



Navajo
Medicine Man

RISORSE

DELLA MEDICINA GENERALE.

- ❑ L'ASSISTENZA MEDICA :
a domicilio : ADP - ADI
- ❑ PRESENZA SUL TERRITORIO
- ❑ CONOSCENZA DELLA FAMIGLIA
- ❑ APPROCCIO OLISTICO
- ❑ ANALISI PER PROBLEMI
- ❑ LA "CONTRATTAZIONE"
- ❑ IL LUOGO DI CURA: LA CASA
- ❑ ... IL BASSO COSTO

PARADIGMI E DINTORNI

- IL PARADIGMA
NORMATIVO
- IL PARADIGMA
GESTIONALE
- IL PARADIGMA CLINICO
- IL PARADIGMA
RELAZIONALE
- IL PARADIGMA
SYSTEMICO-FAMIGLIARE
- IL PARADIGMA ETICO
- IL PARADIGMA
CULTURALE



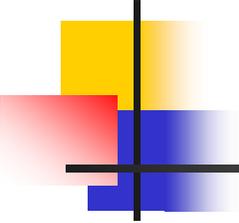
IL PARADIGMA NORMATIVO



IL PARADIGMA NORMATIVO

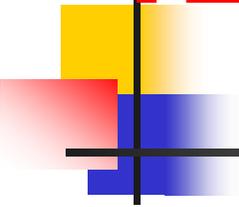
- La visita domiciliare
- L' Assistenza domiciliare programmata
- L' Assistenza domiciliare integrata





IL PARADIGMA NORMATIVO

- **ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE**
- **ART. 29 - FUNZIONI DELLA MEDICINA GENERALE.**
- 8. I compiti assistenziali del medico di medicina generale sono quelli di cui ai Livelli Essenziali di Assistenza:
 - gestione del paziente ammalato in condizioni acute;
 - gestione delle patologie croniche;
 - **gestione dei malati, nell'ambito dell'Assistenza domiciliare programmata e integrata.**

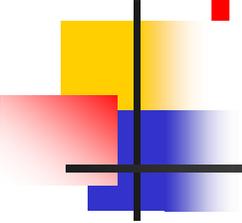


IL PARADIGMA NORMATIVO

- **ART. 45 - COMPITI DEL MEDICO.**

1. Le funzioni ed i compiti individuali del medico di assistenza primaria sono così individuati:

- servizi essenziali: gestione delle patologie acute e croniche secondo la miglior pratica e in accordo con il malato, inclusi gli interventi appropriati e le azioni rilevanti di promozione della salute
- **gestione dei malati nell'ambito dell'Assistenza domiciliare programmata e integrata:** assistenza programmata al domicilio dell'assistito, anche in forma integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa, in collegamento se necessario con l'assistenza sociale, secondo gli allegati "G" e "H";
- assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettività, sulla base degli accordi regionali previsti dall'art. 53, comma 1, lett. c).



IL PARADIGMA NORMATIVO

- **ART. 47 - VISITE AMBULATORIALI E DOMICILIARI.**

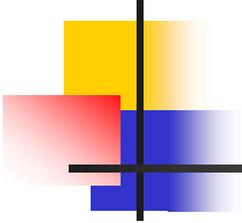
1. L'attività medica viene prestata nello studio del medico o a domicilio, avuto riguardo alla non trasferibilità dell'ammalato.

2. Le visite domiciliari e ambulatoriali, in presenza di unità di cure primarie o di forme associative complesse (equipe territoriale, medicina di gruppo), fermo restando i compiti individuali e la individualità del rapporto di fiducia, sono organizzate dai gruppi stessi tenendo conto, nel rapporto con l'utenza, di una offerta di servizi coerente con il principio della continuità della assistenza e di presa in carico globale della persona.

3. La visita domiciliare deve essere eseguita di norma nel corso della stessa giornata, ove la richiesta pervenga entro le ore dieci; ove invece, la richiesta pervenga dopo le ore dieci, la visita dovrà essere effettuata entro le ore dodici del giorno successivo. E' a cura del medico di assistenza primaria la modalità organizzativa di ricezione delle richieste di visita domiciliare.

IL PARADIGMA GESTIONALE

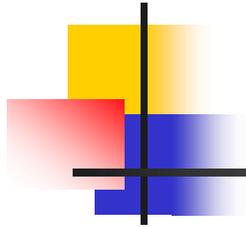




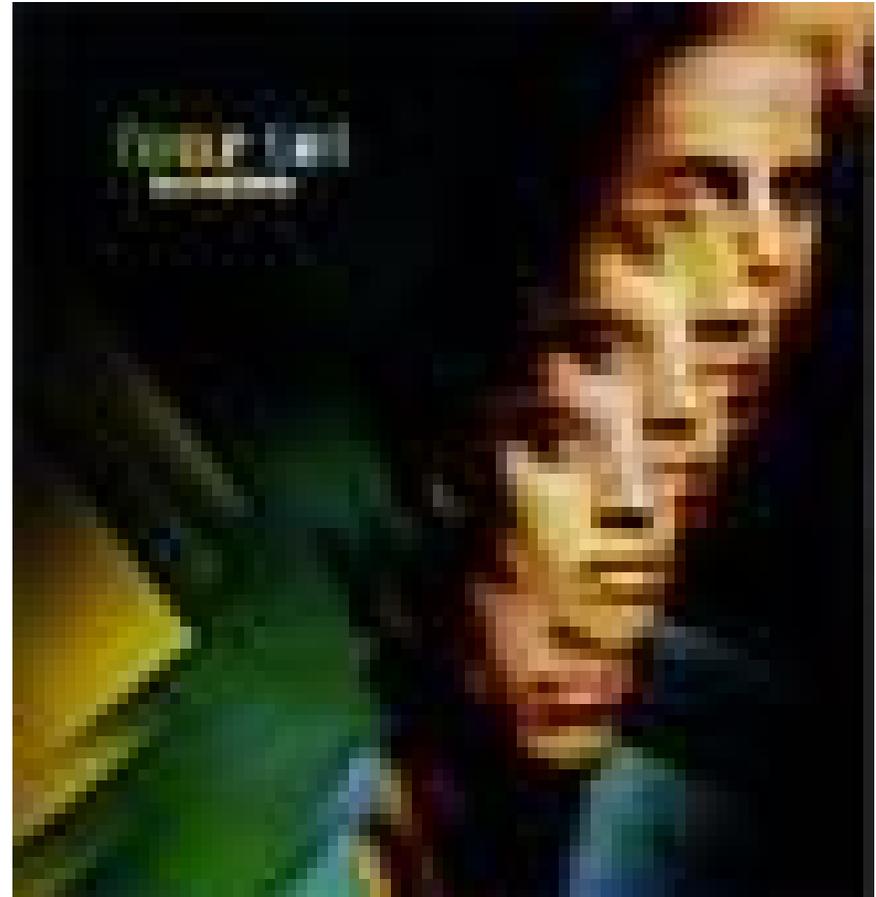
ATTIVITA' E COMPITI

- ❑ **IL RUOLO ORIGINALE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE
NELLA COMPLESSITA' DELLA GESTIONE DOMICILIARE**
- ❑ **L'ORGANIZZAZIONE DEL PIANO ASSISTENZIALE**
- ❑ **IL RICOVERO: QUANDO E DOVE ?**
- ❑ **I MEDICI SPECIALISTI: QUALI E QUANDO ?**
- ❑ **OBIETTIVI MINIMI PER UNA ASSISTENZA DOMICILIARE IN C.P.**
- ❑ **NODI CRITICI PER LA MEDICINA GENERALE**
- ❑ **QUALITA' DELLE CURE**

IL CONTRIBUTO ORIGINALE DEL MEDICO DI FAMIGLIA

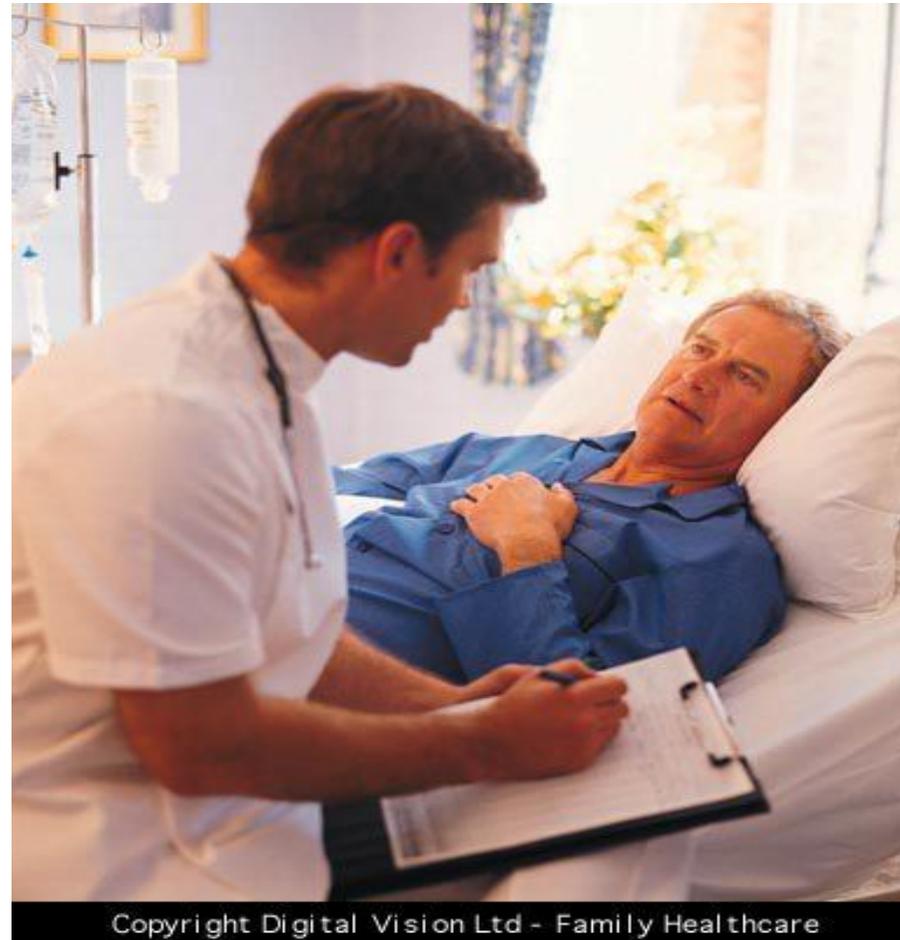


- IL MEDICO DI "FIDUCIA"
- IL MEDICO "CURANTE"
- IL MEDICO "MANAGER"
- IL MEDICO "CONSULTANT"



IL MEDICO DI FIDUCIA

- Rapporto legato ad una scelta
- Rapporto costruito negli anni
- Importante risorsa per il malato
- Presenza sicura e costante
- Esperto nella gestione della M.G.



IL MEDICO DI FIDUCIA

- **Lascia un n. di cellulare**
- **Fa da mediatore tra malato, parenti, amici**
- **Fa da interprete alle richieste del malato ai Colleghi**
- **Valuta l'opportunità di introdurre altri Operatori**
- **Valuta il grado di consapevolezza**
- **Valuta lo stress familiare, i bisogni di sostegno**
- **Valuta la possibilità di una assistenza a casa**

IL MEDICO CURANTE

- L' impostazione della Cura
- La Continuità della Cura
- I problemi e la loro soluzione



IL MEDICO CURANTE

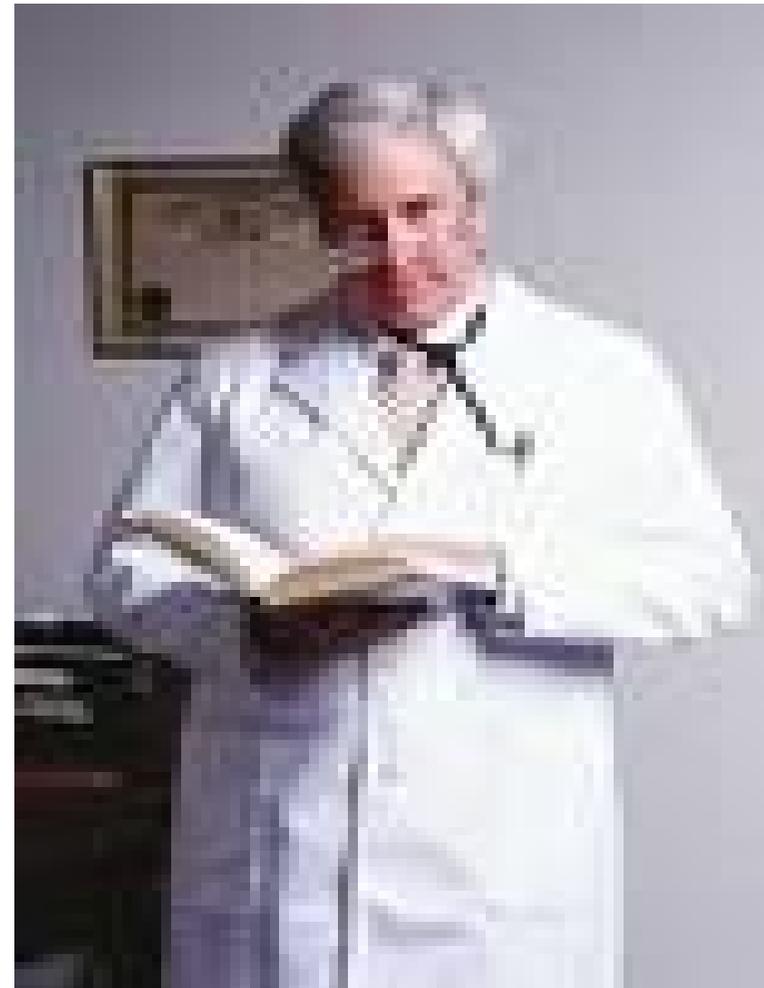
- RILEVA IL DISAGIO DEL PAZIENTE IN TEMPO REALE**
- FORNISCE UNA RISPOSTA IMMEDIATA AL PROBLEMA**
- RILEVA L'EFFICACIA DELLA TERAPIA IMPOSTATA**
- RILEVA GLI EFFETTI COLLATERALI DELLA TERAPIA E VI PONE RIMEDIO**
- ATTIVA EVENTUALE CONSULENZA SPECIALISTICA**

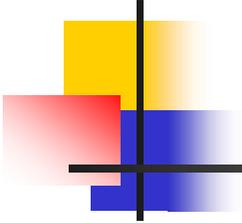
IL MEDICO MANAGER

- **VALUTA LE RISORSE PRESENTI**
 - **ATTIVA A.D.I. / U.O.C.P.**
 - **DOMANDA INVALIDITA' -**
RICHIEDE PRESIDI
- **GESTISCE I FLUSSI INFORMATIVI...**
- **GESTISCE LA CARTELLA CLINICA**
 - **EDUCA LA FAMIGLIA E I VOLONTARI**

IL MEDICO CONSULTANT

- **MEDICO DI FAMIGLIA
"MOTIVATO"**
- **MEDICO DI FAMIGLIA
"COMPETENTE"**
- **MEDICO DI FAMIGLIA
"DISPONIBILE"**
- **PRIMO LIVELLO DI
CONSULTAZIONE:**
 - **Facilità di accesso**
 - **Stesso approccio del
Medico curante**
 - **Continuità
assistenziale**





ATTIVITA' & COMPITI

- ❑ **IL RUOLO ORIGINALE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**
- ❑ **L'ORGANIZZAZIONE DEL PIANO ASSISTENZIALE**

- ❑ **IL RICOVERO: QUANDO E DOVE ?**
- ❑ **I MEDICI SPECIALISTI: QUALI E QUANDO ?**

- ❑ **OBIETTIVI MINIMI PER UNA ASSISTENZA DOMICILIARE IN C.P.**
- ❑ **NODI CRITICI PER LA MEDICINA GENERALE**

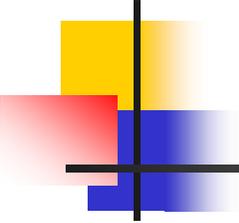
- ❑ **QUALITA' DELLE CURE**

ORGANIZZARE LE CURE A CASA

- IDENTIFICARE IL CARE-GIVER
- PREDISPORRE UNA PICCOLA FARMACIA
- LA SITUAZIONE PIU' FREQUENTE A CASA
Medico di famiglia,
Infermiere,
Familiare, Volontari
- LA REGIA DEL LAVORO IN EQUIPE
- IL SUPPORTO ALLA FAMIGLIA :
prevenzione del lutto patologico



ATTIVITA' & COMPITI



- IL RUOLO ORIGINALE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE
- L'ORGANIZZAZIONE DEL PIANO ASSISTENZIALE
- **IL RICOVERO: QUANDO E DOVE ?**
- I MEDICI SPECIALISTI: QUALI E QUANDO ?
- OBIETTIVI MINIMI PER UNA ASSISTENZA DOMICILIARE IN C.P.
- NODI CRITICI PER LA MEDICINA GENERALE
- QUALITA' DELLE CURE

QUANDO IL RICOVERO...

- **MALATO CHE LO DESIDERA**
- **CONDIZIONI DOMICILIARI NON IDONEE**
- **ELEVATO STRESS FAMILIARE**
- **GESTIONE TROPPO COMPLESSA**
(Difficile controllo dei sintomi)
- **INTERVENTI CHIRURGICI**



DOVE IL RICOVERO ?

- **MAI (SE POSSIBILE) IN OSPEDALE !!!**
- **PERCORSO PRIVILEGIATO E PREPARATO !**
- **L'HOSPICE...**
- **LA RESIDENZA SOCIO - ASSISTENZIALE**
- **LE UNITA' DI DEGENZA CURE PALLIATIVE**



ATTIVITA' &

COMPITI

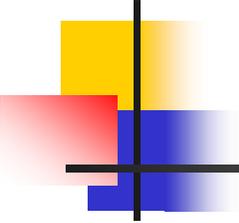
- IL RUOLO ORIGINALE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE
- L'ORGANIZZAZIONE DEL PIANO ASSISTENZIALE
- IL RICOVERO: QUANDO E DOVE ?
- **I MEDICI SPECIALISTI: QUALI E QUANDO ?**
- OBIETTIVI MINIMI PER UNA ASSISTENZA DOMICILIARE IN C.P.
- NODI CRITICI PER LA MEDICINA GENERALE
- QUALITA' DELLE CURE

IL MEDICO DI FAMIGLIA E I MEDICI SPECIALISTI

- **QUALI SPECIALISTI ?**
- **QUANDO CHIEDERE L'INTERVENTO ?**
 - 1) **Desiderio dei famigliari e del malato**
 - 2) **Difficoltà nella relazione**
 - 3) **Difficoltà nel controllo dei sintomi**

**UOCP : L'INTEGRAZIONE
COME VALORE AGGIUNTO**





ATTIVITA' & COMPITI

- IL RUOLO ORIGINALE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE
- L'ORGANIZZAZIONE DEL PIANO ASSISTENZIALE

- IL RICOVERO: QUANDO E DOVE ?
- I MEDICI SPECIALISTI: QUALI E QUANDO ?

- **OBIETTIVI MINIMI PER UNA ASSISTENZA DOMICILIARE IN C.P.**
- NODI CRITICI PER LA MEDICINA GENERALE
- QUALITA' DELLE CURE

OBIETTIVI MINIMI PER A.D.I. CURE PALLIATIVE

■ EFFICACIA

■ ACCETTABILE

CONTROLLO DEI SINTOMI:

- Dolore
- Nausea - Vomito
- Funzione intestinale
- Riposo notturno

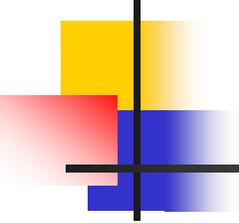


OBIETTIVI MINIMI PER A.D.I. CURE PALLIATIVE

■ EFFICIENZA

- **Struttura:** MMG + Infermiera + Palliativista
- **Organizzazione flusso informazioni:** Malato-Famiglia-Operatori
- **Organizzazione flusso informazioni équipe:** cartella interdisciplinare
- **Coinvolgimento** della famiglia nelle cure
- **Continuità assistenziale**
- **Percorsi Strutturati:** casa-ricovero
- **Sistema di self audit** – valutazione qualità cure
- **Formazione continua** interdisciplinare





ATTIVITA' & COMPITI

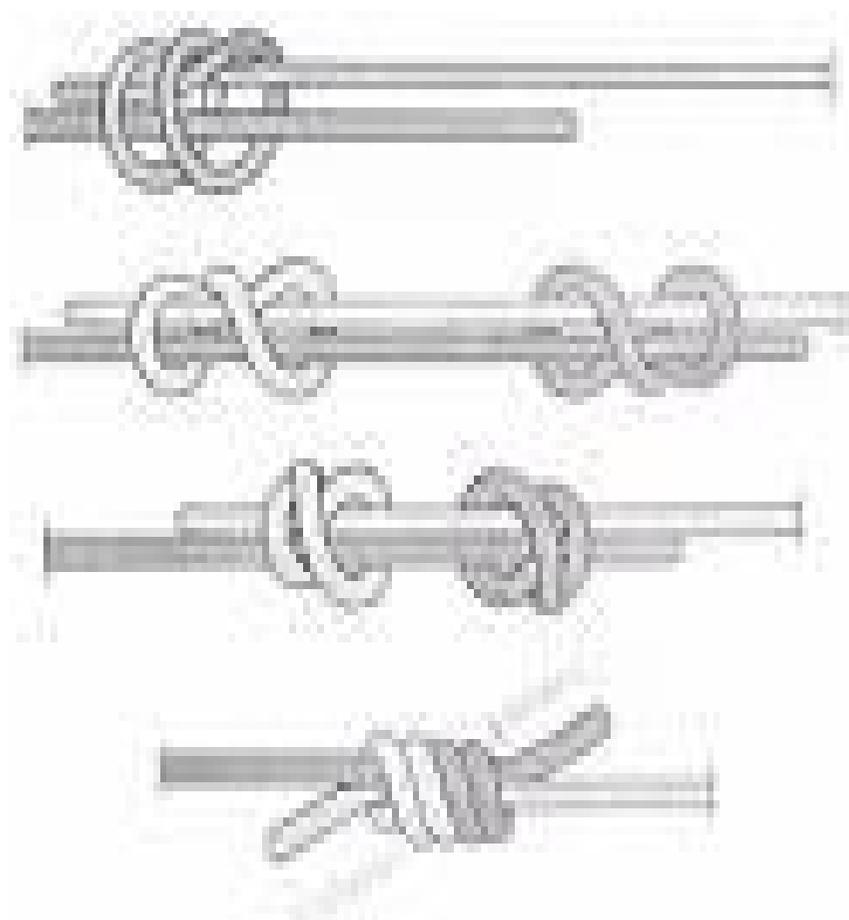
- IL RUOLO ORIGINALE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE
- L'ORGANIZZAZIONE DEL PIANO ASSISTENZIALE

- IL RICOVERO: QUANDO E DOVE ?
- I MEDICI SPECIALISTI: QUALI E QUANDO ?

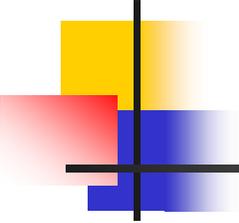
- OBIETTIVI MINIMI PER UNA ASSISTENZA DOMICILIARE IN C.P.
- **NODI CRITICI PER LA MEDICINA GENERALE**
- QUALITA' DELLE CURE

NODI CRITICI PER IL MEDICO DI FAMIGLIA

- **INTEGRAZIONE EQUIPE**
- **CONTINUITA' ASSISTENZIALE**
- **RELAZIONE CON IL CONTESTO FAM.**
- **CRITERI-INDICATORI E STANDARD QUALITA'**

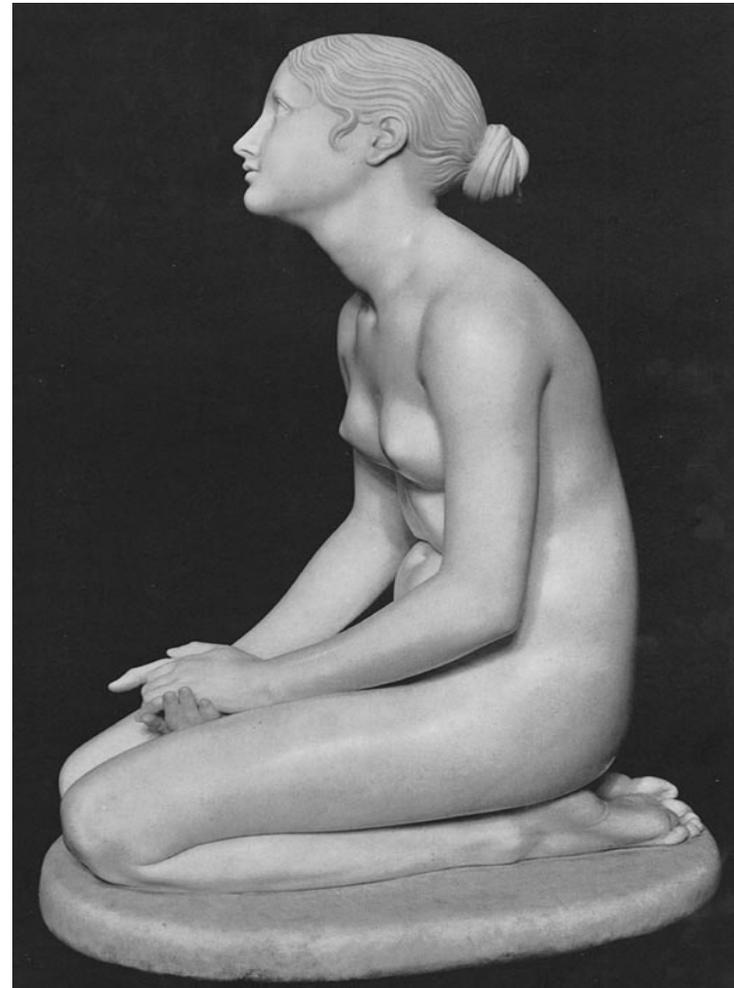


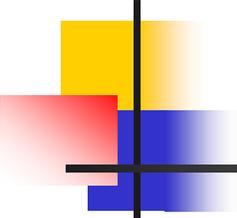
ATTIVITA' & COMPITI

- 
- IL RUOLO ORIGINALE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE
 - L'ORGANIZZAZIONE DEL PIANO ASSISTENZIALE
 - IL RICOVERO: QUANDO E DOVE ?
 - I MEDICI SPECIALISTI: QUALI E QUANDO ?
 - OBIETTIVI MINIMI PER UNA ASSISTENZA DOMICILIARE IN C.P.
 - NODI CRITICI PER LA MEDICINA GENERALE
 - **QUALITA' DELLE CURE**

INDICATORI DI QUALITA'

- CLINICAL INDICATOR OF THE QUALITY OF CARE
 - Risorse adeguate
 - Disponibilita' dei servizi
 - Performance cliniche
 - Qualita' della vita del paziente
- Starfield B. "Primary care, balancing health needs, services and technology" New York, Oxford press, 1998





IL MIO MALATO

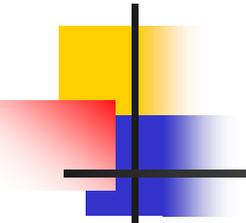
E' ...

...“MORTO BENE “



**LA Qualità di Vita
SI PUO' SOLO PERCEPIRE
OPPURE
SI PUO' MISURARE**

QUALITA' DI VITA - QUALITA' DI MORTE



- QV : concetto ampio e di difficile definizione
- QV: quale interpretazione nel malato con malattia in fase terminale ?
 - quale parte hanno gli interventi effettuati
 - quale parte ha "il prendersi cura"
 - quale parte ha l'adattamento
 - quale parte ha il Medico di Famiglia

RISULTATI IN CURE PALLIATIVE

- **QUALITA' DI VITA GLOBALE PERCEPITA DAL MALATO :**
- **BENESSERE FISICO E FUNZIONALE:** controllo dei sintomi, grado di autonomia compatibile con lo stato di malattia
- **BENESSERE PSICOLOGICO:** stato cognitivo, emozionale, le interazioni sociali, immagine di sé, senso di autocontrollo e dignità
- **BENESSERE SPIRITUALE:** mantenimento di un significato della propria vita, preparazione alla morte
- **PERCEZIONE DELLA CURA DA PARTE DEL MALATO:** soddisfazione complessiva, prevenzione e controllo sintomi, informazioni
- **PERCEZIONE DELLA CURA DA PARTE DELLA FAMIGLIA:** stato emotivo dei suoi membri, adeguatezza delle informazioni, percezione della qualità delle cure prestate al malato e ai familiari compreso il supporto al lutto
- **Gordon D., Peruselli C., “Narrazione e fine della vita. Nuove possibilità per valutare la qualità della vita e della morte” Franco Angeli Editore, Milano 2001**

CRITERI DI QUALITA' DI CURA



CRITERIO DI EFFICACIA



INDICATORI DI ESITO

Il malato, se ciò è meglio, può morire nella propria casa



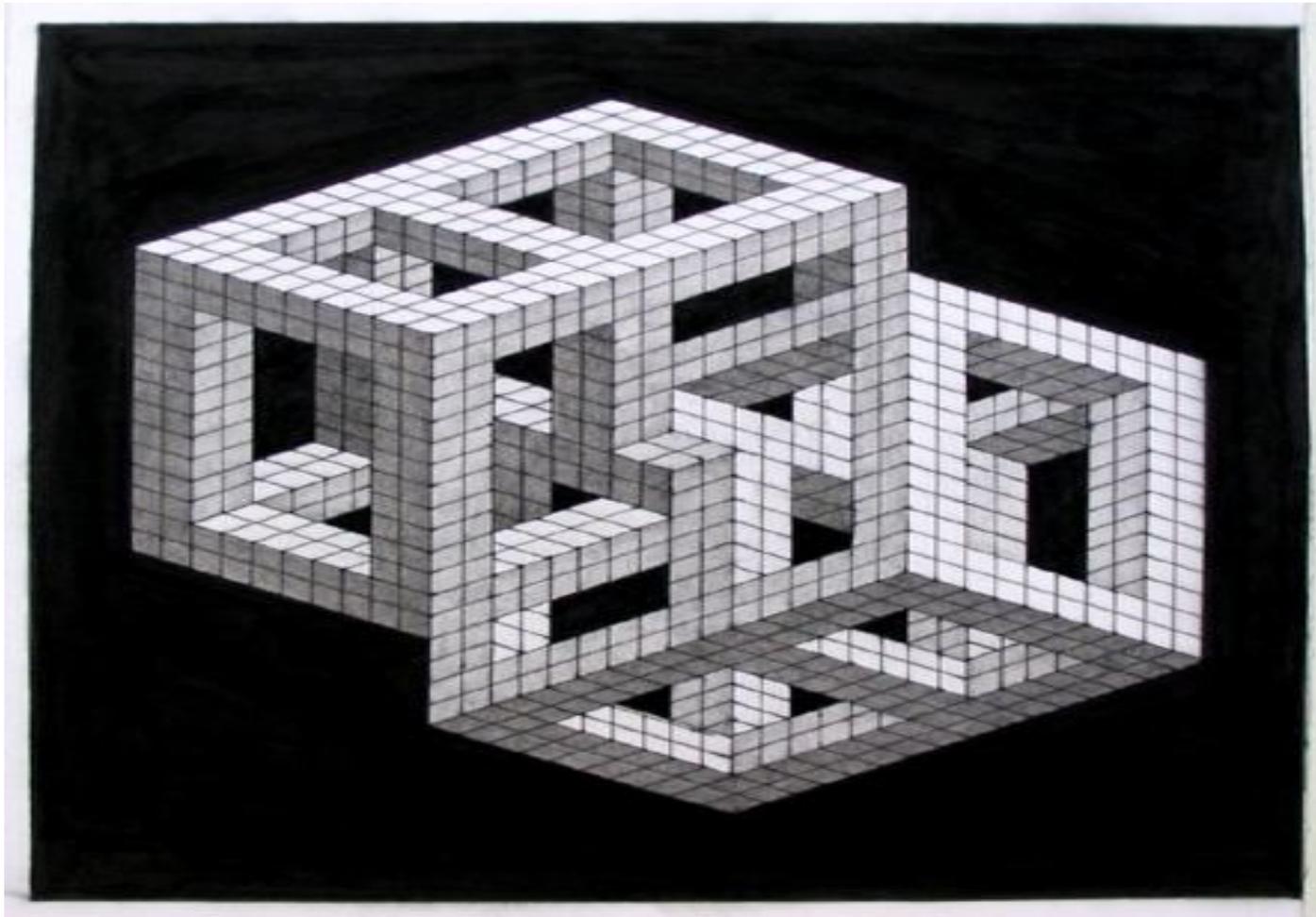
NUMERO DI DECESSI AVVENUTI A CASA

Il malato muore con il controllo dei sintomi, soprattutto del dolore



**NUMERO DI GIORNI CON IL CONTROLLO DEL DOLORE
QUANTITA' DI MORFINA PRESCRITTA**

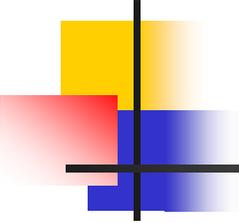
IL PARADIGMA RELAZIONALE



IL PARADIGMA RELAZIONALE

- UNA BUONA RELAZIONE PASSA ATTRAVERSO UNA BUONA COMUNICAZIONE





Importanza della comunicazione

- I medici con uno stile di comunicazione “partecipativo” hanno pazienti più collaboranti, più soddisfatti e seguiti più a lungo
- I medici ed il personale curante indicano le carenze nelle tecniche di comunicazione come uno dei motivi maggiori di insoddisfazione professionale
- La causa più importante di denunce da parte dei pazienti nei confronti dei medici é una cattiva comunicazione

E' IMPOSSIBILE NON COMUNICARE

- Ma la Comunicazione e' solo scambio di informazioni?

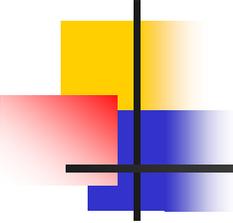


Un tempo per parlare , un tempo per ascoltare..anzi due

- Il medico interrompe il paziente in media 18 secondi dopo che ha iniziato a parlare
- Il primo disturbo che il pz segnala non è spesso il più importante
- I pazienti che non sono interrotti parlano raramente più di un minuto e mai più di tre minuti

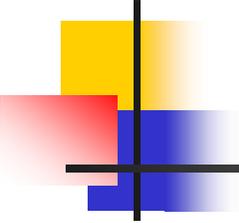


Beckman 1985



L'informazione: fatti (I)

- Più del 30% dei pz non ricordano le informazioni date dal medico riguardo a prognosi e terapia
- Il 50% dei pz assume in modo scorretto i medicinali prescritti



L'informazione: fatti (II)

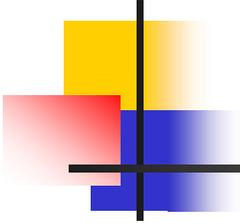
- Nel corso dei colloqui poco tempo è dedicato a trasmettere informazioni utili ai pazienti
- I medici sottostimano il desiderio di informazione dei pazienti

Familiari ed informazione di un congiunto ammalato di cancro

- 71% delle famiglie **non desidera** che il medico comunichi la diagnosi al pz

- Arreras, Psycho-Oncology 1995; 4:191-6





Cosa vogliono assolutamente sapere i pz oncologici?

- Gli effetti collaterali delle terapie: 73%
- Se la malattia è un cancro: 72%
- Le possibilità di cura: 60%
- I trattamenti possibili: 54%
- Come è il decorso: 48%
- Il nome della malattia 30%

Meredith, 1996

L'obiettivo più importante della comunicazione

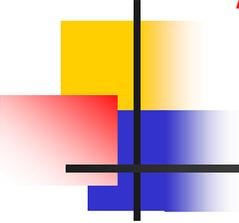
- comprendere la realtà del mio interlocutore e
- aiutare l'interlocutore a comprendere la mia realtà



Funzioni della comunicazione nelle relazioni di aiuto

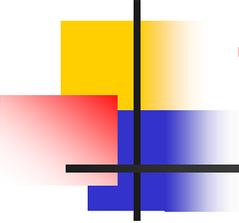
- **Trasmissione di informazioni**
- **Attenzione alle emozioni**
- **Favorire il cambiamento terapeutico**





Attenzione alle emozioni

- Cosa suscita in me questo paziente?
- Cosa succede a chi mi é davanti?
- Cerca di formulare cosa prova chi ti è davanti
- Comunicaglielo in modo rispettoso, con l'intensità adeguata, sotto forma di una domanda



Favorire il cambiamento terapeutico

- Il processo di negoziazione
- Attenzione al linguaggio del corpo
- Sostenere e motivare il paziente

La negoziazione

- Qual è il problema che abbiamo in comune
- Quali sono gli obiettivi che possiamo raggiungere
- Quali sono gli strumenti che vogliamo utilizzare per raggiungerli



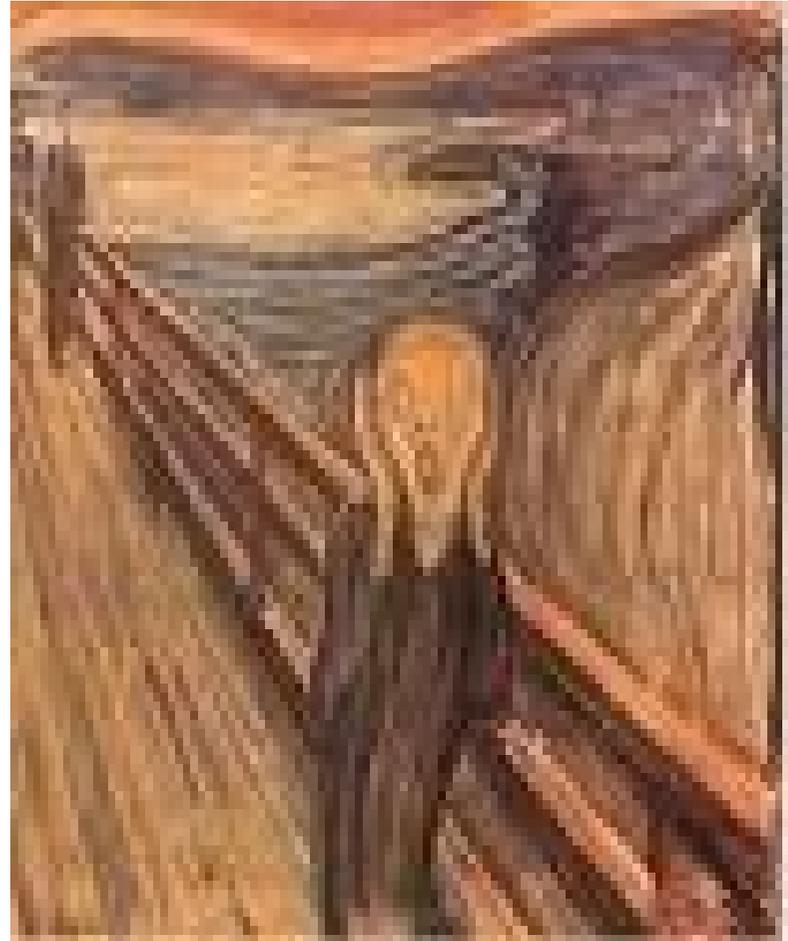
Qual è la cattiva notizia?



- Ogni notizia che modifica radicalmente ed in modo negativo la visione che il paziente ha del proprio futuro
- Una notizia è tanto più "cattiva" quanto più ampia è la differenza tra le aspettative del paziente e la realtà clinica

Cattive notizie: le difficoltà del medico

- Paura di provocare sofferenza nel pz
- Condivisione della sofferenza
- Paura delle critiche
- Paura di non comunicare adeguatamente
- Paura di dire "non so"
- Paura di esprimere le proprie emozioni

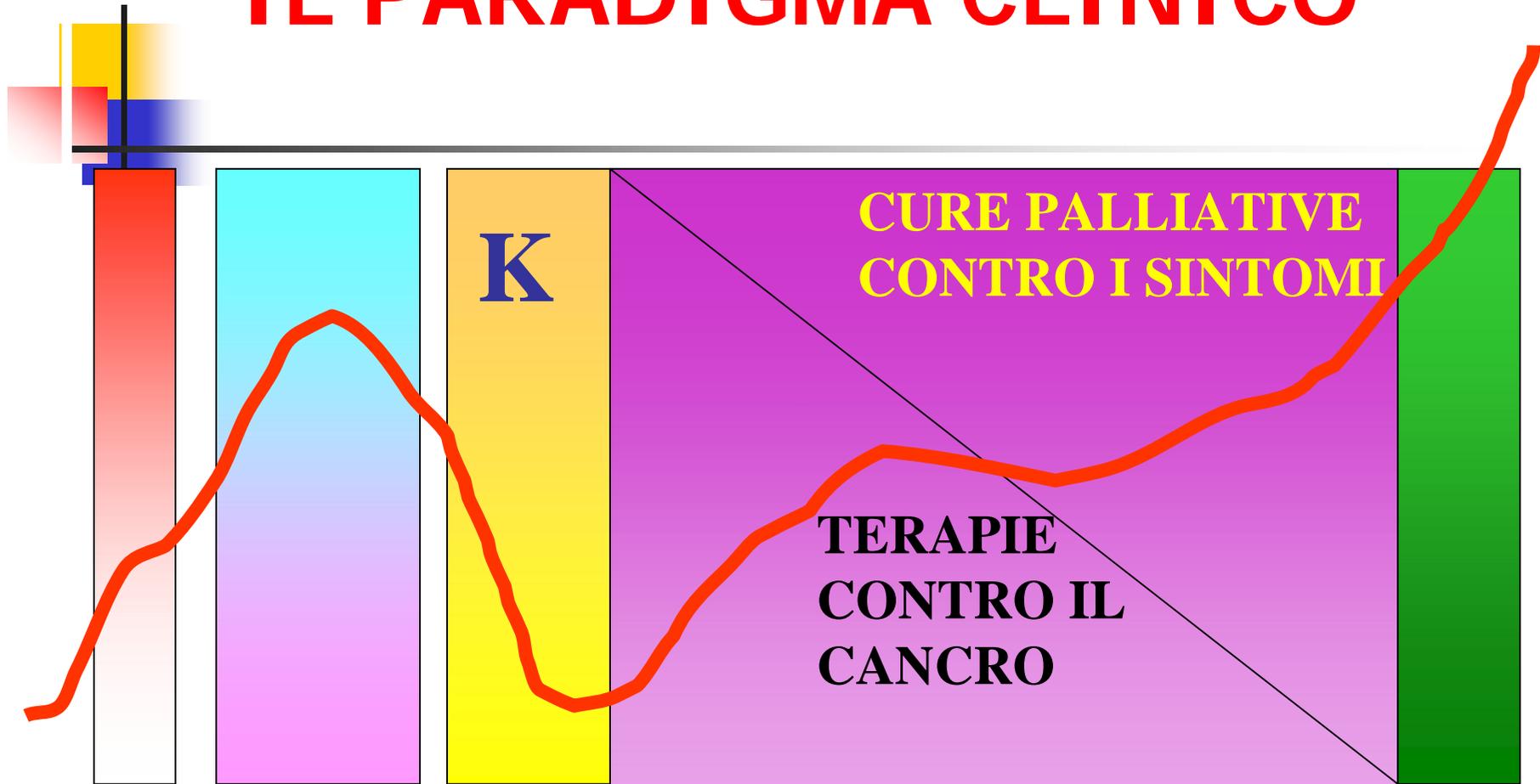


Tener conto delle emozioni

- Riconoscere le emozioni
- Dare loro un nome
- Legittimare le emozioni

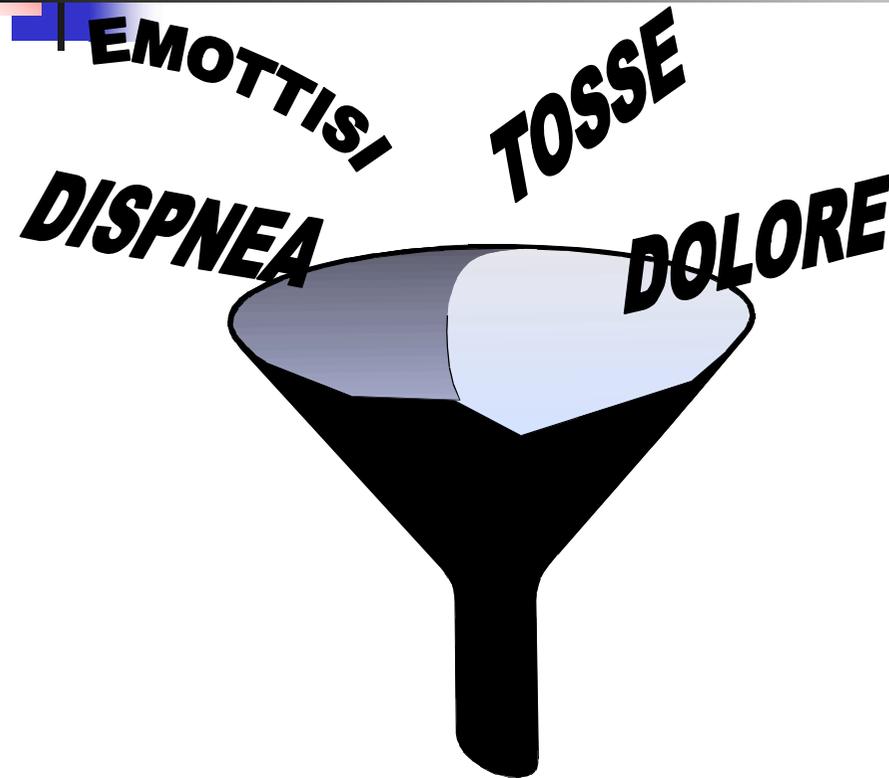


IL PARADIGMA CLINICO



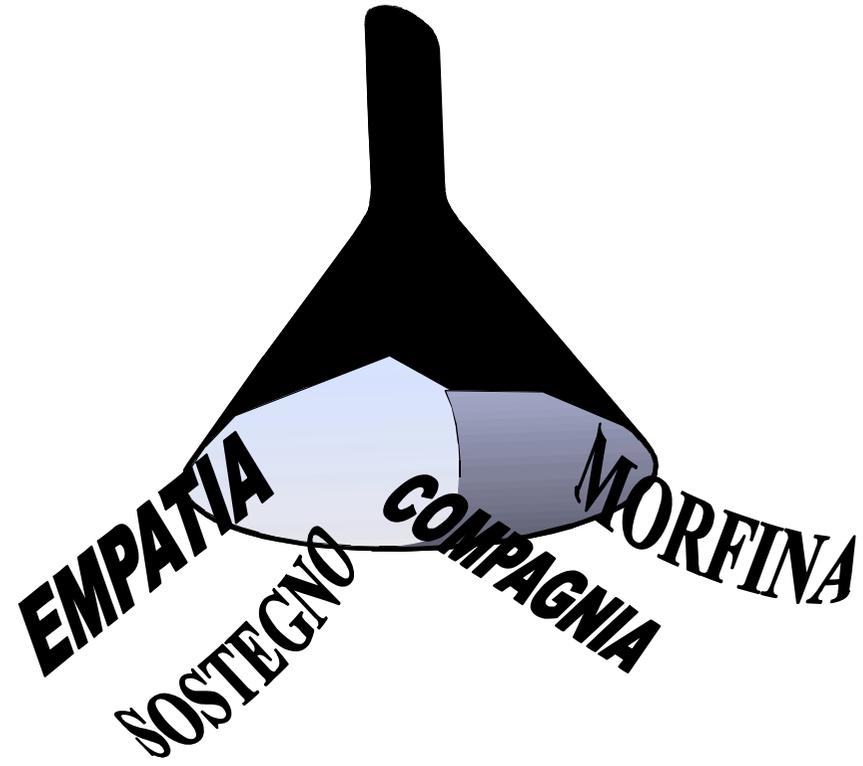
**MEDICO DI FAMIGLIA :
FIL ROUGE DELL'ASSISTENZA**

IL PARADIGMA CLINICO



**CANCRO AL
POLMONE**

DOLORE

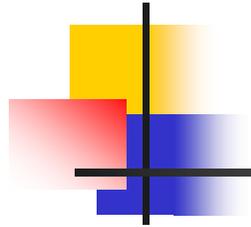


IL PARADIGMA DEL SISTEMA-FAMIGLIA

- Dinamiche équipe e famiglia:
chi è responsabile?
- Il paziente?
- Un familiare?
- La famiglia intera?
- Il medico?
- L'infermiera?
- L'équipe curante?



RISCHI



LA RELAZIONE
FAMIGLIARE
PUÒ DIVENTARE
"DISADATTATIVA"

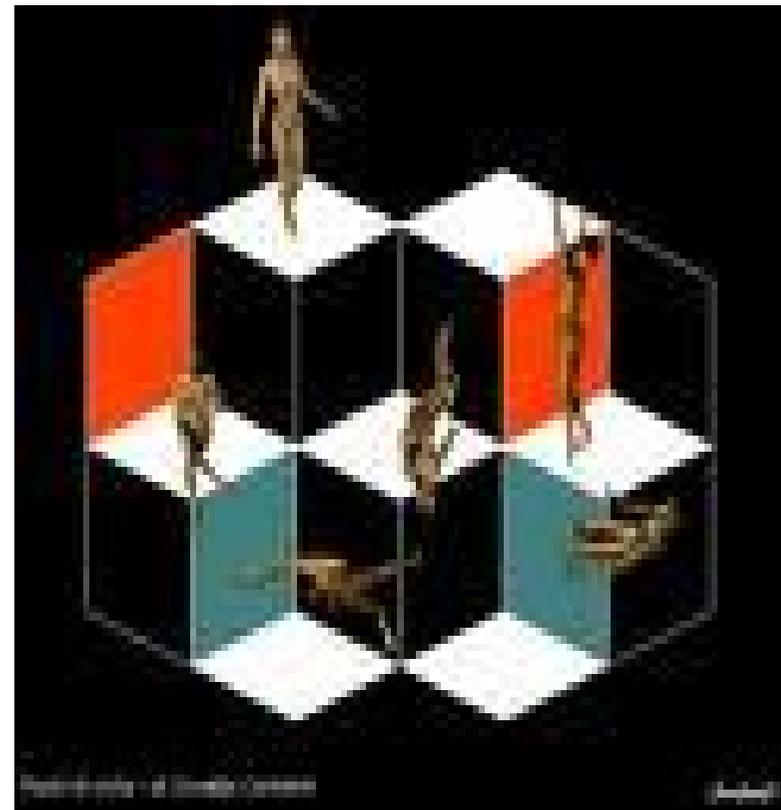
PERCHE' ?



Il problema della condivisione di realtà comuni

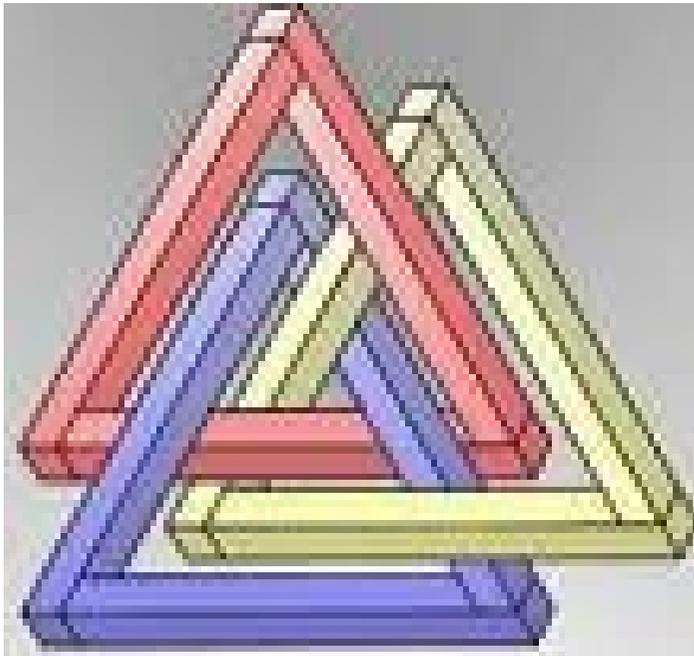
Équipe curante, paziente e familiari:

- Valutano stesse situazioni in modo diverso.
Esempio: utilizzo della morfina.
- Hanno differenti aspettative.
Esempio: obiettivi terapeutici.
- Hanno differenti codici interpretativi.
Esempio: le cause dei disturbi (stanchezza)



Il triangolo curanti, paziente e famiglia

Aspettative diverse



...da integrare



Morbidity psicologica nelle famiglie con pazienti ammalati di cancro

- Tra il 18 ed il 34% dei familiari presenta un disagio psichico che si può protrarre oltre i 18 mesi
- La fase emotivamente più intensa per i familiari è quella delle cure palliative o terminale



Morbidity psicologica nelle famiglie con pazienti ammalati di cancro

- Sembra esistere una correlazione fra lo stato psicologico del paziente e quello dei familiari



Perché rabbia e ostilità nei figli maggiorenni di pazienti oncologici?

- Espressione di un lutto anticipato
- Disturbi della comunicazione all'interno della famiglia
- Mutamento di ruolo: assunzione di nuove responsabilità



Fasi della malattia: "l'inizio"

- **La fase iniziale: la crisi**
 - confronto con la diagnosi, le prime cure, incontro con i curanti
 - riorganizzazione del sistema familiare
 - la crisi si può ripresentare in ogni fase di riacutizzazione o netto peggioramento della malattia



Fasi della malattia:

“la cronicizzazione”

- La fase di cronicizzazione:
 - adattamento alla modifica dei ruoli
 - equilibrare i bisogni della famiglia e quelli del paziente
 - mantenere le abitudini di una “vita normale”



Fasi della malattia: "la fase avanzata"

- **La fase avanzata:**
 - problemi di comunicazione: la "congiura del silenzio" (collusione di interessi")
 - aumenta il bisogno di occuparsi del paziente
 - il pensiero della morte appare inevitabile e "domina" la vita di tutti i giorni



Compiti dell'équipe curante nella relazione con la famiglia

- Comprendere le dinamiche familiari presenti nella fase avanzata di malattia
- Distinguere il ruolo di "paziente" e di "curante" dei familiari nella relazione di cura
- Riconoscere le emozioni che inducono i familiari a "bloccare" le informazioni al paziente



Compiti dell'équipe curante nella relazione con la famiglia

- Favorire una comunicazione chiara e aperta all'interno della famiglia
- Sostenere i familiari nella preparazione alla perdita e nell'elaborazione del lutto



Compiti dell'équipe curante nella relazione con la famiglia

- Riconoscere le situazioni a rischio per lo sviluppo di gravi problemi di elaborazione della perdita
- Riconoscere i propri limiti e rispettare il funzionamento che un sistema familiare ha sviluppato nel tempo e che non intende modificare



IL PARADIGMA CULTURALE

- Il prolungamento del morire all'epoca della negazione della morte

Un aspetto nuovo che oggi caratterizza il morire è il fatto che, data la crescente incidenza delle malattie croniche e degenerative, e l'efficacia degli attuali trattamenti medici che permettono di rallentare il processo, il morire in molti casi subisce un notevole prolungamento. **Tutto questo avviene proprio all'epoca della negazione della morte (Ph.Ariès)**

La privatizzazione della morte e la "solitudine" del morente

- Attorno alla morte non c'è cultura, non ci sono più parole e simboli capaci di far *vivere socialmente* questo evento, che permettano di parlare *della* morte e insieme *con* il morente (N.Elias)



La medicalizzazione del morire

La morte "intubata"



"Oggi si muore con cuore e cervello innestato ai fili, che finiscono in uno strumento registratore. E' la morte intubata.

E il personale curante è ormai un' équipe di meccanici impegnati a badare che la flebo sgoccioli e che l'ossigeno arrivi"

Ferdinando Camon (1996)

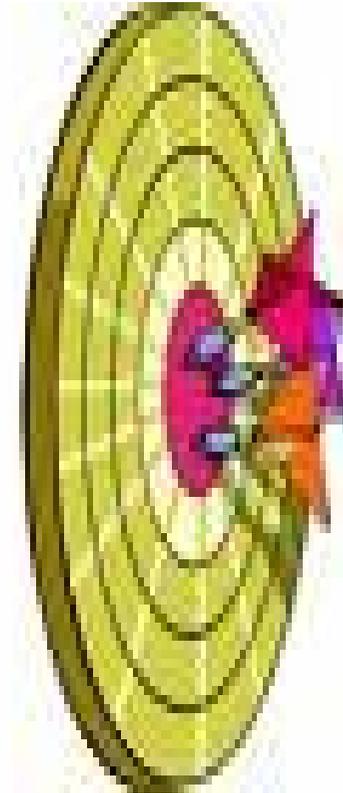
STRATEGIE ALTERNATIVE NELLA GESTIONE DELLA FASE TERMINALE

- La strategia dell'accompagnamento
- Riconoscere i limiti della medicina decidendo di astenersi dall'attivare o di interrompere trattamenti sproporzionati;
- Restare vicini al malato per dargli la possibilità di esprimere i suoi sentimenti;
- Spostare lo sforzo terapeutico **dal guarire al prendersi cura**, orientando gli interventi verso il trattamento dei sintomi e l'alleviamento del dolore.



IL PARADIGMA DELL'ACCOMPAGNAMENTO E LE SUE ISTANZE ETICHE

- Alleviare il dolore
- Comprendere i bisogni del malato terminale
- Proporzionare le cure
- Decodificare la richiesta di essere aiutato a morire



COMPRENDERE I BISOGNI DEL MALATO TERMINALE

Acquisizioni maturate
nell'ascolto dei malati
terminali

(E. Kubler-Ross, C.Saunders,
Ch.Jomain, Ch. Garfield, M. de
Hennezel)

- Una reale "presenza" di chi assiste riveste un ruolo decisivo per i bisogni spirituali del malato terminale: il travaglio spirituale ha bisogno di un testimone



La tenerezza Virtù qualificante dell'accompagnamento

- “Quando il ragionamento è perturbato, come accade negli stadi di disturbo mentale della persona anziana, **sembra che permanga una sorta di *conoscenza affettiva***. Amare ed essere amati restano, anche in questi momenti, i gesti della vita. **Lo slancio del cuore va sostenuto**. E perciò l'ammalato grave va incoraggiato a manifestare la propria capacità di *amare*; ma soprattutto deve essere *amato*.



La tenerezza

Virtù qualificante dell'accompagnamento

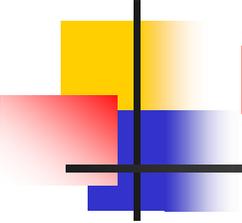
" Infine nelle ultime ore, quando lo stato di grande indebolimento si accentua e le parole diventano povere ed insufficienti, i malati si sentono molto pacificati se si trovano in un clima di dolcezza. È il tempo di semplificare le cose, il tempo della tenerezza affidata allo sguardo e al contatto fisico".



DECODIFICARE LA RICHIESTA DI ESSERE AIUTATO A MORIRE

"Nella fase terminale della loro malattia spesso i malati sperano che la morte possa venire al più presto. Questo desiderio **possono esprimerlo direttamente ai medici, chiedendo loro di accelerare la morte.** Tuttavia le richieste di accelerare la morte non riflettono abitualmente un persistente desiderio di eutanasia, ma hanno invece altri importanti significati **che esigono un'adeguata interpretazione.**





LA PRATICA DELL'ACCOMPAGNAMENTO

È capace di accompagnamento

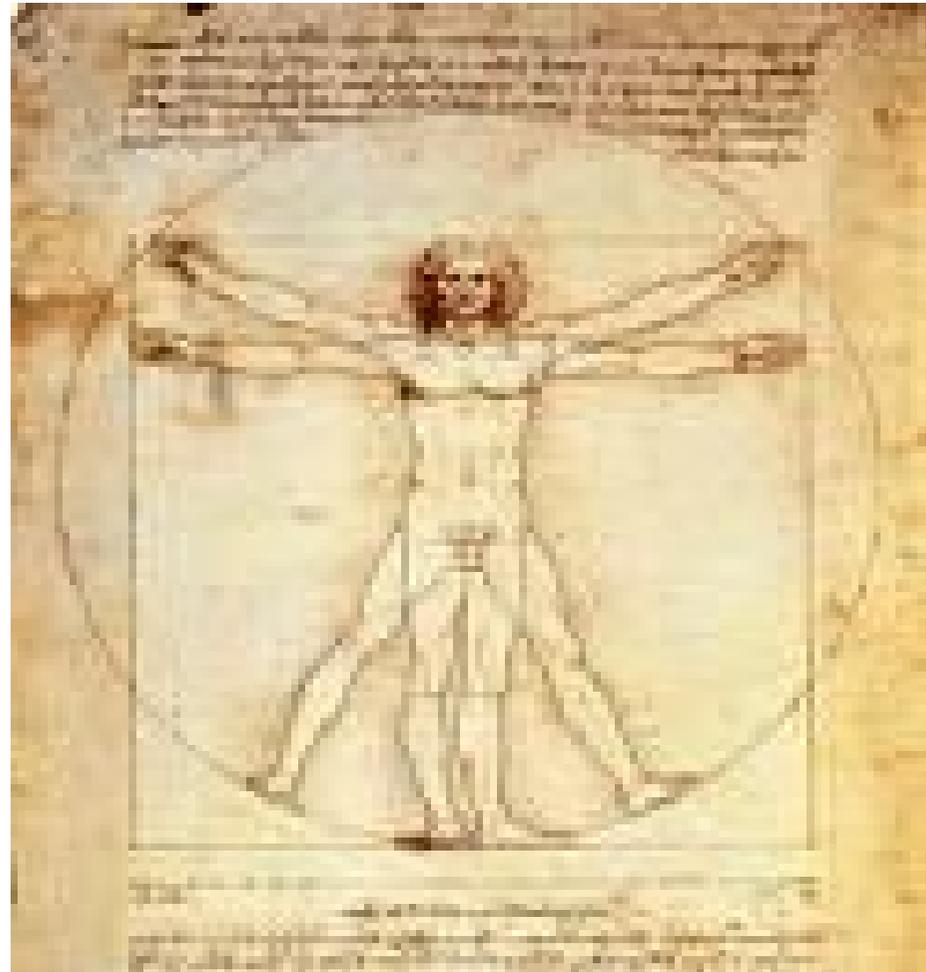
- Chi sa usare sé stesso per capire gli altri. La sua storia e la sua realtà personale sono "disponibili"

Non è capace di accompagnamento

- Chi ha scarse abitudini ad andare verso il profondo dell'esperienza propria ed altrui

UN CAMBIO DI PROSPETTIVA

- DALLA
CENTRALITA'
DEL MEDICO
- ALLA
CENTRALITA'
DEL PAZIENTE



GRAZIE PER L'ASCOLTO

