

**ASSISTENZA PERSONALIZZATA:
QUANDO SI TERRÀ CONTO FINALMENTE DI COSA CONTA
REALMENTE PER IL MALATO ANZIANO ?**

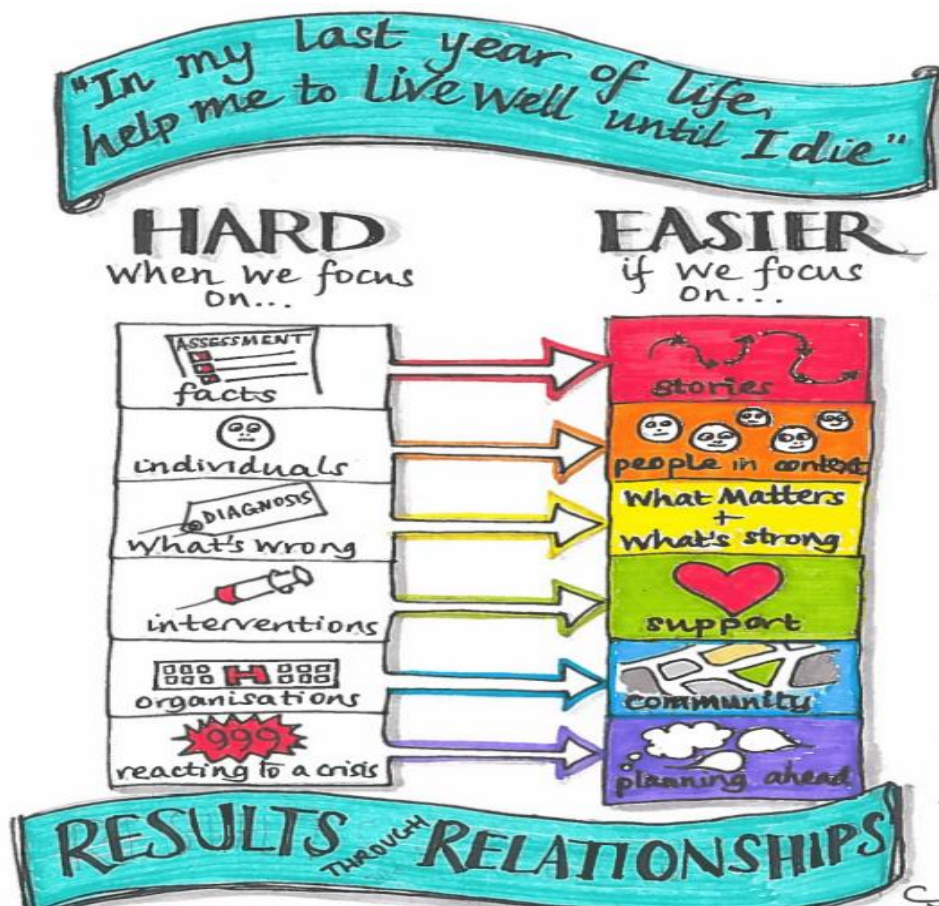
Una donna di 90 anni in fin di vita è in un letto d'ospedale, disorientata; uno dei problemi dei sanitari è fotografare la piaga da decubito presente nella regione glutea della paziente; due ore dopo il marito viene a trovarla, ma scopre che è morta.

Quando si consultano le cartelle cliniche è normale vedere foto di ulcere da decubito, mancano invece le foto dei volti dei malati. La paziente di 90 anni fu ricoverata in ospedale perché il personale ritenne che fosse insostenibile per lei restare a casa; era diventata più debole nelle ultime settimane e anche incontinente. Per il marito, anche lui novantenne, la situazione era ingestibile a domicilio; sapeva che la moglie stava morendo e che avrebbe preferito rimanere nella propria casa. Il sistema curativo in questo caso non è in grado di supportare le preferenze del paziente: i suoi bisogni non erano particolarmente specialistici o complessi, ma in qualche modo il ricovero in ospedale sembrava l'opzione più di sollievo anche per il marito.

Nella loro lunga vita, questa coppia aveva utilizzato raramente il servizio sanitario: quando lo hanno fatto, si sono verificati problemi nonostante tutto il personale sanitario coinvolto abbia agito con responsabilità: dall'infermiera che ha organizzato le procedure per trasferirla all'ospedale, ai paramedici che volevano mettere una flebo durante il trasferimento, all'infermiera di reparto che ha scattato la foto, al regolatore che vuole che le cure siano soprattutto sicure e proteggano persone da danni evitabili.

Guardando la loro storia e le storie degli altri in circostanze diverse, abbiamo visto che prevalgono schemi prevedibili che evidenziano la tendenza a non tener conto di ciò che conta per il malato; il curioso è che poi si parla diffusamente di medicina centrata sul malato; prevale nettamente la tendenza a concentrarci sui fatti piuttosto che sulle storie, servizi e organizzazione piuttosto che comunità, interventi piuttosto che supporto, reagire a una crisi piuttosto che pianificare il prossimo

futuro. Tutto ciò rende difficile sostenere adeguatamente i malati, in particolare negli ultimi mesi di vita. La figura che segue espone i problemi medici e assistenziali dell'ultimo anno di vita in rapporto alle esigenze del pazienti:



E' noto che un terzo della spesa sanitaria viene speso nell'ultimo anno; i costi sanitari, in particolare quelli ospedalieri, aumentano notevolmente nelle ultime settimane di vita. Con storie come questa, è facile capire perché tutto questo possa accadere. L'attenzione che si concentra sulle attività e procedure mediche, piuttosto che su ciò che conta per i malati soprattutto se anziani, costa di più e tende a ottenere risultati che nessuno desidera e che non migliorano certamente la qualità della vita del paziente.

Si potrebbe creare - ed è auspicabile - una realtà sanitaria in cui è normale chiedersi e evidenziare tra noi ciò che conta davvero per i pazienti (Papa Francesco: aiutiamoci a restare saldi in ciò che conta davvero). La realizzazione di questa proposta non sarà facile e richiederà sicuramente profondi

cambiamenti: significherà evitare non poche procedure rituali e che apparentemente rassicurano soprattutto il decisore.

Nel caso della anziana paziente che abbiamo descritto, si doveva decidere di tenerla al proprio domicilio fino all'ultimo giorno della sua vita, permettendo al suo marito di essere con lei al momento della morte; la signora avrebbe potuto riposare comodamente piuttosto che essere movimentata per ottenere una foto della sua piaga da decubito, riconoscendo così che la sua dignità e il suo comfort erano più importanti che l'implementazione del "protocollo standard". Si dovrà quindi non solo sfidare le tradizionali modalità di farsi carico della cura delle persone, delle famiglie e delle comunità che sosteniamo; diventa importante il modo con cui ci prendiamo cura gli uni degli altri all'interno delle nostre istituzioni e strutture sanitarie. Solo allora realizzeremo veramente la modalità di cura basata sulle preferenze del malato anche anziano: *what matters to you* ? vedi [qui](#) - (da BMJ 2020; Marzo).

Sono significativi gli esempi leggibili da siti scozzesi e riguardanti il colloquio medico-paziente:

"Quali sono le cose importanti per te (anziano malato) in questo momento?"

"Quali sono le cose che vorresti ottenere come risultato di questo supporto?"

"Quando hai una buona giornata, quali sono le circostanze che la rendono tale?"

Questo comportamento relazionale ha contenuti semplici e ben comprensibili in tutti i setting curativo-assistenziali. Quando chiedi: "Cosa ti interessa?" si fa riferimento alla persona intera che merita rispetto e dignità, e non come spesso accade, alle malattie eventualmente presenti oppure ai risultati di accertamenti di laboratorio. Esiste poi una relazione tra *"Che cosa conta per te?"* e i problemi economici (costi) della sanità: la comunicazione compassionevole può evitare procedure aggressive, esami non necessari e altri fattori disordinati, che possono compromettere la sostenibilità del sistema sanitario e che configurano l'accanimento terapeutico.

Pertanto la domanda "Cosa ti interessa?" potrebbe guidare il cambiamento necessario del sistema sanitario nei diversi setting. Nella figura e nella tabella che seguono si propone, in lingua originale ma ben comprensibile, il 5M Geriatrico che



descrive le competenze minime in geriatria; queste dovrebbero essere acquisite da tutti i sanitari che operano nei diversi setting curativo-assistenziali; esse consentono di affrontare la complessità della multipatologia e le sue conseguenze funzionali e relazionali che affliggono un numero crescente di anziani sempre più vecchi.