Modelli di multidisciplinarità ed esperienze a confronto: pratiche collaborative per intercettare la fragilità tra limiti e prospettive

L'aumento della non autosufficienza rende sempre più necessaria una presa in carico multidisciplinare degli anziani fragili. Il contributo analizza criticità e potenzialità della collaborazione interprofessionale, con particolare attenzione ai caregiver, alla frammentazione dei percorsi di cura e ai modelli integrati orientati alla brain health. Rafforzare il coordinamento tra professionisti e servizi è essenziale per garantire continuità, qualità e sostenibilità dell'assistenza.

Di Vincenza Frisardi *(Direttore di Geriatria, Centro clinico per lo studio della Fragilità)*

Negli ultimi anni, l'esperienza dei cittadini evidenzia un SSN sempre più fragile, nonostante gli obiettivi di **universalità, equità e accessibilità** (Cittadinanza attiva, 2025). Le segnalazioni raccolte e l'analisi delle tendenze degli ultimi cinque anni mostrano un sistema indebolito, spesso incapace di rispondere alle esigenze di salute. Le principali cause della crisi includono:

1) Il depauperamento del personale sanitario per mancato turnover e difficoltà di reclutamento;

2) La debolezza dell'assistenza territoriale, mai pienamente sviluppata;

3) L'invecchiamento della popolazione e aumento delle malattie croniche, che richiedono nuovi modelli di offerta;

4) La crescita delle disuguaglianze regionali, con conseguente aumento della sanità privata a causa dei lunghi tempi di attesa. La crisi delle liste d'attesa rappresenta la manifestazione più evidente di queste fragilità, compromettendo il diritto dei cittadini alla cura (ibidem).

In questo scenario, la sfida politico-sanitaria è quella di dare risposta ad una crescente complessità dei bisogni assistenziali delle persone anziane non autosufficienti, che impone una revisione profonda dei modelli tradizionali di presa in carico. **Fragilità, multimorbilità, decadimento funzionale e cognitivo, insieme a condizioni sociali spesso critiche, rendono**

sempre meno efficace un approccio settoriale, basato su interventi paralleli e scarsamente comunicanti. In questo contesto, la multidisciplinarietà non rappresenta più una scelta organizzativa opzionale, ma una condizione necessaria per garantire continuità, appropriatezza e sostenibilità della cura.

Il tema è stato al centro del confronto emerso all'ultimo evento promosso dal Forum Non Autosufficienza, tenutosi a novembre 2025 a Bologna, dove numerose esperienze hanno messo in luce come la collaborazione tra professionisti sanitari, sociali e sociosanitari possa incidere concretamente sulla qualità dei percorsi assistenziali, ma anche quanto questa collaborazione sia ancora fragile, disomogenea e spesso affidata alla buona volontà dei singoli. Anche quando i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali per le patologie croniche sono formalmente definiti, raramente vengono valutati con indicatori che misurino davvero ciò che conta: **l'esperienza della persona assistita, la soddisfazione dei familiari e la qualità autentica della cura**.

La spesa sanitaria dedicata alla non autosufficienza, anche se aumentata negli anni, risulta ancora insufficiente, lasciando il sistema e le persone costantemente inadeguati. La non autosufficienza degli anziani è già un'emergenza per il nostro welfare, con milioni di persone fragili che richiedono assistenza continua e costi pubblici e privati crescenti (OECD, 2025).

La spesa pubblica per le long-term care è insufficiente, mentre molti italiani affrontano costi elevati out of pocket per cure e assistenza domiciliare. La sanità integrativa e i fondi sanitari possono svolgere un ruolo cruciale, offrendo coperture strutturate e multidisciplinari per rispondere ai bisogni complessi degli anziani.

Affrontare questo rischio richiede una piena collaborazione tra professionisti, nonché una sinergia tra settore pubblico e privato (ibidem). Questo rafforza l'urgenza di approcci multidisciplinari, capaci di integrare competenze mediche, infermieristiche e sociali per rispondere efficacemente ai bisogni complessi degli anziani.

BOX 1 –Non esiste una persona anziana "tipica"
I bisogni – e soprattutto i bisogni non soddisfatti – derivano dall'interazione tra condizioni cliniche, funzionali, cognitive, sociali e ambientali, fortemente influenzate dalla storia di vita, dal genere, dal contesto familiare e dalle reti di supporto disponibili. Questa eterogeneità rende strutturalmente inadeguati modelli standardizzati di presa in carico e rafforza la necessità di approcci multidisciplinari capaci di adattarsi alla complessità reale delle biografie individuali.

La fragilità è un costrutto multidimensionale ed eterogeneo, che rende articolata e complessa la risposta ai bisogni della persona. Negli ultimi anni si è assistito a una crescente attenzione verso la fragilità, con servizi prevalentemente progettati per accogliere la non autosufficienza quando questa è già presente, ma non ancora sufficientemente orientati a prevenire l'evoluzione di una condizione di fragilità che può condurre, inevitabilmente, alla non autosufficienza.

Lo studio della fragilità richiede oggi un'analisi approfondita dal punto di vista della ricerca sanitaria, capace di sviluppare framework interpretativi eterogenei e contestualizzati, utili a comprendere, nei diversi contesti, ciò che è realmente necessario e ciò che risulta maggiormente efficace. È fondamentale, ad esempio, distinguere i bisogni legati alla fragilità sociale, per definire percorsi di presa in carico che siano in grado di rispondere non solo al bisogno assistenziale, ma anche al supporto fisico, cognitivo e soprattutto psicologico.

Nel periodo post-Covid è cresciuta l'attenzione verso la salute mentale, un aspetto che tuttavia, nel settore dell'assistenza agli anziani, fatica ancora a essere pienamente riconosciuto nella sua importanza.Pertanto, l'anziano fragile può essere un comune denominatore su cui si articola un polinomio di dimensioni (economiche, sociali, di interazione socio-sanitaria e ricchezza del territorio, oltre che cultura geriatrica pronta ad affrontare il problema e la criticità di una società che invecchia)

Dalla multidisciplinarietà formale a quella reale

Un equivoco ricorrente nel dibattito sulla multidisciplinarietà riguarda il suo stesso scopo. In molti contesti, il lavoro multidisciplinare viene attivato per rispondere a un problema che emerge da un bisogno complesso, ma rischia di fermarsi alla sua descrizione. **La valutazione multidimensionale diventa così un esercizio di analisi approfondita**, capace di restituire un quadro ricco e articolato della situazione clinica, funzionale e sociale, senza però tradursi sempre in scelte operative realmente integrate. In questi casi, la multidisciplinarietà produce conoscenza sul problema, ma non necessariamente una risposta condivisa.

Affrontare la complessità della non autosufficienza richiede invece un passaggio ulteriore: dalla descrizione del bisogno all'**assunzione collettiva di responsabilità** nella sua gestione. La multidisciplinarietà trova il suo senso più pieno quando non si limita a elencare criticità, fragilità e rischi, ma diventa lo spazio in cui tali elementi vengono prioritizzati, negoziati e trasformati in decisioni concrete. È in questo intervallo tra "descrivere" e "prendere in carico" che si gioca la differenza tra una multidisciplinarietà formale e una realmente capace di incidere sulla vita delle persone e delle famiglie.

Nei servizi per la non autosufficienza, la multidisciplinarietà è spesso dichiarata ma non sempre praticata. Medici, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali, psicologi ed educatori possono essere formalmente coinvolti nello stesso percorso senza che esista una reale integrazione dei saperi e delle responsabilità.

Il rischio è quello di una presa in carico frammentata, in cui ciascun professionista opera all'interno del proprio ambito senza una visione condivisa degli obiettivi e, soprattutto, **senza che tali obiettivi siano allineati alle aspettative dei familiari, in un equilibrio spesso precario tra la consapevolezza dei limiti fisiologici del paziente fragile, la gestione dell'emotività (frequentemente carente per l'assenza di un adeguato supporto psicologico) e i vincoli organizzativi di una sanità pubblica in crisi.**

Le esperienze più strutturate mostrano invece che la multidisciplinarietà diventa efficace quando si traduce in processi concreti: valutazioni multidimensionali condivise, obiettivi di cura comuni, strumenti di comunicazione stabili e momenti di confronto strutturati. In questi casi, l'équipe non è la somma delle competenze, ma uno spazio di costruzione collettiva delle decisioni. Durante il workshop del Forum Non Autosufficienza intitolato "***Multidisciplinarietà e collaborazione interprofessionale a sostegno della fragilità e non autosufficienza in età geriatrica:****analisi di barriere, drivers, e requirements",* sono state condivise esperienze di professionisti provenienti da diverse realtà territoriali e interregionali. Dal confronto è emerso come, più che una reale multidisciplinarietà, nella pratica quotidiana si realizzi spesso una forma di multiconsulenzialità: ciascun professionista, pur con elevata competenza nel proprio ambito, valuta la persona anziana prevalentemente secondo la propria prospettiva disciplinare, senza che queste valutazioni confluiscano in una visione realmente integrata del percorso di cura.

Tuttavia, dall'analisi delle pratiche internazionali emergono alcuni modelli ricorrenti di multidisciplinarietà efficace. Nei servizi domiciliari più evoluti, l'integrazione si costruisce attorno a progetti personalizzati che tengono insieme aspetti clinici, funzionali e sociali, spesso con una figura di riferimento responsabile del coordinamento. In questi contesti, la comunicazione tra professionisti è continua e orientata all'adattamento del piano di cura nel tempo (Harrison et al., 2025). Altre esperienze significative si collocano nei modelli di comunità, dove la multidisciplinarietà si estende oltre il singolo servizio e coinvolge medicina generale, servizi sociali comunali, terzo settore e realtà di volontariato (Crocker et al. 2024; Bharmal et al. 2025). In questi casi, **il lavoro d'équipe non riguarda solo la gestione dei casi, ma anche la costruzione di reti di prossimità capaci di intercettare precocemente le fragilità e che non sono solo luoghi fisici di cura**.

Un ruolo rilevante è svolto anche da "*dispositivi"* sociali di cura e aggregazione, come gli Alzheimer Café, che integrano dimensioni sanitarie, sociali e relazionali. Queste esperienze offrono benefici concreti sia alle persone con disturbi cognitivi sia ai loro familiari, rappresentando spazi di supporto, condivisione e sollievo, capaci di intercettare bisogni che spesso rimangono inespressi nei percorsi formali di cura. Proprio per questo, gli Alzheimer Café rispondono in modo significativo a

molte delle cosiddette "*unmet needs*", soprattutto sul piano relazionale, emotivo e di orientamento. Tuttavia, non sono sostenuti in modo capillare sul territorio, rimanendo spesso iniziative isolate o legate alla volontà di singole realtà locali. Inoltre, l'accesso può risultare difficoltoso per le persone con limitazioni motorie e per i caregiver, a causa di ostacoli pratici come, ad esempio, la disponibilità di parcheggi o la distanza dalle sedi. In questa prospettiva, il loro sviluppo e una maggiore integrazione nella rete dei servizi territoriali e comunali rappresenterebbero un passaggio strategico per rendere il sistema di cura più accessibile, continuo e realmente centrato sui bisogni delle persone e delle famiglie.

BOX 2 – Multidisciplinarietà o multiconsulenzialità?
Comunemente ciò che viene spesso definito multidisciplinarietà si traduce in una collaborazione parallela: professionisti competenti valutano la stessa persona anziana secondo prospettive disciplinari distinte, senza una reale integrazione delle decisioni. La vera multidisciplinarietà richiede invece obiettivi condivisi, responsabilità chiare e un processo decisionale comune, capace di superare la semplice somma delle consulenze.

Il caregiver anziano: una fragilità spesso invisibile

Un elemento emerso con particolare forza riguarda il **profilo del caregiver**. Sempre più frequentemente, la persona che si prende cura dell'anziano non autosufficiente è a sua volta anziana, con limiti fisici, stanchezza accumulata e, talvolta, proprie condizioni di salute compromesse. Questo dato modifica radicalmente il perimetro della multidisciplinarietà: non si tratta più solo di rispondere ai bisogni della persona malata, ma di sostenere un intero sistema di cura fragile. In assenza di un approccio integrato, il carico assistenziale ricade quasi interamente sulla famiglia, con il rischio di esaurimento, isolamento e rotture improvvise dei percorsi di cura. È proprio in questi contesti che la mancanza di coordinamento tra professionisti diventa più evidente e più dannosa. Le criticità organizzative emerse nel confronto tra professionisti trovano conferma nelle parole di una caregiver anziana, moglie di una persona affetta da disturbo neurocognitivo.

La sua esperienza restituisce in modo concreto l'impatto della frammentazione delle cure nella vita quotidiana. **Uno spaccato della sua vita quotidiana mostra l'eroicità necessaria per affrontare le difficoltà quotidiane**, spesso segnate da episodi in cui è facile lasciarsi andare allo sconforto, come nelle situazioni di urgenza. In questi momenti, l'assenza di un coordinamento strutturato tra i servizi diventa particolarmente evidente e gravosa, soprattutto quando il caregiver è anziano. Ad esempio, il personale del 118, di fronte a un documento sanitario che segnala un quadro di "demenza", tende talvolta a evitare l'ospedalizzazione, senza che si attivi immediatamente un circuito di rete efficace ed efficiente. Non tutte le regioni dispongono di un sistema territoriale funzionante, ma tutte presentano criticità nell'adattarsi ai bisogni emergenti di una popolazione che invecchia con comorbilità fisiche e cognitive. Se da un lato il sistema ha sviluppato strumenti per gestire le cronicità, dall'altro manca un ascolto preventivo delle cosiddette "unmet needs" dei pazienti anziani altamente vulnerabili.

Accanto agli eventi acuti, **la fatica della cura si costruisce giorno dopo giorno**, attraverso una routine fatta di compiti ripetitivi e non delegabili, che raramente vengono intercettati dai servizi. Viceversa, quando la multidisciplinarietà si traduce in luoghi e pratiche concrete, capaci di **integrare le dimensioni sanitarie, sociali e relazionali**, i benefici diventano immediatamente percepibili anche per i familiari ed il supporto al caregiver non è solo una questione organizzativa, ma anche relazionale: sentirsi ascoltati e riconosciuti può fare una differenza significativa nella tenuta del percorso di cura.

La percezione del caregiver conferma quanto discusso nel workshop: la presenza di più professionisti non garantisce di per sé una presa in carico integrata, se manca una regia condivisa. In assenza di un referente chiaro e di un lavoro d'équipe strutturato, il compito di coordinare le cure viene spesso trasferito, di fatto, alla famiglia. Le richieste espresse dalla caregiver non riguardano interventi complessi, ma azioni semplici e continuative, capaci di ridurre il senso di isolamento e di riconoscere il caregiver come parte attiva del percorso. Nelle parole della caregiver emerge con forza il significato più profondo della multidisciplinarietà: **non solo integrazione di competenze, ma costruzione di sicurezza, orientamento e fiducia lungo un percorso incerto**.

Dietro le quinte della cura: ostacoli invisibili per gli anziani con disturbo neurocognitivo

Accanto alle buone pratiche, permangono nodi strutturali che ostacolano il percorso di cura di una persona anziana altamente vulnerabile. **La separazione tra ambito sanitario e assistenziale resta evidente, soprattutto negli ospedali, dove l'assistenza quotidiana risente della carenza di risorse.** Gestire un anziano con disturbi comportamentali secondo rigide logiche di minutaggio può portare facilmente e, impropriamente, alla conclusione che "l'anziano con disturbo cognitivo si cura meglio a casa". A questo si aggiunge una formazione spesso insufficiente sul lavoro interprofessionale: molti operatori sono preparati sul piano tecnico, ma meno capaci di prendere decisioni condivise, comunicare efficacemente con colleghi e caregiver, e lavorare davvero in team. Inoltre, sistemi informativi non integrati e non interoperabili rendono difficile condividere le informazioni, e il tempo dedicato al lavoro di équipe diviene spesso insufficiente perché assorbito da problemi tecnici dei sistemi informativi.

Un ulteriore elemento critico riguarda il modo in cui i servizi per i disturbi cognitivi sono percepiti da persone e famiglie. **I Centri Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) rappresentano un presidio fondamentale per diagnosi e inquadramento clinico**, ma, come emerge anche da alcune testimonianze, **possono diventare luoghi che generano disagio, imbarazzo e stigma**. Per molti caregiver, soprattutto nelle fasi iniziali del percorso, accedere a questi servizi può essere vissuto come un'etichettatura, un momento in cui la malattia diventa "pubblica", accentuando vergogna, paura e isolamento.

Questo vissuto non è marginale: può ritardare l'accesso alle cure, ridurre l'adesione ai percorsi proposti e aumentare il carico emotivo sui familiari. In un contesto sociale già fragile, dove le reti di supporto sono deboli e molti caregiver sono anziani, il rischio è che il servizio, pur essendo clinicamente appropriato, venga percepito come un ulteriore fattore di stress.

Da qui nasce l'esigenza di un cambio di paradigma: superare una narrazione centrata esclusivamente sul "disturbo" o sulla "demenza" e orientarsi verso un approccio più ampio, che promuova la salute del cervello (brain health), la prevenzione, il mantenimento delle capacità residue e la qualità della vita lungo tutto il corso dell'invecchiamento. Un paradigma di brain health permetterebbe di intercettare precocemente i bisogni, ridurre lo stigma associato alla diagnosi e favorire una presa in carico continua e meno traumatica, integrando le dimensioni cliniche, funzionali, psicologiche e sociali.

In questa prospettiva, **la multidisciplinarietà assume un significato più profondo**: non è solo risposta a una patologia già definita, ma accompagnamento nel tempo di persone e famiglie, all'interno di percorsi che favoriscano consapevolezza, orientamento e fiducia, invece di paura e ritiro.

BOX 3 – Il nodo informativo: da problema tecnico a problema clinico
Senza interoperabilità, non può esserci integrazione. La mancanza di sistemi informativi realmente condivisi non è solo una criticità tecnica, ma una criticità clinica e assistenziale: produce discontinuità, frammentazione delle responsabilità e trasferisce sulle famiglie il compito di collegare informazioni, decisioni e interventi.

Implicazioni operative per i servizi

Il passaggio da un modello centrato esclusivamente sui disturbi cognitivi a un approccio orientato alla *brain health* comporta alcune implicazioni operative rilevanti per l'organizzazione dei servizi e per il lavoro dei professionisti. In primo luogo, è necessario ripensare il ruolo dei Centri Disturbi Cognitivi non solo come luoghi di diagnosi, ma come **punti di accesso continuativi**, capaci di accompagnare persone e famiglie lungo l'intero percorso. Ciò significa affiancare alla valutazione clinica momenti strutturati di informazione, orientamento e ascolto, riducendo l'impatto emotivo della diagnosi e contrastando il rischio di stigma e ritiro. In secondo luogo, un approccio di *brain health* richiede di **anticipare la presa in carico**, intercettando fragilità cognitive, emotive e funzionali prima che si configurino quadri conclamati. Questo implica una maggiore

integrazione con la medicina generale, i servizi territoriali e le risorse di comunità, favorendo percorsi di monitoraggio, prevenzione secondaria e sostegno precoce ai caregiver. Un ulteriore aspetto operativo riguarda il **riconoscimento sistematico del caregiver**, in particolare quando è anziano. La valutazione della persona con disturbi cognitivi dovrebbe essere affiancata da una valutazione, anche sintetica, della tenuta fisica, psicologica e sociale di chi se ne prende cura, con la possibilità di attivare supporti mirati (colloqui, gruppi, interventi di sollievo). Questo passaggio richiede una reale collaborazione tra professionisti sanitari, assistenti sociali e servizi del territorio.

Dal punto di vista organizzativo, il cambio di paradigma sollecita l'introduzione di **figure di coordinamento** e di strumenti condivisi che facilitino la comunicazione tra i diversi attori coinvolti. Parlare di *brain health* significa infatti superare la logica della singola prestazione e costruire percorsi longitudinali, in cui le informazioni siano accessibili, aggiornate e condivise.

Infine, è necessario investire nella **formazione interprofessionale**, affinché i professionisti acquisiscano competenze non solo cliniche, ma anche comunicative e relazionali, utili a gestire l'incertezza, il carico emotivo delle famiglie e i processi decisionali condivisi. Solo in questo modo il cambio di linguaggio e di paradigma potrà tradursi in un cambiamento reale delle pratiche.

In questa prospettiva, l'orientamento alla *brain health* non rappresenta un semplice aggiornamento terminologico, ma una leva concreta per rafforzare la multidisciplinarietà, ridurre lo stigma e costruire servizi più accessibili, continui e realmente centrati sulle persone e sui loro contesti di vita.

La multidisciplinarietà tra fragilità del sistema e valore della cura

Negli ultimi anni, il profilo del caregiver è cambiato: sempre più spesso si tratta di parenti anziani. A noi professionisti il compito di non celare dietro la parola inglese la realtà che si tratta sempre di mogli o figli che vivono essi stessi delle fragilità. Al contempo, la società sta mutando, e il numero di anziani senza familiari di riferimento è in costante crescita, aumentando la complessità del sostegno necessario. In questo contesto, la multidisciplinarietà, quando è autentica, non semplifica il lavoro dei servizi, ma lo rende più complesso ed esigente. Proprio questa complessità la rende indispensabile di fronte alle sfide poste dalla non autosufficienza. Le esperienze a confronto mostrano che lavorare insieme non è soltanto un obiettivo organizzativo, ma una condizione necessaria per riconoscere e sostenere le fragilità delle persone anziane e dei loro caregiver.

La vera multidisciplinarietà crea valore: se ridotta a una multiprofessionalità inefficiente, genera frammentazione e trasferisce il carico sulle famiglie; se invece sostenuta da governance chiara, strumenti condivisi e responsabilità definite, migliora l'esperienza di cura, gli esiti clinici e la sostenibilità del sistema, rendendo più dignitoso affrontare le sfide della non autosufficienza.

BIBLIOGRAFIA

Bharmal S., Nelson M., Saragosa M. (2025), Volunteer-supported Care Transition Interventions for People Living with Dementia: A Secondary Analysis of a Scoping Review, in International Journal of Integrated Care, 25(2), pp. 1-13.

Cittadinanzattiva (2025), Rapporto civico sulla salute 2025, Cittadinanzattiva.

Crocker T.F., Lam N., Ensor J., Jordão M., Bajpai R., Bond M., Forster A., Riley R.D., Andre D., Brundle C., Ellwood A., Green J., Hale M., Morgan J., Patetsini E., Prescott M., Ramiz R., Todd O., Walford R., Gladman J., Clegg A. (2024), Community-based complex interventions to sustain independence in older people, stratified by frailty: a systematic review and network meta-analysis, in Health Technology Assessment, 28(48), pp. 1-194.

Inacio M.C., Harrison S., Schwabe J., Crotty M., Caughey G.E. (2025), Models of care across settings supporting ageing in place: a narrative review, in Medical Journal of Australia, 223(4), pp. 218-225.

OECD (2025), Towards a Structured and Systemic Integration of Home Care for the Non-Self-Sufficient in Italy, OECD Publishing, Paris.