

“Le cure domiciliari, paradigma di una carità in uscita e di un modello innovativo di welfare”

Malattia, solitudine domestica e intervento domiciliare.

“Inabilità sociale e sanitaria, elementi mai separabili: la contaminazione dei saperi e progettualità condivise”

Leopoldo.Grosso, Gruppo Abele
17-5-2016, Roma, Caritas e I.S.S.

Pratiche persistenti di separatezza tra sociale e sanitario

- Controindicazione a molti trattamenti sanitari per le persone senza dimora (non garantiscono compliance alla cura)
- Controindicazione alla presa in carico infermieristica domiciliare (in mancanza di un supporto di convivenza familiare affidabile)
- Controindicazione al trattamento degli stranieri senza permesso di soggiorno....

L'intreccio a stringa di scarpa tra sociale e sanitario

- Stretta interdipendenza tra le due dimensioni ed intreccio inestricabile nell'unicità della persona
- Entrambe generative di ulteriore sofferenza (al di là della priorità cronologica degli eventi, una malattia può produrre solitudine e la solitudine può innescare depressione)
- A condizioni sfavorevoli la situazione sociale aggrava la malattia e la malattia aggrava la situazione sociale (ma anche viceversa come indicano le determinanti sociali di salute)

Le condizioni sociali sfavorevoli, materiali e immateriali

- Impossibilità-grave difficoltà a soddisfare i bisogni esistenziali primari (scala di Maslow)
- Assenza di occupazione e ruolo sociale attivo
- Assenza-povertà di capitale sociale relazionale:
 - mancanza di rapporti familiari
 - mancanza di legami sociali significativi

L'inabilità sanitaria

- Mancanza-riduzione dell'autonomia personale che obbliga a ordinari legami di dipendenza funzionale
- Vissuto di svalorizzazione personale per la deficitaria rappresentazione di sé a cui conseguono varie reattività comportamentali

Diritto alla cura e all'assistenza

- Diritto costituzionalmente fondato (diritto esigibile): 2 comma art.3; art.32...
- Decreto 281 del 28-8-1997 art. 8
- Atto di indirizzo e coordinamento per l'integrazione sociale e sanitaria (decreto 14-2-2002)
- Legge istitutiva del Sistema Sanitario Nazionale (1978)
- Legge quadro sull'assistenza (2000)

L'intervento domiciliare come situazione di alta integrazione tra sanitario e sociale

- L'operatore domiciliare, nelle sue diverse articolazioni di ruolo, costituisce la figura professionale più capace di cogliere la complessità della problematica del paziente, del suo contesto e delle relazioni che intrattiene
- La presenza frequente in casa (depositaria di memoria di storia personale, investimenti, affetti) favorisce il processo di incontro e di conoscenza, potenziando la dimensione intersoggettiva e costruendo un rapporto di fiducia

La funzione della relazione della relazione tra operatore domiciliare e paziente

- Una relazione di prossimità, ravvicinata ed aperta, che consente di esprimersi, di capire e di capirsi e di iniziare a riflettere nel dialogo reciproco
- Uno spazio di fiducia e di condivisione in cui il pz. inserisce parti di sé e della propria storia con una marcata partecipazione emotiva

Lo sviluppo della relazione

- Aiuto concreto (prestazione specifica) e relazione: l'uno si appoggia sull'altra e viceversa, in rapporto sinergico tra dimensione materiale e immateriale
- Due lati di una montagna, la cura e il prendersi cura, la cui integrazione è rappresentata dall'incontro sul vertice
- I "tagli" su entrambe le dimensioni non aiutano chi aiuta e non favoriscono l'integrazione

Percorsi relazionali spesso impervi

- Arrabbiati - funzione di parafulmine
- In attesa del miracolo - probl.negazione
- Fagocitanti - “dosaggio” equilibrato
- Impresentabili - delicata attivazione
- Chiusi - l’arte di farsi accettare
- Morenti - le nostre paure
-

“Quale senso sto dando al mio essere qui ?”

- Maggiore conoscenza dell'altro e di sé
- Spiragli nella solitudine
- Più cura di sé
- Compliance alla terapia
- Miglioramento stato dell'umore
- Attenzione alla qualità della vita
- Diminuita conflittualità con gli altri e con sé
-

Il rapporto e la mediazione con i familiari

- La malattia può unire ma anche dividere
- Quando i conflitti precedenti convergono sul prendersi cura
- “Eravate in 5 contro di me!”. I rischi delle triangolazioni
- Somma algebrica delle “alleanze” = zero
- Le proiezione dei familiari sull’operatore a domicilio

Attenzioni relazionali

- In punta di piedi, il rispetto
- Il non giudizio e la disponibilità ad ascoltare
- Entrare in sintonia con contesti e culture
- Attivare con misura
- Non smettere mai di chiarire
- Vigilare
- Mantenersi aperti alla speranza possibile
-

Osservare

- Si ascolta anche con gli occhi...
- Vedere i bisogni scoperti, cogliere le necessità e accorgersi dei nodi irrisolti
- Far parlare il silenzio, il non-detto
- Focus osservativo: accettazione malattia, legami relazionali, qualità della vita, attivazioni possibili

Prospettare

- Buttare lì un'idea e suscitare il confronto
- Far emergere il sapere del paziente su di sé, sulle relazioni, sul contesto
- L'importanza della funzione elaborativa nella relazione
- Sviluppare insieme le proposte parziali per una migliore qualità di vita possibile

Progettare

- Co-costruzione comune di un progetto possibile deciso insieme: le pre-condizioni
- Interlocuzione e coinvolgimento degli altri attori necessari (altri servizi sanitari, sociali, associazionismo volontariato...):
- Fare emergere le rappresentazioni del pz. e dei suoi bisogni e definire il progetto integrato

L'interdisciplinarietà del P.A.I.

- Non sommatoria di competenze, ma composizione, scomposizione, ricomposizione nel concreto della situazione
- Non logiche gerarchiche o autoreferenziali, ma flessibilità organizzativa in base alla combinazione delle tre dimensioni essenziali: sociale, sanitaria, educativa
- La “cartella” rimane nella casa del paziente

La “manutenzione” della rete di progetto

- Collaborazione istituzionali e rapporti personali
- Perché le differenze diventino ricchezza
- La metafora del rifugio di montagna
- “La speranza dipende dal nostro impegno”
(Tonino Bello)