RELAZIONE DI UNO STUDENTE (infermiera del SID)

**Pensando alla esperienza di tirocinio fatta, Quali figure della equipe multiprofessionale territoriale hai incontrato e quale indispensabile apporto alla elaborazione e realizzazione di un PAI efficace possono dare?**

Subito dopo l’incontro al Centro Diurno, ho seguito l’infermiera territoriale nel giro delle visite domiciliari.

La prima paziente, anziana e diabetica da lunga data, presentava un’ulcera varicosa all’arto inferiore che è stata medicata mediante detersione, applicazione di un farmaco locale e bendaggio. Ciò che più mi ha colpita, però, è stata l’attenzione e la cura che l’infermiera ha posto nell’osservazione dello stato generale della pz, sia fisico che psicologico; ha valutato le funzioni fisiologiche (appetito, qualità del sonno, alvo e diuresi) e si è informata delle sue necessità, ascoltando i turbamenti della malata legati all’impossibilità di svolgere le stesse mansioni domestiche di una volta e alla sensazione di “inutilità”. L’infermiera si è fermata volentieri un po’ più del previsto per chiacchierare con la pz, cercando di confortarla e incoraggiandola a non isolarsi, esortandola anche ad invitare più spesso le sue amiche.

Abbiamo poi visitato un signore di mezza età, affetto da una patologia neoplastica (carcinoma prostatico in fase avanzata). Qui la necessità era il controllo del dolore: il pz aveva un infusore sottocutaneo contenente morfina e l’infermiera ha riempito la pompa con la quantità di farmaco stabilita dal MMG. Anche in questo caso, però, l’infermiera non si è limitata a svolgere il mero compito previsto dall’accesso, ma si è interessata anche dello stato emotivo-psicologico del pz, evidentemente provato dal dolore osseo diffuso; si è preoccupata di scambiare due chiacchere anche con la figlia lì presente, invitandola a cercare di distrarre il padre il più possibile, per esempio portandogli più spesso a casa i suoi tanto adorati nipotini. L’affabilità dell’atteggiamento dell’infermiera verso il pz era evidente, così come la capacità di relazione con la familiare volta a rasserenarla e tranquillizzarla.

Successivamente ci siamo recati da una “grande anziana”, allettata da anni per un’emiparesi (esito di ictus) con lesioni da decubito iniziali nonostante la presenza dei presidi assistenziali (letto e materasso antidecubito). La medicazione delle lesioni è stata relativamente semplice, dato lo stato iniziale delle stesse, ma molto più incisive sono state le raccomandazioni all’assistente privata sulla necessità di mobilizzare la signora per evitarne l’aggravamento. Inoltre, la pz era portatrice di catetere vescicale che andava sostituito quello stesso giorno, come è stato fatto.

Un ulteriore accesso riguardava nuovamente la medicazione di ulcere venose, questa volta in un “grande anziano” affetto da Malattia di Alzheimer in fase scompensata con disturbi comportamentali. L’infermiera ha eseguito un curettage con molta sicurezza ma, al contempo, ha posto molta attenzione a non scatenare reazioni di rifiuto o di eventuale aggressività. In questo caso ho potuto notare con quanta fermezza l’infermiera invitasse la badante convivente a non contraddire il malato nei suoi momenti di agitazione. La badante si era infatti lamentata dell’aggressività verbale del pz quando lei cercava di convincerlo che “il fratello morto non poteva essere andato a trovarlo”. Terminata la visita, l’infermiera mi ha spiegato che il MMG aveva più volte suggerito all’assistente privata di non contrastare i deliri del pz, cosa che può risultare molto controproducente sia per il pz stesso, che in questo modo si agita ulteriormente, sia per la badante, a cui risulta a quel punto molto difficile gestire la situazione.

Abbiamo terminato il giro con la visita ad un paziente con necessità di terapia idratante endovenosa per un serio stato di disidratazione dovuto a difficoltà di alimentazione causato da Malattia di Parkinson. In questo caso, oltre alla sostituzione della flebo, ho visto suggerire all’assistente privata l’utilizzo dell’acqua-gel, una sostanza gelatinosa che, introdotta in bocca, si scioglie e dà un ulteriore apporto di liquidi scongiurando il rischio di penetrazione nelle vie aeree. L’infermiera si è poi preoccupata di indagare il tono dell’umore del pz, evidentemente piuttosto apatico; il signore aveva infatti ammesso di sentirsi molto abbattuto per la sensazione di essere, oramai, unicamente un peso per i suoi figli. L’infermiera si è quindi prodigata per tirarlo un po’ su di morale, raccontandogli della sua ultima sventura con la macchina e di come avesse dovuto scomodare suo figlio, in quel momento in giro con gli amici, per farsi venire a prendere, facendo notare come anche i genitori “sani” spesso e volentieri siano una “scocciatura” per i figli, strappando così un sorriso al signore.

Nel corso delle visite domiciliari ho capito il ruolo fondamentale che gli infermieri rivestono nella realizzazione di un PAI. Ho osservato lo scrupolo con cui l’infermiera consultava la Cartella Clinica Domiciliare, per controllare eventuali indicazioni del MMG e/o modifiche della terapia e per annotare il suo intervento. Mi sono a questo punto chiesta chi altri avrebbe potuto svolgere questi indispensabili compiti senza gravare sulle famiglie con il ricorso all’assistenza privata; inoltre, mi è sembrato evidente che il ruolo dell’infermiera non consistesse unicamente nell’affrontare il compito specifico che aveva determinato l’accesso, ma riguardasse più globalmente la valutazione delle difficoltà e delle necessità degli assistiti e dei loro familiari. Infatti, il poter osservare le capacità fisiche e psicologiche dei malati, compresi il grado di autonomia, l’insorgenza di eventuali stati depressivi legati alla patologia, il timore di gravare sulle famiglie, costituisce un elemento fondamentale per valutare lo stato di necessità assistenziale, obiettivo primario per la costruzione di un PAI.

**Quali elementi ti sembrano indispensabili per l’integrazione tra le diverse professionalità di una equipe multiprofessionale?**

Il lavoro dell’equipe multiprofessionale credo che sia, e debba essere, un lavoro di squadra, pertanto penso sia fondamentale che le diverse figure sanitarie siano consapevoli di dipendere le une dalle altre nel perseguimento di un obiettivo comune: la cura del paziente nella sua totalità, e quindi il trattamento dei problemi di salute non solo nella loro dimensione fisica, ma anche (e talvolta prevalentemente) psicologica, sociale ed esistenziale.

Ritengo che ogni figura dell’equipe, ciascuna con le proprie competenze specifiche, sia indispensabile alle altre ed insostituibile; penso sia, quindi, fondamentale rispettarsi reciprocamente, ricordandosi che ogni operatore è “addestrato” per un certo compito, ma che le competenze di ognuno possono fondersi con quelle altrui in modo da garantire la miglior cura possibile al paziente, e che questo è possibile farlo collaborando e mai prevaricando gli altri. Se si “gioca” di squadra, infatti, tutti i “giocatori” sono ugualmente importanti e ugualmente responsabili nel raggiungimento del risultato.

Le competenze di ciascun membro dell’equipe devono quindi integrarsi per il conseguimento di un obiettivo di salute; a questo scopo, penso sia indispensabile che, tra le diverse figure sanitarie, ci sia una comunicazione e un confronto continuo sulle possibili strategie terapeutico-assistenziali da adottare. Questo perché, se non si conosce ciò che pensa o che ha indagato anche solo uno dei membri dell’equipe, non si riuscirà a compiere un intervento mirato. Credo sia fondamentale uno scambio continuo di punti di vista tra tutti i componenti della “squadra”, di modo che si possa arrivare a delle scelte di cura condivise. Sono fermamente convinta, infatti, che un clima di collaborazione giovi, in primis, agli operatori stessi che, al contrario, in un sistema di tipo piramidale-gerarchico in cui ognuno impartisce i propri ordini non riuscirebbero ad esprimere appieno le proprie capacità, ma soprattutto all’assistito, che diventa così l’obiettivo della miglior cura possibile.

**Quali elementi della assistenza territoriale ti hanno colpito e perché?**

Vorrei iniziare riportando un pensiero che mi ha colpito con forza, dopo questa esperienza, e cioè che la Medicina del Territorio è l’esatto contrario della tanto, giustamente, criticata “spersonalizzazione del malato”.

D’altronde rientra esattamente negli intenti della Dichiarazione di Alma Ata il concetto della partecipazione alla assistenza sanitaria degli individui, secondo il principio di “equità ed universalità”. Quindi come può non sentirsi partecipe una persona che, vivendo uno stato di malattia, si veda accudita e curata con competenza, professionalità e umanità? E come può non avvertire e apprezzare l’impegno che tante figure professionali profondono per curarla?

Ripensando alle visite domiciliari eseguite con l’infermiera, la mia sensazione è che ogni paziente si sia sentito mettere “al centro della cura”.

Fondamentale aspetto della centralità è il rapporto personale che si instaura tra il malato e gli operatori sanitari che si occupano di lui: mi è piaciuto molto il clima familiare che ho vissuto durante gli accessi, l’attenzione dell’infermiera nel parlare in dialetto ai pazienti più anziani e anche la capacità di alleggerirne l’umore, spesso giustamente depresso, con discorsi su argomenti vari, dal tempo alla TV, dalle ricette di cucina ai piccoli grandi traguardi dei nipotini.

Credo fermamente che la Medicina Territoriale abbia una caratteristica che la distingue da tutte le altre branche della Medicina e che, ai miei occhi, la rende particolarmente affascinante: la cura delle persone, oltre che delle malattie. Il che, talvolta, vuole anche dire che il trattamento della patologia organica vera e propria può rivestire un’importanza minore rispetto all’ascolto delle fragilità emotive di una persona inserita in un particolare contesto familiare e sociale.

Riguardo la presenza dei familiari, mi è parso a volte assente un tessuto familiare importante, per motivi legati a necessità lavorative o per mancanza reale (vedovi-vedove); è in questi casi che diventa fondamentale l’integrazione con altre figure professionali (OSS, assistenti sociali) che possano migliorare la qualità dell’assistenza, al di là della presenza di aiuti privati.

In conclusione, posso dire che l’aspetto che più mi ha colpita è la fusione tra l’aspetto sanitario e quello umano; “la persona, nella sua totalità, al centro della cura” è senza dubbio l’evidenza che ho osservato e che mi ha emozionata. Mi sono chiesta se questa condizione di assistenza sia presente e operante in tutte le regioni del nostro Paese; non credo sia così dappertutto, purtroppo, ma in attesa che il concetto di Medicina Territoriale si estenda ovunque posso dirmi davvero contenta di vivere in questa realtà e di potervi un giorno operare.

Gemma Pecorari

***Il mio commento:***

*ha colto molto bene il ruolo dell'infermiera, e in generale la cura centrata sulla persona che è una delle competenze distintive della MG e di tutta l'assistenza territoriale che è sempre rivolta al paziente e al suo contesto familiare.*

*è vero purtroppo che ci sono differenze tra le varie regioni, ma almeno nella realtà che conosco (Emilia Romagna Toscana e Marche) la medicina del territorio è organizzata in maniera abbastanza uniforme, anche se al di là di questi aspetti organizzativi che sono la trama, esistono gli operatori con la loro professionalità e empatia*