

PER UN MODELLO DI SERVIZIO SOCIO-SANITARIO NAZIONALE EUROPEO: LA S DI SOCIALE

Livio Garattini, Paola De Compadri, Alessandro Nobili

Dopo avere ipotizzato una filosofia razionale per la gestione di una rete ideale di servizi sanitari nell'ambito di un nuovo modello di Servizio Socio-Sanitario Nazionale (SSSN),¹ l'ultimo passo per completare la nostra breve serie di note metodologiche sulla sua organizzazione è quello di fornire suggerimenti sui servizi sociali che dovrebbero essere disponibili per prendersi cura del numero crescente di anziani affetti da multi morbidità e fragilità. Trattasi al momento attuale della sfida principale per tutti i sistemi sanitari Europei, a prescindere dalle differenze nelle caratteristiche istituzionali dei sistemi sanitari dei singoli paesi. Infatti, una maggiore longevità conduce a una più elevata diffusione delle condizioni correlate all'invecchiamento come malattie croniche, comorbidità e sindromi geriatriche, che costituiscono una sfida assai rilevante per i sistemi sanitari e sociali. Le patologie croniche in Europa sono responsabili dell'86% di tutti i decessi, con un costo annuale pari a circa 700 miliardi di euro.² A causa dell'accresciuta diffusione di condizioni croniche correlate all'età, multimorbidità e politerapie sono diventate condizioni assai diffuse nell'ambito della popolazione anziana e sono oramai responsabili di oltre il 60% del consumo di risorse e prestazioni sanitarie.³ Tutte queste condizioni risultano fattori di rischio per la fragilità, una sindrome caratterizzata da una riduzione delle riserve fisiologiche e dalla perdita di resistenza ai fattori di stress causata dai deficit legati all'invecchiamento. Essendo associata a molti

eventi sanitari negativi quali cadute, ospedalizzazioni, disabilità, difficoltà cognitive, bassa qualità della vita e morte, la fragilità rappresenta un grande problema di salute pubblica a causa delle conseguenze cliniche, sociali, relazionali e della loro natura progressiva, che non colpiscono solamente gli individui, ma anche le loro famiglie e in ultima analisi la società nel suo complesso. Al fine di ridurre il carico sanitario indotto dalle malattie croniche e dalle fragilità, sono necessari modelli di assistenza che integrino in modo concreto anche i servizi sociali. In base alle linee guida dell'OMS, l'assistenza integrata dei servizi sanitari e sociali a livello territoriale per le persone più anziane può prevenire, rallentare, o addirittura invertire il declino della maggior parte della popolazione più vulnerabile, caratterizzata da ridotte capacità fisiche e mentali.⁴ Appare quindi necessario passare dal modello tradizionale di cura della malattia, incentrato sulla singola patologia e caratterizzato da un approccio prevalentemente biomedico ai problemi sanitari, al modello di cura della cronicità, che prevede una presa in carico globale e multidisciplinare del paziente anziano e dei suoi bisogni di cura e assistenza, promuovendo la cooperazione e l'integrazione fra assistenza sociale e sanitaria.

Partendo dal lato della domanda, vale la pena ancora sottolineare che l'invecchiamento delle popolazioni comporta un numero crescente di disturbi cronici e comorbilità che necessitano della collaborazione fra erogatori di servizi sociali e sanitari, con l'obiettivo di prestare cure nel modo più efficace ed efficiente possibile.⁵ Al giorno d'oggi i c.d. "giovani anziani" (65-80 anni) forniscono oramai un'ampia porzione di cure non solo ai loro nipoti, ma anche ai loro genitori ("grandi anziani", età > 80 anni) in molti paesi Europei. In particolare, dovrebbero essere attentamente considerate le disuguaglianze socio-economiche fra i cittadini, dal momento che le persone a basso reddito e con scarso livello d'istruzione, che hanno iniziato a lavorare in giovane età, vanno incontro a un'aspettativa e qualità di vita inferiori rispetto ai soggetti a alto reddito e con livelli superiori di istruzione; inoltre, in ultima analisi, presentano anche uno stato di salute peggiore. Tali differenze fra strati sociali della popolazione portano addirittura a ipotizzare che la differenziazione dell'età di pensionamento fra i diversi gruppi socio-economici possa divenire una scelta quasi obbligata nel lungo periodo.⁵ Inoltre, la

popolazione in crescita di anziani affetti da disturbi mentali cronici quali demenza, ansia e depressione, prevalentemente sofferti in tarda età e associati a minore qualità della vita, richiede più cure e maggiore supervisione rispetto a quella delle persone anziane affette da altre patologie organiche di lungo termine.⁶ Essendo la prima tipologia di persone assai frequentemente restia ad accettare spontaneamente il supporto esterno anche da parte di amici e parenti, ricevere affetto rappresenta un'ulteriore sfida per questi potenziali utenti di servizi socio-sanitari, che necessitano di un volume vieppiù crescente di cure informali.⁷ In pratica, lo sviluppo di un senso di appartenenza a una rete sociale e relazionale dovrebbe incoraggiarli ad assumere comportamenti orientati a cercare aiuto dall'esterno.⁶

Passando al lato dell'offerta, l'assistenza sociale per persone anziane con rilevanti bisogni sanitari è principalmente erogata tramite assistenza domiciliare e servizi diurni di cura (c.d. centri diurni), oppure collocandole in strutture residenziali (c.d. case di riposo). Oggigiorno l'assistenza domiciliare e quella diurna richiedono una vasta gamma di servizi da rendere pienamente disponibili a livello territoriale, con una forte componente socio-assistenziale. In buona sostanza, l'assistenza sociale include la fornitura di servizi pratici alla persona per soddisfare i bisogni primari delle persone anziane (cibo, igiene personale, indumenti, ecc.). In aggiunta, gli adulti più anziani che vivono da soli hanno bisogno di avvertire la sensazione di appartenere a una comunità per ridurre il proprio senso di solitudine, attraverso attività sociali svolte a domicilio o in comunità nei centri diurni. Il coinvolgimento in attività sociali, quali momenti di svago (film, commedie, concerti, ecc.), ma anche di vita quotidiana associata a relazioni interpersonali a sfondo culturale (ad es. conferenze e club), dovrebbe contribuire a non far sentire soli i soggetti più anziani e isolati, migliorandone la qualità della vita e ritardandone il decadimento cognitivo. Dal momento che esistono solide evidenze sulla resistenza alle cure manifestata dai pazienti fragili,⁸ indotta dalla paura di perdere la propria indipendenza, gli operatori sociali devono essere pienamente consapevoli del fatto che accettare le cure sociali rappresenta un evento di grande rilievo nella vita delle persone più anziane e che la presenza di disturbi mentali e cognitivi amplifica ulteriormente ciò che già di per sé per loro costituisce una sfida impegnativa.⁹ Di

conseguenza, i familiari delle persone più anziane devono essere il più possibile coinvolti nel prendere decisioni personalizzate in materia di assistenza sociale per i propri cari e i loro suggerimenti dovrebbero essere sempre attentamente valutati.¹⁰ A livello ideale, un'assistenza sociale centrata sulla persona implica che gli utenti stessi si sentano parte attiva e decisori (piuttosto che meri e passivi esecutori) delle strategie messe in atto per opporsi alla narrativa del decadimento fisico.⁸ Anche le c.d. bugie terapeutiche potrebbero essere positivamente sfruttate da parte degli operatori sociali per limitare il più possibile i mali più facilmente evitabili, specialmente nel caso dei soggetti che soffrono di demenza. In ultima analisi, va sottolineato che dovrebbe essere esclusa a priori nell'ambito dell'assistenza sociale un'unica e esclusiva modalità di approccio valida per qualsiasi soggetto anziano; inoltre, sarebbe quanto mai auspicabile rendere obbligatorio un percorso formativo mirato per tutti gli operatori sociali, che offra loro anche una guida sotto il profilo etico (deliberato utilizzo di falsità a fin di bene incluse).⁸

Sebbene le caratteristiche delle strutture residenziali varino notevolmente fra i paesi Europei, tuttavia esse possono essere a grandi linee classificate in due gruppi: case di riposo con o senza infermieri dipendenti a tempo pieno. Sebbene tutte le case di riposo offrano in qualche misura sia servizi sociali che sanitari (cibo, alloggio e somministrazione di medicine), il loro staff è comunque prevalentemente composto da operatori socio-assistenziali.¹¹ Mentre i residenti delle case di riposo prive di infermieri dipendenti dovrebbero essere malati meno gravemente in linea di massima, d'altro canto ci si aspetta che in quelle dotate di infermieri a tempo pieno siano meglio controllati gli eventuali accessi ai pronto soccorso e le ospedalizzazioni dei residenti.¹² Tradizionalmente le case di riposo rappresentano un'opzione considerata più praticabile nelle nazioni europee nord-occidentali, mentre vengono valutate come un'opzione sostanzialmente residuale nei paesi del Sud-Est Europa, limitata agli adulti più anziani (e sfortunati) privi di familiari disponibili a fornire cure informali ai propri cari.¹³ In generale, le cure palliative e sociali sembrano essere i principali punti di debolezza delle case di riposo in quasi tutte le nazioni europee.¹⁴

Riassumendo, condividiamo pienamente l'opinione che l'assistenza domiciliare e diurna territoriale dovrebbe essere privilegiata rispetto a quella residenziale nelle case di

riposo,⁵ al fine di dare la possibilità alle persone più anziane di rimanere nelle proprie abitazioni e nel proprio contesto sociale il più a lungo possibile, fornendo un supporto anche ai parenti prossimi, ma senza mettere a repentaglio la salute e/o lo status economico di questi ultimi. Sebbene ad oggi assente formalmente in qualsiasi genere di normativa UE, questa è la strategia prevalente adottata nei paesi più avanzati dell'Europa Occidentale, dove ci si aspetta che siano solamente gli adulti più anziani e fragili che vivono da soli a risiedere per il minor tempo possibile in una casa di riposo prima di morire.⁷ Tuttavia, al fine di permettere alle persone più anziane di invecchiare nelle proprie abitazioni evitando loro una diversa collocazione residenziale di lungo termine, è necessario disporre di operatori con competenze multidisciplinari per erogare cure domiciliari e diurne complete e ben organizzate, in modo tale da poter aumentare la possibilità che i soggetti più anziani trascorrono gli anni di vita restanti in buona salute. Indubbiamente, la necessità di cure sociali e sanitarie integrate in comunità è diventata sempre più una priorità per garantire la continuità e la qualità delle cure in questa era caratterizzata da oneri crescenti per le patologie croniche di lungo termine associate a livelli elevati di disabilità (disordini mentali inclusi). Pertanto, con l'obiettivo di superare qualsiasi tipo di barriera strutturale, legale e finanziaria che ostacoli il coordinamento dei servizi per le persone che necessitano di forme molteplici di assistenza, tutti i servizi sanitari e sociali dovrebbero essere ubicati nelle stesse sedi lavorative a livello territoriale, al posto di aumentarne separatamente il numero, col fine ultimo di favorire l'integrazione sociale dei casi più isolati e gravi.¹⁵ Una via potenzialmente efficace da esplorare potrebbe essere anche quella di sfruttare maggiormente le opportunità offerte dalla telemedicina, a patto però di non penalizzare le persone più anziane dotate di scarsa o nulla conoscenza di internet. Inoltre, la rotazione lavorativa degli operatori socio-assistenziali fra servizi territoriali e case di riposo dovrebbe essere il più possibile incoraggiata al fine di favorire ulteriormente l'integrazione e allo stesso tempo limitare gli aspetti negativi della professione quali sconforto e burnout, soprattutto per la forza lavoro che opera esclusivamente nelle case di riposo. Infine, va ricordato che le cure domiciliari e diurne sono logicamente assai meno costose rispetto alle strutture residenziali a lungo termine,⁵ a maggior ragione rispetto a quelle dotate di personale infermieristico dipendente, che sono comunque le

strutture più indicate per ospitare le persone più anziane e dovrebbero essere privilegiate nel nostro modello di SSSN (a prescindere dai loro costi più elevati rispetto all'altra tipologia di case di riposo) come opzione complementare alle cure in comunità. In ultima analisi, investire in assistenza territoriale dovrebbe aumentare l'efficienza complessiva dei sistemi Europei di welfare, oltre a consentire di gestire in modo migliore i bisogni delle popolazioni che invecchiano a prescindere dagli inevitabili incrementi di spesa pubblica indotti dall'invecchiamento stesso.

Concludendo siamo fermamente convinti che un modello di SSSN Europeo debba ispirarsi a una completa integrazione fra servizi sanitari e socio-assistenziali, nei limiti del possibile tutti ubicati nelle stesse strutture a livello territoriale. Piuttosto che costringere i soggetti più anziani e i loro familiari a spostarsi da una struttura all'altra, le cure sanitarie e (psico)sociali dovrebbero essere disegnate attorno agli individui, in una più ampia prospettiva sociale caratterizzata da una maggior attenzione alle fasi finali della vita e supportata al meglio da operatori socio-assistenziali con formazione multidisciplinare. A lungo andare, questo approccio olistico dovrebbe condurre a una competenza collettiva di gran lunga superiore alla semplice somma delle parti dei vari servizi erogati.

BIBLIOGRAFIA

1. Garattini L, Badinella Martini M, De Compadri P, Nobili A. Per un modello europeo di servizio socio-sanitario nazionale: una filosofia razionale da diffondere nelle organizzazioni sanitarie. 9/2023. <https://www.marionegri.it/centro-studi-di-politica-e-programmazione-socio-sanitaria>. Ultimo accesso 15 Dicembre 2023.
2. Eurostat. Ageing Europe—Looking at the Lives of Older People in EU; European Commission: Luxembourg, 2019.
3. AIFA. L'uso dei farmaci nella popolazione anziana in Italia. Rapporto 2019. <https://www.aifa.gov.it/-/l-uso-dei-farmaci-nella-popolazione-anziana-in-italia-2019>. Ultimo accesso 18 Dicembre 2023.
4. WHO, Ageing and health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. Ultimo accesso 15 Dicembre 2023.
5. Rechel B, Grundy E, Robine JM, et al. Ageing in the European Union. *Lancet*. 2013;381(9874):1312-22.
6. Bretherton SJ. The Influence of Social Support, Help-Seeking Attitudes and Help-Seeking Intentions on Older Australians' use of Mental Health Services for Depression and Anxiety Symptoms. *Int J Aging Hum Dev*. 2022;95(3):308-25.
7. Sørbye LW, Sverdrup S, Pay BB. Should frail older adults be in long-term care facilities? *J Multidiscip Healthc*. 2018;11:99-107.
8. Wilberforce M, Newbould L, Tucker S, Mitchell W, Niman D. Maximising the engagement of older people with mental health needs and dementia with social care. *Health Soc Care Community*. 2022;30(6):e6467-e6474.
9. Newbould L, Tucker S, Wilberforce M. Enabling older people with mental health needs to engage with community social care: A scoping review to inform a theory of change. *Health Soc Care Community*. 2022;30(4):1286-306.
10. Craig TJ. Social care: an essential aspect of mental health rehabilitation services. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019;28(1):4-8.
11. Penneau A. Do mobile hospital teams in residential aged care facilities increase health care efficiency: an evaluation of French residential care policy. *Eur J Health Econ*. 2023;24(6):923-37.
12. Lloyd T, Conti S, Santos F, Steventon A. Effect on secondary care of providing enhanced support to residential and nursing home residents: a subgroup analysis of a retrospective matched cohort study. *BMJ Qual Saf*. 2019;28(7):534-6.
13. Stolz E, Mayerl H, Rásky É, Freidl W. Individual and country-level determinants of nursing home admission in the last year of life in Europe. *PLoS One*. 2019;14(3):e0213787.
14. Honinx E, Van den Block L, Piers R, et al.; PACE. Large differences in the organization of palliative care in nursing homes in six European countries: findings from the PACE cross-sectional study. *BMC Palliat Care*. 2021;20(1):131.
15. Grard A, Nicaise P, Smith P, Lorant V. Use of generic social services and social integration of patients with a severe mental illness in Belgium: Individual and services network determinants. *Int J Soc Psychiatry*. 2022;68(5):1090-9.



"Per approfondire o commentare questo articolo scrivete a cs@marionegri.it invieremo le vostre considerazioni agli autori per una eventuale risposta e pubblicheremo sul sito gli interventi più interessanti".