RELAZIONE DI UNO STUDENTE

Durante l’esperienza di Bibbiano sono venuto in contatto con numerose persone coinvolte nella gestione dell’assistenza territoriale.

Cercando di mantenere un ordine cronologico, durante la visita al centro diurno ho potuto assistere innanzitutto alle attività gestite dalle OSS.

Le Operatrici Socio Sanitarie si occupano, come dice il nome stesso, degli aspetti socio-sanitari della gestione dei pazienti a livello del territorio.

In particolare, ho avuto modo di vedere da vicino, in questa piccola realtà, cosa questo significhi in termini pratici. Il loro compito all’interno del centro consiste nell’organizzare e gestire le attività più diverse (che possono andare dalle attività ricreative, all’igiene, ai vari pasti) coordinandosi con altre figure professionali, come  personale sanitario specializzato (ad esempio  fisioterapisti) oppure altre figure non propriamente specifiche del settore (ad esempio parrucchieri, addetti alla refezione, volontari esperti nell’ambito delle varie attività proposte, dal giardinaggio ai corsi di cucito).

Mi è sembrato, in particolare, che proprio sulle OSS gravasse la maggior parte delle attività organizzative del centro, aspetto che quindi garantisce a queste persone un ruolo chiave per quanto riguarda la realizzazione del PAI. Inoltre, se da un lato lo stesso centro diurno costituisce uno strumento molto importante per questo scopo, anche le prestazioni erogate direttamente al domicilio degli assistiti (magari con affiancamento di infermieri e MMG) testimoniano l’importanza di queste figure professionali, aspetto che tuttavia non ho avuto modo di vedere da vicino.

Infine, l’avere in carico un numero così elevato di persone contemporaneamente, con tutte le difficoltà cliniche di ciascun caso, sicuramente comporta responsabilità elevate.

**Pertanto ho avuto modo di riflettere su alcuni degli aspetti relativi a questa professione che, altrimenti, avrei sicuramente sottovalutato per quanto riguarda la complessità, non avendo mai avuto occasione prima di allora di confrontarmi con queste persone.**

Un'altra figura che ho avuto modo di incontrare, anche se di sfuggita, sono gli operatori addetti al servizio di trasporto. Confesso di non ricordare bene quanta parte dei costi fosse a carico delle famiglie e quanta venisse invece garantita dal Comune, ma argomenti economici a parte penso che un servizio del genere sia fondamentale. Da un lato infatti si riesce a garantire che gli anziani in difficoltà non rimangano isolati nelle proprie case (inoltre il più delle volte alla distanza abitazione-centro diurno si sommano vere e proprie difficoltà motorie). Dall’altro lato è possibile aiutare le famiglie sollevandole da un compito piuttosto impegnativo: possono insorgere infatti le difficoltà più varie, dagli impegni lavorativi in contrasto con gli orari del centro, alle difficoltà intrinseche del mobilizzare, come detto prima, ad esempio un signore o una signora in carrozina.

Per questi motivi, credo quindi che anche queste persone ricoprano un ruolo molto importante nella realizzazione del PAI.

Sempre all’interno del centro diurno sono venuto in contatto con un'altra figura importantissima dell’equipe multi professionale: gli anziani stessi.

Da assistiti (e già di per sé il ruolo dell’assistito è parte integrante e attiva dell’equipe), alcuni di essi diventano veri e propri “professionisti”: mi riferisco ai volontari che collaborano mettendo a disposizione le proprie competenze per quanto riguarda  l’organizzazione di attività ricreative come corsi di cucito o giardinaggio.

In seguito ho avuto modo di vedere da vicino alcuni dei compiti del MMG per quanto riguarda l’assistenza sanitaria territoriale. Insieme alla D.ssa Bianconi ci siamo recati dapprima in una CRA per visitare una paziente con sospetta coxartrosi, in seguito ci siamo recati al domicilio di un paziente per effettuare un esame obbiettivo e controllare l’andamento della terapia.

**Penso che queste due esperienze siano particolarmente significative per quanto riguarda il concetto di “medico del territorio”.**

Se prima ero abituato all’idea del classico medico di famiglia, con il proprio ambulatorio e che riceveva i pazienti che vi si recavano, ho avuto modo di vedere come questa professione possa in realtà comportare tutta una serie di caratteristiche quanto meno “sedentarie” possibili.

Credo infatti che uno degli aspetti più importanti nella realizzazione del PAI sia la necessità  di portare l’assistenza sanitaria direttamente a casa del paziente. E questa caratteristica (seppur condivisa da altre figure professionali dell’equipe, come ad esempio infermieri e OSS) è uno degli elementi fondamentali di un buon MMG.

**Il Piano Assistenziale Individualizzato, infatti, deve essere incentrato sul paziente in tutta la sua complessità, e ovviamente una delle difficoltà maggiori dei pazienti è proprio quella di recarsi nei luoghi dove poter ricevere assistenza sanitaria.**

Inoltre, devo dire che ho avuto modo di ridimensionare anche alcune delle aspettative che avevo per quanto riguarda i compiti del MMG relativi alla gestione del paziente.

Se da un lato svolge un ruolo chiave nell’impostazione, nella gestione e nel monitoraggio domiciliare della terapia, molti degli aspetti più pratici sono in realtà a carico di infermiere, OSS o collaboratrici famigliari, come ad esempio la somministrazione vera e propria della terapia, o il mantenimento di una corretta igiene. Questa sorta di “alleggerimento”del lavoro del medico consente quindi di ampliare la propria disponibilità ad un numero maggiore di pazienti.

Quindi, siccome il numero di medici sul territorio è limitato (ma questo ovviamente riguarda anche tutte le altre figure professionali), questa suddivisione di compiti consente di somministrare un buon servizio a un numero quanto più elevato possibile di persone.

Infine l’ultima figura con cui sono entrato in contatto è quella della collaboratrice famigliare.

Questa figura professionale entra in gioco quando il carico assistenziale che grava sui famigliari è troppo elevato. Spesso, purtroppo o per fortuna, è una delle figure che acquista maggiore importanza nell’assistenza domiciliare, in quanto è una delle persone che trascorre più tempo con il paziente quando i famigliari, o per necessità o per disinteresse, non riescono a garantire un adeguata vicinanza a queste persone. Tralasciando tutte le varie mansioni a cui deve adempiere per svolgere il proprio lavoro, penso che sia proprio l’aspetto umano quello più importante: la “badante” non deve avere solamente il ruolo di impiegata, ma dovrebbe instaurarsi un vero e proprio rapporto di amicizia, maggiore di quello che si instaurerebbe con le altre figure con cui entra in contatto il paziente.

**A questo proposito, infatti, ho notato un aspetto comune nella relazione tra l’equipe e gli assistiti: tutti i professionisti erano  persone note.**

**Venivano chiamati per nome, non erano semplicemente “l’infermiere” o “la OSS” o “il medico”.**

Questa secondo me è una delle testimonianze migliori del rapporto di fiducia (requisito fondamentale del PAI) che può instaurarsi tra il paziente e le varie figure professionali, e la capacità di stabilire tale rapporto deve essere caratteristica comune di tutte le persone che decidono di far parte dell’equipe.

**Alla luce di quanto visto, seppur poco rispetto a quanto servirebbe realmente per comprendere appieno tutte le complessità di gestione dell’assistenza socio-sanitaria sul territorio, ho potuto riflettere su alcuni punti chiave del lavoro di equipe.**

Innanzitutto ritengo che sia necessario un grande **lavoro di pianificazione**, per poter conoscere e gestire al meglio le risorse, sia umane che materiali, del territorio.

Occorre sicuramente riuscire ad organizzare nel modo migliore ogni singolo aspetto delle varie attività assistenziali, soprattutto tramite un lavoro di suddivisione efficace dei vari compiti, in modo tale da garantire che **ciascuna figura professionale eserciti il ruolo che più gli compete senza sovraccaricare le altre**. Tra l’altro, come detto prima, questo consente di estendere il servizio a un numero maggiore di persone, senza che ne pecchi il risultato finale.

Credo infatti che sia di fondamentale importanza il **rispetto e la valorizzazione delle competenze altrui**, in modo da ottimizzare quella che è la “resa” del lavoro.

Un lavoro che deve essere di gruppo, senza che ci sia qualcuno che domini gli altri.

**È necessario quindi superare in qualche modo il sistema gerarchico che, per arroganza, ammetto di essere sempre stato abituato a pensare: sistema che vede a capo il medico e al di sotto tutto il resto dei professionisti, come se fossero dei “mezzi” per raggiungere lo scopo dell’assistenza al paziente in quanto malato.**Serve quindi una “leadership globale” che permetta a ciascun membro dell’equipe di far valere le proprie opinioni e le proprie competenze.

E soprattutto occorre ribadire il fatto che **ciascuna figura è fondamentale, e che senza di essa il sistema così costruito ne risentirebbe.**

 Penso inoltre che per fare questo sia necessaria una comunicazione capillare tra le varie componenti, che deve avvenire in un rapporto quasi di amicizia, e non concorrenziale.

Tutto questo per non perdere di vista il vero **obbiettivo dell’assistenza multi professionale, ovvero il paziente, non in quanto malato ma in quanto persona**.

E il paziente-persona, forse, è l’unico che può avere un po’ più diritto di parola rispetto agli altri, poichè è colui che soffre e che riceve il servizio. E il PAI, essendo un Piano Assistenziale Individualizzato, deve essere assemblato sulla base soprattutto delle sue necessità e delle sue difficoltà, assicurandogli quindi il posto in cima alla “piramide gerarchica” delle leadership, lontano quindi dal ruolo passivo che avrebbe come paziente-malato.

D’altra parte esiste il detto “Il cliente ha sempre ragione”, e credo che qualcosa del genere (in modo molto più sfumato) valga anche in ambito di assistenza sanitaria.

Proprio il paziente, quindi, può servire da “collante” nel lavoro di equipe.

Durante questo breve percorso ho avuto modo anche di riflettere su particolari aspetti che, ad un analisi teorica come quella fatta a lezione, sicuramente non hanno suscitato in me particolari pensieri come invece poi è successo passando alla pratica.

**Innanzitutto ho potuto constatare di persona cosa significhi mettere al centro del proprio lavoro la salute di una persona. Salute che a lezione ci è stato spiegato più volte di consistere nel completo benessere psico-sociale, non solo nell’assenza di malattia. Con questa esperienza ho potuto quindi vedere tutte le varie declinazioni di questa definizione**.

A partire ad esempio dal rapporto di fiducia e quasi di amicizia che si instaura tra il paziente e tutta l’equipe, che rende così possibile la creazione di un ambiente famigliare, anche al di fuori della “famiglia biologica” in senso stretto.

E a mio avviso questo clima di famigliarità è proprio la componente principale per avere una buona riuscita del PAI: non solo permette al paziente di affrontare con più serenità la propria (molto spesso le proprie) patologie, ma gli permette anche di non rimanere isolato e trovare sempre il conforto o la compagnia di qualcun altro.

In questo modo quindi il paziente riesce a interagire con un ampia cerchia di persone, non solo con l’equipe, ma anche con altre persone conosciute, ad esempio, all’interno del centro diurno.

E questo credo che sia importante soprattutto durante quei momenti della giornata in cui i famigliari non possono essere presenti: la costruzione di una rete affettiva permette quindi al paziente di fuggire in qualche modo dal clima di isolamento che vivrebbe se rimanesse in casa da solo.

A questo proposito mi ha colpito molto il comportamento di una delle OSS presenti quella mattina al centro, la sentii raccontare ad alcune anziane di qualche episodio recente riguardante suo figlio piccolo.

Subito non diedi molta importanza a quei racconti, ma ripensandoci si tratta proprio di una delle testimonianze migliori di quanto detto prima: la donna aveva costruito un rapporto di amicizia “tra pari” con le signore del centro.

Posso prendere questo esempio anche come spunto di autocritica in quanto, personalmente, penso che avrei trovato parecchie difficoltà nel relazionarmi in quel modo con i frequentatori del centro.

Ma suppongo anche che tutto questo non nasca dal nulla, e che sia necessario tempo e pratica per riuscire a relazionarsi al meglio con i pazienti, pertanto mi auguro di avere occasione di “esercitarmi” adeguatamente, a prescindere dalla strada che deciderò di intraprendere in futuro.

Un altro aspetto che mi ha incuriosito sono state le attività proposte dal centro diurno.

Mi sono state illustrate nel dettaglio due attività, il corso di cucito e quello di giardinaggio: si tratta di attività designate a mantenere attivi gli anziani sia intellettualmente che fisicamente, in modo da mantenere quanto più possibile le capacità residue.

Tutto questo tenendo conto delle eventuali difficoltà che gli anziani presentano, ad esempio l’orto era stato interrato su grosse vasche rialzate, in modo da facilitare le varie azioni che deve svolgere un anziano che, il più delle volte, ha problemi articolari.

Un punto che ha catturato particolarmente la mia attenzione è il fatto che queste attività abbiano uno scopo pratico: il confezionamento di vestiti che verranno donati a delle bambine in Africa da una parte, e la raccolta di ortaggi genuini dall’altra.

In questo modo le OSS sono riuscite non solo a coinvolgere meglio gli anziani, che magari avevano svolto quella specifica attività per tutta la vita e che ora si ritrovano a co-gestire le attività, ma hanno ottenuto anche l’effetto di far sentire ancora “utili” queste persone, attraverso il frutto del proprio lavoro.

Un altro aspetto che mi ha colpito particolarmente è il lato economico.

Sebbene una organizzazione del genere richieda oneri molto elevati, tali spese non sono nemmeno paragonabili a quelle che il SSN dovrebbe sostenere ipotizzando di mantenere ospedalizzate così tante persone. Senza contare che il prezzo dell’istituzionalizzazione dei pazienti è ancora maggiore, se si considera la qualità di vita meno soddisfacente, e anche l’insorgenza più frequente di complicanze, rispetto ad un’assistenza sanitaria “fuori dall’ospedale”.

 Pertanto assistere i pazienti sul territorio non solo comporta meno spese, ma offre anche risultati migliori.

**Una testimonianza fortissima della migliore efficacia di questo regime assistenziale è stata la visita a un paziente al proprio domicilio.**

La storia clinica che mi fu descritta prima di incontrarlo, mi aveva portato a pensare a un paziente allettato e quasi in fin di vita. Questo signore infatti soffriva di BPCO in stadio avanzato e nell’ultimo periodo aveva subito delle gravi riacutizzazioni; inoltre il quadro clinico comprendeva una grave insufficienza renale cronica che lo aveva costretto a ricorrere alla dialisi peritoneale.

Per quanto riguarda i contatti socio-affettivi, l’anziano non aveva nessun parente: non aveva avuto figli e i suoi parenti più prossimi erano tutti deceduti o lontani.

Viveva quindi con una “badante” che si occupava di svolgere le faccende di casa e di aiutarlo nell’igiene e nella gestione della dialisi, per la quale era stata adeguatamente istruita.

 Nonostante la situazione clinica e famigliare mi avesse quasi spaventato, mi si è presentato davanti un anziano signore il quale, ad uno sguardo esterno e innocente, non avrebbe suscitato in me alcuna preoccupazione. Sembrava perfettamente normale, ordinato, parlava in modo anche abbastanza sostenuto considerando i suoi precedenti.

Non scorgevo in lui l’aspetto cupo che mi sarei aspettato di vedere in un anziano solo e gravemente malato.

Anzi, sembrava sostanzialmente felice e pieno di energie.

Penso che gran parte del merito di questo suo stato d’animo fosse dovuto alla presenza costante dell’amica-badante: assistendolo in modo continuativo aveva instaurato con lui un saldo rapporto affettivo che ha contribuito in modo inequivocabile a mantenerne il benessere psico-sociale, ma indubbiamente anche fisico.

**Questa piccola realtà, quindi, mi è sembrata un esempio perfetto di come possa funzionare nel modo più efficace possibile un Piano Assistenziale Individualizzato**.

Davide Losi