

In studio e a casa dei pazienti

Due passi oltre l'ospedale

Lo studente apprende
la Medicina Generale

Dott. Maria Stella Padula – Modena

*Responsabile Nazionale dell'Area delle Cure Domiciliari
della SIMG- Società Italiana di Medicina Generale*

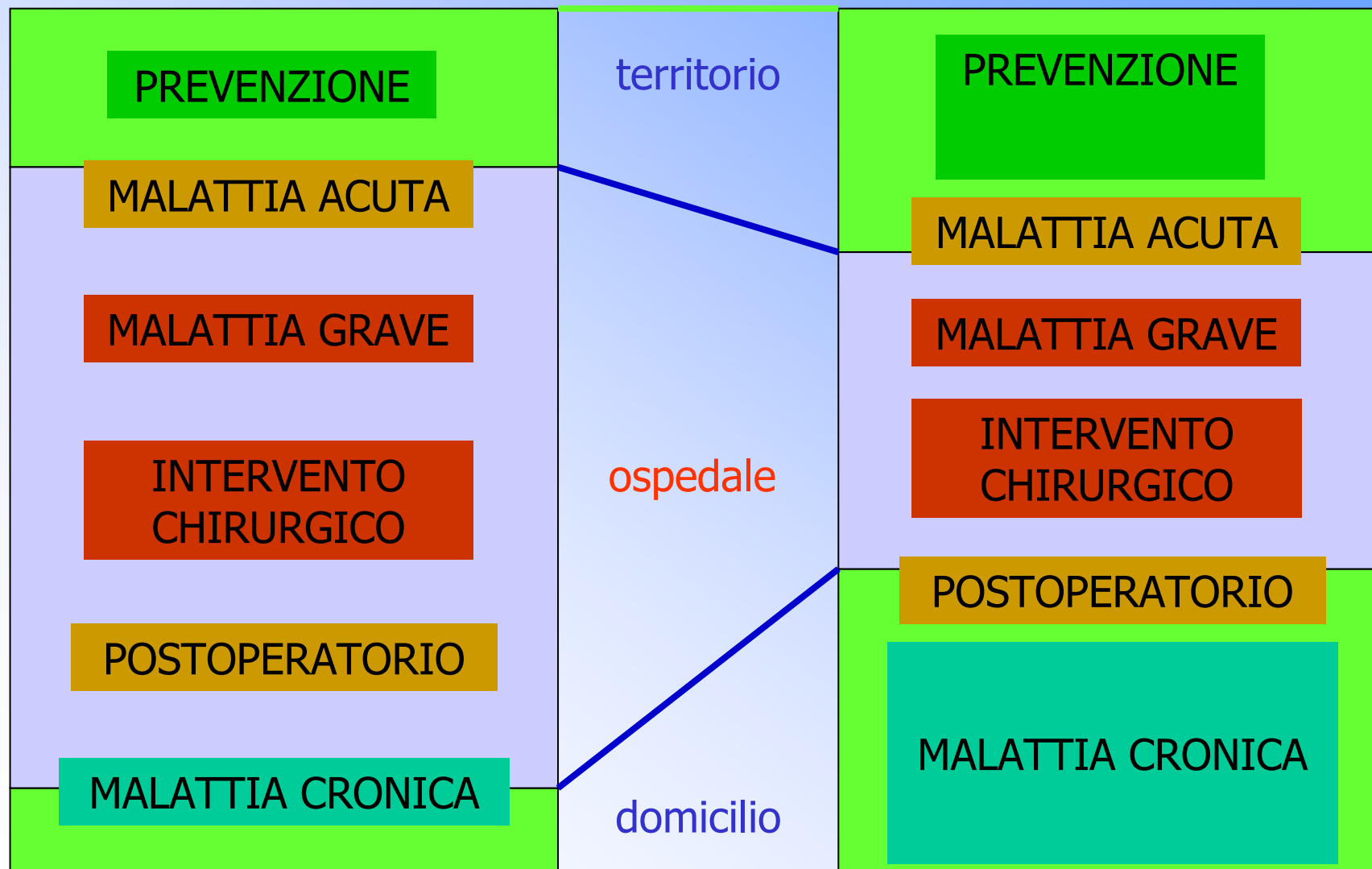
Come si distribuiscono gli interventi medici?



La casistica dell'ospedale si va riducendo

40 anni fa

oggi



Il primo passo fuori dall'ospedale è verso la medicina del territorio che lo studente incontra nell'ambulatorio di Medicina Generale

partendo dai “quasi sani”:

- dal semplice disagio
- da ciò che sta al confine fra disturbo e vera malattia

per arrivare ai malati acuti:

- con la polmonite, tonsillite, lombalgia, la colica ...

e poi ai cronici:

- i disabili
- i pazienti con malattie croniche
anche complesse, come i gravi diabetici arteriopatici..

Il **secondo passo** è verso la casa del paziente
ove lo studente va
assieme al Medico di Medicina Generale

Perché curare a casa è.....

- scelta **etica e culturale**
- **motivazione** professionale
- **integrazione con gli altri operatori sanitari**

IL MEDICO DI FAMIGLIA

da sempre è

il regista delle Cure domiciliari

- Responsabile terapeutico
- Imposta la cura
- Assicura la continuità della cura
- Individua i problemi
- Risolve i problemi

Si fa carico del paziente

PAZIENTI CURATI A DOMICILIO

1 - LUNGO-ASSISTENZA

- CARDIOPATICI E BRONCOPNEUMOPATICI
- In COMA, GRAVI CEREBROLESI
- Con HANDICAP ADULTO
- Con DEMENZA,
- GRANDE ANZIANO

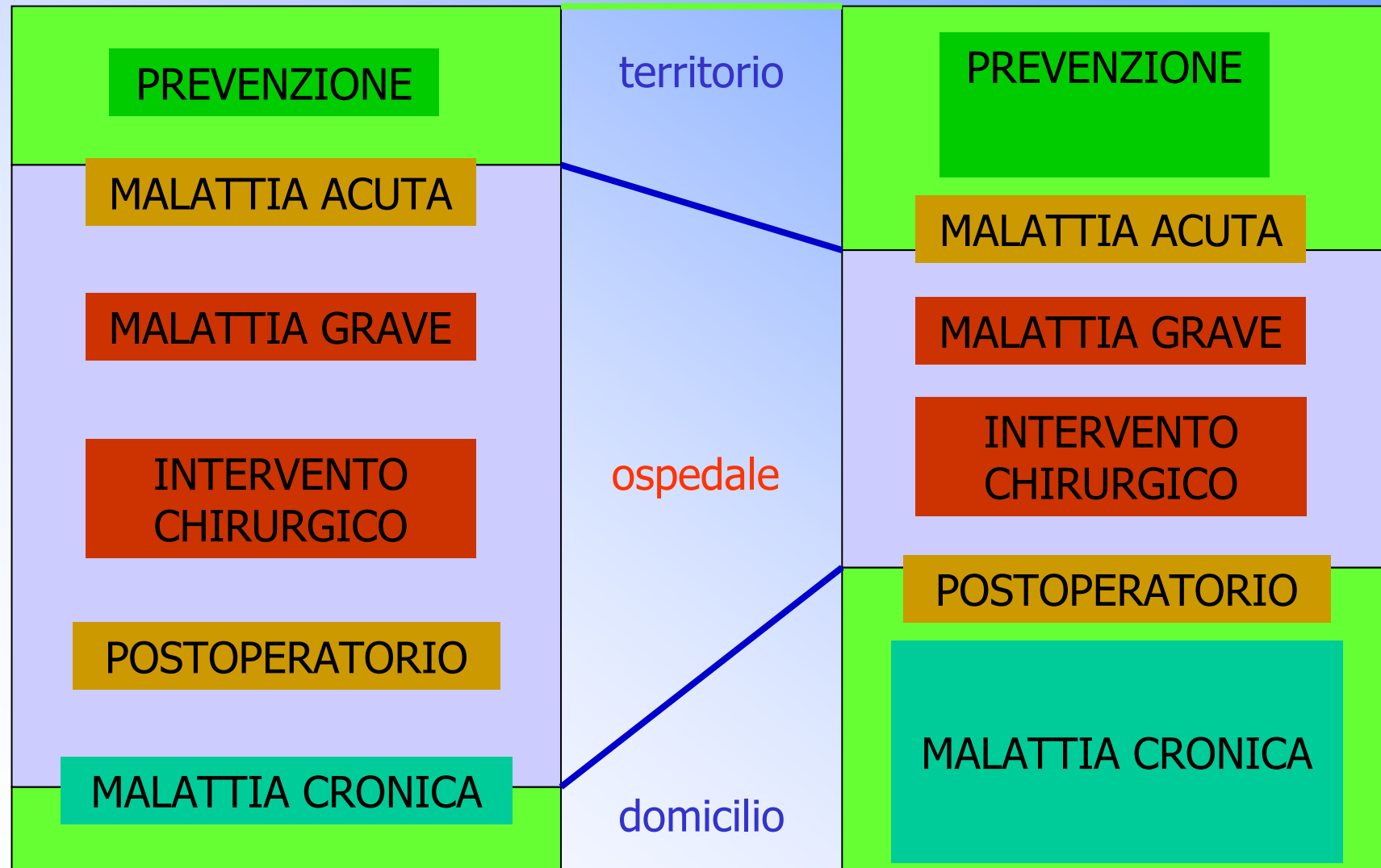
2 - TERMINALI

- **ONCOLOGICI**
- **NON ONCOLOGICI**
 - INSUFFICIENZA RESPIRATORIA, SCOMPENSO C.
 - NEUROLOGICI (SLA, ICTUS , DEMENZA)
 - GRANDI ANZIANI CON POLIPATOLOGIA ...

i pazienti sono soprattutto fuori dell'ospedale...

40 anni fa

oggi



Ma, se i pazienti sono soprattutto
fuori dell'ospedale,
perché
gli studenti di Medicina e di Scienze
Infermieristiche
apprendono le “abilità”
solo nelle Corsie Ospedaliere?

Nell'immaginario (e non solo) dello studente c'è l'ospedale



Non ci può essere
**ammodernamento e
innovazione**
del Sistema Sanitario
se lo studente viene formato
solo nei policlinici universitari

L' insegnamento della Medicina Generale durante il Corso di Laurea esiste in tutta Europa ed **è una realtà** a Modena da anni.

- tutti gli studenti **al VI anno** di corso seguono un ciclo di seminari sull'approccio al paziente e sul metodo clinico in MG
- **frequentano per un mese l'ambulatorio** di un Medico Generale tutor
- **vanno con lui a casa dei pazienti**, acuti e cronici
- alla fine del Corso e del Tirocinio affrontano l'esame di Medicina Generale

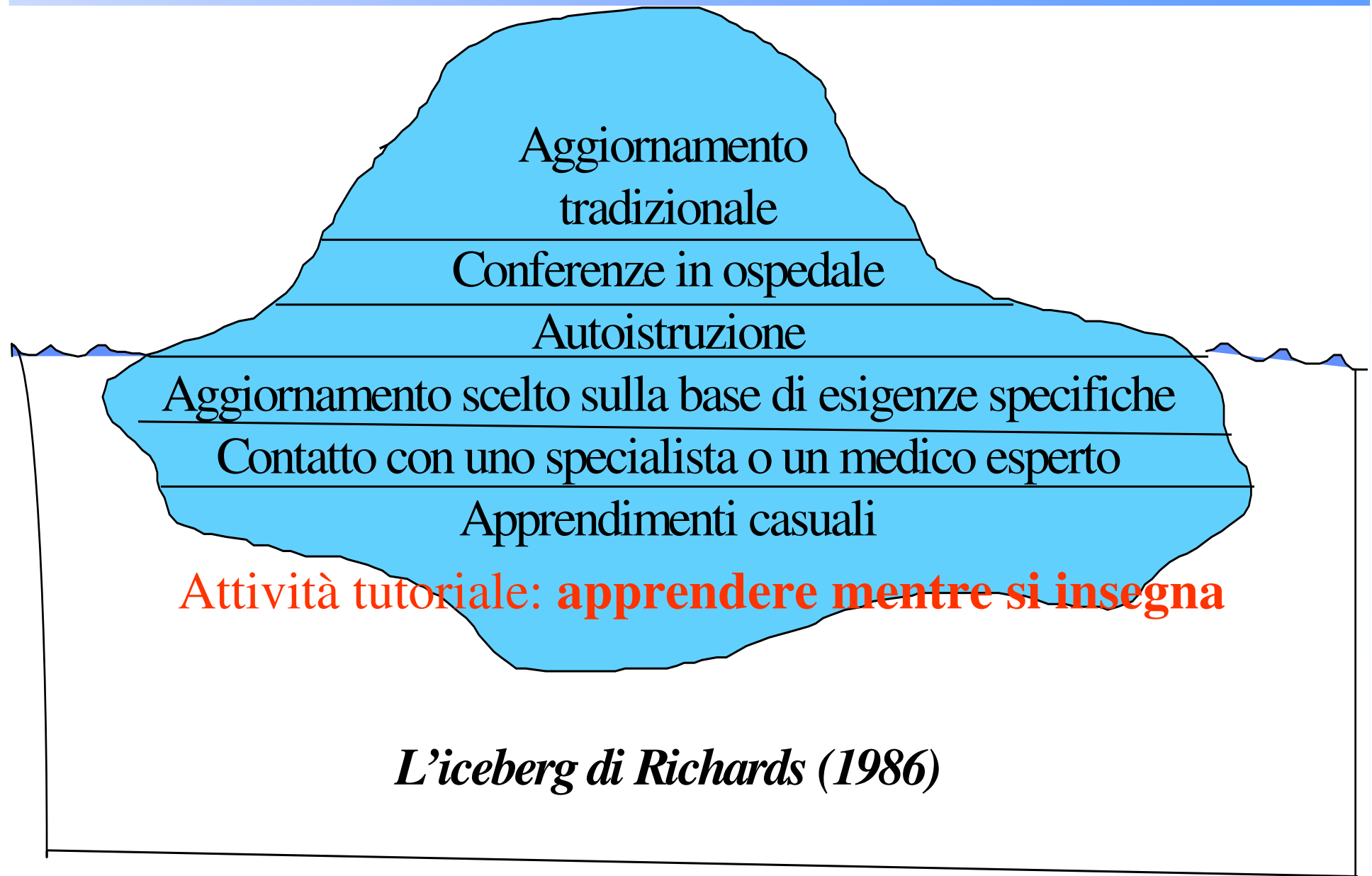
Da tre anni l'insegnamento è stato allargato più in generale alle "Cure Primarie", fin dal III anno

- oltre ai seminari, alla frequenza nello studio col tutor e all'esperienza a domicilio dei pazienti,
- tutti gli studenti vanno presso
 - le RSA
 - i Consultori
 - gli Ambulatori dei Distretti
 - i Centri di Salute Mentale e i SERT

<i>Anno (sedi)</i>	<i>III</i>	<i>IV</i>	<i>V</i>	<i>VI</i>
Studi dei MMG e domicilio	5 mezze giornate M/studente 1/1		10 mezze giornate (20h) M/studente 1/1	20 mezze giornate (40h) M/studente 1/1 10 ore in PLS
Servizi Distrettuali e ADI, PUA(Punto Unico di Accesso)	1 mezza giornata in gruppi di 3-6 studenti	1 mezza giornata in gruppi di 3-6 studenti	1 mezza giornata in gruppi di 3-6 studenti	10 ore in gruppi di 3-6 studenti (ADI)
Consultori		10 ore in gruppi di 3-6 studenti	10 ore in gruppi di 3-6 studenti	
RSA			20 ore in gruppi di 3-6 studenti	20 ore in gruppi di 3-6 studenti
SSM			10 ore in gruppi di 3-6 studenti	
SERT			4 ore	

Far conoscere agli studenti la Medicina del Territorio ha consentito così:

- di dare **a chi sceglierà di essere medico in ospedale** la percezione del mondo delle Cure Primarie, con cui il medico ospedaliero deve quotidianamente interfacciarsi
- di motivare più profondamente **chi sceglierà per la sua professione la Medicina Generale e del Territorio**
- una **formazione continua per il Medico Tutor**



Il risultato di questa esperienza?

Lo descrivono i protagonisti, **gli studenti.**

In un mese di tirocinio svolto nell'ambulatorio di un medico di Medicina Generale si ha l'occasione di vedere una carrellata dei più disparati problemi che un medico potrebbe trovarsi ad affrontare.

*L'ambiente ambulatoriale non impedisce che **le questioni proposte al medico sconfinino ben al di là dell'aspetto sanitario.***

Un dato che non ho potuto far a meno di cogliere è il progressivo disperdersi del buon senso dei pazienti.

***Banalità** come mal di gola, raffreddori e simili, un tempo curati con gli efficacissimi rimedi della nonna, ora **vengono vissuti come una seria incrinatura del proprio stato di salute**, richiedendo quindi un intervento professionale, specializzato e quanto mai tempestivo.*

Non è rara infatti la chiamata dell'ultimo minuto di chi vuole un appuntamento perché "e' urgente" ma soprattutto "perché io sto male".

Poco importa se poi nella realtà dei fatti si tratta del malessere insorto su una manciata di asterischi affiancati ai risultati degli ultimi esami ematochimici.

*La percezione di uno studente di medicina abituato alla realtà ospedaliera è che nella popolazione si stia diffondendo una insicurezza, un senso di malessere che porta ad amplificare il minimo disturbo, anche soltanto per avere la scusa di **sentirsi rassicurati** dal Dottore.*

Fortunatamente questa non è la norma, ma crea un substrato di bisogni indefiniti e superficiali a cui un medico inserito nel territorio deve fare fronte con la massima serietà e professionalità.

Tutto questo col rischio di esaurire energie, risorse e tempo proprio quando ci si trova davanti al paziente “vero”, quello che ha un problema, ma che magari è timoroso, non vuole recare disturbo.

E' evidente che nella pratica quotidiana la richiesta diretta al medico di Medicina Generale sia spesso prettamente burocratica. Ricette, delucidazioni su farmaci e metodiche, ecc..

*La difficoltà sta nel capire che **dietro ad ogni domanda si cela un ulteriore interrogativo**, un desiderio, un bisogno mal definito e sfumato di sentirsi ascoltati e rassicurati, per allontanare l'elemento razionale della diagnosi, della statistica, e trovare un pizzico di calore in un momento amaro.*

In ciò si esprime **la presa in carico globale della persona**, e non della sola malattia, un'assistenza all'individuo che si estende dalle esigenze sanitarie ed assistenziali ai bisogni personali del singolo.

In tal senso **la continuità delle cure** non è scandita da un orario ambulatoriale protratto ad oltranza, o dalle visite domiciliari notte e giorno, ma da un rapporto di reciproca fiducia, dalla consapevolezza di avere un referente sempre disponibile, da una relazione professionale che spesso si dilata oltre il singolo fatto acuto, abbracciando l'individuo dal limitare dell'infanzia fino alla vecchiaia.

in quest'ottica il medico di medicina generale non è affatto un mero dispensatore di ricette, è **innanzitutto un riferimento, il punto fermo del percorso di salute e di malattia di ogni cittadino, che nel territorio, attraverso il MMG, trova immediata risposta al proprio bisogno di benessere.**

...Nel momento in cui si varca la soglia di casa si è in un mondo che non è più il nostro ma è quello del paziente; tutto diventa più reale e i contorni delle cose diventano più nitidi.

Si entra in contatto con i famigliari, con le abitudini di vita, dalla camera da letto, al bagno alla cucina...

*Mi è accaduto spesso nel tirocinio dal MMG di sentirmi un intruso, non perché il mio tutor o i pazienti facessero qualcosa per farmi sentire così, ma era una sensazione che nasceva dal **profondo rispetto nei confronti di quelle relazioni**: ogni paziente ha le sue storie, i suoi problemi, le sue vicissitudini, il suo carattere, tutte cose che sono note al medico da tempo, tempo durante il quale si è instaurato un rapporto intimo, profondo e a me sconosciuto.*

Da quest'esperienza, sono uscito arricchito e ho imparato come il medico, di fronte a casi del genere, debba mirare a mantenere lo status quo senza pretendere di riportare il paziente alla condizione di normalità.

*Ma **mantenere la situazione di compenso esistente non equivale ad arrendersi di fronte alla malattia**: significa aiutare il paziente a combattere la sua malattia combattendo una battaglia ardua, logorante, talora poco gratificante e senza vittorie, ma **non per questo bisogna lasciare solo il paziente a combattere la sua malattia...***

E ancora

“...entrando nelle case dei pazienti sono tornate in me le emozioni che provavo prima di iniziare la mia avventura universitaria, emozioni come quella della vocazione per questo “mestiere”, il senso di conforto oltre che di cura nei confronti dei propri pazienti; sensazioni che erano state, temporaneamente offuscate dal metodo scolastico...”



"scienza e carità"(Picasso)

Far entrare gli studenti anche nelle case dei malati... perché

**"in qualsiasi casa andrò,
io vi entrerò per il sollievo di malati"**
(giuramento di Ippocrate)