

LA RELAZIONE DI CURA TRA OPERATORE SANITARIO, PAZIENTE E FAMIGLIA: REALTA' E PROSPETTIVE

IL DOMICILIO

Alberto Marsilio

Medico di Medicina Generale

Geriatra

Venezia ITALIA

amarsilio@alice.it

**Membro del gruppo
di studio SIGG**

***“La cura nella fase
terminale della vita”***



Sanità tra presente e futuro
Sfide e responsabilità per i giovani

SUMMER SCHOOL
LISBONA 3-6 Settembre 2015



Da più parti nel mondo occidentale, ma non solo, c'è una crescente consapevolezza che la medicina oggi è percorsa da profondi processi di **cambiamento** che ne provocano una **crisi** evidente e la spingono a mettersi in **discussione**



Noi Operatori Sanitari ogni giorno tocchiamo con mano la necessità di andare oltre l'idea di medicina legata ancora ai rigidi criteri del positivismo e scientismo ottocentesco e **ridefinire i concetti di Salute e Malattia**

La **malattia non è solo un evento biologico**, un guasto tecnico che va riparato sostituendo il “pezzo rotto”

La **malattia non è mai separata dalla vita**, dalla componente psicologica, spirituale, valoriale del paziente, dal suo modo di concepire salute e malattia, dall’ambiente in cui vive (famiglia, comunità)



Proprio , perché la vita dell’uomo è fatta di relazioni, anzi è relazione, malattia e salute possono essere considerati non solo beni individuali ma anche **“Beni Relazionali”**

Cioè beni che prendono senso dal rapporto e dall’incontro con l’altro, capacità di creare solidarietà, interdipendenza , reciprocità

Quando noi ci accingiamo a curare un paziente non possiamo prescindere da questo **“Universo relazionale”** pena il fallimento del nostro “progetto di cura”

LA FAMIGLIA

La famiglia è un luogo sociale e di cura unico in cui la relazione di cura è espressa alla massima potenza

Le relazioni tra malato-famiglia ed equipe curante, a casa, hanno un peso maggiore rispetto all'ospedale

Visitiamo il paziente nel suo letto, nella sua stanza, siamo senza camice, in genere non facciamo uscire i famigliari

A domicilio, se le relazioni sono “solide”, malato e famiglia sono un **“unicum”**

“nucleo sofferente”: soffre il malato e soffrono i famigliari
non possiamo prenderci cura del pz senza prenderci cura anche dei famigliari (ansia, tensioni..)

“nucleo di cura”: La famiglia può trovare in sé stessa la forza per aiutare e sostenere il malato
la carezza di un proprio caro allevia la sofferenza come e più di un analgesico

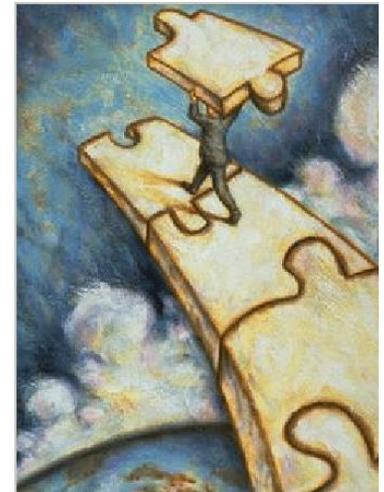


Quando una persona si ammala in genere si rivolge al proprio
Medico di Medicina Generale/Medico di Famiglia

- È normalmente il luogo di **primo contatto** con il Sistema Sanitario
- Sviluppa un **approccio** centrato sulla **persona** , orientato all'individuo, alla sua **famiglia** e alla sua **comunità**
- Promuove la **responsabilizzazione** del **paziente** nella gestione della propria salute
- Si basa su una **relazione** interpersonale **protratta** nel **tempo**
- Si occupa dei problemi di salute nella loro dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale (**modello Bio-Psico-Sociale**)

La **Relazione Terapeutica** a domicilio
deve inserirsi in un contesto di cura
e assistenza che **si protrae nel tempo**,
un **continuum** che va
dall' inizio alla fine della malattia,
(o al momento dell'exitus)

Trova un senso in un una **dinamica
comunicativa globale** che comprende la
comunicazione della diagnosi,
l'adeguato trattamento del dolore e degli altri
sintomi presenti
la decisione condivisa sul luogo di cura ed
eventualmente sul luogo dove morire



RELAZIONE TERAPEUTICA	STADIO INIZIALE	STADIO INTERMEDIO	STADIO TERMINALE
DIAGNOSI	Capire se e quanto vuole essere informato, Discutere opzioni terapeutiche Stabilire obiettivi	La malattia sta progredendo? Il paziente ne ha coscienza?	Adoperarsi perché paziente e famigliari siano consapevoli che l'exitus è vicino
PROGNOSI	Parlare della probabile durata della malattia, delle aspettative	Rivalutare la prognosi, rivedere le aspettative	Valutare appropriatezza o futilità dei trattamenti
DECORSO MALATTIA	Bilanciamento dei rischi e benefici di ciascun trattamento	Collaborazione con altre figure professionali (ADI)	Dare la preferenza alle cure palliative e al sollievo dei sintomi Luogo dove morire
SOSTEGNO	Fare attenzione alle emozioni, ai dubbi, Supporto psicologico?	Rispondere alle domande in modo chiaro; curare ansia e depressione	Non abbandonare paziente e famiglia anche quando "non c'è più niente da fare"

PUNTI CARDINE



- 1. Identificare i bisogni del malato e della famiglia**
- 2. Acquisire conoscenze competenze e abilità**
- 3. Approccio globale al paziente**
- 4. Assistenza Multidisciplinare ed integrazione socio-sanitaria**

CRITICITA'



- Assenza o debole presenza della famiglia o di una rete d'aiuto
- Pazienti che non sono in grado di esprimere la propria volontà
- Deficit di programmazione e valutazione dei bisogni
- Rischio di frammentazione della cura
- Scarsità di risorse destinate al territorio

La famiglia in ospedale: un problema o una risorsa?



Maria Alessandra Mazziotti
Specializzando in Medicina Interna
Roma - Italia

Uno sguardo al futuro



FMI: se la vita media nel 2050 si allungherà di 3 anni in più rispetto ad oggi, il costo dell'invecchiamento aumenterà del 50% implosione sistema welfare?

I Sistemi sanitari e il mercato riescono sempre meno a dare risposte adeguate alle famiglie che devono farsi carico di anziani non autosufficienti, malati inguaribili



I MODELLI ASSISTENZIALI INNOVATIVI

Per migliorare l'assistenza alle persone con malattie croniche è necessario cambiare prospettiva:

Da un approccio focalizzato sulla malattia



ad un approccio focalizzato sulla persona e sulla popolazione

- **CHRONIC CARE MODEL**
- **EXPANDED CHRONIC CARE MODEL**
- **KAISER PERMANENTE'S RISK STRATIFICATION MODEL**

Elementi comuni dei modelli assistenziali innovativi

Assistenza basata sulla popolazione, sulla stratificazione del rischio e su diversi livelli di intensità assistenziale

Riconoscimento che le Cure Primarie sono il punto centrale dei processi assistenziali con forti collegamenti con il resto del sistema

Passaggio da un'assistenza "reattiva" ad un'assistenza "proattiva"

Erogazione di un'assistenza fondata sui bisogni individuali della persona nel suo specifico ambiente

Fare leva sulla partecipazione della comunità

Investire sull'autogestione del paziente e del caregiver

Elaborare linee guida che tengano conto della comorbilità

Disporre di team multiprofessionali

da G. Maciocco (*modificata*)

Sono stati adottati dai S.S. di vari Paesi (Canada, Olanda, Germania, Regno Unito, regione Toscana) con l'obiettivo di ottenere :

- Utenti soddisfatti
- Un miglioramento nello stato di salute della popolazione



***Per crescere un bambino ed
accudire un anziano,
ci vuole un intero villaggio***
(proverbio Africano)

