

## Un originale approccio assistenziale alle necessità dell'anziano: "Globalcare in Geriatria"

**P**asti serali alle ore 18,30 (quando non alle ore 17,30); messa a letto alle ore 19 o alle ore 20; toeletta alle ore 6,30; ospiti "mescolati" nelle camere senza alcun criterio che rispetti simpatie, sintonie, possibilità di comunicazione. E ancora: per il nuovo ospite un'accoglienza distratta, sbrigativa; scarsa comunicazione con la famiglia (i parenti, per definizione, sono "un fastidio", per usare un eufemismo). Nonostante ogni Casa di Riposo o Residenza Assistenziale non perda occasione per ricordare che "il benessere degli anziani viene in primo luogo, che le esigenze degli anziani sono prioritarie, che i parenti sono una risorsa", la realtà è ben diversa: prioritarie sono le esigenze organizzative, e intorno ad esse ruota la vita della struttura. Ma è vero che non si può fare diversamente?

La testimonianza inviataci da Vincenzo Vismara e Cinzia Mancini\*, frutto di un'esperienza che parte dal 1999, dimostra che una presa in carico globale a forte connotazione psicoaffettiva e rispettosa delle esigenze dei singoli non solo è possibile, ma conveniente: a parità di costi comporta risultati notevolmente superiori rispetto all'assistenza standardizzata. Purtroppo ragioni di spazio non ci consentono di riproporre integralmente il bell'articolo di Vismara; ci limitiamo perciò a sintetizzarne gli aspetti essenziali, sperando di trasmettere correttamente l'esperienza degli Autori.

### GLOBALCARE (GC)

Il "care" globale si attua attraverso un particolare approccio psicoaffettivo nei confronti dell'ospite al fine di rendere più accogliente e meno alienante l'istituzionalizzazione della condizione di malato nel suo complesso; ciò consente di meglio supportarne le

condizioni psichiche e fisiche. Presupposto indispensabile è l'integrazione delle varie figure professionali, la loro motivazione, la duttilità, la capacità di adattarsi alle diverse esigenze. Altro caposaldo del GC è l'alleanza terapeutica che si instaura con la famiglia anche prima del ricovero.

### ACCOGLIENZA

All'accoglienza dell'ospite viene attribuito un significato prioritario che viene esteso al di là dal momento in cui il ricoverato varca la soglia dell'istituzione.

#### Preparazione all'accoglienza

Prima del ricovero almeno due operatori dell'équipe assistenziale si recano presso la sede in cui si trova il "ricoverando". Durante questo sopralluogo i membri dell'équipe si presentano all'anziano ed ai familiari, spiegano il motivo della visita e raccolgono un'accurata anamnesi clinica e sociale. In tal modo il ricovero non rappresenterà un evento improvviso e sgradito, ma la naturale prosecuzione di un rapporto assistenziale.

Durante questo incontro si inizierà anche a costruire un legame con il caregiver principale onde coinvolgerlo da subito nel progetto assistenziale: è questo il primo passo di quell'alleanza terapeutica che caratterizzerà tutto il periodo di ricovero.

#### Accoglienza in struttura

L'arrivo dell'ospite al nucleo deve essere effettuato di preferenza tra le ore 9,30 e le 11 onde consentire l'ac-

\* UOS Geriatria, ASL 11 di Empoli.

coglienza da parte di tutta l'équipe curante: medici, infermieri, addetti all'assistenza, fisioterapisti, animatori si presentano spiegando le proprie mansioni.

Dal canto loro, il paziente ed i familiari vengono invitati a manifestare i propri desideri ed anche ad esternare dubbi e preoccupazioni: fin dall'inizio si tende perciò a instaurare un rapporto di empatia.

## **T**RATTAMENTO

### *La valutazione d'équipe*

Entro tre giorni dall'ingresso, l'ospite viene valutato dalle varie figure professionali che provvedono a compilare il Piano Assistenziale Individuale (PAI). Da questa valutazione emergeranno i problemi e i bisogni a cui spetta dare una risposta globale secondo le priorità accertate; naturalmente il PAI deve essere periodicamente aggiornato secondo le necessità del paziente.

### *Stesura della cartella clinica unificata*

Si tratta di una cartella clinica, elaborata da tutto il personale, finalizzata a rendere unitario e strutturato l'intervento. Nella cartella convivono le necessità cliniche, infermieristiche e riabilitative in un continuum che porta ad una costante valutazione della situazione del paziente da vari punti di vista; secondo l'esperienza degli Autori il momento fondamentale dell'utilizzo e della stesura della cartella unificata è quello della riunione a fine turno a cui possono partecipare anche i familiari.

### *Dimissione condivisa*

Nei casi in cui si procede alla dimissione del ricoverato, la lettera di dimissione riporta non solo la diagnosi

e la terapia (secondo il modello tradizionale), ma anche la valutazione degli infermieri, dei terapisti della riabilitazione, degli animatori. Vengono inoltre sintetizzati i momenti salienti del ricovero.

### *L'accompagnamento*

Dimettere non significa abbandonare il paziente. In base al GC, prima della dimissione il personale dell'équipe curante si può recare al domicilio del paziente per rendersi conto della realtà abitativa e socio ambientale onde poter suggerire eventuali interventi correttivi che facilitino le autonomie al domicilio. Ciò che caratterizza l'accompagnamento è che in seguito alla dimissione viene mantenuto il contatto con il paziente e la famiglia, che vengono così accompagnati nel proseguimento della presa in carico in modo che anche al domicilio venga conservata la stessa peculiarità assistenziale che ha connotato il ricovero.

## **C**ONCLUSIONI

Il mantenimento della dignità, dell'individualità e delle abitudini dell'anziano sono l'obiettivo primario del GC. I riscontri di questa esperienza pluriennale testimoniano che è possibile conseguire questa finalità attraverso la motivazione e l'integrazione sinergica del personale senza che ciò richieda un aumento delle risorse economiche ed umane.

## **B**IBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

Vismara V, Bernini L, Bandini P, Caluori M. "Global Care" in geriatria. Dal curare al prendersi cura: esperienza di normalità per l'anziano ricoverato. Medicina e chirurgia. Quaderni di aggiornamento e selezione bibliografica. Volume 3 (Fascicolo I), Pacini editore, Pisa 2001.

A cura di **Giovanni Bigatello**  
GRG Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia