Identità dell’operatore socio-sanitario nelle case di riposo

Di Caterina de Nicola *(Cure palliative, Suore di carità di Maria Bambina, Roma)*

1. Introduzione

Affrontare in modo corretto il tema della sanità e dei ruoli ad essi riferiti, da una prospettiva sociologico – storica e antropologica, esige la conoscenza almeno di base di alcuni problemi legati alla nostra società post-moderna. A questo scopo vengono segnalati, come provocazione, alcuni spunti di varia provenienza culturale (prevalentemente cattolica, ma anche laica, da una parte; dall’altra scientifica, medica e infermieristica..). L’obiettivo di questa condivisione è di ricercare insieme una identità professionale significativa per ogni ruolo implicato nella sanità (pubblica, privata, sociale…), che realizzi effettivamente un progetto di “salute” -pur relativa- e di migliore qualità di vita per la persona che ne usufruisce.

2. Il contesto sociale oggi

Sono diversi i commenti sull’esperienza dei malati negli ospedali o a contatto con ambulatori/sportelli pubblici o privati: gli articoli nei giornali segnalano purtroppo solo casi di malasanità, raramente di “good clinical practice”. Ancora più raramente si cerca di analizzare con precisione le motivazioni del cambio culturale avvenuto con una rapidità incredibile negli ultimi cinquant’anni.

Fra i vari contributi letti, significativo quello di Mazzoleni (2004), che, recensendo il libro di Repole, dopo un’analisi del pensiero di autori come Vattimo, Crespi, Natoli e Galimberti, rilegge la nostra società post-moderna caratterizzandola con alcuni elementi:

- La frammentazione del fondamento metafisico, che indebolisce il soggetto anche sulla dimensione religiosa.
- Perciò il tramonto di una visione teleologica della storia.
- Il finito come unico orizzonte di riferimento esistenziale.
- La differenza e l’alterità come fondamento di un nuovo ethos.

Sembra che questi aspetti siano condivisibili da chiunque, indipendentemente dalle convinzioni filosofiche, etiche, religiose, politiche. Indubbiamente affermano una crisi generale di valori e di riferimenti indiscutibili. Anche la riflessione sulla dignità della persona -aspetto indispensabile nell’esercizio di qualsiasi professione socio-sanitaria- offre importanti spunti di discussione sui mutamenti registrati negli ultimi decenni a livello nazionale, e non solo (De Rosa, 2004). Interessante è anche approfondire l’evoluzione della medicina avvenuta nello stesso periodo, non come dato storico sterile, ma come visione globale delle attese dell’uomo rispetto ai parametri di riferimento tipici: salute -malattia sofferenza- morte.

Le trasformazioni nel mondo scientifico hanno portato a riconsiderare la scientificità validata (ad es. la medicina basata sulle evidenze) aperta ad altre prospettive, inserendo la dimensione sociale e soggettiva del singolo. Più nuova nelle proposte, è la lettura del bioeticista americano Daniel Callahan che parte dall’analisi dei costi economici, particolarmente in U.S.A. ma allargata anche al nostro paese, per cui risulta che la medicina tecnologica non diminuisce, anzi aumenta i problemi. La

soluzione proposta di una medicina sostenibile fa riflettere sugli obiettivi reali della medicina, sulle speranze spesso illusorie che propone all'uomo mai soddisfatto del suo grado di salute (Callahan, 2000). Nella Prefazione, Giovanni Berlinguer, dopo aver sottolineato dal testo le due domande complementari 'Quale medicina va meglio per la società? e 'Quale società va meglio per la medicina?', precisa la sfida posta da Callahan nell'ultima parte del libro senza nascondere le difficoltà delle domande. Cito: "cinque tensioni percorrono le scelte della medicina, riferibili anche alla vita umana: manipolare la natura o rispettarla, perseguire la salute (perfetta) o accettare la malattia, promuovere l'obbligo pubblico o accettare la responsabilità personale, stimolare le scelte personali o tollerare i limiti imposti, inseguire il progresso o accettare una medicina della stabilità".

Senza dubbio si può ritenere che queste tensioni siano presenti nella realtà medica quotidiana italiana. La geriatria, ad esempio, è da considerare una sfida continua: l'anziano, come e più di ogni malato cronico, mette sotto scacco la possibilità dell'operatore di ottenere la guarigione. Forse è opportuno, sulla base di queste riflessioni, tentare di ridefinire l'identità di ogni ruolo, perché possa essere ricollocato in un progetto frutto di confronto attento e coraggioso.

3. Chi è l'operatore sanitario nei diversi ruoli:

a. Il medico

Molti medici continuano a raccontare la propria esperienza professionale con libri autobiografici divulgativi e con articoli su periodici sia per le professioni sanitarie, sia per un pubblico più generale. Scherwin B. Nuland in una recente intervista afferma che l'umanizzazione degli ospedali potrà realizzarsi quando il medico sarà capace di empatia (Dell'Aglio, 2004). L'empatia è calarsi nei panni del malato, ed è uno dei principi fondamentali della relazione d'aiuto; la professione medica dovrebbe ricomprendere questa parte essenziale del suo essere.

Rileggere quali sono i doveri del medico forse potrà contribuire alla riflessione.

Art. 3 Doveri del medico

Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza discriminazione di età, di sesso, di razza, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace come in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera. La salute è intesa nell'accezione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona (Codice di Deontologia Medica, 1998).

Interessante la provocazione del dr. Sulmasy al Meeting di Rimini nel 2004 (www.medicinaepersona.org) che pone alcune domande: quale è lo scopo della medicina? La risposta data, per la medicina scientifica, è la guarigione. Ma, incalza, come è possibile fare i medici di fronte al limite oggettivo della morte? Ma allora cosa vuol dire guarire? Etimologicamente è rendere integro, cioè ristabilire un rapporto tra le cose. Si riprende anche qui il concetto della realtà come relazionalità, ad ogni livello: ristabilire contatti veri, profondi, capaci di ridare un significato anche ad una vita limitata dalla sofferenza e dalla malattia. Occorre allora che la medicina vada oltre la visione utilitaristica, che limita l'obiettivo alla guarigione dalla malattia, per aprirsi ad una guarigione olistica, capace di liberare verso relazioni diverse.

b. Lo psicologo

Per definire la professione di psicologo, è stata necessaria una ricerca ampia, che andasse al di là dei pregiudizi massmediali che lo vedono come lo "strizzacervelli" o altre espressioni simili, screditando una serietà ed efficacia sempre più significative. "La professione di psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità; comprende altresì le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito" (Legge

56, 1998). Esiste anche il relativo Codice deontologico dalla cui lettura si può evincere la dimensione di un ruolo che sta recuperando pregnanza all'interno della società (Codice deontologico, 1998).
Nell'ambiente geriatrico ha bisogno di ritrovare spazio adeguato, per essere figura di confronto con tutta l'équipe assistenziale per un accompagnamento attento dell'anziano, soprattutto con problemi cognitivi.

c. L'infermiere

Il compito dell'infermiere ha subito -a livello di riconoscimenti civili- molti mutamenti nel corso degli ultimi anni. Navigando nel sito dell'IPASVI, si trovano sintetizzate alcune date, di cui alcune particolarmente significative:
Ü 1971 – Largo agli uomini
Ü 1974 – si rinnovano le mansioni
Ü 1992 D.U.: i diplomi universitari
Ü 1994: il nuovo profilo degli infermieri
Ü 2000: laurea specialistica e dirigenza

Abituati ad eseguire ordini spesso di tipo tecnico, altrettanto spesso senza chiare motivazioni, gli infermieri con il D.U. hanno imparato a riprendere in mano le capacità razionali affrontando un ragionamento più clinico, non meno di quelle relazionali. A questo proposito, nel corso di studi hanno inventato la clinica della formazione, come percorso disciplinare e di ricerca. La sfida di questa idea è di riflettere e interrogarsi sui significati che ciascuno dà alle parole cura, salute e malattia.. e da qui imparare a offrire risposte adeguate ai diversi approcci emozionali degli altri, a creare risposte positive, migliorando la qualità della relazione professionale. Un progetto simile -se proposto ad ogni operatore sanitario- può essere in grado di umanizzare l'assistenza della persona in situazione di crisi. Al Concorso nazionale per la ricerca infermieristica Premio 'Gemma Castorina' anno 2003-2004 (Porcelli, 2004; Valoti, 2004) sono stati presentati due lavori fortemente indicativi dell'importanza dell'infermiere nella risposta ai bisogni di assistenza globale di ogni persona all'interno della comunità. Leggendo gli abstract di questi lavori si ha l'impressione di trovarsi di fronte a persone estremamente motivate, decise a migliorare la qualità dell'assistenza alla persona in crisi per problemi legati alla sua salute globale.

Dopo aver precisato l'identità del medico, dello psicologo, dell'infermiere professionale, sarebbe utile affrontare lo stesso percorso per altri ruoli, non meno importanti, quali l'operatore socio assistenziale (OTA, OSS,…), l'assistente sociale, il fisioterapista, l'assistente spirituale, il volontario. Tutti, anche quest'ultimo, hanno un loro compito preciso anche nelle Case di Riposo, perché la qualità di vita della persona anziana possa migliorare, diventare 'normale' pur nell'invitabile limite dato dalle patologie tipiche dell'età. I punti seguenti intendono affrontare argomenti in cui ogni membro dell'équipe è coinvolto, in quanto persona sociale, responsabile della propria ed altrui salute.

4. Perché definire l'identità dell'operatore sanitario; Quali strumenti per ritrovarsi dentro un'identità riconosciuta

Dopo aver cercato di ridefinire in modo teorico ed esperienziale alcuni ruoli più noti, consapevoli di averne dimenticato alcuni presenti in modo significativo nelle Case di Riposo – RSA, ci chiediamo perché abbiamo perso tempo in questo lavoro insieme. L'utilità di mettere in comune idee altrui dentro una concretezza operativa aiuta ciascuno a trovare o a ri-trovare una motivazione seria e stimolante per continuare nel servizio professionale scelto. Questa relazione, in realtà, è stata presentata in due contesti diversi, e si è posta come strumento di formazione permanente: il raccontarsi fra persone che lavorano insieme con ruoli diversi, e il farlo al di fuori del lavoro quotidiano (cioè in una sala riunione, in un salone, non disturbati da campanelli che suonano..) aiuta a conoscersi e a stimarsi. Ne deriva una naturale ricaduta sulla qualità della relazione professionale di gruppo. Nelle Case di Riposo -per formazione- si è portati a lavorare insieme, a non nascondersi i problemi degli anziani, a dirsi che a volte è pesante ascoltare sempre le stesse cose…: insieme ci si sostiene e ci si apprezza, sapendo collaborare nel gestire le stanchezze, superandole con momenti di serietà …e non.

5. I termini vocazione e missione -riferiti alle professioni sanitarie- possono essere considerati validi per tutti?

L'operatore sanitario è in grado di 'to cure e to care', cioè di curare=guarire, e di prendersi cura della persona sofferente e/o malata, dentro la sua storia personale, attraverso competenze scientifiche/tecniche, relazionali/comportamentali, etiche/deontologiche precise. Non è forse un compito alto, che può corrispondere ad una chiamata e ad un mandato (missione), che -se non esplicitamente legato ad una fede religiosa- può esserci dato dalla società? La sfida per vivere da chiamati e mandati in questa realtà è allora possibile alle condizioni raccolte in queste righe.

La medicina può diventare un'arte, come dice Nuland, un'opera per realizzare un'umanità capace di accogliersi nella sua parte più fragile e debole, sapendo che dentro ciascuno di noi esiste il limite -malattia del corpo e della psiche, disagio sociale, mancanza di senso…- diversamente espresso rispetto ai nostri "assistiti".
Se accogliamo la nostra professione come vocazione e missione dentro l'ambito lavorativo e all'interno del contesto sociale in cui viviamo, anche non sembreranno così estranei alla nostra vita: una piccola introduzione a quelli etici può rappresentare uno stimolo a trovare un significato più ampio di quanto facciamo automaticamente ogni giorno.

6. I problemi su cui confrontarsi

Riflettendo su quanto in questi ultimi decenni sta avvenendo nella società e nel mondo della salute/malattia, sembra irrinunciabile pensare all'operatore sanitario come a colui che vive accanto a persone sane e/o malate nel corpo o nella psiche, aiutandole a capire ciò che avviene nella loro persona. E' indubbio che la rivoluzione che è avvenuta nei comportamenti dal 1950 in poi, ha portato ad una diversa consapevolezza del proprio corpo, e ad un bisogno diffuso di conoscere come funziona nella salute e nella malattia. Ogni operatore sanitario deve perciò essere disponibile ad educare dentro le competenze della sua professione specifica, colui che gli si presenta non solo come paziente, ma anche come utente, come discente della vita.

Per saper rispondere in modo adeguato a precise esigenze dell'uomo d'oggi, occorre acquistare capacità a tutto campo, che vadano al di là della pura tecnica, della conoscenza scientifica, della terapia farmacologica, chirurgica, o della radioterapia, ma si aprano alle scienze umane (psicologia, pedagogia, sociologia, bioetica). Ogni percorso dovrà avere un feed back riflessivo sulla propria esperienza di vita, imparando a rispondere personalmente '"che cosa vuol dire per me salute/malattia, vita/morte?". L'aspetto della bioetica acquista all'interno di questo discorso un'importanza fondamentale a livello sociale: sempre di più i media propongono temi e risposte personali a problematiche bioetiche enormi. La società -concretamente le persone che incontriamo ogni giorno- chiedono a chi ha competenza professionale sanitaria una risposta chiara e motivata, tale da essere accolta con convinzione.

In conclusione lancio la provocazione ad un confronto aperto sui temi etici quotidiani all'interno delle Case di Riposo, quelli che non si ha il coraggio di raccontare nemmeno fra colleghi, quelli a cui si risponde automaticamente. Lavorare insieme, scoprendo la motivazione alta del nostro ruolo, aiuta a capire il "perché" anche dei gesti e delle scelte apparentemente banali.

BIBLIOGRAFIA

Callahan D. *La medicina impossibile. Le utopie e gli errori della medicina moderna*. Baldini e Castoldi , 2000.

Codici deontologici della professione medica e della professione infermieristica.; commenti e analisi nelle riviste delle rispettive categorie, 1998.

Codice deontologico degli psicologi italiani. 16 febbraio 1998.

Dell'Aglio L. Intervista '*Compassione, che medicina*' in Avvenire-on-line, 5 novembre 2004, Agorà.

De Rosa G., *La 'dignità' della persona umana*, La Civiltà Cattolica 2004, III 370-380.

Codice deontologico Legge 18 febbraio 1998 n. 56 Ordinamento della professione di psicologo; art. 1.

Mazzoleni S. Recensione di: Chiesa, pienezza dell'uomo. Oltre la postmodernità di Repole R.: Marcel G., De Lubac H. Milano, Glossa, 2002, XV- 485. La Civiltà Cattolica, 7-21 agosto 2004, anno 155, n 3699-3700, p. 315-317.

Porcelli P. *Continuità della cura alla persona fra ospedale e territorio garantite dalla figura dell'infermiere: competenze, modelli organizzativi, strumenti operativi.* L'Infermiere, n. 30, anno XLVIII, p. 19-20, ottobre 2004.

Valoti C. *L'infermiere di famiglia: modelli organizzativi, percorsi clinico assistenziali, strumenti operativi, integrazione per professionisti coinvolti.*? L'Infermiere, n. 10, anno XLVIII, p. 20, ottobre 2004.

www.medicinaepersona.org