

DIARIO DI BORDO
per l'insegnamento della Medicina Generale

ad uso degli studenti del
corso di Laurea Specialistica
in Medicina e Chirurgia

dell'Università di Modena e Reggio Emilia

Studente _____

Tutor Dr. _____

Anno Accademico _ _ _ _ _

Ringrazio i Tutors sottoelencati, perché oltre a partecipare a Modena all'attività didattica dell'anno accademico 2002-2003, si sono impegnati durante incontri di confronto e di valutazione nel corso dell'anno accademico, nella selezione degli strumenti didattici e della metodologia da utilizzare:

Andreoli Claudio
Andreoli Mimmo
Arginelli Lodovico
Bannò Gabriella
Baraldi Giorgio
Bonesi Maria Grazia
Capelli Oreste
Codifava Angela
De Gesu Roberto
Feltri Gaetano
Fiandri Paola
Fulgeri Alberto
Galassini Roberto
Luppi Giorgio
Malavasi Paolo
Mantovani Licia
Mariani Margherita
Mazzi Wainer
Messori Maurizio
Piancone Cataldo
Rossi Lanfranco
Rubbiani Lorenza
Tondi Lidia
Venturelli Antonio

Ringrazio in modo particolare il dott. Oreste Capelli per la realizzazione grafica dell'opera.

PRESENTAZIONE DEL MANUALE DI MEDICINA GENERALE PER LO STUDENTE

La prima cosa che mi ha colpito quando ho avuto tra le mani l'edizione in bozza di questo Manuale sono state "le aspettative" degli Studenti, riportate sull'ultima di copertina; è infatti piuttosto raro che nei libri di Medicina si riporti il parere dei destinatari effettivi del nostro lavoro di formatori; a questo si deve aggiungere un altro elemento importante: in quelle poche frasi sono condensate, vorrei dire distillate, le peculiarità della Medicina generale.

Pertanto mi sono detto: "O si tratta di studenti eccezionalmente perspicaci, oppure l'impatto che hanno avuto con la Medicina generale è stato didatticamente molto stimolante, tanto da farne loro comprendere l'essenza, nonostante la presumibile brevità della frequentazione; se la seconda è l'ipotesi corretta, vuol dire che l'approccio pedagogico di cui hanno potuto fruire è stato particolarmente efficace".

La successiva analisi del Manuale mi ha rafforzato in quest'ultima interpretazione: infatti bisogna dire che già le poche pagine della prima parte rappresentano una sintesi chiara e persuasiva del tipo di "mestiere" che il Medico di Famiglia è chiamato a fare; e quando dico "mestiere" non voglio assolutamente sminuirne il valore: al contrario intendo sottolinearne le valenze specifiche più nobili, che lo differenziano dall'aristocrazia un po' demodée delle professioni liberali; il Medico di Medicina generale, come hanno ben capito gli studenti, deve infatti confrontarsi con tutte le possibili patologie e gestire un paziente da tutti i punti di vista; e nel fare ciò riesce a prendersi cura anche dei pazienti inguaribili.

Ho l'impressione (e la speranza) che proprio questo "profilo" del Medico di Famiglia finirà con l'affascinare molti studenti alla conclusione del loro precorso scolastico e a condizionare la loro scelta professionale; personalmente sono molto contento di tutto ciò per almeno due buone ragioni: perché la Medicina generale ha bisogno – soprattutto nelle prospettive di evoluzione futura della Sanità – di reclutare un numero elevato di adepti; in secondo luogo perché anche questa scelta, come quella iniziale di studiare Medicina, diventerà per la maggioranza una scelta vocazionale e non una sorta di ripiego, come purtroppo spesso è successo nel passato. Infatti la Medicina generale ha grande bisogno di adepti appassionati e generosi per sviluppare pienamente le sue potenzialità insostituibili nella tutela del "bene salute" nella popolazione, mentre mi sembra ragionevole che le alte tecnologie, di cui pure ha innegabilmente bisogno chi sta male, debbano essere una scelta di pochi, nonostante il fascino un po' stonato che proprio queste tecnologie oggi esercitano sull'immaginario collettivo e purtroppo anche sulle decisioni politiche.

Ho apprezzato in modo particolare l'approccio esperienziale che è stato seguito per far capire cosa sia la Medicina generale a studenti che fino ad allora avevano metabolizzato l'imprinting talvolta invasivo della medicina ospedalocentrica e tecnologica, brava nello sconfiggere la malattia, ma talvolta un po' disattenta nel prendersi cura della persona sofferente; la narrazione di situazioni esistenziali vere in contesti concreti è particolarmente efficace nell'indurre un apprendimento partecipato anche emotivamente, cosa che non accade nell'analisi dotta e rigorosa, ma "asettica" dei "casi clinici" tipica degli ambienti accademici; sia ben chiaro che questo tipo di analisi è altrettanto indispensabile nella formazione metodologica completa del medico e finora era quanto di meglio potevano dare le più avanzate Scuole di Medicina non solo italiane (si pensi ai casi settimanali del NEJM); dev'essere tuttavia accolto con grande soddisfazione il fatto che da oggi un nuovo approccio "narrativo" affianchi – non certo sostituisca – quello antico e validato dall'esperienza di maestri illustri della metodologia clinica (si pensi come prototipo ad Augusto Murri).

Esemplare dal punto di vista didattico è la seconda parte del testo, quella contenente il programma delle attività con obiettivi formativi scanditi su quattro settimane: infatti fornisce strumenti didattici in parte comuni e sempre tra loro integrati per Studenti e Tutori; com'è giusto, sono sempre forti l'attenzione alle caratteristiche del setting e lo sforzo di facilitarne la comprensione da parte dello studente; il metodo del "problem solving" è quello più idoneo per i fini che si propone, ovviamente adattato al contesto della Medicina generale; dall'osservazione diretta e quindi dall'esperienza partecipata emergono spontanee le caratteristiche tipiche del metodo clinico in Medicina generale;

probabilmente risulterebbe molto utile alla formazione degli studenti qualche momento programmato in cui confrontare le differenze metodologiche dell'agire clinico nell'area delle cure primarie e rispettivamente nei luoghi di diagnosi e cura ospedalieri (ambulatori compresi), così da far apprezzare agli studenti come ogni strumento debba essere coerente con i propri fini specifici e complementare, non antagonista degli altri.

Non abbisogna di commenti ed è completamente condivisibile la scelta delle aree formative, proprio perché esse rappresentano la specificità della Medicina generale: le aree delle competenze cliniche e relazionali sono tra loro fortemente interrelate proprio perché la Medicina generale si rivolge al malessere delle Persone (non obbligatoriamente catalogabile in una precisa categoria nosografica), molto più che alla diagnosi e alla terapia di malattie ben definite.

Può sembrare meno rilevante per gli interessi di uno studente prima della laurea l'area organizzativa; pur tuttavia ritengo pertinente - se non altro a titolo informativo - dedicare spazio anche a questa, perché essa rappresenta una quota rilevante dell'impegno del medico di Medicina generale e inoltre è spesso "inquinata" da incombenze burocratiche poco gradevoli, che vanno comunque evidenziate. Inoltre, merita plauso l'offerta didattica all'interno di quest'area di uno strumento prezioso nell'apprendimento e nell'esercizio del metodo clinico, qual è la "cartella orientata per problemi"; tale strumento è di grande utilità anche nella gestione diagnostico-terapeutica dei pazienti ricoverati, ma spesso non viene apprezzato dagli studenti durante la frequenza degli ambienti ospedalieri.

Prezioso è il "giornale di bordo" sia come strumento di indirizzo all'apprendimento, che come supporto alla sua verifica; si tratta in altri termini di un diario sia libero che semistrutturato, particolarmente utile nei seminari metodologici e ancor più nei periodici momenti di debriefing tra Tutore e Allievo: diari e debriefing sono strumenti didattici non consueti nei Corsi di Laurea specialistica in Medicina e scarsamente noti ai loro Docenti, mentre sono oramai sperimentati da tempo e con soddisfazione nei Corsi di Laurea triennali; ritengo che sia meritoria la loro diffusione anche negli ambienti universitari di formazione dei Medici, dove è molto probabile che non si tarderà a valorizzarne l'utilità.

Infine va segnalato come pedagogicamente esemplare la forte integrazione tra i momenti dell'apprendimento e quelli della valutazione, nella quale naturalmente prevalgono per la specificità del setting gli incentivi all'autovalutazione e le caratteristiche formative piuttosto di quelle certificative, con la conseguente valorizzazione degli strumenti valutativi anche nella facilitazione dell'apprendimento. Non è poi irrilevante che oggetto di verifica e di valutazione siano non solo la performance dei discenti, ma anche l'apporto dei Docenti e la pertinenza del programma. Forse non guasterebbe un questionario di suggerimenti migliorativi dell'assetto formativo, da chiedere proprio agli Studenti.

Per concludere, sono ben lieto che mi sia stata chiesta la presentazione di questo Manuale: innanzi tutto mi viene così data l'occasione di dimostrare la mia stima e simpatia per molti Collegi della Medicina generale e per alcuni Amici Universitari che con tanta passione si stanno dedicando all'avventura di creare comprensione e sinergia tra ambienti diversi ma complementari di formazione e di esercizio della Medicina; e poi mi è stata offerta l'opportunità di sottolineare la positività dal punto di vista pedagogico di alcuni approcci didattici ancora poco diffusi, ma che spero diventino presto ed ovunque risorse abituali nella formazione professionale dei nuovi Medici,

Prof. Luciano Vettore
Presidente della Società Italiana di Pedagogia Medica

INDICE:

1. Presentazione
2. Introduzione
3. Elementi generali: conoscenze di base
4. Programma dell'attività didattica, distinto in quattro settimane
 - I SETTIMANA
riconoscere e gestire i problemi relazionali del setting della MG
esplorare ed osservare il mondo della MG, il Medico e il paziente
 - II SETTIMANA
osservare, per conoscere la Relazione Medico - Paziente in MG
 - III SETTIMANA.
osservare, per conoscere il Processo Diagnostico e Decisionale del MMG
 - IV SETTIMANA
conoscere l'organizzazione dell'attività del MMG
5. Elementi di valutazione (*):
 - Questionario di valutazione all'ingresso
 - Questionario di valutazione finale
 - Griglia di gradimento
 - Libretto valutativo
6. Letture consigliate (in lingua italiana)

(*) Oltre che nel testo, questa sezione viene stampata anche in un fascicolo separato, allegato al testo, da compilare e consegnare al Coordinatore a fine Corso.

INTRODUZIONE

OBIETTIVO GENERALE dell'insegnamento della MG agli studenti di Medicina

è di far conoscere allo studente

- il mondo della Medicina Generale
- l'attività del medico generale e il suo "saper essere" medico
- il paziente del medico di Medicina Generale (MMG).

E, attraverso la frequenza accanto al tutor in studio e a domicilio del paziente, l'obiettivo educativo prioritario, sarà:

- far acquisire allo studente l'“arte di curare” la persona nella sua globalità, nel contesto in cui vive, nell'integrazione dei ruoli dei vari operatori sanitari e con le strutture di 2° e 3° livello.
- far conoscere la persona al di fuori dell'ospedale:
 - prima che il sintomo sia sistematizzato e la malattia codificata
 - dopo la dimissione e durante la riabilitazione, quando il paziente è reinserito nel contesto familiare e sociale.
- avere la possibilità di affrontare patologie comuni e frequenti (come mal di gola, mal di test, astenia, febbre, stress, mal di schiena, ecc...), problematiche nuove, quali i molteplici aspetti dell'assistenza primaria, il follow-up di pazienti dimessi dagli ospedali dopo patologie acute, l'assistenza ambulatoriale e domiciliare di pazienti cronici, etc.

Il manuale ha l'obiettivo di

- fornire allo studente una guida per poter seguire con maggior profitto l'insegnamento della Medicina Generale durante l'attività pratica accanto al Medico Generale Tutor, in studio e a domicilio del paziente,
- consentire al Tutor di definire con chiarezza il contratto formativo con il tirocinante, sul quale iniziare la relazione educativa e la sua valutazione.
- Permettere al Team dei Tutors attraverso la dotazione degli stessi strumenti di apprendimento e di valutazione di utilizzare una metodologia condivisa che favorisca l'apprendimento delle caratteristiche peculiari della Medicina Generale agli studenti:

lo studente di medicina non è il tirocinante della specializzazione in Medicina Generale; non si vuole la trattazione sistematica della materia, non si vuole insegnare “tutta” la Medicina Generale, ma focalizzare l'attenzione sul **metodo**, su **algoritmi di approccio ai problemi** che si presentano al Medico di Medicina Generale, sia che si tratti di mal di testa, che di mal di gola, che di angina, che di attacco di panico...ecc

Il mandato di apprendimento degli studenti è osservare l'attività del medico di MMG attraverso l'uso di strumenti che favoriscano l'apprendimento delle caratteristiche peculiari della Medicina Generale: *non ci sarà nel manuale la trattazione sistematica di “tutta” la Medicina Generale, ma la focalizzazione dell'attenzione sul metodo peculiare e specifico del MMG (in tutte le aree) attraverso l'uso di un “modello”,*

- **per i compiti clinici:** un *algoritmo di approccio ai problemi* che si presentano al Medico di Medicina Generale, indipendentemente dalla patologia sottostante.
- **per la comunicazione** con i pazienti, la famiglia e gli altri operatori: attraverso i modelli del counselling, della consultazione e della negoziazione, utilizzando strumenti e strategie definite per raggiungere gli obiettivi;
- **per la gestione dell'attività professionale:** attraverso l'uso di modelli gestionali che riconoscono il medico di medicina generale come un professionista che è inserito in un sistema di cui deve conoscere regole, risorse e relazioni.

Perciò il manuale si divide in tre parti:

1 - Elementi generali introduttivi di CONOSCENZE DI BASE, specifiche

2 - il programma dell'attività didattica, distinto in quattro settimane didattiche, con un tema per ogni settimana, con strumenti didattici utilizzati da tutti gli studenti e Tutors (tratti dal Manuale del Medico Generale Tutor, alla cui elaborazione hanno contribuito i Tutors)

3 - strumenti e metodi valutativi dell'attività didattica

II CAFFÈ

(Racconto di Beppe Montagna, MMG Parma)

M.R. e' deceduto nel mese di ottobre all'età di 68 anni. Aveva una neoplasia del colon talmente metastatizzata al fegato che il quadro clinico era quello di una grave insufficienza epatica, come nella cirrosi terminale. Fu una assistenza domiciliare lunga (da maggio ad ottobre) e faticosa. Dalla metà di settembre mi recavo da lui quotidianamente. La visita era impegnativa e si protraeva sempre per quasi due ore (...) e non me ne potevo andare da quella casa senza aver celebrato il rito del caffè. M.R. (...) amava le belle maniere, anche se oppresso dalle sofferenze e dai cupi pensieri che gli venivano dalla gravità della malattia. Così ogni mia visita terminava con un fumante caffè (di ottima miscela) offertomi in una colorita tazza di porcellana di squisita fattura, accompagnato dall'assaggio di pasticcini o biscotti caserecci, che una intricata ramificazione di affetti faceva giungere al malato dalle più disparate regioni italiane. In genere, quella era l'occasione, per la moglie, di intavolare con me un po' di conversazione, il cui svolgersi M.R. ascoltava con evidente effetto rasserenante. Un pomeriggio di fine settembre, giungendo, come di consueto, trovai M.R. particolarmente abbattuto. Uscivamo da una fase di grave scompenso che mi aveva costretto a praticare, pochi giorni prima, una paracentesi. Ora andava un po' meglio, ma M.R. continuava a sentirsi prostrato e tetro. Di carattere particolarmente meticoloso, sempre tormentato da insicurezze e paure, M.R. non aveva più voluto bere caffè da quando era caduto ammalato. Esordii bruscamente:

-Possibile che non possa mai avere la soddisfazione di bere il caffè assieme a lei?

-No, dottore, non vorrei mi facesse male

-Le garantisco che un dito di caffè non può nuocerle

-Non si sa mai... lo beva lei per me.

Non so bene cosa sia successo, ma d'istinto dissi:

-Sa cosa faccio? lo bevo e glielo spiego, così sarà un po' come se lo avessimo bevuto insieme...e, alla stregua di un vecchio guitto di consumato mestiere, trovai l'estro per una breve, sperticata disquisizione su quel caffè. Non ricordo assolutamente nulla di ciò che dissi, ma sortì un qualche effetto :

-Allora lo ha gustato questo caffè?

-Era ottimo, dottore - mi rispose M.R., ed al momento del commiato un'ombra di sorriso si stendeva sul suo volto.

Quell'ombra svanì presto: nei giorni successivi ci furono altre complicazioni, poi di nuovo paracentesi e quindi l'inevitabile fine.

Il ricordo di quel viso scavato che si distendeva in un vago sorriso e' ancora molto vivo, ma e' un ricordo amaro: per entrambi e' stata l'illusione di un momento.

ELEMENTI GENERALI: CONOSCENZE DI BASE

la medicina generale in ...generale

Sono alcune *conoscenze di base, sulla specificità* della MG, essenziali 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*)

Per entrare nel clima della Medicina Generale vissuta si propongono alcuni racconti....

Un destino inesorabilmente dolce

(Racconto di Norma Sartori, MMG Trento)

La sig. C. ha superato da qualche anno i suoi 74 anni, anche se per tutto il 1996 era fermamente convinta che ciò non sarebbe potuto accadere: credeva che la morte sarebbe sopraggiunta allo scoccare del 74° anno di vita così come fu per la sua povera mamma.

In effetti, la sua teoria poteva essere ragionevole, visto che oltre ad essere ipertesa, cardiopatica, dislipidemica ed obesa ha un diabete sempre sul punto di scompensarsi e complicato da retinopatia, neuropatia, vasculopatia periferica e piede diabetico.

Se io non mi sono mai arresa a questa sua convinzione e ho sempre tentato di mettere in atto strategie terapeutiche, assistenziali e rieducative, nonostante la sua situazione disperata, lei invece una volta compiuti i 74 anni e superato un primo momento di piacevole sorpresa, si è definitivamente incamminata sulla strada della rassegnazione.

Viene in ambulatorio ogni quindici giorni ed elenca, con voce fioca e lagnosa, come una litania i suoi bruciori vaginali, i dolori articolari, la vista che si fa ogni giorno più scarsa, la piaga del suo piede che non si chiude mai, le vertigini e la glicemia che viaggia costantemente sui 300 mg/dl a digiuno. Ogni due mesi circa accade qualcosa per cui deve ricorrere ad un ricovero e puntualmente torna a casa con una glicemia di 150, un’urinocoltura sterile e una lieve attenuazione di tutti gli altri sintomi, anche se lei sconsolata scrolla il capo e dice che non è migliorata, che la sua situazione è senza speranze. Infatti, in capo a due giorni, la glicemia risale e tutto lentamente torna come prima, compresi i buoni propositi di dieta e movimento.

Le poche volte che C. mi ha chiamata per una visita domiciliare, ho approfittato per guardarmi in giro: la casa è pulita e ben tenuta, lei da sola non sarebbe in grado di occuparsene, quindi deve essere proprio vero che i lavori domestici vengono fatti da una delle sue figlie; scopro anche regolarmente involucri di cioccolatini e caramelle traboccanti dal posacenere, sbircio scatole di biscotti, merendine varie, succhi di frutta e bottiglie d’aranciata sui ripiani delle scaffalature del disbrigo attiguo alla cucina. Eppure lei vive sola, chi mangia e beve tutta quella roba? Non ho il coraggio, ma forse nemmeno il diritto, di chiederglielo. Un giorno, però, nel bel mezzo di una mia filippica contro i dolci, che si equivalgono al cianuro, esco allo scoperto e le dico che so che la sua casa trabocca di dolciumi, perché li ho visti con i miei occhi e che non le credo che si nutra di insalatine, come ha sempre affermato.

Nega.

Finalmente un giorno trovo in casa una delle numerose figlie, parliamo a lungo, la istruisco sugli alimenti permessi e proibiti e suggerisco piccoli accorgimenti per aiutare la madre a rispettare dieta e norme igieniche. Vado via soddisfatta delle promesse ricevute e dei buoni propositi formulati dalla figlia di C. Sono convinta che questa sia la strada giusta: attivare parenti e amici, affinché si sviluppi una rete di curanti attorno a C. Ma il mio entusiasmo è rapidamente deluso dagli eventi, che sembrano perpetuarsi in un clichè immutato. La figlia che incontrai quel giorno non l'ho più rivista, negli anni ho conosciuto altri tre figli, che si facevano vivi al precipitare della situazione, per poi sparire rapidamente, con la scusa di abitare lontani. Negli ultimi mesi le condizioni di C. si sono fatte sempre più precarie e lei ormai fa fatica a camminare, esce di casa solo per venire all'ambulatorio, si sbaglia nell'assumere i farmaci ed è sempre più impermeabile a qualsiasi raccomandazione.

Ieri mi ha chiamata l'infermiera spaventata dalla pressione a 220 su 120 e la glicemia a 400. Mi presento a casa di C. con l'idea di riprendere seriamente il discorso, della casa di riposo, già affrontato negli ultimi mesi. Lei non sembra per nulla turbata dalle mie parole, non fa che ripetere "certo, mi rendo conto, sono d'accordo"; quando poi scivoliamo sull'argomento dieta, mi dice con aria rassegnatissima di aver mangiato un gelato poco fa. Sto zitta, la lascio raccontare, è la prima volta che ammette di mangiare dolci, e ne parla senza alcuna partecipazione affettiva, con indifferenza. Conclude sottolineando come la sua voracità di dolci, di cibi grassi e salati fosse un ineluttabile destino; non ci si può fare assolutamente nulla, e nulla può importare a lei.

Una storia di donne

(Racconto di Fabrizio Valcanover, MMG Trento)

La signora Chiara Solin di 75 anni, mia paziente da 10 anni, quel giorno si presentò nel mio studio da sola ed accusando dei "disturbi digestivi".

In realtà ero un po' stupito. Infatti in tutti questi anni i miei rapporti con lei erano stati fugaci e leggeri. Da un lato la signora era originaria di una sperduta valle del nord, con quel modo di fare tipico dei contadini di montagna, schivi e discreti, d'altra parte nei percorsi sanitari era sempre seguita assiduamente dalla figlia Sara che, dopo la scoperta di un melanoma ad un occhio 13 anni prima, rapidamente asportato - prima di allora non conosceva medici e medicine - l'aveva seguita sempre, portandola dal suo omeopata di fiducia, che la impillolava e le faceva fare esami (vari e suggestivi) una volta all'anno. Questo rivolgersi ad un altro non mi aveva mai infastidito più di tanto: forse il "senso di rispetto" che comunque traspariva quando si rivolgevano a me, forse il tacito accordo che questo si poteva fare perché anche io ero d'accordo.

Da quando era mia assistita c'era stato qualche problemino: un iniziale cataratta; una gonalgia fastidiosa, una recente erisipela ad una gamba, unica volta in cui erano stati accettati degli antibiotici. In fondo una buona paziente, lei, e anche sua figlia che abitava con lei e che accettava, solo su di lei, approcci più medici per problemi di salute mai comunque rilevanti.

Quel giorno, una calda giornata autunnale, la signora si presentò da sola, e non per chiedere esami. Accusava da un mese una difficoltà a deglutire, più marcata per i liquidi, persistente ed ingravescente. Inoltre la figlia Sara, per la prima volta dopo tanti anni, era andata a fare una vacanza di un mese, da sola, lontano. Nonostante in quel periodo avessi visto numerose disfagie, tutte legate a problemi di ansia e risolte in breve tempo o comunque diagnosticate come disturbi di origine psicogena, d'istinto quel disturbo in quella signora mi evocava fosche previsioni.

Infatti ... "piccola neoplasia del cardias" recitava il referto dell'endoscopista.

- E' brutto dottore, vero? - mi diceva la signora, accompagnata da un'altra figlia Solinas che conoscevo per la prima volta, venuta apposta dal paese (lasciati i figli al marito), per accompagnare la madre in quel periodo sola.

- Bello non è, signora. Bisogna operarsi e togliere l'ulcerazione; ci sono cellule non buone. -
rispondevo io, stupito per l'improvvisa rassegnazione che leggevo sulla faccia della signora, sempre decorosa e pacata, mentre la figlia nervosamente si torceva le mani, visibilmente agitata.

- Bisogna proprio operare? - mi chiedeva la figlia

- Penso sia proprio opportuno, vi organizzo tutto - rispondevo quasi rilassato per il clima da salotto ovattato.

.....

Dopo un mese viene Sara in studio portandomi la lettera di dimissione: "adenocarcinoma del cardias, con invasione di mediastino e con massa che occludeva completamente lo stomaco, metastasi epatiche; eseguita una plastica con posizionamento di endoprotesi per permettere l'alimentazione". Che disastro. Sara mi dice che la madre è su al paese, in convalescenza, sta benino, a parte qualche fastidioso e persistente rigurgito, sta benino, vorrebbe però tornare rapidamente a Trento, a casa sua. Sara, inoltre, ha da poco conosciuto un uomo, con il quale vuole rapidamente sposarsi e andare ad abitare assieme. Dovrebbero fare in fretta per un'opportunità di una casa in affitto a condizioni vantaggiose. Insomma, dopo tanti anni di vita con la madre finalmente Sara ha l'occasione per organizzare la sua vita con un partner.

Io ribadisco la mia disponibilità, se torna a Trento. Parliamo per mia iniziativa di cosa sa la madre.

- Penso che mia madre sappia tutto - mi dice - anche se non ne parla mai direttamente. -

La terapia proposta è del Prepulsid ed un Tavor la sera.

- Mia madre dorme la notte, è necessario il Tavor? - mi chiede mentre il suo capo accenna ad un no.

- Se dorme per ora non serve - dico.

Avrei quasi voglia di dirle che tutti gli esami e tutte le terapie omeopatiche fatte negli anni precedenti non sono servite a niente, ma mi trattengo, perché, in fondo, percepisco una fiducia più profonda nei miei confronti, radicata nel tempo e fondata sul fatto che nel passato non ho mai fatto storie per il ricorso a "pratiche alternative". Ci salutiamo, mestamente.

...

Dopo una settimana mi telefona la figlia e mi chiede una visita domiciliare.

Vado. Salgo 4 piani di una casa vecchia e stretta e, per la prima volta, entro nell'abitazione della sig.ra Chiara. La signora mi accoglie in piedi, quasi sorridente.

- Ha visto dottore che guaio? -

- Ho visto, proprio un bel guaio -

Mi fa accomodare. Mi riferisce un continuo fastidioso rigurgito che la "tortura" durante il giorno.

La visito e noto iniziali edemi alle caviglie ed un addome lievemente globoso. La figlia Sara mi dice che non va di corpo da alcuni giorni, che è voluta assolutamente tornare a Trento, che ha anche un dolorino al fianco destro che la fa dormire di fianco e che il rigurgito è proprio fastidioso.

Do qualche consiglio e programmo un accertamento ematochimico, sodio potassio emocromo proteine totali. Propongo che venga l'infermiera del territorio a fare il prelievo, quella mattina vengo anche io, così gliela presento. Ci salutiamo cordialmente.

...

Torno con l'infermiera, al mattino, dopo qualche giorno. L'infermiera, Antonia, è una brava, con esperienza di malati terminali, per fortuna, con un passato di parecchi anni in reparto di rianimazione e di diversi altri anni di esperienza sul territorio. (In realtà me la sono scelta compatibilmente con i vincoli territoriali.)

Presento la paziente e la figlia. La signora Chiara è stesa, perché si è molto accentuata la sua stanchezza; non riesce più a fare le scale, è aumentato il dolore al fianco.

Rapidamente con l'infermiera concordiamo una cartella comune (lei compilerà a parte la sua infermieristica richiestagli dal suo servizio); concordiamo le visite comuni e quelle individuali mie e sue. Poi saluto e la lascio con la paziente e con la figlia a conoscersi.

...

La situazione precipita rapidamente. Il dolore aumenta, la paziente è sempre più stanca, insorge un'ascite imponente.....

Lascio i miei numeri di telefono di studio, di casa, un numero di telefonino quando sono via (prestatomi da mio fratello). Instauro, in accordo con l'infermiera e la paziente una terapia con diuretici, con un neurolettico e propongo il Coeffergan per il dolore. Chiedo alla figlia Sara, ma anche a Solinas (che trovo sempre più frequentemente a casa) di segnarmi sulla cartella i liquidi introitati, le scariche la diuresi. Accettano e segnano tutto sempre con precisione.

- Dottore va male -

- Sì, non va bene, vediamo come migliorare la situazione -

- Dottore vorrei tirarmi un po' su -

- Se c'è bisogno faremo qualche febloclisi, come va con il mangiare? -

- Non ha fame, non vuole mangiare - dice Sara.

- E' opportuno fare pasti piccoli e frequenti, provate con il gelato, anche con un po' di Meritene; come va con il dolore? -

- Ha dolore solo ogni tanto - risponde subito Sara - passa con il Coeffergan -

- Posso stare solo su un fianco - dice la signora Chiara - allora non lo sento -

Propongo una scheda per l'autovalutazione del dolore, subito accettata. Con i diuretici l'ascite è migliorata, ma la paziente è sempre più stanca.

...

Una mattina mi telefona d'urgenza l'infermiera dicendomi che la paziente è molto stanca, la figlia un po' agitata e la TA 80 su 40 e mi chiede se non è il caso di fare qualcosa.

Vado a domicilio. La mia impressione è diversa. La paziente è diversa, sempre più chiusa e triste, direi rassegnata anche se mi dice che se è necessario è anche disposta, con sacrificio, a ricoverarsi. La figlia mi chiede spiegazioni. Quando dico che quello che le farebbero in ospedale lo posso fare io, questo è sufficiente. A parte parlo con l'infermiera che, quasi scusandosi, mi dice che ha avuto un attimo di agitazione, perché, quando era in ospedale, con una pressione così subito scattavano misure aggressive ed infusionali per rialzare la pressione. Ci chiariamo rapidamente.

La situazione si aggrava e ci rimbocchiamo le maniche.

Un po' alla volta la casa della signora si popola: io vado quasi ogni giorno, l'infermiera anche. Anche l'altra figlia, che abita lontano, è sempre più frequentemente in casa. Quando do delle indicazioni mi ascolta sempre silenziosamente, annuisce, triste, e mi dice quasi sempre:

- Lo riferisco a Sara - , come dire che è Sara che dirige tutto.

...

- Come va signora Chiara? -

Male, male, dottore, sono stanca, quando vado in bagno mi devono sostenere, vorrei qualcosa che mi tiri su; ho nausea, il rigurgito è sempre più presente. Poi posso dormire solo sul fianco destro ... questo dolore poi... non si può fare qualcosa? -

- Poi non vuole mangiare - dice Sara

- Non ho voglia di mangiare, nulla mi attira - interloquisce la signora Chiara.

- Facciamo una visita - dico io.

La signora ha una PAO di 86 su 54; una tachicardia ritmica (100 b/m). L'addome è globoso ed ascitico; le caviglie gonfie.

- Dorme? - chiedo.

- Abbastanza - dice Sara -

- Sì, quando predo il Coeffergan e mi bassa il dolore dormo per alcune ore - dice la signora - poi però, la notte mi viene un po' di agitazione -

Decido di aumentare l'Aldactone ed il Lasix, propongo un neurolettico da prendere la sera. Invito la signora a compilare con l'aiuto della figlia una scheda di autovalutazione del dolore; anche un po' di Plasil se la nausea è molto forte... Scrivo sulla cartella comune i cambi di terapia ed alcune osservazioni ad uso dell'infermiera.

Quando sto per andarmene la signora mi guarda e dice:

- Non è vivere questo dottore, questo, almeno potessi avere un po' più di forze.... -

- La prossima settimana facciamo una fleboclisi, per darle un po' di tono, signora. Mi compili questa scheda, però; penso che dovrei darle qualcosa per levare meglio il dolore, penso starebbe meglio. -
- Ma non ha tanto dolore - dice Sara - è che non mangia ed è stanca -
- Intanto vediamo come va con queste nuove cure - dico io - poi vediamo.

Nei giorni successivi l'ascite diminuisce e la diuresi è buona; la signora riposa di più la notte, ma non mangia, anzi comincia a vomitare quasi dopo ogni pasto, anche leggero. Propongo di usare morfina mattina e sera, ma anche se accettata dalla signora e dalla figlia questa terapia non viene iniziata, o perché il dolore non era forte, o perché se ne sono dimenticate.

Poi comincia a vomitare anche i liquidi.

Telefono agli endoscopisti per chiedere una rapida endoscopia ed ottengo l'appuntamento "preferenziale" dopo due giorni. Intanto con l'infermiera decidiamo di mettere un ago cannula e di fare un infusione continua, fino alla endoscopia.

Assieme lo proponiamo alla signora ed alla figlia, che concordano. (L'alternativa era un ricovero d'urgenza, ma nessuno, signora per prima, voleva questa soluzione).

Lascio mettere l'ago cannula all'infermiera, che è sicuramente più brava di me. La figlia viene addestrata per il cambio delle bocce.

C'è qualche arrossamento, iniziale decubito. Antonia, l'infermiera, istruisce i parenti su cosa fare.

...

Lunedì c'è l'endoscopia, domenica vado in visita. La casa è popolata di parenti. Quando arrivo mi salutano e mi fanno spazio. Un signore che non conosco dice qualcosa che non capisco, ad alta voce, guardandomi con sguardo tra lo spaventato e l'alterato. Viene subito zittito e portato via dalle donne.

La signora Chiara, stesa sul fianco, mesta, un po' sofferente, apre gli occhi e sul fianco scuote la testa. Controllo, scrivo, parlo, preparo l'impegnativa per il trasporto in ambulanza, saluto e vado.

- Grazie - dice la signora Chiara.
- Grazie - dice la figlia Solinas.
- Grazie - dice Sara.
- Prego - dico io. Però l'MS Contin non lo ha ancora preso.

Il giorno dopo vado a casa. Gli endoscopisti hanno trovato la protesi fuori posto (la massa si è ulteriormente ingrandita) ed hanno stabilito che bisognava passare all'alimentazione con sondino. Velocissimi hanno messo il sondino nasogastrico, dato i flaconi, istruito i familiari.... ecco, penso, dovevo andare anch'io a controllare.

La signora, sotto dose generosa di Valium, dorme da parecchie ore. Sara e Solinas ed anche l'infermiera Antonia mi guardano con sguardo interrogativo.

La signora si sveglia, si lamenta del dolore, flebilmente, si tocca il sondino e scuote la testa.

Da allora non parla più. Dopo due giorni smette di urinare, aumento il Lasix, 50, 100, 200 mg, non succede niente. Si assopisce, non si lamenta più. A questo punto la morfina mai presa non serve più.

- Cosa volete che faccia - chiedo a Sara e Solinas.
- Nulla - dicono.

Concordiamo che ci teniamo in contatto telefonico, vengo se me lo chiedono.

Giovedì sera alle 22 mi telefonano che ha un gorgoglio.

- Vuol dire che ci avviciniamo alla fine, non soffre - spiego - soffrono solo quelli che le stanno attorno; se volete vengo a farle del Buscopan che, forse, attenua questo sintomo -
- Se non soffre lei non ce ne bisogno - mi dice Sara.

Mi telefona Sara alle otto di mattina.

- Un ora fa la mamma è morta -

Vado nella tarda mattinata, spiego cosa fare. C'è anche l'infermiera che dà una mano.

Saluto, mentre la casa si affolla di parenti e conoscenti, e torno al mio lavoro.

Accidenti, mi sono dimenticato di comunicare alla USL che da diversi giorni ho aumentato la frequenza degli accessi!

Pazienza.

Goduria

(racconto di Fabrizio Valcanover, MMG Trento)

Goduria e sua moglie sono miei pazienti da 15 anni; non solo, sono miei pazienti anche figlie, mariti delle figlie, ex mariti, nuovi mariti, e loro famiglie, figli di loro figli.

Goduria, metalmeccanico in pensione, appena andato in pensione si e' divertito. Questo ha coinciso con l'iscrizione a me.

E' ingrassato di venti chili; ipertensione diabete e mangiare, mangiare e mangiare. Una gamba amputata, sempre difficile da controllare. Però ha continuato a divertirsi.

Poi i suoi lo hanno portato al Centro antidiabetico, con il suo consenso, perché io, in fondo, non ho mai battuto il pugno sul tavolo, e minacciato morti orribili e precoci . (A dir il vero non era compito facile, visto che è morto ad ottanta anni, e che da tre viveva sempre goduriosamente nonostante l'arto amputato).

Le visite mie sono drammaticamente calate, anche se dovevo consolarlo quando non riusciva ad obbedire neanche ai fieri professionisti del centro, preparati e molto umani, come può esserlo un militare dei corpi speciali.

Non mi chiamava da due anni. Venivano figlie, parenti, mi chiedevano come fare, mi chiedevano ricette, si lamentavano di cavallo pazzo. Ma lui niente.

Ho provato a minacciarlo di ricusazione se almeno non mi avesse chiesto, non dico la visita domiciliare, ma almeno le medicine per telefono. Niente.

Tre giorni fa mi telefona. Lui in persona.

Mi dice che lo hanno dimesso dall'ospedale dove si e' fatto operare di cataratta. Ma gli hanno cambiato farmaco per il diabete. Gli hanno dato il Bidiabe, e lui non si sente bene con quel farmaco, ha deciso di diminuirlo.

E' venerdì, quasi mezzogiorno. Gli dico di non diminuire la terapia: lunedì vengo a trovarlo.

Muore lunedì mattina alle 2.

Vado a domicilio la mattina tardi. Già portato via. Tutti mi ringraziano ma mi guardano con un po' di rancore, altra faccia del mio vago senso di colpa.

Non penso che avrei potuto modificare il corso della vita di Goduria, ma mi rimane un dubbio: non è che il fatto che lui in persona mi telefonasse dopo due anni non era un segno significativo da valorizzare e per il quale andare a dare un'occhiata a casa lo stesso pomeriggio?

Ovviamente non avendo a disposizione trial, né logici algoritmi clinici né il supporto della letteratura, devo concludere che il tutto è stato casuale, e che simili riflessioni puzzano di irrazionalismo, extraclinicità, paramagia, ciarlataneria, romanticismo ottocentesco.

Giusto. Comunque non ho resistito dal dire al collega che faceva tirocinio da me, che se un paziente ricco di malattie del nostro tempo si fa vivo improvvisamente fuori orario e dopo tanto tempo, a prescindere da quello ti chiede, vale la pena andar subito a dargli un'occhiata.

Questo è il “clima” della Medicina Generale....

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....**

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

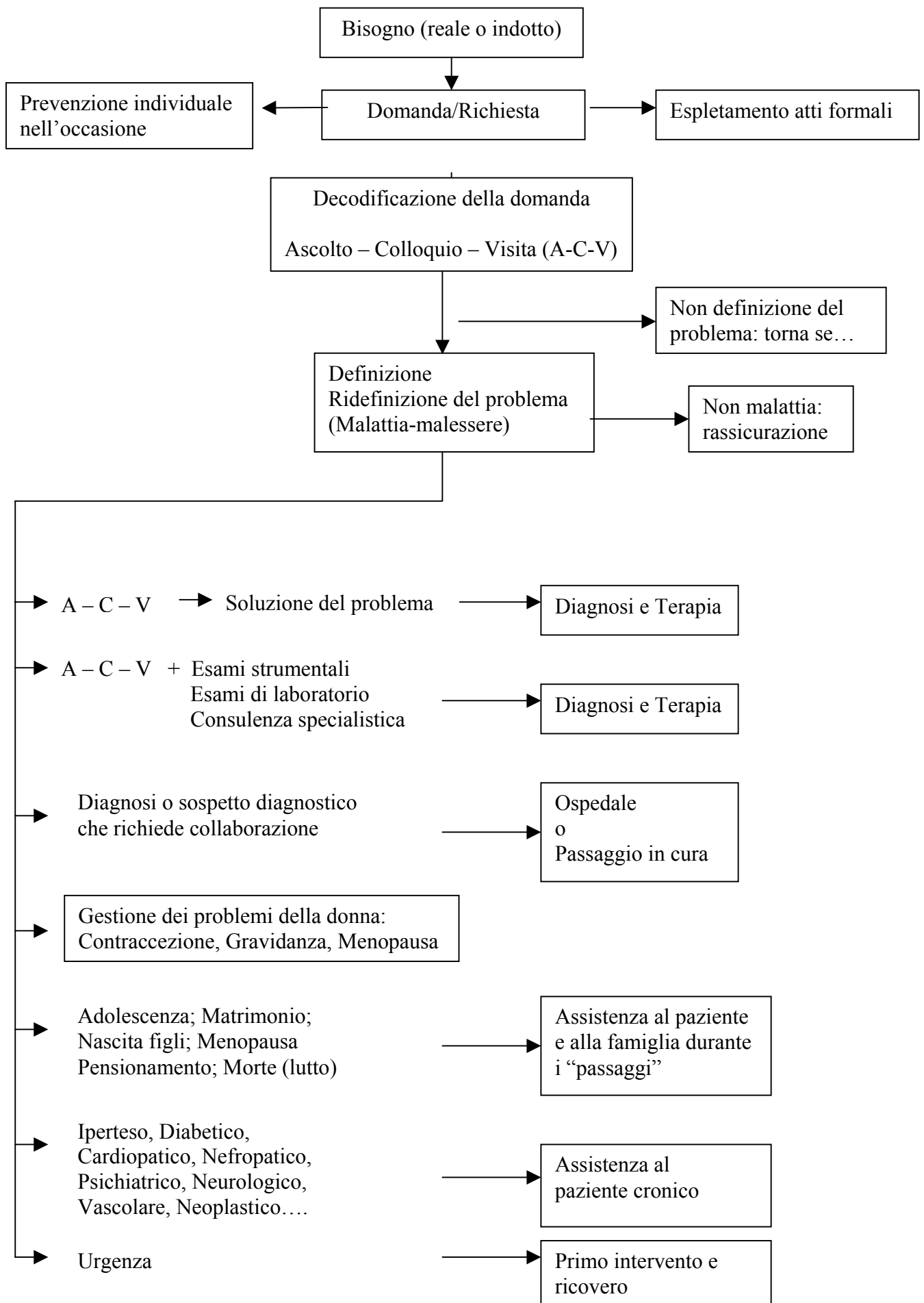
Interferisce con la vita sociale

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***



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

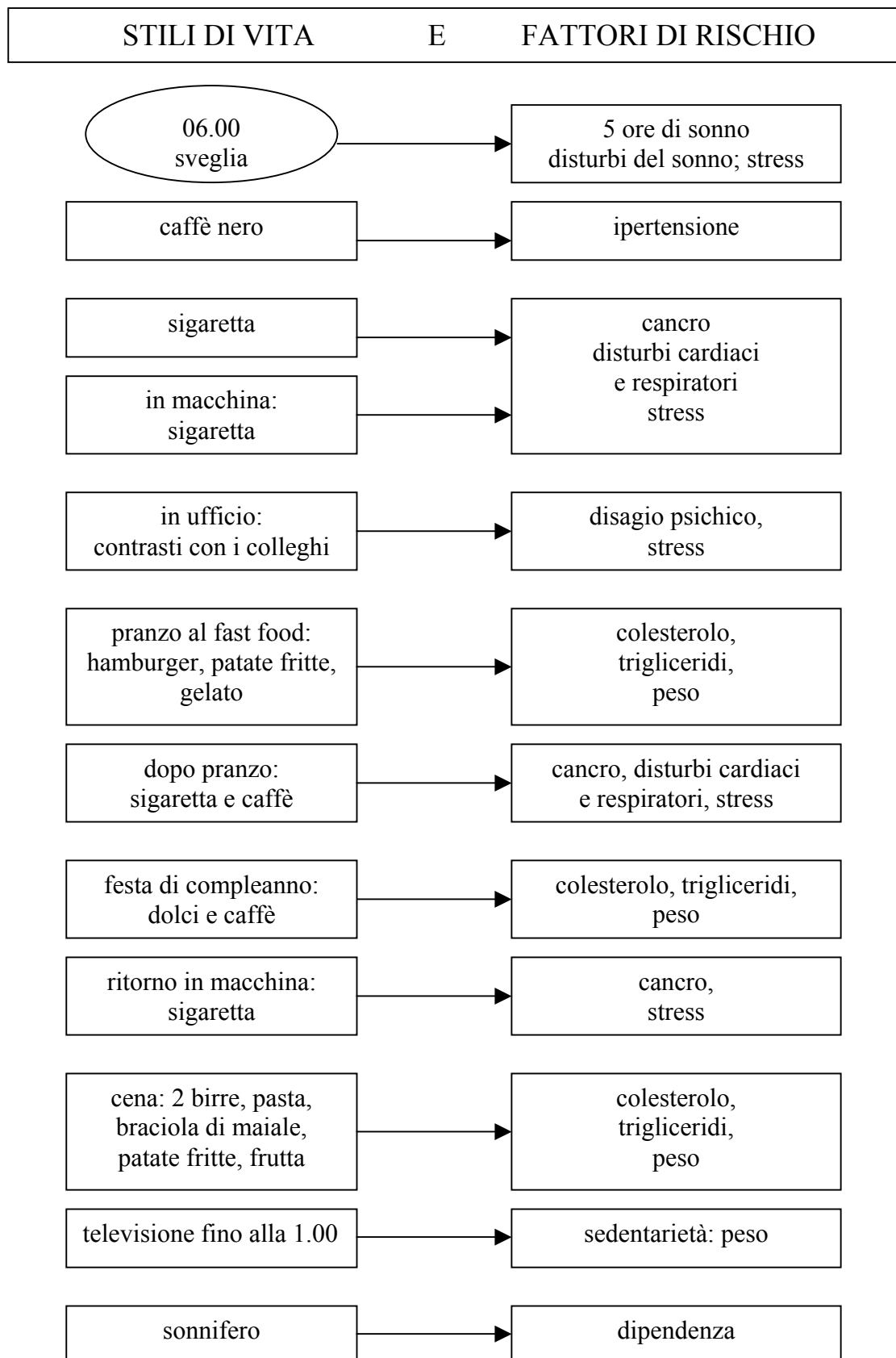
- diagnosi precoce di cardiopatia ischemica in paziente con BPCO o iperteso;
- prevenzione delle complicanze in un paziente diabetico;
- opportunità di impostare un programma di *educazione terapeutica* nel paziente aiutandolo a cambiare abitudine e stili di vita,
- influenzando sull'abitudine al fumo, 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.**

A – La relazione medico-paziente:

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

E’ 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.

B - L'ascolto

Importante, ancora di più quando il problema ancora non è definito, la persona vive il malessere, o solo un dubbio o un timore per la propria salute (o quella di un suo congiunto). La fase dell'**ascolto**, e **della comprensione**, un momento delicato perché, come sottolinea Balint, il modo in cui risponderà a queste “offerte” avrà come conseguenza quella di **orientare l'avvenire del paziente...**

L'invito di Balint è di **non agire prima ancora di aver ascoltato e capito** “se” bisogna intervenire e “su che cosa intervenire; molte persone chiedono solo di essere ascoltate, altre di essere rassicurate, altre ancora esprimono, anche con il sintomo organico, bisogni più profondi.

Ma bisogna “saper ascoltare”: capacità di ascolto fatto di “attenzione, curiosità, competenza”, per comprendere il paziente che ci parla.

Quattro momenti dell'ascolto:

- *ascolto passivo*: il silenzio del medico che permette al paziente di esprimere i suoi problemi;
- *messaggi di accoglimento*: espressioni verbali, o cenni della testa, un sorriso, che confermano l'attenzione del medico;
- *inviti calorosi a proseguire*, nel caso si senta maggior bisogno di approfondimento;
- *ascolto attivo vero e proprio*: il medico “riflette” il messaggio del paziente dimostrando di aver capito...

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.

Attenzione: la **negoziatura non è indice di conflitto, né significa la sconfitta del medico**; lo sarebbe se il suo compito fosse inteso come quello di "dirigere e prescrivere": la negoziazione è implicita quando due persone interagiscono.

Entrare quindi in un *processo di diagnosi e trattamento* in cui gli attori sono il medico e il paziente che *interagiscono e "contrattano" le soluzioni e le decisioni, utilizzando tecniche di comunicazione, come 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.

É “dare consigli”, ma non solo.

Il MG come “consigliere efficace”?

Si, 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.

D - I problemi...

Approccio per “problemi” e non per malattie ed apparati:

Cosa è un problema in MG:

è un *sintomo*?

Non basta...

è una *malattia*?

non sempre corrisponde ad una malattia...spesso è disagio, è conflitto con un familiare, è avere difficoltà con il lavoro, è avere problemi sociali...è disagio come conseguenza del non sentirsi apprezzato...

La malattia è **un problema per il paziente se causa per lui un “cambiamento”** più o meno duraturo, se è “un ostacolo” che gli procura “disagio”, se gli impedisce di lavorare, se gli procura sofferenza....insomma si tratta spesso *di più sintomi e quindi ha più risposte,*

*ma se si tratta di PROBLEMA richiede non una semplice risposta ma una **soluzione**:*

ed ecco da cosa nasce il metodo del PROBLEM SOLVING in MG : come scienza del metodo non solo per trovare la SOLUZIONE ma per prendere DECISIONI per la soluzione del problema, *non al posto del paziente ma con il paziente...*

(ad esempio per sottoporsi ad un esame, a una terapia impegnativa, ad un intervento chirurgico...) *il metodo per la soluzione del problema del paziente spesso è quello del Counselling (vedi capitolo delle Conoscenze di base del presente Manuale), cioè*

- non suggerire le soluzioni al paziente
- ma ascoltarlo per conoscere il suo stile di vita,
- esplorare le sue attese e le soluzioni già tentate,
- aiutare/guidare, spesso a tappe, a trovare la soluzione che più è aderente alle sue possibilità di riuscita...

non sempre una sola soluzione ma più soluzioni,

“problemi per il medico” *corrisponde* ai “problemi per il paziente”?

non sempre,

e non sempre vi è condivisione nelle soluzioni

Sono riportati alcuni casi clinici per meglio illustrare di “**cosa si occupa**” e di “**come se ne occupa**” il Medico Generale.

I casi 1 e 2 sono di M.S. Padula; i casi 3, 4 e 5 sono di O. Capelli.

Caso n. 1 G.B, 57 anni, maschio.

Patologie importanti: mastectomia bilaterale per carcinoma mammario destro tre anni fa, seguita da polichemioterapia e radioterapia. Da alcuni mesi ha dolore alla spalla dx, quotidiano e notturno, che resiste a qualsiasi antidolorifico.

Fin dopo l'intervento il Ca 15.3 ha oscillato fra 40 e 70, senza segni di ripresa della malattia alla Tac, né metastasi ossee. Gli oncologi gli dicevano di pazientare ed aspettare i successivi controlli previsti nel follow-up. Ma il dolore non gli permetteva di aspettare.

Se gli esami non davano segni di ripresa, perché aveva tanto dolore?

Era vero?

Poteva fidarsi?

Gli dicevano la verità?

C'erano altri esami?

Come poteva aspettare? aveva paura.... *aveva dolore, voleva dormire*

con queste domande va dal suo medico: lui gli darà risposta alle domande e qualcosa per il suo dolore?

Cosa può fare il suo medico più dello specialista?

È importante

- Definire le priorità *del medico* e i "tempi" per la soluzione del problema
- Definire le priorità e i tempi-urgenza *del paziente*,
- capire che dare **la risposta al sintomo del paziente non è solo dare il farmaco o fare gli accertamenti diagnostici, ma anche offrire accoglienza e ascolto.**

Caso n.2

Una coppia di coniugi (53 anni lei e 56 anni lui) viene per un problema che si potrebbe non definire strettamente di pertinenza medica.

Si tratta di questo:

si sono accorti che la madre di lei, di 90 anni, che vuole continuare a vivere "autonoma" in una casa in affitto, nonostante la sua necessità di sostegno quotidiano per deambulare e per svolgere le attività di igiene personale e della abitazione, ha una notevole riduzione della memoria e delle capacità di giudizio: usa "male" le risorse economiche, che calano sempre di più. Chiede visite specialistiche a pagamento, per qualsiasi piccola cosa, senza porsi il problema "spesa" come ha sempre fatto in passato. Uno dei suoi figli, che ha sempre tenuto dietro al conto in banca dice che non se ne vuole più occupare, accorgendosi solo ora delle risorse ormai quasi finite. Da un anno poi, ha in casa una badante polacca, perché non vuole stare a casa dei figli.

Ma quale è il problema che si pone al medico?

Si tratta di un problema clinico? La vecchia madre è da interdire?

No, non è questo... il medico a questo punto dovrebbe "tagliare" tutti i farmaci cosiddetti non indispensabili e non mutuabili, e sconsigliare con fermezza le visite e gli esami che gli altri 3 figli e la paziente chiedono... così non si può andare avanti!

Il problema pur non essendo strettamente medico, è un problema a cui il medico generale deve dare risposta: è il medico di tutta la famiglia e deve tener presente i bisogni di tutti i componenti, senza nuocere alla vecchia signora.

Ecco un esempio del medico generale che interviene integrando gli aspetti psicologici e fisici del problema del paziente agli aspetti sociali e familiari

Caso n.3

è uno degli obiettivi di apprendimento della Medicina generale per lo studente.... affrontare patologie comuni e frequenti (come mal di gola, mal di testa, astenia, febbre, stress, mal di schiena, ecc...), problematiche nuove, quali i molteplici aspetti dell'assistenza primaria...

“dottore sono tre giorni che ho la febbre, male alle ossa e alla gola... anche se lei dice che è un virus io vorrei lo stesso l'antibiotico, perché devo tornare a lavorare!” Così mi dice al telefono un giovane muratore che ho visitato a casa il giorno prima e al quale ho prescritto solo Paracetamolo e riposo.

Sono sicuro che non c'è bisogno di antibiotico, che si tratta di una virosi stagionale, che basta riposo e astensione da sudate pericolose per 5-6 gg, che un antibiotico può essere anche dannoso e non solo benefico....

- A quanti pazienti con l'influenza si dà un antibiotico dopo tre giorni di febbre?
- A quali?
- A quanti si rischia di darlo senza che ce ne sia realmente bisogno?
- Quanti effetti collaterali evitabili si possono provocare?

Davanti ad una patologia “benigna e frequente” bisogna chiedersi se vale la pena o no di spendere 5 minuti a convincere il paziente che non ha bisogno di farmaci importanti ma solo di sintomatici....
... così come per l'influenza in soggetti giovani, anche per i dolori da sforzo, per i mali di pancia dopo i bagordi, per il colesterolo alto negli obesi, per tutti i sintomi generici degli stressati....il medico di Medicina generale non deve avere fretta di somministrare farmaci importanti...è importante sempre il primo imperativo: “*Primum non nocere!*”

Ecco una esemplificazione della gestione delle patologie “benigne” e frequenti in MG

Caso n 4

Annetta F., 65 anni, fumatrice di 20 sigarette al dì da 40 anni, obesa grave (BMI>40) ti sceglie come medico per un trasferimento di abitazione. Vedova da 5 anni, si è poco curata dei propri problemi di salute. Sa di essere diabetica, ipertesa e dislipidemica ma non fa esami bioumorali da 3 anni e non ha controllato la TA da oltre un anno. Ti consulta per un dolore rachideo violento insorto da una settimana, resistente al Paracetamolo. Non assume FANS per una gastropatia ulcerosa di vecchia data.

Davanti ad una paziente così credo sarebbe umano arrendersi ancora prima di cominciare: un bel ricovero e via! Ma Annetta ti prega di non farlo....

É difficile curarla a domicilio, ma è quello che vuole la paziente...

Allora si inizia a fare l'elenco dei problemi importanti, come ognuno di loro interferisca con gli altri, quali farmaci siano indispensabili e quali possano essere sacrificati in nome della compliance terapeutica della paziente,
bisogna capire cosa c'è di più urgente, definire le priorità, come affrontarle. Il tutto al domicilio di Annetta!!

Dopo tre anni di lavoro assiduo ma nemmeno troppo faticoso (forse la soddisfazione dei risultati è il propellente massimo per il MMG!):

- Annetta ha smesso di fumare,
- il BMI è sceso a 35,
- il diabete è ben controllato da 850 mg al dì di Metformina,

- la TA e lo scompenso rispondono bene ai diuretici + Ace-inibitori,
- il crollo vertebrale che ci ha fatto fare conoscenza tre anni fa è in trattamento con alendronato, calcio e vit. D, Annetta sta molto meglio e ringrazia!
Per ora abbiamo evitato l'Ossigenoterapia e qualunque ospedalizzazione!
L'importante è crederci e possibilmente crederci in due, il medico e il paziente!

*Ecco un esemplificazione della gestione della **pluripatologia** tanto frequente in MG*

Caso n. 5

Elisabetta. ha 37 anni, in buona salute, lievemente "in carne", non fuma, ha due bimbi allergici ma che stanno fundamentalmente bene. L'anziana madre è diabetica da oltre 10 anni ed Elisabetta chiede di fare "tutti gli esami" per "vedere se ha" il diabete.

"Ah dottore, già che c'è ci metta anche il colesterolo e quello per la gotta.... Sa non si sa mai!!"

Dopo 10 gg Elisabetta mi telefona: "Dottore ho l'esito degli esami: c'è una cosa che non capisco, qui dice che il siero è congelato e il laboratorio può fare un altro esame se lei lo chiede.... Sospetta componente monoclonale... cosa vuol dire?" Cerco di spiegare senza allarmare troppo che ci sono degli anticorpi "sbagliati" in giro, che bisogna approfondire e capire.... Assicuro che telefonerò al laboratorio chiedendo che facciano la immunofissazione proposta. Dopo 10 minuti mi telefona il marito sconvolto, chiedendo con ansia cosa c'è... non so se riesco a rassicurarlo... non credo!

È l'inizio di un circuito di ansia, paura, sfiducia; l'esame viene ripetuto dalla paziente in un laboratorio privato con esito negativo... non li sento più, vado in ferie 15 gg..

Quando torno la chiamo perché non so più nulla... mi dice tutta tranquilla che il secondo esame (quello privato) è negativo. E il primo? "Ah si sono sbagliati, diceva componente monoclonale IgG k, ma il secondo è negativo!"

"Elisabetta come fa ad essere sicura che non è sbagliato il secondo?"

Ripete l'esame per la terza volta, nel laboratorio dell'ospedale (il primo!): conferma della presenza di IgG K.

Ricevo lei e il marito la sera dopo, ad ambulatorio finito e con il telefono staccato, e dopo un'ora di estenuante colloquio, con il consulto telefonico di un eccellente collega ematologo, dal quale emerge la utilità di un atteggiamento "wait and see" senza ulteriori esami, riesco a convincerli (sarà vero?) a non partire il giorno dopo per l'Istituto Tumori di Milano, a permettermi di gestire le scadenze del follow-up.... Spiegare tutto in termini comprensibili ma non allarmanti, condividere l'ansia e il bisogno di rassicurazione, lasciare che Elisabetta pianga la paura della malattia e del futuro, accettare la responsabilità di seguire il problema e gli annessi e i connessi, mettendo in gioco conoscenze e disponibilità..... quale collega specialista potrebbe fare questo all'interno del SSN?

In questo caso si tratta dell'applicazione del metodo del "problem solving" in MG e dell'importanza del rapporto medico-paziente-famiglia: il rapporto di fiducia / la "confidenzialità" / l'autorevolezza, la negoziazione diagnostiche, terapeutiche e preventive

SECONDA PARTE

IL PROGRAMMA DELL'ATTIVITÀ DIDATTICA

Distribuito in quattro settimane didattiche, con l'apprendimento focalizzato su un tema per settimana, con allegati i compiti e il diario di bordo di ciascuna settimana.

Per facilitare i compiti e permettere uno svolgimento del programma uniforme e confrontabile per tutti gli studenti, per il raggiungimento degli obiettivi prefissati, vengono forniti strumenti didattici agli studenti e ai Tutors (gli stessi del Manuale del Tutor, di Padula Tomasi)

- questionari pre-test, post-test e di gradimento
- griglie,
- casi clinici guidati con problem solving diagnostici e terapeutici sulle problematiche più frequenti della MG
- fascicolo strutturato come “diario di bordo”o “notes strutturato” con pagine dedicate per ogni settimana didattica ...per annotare ogni settimana osservazioni e spunti di discussione e di debriefing con il Tutor

tenere un diario di quanto viene osservato, durante le sedute in studio alla presenza del paziente (fase rossa), è utile sia per discutere con il tutor, sia per la relazione finale.

L'uso di tali strumenti permette, durante l'incontro fra Tutor e Tirocinante, di **conoscere** sul campo, “facendo”, l'**attività e le competenze del medico sul territorio, che si situano in tre aree: clinica, relazionale e organizzativa**

Le **competenze cliniche e relazionali** sono importanti nella stessa misura, integrate da competenze trasversali, per la gestione del conflitto durante l'agire in ambienti non protetti (territorio verso l'ospedale) , con la negoziazione.

Le **competenze organizzative**, sono necessarie per orientare e gestire la professione nel contesto in cui il opera, all'interno delle regole e dei vincoli convenzionali con il SSN

Pertanto i **contenuti da apprendere riguardano queste 3 aree, e sono distribuiti in tre settimane**, per facilitare l'apprendimento sistematico e organizzato attraverso l'uso degli strumenti idonei all'osservazione del lavoro del medico e di quanto succede fra medico e paziente

Programma settimanale:

PRIMA SETTIMANA

Obiettivo di apprendimento:

1- RICONOSCERE e GESTIRE i problemi relazionali del setting della MEDICINA GENERALE

2 - esplorare ed osservare il mondo della MG, il Medico e il paziente

attraverso la *scheda riassuntiva individuale da compilare dallo studente durante l'attività in studio, paziente per paziente* (nella parte dedicata al DIARIO di bordo)

Il SETTING è l'AMBIENTE OPERATIVO E RELAZIONALE della Medicina Generale (MG) e si estrinseca in modo diverso in due situazioni molto diverse tra loro: la visita in studio e a domicilio. La presenza dello studente introduce una variabile relazionale di notevole importanza, che deve essere attentamente considerata dallo studente stesso.

È necessario che Tutor e studente, durante il primo incontro, decidano insieme quali strategie di comunicazione utilizzino per risolvere i problemi del setting introdotti dalla presenza di una terza persona... Considerare tre situazioni in cui si svolge l'attività e sono:

- situazione in cui sono presenti il paziente, il tutor e studente (“zona rossa”)
- situazione in cui lo studente e il tutor sono da soli, l'oggetto di apprendimento è il paziente, ma egli è momentaneamente escluso (prima di una consultazione, dopo una consultazione, corrisponde alla situazione di colloquio briefing/debriefing) (“zona verde”)
- situazione in cui sono presenti studente e tutor e l'oggetto dell'apprendimento non è un paziente specifico, ma un tema clinico esemplificato da veri pazienti, un tema di organizzazione del lavoro, un progetto di monitoraggio di qualità dell'assistenza o di epidemiologia sulla base dei dati del tutor (“zona bianca”).

Questa situazione può utilizzare la modalità di discussione casi clinici o autocasi (casi presentati dallo studente, perché vi è stato coinvolto).

