

L'assistenza medica nelle strutture residenziali per anziani europee. Modelli, differenze e opzioni di policy: spunti per l'Italia

L'articolo analizza i modelli di assistenza medica nelle strutture residenziali per anziani in sette paesi europei, esplorando le implicazioni e le possibili opzioni di policy per il contesto italiano.

Di Franco Pesaresi (*NNA Network Non Autosufficienza; Asiquas*)

Un recente rapporto dell'*European Observatory on Health Systems and Policies* (Münchenberg, Rajan, Rechel, 2026), realizzato per OMS Europa, affronta un tema spesso trascurato nel dibattito sulla Long-Term Care (LTC): non tanto la componente assistenziale e alberghiera delle strutture residenziali per anziani, quanto **l'accesso dei loro ospiti ai servizi sanitari veri e propri – medicina di base, specialistica, professioni sanitarie ausiliarie**. Il rapporto confronta sette paesi europei (Inghilterra, Germania, Paesi Bassi, Norvegia, Polonia, Spagna e Svezia) e individua alcune opzioni di policy per rafforzare la qualità e l'equità di questi servizi. Questo articolo ne propone una sintesi, per poi trarre alcune considerazioni sull'impatto che l'adozione di questi modelli potrebbe avere in Italia.

Perché la questione è rilevante

Chi vive in una struttura residenziale (RSA, Residenza protetta, Casa residenza, centro servizi, ecc.) è, quasi per definizione, un paziente complesso: fragilità, multimorbilità, politerapia e deterioramento cognitivo sono la norma più che l'eccezione, **e la demenza è la causa più frequente di ammissione in tutta Europa**. Garantire un'assistenza sanitaria di qualità all'interno della struttura – e non solo assistenza di base e alberghiera – è ciò che permette di rallentare il declino funzionale, evitare ricoveri ospedalieri inappropriati e mantenere la miglior qualità di vita possibile. Il rapporto parte da una constatazione semplice ma spesso ignorata: il modo in cui l'assistenza medica viene organizzata all'interno delle strutture residenziali — chi è il medico responsabile, dove ha sede, come viene pagato — è una scelta di policy con conseguenze dirette sulla qualità delle cure, non un dettaglio amministrativo.

Come cambia il modello da paese a paese

Il primo elemento di variabilità riguarda la proprietà delle strutture: **in Germania e nei Paesi Bassi prevalgono operatori privati non profit; in Norvegia, Polonia e Svezia la maggioranza delle strutture residenziali è pubblica; in Spagna e Inghilterra prevale invece la proprietà privata a scopo di lucro**. Anche il modello di finanziamento dell'assistenza di lungo termine (LTC) richiama in genere quello sanitario generale, ma con una particolarità: la compartecipazione alla spesa dell'utenza pesa quasi sempre di più nella LTC che nella sanità corrente, ed è comune che i residenti nelle strutture

debbano contribuire ai costi in base al proprio reddito o patrimonio, salvo poi essere coperti dal welfare pubblico in caso di incapacienza.

Il secondo, e più significativo, elemento di variabilità riguarda il medico responsabile dell'assistenza. **Nella grande maggioranza dei paesi la medicina è affidata a medici di medicina generale (MMG) esterni, liberi professionisti o convenzionati, che dividono il proprio tempo fra lo studio privato e le visite in struttura:** il paziente può mantenere il medico che aveva prima del ricovero, oppure la struttura residenziale ha convenzioni con uno o più studi medici del territorio. Questo comporta, in alcuni paesi come la Germania, che una singola struttura sia seguita in media da nove medici diversi, ciascuno responsabile di una parte dei propri pazienti — una frammentazione che rende difficile un reale coordinamento clinico.

Tabella 1 – Il medico nelle strutture residenziali per anziani: Confronto sintetico fra sette paesi europei

Paese	Proprietà prevalente delle strutture residenziali	Medico responsabile	Modalità di pagamento del medico
Inghilterra	Privata for-profit (maggioranza)	MMG esterno, spesso convenzionato con la struttura residenziale	Contratto NHS standard (capitazione), talvolta incentivi aggiuntivi
Germania	Non profit (53%), for-profit (42%), pubblica (5%)	MMG esterno libero-professionista, scelto dal paziente	A prestazione (fee-for-service), con tetto di rimborso
Olanda	Non profit (circa 92%)	Medico di struttura specializzato (ECP), dipendente della struttura	Stipendio fisso, un medico (ECP) a tempo pieno ogni ~100 residenti
Norvegia	Pubblica (maggioranza)	MMG dipendente del comune (part-time in struttura residenziale)	Stipendio fisso regolato, indipendente dal numero di pazienti
Polonia	Pubblica non profit (prevalente)	MMG di riferimento, spesso esterno alla struttura residenziale	Capitazione o a prestazione, a seconda del contratto
Spagna	Privata (maggioranza), 23% pubblica	Medico del centro di salute pubblico o dipendente della struttura privata	Dipendente pubblico o libero-professionista, secondo la Regione
Svezia	Pubblica (maggioranza)	Medico del centro di cure primarie, in consulenza	Fornito dalla Regione su base di consulenza, visite settimanali fisse

Nota: con la capitazione il medico viene pagato in base al numero di pazienti che ha in cura, mentre con la prestazione viene pagato in base al numero di visite o cure che fa.

Fonte: ns. elaborazione da Münchenberg, Rajan, Rechel, 2026.

L'eccezione più interessante sono i **Paesi Bassi, dove esiste da tempo la figura del medico di struttura specializzato (Elderly Care Physician, ECP):** un professionista con una formazione specialistica triennale dedicata alla fragilità e alla multimorbilità, dipendente diretto della struttura, che segue in media un centinaio di residenti a tempo pieno. Il rapporto di Münchenberg *et al.* (2026) segnala che questo modello riduce la domanda di assistenza specialistica esterna, i ricoveri ospedalieri evitabili e migliora la soddisfazione dei residenti rispetto ai modelli basati su MMG esterni — a fronte, però, di un costo iniziale più elevato e di una sostenibilità economica reale solo nelle strutture di maggiori dimensioni. Un modello simile, seppur meno diffuso, esiste anche in alcune grandi strutture residenziali norvegesi.

Professionisti sanitari ausiliari e specialisti

Fisioterapisti, terapisti occupazionali, logopedisti, psicologi e assistenti sociali sono presenti, in un modo o nell'altro, in quasi tutte le strutture residenziali dei sette paesi. La differenza sostanziale è se siano dipendenti diretti della struttura — come accade quasi ovunque in Olanda — oppure liberi professionisti esterni che intervengono su prescrizione medica, come in Germania, dove solo un terzo delle strutture ha personale ausiliario assunto stabilmente. In generale queste prestazioni sono a carico del sistema sanitario pubblico se prescritte da un medico, ma con quote di compartecipazione da parte del residente (in Germania, ad esempio, il 10% del costo più un contributo fisso per ricetta).

Gli specialisti (psichiatri, neurologi, geriatri, dentisti) intervengono quasi ovunque su base consulenziale, non come personale di struttura, e la loro disponibilità è generalmente inferiore rispetto a quella dei medici di base, soprattutto per le prestazioni che richiedono attrezzature specifiche (odontoiatria, oculistica). In diversi paesi (Germania, Polonia, Norvegia) la domanda di visite psichiatriche e neurologiche nelle strutture residenziali risulta particolarmente elevata e non sempre soddisfatta.

Il ruolo del “gatekeeping”

Un tema trasversale del rapporto è il ruolo del medico di base come filtro (“gatekeeper”¹) verso le cure specialistiche. In Inghilterra e in Olanda questa funzione è forte: l'accesso allo specialista richiede in genere una richiesta del medico di base, che mantiene così un ruolo di coordinamento complessivo della cura. In Germania, al contrario, i residenti possono rivolgersi direttamente agli specialisti senza alcuna richiesta, con il rischio di una minore integrazione fra i diversi livelli di cura. In genere, una funzione di coordinamento chiara — a prescindere da chi la eserciti — è associata a una migliore continuità assistenziale.

Tabella 2 – Modelli di assistenza medica primaria nelle strutture residenziali: vantaggi e limiti

Modello	Vantaggi	Limiti
Il residente mantiene il proprio medico di base	Continuità relazionale con un medico già conosciuto dal paziente	Visite poco frequenti, scarsa copertura fuori orario, più medici diversi nella stessa struttura
Convenzione tra strutture residenziali e uno studio medico/centro di cure primarie	Migliore copertura oraria e continuità, un numero limitato di medici di riferimento	Richiede la disponibilità di uno studio associato nelle vicinanze in grado di garantire reperibilità
Medico inserito in un'équipe multidisciplinare della struttura residenziale	Migliore coordinamento, presa in carico più completa, maggiore qualità delle cure	Richiede organizzazione e risorse dedicate all'interno della struttura
Medico di struttura residenziale dedicato e dipendente (modello ECP olandese)	Il modello probabilmente migliore: cure di qualità più elevata, meno ricoveri ospedalieri evitabili, maggiore soddisfazione	Costo iniziale più alto; sostenibile solo nelle strutture di maggiori dimensioni

Fonte: ns. elaborazione da Münchenberg, Rajan, Rechel, 2026

L'impatto sull'Italia

In Italia questo tema riceve ancora poca attenzione sistematica: **non solo “quanta” assistenza sanitaria viene erogata**

nelle RSA, ma “come” è organizzata, chi ne è responsabile e con quali incentivi. L'evidenza sull'efficacia comparata dei diversi modelli resta limitata: il confronto fra paesi ha più valore come mappa delle opzioni possibili che come prova di superiorità di un modello sull'altro, con la parziale eccezione del modello ECP olandese, per cui esistono indicazioni più solide di minori ricoveri evitabili e maggiore soddisfazione.

Trasferire le tendenze europee descritte al contesto italiano richiede innanzitutto una constatazione: **il sistema italiano condivide molti dei problemi di fondo degli altri Paesi, ma parte da una posizione organizzativa più debole su alcuni aspetti chiave**. In Italia le strutture residenziali sono di competenza regionale, con un mix di gestori pubblici, non profit e privati for-profit la cui composizione varia moltissimo da Regione a Regione, così come i requisiti minimi di personale sanitario. Non esiste, a livello nazionale, un modello unico di riferimento per l'assistenza medica al loro interno. In Italia, il modello prevalente nelle strutture residenziali è quello del medico di medicina generale esterno che continua a seguire il proprio assistito, oppure di un medico di struttura convenzionato part-time. Questo comporta, come nei paesi analizzati, una copertura oraria limitata e difficoltà di reperibilità.

Le indicazioni coerenti e possibili per il futuro sono dunque le seguenti:

- **Il modello ECP come orizzonte, non come ricetta immediata:** l'introduzione di un medico di RSA/struttura residenziale dipendente e specializzato sul modello olandese richiederebbe in Italia, oltre a nuovi medici, delle risorse dedicate che la maggior parte delle strutture, specie quelle di piccole e medie dimensioni molto diffuse nel nostro paese, difficilmente potrebbe sostenere. È un obiettivo di medio periodo più che una riforma a costo zero e che richiede un intervento economico delle regioni, ma il rapporto dell'OMS Europa suggerisce che il maggior costo iniziale tende a ripagarsi in minori ricoveri ospedalieri evitabili.
- Più realistico nel breve periodo è il modello intermedio: convenzioni strutturate tra la struttura residenziale e uno o più studi di medicina generale associata o con le Case della Comunità previste dal DM 77/2022, che garantiscano continuità, reperibilità e un numero limitato di medici di riferimento per struttura, senza richiedere l'assunzione diretta di personale medico.
- **Professioni sanitarie ausiliarie:** come in Germania, anche in Italia gran parte delle prestazioni di fisioterapia, logopedia e nutrizione nelle strutture residenziali per anziani è erogata da liberi professionisti esterni su prescrizione, con una disponibilità molto disomogenea tra territori. Rendere più sistematica la presenza di queste figure, magari legandola a standard minimi regionali oggi molto diseguali, ridurrebbe una delle principali fonti di variabilità nella qualità delle cure.
- **Trasparenza e governance:** vale l'indicazione di rendere esplicite le scelte organizzative sull'assistenza sanitaria nelle strutture residenziali per anziani — oggi in Italia in buona parte implicite o lasciate alla contrattazione locale tra Regione, ASL e singola struttura — e di dotarsi di indicatori pubblici di qualità (frequenza delle visite mediche, tasso di ricoveri evitabili, disponibilità di specialisti) confrontabili tra Regioni.
- **Investire in meccanismi di integrazione e di transizione fra setting di cura,** per evitare che il passaggio dall'ospedale alle strutture residenziali (e viceversa) comporti perdita di informazioni cliniche o interruzioni terapeutiche; e infine decidere consapevolmente se i residenti delle strutture residenziali debbano seguire gli stessi percorsi di accesso della popolazione generale oppure percorsi dedicati e più rapidi, vista la loro fragilità.

In sintesi, **il panorama europeo conferma che i problemi italiani in questo campo non sono un'anomalia nazionale, ma una versione spesso più marcata di sfide comuni a tutta Europa**. Questo è, al tempo stesso, un motivo di preoccupazione — perché la frammentazione e la scarsa programmazione regionale rischiano di lasciare l'Italia nella fascia bassa del confronto europeo — e un'opportunità, perché le soluzioni intermedie già sperimentate altrove (convenzioni strutturate, équipe multidisciplinari, standard minimi di personale) non richiedono di reinventare un modello, ma di applicare

con maggiore coerenza e uniformità strumenti che altri paesi hanno già messo alla prova.

BIBLIOGRAFIA

Münchenberg PS., Rajan D., Rechel B. (2026), *Provision of health services to nursing home residents: policy options for Europe*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe.