

Fare rete: l'importanza della comunicazione tra operatori sanitari

Benigno Carrara

L'obiettivo delle cure palliative è la presa in carico del paziente terminale da parte di un'*équipe* multidisciplinare composta da medici di medicina generale, medici di continuità assistenziale, medici e infermieri dei distretti, palliativisti e operatori dei soggetti accreditati (ad esempio, un infermiere, un fisioterapista, uno psicologo).

La numerosità e l'appartenenza dei membri dell'*équipe* a diverse aree assistenziali evidenziano la difficoltà di mettere in comunicazione tali figure professionali. Gli operatori sanitari, infatti, al fine di garantire questo tipo di intervento, si sentono per i passaggi d'informazione, privilegiando l'efficienza dei contatti, con particolare riguardo alla disponibilità telefonica, e gli accessi congiunti presso il domicilio del paziente. A tale scopo, gli operatori si scambiano i numeri dei cellulari per assicurarsi una reperibilità reciproca in caso di bisogno.

Il ruolo di riferimento per l'intera *équipe* è rappresentato dall'infermiere del distretto che svolge la funzione di *Case Manager* per il paziente e per la famiglia, contattata periodicamente per l'aggiornamento circa la situazione del malato. A riguardo, si ricorda che l'infermiere dell'ente accreditato deve rendersi disponibile almeno per un incontro quindicinale con l'infermiere di cui sopra.

L'unitarietà dell'intervento, poi, viene garantita dall'aggiornamento costante da parte di tutti i membri dell'*équipe* di un diario clinico, mantenuto a domicilio e affidato alla cura del familiare di riferimento. A ciò, si aggiunge il fatto che, per questo tipo di pazienti, il medico di medicina generale assicura uno scambio di informazioni con il medico di continuità assistenziale.

Dal punto di vista pratico, il processo di presa in carico viene avviato durante il percorso di cura in ospedale (ricovero ordinario o *day hospital*): in particolare, con i reparti di Oncologia medica e Medicina degli "Ospedali Riuniti" di Bergamo si sta sperimentando un modello di presa in carico precoce per un avvio mirato all'assistenza a domicilio. Il progetto prevede che i medici dei reparti selezionino per tempo i pazienti che devono essere accompagnati in un percorso di assistenza domiciliare attraverso l'utilizzo di un protocollo specifico. Il medico del reparto dovrebbe così contattare il medico curante del paziente per informarlo circa la situazione clinica di quest'ultimo e dell'opportunità di inserirlo in un programma di dimissioni protette; questo al fine di poter avanzare per tempo le procedure necessarie per l'attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata. Contemporaneamente, dovrebbe essere

informata la Centrale Operativa Unica per le dimissioni: è un'unità organizzativa che sta nascendo all'interno dell'ospedale, dove infermieri ospedalieri e dell'ASL, insieme con le assistenti sociali dell'ospedale, dovrebbero operare in stretta collaborazione. L'*équipe* si preoccupa altresì di avviare le procedure ausiliarie (ad esempio, la domanda di invalidità civile o di assistenza protesica, eventuali altre forniture specifiche) necessarie per un'adeguata accoglienza del paziente a casa.

Successivamente, dovrebbe essere informato il distretto in modo tale che il medico autorizzi l'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) e un infermiere attivi l'ente erogatore scelto dal paziente. Inoltre, l'infermiere dovrebbe tenere i contatti con la famiglia per tutelare il percorso di accompagnamento e attivare gli specialisti direttamente convenzionati con l'ASL, cioè il palliativista e il nutrizionista.

Detto ciò, è importante sottolineare che gli stessi medici dei reparti, insieme agli operatori della Centrale Operativa Unica per le dimissioni protette, nel caso in cui il paziente non possa essere inviato a domicilio, valutano l'opportunità del ricovero in *hospice* del malato oppure, per i pazienti residenti a Bergamo o in comuni limitrofi, dell'attivazione dell'ospedalizzazione domiciliare. A proposito, se le dimissioni di un paziente avvengono da altri ospedali, quando il medico del reparto avvia le procedure per le dimissioni protette dovrebbe informare, oltre al medico curante, anche il distretto di riferimento affinché un infermiere visiti il paziente in reparto e possa organizzare un adeguato rientro a casa del malato.

Accanto a questi virtuosi percorsi di interconnessione, è necessario pensare a un momento di coordinamento operativo permanente fra gli attori coinvolti nelle cure palliative, ovvero l'ASL, gli infermieri e i medici dei distretti, i palliativisti, gli operatori degli enti erogatori dell'ADI, i medici di medicina generale, gli oncologi e le associazioni di volontariato per definire protocolli, effettuare controlli, analizzare dati utili per le verifiche e le successive riprogrammazioni, valutare i PAI più complessi, fornire consulenze e supporto.

Infine, ricordo che è stata costituita, all'interno del DIPO (Dipartimento Interaziendale Provinciale Oncologico), una sottocommissione Cure Palliative che dovrebbe operare al fine di permettere da un lato, una condivisione esperienziale fra le aziende ospedaliere pubbliche e private impegnate sul fronte delle cure palliative; dall'altro lato, una costante comunicazione tra gli operatori coinvolti nei percorsi di cura dei malati terminali. Ciò al fine di garantire a tutti i cittadini un'erogazione omogenea delle cure palliative su tutto il territorio provinciale.