

IL RUOLO DEI FAMIGLIARI IN MEDICINA INTERNA



PER QUALE RAGIONE UNA PERSONA RICOVERATA DEVE VIVERE FUORI DALLA REALTÀ, COME IN UNA SORTA DI "GRANDE FRATELLO"? COME SI SPIEGA CHE I SUOI FAMILIARI NON POSSONO STARGLI ACCANTO QUANDO E QUANTO VOGLIONO? SULLE VISITE IN CORSIA FORSE È ORA DI CAMBIARE MENTALITÀ.

Porte aperte in ospedale

Perché l' affetto dei propri cari non ha mai fatto male

Porte aperte in ospedale Perché l' affetto dei propri cari non ha mai fatto male. Gli orari di visita negli ospedali non sono regolamentati per legge, e, forse, è meglio così, perché una norma troppo rigida potrebbe rappresentare un vincolo eccessivo tanto per la struttura quanto per i ricoverati. La visita ai pazienti da parte dei familiari è un fatto acquisito. Ciò che molto spesso è in discussione, invece, è la durata, troppo breve, dei periodi di visite nella giornata e la presenza (non sempre concessa) dei familiari durante la notte. Il punto di riferimento per il cittadino è rappresentato dalle Carte dei Servizi, cioè da quella sorta di "contratto" che l' amministrazione di ogni struttura sanitaria deve sottoscrivere in base alla legge 503 del ' 92, elencando le prestazioni e i servizi offerti, le modalità di assistenza compresi gli orari di visita, le possibilità di reclamo. Carte dei servizi Le Carte dei Servizi sanciscono in linea di massima il diritto del ricoverato ad essere visitato dai parenti, con modalità compatibili con l' organizzazione dell' ospedale. L' indicazione di una circolare ministeriale del luglio ' 93 è di non fissare gli orari di visita a metà mattina, quando in genere la gente lavora o può avere altri impegni. Ma, a parte questo, almeno per quanto riguarda gli adulti - come testimonia il dottor Francesco Prost, della segreteria nazionale del Tribunale per i diritti del malato - vi sono ospedali dove sono previste anche tre diverse fasce di orari di visita e altri dove si è molto più restrittivi. La materia è lasciata alle direzioni degli ospedali, con le dovute eccezioni, come le Unità di terapia intensiva o le Unità di rianimazione post-operatoria, in cui è il responsabile del reparto stesso a decidere caso per caso. I reparti per i quali esistono norme regionali sono quelli pediatrici; per esempio, il Lazio ha adottato una legge che prevede che il bambino in ospedale abbia accanto un familiare e che i reparti siano dotati di poltrone letto e altri aiuti per i parenti. Ma perché serve stabilire orari precisi per le visite ai degenti? L' ospedale - sostengono molti operatori della sanità - è come una grande "fabbrica" della salute e per funzionare deve essere regolato da orari: lo impongono l' organizzazione del lavoro, i turni, la preparazione dei pasti, la programmazione delle sale operatorie e dell' accesso ai servizi diagnostici. Diverse esigenze Ma non tutti concordano sulla necessità di fissare rigidi orari di visita. «Secondo me - dice, per esempio, il professor Franco Panizon che è stato per molti decenni primario all' Ospedale "Burlo Garofalo" di Trieste - gli orari di visita dei familiari non hanno alcun senso, non rispondono ad alcuno scopo, né di ordine e pulizia, né di disciplina. Perfino durante il giro dei medici del reparto, sarebbe sufficiente che i parenti lasciassero la stanza per il tempo necessario. Anzi, l' orario di visita di un' ora o al massimo due nella giornata produce un affollamento nelle corsie e nei corridoi che, invece, è indesiderabile. In altre parole, non saprei dare una ragione tecnica o gestionale al fatto che le visite dei familiari debbano essere regolamentate con ristrettezza». Forse la regolamentazione degli orari è solo una consuetudine alla quale le amministrazioni degli ospedali non sanno rinunciare. «Tanto più che i ricoverati negli ospedali - aggiunge il professor Panizon - sono in maggioranza anziani e vecchi, che sentono più di altri la solitudine e hanno particolari necessità di assistenza, per esempio per mangiare.

Quindi, la presenza prolungata dei familiari, come hanno stabilito alcune regioni quali la Lombardia, favorirebbe il lavoro di reparto». Orari flessibili Della stessa opinione è il professor Orso Bugiani, dell' Istituto neurologico "C. Besta" di Milano: «Noi ricoveriamo persone ammalate di Alzheimer che spesso si sentono in difficoltà, in una condizione di disagio che è molto vicina alla sofferenza, perché si trovano in un ambiente e con persone che non conoscono, incapaci di adattarsi, proprio a causa della loro malattia». «In situazioni come queste - spiega il professor Bugiani, che è primario del Laboratorio di ricerca di neuropatologia - gli infermieri non bastano: magari si riesce ad avere ammalati puliti e accuditi, ma a disagio. E una persona che soffre di demenza si difende come può, diventando aggressivo, con il risultato di rendere necessaria la somministrazione di sedativi. Avere accanto una persona conosciuta, invece, tranquillizza gli ammalati e, ai fini della continuità dell' assistenza, può essere importante». «Per questo motivo - aggiunge Bugiani - noi accogliamo i familiari, offrendo anche un letto. Non soltanto, ma li integriamo con due precisi obiettivi: sorveglianza dei congiunti e acquisizione di conoscenze nella gestione del malato, utile quando avrà bisogno di assistenza a casa. Naturalmente, dal punto di vista dell' amministrazione dell' ospedale-azienda, un letto dato a un parente è un passivo, la cui occupazione non sarà rimborsata dal Servizio sanitario». Luciano Benedetti *I diritti del parente Che cosa può fare un familiare per avere informazioni sugli orari di visita in ospedale e per far presente eventuali necessità di presenza accanto al malato? La prima cosa è verificare quanto prevede la Carta dei servizi, dove è riportato l' elenco di tutti i reparti e gli orari di funzionamento, compresi quelli della visita-parenti ai ricoverati. E' anche possibile rivolgersi alla caposala del reparto. Ma se non si trova disponibilità da parte del personale, si hanno più opportunità per sapere come comportarsi riguardo le visite al ricoverato: contattate l' Ufficio relazioni con il pubblico (URP), che dovrebbe essere presente ormai in tutti gli ospedali e chiedete di consultare la Carta dei servizi, qualora non ve l' avessero consegnata prima; segnalate alla direzione sanitaria i casi e le situazioni particolari che richiedono una deroga dagli orari prestabiliti; informatevi se nell' ospedale sia presente personale di associazioni di volontariato cui fare riferimento in caso di difficoltà; non preoccupatevi di fare le segnalazioni e le lamentele che ritenete opportune: conoscere orari e funzionamento di un reparto ospedaliero è un vostro diritto.

Benedetti Luciano

CARTA DEI SERVIZI

riferimento per il cittadino

- Legge 503/92 è una sorta di contratto che l'amministrazione di ogni struttura sanitaria deve sottoscrivere:
 - a) prestazioni e servizi offerti
 - b) le modalità di assistenza
 - c) orari di visita
 - d) possibilità di reclamo

ACCOGLIENZA

COMPrensione

SOSTEGNO

UMANIZZAZIONE

ASCOLTO

INFORMAZIONE

OSPITALITA'

L'UMANIZZAZIONE DELLA CURA COMPORTA

Una considerazione del:

- Paziente come persona unica e insostituibile;
- Familiare risorsa fondamentale degli operatori come figure da sostenere e formare.

PIANO SANITARIO 1998-2000 UNO
DEGLI OBIETTIVI PRIORITARI ERA
L'UMANIZZAZIONE

“APRIRE LE PORTE”

ai famigliari come sostiene Burchardi in un editoriale pubblicato
sulla rivista *Intensive Care Medicine*

LA PRESENZA DEI FAMIGLIARI NELLE U.O. DI MEDICINA

*..... NON DEVE ESSERE VISTA SOLO
CON UNA FONTE DI PROBLEMI MA COME
UN MEZZO PER FACILITARE
L'INTERAZIONE CON L'UTENZA*

I FAMIGLIARI

- RUOLO DI “**MEDIATORI**” TRA IL PAZIENTE E I SANITARI;
- PREZIOSA FONTE DI INFORMAZIONE;
- FACILITANO L’INSTAURARSI DI FIDUCIA E L’ADESIONE ALLE CURE;
- FONTE DI STIMOLI SOCIALI ED AMBIENTALI ;
- SODDISFANO IL BISOGNO DI AFFETTO DEL PAZIENTE.

FAMIGLIA E PAZIENTE NON POSSONO ESSERE CONSIDERATI SEPARATAMENTE

“ASSISTITI” SIA IL PAZIENTE CHE LA FAMIGLIA

“PIANIFICARE” GLI INTERVENTI PER ENTRAMBI

I BISOGNI DEI FAMIGLIARI DI UN PAZIENTE RICOVERATO

- Il bisogno di **informazione** risulta essere il più importante tra i bisogni percepiti dai familiari;
- Maggiore il livello di istruzione maggiore è il livello di informazione;
- Il bisogno di **counselling** non è prioritario (può dipendere che i familiari non si aspettano questo tipo di intervento dai sanitari);
- Il bisogno di informazioni risulta da tutte le ricerche fatte in Italia ed all'estero **insoddisfatto** (riflettere sull'organizzazione dell'assistenza).

LA DIMENSIONE RELAZIONALE:

CAPACITA' DI DIALOGO

- Capacità di fornire informazioni;
- Ricerca di un linguaggio “comunicativo”;
- Capacità di ascolto;
- Apertura con cui si accoglie e si fa propria l'istanza dell'altro



L'ESSERE UMANO CHE E'
VICINO AL MORENTE, MEDICO,
INFERMIERE O FAMIGLIARE
CHE SIA, DEVE DARE
INNANZITUTTO TUTTA LA SUA
PRESENZA E CAPACITA' DI
ASCOLTO

LA COMUNICAZIONE NELLA TERMINALITA'

Per prevenire terapie aggressive alla fine della vita si richiede:

- Una comunicazione attiva fra medico, infermiere e familiare;
- L'elaborazione di strategie efficaci per fornire informazioni corrette ed adeguate sulle preferenze di cura, già in tempi precedenti alla terminalità.

IL CODICE DEONTOLOGICO

SPECIFICA:

....."l'infermiere sostiene i familiari dell'assistito, in particolare nel momento della perdita e nell'elaborazione del lutto".....

QUALITA' DELL'ASSISTENZA

Occorre partire dalla FORMAZIONE sugli
aspetti della comunicazione e iterazione

COMUNICAZIONE IN MEDICINA

- Non potremmo mai soddisfare i bisogni di tutti;
- Ma l'abilità e lo sforzo nella comunicazione lasciano un marchio indelebile nei nostri pazienti, nelle loro famiglie e nei loro amici;
- Se comunichiamo male, forse non ci perdoneranno mai;
- Se comunichiamo bene, forse non ci dimenticheranno più.