattura. La sua diffusione nei servizi e, progressivamente, in ambito sanitario, è avvenuta quando è diventato evidente che molti problemi non dipendono dalla mancanza di competenze cliniche, ma da processi frammentati, ridondanti e poco orientati al percorso reale della persona.

Applicare la *Lean* in sanità significa innanzitutto ridefinire il concetto di valore. Se nell'industria il valore è ciò per cui il cliente è disposto a pagare, nel contesto sociosanitario il valore è ciò che contribuisce concretamente alla salute, al benessere e alla qualità della vita della persona fragile. Tutto ciò che non genera valore, pur assorbendo risorse, viene considerato spreco. Attese inutili, movimenti superflui, duplicazioni di informazioni, errori, scorte eccessive, processi inutilmente complessi sono sprechi che, nelle RSA, hanno un impatto diretto sia sugli operatori sia sugli ospiti. Ogni minuto perso in attività non assistenziali è tempo sottratto alla relazione di cura.

Questa prospettiva porta a una riflessione cruciale: molte delle difficoltà quotidiane attribuite alla carenza di personale derivano in realtà da una crisi di processi. La mancanza di operatori è un problema reale e diffuso, ma ciò che amplifica la fatica è spesso la disorganizzazione. Processi confusi e decisioni non coordinate costringono il personale a improvvisare, a rincorrere le urgenze, a correggere continuamente errori generati dal sistema stesso. Questo genera frustrazione, stress, conflitti e demotivazione. Intervenire sui processi, renderli più leggibili e funzionali, permette invece di trasformare radicalmente l'esperienza lavorativa e di liberare tempo ed energie per ciò che conta davvero.

In una RSA che adotta una logica *Lean*, la cura delle risorse umane diventa centrale. Non si tratta solo di ottimizzare l'organizzazione, ma di prendersi cura di chi si prende cura. Il benessere degli operatori non è un obiettivo accessorio, bensì un prerequisito per garantire qualità assistenziale. Non è possibile chiedere empatia, attenzione e sensibilità se l'ambiente di lavoro sovraccarica le persone, le costringe a operare in uno stato di allerta continuo o non fornisce strumenti e informazioni adeguati. La *Lean*, quando applicata con consapevolezza, restituisce tempo, respiro e dignità professionale, rafforzando il senso del ruolo e l'identità del team.

Questa attenzione alle persone si intreccia in modo naturale con il tema della comunicazione. Nelle RSA, ogni turno, ogni passaggio di consegne, ogni riunione di équipe è un momento comunicativo ad alta intensità. Non si scambiano solo informazioni, ma significati, interpretazioni, emozioni legate alla fragilità e alla sofferenza. Se la comunicazione è frammentata o ambigua, gli operatori finiscono per lavorare in modo disallineato, pur animati dalle migliori intenzioni. Una gestione *Lean* considera la comunicazione parte integrante del processo: qualcosa che va progettato, standardizzato e migliorato. In questo senso, il professionista della cura diventa anche un professionista della comunicazione.

La cura delle persone non riguarda solo gli operatori, ma anche i *caregiver* familiari. I familiari portano una conoscenza profonda della storia e dell'identità dell'ospite, insieme a un carico emotivo spesso difficile da esprimere. Una RSA organizzata secondo principi *Lean* favorisce trasparenza, ordine e chiarezza, riducendo l'ansia e costruendo fiducia. L'alleanza terapeutica nasce proprio da qui: dal riconoscimento del caregiver come parte attiva del percorso di cura e della persona fragile come soggetto di diritti, desideri e preferenze, non solo come destinatario di prestazioni.

In questo quadro, la pianificazione condivisa delle cure assume un significato profondamente *Lean*. Non è un adempimento formale, ma un processo di ascolto e confronto che allinea l'intero sistema sugli obiettivi assistenziali. Rendere questo processo visibile, tracciabile e accessibile riduce incomprensioni e conflitti futuri. Anche questo significa eliminare sprechi: sprechi di sofferenza, di tempo, di decisioni faticose prese in solitudine.

Per migliorare seriamente l'organizzazione non bastano le intenzioni: servono misurazioni. La *Lean* invita a osservare i processi attraverso dati oggettivi, non per giudicare le persone, ma per comprendere il funzionamento del sistema. La rilevazione dei tempi, delle attese, dei movimenti, delle interruzioni, della ricerca di materiali e della duplicazione delle informazioni permette di rendere visibile ciò che spesso rimane nascosto. La misurazione diventa così uno strumento di conoscenza e di responsabilità condivisa.

Accanto alla misura, strumenti come la mappatura del flusso di valore consentono di rappresentare il percorso reale dell'ospite e di individuare le criticità. Le 5S (Separare: tenere solo ciò che serve; Sistemare: ogni cosa al suo posto; Splendere: mantenere pulito; Standardizzare: regole chiare; Sostenere: disciplina e abitudine), intese come organizzazione e standardizzazione degli ambienti di lavoro, contribuiscono a creare spazi più leggibili e sicuri, riducendo errori e tempi di ricerca. Il *kaizen* (filosofia del miglioramento continuo), basato su piccoli miglioramenti continui, valorizza il contributo diretto degli operatori, che diventano protagonisti del cambiamento.

La leadership, in questo modello, non controlla ma facilita, rimuove ostacoli e garantisce continuità al percorso.

Le esperienze applicative nel settore sociosanitario mostrano risultati significativi. Diminuiscono le attività non assistenziali, si riducono sprechi e straordinari, migliorano l’ordine e la comunicazione. Ma i risultati più rilevanti riguardano il benessere del personale: meno stress, meno turnover, maggiore senso di appartenenza. Quando gli operatori lavorano in un sistema che li sostiene, anche la qualità della cura migliora. Il tempo recuperato diventa tempo di relazione, presenza, ascolto.

Il *Lean Thinking*, applicato alle RSA, non è un progetto a termine ma un cammino continuo. Richiede visione, partecipazione e la disponibilità a mettere in discussione abitudini consolidate. È una scelta di responsabilità verso gli ospiti e verso chi lavora nella cura. Prendersi cura dell’organizzazione significa, in ultima analisi, prendersi cura delle persone. In questo legame profondo tra benessere organizzativo e qualità assistenziale risiede il vero valore della Lean nel mondo sociosanitario.

L’introduzione della *Lean* nelle RSA non produce benefici solo a livello teorico o culturale, ma genera risultati concreti, misurabili e osservabili nel tempo. Dopo una prima fase di analisi e sperimentazione, gli effetti del cambiamento diventano progressivamente evidenti sia sul piano organizzativo sia su quello umano e relazionale. È importante sottolineare che i risultati più significativi non sono legati a singoli interventi isolati, ma alla coerenza del percorso e alla continuità del miglioramento.

Dal punto di vista organizzativo, uno dei primi effetti riscontrati riguarda la riduzione delle attività non assistenziali. La mappatura dei processi e la revisione dei flussi di lavoro permettono di individuare con precisione quanta parte della giornata degli operatori venga assorbita da ricerche di materiali, spostamenti inutili, duplicazioni di documentazione o interruzioni evitabili. Intervenendo su questi elementi, nella RSA *Lean* si registra una riduzione significativa del tempo dedicato a compiti che non generano valore diretto per l’ospite, con un conseguente aumento del tempo disponibile per l’assistenza e la relazione.

Un secondo risultato rilevante riguarda la diminuzione degli errori e delle rilavorazioni. Processi più chiari, standard condivisi e strumenti di visual management riducono il rischio di incomprensioni, omissioni e passaggi ambigui. Questo ha un impatto diretto sulla sicurezza dell’ospite e sulla serenità degli operatori, che possono lavorare con maggiore fiducia nel sistema. Meno errori significa anche meno stress emotivo, meno conflitti interni e minore necessità di interventi correttivi urgenti.

Dal punto di vista economico, pur non essendo l’obiettivo primario del percorso *Lean*, emergono benefici tangibili. La riduzione degli sprechi, la razionalizzazione delle scorte, il calo degli straordinari e una gestione più efficiente delle risorse portano a un abbassamento del costo medio per ospite. Questi risultati contribuiscono a migliorare la sostenibilità della struttura senza compromettere la qualità dell’assistenza, dimostrando che efficienza e umanizzazione non sono obiettivi in contrasto.

Tuttavia, i risultati più significativi riguardano il benessere del personale. Nel medio periodo, nella RSA *Lean* si osserva una riduzione del turnover, un calo delle assenze per stress o malattia e un miglioramento del clima interno. Gli operatori riferiscono una maggiore chiarezza dei ruoli, una migliore collaborazione tra professionisti e un senso di maggiore controllo sul proprio lavoro. Quando il sistema smette di generare ostacoli continui, le persone recuperano energie, motivazione e senso di appartenenza.

Questi cambiamenti hanno un impatto diretto anche sugli ospiti. La qualità del tempo di cura migliora: l’assistenza diventa più distesa, la relazione più presente, l’ascolto più autentico. Gli ospiti percepiscono un ambiente più ordinato, prevedibile e rassicurante, mentre i caregiver familiari sperimentano una maggiore trasparenza e fiducia nella struttura. In questo senso, i risultati della *Lean* non si misurano solo in indicatori numerici, ma anche nella qualità delle relazioni e nel clima complessivo della comunità di cura.

Avviare un percorso *Lean* in una RSA richiede metodo, gradualità e una chiara visione di insieme. Non si tratta di applicare strumenti in modo meccanico, ma di accompagnare un cambiamento culturale che coinvolge persone, processi e leadership. Di seguito vengono proposte alcune linee guida utili per partire in modo strutturato e sostenibile.

Il primo passo è la condivisione della visione. Il management deve chiarire perché si sceglie la *Lean* e quali obiettivi si intendono perseguire. È fondamentale comunicare che il percorso non nasce per “controllare” o aumentare la pressione sul personale, ma per migliorare la qualità del lavoro e della cura. Senza una visione condivisa, il rischio è che la *Lean* venga percepita come l’ennesimo progetto calato dall’alto.

Il secondo passo consiste nell’ascolto del lavoro reale. Prima di intervenire, è necessario osservare i processi così come avvengono realmente, coinvolgendo gli operatori di tutti i profili professionali. *Gemba walk* (osservazione sul posto congiunta con manager e team), interviste e momenti di confronto permettono di raccogliere informazioni preziose e di costruire fiducia. Chi lavora ogni giorno a contatto con gli ospiti conosce meglio di chiunque altro le criticità e le potenzialità del sistema.

Successivamente, è utile avviare una fase di misurazione e mappatura dei processi. La raccolta dei dati sui tempi, sulle attese, sugli spostamenti e sulle interruzioni consente di costruire una fotografia oggettiva dell’organizzazione. La mappatura del flusso di valore aiuta a distinguere ciò che genera valore per l’ospite da ciò che rappresenta spreco, creando le basi per decisioni condivise e basate su evidenze.

Una volta individuate le principali criticità è consigliabile partire con interventi mirati e circoscritti, evitando cambiamenti troppo ampi o simultanei. Le 5S, ad esempio, rappresentano spesso un buon punto di partenza perché producono benefici rapidi e visibili. Allo stesso modo, la revisione di un processo specifico – come la gestione dei materiali o il passaggio di consegne – permette di sperimentare il metodo *Lean* in modo concreto.

Il coinvolgimento attivo del personale attraverso il *kaizen* quotidiano è un elemento chiave per la sostenibilità del percorso. Creare spazi strutturati in cui gli operatori possano proporre miglioramenti, anche piccoli, rafforza il senso di partecipazione e rende il cambiamento parte della routine lavorativa. La direzione, in questo contesto, assume un ruolo di facilitazione, garantendo ascolto, risorse e continuità.

Un altro aspetto fondamentale è la formazione, non intesa come evento isolato ma come processo continuo. Fornire agli operatori strumenti concettuali semplici e condivisi aiuta a creare un linguaggio comune e a rendere il miglioramento parte della cultura organizzativa. La formazione deve essere concreta, legata ai problemi reali e immediatamente applicabile. Infine, è essenziale prevedere momenti di verifica e consolidamento.

Misurare i risultati ottenuti, confrontarli con gli obiettivi iniziali e rendere visibili i miglioramenti rafforza la motivazione e legittima il percorso. Ciò che funziona va standardizzato, mentre ciò che non produce i risultati attesi diventa occasione d’apprendimento. Avviare la *Lean* in una RSA significa intraprendere un cammino di responsabilità e di cura organizzativa. Non esistono soluzioni preconfezionate, ma principi e strumenti da adattare al contesto specifico. Quando il percorso è coerente e partecipato, la *Lean* diventa un alleato prezioso per affrontare le sfide del presente e costruire organizzazioni capaci di sostenere, nel tempo, la qualità della cura e il benessere delle persone.

Fig. 1 – Gli sprechi nascosti delle RSA



Fig. 2 – Risposte Lean

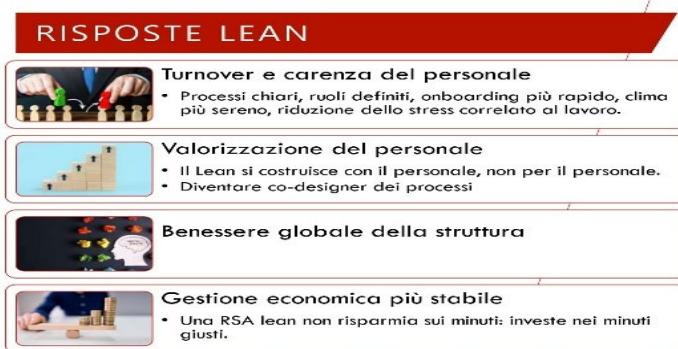


Fig. 3 – Tempo recuperato

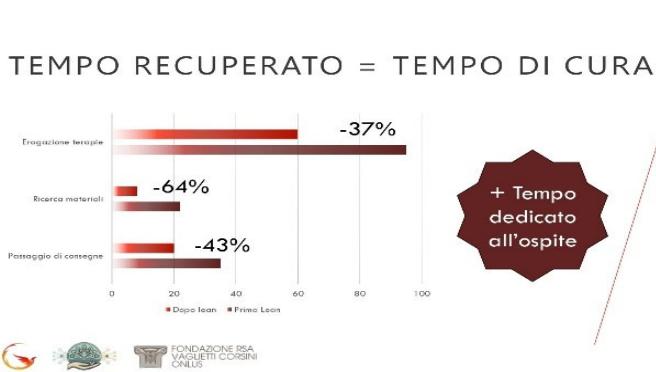


Fig. 4 – Benessere degli operatori



Fig. 5 – Impatto economico uno



Fig. 6 – Impatto economico due



Fondazione RSA Vaglietti-Corsini Onlus, Cologno al Serio (BG). All'inizio del XIX secolo la Nobile Angela Vaglietti, con le sue ultime volontà, dà vita allo "Ospedale", ovvero il luogo deputato alla cura delle malattie. La prima sede è nella dimora della stessa Fondatrice, trasformata e adattata alle nuove esigenze. Questo edificio diventa però rapidamente insufficiente, per cui nel 1845 viene costruita l'attuale sede a cui si affianca nel 1905 il Ricovero per la Vecchiaia, frutto della volontà testamentarie di Giovanni Corsini. Questa struttura risponde alle esigenze di una società più longeva e dinamica che necessita di strutture per l'assistenza degli anziani. Oggi Vaglietti è una Casa di Riposo moderna e funzionale, inserita in un sistema sanitario che individua queste strutture come l'ambito in cui gestire la cronicità, non solo della vecchiaia. La nostra sfida oggi e per il futuro è riuscire ad adeguarsi ai bisogni di una società che cambia vorticosamente e richiede servizi adeguati alla nuova società.

<https://www.fondazionevaglietti.it/>

Il *Lean Thinking*, o Pensiero Snello, è una strategia operativa e una filosofia organizzativa nata nel settore automotive (*in particolare dal Toyota Production System*) che oggi trova applicazione universale in ogni tipo di settore e ambito. L'obiettivo primario è duplice: aumentare l'efficienza ed eliminare gli sprechi (*Muda*) per creare il massimo valore per il cliente con il minimo impiego di risorse. Il Lean non è una teoria astratta, ma un approccio profondamente pratico che coinvolge l'intera organizzazione. È una vera e propria "rivoluzione culturale" che richiede una direzione forte e una mentalità orientata al miglioramento continuo. Adottare il Lean significa imparare a ragionare in modo innovativo, talvolta persino trasgressivo, rispetto ai modelli d'impresa tradizionali. Il *Lean Thinking* si basa su cinque principi cardine, a cui noi di leanthinking.it ne aggiungiamo un sesto, frutto della nostra esperienza sul campo. Questi principi, semplici nella loro enunciazione, innescano un profondo cambiamento a livello organizzativo e operativo, trasformando il modo di concepire il lavoro e i processi. I principi su cui si basa il *Lean Thinking* sono semplici: il punto di partenza è l'identificazione degli sprechi per poi eliminarli e produrre di più con un minor consumo di risorse. Identificare ciò che vale (*Value*) individuare ciò per cui i clienti sono disposti a pagare un prezzo. Identificare il flusso del valore (*Value stream*) allineare le attività che creano valore nella giusta sequenza. Far scorrere il flusso del valore (*Flow*) mettere in atto le attività a valore senza interruzioni. Fare in modo che il flusso sia tirato (*Pull*) fare scorrere il flusso in base alle richieste del cliente. Puntare alla perfezione (*Perfection*) assumere la perfezione come riferimento per programmi di miglioramento continuo. Estendere alla catena dei fornitori (*Lean supply chain*) affrontare anche la catena dei fornitori in ottica *Lean*. L'applicazione in azienda dei sei principi provoca un grande cambiamento sia sul "piano fisico" sia sul piano organizzativo (riduzione dei livelli gerarchici, orientamento ai processi, team interfunzionali, responsabilizzazione, delega e sviluppo competenze a livelli operativi, snellimento delle funzioni etc.); tutto questo comporta quindi un radicale cambiamento di mentalità da parte di tutto il personale ed una vera e propria "rivoluzione culturale". È una scelta coraggiosa, operata da una direzione forte, dinamica, innovativa e moderna.

<https://www.leanthinking.it/>

Residenza 20. Un'esperienza di presa in cura temporanea in risposta a bisogni complessi

di *Claudia Ballabio e Irina Caverniuc*

La RSA può essere considerata un luogo privilegiato per co-progettare la cura personalizzata per la presenza di alcuni elementi caratterizzanti. Innanzitutto, la presenza di un'équipe multiprofessionale che collabora fianco a fianco quotidianamente, l'abitudine ad effettuare l'analisi dei bisogni mediante la valutazione multidimensionale e l'approccio multidisciplinare, la possibilità di identificare e condividere gli obiettivi di cura attraverso il coinvolgimento della persona e della sua famiglia¹. Inoltre, la RSA è luogo di vita oltre che luogo di cura, in cui viene valorizzato il tempo per la relazione. Questi fattori concorrono alla implementazione della cura realmente calibrata sulla persona e contribuiscono a rendere la RSA un luogo di promozione delle autonomie, indipendentemente dalle capacità cognitive, funzionali e sociali di partenza delle persone in cura.

Il nuovo progetto della *Cooperativa Sociale La Meridiana di Monza, Residenza 20*, ha aperto le sue porte a maggio 2024 ed è stato ideato per proporre le competenze della RSA anche alle persone che richiedono un ricovero temporaneo e per dare una risposta efficace e tempestiva ai bisogni che le persone del territorio presentano. *Residenza 20* è una realtà di 20 posti letto dedicata proprio a ricoveri temporanei di RSA, con l'obiettivo di accogliere persone con bisogni di carattere indifferibile, per un tempo minimo di permanenza di 20 giorni.

Le principali motivazioni per cui le persone sono state accolte sono state l'assenza e sollievo del *caregiver* (ferie o periodo di riposo per elevato carico assistenziale), la temporanea perdita di autonomie (cadute con o senza esiti fratturativi, periodo di allattamento), la prosecuzione delle cure dopo eventi

¹ Malaguarnera M., Vacante M. et alii, *What is the Frailty in Elderly? Value and Significance of the Multidimensional Assessment*, «Archive of Gerontological Geriatry», 2013, 56, 1, pp. 23-26.

clinici acuti (sia al domicilio sia in seguito a ricovero ospedaliero o riabilitativo), la necessità di cure simultanee e accompagnamento al fine vita.

Prima del ricovero viene effettuato un colloquio di pre-ingresso con la famiglia e, ove possibile, con la persona che verrà accolta, in presenza di medico geriatra, assistente sociale, coordinatrice di Residenza 20 con lo scopo di presentare le potenzialità della residenza e raccogliere il bisogno della persona e della sua famiglia.

Durante il periodo di permanenza in Residenza 20 il percorso di presa in cura prevede valutazione delle abilità funzionali, motorie, cognitive e psico-comportamentali attraverso la valutazione multidimensionale, ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica domiciliare con ottimizzazione secondo i criteri di appropriatezza prescrittiva, verifica dell'appropriatezza terapeutica, diagnosi e stratificazione della fragilità per identificare gli ambiti di intervento.

Nel Progetto individuale (PI) vengono indicati gli obiettivi condivisi con la persona e gli interventi per raggiungere gli obiettivi: corretta gestione dello stato nutrizionale, del dolore, della prevenzione dei danni da pressione cutanea, del disagio espresso dal comportamento, della prevenzione del rischio di caduta, interventi di stimolazione motoria, interventi psicosociali e di inclusione sociale. Gli interventi sono calibrati per massimizzare le autonomie e consentire il potenziamento funzionale. L'équipe multiprofessionale concorre a promuovere una cura personalizzata per il raggiungimento del benessere attraverso il coinvolgimento della persona nel rispetto del principio di autodeterminazione e sulla base dei bisogni presentati e delle abilità rilevate². È previsto il coinvolgimento della famiglia nel progetto di cura sia durante il ricovero sia alla dimissione con l'orientamento alla rete dei servizi sociosanitari attraverso il coinvolgimento dell'assistente sociale, con la programmazione di una visita infermieristica dopo il rientro al domicilio con possibilità di attivare monitoraggio da remoto mediante videochiamate e visita geriatrica ambulatoriale per garantire la continuità assistenziale.

Da maggio 2024 a ottobre 2025 (18 mesi) n 131 persone sono state accolte per ricovero temporaneo, provenienti dal proprio domicilio, dai reparti ospedalieri e di riabilitazione, dall'hospice. Delle 131 persone accolte il 59% erano di sesso femminile e il 41% di sesso maschile. Età media 85 anni. Tasso di occupazione 98.1%. La degenza media è stata di 77 giorni. N 104 persone (80%) presentavano disturbo neuro-cognitivo maggiore di cui il 48% in studio lieve moderato (CDR 1 e 2) e il 33% in studio severo e molto severo

² Rathert C. et alii, *Patient-Centred Care and Outcomes: a Systematic Review of the Literature*, «Medical Care Residential Review», 2013.

(CDR 3 e 4). Sono state dimesse 112 persone, il 44% è rientrato al domicilio, il 35% trasferito in RSA, il 6% trasferito in ospedale, nel 15% decesso in residenza.

L'équipe:

- Coordinatore UDO
- operatori sociosanitari h 24
- Infermiere h 24
- Medico Geriatra 20 ore + medico reperibile h 24
- Due fisioterapisti
- Educatore
- Assistente sociale
- Sacerdote
- Volontari

Ogni residente rimane in carico al proprio Medico di Medicina Generale che viene coinvolto nel percorso di cura. L'obiettivo: garantire una cura personalizzata calibrata sui bisogni presentati. Cosa intendiamo per cura personalizzata: individuazione del miglior percorso attuabile per il raggiungimento del benessere e del maggior grado di autonomia possibile, attraverso il coinvolgimento della persona e dei suoi familiari.

- Favorire il risveglio naturale;
- preparazione alla giornata con ambiente comfort (es. accompagnamento musicale con tablet, diffusore olii essenziali) e potenziamento delle autonomie;
- colazione in stanza o in sala da pranzo a seconda del desiderio del residente;
- allestimento dei diversi spazi di vita perché siano facilmente riconoscibili e fruibili (camera, due soggiorni, sala da pranzo, salottino TV, giardino arredato, palestra);
- proposte diversificate per trascorrere la giornata privilegiando la socializzazione e l'autodeterminazione (cammino, ritiro del giornale nella reception della RSA, ginnastica di gruppo, lettura del giornale, conversazione, attività di narrazione, ascolto musicale, attività religiose, attività manuali come cucina e giardinaggio, riordino e cura dell'ambiente, attività creative, PET therapy, merende e aperitivi in giardino);
- attenzione alla convivialità dei momenti del pasto con sporzionamento da vassoio, scelta del menù con il residente o dopo intervista sui gusti;
- coinvolgimento dei familiari e degli amici nella vita della residenza (possibilità di visite dalle 8 alle 20, partecipazione alle attività proposte, formazione e counselling, pasti in residenza su richiesta);
- favorire i momenti di riposo spontaneo;
- favorire il movimento spontaneo all'interno e all'esterno della residenza (sono incoraggiate le uscite dalla residenza con i familiari, ove possibile);

- utilizzo della terapia non farmacologica e degli interventi psicosociali per la gestione delle problematiche comportamentali;
- intelligenza artificiale (*Ancelia*) per ridurre il rischio di caduta;
- formazione continua del personale alla cura personalizzata sia sul campo sia con eventi formativi dedicati;
- la dimissione protetta. Alla dimissione viene prevista visita infermieristica al domicilio dopo 7-10 giorni dal rientro a casa. Orientamento sui servizi della rete sociosanitaria e attivazione di supporto al domicilio in base alle necessità. Sono previsti momenti dedicati alla formazione del familiare curante o dell’assistente familiare per la continuità assistenziale al domicilio. Possibilità di visita geriatrica ambulatoriale di controllo.

Cooperativa Sociale “La Meridiana”. Una Storia lunga quasi 50 anni.

La Meridiana è una realtà in costante sviluppo. Nata nel 1976 come Associazione di volontariato, oggi è una cooperativa sociale con 72 soci, 107 volontari e 331 fra dipendenti, professionisti e consulenti e un ventaglio completo di servizi rivolti agli anziani.

Dalla fondazione la cooperativa ha gestito – e gestisce tuttora – Centri Diurni e Centri di Aggregazione per anziani, RSA, RSD, Hospice, Alloggi Protetti, e il Villaggio Alzheimer “Il Paese Ritrovato”, lavorando affinché le persone restino sempre protagoniste della propria storia.

<https://cooplameridiana.it/>

Le problematiche legate all'invecchiamento della popolazione e la necessità di nuovi modelli assistenziali

di *Paola Roma*

L'invecchiamento della popolazione rappresenta uno dei fenomeni strutturali più rilevanti e complessi che il sistema sanitario e sociale si trova oggi ad affrontare. Il numero degli over 65 è in costante aumento e, all'interno di questa fascia, cresce in modo ancora più marcato la quota di grandi anziani, in particolare ultraottantenni e ultranovantenni. A questo dato quantitativo si associa un cambiamento qualitativo delle condizioni di salute: l'aumento delle patologie croniche rende gli anziani sempre più fragili, con bisogni assistenziali complessi, continuativi e multidimensionali.

Le patologie croniche – cardiovascolari, respiratorie, metaboliche, neurodegenerative – raramente si presentano isolate. Sempre più frequentemente convivono nello stesso individuo, richiedendo terapie multiple, monitoraggi costanti e un'attenta gestione clinica. Tale condizione di fragilità non è solo sanitaria, ma si intreccia con aspetti funzionali, cognitivi, relazionali e sociali, determinando un aumento significativo della domanda di assistenza integrata.

A questo scenario si aggiunge un ulteriore elemento di criticità: l'aumento degli anziani soli. La progressiva trasformazione della struttura familiare ha portato al superamento del modello della famiglia allargata, che in passato rappresentava una rete naturale di protezione e supporto per i nonni e i bisognosi. Oggi le famiglie sono più piccole, spesso geograficamente disperse, con figli impegnati nel mondo del lavoro o residenti lontano. Di conseguenza, un numero crescente di anziani vive in condizioni di solitudine, anche quando è parzialmente autosufficiente, con difficoltà non solo di tipo sanitario, ma anche di carattere sociale, relazionale ed emotivo.

La solitudine dell'anziano si accompagna spesso a condizioni di fragilità economica. Negli ultimi anni le pensioni hanno progressivamente perso potere d'acquisto, a fronte di un aumento del costo della vita, dei servizi e delle spese sanitarie. Molti anziani si trovano quindi a dover affrontare bisogni assistenziali crescenti con risorse economiche limitate, rendendo difficoltoso

l'accesso a servizi privati di supporto e aumentando la pressione sul sistema pubblico.

In questo contesto, il sistema tradizionale di risposta mostra evidenti limiti. I posti letto nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) risultano inferiori alla domanda reale, con conseguenti lunghe liste di attesa per l'inserimento. L'istituzionalizzazione, che dovrebbe rappresentare l'ultima fase del percorso assistenziale, viene spesso ritardata non per una scelta appropriata, ma per indisponibilità di posti, lasciando famiglie e anziani in condizioni di forte difficoltà.

Parallelamente, i Centri Servizi per Anziani si trovano ad affrontare una crescente difficoltà nel reperimento di personale sanitario e sociosanitario. La carenza di operatori sociosanitari, infermieri e, sempre più spesso, anche di medici, rappresenta un problema strutturale che incide direttamente sulla qualità dell'assistenza. Tale carenza è aggravata dal fatto che il profilo clinico degli ospiti è profondamente cambiato: le RSA accolgono oggi pazienti con quadri clinici complessi, instabili, che richiedono competenze e intensità assistenziali sempre più elevate.

Questa evoluzione è strettamente collegata a un altro fenomeno rilevante: le dimissioni ospedaliere sempre più precoci. Gli ospedali, chiamati a concentrarsi prevalentemente sulla gestione delle patologie acute e a fronteggiare una cronica carenza di posti letto, tendono a dimettere pazienti anziani in condizioni cliniche ancora complesse. Pazienti che necessitano di assistenza infermieristica, monitoraggio clinico e continuità terapeutica vengono trasferiti al domicilio o alle strutture residenziali, spesso senza che il territorio sia pienamente attrezzato per accoglierli.

Il risultato è una progressiva trasformazione delle RSA e dei centri servizi per anziani in strutture assimilabili a reparti di lungodegenza, con tutte le criticità organizzative, cliniche e gestionali che questo comporta. Aumentano i carichi assistenziali, cresce il rischio di inappropriatezza, si moltiplicano gli accessi impropri al Pronto Soccorso e i ricoveri evitabili, generando un circolo vizioso che grava sull'intero sistema sanitario.

Di fronte a questo scenario, appare evidente la necessità di superare i modelli tradizionali e di individuare nuove soluzioni, capaci di rispondere in modo più flessibile, integrato e sostenibile ai bisogni degli anziani. È necessario uscire da schemi assistenziali rigidi, che separano nettamente l'ambito sanitario da quello sociale e che concentrano la risposta quasi esclusivamente sull'ospedale o sull'istituzionalizzazione.

In questa direzione, un ruolo fondamentale è svolto dall'innovazione tecnologica e organizzativa. In Italia e in altri Paesi sono già presenti esperienze sperimentali che dimostrano come sia possibile migliorare la presa in carico

dell’anziano fragile attraverso modelli territoriali integrati, basati sulla prossimità, sulla prevenzione e sul monitoraggio continuo. La tecnologia, se correttamente utilizzata, non sostituisce la relazione di cura, ma la rafforza, consentendo diagnosi più precoci, interventi tempestivi e una migliore continuità assistenziale.

Un quadro di riferimento fondamentale è rappresentato dal *Decreto Ministeriale 77*, che, in coerenza con il *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, ha posto le basi per un rafforzamento strutturale dell’assistenza territoriale. Le Case della Comunità, l’Assistenza Domiciliare Integrata, la telemedicina e l’integrazione sociosanitaria rappresentano elementi chiave per avviare nuove progettualità dedicate alla popolazione anziana.

Tuttavia, affrontare il tema dell’invecchiamento senza considerare il problema della denatalità rischia di offrire una visione parziale. Il progressivo squilibrio demografico tra giovani e anziani è causato principalmente dal calo delle nascite e deve essere affrontato con politiche strutturali che favoriscono la natalità, il sostegno alle giovani coppie e la conciliazione tra vita lavorativa e familiare. Solo un approccio integrato, che guardi contemporaneamente alle nuove generazioni e agli anziani, può garantire la sostenibilità sociale ed economica del sistema nel lungo periodo.

Tornando al tema specifico degli anziani, è fondamentale distinguere tra diverse tipologie di bisogno. Gli anziani autosufficienti o parzialmente non autosufficienti, ma soli, rappresentano una fascia su cui è possibile e necessario investire in modo innovativo. Per questi cittadini vanno incentivati progetti di invecchiamento attivo, che promuovano la partecipazione sociale, il mantenimento delle capacità residue e il senso di appartenenza alla comunità.

In questo ambito si inseriscono modelli innovativi come quello dell’assistente di quartiere, una figura flessibile e adeguatamente formata, in grado di assicurare servizi essenziali quali supporto nella vita quotidiana, accompagnamento, aiuto nella spesa, stimolazione cognitiva e monitoraggio dei bisogni. Tale figura può coordinare una rete di anziani autosufficienti che, a loro volta, diventano risorsa per la comunità, contribuendo ad aiutare i soggetti più fragili nelle attività più semplici. Questa logica di mutualità riduce i costi per le famiglie e rafforza la coesione sociale.

Un’organizzazione di questo tipo presuppone una nuova concezione dell’abitare, basata sull’aggregazione degli alloggi degli anziani in quartieri o contesti di prossimità. A seconda del profilo funzionale, l’anziano può vivere in autonomia, in soluzioni di cohousing o in centri servizi, all’interno di una rete che garantisce continuità assistenziale sia dal punto di vista sociale che sanitario, evitando situazioni di isolamento o abbandono.

Accanto ai modelli di invecchiamento attivo e di supporto agli anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti, è necessario sviluppare risposte strutturate e avanzate per gli anziani fragili e non autosufficienti, sia al domicilio sia all'interno delle strutture residenziali. In questo ambito, l'innovazione tecnologica e organizzativa rappresenta una leva fondamentale per garantire appropriatezza, tempestività e sostenibilità dell'assistenza.

Negli ultimi anni, anche nel nostro Paese, sono stati avviati progetti sperimentali che hanno dimostrato come l'utilizzo di strumenti diagnostici di prossimità, il telemonitoraggio clinico e la creazione di centrali operative territoriali possano migliorare in modo significativo la presa in carico dell'anziano fragile. Tali esperienze, tuttavia, risultano spesso frammentate e limitate a singoli contesti. Diventa quindi strategico integrarli in un modello unitario, capace di mettere in rete territorio, strutture residenziali e ospedale.

Un primo elemento qualificante di questo nuovo modello organizzativo è rappresentato dall'introduzione sistematica della diagnostica *point of care* all'interno delle RSA. Nelle strutture aderenti ai progetti sperimentali sono già stati installati strumenti in grado di effettuare analisi di laboratorio su sangue capillare e test di microbiologia su tampone faringeo o nasale, consentendo la diagnosi rapida delle principali patologie infettive e metaboliche dell'anziano. Questo approccio permette di superare uno dei limiti storici dell'assistenza residenziale, ovvero la dipendenza dall'ospedale per accertamenti diagnostici anche di base.

Gli strumenti di *point of care* sono inseriti in un sistema tecnologico avanzato: essi sono collegati tramite software dedicati ai medici di laboratorio, che ne monitorano costantemente i controlli di qualità e validano i risultati. I referti vengono firmati digitalmente, assumendo piena validità legale e potendo essere automaticamente integrati nel Fascicolo Sanitario Elettronico del paziente. In questo modo, la diagnostica diventa parte integrante del percorso di cura, garantendo tempestività, tracciabilità e continuità informativa. La possibilità di ottenere diagnosi direttamente in struttura consente di ridurre significativamente i trasferimenti verso l'ospedale, spesso fonte di stress per l'anziano e di aggravio per il sistema sanitario.

Accanto alla diagnostica di prossimità, un secondo pilastro del modello è rappresentato dal telemonitoraggio clinico, già sperimentato con successo nei percorsi di assistenza domiciliare. Il telemonitoraggio consente di superare il paradigma della valutazione episodica, introducendo un controllo continuo e personalizzato dei parametri clinici dell'anziano fragile. Ai pazienti vengono forniti dispositivi semplici ma efficaci – bilancia, saturimetro, misuratore della pressione arteriosa e, in casi selezionati, strumenti per

l'elettrocardiogramma a due derivazioni – che permettono di rilevare quotidianamente i principali indicatori dello stato di salute.

La trasmissione dei dati avviene in modo automatico, attraverso una rete Wi-Fi che convoglia le informazioni verso un gateway domiciliare dotato di scheda telefonica. I dati vengono quindi inviati in modo sicuro alla rete VPN ospedaliera e confluiscono direttamente nella cartella clinica della centrale operativa territoriale, senza necessità di inserimento manuale da parte del paziente o dei caregiver. Questo aspetto è particolarmente rilevante nel contesto della popolazione anziana, spesso poco avvezza all'uso delle tecnologie digitali.

Per ciascun paziente vengono impostate soglie personalizzate di allarme, calibrate in base al quadro clinico e alle condizioni di base. Il superamento di tali soglie genera segnalazioni automatiche, consentendo un intervento tempestivo prima che il quadro clinico si aggravi. In questo modo, il telemonitoraggio non si limita a una funzione di controllo passivo, ma diventa uno strumento attivo di prevenzione delle riacutizzazioni e delle complicanze.

Il fulcro dell'intero sistema è rappresentato dalla centrale operativa territoriale, concepita come nodo di coordinamento clinico e organizzativo. La centrale, idealmente collocata presso la Casa della Comunità, svolge una funzione di supervisione continua dei dati provenienti sia dai sistemi di telemonitoraggio sia dagli strumenti di diagnostica point of care presenti nelle RSA. Attraverso la gestione integrata delle informazioni, la centrale è in grado di valutare l'andamento clinico dei pazienti, intercettare precocemente situazioni di rischio e attivare le risposte più appropriate.

Le funzioni della centrale operativa non si esauriscono nel monitoraggio. Essa rappresenta il punto di raccordo tra i diversi attori del sistema: medici di medicina generale, specialisti, infermieri, operatori dell'assistenza domiciliare, strutture residenziali e ospedale. In base alle necessità cliniche, la centrale può attivare teleconsulti e servizi di telemedicina, inviare personale dell'Assistenza Domiciliare Integrata, programmare visite o approfondimenti diagnostici presso la Casa della Comunità, oppure indirizzare il paziente al Pronto Soccorso esclusivamente nei casi in cui ciò sia realmente necessario.

Questo modello consente di superare l'attuale frammentazione dei percorsi di cura e di costruire una rete assistenziale realmente integrata. Il progetto mette in relazione funzionale i pazienti fragili assistiti a domicilio, gli ospiti delle RSA, le Case della Comunità e l'ospedale, garantendo una presa in carico continua e coerente. La comunicazione tra i diversi livelli di cura viene facilitata dalla condivisione delle informazioni cliniche e dalla

presenza di protocolli operativi comuni, riducendo il rischio di discontinuità assistenziale e di interventi inappropriati.

L'integrazione della rete assistenziale rappresenta uno degli elementi più innovativi e strategici del modello. Essa consente di spostare il baricentro dell'assistenza dall'ospedale al territorio, valorizzando le competenze presenti e rendendo il sistema più resiliente e sostenibile. L'ospedale torna a svolgere il proprio ruolo centrale nella gestione delle patologie acute e delle situazioni ad alta complessità, mentre il territorio si rafforza nella gestione della cronicità e della fragilità.

I risultati attesi dall'implementazione di questo modello sono molteplici e rilevanti. In primo luogo, si prevede una riduzione significativa degli accessi impropri al Pronto Soccorso e dei ricoveri ospedalieri evitabili, grazie alla capacità di intercettare precocemente il peggioramento clinico e di intervenire in modo mirato. In secondo luogo, l'anticipazione della diagnosi e l'avvio tempestivo dei trattamenti contribuiscono a migliorare gli esiti clinici e la qualità di vita degli anziani fragili.

Dal punto di vista del sistema, il modello favorisce una maggiore sostenibilità, ottimizzando l'utilizzo delle risorse disponibili e riducendo i costi legati a ricoveri e trasferimenti non necessari. Al tempo stesso, valorizza le competenze del personale sanitario e socioassistenziale, offrendo strumenti organizzativi e tecnologici che supportano il lavoro quotidiano e ne aumentano l'efficacia.

In conclusione, l'integrazione tra innovazione tecnologica, rafforzamento territoriale e nuovi modelli organizzativi rappresenta una risposta concreta e strutturale alle sfide poste dall'invecchiamento della popolazione. Solo attraverso un approccio sistematico, capace di tenere insieme dimensione sanitaria e sociale, sarà possibile garantire agli anziani fragili percorsi di cura appropriati, dignitosi e sostenibili, nel rispetto dei principi di equità e prossimità che devono guidare l'evoluzione del sistema sociosanitario.

Le problematiche legate all'invecchiamento della popolazione impongono un cambio di paradigma. È necessario costruire un sistema territoriale forte, integrato e tecnologicamente supportato, capace di rispondere ai bisogni complessi degli anziani, valorizzandone le risorse, sostenendo le famiglie e garantendo sostenibilità al sistema sanitario e sociale nel suo complesso.

Dalle Buone Prassi alla Qualità Rigenerativa. Il coraggio di un Management Consapevole

di *Elisabetta Canton*

Una buona prassi: Efficace, Innovativa, Misurabile, Riproducibile; in quale realtà può nascere, me lo chiedo perché è diventata veramente una conquista e una possibilità riservata a pochi eletti. Pensare e programmare un progetto innovativo che diventi una buona prassi per tutta l'organizzazione, per molti, è una chimera considerato il tempo che deve essere investito quotidianamente nella risoluzione dei problemi contingenti, in primis di mancanza di personale e in seconda battuta di personale scontento, tuttavia se ci sono organizzazioni che sono in grado di realizzare progettualità innovative, significa o che sono dei geni o che con le dovute attenzioni è possibile creare qualcosa di positivo e innovativo.

L'opportunità che permette di fermarsi per poi ripartire con la novità è data da alcuni elementi che si ritiene siano fondamentali:

1. Una presenza importante e costante di professionisti motivati, che credono nella causa e che abbiano un'affinità professionale gli uni con gli altri. Al di là delle diverse formazioni e dei differenti ruoli, guardano verso lo stesso obiettivo (la vision comune). Banalmente si deve verificare la situazione propizia per cui un gruppo di persone con ruoli e responsabilità differenti dedicano una parte delle loro attività a guardare verso lo stesso punto d'arrivo; persone che riescono a staccarsi dalla complessità quotidiana per approfondire una criticità ritenuta la più importante volendo cambiare le cose.

2. Una volontà forte di investire sull'analisi dei bisogni o delle criticità, un'analisi senza sconti di ciò che non va o che non permette all'organizzazione di fare un salto in avanti. Il pensiero e la raccolta degli elementi specifici della criticità rilevata, la fotografia precisa della situazione iniziale, senza tralasciare i particolari.

3. Un tempo per analizzare e per pensare comunicando, non si tratta di un tempo quantitativo ma di un tempo produttivo, *Kairos* (καιρός) è una parola

greca che indica il “momento giusto, opportuno, cruciale”, un attimo qualitativo e irripetibile, contrapposto a *chronos* (tempo cronologico e sequenziale).

4. La presenza di stakeholder, di portatori di interesse non direttamente coinvolti nella progettazione ma interessati allo sviluppo della buona prassi. Sono da considerarsi in particolare gli operatori, che spesso non sono direttamente coinvolti nella definizione del progetto innovativo ma ne sono di fatto i promotori indiretti e i soggetti maggiormente coinvolti, insieme alle persone anziane, nella realizzazione dello stesso.

5. Puntare su un sistema di qualità sostenibile può essere una buona pratica che garantisce l’analisi dei costi consumi e investimento nelle risorse più utili. La qualità di un servizio presenta due dimensioni che devono procedere insieme; la dimensione legata ai processi (linee guida, protocolli, procedure) e la seconda legata alla raccolta e analisi dei dati (indicatori). Entrambe le dimensioni sono fondamentali per avere una effettiva analisi della realtà organizzativa e intravvedere gli aspetti da migliorare; tuttavia, deve essere sostenibile per avere una effettiva ricaduta sulla quotidianità ma anche sulla raccolta di dati molto precisi. Un sistema sostenibile è realizzabile nel momento in cui il dato viene raccolto una sola volta, non deve essere ridondante o spezzettato altrimenti il rischio di errore è più alto e gli operatori non sono in grado di raccoglierlo.

Se non ci sono queste precondizioni non sarà possibile anche in presenza di grandi numeri realizzare una buona prassi con le caratteristiche proprie; si possono fare progetti che però rimangono nel loro stato di buona idea, di creazione di un qualcosa di nuovo che però nasce già con una scadenza: la buona prassi deve vivere a lungo e anche al di fuori da dove è nata, ma chiunque ne vuole fare esperienza, è necessario che comunque parta con una base di effettiva fattibilità.

Tuttavia, queste condizioni ideali spesso si scontrano con le complessità e le sfide della realtà quotidiana, come dimostrato dalla mia esperienza diretta, in una Residenza in fase di apertura, in contesti complessi, con tutte le difficoltà legate alle autorizzazioni istituzionali, alle difficoltà economiche e soprattutto la grande sfida determinata dall’assenza di personale, in particolare operatori e infermieri, ma anche di altre figure professionali che al momento si vivono come prestatori d’opera e non professionisti che si mettono in gioco, diventa difficile ipotizzare di andare oltre il quotidiano. In queste condizioni diventa quasi innovativo ritornare alla base:

- riuscire a definire le priorità e realizzarle al meglio diventano le fondamenta per poter salire quando si vede il momento propizio.
- ricordare e ripartire dai valori aziendali diventa faro per non abbassare la guardia alla superficialità.

- creare il gruppo di supporto alla direzione che viaggia alla stessa velocità e con gli stessi obiettivi, professionisti che siano gocce quotidiane di buon trattamento nell'agire degli operatori.
- ritornare ai piani di lavoro e alle procedure più importanti per sedimentare gli aspetti basilari.

La buona prassi è quella di ricordarsi chi siamo come organizzazione, cosa vogliamo diventare e cosa ci chiede l'azienda.

Una volta che ci siamo interrogati sulla genesi di una Buona Prassi – definendola non come un evento fortuito, ma come il frutto di condizioni precise, di un tempo Kairos e di una visione condivisa – è ora necessario compiere un passo ulteriore, quasi doveroso per chi ha a cuore il destino delle organizzazioni di cura. Le buone pratiche, infatti, non devono e non possono rimanere isole felici, “chimere” realizzate da pochi eletti in momenti di grazia; esse rappresentano il sentiero maestro, l'unico realmente percorribile, per approdare a quella che definisco Qualità Rigenerativa. Essa è intesa non come un mero adempimento, ma un processo dinamico e intrinseco all'azione, che pone al centro il benessere profondo delle persone e la sostenibilità relazionale, trasformando l'organizzazione in un ecosistema vitale e auto-rigenerante.

È tempo di sfatare un mito che rischia di soffocare le nostre realtà lavorative. Troppo spesso, quando si parla di Qualità, il pensiero corre immediatamente alla certificazione ISO 9001, agli adempimenti burocratici, a un “bollino” da esibire come trofeo o da ottenere per mero dovere istituzionale. Ma dobbiamo dirlo con chiarezza: se la Qualità viene concepita solo come fine ultimo dell'azione, come un obbligo formale o una mera espressione di un risultato finale (l'uovo d'oro), essa perde irrimediabilmente il suo valore. Anzi, rischia di diventare un peso insostenibile che non permette il miglioramento, ma favorisce solo la perdita di risorse umane ed economiche, aumentando la frustrazione e spianando la strada al burn out. È la favola di Esopo della gallina dalle uova d'oro che si ripete nelle nostre corsie: per la fretta avida di ottenere tutto subito (il risultato, il budget, la certificazione), uccidiamo la fonte stessa della ricchezza, ovvero la motivazione intrinseca delle persone.

La tesi che qui sostengo è che le buone pratiche siano lo strumento operativo indispensabile per garantire la qualità, proprio perché la qualità vera non è statica, ma è intrinseca all'azione. È un processo culturale che si nutre del fare ciò che serve quando serve.

Perché questo avvenga, dobbiamo avere il coraggio di un Management Consapevole che rimetta al centro la Persona. Al di là delle teorie più raffinate, dei modelli di *Lean Organization* che scompongono la complessità o

dei cicli di *Deming* (Plan-Do-Check-Act) per il miglioramento continuo, ci sono sempre e comunque gli esseri umani. Può sembrare banale ricordarlo, ma spesso si dimentica che l'essere umano è l'unico portatore di saper fare, di volontà, di desideri e di sentimenti, anche quando è immerso in una dimensione lavorativa difficile. Una struttura residenziale potrebbe disporre di risorse infinite, delle migliori tecnologie e di bilanci floridi, ma se non ha le persone che inseriscono quelle risorse nel sistema, che le "attivano" con passione, non si potrà mai parlare di qualità. È un processo Inside Out: parte dall'interno per manifestarsi all'esterno.

Ecco perché il passaggio cruciale dalle singole buone pratiche alla qualità strutturale del servizio richiede un'evoluzione sostanziale: la trasformazione del gruppo in Squadra.

Sappiamo che all'origine c'è sempre un gruppo multiprofessionale, ma questo può rimanere tale – una somma di individui – o diventare squadra. La differenza sta nell'investimento che si sceglie di fare sul "lavorare insieme". Come un singolo anello, per quanto prezioso, non può fare una collana, così il singolo professionista vede la sua azione di cura affievolirsi se non è inserita in un sistema di anelli che si incrociano e si sostengono a vicenda. Lavorare in squadra risponde a un'esigenza profonda delle organizzazioni moderne: ricomporre il lavoro frammentato. Il gruppo diventa strumento di integrazione (re-unire), rispondendo sia all'esigenza del fare insieme che a quella dello stare insieme.

In questo contesto, il compito della leadership è creare il "campo di gioco" dove gli aspetti tecnici (obiettivi, metodo, risorse, coordinamento) incontrano e si fondono con le forze relazionali (fiducia, comunicazione, collaborazione, motivazione). Tutto ciò non nasce per caso, ma è il risultato di un impegno manageriale che, con visione e coraggio, sa bilanciare aspetti tecnici e relazionali. La vera convenienza, quella che rende il sistema sostentabile, sta nell'integrazione: agire nel proprio interesse e contemporaneamente nell'interesse degli altri. Non l'asso pigliatutto, ma il bene comune massimo.

La Qualità diventa allora Rigenerativa: non un traguardo statico, ma un obiettivo costante e quotidiano di operare per il benessere che si autoalimenta. È un circolo virtuoso che trasforma la cultura organizzativa. Se gli operatori sono messi nelle condizioni di lavorare bene (attraverso buone pratiche consolidate e un forte engagement), producono benessere per gli utenti; questo benessere ritorna agli operatori sotto forma di gratificazione, senso e appartenenza, rigenerando l'energia spesa.

La vera sfida oggi è restituire significato e passione a chi lavora per restituire forza all'organizzazione. La storia organizzativa è come la storia di vita

di un anziano: va ascoltata, valorizzata e compresa per coglierne i significati profondi. Solo così un’impresa diventa socialmente responsabile, restituendo *welfare* alla comunità. Non spremiamo il nostro tempo prezioso (Kairos) ad anelare a un frutto perfetto e irraggiungibile; utilizziamo invece ogni istante per impegnarci a far crescere, giorno per giorno, quelle pratiche che trasformano la lamentela in opportunità di cambiamento e la fatica quotidiana in un valore condiviso.

Se la Buona Prassi è la scintilla che accende il cambiamento e la Qualità Rigenerativa è il fuoco che lo alimenta quotidianamente, dobbiamo ora alzare lo sguardo e chiederci: dove ci sta portando questo calore? Quale scenario si delinea all’orizzonte per le nostre residenze se abbiamo il coraggio di perseverare in questa direzione?

La risposta non risiede in una riforma imposta dall’alto, ma in una trasformazione silenziosa e potente che parte dal basso, dalla “molecola” base delle nostre organizzazioni: la relazione di cura intessuta di consapevolezza. Immaginare uno scenario nuovo per le residenze per anziani non significa solo ridipingere le pareti o acquistare tecnologie all’avanguardia, bensì operare una vera e propria rivoluzione culturale che ridefinisce il concetto stesso di “luogo di vita”.

Il cambiamento di cui parlo è un processo lento, che richiede quella pazienza attiva tipica del contadino che non pretende il raccolto il giorno dopo la semina. È un percorso graduale in cui le buone pratiche, una volta consolidate e rese riproducibili all’interno di una singola struttura, sentono l’urgenza di uscire, di essere raccontate e condivise. Qui sta il vero potenziale rivoluzionario: quando una buona prassi smette di essere il “segreto” di un’équipe virtuosa e diventa patrimonio comune, si innesca un effetto moltiplicatore.

Immaginiamo un sistema di residenze non più come isole fortificate in competizione tra loro, preoccupate di difendere il proprio recinto, ma come nodi di una rete pulsante. In questo scenario futuro, la progettualità non è un evento eccezionale, ma il respiro naturale dell’organizzazione. Le idee innovative, nate magari per risolvere una criticità specifica (la gestione dei pasti, l’accoglienza dei familiari, il supporto al lutto), viaggiano, si contaminano, vengono adottate e adattate da altre realtà.

Questo scambio continuo crea un nuovo ecosistema culturale. Non stiamo più parlando solo di “assistenza” in senso sanitario o prestazionale, ma di una proposta di vita che restituisce dignità e pienezza al tempo dell’anziano e, parallelamente, al tempo di chi lavora.

Se il management consapevole riesce a creare squadre solide, dove la fiducia e la motivazione sono le fondamenta, allora queste squadre diventano

laboratori viventi di innovazione sociale. La cultura dell'accoglienza e l'"empowerment" citati non sono più slogan da brochure, ma si traducono in un modo diverso di stare insieme.

In questo nuovo scenario, la residenza per anziani si spoglia della sua veste istituzionale rigida per diventare una risorsa aperta al territorio, un luogo dove la comunità entra ed esce, dove si restituisce welfare non sotto forma di servizi standardizzati, ma di risposte umane ai bisogni complessi.

È una rivoluzione copernicana: al centro non c'è più la struttura con le sue esigenze di bilancio (che pure devono quadrare), ma la Persona e la sua biografia. E paradossalmente, è proprio questa attenzione maniacale alla qualità della relazione e alla valorizzazione delle risorse umane che garantisce la sostenibilità economica a lungo termine. Un'organizzazione che "rigenera" le sue persone riduce il turnover, abbatte i costi della non-qualità, attrae talenti e costruisce una reputazione solida basata sulla fiducia.

Questo futuro non è un'utopia, è una possibilità concreta iscritta nel nostro presente, se siamo disposti a vedere oltre l'emergenza quotidiana. Richiede di passare dalla logica dell'io (la mia struttura, il mio ruolo) alla logica del noi (la rete dei servizi, la comunità professionale).

Le buone pratiche sono i semi. La qualità rigenerativa è il terreno fertile. La nostra volontà di condividere e di fare squadra, ben oltre i confini delle nostre mura, è l'acqua che permetterà a questo nuovo modello culturale di germogliare, trasformando radicalmente il modo in cui la nostra società pensa e vive la cura dell'anziano. È tempo di smettere di anelare a un cambiamento che viene da fuori e iniziare a costruirlo, pratica dopo pratica, connessione dopo connessione, con la certezza che, come ci insegna la natura, ciò che è curato con dedizione è destinato a fiorire.

Ridisegnare il futuro di una struttura residenziale. L'Analisi organizzativa come motore del cambiamento positivo

di *Monica Zanolla*

*Voglio raccontarvi un percorso:
quello che abbiamo avviato insieme,
con coraggio e ascolto.*

*Un percorso che ci ha insegnato
che l'analisi organizzativa
non è un compito tecnico,
ma un atto di cura*

Appena arrivata in Casa Serena, ho sentito la necessità di capire in quale realtà organizzativa mi sarei confrontata, perché sono convinta che, come si presenta l'organizzazione, costituisce le fondamenta di qualsiasi percorso di cambiamento. Conoscere le regole, i ruoli dei protagonisti, il modo di vedere l'organizzazione ed il lavoro al suo interno, quali sono le anime ed il fine ultimo dell'organizzazione, apre le porte alla riprogettazione di soluzioni di intervento migliorativo.

Ho deciso di partire dalla percezione, dai vissuti e dalla individuale elaborazione dei professionisti impiegati presso la Struttura, perché utilizzando strategie come l'autoriflessione, la ricerca di feedback, l'analisi delle metriche delle prestazioni, le persone possono sviluppare una comprensione globale delle loro capacità ed individuare le proprie aree di miglioramento.

Lo strumento di analisi utilizzato è la Matrice *SWOT*¹, focalizzando lo studio sull’ambiente interno all’organizzazione (analizzando i punti di forza e di debolezza) estrapolando dall’ambiente esterno all’organizzazione solo l’analisi sulle opportunità.

- Punti di forza fattori interni al contesto, da valorizzare;
 - Punti di debolezza limiti da considerare;
 - Opportunità possibilità che vengono offerte dal contesto e che possono offrire occasioni di sviluppo.

Sono molto legate alla relazione e al miglioramento dei rapporti e dell'organizzazione come struttura dentro la quale si può creare un servizio di qualità. Il metodo utilizzato per l'analisi *SWOT* è stato il *Focus Group*, suddividendo i partecipanti agli incontri, in base al comparto di appartenenza,

¹ Speth C., *L'analisi Swot*, Feltrinelli, Milano, 2023.

ritenendo tale modalità efficace anche per approfondire sia il pensiero esplicito dei lavoratori, ma anche il loro modo di porsi ed il ruolo che occupano nel proprio gruppo, entrando nel cuore dell’organizzazione.

La valutazione dei punti di forza e dei punti di debolezza è un processo continuo, pertanto, oltre alla restituzione di quanto emerso in questa prima analisi, in futuro sarà necessario proporre una nuova valutazione, al fine di approfondire se e come sono state messe in atto azioni di miglioramento, sulla base dei risultati attuali. L’intento è quello di ricercare un modello organizzativo condiviso, dotato di flessibilità applicativa, soggetto ad aggiornamento periodico, nel cui centro troviamo l’Anziano fruttore dei servizi, assieme alle persone che giornalmente se ne prendono cura, personale operante e famiglie.

Questo articolo documenta il percorso di analisi organizzativa condotto presso la Residenza per Anziani *Casa Serena* di Grado (GO) nei mesi di aprile e maggio 2025, attraverso l’utilizzo del modello *SWOT* e il coinvolgimento di tutte le figure professionali operanti nella struttura.

Il lavoro svolto ha avuto la duplice finalità di:

- ricostruire in modo partecipato la percezione interna delle risorse disponibili e delle criticità presenti;
- definire un primo percorso di cambiamento condiviso, orientato al miglioramento del funzionamento organizzativo e della qualità dell’assistenza.

Il contesto di partenza è stato caratterizzato da un vissuto di instabilità gestionale negli ultimi quattro anni, condizione che ha inciso in modo profondo sul personale, generando sfiducia e timore di *essere abbandonati* da chi dovrebbe garantire guida e supporto. Per evitare che tale percezione influenzasse in modo eccessivo la lettura dei dati, nel modello *SWOT* presentato ai gruppi è stata temporaneamente esclusa la categoria *Minacce*, pur restando evidente, nelle discussioni, il segnale diffuso di fragilità e bisogno di stabilità.

In modo meno esplicito, ma costante nelle dinamiche osservate, è emersa inoltre una sensazione di perdita di credibilità professionale sul territorio, particolarmente sentita da una struttura che storicamente ha goduto di riconoscimenti e apprezzamenti.

L’analisi è stata condotta coinvolgendo OSS, Infermieri, personale delle Pulizie/Lavanderia e FKT.

Tab. 1 – Risultati applicazione scheda SWOT Casa Serena

PUNTI DI FORZA	
OSS	<p>- Il gruppo di lavoro (<i>supporto, fiducia, pazienza</i>). La presenza del Comune all'interno della Struttura, (<i>considerato elemento di fiducia e garante del controllo sull'organizzazione</i>)</p>
INFERMIERI	<p>Buona sinergia con le altre figure professionali (<i>esperienza e professionalità condivisa</i>). Liberi Professionisti molto presenti e attivi. Buona collaborazione d'équipe e con i MMG. Posizione della struttura e ampi spazi comuni, garantiscono il comfort all'Anziano (<i>ci sono diversi spazi dove gli Anziani possono passare del tempo da soli o con il proprio familiare</i>).</p>
PULIZIE/ LAVANDERIA	<p>Gruppo coeso e collaborante (<i>supporto e collaborazione</i>). Leadership presente e molto apprezzata (<i>la Referente risulta autorevole e competente</i>). Ampia disponibilità con altri comparti (<i>il gruppo sente di rispondere puntualmente a richieste di collaborazione anche in situazioni di emergenza</i>).</p>
FKT	<p>Gli ausili disponibili e possibilità di reperire ausili particolari (<i>palestra ben rifornita e attrezzata</i>). Motivazione del personale assistenziale all'incentivazione per la partecipazione degli Anziani alle sedute di fisioterapia. La collocazione della struttura e l'apertura al territorio.</p>

PUNTI DI DEBOLEZZA	
OSS	<p>Mancanza di comunicazione tra le varie figure professionali (<i>porta alla depersonalizzazione degli Anziani assistiti: ad esempio la mancata preparazione dell'Anziano per visite programmate ma non concordate o comunicate</i>). Mancanza di regole condivise dall'intera organizzazione (<i>la mancanza di incontri operativi e di figure di riferimento riconosciute, ha determinato una libera interpretazione delle pratiche assistenziali in risposta alle diverse situazioni da affrontare</i>). Qualità e quantità del cibo (<i>menu ripetitivo, poco curato e poco rispetto per le tradizioni</i>). IP libere professioniste danno indicazioni diverse e a volte contrastanti (<i>la condizione lavorativa non sempre garantisce la continuità e la concordanza tra indicazioni e caratteristiche gestionali del momento</i>). Difficoltà nei turni corti” (4 / 5 ore).</p>

INFERMIERI	<p>Mancanza di comunicazioni scritte (<i>a volte ci si basa solo sul passaparola</i>). Turn over del personale, stanchezza fisica e mentale. Mancanza di condivisione dei problemi all'interno del gruppo e tra professionisti (<i>mancano momenti dedicati anche multiprofessionali di gestione operativa</i>). Mancanza/difficoltà di comunicazione con i familiari (<i>spesso non condividono le scelte operative adottate, si sentono in diritto di "richiamare" il personale per cui diventa difficile garantire i limiti/confini professionali</i>). Resistenza al cambiamento (<i>soprattutto del personale con tanti anni di lavoro, vale la regola "si è sempre fatto così"</i>). Struttura grande e dispersiva (<i>difficoltà nella sorveglianza e le possibili vie di fuga</i>). Vincoli di minutaggio e contenimento della spesa. Scarso investimento alla formazione/aggiornamento (<i>non c'è una rilevazione dei bisogni formativi, né tanto meno una effettiva programmazione degli eventi formativi o di aggiornamento</i>). Problemi strutturali (<i>mancanza di manutenzione della struttura</i>). Attrezzature rotte/da sostituire (<i>carrelli igiene, letti...</i>).</p>
PULIZIE/ LAVANDERIA	<p>Poco rispetto del personale sul lavoro svolto (<i>es. mancanza di attenzione alla separazione della biancheria sporca: spesso nel sacco del vestiario sporco si trovano anche pannolini...</i>). Mancanza di comunicazione in caso di condizioni di salute temporanee per le quali è necessario fare attenzione quando si entra in camera a sistemare la biancheria (<i>es. virus, contagi...</i>). Mancanza di attenzione alla distribuzione ai nuclei della biancheria pulita (<i>le operatrici fanno spesso confusione tra gli armadi</i>).</p>
FKT	<p>Resistenza al cambiamento nell'équipe. Durante la stesura del PAI difficoltà a mantenere gli argomenti centrati, con divagazioni inconsistenti e perdita di tempo preziosa.</p>

OPPORTUNITÀ	
OSS	Rivedere i piani di lavoro (igiene, alzata) e i carichi di lavoro tra nuclei.
INFERMIERI	Aumento e sviluppo della sinergia professionale tra IP e OSS. Necessità condivisa di ricostruire un sistema assistenziale funzionale e su misura dell'Anziano per garantirgli un ambiente sicuro e personalizzato
PULIZIE/ LAVANDERIA	---
FKT	---

Dall'elaborazione collettiva emergono alcune criticità comuni a più reparti:

- Insufficiente passaggio di consegne e carenza di informazioni operative condivise.
- Mancanza di riunioni dedicate alla gestione dei casi complessi e delle situazioni assistenziali delicate.
- Assenza di momenti multiprofessionali di coordinamento organizzativo.
- Difficoltà relazionali con i familiari.
- Scarsa manutenzione strutturale e delle attrezzature.

Queste criticità influenzano ulteriori elementi: motivazione al lavoro, rispetto dei ruoli, gestione dei limiti professionali, relazioni interne, formazione e qualità percepita del servizio.

La carenza più diffusa e riconosciuta è la mancanza di comunicazione, sia sul piano formale sia su quello relazionale.

Condivisione dei risultati con Referenti e Coordinatori

La crescente complessità clinica degli anziani, l'aumento delle aspettative dei familiari e la richiesta di maggiore trasparenza gestionale rappresentano condizioni sociali che spingono verso modelli di assistenza più personalizzati, comunicativi e partecipati.

Nel mese di giugno i risultati dell'analisi sono stati presentati ai Referenti e ai Coordinatori dei vari comparti. Dall'incontro con i Referenti e Coordinatori, in cui è stato nuovamente confermato quanto rilevato dall'analisi organizzativa, in modo spontaneo e condiviso, le criticità sono state considerate come parte del processo di cambiamento, affiancata ad una condivisa necessità di rigenerare il tessuto organizzativo dopo un periodo critico, per farlo diventare più forte di prima.

Consapevoli che porsi troppi obiettivi vuol dire meno possibile la riuscita e più probabile l'aumento del senso di impotenza, il gruppo ha proposto un programma di miglioramento a partire dalla necessità di migliorare la comunicazione sia nel gruppo di lavoro sia nella relazione con i Familiari.

Percorso Progettuale di Cambiamento

Il gruppo multidisciplinare ha delineato un percorso di miglioramento da realizzare entro il 2025, focalizzato su due obiettivi prioritari:

1. *Miglioramento delle procedure operative*
 - Revisione e condivisione della modulistica.
 - Ottimizzazione dei processi di accoglienza:
 - o gestione della domanda di ingresso
 - o visita domiciliare,
 - o colloquio pre-ingresso,
 - o potenziamento del periodo iniziale di osservazione,
 - o elaborazione del PAI iniziale.
2. *Maggiore coinvolgimento dei familiari*
 - Partecipazione più attiva alle riunioni di PAI.
 - Uso degli incontri anche come momenti formativi e informativi multiprofessionali.

- Questi interventi sono pensati per favorire trasparenza, personalizzazione dell'assistenza e ricostruzione di una relazione di fiducia con il territorio.

L'implementazione di procedure condivise e standardizzate costituisce un elemento innovativo fondamentale. La revisione della modulistica, l'ottimizzazione del processo di accoglienza (visita domiciliare, colloquio pre-ingresso, osservazione iniziale e definizione del PAI), nonché la formalizzazione dei passaggi di consegna, permetteranno di ridurre errori, frammentazioni comunicative e variabilità operative. Tali interventi introducono un modello di funzionamento più coerente, tracciabile e orientato alla qualità.

Un ulteriore elemento innovativo è l'introduzione di spazi regolari di confronto multiprofessionale, che consentiranno una gestione più efficace e coordinata dei casi complessi, sostenendo un approccio realmente integrato tra le diverse figure professionali.

Il settore delle strutture residenziali per anziani è attualmente interessato da processi di riforma che valorizzano i principi di omogeneità procedurale, documentazione completa e presa in carico multidimensionale. Questo contesto istituzionale costituisce un'importante leva per Casa Serena, poiché allinea le esigenze interne – emerse dalla SWOT – agli orientamenti legislativi, favorendo l'introduzione di strumenti e procedure moderni e coerenti.

Le normative regionali in materia di RSA prevedono obblighi stringenti relativi a:

- standardizzazione della documentazione,
- valutazione multidimensionale,
- formazione continua,
- strutturazione del PAI,
- coinvolgimento dei familiari.

La progettualità avviata da Casa Serena, coerente con tali requisiti, facilita l'implementazione del cambiamento e rafforza la qualità complessiva del servizio offerto.

L'analisi *SWOT* rappresenta un passaggio fondamentale nel processo di rinnovamento di Casa Serena.

L'ascolto attento dei professionisti ha permesso di evidenziare risorse solide: la coesione dei gruppi di lavoro, la professionalità degli operatori e la volontà autentica di ricostruire un clima organizzativo positivo.

Accanto a tali risorse, emergono criticità significative, in particolare legate alla comunicazione interna, alla gestione dei rapporti con i familiari e alla necessità di una leadership più presente e riconosciuta.

Le opportunità individuate indicano una direzione chiara: ridefinire i processi assistenziali, rafforzare la collaborazione multiprofessionale e rimettere al centro la persona anziana, valorizzando tutte le professionalità coinvolte². La ridefinizione del processo di presa in carico, la maggiore accuratezza del PAI e il coinvolgimento attivo dei familiari rappresentano innovazioni centrali per migliorare la qualità dell'assistenza. L'approccio personalizzato e centrato sulla persona sarà ulteriormente potenziato dalla maggiore integrazione tra area sanitaria, sociale e alberghiera, garantendo continuità assistenziale e un miglior coordinamento operativo.

Nonostante le difficoltà del passato recente, il clima osservato durante il confronto con i Referenti e i Coordinatori evidenzia un forte desiderio di ricostruzione e cambiamento. Il percorso intrapreso favorisce la costruzione di una cultura della comunicazione, basata su trasparenza, rispetto dei ruoli, responsabilità condivisa e dialogo costante. Questa trasformazione culturale – essenziale dopo anni di instabilità gestionale – ha ricadute positive sia sul clima interno sia sulla credibilità esterna della struttura.

La direzione intrapresa da Casa Serena risponde alle richieste del sistema sociosanitario contemporaneo e alle aspettative del territorio, valorizzando la qualità dei processi, la collaborazione multiprofessionale e la centralità della persona anziana.

Il percorso progettuale avviato si configura come un'occasione concreta per ridare slancio alla struttura, attraverso un lavoro condiviso che tenga insieme obiettivi realistici, partecipazione attiva e valorizzazione delle differenze professionali, nella consapevolezza che il cambiamento, se condiviso, diventa realmente sostenibile e trasformativo³.

² Canton E., Iurlaro F., *Management Consapevole. Il modello Equità e sostenibilità® per affrontare le criticità delle organizzazioni sociosanitarie*, Editrice Dapero, 2023.

³ Cavanna F., *Management e governance nelle residenze sanitarie assistenziali*, Apogeo Education, 2007.



La scheda tecnica della matrice SWOT è in realtà un modello visivo utilizzato per organizzare i risultati dell'analisi strategica di un progetto, un'organizzazione o un individuo. La matrice è composta da quattro quadranti distinti che classificano i fattori interni ed esterni. Ciascun quadrante richiede l'inserimento di informazioni specifiche relative al contesto analizzato:

Punti di Forza (Strengths). Fattori interni che conferiscono un vantaggio competitivo o eccellenze, ad esempio: Qualità del personale (*empatia, competenza*); Reputazione positiva, fiducia dei pazienti e delle famiglie; Strutture adeguate, tecnologie innovative; Programmi di assistenza personalizzati.

Punti di Debolezza (Weaknesses). Fattori interni che rappresentano vincoli, limitazioni o aree di miglioramento, ad esempio: Carenza di personale, burnout; Budget limitati, attrezzature obsolete; Processi burocratici lenti; Difficoltà di comunicazione interna/esterna.

Opportunità (Opportunities). Condizioni ambientali esterne favorevoli che possono essere sfruttate, ad esempio: Finanziamenti pubblici (*bandi, fondi europei*); Bisogni crescenti (*invecchiamento popolazione, nuove patologie*); Innovazioni tecnologiche (*teleassistenza, app*); Partnership con altre organizzazioni (*Ospedali, Associazioni*).

Minacce (Threats). Condizioni ambientali esterne sfavorevoli o barriere che possono ostacolare il successo, ad esempio: Tagli alla sanità pubblica; Concorrenza da altri provider di servizi; Cambiamenti normativi, burocrazia; Crisi economiche, difficoltà di reclutamento.

Come Compilare la Scheda. Per compilare efficacemente la scheda, è necessario seguire alcuni passaggi chiave: Definire chiaramente gli obiettivi dell'analisi; analizzare l'ambiente *interno* (l'organizzazione) per identificare *Strengths e Weaknesses*; analizzare l'ambiente esterno (il mercato, il contesto normativo, etc.) per identificare *Opportunities e Threats*; sviluppare strategie incrociando i quadranti: ad esempio, come usare i punti di forza per cogliere le opportunità, o come mitigare le minacce affrontando i punti di debolezza.

Casa di Riposo Serena, Grado (GO) di Debora Foschiani.

La Casa di Riposo Serena è un servizio del Comune di Grado. Essa rappresenta da oltre quarant'anni un punto di riferimento fondamentale per la comunità di Grado.

È pervenuta al Comune nel 1981 a seguito dello scioglimento dell'ex Ente Comunale di Assistenza. Da allora è stata gestita direttamente con proprio personale e attraverso appalti pluriennali. Dal 2019 è struttura di terzo livello ai sensi della normativa regionale vigente ed ha una capacità di 115 posti letto per non autosufficienti. È definita struttura protetta con elevato livello di integrazione sociosanitaria, destinata ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti, con esiti da patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste stabilizzate, non curabili a domicilio e che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse.

Nel 2022 l'Amministrazione comunale allora in carica ha deciso di affidare la gestione della struttura in modalità *in house providing*. Tale scelta ha determinato numerose criticità di carattere organizzativo e qualitativo, con ricadute negative sia sul benessere degli ospiti sia sulle condizioni di lavoro del personale. Le risorse comunali assegnate all'Ufficio Casa di riposo sono state progressivamente riallocate ad altri servizi e le uscite dovute ai pensionamenti non sono state sostituite; di fatto, il Comune ha progressivamente perso la capacità di esercitare un adeguato controllo sulla struttura residenziale. Con l'insediamento della nuova Amministrazione comunale è stato avviato un percorso volto al recupero del pieno controllo pubblico della struttura, attraverso il potenziamento dell'assistenza, la riorganizzazione dei servizi e la ricostruzione di un dialogo costante e strutturato con i familiari degli ospiti e con gli operatori. Di comune accordo con il gestore del servizio residenziale, il rapporto contrattuale è stato chiuso anticipatamente e, a decorrere dal 1° gennaio 2025, Casa Serena è rientrata nella piena titolarità del Comune di Grado. In una prima fase, l'Amministrazione comunale ha garantito la continuità gestionale attraverso appalti ponte per singoli servizi, nel rispetto del Codice dei contratti pubblici, in attesa dell'espletamento della procedura pubblica per l'affidamento in global service.

L'Ufficio di Casa Serena è stato nel frattempo ricostituito ed è stato nominato il Responsabile di struttura. In prospettiva, l'Amministrazione comunale ha inoltre deciso di procedere all'affidamento, tramite Avviso pubblico e selezione, dell'incarico di Direttore Sanitario in regime libero-professionale, al quale sarà demandata la cura di tutti gli aspetti igienico-organizzativi in ambito sanitario.

Oggi, quindi, attraverso un nuovo appalto e il ripristino di una presenza comunale stabile, la Casa di Riposo sta vivendo una fase di rilancio. La definizione del modello gestionale più adeguato richiederà un approfondimento che si svilupperà nei prossimi anni, con l'obiettivo di garantire qualità, continuità e centralità della persona.

Dare voce ai desideri.

La rivoluzione freinetiana nei Centri Sollievo

di *Miriam Moretti*

1. Introduzione

Applicazione della pedagogia democratica libertaria in gerontologia. Lavorare come educatrice nei Centri Sollievo del Veneto significa confrontarsi quotidianamente con la complessità della cura delle persone con demenza e del sostegno ai loro caregiver. Questi servizi, nati all'interno delle politiche europee, richiedono un approccio educativo che valorizzi la dignità, l'autonomia e la partecipazione attiva della persona. È in questa prospettiva che la pedagogia di Célestin Freinet, con i suoi principi democratici e libertari, abbinata alla filosofia operativa del Lifelong Learning offre strumenti teorici e pratici di straordinaria attualità. I Centri Sollievo cui si riferisce questo articolo sono quelli in cui opero con l'associazione A.M.A.P. (*Associazione Malattia di Alzheimer Padova*): il progetto “*Un nido per l'Alzheimer*” di Abano Terme e quello di Montegrotto Terme.

Una precisazione necessaria: le teorie pedagogiche di Freinet, sono state elaborate principalmente in contesti scolastici. Questo non ne limita l'applicabilità in gerontologia. Al contrario, principi come la centralità della persona, la valorizzazione delle competenze residue e la partecipazione attiva si rivelano particolarmente efficaci anche nell'educazione gerontologica. Le citazioni riportate faranno quindi riferimento a esperienze con l'infanzia, ma i principi pedagogici discussi sono stati da me applicati e rielaborati nel contesto specifico dei Centri Sollievo.

2. Sfondo

I *centri sollievo* hanno avuto un’evoluzione dettata dai successivi provvedimenti regionali ha garantito un crescente radicamento sul territorio e una maggior qualificazione dei volontari e dei professionisti coinvolti.

In questi luoghi si svolgono attività specifiche, adeguate e mirate rispetto alle esigenze delle persone coinvolte e al loro livello di abilità residue, con la supervisione di professionisti esperti, che garantiscono la coerenza delle azioni svolte con l’evidenza scientifica, pur nei limiti previsti dal ruolo dell’operatore volontario¹.

Principi guida della pedagogia freinet applicata ad una giornata al centro.

I centri sollievo di Montegrotto e Abano sono aperti 2 giorni a settimana dalle 9.00 alle 12.00. La giornata si suddivide in diversi momenti che hanno un obiettivo generale di superare l’idea di accudimento passivo, trasformando il Centro Sollievo in un ambiente di vita e linguaggio che favorisce l’espressione, la conservazione delle capacità residue tenendo come linea guida i principi di un’educazione funzionale che usa la motivazione intrinseca che usa come leva dell’attività i bisogni e l’interesse del soggetto.

I bisogni con la quale ci confrontiamo ogni giorno sono volti ad avere ed essere un supporto sociale, migliorare l’umore generale e propria qualità della vita. I nostri centri cercano soddisfare questi bisogni attraverso le attività quotidiane e una programmazione di eventi di interesse degli utenti.

Il ritmo quotidiano: dal testo libero orale al tâtonnement expérimental.

Accoglienza e R.O.T. (*Terapia di Orientamento alla Realtà*). Proseguendo poi con la Carta Giornaliera.

La Carta del Giorno vuole mettere in atto il “*Testo libero*” freinetiano, anche se adattato in modalità orale, è un’applicazione interessante e profonda della pedagogia di Célestin Freinet, orientata a valorizzare l’espressione e il protagonismo.

L’innesto dell’attività didattica quotidiana nella classe lodiana è affidato alla conversazione, che ha un ruolo centrale: «ogni mattina i bambini che hanno qualcosa di vissuto da comunicare, lo riferiscono ai compagni i quali intervengono chiedendo o raccontando a loro volta». Sono testi liberi orali che offrono ai bambini l’opportunità di con-dividere con gli altri il loro

¹ Regione Veneto, *Centri sollievo. Una Mappa per le Demenze*. Recuperato il 15 novembre 2025, da <https://demenze.regionev.it/io-sono/assistente-sociale/centri-sollievo/>

mondo e, nel contempo, li educano a esprimersi con «scioltezza e proprietà» in un contesto collettivo»².

L'attività di fatto è molto semplice: a turno si estrae una carta e si discute sul significato che può avere per ogni persona. Le parole sono tra le più varie: Libertà, Armonia, Aldilà, Profumo etc. Attraverso questa attività andiamo a ridare forma e sostanza ai pensieri delle persone che abbiamo di fronte, andiamo a conoscere le loro vite in maniera insolita dando voce anche ai tabù che spesso i nostri anziani hanno paura di rivelare ai familiari per non preoccuparli o per non farli soffrire.

Dopo di che passiamo alla ginnastica dolce. Lo scopo della ginnastica è quella di andare a stimolare cognitivamente i nostri ospiti attraverso il corpo. Non vuole assolutamente essere riabilitativa né fisioterapica. Inoltre, avere un momento di spazio per confrontarsi con il proprio corpo è importante per tutta quella sfera psicosociale e relazionale che consente alle persone di ricreare contesti di accoglienza delle difficoltà dell'altro e delle proprie.

«La presa di coscienza della propria corporeità e le attività motorie, se opportunamente orientate, possono favorire il processo di acquisizione di competenze comunicative e socio-relazionali parimenti collegate all'educazione civica»³.

Il momento più atteso è la Merenda che si svolge dalle 10,30 alle 11,00 proprio per incentivare la conversazione libera e l'autodeterminazione. Attraverso la socializzazione spontanea, infatti, andiamo a creare un momento di scambio reciproco che con il tempo genera delle amicizie. La ricerca di Kindell⁴ et al. Del 2017 evidenzia l'importanza della conversazione quotidiana nelle persone con demenza non solo per la sua funzione transazionale, ma soprattutto interazionale, essenziale per mantenere relazioni, identità e benessere.

La distinzione tra funzione transazionale e interazionale diventa fondamentale. Gli obiettivi transazionali (scambio di informazioni concrete ad esempio: «vuoi l'acqua?») possono essere progressivamente compromessi, gli obiettivi interazionali (mantenimento della relazione, riconoscimento reciproco, affermazione identitaria) rimangono spesso preservati. Per tanto l'educatore è chiamato a riconoscere che ogni atto comunicativo, anche

² Fiorucci M., Loiodice I., Ladogana M. (a cura di), *Scuola, democrazia, partecipazione e cittadinanza in occasione dei 100 anni dalla nascita di Mario Lodi*, Pensa MultiMedia, 2023.

³ Primerano F., *Educazione Civica: Dal senso comune di Cittadinanza ai suoi cenni storici*, Youcanprint, 2021.

⁴ Kindell J., Keady J., Sage K., Wilkinson R., *Everyday conversation in dementia: A review of the literature to inform research and practice*, «International Journal of Language & Communication Disorders», 52, 4, 2017, pp. 392-406.

apparentemente *vuoto* di contenuto informativo, è portatore di significato relazionale e sociale. Questo assunto si sposa benissimo nel concetto di *Tâtonnement expérimental* – che potremmo spiegare come l'apprendimento per ricerca-esplorazione basato sul tentativo, l'adattamento e la scoperta progressiva – dove le persone attorno al tavolo co-costruiscono insieme un processo dinamico dove i tentativi falliti diventano parte integrante dell'incontro. L'espressione libera, priva della trasmissione dei contenuti "utili" determinano che comunicare in qualsiasi maniera è vita sociale. Il libero scambio che avviene durante questo momento aiuta a contrastare l'isolamento e la solitudine, creando il clima di condivisione e solidarietà naturale; questo aumenta il senso di auto efficacia delle persone sentendosi ancora competenti al di là della loro difficoltà.

La scuola come luogo di scoperta della propria identità, di comprensione e sviluppo delle proprie potenzialità, di realizzazione di sé, in modo da formare personalità che non si mettano in competizione ma che, al contrario, riconoscano il proprio valore e quello dell'altro da sé, ciascuno contribuendo positivamente alla costruzione e al rafforzamento dei rapporti sociali in una comunità che valorizza e riconosce la diversità di ciascuno come arricchimento della comunità stessa⁵.

L'ultima ora della mattinata ci occupiamo delle attività. Le attività possono essere di stimolazione cognitiva o attività creative. Le attività di stimolazione creativa sono tendenzialmente orientate al periodo dell'anno in cui siamo e alle festività. Le attività di stimolazione cognitiva avvengono attraverso il gioco. Senza entrare nel merito del dibattito tra stimolazione ludica e classica – tema che richiederebbe un'analisi separata – illustro brevemente come il gioco si inserisca nella cornice teorica freinetiana. Il gioco rappresenta uno strumento animativo-educativo che sospende i vincoli spazio-temporali ordinari e favorisce l'identificazione e la valorizzazione della persona all'interno del gruppo. Diventa così, strumento di costruzione di cultura e dialogo tra culture: dando nuovi significati al contesto in cui vive. Il gioco è uno strumento privo di giudizio ma competitivo sia verso gli altri che verso sé stessi. Questo atteggiamento verso il gioco porta a tollerare l'errore e al contempo ad impegnarsi per trovare una soluzione.

L'uso del gioco per la stimolazione cognitiva trova una sua solida legittimazione nella teoria freinetiana, poiché il gioco, nelle sue declinazioni di *lavoro-gioco* e *gioco-lavoro*, è l'espressione più naturale e potente del

⁵ Bruzzone F., *L'esperienza come essenza: Per una scuola libera e democratica fuori e dentro l'aula* (Tesi di Laurea non pubblicata). Corso di Laurea in Scienze della Formazione Primaria, 2024.

dynamismo vitale dell’individuo, il meccanismo attraverso cui la persona sperimenta, accresce la propria potenza in un circolo virtuoso di apprendimento e benessere. Il gioco oltre a utilizzare una motivazione intrinseca dove si accresce il potenziale dell’individuo attiva delle funzioni che utilizza come strumento di riadattamento andando a utilizzare le funzioni compensative per riuscire a svolgere il compito. Questo lega il gioco al Tâtonnement Sperimentale di cui abbiamo parlato prima. La pedagogia freinetiana si concentra sul processo di acquisizione piuttosto che sui risultati e mira a rendere l’individuo protagonista del suo apprendimento attraverso la ricerca attiva.

Applicare la pedagogia freinetiana significa fare scuola in un nuovo e originale modo, ponendo il focus non sui risultati, come esige l’odierna società tecnologica e competitiva che celebra il mito dell’efficacia e dell’efficienza, bensì sul processo di acquisizione⁶.

L’educazione libertaria e la programmazione condivisa (co-design).

Se la giornata tipo rappresenta il “ritmo” quotidiano della vita del Centro Sollievo, la programmazione annuale ne costituisce la ‘melodia’ di fondo: entrambe sono orchestrate secondo i principi della pedagogia democratica e libertaria.

È nostra decisione di cercare e integrare i desideri e le aspirazioni degli utenti dei Centri Sollievo nella programmazione condivisa (approccio noto come co-design) è profondamente interconnessa con il cuore della teoria psicopedagogica di Freinet, in particolare per quanto riguarda la centralità del soggetto, l’importanza dei bisogni funzionali e il concetto di libertà.

Le fonti accademiche permettono di stabilire un parallelo diretto tra le logiche emancipative di Freinet e gli obiettivi degli interventi non clinici rivolti a persone con disturbi neurocognitivi maggiori (DNC-M) o deterioramento cognitivo lieve (MCI).

Il concetto di “potenziale massimo di vita” o di “potenza vitale” è uno dei più profondi presupposti della riflessione di Freinet, secondo il quale tutto si compie come se l’individuo avesse un potenziale di vita che tende non solamente a conservarsi, ma a crescere, ad affermarsi e a trasmettere sé stesso ad altri esseri. L’intera pedagogia freinetiana mira a conservare e ad accrescere tale potenziale di vita, che spinge l’individuo a progredire⁷.

⁶ Errico G., *Aspetti educativi e formativi della riflessione psicologica di Célestin Freinet*. Analisi del saggio di Psicologia sensibile (Dissertazione di Dottorato, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”, Universidad de Granada). Editorial de la Universidad de Granada, 2014.

⁷ Idem.

Cercare i desideri e le aspirazioni degli utenti del Centro Sollievo per definire le attività è l’equivalente pratico, in un contesto di supporto alla persona, di partire dal “lavoro-gioco” freinetiano. Affinché l’attività sia terapeutica e porti benessere (migliorando la qualità di vita e riducendo l’ansia/dipendenza), essa deve essere autenticamente voluta e significativa per il soggetto, e non un compito arbitrario imposto dall’esterno.

D’altronde, è l’utopia che ci permette di andare avanti. In definitiva, nonostante i vari tentativi di discreditio dell’opera di Freinet, la sua proposta pedagogica, che cambia completamente i presupposti dell’insegnamento, collegando l’azione educativa lungo la linea del riconoscimento del bambino e dello sviluppo delle sue potenzialità, rimane un modo peculiare ed originale di interpretare e realizzare la pratica educativa nella scuola, in contrapposizione alla pedagogia tradizionale⁸.

L’educazione deve partire dalle esperienze, dai bisogni e dagli interessi reali della persona. Creando così un benessere personalizzato e centrato sulla persona riservandogli un ruolo attivo. Ignorare la voce degli utenti significa minare la loro autonomia, l’autostima e la possibilità di modellare il proprio futuro. L’obiettivo strategico dell’educazione libertaria è l’autonomia dell’individuo, ottenuta non solo come “libertà da” condizionamenti, ma anche come “libertà di”. Ascoltare le loro voci ci ha permesso di ricreare contesti dove gli utenti del centro si sono sentiti parte attiva della comunità, come ad esempio creando addobbi per le feste del luogo dove siamo ospiti o fare diverse partnership con altre associazioni per far incontrare le diverse utenze (bambini e disabili). La decisione di basare la programmazione dei Centri Sollievo sui desideri degli utenti non è una semplice scelta di cortesia, ma un’applicazione pratica ed etica del principio di emancipazione al centro della pedagogia freinetiana. Sia Freinet per i bambini, sia l’approccio del co-design per gli adulti fragili, riconoscono che il percorso di crescita e benessere deve essere alimentato dal desiderio e dall’interesse intrinseco del soggetto, altrimenti si rischia la frustrazione e la negazione della personalità.

⁸ Idem.

3. Risultati e criticità

3.1. Punti di forza

L’implementazione della pedagogia freinetiana nei Centri Sollievo di Montegrotto e Abano ha permesso di raggiungere gli obiettivi fondamentali: superare l’accudimento passivo, valorizzare le competenze residue e favorire la partecipazione attiva delle persone con demenza. I risultati più tangibili si sono manifestati nel miglioramento della qualità di vita: persone che avevano smesso di frequentare luoghi pubblici hanno ritrovato il desiderio di socializzare, utenti del centro hanno iniziato a telefonarsi reciprocamente, creando reti di amicizia che vanno oltre il tempo trascorso al centro.

Il punto di forza principale dell’approccio risiede nella capacità di ribaltare la logica assistenzialistica tradizionale. La Carta del Giorno ha permesso di dare voce a pensieri, paure e desideri che spesso gli anziani non condividono con i familiari per timore di preoccuparli, restituendo dignità narrativa alle persone. L’utilizzo del gioco per la stimolazione cognitiva si è rivelato particolarmente efficace: il carattere non giudicante ma competitivo ha permesso agli utenti di tollerare l’errore e di impegnarsi attivamente nella ricerca di soluzioni. La merenda condivisa, momento apparentemente banale, si è rivelata uno strumento potentissimo di costruzione comunitaria. La co-progettazione, con l’integrazione dei desideri degli utenti nella programmazione annuale, ha permesso di creare attività come gli addobbi per le feste del territorio o le partnership con altre associazioni, facendo sentire gli utenti parte attiva della comunità.

3.2. Criticità riscontrate

Chi all’interno dei servizi per anziani pone la domanda “che cosa vorresti fare?” si è sentito rispondere “Non lo so” o “è uguale”. Succede anche a noi: questa è la criticità principale. La difficoltà di far emergere i desideri autentici degli anziani con demenza non è di natura tecnica o organizzativa, ma esistenziale e culturale. Le persone anziane hanno vissuto in una società che non li ha educati all’espressione dei propri desideri personali, soprattutto nella terza età. A questo si aggiunge il peso della patologia: la demenza compromette non solo la memoria, ma anche la capacità di proiettarsi nel futuro. Il nostro lavoro iniziale è stato particolarmente lungo. Abbiamo dovuto costruire gradualmente un clima di fiducia, dove fosse sicuro esprimere

desideri senza sentirsi giudicati o “di peso”. È stato necessario un lavoro paziente di “rieducazione al desiderio”.

Un’altra criticità riguarda la necessità di una formazione specifica per volontari e operatori. L’approccio freinetiano richiede un cambio di paradigma: non è sufficiente la buona volontà, serve una comprensione dei suoi principi e la capacità di mettersi in ascolto attivo. Bisogna essere come il sale: presente ma che esalta i sapori, non li copre con la propria presenza.

Infine, gli indicatori quantitativi tradizionali (test cognitivi, scale di valutazione) non colgono pienamente la dimensione qualitativa del benessere che la pedagogia freinetiana persegue. Come si misura il valore di un’amicizia nata durante la merenda? Come si quantifica il recupero della dignità narrativa? Tenendo conto che ci dobbiamo confrontare con una malattia degenerativa e al momento impossibile da fermare.

4. Conclusioni

L’esperienza condotta nei Centri Sollievo di Montegrotto e Abano Terme dimostra che è possibile, e necessario, applicare i principi della pedagogia democratica e libertaria anche nell’ambito dell’educazione gerontologica. I risultati confermano che quando le persone con demenza vengono riconosciute come soggetti attivi, capaci di esprimere desideri e di contribuire alla costruzione della propria esperienza quotidiana, si innesca un circolo virtuoso di benessere, partecipazione e mantenimento delle competenze residue.

Tre elementi centrali sono stati: la capacità di far emergere i desideri autentici degli utenti – questo lavoro di “rieducazione al desiderio” rappresenta il contributo più originale dell’esperienza. L’utilizzo del gioco e della conversazione libera come strumenti educativi, che ha permesso di attivare processi di apprendimento e costruzione di legami sociali in modo naturale. Per finire l’integrazione dei Centri Sollievo nel tessuto comunitario, restituendo agli utenti un ruolo sociale attivo.

Le criticità emerse non inficiano la validità dell’approccio, ma ne deliniano le condizioni di applicabilità. Appare urgente investire nella formazione continua di operatori e volontari che sappiano abitare questo paradigma educativo, così come nella costruzione di reti territoriali più ampie.

La pedagogia di Freinet, nata nelle aule scolastiche del Novecento, trova così una nuova vita nei Centri Sollievo del XXI secolo, dimostrando che i principi di libertà, democrazia, partecipazione e rispetto della dignità umana sono universali e senza età. Il cuore dell’educazione di Freinet è che l’educazione è sempre un cammino verso l’emancipazione: questo vale per i

bambini come per gli anziani, per chi è in salute come per chi vive con la fragilità della demenza. Il nostro compito, come educatori, è continuare a credere in questa possibilità di emancipazione, anche quando tutto sembra spingere verso la rinuncia e la passività. Scgliere un approccio libertario e democratico nei Centri Sollevo significa affermare che ogni persona, indipendentemente dall'età e dalle condizioni cognitive, ha diritto a essere ascoltata, a partecipare, a contribuire. In una società che tende a marginalizzare gli anziani e le persone fragili, questo è un atto di resistenza e di speranza.

La pedagogia freinetiana ci ricorda che l'utopia non è un sogno irrealizzabile, ma la forza che ci permette di andare avanti, di immaginare e costruire contesti educativi più giusti e umani. I Centri Sollevo possono e devono essere luoghi di questa utopia concreta. È in questo senso che l'esperienza rappresenta non solo un modello replicabile, ma soprattutto un messaggio di speranza: fino all'ultimo, è possibile crescere, imparare, desiderare, costruire relazioni significative. Fino all'ultimo, l'educazione è vita.

Anziani & Anziane, farmaci & mine invisibili

di *Ferdinando Schiavo*

1. Introduzione

La parola “privilegio” appartiene a un mio personale elenco dei termini disgustosi, accanto ad un’ulteriore lista che contiene le parole scomparse (tra cui “responsabilità”) e ad un terzo inventario di parole emergenti, composto dai “nuovi disvalori” emersi in questo periodo storico (disattenzione, rumore, banalizzazione, semplificazione, ecc.). A 80 anni, quindi, mi concedo poche righe introduttive su un aspetto della mia esperienza accumulata negli anni, in modo che possa essere condivisa e in qualche modo utile agli altri.

Le parole hanno un’anima: la mia qualifica professionale attuale, lasciando spazio ad un pizzico di sana ironia, è la seguente: *neurologo dei vecchi, senza fretta e di strada*. Quest’ultima definizione necessita probabilmente di qualche chiarimento: rappresenta “ciò che rimane di un neurologo ospedaliero”, come nel mio caso, quando, dopo decenni di lavoro nelle corsie, col pensionamento si continua a lavorare nel territorio andando incontro ad esperienze nuove che in passato, quando ero *di muro* (ospedale), non avevo mai incontrato.

Anche il *senza fretta* richiama alla precedente esperienza lavorativa ospedaliera: negli ultimi decenni la quantità di lavoro e l’atmosfera di reparto e dell’ospedale in generale costringevano a svolgere il proprio compito, appunto, di fretta nelle stanze dei degenzi e negli ambulatori, strutture protette “da un muro” da cui non si vedeva cosa accadesse là fuori alle persone seguite per mesi o anni quando l’evoluzione delle malattie le pilotava a uno stato che trascendeva la nostra competenza. Stava diventando un ospedale per acuti in un mondo che lentamente si riempiva, già allora, di persone fragili e di malati cronici.

C’è poi la prima qualifica, arbitraria, *neurologo dei vecchi*, che riflette in maniera palese l’interesse personale maturato nel corso della professione

verso i vecchi, i fragili, la complessità che ho amato condividere istintivamente con i geriatri che l'affrontano quotidianamente. Lavorando in strada e con i vecchi, dunque, mi sono imbattuto in realtà realmente disparate, nelle residenze per anziani (RA), sanitarie o meno oppure a casa di malati di demenza e di parkinsonismo quasi terminali o ridotti in stato miserevole, qualche volta a causa di una gestione superficiale improntata all'ageismo (v. dopo).

Insomma, sono quei posti, quelle situazioni di salute che ancora pullulano di vita e soprattutto di bisogni che i colleghi ospedalieri e universitari tuttora non incontrano, non conoscono, come francamente accadeva a me in passato.

Da questa somma di esperienze e dalla perdurante ossessione sull'utilizzo appropriato dei farmaci sono nati un libro, *Malati per forza*¹, che sembra scritto stamattina poiché poco è cambiato in questi quasi 12 anni dall'edizione, almeno 55 articoli su www.perlungavita.com, sito – lo spero – in corso di ristrutturazione, diversi altri scritti in giro su riviste italiane ed un faticoso e disperato lavoro di supervisione in due diverse RA in epoca pre-covid, in corso di pubblicazione, se ne avrò il tempo. Proprio in queste strutture che hanno aderito alla (utile, senza dubbio) supervisione neuro geriatrica, lo anticipo, le “malattie da farmaci” e il disinteresse, una certa incomprensione, chiamiamola così, con i miei colleghi medici delle due strutture sono stati gli elementi dominanti. Il disvalore predominante era legato, a mio parere, ad una visione avvelenata dall'ageismo.

Questo comportamento discriminatorio, un grave pregiudizio, è presente in campo medico e nella società in cui i medici si rispecchiano. È costruito sulla passività ipocrita, superficiale, omissiva e comoda, dettata dal razzismo dell'età... «è solo vecchio», dal nichilismo... «non c'è niente da fare», dal fatalismo... «rassegnamoci, accettiamo lo stato delle cose, è destino» e dalla pigrizia mentale del “si è fatto sempre così, cosa vuoi cambiare?”.

“È colpa di chi muore” è un verso straordinario della canzone *La cattiva strada* di Fabrizio de André, davvero iconico. Fa riflettere.

2. Invecchiamento della popolazione, cronicità e fragilità: lo stato delle cose

L'aumento dell'aspettativa di vita della popolazione italiana sta comportando un incremento del numero di persone anziane, spesso fragili e

¹ Schiavo F., *Malati per forza. Gli anziani fragili, il medico e gli eventi avversi neurologici da farmaci*, Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna, 2014.

portatrici di diverse patologie croniche (comorbidità) alle quali consegue quasi sempre l'assunzione proporzionalmente crescente di diversi farmaci (politerapia). L'insieme di questi elementi, congiuntamente ad altri determinanti di ordine sociale, familiare, organizzativo sanitario e assistenziale, economico e politico, è alla base di un modello di salute ricco di complessità e (forse) povero delle dovute attenzioni. Come esempio potrebbe bastare la sosta, molte volte prolungata e disagiata, inumana, nei Pronto Soccorso di una persona anziana fragile.

Biologicamente stiamo andando, per la prima volta nella storia dell'umanità, "contro natura" poiché nella natura gli animali più fragili o malati muoiono prima dei sani non riuscendo a procurarsi cibo e acqua, a difendersi, mentre noi umani risentiamo positivamente degli interventi sociali e di sanità pubblica costruiti soprattutto nell'ultimo secolo attraverso – sembra banale ricordarlo – il miglioramento del sistema fognario e la potabilizzazione dell'acqua, i vaccini, gli antibiotici e i numerosi e magnifici progressi tecnologici, diagnostici e terapeutici, anche farmacologici, i quali hanno portato ad una maggiore sopravvivenza e, dunque, all'aumento delle persone fragili e con patologie croniche.

Le malattie croniche stanno sfidando il modello dominante della medicina e dell'attuale assistenza, costruita per le malattie acute, per le mono-malattie delle persone più giovani, in cui le dinamiche di salute sono più chiare basandosi in genere su una causa evidente e su una conseguenza dimostrabile (es. occlusione di un ramo coronarico e infarto del miocardio), curando le quali attendiamo fiduciosi gli effetti positivi, tra cui la completa guarigione.

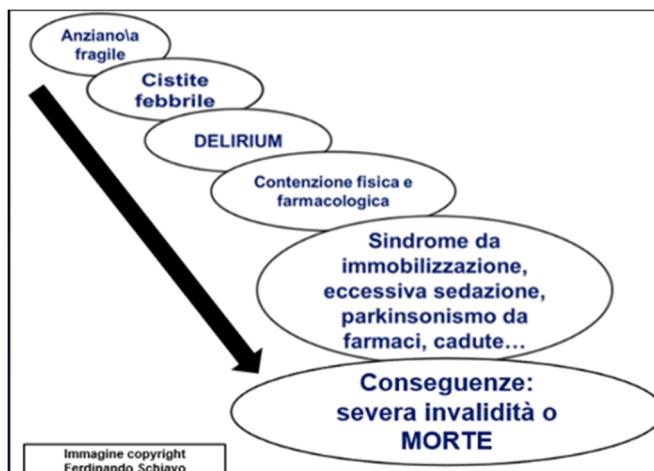
La fragilità rappresenta l'espressione di un'estrema precarietà degli equilibri dell'organismo, causata dalla compromissione contemporanea di più sistemi anatomo-funzionali. L'*anziano fragile* non è in grado di reagire efficacemente agli eventi che disturbano il suo già incerto equilibrio globale, come ad esempio una temperatura ambientale inusualmente elevata (la lunga estate calda del 2003 in cui molti anziani morirono, specialmente nelle grandi città europee; qualcosa di simile si sta ripetendo nei nostri giorni con il cambiamento climatico).

Anche il riacutizzarsi di una malattia cronica, l'instaurarsi di una patologia acuta pur se di modesta entità (un banale episodio influenzale, una cistite), un evento traumatico sia di natura fisica che psichica, un procedimento diagnostico invasivo o incongruo oppure condotto senza la dovuta cautela, un intervento farmacologico inappropriato, possono turbare la sua incerta autonomia. Più elevato è il grado di fragilità, maggiore sarà il rischio che fattori

apparentemente banali inneschino una catena di situazioni in circoli viziosi o a cascata con esiti catastrofici.

Il termine *anziano fragile* si applica a un soggetto più frequentemente di genere femminile (che risente di una più intensa e prolungata fragilità tardiva, non solamente a causa della maggiore sopravvivenza) e di età avanzata o molto avanzata, affetto da multiple patologie croniche, clinicamente instabile e a volte disabile, spesso con problematiche socioeconomiche come la solitudine e la povertà. Si tratta di un essere umano che vive indubbiamente in una situazione precaria, oscillando tra il mantenimento dell'indipendenza e il rischio di gravi eventi patologici e complicanze che, purtroppo, spesso si rivelano irreversibili. Le sue limitate capacità di recupero, poi, accrescono il rischio di depressione, malnutrizione, perdita di peso, disidratazione e delle conseguenze della frequente immobilizzazione a letto o in poltrona, effetti che a loro volta comportano la perdita di forza e di tessuto muscolare (sarcopenia), cadute e ulteriori conseguenze, non trascurando infine le reazioni avverse agli interventi diagnostici e chirurgici e ai farmaci, quest'ultimo è tema del presente contributo.

Fig. 1 – *Anziano fragile e conseguenze*



A complicare la gestione clinica di questo tipo di paziente concorre il fatto che le patologie di cui soffre si presentano a volte in maniera atipica, hanno un decorso variabile, coinvolgono altri organi e rendono problematico ogni tentativo di formulare una diagnosi precisa e di conseguenza un trattamento idoneo.

Prendersi cura di un paziente fragile richiede una solida conoscenza in campo gerontologico, una grande preparazione clinica unita al "buon senso" e un'esperienza profondamente matura, in cui l'aspetto motivazionale deve svolgere un ruolo fondamentale: significa apprendere ad affrontare i problemi di persone che presentano contemporaneamente o in veloce successione sintomi e bisogni molto diversi, tali da creare serie difficoltà nel ricostruire facili rapporti di causa-effetto come in genere avviene nelle persone giovani. *L'anziano fragile* è, confessiamolo, un paziente ancora sottovalutato dalla medicina tradizionale, forse perché fino a pochi anni fa numericamente poco rappresentato; tuttavia, non sembra suscitare interesse o gratificazione professionale poiché viene considerato ai giorni nostri, a torto, inguaribile.

Ma inguaribile non significa incurabile, mi hanno insegnato i geriatri! Malgrado la guarigione in tutte le malattie croniche non sia un obiettivo perseguitabile, noi professionisti della Salute, in ogni ruolo, abbiamo lo scopo di prospettare e mettere in atto degli *small gains*, piccoli guadagni, miglioramenti che posseggono anche una enorme valenza psicologica per la persona fragile. Evitare quella che chiamo la "solitudine amara" (per distinguerla doverosamente dall'opposto, la *beata solitudo*), recente noto fattore di rischio per fragilità e demenze, invitare ad una passeggiata piuttosto che lasciare che un anziano si intristisca o si addormenti sul nemico divano davanti a un televisore inutilmente acceso, cantare in coro, ascoltare musica piacevole, cucinare assieme, prendersi cura dei problemi di vista e di udito e persino dei piedi (aspetto rilevante nella popolazione anziana!) rappresentano solo una minima parte della moltitudine davvero infinita di piccoli interventi praticabili per il loro benessere.

Racconta Atul Gawande:

Lo aiutai a tirarsi su. Si aggrappò al mio braccio. E cominciò a camminare. Era sei mesi che il massimo che gli vedevo fare a piedi era attraversare il soggiorno. Ma lentamente, a passi strascicati, percorse tutto il lato lungo del campo da basket e salì i venti gradini di cemento della rampa che portava alle gradinate. Soltanto a vederlo mi sentii travolgere dall'emozione. Ecco, mi dissi, cosa diventa possibile con un diverso tipo di assistenza, con un diverso tipo di medicina².

Questo "diverso tipo di assistenza" vale per chi è fragile in ospedale, in Ra o a casa. La frammentazione delle competenze mediche comporta una diminuzione delle responsabilità: CHI gestisce una persona con diverse malattie e relativi specialisti e farmaci? Emerge spesso una difficoltà ad indicare

² Gawande A., *Essere mortale*, Einaudi, Torino, 2016.

a chi spetti l'onere di tirare le fila ed avere una visione globale. Non è un aspetto di poco conto per chi vive le proprie malattie a casa o in RA.

Il lavoro di cura (non dimenticando l'attenzione fondamentale, prioritaria, alla prevenzione, anche tardiva) dovrebbe evolvere da un approccio focalizzato e purtroppo tuttora frammentato su singole malattie e competenze ad un modello integrato in cui è richiesta una consolidata visione olistica, ovvero che tenga conto di tutti gli aspetti della salute, comprendendo necessariamente anche quelli familiari e sociali: la persona anziana vive in solitudine, non ha familiari e, se li ha, questi sono in grado di accudirla in maniera appropriata? Ha un MMG responsabile della coordinazione delle varie fragilità e malattie in una visione ampia che tenga conto, appunto, della frammentazione polispecialistica e dei vari farmaci? Ha risorse economiche? Sono solamente alcune delle infinite domande necessarie per operare attraverso una medicina fatta col cuore e “senza fretta”.

Il medico possiede le sue conoscenze (e, come tutti, alcuni dannosi pregiudizi) che influenzano l'impalcatura delle cure utili a tener conto della specificità delle condizioni dell'anziano, con la sua variabilità di condizione di salute nel tempo, la quale impone un controllo frequente della malattia e la revisione del trattamento impostato. Accade? Chi assiste un anziano con diverse malattie dovrebbe dedicare più tempo a rivalutare periodicamente se i farmaci prescritti siano ancora necessari. Tutti i pazienti che assumono più di 4 farmaci contemporaneamente dovrebbero essere sottoposti a specifica rivalutazione da parte del clinico (MMG, internista o geriatra o neurologo dotato di spirito geriatrico) a causa del rischio di interazioni e di effetti «domino»: un farmaco crea un evento avverso e così via: è la “cascata prescrittiva”.

Un diamante è per sempre, si dice, ma un farmaco magari no, aggiungerei! Non deve prevalere la comoda “inerzia terapeutica”.

«Il medico di famiglia è il super specialista della complessità, capace di armonizzare farmaci, bisogni clinici e vita quotidiana del paziente», ha affermato alla fine del 2025, alla sua rielezione, il Presidente Nazionale dello SNAMI (Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani) Angelo Testa, aggiungendo che «krafforzarne il ruolo significa tutelare davvero la salute dei cittadini». Mi auguro davvero che il medico di famiglia sia sempre in grado di tirare le fila delle diverse malattie, dei vari specialisti e dei relativi farmaci, che si occupi con passione della complessità, compagna di vita dell'anziano.

Nei corsi di laurea in medicina e nelle scuole di specializzazione, una buona volta, si dovrebbe dedicare più spazio all'insegnamento delle dinamiche farmacologiche nell'anziano, allo scopo di migliorare l'appropriatezza prescrittiva e, quando serve, esercitare la de-prescrizione, atto medico che richiede scienza, esperienza e, devo aggiungerlo, “coraggio”.

La neurogeriatria. L'invecchiamento sta provocando ovvie conseguenze significative sull'incidenza di diverse patologie e sull'organizzazione dei sistemi sanitari e socioeconomici. Limitandoci al carico delle malattie neurologiche e sensoriali della tarda età (le sottodiagnosticate demenze e il *delirium*, i parkinsonismi, gli esiti di ictus cerebrale, i problemi di equilibrio e le cadute, il corollario fatto di alterazioni della vista e dell'udito, non dimenticando le limitazioni articolari e le conseguenze della sindrome da immobilizzazione) si osserva un aumento inesorabile che diventerà uno dei maggiori costi diretti e indiretti per la società.

Delirium: possiamo chiamarlo, in sintesi energica, “uno stato confusionale”. Capita spesso negli anziani fragili con demenza in atto oppure ancora “latente” e misconosciuta dai familiari o dai medici curanti ed è scatenato, favorito, da diverse cause. A volte ne basta una, altre volte c’è un concorso di vari fattori che si concatenano: ad es. frattura femorale oppure broncopolmonite, anestesia, disidratazione, antibiotici, psicofarmaci (contenzione farmacologica), contenzione fisica, lo stesso cateterismo vescicale, etc. Circa il 22% dei ricoverati nel mondo occidentale è in preda a un delirium nel momento in cui state leggendo questo testo. Tuttavia, non è affrontato molto spesso nella maniera idonea.

Mi dispiace davvero non poter venire a questo convegno, dott. Schiavo. Io lavoro in un RSA e proprio oggi ho dovuto discutere con i colleghi su cosa stessimo osservando! Una persona agitata da contenere, o una persona agitata perché contenuta?

Manca davvero una formazione in questo senso. Mancano geriatri e specialisti formati specificatamente per la cura dell’anziano. Non solo tra i medici, ma anche tra le altre figure. Oggi è stato uno di quei giorni in cui ho visto, di nuovo, il profondo bisogno di formazione che ancora abbiamo. E che dobbiamo necessariamente affiancare alle “buone intenzioni” e al “si è sempre fatto così” che spesso guidano molte scelte nelle strutture. Abbiamo bisogno di formazione. Tanta.

La neurologia sottovalutata. Da decenni sono impegnato in una formazione idonea affinché vi sia una maggiore attenzione alle malattie neurologiche, sul riconoscimento del ruolo del neurologo, ben diverso da quello dello psichiatra con cui viene spesso confuso.

Finalmente (!) la Società Italiana di Neurologia (SIN) ha fatto emergere, attraverso un sondaggio effettuato nel 2022, una solenne ignoranza tra i cittadini su sintomi e malattie di competenza neurologica: istituendo la Prima Giornata Nazionale della Neurologia il 22 settembre e avviando la campagna «Proteggi il tuo cervello, affidati al neurologo» ha condotto nel contempo un sondaggio tra la gente da cui è emerso che solo il 13% degli intervistati

conosce tutti i sintomi dell'ictus, il 12% quelli dell'Alzheimer (e cosa sanno delle altre demenze? E del sottovalutato delirium?), il 5% quelli dell'epilessia, mentre la percentuale scende al 2% quando si parla di sclerosi multipla e malattia di Parkinson (e cosa conoscono i cittadini dei parkinsonismi?).

Le malattie neurologiche occupano, peraltro, il primo posto tra le condizioni, acute o croniche, responsabili della perdita dell'autonomia, rappresentando la metà di tutte le cause di disabilità.

Il mio impegno pluridecennale di “predicatore” contro la pessima conoscenza della neurologia, malgrado la sua prevalenza nella società, è stato ulteriormente confermato dall’Organizzazione Mondiale della Sanità, l’OMS, la quale ha confermato nel 2024³ la sottovalutazione del peso delle malattie neurologiche nel mondo. Avviene impunemente malgrado le problematiche neurologiche siano responsabili di più di un terzo delle situazioni di invalidità e che 3,4 miliardi di persone in tutto il mondo, il 43%, conviva con una condizione neurologica.

Le malattie neurologiche sono, pertanto, al primo posto fra le condizioni, acute o croniche, responsabili di perdita dell'autonomia. In altre parole, la maggior parte delle persone non è a conoscenza né della neurologia e tanto meno dell’impatto economico, sanitario e assistenziale delle diverse malattie neurologiche. Il neurologo si occupa di vasculopatie cerebrali (AIT e ictus in prevalenza, ma anche patologie sofisticate come le arteriti cerebrali autoimmuni), di malattie neurodegenerative come demenze, parkinsonismi, SLA, Coree, di *delirium*, e poi si prende cura di persone con sclerosi multipla, alterazioni dell’equilibrio e vertigini, cefalee, perdite e alterazioni di coscienza di varia natura (anche epilettica), malattie che coinvolgono il midollo spinale (mielopatie: da tumori, processi infiammatori, traumi, farmaci ecc.), neuropatie e polineuropatie di svariate tipologie, malattie muscolari (miopatie), la complessa miastenia (una delle cause di diplopia – “veder doppio” – descritta dopo), encefaliti e meningiti, encefalopatia da prioni (Jakob-Creutzfeldt e “mucca pazza”), tumori e patologie malformative vascolari endocraniche e della cerniera\giunzione cranio-cervicale, idrocefalo, eredo-atassie, siringomielia, stati comatosi indotti anche da patologie internistiche come insufficienza renale o epatica.

Il neurologo, sa destreggiarsi nel contesto del lavoro tra anemia, ipo e ipertiroidismo, ipoparatiroidismo, carenze vitaminiche, diverse patologie di altri organi su base infiammatoria, autoimmunitaria, paraneoplastica (un

³ GBD 2021 (2024), *Nervous System Disorders Collaborators Global, Regional, and National Burden of Disorders Affecting the Nervous System, 1990–2021. A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2021*, «The Lancet Neurology», 23, 2024.

tumore in un organo del corpo, ben lontano dal sistema nervoso, può provare una sofferenza severa “a distanza” di parti del sistema nervoso centrale e periferico con un meccanismo autoimmunitario).

Può bastare a spalancare la prigione di tanti pregiudizi? Il neurologo è un internista, ancora di più un neurologo dei vecchi. Quasi nulla a che vedere con lo psichiatra, ripeto da decenni!

A completare il quadro delle prerogative del neurologo, molti sintomi o segni che si incontrano in neurologia possono essere indotti da farmaci (consigliati dal neurologo stesso e da specialisti di diverse patologie) e a volte, associandosi fra di loro, danno luogo a manifestazioni cliniche che mimano certe malattie idiopatiche come quella di Parkinson (parkinsonismo da farmaci), oppure un coinvolgimento cognitivo che fa sospettare una demenza, o favorire lo stesso *delirium*. Certi farmaci, lo vedremo meglio dopo, possono indurre strani movimenti del corpo in toto o di alcune parti (distonie, ecc.), la poco apprezzata acatasia, altri possono indurre cefalea, turbe visive, del gusto e dell’odorato, crisi epilettiche e sincopi.

Lancio tre provocazioni a scopo “didattico” sul ruolo clinico del neurologo.

Sicuri di dovere andare dall’oculista se “vedete doppio”? Sono numerosissime e prevalenti le malattie neurologiche che possono creare diplopia.

Oppure, che sia un problema delle vene o dell’arterie se un vostro familiare, magari diabetico, avverte una certa invadente debolezza che dai piedi risale verso le ginocchia associandosi a qualche deficit di sensibilità “a calza”? È una probabile polineuropatia diabetica, in drastico aumento, peraltro, secondo dati OMS⁴.

Un’anziana, dopo aver pranzato si alza e dopo pochi secondi impallidisce e scivola al suolo priva di sensi presentando poche “scosse” (delle clonie in linguaggio tecnico) ai 4 arti, ma si riprende in meno di un minuto *tornando* subito in sé: ha avuto una crisi epilettica (convulsiva generalizzata) o una sincope con convulsioni che è tutta un’altra faccenda? La durata dell’episodio critico nonché la pronta ripresa di coscienza, rendono fortemente suggestiva la seconda ipotesi (sincope con convulsioni, circa il 12% delle sincopi di varia natura), che va indagata coinvolgendo anche il cardiologo. La testimonianza di chi sta in prima linea, molte volte la figura professionale dell’OSS, può essere estremamente utile per permettere una diagnosi corretta al medico e avviare l’iter diagnostico corretto.

Pochi mesi fa, nel valutare la situazione clinica di un anziano ospite in una RA friulana, ho chiesto di parlare con uno dei testimoni degli episodi,

⁴ Elafros M.A *et alii*, *Prevalence and Risk Factors of Distal Symmetric Polyneuropathy Among Predominantly Non-Hispanic Black, Low-Income Patients*, «Neurology», 11, 2024.

almeno 4, che aveva presentato il paziente. Non ero convinto della necessità della terapia antiepilettica data da colleghi neurologi nelle 4 occasioni di visita urgente dopo le probabili sincopi, due forse con convulsioni, come ho appurato in seguito.

“Noi qui non abbiamo il medico”

“A maggior ragione dovrei parlare con un testimone e sapere da lui cosa ha visto e se lo ha raccontato al medico del PS e al neurologo di guardia”

“Ma noi non siamo medici e, ripeto, non abbiamo il medico in struttura”

Uno sforzo inaudito a far comprendere all’infermiera di turno della necessità della testimonianza...

Pochi spunti su cui mi soffermo brevemente:

1. Fa da contraltare all’invecchiamento in Italia un ulteriore fenomeno, la denatalità: continuano a nascere pochi bambini. Le conseguenze saranno drammatiche già nell’immediato futuro per motivi immaginabili, economici (chi foraggerà i fondi pensioni?), sanitari e assistenziali.

2. Infine, appare ovvio aggiungere che l’invecchiamento avviene in modo diverso per ciascun individuo così come accade nei diversi organi e apparati della stessa persona. In questa ottica è necessario ribadire che la componente genetica di numerose condizioni e malattie ha perso consistenza a favore dello stile di vita e dei fattori sociali e ambientali. In poche parole, una longevità sana e indipendente è responsabilmente in buona parte nelle nostre mani.

3. Il viaggio di un farmaco

Alcune semplificate e, mi auguro, comprensibili, nozioni.

Un farmaco, anche a causa dei possibili ovvi effetti negativi che può provare, prima di essere commercializzato deve subire un’attenta sperimentazione che richiede diversi anni per arrivare sugli scaffali della farmacia. Viene testato inizialmente su animali e, se supera questa prima fase, verificato nell’essere umano, quasi sempre, soprattutto in passato, giovane e di genere maschile. La scelta avviene perché la donna ha una ciclicità mestruale che può turbare l’esperimento, può andare incontro a gravidanza durante la sperimentazione e partorire un essere malformato (teratogenesi, dal greco *teratos* = mostro).

In questo caso l’industria del farmaco può avere conseguenze legali che

prevedono risarcimenti. Le donne giovani sono, in conseguenza, restie a partecipare ma, parimenti, le case farmaceutiche sono (erano) contrarie ad arruolarle. I maschi “costano meno”, sono meno problematici, fisiologicamente più stabili e disponibili.

La donna anziana, in definitiva, usa farmaci sperimentati in persone giovani e, in gran parte (in passato esclusivamente!), di genere maschile. Valutati rischi e benefici di una molecola, questa viene immessa nel mercato con delle avvertenze utili, continuando ad essere comunque monitorata per anni in modo da poter individuare eventuali effetti avversi precedentemente non emersi nella sperimentazione o una incompatibilità con altri farmaci o alimenti.

Un farmaco “nuovo”, infatti, può incontrarne un altro che la stessa persona sta assumendo da decenni e creare degli eventi avversi (EA) non evidenziati in precedenza nella sperimentazione a farmaco singolo: ciò a maggior ragione può accadere nella popolazione anziana, in quanto, statistiche alla mano, assume diversi farmaci.

Allo scopo di proteggere la persona anziana, la Società Americana di Geriatria periodicamente aggiorna dei criteri, i *Beers Criteria*, dal nome del geriatra Mark Howard Beers deceduto prematuramente nel 2009 a 55 anni per complicazioni di un diabete giovanile, un collega molto attento all’aspetto farmacologico nella popolazione anziana. Un esempio: i Criteri possono avvertirci che il farmaco nuovo A, assunto anche a distanza di ore da un altro B, provoca insufficienza renale non emersa nella precedente fase sperimentale dei singoli farmaci. È un ulteriore motivo per confermare il ruolo “internistico” del neurologo e la necessità di un adeguato controllo da parte di tutti i medici sulle persone che assumono più medicine. Il viaggio del farmaco non è terminato. Alcuni alimenti o bevande possono interferire con il suo assorbimento e metabolismo. L’interazione cibo-farmaco avviene principalmente a livello gastrointestinale e questo vale ovviamente per i farmaci assunti per bocca, peraltro la maggioranza. Cito qui solamente il succo di pomodoro: può creare, tra l’altro, EA tragici (distruzione del tessuto muscolare) se associato alle statine (i farmaci usati per ridurre il colesterolo).

Le attenzioni dovute ai farmaci non sono ancora finite. La farmacodinamica riguarda in buona parte i meccanismi attraverso cui un farmaco agisce, una volta superata questa prima fase, su un recettore cellulare attraverso il relativo neurotrasmettore, sia come agonista, inducendo un potenziamento dell’effetto fisiologico, sia come antagonista, bloccandone l’attività.

4. Conclusioni. L'arte e la cura, un tocco di sana umanità

Cosa mi ha insegnato pochi giorni fa Jonathan De Jong, un giovanissimo infermiere olandese? Nel suo documentario *Human Forever* mi ha trasmesso curiosità, conferme e valori, emozioni descritte e filmate dopo aver girovagato, vissuto, mangiato e dormito nelle residenze per anziani e nelle case private in quei posti in cui le residenze per anziani sostanzialmente non esistono. Lo ha fatto “per capire, da giovane, come poteva essere il mio futuro da vecchio!”.

Il documentario parla di ruolo sociale smarrito, di stigma, di sofferenza per chi è costretto a vivere in un luogo estraneo e non a casa propria, ma sin dalle prime scene apre le ali pronunciando parole come libertà, gentilezza, mostra gli abbracci, fondamentali atti di cura. In poche parole, stimola alla rumanizzazione delle persone, non disdegnando di affrontare lo spinoso tema del coraggio di perdere, di luoghi dove si va a morire (mi ricorda uno spezzone drammatico quasi nel finale dello splendido film *La famiglia Savage* che amo proiettare nelle lezioni di formazione).

Gli abbracci mancati del documentario ricordano quelli assenti nel triste periodo del Covid, tuttavia rimandano ad un altro fenomeno, l'accentuarsi della distanza tra paziente e medico di cui il Covid non è responsabile, tanto è vero che già nel 2019 Richard Horton, direttore della prestigiosa rivista scientifica *The Lancet* si era lamentato dell'assenza del “tocco” durante una sua esperienza nel ruolo di paziente. Dalla sua e dalla mia esperienza come clinico è nato un articolo sulla “necessità essenziale del toccare” (<https://www.aps-rinata.it/articoli/medici-che-non-toccano-dr-ferdinando-schiavo>).

Tornando al filmato, Jonathan in collaborazione con Teun Toebe, ha visitato Paesi, come la Corea del Sud, che ha posto la prevenzione come un obiettivo prioritario per la salute, ha dormito in residenze del Nord Europa concretamente “umane”, realtà che in parte già conoscevo mediante libri e articoli. Non ha dimenticato di accennare ovviamente alla fatica e al sacrificio familiare dell'assistenza in casa “perché la RA per motivi diversi è irraggiungibile”, in particolare in Paesi in cui prevale la piaga del “razzismo dell'età”, di posti dove gli anziani rappresentano per i giovani un peso; e qualcuno di costoro li uccide: un po' come avviene nel libro *L'anno del maiale* dell'argentino Adolfo Bioy Casares e in *I viaggiatori della sera*, un film del 1979, scritto e diretto da Ugo Tognazzi, tratto dall'omonimo

romanzo di Umberto Simonetta e interpretato dallo stesso Tognazzi e da Ornella Vanoni, due esperienze tragiche riportate nel mio libro⁵.

In breve, alcune riflessioni (che sono parte di un mio studio più ampio) sul lungo e complesso percorso del farmaco, dalla sperimentazione alla commercializzazione, evidenziando diverse criticità e sfide, soprattutto per la popolazione anziana.

1. Punti chiave nella sperimentazione.

Storicamente, i farmaci sono stati testati quasi esclusivamente su soggetti maschi e giovani, poiché le donne (per via del ciclo ormonale e del rischio gravidanza) e gli anziani erano considerati più costosi o rischiosi da includere. Di conseguenza, le donne anziane oggi assumono farmaci testati su una fisiologia molto diversa dalla loro.

2. Rischi della politerapia.

Una volta in commercio, il farmaco continua a essere monitorato. Tuttavia, l'uso simultaneo di più farmaci (comune negli anziani) può creare eventi avversi imprevisti. Per questo esistono strumenti come i *Criteri di Beers*, aggiornati periodicamente per segnalare interazioni pericolose.

3. Interazioni cibo-farmaco.

Anche l'alimentazione può alterare l'efficacia o la sicurezza delle medicine (es. il succo di pompelmo con le statine), rendendo fondamentale una comunicazione medica attenta e non frettolosa.

4. Farmacodinamica e “mine invisibili”.

Due sono le categorie di farmaci potenzialmente problematici: quelli che agiscono contro la dopamina (legata al movimento) e contro l'acetilcolina (legata a memoria e attenzione), sottolineando come un uso inappropriato possa causare vere e proprie “malattie da farmaci”.

Concludendo, vorrei rappresentare un accorato appello a superare una visione meccanica della cura farmacologica a favore di una medicina più attenta, umana e meno frettolosa: ciò non solo migliorerebbe la salute dei pazienti, ma ridurrebbe anche i costi del sistema, evitando ricoveri inutili e

⁵ Un grazie di cuore ad Annapaola e Silvia e al loro impegno con S.O.F.I.A. e naturalmente alla Diaconia Valdese che ha provveduto alla sottotitolazione in italiano del documentario di Jonathan De Jong e a farcelo conoscere. C'è tanto altro ancora nei contenuti, merita di essere riproposto nelle residenze degli anziani, nelle scuole, nelle case private della nostra umanità distratta. Da vedere, rivedere e riflettere tanto, tanto.

accessi al Pronto Soccorso, in un contesto sociale già segnato da povertà e difficoltà di accesso alle cure.

Ribadisco di non essere “contro i farmaci”, ma di volerne e promuoverne un uso corretto, responsabile e periodicamente revisionato delle terapie, basato sulla scienza e sull’attenzione al singolo paziente fragile.

Altresì, la vera sfida non è rinunciare alle cure, ma trasformare il tempo clinico in una risorsa fondamentale: dedicare attenzione alla revisione delle terapie e alle specificità del singolo individuo non è solo un atto etico necessario per evitare pericolosi effetti avversi, ma anche l’unica strategia sostenibile per salvare il nostro Sistema Sanitario.

Abitare il confronto. Partecipazione attiva, comunità di pensiero e futuro dei servizi per la non autosufficienza

di *Monica Carracuda*

Il settore sociosanitario, e in particolare quello legato alla non autosufficienza, attraversa in modo trasversale la società in cui viviamo. Riguarda le persone che invecchiano, i familiari che accompagnano, gli operatori che si prendono cura, le organizzazioni che erogano servizi, i fornitori che ne rendono possibile il funzionamento, i decisori politici chiamati a orientare le scelte pubbliche, il mondo accademico che analizza e interpreta i cambiamenti in atto. In altre parole, riguarda tutti noi, perché tutti siamo parte di una società che invecchia.

Eppure, a fronte di questa evidenza, il tema dell'invecchiamento e della non autosufficienza continua a occupare uno spazio marginale nel dibattito pubblico. Spesso viene affrontato in chiave emergenziale o tecnica, raramente come questione culturale, sociale ed etica, intrecciata ai grandi cambiamenti demografici, alla sostenibilità dei sistemi di welfare e alla qualità della vita delle comunità. È come se un fenomeno che ci riguarda collettivamente faticasse ancora a trovare un luogo condiviso di riflessione.

Partecipare come atto consapevole

In questo scenario, la partecipazione al mondo associativo, ai convegni, ai momenti di incontro nazionali, internazionali e territoriali assume un valore che va oltre il semplice aggiornamento professionale. Non si tratta di un gesto nuovo in sé: l'associazionismo nel settore ha una storia lunga e preziosa. Ciò che fa la differenza è il modo in cui questi spazi vengono abitati.

La partecipazione diventa generativa quando è attiva e propositiva, quando chiede alle persone di mettersi in gioco, portando il proprio punto di vista senza trasformarlo in verità definitiva. Diventa fertile quando non cerca conferme, ma confronto; quando non si limita ai "pari", ma si apre al pensiero complementare o diverso. In questo senso, partecipare è una scelta

professionale e culturale, che incide sulla capacità di leggere il presente e di immaginare il futuro.

Comunità eterogenee e visione condivisa

Esistono contesti associativi che scelgono consapevolmente di tenere insieme attori differenti: persone anziane, familiari, operatori, gestori, professionisti del territorio, mondo accademico, decisori pubblici. In questi spazi, la visione sui bisogni e sulle traiettorie future non nasce da un unico sapere dominante, ma dall'incontro – talvolta faticoso – tra prospettive diverse.

Questa eterogeneità non semplifica il confronto, ma lo rende più aderente alla realtà. Costringe a tenere insieme dimensioni spesso affrontate separatamente: la qualità della cura e la sostenibilità economica, il benessere degli operatori e le aspettative delle famiglie, il ruolo delle strutture e quello del territorio. È qui che il community building smette di essere uno slogan e diventa una pratica concreta di costruzione di senso condiviso.

Mettersi in gioco in contesti non sempre abilitanti

Le RSA e i servizi per la non autosufficienza operano quasi sempre in contesti non pienamente abilitanti. Vincoli normativi, risorse limitate e urgenze quotidiane riducono lo spazio del pensiero e del confronto. Proprio per questo, scegliere di partecipare attivamente a comunità di pratica e di pensiero richiede un investimento intenzionale.

Mettersi in gioco significa accettare che il confronto non produca risposte immediate, ma consapevolezza. Significa riconoscere che l'innovazione raramente nasce da soluzioni preconfezionate e più spesso da processi di apprendimento reciproco, che richiedono tempo, ascolto e fiducia. È una buona prassi silenziosa, che agisce nel tempo, sedimentando relazioni, linguaggi e nuove sensibilità.

Oltre l'innovazione visibile

Quando si parla di RSA che costruiscono il proprio futuro, il rischio è quello di associare l'innovazione prevalentemente a interventi visibili: nuove strutture, modelli organizzativi più efficienti, tecnologie, servizi aggiuntivi. Tutti elementi importanti, spesso necessari, ma che da soli non spiegano perché alcune organizzazioni riescano ad anticipare i bisogni, ad evolvere nel tempo e a mantenere una direzione, mentre altre faticano maggiormente, pur muovendosi all'interno degli stessi vincoli.

Forse una parte dell'innovazione che oggi non riusciamo a riconoscere sta proprio altrove: nello spostare gradualmente il focus dall'istituzione alla società che invecchia. Dal concentrarsi esclusivamente sulla RSA al

riconoscere che il futuro dei servizi si gioca anche nella capacità di accompagnare una comunità più ampia a confrontarsi con l'invecchiamento come esperienza condivisa. Un'innovazione che non riguarda solo il *come* organizziamo i servizi, ma il *come* rendiamo possibile un confronto diffuso, informato e partecipato sul futuro della cura.

In questa prospettiva, la partecipazione attiva, l'incontro con il pensiero diverso, l'abitare il confronto diventano strumenti di traghettamento culturale. Non aggiunte accessorie, ma condizioni per costruire servizi capaci di restare rilevanti, sostenibili e profondamente umani nel tempo. Forse è proprio qui che l'innovazione smette di essere una questione per addetti ai lavori e diventa una responsabilità condivisa: nel riconoscere che il futuro delle RSA è inseparabile dal futuro della società che invecchia e che solo mettendoci tutti in gioco possiamo immaginare risposte all'altezza di questa sfida.

Ha ancora senso parlare di Riforme? Riflessioni critiche sulla (possibile) funzione della “poetica” politico-amministrativa

di Riccardo Prandini

1. Introduzione

Il settore della *Long Term Care* (LTC), nel nostro Paese, è storicamente poco sviluppato rispetto agli altri settori di intervento sociale e sanitario. Almeno due sono i problemi principali che lo caratterizzano: da un lato, i benefici monetari e i servizi non sono mai stati concepiti come un insieme organico e unitario; dall’altro lato, il sistema è rimasto in uno stato di latenza per più decenni, nonostante invece il bisogno di cura, l’invecchiamento della popolazione e i cambiamenti nelle forme familiari siano aumentati esponenzialmente¹. Per quanto riguarda i servizi, e in particolare le strutture residenziali (RSA), la loro diffusione è disomogenea sul territorio nazionale e i posti complessivamente disponibili sono inferiori rispetto al bisogno². Inoltre, quando si parla di RSA, si tende a semplificare una realtà complessa e articolata, fortemente dipendente dall’autonomia e dell’iniziativa delle regioni

¹ Brenna E., “Assistenza residenziale: le risposte del SSN ai bisogni degli anziani”, in Spandonaro F., d’Angela D., Polistena B., a cura di, *17° Rapporto Sanità, Il futuro del SSN: visioni tecnocratiche e aspettative della popolazione*, C.R.E.A. Sanità, Roma, 2021; Ranci, C., Audino F., Mazzaferro C., Morciano M., *Stima del fabbisogno e della spesa long term-care in Italia: valutazioni ex-ante di una proposta di riforma*. DASU, «Working Papers», 1, LPS, 2023.

² Maino F., Razzetti F., *Long term care: riflessioni e spunti dall’Ue, fra innovazione e investimento sociale*, «Rivista delle Politiche Sociali», 1, 2019, pp. 143-162; Fostì G., Notarnicola E., Perobelli E., *Il personale come fattore critico di qualità per il settore Long Term Care*, 5° Rapporto Osservatorio Long Term Care, EGEA, Milano, 2023; Istat, *Censimento delle strutture residenziali*, 1991; Istat, *Report sulle strutture residenziali per anziani*. <https://www.istat.it/it/files//2021/12/RSA-Report-2021.pdf>; Istat, *Le strutture residenziali socioassistenziali e sociosanitarie al 1° gennaio 2022*. Roma, 2023.

nel normare un sistema che a livello nazionale è notevolmente poco attenzionato³.

A seguito della pandemia è stato avviato un lento processo di riforma, che si inquadra nel più ampio tema della sanità territoriale⁴. Tale processo inevitabilmente sta avendo impatti sia sulla capacità di presa in carico e risposta ai bisogni sia sull'operatività e la capacità d'innovare dei gestori delle RSA⁵. Proprio su questa capacità d'innovare e d'affrontare i cambiamenti – sociali e normativi, non esistono ancora sufficienti contributi pubblicati in sedi specificamente scientifiche, nonostante i molti e interessanti contributi divulgativi. Il contributo, dunque, vuole offrire i primi risultati di una ricerca sull'innovazione sociale⁶ nelle RSA, come parte del progetto nazionale Age-It⁷, dedicato ai processi d'invecchiamento della società. In particolare, la riflessione risponde alla seguente domanda: in che modo le associazioni nazionali che rappresentano gestori di RSA, professionisti sanitari e famigliari di

³ Bucci R., Mutti A., Pedrini A. (a cura di), *Anziani e residenzialità. Le sfide future*. Roma, Carocci, 2024; Agenas, *Monitoraggio offerta RSA*, <https://www.agenas.it/monitoraggio-rsa.2022>.

⁴ Gori C., Trabucchi M., "Che cosa abbiamo imparato dal Covid, in Network Non Autosufficienza" (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, 7° Rapporto 2020/2021, Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna, 2021; Prandini R., Ganugi G., *Citizens' Networks and Civic Responsibility Chains for a Communitarian Response to the Post-pandemic Vulnerabilities*, «Studi di Sociologia», 1, 2022, pp. 51-63; Ranci C., *Cronaca di una strage nascosta. La pandemia nelle case di riposo*, Mimesis, Milano, 2024; Macchioni E., Prandini R., *Elderly Care During the Pandemic and Its Future Transformation*, «Italian Sociological Review», 12, 2022, pp. 347-367; UPB, Ufficio Parlamentare di bilancio (2023). *L'assistenza sanitaria territoriale: una sfida per il Servizio sanitario nazionale*, Focus n. 2, <https://www.upbilancio.it/pubblicato-il-focus-n-2-2023-lassistenza-sanitaria-territoriale-una-sfida-per-il-servizio-sanitario-nazionale/>

⁵ Costanzi, C. (a cura di), *Progettare, ristrutturare e riqualificare le RSA. Verso moderni centri di servizio nella filiera della cura territoriale per l'invecchiamento*, Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna, 2024.

⁶ Si fa riferimento a un tipo di innovazione, di prodotto e processo, che risponde più efficacemente ai bisogni della popolazione, dando potere di partecipazione a tutti gli stakeholder coinvolti e trasformando la governance dei servizi e delle strutture verso un modello più equo e giusto socialmente. Per approfondire il concetto di innovazione sociale e di giustizia sociale, si rimanda ad altri lavori: Ganugi G., *Coesione sociale e pratiche di urbanità innovativa. Una ricerca sulle Social Street tra sociologia e narrazione*, FrancoAngeli, Milano, 2024; Prandini R., Ganugi, G., "Co-governance and co- management as preliminary conditions for social justice in co- creation", in Baines S., Wilson R., Fox C., Aflaki I.N., Bassi A., Aramo-Immonen H., Prandini R. (a cura di) *Co-creation in Public Services for Innovation and Social Justice*, Policy Press, Bristol, 2024.

⁷ Il progetto Age-It si propone di trasformare l'Italia in un polo scientifico internazionale per la ricerca sull'invecchiamento, un "laboratorio empirico" che rappresenti lo standard di riferimento in campo socioeconomico, biomedico e tecnologico per costruire una società inclusiva per tutte le età. Per approfondimenti: <https://ageit.eu/wp/> (sito visitato in data: 30/01/2025).

persone anziane non autosufficienti immaginano e attuano il processo d’innovazione delle RSA? Quale è il loro atteggiamento riguardo alla Riforma del sistema, promessa (e poi realizzata) dal sistema politico-amministrativo? Lo osservano come una opportunità o come un vincolo? E in che senso la loro operatività quotidiana – che si relaziona continuamente con i nuovi bisogni di utenti, famiglie e territori – viene influenzata (o meno) dalle visioni di sistema?

Il mio contributo è così articolato. Nella prossima sezione presento una concettualizzazione di pianificazione come “processo di riforma”, inquadrandola come una forma di comunicazione politico-amministrativa che elabora specifiche “forme poetiche”. Lo spunto è tratto dalla teoria dei sistemi sociali (di Niklas Luhmann) e necessita di una grande precisione concettuale. Dichiaro da subito che non sono interessato in questa sede a presentare e discutere le decine (se non centinaia) di articoli e Report di ricerca internazionali (d’area Ue) sulla *Long Term Care* del futuro. Basicamente si tratta di una letteratura, da un lato, molto standardizzata – dove i problemi presentati sono sempre gli stessi: aumento del numero degli anziani, emersione di nuove patologie (e comorbidità); trasformazione delle reti di sostegno formali e informali; problema del *caregiving* o comunque di cure *out of pocket*, territorializzazione dei servizi, contributo delle nuove tecnologie, etc. – e, dall’altro, molto disomogeneo quando comincia a presentare soluzioni che, al di fuori della ideologia dello *scaling* e degli “ecosistemi”, rimangono estremamente diversificate e irriproducibili (a seconda dei contesti). Proseguo discutendo brevemente della funzione – manifesta e latente – di quelle “poetiche” per poi dedicarmi all’analisi dei principali passaggi normativi del processo di “riforma” nazionale dell’assistenza agli anziani che si è svolto dal 2021 al 2024. In particolare, esaminerò la dialettica che si è creata tra il *Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza* – che ha prima proposto un ricco schema di riforma e poi valutato la Legge e i Decreti – e il sistema politico. La storia di questa dialettica è interessante perché, dopo una iniziale “somiglianza” tra le proposte del Patto e la Legge, i Decreti hanno invece riproposto due “poetiche” fortemente diverse. Questa dissimiglianza ripropone il quesito che guida il mio contributo e cioè se sia ancora possibile, in una società come quella differenziata per funzioni, pensare il cambiamento mediante processi di riforma “politico-amministrativa”⁸. Di riforme ne vengono scritte e quindi, evidentemente, qualcuno che le ritiene adeguate a

⁸ De Tommaso C.V., Maino F., “La Legge 33/2023 di riforma dell’assistenza a lungo termine in Italia tra policy e politics: oltre l’immobilismo, un’opportunità di riforma?” in Gui L., Salvati A. (a cura di), *Sfide del welfare. Sostenibilità, co-progettazione, innovazione*, FrancoAngeli, Milano, 2024.

innescare cambiamenti c’è ancora. Il problema è che poi quando devono essere implementate – e per cause che discuteremo – diventano processi “di riforma della riforma” (nel migliore dei casi); di realizzazione parziale e con conseguenze inattese (nella normalità) o semplicemente fallimenti prevedibili. A questo punto mi è sembrato interessante riflettere sulla loro funzione e chiedermi se non siano possibili forme diverse di mutamento di campi complessi di *policies*.

Nella terza parte presento i risultati di un pezzo della ricerca condotta in Unibo per il progetto di ricerca Age.It, in particolare quello relativo alla discussione delle condizioni abilitanti e disabilitanti per una trasformazione della residenzialità nei termini di *Centro Multi Servizi*⁹. Il contesto normativo che era stato previsto prima della Legge 33, 2023 e che ora sta definendosi con il Decreto legislativo 62/2024, infatti, pare essere osservato dalle organizzazioni prevalentemente in modo critico come un “vincolo disabilitante” (una esternalità negativa; qualcosa che esiste ma è di ostacolo) incapace di sostenere i processi innovativi che esse da tempo stanno già autonomamente elaborando. Attraverso una metodologia condivisa, abbiamo chiesto a queste organizzazioni di valutare il processo riformista e di dare suggerimenti su come valorizzare loro operatività quotidiana. Ne è emerso una riflessione piuttosto interessante, soprattutto in relazione all’adeguatezza, o meno, delle riforme per innescare innovazioni. L’ultima sezione presenta alcune riflessioni per prospettive future di ricerca, sottolineando come una parte rilevante del mondo residenziale stia comunque “tracciando” la rotta per il suo futuro in un contesto normativo altamente incerto e, per certi versi, generatore di contraddizioni istituzionali.

Infine, ricordo che questo è il primo di due volumi dedicati alla trasformazione dei servizi residenziali. Il prossimo volume, atteso per la fine del 2026, presenterà i risultati di sette ricchi studi di caso relativi alla innovazione nella residenzialità. L’insieme dei due volumi vuole “irritare” la discussione sulla possibilità reale di produrre un cambiamento migliorativo delle RSA che vada oltre il dispositivo politico-amministrativo della “riforma di sistema”.

⁹ La ricerca è stata da me diretta e ha coinvolto le colleghi Giulia Ganugi e Fiorentina Longobardi. In una prossima pubblicazione, verranno comunicati i risultati degli studi di caso sulle RSA innovative.

2. Pianificazione e mutamento: ha ancora senso parlare di Riforme?

2.1. *La “poesia” della riforma: una introduzione concettuale*

La prospettiva teorica che abbiamo scelto, la teoria dei sistemi sociali, richiede una chiarezza concettuale molto elevata. Per prima cosa, quindi, chiarirò cosa s'intende qui con il concetto di “riforma”.

Nel libro dedicato a *Organizzazione e decisione*¹⁰, Luhmann dedica il capitolo undicesimo, al tema del mutamento strutturale, titolandolo “La poesia delle riforme e la realtà dell’evoluzione”. La scelta lessicale è notevole. A una “realità” dell’evoluzione (di cui non mi occuperò qui) viene contrapposta una “poesia” delle riforme. Luhmann vuole sottolineare come l’evoluzione dei sistemi sociali vada concepita come un processo casuale, non pianificabile né progettabile. Riguarda non le singole variazioni (possibili sempre e ovunque), quanto la loro selezione che si (può) condensa(re) in nuove strutture (aspettative d’aspettative). Laddove una deviazione (cioè una variazione comunicativa), viene selezionata (per i motivi e nei modi più diversi) e poi stabilizzata come mutamento di struttura a livello di sistema, solo allora si può osservare un’evoluzione (in un qualche contesto). Diversamente dai processi evolutivi, la “pianificazione” (di cui le “riforme” sono una modalità specifica) implica una decisione intenzionale proprio su “premesse decisionali” (decisioni così basilari da essere diventate nel tempo delle routine). Riguarda quindi principalmente le organizzazioni (o la loro regolazione), cioè sistemi sociali che operano mediante decisioni (trattate “ufficialmente” come tali). Se l’evoluzione è casuale, non intenzionale e innesca mutamenti strutturali di lungo termine, una pianificazione/riforma è un processo decisionale, intenzionale e con effetti visibili a breve e/o medio termine che viene innescata per produrre determinati mutamenti (in qualche modo “previsti”). In altri termini, l’evoluzione non è mai pianificabile (per definizione) mentre una riforma è sempre (e anche) l’auto-descrizione d’organizzazioni che decidono intenzionalmente di provare a cambiare le loro strutture (se poi ci riescono, e se ciò accade nel modo previsto, è un’altra questione). Una riforma può innescare cambiamenti del tutto imprevisti e non voluti che, evolutivamente, cambiano le strutture sociali. I processi decisionali pianificatori e riformistici sono eventi che vengono perciò sempre inclusi nelle possibilità evolutive future. Proprio per questo, se pensati e voluti in quanto tali,

¹⁰ Luhmann N., *Organizzazione e decisione*, Bruno Mondadori, Milano, 2005.

verranno trattati come semplici e ulteriori variazioni che, a loro volta, potranno essere selezionate (o meno) dall’evoluzione sociale¹¹

Secondo Luhmann le riforme «risalgono a proposte di cambiamento di strutture esistenti. Partono da una realtà costruita socialmente e l’osservano con l’aiuto della distinzione tra carenze e possibilità di miglioramento»¹². Le riforme sono quindi, in primo luogo, «descrizioni di carenze sullo sfondo della supposizione che si potrebbe fare meglio». Queste proposte di mutamento devono lavorare su diversi aspetti dello *status quo*: materiale (il “cosa è” da cambiare); temporale (quando e con che tempi cambiarlo) e sociale (quali attori e organizzazioni devono cambiare o agevolare il cambiamento). Questa triplice esigenza – perché e come cambiare “cosa”, “quando” e “chi” – è per definizione in controtendenza rispetto alla condizione attuale del sistema e quindi, chi vuole cambiare, deve convincere identità e interessi costituiti (e ben in “equilibrio”) a squilibrarsi (cioè a perdere il loro “posizionamento” attuale). A meno che non sia in atto un processo “rivoluzionario” (o che qualcuno osserva così) dove nuove identità e interessi scalzano i vecchi dopo uno scontro, per cambiare occorre ridisegnare un futuro (immaginario) dove il miglioramento convinca e sia facilmente riconoscibile dal numero maggiore degli attori in gioco. Lo si può fare partendo da diversi punti d’innesto: da idee nuove (una riforma che adatti la realtà a una nuova immagine di realtà – una “visione” – ritenuta migliore) o dalla realtà stessa (adattare il sistema a una realtà che sta cambiando velocemente). In entrambi i casi, proprio perché le riforme sono auto-descrizioni pubbliche di cambiamenti cercati e voluti intenzionalmente, necessitano d’essere comunicate mediante specifiche retoriche che chiamiamo “poetiche”, cioè forme stilistiche che caratterizzano la scrittura di testi.

Un progetto di riforma – o una nuova pianificazione di sistema – ha di fatto bisogno di modalità di comunicazione orientate a convincere la “politica”, prima, gli attori del settore e l’opinione pubblica, poi. Deve comunicare in modo immediato un miglioramento, relativamente alla situazione (il “cosa”) presente, che valga la pena d’essere implementato (nel “futuro”), pur

¹¹ Per esemplificare. Il “denaro” è una entità sociale non programmata, né voluta come tale da nessuno. È il frutto di un’evoluzione “cieca” che lo ha selezionato come mezzo di scambio socialmente accettato. Il bitcoin (secondo Wikipedia), invece, è una criptovaluta e un sistema di pagamento decentralizzato basato su tecnologia peer-to-peer e software a codice aperto. Venne ideato nel 2008 da un’entità sconosciuta identificata dallo pseudonimo di Satoshi Nakamoto. Cosa ne sarà di questa entità progettata, dal punto di vista dell’evoluzione sociale, non è possibile saperlo (ora). L’unica cosa prevedibile è che se ne rimarrà in circolazione davvero una quantità “decisa” (21 milioni), “varrà molto!” (ma per cosa, non è così evidente).

¹² Luhmann, *Idem*, p. 274.

rischiando costi elevati e ritorni incerti (fallimenti sociali). I progetti di riforma, pertanto, si legittimano e s'accreditano mediante apparati semantici molto dettagliati che sono costituiti da «principi, norme, standard valutativi, statistiche, bilanci, cioè non solo giudizi di valore, ma anche di constatazioni. La poesia della riforma è interamente orientata a costruzioni che sono certe d'ottenere consenso, come si può vedere tanto nella formulazione dei valori quanto nella costruzione di fattispecie»¹³. Vediamo alcune caratteristiche tipiche e generali di questa peculiare “poesia”.

1) Le riforme sono descritte come processi lineari che vanno dalla pianificazione, alla decisione e fino alla loro realizzazione. In realtà questa (auto)descrizione è sempre piuttosto immaginaria sopravvalutando le capacità delle organizzazioni in gioco e sottovalutano molto le interazioni (lasche) con il loro ambiente. Coi facendo si proietta in modo estremamente rischioso, l'immagine (ipotetica) di un accoppiamento “stretto” tra cause ed effetti: se accade questo allora accade quello! In realtà le organizzazioni dipendono moltissimo da accoppiamenti “laschi” con il proprio ambiente sociale. Quasi sempre, infatti, la difficoltà (e il conseguente fallimento) sta proprio nell'inserire qualcosa (dimensione “materiale”) di nuovo nel vecchio rapporto tra organizzazioni e loro ambiente¹⁴. Per fare alcuni banali esempi: si vogliono efficientare le organizzazioni, ma per farlo servono soldi che non sono reperibili dall'economia, ma creando debito pubblico; si vogliono attirare buoni professionisti, ma gli stipendi sono troppo bassi; si vogliono migliorare i procedimenti decisionali, ma il diritto non lo permette; si vuole più integrazione sociosanitaria, ma i settori operano indipendentemente; etc.

2) Anche la distinzione binaria (la dimensione temporale) “miglioramento/peggioramento” si rivela ben presto piuttosto scivolosa: – chi deciderebbe di lasciare le cose come stanno, se la comunicazione inonda l'opinione pubblica con critiche allo *status quo*? Essa è costruita proprio per far

¹³ *Idem*, p. 279.

¹⁴ Un caso di studio molto interessante, da questo punto di vista, sarebbe quello da fare sul Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77, *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*. Con esso si “immagina” una nuova territorializzazione del sistema sanitario. Solo la rappresentazione grafica del mutamento necessita di una lunga analisi. Cosa conseguirà da questa “poetica”, non lo si sa ancora e, visto il collegamento tra gli attori che a loro volta devono cambiare per rendere possibile il mutamento, quasi imprevedibile. Il problema del mutamento strutturale è così pervasivo, che spesso si preferisce introdurre nuove organizzazioni, invece che tentare di cambiare il sistema. Si pensi alla ancora e piuttosto opaca realtà delle “case di comunità”. Di nuovo, però queste nuove organizzazioni (quando lo sono) devono comunque entrare in comunicazione con il vecchio contesto e ne emergono problemi di “integrazione”, “duplicazione di funzioni”, assenza di “personale” da assegnare, etc. Dalla poesia della riforma si passa alla prosa della implementazione, che presenta il conto.

dimenticare che potrebbe essere molto rischioso cambiare le strutture esistenti (esattamente come potrebbe esserlo lasciarle immutate). Nella realtà, la decisione se cambiare o non cambiare una struttura, dipende da un insieme di variabili così complesse, che è quasi impossibile saperlo prima. Chiaramente le riforme presentano sé stesse come necessarie, valorizzando al massimo i contrasti e le valutazioni meglio/peggio rispetto al presente, ma nascondono che quelle necessità sono comunque state costruzioni passate (e decise) del sistema (e non “dati” evidenti) e che dal mutamento potrebbero emergere fallimenti disastrosi. Nascondono la dimensione “sociale” delle riforme: con la riforma ci saranno nuovi vincitori e vinti, decisori e coinvolti, rischi e pericoli.

La dimensione temporale è ancora più problematica. Del passato criticato, si dimentica sempre qualcosa, per esempio i motivi per cui sono fallite tutte le riforme precedenti e i buoni motivi di chi non le voleva imporre. Questo oblio è necessario, ma può essere comunque osservato e valutato criticamente: i politici di professione lo fanno continuamente («abbiamo ereditato questa situazione disastrosa dai governi precedenti, e quindi...»), ma non per riflettere, quanto per proporre a loro volta (è il loro mestiere). Il futuro invece rimane inosservabile e quindi può venire solo “previsto”, pretendendo così di poterlo influenzare (senza però poter contare sulla legittimazione sociale degli “aruspici”, sostituiti oggi dagli “esperti”). Ma ogni previsione è sempre la “previsione di un osservatore” con interessi e identità posizionali che un diverso osservatore, criticherà come pregiudiziali. Per superare questo ostacolo, la riforma è spesso resa in forma così indeterminata, generica e ambigua – una “visione ideale” – che la si trasforma volutamente in un mezzo e/o un procedimento di cui si prevedono (sempre naturalmente in modo *evidence based*) da subito possibili ostacoli e intoppi. Si parla allora di esperimenti o di progetti a tempo; di percorsi che abbisognano di *capacity building* per cambiare anche gli attori coinvolti; di partecipazione dal basso per implementare il mutamento *step by step*; della necessità di coordinare e integrare gli “ecosistemi”, etc. In pratica si lega il successo (o meno) della riforma dalla volontà/capacità d’apprendimento e auto-mutamento in *itinere* dei coinvolti. Si mettono “in conto” sempre successi e insuccessi, punti di blocco e sblocco, spinte in avanti e attriti, sempre alla luce di Idee-guida molto astratte.

Particolarmente dopo l’evento del Covid-19, vi è una forte spinta a motivare le riforme non tanto in relazione a un futuro migliore – come era tipico delle poetiche dei *Trent’anni gloriosi*, dove il futuro era percepito come simile al presente e dove quindi era possibile pensare a “pianificazioni”, “programmazioni” e piani razionali – quanto per reagire a crisi ed emergenze. Ma

anche in questo caso le cose non vanno molto meglio, anzi. Da un lato la riforma che dovrebbe pianificare il futuro è assalita da un presente che non permette altro che adattamenti e reazioni ad emergenze di volta in volta “materialmente” diverse. Il processo di riforma mentre si deve connettere sempre a uno specifico problema – economico, sanitario, tecnologico, assistenziale, educativo, ambientale, migratorio, etc. – deve poi fare subito i conti con l’integrazione lasca dei sottosistemi sociali, per cui ogni crisi diventa immediatamente una “policrisi”. Infine la riforma viene prospettata in un presente che scorre e che viene assorbito da un futuro che cambia le condizioni stesse della riforma, a tal punto, da non poter neppure più essere certi del tempo in cui essa comincerà e dovrà finire. Emergono allora due diversi scenari. Da un lato le riforme devono includere in sé stesse la possibilità che le cose vadano diversamente da quanto previsto: occorre quindi sviluppare metodologie e tecniche di “potenzializzazione”, d’immaginazione, d’anticipazione. Dall’altro, sono esattamente queste tecniche di “futurizzazione” che trasformano ciò che era stato prospettato in un mero “scenario” tra altri: tutto sembra ormai accadere diversamente dal previsto; scompaiono le chiare differenze (iniziali) tra effetti voluti e non voluti e non si capisce più cosa fosse pianificato o meno; le stesse previsioni e gli scenari diventano parte del problema. Non resta che “navigare a vista” contraddicendo in blocco l’idea stessa di riforma.

In sintesi, sembra che tutta la “poetica” delle riforme – almeno quelle che ancora vengono comunicate usando quel termine – si basi su un dato per scontato del tutto discutibile e, probabilmente, fuorviante: che le riforme dovrebbero avere successo perché le organizzazioni sono sistemi che valutano e risolvono problemi in modo razionale. Come però giustamente evidenzia Luhmann «Se s’abbandonasse questo presupposto si potrebbe vedere la funzione delle riforme nel fatto che rendono visibili differenze d’interessi che altrimenti resterebbero latenti e, dunque contribuiscono ad autodescrizioni controverse del sistema; e che, in questo modo, producono una resistenza del sistema contro sé stesso che consente di comprendere la realtà meglio di quanto sarebbe possibile con lo schema problema/soluzione»¹⁵.

La funzione dei testi che chiamiamo riforme starebbe dunque non tanto nel provare a risolvere problemi, bensì nel produrre uno schema di comparazione capace d’evidenziare una situazione che non è più ritenuta adeguata al futuro e prospettandone una capace, almeno, di riaprire il campo della riflessione. Questa funzione di autocritica produce una resistenza autoprodotta che diventa la “realtà” del sistema. Pur rimandando una autodescrizione, apre il

¹⁵ Luhmann, *Idem*, p. 277.

sistema al suo ambiente, creando risonanze. Ma si tratta ancora di una riforma o piuttosto e più ragionevolmente di un testo che proietta un futuro “immaginato” utile a innescare, in modo diverso, processi di mutamento?

2.2. *La funzione sociale latente della poesia della riforma*

L’analisi che presento nei prossimi paragrafi non intende affatto valutare le proposte e i testi di riforma nel senso usuale della scienza politico-amministrativa. Non ragiono sulla base della usuale distinzione *soluzione* (a problema) “adeguata/inadeguata”, secondo i diversi e plurali possibili criteri valutativi utilizzabili (efficacia, efficienza, equità, coordinamento, territorializzazione, risposta a bisogni, prossimità, governance, etc.). Neppure sono interessato a un’analisi giurisprudenziale che mostri la coerenza (o meno) dei testi con il diritto vigente e le sue possibili conseguenze; e neanche voglio provare a valutare se le proposte sono innovative o meno (e poi sarebbe ancora da stabilire: da quale punto di vista!). Lo scopo è ben diverso e, per certi versi, inusuale per la letteratura scientifica corrente (e cercherò anche di spiegare perché). Vorrei mostrare come i testi che analizzo s’articolano secondo specifiche “poetiche” della riforma. Lo faccio riprendendo un’intuizione di Niklas Luhmann.

La *Poesie der Reform* è una modalità di comunicazione pubblica che – almeno nel caso qui considerato – il sistema politico-amministrativo, utilizza per legittimare portentosi programmi di (presunto) cambiamento, basati su valori presentati come “indiscutibili” e con l’intenzione tautologica di migliorare una situazione data. Le riforme vengono quindi formulate come descrizioni di un futuro desiderato da tutti (e già questo, come vedremo, è un grosso problema: chi sono quei “tutti”? Come fanno quei tutti ad essere d’accordo?). Voglio sottolineare in modo netto che tali poetiche non sono affatto approntate dal sistema politico per spiegare “causalmente” secondo quali logiche e meccanismi specifici verranno implementate. Sono invece testi che (auto)presentano il sistema politico-amministrativo come comunque “orientato al progresso”, indipendentemente dai risultati concreti che – quando la riforma è presentata – sono difficilmente prevedibili e spesso altamente opinabili. Come vedremo i testi arrischiano qualche previsione, ma queste sono così generiche da essere del tutto inutili. La funzione della “poesia” non è, quindi, tanto spiegare la realizzabilità delle riforme, quanto quella d’assorbire l’incertezza del futuro, offrendo una visione strutturata, anche se spesso illusoria, di controllo della complessità sociale, guadagnando tempo per poi decidere come implementare il cambiamento (soprattutto quando poi accadrà

in modi non previsti). Questa funzione di legittimazione serve proprio a nascondere un sapere che i sistemi politici contemporanei, dovrebbero aver da tempo acquisito e che però, se comunicato apertamente, renderebbe contraddittorio provare a “riformare” i sistemi. Di cosa si tratta? Semplicemente del “sapere” che nessuna riforma – approntata dal sottosistema politico-amministrativo della società – può davvero “causare” i cambiamenti voluti. Se lo potesse davvero fare, allora vivremmo in una società semplice che risponde a *input* trasformandoli in *output* determinati, senza nessuna trasformazione *in itinere*; quello che i cibernetici chiamano un sistema “banale”. Ad uno specifico *input* dovrebbe corrispondere sempre, uno specifico *output*. Ma la società contemporanea – e anche questo dovrebbe essere un sapere condiviso – è differenziata in sottosistemi funzionali, specializzati nel trattamento della complessità: ogni sottosistema tratta la realtà secondo le sue logiche dando per scontato che anche gli altri lo facciano. Non esiste nessun sottosistema capace di rappresentare la società, di coordinarla, di controllarla. Il sistema politico (amministrativo) può dichiararlo, ma solo per verificare che poi non è vero. L’ambiente sociale interno alla società – composto da tutti i sottosistemi, le organizzazioni, le interazioni e le loro relazioni – è così complesso da non poter sopportare alcun determinismo, direzionalità, *steering*¹⁶. Il sistema, perciò, non è affatto “banale”, poiché: i) ogni sottosistema ricostruisce il resto della società secondo i suoi codici e i suoi programmi (in tal senso non esiste alcuna “stessa” società per i diversi sottosistemi che la operazionalizzano nei modi più diversi: esiste solo un contesto comunicativo comune che irrita in modo dissimile i sottosistemi); ii) perché l’integrazione sistemica è difforme a seconda dei casi, in certi casi lasca mentre in altri stretta; iii) perché gli effetti inintenzionali superano di gran lunga quelli intenzionali; e perché, soprattutto, iv) una pianificazione riformistica viene trattata dall’evoluzione sociale come una qualsiasi altra variazione, cioè come un dato che può essere selezionato e mantenuto a seconda di motivi non pianificabili (e spesso incomprensibili nel presente).

Tutto ciò (e molto altro) preclude qualsiasi possibilità di causare cambiamenti in modo automatico e predeterminato, cioè per usare un termine molto alla moda “tecnocratico”¹⁷. Luhmann lo chiarisce così: «Le nuove

¹⁶ Per non parlare dei rapporti tra sistema sociale ed ambiente, naturale e psichico. Per poter “calcolare” i possibili effetti della comunicazione sociale su menti/corpi e natura, occorrerebbe una comunicazione ecologica specialistica che ancora non esiste. Al suo posto abbiamo il problema – spesso impostato in modo davvero deludente sotto il profilo scientifico – della “sostenibilità”. Sì, ma quale? Non essendo impostato in termini sistemici, la confusione regna sovrana.

¹⁷ Scrive Luhmann, in un passaggio fondamentale: «Le esperienze con le riforme mostrano che si era partiti da un’accezione molto unilaterale del modo in cui la società si

informazioni che arrivano fanno scomparire la differenza tra effetti voluti e non voluti; e questo non solo perché il mondo “in sé” (natura) è troppo complesso, ma proprio perché certi sistemi intervengono continuamente in esso pianificando e in questo modo alimentano confusione – non da ultimo anche nel senso di confusione tra “pianificato” e “non pianificato”»¹⁸. Ma, se questo lo sappiamo, perché i sistemi politico-amministrativi continuano a produrre poesie della riforma? In realtà che il sistema politico-amministrativo – dovendo inventare continuamente consenso per legittimare le sue decisioni collettivamente vincolanti – debba a produrre “poesie riformistiche”, non solo è comprensibile, ma è addirittura un “fatto” (politico) quasi senza alternative. Nessuno sottovaluta la sua rilevanza comunicativa. Che potrebbero fare le élite politiche, se non comunicare che stanno governando la società verso il meglio e in modo razionale, sapendo proprio quello che fanno (totalmente a prescindere se poi qualcuno ci crede veramente)? Qui sta certamente la loro funzione d’orientamento politico della società (*steering*). I governi devono assorbire continuamente le incertezze, decidendo e prendendo posizione. Una riforma è, appunto, una presa di posizione altamente “simbolica” capace di comunicare all’opinione pubblica – in modo semplificato e comprensibile – dove s’intende portare la società (o una parte di essa). Il problema è che poi questa “indicazione simbolica” va implementata (cioè realizzata) e, da lì in avanti, la riforma andrà semplicemente riformata il prima possibile.

La questione che vorrei provare a discutere è però diversa. È ancora possibile che a queste “poetiche” creda il sistema scientifico – e che alle riforme contribuiscano organizzazioni specialistiche e saperi esperti? Certamente la scienza politica, amministrativa, giuridica, sociologica, può provare a valutare – prima, durante e dopo – le riforme. Ed evidentemente lo deve fare secondo i suoi programmi e metodologie di ricerca scientifica. Il risultato però è estremamente prevedibile: le riforme quasi sempre falliscono e, se non lo fanno, cambiano solo alcuni pezzi del sistema e spesso non intenzionalmente. A un certo punto – ma a quale, esattamente? quando una riforma può dirsi conclusa e quindi valutabile? e in che senso è definitiva o invece

riproduce nella dimensione temporale. Il futuro appariva come spazio di manovra per realizzare progetti, per quanto incontrando resistenze o con conseguenze collaterali impreviste. Se si legge diversamente la storia, essa appare come un terreno scivoloso dove gli effetti a cui si mirava scompaiono nell’eccesso continuo di nuove informazioni. Non solo le cose vanno diversamente da come si era pianificato, ma nel successivo lasso temporale perdono il carattere dell’essere-state-pianificate» (Luhmann 2005, 285). Ne consegue che una società che “pianifica” e “riforma” deve poi sopportarne le conseguenze, dovendo compensare nel tempo i problemi che derivano dalla pianificazione stessa.

¹⁸ Luhmann, *Idem*, p. 285.

semplicemente va riformata a sua volta? – si osserva che “mentre” s’implementava la riforma, le “cose” sono cambiate e che quindi bisognava scrivere un nuovo testo: alcune volte questo accade prima che la riforma cominci ad essere attuata! A quel punto la riforma si perde nel dimenticatoio, sostituita da un’altra, che dimentica perché la prima è fallita o comunque non riflette che anch’essa potrebbe fallire. Ma se le “cose stanno così”, e soprattutto se già lo sappiamo, è davvero sensato proporre una riforma?

Una possibile risposta è chiara. Gli scienziati e le organizzazioni “toccate” dalla riforma, possono ritenere utile partecipare alla scrittura per almeno due motivi. Gli scienziati a) o perché condividono con il sistema politico-amministrativo la stessa credenza, cioè poter influire sul futuro della società mediante riforme (il che rende “discutibile” la loro competenza scientifica); b) o perché ritengono più realisticamente di poter influenzare, se non la società, almeno la politica. Anche le organizzazioni non scientifiche “toccate” dalla riforma hanno buone ragioni a partecipare alla loro stesura: a) o accreditarsi nel sistema politico-amministrativo per poter avere canali di comunicazione diretti; b) o provare a fare *lobbying* per i loro interessi e *advocacy* per i loro utenti. Sono motivi diversi e li si può comprendere bene. Ma, come vedremo, ciò che accade tende poi a smentirli o in toto o in buona parte. A questo punto, allora, vale la pena provare a riflettere su quella problematica, cercando d’irritare i diversi attori per vedere se possono cambiare prospettiva e setale cambiamento è utile a qualcuno (il che è tutto da dimostrare).

Forse, questa l’ipotesi, la scienza potrebbe proporre un punto di vista diverso da quello politico-amministrativo, approntando una descrizione alternativa della realtà. Potrebbe osservare che la funzione della poesia della riforma è tutta politica e che non incide affatto o molto poco, sulla realtà sociale. E potrebbe almeno provare a capire perché e “cosa ci sta sotto”. A quel punto potrebbe osare un nuovo modo d’osservazione, maggiormente rispettoso della realtà e con ciò agevolare modalità d’intervento diverse. O forse è troppo abituata a ragionare in termini di scienza “della politica”, interiorizzando i criteri valutativi e le funzioni di questa? Il problema è di grande rilevanza e proverò a mostrare come ci siano modalità alternative di comunicazione tra politica, scienza e organizzazioni che implementano i cambiamenti. Che poi queste funzionino, bisognerà verificarlo.

2.3. Le diverse poetiche della riforma per l'assistenza agli anziani: verso una “convergenza parallela”?

La poesia della riforma è una forma di comunicazione testuale che comprende principi, norme, standard valutativi, statistiche, bilanci, giudizi di valore, e constatazioni di fatto. Il modo in cui sono articolati questi “temi” costituisce una specifica poetica. Per Luhmann «Le riforme riguardano decisioni su premesse decisionali nell'intenzione di migliorare lo stato complessivo del sistema, o almeno d'arrestare o contenere un possibile peggioramento»¹⁹. Con il concetto di “premesse decisionali” ci si riferisce alle strutture delle organizzazioni, quelle aspettative date per scontate che ne (pre)definiscono la possibilità di decidere (senza dover decidere tutto ogni volta e di nuovo). Attraverso le premesse decisionali, qualcosa viene dato per scontato e ciò permette poi di decidere caso per caso, costruendo una complessità interna al sistema. Senza queste premesse (che un tempo vennero decise dall'organizzazione) tutto dovrebbe essere deciso, tutte le volte, in tutti i casi, da capo: il sistema sarebbe in balia degli eventi (oggi questo si chiama istituzionalmente: “essere in una situazione d'emergenza”).

Tre sono le premesse decisionali tipiche delle organizzazioni: 1) le *competenze dei professionisti* (cosa ci si può aspettare da ogni “posizione” occupata da qualcuno in un'organizzazione); 2) *le vie di comunicazione* (cioè la struttura di governo dell'organizzazione; il suo organigramma) e i *programmi decisionali* (le regole che specificano come operare correttamente per raggiungere gli obiettivi). Pertanto «le riforme si riferiscono, secondo l'uso linguistico comune, o all'organizzazione delle competenze e delle vie di comunicazione oppure ai programmi decisionali del sistema. Ciò comprende l'organizzazione o la programmazione delle decisioni sul personale (...) l'intenzione è (...) quella di migliorare la qualità complessiva delle decisioni del sistema»²⁰. Esiste un rapporto specifico tra premesse decisionali e operatività delle organizzazioni tramite decisioni. È un rapporto di *loose coupling* necessario per la stabilità del sistema. Le premesse devono rimanere fisse mentre l'organizzazione decide, ma non devono determinare quelle decisioni. D'altra parte, le decisioni non possono cambiare automaticamente le premesse. Solo alcune decisioni – solitamente ben identificabili in procedimenti appositi – possono provare a modificare le vecchie premesse decisionali che verranno. In entrambi i casi – dalle premesse alle decisioni e viceversa – è molto difficile prevedere cosa veramente accadrà, perché le

¹⁹ Luhmann, *Idem*, p. 277.

²⁰ Luhmann, *Idem*, p. 278.

organizzazioni non sono macchine banali: ad un *input* deciso non corrisponde normalmente mai un *output* determinato, e ancora meno un *outcome* o un impatto.

Di seguito cercherò di mostrare come i testi di riforma delle politiche in favore delle persone anziane (e i commenti critici ad essi) provino a descrivere proprio come cambiare in meglio le competenze professionali, le vie di comunicazione e i programmi decisionali del sistema e secondo quali rilevanze (valori) o “selettori”. È importante infatti comprendere non solo perché un attore, in questo caso politico, decide di cambiare le premesse decisionali d’organizzazioni che sono parte di un sistema sociale (in questo caso quello sociosanitario), ma anche secondo quali criteri quei presunti mutamenti (variazioni), vengano proposti? Ne sono infatti possibili moltissimi: l’efficacia organizzativa (in senso esteso: una maggiore razionalizzazione) del sistema? La sua efficienza (economica)? La sua democraticità (politica)? La capacità di rispondere ai bisogni degli utenti (aiuto)? L’adeguatezza al diritto istituito e ai diritti emergenti? La capacità d’apprendimento delle organizzazioni e dei professionisti (formazione)? La prossimità agli utenti e ai loro *caregiver* (territorializzazione)? L’introduzione di un nuovo concetto di salute? La scelta di queste rilevanze – criteri di miglioramento – va a costituire quella che chiamo una specifica “poetica” della riforma. Analizzerò sinteticamente alcuni di questi testi riformistici in riferimento alla “riforma” delle politiche per le persone anziane. Il percorso politico che va a inquadrare l’analisi è così sintetizzabile.

A differenza di altri Paesi europei che tra gli anni ’90 e l’inizio del millennio hanno modificato i loro sistemi di LTC²¹, in Italia la (presunta) riforma di questo settore è arrivata molto tardi²², probabilmente quando il combinato disposto della crisi pandemica, della dinamica demografica e della morfogenesi delle forme familiari che forniscono da sempre *caregiving*, ha mostrato in modo incontrovertibile i limiti di un sistema molto frammentato, fortemente diseguale a livello territoriale, inadeguato ai bisogni emergenti e poco

²¹ Rothgang H., Fischer, J., Sternnkpf M., Dotter L.F., *The Classification of Distinct Long-term Care Systems Worldwide: the empirical application of an actor-centred multidimensional typology*, Università di Brema, Research Centre in Inequality and Social Policy, 2020; Spasova S., *Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies*, Brussels, European Social Policy Network (ESPN), European Commission, 2018.

²² La prima proposta è della Commissione Onofri, nominata dal Governo Prodi, nel 1997. Altre proposte furono avanzate nel 2003 dal Governo Berlusconi; nel 2007 durante il Prodi II; nel 2009 ancora sotto Berlusconi, fino alla bozza del Decreto-legge del 2012. Tutto poi fu rimandato. Va sottolineato che questo rimandare sarebbe probabilmente proseguito se non fosse arrivato il Covid-19. E questa la dice lunga sulla situazione.

innovativo (oltre al sempre criticato sotto-finanziamento)²³. I tavoli per la scrittura del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) avevano indicato tra le finalità quella di riformare il sistema LTC, sviluppando un'infrastruttura più ricca di servizi territoriali e domiciliari. In questa fase, il *Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza* ha svolto un notevole lavoro di advocacy per le organizzazioni sanitarie²⁴. Gli interventi principali riguardano, in modo piuttosto astratto, la deistituzionalizzazione in un'ottica di potenziamento delle reti territoriali e dei percorsi integrati di presa in carico dei soggetti più fragili (Brenna, 2021). Nel frattempo, il Decreto ministeriale 77 del 2022, *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*, si è concentrato sulla sanità territoriale, facendo molti riferimenti alle case di comunità e alla telemedicina. Il 23 marzo 2023, viene promulgata la Legge 33 *Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane*, la cui logica di fondo è integrare sistematicamente le diverse misure esistenti e rafforzarne i servizi territoriali. Nella riforma, la governance del sistema diventa cruciale: prestazioni sociali e sanitarie separate sono chiamate ad integrarsi dentro un quadro programmatico e finanziario coerente. La Legge indica tre grandi obiettivi di riforma: la costruzione di un sistema unitario e integrato per la non autosufficienza; la definizione di adeguati modelli d'intervento; l'ampliamento dell'offerta dei servizi. Il 15 marzo 2024, viene approvato il Decreto Attuativo n. 29, contenente le *Disposizioni in materia di politiche in favore degli anziani, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33*. Il testo richiama in modo generico i punti della Legge 33/2023 ed enuncia la necessità d'assicurare processi di integrazione istituzionale, organizzativa e professionale per i servizi socio-sanitari. Tuttavia, il Decreto non attua, ma rinvia ancora ad una serie numerosa di decreti successivi.

Mi focalizzo ora su alcuni testi che, a mio avviso, rappresentano due diverse poetiche della riforma in campo. L'esempio è interessante perché comprende due attori che hanno dialogato lungamente sui contenuti della riforma: il *Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza*²⁵ e la parte

²³ Boarelli M., Bodini C., Betti L., *Medicina, territorio e salute: lezioni dall'epidemia*, «Gli Asini», 6 aprile, 2020; EPML, *Ageing Policies. Access to services in different member states*. European Parliament, Luxembourg, 2021.

²⁴ Gori, C., *La proposta di inserire nel PNRR la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti: un primo bilancio*, «I luoghi della cura online», 27 aprile, 2021.

²⁵ Il *Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza*, sottoscritto a luglio 2021 da un'ampia coalizione sociale, ideata e coordinata dal prof. Cristiano Gori, intende elaborare proposte operative per la riforma sull'assistenza agli anziani non autosufficienti. Il Patto raggruppa la gran parte delle organizzazioni della società civile coinvolte nell'assistenza e nella

politica che ha poi effettivamente scritto la Legge n. 33 “Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane” e il Decreto attuativo. Questa dialettica sembrava aver innescato un circolo virtuoso che poteva portare a una effettiva riforma delle politiche per gli anziani²⁶. Le due “poetiche”, almeno secondo la rete del Patto sembravano compatibili su alcuni punti rilevanti: le chiamerò “poetiche della riforma del sistema”. Quando però il Governo ha definito i primi decreti, la presunta comunanza è crollata ed è emersa una nuova poetica governativa divergente dalla precedente. A prescindere dai “reali” motivi di questo inatteso cambiamento (in peggio?) – che poi sono sintetizzabili nei soliti motivi politici che avremo modo di vedere – si pone la domanda che guida la riflessione: ha davvero ancora senso, in casi come quello analizzato, cercare un cambiamento tramite riforme o pianificazioni di sistema, quando alla fine tutto si riduce sempre ad altro? In che senso il sottosistema politico, che deve creare consenso per rimanere al governo, può oggi effettivamente cercare soluzioni al problema dell’invecchiamento della popolazione, senza dover nascondere il fatto che per farlo andrebbe cambiata l’intera società (compresi gli stili di vita degli anziani) e che, proprio per questo, non lo può fare? Quali sono, alla fine, i fattori di selezione e stabilizzazione delle “innovazioni” introdotte? E, infine: non sarebbe meglio cambiare completamente strategia, lasciando stare la poesia della riforma e operando in modo diverso?

Il primo testo che analizzo s'intitola *Proposte per l'introduzione del sistema nazionale assistenza anziani. Un contributo per il confronto* ed è stato redatto dal “Patto”. È una proposta esplicitamente realizzata per costruire un dialogo con le parti politiche (Governo, Parlamento, Regioni, Comuni, etc.) che avrebbero poi cominciato a scrivere la Riforma. È datato 1° marzo 2022 e si situa tra il PNRR (che prevedeva la realizzazione della riforma per l’assistenza agli anziani non autosufficienti, insieme ad altri interventi in area sociosanitaria: *Missione 5, Componente 2, Riforma 2 e Missione 6*) e l’inizio della riflessione politica che poi produrrà nel 2023 la Legge 33. Le *Proposte* vengono redatte proprio per “orientare” quella riflessione politica. Notiamo subito come già a partire dal PNRR, il sistema politico-amministrativo – già fortemente orientato dal suo esterno – pensa al processo di cambiamento in

tutela degli anziani non autosufficienti nel nostro Paese: rappresenta gli anziani, i loro familiari, i pensionati, gli ordini professionali e i soggetti che offrono servizi. <https://www.pattonomonautosufficienza.it/chi-siamo/>

²⁶ Il percorso di avvicinamento del Patto alla Riforma, parte almeno dal 2021, si concretizza nella *Proposta* del 2022, e include una *Lettera aperta al Governo*, un *Appello alle Istituzioni* e un *Manifesto del Patto* (nel settembre 2022). Tutta questa documentazione è analizzabile in: <https://www.pattonomonautosufficienza.it/categorie/documenti/>

termini di “Riforma” (di sistema). Il Patto riprende quel “dato per scontato” e lo elabora in un testo che appunto sembra un testo di riforma.

La *Proposta* è da subito inquadrata in una prospettiva europea e il motivo è chiaro. Le problematiche di riferimento della *Long Term Care* sono quelle tipiche de: 1) l’invecchiamento della popolazione; 2) le nuove patologie emergenti; 3) il contesto sociale dell’invecchiamento (con particolare attenzione alle reti familiari); 4) l’aumento di domanda di *care*; 5) i costi economici e sociali dell’invecchiamento (con spunti sulle opportunità dell’invecchiamento attivo e sulla prevenzione); 6) la situazione (internamente differenziata) dei sistemi sanitari e della rete dei servizi che dovrebbero, prima intercettare (valutare) e poi rispondere a bisogni sempre più diversi; 7) lo scenario delle nuove tecnologie; 8) la possibile governance plurale e multilivello del sistema; 9) la sua sostenibilità prima e dopo la riforma. L’insieme di queste tematiche spinge a proporre una “Riforma” complessiva del sistema, citando a sostegno le riforme di altri Paesi europei. Il documento si sviluppa presentando prima una sintesi delle proposte; poi un’elaborazione estesa delle stesse; e infine le “ragioni” per i mutamenti.

Non è mio compito analizzare i contenuti di questo documento, tra l’altro molto articolato, approfondito e analitico. Molti sono i punti condivisibili e le proposte importanti. Quello che m’interessa è, invece, analizzarne la “forma” e la sua poetica. La *Proposta* fin dall’inizio si propone nella forma di una “Riforma” ambiziosa. È strutturata come tale e organizzata di conseguenza. I redattori scrivono coerentemente che «ciò che conta adesso è delineare un solido progetto complessivo per l’assistenza agli anziani non autosufficienti del futuro in Italia» (*Idem*, 6). I punti qualificanti sono che: i) il progetto vuole «realizzare una riforma ambiziosa, che sia all’altezza delle esigenze degli anziani e delle loro famiglie e tocchi ogni snodo di questo ambito del welfare: la governance, le risposte fornite e le modalità di finanziamento» (*Idem*, 6); ii) per superare la frammentazione attuale del sistema, si propone «l’istituzione del Sistema Nazionale Assistenza Anziani (SNAA), fondato sul governo unitario e sulla realizzazione congiunta delle risposte da parte dei diversi soggetti pubblici responsabili (Stato, Regioni, Comuni)» (*Idem*, 7); iii) le nuove risposte, alla crescente diversità dei bisogni, non possono essere progettate come singole misure, bensì occorre «costruire una filiera di risposte, cioè un insieme d’interventi che siano differenziati e complementari tra loro: servizi domiciliari, servizi semiresidenziali, servizi residenziali, trasferimenti monetari, adattamenti delle abitazioni, sostegni ai caregiver familiari e alle assistenti familiari (“badanti”)» (*Idem*, 7); iv) ciò richiede «la possibilità di accedere a tutte le risposte pubbliche viene stabilita attraverso una sola valutazione iniziale ed è previsto un percorso unitario,

chiaro e semplice, all'interno della rete del welfare» (*Idem*, 7); infine «la tutela della non autosufficienza va riconosciuta quale responsabilità pubblica. Di conseguenza, lo SNA si fonda su un finanziamento pubblico atto ad assicurare il diritto all'assistenza (con una logica analoga a quella della sanità)» (*Idem*, 7).

Possiamo osservare che si tratta decisamente di un insieme di decisioni (politico-amministrative) tese ad attivare il cambiamento delle *premesse decisionali* del precedente “sistema” (considerato come tale, seppure criticato in quanto molto frammentato, sconnesso, incoerente e senza una identificazione politica chiara). In particolare, le premesse decisionali implicate sono: 1) le vie di comunicazione (il Sistema Nazionale Assistenza Anziani, la sua governance e il percorso unico d'accesso); 2) i programmi decisionali (programmazione e finanziamento dei servizi); 3) competenze professionali (la rete delle risposte, il sistema informativo integrato).

1) Vie di comunicazione.

Chi, perché e come può comunicare in un'organizzazione.

1.1. *Il sistema.* La riforma introduce il Sistema Nazionale Assistenza Anziani (SNA), composto dall'insieme delle misure a titolarità pubblica – di Stato, Regioni e Comuni – dedicate all'assistenza degli anziani. Lo SNA finanzia i livelli LEA e i LEP, che vengono definiti e regolati contestualmente.

1.2. *La governance.* Lo SNA si basa sul governo unitario e sulla realizzazione congiunta delle misure. Prevede la piena collaborazione e il coordinamento tra Stato, Regioni e Comuni, nel rispetto delle competenze di ognuno.

1.3. *La programmazione,* la progettazione e la realizzazione degli interventi dello SNA avvengono in partnership tra l'ente pubblico e i molteplici soggetti privati che sono espressione dell'economia sociale e della comunità.

1.4. *Il percorso unico d'accesso.* Il Punto Unico di Accesso (PUA), collocato presso la Casa della Comunità, è il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione che fornisce informazione, orientamento e supporto amministrativo alla popolazione interessata.

1.5. *Valutazione nazionale di base.* La possibilità di accedere all'insieme degli interventi dello SNA viene stabilita tramite una sola valutazione, la Valutazione Nazionale di Base (VNB).

1.6. Lo SNA prevede per anziani e famiglie un *percorso unico*, chiaro e semplice, nell'intera rete del welfare. Tale iter collega la Valutazione Nazionale di Base (VNB), di titolarità statale, alla successiva valutazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) territoriale, di titolarità di Asl e Comuni.

2) I programmi decisionali.

Regole per decidere nel modo corretto come raggiungere certi obiettivi e come operare in specifiche situazioni.

2.1. Al fine di rendere effettivo il governo congiunto dei processi e degli interventi – sociali e sanitari – dedicati alla non autosufficienza è previsto un *sistema multilivello di governance istituzionale*, che ricompona in organismi unitari di governance le competenze delle diverse amministrazioni coinvolte nello SNA.

2.2. Vengono istituite a livello nazionale, regionale, ambito sociale/distretto sociosanitario le rispettive *Reti per l'assistenza integrata alle persone anziane non autosufficienti*.

2.3. In relazione agli organismi che compongono il sistema multilivello di governance interistituzionale, sono definiti gli strumenti di *programmazione integrata* riferiti alle materie della non autosufficienza:

- a. Piano nazionale integrato per la non autosufficienza (Piano nazionale integrato);
- b. Piano regionale integrato per la non autosufficienza (Piano regionale integrato);
- c. Piano territoriale integrato per la non autosufficienza (Piano territoriale integrato).

2.4. Ciascun livello della governance istituzionale promuove la *partecipazione* attiva della comunità all'elaborazione dei Piani integrati per la non autosufficienza, avvalendosi del contributo di associazioni e organizzazioni, e del dialogo sociale con i sindacati.

2.5. Per perseguire l'integrazione operativa delle risposte alla non autosufficienza, viene messa in atto la piena e strutturale *integrazione* tra Distretto sanitario e Ambito sociale.

2.6. Lo SNA si fonda sul *finanziamento* pubblico dei *livelli essenziali* – sociali (LEP) e sanitari (LEA) – rivolti agli anziani non autosufficienti. Concorrono allo SNA le attuali fonti di finanziamento delle misure per la non autosufficienza, riguardanti le filiere delle politiche sanitarie, delle politiche sociali e delle prestazioni monetarie nazionali.

2.7. Lo SNA è affiancato da un secondo *pilastro integrativo*, con funzione complementare rispetto alle prestazioni assicurate dal finanziamento pubblico dei livelli essenziali.

3) Le competenze professionali.

Quali sono gli attori del sistema e quali competenze devono rappresentare.

3.1. Lo SNA si articola in una *filiera* organica di risposte differenziate e complementari. La filiera si snoda attraverso i diversi setting assistenziali – domiciliare, semi-residenziale e residenziale – e attribuisce la priorità alle risposte fornite a casa degli anziani.

3.2. I *servizi domiciliari* vengono forniti in modo integrato tra sanità (Asl) e sociale (Comuni).

3.3. Le *Soluzioni Abitative di Servizio* costituiscono l'insieme delle misure di supporto abitativo agli anziani.

3.4. I *servizi semiresidenziali* offrono interventi complementari di sostegno a persone che vivono nella loro comunità territoriale, con risposte diversificate in base ai profili degli anziani.

3.5. Viene garantita la presenza di *servizi residenziali* che assicurino un'adeguata qualità e appropriatezza delle cure necessarie e promuovano la qualità della vita degli anziani residenti.

3.6. La *Prestazione Universale* per la Non Autosufficienza assorbe l'indennità di accompagnamento.

3.7. Si individuano un *profilo professionale* nazionale di assistente familiare, che ne definisce l'insieme di competenze necessarie, e il relativo iter formativo. Le Regioni promuovono servizi per l'incontro tra la domanda e l'offerta del lavoro privato di cura.

3.8. Il riconoscimento della funzione di cura del *caregiver familiare* e l'obiettivo di salvaguardarne le condizioni materiali e il benessere psico-sociale sono trasversali all'intera architettura dello SNA.

3.9. È istituito il *sistema informativo* per la non autosufficienza, che si sviluppa valorizzando e connettendo quelli oggi esistenti per le varie misure afferenti allo SNA, integrati rac cogliendo gli ulteriori dati necessari.

È possibile vedere in questo “testo” la proposta di una vera e propria Riforma di sistema, cioè la pianificazione di nuove premesse decisionali per: attori che costituiscono il sistema; la loro governance multilivello; l’accesso, il sistema dei servizi; le sue regole decisionali; il finanziamento e il monitoraggio. Pur ribadendo che il cambiamento tiene bene in conto la situazione del sistema precedente, sfruttandone ogni possibilità di trasformazione e perciò evitando di ricostruire da capo tutto quanto, la proposta adotta esplicitamente il metodo della riforma (in particolare nel documento: *Abbiamo bisogno del sistema nazionale assistenza anziani*²⁷). Si tratta di ridisegnare il sistema, osservandolo come un tutto che va reso coerente. La prospettiva è politico-nazionale, pur nella consapevolezza che il sistema sarà multilivello. Altre metodologie di cambiamento non sono considerate²⁸. Come si osserva dalla tabella comparativa delle quattro modalità di normare un sistema, la Proposta del Patto si avvicina molto al tipo “industriale”²⁹.

La poetica della proposta è fondamentalmente “industriale” nel senso che si propone di riorganizzare un settore di *policy* secondo una razionalità basata su competenze specifiche. Rimanda a una idea di “programmazione secondo lo scopo”, dove l’obiettivo è quello, duplice, di “fare sistema” (dove vi era frammentazione, sconnessione, mancanza di unitarietà) e di “governarlo” in termini piuttosto gerarchici (seguendo le distinzioni amministrative nazionali, regionali e comunali). Non è certamente un disegno “mercantile”, essendo pensato come responsabilità pubblica – fondamentalmente statale – dove i possibili processi di privatizzazione o esternalizzazione non sono contemplati. Neppure ha la normatività tipica della “città per progetti” che richiamerebbe a un disegno spiccatamente reticolare e basato su una governance non gerarchica bensì costituita da diverse partnership (una poetica

²⁷ Va ricordato come sin dall’inizio il Patto fosse consapevole di questo problema. Cristiano Gori scriveva: «La critica principale è stata di altra natura: la proposta sarebbe troppo ambiziosa e, dunque, non realizzabile nel nostro Paese. Tale obiezione viene ulteriormente motivata affermando che metterla in pratica richiederebbe troppo tempo e/o che si potrebbe concretizzarla solo nelle Regioni più avanzate». Ma proseguiva «Lo SNA è ambizioso per una semplice ragione: vuole costruire politiche di assistenza agli anziani adeguate all’Italia del futuro. Qui è bene essere chiari. Si ritiene che l’invecchiamento della popolazione e le diffuse criticità degli interventi pubblici siano affrontabili con qualcosa di meno di una riforma ambiziosa?». Quello che provo a mostrare è che in effetti, il problema può essere osservato in modo diverso. Si veda la sintesi: <https://www.pattotonautosufficienza.it/wp-content/uploads/2022/04/Proposta-SNA-Sintesi-Gori.pdf>.

²⁸ La Proposta del Patto ha dato vita a un interessante dibattito, dover però in prevalenza si dà per scontata la forma-riforma. Si veda: <https://www.pattotonautosufficienza.it/wp-content/uploads/2022/07/Raccolta-articoli-sulla-Proposta-del-Patto.pdf>

²⁹ Boltanski L., Chiappello E., *Il nuovo spirito del capitalismo*, Mimesis, Milano-Udine, 2014.

simile sembra più vicina al DM 23 maggio 2022, n. 77 *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*). Somiglia maggiormente alla città civica, una normatività “civica” tipica della burocrazia statale che si legittima mediante un diritto universalistico e comune, “valido (allo stesso modo) per tutti”. A differenza della poetica civica, però, la *Proposta* – che non è redatta da un attore politico istituzionale, bensì prevalentemente da esperti del sistema scientifico da rappresentanti delle organizzazioni sociosanitarie – si focalizza maggiormente sull’efficacia di un mutamento capace di rispondere meglio a bisogni. È più una “macchina” programmata per scopi da raggiungere in modo competente, che un dispositivo politico.

Il punto interessante, che qui voglio sottolineare, è che – almeno secondo quanto scritto dal Patto – questa *Proposta* venne presa in considerazione dal sistema politico-amministrativo e si instaurarono diverse interlocuzioni che portarono poi, un anno più tardi, alla presentazione della Legge 23 marzo 2023, n. 33, *Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane*³⁰. Provo a sintetizzare quale sia la poetica di questa legge, attraverso l’analisi di alcuni importanti documenti tra cui la Presentazione e le relazioni tecniche della legge (Senato della Repubblica, Comunicato alla Presidenza del 27 gennaio 2023 *Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane*: Disegno di Legge n. 506 che replica quello

³⁰ I lavori preparatori della Legge furono i seguenti.

Senato della Repubblica (atto n. 506): Presentato dal Presidente del Consiglio dei ministri Giorgia Meloni, dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali Marina Elvira Calderone e dal Ministro della salute Orazio Schillaci (Governo Meloni-I), il 27 gennaio 2023. Assegnato alla 10^a Commissione (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale), in sede referente, il 30 gennaio 2023, con i pareri delle Commissioni 1^a (Affari costituzionali, affari della Presidenza del Consiglio e dell’interno, ordinamento generale dello Stato e della pubblica amministrazione, editoria, digitalizzazione), 4^a (Politiche dell’Unione europea), 5^a (Programmazione economica, bilancio), 6^a (Finanze e tesoro), 7^a (Cultura e patrimonio culturale, istruzione pubblica, ricerca scientifica, spettacolo e sport), 8^a (Ambiente, transizione

ecologica, energia, lavori pubblici, comunicazioni, innovazione tecnologica) e 9^a (Industria, commercio, turismo, agricoltura e produzione agroalimentare). Esaminato dalla 10^a Commissione (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale), in sede referente, il 2, il 14, il 15, il 21, il 22, il 23 febbraio 2023 e il 1^o marzo 2023. Esaminato in Aula e approvato l’8 marzo 2023.

Camera dei deputati (atto n. 977): Assegnato alla XII Commissione (Affari sociali), in sede referente, il 10 marzo 2023, con i pareri delle Commissioni I (Affari costituzionali, della Presidenza del Consiglio e interni), V (Bilancio, tesoro e programmazione), VI (Finanze), VII (Cultura, scienza e istruzione), VIII (Ambiente, territorio e lavori pubblici), IX (Trasporti, poste e telecomunicazioni), X (Attività produttive, commercio e turismo), XI (Lavoro pubblico e privato) e XIV (Politiche dell’unione europea). Esaminato dalla XII Commissione (Affari sociali), in sede referente, il 14 e il 15 marzo 2023. Esaminato in Aula il 20 marzo 2023 e approvato definitivamente il 21 marzo 2023.

alla Camera dei deputati n. 977, comprendente Relazione, Relazione tecnica, Analisi tecnico-normativa, Analisi d'impatto) e diversi Dossier XIX Legislatura afferenti sia al Senato che alla Camera.

Tab. 1 – Quattro mondi normativi (mia revisione su: Boltanski e Chiappello, 2014)

Città Modalità	Civica	Industriale	Mercantile	Progetti
<i>Principio superiore comune</i>	Preminenza del collettivo e del generale	Efficacia e Performance	Concorrenza e competizione	Progetti diversi, esplorazione ed estensione di rete
<i>Stato di Grandezza e di Minorità</i>	Universalismo Particolarismo	Produttività Improduttività	Autonomia Dipendenza	Coinvolgimento, flessibilità, marginalità, rigidità
<i>Dignità delle persone</i>	Aspirazione al diritto comune	Lavoro, operatività	Interesse individuale, acquisività	Essere in relazione, essere connessi, libertà e reciprocità
<i>Repertorio dei soggetti</i>	Persone collettive autorizzate	Professionalisti con qualifiche	Erogatori, competitori	Mediatori, brokers, designer
<i>Oggetti e dispositivi</i>	Forme giuridiche, procedure	Pianificazione, organizzazione	Contratti, ricchezze e beni commerciabili	Partnership, Alleanze, auto-organizzazione
<i>Formule di investimento</i>	Rinuncia al particolare	Miglioramento e misurazione esatta dei progressi	Nuove opportunità, ampliamento del mercato	Disponibilità a ingaggiarsi, rinuncia alla stabilità
<i>Rapporto di valore (di grandezza)</i>	Delega, mandato (Principale-Agente)	Maestria, sapere specialistico e saper fare	Possesso, benessere che aumenta quello degli altri	Mettere in contatto, inserire, redistribuire
<i>Relazioni naturali tra gli esseri</i>	Gruppo, unificazione, inclusione	Controllare, prevedere, ottimizzare	Vendere e acquistare, concorrere	Connettersi, comunicare, coordinarsi
<i>Figure della armonia</i>	Stato burocratico	Strutture, uffici il pillar, il settore	Mercato, competizione	La rete
<i>Prova tipica</i>	Procedura, chiamata in giudizio	Esame, test, misura del risultato acquisito	Affare	Passaggio da un progetto all'altro
<i>Modi di espressione del giudizio</i>	Decisione sul caso	Correttezza, efficacia	Prezzo	Partecipazione, connessione, reputazione
<i>Forma della evidenza</i>	Testo di Legge	Regolarità, comparazione	Retribuzione, utile	Filiere di valore, notorietà, influenza

Nella *Relazione* inclusa nella *Presentazione*, il Governo sottolinea subito che

È emersa l'urgenza di una misura straordinaria per adeguare il sistema di welfare italiano ai nuovi bisogni sociali e, soprattutto, per mettere le famiglie in condizione di affrontare con maggiore serenità il carico assistenziale e gli inevitabili costi che comporta una persona anziana o anziana non autosufficiente.

Dunque, il provvedimento di riforma risponde a una urgenza – adeguare il “sistema” concepito come composto da fonti normative eterogenee e di distinti centri di azione amministrativa che operano senza coordinamento – per sostenere i pazienti e le loro famiglie (da notare che il valore di riferimento sarebbe quello di erogare le cure nei domicili dei pazienti). Suo scopo principale è «la *ricognizione, il riordino, la semplificazione e il coordinamento*, sotto il profilo formale e sostanziale, della legislazione vigente in materia di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria alla popolazione anziana». La Legge ripercorre poi tutti i temi che già la Proposta del Patto aveva enucleato, a partire dall’adottare il *Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente* (SNA) che preveda una programmazione, valutazione e monitoraggio delle cure “integrate”³¹. La *Relazione tecnica* allegata è ancora più esplicita. Indica come scopo del processo di “riforma”, la realizzazione di un “sistema” che operi un “raccordo e coordinamento” di quelli sanitario e sociale basato sulla co-programmazione di piani nazionali, regionali o territoriali. Esiste una frammentazione orizzontale (distinti ambiti di welfare) e verticale (diversi livelli di governo) che rendono il sistema attuale inadeguato. L’*Analisi di impatto della regolamentazione* (AIR) rielabora questa idea di urgenza di una riforma sistematica. Lo fa ricordando: l’emergere di nuovi bisogni per una popolazione che sta invecchiando, soprattutto per le donne; il problema della dissimiglianza tra i sistemi sociosanitari territoriali del Paese; il taglio finanziario alle risorse dedicate ai Comuni; la centralità degli ospedali che provoca inefficacia e inefficienza delle cure; servizi residenziali molto diseguali sul territorio e quasi mai programmati secondo i bisogni; un sistema di assistenza domiciliare attivo non ovunque; l’insufficienza e rigidità dell’indennità di accompagnamento, etc. Tutto questo genera lo spostamento degli oneri della cura sulle famiglie che rimangono le vittime protagoniste della configurazione attuale. La sintesi è molto chiara: «la mancanza di un sistema integrato di assistenza sociale, sanitaria e socio-sanitaria multiprofessionale e integrata». Da qui l’urgenza per una misura

³¹ In particolare, per i servizi residenziali «sono previste misure idonee a perseguire adeguati livelli di intensità dell’assistenza, realizzata anche attraverso la previsione della rimodulazione della dotazione di personale in funzione della numerosità degli anziani residenti e delle loro specifiche esigenze, nonché della qualità degli ambienti di vita, cercando di creare strutture dotate di ambienti amichevoli, familiari, sicuri, che facilitino le normali relazioni di vita e garantiscano la riservatezza della vita privata e la continuità relazionale delle persone anziane residenti. Si prevede, altresì, la revisione dei criteri minimi di autorizzazione e di accreditamento dei soggetti erogatori pubblici e privati, anche del terzo settore, per servizi di rete, domiciliari, diurni, residenziali e centri multiservizi socioassistenziali, sociosanitari e sanitari, previa intesa in sede di Conferenza unificata, secondo il principio di sussidiarietà di cui all’articolo 118 della Costituzione».

straordinaria «per adeguare il sistema di welfare italiano ai nuovi bisogni sociali» e attuare «un sistema pubblico di assistenza e cura unico e integrato». Di grande interesse è che venga ribadita la necessità di “una riforma globale” predisponendo un “testo normativo sistematico” che è da considerarsi “di portata storica”. Viene sottolineato inoltre che «la legge delega si basa su un modello di intervento che prevede l’integrazione di tutti i servizi disponibili, grazie a una rete territoriale in cui si sviluppa l’azione di soggetti organizzati, delle reti informali e delle risorse della comunità locale sia pubbliche che private, formali e non formali». Tra l’altro viene sottolineato che la riforma è necessaria sia per omogeneizzare il sistema dei servizi a livello nazionale sia ad applicarlo secondo la qualità diversa dei territori.

La Legge è composta da 9 articoli, raggruppati in 3 Capi.

Il primo Capo si occupa dei Principi generali della Legge e del sistema di coordinamento e programmazione interministeriale.

L’art. 1 reca le **definizioni** di fondamentale importanza per l’applicazione della legge stessa, ossia quelle di “livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), “ambiti territoriali sociali (ATS)”, “punti unici di accesso (PUA)”, “progetti individualizzati di assistenza integrata (PAI)”, “livelli essenziali di assistenza (LEA)”, “caregiver familiari”, rimandando per ognuno alla normativa di riferimento.

L’art. 2 si occupa dell’individuazione dell’oggetto, dei principi e dei criteri direttivi generali della delega nonché dell’istituzione del Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana.

Il Capo II riguarda, poi, nello specifico i decreti delegati che dovranno essere emanati dal Governo entro il 31 gennaio 2024 in materia di:

- **promozione** dell’invecchiamento attivo e della dignità, autonomia e inclusione sociale degli anziani e alla prevenzione della loro fragilità (art. 3);

- **assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria** per le persone anziane non autosufficienti (art. 4);

- **politiche per la sostenibilità economica** e la flessibilità dei servizi di cura e assistenza a lungo termine per le persone anziane e per le persone anziane non autosufficienti (art. 5).

Passando, poi, al Capo III (*Disposizioni finali*), vediamo come la legge in esame disciplini in primo luogo (art. 6), il **procedimento per l’adozione dei decreti legislativi** delegati.

Il successivo art. 7 reca la **clausola di salvaguardia**, che sancisce l’applicabilità delle disposizioni (sia della Legge delega che dei decreti legislativi emanati in attuazione della stessa) nelle Regioni a Statuto speciale e nelle Province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti e le relative norme di attuazione.

Le **disposizioni finanziarie**, con la specifica delle risorse individuate per attuare le misure previste nella Legge delega sono espressamente disciplinate nell’**art. 8**.

Mentre nel successivo **art. 9** si dispone sull’entrata in vigore del provvedimento, fissandola al giorno successivo a quello della sua pubblicazione in Gazzetta Ufficiale (quindi il 31 marzo 2023).

In buona sostanza la Legge è molto simile alla *Proposta* del Patto, ma ha una poetica chiaramente più “civica”. Ciò è facilmente comprensibile: il focus va alla struttura giuridico-gerarchica del testo, mentre il lato dei contenuti è estremamente compresso (rispetto alla *Proposta* del Patto).

Questa prima differenza tra le due poetiche è percepita e riflettuta dal Patto che reagisce con un primo documento di analisi: *La Riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. A che punto siamo?* (Marzo 2023)³². Gori sottolinea subito che il sistema politico sembra essere molto compatto rispetto alla decisione di fare una riforma, ma nella realtà osserva la mancanza quasi assoluta di un vero dibattito. La prima valutazione pare abbastanza critica: i) contiene un elenco sterminato di definizioni e di principi generali privi di ricadute concrete, ii) prevede troppi interventi da realizzare, molti dei quali abbastanza irrilevanti, iii) i temi vengono esposti in un ordine privo di logica» (*Idem*, p. 3). Nella sintesi finali vengono riportati punti di forza e debolezza. Tra i primi: 1) nelle sue indicazioni di maggior rilievo la Delega «non inventa niente di nuovo (...) valorizza gli insegnamenti dell'esperienza italiana, nei suoi aspetti positivi e nelle sue criticità (...); 2) la Delega è un testo completo. Nessuna questione problematica dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia viene elusa; 3) fattibilità delle linee di azione. Si evitano, dunque, i rischi abituali delle Leggi Delega: indicazioni irrealizzabili perché troppo ambiziose o pure enunciazioni di principio non traducibili in misure concrete; 4) condivisione degli addetti ai lavori. Tra i secondi: 1) ridotto sostegno politico (...); 2) Contraddizione con altre indicazioni del PNRR (con le previsioni PNRR relative alla domiciliarità: Nds); 3) Difficoltà tecnica «(...). Le amministrazioni centrali sono chiamate ad elaborare indicazioni su una materia tecnicamente molto complicata e della quale si sono sinora ben poco occupate»; 4) coordinamento ambizioso. La riforma coinvolge diversi Ministeri (innanzitutto Welfare e Salute), le Regioni e i Comuni. La capacità, e la volontà, di questi attori di costruire insieme nuove politiche per gli anziani – quando si entrerà nel merito dei Decreti Delegati – è da verificare; 5) confusione del testo. In buona sostanza, si valuta la Legge come completa, realizzabile e condivisa, anche se poi se ne rileva l'improbabilità se gli attori che dovranno implementarla (politici, amministrazione e attori) non sapranno farlo. E proprio qui sta, a mio avviso, il problema (ma ci tornerò).

Nel successivo documento, *Prime misure per gli anziani non autosufficienti. Per non sprecare il 2023* (22 novembre 2023) proprio le condizioni d'implementazione della Riforma sono al centro. Si afferma, infatti, le

³² Di Cristiano Gori, 23 marzo 2023.

istituzioni e i territori devono cambiare per rendere possibile la Riforma. In particolare, si conferma la necessità di una governance unitaria e pubblica (statale) del sistema, con specifica rilevanza per il Cipa (Comitato Interministeriale Politiche per la Popolazione Anziana) e un modello di finanziamento dedicato. Nel documento *Prime misure per gli anziani non autosufficienti. Avviare un piano di Legislatura* (del 13 settembre 2023), il Patto rilancia le sue idee attraverso sette gruppi di lavoro, per dare indicazione sui prossimi Decreti legislativi che dovranno concretizzare la Legge.

Si propone di lanciare all'inizio 2024 un "Piano di legislatura" per attuare la riforma ancorato alla Legge di Bilancio 2024. Si ribadisce la necessità di adottare una logica di "sistema a filiera" (un pacchetto SNAA) che si radichi ai diversi livelli di attuazione (nazionale, regionale e comunale). In particolare, i punti d'attuazione devono riguardare: 1) un nuovo sistema di domiciliarità; 2) maggiore qualità per le strutture residenziali; 3) maggiore sostegno ai costi della cura (prestazione universale); 4) un finanziamento graduale e sostenibile.

A questa lunga e approfondita riflessione, segue l'ancora più analitico *Proposta per i Decreti Legislativi attuativi della Legge 33/21023* (24 ottobre 2023). È un testo nuovamente pensato per essere condiviso con il sistema politico (di fatto consegnato al viceministro al Welfare). Questo sta scrivendo i Decreti e il Patto, propone la sua visione articolandola in: SNAA; nuove valutazioni e percorso assistenziale; domiciliarità, residenzialità, prestazione universale, assistenti familiari, monitoraggio. Il testo è molto analitico e scritto in forma di articolato. I temi della poetica riformista-industriale sono ribaditi e specificati.

Con il documento *Decreti attuativi della Legge 33/2023. Il Manifesto del Patto* (13 dicembre 2023) il Patto intende avvertire che «entro fine gennaio, in attuazione della Legge Delega 33/2023 il Governo presenterà i Decreti Legislativi, che dovrebbero tradurre l'impianto normativo generale in indicazioni puntuali. È impossibile sottovalutarne il peso decisivo. Sbagliare i Decreti Legislativi – redigendoli in modo troppo vago, impreciso o non rispettoso dell'impianto riformista della Legge 33 – significherebbe sancire il precoce fallimento della riforma». Vengono proposti indicatori di valutazione per ognuno dei quattro macro-obiettivi della riforma da utilizzare per verificare se e come i Decreti delegati li avranno considerati.

Obiettivo	Punti
Costruire un sistema unitario	9
Introdurre nuovi modelli di intervento	9
Sostenere i diversi soggetti coinvolti nella non autosufficienza	11
Utilizzare un metodo costruttivo	3
Totale per Decreti attuativi	34

A questo punto, esce lo schema preliminare del Decreto legislativo in attuazione della Legge, e la valutazione del Patto comincia a cambiare. Il documento intitolato *Schema di Decreto Legislativo attuativo della Legge Delega Anziani 33/2023. Una valutazione d'insieme* (6 febbraio 2024), molto breve e sintetico, comincia a osservare le discrepanze tra la riforma e i decreti. Il giudizio è molto severo.

Obiettivo Sistema integrato	
SNAA	Mantenuta nella forma, cancellato nella sostanza
Riforma percorsi di anziani e famiglie	Ben impostata, il decreto concreto rimandato ad atti successivi
Obiettivo Nuovi modelli di intervento	
Riforma servizi domiciliari	Cancellata
Riforma servizi residenziali	Il Decreto rimanda ad un successivo decreto
Riforma indennità d'accompagnamento	Cancellata

Con il documento Decreto Legislativo in attuazione della Legge Delega 33/2023. Proposte di revisioni (22 febbraio 2024), il Patto propone le sue modifiche allo schema di Decreto legislativo. I punti critici sono proprio quelli di “sistema”. Viene criticato il fatto che «Nel Decreto la programmazione integrata non riguarda più l’insieme delle misure di responsabilità pubblica bensì i soli servizi e interventi sociali. In tal modo, però, lo SNAA viene mantenuto nella forma ma cancellato nella sostanza». Lacunose anche le disposizioni per un sistema di monitoraggio. Nel passaggio dalla Legge Delega al Decreto Attuativo viene cancellata la prevista riforma dell’assistenza a casa e i servizi residenziali non sono ben articolati. L’Indennità di accompagnamento è, inoltre, fortemente depotenziata:

Nel passaggio al Decreto, tuttavia, anche la revisione dell’indennità è scomparsa (...). Nel Decreto è divenuta un intervento temporaneo che lascia immutata l’indennità e vi aggiunge ulteriori risorse (850 euro mensili). Una misura che si colloca nell’antica tradizione italiana di non riformare ma di aggiungere qualcosa all’esistente, lasciandolo così com’è.

L’ultimo contributo riguarda la valutazione del Decreto Legislativo, 15 marzo 2024 n. 29, approvato dal Consiglio dei ministri l’11 marzo 2024, pubblicato nella G.U. Serie Generale n. 65 del 18 marzo 2024 ed entrato in vigore il 19 marzo 2024. Il documento è titolato *Decreto legislativo attuativo delle Legge Delega Anziani 33/2023. Una prima valutazione* (19 marzo 2024). A questo punto il giudizio diventa molto critico. Il Patto scrive che

Giunti al termine, è possibile formulare un primo giudizio d’insieme sul Decreto. Primo, la riforma dell’assistenza agli anziani è rinviata. Il Decreto, infatti, non prevede quel riordino complessivo del settore guidato dagli obiettivi riassunti sopra, previsto nel PNRR e alla base delle citate riforme europee (...). Secondo, il Decreto contiene alcune indicazioni di sicura utilità per il settore, come quelle riguardanti le valutazioni della condizione di non autosufficienza dell’anziano. Terzo, il Decreto è un esempio perfetto della produzione normativa nel nostro Paese. Un testo ampio e articolato, ricco di dichiarazioni di principio, esercizi definitori e rimandi ad altre normative destinato a lasciare sostanzialmente immutate le politiche di assistenza agli anziani. Quarto, la Legge Delega 33/2023 prevedeva la riforma, a differenza del successivo Decreto attuativo. L’elaborazione di quest’ultimo si è caratterizzata per la mancanza di rapporti del Governo con l’esterno: né con le Regioni (che hanno poi espresso parere contrario), né con il Parlamento (le cui osservazioni sono rimaste inascoltate) e né con il Patto (le cui proposte tecniche non sono state prese in considerazione). Quinto, l’Italia continua ad avere un estremo bisogno di una riforma dell’assistenza agli anziani non autosufficienti: arrivarci è l’obiettivo del prossimo futuro.

In buona sostanza, resiste solo la parte che riguarda il percorso unico di valutazione che però, va ricordato, rimane sulla carata e andrà valutato come ne avverrà l’implementazione. Tutto il resto è stato perso nel processo. In particolare, il Patto prende atto che la poetica della riforma si è cristallizzata in una retorica “civica”, cioè fortemente ancorata a una giuridicizzazione spinta, sostenuta dalla chiusura del sistema politico-amministrativo rispetto agli interlocutori della società civile. Tecnicamente questo fatto rappresenta solamente la chiusura del sistema politico sulla base del suo codice (governo/opposizione) e con l’aiuto del sistema del diritto che osserva il mondo dal punto di vista diritto/torto. È esattamente ciò che ci si attende da una società differenziata per funzioni (compresa l’osservazione critica di questa differenziazione).

Obiettivo: UN SISTEMA INTEGRATO	Esito del Decreto attuativo
Sistema Nazionale Assistenza Anziani	Mantenuta nella forma, cancellato nella sostanza
Riforma valutazioni anziani	Ben impostata, partenza attesa nel 2025
Obiettivo: NUOVI MODELLI D'INTERVENTO	Esito del Decreto attuativo
Riforma servizi domiciliari	Cancellata
Riforma servizi residenziali	Il Decreto rimanda ad un successivo Decreto
Riforma Indennità di accompagnamento	Cancellata
Obiettivo: AMPLIAMENTO DELL'OFFERTA	Esito del Decreto attuativo
Reperimento nuove risorse	Assenza di percorsi di sviluppo per i quali chiedere maggiori fondi

Il libro *Alla ricerca del futuro. La riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti*³³, segna la presa d'atto del Patto che il percorso iniziato nel 2021 è stato piuttosto deludente. Il libro è pieno di analisi particolareggiate e di sicuro aiuto per il disegno di una possibile riforma. Alla fine di queste analisi, il giudizio complessivo sul processo di riforma è estremamente interessante: L'approvazione del Decreto Attuativo 29/2024 ha portato a compimento il percorso cominciato con l'inserimento della riforma nel PNRR, nel 2021, e continuato con l'approvazione della Legge Delega 33/2023. L'esito è stato inatteso. Mentre la Delega delineava un progetto di cambiamento ampio e condivisibile, infatti, il Decreto ne ha seguito in modo parziale le indicazioni, ridimensionando nettamente l'orientamento al cambiamento. La portata dell'arretramento risulta evidente se si considerano le principali novità emerse nel passaggio tra Legge Delega e Decreto Attuativo: mancata applicazione dello SNA (con rinuncia a costruire un sistema unitario della non autosufficienza); cancellazione della riforma dell'Indennità di accompagnamento (lasciando così inalterate – come accade dal 1980 – le notevoli criticità della più diffusa misura del settore); decisione di non progettare una domiciliarità pensata per la non autosufficienza (cioè di non mettere in discussione i modelli d'intervento oggi prevalenti ma inadeguati). L'unico punto della riforma ad essere giudicato positivamente è quello della revisione delle valutazioni della condizione di non autosufficienza dell'anziano prevista dal Decreto. Per i membri del Patto, se ben attuato, questo passaggio potrà

³³ https://www.patrononautosufficienza.it/wp-content/uploads/2024/10/VO-LUME_PATTO_online_definitivo.pdf, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2024.

migliorare in modo significativo la capacità di comprendere la situazione delle persone coinvolte e semplificare notevolmente passaggi e procedure. D'altra parte, si tratta dell'unico cambiamento di fondo introdotto.

Alla fine, collegando i diversi elementi raccolti in questa analisi, il quadro si delinea chiaramente. Il Patto prende come metro di paragone positivo le riforme degli ultimi anni in Europa e scrive afferma che

a livello internazionale, le riforme hanno l'obiettivo di modificare strutturalmente i sistemi di welfare per renderli in grado di rispondere alla sempre più diffusa presenza di anziani non autosufficienti, nonché alla diversificata e crescente complessità dei loro bisogni (si veda il primo capitolo). Nel nostro Paese, invece, la revisione strutturale di questo ambito del welfare è ancora di là da venire. Ecco qui il paradosso: la riforma è stata allo stesso tempo definitivamente approvata sul piano formale, ma rinviata a tempi migliori, su quello sostanziale. In sintesi: nel 2023 la Legge Delega ha introdotto la riforma e nel 2024 il Decreto Attuativo l'ha rinviata (*Idem*, 117).

Personalmente sono d'accordo sulle valutazioni del Patto, meno che sul fatto (rilevante) che si sia trattato di un esito “inatteso”. Credo invece – e questo è il punto da discutere – che sia vero proprio il contrario. Ma di questo, dirò alla fine. Prima mi pare più interessante osservare come il Patto, di fronte a questa delusione cocente che riconosce apertamente, reagisca e rilanci il suo ragionamento. La “mossa” è interessante, proprio in quanto introduce una distinzione temporale, utilizzandola per mantenere una linea di proposta che nel presente non si è ancora realizzata: la distinzione “sguardo corto/sguardo lungo”. In pratica il Patto “punteggia” il tempo in modo da poter (artificialmente, cioè da suo particolare punto di vista) osservare due temporalità della riforma, simultanee, intrecciate, ma diverse. La prima, quella “corta”, viene fatta iniziare con il PNRR, si concretizza con la Legge Delega 33/2023 e naufraga con il Decreto attuativo 29/2024. Questo tempo, questa “traiettoria”, pur concludendosi in modo deludente («Siamo in presenza di una Riforma rinviata e, in alcune sue parti significative, perfino non rispettosa dei contenuti della Legge delega n. 33/2023»³⁴), viene considerata comunque fondamentale in quanto la Legge 33/2023 definito per la prima volta, un “sistema” d’assistenza per gli anziani e una filiera di servizi. La seconda temporalità è, invece, quella di lungo periodo, che viene fatta cominciare nel 1997 (quando fu presentata una prima posposta dalla Commissione Onofri nel governo Prodi I). Tale traiettoria lunga prosegue con una quasi-riforma ambivalente e continuerà nel futuro. Questo “tempo” viene

³⁴ Pesaresi F., *Anziani. Raggiunto l'obiettivo del Pnrr, ma la riforma non c'è*, «Quotidiano-sanzità.it», 25 marzo, 2024.

descritto come un processo di mutamento incrementale, non lineare, con passi in avanti e indietro. Il processo potrà continuare sulla base del “sistema” riconosciuto nella Legge che andrà ripreso e implementato in futuro. Sul perché la riforma non sia ancora implementabile, la spiegazione rimane un po’ generica. Si fa riferimento a una sorta di “tenace difesa” dello *status quo* e *path dependency* – addirittura a un “normale istinto di conservazione” – delle istituzioni per spiegare l’inerzia del vecchio sistema e le difficoltà a cambiare: «Trattandosi di cambiamenti profondi, che vanno in direzione opposta alle posizioni tradizionalmente prevalenti nell’amministrazione, non stupisce che abbiano incontrato una forte opposizione. Intanto, però, hanno ottenuto un’inedita attenzione e sono stati ampiamente discussi, ponendo le basi per il cambiamento futuro» (*Alla ricerca del futuro*, 124).

Non è mio interesse riprendere queste spiegazioni (che però mi paiono un po’ “essenzializzare” le istituzioni, come se queste avessero davvero una natura controriformista). È però abbastanza evidente che se si osserva l’osservatore (il Patto), si vede bene che la Legge 33/2023 è sostanzialmente salvata in quanto intesa come “copiata” dalla *Proposta* del Patto stesso, mentre vengono bocciati i Decreti che la “tradiscono” perché il governo non ascolta più la società civile. Per lo stesso motivo al Patto è possibile “non buttare il bambino con l’acqua”. E, a dire il vero, il Patto ha ottime ragioni per pensarla. Il problema, a mio avviso, è che – se il Patto ha ragione, allora non si tratta più di una riforma, bensì di un processo di cambiamento. La distinzione può sembrare incongrua, ma a mio avviso non lo è: una riforma è un testo che viene scritto, diventa Legge e viene implementato. Questi sono i suoi confini identitari. Se perde questa identificabilità e diventa un processo, allora “è” un processo di (possibile) cambiamento che chiamare di riforma, pare eccessivo. Soprattutto: chi decide che la “riforma” deve essere già riformata? Il Patto? E se il Governo la ritenesse una riforma già “fatta”? Voglio però concludere questa parte, sottolineando due affermazioni che mi sembrano particolarmente rilevanti.

Da un lato il Patto ribadisce che il processo di riforma ha almeno acceso una nuova «consapevolezza del fatto che – per la prima volta – il sistema d’assistenza sia stato messo in discussione e quella tanto delle difficoltà quanto delle opportunità di un processo lungo e in divenire» (Idem, 122). Questa affermazione ci riporta a Luhmann e alla funzione latente (non manifesta) delle riforme: produrre testi politici che contribuiscono ad auto-descrizioni controverse del sistema, aiutando a comprendere la realtà meglio di quanto sarebbe possibile con lo schema problema/soluzione di problemi. Di nuovo, però, la funzione manifesta – guidare razionalmente il mutamento per risolvere problemi – fallisce. Si può proporre, in sostituzione, una riforma

intesa come una auto-*fiction* politico-amministrativa che serve a riflettere politicamente? Certamente sì ed è utilissimo, ma non è una riforma: è un esercizio di riflessione che va comunicata come tale.

Dall’altro la conclusione riapre la riflessione – a questo punto scientifica, perché nel mentre i politici hanno fatto la loro parte – in modo molto interessante e sfidante per tutti. Le ultime parole del libro sono: «la domanda per il prossimo futuro è solo una: gli anni del PNRR saranno ricordati come l’avvio di un percorso riformista verso la riforma strutturale o come un semplice intermezzo in un immobilismo di lungo periodo impossibile da sconfiggere?» (*Idem*, 125). La domanda è quella giusta. Credo che il Governo risponderebbe che la Riforma c’è, ed è quella (e non la *Proposta* del Patto, chiaramente). A parte questo, credo che la alternativa posta dall’osservatore “patto” sia comunque troppo dipendente dai suoi interessi. A mio parere gli anni del PNRR verranno ricordati soprattutto per quello che furono: come una risposta, per certi versi inaspettata, alla crisi scatenata dal Covid-19. Il cosiddetto percorso riformista dipese da quello e per nulla da una riflessione del sistema politico-amministrativo. In tal senso più che di percorso verso una riforma strutturale, si dovrebbe parlare di una risposta contingente a una urgenza-crisi. Una volta terminata questa, la riforma torna ad essere un testo dalla poetica “civica” che incide pochissimo sulla realtà (che nel frattempo non è più connotata come “crisi”). È più simile a un “intermezzo” (il momento dove ci si è raccontati che si sarebbe cambiato quasi tutto per il meglio) con la differenza che non esiste “in natura” alcun immobilismo istituzionale “destinale”. Esiste piuttosto una società, strutturata in modo tale che, per realizzare una riforma di sistema, necessita di riformare l’intera società (come sistema): il che è proprio ciò che non è possibile pianificare!

3. Come le organizzazioni osservano la Riforma: la prosa delle strutture residenziali

3.1. Il disegno della ricerca

Questa sezione riguarda un pezzo della ricerca che abbiamo svolto tra il 2023 e il 2025³⁵. I dati presentati fanno parte di una ricerca più ampia, a sua volta sviluppata nel quadro del progetto nazionale Age-It. L’obiettivo è fare emergere le aspettative, i timori e i percorsi in fase di sviluppo che riguardano

³⁵ Questa parte è frutto di un lavoro di ricerca condiviso, anche nella scrittura, con Giulia Ganugi e Fiorentina Longobardi del team di ricerca Unibo Age.it.

il futuro prossimo delle strutture residenziali in Italia. Non prenderò più in considerazione la Legge 33/2023 nella sua totalità, ma (se del caso) solo le parti dedicate alla residenzialità. In particolare, la domanda di ricerca e – le relative sotto-domande – che hanno guidato la raccolta e l’analisi dei dati sono le seguenti: in che modo le associazioni nazionali che rappresentano gestori di RSA, professionisti sanitari e familiari di persone anziane non autosufficienti immaginano e attuano il processo di innovazione delle RSA? Secondo la loro prospettiva:

- Quali sono le condizioni di fattibilità (risorse e vincoli) per l’innovazione?
- Quale dovrebbe essere la residenzialità del futuro?
- In che modo le politiche dovrebbero essere progettate per favorire l’innovazione della residenzialità?

Come si nota, la ricerca non riguarda più il processo di riforma, bensì il sostegno (o meno) all’innovazione “sul campo”. La ricerca è stata svolta mentre il sistema politico-amministrativo stava scrivendo la Legge e i nostri interlocutori ne erano costantemente informati (alcuni di loro sono anche parte del Patto).

Per questa ricerca – cominciata a ottobre 2022 e terminata nel dicembre 2025 – sono state coinvolte dieci organizzazioni nazionali in rappresentanza di gestori di servizi residenziali, professionisti sanitari e famiglie degli utenti dei servizi (tab. 2). Per lo svolgimento della ricerca è stata utilizzata una metodologia combinata che ha integrato interviste semi-strutturate e focus group con tecniche partecipative afferenti alla ricerca sociale e sanitaria: i *Community Advisory Board* (CAB) e i *Community Forum* (CF).

I partecipanti sono stati coinvolti fin dall’inizio nella definizione stessa della domanda di ricerca, dei contenuti da approfondire e delle modalità di ricerca e lavoro³⁶. In particolare, gli stakeholder hanno svolto la funzione di CAB, portando nella ricerca le identità, l’esperienza, gli interessi e la cultura delle organizzazioni professionali e familiari del settore e fungendo da “spazio” in cui dare voce alle proprie preoccupazioni e priorità, che altrimenti non sarebbero entrate a fare parte della ricerca³⁷. Questo ha sviluppato un processo di ricerca rispettoso della comunità coinvolta e la produzione di dati

³⁶ Duea S.R., Zimmerman E.B., Vaughn L.M., Dias S., Harris J., *A Guide to Selecting Participatory Research Methods Based on Project and Partnership Goals*, «Journal of Participatory Research Method», 33, 1, 2022.

³⁷ Newman S.D., Andrews J.O., Magwood G.S., Jenkins C., Cox M.J., Williamson D.C., *Community Advisory Boards in Community-Based Participatory Research: a Synthesis of Best Processes*, «Preventing Chronic Disease», 8, 3, 2011. https://www.cdc.gov/pcd/issues/2011/may/10_0045.htm. Accessed 22/01/2025.

utili per gli stakeholder stessi³⁸. Inoltre, a tutti gli incontri, online e in presenza, tra il gruppo di ricerca e gli stakeholder è stata data la forma di CF, per far sì che i partecipanti potessero condividere reciprocamente le proprie prospettive³⁹ e sviluppare una responsabilità collettiva su decisioni future relative ai temi della ricerca⁴⁰.

In questa sede, vengono utilizzati i dati di questionari qualitativi che il gruppo di ricerca ha utilizzato per strutturare un focus group, i dati del focus group e quelli emersi dai lavori per la scrittura di un *Policy Brief* su proposte operative per rispondere alle sfide della LTC.

Tab. 2 – Le organizzazioni partecipanti alla ricerca

Organizzazioni di rappresentanza dei gestori di servizi residenziali	Organizzazioni di rappresentanza dei professionisti sanitari	Organizzazione di rappresentanza dei familiari degli utenti
- ANASTE – Associazione Nazionale Strutture Territoriali e per la Terza Età	- Associazione APRIRE, Assistenza Primaria In Rete – Salute a Km 0	- CDSA – Coordinamento per il Diritto alla Sanità per le persone malate e non Autosufficienti
- Associazione APRIRE, Assistenza Primaria In Rete – Salute a Km 0	- Associazione Rinata APS	- Di.A.N.A. Associazione Diritti Non Autosufficienti
- ARIS – Associazione Religiosa Istituti Sociosanitari		- Associazione Familiari RSA _ Unite APS
- Associazione Rinata APS		
- Confcommercio Salute Sanità e Cura		
- UNEBA – Unione Nazionale Istituzioni e Iniziative di Assistenza Sociale		

³⁸ Vaughn L.M., Jacquez F., *Participatory Research Methods – Choice Points in the Research Process*, «Journal of Participatory Research Method», 1, 1, 2020.

³⁹ Becker D.R., Harris C.C., McLaughlin W.G., Nielsen E.A., *A Participatory Approach to Social Impact Assessment: The Interactive Community Forum*, «Environmental Impact Assessment Review», 23, 2003, pp. 367-382.

⁴⁰ Monroe M.C., Oxarart A., McDonell L., Plate R., *Using Community Forums to Enhance Public Engagement in Environmental Issues*, «Journal of Education for Sustainable Development», 3, 2, 2009, pp. 171-182.

3.2 Osservare la politica, se stessi e la comunità

Secondo i membri del CAB, i vincoli posti dalla recente produzione normativa all’innovazione nel settore residenziale sono decisamente maggiori rispetto alle risorse. Queste vengono identificate con processi collaborativi, confronti interprofessionali e condivisione di istanze manageriali e professionali che migliorano la negoziazione con gli assessorati locali di riferimento. Nessuna di queste è realmente sostenuta dalla Riforma. Utili sarebbero anche gli strumenti normativi che consentono tali processi, come ad esempio la co-programmazione e la co-progettazione, ma anche in questo caso la Riforma è piuttosto silente o generica.

Allo stesso tempo manca – secondo i membri del CAB – una reale volontà di integrazione dei servizi residenziali all’interno del SSN. Le istituzioni considerano le RSA come fornitori contrattualizzati di servizi, causando una parcellizzazione di interessi delle istituzioni e delle RSA stesse: «Alla base non vi è una condivisione di valori (dall’etica della cura alla centralità della persona e dei suoi diritti) che potrebbe costituire il fondamento di una partnership e di una strategia comune di integrazione socio sanitaria»⁴¹.

Più in particolare, sono emerse quattro tipologie di vincoli all’innovazione sociale:

- *Vincoli economici*: le risorse disponibili non sono sufficienti per garantire la salute di utenti, retribuire in modo adeguato il personale e neppure per la crescita (richiesta) delle strutture stesse;
- *Vincoli professionali*: il modello del “minutaggio”⁴² ostacola la valorizzazione del personale e grava sui carichi di lavoro, generando stress e frustrazione, che sommati al numero ridotto di professionisti e all’inadeguatezza degli stipendi, stanno causando un esodo dei professionisti verso altri settori e servizi sanitari;
- *Vincoli temporali*: «[manca] una programmazione pluriennale sulla base della ricognizione dei bisogni; i gestori [sono] costretti a una visione limitata al bilancio d’esercizio annuale».
- *Vincoli tecnici*: l’infrastruttura informatico-tecnologica è arretrata e gli spazi architettonici non sono adeguati alla convivenza di persone con esigenze, spesso, anche molto diverse.

⁴¹ Gli stralci di quanto emerso durante la ricerca partecipativa non vengono volutamente assegnati a singole voci, in quanto le riflessioni di ciascun stakeholder sono spesso frutto del confronto con gli altri e le posizioni arrivano quasi sempre a essere condivise. Nel caso di posizioni divergenti, se ne troverà segnalazione nel testo.

⁴² Secondo tale modello, l’assistenza sanitaria viene erogata secondo il criterio dei minuti per paziente al giorno.

Secondo il CAB, l'insieme di tali pesanti vincoli schiaccia le strutture residenziali sotto il peso della rendicontazione amministrativa, impedendo loro d'investire nella costruzione di reti, nella territorializzazione dei servizi e nella condivisione di dati, informazioni e visioni comuni, sia con le istituzioni pubbliche sia con altri attori di prossimità. In buona sintesi, il CAB legge la Riforma, al momento attuale, come un vincolo istituzionale alla propria ricerca autonoma di innovazione sociale. Il giudizio è fortemente negativo e disilluso.

3.2.1 La residenzialità del futuro: una visione autonoma che andrebbe sostenuta pubblicamente

Il filo rosso che collega l'immaginazione e la visione del futuro dei membri del CAB sembra essere rappresentato dal riconoscimento del valore dell'autonomia delle RSA e dal loro reale inserimento nella filiera delle strutture del SSN. La RSA – già nel presente ma ancora di più del futuro – è pensata come un nodo cruciale all'interno di una filiera di servizi territoriali, in stretto collegamento con la rete ospedaliera e la medicina territoriale. L'intero sistema, secondo gli *stakeholder*, sarebbe in grado di assicurare interventi al domicilio delle persone, offerta diurna e servizi residenziali protetti, fino ad arrivare a trasformare le residenze assistite in case multigenerazionali⁴³. La RSA andrebbe considerata come fortemente integrata con il tessuto sociale e la comunità territoriale, non solo come punto di riferimento per servizi sociosanitari, ma anche per iniziative culturali, formative e intergenerazionali, per la realizzazione delle quali sviluppare nuove collaborazioni con Terzo Settore e attori privati.

Il modello della residenzialità del futuro è perciò fortemente concepito come orientato al benessere dell'utente, ma anche dei professionisti, attraverso una direzione manageriale consapevole, che ponga al centro il progetto di vita delle persone, le loro capacità residue, i bisogni attuali ed emergenti, le relazioni e i contesti familiari ed economici. Deve, inoltre, basarsi su un passaggio efficiente di informazioni relative agli utenti tra una struttura e l'altra e tra un servizio e l'altro. Il personale deve poter lavorare con un minutaggio flessibile e sulla base del *task shifting*, evitando mansioni ripetitive e esclusive su una specifica tipologia di paziente, ovviamente garantendo la necessaria competenza e abilità di trattare con casi differenti. Infine, devono

⁴³ Arbizzani E., Reale L. (a cura di), *L'abitante fragile. Dalla residenza assistita alla casa multigenerazionale*, Quodlibet, Macerata, 2024.

essere stabiliti degli standard minimi tecnologici, con particolare attenzione all’interoperabilità certificata dei sistemi, al fine di stimolare ulteriore innovazione sociale nel settore.

3.2.3 Una progettazione politica a supporto dell’innovazione

Coerentemente con la situazione delineata, il CAB ritiene che una progettazione politica partecipata e a supporto dell’innovazione del LTC dovrebbe, innanzitutto, sviluppare prospettive a lungo termine di cura del territorio e delle comunità. Andrebbero poi stanziati adeguati finanziamenti pubblici, correlati all’inflazione, ai contratti di lavoro e al costo di energia e materiali. Gli investimenti dovrebbero riguardare anche la formazione del personale sanitario e, per migliorare la qualità del lavoro, dovrebbero essere ripristinati parametri di assistenza orientati al lavoro per obiettivi.

Le organizzazioni in rappresentanza di familiari degli utenti sottolineano la necessità di un nuovo piano sociosanitario nazionale, che riordini e aggiorni i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) per gli anziani malati cronici non autosufficienti e li riconduca in capo ai principi costituzionali e in generale al principio di accesso universalistico (cosa che non sarebbe possibile con i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali, LEPS). Parallelamente, si dovrebbero calcolare le risorse da assegnare alle persone in base ai reali fabbisogni segnalati dai Comuni, per assicurare interventi aggiuntivi (oltre a quelli garantiti dallo Stato) a chi è inabile e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere. Queste misure contribuirebbero anche a ridurre la disparità di offerta dei servizi da Regione a Regione. In generale, sarebbe utile la creazione di strumenti, servizi e piattaforme per facilitare il coordinamento delle iniziative e il supporto alle realtà locali.

Il CAB sostiene, inoltre, la necessità di una migliore analisi dei bisogni, che si basi su un’attenta stratificazione dei bisogni stessi tramite criteri sanitari e sociali definiti e chiari. Sostanziale a questo fine è anche la sussidiarietà orizzontale e circolare per reperire più risorse. Dovrebbe, poi, essere valorizzata la partecipazione della cittadinanza all’individuazione non solo di bisogni, ma anche di desideri delle comunità. Tale partecipazione potrebbe essere favorita sia attraverso l’aggregazione in associazioni o Enti di Terzo Settore sia attraverso forme meno strutturate di seminari o dibattiti, per valorizzare il sapere esperienziale degli utenti e promuovere un approccio di co-creazione delle politiche di LTC.

3.2.4 Dalla Residenza al Centro Multi Servizi

La ricerca condotta ha evidenziato con chiarezza una transizione verso una nuova configurazione delle residenze, quella del “Centro Multi Servizi” (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 famiglie⁴⁴.

Mentre le RSA tradizionali si concentravano principalmente sulla cura dei residenti all’interno della struttura, i Centri Multi Servizi si configurano come nodi avanzati della rete territoriale, offrendo risposte che connettano 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 come presidi territoriali innovativi in grado di rispondere a una platea diversificata di malati non auto sufficienti, 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 Multi Servizi 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 Centri Multi Servizi 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 Centro Multi Servizi risponde a bisogni sanitari, socio-sanitari 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

⁴⁴ La dimensione delle RSA è molto diversificata: dalle strutture che sono rimaste comunque di piccola dimensione alle realtà con parecchie centinaia di posti, artificiosamente 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 ad un 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 ad una comunità di riferimento.

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 Centri Multi Servizi 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, etc.) 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 Centri Multi Servizi talvolta si trovano ad essere – altrimenti chiedono di essere riconosciuti come – uno degli intermediari dall’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 hanno tra il loro personale l’assistente sociale che sovente costituisce il ponte di collegamento con i servizi sociali comunali, gli ambulatori specialistici (geriatrici), i Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze. Nei casi studi 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.

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 antcaduta, di esercizio cognitivo e occupazionale, intervento di contrasto alla solitudine, di supporto psicologico ai partner.

I Centri Multi Servizi 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; le cure domiciliari (ADI) che prevedono l'erogazione di prestazioni sanitarie direttamente presso l'abitazione. Nelle Regioni in cui è presente (Lombardia, Piemonte, Lazio) 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" (esperienza 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 Centro Multi Servizi integra, inoltre, una rete di strutture semi-residenziali e residenziali. I centri diurni e i centri diurni integrati che offrono spazi di socializzazione e cura, con una forte componente sociale i primi e socio-sanitaria per i secondi, 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 Residenze Sanitarie Assistenziali (CRA in Emilia-Romagna) 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 Centro Multi Servizi 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 Multi Servizi 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 erogate⁴⁵. La capacità del sistema pubblico di soddisfare i bisogni assistenziali risulta dunque ampiamente insufficiente. Si stima (dati INPS) 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 familiari⁴⁶. Questa tendenza conferma il ruolo ancora centrale della famiglia nella gestione del fenomeno dell'assistenza agli anziani. In tale scenario, i Centri Multi Servizi 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

⁴⁵ CERGAS-Bocconi, *7 Rapporto sull'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, Egea, Milano, 2025.

⁴⁶ Idem.

servizi; l'incertezza sul finanziamento (LEA vs. LEPS), che genera disparità nell'accesso alle prestazioni; a contribuire anche l'assenza di politiche di riconoscimento tariffario proporzionato ai rinnovi dei CCNL degli operatori sanitari e di equiparazione salariale ai colleghi del servizio pubblico, così come l'assenza di politiche nazionali di regolamento dei flussi migratori adeguate al fabbisogno di operatori sociosanitari (OSS) 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 base, rafforzando il ruolo dei Distretti sociosanitari e delle Case della Comunità e coinvolgendo attivamente caregiver 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 comparto⁴⁷.

4. Come sostenere l'innovazione sociale

4.1 Condizioni disabilitanti per l'implementazione dei CMS

Gli elementi che ostacolano lo sviluppo e la diffusione dei Centri Multi Servizi 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 poche 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).

⁴⁷ 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.

Le condizioni disabilitanti afferenti alla sfera culturale riguardano, da un lato, una resistenza al cambiamento e di 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 *burn out*.

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. Ad 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.

4.2 Condizioni abilitanti, 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 Centri Multi Servizi. In questa sede, si fa riferimento solo a quegli elementi esterni – di ambiente – alle strutture residenziali, afferenti a responsabilità decisorie politiche, dedicando invece la prossima sezione 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 2023, 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 (es. 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. Riasumo nella tabella (3) quanto sintetizzato.

Tab. 3 – Condizioni abilitanti e disabilitanti il cambiamento delle RSA

Risorse/vincoli per l'innovazione.
<p>Risorse.</p> <ul style="list-style-type: none">- Lavorare di comune accordo con tutte le Associazioni a tutela dei datori di lavoro così da poter negoziare con gli Assessorati di riferimento (per il settore) e promuovere tavoli tecnici, ove confrontarsi sulle diverse problematiche, da quella economica a quella dei requisiti o dei protocolli e linee guida.- Disponibilità alla totale condivisione dei dati clinici ed organizzativi; proposte per la realizzazione di servizi congiunti.- Strumenti normativi, quelli della coprogettazione e co-programmazione; tavoli tecnici per riflettere sulla giusta coprogettazione e co-programmazione, in forza del fatto che le singole strutture da sole non avrebbero potuto affrontare le criticità legate al momento contingente.- Collaborazioni di équipe: - passi verso la costruzione di una filiera di risposte sui bisogni dell'anziano e integrate fra domiciliarità e residenzialità - incontri e collaborazioni.
<p>Vincoli.</p> <ul style="list-style-type: none">- Insostenibilità gestionale sia per inadeguatezza della quota sanitaria, non sincrona con gli adeguamenti salariali dei dipendenti e le richieste dei professionisti, sia per il difficile reclutamento di personale sanitario ma pure assistenziale che rende difficile ottemperare ai requisiti organizzativi previsti negli accreditamenti.- Sfida degli adeguamenti strutturali, che peraltro i prossimi decreti attuativi si prevede potenzieranno (tipo n° di stanze singole ecc.).- In alcune regioni il blocco unilaterale delle rette rende spesso impossibile colmare i costi dei diversi fattori produttivi.- Assenza di una programmazione pluriennale sulla base della ricognizione dei bisogni e l'assenza degli adeguamenti tariffari automatici all'inflazione e al valore almeno medio del rinnovo dei contratti [...] i gestori costretti a una visione limitata al bilancio d'esercizio annuale.- Arretratezza dell'infrastruttura informatico-tecnologica.- Reperimento e formazione di personale idoneo e qualificato.- Insufficienza delle risorse economiche disponibili.- Assenza di una reale volontà di integrazione dei servizi e di considerazione del sistema delle RSA come parte del SSN.- Fuga degli operatori verso il pubblico.- Aumento costi per energia - Aumento costi per ristrutturazioni.- Difficoltà ad avvalersi dei volontari (trasporto, alimentazione, socialità, animazione).- Il rapporto con ASL e Comuni è prevalentemente formale.- Il personale sempre più ridotto nei numeri e i lavoratori sempre più stremati. Inoltre, le retribuzioni non sono adeguate al costo della vita.- Qualità e sostenibilità economica strutturale per salvaguardare la salute dei residenti, del personale e della RSA stessa.- Diffusa carenza di professionisti o migrazione degli stessi in ambiti sanitari diversi- gestione di spazi architettonici non adeguati (camere, sale, spazi comuni) per la convivenza di persone con malattie neurodegenerative.- Le Istituzioni sociosanitarie hanno vissuto le RSA come fornitori contrattualizzati di servizi, attraverso delle convenzioni, diverse Regione per Regione, a regolamentare il rapporto tra le parti; ognuna però nel proprio esclusivo interesse, sia con gestori pubblici, che privati, che del terzo settore. Alla

base non vi è una condivisione di valori (dall’etica della cura alla centralità della persona e dei suoi diritti) che potrebbe costituire il fondamento di una partnership e di una strategia comune di integrazione sociosanitaria.

- Le istituzioni sociosanitarie sono deboli nel benchmarking e nella costruzione di reti che condividono dati e informazioni, in quanto “piegate” al pensiero della rendicontazione amministrativa, disabitate alla competizione esplicita tra pari (in quanto orientate al suddetto convenzionamento tramite i processi di accreditamento). Operano in regime di scarse risorse economico finanziarie con pochi margini di manovra e quindi di creatività – innovazione; sono organizzazioni abituate alla loro autonomia, in realtà dispersiva (vedasi le diverse e molteplici federazioni rappresentative) e con poca capacità di fare “squadra”, neppure nell’utopia dei Piani di Zona; sono istituzioni che hanno grosse difficoltà a immaginare e progettare uno scenario diverso da quello attuale, proprio perché autoreferenziali.

- Modello del “minutaggio”, che spesso ostacola la valorizzazione del personale e grava sui carichi di lavoro, generando stress e frustrazione. Inoltre, la qualità del servizio è ulteriormente compromessa dalla carenza di personale sanitario e infermieristico, con il concreto rischio di un esodo professionale, alimentato da fattori demografici e socioeconomici. La disuguaglianza salariale tra il settore pubblico e privato, aggravata dalla mancata revisione dei contratti collettivi nazionali (CCNL), favorisce infatti il trasferimento di personale dalle strutture residenziali agli ospedali e ai servizi pubblici.

Quale dovrebbe essere la residenzialità del futuro?

- *Task shifting*, rispettando la serietà nelle competenze, e un minutaggio flessibile pur mantenendo l’intervento delle varie figure professionali.
- Condividere il personale quindi senza dedicazione esclusiva a una specifica tipologia di paziente, ovviamente con la necessaria preparazione competenza e abilità a trattare casi differenti, come peraltro avviene con i professionisti in Ospedale.
- Riconoscimento del valore dei servizi prestati dalle RSA nell’ambito del sistema dell’assistenza territoriale; che siano definite competenze, responsabilità e tariffe eque; che siano individuate misure di trasparenza per l’affidamento dei servizi accessori ed integrativi.
- Coordinare ed integrare i molteplici servizi, cercando di evitare sovrapposizioni e/o interruzioni nel processo assistenziale. Il punto di partenza deve restare il paziente, costruendo attorno a questo uno scenario di continuità caratterizzato da operatori, organizzazioni e servizi, lasciando sempre uno spazio importante alla famiglia, come una sorta di secondo assistito cui indirizzare sforzi e attenzioni per non vanificare il percorso di continuità avviato.
- potersi avvalere di protocolli per l’attivazione di prestazioni domiciliari presso le residenze. Per le RSA la nostra richiesta è che siano ricondotte a pieno titolo nell’ambito della filiera delle strutture del Servizio sanitario nazionale.
- Che sia aumentata la quota sanitaria del Servizio sanitario al 70% e fino al 100% per i casi con problemi sanitari prevalenti. L’aumento della quota sanitaria è premesso all’aumento degli standard delle professionalità sanitarie e sociosanitarie e delle loro condizioni contrattuali da ricondurre all’ambito sanitario (x2).
- Per quanto riguarda le RSA la richiesta è una riorganizzazione radicale, che le collochi pienamente nella filiera delle strutture del Servizio sanitario. Dovrebbero quindi essere organizzate in nuclei e potrebbero garantire prestazioni strettamente sanitarie (ad es. ospedali di comunità), nuclei Alzheimer o quelle riabilitative indispensabili per il recupero o il mantenimento delle autonomie e delle funzioni nonché le terapie di contrasto al dolore e le cure palliative ai sensi della legge 38/2010.

- Coordinamento efficace tra le strutture preposte alla filiera, incluso il passaggio d'informazioni (ad es. gli ospedali e le strutture sanitarie raramente tengono conto della storia del residente di una struttura residenziale in fase di accoglimento per visita o ricovero).
- Conoscenza degli aspetti relativi alle non-autosufficienze nei contesti di istituzioni, principalmente sanitarie, ma non solo (ad esempio conoscenza dei bisogni delle persone che vivono con demenza durante visite mediche, al pronto soccorso, ecc.).
- Efficace raccolta di informazioni. Ad oggi tra una struttura e l'altra non vi sono metodi standard per raccogliere informazioni sui residenti e aggiornarne un percorso di cura secondo necessità e bisogni. Una maggiore conoscenza, collaborazione, integrazione dei servizi sociosanitari territoriali e residenziali.
- “Un nuovo modello a superamento delle attuali RSA, orientato al benessere della persona in cura e di chi cura, anche attraverso un management consapevole”. Il modello proposto rappresenta peraltro l’esperienza già in corso in alcune delle moderne RSA, operative in diverse realtà.
- Le RSA devono diventare nodi cruciali all’interno di una filiera dei servizi territoriali, in stretto collegamento con la rete ospedaliera e la medicina territoriale, all’interno di una rete di servizi “aperti”, capaci di assicurare interventi al domicilio delle persone anziane insieme a risposte diurne e residenziali protette. Quindi una rete ampia che conti l’assistenza domiciliare e la telemedicina, i centri diurni, i minialloggi potetti e l’housing sociale, sino alle RSA.
- Servizi non alternativi tra loro ma complementari, per rispondere in maniera differenziata a bisogni diversi e ponendo al centro la persona fragile, il suo progetto di vita, le capacità residue, i bisogni, le relazioni, il contesto familiare e le condizioni economiche. A partire da un unico punto d’accesso, con un progetto personalizzato a 360 gradi, che dia olisticamente tutte le possibili risposte ai bisogni della persona.
- Ogni RSA, Centro Servizi dovrebbe adottare un modello di Qualità di Vita inteso sia come approccio di progettazione che come valutazione di esito. Nei domini di Qualità di Vita compresa la salute, da intendersi dunque come uno dei criteri e misure di esito, al pari di altri, con i quali entra in interazione dialettica.
- Indicatori ne sono la presenza nella cartella personale di uno strumento di *assessment* dei bisogni esistenziali e la presenza di progetto personalizzato articolato nei domini di qualità di vita, secondo un modello validato (es *Kane quality via*, ecc.). Altresì nella qualità erogata dal centro servizi il cibo e la nutrizione vanno considerati elementi imprescindibili del processo di cura e per questo si seguono linee guida interne che garantiscono i principi nutrizionali secondo le linee guida internazionali e secondo i gusti e le consuetudini locali. Il cibo è vita e quindi la residenza studia ogni intervento in grado di garantire questo aspetto nella vita del residente fino all’ultimo respiro attraverso la scelta dei prodotti, la scelta dei menu, la stagionalità, i km a prodotto zero.
- necessità di una riforma (che prenda atto dell’esistente già trasformato) che le modifichi da strutture residenziali istituzionalizzanti in centri di servizi aperti e integrati nel tessuto sociale per offrire supporto e opzioni per l’età anziana e la non autosufficienza.
- L’integrazione tra le RSA, aperte e diffuse, e il tessuto sociale in cui operano è un punto di partenza fondamentale: su questo obiettivo è necessario coinvolgere gli operatori e gli stakeholder del territorio, creare alleanze con ambiti istituzionali, privati e del Terzo Settore. Le RSA devono diventare dei punti di riferimento non solo sociosanitario, ma anche per iniziative culturali e formative, promuovendo il dialogo intergenerazionale e la trasmissione delle conoscenze.
- I Centri Multiservizi possono farsi funzione attiva rispetto alle diverse forme di supporto alle fragilità partendo dai servizi domiciliari sino all’abitare possibile, al cohousing, all’utilizzo e sviluppo di tecnologia assistiva e domotica, ai tradizionali servizi semiresidenziali e residenziali aprendosi a nuove forme di collaborazione con il terzo settore ed anche con i privati.

- Questo implica radicarsi ancora di più nel territorio collaborando sia in fase di programmazione che di realizzazione di servizi con i diversi soggetti presenti sul territorio (pubblici, del terzo settore e privati) ed affiancare a servizi specialistici interventi caratterizzati da forte trasversalità.
- Le RSA devono diventare effettivi «centri multi servizi» territoriali, in stretto collegamento con la rete ospedaliera e la medicina territoriale, all'interno di una rete di servizi capaci di assicurare interventi al domicilio delle persone anziane insieme a risposte diurne e residenziali protette.
- Superare la dicotomia tra domiciliarità e residenzialità, puntando invece su Centri Residenziali Multiservizi (hub) che, al centro di una rete integrata, rispondano in modo globale ai bisogni delle persone fragili, rispettandone desideri e necessità.
- La qualificazione dei servizi deve inoltre prevedere l'integrazione delle tecnologie digitali nell'assistenza, con l'introduzione di strumenti come telemedicina, fascicolo sanitario elettronico, e cartella elettronica. A tal fine, è necessario stabilire, in collaborazione con AGID, degli standard minimi tecnologici, con particolare attenzione all'interoperabilità certificata dei sistemi, al fine di stimolare l'innovazione nel settore.

Come dovrebbero essere disegnate le politiche per favorire l'innovazione della residenzialità? Cosa andrebbe integrato rispetto alle normative degli ultimi anni?

- Il PNRR sta smuovendo le acque in merito all'assistenza domiciliare di base e integrata, mentre quanto sopra detto richiede un'attenta stratificazione dei bisogni condotta con criteri sanitari e sociali, che per ora, ma probabilmente per molto pur con i progressi informatici e gli investimenti del PNRR, rimane un miraggio.
- Esiste una pesante incomprensione del concetto di integrazione che viene scambiata, più inconsciamente che con consapevolezza, con l'interoperabilità tra piattaforme informatiche, mentre essa va declinata soprattutto in termine di rapporti umani interprofessionali.
- La volontà di una reale collaborazione e la disponibilità degli enti istituzionali ad un reale confronto sulla base dei risultati/esiti; le risorse per garantire dimissioni protette e presa in carico tempestive ed efficaci
- PNRR è certamente una risorsa, un'opportunità da cogliere per costruire un sistema che assicuri il continuum della presa in carico delle persone fragili. La Legge presenta indubbiamente aspetti positivi, ma quanto in investimenti da parte del Governo ancora non ci siamo. La trasformazione dei centri residenziali in centri multiservizi potrebbe offrire una gamma più ampia di servizi e risorse alla comunità locale. Ciò potrebbe favorire l'integrazione di diverse attività e migliorare la qualità della vita. Per fare ciò occorrerebbe investire non solo sui servizi ma sulla formazione del personale sanitario, visto l'esiguo numero delle figure sanitarie disponibili (soprattutto medici ed infermieri).
- È necessario un nuovo Piano sanitario e sociosanitario nazionale, di riordino e aggiornamento delle prestazioni Lea (domiciliari, semiresidenziali e residenziali) per gli anziani malati cronici non autosufficienti, che riconduca in capo allo Stato i Lea, riaffermando i principi costituzionali e quelli della legge 833/1978, a partire dal criterio di accesso universalistico. Andrebbero richiamate Regioni e comuni ad applicare la legge dello Stato in materia di Isee (che è un livello essenziale), più volte condannati dal Consiglio di Stato.
- Parallelamente si dovrebbero calcolare le risorse in base ai reali fabbisogni segnalati dai Comuni, per assicurare gli altri interventi aggiuntivi (economici e sociali) a chi è inabile e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere, aggiuntivi agli interventi dello Stato. Il personale sociosanitario dovrà essere garantito dall'Asl a tutti i malati non autosufficienti; quello socioassistenziale a chi non è abbiente, in base all'Isee.

- Ripristino e miglioramento dei parametri di assistenza, con parametri orientati alla generazione di lavoro per obiettivi (piuttosto che basati su minutaggio).
- Volontà politica di migliorare il welfare della cura ed affrontare investimenti nella sanità.
- Sviluppo di programmi politici a lungo termine di attenzione e cura al territorio e alle persone che lo abitano.
- Sostanziale è il valore della partecipazione *dal basso* nella costruzione di servizi per individuare correttamente i desideri.
- Bisogni della comunità, unitamente all'importanza della sussidiarietà orizzontale e circolare per reperire altre forme di risorse attraverso la solidarietà. Nella programmazione dei servizi vanno evidenziati l'interdisciplinarità e il dialogo tra le diverse aree del sistema sociosanitario.
- In questo contesto, sarebbe opportuno favorire il coinvolgimento della cittadinanza nelle politiche di LTC, ad esempio attraverso l'aggregazione in associazioni o Enti del Terzo Settore (ETS) con l'obiettivo di valorizzare il sapere esperienziale degli utenti e promuovere un approccio di co-costruzione delle politiche di LTC. Una politica adeguata dovrebbe prevedere la creazione di strumenti, servizi e piattaforme per facilitare il coordinamento delle iniziative e il supporto alle realtà locali, con un focus su temi comuni e trasversali. Anche forme di partecipazione meno strutturate, come seminari o dibattiti, potrebbero essere altrettanto valide.
- Adeguati finanziamenti pubblici, che siano equamente correlati all'inflazione, ai contratti di lavoro e al costo dell'energia e dei materiali (in altre parole: aggiornamento della quota sanitaria).

5. Conclusioni e prospettive future: dalla poesia della riforma alla prosa della innovazione continua

I dati raccolti attraverso la metodologia partecipata e condivisa permettono di riflettere – in modo ancora iniziale e molto sintetico – su come i membri del CAB immaginino le condizioni di possibilità per l'innovazione di una residenzialità del futuro e il tipo di progettazione e governance politica che la favorirebbe.

Ciò che appare in modo piuttosto evidente è il passaggio da una “poesia della riforma” a una “prosa dell’innovazione continua”. Le organizzazioni RSA elaborano un pensiero e delle proposte partendo dalla realtà esistente in determinati territori, rilanciando quanto è già presente e molto più “avanzato” di quanto la poesia della riforma presuma. La Legge, così come il processo di riforma – essendo già un “fatto” inaggravabile – non vengono banalmente criticati (anche se lo sono), ma neppure rappresentano alcuna reale soluzione ai problemi e alle esigenze delle organizzazioni. Anzi, vengono osservate come risposte piuttosto formali e burocratiche del tutto prevedibili quali intervento del sistema politico-amministrativo, ma poco utili. Troppe regole, troppo diverse, troppo incoerenti, troppo diversamente interpretabili: pochi investimenti reali sui processi e, soprattutto, un emergente problema di reperimento di professionalità, spesso assorbite proprio dal “pubblico”. Se riprendiamo l’analisi delle “premesse decisionali” – già enucleate rispetto

alla Legge – le risposte-a-sfida che danno le organizzazioni sembrano molto chiare e ben diverse da quanto la poesia della riforma indichi.

1) *Le vie di comunicazione* (e la loro *governance*). Le RSA non cercano tanto una riforma nazionale dall’alto e con una governance gerarchica del sistema, bensì processi di riconoscimento delle innovazioni già in atto che rendano possibile intrecciare reti territoriali già *in nuce*, proponendole come filiere “circolari”, né *Top-down* né *Bottom-up*. Le RSA devono poter esprimere il loro potenziale di Centri Multi Servizi, aprendosi al territorio e stringendo *partnership* e alleanze territoriali contestuali, ognuna secondo la storia di quello specifico territorio. La Pubblica amministrazione dovrebbe solo supervisionare questi processi, fornendo regole uniformi e semplici – *guidance* –, finanziando parte dei servizi e mettendo a disposizione sistemi d’informazione-controllo-valutazione interoperativi. La risorsa più richiesta è, coerentemente, una nuova “cultura” d’ascolto, d’apprendimento e collaborazione reciproci. Non vogliono nuove regole e nuove visioni, bensì essere ascoltate e riconosciute nella loro operatività quotidiana che, spesso, è molto più innovativa di quanto richiesto dalle riforme. Secondo le RSA questa cultura della collaborazione *in loco* è poco elaborata e – laddove esiste – è resa impervia dall’organizzazione a *silos* ancora imposta dalla Pa e da vecchie pratiche di programmazione dall’alto, fortemente legate a presunte “emergenze” e a esigenze di comunicazione politica spicciola. Tutto ciò si traduce in un modello assolutamente cauto-contraddittorio che, da un lato, produce sempre maggiore burocratizzazione (e vie di comunicazione labirintiche) e iper-regolazione (“regole per regolare regole”) – comunicata spesso come “civismo partecipativo” –; dall’altro, spinge alla trasformazione delle RSA in meri fornitori di servizi sempre più spesso omologati a una cultura proceduralista. È un “testacoda” statalista-mercantile che erode dall’interno ogni possibilità di reale innovazione e di costruzione di welfare di comunità, contraddicendo tra l’altro ogni “poetica” politica attuale che – come il Dm 77, 2022 – cantano le lodi della territorializzazione e della *governance* condivisa.

2) *I programmi decisionali*. Le RSA insistono decisamente su un solo punto fondamentale. Occorre liberare tutti i vincoli esistenti per realizzare davvero processi territoriali di co-programmazione e co-progettazione. Il futuro sta nella costruzione di filiere di servizi collaborativi e aperti alla *partnership* con tutti gli attori utili. Il dispositivo adeguato è quello di un’amministrazione condivisa che potenzi al massimo l’autonomia delle RSA e delle loro innovazioni. Le RSA possono scatenare i loro programmi decisionali, soltanto se trovano interlocutori pubblici capaci di apprendere il “nuovo” e di sostenerlo: non si tratta più semplicemente di regolare le innovazioni, perché le cosiddette “regole” della Pa sono ancora concepite come “dispositivi

disciplinari e di controllo”; vanno invece definite come “guide” al controllo della qualità dei servizi, secondo alcuni valori standard, e lasciando poi ad ogni organizzazione di sperimentare e rendicontare pubblicamente quanto sta facendo. Anche in questo caso si può parlare di supervisione da parte della Pa: una forma di *guidance* finalizzata a stimolare autonomia delle filiere, condividendo con le RSA le modalità di regolazione che vanno riviste e adeguate alle necessità. L’esperienza del Covid ha mostrato come le decisioni dall’altro possano essere distruttive, senza una reale interlocuzione con i territori. È molto probabile che la lezione non sia stata appresa.

3) Le *competenze professionali*. In questa area emergono nuovi problemi che non trovano risposte, se non *sub specie* burocratica. La mancanza di professionisti (spesso contrattualizzati dal pubblico in quanto la contrattazione privata non permette certezze simili a quella pubblica); il non riconoscimento dei *caregivers* e delle loro competenze; la inadeguatezza dei PAI che spesso rimangono sulla carta; le decine di micro-servizi gestiti con le comunità che non vengono valorizzati, etc. Esiste una quantità innumerevole di problematiche che possono trovare – e già trovano – soluzioni contestuali da “copiare e incollare”, senza ricorrere a regolamentazioni o sperimentazioni *in vitro*. Inoltre, occorrerebbe una formazione continua della Pa che permetesse di supervisionare in modo adeguato. Sono quasi certo che i fondi del PNRR per questi compiti di formazione, sono stati utilizzati (probabilmente poco) e senza alcun vero obiettivo di lungo termine.

In buona sostanza le riflessioni delle RSA mettono fortemente in discussione l’approccio alla “poetica della riforma”, indicando una strada diversa, seppure non incompatibile con una ristrutturazione sistematica dell’area di *policy*. È quella del riconoscimento delle innovazioni che già sono in atto nei territori e che vanno sostenute, guidando (non regolando in modo pesante), sostenendo e ampliando l’autonomia degli attori. La supervisione è il dispositivo migliore per questo lavoro di lettura dei territori e di messa in rete delle loro innovazioni⁴⁸. Questo dispositivo certamente potrà avvantaggiarsi di una ristrutturazione delle politiche per gli anziani e per la non autosufficienza. Ma da quella “sistematizzazione” non può derivare a “cascata” alcuna reale soluzione. Non esiste alcun rapporto di causa-effetto tra quanto

⁴⁸ Su questo tema, si veda il fondamentale: Andersen N., Pors J., *Il welfare delle potenzialità*, Mimesis, Milano-Udine, 2016. Mi permetto di rimandare anche a: Prandini R., “L’insostenibile pesantezza dei paradigmi di welfare. Verso una euristica sperimentale e potenzializzante”, in Prandini R., Moruzzi M. (a cura di), *Modelli di welfare. Una discussione critica*, FrancoAngeli, Milano, pp. 194-225, 2020; Dalla governance all’ombra della gerarchia verso la governance sperimentalista: condizioni di possibilità e impossibilità, in Prandini R., Ganugi G., *Governance territoriali e politiche di contrasto alla grave emarginazione adulta. Verso un modello strategico integrato*, 2021, pp. 165-205.

scritto nei documenti di riforma e la loro implementazione. In tal senso le riforme rimangono davvero poesie. Manca completamente un ragionamento che sappia tradurre quelle “rime” in dispositivi operativi adeguati alle esigenze quotidiane delle RSA. “Fare sistema” costituisce solo una precondizione positiva per l’innovazione che avviene autonomamente dai territori e che lì va riconosciuta e agevolata. La Pa dovrebbe pertanto prima ascoltare chi già opera sul campo, per apprendere come sostenerne le attività e con quali dispositivi di *guidance*. La strada *Top-down*, riformistica, va letta come processo continuo di sintonizzazione del regolatore nazionale (e regionale) alle risposte contestuali: la strada *Bottom-up*, come esigenza di libertà sperimentale da parte dei territori. La loro sintesi può avvenire mediante governance sperimentaliste e trasformative, adeguatamente disegnate, implementate e valutata (per poi essere corrette-implementate e di nuovo valutate...).

L’insieme di questi punti, mi porta a sottolineare, in conclusione, tre aspetti rilevanti per future ricerche con la consapevolezza di non poterli qui elaborare in modo adeguato, ma nella speranza che siano abbastanza chiari da indicare linee di ricerca interessanti e possibilmente originali.

In primo luogo, almeno al momento attuale, la Riforma per la non autosufficienza e la sua attuazione stanno paradossalmente predisponendo un ambiente normativo e operativo fortemente incerto per gli operatori del LTC. Il CAB ha fortemente stigmatizzato questa creazione istituzionale d’incertezza che rende difficile prendere una posizione precisa nel management futuro delle RSA. Le poche certezze che gli stakeholder osservano riguardano: 1) una “pretesa” istituzionale sempre maggiore di competenze e di raggiungimento di standard previsti “a tavolino”, mai davvero sostenuta e accompagnata da risorse; 2) un rimando continuo e retorico a una sanità territoriale e di prossimità che si manifesta come reticolazione, ma che sembra andare nella direzione opposta della ri-centralizzazione; 3) una mancanza preoccupante di spazio d’interlocuzione progettuale con le organizzazioni che erogano i servizi. Questa configurazione tende a polarizzare i rapporti tra istituzioni pubbliche e organizzazioni del territorio, dove le prime aumentano solo le “pretese” e le seconde cercano vie sempre più ardue di rispondervi senza però poter davvero intervenire nel ripensamento adeguato di quanto viene deciso.

In seconda istanza, però, le organizzazioni di LTC – pur in questo contesto d’incertezza così poco capacitante – stanno continuando a immaginare e ad implementare percorsi di innovazione sociale che, tra l’altro, collegano immediatamente a una riflessione sulle forme di governance necessaria a sostenerli. Non soltanto sottolineano la crescente necessità di un’amministrazione condivisa che adotti percorsi di co-programmazione e co-progettazione con

tutti gli stakeholder coinvolgibili. Soprattutto indicano l'utilità di una possibile governance sociale che potrebbe prendere le forme di uno sperimentalismo democratico e anticipatorio⁴⁹. Si tratta di una governance fortemente circolare (né top-down né bottom-up) che deve riconoscere la piena autonomia degli attori in gioco (compresa la pubblica amministrazione e le istituzioni politiche) e sostenerne la capacità di produrre soluzioni concordate e riviste continuamente insieme. 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.

Per ultimo e dal punto di vista dell'approccio teorico, per poter valorizzare la realtà delle organizzazioni in esame, occorre coniugare simultaneamente la loro piena autonomia operativa – il modo in cui costruiscono il loro ambiente attribuendo salienze e rilevanze specifiche – e una particolare attenzione ai processi di innovazione sociale, non pensati come semplice risposta a richieste istituzionali, ma come reale capacità di ripensare un intero settore di servizi, inquadrandoli in una prospettiva “ecosistemica”⁵⁰.

Appendice

Raccomandazioni per la trasformazione delle strutture residenziali in Centri Multi Servizi

Sulla base di quanto emerso si propongono di seguito le *Raccomandazioni* per la trasformazione delle strutture residenziali in Centri Residenziali Multiservizi (CRM), che proponiamo di denominare più propriamente Centri Multi Servizi (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 CMS⁵¹.

⁴⁹ Sabel C.F., *Esperimenti di nuova democrazia*, Armando, Roma, 2013; Tonurist P., Hansson A., *Anticipatory Innovation Governance. Shaping the future through proactive policy making*, Oecd WP on Public Governance, 44, 2020.

⁵⁰ Prandini R., “(Eco)Sistemi per l'innovazione sociale. Ripensarli e governarli in modo “innovativo””, in Ecchia G., Ganugi G., Prandini R. (a cura di), *Verso (Eco)Sistemi di Innovazione sociale. Un percorso di capacity building*, FrancoAngeli, Milano, 2024.

⁵¹ 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

1. Finalità delle Raccomandazioni

L'implementazione dei Centri Residenziali Multiservizi (CRM) è una disposizione contenuta nel Decreto Attuativo n. 29, contenente le Disposizioni in materia di politiche in favore degli anziani e 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 Centri Multi Servizi, 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, attraversi 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.

2. Destinatari delle Raccomandazioni

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 stakeholders a cui è diretto questo processo di trasformazione da RSA a CMS, ovvero i destinatari del processo e eventualmente di queste Linee Guida, sono:

a) 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 ad un territorio-

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.

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.

b) 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”);

c) 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;

d) i beneficiari dei servizi residenziali e domiciliari, insieme alle loro famiglie, che hanno la possibilità di avere servizi più adeguati ai loro bisogni sanitari, socio-sanitari e assistenziali;

e) 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.

3. Processo e misure tramite cui sviluppare i CMS

In via preliminare, è utile sottolineare che le Linee Guida qui proposte si presentano come una guida (raccomandazione) 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, L. 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 preliminarmente 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 Centro Residenziale Multiservizi*: 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 ed *active aging*, laboratori di comunità, domiciliarità, centri diurni, residenzialità, senior housing). Questo modello di Centro, inoltre, dovrebbe implementare la formazione di *équipe multidisciplinari* che lavorino sia all’interno del centro sia esternamente sul territorio. Le équipe 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 universitarie⁵². Occorrerebbe rivedere la formazione e valorizzazione del personale con corsi specializzati per operatori sociosanitari (OSS, infermieri, geriatri); con incentivi salariali e di carriera per trattenere professionisti qualificati; con modelli organizzativi flessibili (es. turni intelligenti, équipe multidisciplinari).

f) *Tecnologie e 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

⁵² Un suggerimento particolare sta nel considerare anche il rapporto con volontari che presteranno servizio nei CMS. Già molte persone donano il proprio tempo a seguire le persone nelle strutture residenziali, per fare loro compagnia, accompagnarli 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.

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 multiservizi⁵³.

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.

⁵³ 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 su 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.

L'assistenza agli anziani. Un investimento per il futuro dell'Italia

a cura di *Franco Iurlaro*

1. Introduzione

Il Patto per un nuovo Welfare sulla non autosufficienza (<https://www.pattotononautosufficienza.it/>), sottoscritto a luglio 2021 da un'ampia coalizione sociale, elabora proposte operative per la riforma sull'assistenza agli anziani non autosufficienti. Il Patto raggruppa la gran parte delle organizzazioni della società civile coinvolte nell'assistenza e nella tutela degli anziani non autosufficienti nel nostro Paese: rappresenta gli anziani, i loro familiari, i pensionati, gli ordini professionali e i soggetti che offrono servizi. Si tratta della comunità italiana della non autosufficienza, che ha deciso di superare confini, appartenenze e specificità per unirsi nella elaborazione di questa riforma.

L'evento nazionale *L'assistenza agli anziani: un investimento per il futuro dell'Italia* è stato organizzato dal Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza, con il patrocinio del Ministero della Salute e si è svolto martedì 21 ottobre 2025 presso l'Auditorium del Ministero della Salute a Roma. L'obiettivo principale dell'evento è stato promuovere un confronto pubblico, per riflettere insieme a esperti e istituzioni sull'attuazione della riforma dell'assistenza agli anziani e delinearne le prospettive future, mettendo al centro i bisogni degli anziani e le aspettative dei cittadini. All'evento ha partecipato il Ministro della Salute Orazio Schillaci, intervistato dal giornalista e scrittore Ferruccio De Bortoli. Per il Patto sono intervenuti i coordinatori Cristiano Gori, Eleonora Vanni e Franco Pesaresi. Sono inoltre intervenuti Ludovico Carrino, docente dell'Università di Trieste, e Ana Llena-Nozal, rappresentante dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE).

2. Riforma: a che punto siamo?

L'intervento di Cristiano Gori ha trattato il tema della Riforma dell'Assistenza agli Anziani, *Tra Ambizione Legislativa e Realtà Attuativa*.

Nell'introduzione, *Il Ritardo Italiano nel Contesto Europeo*, Gori ha affermato come l'assistenza agli anziani non autosufficienti rappresenta una delle sfide cruciali per il futuro dell'Italia. Mentre i principali partner europei hanno consolidato i propri sistemi di welfare tra gli anni '90 e l'inizio degli anni 2000 (l'Austria nel 1993, la Germania nel 1995, la Francia nel 2002), l'Italia è arrivata a questo appuntamento solo nel 2023. La presentazione fotografica una situazione in bilico: da un lato, la promettente Legge Delega 33/2023, nata sotto la spinta del PNRR; dall'altro, una realtà attuativa che rischia di tradire le aspettative, caratterizzata da rinvii, incertezze e mancanza di fondi strutturali.

Per quanto riguarda un primo Obiettivo, *La Chimera del Sistema Unitario*, il relatore ha ricordato che uno dei pilastri della riforma era la costruzione di una *governance* unitaria per superare la storica frammentazione tra sociale, sanitario e previdenziale. La Legge 33/2023 aveva introdotto lo SNA (Sistema Nazionale per la Popolazione Anziana Non Autosufficiente) per garantire una programmazione integrata. Tuttavia, la realtà odierna mostra un quadro preoccupante: il Decreto 29/2024 ha rinviato l'introduzione dello SNA, lasciando il sistema privo di una cabina di regia efficace. Parallelamente, sul fronte delle procedure, l'obiettivo era semplificare la vita delle famiglie riducendo la pletora di valutazioni necessarie per accedere ai servizi. Paradossalmente, i decreti attuativi in elaborazione sembrano andare nella direzione opposta, aumentando la burocrazia e il numero di passaggi richiesti, complicando ulteriormente l'accesso alle cure per i cittadini più fragili.

Sul secondo Obiettivo, *Nuove Risposte Assistenziali e il Disimpegno dello Stato*, la riforma prometteva di innovare l'offerta dei servizi, non "inventando" nulla di nuovo, ma applicando le migliori pratiche internazionali.

- Assistenza Domiciliare: la legge prevedeva un servizio pubblico dedicato alla non autosufficienza, capace di offrire cure di durata adeguata e con una visione globale (*sociale e sanitaria*). Anche in questo caso, il Decreto 29/2024 ne ha rinviato l'introduzione, lasciando un vuoto assistenziale.
- Strutture Residenziali: sebbene vi siano miglioramenti organizzativi minori, manca una strategia nazionale sugli standard del personale, punto nevralfico per la qualità delle cure. Il rischio concreto è che l'assenza dello Stato diventi la *posizione ufficiale*, delegando tutto a gestioni locali e creando disparità territoriali.

- Indennità di Accompagnamento: la riforma puntava a trasformare l’indennità da fissa a graduata in base al bisogno, offrendo la scelta tra denaro o servizi (questi ultimi incentivati con un importo maggiore). Al suo posto, è stata avviata una sperimentazione biennale (2025-2026) con un assegno aggiuntivo di 850 euro, un modello difficilmente sostenibile e replicabile su larga scala.

Per quanto riguarda il terzo Obiettivo, *Il Nodo delle Risorse e l’Emergenza Sociale*, nessuna riforma può reggere senza gambe finanziarie solide. Le stime indicano un fabbisogno di 5-7 miliardi di euro annui aggiuntivi per allineare l’Italia agli standard richiesti. Ad oggi, tuttavia, non vi è traccia di un incremento strutturale delle risorse. Questo vuoto finanziario e normativo ha conseguenze dirette e drammatiche: il caos sulle rette delle RSA per i malati di Alzheimer ha innescato un’onda di ricorsi alla magistratura, evidenziando come l’assenza di regole chiare scarichi il peso economico sulle famiglie e generi profonde ingiustizie sociali.

I tempi della politica vs i tempi della società: la sintesi finale di Cristiano Gori è amara. Sebbene il ritardo nell’attuazione della Legge 33/2023 possa non sembrare anomalo nelle dinamiche istituzionali italiane, esso diventa inaccettabile se confrontato con l’urgenza dei bisogni sociali. Il tempo della demografia corre più veloce del tempo della burocrazia. Il pericolo reale non è solo il fallimento di una legge, ma l’iniziare a intervenire seriamente sul settore quando sarà ormai troppo tardi per arginare l’emergenza dell’invecchiamento della popolazione. La riforma, dunque, secondo Gori rimane un cantiere aperto, dove l’innovazione non risiede tanto nei contenuti teorici, quanto nella volontà politica di metterli finalmente in atto.

3. Lo stato dell’arte alla luce dell’esperienza internazionale

Il contributo di Franco Pesaresi ha approfondito i percorsi dell’Assistenza alle persone anziane, tra la frammentazione italiana e i modelli internazionali.

Evidenziando la necessità di un *Nuovo Paradigma*, Pesaresi ha definito che l’assistenza agli anziani non autosufficienti non è più una questione marginale del welfare, ma un pilastro fondamentale per il futuro demografico e sociale dell’Italia; il nostro Paese si trova a un bivio cruciale. Analizzando lo stato dell’arte alla luce dell’esperienza internazionale, emerge una discrepanza preoccupante tra le necessità crescenti della popolazione anziana e l’attuale assetto dei servizi di *Long Term Care* (LTC). L’obiettivo è chiaro: trasformare l’assistenza da costo a investimento, guardando ai modelli virtuosi dei partner europei.

Il primo nodo critico, verso un sistema unitario e una valutazione olistica è la *governance*. Mentre grandi paesi come Germania, Francia e Spagna hanno consolidato sistemi unitari di gestione delle cure a lungo termine, l'Italia soffre di una frammentazione cronica. Le competenze sono disperse tra Ministeri (Salute, Lavoro), INPS, Regioni ed Enti Locali. Questa parcellizzazione impedisce l'attuazione di riforme efficaci e la garanzia di diritti uniformi su tutto il territorio nazionale. La lezione internazionale è inequivocabile: un governo unitario è il prerequisito per l'integrazione dei servizi e la standardizzazione delle procedure.

Strettamente legato alla *governance* è il tema della *valutazione della non autosufficienza*. I sistemi più avanzati dell'OCSE adottano approcci ad *alta completezza*, valutando non solo le limitazioni funzionali (ADL), ma anche quelle cognitive, comportamentali e sociali. L'Italia, al contrario, è classificata tra i paesi a *bassa completezza*, priva di un sistema nazionale unificato e affidata a strumenti regionali disomogenei. La riforma non può prescindere dall'adozione di un approccio olistico che fotografi il reale bisogno assistenziale dell'individuo nella sua totalità.

Riguardo la necessaria innovazione dei modelli di intervento, il relatore ritiene che l'integrazione tra assistenza sociale e sanitaria, specialmente a domicilio, sia la sfida operativa più urgente. Attualmente, l'Italia si affida prevalentemente a un modello di *integrazione volontaria*, poco formalizzato e spesso inefficace. I *benchmark* europei suggeriscono invece modelli organizzativi strutturati (come in Francia) o basati sulla figura del *case manager*. È imperativo superare la logica prestazionale per abbracciare cure di lungo termine che garantiscano intensità e durata adeguate ai bisogni.

Parallelamente, il settore residenziale richiede una revisione profonda. Gli standard del personale, fermi al 2007, sono ormai inadeguati per una popolazione ospite sempre più anziana e compromessa. La Legge 33/2023, ispirandosi al modello tedesco e francese, traccia la via per una riforma che gradui il sostegno (economico o in servizi) in base all'effettivo livello di bisogno, superando l'appiattimento dell'attuale indennità di accompagnamento.

Il confronto quantitativo con l'Europa è impietoso: l'offerta di servizi residenziali e domiciliari in Italia è circa la metà della media OCSE. In relazione ai temi dell'ampliamento dell'offerta e della sostenibilità economica del sistema, sebbene il PNRR abbia dato un impulso all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), raggiungendo il 10% degli anziani, l'intensità delle cure rimane insufficiente (una media di sole 14 ore all'anno per anziano nel 2023). Non basta coprire una platea più ampia se il servizio offerto è poco più che simbolico. Altresì, rimane aperto il capitolo della compartecipazione alla spesa (*cost-sharing*). Sebbene assente nella legge delega, la questione è

ineludibile per evitare contenziosi e disuguaglianze. Il sistema attuale grava pesantemente sulle famiglie, spesso intaccando i patrimoni personali e creando disparità territoriali. È necessario un riordino normativo che definisca equamente la ripartizione dei costi tra Stato e cittadino, con particolare urgenza per le rette residenziali dei malati di demenza, oggi al centro di numerose incertezze giuridiche.

In conclusione, Franco Pesaresi ritiene che l'analisi comparata ci dica che l'Italia ha le risorse e i riferimenti legislativi (Legge 33/2023) per colmare il divario con l'Europa, ma la strada è ancora in salita. La transizione richiede coraggio politico per centralizzare la governance, risorse per potenziare l'offerta e una visione etica che rimetta la dignità dell'anziano al centro del welfare. Solo così l'assistenza potrà diventare quel vero investimento per il futuro auspicato nel titolo di questo saggio.

4. Il dilemma delle rette dei servizi residenziali: tra sentenze, equità e la riflessione sul futuro del welfare anziani in Italia

Il documento *Le rette in strutture residenziali per anziani: Cancellare le ingiustizie di oggi – Costruire un sistema equo per domani* (del 24 novembre 2025), si propone come un'analisi lucida della situazione e una via d'uscita strategica, nel momento della crisi della compartecipazione alla spesa da parte degli anziani e dei loro familiari e della parallela necessità di un intervento normativo.

Nella relazione si sottolinea come l'assistenza agli anziani non autosufficienti rappresenta una delle sfide più complesse e urgenti per il sistema di welfare italiano. In questo contesto, il tema della compartecipazione alla spesa per le rette nelle strutture residenziali è diventato un campo di battaglia giuridica e sociale, generando incertezze, ingiustizie e disfunzioni.

Il quadro normativo e giurisprudenziale: la disgregazione del sistema

Attualmente, l'art. 30 del DPCM 12 gennaio 2017 (LEA) stabilisce una ripartizione equa dei costi delle strutture residenziali: 50% a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e 50% a carico dell'utente (o della sua famiglia). Tuttavia, negli ultimi anni, una serie di sentenze della Corte di Cassazione ha scardinato questo equilibrio, stabilendo che le rette degli anziani affetti da demenza o malattia di Alzheimer debbano essere interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Questo orientamento si fonda sul principio dell'*inscindibilità* tra prestazioni sanitarie e socioassistenziali per queste patologie, richiamando una legge del 1983 (L. 730/1983) ritenuta superata.

Il documento evidenzia che ciò che a prima vista potrebbe sembrare un’azione di giustizia sociale, ovvero l’azzeramento degli oneri per le famiglie con anziani affetti da Alzheimer, produce in realtà una serie di gravi ingiustizie e disfunzioni:

- Creazione di un *ghetto* di anziani: la disparità di trattamento penalizza gli anziani non autosufficienti affetti da altre patologie, che continuano a pagare, suggerendo che esistano *meritevoli* e *non meritevoli* di attenzione.
- Minaccia ai servizi esistenti: le strutture residenziali, di fronte all’incertezza sui rimborsi e alla complessità delle procedure di recupero dalle ASL, sono sempre più riluttanti ad accogliere anziani con Alzheimer, mettendo a rischio l’offerta complessiva.
- Iniquità nella distribuzione delle risorse: azzerare le rette per tutti, indipendentemente dalla situazione economica, significa destinare risorse pubbliche limitate anche ai benestanti, sottraendole a chi ha realmente bisogno.
- Danno ai lavoratori: l’80% del budget delle strutture è destinato al personale. Il mancato pagamento delle rette si traduce inevitabilmente in difficoltà finanziarie per le residenze, con pesanti ricadute sugli stipendi e sulla stabilità occupazionale degli operatori del welfare.
- Disincentivo alla domiciliarità: la gratuità del ricovero in struttura per i malati di Alzheimer spinge le famiglie a preferire questa soluzione, ostacolando lo sviluppo di una rete di assistenza domiciliare o comunitaria, spesso più appropriata e meno invasiva.
- Ostacolo all’attuazione della Legge 33/2023: l’attuale caos normativo e la sfiducia generata tra le famiglie e gli operatori minano il clima di collaborazione necessario per implementare la riforma complessiva dell’assistenza agli anziani. Un intervento normativo immediato che, come la Legge di Bilancio, si limiti a coprire le perdite senza affrontare la radice del problema, rischia di legittimare il non pagamento e aggravare ulteriormente la situazione.

Un’analisi concettuale: sanità vs. Non Autosufficienza

Il Patto sottolinea come alla base di questa confusione vi sia un debole riconoscimento culturale e normativo della non autosufficienza come ambito distinto dalla sanità. Mentre la sanità tradizionale mira a riportare il paziente allo stato precedente un evento critico con interventi spesso di breve durata, l’assistenza per la non autosufficienza si concentra sulla massimizzazione della qualità della vita in una condizione tendenzialmente progressiva e irreversibile, richiedendo interventi a lungo termine. L’equiparazione della non autosufficienza alla sanità, sebbene motivata dalla ricerca di diritti, si basa su un assunto non sostenibile nella realtà e porta a distorsioni.

Di fronte a tale situazione, il Patto propone un'azione immediata e una riforma strutturale su due livelli:

- Intervento normativo immediato: si propone un emendamento all'art. 30, comma 1, lett. b) del DPCM 12 gennaio 2017 (LEA). L'emendamento chiarisce che nei trattamenti di lungo assistenza per soggetti non autosufficienti, le prestazioni per persone anziane con diagnosi di demenza (termine più inclusivo e preciso di Alzheimer) rientrano nel regime di compartecipazione 50% SSN e 50% utente. Questo intervento, di natura interpretativa, mira a superare le ambiguità giurisprudenziali senza introdurre nuovi oneri per la finanza pubblica, garantendo uniformità applicativa a livello nazionale. La proposta enfatizza inoltre la necessità di una valutazione multidimensionale e una presa in carico definita a livello regionale.
- Revisione complessiva della compartecipazione: contestualmente, si ribadisce l'urgenza di una revisione più ampia di tutta la normativa sulla compartecipazione alla spesa, che includa i servizi residenziali, semi-residenziali e domiciliari. Questo intervento di più ampio respiro deve essere armonizzato con la recente Legge 33/2023 sulla riforma dell'assistenza agli anziani, attualmente in fase di attuazione. A tal fine, viene proposto un emendamento alla L. 33/2023 che delega il Governo ad adottare, entro il 30 giugno 2026, un decreto legislativo sulla compartecipazione, finalizzato ad assicurare equità, sostenibilità e omogeneità.

Conclusioni: per un sistema Equo e Sostenibile

In sintesi, la gestione delle rette per l'assistenza agli anziani in Italia è un microcosmo delle sfide più ampie del welfare. Le sentenze della Cassazione, pur mosse da principi condivisibili di tutela della salute, hanno creato un sistema iniquo e disfunzionale. La proposta del Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza offre un percorso pragmatico e urgente per ripristinare l'equilibrio, garantire l'uniformità normativa e avviare una riforma strutturale della compartecipazione. È un invito a costruire un sistema che non solo cancelli le ingiustizie presenti, ma che sia equo e solidale, finanziariamente sostenibile e orientato alla dignità delle persone anziane.

Associazione di Promozione Sociale RINATA. Ente del Terzo Settore

di *Monica Carracuda*

RINATA è un'associazione di promozione sociale nata dall'incontro tra professionisti, studiosi e operatori del settore sociosanitario che condividono una visione comune: **costruire una cultura della cura più umana, consapevole e sostenibile**, capace di rispondere alle sfide poste dall'invecchiamento della popolazione e dalla non autosufficienza. RINATA non è solo un'associazione. È **un luogo di pensiero, confronto e responsabilità condivisa**. Un movimento etico e professionale che riconosce il valore delle competenze, ma soprattutto delle relazioni, della cooperazione e della capacità di generare cambiamento collettivo.

L'Associazione promuove una lettura sistematica della cura, mettendo in dialogo mondi spesso separati: dirigenti e direttori di servizi, professionisti sanitari e sociali, operatori dell'assistenza, ricercatori, caregiver, enti pubblici, istituzioni e cittadini.

Per RINATA, **la qualità della cura non è solo una questione organizzativa o tecnica**, ma un tema culturale, sociale e politico nel senso più alto del termine.

Nel corso degli anni, RINATA ha consolidato il proprio ruolo come **spazio di elaborazione, advocacy e progettazione**, contribuendo al dibattito nazionale ed europeo sui modelli di assistenza, sul riconoscimento del lavoro di cura, sulla dignità delle persone anziane e fragili e sulla necessità di riforme capaci di coniugare sostenibilità, diritti e qualità della vita.

Attraverso attività di studio, pubblicazioni, tavoli di lavoro, eventi pubblici e collaborazioni istituzionali e accademiche, l'Associazione lavora per:

- promuovere una **cultura sociosanitaria evoluta**, inclusiva e fondata sulla responsabilità;
- valorizzare il **lavoro di cura** e le professioni che lo rendono possibile;
- sostenere lo sviluppo di **modelli innovativi di servizi e residenzialità**;
- favorire reti di confronto a livello nazionale e internazionale.

RINATA crede che il futuro della cura riguardi tutti. Non solo chi oggi assiste o è assistito, ma l'intera comunità. Per questo sostiene un approccio partecipato e consapevole, in cui **ogni contributo conta** e ogni professionista è chiamato a essere parte attiva del cambiamento. Difendere la dignità delle persone, costruire sistemi di assistenza più giusti e promuovere una narrazione corretta e rispettosa della fragilità è, per RINATA, **un dovere etico prima ancora che professionale**.

In un contesto segnato da profonde trasformazioni demografiche, sociali e organizzative, RINATA si propone come spazio di pensiero, confronto e azione. Non un semplice luogo di rappresentanza, ma una comunità viva che mette in dialogo competenze diverse – gestionali, cliniche, sociali, educative, accademiche – per ripensare i modelli di assistenza alle persone anziane e non autosufficienti.

RINATA nasce dalla consapevolezza che le sfide dell'invecchiamento e della non autosufficienza non possono essere affrontate in modo frammentato. Servono alleanze, linguaggi comuni, capacità di leggere la complessità e di tradurla in pratiche sostenibili, umane e orientate alla qualità della vita. Per questo RINATA si configura come un movimento etico e professionale che promuove una cultura della cura fondata su dignità, responsabilità, competenza e cooperazione. Una cultura che coinvolge dirigenti e direttori di RSA, operatori sociosanitari, professionisti della salute, assistenti sociali, ricercatori, caregiver e decisori pubblici.

Dal pensiero all'azione

Negli ultimi anni RINATA ha consolidato il proprio ruolo nel dibattito nazionale e internazionale sulla non autosufficienza, partecipando attivamente a reti, tavoli di lavoro e momenti di confronto istituzionale. L'associazione è parte del *Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza*, contribuendo alla riflessione sulle politiche pubbliche e sui modelli di welfare, e collabora con il mondo accademico e della ricerca per sviluppare e diffondere buone pratiche orientate alla sostenibilità dei sistemi di cura.

Parallelamente, RINATA ha promosso percorsi di approfondimento e produzione culturale volti a:

- ripensare il modello delle residenze per anziani in chiave più umana e centrata sulla persona;
- valorizzare il lavoro di cura e le professioni che lo rendono possibile;
- migliorare la narrazione pubblica e mediatica dei servizi sociosanitari;
- rafforzare il dialogo tra pratica, ricerca e policy.

La produzione editoriale, i momenti formativi, il confronto con le istituzioni e l'attenzione alla comunicazione rappresentano strumenti attraverso cui RINATA contribuisce a costruire una visione condivisa e consapevole del futuro della cura.

Uno sguardo orientato al futuro

RINATA guarda al futuro come a un processo collettivo. Prendersi cura delle persone anziane e fragili non riguarda solo chi oggi opera nel settore, ma l'intera società. È una responsabilità intergenerazionale che richiede competenze, coraggio e capacità di innovazione.

Per questo l'associazione continua a investire nella costruzione di reti, anche a livello europeo, nella promozione di una cultura sociosanitaria inclusiva e nella difesa di un approccio alla cura che metta al centro la persona, le relazioni e il senso del lavoro. RINATA è uno spazio aperto, in evoluzione, che accoglie il contributo di chi crede che solo attraverso un'azione condivisa sia possibile garantire dignità, qualità e sostenibilità ai sistemi di assistenza.

Contatti istituzionali

Informazioni generali: contatti@aps-rinata.it

Presidenza: presidente@aps-rinata.it

Segreteria: segretario@aps-rinata.it

Tesoreria: tesoriere@aps-rinata.it

Comunicazione e media: comunicazione@aps-rinata.it

Seguici: www.aps-rinata.it e sui principali canali media.

La riforma rumorosa e la rivoluzione silenziosa. Punti e contrappunti per una discussione

di *Franco Iurlaro* (canti e incanti) e *Riccardo Prandini* (discanti e disincanti)

Riforme rumorose e nuovi inizi vs cambiamenti silenziosi e continui (?)

(Canto e incanto). Franco Battiato, con la sua profonda intuizione, ci rammentava che: *non c'è rivoluzione né alcun cambiamento sociale senza un lavoro di consapevolezza, senza una ricerca e un percorso interiore*. Questa affermazione, apparentemente lontana dal pragmatismo manageriale, racchiude in sé la chiave per comprendere la vera portata delle buone prassi e il loro potenziale trasformativo nel delicato e complesso mondo delle residenze per anziani. In questo tempo delineiamo come le buone prassi siano la manifestazione concreta di una visione, il frutto di un *Kairos* che si traduce in un agire efficace, misurabile e riproducibile. Nel contributo di Elisabetta Canton questa visione si eleva al concetto di “Qualità Rigenerativa”, un circolo virtuoso che pone la persona al centro, sia essa il residente o l’operatore. Ma la “ricerca e il percorso interiore” di cui parlava Battiato sono proprio ciò che conferisce a queste prassi un'anima, un significato che va oltre la mera procedura.

(Discanto e disincanto). Non esiste solo una poesia letteraria per un mercato di ricerca di senso esistenziale. Esiste anche una poesia delle riforme, una forma di comunicazione politico-amministrativa che serve a prospettare un futuro migliore capace di legittimare cambiamenti improbabili e poco prevedibili. Che poi questi si realizzino, è un problema “minore”. Intanto la riforma è stata proposta e la comunicazione politica ha prodotto consenso. Il problema maggiore è che la “ragione riformista” e i suoi testi, nascondono un fatto eclatante. Il sistema politico-amministrativo può “incantare” l’opinione pubblica solo nascondendo il fatto che per cambiare – secondo quanto predicato – devono cambiare simultaneamente gli attori, le logiche e le relazioni che costituiscono il “sistema” riformando. Per cambiare qualcosa, deve prima cambiare il tutto (e viceversa). Questa logica sistematica viene letteralmente resa invisibile dalla riforma che, in sua vece, racconta nessi di causa ed effetto: se accadrà questo, allora succederà anche quelle (ma questo accade se quello è già cambiato per permettere il cambiamento).

Costruire procedure vs generare significati (?)

Cosa significa, per un’organizzazione, compiere un lavoro di consapevolezza? Non si tratta d’astratte meditazioni, ma di una costante e onesta autoanalisi – il guardare “senza” sconti alle proprie criticità, che abbiamo già menzionato come precondizione fondamentale per la buona prassi. È la capacità di un management consapevole e di squadre motivate d’interrogarsi profondamente sul *perché* delle proprie azioni, sulla vera essenza della cura e dell’assistenza. Questo percorso interiore collettivo si traduce nella comprensione che il benessere del residente è indissolubilmente legato al benessere di chi lo assiste. Non può esistere l’uno senza l’altro. Le buone prassi gestionali, nate da questa consapevolezza profonda, non sono allora semplici tecniche, ma espressioni tangibili di una cultura orientata all’essere umano. Diventano gli strumenti attraverso i quali si restituisce significato e passione a chi lavora, combattendo quel *burn out* che spesso è figlio della disconnessione tra l’atto del fare e il senso più ampio del proprio operato. Un operatore che si sente parte di una squadra che condivide valori, che vede la sua professionalità riconosciuta e il suo “lavoro di qualità” valorizzato, è un operatore la cui energia si rigenera, capace a sua volta di produrre altro benessere.

Laddove la poesia delle riforme “canta” di regole, procedure, standard, organigrammi, gerarchie, compiti, ruoli, rendicontazioni, tecnologie, programmi di scopo, etc., quella delle organizzazioni racconta di culture, significati, *sensemaking*, identità, valori. Come avrebbe poi scritto Schein «La cultura organizzativa è l’insieme coerente d’assunti fondamentali che un certo gruppo ha inventato, scoperto o sviluppato mentre imparava ad affrontare i problemi legati al suo adattamento esterno o alla sua integrazione interna, e che hanno funzionato in modo tale da essere considerati validi e quindi degni di essere insegnati ai nuovi membri come il modo corretto di percepire, pensare e sentire in relazione a tali problemi». In entrambi i casi si tratta di fatti “dati per scontati” che assorbono l’incertezza, risparmiano attenzione e nascondono le “cecidità” dell’osservatore. Quando le due poetiche si contrappongono, il risultato è una duplice cecità, aggravata dall’impossibilità di capirsi. Servono “traduttori ed esegeti” che permettano alle parti di comunicare, d’apprendere i bisogni reciproci e di sostenere le rispettive autonomie operative. Perciò la “riforma” – come forma logica – è ormai quasi certamente fallimentare. Il sistema politico-amministrativo potrebbe in alternativa sostenere l’autonomia delle organizzazioni e supervisionare il sistema mediante poche regole e standard d’accreditamento utili. A loro volta le organizzazioni potrebbero sperimentare soluzioni e aiutare il sistema regolativo a cambiare regolazione laddove quella in atto si mostri fallimentare (se non “disincentivante”). Una cultura amministrativa “formalista” come quella italiana può sperare in questo cambiamento (di cultura?). E le organizzazioni, così diverse tra di loro, sono in grado di dettare le regole che dovranno poi seguire intendendole non come dispositivi di controllo, ma d’apprendimento?

Sistemi vs persone (?)

L'impatto di questo approccio è duplice e sinergico. Per i residenti, significa superare la logica dell'assistenzialismo passivo per approdare a una dimensione in cui la loro identità, le loro storie, i loro desideri vengono riconosciuti e attivamente supportati. Le buone prassi di personalizzazione della cura, di stimolazione cognitiva e relazionale, di inclusione della famiglia, trasformano la residenza da luogo di mera degenza a spazio di vita vissuta, dove ogni giorno è una possibilità di dignità e partecipazione. La qualità rigenerativa non è solo efficienza, ma anche empatia e capacità di creare un ambiente che nutre l'anima. Per le persone che lavorano, il miglioramento è altrettanto significativo. Una cultura che valorizza il lavoro di squadra, la comunicazione, la responsabilità condivisa e la formazione continua, abbatte le barriere della solitudine professionale. L'*engagement* non è più un optional, ma l'espressione spontanea di chi si sente "fautore e destinatario" della qualità che produce. La lamentela, anziché essere repressa, diventa un'opportunità di miglioramento, un *feedback* per un sistema che si vuole costantemente evolvere. Questo riduce lo stress, aumenta la soddisfazione professionale e consolida un senso di appartenenza che è la vera linfa vitale di ogni organizzazione.

La distinzione "sistemi/persone" è così attrattiva da diventare quasi subito un ostacolo (come quella innovazione/tradizione per la cucina!) al necessario dialogo tra le parti. Orienta troppo facilmente a uno scontro tra Golia e Davide; tra il male e il bene. Ma è un bene distinguere così frettolosamente tra bene e male? E come costringere chi è stato messo dalla parte del male a collaborare con il bene? O non è meglio meditare qualcosa di diverso? Sistemi e persone, d'altronde, non è una soluzione: è un fantasma idealizzante che sublima in fretta e furia una opposizione reale tra realtà diverse e inevitabili. E i conflitti, se bene compresi e utilizzati, possono invece essere molto generativi. In tal senso la filosofia *Lean* può essere efficace. Le reciproche "irritazioni" tra persone e sistemi vanno capite, analizzate, manifestate, trasformate in impulsi per il cambiamento. La logica della "riforma", anche da questo punto di vista è fallimentare. Essa prevede il "mondo migliore", ma questo non esiste se non come continuo processo di soluzioni-fallimenti-sfide e problemi-analisi-nuove soluzioni... Mettere al centro del mutamento non tanto nuove regolazioni (in senso ampio), quanto la curiosità di scoprire i fallimenti e proporre soluzioni innovative, innescando processi di apprendimento reciproco, potrebbe agevolare un processo infinito ed autosostenuto d'autoregolazione. Apprendere dalle innovazioni territoriali; condividerle e discuterle insieme; apprendere ciò che funziona e organizzarlo; analizzare ciò che non funziona e risolverlo; riscrivere le regole; ricominciare l'innovazione; discutere insieme (e così senza fine).

Strutturare mediante riforma vs informare processi di cambiamento (?)

Ed è qui che le buone prassi gestionali, nate dal basso e nutritte da una profonda consapevolezza interiore, acquisiscono un potere rivoluzionario, ben oltre i confini della singola residenza. Quando queste pratiche eccellenti, frutto di un lavoro collettivo di ricerca e adattamento, vengono non solo condivise ma attivamente moltiplicate attraverso reti e scambi professionali, si delinea uno scenario innovativo per l'intero panorama regionale e nazionale. Questo non è un semplice "aggiornamento" dei modelli esistenti, ma una nuova proposta culturale per la cura degli anziani. È la dimostrazione tangibile che un approccio centrato sull'essere umano, sulla qualità delle relazioni e sulla rigenerazione delle risorse, non è solo eticamente superiore, ma anche più efficace e sostenibile a lungo termine. E qui sta il punto cruciale: questa rivoluzione dal basso, guidata dalla consapevolezza e dalla moltiplicazione delle buone prassi, ha il potere di anticipare di fatto ogni riforma normativa che possa provenire dal Governo. Le leggi e i decreti, infatti, spesso seguono, e raramente precedono, le migliori pratiche che emergono sul campo. Quando le residenze, con la loro quotidiana azione, dimostrano che è possibile offrire una qualità di vita e di cura superiore, che è possibile creare un ambiente di lavoro stimolante e produttivo, esse non solo rispettano le norme esistenti, ma ne fissano di nuove, più alte, più umane. Diventano esse stesse il parametro di riferimento, il modello a cui la legislazione dovrà aspirare per non rimanere obsoleta. In questo modo, il lavoro di consapevolezza di cui parlava Battiato, tradotto in concrete buone prassi gestionali e condivise, non è solo una via per migliorare il presente, ma l'architetto di un futuro in cui le residenze per anziani non saranno più percepite come l'ultima tappa di un percorso, ma come luoghi vibranti di vita, dignità e reciprocità, capaci di influenzare e guidare la politica sociale e sanitaria di un intero Paese. È una rivoluzione silenziosa, ma potentissima, che parte dall'interno per trasformare il mondo che ci circonda.

Pensare che la "poesia della riforma" (politico-amministrativa) possa essere sostituita da una "poesia della innovazione dal basso", ricorda vecchie contrapposizioni da anni Sessanta (dello scorso Secolo). La *Campagna dei cento fiori* riecheggia momenti tragici. La contro-poetica del *bottom-up* (peggio: della "partecipazione") esprime solo una diversa cecità salvifica, resa indigeribile da una simultanea valutazione morale gerarchica (sempre da verificare) degli attori in campo. Più semplicemente, la Riforma politico-amministrativa funziona solo se rendi ciechi dei presupposti che silenzia (posso riformare il tutto solo se le parti prima si riformano per permettere la riforma). Da "questo" punto di vista – che poi si verifica nell'implementazione a "macchia di leopardo", differenziale, settoriale, parziale, etc. – la

riforma fallisce. Però la sua funzione latente permane: mettere in discussione un “sistema” riaprendo un campo di possibilità. “Questa” funzione “dibattimentale” è insostituibile e la partecipazione di esperti e delle organizzazioni della società civile, indispensabile. Il vecchio “sistema” va irritato, decostruito, criticato: difficilmente ciò avverrà spontaneamente dal suo interno. Qui il conflitto e la discussione sono indispensabili. D’altra parte, questa critica costruttiva non può che sostenersi mediante le innovazioni che vengono testate (e riviste) nei territori. Solo le organizzazioni possono farlo (sebbene non tutte siano in grado o vogliano poi farlo davvero): solo loro hanno quotidianamente davanti le “persone” e i loro problemi; solo da esse possono arrivare quelle “variazioni” che cambiano per il meglio. Ma le organizzazioni hanno bisogno di quadri di riferimento strabili, di regole condivise, di standard su cui poter osservare a che punto sono.

Riformare può quindi significare ora: selezionare le innovazioni che sono prodotte sui territori, regolandone la diffusione così da sostenere un processo d’apprendimento continuo che si auto-riforma. La *governance* di questa auto-riforma difficilmente potrà più essere gerarchica con al vertice la “politica e la Pubblica amministrazione”. Ma riformare la governance rimane un obiettivo altamente improbabile, vista come è strutturata la società contemporanea.

Gli autori e le autrici

Claudia Ballabio, specialista in Geriatria, referente sanitario di Residenza 20. Geriatra con esperienza pluriennale sul territorio in servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali.

Simona Bresciani, oltre 15 anni di esperienza nel settore sociosanitario. Attualmente coordina i servizi residenziali, semi-residenziali, domiciliari e territoriali gestiti dalla Fondazione. Dirige i corsi per Operatori Socio-Sanitari (OSS) e svolge attività di docenza in ambito sociale e sociosanitario.

Maurizio Cansone, presidente Fondazione RSA Vaglietti-Corsini e CEO di Senova S.r.l., con pluriennale esperienza nella guida di RSA con un approccio innovativo, ha introdotto strumenti Lean e modelli organizzativi avanzati per migliorare efficienza, la qualità dei servizi e la sostenibilità nel settore sociosanitario.

Elisabetta Canton, assistente sociale, ha conseguito la laurea magistrale in Lavoro, cittadinanza, intercultura all’Università Cà Foscari di Venezia. Oggi Direttrice di centro servizi nel veneziano e formatore. Consigliere APS RINATA ETS.

Monica Carracuda è sociologa, con una formazione professionale nella direzione e gestione di residenze per anziani. Oggi opera come consulente nel settore sociosanitario e della non autosufficienza. È vicepresidente dell’Associazione di Promozione Sociale RINATA ETS.

Fabio Cavicchi, direttore generale Fondazione S. Clelia Barbieri da oltre 25 anni alla dirigenza delle strutture sociosanitarie e socioeducative dell’Ente introducendo modelli innovativi di welfare di comunità e strategie di empowerment organizzativo.

Ana Irina Caverniuc, coordinatore UDO presso Cooperativa La Meridiana Monza – Onlus.

Chiara Celentano, direttrice della Residenza Sanitaria Assistenziale Richelmy di Torino. Dirigente con esperienza nel management sociosanitario. Attualmente è rappresentante del gruppo Emeis nel Comitato di Missione internazionale per la transizione in Società Benefit.

Franco Iurlaro conta un’esperienza diretta, ultratrentennale, come direttore-manager nel settore dei servizi soci-assistenziali e sanitari alla persona. Giornalista

pubblicista, consulente gestionale e direzionale, counselor, project manager, auditor Team Leader sistemi qualità, O.I.V. È esperto e docente universitario a.c. di organizzazione aziendale. Consigliere APS RINATA ETS.

Angela Mingon, assistente sociale con 5 anni di esperienza nei Centri Servizi per anziani. Si occupa del coordinamento e della valutazione delle richieste di accoglienza presso le strutture della Fondazione, oltre che della gestione dei servizi di prossimità, come gli appartamenti protetti, promuovendo un approccio personalizzato e attento ai bisogni delle persone anziane. Ha svolto attività di docenza nei corsi per Operatori Socio-Sanitari (OSS) promossi dall'Ente.

Miriam Moretti, educatrice professionale dal 2008. Dal 2019 opera presso i centri sollevo di Abano e Montegrotto, dove ha sperimentato tecniche e metodologie pedagogiche per gli utenti. La sua esperienza nei centri sollevo le ha permesso di approfondire metodologie di lavoro innovative orientate al benessere delle persone assistite.

Riccardo Prandini, professore ordinario di Sociologia dei processi culturali e comunicativi. Si occupa tra l'altro di cambiamenti nei sistemi nazionali di welfare; è stato ricercatore per il progetto di ricerca AGE-IT Italian Ageing Society per l'Università di Bologna.

Annapaola Prestia è psicologa e neuropsicologa con una consolidata esperienza clinica e scientifica nell'ambito dei disturbi cognitivi e delle demenze. Ha collaborato per diversi anni con l'IRCCS “Centro San Giovanni di Dio – Fatebenefratelli” di Brescia. È autrice e co-autrice di numerosi articoli scientifici. Nel 2021 ha fondato S.O.F.I.A. – Sostenere Ogni Famiglia In Autonomia, startup innovativa.

Paola Roma, recentemente nominata assessore regionale in Veneto con deleghe a Lavoro, Istruzione, Formazione, Cultura, Politiche Sociali e Sport nella nuova Giunta regionale guidata dal Presidente Alberto Stefani, insediatasi nel settembre-dicembre 2024.

Ferdinando Schiavo, neurologo, per decenni specialista nel reparto neurologico ospedaliero di Udine, nell'ambulatorio UVA (Unità Valutativa Alzheimer) dello stesso reparto, responsabile dell'ambulatorio UVA al Distretto Socio-Sanitario di Codroipo (Ud). Collabora da anni con l'Associazione Alzheimer di Udine e di Latisana (UD). Tra le pubblicazioni, rilevante “Malati per forza”. www.ferdinando-schiavo.it

Elena Weber, direttore generale Istituto per la Ricerca, la Formazione, la Riabilitazione, consiglio regionale Friuli-Venezia Giulia e Presidente APS Rinata Ets.

Monica Zanolla, responsabile di struttura Casa Serena. Esperta del settore con plurennale esperienza nel coordinamento dei servizi socioassistenziali, autrice del libro *La progettazione terapeutica nelle strutture sociosanitarie. Dalla valutazione multidimensionale al PAI*.

Vite parallele, Ibridazioni e Società Mutagena
a cura di R. Prandini

Ultimi volumi pubblicati:

NIKLAS LUHMANN, *Comunicazione ecologica*. Può la società moderna affrontare le minacce ecologiche?

MAURO MORUZZI, RICCARDO PRANDINI (a cura di), *Modelli di Welfare*. Una discussione critica.

CHIARA PIAZZESI, *Grammatiche dell'amore*. Studi sociologici sulle relazioni intime.

RICCARDO PRANDINI, LUCIANO MALFER (a cura di), *Welfare aziendale e benessere della persona*. Primo Rapporto sulla politica nazionale Family Audit (disponibile anche in e-book).

FEDERICA SANTANGELO, *La violenza nelle relazioni intime*. La trasmissione intergenerazionale degli abusi contro le donne.

IRÈNE THÉRY, *Il genere del dono*. Origini e alleanze dell'essere-persona.

Open Access

Open Access - a cura di R. Prandini

PAOLA BORDANDINI (a cura di), *Geografie del capitale sociale*. Trent'anni di senso civico in Italia.

GIULIO ECCHIA, GIULIA GANUGI, RICCARDO PRANDINI (a cura di), *Verso (Eco)Sistemi di Innovazione Sociale*. Un percorso di capacity building.

GIORGIO BONAGA, GIULIO ECCHIA, RICCARDO PRANDINI, PAOLO VENTURI, *Finanza d'impatto sociale*. Istituzioni, capacity building e governance per l'innovazione.

RICCARDO PRANDINI, GUNTHER TEUBNER, *La (auto)sovversione del diritto: ambiguità e paradossi del sistema immunitario della società*.

RICCARDO PRANDINI, ANDREA BALDAZZINI (a cura di), *Gli impoverimenti delle famiglie con minori durante la pandemia*. Il Laboratorio di Bologna.

RICCARDO PRANDINI, GIULIA GANUGI, *Governance territoriali e politiche di contrasto alla grave emarginazione adulta*. Verso un modello strategico integrato.

RICCARDO PRANDINI, GIANLUCA MAESTRI, ANDREA BASSI (a cura di), *Cibo, stili di vita, salute*. Un'indagine empirica nel territorio della Asl di Reggio-Emilia.

MARTINA VISENTIN, THOMAS HYLLAND ERIKSEN, *Identità instabili*. Vivere in una società incandescente.



OPEN ACCESS la soluzione FrancoAngeli

Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

FrancoAngeli Open Access è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più: [Pubblica con noi](#)

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "[Informatemi](#)" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Servizi online per gli Atenei 80 e più riviste

sottoscrivibili in opzione *pick & choose* o come *collezione*



Le riviste FrancoAngeli sono sottoscrivibili per gli Atenei in versione online con **diritto di accesso perpetuo** al corrente e a tutti gli arretrati disponibili.

Tramite un'unica licenza è possibile accedere:

- Alle versioni in formato digitale delle **annate in corso**;
- a tutte le annate arretrate (a partire dal 2000, se disponibili) in formato digitale;
- con diritto di **accesso perpetuo**.
- Le modalità di accesso consentono:
 - ❖ La ricerca (per autore, per titolo, full text);
 - ❖ La visualizzazione del documento (corrispondente a quello dell'edizione cartacea).

Come **facoltà opzionali** sono previsti:

- diritti di accesso da remoto tramite proxy server;
- diritti di effettuare copia e incolla (download) ad uso personale.
- Le riviste FrancoAngeli sono indicizzate in tutti i **grandi database bibliografici generalisti** (come **Ebsco**, **Ex Libris Primo**, **Google Scholar**, **Proquest**, in Italia il **Catalogo nazionale dei periodici**) e **specialistici** (come **PsycINFO**, **DoGi**, **Essper**, **Econlit**, **Jel**, **RePEc**, **Sociological Abstracts**, **Social Services Abstracts** e altri ancora).

Siamo membri delle due principali istituzioni (**Clockss**, **ePortico**) di *long term preservation* di contenuti digitali.

- La fruizione di tutti i contenuti avviene tramite la piattaforma **Torrossa-Casalini Full Text Platform**.

Per informazioni: riviste@francoangeli.it

Questo LIBRO



ti è piaciuto?

Comunicaci il tuo giudizio su:

www.francoangeli.it/opinione



**VUOI RICEVERE GLI AGGIORNAMENTI
SULLE NOSTRE NOVITÀ
NELLE AREE CHE TI INTERESSANO?**



ISCRIVITI ALLE NOSTRE NEWSLETTER

SEGUICI SU:



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

Vi aspettiamo su:

www.francoangeli.it

per scaricare (gratuitamente) i cataloghi delle nostre pubblicazioni

DIVISI PER ARGOMENTI E CENTINAIA DI VOCI: PER FACILITARE
LE VOSTRE RICERCHE.



Management, finanza,
marketing, operations, HR

Psicologia e psicoterapia:
teorie e tecniche

Didattica, scienze
della formazione

Economia,
economia aziendale

Sociologia

Antropologia

Comunicazione e media

Medicina, sanità



Architettura, design,
arte, territorio

Informatica, ingegneria
Scienze

Filosofia, letteratura,
linguistica, storia

Politica, diritto

Psicologia, benessere,
autoaiuto

Efficacia personale

Politiche
e servizi sociali

FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

Le RSA oltre le riforme

Il testo racconta una rivoluzione silenziosa che nasce nei corridoi delle residenze per anziani, nelle relazioni quotidiane tra operatori, residenti e famiglie, ben prima che nei testi di legge. In un Paese che invecchia rapidamente, questo libro mostra come il futuro della Cura non possa essere delegato solo alle riforme “rumorose”, ma vada costruito giorno per giorno attraverso comunità vive, innovazione e consapevolezza organizzativa.

A partire da esperienze concrete – dalla progettazione partecipata di welfare di comunità ai nuovi modelli abitativi, dal Lean Thinking alla Qualità Rigenerativa, dai Centri Sollievo alla “medicina fatta col cuore e senza fretta” – il volume raccoglie pratiche che trasformano la RSA da luogo di mera degenza a spazio di vita, cultura e relazioni significative. Ne emerge una visione in cui il benessere del residente è inscindibile da quello di chi lavora, e in cui la buona organizzazione è essa stessa cura.

Le autrici e gli autori, provenienti da ambiti diversi (sociologia, management, medicina, pedagogia, amministrazione locale), compongono un manifesto per un nuovo modo di pensare l’assistenza: centrato sulla persona, fondato su reti territoriali, capace di generare valore sociale e non solo rispondere a bisogni. Le buone prassi descritte non sono eccezioni eroiche, ma prototipi di futuro: azioni misurabili, sostenibili e trasferibili, in grado di anticipare le riforme e di indicare alla politica standard più alti, più giusti, più umani.

Questo libro si rivolge a chi gestisce RSA, agli operatori, ai decisori pubblici, al Terzo settore, alle famiglie e ai cittadini che rifiutano l’idea che la vecchiaia sia solo perdita e rinuncia. È un invito a riconoscere che le RSA possono diventare vere comunità di vita, in cui la cura non è soltanto servizio, ma incontro, dignità ed emancipazione condivisa.

Franco Iurlaro ha una lunga esperienza di direttore-manager nel settore dei servizi socio-assistenziali e sanitari alla persona. È giornalista pubblicista, consulente gestionale e direzionale, project manager, auditor Team Leader sistemi qualità, O.I.V. e docente universitario a contratto di organizzazione aziendale.

Riccardo Prandini è professore ordinario di Sociologia dei processi culturali e comunicativi presso l’Università Alma Mater di Bologna. È stato ricercatore nello Spoke 5 - Sostenibilità dei sistemi di cura all’anziano in una società che invecchia - del partenariato “Age-It - Ageing Well in an Ageing society”.

