

Corso Integrato
“Medicina Generale nelle Cure Primarie”
CdL in Medicina e Chirurgia
Premessa, Obiettivi, contenuti, programma .

1.Premessa

Allo stato attuale in Italia l’insegnamento della Medicina Clinica nei CdL in Medicina e Chirurgia è prevalentemente centrato sugli aspetti diagnostico-terapeutici delle malattie osservate nei reparti ospedalieri.

A Modena, il Corso Sperimentale “Insegnamento della Medicina Generale e delle Cure Primarie” è un Corso quadriennale, i cui contenuti sono la declinazione della medicina centrata sulla persona nei suoi contenuti clinici e nel contesto della complessità territoriale, complementari all’insegnamento degli aspetti clinici specialistici.

2. Obiettivo Formativo Generale:

Fornire competenze di base nell’area della Medicina Generale e delle Cure Primarie, ad integrazione delle competenze di Medicina Clinica Specialistica. Tali competenze sono relative agli aspetti preventivi, diagnostico-terapeutici, riabilitativi e socio-assistenziali che caratterizzano la medicina territoriale e che sono finalizzati *non solo a curare la malattia e ma soprattutto a preservare la salute*

3. Programma del Corso Integrato nei singoli anni

Obiettivi Formativi e Tematiche Generali, per anno di Corso di Laurea

Per ogni anno di Corso sono definiti

- 1. Obiettivi Formativi Specifici e Discipline:** sono strutturati in tre degli ambiti del sapere e degli aspetti professionali: clinico-metodologico, comunicativo-relazionale e organizzativo-gestionale
2. Contenuti didattici: sono relativi agli aspetti specifici della MG e delle CP e integrati con le Cure di 2° e 3° livello
3. Metodi didattici: lezioni frontali, seminari, didattica interattiva, didattica tutoriale
4. Setting formativi: aule universitarie, studi dei MMG, domicilio dei pazienti, residenze e semiresidenze, strutture territoriali (Consultorio, SERT...).
5. La sequenzialità dei luoghi di frequenza dei tirocini tiene conto dei contenuti didattici dei vari anni e della complessità delle strutture

Anno di Corso di Laurea e Modulo

III ANNO: I modulo

A- **discipline** previste nell’ordinamento didattico del terzo anno:: Metodologia clinica, Relazione M-P, Igiene e medicina preventiva, Statistica, Epidemiologia, Medicina di laboratorio

B- Obiettivi formativi specifici:

- Far conoscere il metodo clinico specifico della Medicina Generale:
- Sintonizzazione sul paziente
- Decodifica della domanda
- Costruzione di risposte condivise
- Far conoscere il setting specifico in cui opera il MMG (dove nascono i bisogni)
- Far conoscere l’importanza e la centralità della relazione medico-paziente-famiglia e del contesto sociale

C. Contenuti didattici

conoscenze e abilità relazionali con riferimento a

- aspetti epidemiologici della MG e CP (bisogni, domanda, offerta)
- aspetti clinici nella MG (approccio bio-psico-sociale, approccio per problemi, continuità delle cure)
- modelli di relazione medico-paziente-famiglia nella MG

A. Metodi didattici: lezioni frontali e didattica tutoriale (one to one)

B. Setting formativi: studi MMG e domicilio pazienti (*dove nascono i bisogni*)

IV ANNO: II modulo

A- **Discipline** previste nell'ordinamento didattico del quinto anno: Urologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Endocrinologia, Diagnostica per immagini, Medicina del lavoro

B. Obiettivi formativi specifici:

Far apprendere che una risposta efficace ai bisogni di salute del singolo e di comunità richiede l'integrazione del MMG con le varie professionalità, nell'ambito delle Cure Primarie

- Metodi (approccio ai pazienti in ambulatori dedicati, gestione per percorsi di cura)
- Strumenti (linee guida, protocolli condivisi, audit clinici)
- Organizzazione (ambulatori per patologia)

C. Contenuti didattici:

conoscenze e abilità relazionali con riferimento a

- equipe multiprofessionali,
- percorsi di cura,
- promozione della salute, educazione sanitaria a persone, famiglia e popolazioni omogenee
- prevenzione individuale e collettiva (screening),
- metodologia EBM nel setting della MG e CP

D. **Metodi didattici:** didattica frontale e tutoriale (a gruppi)

E. **Setting formativi:** strutture territoriali

V ANNO: III modulo

A- **Discipline** previste nell'ordinamento didattico del quinto anno:

Psichiatria e Psicologia clinica, Neurologia Malattie degli organi di senso, Malattie dell'apparato locomotore, Medicina di Comunità, Igiene e Sanità pubblica, Ginecologia e Ostetricia, Pediatria generale, Farmacologia clinica

B- Obiettivi formativi specifici: :

far apprendere la risposta a bisogni complessi

- Far apprendere la specificità del pediatra di famiglia e il suo ruolo nelle Cure Primarie
- Far apprendere le peculiarità e i modelli di integrazione per fornire risposte ai bisogni di salute di categorie di persone (percorso adolescenza/gravidanza/menopausa, disagio psichico/dipendenze patologiche)
- Far apprendere l'uso della metodologia EBM e della medicina narrativa nel contesto della MG e CP

C. Contenuti didattici:

conoscenze e abilità relazionali con riferimento a

- gestione delle problematiche della coppia,
- gestione dei percorsi della gravidanza,
- approccio al bambino sano e ammalato nella pediatria di famiglia
- gestione della adolescenza,
- gestione della menopausa,
- relazione M-P come “relazione d’aiuto” nei Consultori,
- trattamento farmacologico e non farmacologico
- percorsi integrati fra MG e Medicina Specialistica negli studi dei MMG e nelle strutture sanitarie territoriali.

D- Metodi didattici: didattica frontale e tutoriale

E- Setting formativi: ambulatori specialistici territoriali (Consultorio) Pediatra di Famiglia

VI ANNO: IV modulo

A- **Discipline** previste nell’ordinamento didattico del sesto anno:

Medicina interna, Geriatria, Farmacologia, Medicina Legale, Oncologia

B- Obiettivi formativi specifici:

far apprendere la sintesi clinica e l’arte della risposta alla complessità :

far apprendere come applicare i modelli acquisiti negli anni precedenti a situazioni maggiormente complesse con la Sintesi clinica su

- pazienti con polipatologia
- Pazienti con patologie croniche altamente invalidanti
- Pazienti con problematiche di fine vita
- problematiche e modalità di integrazione ospedale territorio e socio-sanitaria

C-Contenuti didattici:

conoscenze e abilità relazionali con riferimento a

- Paziente complesso (paziente fragile, polipatologia, politerapia)
- Patologie croniche altamente invalidanti (paziente con disabilità, dimissioni protette, Assistenza Domiciliare Integrata e Nodo)
- Problematiche di fine vita (cure palliative e problematiche etiche e di comunicazione)
- aspetti medico legali (certificati e referti)
- aspetti deontologici (rapporti interprofessionali)
- Farmaco economia in Medicina Generale e Cure Primarie
- Conoscere il significato del Governo Clinico in Medicina Generale e Cure Primarie

D. Metodi didattici: didattica frontale e tutoriale

E. Setting formativi: studi dei MMG, domicilio, strutture territoriali (Hospice, RSA)

5- Organizzazione schematica del corso (con il nuovo Manifesto degli studi a partire dal III anno 2011-2012)

Organizzazione schematica della Didattica seminariale e pratica, nei diversi setting della MG e Cure Primarie dei 4 anni: obbligo di frequenza 100%, distribuito nei due ambiti, seminariale e tutoriale

ANNO	III (1 CFU)	IV (1 CFU)*	V (3CFU)	VI (5 CFU)
Seminarii	4 seminari di 2 ore	5 seminari di 2 ore	5 seminari	10 seminari
Briefing	2 ore	2 ore	2 ore	2 ore
Tirocinio (sedi)				
Studi dei MMG e domicilio	12 ore col MMG Tutor/studente 1/1			Tirocinio in MMG a domicilio e ADI Tutor/studente 1/1
Servizi Distrettuali e territoriali		3ore di Tirocinio presso un Centro Diurno (in gruppi di stud.)		
Consultori materno infantili e salute donna			4 ore in gruppi di 3-6 studenti (salute donna)	
Consultori e SERT		3 ore presso centro di Prevenzione (screening e anti fumo)	4 ore in gruppi di 3-6 studenti	
Pediatria di base			4 ore con il PLS (Tutor/studente 1/1)	
Debriefing	2 ore	2 ore	2 ore	2 ore
Valutazione* (a regime dal 2011-2012)	In itinere	In itinere	In itinere	finale

ELEMENTI GENERALI

CONOSCENZE DI BASE *sulla Medicina Generale nelle Cure Primarie*

(a cura di MS Padula)

INDICE

1. Le Cure Primarie
2. La Medicina Generale “in generale”
3. La relazione Medico –Paziente e medico-paziente-famiglia
4. Il metodo clinico
5. Allegati: strumenti per l’osservazione della visita

Le Cure Primarie: definizione ed ambiti di gestione

Informazioni di base sull’essenza culturale e storica delle cure primarie e sull’attuale organizzazione ”nella Regione Emilia Romagna”.

(M.A. Becchi, S. Casari)

La “Medicina” non è una disciplina esercitata solo all’interno dell’ospedale. Ci sono diverse attività mediche ed assistenziali svolte al di fuori dell’ambiente ospedaliero, nel cosiddetto “territorio”, ormai note convenzionalmente come “Cure Primarie” o Assistenza Sanitaria Primaria (ASP)”.

Esistono altri modi per indicare l’assistenza sanitaria primaria: da “Assistenza distrettuale” o “Assistenza di primo livello” o “Assistenza territoriale”, ad “Assistenza sociosanitaria” (disciplina che troviamo anche all’interno delle strutture ospedaliere) fino a, un po’ più impropria, “Assistenza extra ospedaliera”. La frequentazione degli studi dei MMG/PdLS aprirà una panoramica complessiva sulla complessa struttura organizzativa dell’assistenza primaria, comprensiva di servizi sanitari e servizi amministrativi, e sarà completata dalla frequentazione del Consultorio familiare (area “salute donna”).

Il concetto di salute: evoluzione culturale e riferimenti storici

Le cure primarie nascono molti anni fa, dall’istituzione dell’Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS (aprile 1948), la quale esprime per la prima volta un concetto di salute diverso da quello di “assenza di malattia” che si era dato fino a quel momento: dal 1948, dunque, la salute è definita come *uno stato di benessere fisico, mentale, sociale*¹.

Oggi il concetto di salute è ulteriormente evoluto, acquisendo un carattere fortemente dinamico: la salute non costituisce una conquista definitiva, ma rappresenta il risultato di un continuo equilibrio dell’individuo con l’ambiente nel quale vive, un ambiente costituito certamente da aspetti geomorfologici, ma composto anche di inquinanti, di rumore, di lavoro, di rapporto con gli altri. La definizione originale dell’OMS si è arricchita, dunque, di un ulteriore aggettivo, descrivendo la salute come uno “stato di benessere fisico, mentale, sociale e *relazionale*”.

Ne deriva un concetto di **multidimensionalità della salute**, secondo il quale la salute può essere espressa come:

¹ Nella Costituzione dell’OMS la salute viene definita come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia", ed è considerata un diritto per tutte le persone. In base a questa affermazione, agli Stati spettano compiti di tutela della salute del singolo e della collettività, principi affermati nella Costituzione Italiana (in vigore dall’1 gennaio 1948) all’art. 32.

- salute fisica: è evidente lo stretto legame con il concetto di biologia, cioè di tutto ciò che comprende le strutture e le funzioni del corpo;
- salute mentale: si riferisce allo stato intellettuale e psicologico (comprendendo, dunque, anche tutta la sfera emotiva);
- salute sociale: riguarda la vita domestica, lavorativa, lo stato economico, le situazioni familiari ed affettive, lo stato sociale, il modo nel quale si vive;
- salute spirituale: concerne tutto ciò che rappresenta i valori e le ideologie di una persona, cioè quanto rende ogni persona unica e irripetibile. L'aspetto psicologico-emotivo-spirituale è emerso abbastanza recentemente, con l'affermarsi delle cure palliative dedicate ai pazienti non "guaribili" ma sempre "curabili".

È evidente come l'idea di multidimensionalità della salute si contrapponga al tradizionale concetto di **settorialità della salute**: questo approccio, tuttora prevalente, ha caratterizzato la formazione medica delle generazioni precedenti e, in sintesi, "suddivide" diversi tipi di salute affrontati separatamente dai medici "del corpo", dai medici "della mente", dagli operatori sociali e da altri operatori diversi. Sono figure che nell'insieme non riescono mai garantire quell'approccio unitario alla persona, intesa come unica entità (approccio olistico), assicurato invece dalla valutazione multidimensionale.

Il secondo punto di riferimento *storico* per parlare di cure primarie arriva una trentina di anni dopo la costituzione dell'OMS, con la *Dichiarazione di Alma Ata*: si tratta del documento conclusivo della *Conferenza internazionale sull'assistenza primaria* che fu indetta per coinvolgere gli Stati in azioni di sviluppo e mantenimento dell'assistenza sanitaria primaria, al fine di perseguire vere e proprie strategie della salute, e si tenne ad Alma Ata nell'allora Unione Sovietica (settembre 1978).

Secondo questo documento, che auspicava il raggiungimento della "salute per tutti entro il 2000", l'assistenza sanitaria primaria è l'assistenza resa equa ed accessibile a tutti gli individui, alle famiglie, alle comunità con la loro piena partecipazione, ad un costo sostenibile. Le parole chiave diventano quindi:

- **Equità**: la possibilità di assistenza per tutti coloro che ne hanno bisogno, in modo proporzionale ai bisogni.
- **Accessibilità**: la possibilità di ottenere assistenza in termini di spazio, tempo e sostenibilità economica, cioè in luoghi di cura che siano vicini ai propri luoghi di vita, con tempi di attesa accettabili e con costi sostenibili da tutta la comunità.
- **Partecipazione**: il coinvolgimento attivo del paziente e della famiglia attraverso strumenti specifici:
 - **empowerment**: l'attribuzione al paziente e alla famiglia del potere di scelta del percorso di cura. L'empowerment non nasce spontaneamente, ma necessita che "gli addetti ai lavori" portino il paziente ad acquisire le competenze che gli servono per poter essere partecipe delle decisioni che lo riguardano. Fino ad oggi la medicina (e tutto il mondo sanitario) ha teso a conservare una sorta di avulsione del malato dalle decisioni: spesso, infatti, sono gli altri che decidono per lui, anche quando si applica una sorta di compartecipazione alle decisioni attraverso la firma del modulo del consenso informato².
 - **self care**: questo termine comprende sia la capacità che il paziente e la famiglia dovrebbero avere di sviluppare autonomia di cura sia (prevalentemente per le cure domiciliari) la

² Il modulo di consenso informato è un documento firmato dal paziente nel quale egli dichiara di essere informato (*consapevole*) dell'esame a cui viene sottoposto: ha un valore medico-legale estremamente importante, perché attesta la consapevolezza del paziente relativamente alle pratiche diagnostico-terapeutiche cui sarà sottoposto ed alle relative conseguenze. Per troppo tempo si è limitata la firma del consenso ad un'incombenza burocratica, mentre si dovrebbe accertare sempre quante conoscenze e quanta consapevolezza ci siano dietro quella firma del paziente, per evitare di farne solo un buon presupposto per la cosiddetta "*medicina difensiva*" 

responsabilizzazione del paziente e della famiglia nella predisposizione del piano assistenziale;

- **costo sostenibile:** s'intende con ciò la capacità di reperire e fornire risorse per soddisfare le esigenze presenti senza mandare in crisi il sistema complessivo di finanziamento.

È una caratteristica molto importante, che in Italia assume anche grande valore etico, perché l'assistenza sanitaria (territoriale ed ospedaliera) è assicurata dal Servizio Sanitario Nazionale, finanziato fundamentalmente con il denaro prelevato dagli oneri fiscali: sono fondi pubblici, denaro di tutti che quindi non può essere sprecato, e deve essere utilizzato in maniera corretta e con rendiconti altrettanto corretti, anche quando si tratti di donazioni di enti pubblici o, ancora, di finanziamenti erogati da privati cittadini.

In base a questi principi, l'ASP affronta i bisogni primari di salute degli individui e delle famiglie attraverso prestazioni di diagnosi e cura, di riabilitazione ed assistenza alla persona, ma anche di promozione della salute e di prevenzione.

La realizzazione dei principi e dei dettati

Se pensiamo alla traduzione quotidiana dei concetti espressi precedentemente (definizione dell'OMS, dichiarazione di Alma Ata, principi di equità, accessibilità, partecipazione ed empowerment) è del tutto evidente che l'assistenza primaria si configura come il sistema di cure continuative, complete e coordinate, erogato vicino ai luoghi di vita e al di fuori dell'ospedale, che costituisce la risposta elettiva alle iniziali manifestazioni di un problema di salute o per il trattamento di patologie croniche di una popolazione indistinta per genere, sistema organico o malattia e fornisce le informazioni di base per intraprendere stili di vita finalizzati al mantenimento della salute.

In modo altrettanto evidente emerge come l'erogazione delle cure primarie acquisti connotazioni specifiche in diretta conseguenza ai luoghi in cui avviene: i problemi a cui esse devono dare risposta sono sicuramente diversi nel mondo occidentale rispetto ai Paesi emergenti, ma le strutture di base restano comunque i servizi sanitari presenti nel territorio ed i luoghi di vita. L'elemento in comune è rappresentato dall'organizzazione, cioè il dare risposta ad alcune domande:

- cosa fare?
- perché (cause ed obiettivi)?
- chi fa?
- dove?
- quando?
- con chi?
- con quali risorse?

In Italia, in Emilia Romagna in particolare, a queste domande si è risposto con l'istituzione di "servizi territoriali", successivamente organizzati in *Dipartimenti*³, orientati ad assicurare attività di prevenzione (Dipartimento di Sanità Pubblica - DSP) ed attività di diagnosi, cura e riabilitazione (Dipartimento di Cure Primarie - DCP, e Dipartimento di Salute Mentale - DSM)⁴.

³ Il *Dipartimento* è una struttura organizzativa costituita per assicurare l'esercizio organico ed integrato delle diverse funzioni attribuite alle Unità Operative, interessate ad aree omogenee di attività (es. in ambito sanitario: Prevenzione, Assistenza Primaria, Salute Mentale, Chirurgia, Area Critica, ...), che lo compongono. Al dipartimento sono attribuite le competenze per realizzare obiettivi inerenti grandi aree di materie omogenee, compresi quelli di indirizzo e coordinamento delle unità di gestione in cui si articolano, quelli di organizzazione e quelli di gestione delle risorse strumentali, finanziarie ed umane. Non ha una struttura organizzativo-gerarchica rigida, ma prevede la presenza di un Responsabile, che svolge compiti di coordinamento, direzione e controllo delle UU.OO. comprese nel dipartimento stesso, per assicurare la continuità delle loro funzioni, ed è responsabile dei risultati complessivamente raggiunti dagli uffici dipendenti.

⁴ Per l'articolazione dei Dipartimenti territoriali nell'Azienda USL di Modena vedi www.ausl.mo.it

Al Dipartimento di Cure Primarie (**riquadro I**) sono affidati gli obiettivi relativi a:

- cura territoriale delle malattie croniche ad alta prevalenza e delle malattie acute più diffuse,
- tutela della salute di popolazioni target (infanzia, età evolutiva, donna),
- assistenza globale nei confronti dei soggetti deboli (quali anziani e persone portatrici di disabilità fisiche) in integrazione con le prestazioni sociali erogate dai Comuni.

Il tipo di assistenza erogata viene definito dalla valutazione incrociata tra i bisogni del paziente e le risorse disponibili nei servizi sanitari. Ne deriva che il coordinamento e l'integrazione tra diverse figure professionali interessate (medici, infermieri, personale socio-assistenziale) sono indispensabili per quanto, bisogna dirlo, insoliti nella pratica sanitaria abituale e difficili da acquisire.

La logica che dirige l'erogazione dell'assistenza primaria è quella delle **reti integrate dei servizi** che prevede la costruzione di percorsi assistenziali (percorsi diagnostico-terapeutici, percorsi di cura) quanto più possibile personalizzati tra i diversi livelli di servizi assistenziali precedentemente ricordati, in modo da garantire ai pazienti la presa in carico e la continuità di cura, caratteristiche proprie dell'approccio olistico. In base a questi presupposti oltre che al concetto di empowerment, possiamo sintetizzare l'assistenza primaria in tre specificità:

- **cure**: la cura vera e propria;
- **care**: il prendersi cura;
- **educate**: l'educazione della persona alla capacità di prendersi cura di se stessa, in condizioni sia di salute (prevenzione primaria) che di malattia (partecipazione alle decisioni sui percorsi di diagnostici e terapeutici).

I luoghi dell'assistenza primaria

I setting assistenziali (termine più estensivo di "sedi") in cui si eroga l'assistenza sanitaria primaria sono vari:

1. **Ambulatori dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PdLS)**: rappresentano nella maggior parte di casi il primo accesso al Servizio Sanitario. Si tratta di professionisti che hanno con il SSN un rapporto di tipo convenzionale (nota. 7) e collaborano con le varie strutture dell'Azienda Unità Sanitaria Locale - AUSL, in particolare con il DCP, per l'erogazione dell'assistenza primaria.
2. Servizi gestiti direttamente dal SSN (attraverso l'AUSL): **ambulatori dell'assistenza specialistica extraospedaliera** e **consultori**. Mentre i primi rappresentano una sede di consulenza al MMG o al PdLS, i secondi spesso costituiscono la prima porta di ingresso al Servizio Sanitario, come nel caso dei cittadini immigrati, e quindi rappresentano sedi privilegiate del DCP; comprendono i Consultori Familiari, la Pediatria di Comunità ed i Consultori per i disturbi cognitivi.
3. **Domicilio**: non è una struttura del SSN, ma la casa in cui il paziente abita, nella quale possono "non valere" le regole delle strutture sanitarie. La collaborazione del paziente e della sua famiglia sono determinanti per poter erogare assistenza domiciliare⁵ in modo adeguato e

⁵ L'assistenza domiciliare è una modalità assistenziale costituita da un complesso di interventi e prestazioni (mediche, infermieristiche, riabilitative, socio-assistenziali) rese al domicilio dell'ammalato secondo piani individuali di assistenza (PAI), definiti con la partecipazione delle figure professionali interessate (équipe multiprofessionale). A seconda dei bisogni assistenziali, identificati tramite la valutazione multidimensionale, l'ADI può essere di:

- 1° Livello: bassa intensità (interventi solitamente temporanei) = es. decubiti, piccole ulcere vascolari, interventi chirurgici maggiori
- 2° Livello: media intensità = es. ulcere vascolari maggiori o ricorrenti / piede diabetico; polipatologia; nutrizione enterale (PEG)

coerente sia con le esigenze del sistema paziente/famiglia sia con le risorse disponibili.

4. **Strutture residenziali (case protette e residenze sanitarie assistenziali - RSA):** vi sono ospitati pazienti che per diversi motivi sanitari e sociali non possono più essere assistiti a casa propria, ma non presentano caratteristiche di acuzie, gravità o complessità tali da giustificare il ricovero ospedaliero⁶.
5. **Strutture semiresidenziali:** comprendono i centri diurni, destinati a persone anziane e disabili, nei quali vengono svolte attività di tipo ludico-occupazionale, per tutelare le abilità residue degli ospiti; un'ulteriore specializzazione è rappresentata dai centri notturni, destinati prevalentemente ai pazienti con disturbi cognitivi. Tutte queste strutture (che con le strutture residenziali vengono dette “intermedie”), permettono di alleggerire il peso assistenziale della famiglia, ospitando i pazienti per alcune ore del giorno, o della notte, all'interno di programmi personalizzati, in un'ottica di vera e propria *domiciliarità allargata*.

Le attività e i professionisti dell'assistenza primaria

L'**assistenza primaria** è erogata a tutti i cittadini dai medici di famiglia, dai pediatri di libera scelta e da medici specialisti ambulatoriali (tutti convenzionati⁷ con il Servizio Sanitario Nazionale), nonché da altri professionisti ed operatori sanitari e socio-assistenziali che operano nelle sedi proprie (e, come già ricordato, al domicilio). Comprende diverse attività:

- **Attività sanitarie**, destinate a tutti i cittadini: prevenzione primaria (promozione della salute) secondaria e terziaria; diagnosi; cura; riabilitazione.
- **Attività sociali**, perlopiù destinate alle aree deboli: aiuto alla persona, sostegno economico, sostegno abitativo, lavorativo ed educativo. Sono sostenute dai Comuni ed organizzate per aree di intervento: area materno-infantile, anziani, disabili, ...
- **Attività sociosanitarie:** sono indicate complessivamente come “assistenza socio-sanitaria” le prestazioni sanitarie (proprie del SSN) a rilevanza sociale e le prestazioni sociali (proprie dei Comuni) a rilevanza sanitaria; trovano la sede di erogazione nel territorio, attraverso i servizi dei dipartimenti territoriali (principalmente i Dipartimenti di Cure Primarie e di Salute Mentale).

da personale sanitario, sociale e di altri settori, tutti orientati e formati al lavoro in équipe, abituati perciò a gestire quel vero e proprio strumento di lavoro che è l'**integrazione multiprofessionale**:

- Il primo riferimento è ai **medici di medicina primaria**: Medici di Medicina Generale (detti anche Medici di famiglia) e Pediatri di Libera Scelta (una figura professionale istituita dalla Riforma sanitaria del 1978, a garanzia dell'assistenza primaria al bambino).
Accanto a loro operano i Medici Specialisti Ambulatoriali, che lavorano negli ambulatori e nei

- 3° Livello: alta intensità = paziente oncologico e non oncologico; paziente “critico”: malattia ad alta intensità assistenziale

⁶ Le strutture residenziali comprendono anche gli **hospices**, strutture nate nei paesi anglosassoni nell'ambito della “Palliative Care”, vero e proprio movimento di pensiero prima ancora che organizzazione assistenziale.

⁷ I rapporti di lavoro che Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Medici Specialisti Ambulatoriali hanno con il Servizio Sanitario Nazionale sono regolati da accordi collettivi nazionali (comunemente detti “convenzioni”), approvati con atti di intesa Stato-Regioni, e rimandano a successivi accordi regionali ed aziendali. Tra questi ultimi particolarmente significativi sono quelli sull'**associazionismo medico**, in quanto MMG ed i PdLS operano tradizionalmente in studi da soli. Questi accordi regolano la costituzione di diverse forme associative tra medici, che si propongono di sviluppare e migliorare le potenzialità assistenziali di ciascuno. Le associazioni previste sono:

- ✓ **Medicina di Gruppo** (Gestione integrata, in un'unica struttura, di precise attività istituzionali e non; esatta ridefinizione della organizzazione complessiva: ruoli/orari/funzioni/collaboratori/...)
- ✓ **Medicina in Rete** (Come per *Associazione* + controllo altre patologie croniche; comunicazione informatica)

poliambulatori dell'Azienda Sanitaria Locale (dove peraltro operano anche medici specialisti ospedalieri).

Vanno infine ricordati i Medici di Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base (OSSB), che all'interno del Distretto⁸ esercitano competenze manageriali e di coordinamento (programmazione, monitoraggio, valutazione) per garantire l'organizzazione e supportare la gestione dei servizi sanitari territoriali, secondo criteri di efficacia, efficienza, appropriatezza e miglioramento continuo.

- Gli altri professionisti sanitari sono rappresentati da **infermieri, ostetriche, farmacisti e psicologi**. Per quanto dipendenti dall'ospedale, possono collaborare alle équipes territoriali i **dietisti** e, infine, gli **operatori della riabilitazione (logopedisti, ortottisti e soprattutto fisioterapisti)**, proprio perché la riabilitazione e l'educazione motoria fanno parte del bagaglio delle cure primarie.
- I professionisti sociali sono rappresentati dagli **assistenti sociali**, gli **assistenti tutelari** e gli **operatori sociosanitari (OSS)**: tutti questi operatori sono dipendenti non dal SSN bensì dal Comune, cosa che crea un elemento di difficoltà organizzativa riguardo alla prassi dell'integrazione.
- Possono invece essere dipendenti sia dal SSN che dai Comuni gli **Educatori**.
- Per quanto non rappresentato da professionisti, infine, un cenno va fatto al "Terzo settore", rappresentato dal volontariato (associazioni, cooperative senza fini di lucro, ...) che costituisce un supporto importante in vari settori della vita civile, compresa l'assistenza.

Il Dipartimento di Cure Primarie ed i Nuclei di Cure Primarie

L'organizzazione dell'assistenza primaria deve supportare un sistema complesso di servizi e attività, in cui intervengono molteplici operatori appartenenti ad istituzioni diverse e con differenti rapporti di lavoro. Il Dipartimento di Cure primarie è stato proprio istituito per fronteggiare queste complessità di obiettivi e di composizione: oltre ad assicurare, come già ricordato, la produzione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria primaria, il DCP si interfaccia con i Dipartimenti Ospedalieri e con le articolazioni territoriali del DSM e del DSP per l'organizzazione dei processi di continuità assistenziale, e cura l'integrazione tra gli operatori all'interno di programmi e progetti specifici, pensati secondo logiche professionali ed operative interdisciplinari.

Il centro di gravità attorno al quale si struttura il sistema dell'Assistenza Primaria, in una logica di continuità di cura, è rappresentato dai Nuclei di Cure Primarie (NCP): essi aggregano in una porzione di territorio di 15.000-30.000 abitanti, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta (la maggior parte organizzati in forme associative), équipes infermieristiche dedicate all'assistenza domiciliare, ed équipes dei Consultori familiari e pediatrici, coinvolgendo selettivamente servizi diversi a seconda delle diverse realtà territoriali.

Dal punto di vista della struttura organizzativa, si possono attualmente⁹ distinguere nei NCP:

1. Le Componenti strutturali

- Le associazioni mediche (v. nota n. 6): basate sulla condivisione funzionale di più professionisti e sull'adozione di diverse modalità organizzative del lavoro, rappresentano l'elemento di base per l'attuazione dell'assistenza primaria e l'avvio della costruzione della rete clinica.

⁸ Il Distretto è un'articolazione territoriale ed organizzativa dell'AUSL, nella quale hanno sede le Unità Operative ed i Servizi dei vari Dipartimenti, nonché gli Ospedali, pubblici ed accreditati, che compongono la rete ospedaliera.

⁹ Oggi esistono i NCP strutturati dal punto di vista sia edilizio (sede fisica) che organizzativo (dotazioni organiche, percorsi assistenziali) e le Case della Salute (DGR del 2010).

- L'assistenza domiciliare integrata (v. nota n. 5): servizio base su cui innescare il processo di integrazione multiprofessionale.
- I Consultori: sedi privilegiate per sviluppare programmi di salute e percorsi integrati verso le popolazioni target (Salute Donna; Pediatria di Comunità; Disturbi cognitivi)

2. Le **Unità Operative di supporto**

- I punti di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica).
- Gli ambulatori specialistici territoriali.

Criticità

Allo stato attuale ci sono diverse discrepanze fra i principi dettati dall'OMS e dalla conferenza di Alma Ata da una parte e la realtà del SSN/SSR dall'altra:

- a. Il sistema è un sistema ospedale-centrico ed è molto costoso per la comunità.
- b. La continuità assistenziale è ancora un obiettivo da raggiungere piuttosto che una prassi quotidiana, soprattutto nei passaggi da ospedale a territorio: non abbiamo ancora sufficiente numero di dimissioni protette¹⁰, considerate un indicatore significativo.
- c. L'integrazione multiprofessionale è ancora estremamente difficile da praticare.
- d. La partecipazione dei cittadini alla decisione dei processi di cura è piuttosto scarsa, perché ancora scarsa, anche nel personale sanitario, è la cultura dell'empowerment del paziente e della sua responsabilizzazione nella gestione della sua stessa salute.
- e. Alcune prestazioni ambulatoriali hanno tempi di attesa troppo lunghi rispetto alle aspettative: la causa non è solo la mancanza di appropriatezza negli accessi alla specialistica ambulatoriale, per cui l'offerta non risulta mai sufficiente per quelli che sarebbero gli accessi propri. Si dovrebbero piuttosto perseguire la tempestività di accesso e la costruzione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi da medici richiedenti e medici eroganti secondo la logica della *continuità di cura*.

La normativa di riferimento

L'articolo 32 della Costituzione italiana recita

“L'Italia tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”

Con la L. 833/78 è stato istituito il Servizio Sanitario Nazionale e ne sono stati sanciti i principi (solidarietà, copertura assistenziale globale, natura pubblica del SSN) e le modalità di finanziamento (fiscaltà generale). Dal 1978 ad oggi sono stati introdotti nel sistema sanitario diversi correttivi ed integrazioni di natura sia organizzativa che finanziaria (es.: l'inserimento dei ticket)

Dipartimento di Cure Primarie (DCP)

- Assistenza primaria (medicina generale, pediatria di libera scelta)
- Assistenza infermieristica
- Assistenza specialistica ambulatoriale extraospedaliera
- Assistenza consultoriale (Salute Donna; Salute Infanzia)
- Assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale
- Assistenza farmaceutica

¹⁰ Dimissione protetta: dimissione da ricovero ospedaliero effettuata a seguito di una valutazione multidimensionale ed interdisciplinare dei bisogni assistenziali del paziente, in base al criterio della continuità di cura. L'équipe multiprofessionale effettua la valutazione e la presa in carico e opera in modo integrato.

La MEDICINA GENERALE in ...generale

Sono alcune *conoscenze di base, sulla specificità* della MG, essenziali per lo studente per capire

- cosa è la Medicina Generale e il Medico Generale: vivere “il clima del medico generale”
- le peculiarità e le caratteristiche specifiche della MG
- di chi e di che cosa si occupa il Medico Generale...

“La funzione del curare il malato deve essere quindi ribadita come compito fondamentale ed essenziale del Medico Generale, il quale tiene le fila di tutto ciò che si fa per il malato, perché rappresenta la continuità e la stabilità dell’assistenza ai suoi pazienti”

(M.Cesa-Bianchi, *L’evoluzione del Rapporto medico –paziente*)

Le Caratteristiche della MG e ruolo e compiti del MMG:

- assistenza primaria:
- assistenza familiare
- assistenza domiciliare
- continuità dell’assistenza
- assistenza preventiva (anticipatoria, opportunistica, d’iniziativa) e quindi educazione sanitaria
- assistenza personale e olistica
- altre caratteristiche fondamentali: *l’ascolto, il metodo, i problemi....(meglio descritte nelle parti riguardanti il percorso didattico e le sessioni didattiche)*

Alcune discipline del percorso universitario forniscono una o più parte di tali servizi, nessuna tutte insieme

1 - ASSISTENZA PRIMARIA

Si intende in senso stretto che il medico generale è il primo medico a vedere il paziente e prende decisioni iniziali su qualsiasi problema, indipendente dall’organo, apparato, o dal tipo di problema. Ma non è esaustivo, si occupa anche di problemi sociali o psicosociali o misti come la stanchezza, l’irritabilità etc.

Per tale motivo il MMG si occupa di problemi e non di malattie.

In MG il malessere può essere l’unico motivo di consultazione per mesi, senza mai diventare malattia...pertanto il MMG deve decodificare il *malessere*, e l’*illness* e le sue cause *anticipando* la malattia piuttosto che attenderne l’evoluzione.

Spesso il suo ambito di lavoro è *fra la percezione del malessere e del disagio psicofisico e la sua definizione come sintomo*

È per questo che non si intende la MG

solo

primo livello,

prima decisione

prima definizione del problema

ma anche prima *identificazione del/i problema/i* (essendo il MMG il primo a farlo) e prima ancora *identificazione del paziente*

Infatti spesso i genitori consultano il medico per problemi riferiti ai figli ma che sono proiezioni dei loro stessi problemi; lo stesso avviene per la moglie che riferisce del marito... ecc.

Infatti **davanti ad un paziente che presenta un disturbo**

bisogna sospettare di tutto, fino quando non si è dimostrato il contrario...perché la maggior parte delle malattie gravi ha un esordio simile a malattie assai frequenti e banali... la stragrande maggioranza delle consultazioni avviene per malattie banali...

2 - ASSISTENZA FAMILIARE

medico di famiglia è il termine internazionale alternativo per sottolineare il significato della assistenza spesso di tutta la famiglia, e di tutte le età in essa rappresentate, dove il contesto familiare influenza il sistema delle cure erogate. Da ciò deriva che il MMG deve considerare che:

- il malato non è mai solo
- se è solo, l'assenza della famiglia è un fattore importante per il medico nelle scelte terapeutiche e riabilitative
- raramente entra nella malattia da solo: anche se si ammala da solo, il resto della famiglia ne subisce le conseguenze
- unità di cura non è il paziente ma tutta la famiglia,
- i familiari, gli amici, i parenti, vivono con lui le problematiche, le angosce, le decisioni,
- in MG la sequenza delle decisioni, e perfino i risultati terapeutici è fortemente subordinata dal vissuto di salute e di malattia così come si integra nella dinamica familiare. Ad esempio conviene sempre chiedere al paziente prima di una decisione importante, "cosa ne pensa la sua famiglia?", "come pensa che reagirà la sua famiglia?"
- a volte il considerevole aumento di malesseri vari e mal diagnosticati, spesso senza riscontro obiettivo, con un cospicuo numero di consultazioni, è stato osservato in famiglie con difficoltà lavorative, cassa integrazione del capo famiglia, pre - pensionamento, malattie di un altro della famiglia, ecc...
- il nucleo familiare reagisce in maniera dinamica alla malattia del capo famiglia , alla perdita del lavoro, al lutto, alla malattia cronica invalidante, ad una demenza, attraverso cambiamenti e adattamenti attraverso una serie di reazioni psichiche e somatiche

Chi farà il medico, in particolare il MMG, deve studiare le dinamiche familiari e i fenomeni correlati, ed essere consapevole delle conseguenze che questi possono avere, e del condizionamento che avrà nella sua attività professionale.

3 - ASSISTENZA DOMICILIARE

Insieme all'ambulatorio il domicilio è il più importante presidio dove insegnare la MG

Assistenza familiare e domiciliare sono strettamente integrate e correlate: nella consultazione a domicilio bisogna considerare sia il malato ma anche l'intermediario, ovvero il membro della famiglia che ha fatto la chiamata, e che si occuperà della salute del nostro paziente (care giver): spesso il successo del nostro intervento a domicilio dipendono da lui.

A volte "c'è la casa, il paziente anziano, intorno il vuoto.." ci tocca fare anche chi si occupa di andare a comperare i farmaci in farmacia! I parenti sono in un'altra città o non esistono.

Infatti la visita domiciliare ha subito negli ultimi anni notevoli trasformazioni:

- sono diminuite le visite domiciliari dei pazienti acuti, ma sono aumentate le visite agli anziani e ai cronici, dove l'assistenza ha fatto della casa il luogo di cura naturale, che modifica i processi di assistenza, modelli di cura e di tecnologia medica, organizzazione del lavoro del medico e del distretto;
- è un momento di conoscenza M/P: nelle case delle città sempre più santuari della solitudine dell'uomo moderno, il M è accolto sempre con gratitudine e sollievo, senza sospetto;

- conoscere il domicilio e il modo di vivere lì del nostro paziente modifica la relazione M/P: cultura, attitudine, abitudine igieniche, problemi sociali, sono scritti nei dettagli della vita quotidiana.
- Il M deve muoversi con delicatezza e senza turbare gli equilibri sottili... farne tesoro per successivi incontri anche in ambulatorio: senza stravolgere diventa un personaggio chiave per cambiare il domicilio da luogo di salute a luogo di malattia e di cura;
- si prevedono quindi risorse organizzative adeguate:
 1. la borsa per le visite a casa sempre più piena di piccole attrezzature;
 2. ausili diagnostici e terapeutici;
 3. un PC portatile ...
- *oggi la visita domiciliare sembra sempre meno gradita al medico* (molto attrezzato in ambulatori in rete, con infermiera, computer, segreteria telefonica, attrezzature per piccola tecnologia),
- *sempre più indispensabile per numerose categorie di pazienti:*
la deospedalizzazione precoce e la Day-surgery, richiedono un medico sempre più evoluto, preparato ed attrezzato a curare a casa;

da considerare l'influenza di numerosi aspetti :

- la chiamata: ricezione (come, chi, a chi- ruolo dell'infermiera, del familiare, della segreteria telefonica- eventuale filtro, urgenza o meno) **
- la presenza di un familiare per chiedere collaborazione o la presenza del familiare troppo invadente
- il familiare medico anche lui
- la visita per programmazione
- l'assistenza al malato terminale
- l'integrazione con gli altri operatori
- la registrazione dei dati
- la casa come luogo di visita, come luogo di ascolto: chi nella stanza del malato? Se sono in troppi invitare ad uscire e rimanere solo uno...in questo modo si riesce ad individuare anche il *caregiver*,
- la valutazione della casa come luogo di cura, adatto all'handicap?
- quanto tempo dedicare alla visita domiciliare...spesso ci si deve fermare anche a prendere il caffè insieme!
- il paese, la città la campagna, la presenza o meno dell'ospedale nelle vicinanze, o di poliambulatori specialistici e diagnostici
- il paziente che necessita di ricovero ma non vuole...

Alcuni esempi :

1- *...il paziente potrebbe stare a casa, ma è solo...la figlia telefona al medico "scaricando" a lui la malattia del padre...è lontana...non si può però organizzare l'assistenza domiciliare senza il servizio infermieristico domiciliare, ma soprattutto non senza la presenza della figlia o di un congiunto!*

2 - ... a proposito alla *ricezione delle telefonate*, e la gestione di eventuali urgenze, da parte dei familiari del medico:

- un familiare non ben addestrato, per iperproteggere il medico, potrebbe reagire emotivamente e aggressivamente in momenti assai delicati
- al contrario, un familiare ansioso può trasformare tutte le chiamate in "urgenze" e trasformare il MMG in PAZIENTE stressato!

Oppure, ancora peggio

- potrebbe essere il familiare stesso a dare consigli: "prenda un'aspirina"!

Oggi più che mai, parlando della conoscenza dell'ambiente familiare e del domicilio, per l'importanza che esso ha per completare la conoscenza del proprio paziente, soprattutto se si tratta di un paziente difficile, con alcuni aspetti che ci sfuggono, bisogna trovare un motivo per recarsi a domicilio del paziente, per capire cosa c'è che non va!

I quartieri e le famiglie non sono più quelli di una volta...le famiglie moderne si parcellizzano e si disperdono, le abitazioni sempre più sospese nell'aria, le persone sempre più isolate nei condomini delle solitudini, e il medico è sempre più tentato a perfezionare una medicina organicistica per pazienti individuali, che fa visite in studio a pazienti individuali, cercando di abolire le visite domiciliari, ma sarebbe un suicidio!. Il lavoro del medico generale resta, ancora oggi, un lavoro sistemico fra CASI e CASE! (di Franco Del Zotti, da Medicina dei Problemi, di L.Bellino)

4 – CONTINUITÀ dell'ASSISTENZA

È una caratteristica del MMG di molti paesi.

Indica il legame temporale che lega il MMG al paziente, spesso dalla nascita alla morte. Anche nei paesi dove il paziente è libero di accedere a qualunque medico convenzionato (per poi farsi rimborsare dal SSN), o dove esiste una modalità di erogazione dell'assistenza per ciclo di malattia, la maggior parte dei pazienti si rivolge sempre allo stesso medico.

A volte influisce anche l'ubicazione dello studio del medico (studio situato vicino all'abitazione del paziente),

oltre alla maggior disponibilità del medico, in orari comodi al paziente,

ma non basta: esiste soprattutto con il medico generale **un rapporto di fiducia, una relazione interumana che si è consolidata nel tempo**, una grande stima professionale.

La continuità del RAPPORTO nel tempo permette

- una grande conoscenza del paziente
- grande confidenza fra M/P
- possibilità di una Medicina preventiva
- numerosi rapporti fra M/P/specialista, con possibili crisi e aggiustamenti, conflitti fra M/P che non ci sarebbero se la consultazione fosse episodica!
- di poter aiutare il paziente attraverso il Counselling (*)
- la possibilità di trattare nel tempo una malattia cronica, con numerose visite (in studio e a domicilio) più incontri, con più persone: oltre al paziente, famiglia, specialisti, infermieri, assistenti sociali, volontari

Le caratteristiche delle malattie croniche:

Non possono guarire

Danno pochi sintomi

Se danno dolore, è difficile eliminarlo

La causa spesso non è chiara

Biologia e sintomi sono poco collegati

Hanno un'evoluzione incerta

Possono provocare gravi complicazioni

Sono influenzate dallo stile di vita

le caratteristiche del trattamento delle malattie croniche

È importante per sopravvivere e star bene

Comporta una disciplina quotidiana

Richiede tempo ogni giorno

Interferisce con la vita sociale

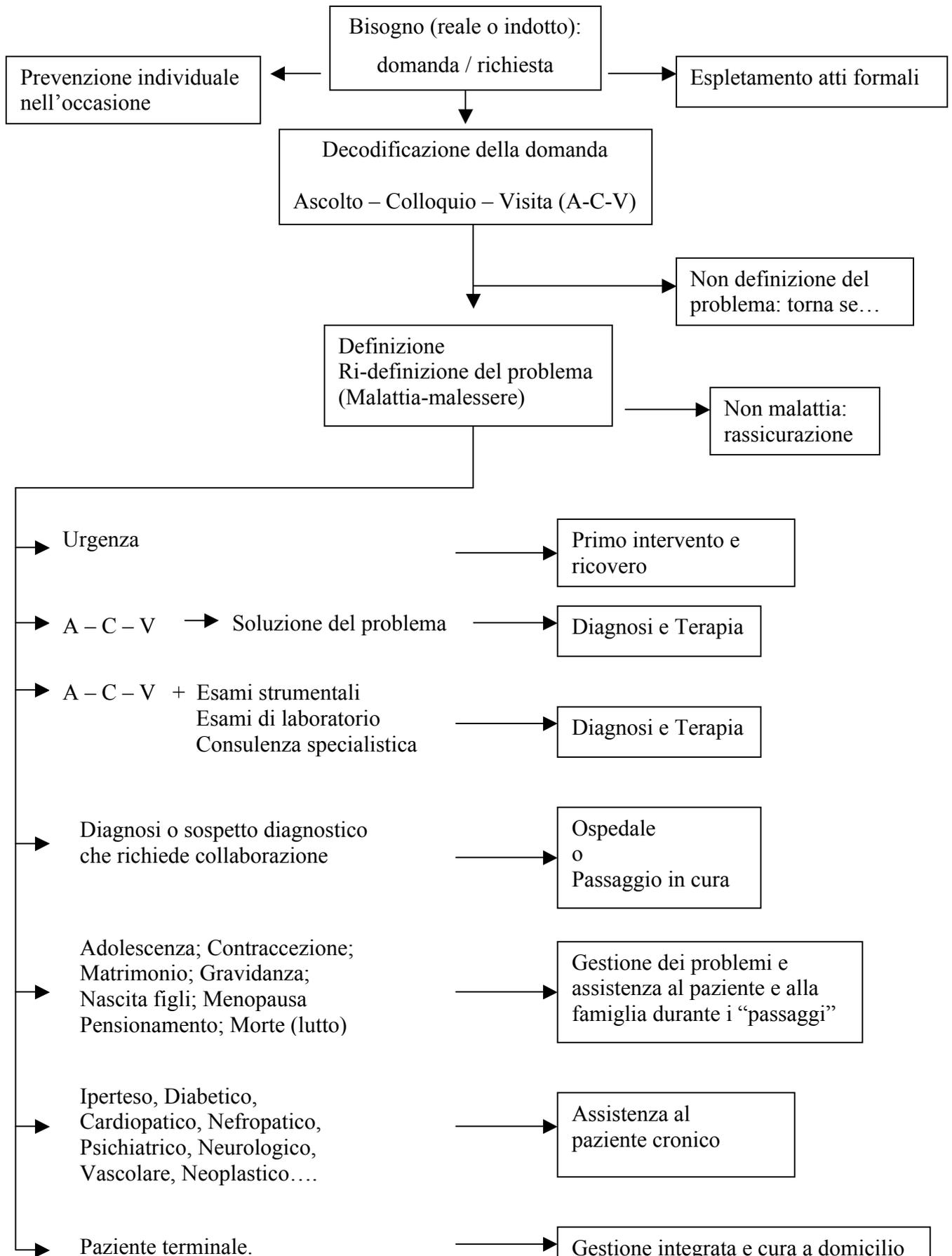
Se ne occupano molti medici

Richiede una formazione del paziente.

Richiede una formazione del medico: oltre alla cura farmacologica della malattia è importante l'educazione terapeutica e il counselling (*), per cui bisogna essere formati.

Uno sguardo allo schema dà l'idea del *percorso nel tempo*, anche di tutta la vita, e di come il lavoro del MMG sia ampio, articolato, diversificato e si *svolga in più incontri, a volte con l'integrazione degli interventi di più medici e più operatori sociali e sanitari*

CONTINUITÀ DELL' ASSISTENZA



5 – ACCESSIBILITÀ

Fino a 15 anni fa l'accessibilità al Medico di famiglia era totale, e le cure al paziente non erano interrotte dalla notte e dalle festività... i vecchi medici di famiglia una volta aprivano l'ambulatorio anche di domenica, soprattutto nelle comunità rurali. Con il passare degli anni l'accessibilità è via via diminuita, e si è ridotta alle sole ore diurne e ai giorni feriali, con l'inserimento della figura del Medico di Guardia Medica (o Medico della continuità assistenziale).

La valutazione della qualità dell'assistenza passa attraverso la soddisfazione del paziente, e la soddisfazione è **in parte legata alla facilità di accesso al medico**

L'accessibilità si connota per criteri quantitativi e qualitativi, che comprendono sia *caratteristiche organizzative che personali* di quel medico: che sono

1 - *organizzative*:

- facilità di contatto,
- reperibilità telefonica,
- numero di ore di apertura dell'ambulatorio/ sistemi di accesso (accesso libero o per appuntamenti),
- modello di assistenza,
- servizi di prevenzione,
- presenza di personale parasanitario o meno;
- numero di pazienti in carico, e loro distribuzione per età, frequenza di consultazione, luogo di abitazione dei pazienti e sede dello studio;

2- *caratteristiche personali* del medico:

- numero di impegni del medico,
- la sua disponibilità al colloquio,
- l'apertura del medico e la sua formazione al colloquio:

un medico ben organizzato può essere inaccessibile dal punto di vista della disponibilità al colloquio, cosa che può escludere in pratica all'accesso intere categorie di pazienti, come ad esempio chi riceve solo per appuntamento o solo per accesso libero, o solo in alcune ore del giorno..., che ha meno tempo per l'**ascolto**;

in conclusione ***l'accessibilità è una funzione integrata*** che prevede sia il possesso di buone capacità manageriali sia la formazione nelle tecniche relazionali della consultazione medica, che risolva anche in pochi minuti il problema tempo, non necessariamente con la QUANTITÀ ma anche con la QUALITÀ.

6 - PREVENZIONE ed EDUCAZIONE SANITARIA

L'ambito operativo del MMG per la maggior parte degli interventi è la **Medicina d'attesa**: *il MMG "attende" che venga richiesto il suo intervento...* dà risposta alle richieste di chi si presenta in studio o chiede un intervento domiciliare, per la presenza di problemi già in atto, o a chi richiede prescrizioni o atti burocratici.

Ma grazie alla continuità assistenziale, il MMG può realizzare programmi di prevenzione collettiva e individuale avvalendosi della "**Medicina di iniziativa**" (Medicina anticipatoria e d'iniziativa). Questa ha obiettivi di promozione della salute, di prevenzione (Vaccinazioni) e di diagnosi precoce, come lo *Screening*.

È un esempio di medicina di iniziativa il richiamo periodico di pazienti a rischio, o il coinvolgimento di grandi numeri di popolazioni a rischio per età o sesso, per malattie di grande

rilevanza sociale per frequenza e gravità, riconoscibili con una diagnosi precoce con test specifici e sensibili, e che sono curabili se precocemente diagnosticate: es. neoplasie mammaria e del collo dell'utero, della cute, del colon retto. La percentuale di partecipazione è molto più elevata se l'invito a presentarsi alla prestazione viene fatto dal proprio medico, anziché dai servizi dell'ASL.

La **Medicina di opportunità** rappresenta una sintesi delle altre due forme, *perché dà l'opportunità al MMG che incontra il paziente che a lui si rivolge per problemi occasionali*, di svolgere un'azione di prevenzione individuale o di diagnosi precoce.

Ad esempio nel ragazzo che si presenta per un certificato di idoneità sportiva, se fuma, motivarlo a smettere di fumare...se riscontra un nevo sospetto procedere all'invio ad esame mirato in dermatologia per la diagnosi di melanoma.

Oppure, può avere l'opportunità di diagnosi precoce in un paziente a rischio di complicanze vascolari, come ad esempio

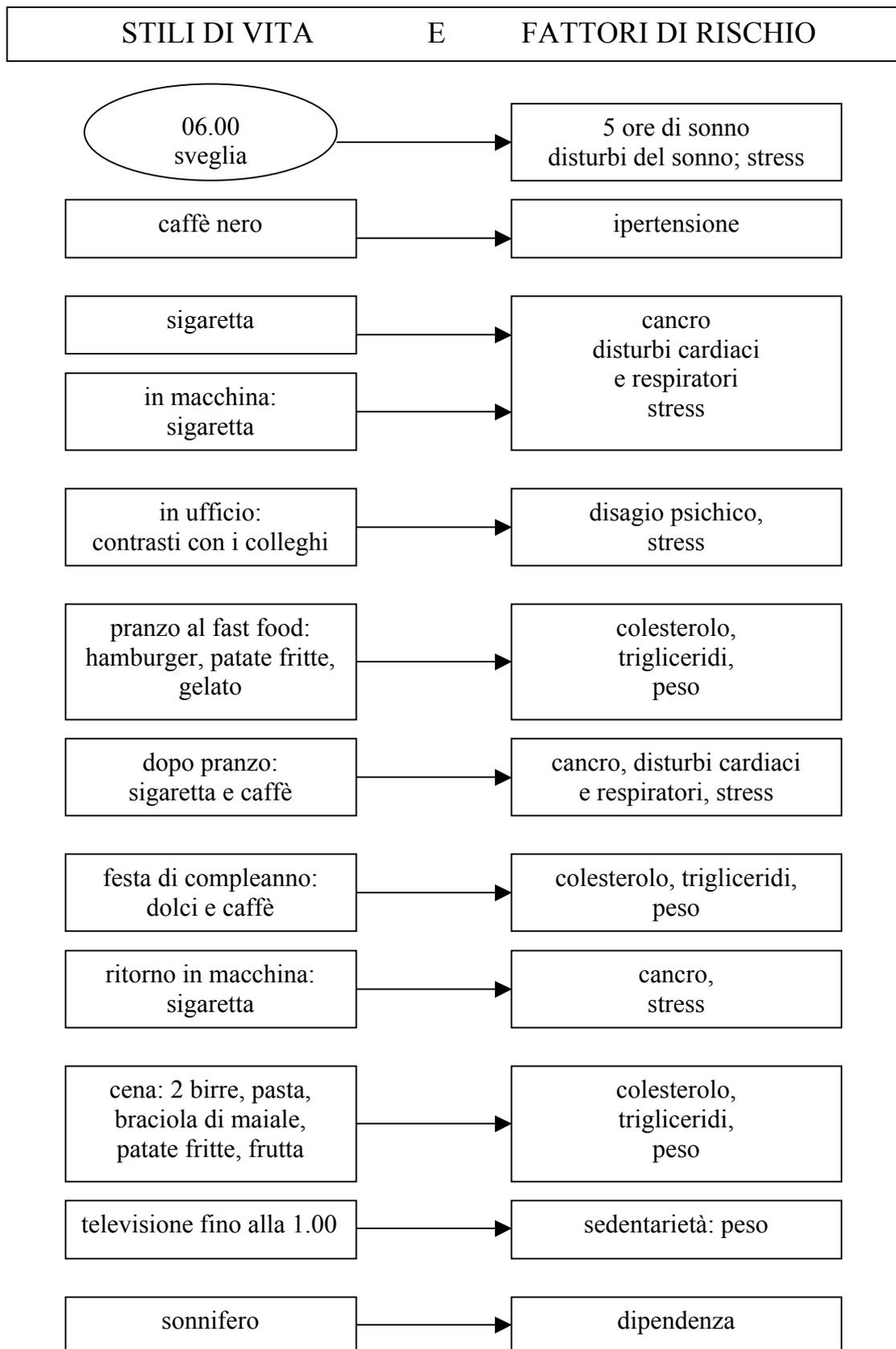
- diagnosi precoce di cardiopatia ischemica in paziente con BPCO o iperteso;
- prevenzione delle complicanze in un paziente diabetico;
- opportunità di impostare un programma di *educazione terapeutica* nel paziente aiutandolo a cambiare abitudine e stili di vita,
- influenzando sull'abitudine al fumo, all'alimentazione scorretta, sull'assenza di attività fisica, ecc... con counselling mirato individuale e/o educazione di gruppo in gruppi di auto-aiuto.

Infatti l'*educazione terapeutica* è intervento educativo/curativo, mirato ad addestrare la persona già affetta dalla malattia a prevenire il peggioramento o il verificarsi di complicanze (classico esempio l'educazione terapeutica nel paziente affetto da Diabete Mellito).

In sintesi *i principali compiti in campo educativo* sono:

- conservare la salute e promuovere il miglior stato possibile, con l'abitudine e stile di vita sani;
- miglioramento delle abitudini alimentari, del sonno, delle abitudini sessuali, in particolari degli adolescenti;
- contrastare le principali patologie individuando interventi sui soggetti con fattori di rischio;
- insegnare come evitare le complicanze e rallentare l'evoluzione delle malattie croniche, quando la malattia è già presente;
- rafforzare l'autonomia decisionale dei pazienti
- favorire la riduzione della medicalizzazione della salute e aiutare a utilizzare meglio i servizi e i presidi diagnostici e terapeutici;
- educare alla gestione (senza medicalizzare) i problemi che possono presentarsi in periodi della vita quali l'adolescenza, la gravidanza, la contraccezione e la menopausa
- invitare, motivando il paziente a partecipare a programmi di screening o di diagnosi precoce

Esempi di “Medicina d’opportunità”, e di come il Medico Generale può intervenire *strategicamente*, in un processo di prevenzione-educazione *evidenziando i rischi* (tratti dalla relazione del dott. Giorgio Monti al congresso Simg 2002).



7 - ASSISTENZA PERSONALE e OLISTICA

Il Medico di famiglia non si occupa solo del **malato** perché è il medico della **persona**, che può essere **sana o malata o potenzialmente malata**:

- persona “intera”, non una somma di organi o apparati,
- che integra gli aspetti sociali-familiari agli aspetti psicologici e fisici,
- non si occupa solo dei disturbi legati alla malattia in senso stretto ma al vissuto di malattia che la persona ha,
- non si occupa solo di malattia, ma di disagio e malessere,
- si occupa anche degli esiti fisici e psicologici delle malattie e delle perdite...
- come medico della persona, il suo rapporto con il paziente non cessa con la guarigione della malattia

In quanto medico e paziente sono due persone, ciascuno nel suo ruolo, è fondamentale **il rapporto di fiducia (reciproco) e la confidenzialità**:

il MMG è il medico di fiducia della “persona”, non solo di quella malattia, e a lui si rivolge per qualsiasi problema di salute, e questo ha varie implicazioni:

- i sintomi delle persone che si “sentono” malate, non sono organizzati e il paziente li presenta mescolati a tante sensazioni, interpretazioni e a vissuti, comunicando al medico la sua interpretazione. È utile infatti chiedergli “cosa pensi di avere?”. Spesso non c’è nessun substrato patologico, o altre volte sono sintomi sfumati di malattie che evolveranno in seguito.
- Buona parte del lavoro riguarda il prendersi cura di persone portatrici di malattie e problemi cronici, in cui la collaborazione del paziente è fondamentale, per il buon esito della cura.
- Le persone di fronte al MMG hanno un ruolo più attivo rispetto a quando sono ricoverate, le esigenze di salute sono cambiate, ed è cambiato anche il livello di istruzione, per cui c’è
- partecipazione attiva alla gestione della loro salute.
 - la risposta ai problemi non è solo il farmaco o gli accertamenti diagnostici, ma anche o solo **l’accoglienza e l’ascolto** (è spesso motivo del grande successo del **medico omeopata**)

Esempio

Un paziente, professionista, sempre molto impegnato, va dal suo medico, al mattino presto, per recarsi poi al lavoro, ma il medico troppo indaffarato e continuamente interrotto dal telefono e dalla segretaria, non riesce a dedicare “completamente” 10 minuti del suo tempo al paziente:

“durante il tempo che sono stato lì, il medico

oltre ad ascoltare quanto gli chiedevo di farmi,

- rispondeva a chiamate al cellulare, attraverso l’auricolare
- scriveva sulla tastiera del computer, guardando a tratti anche lo schermo,
- ha risposto alle chiamate sul telefono passate dalla segretaria,
- è stato interrotto due volte dalla segretaria che è entrata per riferire di altri pazienti...

...invece quando vado dal medico omeopata, mi ascolta per 30 - 40 minuti senza interruzioni, fino in fondo e alla fine qualsiasi cura mi dia, sono soddisfatto”

Rimane quindi per il MMG, per una medicina “olistica”

- A. La **Relazione Medico Paziente**, e il clima in cui essa avviene
- B. **l’ascolto della persona**, lo strumento terapeutico più potente anche nella Medicina Generale
e saper utilizzare bene
- C. il **metodo clinico peculiare e specifico della Medicina Generale**
- D. **i problemi.**

LA RELAZIONE MEDICO-FAMIGLIA-PAZIENTE

(G.Bannò-L. Mantovani)

La relazione e il corretto uso delle tecniche comunicative sono fondamentali nella MG e nelle cure primarie proprio per le caratteristiche intrinseche di questa branca della medicina.

Le cure primarie

- non si occupano di pazienti ma di “clienti”, cittadini sani o con un problema che può essere della più diversa natura: sociale, psicologico, strettamente medico,
- rispondono più a una domanda di salute che di risoluzione di una malattia
- si rivolgono a persone inserite in un contesto sociale, economico e familiare, immerse in una fitta rete di relazioni

Il medico di medicina generale si occupa

- del sintomo prima che sia sistematizzato
- della malattia prima che sia codificata
- di educazione sanitaria
- del paziente con patologia non guaribile
- delle problematiche assistenziale dell’assistito

Il suo ambito di lavoro è fra la percezione del malessere e del disagio psico-fisico e la sua definizione come sintomo.

Il modello di medicina che si realizza nelle cure primarie, interfaccia tra la società civile e le cure secondarie (specialistiche), non può essere quello “centrato sulla malattia” (che spesso non c’è), ma quello “centrato sul paziente”, dove hanno pari dignità sia la patologia, in senso biologico, sia il suo vissuto di malattia e dove il concetto di salute e malattia portato dal cittadino e dal contesto che lo circonda (famiglia, società) interagisce e influenza in modo determinante l’agire medico e dei servizi sanitari.

Il setting della medicina generale, durante il tirocinio pratico, è l’unico luogo dove lo studente può osservare lo svolgersi della relazione, capirne i meccanismi e apprendere le tecniche comunicative. Sarà utile dotarsi di qualche strumento che poi indicheremo.

OBIETTIVI

Lo studente dovrà apprendere

- le caratteristiche della relazione medico-paziente, medico-paziente-famiglia,
- le modalità secondo cui si esplica nel setting specifico della MG e delle cure primarie,
- le tecniche comunicative che la facilitano

CONTENUTI

IMPORTANZA DELLA RELAZIONE

In tutte le professioni di aiuto le abilità comunicative e relazionali sono una componente professionale fondamentale insieme alle competenze tecnico-scientifiche.

Questo non solo perché nella relazione di cura esistono in modo ineludibile le due componenti del “to cure” (prestare un soccorso, una terapia) e “to care” (prendersi cura, assistere, comprendere), ma perché l’attenzione alla relazione e l’acquisizione di competenze comunicative sono una condizione indispensabile per un corretto esplicarsi della componente tecnico-scientifica: per fare diagnosi corrette e impostare terapie che trovino la compliance del paziente è indispensabile conoscere le dinamiche relazionali e possedere abilità comunicative.

Gestire correttamente gli strumenti relazionali è indispensabile per:

- Individuare in modo corretto il problema che il paziente ci porta
- Rendere possibile l’aderenza terapeutica
- Sviluppare l’alleanza terapeutica
- Prevenire e ridurre i contenziosi medico-legali
- Permettere al MG di vivere meglio e con più soddisfazione il proprio lavoro

Questo è tanto più vero nella medicina generale e nelle cure primarie dove, come dicevamo prima, si realizza “l’approccio olistico” della medicina, una medicina che si occupa della persona sana, malata o potenzialmente malata nel suo complesso, che si occupa del paziente non solo nei momenti di malattia, ma anche nei normali passaggi della vita che per la persona rappresentano un momento di cambiamento e adattamento e in cui può chiedere il nostro aiuto.

Una medicina in cui è fondamentale interpretare il malessere del paziente per capire se abbiamo a che fare con il sintomo di una malattia organica, con un disturbo psicologico o con un disagio di natura sociale o economica.

LE CARATTERISTICHE DELLA RELAZIONE M-P IN MG

La relazione col paziente in Mg nasce all’interno di un rapporto di cura che può durare per moltissimi anni

Un film che ha due attori principali (il cliente e il medico), ma molti altri comprimari: la famiglia, l’équipe di cura, gli specialisti, l’ospedale, i servizi territoriali che interagiscono e modificano la storia dei due protagonisti.

I fattori che influenzano la relazione sono molteplici:

- ◆ Il contesto socio-culturale
- ◆ Il contesto organizzativo ed economico
- ◆ Il setting
- ◆ La personalità del medico e del paziente

IL CONTESTO SOCIO-CULTURALE

In una società del benessere che nega la morte ed enfatizza l' "apparire" il cittadino è sempre più esigente, cerca la guarigione "istantanea" e pone attese magiche nella Medicina moderna, nella Macchine, nella Tecnica, negli Ultraspecialisti
L'uomo occidentale non vuole più soffrire, non vuole più invecchiare, non vuole più morire, VUOLE GUARIRE sempre e comunque e migliorare sempre di più le proprie "performances".

La crisi del sapere medico, provocata dalla frammentazione delle conoscenze e dal prevalere della medicina specialistica, investe per primo il medico generale che vive una specie di continua delegittimazione nei confronti dei colleghi "specialisti".

IL CONTESTO ORGANIZZATIVO -ECONOMICO

Organizzazione esterna: rapporto convenzionato con il SSN, rapporto con le altre parti del sistema (distretti, specialisti, ecc..), gli adempimenti burocratici, i progetti specifici di assistenza

Organizzazione interna: organizzazione dello studio, la presenza di personale di segreteria e/o infermieristico, la gestione delle visite e del telefono, ecc...

Risorse economiche del SSN sempre più limitate: limitazioni nelle prescrizioni di farmaci (note CUF) e di esami a fronte di una richiesta sempre maggiore di prestazioni: causa di grande conflittualità

LA PERSONALITA' DEL MEDICO E DEL PAZIENTE

La relazione medico-paziente è il risultato dell'incontro fra due diverse personalità e due diverse culture.

Il ragionamento del medico è organizzato per sintomi e categorie diagnostiche, mentre il ragionamento del paziente è organizzato per problemi, ci sono quindi due punti di vista, due linguaggi completamente diversi che si confrontano e che devono trovare un punto d'incontro.

Due diverse agende si confrontano:

- ◆ quella del medico che ha necessità di raccogliere velocemente la storia clinica, usa domande chiuse per ottenere dati concreti, costruisce diagnosi differenziali
- ◆ quella del paziente che vuole spiegare la storia della malattia, è preoccupato riguardo al significato personale della malattia, parla in risposta a domande aperte o altre tecniche facilitanti.

E' evidente che nasca tra medico e paziente quello che viene definito "CONTRASTO COGNITIVO", cioè un diverso modo di intendere la malattia e i suoi effetti da parte dei due protagonisti della relazione.

Il paziente viene con il bisogno di raccontare la propria storia riguardo al problema che presenta al medico, si è già costruito le proprie teorie sui sintomi, su cosa li ha originati e sul loro significato, magari con l'aiuto di familiari e amici; nel caso si tratti di malattie croniche si è fatto delle aspettative che magari non sono commisurate alla realtà del problema, ha preoccupazioni forse derivanti da altre storie che ha sentito raccontare sul suo problema o su esperienze vicine che ha vissuto, prova sentimenti di rabbia, di paura, di frustrazione..

E' importante che il medico, durante il colloquio, oltre a decodificare sintomi o segni di malattie e a incasellarli dentro alle proprie categorie, cerchi di capire cosa si muove intorno e dentro al paziente in merito alle sue teorie sui sintomi, alle sue aspettative, alle sue preoccupazioni ed emozioni.

Solo in questo modo si può diventare consapevoli dei diversi punti di vista per riuscire ad armonizzarli e a rispondere ai bisogni di entrambi (medico e paziente) costruendo, nel confronto aperto, un linguaggio comune.

STRUMENTI

La **NEGOZIAZIONE** che è la modalità caratteristica della relazione medico-paziente nel setting della medicina generale risponde proprio alla necessità di trovare una risposta condivisa ai problemi portati dal paziente che tenga conto del punto di vista di entrambi i protagonisti della consultazione. Perché questo avvenga è necessario che la comunicazione sia efficace e raggiunga il suo obiettivo:

- Comprendere la realtà del mio interlocutore
- Aiutare l'interlocutore a comprendere la mia realtà

Di cosa abbiamo bisogno per rendere efficace la comunicazione?

1. Condividere obiettivi e aspettative
2. Chiarire i concetti in modo che siano condivisi così da realizzare un linguaggio "comune"
3. Utilizzare un linguaggio adeguato alle caratteristiche culturali e sociali del paziente evitando il linguaggio tecnico-specialistico (il "medichese")
4. Chiedere e verificare continuamente se stiamo dando la stessa interpretazione dei fatti.

Un altro aspetto rilevante di una buona comunicazione è quello che riguarda il concetto del "medico come farmaco". Una efficace gestione degli aspetti relazionali ha una importante valenza terapeutica da una parte, dall'altra bisogna ricordare che una cattiva comunicazione può provocare gravi effetti collaterali.

Se il MG è un farmaco bisogna "conoscersi" e sapersi adoperare in modo consapevole e strategico. Per questo l'ascolto di sé stessi, oltre che dell'interlocutore, è indispensabile.,

LE TECNICHE COMUNICATIVE

Gli strumenti delle tecniche comunicative sono legati a tre momenti fondamentali in cui si può realizzare una buona comunicazione: l'ascolto, il colloquio, il counseling.

L'**ASCOLTO ATTIVO** è lo strumento fondamentale per costruire una buona relazione.

In merito a questo bisogna ricordare che i medici interrompono sempre molto presto i pazienti, che il primo disturbo che il paziente segnala spesso non è il più importante, i pazienti che non sono interrotti raramente parlano per più di 3 minuti di seguito.

Le regole più importanti dell'ascolto attivo

1. Interessatevi sinceramente del paziente
2. Lasciatelo parlare e ascoltate con attenzione, mantenendo il contatto oculare, facendo cenni di assenso, riformulando il contenuto e (se necessario) le emozioni magari inesprese. E' importante cogliere il "vissuto di malattia (illness) captando suggerimenti (prompts), indizi, piste (cues) e tenendo conto di omissioni, distorsioni, generalizzazioni.

3. Iniziate con domande aperte utilizzando queste spie cliniche e sociali, per dargli la possibilità di spiegare
4. Successivamente utilizzate domande chiuse per focalizzare il problema e chiarirlo
5. Facilitare, focalizzare, usando anche le domande come affermazioni (es.: crede che potrebbe fare a meno dei tranquillanti?)
6. Ricapitolare (checking): riassumete con il paziente quello che pensate di aver capito per poterlo condividere con lui e chiedetegli un feed-back di verifica
7. Negoziare le priorità coinvolgendo il pz. nelle decisioni da prendere e cercando di incoraggiarlo ad essere autonomo e ad aumentare la fiducia in sé stesso.
8. Riassumete

Il COLLOQUIO per essere efficace deve rispettare le regole che abbiamo già enunciato: condividere gli obiettivi, realizzare un linguaggio comune, adeguarsi al livello culturale di chi ci ascolta, verificare che stiamo dando la stessa interpretazione dei fatti

Il colloquio è fondamentale per la trasmissione delle informazioni: bisogna sempre ricordare che il paziente ha molto bisogno di informazioni, spesso si dedica poco tempo a questo aspetto con rilevanti effetti dell'adesione del paziente alla terapia e alle nostre indicazioni.

A tale scopo è fondamentale porre attenzione a COME DIRE:

- separare le informazioni in segmenti maneggevoli
- fare pause e controllare chiedendo un feed-back
- nel parlare usare la stessa velocità del paziente
- mantenere il contatto dello sguardo (per accorgersi se l'interlocutore sta ascoltando)
-

Un altro aspetto importante del colloquio sono le emozioni: sono presenti e sono molto importanti per il buon esito della nostra relazione.

E' fondamentale riconoscerle, sia le nostre sia quelle del paziente, dare loro un nome, vedere che quel paziente ci irrita o ci fa piacere, che il paziente è arrabbiato, è frustrato ecc., riflettere insieme su di esse e dare loro cittadinanza:

- ◆ Cosa suscita in me questo paziente?
- ◆ Cosa succede a chi mi è davanti?
- ◆ Cerca di formulare cosa prova chi ti è davanti
- ◆ Comunicaglielo in modo rispettoso, con l'intensità adeguata, sotto forma di ipotesi: "ho l'impressione che.."

IL COUNSELLING

Counselling: **Cosa è in pratica?**

Si parla di "counselling" *ogni qualvolta il medico, volontariamente e in maniera consapevole e strategica, si inserisce nel processo decisionale del suo paziente e della sua famiglia per rendere possibile un cambiamento, per superare una situazione di indecisione nociva alla salute del paziente stesso, per risolvere un problema senza ricorrere necessariamente all'uso dei farmaci, per migliorare la compliance. Infatti il buon senso del medico e la sua grande esperienza, la lunga*

conoscenza di quel paziente e della sua famiglia spesso non bastano e il “counselling” offre strumenti comunicativi più adeguati per superare situazioni difficili; strumenti che non si sostituiscono allo stile abituale del medico ma che gli permettono di utilizzare le proprie capacità di rapporto con i suoi pazienti in modo strategico e mirato ottenendo risultati terapeutici migliori, a volte senza l'uso di nessun farmaco.

In MG il processo del counselling è basato sull'effetto terapeutico del medico stesso (*il medico come farmaco di Balint*): il medico deve essere consapevole di questo ruolo e di questa abilità, perché possa utilizzarlo come un potente strumento terapeutico.

È un approccio rivolto alla soluzione del problema (aiuta a scoprire anche qual è il vero problema) attraverso delle tappe prestabilite per arrivare a raggiungere l'obiettivo.

Richiede una formazione del medico.

È “dare consigli”, ma non solo.

Il MG come “consigliere efficace”?

Sì, per le sue caratteristiche peculiari:

- ❖ perché conosce la storia del paziente
- ❖ ha confidenza con lui e la famiglia
- ❖ la visita si svolge in ambiente intimo, ambulatoriale o domiciliare
- ❖ per la continuità di cura
- ❖ per la facilità a negoziare con lui

Non è:

- ❖ dare informazioni,
- ❖ dare suggerimenti (se fosse al mio posto cosa farebbe?),
- ❖ tenere un atteggiamento giudicante,
- ❖ imporre i propri valori, comportamenti e modi di agire,
- ❖ risolvere i problemi al posto del paziente,
- ❖ tentare di forzare il paziente a raggiungere la “conclusione” più felice,
- ❖ rassicurare troppo presto il paziente,
- ❖ distribuire del materiale educativo.

La relazione medico-paziente-famiglia

Il contesto familiare influenza il sistema delle cure erogate: è importante che il MG studi e sia consapevole delle dinamiche familiari e delle loro conseguenze sul rapporto di cura

Il paziente non è mai solo: familiari, amici e parenti vivono con lui le problematiche, le angosce, le decisioni e interferiscono attraverso di lui o anche direttamente

Se è solo, questa è un'importante variabile nelle decisioni terapeutiche e riabilitative

In MG la sequenza delle decisioni e il risultato terapeutico sono fortemente subordinate al vissuto di salute e di malattia della famiglia. I miti familiari, cioè le credenze della famiglia in merito a salute e malattia influenzano il modo in cui si vive una malattia e i suoi esiti.

Il nucleo familiare reagisce in modo dinamico alla malattia del capofamiglia o della persona di riferimento, alla perdita del lavoro, al lutto, alla malattia cronica invalidante, ma anche ad eventi fisiologici come una gravidanza, attraverso cambiamenti e adattamenti che determinano una serie di reazioni psichiche e somatiche nei vari membri della famiglia, per cui le dinamiche familiari influenzano pesantemente lo stato di salute dei propri componenti e devono sempre essere tenute presenti.

Nella relazione medico-paziente-famiglia l'oggetto di cura può essere la famiglia stessa oltre al paziente in senso stretto, ma la famiglia è anche una risorsa per la cura. Spesso ci troviamo a motivare la mogli quando il marito necessita di modificare le abitudini alimentari o lo stile di

vita, o abbiamo bisogno di sensibilizzare i genitori a modificare determinati atteggiamenti nei confronti dei figli ecc.. nel momento in cui soprattutto dobbiamo assistere il paziente a domicilio in cui la presenza della famiglia è indispensabile per rendere possibile l'assistenza domiciliare, così come a volte la famiglia può diventare un ostacolo tra medico e paziente,

MEDICO-FAMIGLIA: alleanza, congiura, privacy

Rispetto al triangolo paziente-medico-famiglia, è bene ricordare che la nostra responsabilità è verso il paziente e ogni responsabilità verso la famiglia è secondaria.

Questo è ancora più vero quando ci relazioniamo con persone con prognosi infausta.

Molto spesso in questi casi la famiglia chiede di negare le notizie al paziente creando verso di lui una sorta di "congiura" del silenzio. In questo tipo di situazioni può essere utile dire ai parenti che non vogliamo imporre la verità al pz ma che se questo ci interroga noi non mentiremo, fornendo notizie veritiere con cautela, senza uccidere la speranza.

Con la famiglia possiamo cercare di costruire un'alleanza terapeutica per sostenere il paziente quando ad esempio vogliamo modificare un'abitudine inveterata, o una malattia cronica richiede un cambio di stile di vita; occorre comunque porre attenzione a che l'alleanza non si trasformi in collusione o congiura contro il paziente che resta il nostro principale interlocutore ed alleato.

Anche il rispetto della privacy è fondamentale proprio perché spesso curiamo più membri della stessa famiglia con età, interessi, abitudini diverse.

Ad esempio nel caso di figli accompagnati da genitori sarà bene chiarire di fronte a tutti che intendiamo rispettare la privacy, anche se si tratta di un minore, ma che rimaniamo disponibili ad aiutarlo ad avere un colloquio più aperto con i genitori nel caso si trovasse in difficoltà..

Riassumendo, nei rapporti con la famiglia sarà utile ricordare che:

- il paziente è il nostro principale interlocutore
- egli, per primo, ha diritto alla nostra alleanza
- ha diritto al rispetto della sua privacy
- può trovare in noi sostegno a fronte di problemi che possono metterlo in difficoltà nei confronti dei familiari, senza peraltro schierarci dall'una o dall'altra parte ma offrendo una mediazione imparziale

Da tutto ciò si evince come sia necessario, per il medico, essere sempre consapevole di quello che succede dentro di sé rispetto ai problemi che il paziente e la sua famiglia gli portano per non cadere nelle trappole della collusione, della congiura della menzogna.

Potrebbe essere utile, soprattutto dopo visite particolarmente "difficili", prendere appunti a caldo sulla situazione, annotando magari frasi e azioni (nostre e dell'altro) che ci hanno creato più difficoltà o ci hanno reso insoddisfatti, per rivederle a freddo in una autovalutazione suffragata da schede di valutazione della consultazione.

(es pgg 80-81 dal libro "comunicazione medico-paziente di Peter Tate)

La relazione tra il medico ed il paziente negli ultimi trent'anni è molto cambiata, per vari fattori; fra questi:

- **la cultura della vita e della morte,**
- **il cambiamento della concezione di salute del paziente**
- il cambiamento del luogo di cura delle malattie: dall'ospedale al territorio e al domicilio del paziente
- **le aspettative del paziente e del medico**

Il cambiamento si avverte ancora di più nel setting della MG dove la relazione fra Medico e Paziente, se ben condotta, diventa essa stessa terapeutica.

Essa varia a seconda:

- a) dell'ambiente in cui si realizza (ad es. nell'ambulatorio del MMG)
- b) della somiglianza o meno della concezione che entrambi (medico e paziente) hanno della malattia, della salute e della medicina (“comunanza della cultura”)
- c) delle caratteristiche del rapporto tra due personalità (transfert del paziente e controtransfert del medico)

La crisi del sapere medico, provocata dalla frammentazione delle conoscenze e dalla prevalenza della Medicina specialistica, investe per primo il Medico Generale costretto a seguire i progressi compiuti dalle varie discipline e le “mode” che esse via via vanno introducendo nel mercato della salute.

Il medico ha di fronte un cittadino sempre più esigente, disposto ad accordargli fiducia solo se e in quanto i suoi problemi vengano risolti e le sue aspettative soddisfatte, secondo canoni interpretativi personali.

Medico e paziente devono rispondere all'imperativo della “guarigione” istantanea, del dolore immediatamente sconfitto, della febbre scomparsa per incanto e della salute ottenuta ad ogni costo. Nessuno dei due può permettersi il lusso dell'insuccesso.

Modello della relazione medico/paziente

SCHEMA DI HOLLANDER

MEDICO	PAZIENTE	SITUAZIONE	PROTOTIPO
Attività	Passività	Urgenza – coma Agitazione Interventi chirurgici	Madre-lattante
Direzione	Collaborazione	Malattie acute	Genitori-bambino
Partecipazione reciproca e rapporto paritetico		Malattie croniche, minorazioni sensoriali, riabilitazioni post-operatorie e post-traumatiche	Adulto-adulto

I comportamenti del medico

Il comportamento del medico, di fronte ad un dato avvenimento, corrisponde in qualche misura alla sua personalità.

La relazione tra il medico ed il paziente rappresenta il risultato di “un incontro tra due personalità” con tutte le possibili combinazioni che la variabilità tra gli uomini consente.

Ci pare tuttavia utile riportare un elenco delle principali modalità di comportamento del medico, individuate da R.Canestrari nel corso di incontri dei gruppi Balint, anche se esso ha un puro valore didascalico:

1 – Paternalistico

Il medico si sente un po' padre del suo paziente e incoraggia le tendenze regressive e di dipendenza.

2 – Autoritario

Il malato viene considerato “un caso” ed ogni suo tentativo di esprimere opinioni e desideri viene combattuto e represso in nome della logica della scienza medica e del sapere scientifico.

3 – Acquiescente

Le proposte del malato, anche se inutili o assurde, vengono soddisfatte passivamente dal medico.

4 – Aggressivo

Il medico trasferisce le sue insoddisfazioni professionali, familiari o sociali, più o meno conscie, nella relazione con il paziente.

5 – Timoroso di sbagliare

Esso corrisponde ad insicurezza interiore e si traduce nella richiesta di esami strumentali e di laboratorio, anche se non strettamente necessari.

6 – Fuga dalle responsabilità personali

Si esprime attraverso la richiesta di conferme “rassicuranti” da parte degli specialisti e dei colleghi più autorevoli, nonostante il possesso di un bagaglio tecnico e personale di buon livello.

7 – Eccessivamente sicuro

Si associa spesso agli altri tratti di una personalità definita “dominante”, che rifiuta il dialogo critico e impone le sue conclusioni affrettate.

8 – Conformista

Mira soprattutto a cautelarsi da ogni possibile danno o sanzione derivante dalle sue azioni. Per “quieto vivere” si adatta passivamente all’ambiente in cui opera.

I comportamenti del paziente

1 – Il frequentatore abituale

Si presenta in ambulatorio una o due volte la settimana. I suoi “problemi” sono sempre indefiniti e difficilmente inquadrabili. Il suo comportamento pare dipendere più da un bisogno di comunicare con qualcuno o di ingannare il tempo che da un reale bisogno di salute. Certamente esprime un disagio esistenziale indeterminato e corre il rischio di non essere valutato con attenzione nel caso in cui si ammalasse seriamente, almeno nelle fasi iniziali della sintomatologia.

2 – Il paziente che non si vede mai

Probabilmente esprime con questo comportamento il timore che gli venga riscontrata una qualche malattia. Il diario clinico della sua cartella appare vuoto per anni ma non sempre ciò corrisponde ad uno stato di salute.

3 – L’inguaribile ottimista

Sempre allegro, vivace, spiritoso, affronta le malattie e i disturbi con apparente serenità ed è sempre convinto che riuscirà comunque a guarire.

4 – Il paziente patofobico

Lettore di enciclopedie mediche e di rubriche che si occupano di malattie, consumatore abituale di trasmissioni televisive che trattano problemi medici, ritiene sempre di avere “qualcosa che non va” che deve essere curato o prevenuto.

5 – Il malato inguaribile

È un malato che cerca di ottenere qualità di vita più che cure.

6 – Il garantista

Ritiene di aver diritto ad ottenere tutto gratuitamente e si lamenta delle insufficienze, presunte o reali, del servizio pur essendone un consumatore abituale e continuo.

7 – Il regredito a livello infantile

Vive lo stato di malattia con grande ansietà e reclama protezione e rassicurazioni continue, delegando al medico curante ogni responsabilità e affidandosi alle sue decisioni interamente.

8 – Il paziente “antipatico”

Querulo, lamentoso e polemico, non riesce o non vuole instaurare col medico un rapporto amichevole. La relazione tra i due protagonisti è sordamente conflittuale e spesso il medico reagisce negativamente non riuscendo a sintonizzarsi con lui. Paradossalmente è un paziente che solo raramente revoca la scelta del medico.

9 – Il dirigista

Tenta di imporre al medico le sue scelte e le sue decisioni. Propone farmaci, esami di laboratorio, visite specialistiche ed esami strumentali, a seconda delle diverse situazioni e discute con argomentazioni spesso risibili le decisioni del medico.

10 – Il paziente che collabora

E' un malato ideale perché ha fiducia nel medico e lo dichiara apertamente. Vuole essere informato di tutto e conoscere il perché di ogni decisione e il significato dei risultati che si ottengono. Preciso, puntuale, magari aiutato da un foglietto di appunti “per non dimenticare nulla”, non trasgredisce le prescrizioni, senza essersi consultato prima con il medico.

Questo tipo di pazienti si incontra frequentemente tra i malati cronici che hanno imparato a convivere con la malattia.

C - Il metodo clinico in Medicina Generale

Il metodo clinico tradizionale che viene insegnato all'università e utilizzato in ospedale è caratterizzato da un *percorso* che comprende

- la raccolta sistematica della storia clinica del paziente con le varie anamnesi (familiare e personale, patologica remota e prossima),
- l'esame obiettivo completo,
- la ricerca di altri dati attraverso ricerche tecnologiche avanzate, spesso più di quelle necessarie,
- la formulazione della diagnosi basandosi sull'analisi ragionata dei sintomi, segni e dati clinici e risultati degli esami, quindi
- definizione della prognosi e del trattamento

.... al ritorno a casa, cosa succederà al paziente? Ci penserà il Medico Generale!

Cosa ha capito il paziente della sua malattia, dell'importanza della cura... dello stile di vita?

Come influirà l'ambiente, la famiglia, il lavoro?

Quale sarà la compliance al trattamento?

Ma va bene così. L'obiettivo di *intervento dell'ospedale, e del sistema di secondo livello, è quello di arrivare a una diagnosi di patologia organica...* perché “centrato sulla malattia” e “centrato sul medico” utilizzando un modello bio-medico.

La MG opera invece in un *sistema di intervento di primo livello*, in un contesto in cui deve utilizzare un metodo più complesso che tenga presente anche l'aspetto psicologico e sociale e tenga presenti le opzioni decisionali del paziente stesso: **“metodo negoziale orientato al paziente”, con contrattazione, di volta in volta, delle decisioni diagnostiche e terapeutiche**, spesso, non solo con lui, ma anche con la famiglia.

MODELLO DI CURA IN MEDICINA GENERALE

(C. Chiari)

Per capire sia sul versante teorico che operativo la essenza della Medicina Generale (modello di cura) è necessario analizzare le cause che ne determinano la strutturazione .

Lo studente di Medicina che frequenta per la prima volta un ambulatorio di Medicina Generale nota una sostanziale differenza rispetto a ciò che ha visto in altri contesti clinici: vede cioè il Medico di Medicina Generale (MMG) agire nell'ambito biomedico, quello che viene comunemente considerato l'ambito della “*Medicina*”, con pochi interventi mirati ed in un tempo limitato, quasi contingentato, decidendo su tante cose in modo rapido e sbrigativo; poi in altre situazioni che

sembrano essere “extra-mediche” vede invece che il tempo stranamente si dilata: il MMG comincia molto più lentamente ad esplorare, a chiedere, in modo discorsivo e sistematico.

Abituato dalla frequenza in ambiti specialistici ospedalieri a veder il Medico dedicare gran parte dell'attenzione ai problemi biomedici del paziente, effettuando molti interventi esplorativi e tendenzialmente a disinteressarsi a ciò che sconfinava in ambito extra-medico, lo studente potrebbe farsi l'idea che in Medicina Generale si faccia da una parte una medicina sommaria, dall'altra si investano attenzioni e tempo in qualcosa che non è medicina.

In realtà la risposta al paziente in base a pochi elementi e con decisioni veloci è un modo di agire, definito da C.Ginzburg ('86) “Paradigma indiziario”, è una metodologia adatta al setting della Medicina Generale, funzionale a prendere in poco tempo decisioni in condizioni di grande incertezza, agendo su grosse dicotomie quando bisogna percepire, intuire e capire in base a pochi elementi di giudizio.

L'altro aspetto invece è l'oggettiva inclusione nella pratica di Medicina Generale di azioni che trascendono la medicina classica.

Per capire perché in Medicina Generale ci si comporta in questo modo, cosa è che fa sì che la medicina specialistica e quella generale, strutturate con le stesse componenti ed agendo sugli stessi pazienti, divergano in modo tale da diventare metodologie cliniche diverse è necessario partire da considerazioni di carattere più generale.

Innanzitutto va ricordato che le opzioni operative in ambito medico passano sostanzialmente per due snodi dicotomici: dedicarsi alla clinica, cioè essere a contatto coi pazienti, o a qualcos'altro: ricerca, medicina di laboratorio, igiene, sanità pubblica, medicina del lavoro, medicina di organizzazione e via dicendo.

Nell'ambito della opzione clinica la seconda dicotomia è poi tra diventare medico della persona (Medico di medicina generale, pediatra, geriatra) o esperto in un settore, come un parte anatomica del corpo umano più o meno ampia: un sistema (nervoso....) un apparato (urinario...) un organo (occhio...), od esperto di una patologia (oncologo...) o di un metodo (radiologo, chirurgo...). La Medicina Generale e le Cure Primarie sono state inserite nel corso di laurea perché la metà dei futuri medici opererà sul territorio, per lo più in veste di MMG, e poi perché l'altra metà, che farà tutto ciò o che non è clinico o che è clinico ma “settoriale”, deve conoscere l'altra “metà della mela” per poter collaborare attraverso la comprensione ed il rispetto dei ruoli tra due ambiti medici complementari e reciprocamente necessari.

Il medico di medicina generale infatti necessita di consulenti specialisti per risolvere i problemi settoriali ma deve poi sintetizzare armoniosamente sul singolo gli esiti di tali consulenze e lo specialista agendo settorialmente, direttamente o tramite consulenza, necessita invece di chi contestualizzi sull'individuo; sono due ambiti operativi della medicina che non possono esistere l'uno senza l'altra, pena grosse distorsioni e sbilanciamenti. (La carenza di “General Practitioner” generata dalla spinta alle super specializzazioni nel Nord America degli anni 80 e 90 creò tali difficoltà sia alla salute dei cittadini che alla spesa sanitaria, in quel contesto gestite dalle assicurazioni, che se ne ripristinò velocemente il numero attraverso forti incentivazioni) E' necessario inoltre sgombrare il campo da un equivoco: è sbagliato pensare che in Medicina Generale si faccia in modo semplice ciò che altrimenti è fatto in modo più approfondito, o che sia l'ambito delle cose facili contrapposto quello delle cose complesse, si fanno cose diverse con diverse specificità e complessità; non è specialista contrapposto a generico ma settoriale contrapposto a generale.

Ciò è l'eco di un passato retaggio culturale eredità del periodo pre riforma sanitaria (1978) in cui la medicina sociale, che esercitavano i MMG, era strutturata in un sistema Mutue per categoria che, frapponendo imponenti burocrazie tra medico e paziente ne snaturava i comportamenti professionali

In realtà scegliere di fare il Medico di medicina generale è esercitare un diritto, il diritto di non specializzarsi in un settore ma di specializzarsi nella visione completa.

La medicina generale è una vera e propria specializzazione clinica perché ha epidemiologia particolare, propria del suo contesto, una attività clinica specifica (metodo e abilità particolari), una base di evidenze e metodi di ricerca propria (efficacy nella pratica ed effectiveness nella sperimentazione sono modi paralleli per trovare prove di efficacia) e contenuti educativi (modello) suoi propri.

I determinanti fondamentali che agiscono sulla strutturazione di una pratica clinica cioè sul come si esercita la medicina (**metodo**) sono sostanzialmente il suo contesto operativo (**setting**), il tipo di domanda che nasce da tale contesto (**epidemiologia**) e le teorie che sottendono l'operatività (**modello teorico**).

Pertanto andremo ad analizzare ciascuna di queste variabili riferite alla Medicina Generale

1 -SETTING

Il **setting** è il contesto operativo in cui il Medico agisce e condiziona pesantemente sia ciò che fa che come lo fa.

Confrontando per esempio il **setting ospedaliero** con quello della Medicina Generale le differenze di condizioni in cui operano i Medici sono macroscopiche; l'ospedale è una grande struttura, complessa, fisicamente identificabile, con un'organizzazione stabile, il paziente vi è obbligato a regole istituzionali (si mangia e ci si sveglia ad orari prestabiliti puramente funzionali alla struttura...), c'è un sistema di riferimento professionale, gerarchico e formale, vige grande complessità tecnica.

Il paziente è in condizioni di salute assai peggiori di quelle gestite sul territorio, viene alterato nei propri ritmi, e nella percezione di sé, (*gli cambiano vestito*) perde il suo ruolo sociale (*non più Rag. Rossi ma numero di stanza o di letto*), ha molto poca privacy ed ha a che fare con svariati e non conosciuti interlocutori che esercitano comunque qualche autorità su di lui, non ha pressoché alcun controllo di quello che gli succede, e ciò riduce la sua autonomia ed il suo potere negoziale. Potremmo definirlo un "paziente in cattività" completamente adeguato agli aspetti organizzativi della struttura.

Diametralmente opposto è invece il **setting della Medicina Generale**.

Quando il paziente è in ambulatorio è in situazione clinica mediamente assai meno grave che in ospedale, è vestito come vuole, può scegliere il momento della visita e recarvisi accompagnato da chi vuole, è in rapporto uno a uno col medico, che peraltro ha scelto e che conosce da tempo mantiene il suo ruolo sociale (è chiamato rag. Rossi) e mantiene pertanto un consistente autonomia e relativo potere negoziale.

Al domicilio del paziente poi i ruoli sono invertiti; è il Medico che "gioca fuori casa" ed entra in territorio del paziente accolto come un ospite.

Ciò influisce inevitabilmente sui comportamenti e sulle richieste dei pazienti

La frequenza dei pazienti negli ambulatori di Medicina Generale è assai variabile nei vari paesi Europei e non è omogenea per aree geografiche: in Germania ed Ungheria i pazienti vanno molto spesso in ambulatorio (oltre 200 **contatti settimanali medico/pazienti**) meno in Svizzera, Olanda (da 200 a 150), in Belgio, Olanda, Gran Bretagna e Spagna (da 150 a 100) in Danimarca, Francia, Portogallo e (sotto i 100) molto poco in Norvegia (68)

In Italia sono circa 115.

La **percentuale di visite domiciliari** sul globale dei contatti varia moltissimo in Europa: da un massimo del 46% in Belgio ed un 39% in Francia, ad una media dal 20 al 10% in Olanda, Germania, Gran Bretagna, Ungheria e Norvegia, ad una area sotto il 10% con Danimarca, Svizzera e Spagna un ad un minimo in Portogallo con l'1,5%

L'Italia si assesta su di un mediano 14%.

Anche la media dei **contatti di ogni singola persona ha con il medico in un anno** varia molto in Europa, dagli 11 contatti anno in Italia e Germania ai 2,7 in Portogallo.

In un anno il medico italiano vede il 70% dei propri pazienti in cinque anni il 90%.

In media, un medico di famiglia ha 7800 contatti all'anno, ogni contatto presenta in media 3 problemi, quindi in un anno, in media, un medico di medicina generale deve risolvere 25000 problemi di vario tipo

Si reca negli ambulatori di Medicina Generale una percentuale più alta di femmine che di maschi, che prevale (entrambe salgono parallelamente all'età) sino ai 65 anni dopo di che c'è inversione con lieve prevalenza maschile.

L'analisi dei comportamenti tenuti dai pazienti nel frequentare gli ambulatori dei loro Medici di Famiglia mette in luce una serie di irrazionalità e di paradossi.

Il primo riguarda gli **assenti**: non è affatto vero che chi non si reca dal proprio Medico sia più sano di coloro che frequentano spesso gli ambulatori: i cosiddetti "low attenders" che si fanno vedere poco e malvolentieri dal Medico, hanno spesso patologie più gravi della folta schiera di "frequent attenders", saturata di nevrotici ed ipocondriaci, che intasa gli ambulatori.

Un altro Paradosso riguarda l'**età**: gli anziani sono i maggiori frequentatori degli ambulatori ma ormai le loro patologie sono conclamate ed i loro problemi cronicizzati e difficilmente reversibili, i giovani invece, su cui interventi preventivi mirati potrebbero essere molto efficaci per evitare future patologie, sono invece sostanzialmente assenti,

Anche il fatto che le donne utilizzino molto più degli uomini (in rapporto di 2 a 3) il loro medico di Famiglia nasconde un comportamento irrazionale: i maschi, che si ammalano di più e che muoiono più precocemente delle femmine, frequentano assai meno l'ambulatorio del loro Medico. Anche l'analisi della frequenza in relazione alla **disponibilità economica** nasconde un paradosso: chi è più favorito economicamente e culturalmente, potenziale fruitore ottimale, spesso utilizza poco e solo burocraticamente i MMG e utilizza massicciamente il secondo livello, condizione che lo sottopone a maggior rischio di danni da iper trattamento sanitario (documentati in tutti i contesti in cui il fenomeno è stato studiato)

D'altro canto coloro che, meno favoriti socio-economicamente, hanno nel MMG la risorsa a più basso costo, spesso non sono in grado di utilizzare in modo ottimale la sua professionalità e le risorse che mette a disposizione.

2 -EPIDEMIOLOGIA

La patologia che si incontra **in ospedale** è filtrata, selezionata, e ripartita attraverso una opera di depurazione e di concentrazione attuata da tutti i medici che hanno agito a monte del ricovero ed è sostanzialmente organica (somatica)

E' stato valutato che su 1000 persone seguite in un mese 750 hanno qualche sintomo, 500 prendono autonomamente dei farmaci, 250 vanno dal Medico di famiglia, 10 sono ricoverate in ospedale, e solo 1 in ospedale didattico-universitario.

Quindi il Medico universitario (e lo studente) vede nei reparti uno di quei 250 pazienti visti dal Medico di famiglia: in ospedale c'è una patologia concentrata, chiarificata, pulita da tutto ciò che non è biologico e questo condiziona molto la attività che si svolge in ospedale perché il medico si trova di fronte una patologia organica su questa agisce in modo intensivo sia in senso diagnostico che terapeutico.

Negli **ambulatori di Medicina Generale** si ha una situazione completamente diversa: quasi il 40% si reca nell'ambulatorio di Medicina Generale solamente per attività burocratiche (il 25% per ricette, poi per impegnative, richieste di esami, visite specialistiche, certificazioni...) solo il 60% dei pazienti vi si reca per necessità cliniche (disturbi 46%; visite preventive 1,7%; interpretazione referti 7,4%) E' molto significativo che ben il 12% venga solo per ricevere consigli o per parlare. Inoltre le condizioni patologiche di questo 60% rappresenta un impatto non filtrato che diluisce le patologie e le inquina con tutta una serie di "anomalie". Negli ambulatori di MG i pazienti non hanno patologie selezionate, sono spesso in situazioni pre cliniche, molti di essi presentano sintomi che non esiteranno poi in alcuna malattia (sintomi senza malattia)

Per fare un esempio , in un anno un medico di famiglia non vede mediamente nessuna acromegalia, nessun morbo di Addison, nessuna fenilchetonuria; nemmeno in dieci anni vede mediamente alcuna acromegalia o fenilchetonuria , forse un caso di Addison. La frequenza delle malattie nella pratica clinica non è infatti proporzionale al numero di pagine dedicate loro nei trattati, giacché la didattica medica deve privilegiare l'importanza fisiopatologica delle malattie più che la loro frequenza.

Le patologie acute più frequenti negli ambulatori di Medicina Generale sono le infezioni tratto respiratorio , i disturbi funzionali (dolori di schiena, al collo, alle mani), le infezioni urinarie, i traumi minori ;quelle croniche : l'obesità, l'ipertensione, le malattie del sistema nervoso, le patologie cardiache.

Un Medico di Medicina Generale ogni 1000 Pazienti cura mediamente 200 ipertesi, 30 diabetici, 50 asmatici, 30 donne in climaterio, intercetta in un anno 3 nuove diagnosi di neoplasia e 3 eventi cardiovascolari maggiori.

Un grosso problema è rappresentato dal fatto che l' Evidence Based Medicine offre conoscenze adeguate per realizzare un intervento scientificamente fondato solo per il 60% dei quadri clinici che afferiscono alla Medicina Generale , l'altro 40% , la cosiddetta "zona grigia" , resta senza supporti EBM.

In medicina generale dunque al contrario di quanto accade in ambito specialistico, l'anomalia , la situazioni pre clinica, il sintomo che non evolverà mai in malattia, (oggetto della maggior parte delle nuove consultazioni) , la presentazione clinica strana non codificata nei trattati, il disagio esistenziale ,psicologico e sociale **sono la regola e non l'eccezione.**

Inoltre proprio perché si presenta una patologia diluita, iniziale i sintomi sono intermittenti e non consentono di formulare facilmente una diagnosi spesso possibile solo con l'aggregazione in diadi e triadi di sintomi.

Una caratteristica specifica delle presentazioni cliniche in Medicina Generale è inoltre la comorbidità , la cioè presenza nello stesso paziente di varie problemi e di varie concomitanti patologie che spesso necessitano di plurime consulenze specialistiche settoriali.

Peculiare della professionalità e del ruolo del Medico di Medicina Generale è riuscire ad armonizzare , contestualizzare sull'individuo pluriproblematico gli eventuali multipli interventi specialistici : non è detto infatti che la somma di vari interventi , ciascuno efficace di per sé , rappresenti cumulativamente un intervento efficace, armonico, non contraddittorio .[a volte l'ottimizzazione di un rischio (ictus) prevede l'uso di farmaci (antiaggreganti) che sottopongono il paziente ad un altro rischio uguale o peggiore (sanguinamento in paziente ulceroso) , ottimizzando il quale però si lascia il paziente esposto al primo e l'ambito ultimo di queste decisioni cliniche è la Medicina Generale.]

3 -MODELLO

Il **modello** è una elaborazione teorica che attraverso la semplificazione della complessità della realtà ,isola aspetti necessariamente parziali, utili per comprendere ed operare ; funge da griglia interpretativa e da guida di ciò che si realizza nella professione.

La medicina moderna ha come modello di riferimento il **modello biomedico** quello che si ancora alla biologia, che è radicato nella fisicità degli agenti patogeni, che parla di alterazioni d'organo, di tessuto e che ovviamente adotta il medico scientifico.

Agisce e si concentra nell'ambito biologico, organico ,escludendo tutto ciò che ad esso è estraneo,è massimamente funzionale al setting ed alla epidemiologia , prevalentemente biologica ,che si trova negli ospedali , in ambito di Medicina Specialistica.

In un'anamnesi specialistica ,ad esempio , il campo della indagine si mantiene in un ambito ristretto attraverso domande chiuse, tutto ciò che non è biologico o non pertinente all'area di interesse specialistico viene eliminato

Normalmente al paziente non è concesso esprimersi come vorrebbe (nel 78% dei casi è interrotto dal Medico almeno una volta prima di esporre il suo problema ,in media la prima

interruzione si ha dopo 18 secondi e se l'esposizione del problema dura più di un minuto la percentuale di interruzioni sale al 93%).

La medicina focalizzata sul modello biomedico ha chiara idea di che cosa sia l'oggetto della medicina, (occuparsi di malattie) e pertanto si **centra sulla malattia** e per farlo analizza („smonta“) l'uomo nei sistemi che lo compongono con sempre maggior dettaglio sino al livello molecolare (la biologia molecolare ne costituisce la disciplina scientifica fondante). La Medicina moderna è talmente radicata nel modello biomedico da renderlo per lo più inconsapevole, cioè non ci si rende conto che questo è solo uno dei possibili modi di esercitare la medicina.

Si è strutturato storicamente attraverso una precisa serie di tappe: da quando si è cominciato ad applicare il metodo sperimentale nel '600, quando la filosofia cartesiana ha scisso l'anima (metodo di indagine deduttivo, speculativo, aristotelico, della Filosofia) dal corpo (Metodo di indagine induttivo ipotetico sperimentale; Macchina/ privato di spirito, disumanizzato, studiato come serie di meccanismi causa/effetto). Il medico venne quindi relegato a mero "somatologo" (*iatro meccanico*) colui che si occupa della parte organica, del corpo.

La **concezione** a cui fa riferimento una visione di questo tipo è riduzionista cioè i livelli gerarchici superiori ci possono ricondurre con procedimenti di riduzione a quelli inferiori fino a quello fisico-chimico, che sono poi quelli da comprendere per dominare ed anticipare gli eventi.

Il **procedimento** logico è analitico - causale cioè l'oggetto di indagine si analizza nelle componenti più semplici e lo si interpreta mediante la disposizione ed interazione delle sue componenti.

Nel **1650** poi Thomas Sydenham fornisce il primo consapevole esempio di medicina centrata sulla malattia, distingue infatti il malato dalla malattia (fino ad allora le malattie erano interpretate, secondo concezione Ippocratica, come strettamente legate all'individuo e dovute a squilibrio dei fluidi), e sostiene che una determinata patologia, che la natura produce con uniformità e costanza, è sostanzialmente uguale in ogni malato, perché genera gli stessi sintomi e pertanto va curata sempre nella stessa maniera in ogni paziente, dando quasi uno statuto ontologico a ciascuna malattia.

Questa impostazione ha fortemente favorito il consolidarsi di un **metodo clinico** basato sulla biologia e centrato sulla malattia: la clinica identifica e classifica la malattia (definita in termini puramente biologici) attraverso i suoi segni e sintomi cui contrappone un rimedio dimostratosi scientificamente efficace.

In questo ambito il principale attore della pratica medica, colui che definisce la presenza di patologia tramite una corretta diagnosi, chi interviene efficacemente con terapie validate scientificamente è solo e solamente il medico che è il centro di tutto.

Un metodo clinico fondato sulla biologia vede quindi due soli personaggi in azione: la malattia biologicamente intesa e il medico che è l'esperto della stessa. Il paziente è solo il portatore di malattia, di sintomi, di informazioni, è una figura ausiliaria che non viene necessariamente presa in considerazione nel suo "essere malato".

Questo è un approccio molto funzionale nella medicina specialistica per i disturbi sicuramente organici dei pazienti ricoverati in ospedale.

La medicina specialistica è per definizione una medicina selettiva (focalizza un ambito ed esclude tutto il resto) è radicata in un ambito biologico (ha un modello biomedico ed ha un metodo centrato sulla malattia e sul medico) è ottima è massimamente funzionale nelle acuzie.

Questa prassi professionale ha sicuramente **dei punti di forza**: la semplicità: tutto ciò che non è biologico viene escluso; sono inoltre molto chiari gli obiettivi: identificare la malattia e curarla; è tutto poi molto verificabile (esattezza della diagnosi confermabile con l'anatomia patologica ed attendibilità delle affermazioni confermabile con la ricerca sperimentale); infine si ha un grande potere predittivo: deriva dall'osservazione dell'evoluzione delle malattie e dall'aver conferito importanza al rapporto causa/effetto.

Ha tuttavia anche dei vistosi limiti oggettivi:

1 - la **disumanizzazione**: riducendo il corpo a componenti sempre più piccole ci si allontana sempre più dall' uomo nel suo complesso , dall'identità della persona. Possiamo simbolicamente rammentare che quando Laennec introdusse nel 1819 l'uso dello stetoscopio il medico è stato allontanato dal corpo del paziente , che prima auscultava a diretto contatto con l'orecchio sul torace, e da questi primi 30 cm , medico e paziente sono stati separati sempre più dalla mediazione tecnologica sino a certe situazioni odierne col paziente nel tubo della Risonanza Magnetica ed il medico in una altra stanza davanti a un monitor.

2 - la **parcellizzazione** ; il sapere medico è suddiviso nelle varie discipline specialistiche e parcellizzata è quindi l'azione dei singoli specialisti sul corpo del paziente ; l'iper specializzazione dei clinici dà ad ogni specialista il suo "pezzo di malato" che è necessariamente studiato sfuocando il contesto generale; ciò che si guadagna in competenza parcellare attraverso la semplificazione isolazionistica del riduzionismo lo si perde nella percezione della complessità unitaria dell'individuo .

3 - la **ipermedicalizzazione** : un'altra inevitabile conseguenza di un approccio solamente biologico è la tendenza alla medicalizzazione , infatti vedere solo e sempre i fenomeni in chiave biomedica conduce a due sole alternative : o esclusione dei problemi non biologici o tendenza a forzarli comunque in ambito biologico e conseguentemente medicalizzarli

Da tutte queste premesse emerge come il modello biologico ed il suo conseguente metodo clinico focalizzato sulla malattia in Medicina Generale non possano funzionare perché inefficaci su tutto ciò che il paziente ci porta di non organico che in Medicina Generale rappresenta una gran parte della domanda e che non può essere ignorata .

Il setting e la particolare epidemiologia della Medicina Generale (continuità sul singolo paziente , gran parte dei problemi non biologici , massima autonomia dei pazienti) comportano quindi di necessità di un approccio diverso con diversi riferimenti teorici , un diverso modello meno riduttivo e più inglobante e di un altro metodo clinico, in grado di rispondere efficacemente alla specificità del contesto .

Il primo a parlare di queste cose è stato lo psichiatra ungherese Michael Balint negli anni 50 sostenendo che nella relazione clinica si incontrano tensioni, difficoltà e resistenze che nulla hanno a che vedere con la malattia organica e che è la relazione del medico ,nella sua dimensione emotiva e relazionale ,col paziente è centrale della pratica medica e di per sé è terapeutica " (*la principale medicina somministrata al paziente è il medico stesso*)" ; il medico si deve porre come persona davanti al paziente persona e rinunciare alla sua " *funzione apostolica*" (io contro la malattia).

Il modello biologico veniva così arricchendosi di una componente psicologica , il paziente era visto anche nella sua dimensione emotiva sulla quale il medico doveva inserirsi e relazionarsi in maniera sistematica e strutturale.(modello bio-psicologico)

Nel 1977 Georg L. Engel teorizzò che il modo di fare medicina con il metodo centrato sulla malattia faceva riferimento ad un modello concettuale implicito (biologico) di medicina che condizionava la pratica in modo determinante , ma che era solo uno dei possibili approcci , e che se ne potevano ipotizzare , descrivere , adottare degli altri , infatti Engel descrisse e teorizzò quello che oggi è il Modello di riferimento per la Medicina generale sostenendo che il medico non deve tenere presente solamente l'ambito biologico e psicologico ma anche a quello sociale

La malattia non è definibile soltanto in termini biologici ma nella definizione della stessa devono rientrare tutte le sfaccettature della realtà . Il modello **bio-psico-sociale** engeliano vede l'uomo non solo come l'aggregato dei sistemi che lo compongono ma lo vede anche inserito nei sistemi che lo sovrastano (famiglia, relazione , società..).

La lingua inglese ha esemplarmente tre vocaboli per definire la malattia ciascuno per ogni ambito : **disease** cioè la malattia biologicamente intesa, **illness** cioè la malattia soggettivamente percepita, **sickness** la malattia socialmente intesa ; sono o i tre campi di azione contemporanea della Medicina Generale che così può rispondere a tutto ciò che le viene richiesto e che in medicina specialistica o non viene presentato o che comunque viene escluso.

4 -METODO

Stabilito che il modello di riferimento funzionale per setting ed epidemiologia alla Medicina Generale è il modello inclusivo bio-psico-sociale conseguentemente anche il metodo clinico funzionale alla medicina Generale deve essere inclusivo, non focalizzato solo sulla malattia ma su tutto ciò che il paziente presenta.

Abbiamo visto infatti come il metodo funzionale alla medicina specialistica ospedaliera rivolto ad patologia di tipo organico (1 dei 250 pazienti visti dal MMG) abbia una sola area da mettere a fuoco, quella biologica, (tutto quello che c'era intorno di extra medico è già stato selezionato e filtrato precedentemente), le altre sono rumori di fondo da eliminare, ed eserciti pertanto uno sguardo condizionato (monodimensionale e selettivo), eliminando tutto ciò che non serve ed è stato pertanto definito **metodo clinico centrato sulla malattia**.

Nel contesto della Medicina generale il metodo clinico centrato sulla malattia è disfunzionale perché insufficiente, non in grado di dare risposta ad una buona metà di ciò che presenta il paziente.

Per essere efficaci in Medicina generale infatti non si può avere uno sguardo selettivo, ma è necessario uno sguardo multidimensionale, incondizionato, a tutto campo, che guardi l'uomo non solo da punto di vista organico, nei sistemi che lo compongono (organi, apparati), ma nelle componenti che lo sovrastano (il sistema familiare, il sistema duale, la cultura, il sistema sociale), e che tenga anche presente la cornice organizzativa di contesto determinante le reali possibilità operative della azione sanitaria (servizi territoriali, ambulatori, servizi infermieristici domiciliari, possibilità di consulenze, ...) per poter esercitare in modo consapevole ed esplicito la medicina "possibile" in quel momento, in quel contesto, su quell'individuo.

Nel 1993 il medico canadese Jan B. Mc Whinney definisce questa metodologia **metodo clinico 'patient centred'** sostenendo che pur in presenza di diagnosi organica una gestione efficace dei problemi del paziente richiede la comprensione del contesto di sviluppo della malattia, con allargamento del campo di osservazione in prospettiva di comprensione più generale del paziente per potere attuare strategie di intervento non sulla sola base dei dati biologici.

Ciò aumenta la complessità e le difficoltà dell'intervento, infatti se mantenendosi in ambito strettamente biologico, il fine è il trattamento della malattia (disease) ed è sufficiente effettuata la diagnosi impostare un trattamento terapeutico, se si ha come oggetto la "cura del malato" e ci si centra sul paziente, una volta effettuata la diagnosi di malattia (disease) è necessario confrontarsi col vissuto di malattia del paziente (illness) con i suoi significati e risvolti sociali (sickness) e solo dopo si può impostare un trattamento terapeutico.

Nel metodo clinico 'patient centred' i protagonisti sono sempre due, ma non medico e malattia come per il metodo centrato sulla malattia, ma il medico (esperto di disease) ed il paziente (esperto di illness) dalla cui relazione, funzionale non solo alla formulazione della diagnosi, ma anche scopo della medicina stessa, scaturisce la visita efficace.

Nella metodologia clinica centrata sul paziente sono necessarie quindi nuove abilità, le competenze del medico si arricchiscono con le competenze del malato, l'"Agenda del Medico" (focalizzata sul disease) cioè l'insieme delle cose a disposizione del medico, conserva la struttura scientifica del modello tradizionale di cui conserva la forza, ma si integra con una ulteriore variabile l'"Agenda del malato" cioè il suo vissuto e comunque tutto ciò che il paziente porta con sé (illness e e sickness).

Il metodo prevede quindi che la visita si snodi attraverso il confronto equilibrato di una "Duplice agenda" quella del malato e quella del paziente.

Tre Fuochi

La prima conseguenza di tale metodologia clinica è la necessità di variare elasticamente il fulcro della attenzione del medico sui tre piani (organico, psicologico, sociale) ed essere molto abili per

gestire l' apparente disordine del inesauribile varietà di storie narrate dai pazienti spesso impossibili da isolare in confini precisi e terminologie rigorose.

Inoltre nella singola seduta di ambulatorio i pazienti non sono selezionati in una sequenza programmata secondo priorità cliniche, i vari casi si presentano in modo disordinato, con una grande mescolanza di storie e personalità diverse.

Ci troviamo quindi in un contesto che possiamo definire a geometria variabile con tre ambiti da mettere a fuoco e tre rumori di fondo (organico, psicologico, sociale) ,se ne mette a fuoco uno per volta , senza eliminare gli altri due ma lasciandoli temporaneamente in stand by, per riportarli poi quando necessario a loro volta in primo piano.

Ambito biologico

Rimanendo semplicemente in ambito biologico poi una delle caratterizzazioni della Medicina Generale è la presentazione simultanea di più problemi (mediamente tre per ogni consultazione), nessuno dei quali può essere, come in ambito specialistico, escluso a priori (eczema, acufene, cefalea, edemi, mal di schiena...), si deve quindi capire quale sia quello predominante, fondamentale, se gli altri siano o no secondari al primo o correlati comunque da rapporti di causali e se si possa formulare una ipotesi eziologica unitaria .

Sempre in ambito biologico un altro problema specifico della Medicina Generale è la contestualizzazione sul singolo dei vari interventi specialistici , la somma dei quali , ciascuno singolarmente efficace , non è detto che cumulativamente rappresenti sempre un intervento efficace, armonico, non contraddittorio.

L' esperienza clinica ci insegna come spesso proposte specialistiche in sé ineccepibili diventino problematiche declinate sul singolo paziente: come ad esempio l'indicazione dello steroide in un anziano (infiltrazione articolare, terapia dell' asma bronchiale...) può slatentizzare un diabete mellito tipo 2 o scompensarlo se compensato, far peggiorare un glaucoma od una ipertensione; l'indicazione di alte dosi di FANS per acuzie artrosica può produrre insufficienza renale funzionale negli anziani con IRC iniziale ; l'uso dell' alfa litico nella disuria prostatica può produrre ipotensione e necessita di aggiustamento terapeutico di eventuali preesistenti terapie antiipertensive (pena cadute notturne e fratture femorali) , e via dicendo.

E' quindi compito del MMG armonizzare sull'individuo le varie visioni specialistiche per definizione parcellizzate trovandone la sintesi possibile per quel singolo paziente ed in quella determinata condizione clinica.

Interferenze e mascheramenti

E' inoltre esperienza comune in Medicina Generale che le cause della sintomatologia presentata dal paziente (es.organiche) possano in realtà avere origine in un altro ambito (es. sociale) e che solo agendo in tale altro settore si trovino soluzioni efficaci e ciò non è sempre né immediatamente chiaro (il paziente non entra in ambulatorio dicendo "io ho un problema di natura biologica", o di natura psicologica o di natura sociale); uno dei problemi fondamentali del MMG è proprio stabilire in quale campo si stia giocando e di cosa abbia bisogno il paziente.

Il problema biologico (improvviso difficoltà di compenso di diabete mellito tipo 2) in una paziente anziana che vive sola può , come è successo, derivare da un errore nelle consegne tra le coop sociali che si sono succedute nella fornitura quotidiana dei pasti a domicilio, e nella conseguente consegna alla paziente non dei pasti previsti per i diabetici ma di abbondanti razioni di cibo con alto indice glicemico (patate), avere cioè una causa sociale , intervenendo sulla quale(segnalazione del medico) il problema biologico si risolve.

Oppure la sintomatologia organica (improvvisa ingiustificata ipotensione) di un anziano signore in terapia antiipertensiva consolidata ed efficace da anni , può , come verificatosi, essere dovuta al fatto (di natura sociale) che , avendogli il farmacista consegnato il meno costoso farmaco generico, diverso a quello consueto per nome (nome chimico del principio attivo e non nome di fantasia) forma e colore della confezione e delle compresse, e non avendo ben capito che il nuovo farmaco sostituiva quello vecchio , il paziente da qualche tempo li assumeva entrambi raddoppiando di

fatto il dosaggio della terapia. (problema risolto scrivendo sulla ricetta “farmaco non sostituibile”)

Parimenti il giovane artigiano, classico low attender, che venuto a chiedere una terapia per sintomatologia organica (improvvisa persistente cefalea resistente alla terapia con fans), indagato, denuncia in cause psicologiche e sociali la genesi dei suoi sintomi (scarsissimo riposo per doppio lavoro diurno e notturno dovuto a problemi economici dovuti a recente, subita, separazione che gli tolto il figlio e la casa coniugale su cui peraltro è acceso un mutuo che deve comunque onorare). Altre volte può capitare invece che la apparente sintomatologia psicologica (delusione per l'invecchiamento precoce, l'inerzia e la sedentarietà del coniuge) lamentata da una signora particolarmente attiva e vivace altro non sia che l'effetto sul comportamento di lei di una patologia organica (ipertiroidismo) di nuova subdola insorgenza.

CENNI di METODOLOGIA CLINICA in MEDICINA GENERALE

Per attuare un approccio clinico centrato sul paziente è innanzitutto necessario sintonizzarsi sul paziente (in funzione della sua cultura e delle sue caratteristiche psicologiche) indi è indispensabile decodificarne della domanda, capire bene cioè le sue necessità.

A - SINTONIZZAZIONE SUL PAZIENTE

Per potere giocare sui tre piani il MMG deve conoscere il paziente ed il suo contesto e sintonizzarsi su di lui, cioè mettersi al suo livello e parlare il suo linguaggio, capire cioè chi ha davanti ed adattarsi alla sua personalità e cultura.

E' necessaria la massima elasticità e plasticità, l'uso di approcci e metodi diversi adattati al singolo paziente e alla singola situazione perché il comportamenti di malattia e di difesa della salute sono in funzione di una molteplicità di variabili difficile da descrivere e contenere ed in un contesto come il nostro.

Personalità e cultura, sono comunque le principali **variabili precliniche**, che condizionano il comportamento di fronte ad una alterazione di salute e di cui pertanto daremo brevi cenni.

1- Cultura

La prima grande variabile è la cultura nella sua accezione più vasta di complesso di credenze, di abitudini condivise con le persone con cui si vive. In parte deriva dal gruppo sociale di appartenenza, in parte da fattori cognitivo/educativi; ci possono essere delle variabili demografiche, con situazioni più omogenee in certi ambiti. Possono essere differenti anche le idee che si hanno sul concetto di salute. Un esempio è la reazione che diversi popoli hanno nei confronti del dolore: in letteratura anglosassone si cita spesso che Ebrei e Italiani reagiscono al dolore in modo piuttosto teatrale, con lamenti senza sentirsi socialmente squalificati, mentre Scandinavi ed Irlandesi tendono a sopportarlo molto di più per l'idea che lamentarsi non sia decoroso. La lingua araba ha coniato molte più espressioni di qualsiasi altra lingua per definire la sofferenza e questo può avere un significato su come questa è vissuta. E' molto importante conoscere il gruppo sociale di appartenenza del paziente (pressione dei parenti) lo stato civile (soli o divorziati,) la consistenza del nucleo familiare (ti autogestisci, chi ti controlla, più persone si occupano di te: meno si è in famiglia e più si è a rischio).

Nel mare magnum della cultura nella accezione più vasta di condivisione di credenze ed atteggiamenti, possiamo brevemente accennare come alla punta di un iceberg ad alcuni degli atteggiamenti che possono influire in maniera più vistosa sul comportamento di salute e facilmente riscontrabili nella pratica clinica.

Ci si scontra spesso in alcuni atteggiamenti che potremmo definire **pre-galileiani**: comprendono il *pensiero magico*, i **riti**, simili a quelli infantili di attraversare ad esempio le strisce pedonali solo sulle righe bianche, quindi comportamenti in parte ossessivi che talvolta non scompaiono nell'età adulta.

A volte questi atteggiamenti irrazionali sono parte integrante del pensiero dell'adulto: una paziente può essere convinta di allontanare l'influenza tenendo una castagna selvatica in tasca.

Bisogna tenere presente che queste cose hanno in certi casi una loro funzione, non sono da considerare, anche se illogici, senza significato.

Il medico di medicina generale si confronta spesso con questi atteggiamenti, che da un punto di vista psicologico si chiamano pensiero magico, è tenuto a considerarli non escludendoli per principio.

Pur rimanendo rigorosi sulla essenza dei comportamenti diagnostico terapeutici non bisogna deridere né umiliare il paziente per queste credenze.

Se un paziente ad esempio è convinto di star male per i peperoni mangiati una settimana fa, può essere produttivo cercare l'*Helicobacter pylori*, senza contraddirlo formalmente.

In certi casi infatti può non essere produttivo sostituire il colpo di freddo, il peperone, il "riscaldamento" (termine dialettale che nelle nostre aree rurali definisce una strana clinica che non fa andare in bagno, fa venire i brufoli e viene dopo aver mangiato la cioccolata) tutte cose che il paziente sa gestire con altre entità (virus, batteri, anticorpi) che non conosce e che possono creargli ansia.

Altro atteggiamento pre-galileiano sono i **miti**, trasversali alla cultura delle famiglie: ci può essere la famiglia in cui "grasso è bello" perché è sinonimo di benessere, retaggio nelle nostre popolazioni di passati periodi di povertà, e in alcuni immigrati di difficoltà nei paesi di origine; per cui la persona florida è non solo bella ma sana. In tali contesti, lo sforzo di fare dimagrire una paziente diabetica può essere vanificato dalla costata riferimento familiare del dimagrimento come una perdita di bellezza e di salute.

Specularmente all'altro estremo è il "magro è bello", magro è sano: ci sono pazienti che, per mettersi in forma, calano drasticamente di peso in pochi mesi, facendo diete ed attività fisica in circoli viziosi che arrivano ai limiti dell'anoressia nervosa, e sui quali si fa grande fatica ad intervenire.

Si devono gestire queste situazioni, consapevoli che questi miti esistono e confrontandosi con essi, anche quando hanno perso la loro originaria funzione adattativa.

Altre volte ci si imbatte in un rigidità di tipo contrario che potremmo definire atteggiamenti **pre-popperiani**: K. Popper ha chiarito come la conoscenza scientifica sia provvisoria, in evoluzione, una approssimazione pronta ad essere modificata da nuove evidenze (falsificabile).

Molta gente nutre invece nella scienza, e nella Medicina, una fiducia assoluta, la crede l'ambito delle certezze, non capisce o non vuole accettarne la problematicità, né l'alea dovuta alla probabilità.

Queste persone faticano moltissimo ad accettare la realtà dei falsi positivi o dei falsi negativi degli esami clinici, del loro potere predittivo della loro sensibilità o specificità.

E' difficile dire loro, e forse non lo dobbiamo nemmeno fare, che la loro recente mammografia negativa non ci dà la certezza assoluta di assenza di patologia ma ci dice che non c'è nessun tumore rilevabile col potere di risoluzione dell'immagine dello strumento usato, ma che potrebbe esserci ed essere sotto soglia.

Si colloca in quest'ottica anche l'adesione acritica al **principio dell'autorità** (è vero perché l'ha detto la Montalcini, Veronesi, Dulbecco, Garattini, Rubbia...) per cui la dichiarazioni televisive di autorevoli professionisti o scienziati a volte per loro natura semplificate, a volte non comprese nella loro essenza, hanno comunque per certi pazienti valore di assolute certezze, e come tali rigidamente difese ed impostare su di esse commenti e valutazioni di problematicità circa la loro declinazione sul singolo caso può essere a volte molto difficoltoso.

E' sempre meno infrequente imbattersi anche in atteggiamenti che potremmo definire **post moderni**. influenzati cioè da quelle che gli antropologi francesi definiscono "pseudoscienze mimetiche" purtroppo sempre meno inversamente proporzionali al livello di istruzione (quante persone colte hanno al polso il braccialetto "equilibratore di energia")

Ci sono parecchi pazienti che, lambiscono, sondano o si affidano a medicine alternative che non sono supportate da basi scientifiche, ma che tuttavia, mimeticamente usano il linguaggio

scientifico e che l' ampia risonanza sui media come fenomeni di costume ,accredita ai loro occhi come credibili.

Sono degli ambiti in cui si parte da un assoluto epistemico, cioè da una enunciazione dogmatica, mai dimostrata, priva di basi scientifiche, a volte vera assurdità teoretica, che diventa la " regola del gioco " (es. nella omeopatia, ,gli uguali curano gli uguali, i diversi curano i diversi, più il farmaco è diluito e più è efficace...) da cui si parte per utilizzare poi un atteggiamento ed un linguaggio scientifici.

È lo stesso discorso di coloro che pensano che curarsi con le erbe sia meno rischioso che farlo coi farmaci , che sono contrari per principio alle vaccinazioni e le impediscono ai figli , o che credono che l'HIV non sia l'agente eziologico dell'AIDS, ma un mero epifenomeno, e sono comunque convinti di sistematiche grandi mistificazioni sanitarie generate da interessi economici.

Non bisogna trattare questi pazienti con supponenza , né prenderli alla leggera piuttosto bisogna ascoltarli, vanno date loro spiegazioni serie e pacate (ad esempio che una tisana erboristica per sua natura manca della garanzia di costanza nel tempo della concentrazione di principi attivi, di titolazione degli stessi , che non si assume un principio attivo per volta ma una grande concomitante varietà , che il prodotto erboristico non ha l'onere come il farmaco della dimostrazione di efficacia EBM , né è sottoposto alla rigido controllo vigilanza prevista per i farmaci...etc....) altrimenti c'è il rischio reale che si affidino totalmente a queste loro convinzioni, col pericolo di perderne completamente il controllo ed esporli potenziali rischi.

2- Personalità dell'individuo

La seconda grande variabile è la Personalità dell'individuo

Rispetto ad altri contesti clinici la continuità di rapporto (pluriennale) che si crea in Medicina Generale facilita conoscenza della personalità del paziente che è seguito, osservato e valutato ed nel tempo nelle più diverse situazioni .

Si può fare qui solo un breve sommario cenno a semplici strumenti descritti dalle scienze psicologiche (che in modo analitico e sistematico aggrediscono la complessità dell'argomento ed a cui si rimanda lo studente) che possono essere utili durante il breve tempo di un colloquio per cercare di capire quali atteggiamenti psicologici determinino il suo comportamento.

Per fornire strumenti pratici facili , utili ed immediatamente spendibili sul paziente si procede per estrema semplificazione .

In pratica si tratta di capire un paio di variabili psico-comportamentali che risultano determinanti sul comportamento del paziente: quale siano cioè la *baricentro della reazione* del paziente e le sue *strategie di risposta*.

A seconda di come si strutturano queste due variabili possiamo, con ulteriore approssimazione, classificare il paziente in : **buon lottatore** o **cattivo lottatore** (in realtà ovviamente solo gli estremi di una ampia gamma di sfumature in cui si collocano i pazienti)

La prima variabile psico-comportamentale è il **Baricentro della reazione**: (*Locus of control*) è una variabile psicologica che indica il grado di convinzione personale di poter controllare gli eventi esterni e il proprio destino.

Il *Locus of control* può essere vissuto, dal paziente, come *all'interno* della propria persona, oppure *all'esterno*, oppure come *qualcosa di completamente estraneo (powerful others)*. Sono quindi descritti tre situazioni paradigmatiche.

- **Locus of control interno**: si dice quando un paziente considera l'infermità come causata da fattori personali, quindi come qualcosa su cui i può intervenire con la sua volontà, ad esempio facendo una dieta, oppure facendo della prevenzione. Ha maggiore fiducia e compliance sulle indicazioni del Medico.
- Si impegna e mette in atto le sue forze per reagire.

- **Locus of control esterno:** se il paziente ha un atteggiamento più fatalistico, pensa che sul proprio stato di salute incida maggiormente la fortuna che il proprio comportamento (tumore polmonare nei non fumatori), pensa che quasi tutto sia fuori dal proprio controllo (i benefici della dieta vanificati dall'impossibilità di controllare additivi chimici o sostanze tossiche negli alimenti). Sono pazienti che non sentendosi in grado di dominare le forze esterne mettono scarso impegno nel seguire i consigli del medico, non ritenendoli determinanti.
- **Locus of control completamente esterno (powerful others):** si dice per quei pazienti convinti di non poter controllare mai nulla, niente nella malattia è controllabile dalla loro volontà, si rimettono completamente nelle mani del medico, facendo poi tutto ciò che vien loro detto. Da un punto di vista psicologico è un paziente molto vulnerabile (delega totale) mentre da un punto di vista terapeutico può essere addirittura vantaggioso se il paziente si abbandona completamente alle indicazioni del medico (grande aderenza alle cure).

La seconda variabile psico-comportamentale che prenderemo in considerazione è la **Strategia di risposta:** (Coping),

To cope, in inglese, significa lottare, fronteggiare.

Sono i comportamenti che i pazienti mettono in atto per gestire il problema che li ha colpiti e lo stress che questo problema determina loro.

I due estremi della ampia gamma che la realtà ci può presentare sono i due poli antitetici del coping emozionale e coping pragmatico.

- **Coping emozionale:** si ha se un paziente di fronte ad un problema si focalizza prevalentemente sulle emozioni percepite, più sul come sta, sul suo vissuto, sulle propri stati d'animo che sulla possibile risoluzione del problema, è il paziente che si guarda dentro e si ascolta (te l'avevo detto, me lo sentivo, ma come sto male, come farò, cosa succederà al mio bambino, come farà mio marito...). Si adatta poco perché disperde energie e finisce per aumentare l'ambito dei problemi. Si offre al medico in maniera emozionale, a volte vive la infermità come punizione, finendo anche per non chiedere aiuto. E' una modalità scarsamente adattativa che può portare all'auto isolamento.
- **Coping pragmatico:** si ha se un paziente di fronte ad un problema controlla il proprio stato emotivo e si preoccupa solo di risolverlo, reagisce e centra tutta la propria attenzione sul problema chiedendo e cercando la soluzione.
- Sono persone convinte di poter vincere la propria infermità, sono coloro che attivano tutte le reti sociali e si percepiscono capaci di reagire.

E' chiaro come anche queste due sole variabili variamente presenti negli individui possano determinare una vasta gamma di possibilità, accenniamo con la solita inesorabile semplificazione ai due soli casi estremi.

Da un estremo avremo un buon lottatore con un locus of control interno e una strategia di coping pragmatica che viene definito "**paziente coper**" con il quale il medico ha il compito facilitato. All'altro estremo avremo un cattivo lottatore con un locus of control esterno e una strategia di coping emozionale che viene definito paziente "**non coper**" con il quale il medico avrà invece molti più problemi e cui dovrà dedicare particolari attenzioni.

Il "**paziente coper**" è il migliore possibile: è focalizzato sul problema, accetta la sfida che la infermità gli ha lanciato, cerca di influenzarla, attiva le reti sociali a sua disposizione.

Se un paziente del genere presenta una patologia organica, generalmente il Medico si aspetta che sia davvero organica perché è un paziente che difficilmente somatizza.

Nell'offrire una rassicurazione il Medico si aspetta che questa sia efficace, che venga ascoltata e ed accolta. Può decidere di discutere pariteticamente col paziente su cosa sia meglio fare, permettersi anche di non fare nulla, aspettare e vedere l'evoluzione naturale del problema.

Inoltre il Medico si sente esentato dal sondare sulla vita intima del paziente, perché sa che se ci fossero problemi in tale ambito un paziente del genere ne avrebbe liberamente parlato.

Totalmente diversa è la situazione per un **“paziente non coper”** su cui accenneremo di seguito. Nella pratica, nel corso del colloquio clinico, parallelamente alla attenzione posta sul contenuto medico, può essere molto utile cercare di capire dove sia il locus of control e quale sia il tipo di coping, se si sia di fronte quindi più ad un paziente riconducibile al tipo coper o più simile ad un non coper.

Sempre ricordandosi però della variabilità intraindividuale, cioè che non è detto che una persona risponda sempre allo stesso modo di fronte a tutte le situazioni patologiche, il medico non deve dare per scontato di avere davanti persone che reagiscono rigidamente allo stesso modo ed il suo comportamento deve essere molto plastico ed adattarsi al mutare delle situazioni.

Quando si scende sul piano psicologico con le persone e andiamo a cercare di carpirne la personalità, dobbiamo stare attenti ad usare sempre molta attenzione e rispetto, senza mai giudicare una situazione o una persona: il paziente rompiscatole non è un seccatore, spesso è un paziente” più fragile”

Per introdurre il paziente non coper può essere utile riportare la registrazione di una visita in Ambulatorio di Medicina Generale a Reggio Emilia

Paziente: *(agitata) Finalmente l'ho trovata dottore, è un miracolo! Sono due giorni che la cerco e non la trovo.! Ma come si fa a trovarla quando si ha bisogno? Come facevo se stavo male davvero? Andavo al pronto soccorso? Cercavo la guardia medica? Mi dica lei cosa devo fare quando non la trovo!*

Sa sono stata tanto male, avevo bisogno di lei... l'ho chiamata e lei non c'era, né in ambulatorio, né a casa.

Medico: *Signora si accomodi e mi dica che cosa è successo. Quand'è che mi ha cercato? I giorni scorsi ho regolarmente fatto ambulatorio e le visite.*

P: *Il telefono dell'ambulatorio o era occupato, oppure non rispondeva. Da casa mi hanno detto che non era in casa. Come facevo, dovevo andare al pronto soccorso? Quando sto male, lei non si trova.*

M: *Allora la prossima volta che in ambulatorio trova occupato, abbia pazienza perché significa che ci sono e insista, oppure, quando chiama a casa, lasci detto il suo nome e il suo numero di telefono, in modo che la possa richiamare.*

P: *Sono stata malissimo, mi sentivo soffocare, mi formicolavano le mani, i piedi non li sentivo più, il cuore batteva forte, mi girava la testa, mi sentivo svenire, chissà com'era la pressione... Mi stava venendo un infarto!*

M: *Cerchiamo di capire bene che cosa è successo. Dunque, mi racconti bene: quando ha cominciato a star male, quale è stato il primo sintomo?*

P: *Ieri l'altro sera ero al supermercato, e mi è venuta a girare la testa, poi ho avuto il formicolio alle mani, allora sono venuta a casa subito, senza neanche finire di comprare tutto quello che mi serviva, così adesso mi mancano delle cose, devo tornare a fare la spesa e ho paura di stare male*

ancora. A casa mi sono sdraiata, ma non è passato, il cuore andava forte e avevo freddo ai piedi anche se ero sudata. Chissà quanto avevo di pressione! Ho detto: “adesso muoio e non c'è neanche mio marito, e neanche lei, che è sempre col telefono occupato!”

M: *Ha avuto qualche dolore signora? Qui sul petto?(mettendosi la mano aperte sul torace)o alla pancia, ? Può dirmi, se si ricorda, quanto tempo è durato questo malessere e come si è risolto? Si è risolto da solo?*

P: *Ho pensato che fosse il cuore o la tiroide, avrò avuto la pressione altissima! No, non ho avuto proprio un dolore da una parte precisa, ma come un malessere un po' dappertutto. La febbre me la sento quando ce l'ho, e non ce l'avevo. Poi ero agitata ed ho preso un Tavor, e poi poco a poco... era tornato anche mio marito, con mio figlio... è calato e sono stata un po' meglio, ma avevo paura che mi tornasse. Sa, dovevo affrontare la notte e lei non c'era, e non sapevo se chiamare la guardia medica. Ho detto: “se è il cuore muoio, se è la tiroide domani vado dal dottore”. Non ho mangiato, sono rimasta a letto, ma di notte ho dormito poco per paura di stare male.*

M: *Allora signora, stia tranquilla che non è stato il cuore, né al tiroide...*

P: *Ma come fa a dirlo dottore? Lei non c'era, non mi crede? Crede che esageri? Come fa a sapere che non avevo la pressione alle stelle? Si ricorda che una volta ho avuto la pressione alta, che me l'ha provata ed era a 150? E i miei esami della tiroide? Sono due mesi che non li faccio, come fa a sapere che va tutto bene?*

M: *Ci conosciamo da tanto tempo signora. So quali esami ha fatto e so quali malattie ha avuto.*

P: *Scusi, vuole dire che sono isterica dottore? Sono stata malissimo!*

M: *Ma cosa va a pensare signora? Sto solo dicendo che alla sua età, con un ECG recente perfetto, senza fattori di rischio, un'ottima pressione... Aver avuto una volta la pressione massima a 150 perché era agitata non significa avere la pressione alta...*

P: *Una mia amica una volta aveva la pressione a 140, e il suo dottore le ha detto che era pericolosa, le ha fatto fare gli esami, e le ha dato delle medicine. Anche a Elisir hanno detto , dei professori , che non bisogna tenere la pressione alta per evitare gli ictus.*

M: *Le ripeto signora che lei non ha la pressione alta, mi creda ,e non è neanche malata di cuore e la sua tiroide va bene.*

P: *Perché allora gli esami non andavano bene?*

M: *La sua tiroide funziona bene, produce la quantità giusta di ormoni, non è aumentata di volume, non ci sono anticorpi anti-tiroide, e anche se l'ormone che la stimola, il TSH dell'ipofisi è un pochino aumentato, questo non è segno di malattia. Per ora funziona tutto come si deve, dobbiamo solo fare dei controlli per essere certi che tutto continui così, e perché potrebbe essere un'alterazione anche solo temporanea, che si rimette a posto da sola, come ci ha consigliato di fare l'endocrinologo del resto.*

P: *Come fa a sapere che non è cambiata, dottore? Gli esami li ho fatti due mesi fa. Io me lo sento che non va bene. E poi se muoio? Mi fa rifare i controlli della tiroide? Poi, se l'esame era alto... vuole dire che funzionava troppo. L'endocrinologo ha guardato solo gli esami, mi ha visitato per modo di dire. Mi ha toccato il collo per sì e no mezzo minuto. Il prossimo controllo voglio andare*

da un altro, uno che mi visiti. E gli esami del sangue completi? E l'ECG? E la visita dal cardiologo urgente però? Mio marito mi ha detto "vai dal dottore e fatti fare tutti gli esami". La mia amica si è meravigliata che lei non mi abbia fatto fare i trigliceridi. Si ricordi di farmeli fare dottore, mi raccomando! Ho letto su Salve (sa, mi piace informarmi...) che sono importantissimi per l'infarto.

M: Venga qui che la visito, vediamo un po' cosa è meglio fare.

P: Com'è la pressione dottore? Perché fa quella faccia? Non mi dica che va bene solo per farmi piacere, perché se non va bene lo voglio sapere!

M: 138/85.

P: Così alta? Lo sapevo che si era alzata! Ha visto dottore, l'ultima volta era 125!

M: E' una buona pressione signora, tenendo presente che ora non è proprio del tutto tranquilla. E comunque non è questa la causa dei sintomi.

P: Ha sentito dottore che il cuore ha saltato un colpo? Mi capita spesso. Adesso mi crede quando le dico che è stato il cuore a farmi stare male? È malato!

M: E' semplicemente una extrasistole, un battito anticipato, che lei percepisce come un battito saltato, ma è una condizione benigna.

P: Come fa a dire che è benigna? Se salto un battito è pericoloso, vuole dire che il cuore è malato!

M: Stia tranquilla signora, c'erano già extrasistoli benigne nell'ultimo ecocardiogramma, proprio come queste. Piuttosto mi dica una cosa: nei giorni scorsi era preoccupata per qualcosa? C'era qualche problema a casa, col marito o coi figli, o qualche problema sul lavoro?

P: No guardi, dottore, andava tutto bene, è che sono malata. Ho solamente dormito poco per due notti perché devo recitare con la mia compagnia di teatro dialettale fra tre giorni, ed io non sono preoccupata più di tanto, conosco bene la mia parte ...ma i miei colleghi... loro sì! Sono agitatissimi, mi stressano in continuazione, anche se io sono tranquilla. La mia è una piccola parte, cerco di stare calma, così ho preso il Tavor prima di dormire.

M: Cos'è che la preoccupa del giorno della recita, signora?

P: Come le dicevo, la mia amica mi telefona tutti i giorni, anche quando non abbiamo le prove, per dirmi che è preoccupata di non ricordarsi bene la sua parte, anche se lei sa sempre tutto a memoria, e così mi fa venire l'ansia. Così mio marito si arrabbia, dice che non la può vedere, che è una deficiente e che fa rincretinare anche me. Alla fine io prendo su da tutti per colpa degli altri, e mi tocca prendere il Tavor!

Questo colloquio presenta meglio di ogni descrizione le difficoltà (operative e relazionali) che il medico incontra nella gestione di un classico "paziente non coper", focalizzato sulla propria emozione, che non accetta rassicurazioni, rigido e ripetitivo .

Il "non coper" è un paziente fragile, difficile, cui va dedicato tempo ed attenzione, presenta difficoltà adattative più o meno evidenti, ha ansie e preoccupazioni croniche, è incapace di gestire i fattori di stress, sia interni che esterni, ha sovente risorse psicologiche, cognitive o fisiche inadeguate, dice egli stesso di non essere in grado di far fronte a certe situazioni, si preoccupa

spesso per cose futili, usa impropriamente i meccanismi di difesa, pone al medico richieste esagerate ed ha su di lui aspettative irrealistiche .

Di fronte ad un “paziente non coper”, per il quale si deve sempre tener presente una più o meno evidente componente psicologica , è fondamentale offrire esplicite rassicurazioni, sapendo tuttavia che saranno scarsamente efficaci e che andranno ripetute più volte e ridondate.

Ci si deve impegnare molto sulla tranquillizzazione , attraverso atteggiamenti non verbali cui questi pazienti sono assai sensibili quasi più che a quella verbale. L’essere calmi, parlare lentamente con tono pacato guardare negli occhi, avere un atteggiamento rassicurante, sono tutti comportamenti molto più importanti che il dire “va tutto bene, stia tranquillo, non è niente...”.

Anche le richieste di un supporto clinico, come la visita specialistica, vanno gestite in maniera rassicurante: a volte la richiesta di consulenza (corroborata ciò che dice il MMG) altre volte la sua esclusione (non ci sono né dubbi , né gravità tali da chiedere pareri) possono essere utilizzati anche solo strumentalmente alla tranquillizzazione del paziente.

A volte l’atteggiamento direttivo può essere in alcune situazioni addirittura necessario con questi pazienti per infondere sicurezza .

E’ necessario di fronte ad un paziente non coper indagare le situazioni di contesto di vita, il supporto affettivo, , familiare ,sociale ed economico, sondare anche aspetti intimi o psicologici (affetti , la vita sessuale...) le cui problematicità questi pazienti tendono a non raccontare spontaneamente , lamentando spesso solo disturbi organici (magari somatizzati)

B - DECODIFICA DELLA DOMANDA

Una volta che ci si è sintonizzati sul paziente, con gli strumenti sopra accennati, il passo successivo è cercare di capire cosa vuole il paziente di cosa ha bisogno realmente, cioè trasporre in termini espliciti e razionali ciò che ci presenta , ciò che è definito **decodifica della domanda** .

Nel contesto selettivo ,selezionato e prevalentemente organico della medicina specialistica questa operazione è più facilitata che in medicina generale dove le presentazioni sono un inestricabile mix di organico(diluito) psicologico e sociale , non è raro che anche alla fine della visita il medico si chieda che cosa volesse paziente (forse solamente essere ascoltato).

Si deve pertanto indagare sistematicamente quali siano le reali necessità del paziente.

Abbiamo visto che il metodo clinico (centrato sul paziente) funzionale al setting, alla epidemiologia ed al modello della medicina generale prevede che , cercata ed effettuata la diagnosi di malattia (**disease**) (la cosiddetta **Agenda del medico**) il MMG si confronti con i problemi che questa comporta (anche in campi non organici) per paziente : il vissuto della malattia (**illness**), e sugli effetti sociali della malattia stessa (**sickness**) che rappresentano invece l’**Agenda del paziente**.

Il MMG deve quindi lavorare contemporaneamente su due agende : la tradizionale agenda del medico che la con scientificità, correttezza, rigore metodologico ha il compito di cercare una diagnosi, cui deve sommare l’agenda del paziente (il suo vissuto e le ricadute sulla vita reale della sua malattia) ed è dal confronto tra le due agende che si sviluppa un visita efficace e dalla sintesi delle necessità di entrambe nascono le soluzioni diagnostico terapeutico personalizzate e contestualizzate e quindi accettate ,efficaci e percorribili .

In realtà c’è un’altra agenda che incombe sulle altre due e le condiziona : l’agenda delle Burocrazie (Ministero della Salute, del SSN , regole di organizzazione, note ministeriali limitative alla prescrizione farmaceutica, etc....) cioè tutte le regole burocratiche che si frappongono fra il medico e il paziente.

1 -Agenda del paziente:

E’ fortemente condizionata dalla percezione della serietà della minaccia alla sua salute e dei benefici ottenibili andando dal medico. (il 75% dei contatti sono richieste di controllo del dolore fisico, il 61% richieste di valutazione ed intervento su una prognosi di malattia, nel 63% il richieste di aiuto per inadeguatezza rispetto agli eventi di vita: Un paziente su due porta comunque un problema psicologico)

Per comodità metodologica possiamo semplificare e suddividere gli infiniti ambiti che alimentano la Agenda del paziente in alcune dimensioni che da un punto di vista pratico ci possono aiutare a comprenderla e sondarla i sentimenti, le idee e le interpretazioni, le aspettative ed i desideri ed i contesti.

E' di grande aiuto durante il colloquio clinico sondarli ,anche se brevemente , sistematicamente tutti .

A- Sentimenti

Ogni volta che c'è una malattia, questa determina inevitabilmente nel paziente dei sentimenti : per una corretta gestione relazionale è utile in qualsiasi contesto clinico (in Medicina Generale fondamentale) rendersi conto di quale siano i sentimenti del paziente, che idee ha su ciò che gli succede e perché.

Per comprendere bene i sentimenti del paziente bisogna identificarli ,cercare di dare loro un nome : se sia arrabbiato, impaurito, angosciato, disperato, rassegnato, infastidito, incerto, ... È un breve passaggio che però psicologicamente ci sintonizza subito col paziente. Bisogna capire cosa sta provando.

Glielo si può anche chiedere esplicitamente (“cosa è che la preoccupa?”).

Anche un sentimento molto comune come la paura, può avere infatti molte genesi diverse (malattia, dolore, trattamenti, lasciare i cari, più paure in conflitto....)

Identificato un sentimento è utile tranquillizzare il paziente innanzitutto con espressioni comprensive.

B- Interpretazioni

Per approfondirne l'origine di un sentimento è poi necessario chiedere perché lo si stia provando. Si cerca cioè di ripercorre all'indietro il significato che il paziente attribuisce ai sintomi, l'interpretazione complessiva del paziente, i motivi che hanno originato tale interpretazione.

E' impossibile avere una malattia senza formularne delle interpretazioni: si interpretano i sintomi.

Le interpretazioni del paziente sono diverse da quelle del medico: a volte si entra in contesti di estreme semplificazioni (*modelli ingenui* : le arterie sono dei tubi che l'arteriosclerosi incrosta come quelli del lavandino, le vitamine danno energia e forza, ...), e se il paziente ha questi modelli, è utile ragionare con lui facendo riferimento tenendoli ben presente.

È poi molto probabile che con le medesime parole medico e paziente non intendano le stesse cose, e ciò va capito sin dall'inizio. Gli anglosassoni parlano di cornici, (*“frames”*), cioè di interpretazioni che si articolano fra loro e generano uno scenario, una composizione complessa, un pacchetto di idee collegate una all'altra che aiutano ad interpretazione alcune situazioni.

Il paziente fa' determinate cose perché ha una certa visione, chiede al medico una certa visita specialistica in funzione di questa cornice interpretativa.

Esistono dei frames molto comuni nei pazienti. (Un esempio è l'ipertensione: sono iperteso perché faccio molte cose, perché sono molto attivo e molto teso e quindi prendo i farmaci ,però se sono tranquillo e rilassato ,in ferie oppure al sabato e alla domenica , non mi sento teso e quindi non li prendo ; il frame del paziente identifica ipertensione con iperattività e la misura della pressione è la misura dell' iperattività /tensione nervosa)

Infatti uno dei più frequenti equivoci interpretativi fra paziente e medico riguarda l'approccio alle condizioni croniche che spesso i pazienti tendono a interpretare e gestire con le modalità con cui gestiscono quelle acute. (... se vado dal medico con la tosse e mi viene diagnosticata la polmonite, il medico mi prescrive l'antibiotico, che ,una volta guarito , non prendo più ; analogamente se mi sento poco bene ed il medico, trovandomi iperteso o iperglicemico, o iperuricemico mi dà un farmaco , appena la pressione , lo zucchero, l'acido urico si normalizza non ne ho più necessità e posso quindi rallentarne od anche interromperne l'assunzione)

Assai frequenti sono pure equivoci interpretativi sulle proposte di esami diagnostici interpretati come routinari dal medico e invece come indizio di grave malattia dal paziente (paziente che si agita, impallidisce e ha una sincope vasovagale alla proposta del medico di eseguire una tac pancreatico da lui interpretata come certa presenza di neoplasia ,o come l'ansia scatenata dalla

indicazione del ginecologo ad eseguire la mammografia di screening in una matura signora che si precipita dal MMG con le proiezioni ansiose - chemioterapia, calvizie -, di quella che era stata invece da lei interpretata come diagnosi clinica di tumore)

Ogni poi situazione è essere interpretata in funzione **del vissuto del paziente** e del suo esperienza e contesto di vita : evocare dei ricordi e correlarsi conesperienze di malattia di qualche familiare o conoscente.

Sono molto importanti gli ambienti culturale, sociale, lavorativo, familiare

Se un paziente riferisce che il figlio del vicino di casa morto di leucemia gli ha raccontato che il papà prima di morire era ‘pieno di globuli bianchi’, sicuramente questa circostanza di contesto gli farà associare anche una banale leucocitosi alla leucemia ed al decesso , dovremo quindi gestirla con molta prudenza per la reazione emotiva che scatena .

Avendo in testa questa scaletta, tutte le volte che si avrà davanti un paziente, in pochi secondi, anche con poche domande lo si riuscirà a scandagliare.

Capite queste interpretazioni è ovviamente necessario correggerle con pacati interventi informativi ed educativi

C- Proiezioni

E' utile , con molta prudenza nelle situazioni cliniche impegnative, sondare anche ciò che il paziente desidera e ciò invece si aspetta che succeda .

Il **desiderio** è ciò che il paziente spera che accada. Il paziente può desiderare fortemente che accada una cosa (guarigione, evitare intervento chirurgico...) ritenendo razionalmente assai poco probabile se non impossibile.

Le **aspettative** invece riflettono la percezione della probabilità con cui è possibile che un fatto accada,l'anticipazione di ciò che si ritiene debba accadere.

Ci si può aspettare qualcosa pur non desiderandolo.

Vanno dunque sondati sia i desideri che le aspettative: (“Cosa le piacerebbe che accadesse? ...Cosa pensa che succederà?”)

E' utile sondare non solo le aspettative inerenti l'obiettivo della visita, su quello che stiamo facendo adesso, ma anche i mezzi per ottenere lo scopo: fare o non fare un esame (“vorrei che mi facesse la diagnosi ma ho paura che mi faccia fare la gastroscopia, o la colonscopia”).

E' ovvio come gli aspetti socio-culturali siano determinanti in questo ambito.

TECNICHE di COLLOQUIO:

L'obiettivo del colloquio clinico è quello di **raccogliere** informazioni, **trasmettere** informazioni.

1-Raccolta di informazioni

Bisogna saper raccogliere le informazioni adeguate, saperle ricercare.

■ **Come domandare:** in ospedale e in medicina specialistica si utilizza uno stile definito “*di alto controllo*”. Il paziente ha solo il 25% del tempo della visita per rispondere, mentre per il 75% parla il medico.

Inoltre l'interrogazione è con le classiche domande chiuse, a risposta breve (es.

‘da quanto tempo ha questo dolore?’, le fa male qui , in cui le risposte previste sono ‘un giorno’, ‘un mese’, ‘qui’, ‘sì’, ‘no’). Il controllo è tutto in mano al medico, il paziente deve solo dare delle risposte estremamente brevi.

In medicina generale lo stile è a domande aperte, come per esempio “come va?”, oppure “cosa c'è che non va?”. Sono domande che non prevedono un range ristretto di risposte, offrono invece al paziente la possibilità di portare molte indicazioni. Quindi a queste domande seguono risposte elaborate, il paziente necessita così di tempo e di ascolto. Più una risposta è complessa, più abbiamo accesso ad informazioni. Una domanda come “come va?”

è definita domanda grilletto (trigger), o domande di apertura, ma possono essere usate anche domande con tecniche di eco, come ad esempio “andiamo bene?”, “c’è altro?”, “tutto qui?”, “per il resto tutto bene?”. Così facendo si riaprono degli ambiti possibili, si rimette in discussione tutto. funzionali in fase precoce, non mentre si sta accompagnando alla porta il paziente.

Spesso con queste tecniche si riescono ad estrarre problemi che altrimenti il paziente non avrebbe portato alla nostra attenzione.

Quando si chiede di descrivere il dolore, un utile acronimo da ricordare è SPQRT, per strutturare una sequenza logica di ambiti da indagare se non spontaneamente dichiarati dal paziente:

- **S**everità del dolore (forte, molto forte, poco forte, ...)
- **P**rovocazione, ossia le cause (dopo mangiato, a stomaco vuoto, prima di andare in bagno, da sdraiato, in piedi, ...)
- **Q**ualità, cioè se è un dolore fisso, se è pulsante, ...
- **iR**radiazione
- **T**empo, ossia quanto dura.

▣ **Come ascoltare** Come ascoltare se si fanno domande si hanno risposte.

Se si ascolta si ha la possibilità di accedere a informazioni assolutamente imprevedibili: lasciando andare un po’ a ruota libera il paziente si riescono a sondare ambiti potenzialmente utili che non avremmo indagato .

▣ **Attenzione al non detto , suggerito , accennato.** sono occasioni preziose, molti pazienti parlano per accenni, danno dei segnali indiretti. Il paziente li manda il più delle volte in modo inconsapevole, lasciandoli cadere.

È una potente opportunità per riuscire ad entrare nella agenda del paziente: a volte il tono della voce che si rallenta, o che diventa più grave, oppure una parola svincolata dal contesto che ritorna , oppure temi reiterati, ripetuti, anche al termine della visita.

Possono essere le pause che il paziente compie su racconti di certe situazioni, oppure cose riproposte alla fine della visita anche se sono già state menzionate in precedenza

CASO: una operaia di mezza età denuncia capogiri al lavoro, e nel parlare menziona spesso il lavoro (“quando vado al lavoro”, “sono tornata dal lavoro”, “mi vengono i capogiri al lavoro”) che è sempre presente e ridonda. A domanda aperta “ma lei a lavorare ci sta bene” la risposta è stato un secco “no”. La sofferenza per il contesto lavorativo non era dichiarata esplicitamente , ma era una delle cause della sofferenza e dei sintomi.

Gestione del silenzio: il 78% dei pazienti sono interrotti almeno una volta prima di esporre il problema. Se l’esposizione del problema dura più di un minuto la percentuale delle interruzioni sale al 93%. Spesso il paziente è interrotto prima che possa continuare il proprio discorso all’incirca dopo 10 secondi da quando comincia a parlare.

Il modo giusto di porsi è invece stare zitti ed ascoltare.

▣ **Stimoli a continuare:** sono brevi frasi che favoriscono l’esposizione del paziente, lo inducono a continuare a raccontare il problema. Sono espressioni come “molto bene”, “vada avanti”, “e poi”... Sono tecniche per fare capire che il medico si interessa al paziente ed a quello che sta dicendo e lo esorta a continuare a parlare.

▣ **Atteggiamenti prossemici ,cinesici, paraverbali facilitanti :** il medico pur non parlando fa capire di essere interessato, di stare ascoltando, che va bene così. Fanno parte di questi atteggiamenti i mormorii di assenso, i movimenti della testa, un tono espressivo della voce, le variazioni prossemiche, cioè il cambio di posizione, come il mettersi più vicino, lo stare seduti composti e protesi verso il paziente, guardarlo negli occhi (un medico stravaccato sulla poltrona denota uno scarso interesse). Se un paziente è in difficoltà e si mette a piangere anche lo spostarsi e il sedersi al suo fianco è un atteggiamento favorente. Sono tutte modificazioni paraverbali che mettono il paziente a suo agio per raccontare.

2-Trasmissione di informazioni

✗ **Trasmettere contenuti:** creato un terreno condiviso tra medico e paziente e raccolte le informazioni necessarie, il Medico deve a sua volta trasmettere informazioni al paziente con modalità differenti e personalizzate.

Per assicurarsi che il medico abbia capito ciò che gli ha detto il paziente e che il paziente abbia capito ciò che gli dice il medico è utile la tecnica della **riformulazione**, cioè la ripetizione sintetica dei termini del colloquio.

Se fatta dal paziente il medico potrà confermare, ribadire o correggere il messaggio nel caso non sia stato completamente recepito.

Brevi ricapitolazioni del medico assicurano durante il colloquio la corretta ricezione delle informazioni da parte del paziente.

✗ **Trasmettere sentimenti:** : tanto più il colloquio è importante, tanto più ci sono dei sentimenti ed emozioni in gioco che il medico deve tenere presenti

Non può rimanere impassibile **deve dare** loro una risposta, restituire una emozione.

Ciò non significa dire emulare l'emozione del paziente (se questo si mette a piangere, non si deve commuovere a sua volta), deve invece fargli capire che comprende i suoi sentimenti, che ne è partecipe.

Queste sono le **legittimazioni**, cioè la espressione che si accetta il punto di vista del paziente: "capisco le difficoltà", "ha fatto bene a sfogarsi", "ha ragione ad avere avuto paura in quella situazione".

Il medico rende legittimo ciò che dice il paziente.

A volte sono necessari i **interventi di supporto**, per fare capire la vicinanza del medico al paziente come ad esempio cambiare il soggetto: invece che dire "faccia questo" si passa al dire "facciamo questo", "proviamo questo", "chiediamo questo" facendo capire che non si lascia tutto sulle spalle del paziente, che e si è in due perché c'è una alleanza.

Anche con l'uso di **espressioni che dimostrano empatia** si possono trasmettere sentimenti: di fronte ad oggettive difficoltà del paziente anche semplici frasi come "la capisco, lei ha proprio ragione", oppure "è vero, deve essere difficile" possono trasmettere al paziente che il medico gli è vicino, capisce la sua sofferenza e cerca di fare quello che può per lui.

✗ **Orientare:** il colloquio clinico è come un viaggio, si parte da una situazione e si arriva a delle conclusioni. Il medico deve aiutare il paziente a percorrerlo nel modo più corretto ed efficace focalizzando la sua attenzione ed il suo coinvolgimento sulle cose importanti.

Una delle cose più semplici per mantenere la attenzione del paziente è la **categorizzazione**, cioè la dichiarazione anticipata di ciò che si farà poco dopo ("bene, ora guardiamo le radiografie", "adesso andiamo a provare la pressione", "adesso la visito"..).

Molto importante è anche la **focalizzazione dell'attenzione** del paziente sull'aspetto principale del problema che a volte gli sfugge concentrandosi e disperdendosi su aspetti marginali, rischia di sottovalutare il nocciolo della situazione.

(es. ad un paziente che consegna l'esito della RM polmonare eseguita per chiarire la natura di immagini dubbie al RX torace e che parla di esiti cicatriziali e di enfisema, e che è molto preoccupato per l'enfisema, il medico dovrà invece far focalizzare l'attenzione e consapevolezza sulla natura benigna delle immagini)

In fase finale del colloquio è necessaria la **sintesi** con la sopra descritta tecnica della riformulazione per favorire la comprensione e la memorizzazione, facendo brevi ricapitolazioni, ripercorrendo punto per punto tutto ciò che è stato detto: "allora ha capito tutto?", "mi ridica come deve prendere le medicine".

(Es: ad una signora che si reca dal medico con aspetto francamente ipotiroideo e con i dosaggi degli ormoni tiroidei bassissimi viene prescritta l'assunzione di gocce di ormone tiroideo, da prendere, in dosi crescenti, tutti i giorni per due mesi, aumentando la dose ogni dieci giorni, raggiunta poi una certa dose dovrà continuare con questa per un altro mese.

Passati tre mesi la signora si presenta al controllo con la stessa facies e gli stessi esami. Parlando con la paziente, il medico scopre che la signora aveva preso la medicina in dosi crescenti, ma che la prendeva solo una volta ogni dieci giorni, aumentando la dose ogni volta. Il risultato era di una terapia inutile. Non aveva quindi funzionato uno dei passaggi della memorizzazione e della ricapitolazione)

✘ **Come dare cattive notizie:** in realtà queste nozioni servono per dare qualsiasi notizia in medicina (a meno che la notizia non sia “lei non ha niente, vada a casa tranquillo”). Ci sono sei passaggi, molto importanti:

- **Predisporre il setting:** quanto più la notizia è cattiva, tanto più è importante il setting. Non si può dare una cattiva notizia in piedi sulla porta, davanti a delle altre persone; è necessario trovare un posto opportuno, seduti, tranquilli, per poter far sì che il paziente possa avere la propria reazione emotiva in un ambiente protetto.
- Il secondo passaggio è chiedersi **che cosa il paziente sa**, in maniera più o meno diretta, cosa sa, cosa gli hanno già detto gli altri medici e come.
- Si deve poi cercare di capire, cosa peraltro non facile **cosa voglia sapere il paziente**
- Se vuole sapere spesso lo chiede in maniera esplicita: “mi dica tutto”, “voglio sapere tutto”, oppure magari vuole sapere le cose in maniera sfumata ma in questi casi non lo dice esplicitamente e la sua volontà va ricostruite indirettamente da indizi e dalla conoscenza pregressa
- Alla fine si arriva comunque a **comunicare la notizia**, ma utilizzando modi differenti personalizzati e giusti per ogni paziente.
- Il medico poi deve **gestire l'emozione provocata**.
- La natura di una malattia, la indicazione all'intervento chirurgico, la indicazione alla chemioterapia scatenano generalmente tempeste emotive che vanno gestite.
- A questo punto che sono indispensabili le manifestazioni di vicinanza empatica citate prima sospeso ma con un **progetto, un programma**, il passo successivo programmato.
- Questo punto è fondamentale, è la risposta al “cosa facciamo adesso” del paziente. Quindi sarà il medico ad impostare il primo passo dell'iter che il paziente dovrà percorrere. Si fa un programma e ci si lascia con un progetto.

Solo questo è il modo di dare una cattiva notizia in modo umano e dignitoso

ALLEGATI

(dal Manuale del Tutor, Padula Tomasi, Athena, 2004)

AUTOVALUTAZIONE DELLE CAPACITÀ COMUNICATIVE.

(Tradotto da materiale didattico del prof. Mike Pringle, Università di Nottingham, UK)

Questa griglia di autovalutazione serve per aiutarti a riflettere sulla tua esperienza.

Completa il questionario all'inizio e alla fine del tuo periodo di TIROCINIO. Deve essere utilizzato per riflettere sui tuoi punti di forza e di debolezza.

Cerca di rispondere alle domande più onestamente che puoi.

Leggi attentamente ogni affermazione e indica il grado in cui ti si addice.

Legenda 1 = quasi mai, 2 = raramente 3 = piuttosto spesso, 4 = la maggior parte delle volte				
1. Quando cerco di spiegare qualcosa, chiedo a chi mi ascolta se mi sta seguendo	1	2	3	4
2. Sono un buon ascoltatore.	1	2	3	4
3. Mi impegno per spiegare chiaramente le mie idee.	1	2	3	4
4. Mi sembra facile vedere le cose dal punto di vista di qualcun altro.	1	2	3	4
5. Fingo di ascoltare anche se la mia mente divaga.	1	2	3	4
6. Riesco a capire lo stato d'animo degli altri, guardandoli.	1	2	3	4
7. Quando ho l'impressione che potrei aver urtato i sentimenti di qualcuno, chiedo scusa	1	2	3	4
8. Quando parlo con qualcuno, cerco di mettermi nei panni dell'altra persona.	1	2	3	4
9. Sono capace di risolvere i problemi senza perdere il controllo delle mie emozioni.	1	2	3	4
10. Sono capace di parlare con qualcuno che ferisce i miei sentimenti.	1	2	3	4
11. Sono sicuro di me quando parlo con i pazienti.	1	2	3	4
12. Mi piace che i pazienti comprendano la propria situazione.	1	2	3	4
13. Io non capisco dove gli altri vogliono arrivare.	1	2	3	4
14. Avverto una barriera fra me e il paziente.	1	2	3	4
15. Trovo difficile esprimere i miei sentimenti.	1	2	3	4
16. Quando so già cosa l'altro sta per dire, io non lo lascio finire, ma piuttosto gli rispondo direttamente.	1	2	3	4
17. Sono così preso da quello che devo dire, che non mi accorgo delle espressioni e delle reazioni dei miei ascoltatori.	1	2	3	4
18. Quando la conversazione si sposta sui sentimenti, tendo a cambiare argomento.	1	2	3	4
19. Tendo a rimandare la discussione di argomenti imbarazzanti.	1	2	3	4
20. Trovo difficile parlare con i pazienti.	1	2	3	4
21. Non mi piacciono i pazienti che pongono domande.	1	2	3	4
22. Trovo difficile avere empatia con i pazienti.	1	2	3	4
23. Uso molte domande chiuse.	1	2	3	4

Altri aspetti delle tue capacità comunicative che vuoi notare qui sotto:

ANALISI della DELLA VISITA

(griglie dettagliate della VISITA nelle pagine successive)

Aspetto RELAZIONE	Aspetto Tecnico = METODO CLINICO
Accoglienza del paziente	
Presentazione dello studente	
Conduzione del colloquio	anamnesi
Preparazione all'E.O.: atteggiamento del medico	
Esame obiettivo	manovre semeiologiche MIRATE, strumenti utilizzati
Registrazione sintetica dei dati:	cartella cartacea / computer, per problemi
Valutazione del problema del paziente	
Contrattazione	decisione clinica
Sintesi dell'incontro e congedo	
Gestione delle interferenze (studente, telefono, segretaria, familiari).	

Tenendo presente queste fasi, cosa osservare più in dettaglio nei vari attori della scena?

Cogliere le differenze con quanto osservato in corsia, in ospedale in ambedue gli aspetti.

Griglia A: Osservazione del MEDICO TUTOR

Sono oggetto di Osservazione e di Valutazione nell'aspetto relazionale gli atteggiamenti verbali e non verbali

Aspetti da osservare	Si/no
Come accoglie il paziente alla porta <ul style="list-style-type: none">➤ gli porge o no la mano➤ lo guarda in viso➤ se e come si siede di fronte a lui➤ come gestisce la presenza del computer➤ come gestisce le interferenze (telefono, interruzioni della segretaria...)	
Come conduce il colloquio <ul style="list-style-type: none">➤ sa ascoltare in silenzio (quanti secondi)➤ si mostra interessato o svogliato➤ interrompe spesso il paziente➤ cerca di usare frasi di incoraggiamento➤ pone domande aperte➤ pone domande chiuse➤ Riesce a individuare piste di colloquio	
Riconosce e controlla i propri sentimenti	
Riconosce e manifesta al paziente i propri sentimenti	
Riconosce e comprende i sentimenti del paziente	
Spiega al paziente le manovre che fa durante la visita mette a proprio agio il paziente durante la visita	
La decisione avviene dopo contrattazione col paziente	
Al momento del congedo fa un breve sunto del colloquio, facendo risaltare i punti principali dell'incontro, mostrando di aver ben compreso il problema del paziente	

Griglia B : Osservazione del MEDICO TUTOR

Dal punto di vista clinico-metodologico bisogna osservare e valutare se:

aspetti da osservare	Si/no
Raccoglie con l'anamnesi dati mirati al problema del paziente?	
Pratica nell'esame obiettivo manovre mirate?	
Compila una lista di priorità cliniche da affrontare mirate al problema del paziente	
Prescrive esami ? fornisce indicazioni organizzative al paziente per favorire la sua aderenza al piano concordato per giungere alla formulazione diagnostica o al successo terapeutico?	
fornisce una prescrizione semplice scritta della terapia da praticare a domicilio?	

GRIGLIA per l'osservazione del PAZIENTE

Si osserverà in particolare l'aspetto relazionale.

aspetti da osservare	Si/no e specificare
Come si veste come si muove cosa esprime con l'atteggiamento del corpo	
è accompagnato	
si mostra imbarazzato dalla presenza dello studente o al contrario "si esibisce"	
Ha difficoltà a esprimersi a parole, ripete sempre alcune parole (interazioni) è possibile individuare alcune parole chiave	
Mostra di comprendere ciò che dice il medico pone domande al medico pone domande allo studente	
È in accordo o in disaccordo con le proposte del medico É in disaccordo con le proposte del medico ha reazioni adeguate alle notizie ricevute	

NOTE : _____
