

La relazione tra specialista e MMG

RESPONSABILE SCIENTIFICO:
Dr Sergio Harari



SABATO,
24 NOVEMBRE 2018

Milano
HOTEL LA GARE

MALATTIE
RESPIRATORIE:
DAI SINTOMI
ALLA DIAGNOSI

Antonella Caminati

*U.O. di Pneumologia e Terapia Semi Intensiva- Servizio di Fisiopatologia
Respiratoria ed Emodinamica Polmonare
Osp. San Giuseppe – MultiMedica IRCCS Milano*

Medicina specialistica e medicina generale

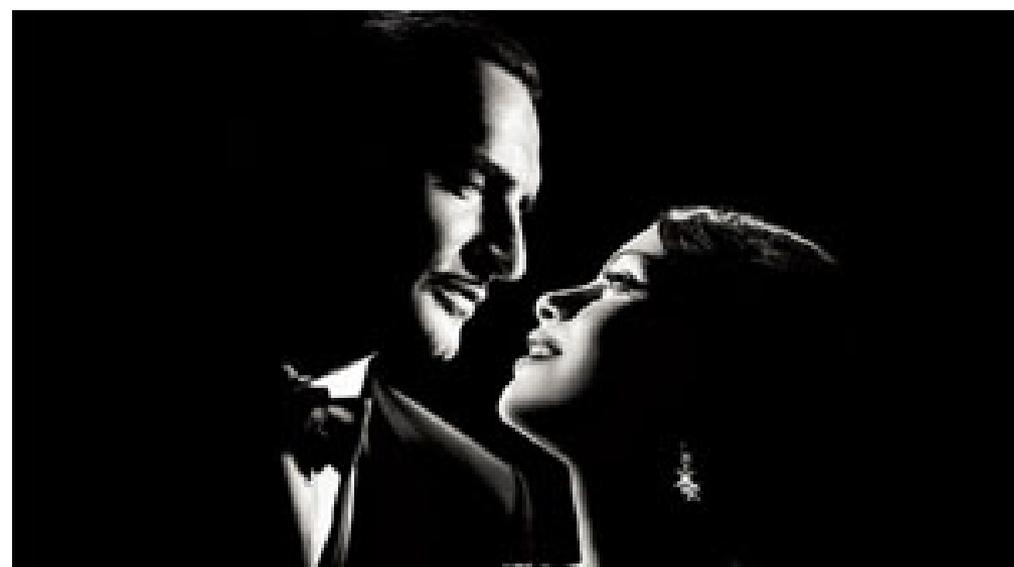
Differente approccio al problema

Specialista: prevalente cura della malattia

Medico di medicina generale: prevalente cura della persona nella sua interezza

- Passaggio da un approccio prevalentemente/esclusivamente d'organo ad una visione olistica
- Ruoli non contrapposti ma complementari nell'interesse del paziente
- Concetto valido sempre, ma particolarmente nell'anziano

Metafora cinematografica: la medicina Specialistica si basa sui “fotogrammi” del paziente, colto in momenti particolari (più o meno critici), la Medicina Generale è invece “tutto il film”



Invecchiamento



Valutazione dell'anziano

Quindi:

Con il paziente anziano si rende necessaria una **valutazione multidimensionale** centrata sulla persona, che consideri la totalità e la complessità del paziente geriatrico, (stato cognitivo, funzionalità fisica, tono dell'umore, condizioni familiari, socioeconomiche e culturali).

Questo approccio è fondamentale per personalizzare il percorso di cura ed evitare sia **sovratrattamenti** (fino all'estremo dell'accanimento) sia **sottotrattamenti** (fino all'estremo dell'ageismo)

Malato cronico che non può essere guarito ma può essere curato

- **Guarire:** quando la malattia è definitivamente scomparsa dall'organismo del soggetto malato
- **Curare:** dal latino “cura”, ovvero aver cura, badare, “occuparsi di”.

Esistono nuove terapie che aumentano la sopravvivenza dei pazienti e che migliorano la loro qualità di vita



Malattie cronico-degenerative

L'esperienza della persona sofferente è un'esperienza prolungata nel tempo

Ha un impatto più profondo della malattia acuta sulla vita quotidiana del soggetto in tutti i suoi aspetti



Malattie crónico-degenerative

Indeterminatezza: le persone malate croniche hanno talvolta difficoltà a ricordare quando il loro problema è cominciato; inizio insidioso; diagnosi a volte difficile

Imprevedibilità: spesso decorso fluttuante

Incertezza dell'esito: l'esito diviene quella zona grigia nella quale «le persone per lo più vivono con la condizione cronica piuttosto che morire di essa» (Verbrugge e Gette 1994)



Bisogno



Lo psicologo Abraham Maslow (1954) propose una classificazione piramidale attraverso un ordine secondo il quale alcuni bisogni vanno soddisfatti prima che nascano quelli del livello successivo.

Secondo Maslow i bisogni umani possono essere organizzati in cinque diversi gruppi in relazione alla loro «primarietà».

La piramide dei bisogni di Maslow



AUTOREALIZZAZIONE

BISOGNO DI STIMA
(prestigio, rispetto, riconoscimento)

BISOGNI SOCIALI
(appartenenza, amore, accettazione)

BISOGNO DI SICUREZZA
(protezione, certezza, tranquillità)

BISOGNI PRIMARI
(cibo, salute, riposo)

Bisogni fisiologici (fondamentali)

*Bisogni che dipendono da **pulsioni fisiologiche***



Processo dinamico, caratterizzato da una spinta che si presenta sotto forma di carica energetica: questa orienta l'organismo umano verso una meta che rappresenta l'azione di scarica o di soddisfazione della tensione.



Secondo Maslow per mantenere in condizioni di equilibrio il rapporto e l'interazione tra la dimensione fisica, psichica, sociale, emotiva, spirituale e relazionale (benessere), l'uomo deve essere sempre in grado di soddisfare i **bisogni fondamentali**



Bisogni di sicurezza

Nell'adulto si esprime con il bisogno di poter stare tranquillo, di non aver paura



Bisogni di appartenenza e attaccamento

Bisogni che consistono nell'esigenza di sentirsi parte di un gruppo, di cooperare con i suoi membri, di dare e ricevere amore



Bisogni di stima

Bisogni che consistono nell'esigenza sia di essere rispettato, apprezzato e approvato sia di sentirsi competente e produttivo



Bisogni di realizzazione di sè

Bisogni intesi sia come l'esigenza di realizzare la propria identità, di portare a compimento le proprie aspettative e potenzialità sia come l'esigenza di occupare una posizione significativa all'interno del proprio contesto sociale





Bisogno di autorealizzazione

*Prestigio, rispetto,
riconoscimento*

*Appartenenza, amore,
accettazione*

*Un bisogno
insoddisfatto*



Rimane inappagato



Genera frustrazione

La scala di Maslow è un ottimo strumento per gli operatori/volontari che possono utilizzarla sia per se stessi sia per i pazienti che assistono.

A livello personale gli operatori/volontari dovrebbero essere consapevoli dei propri bisogni ascoltandosi e facendosi domande, considerando che più salgono verso l'alto della piramide, più si dirigono verso un benessere personale.



*Gli operatori/volontari devono aver ben chiaro che la propria attività non consiste nell'aiutare le persone a soddisfare **solo** i **bisogni fisiologici**, ma **anche** quelli ai **livelli superiori** della piramide di Maslow*



In particolare nelle strutture socio-sanitarie, l'operatore deve prestare attenzione ai tre bisogni centrali della scala



*Prestigio, rispetto,
riconoscimento*

*Appartenenza, amore,
accettazione*

attivandosi durante i momenti di assistenza attraverso piccoli gesti quotidiani a favore della loro soddisfazione

Ultimo grado della scala...



*Malati affetti da patologie cronicamente degenerative invalidanti oltre a necessitare di **assistenza e di aiuto** per gli altri bisogni hanno necessità di **essere stimolati e rinforzati nel riconoscere** le loro parti sane e **auto-realizzarsi** negli ambiti delle loro capacità residue*

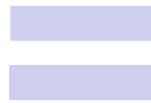
Resilienza

Termine proviene dall'ingegneria meccanica e indica la capacità che possiede un materiale di resistere a sollecitazioni meccaniche improvvise senza spezzarsi



Le scienze psicologiche e sociali hanno poi modificato questo termine dandone un proprio significato

*Resilienza
(in psicologia)*



Capacità delle persone di affrontare gli eventi stressanti o traumatici (malattie croniche), di organizzare in maniera positiva la propria vita, quindi risollemandosi e guardando la vita da nuovi punti di vista, sviluppando potenzialità e talenti che prima del problema non erano stati presi in considerazione



Accrescere la resilienza è un percorso strettamente personale.

Le persone usano varie strategie che riflettono le differenze culturali

*La sofferenza può essere vissuta come un **occasione di cambiamento e di miglioramento di se stessi e della propria esistenza***



*Capacità di trasformare un'esperienza dolorosa o stressante in un **apprendimento**.*



capacità di acquisire delle competenze utili al miglioramento della qualità della vita

*L'evento traumatico o fortemente stressante, che in molti casi rischia di far chiudere la persona solo nella condizione di dolore, **può divenire al contrario un motore di un cambiamento possibile.***



*Appare chiaro, quindi, quanto sia importante per l'attivazione della **resilienza** personale delle persona malata il contributo che le persone vicine possono dare con stimoli positivi, gratificazioni e valorizzazioni.*



Quali sono i bisogni dei pazienti?

Bisogni sociali

- *Bisogno di non essere abbandonato, continuare a mantenere il proprio ruolo in famiglia e nella società*
- *Rispetto dei propri tempi*
- *Bisogno di preservare autostima e rispetto della dignità del proprio corpo*
- *Bisogno di mantenere la comunicazione, di essere ascoltato e riconosciuto nelle proprie sofferenze*
- *Bisogno di sentire ed esprimere la progettualità che deriva dalla paura di perdere il controllo sulla propria vita.*

Quali sono i bisogni dei pazienti?

Bisogni Psicologici

- *Aver vicino una persona cara*
- *Rispetto dell'intimità*
- *Assistenza spirituale*
- *Assistenza psicologica*



Bisogni Assistenziali

- *Assistenza infermieristica in ambito ospedaliero*
- *Assistenza medico-infermieristica post-dimissione*

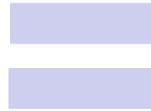
Quali sono i bisogni dei pazienti?

Bisogni Pratici

- *Aiuto nelle attività quotidiane*
- *Sostegno economico*



Empatia



Capacità di immedesimarsi in un'altra persona fino a coglierne pensieri e stati d'animo, senza farsi travolgere da essi e senza perdere il contatto con se stessi. Capacità di immergersi nella sua soggettività, nel suo modo di vedere e di sentire senza che ci sia identificazione.



Malattia: non solo aspetto organico e biologico ma momento che coinvolge anche la sfera psicologica e sociale



“personalizzazione” della terapia

L’approccio medico dovrebbe avvenire in un modello organizzativo “empatico” e tendere alla creazione di un’alleanza terapeutica con il paziente che è essa stessa parte della cura



Necessità della “rete”

*“ Una delle criticità maggiormente evidenziate dai cittadini nell'accesso ai Servizi Sanitari è l'insufficienza di continuità delle cure, ovvero il **vuoto assistenziale**, talora percepito come abbandono, quando per le cure sono necessari molteplici interlocutori o diverse modalità assistenziali”*

quindi necessità di una RETE come strumento di gestione per raggiungere una Continuità Assistenziale.

Collaborazione tra specialista e MMG

E' da evitare assolutamente una “competizione” sul malato (tocca a me, tocca a te) che porterebbe a:

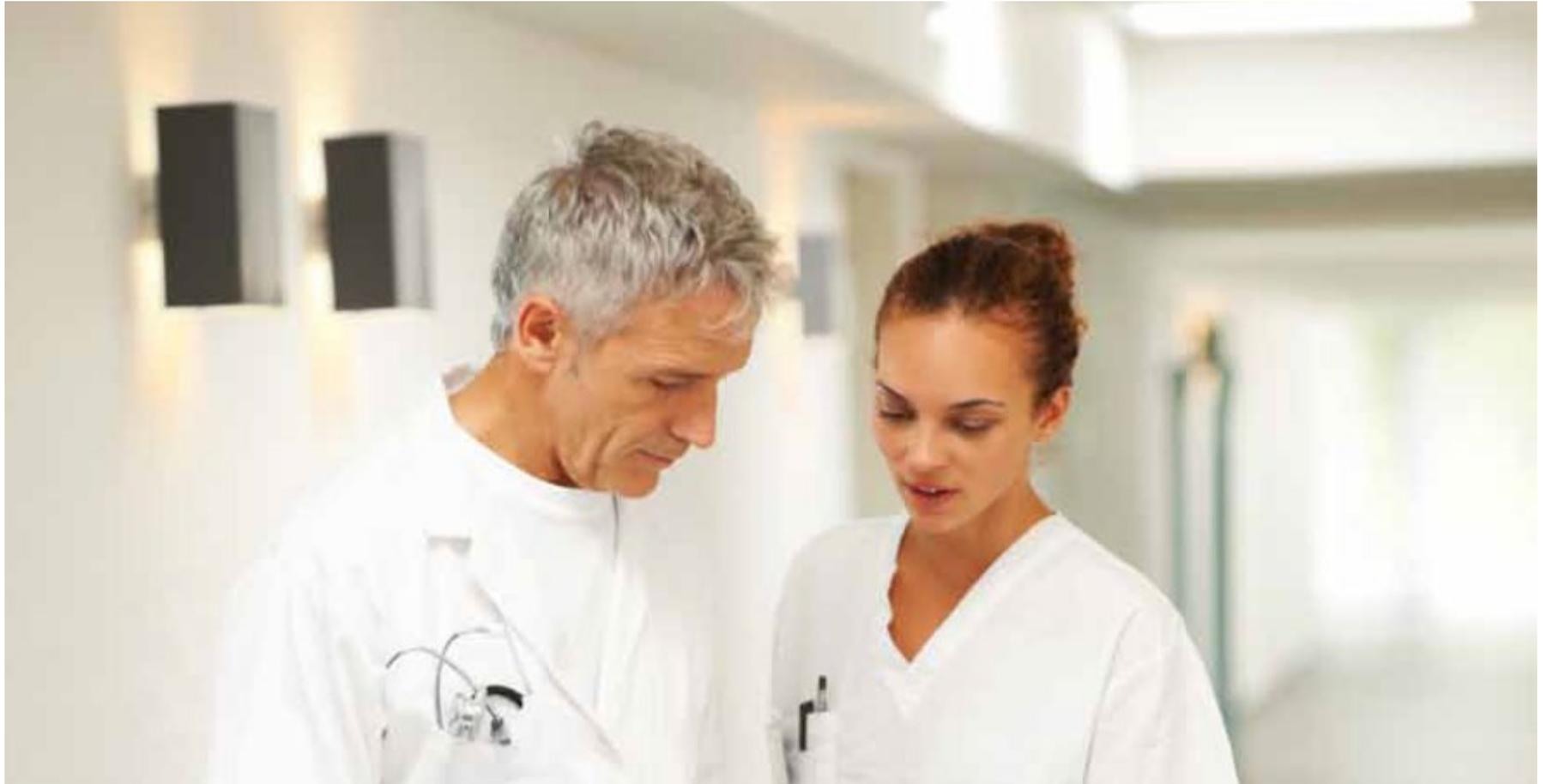
- *Mancata definizione e condivisione di follow-up*
- *Formazione non adeguata, conseguenza della non disponibilità di obiettivi chiari e condivisi*
- *Scarsa attenzione agli aspetti psicosociali*
- *Costi inutili*
- *Insoddisfazione del paziente*
- *Aumento della conflittualità tra i medici, a discapito del bene del paziente.*



IPF

*Uomini, ≥ 65 anni
Fumatori o ex-fumatori
Rantoli crepitanti alle basi
Sopravvivenza, media: 3-5 anni*

*I compiti di Specialista e MMG sono **diversi** ma assolutamente complementari e quindi è nostra comune responsabilità raggiungere una consapevolezza di ruolo, cercando di capire, ciascuno per le proprie competenze e con i propri strumenti, come garantire il **massimo** delle cure possibili, ma **personalizzate**, non soltanto in base alla fase della malattia, non soltanto in base alla terapia più appropriata, ma in realtà inserendo all'interno della valutazione tutta una serie di altri elementi che condizionano, devono condizionare pesantemente, le scelte.*



Effective Physician-to-Physician Communication: An Essential Ingredient for Care Coordination

-
- *Health care experts, policy makers, and patient advocacy groups have identified **fragmentation of care** as a major flaw in the current health care system—a flaw that has a **negative effect on quality, patient outcomes, and health care costs***
 - *Effective communication among health care providers is essential to providing coordinated care*
 - *Communication in health care has been shown to be less than optimal, with frequent gaps and errors*
 - *Direct communication between hospital-based and primary care physicians was uncommon, occurring at only 3 percent to 20 percent of discharges*

«Non c'è cura, vorrei ripeterlo, se non si sa cogliere cosa ci sia in un volto, in uno sguardo, in una semplice stretta di mano, e se non si sia capaci di sentire immediatamente il destino dell'altro come il nostro proprio destino. Non è facile nondimeno mantenere viva in noi la fiamma della comprensione emozionale della gioia e delle sofferenze degli altri: divorati come siamo dalla routine: dal rischio del deserto emozionale e dell'aridità spirituale» (Borgna, 2009)

Grazie

