

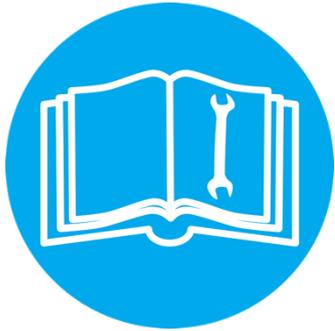
# **TIROCINIO DI MEDICINA GENERALE**

***DIARIO DI BORDO***

***Maria Stella Padula***

*con la collaborazione di  
**Cecilia Preci e Marco Bonfatti***





## Istruzioni brevi per utilizzare al meglio il manuale

---

La Medicina Generale, attualmente branca fondamentale del sistema sanitario italiano, è nata non troppe decadi fa, quando alla figura del “medico condotto” è subentrata quella del “medico di famiglia”.

Nel 2002, a Modena, la dottoressa Maria Stella Padula (Medico di Medicina Generale) e il professor Aldo Tomasi (presidente del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia), hanno attivato per tutti gli studenti del CdL il tirocinio professionalizzante in MG, della durata di un mese.

Nato con il tirocinio, **questo manuale** aveva l’obiettivo di guidare lo studente di Medicina attraverso l’apprendimento della MG. Esso viene ora riproposto in una nuova edizione, per essere utilizzato nel nuovo “tirocinio valutativo” previsto per l’abilitazione pre-laurea;

Questo “diario di bordo” prevede una **parte introduttiva**, che guida alla scoperta delle caratteristiche principali della Medicina Generale; seguono **schede da compilare settimanalmente** nel periodo previsto per il tirocinio. La compilazione puntuale delle schede richiede un tempo breve di esecuzione, ed aiuta a memorizzare i particolari facendo sì che lo studente possa farli propri, valorizzando l’esperienza.

Ogni “settimana didattica” del manuale si conclude con **esercitazioni** che mirano a far ragionare lo studente sull’intero percorso di apprendimento. Tabelle ed esercitazioni sono pensate per la **compilazione in autonomia**, piuttosto che con il tutor di medicina generale, ma sono anche pensate per portare ad un **confronto costruttivo** con il tutor.

Il “vecchio manuale” è stato oggi rielaborato da studenti dello scorso anno (Cecilia e Marco), per renderlo più fruibile, sulla base dell’esperienza del destinatario, cioè dello studente.

Nella speranza che ogni studente possa appassionarsi alla peculiarità e all’intimità della medicina generale, auguro a tutti un buon tirocinio

*Maria Stella Padula, Cecilia Preci, Marco Bonfatti*

*“Il nostro ultimo obiettivo, dopotutto, non è quello di una buona morte ma quello di vivere una buona vita fino all’ultimo momento”*

*A.Gawande, Essere Mortale*

## INDICE:

1. Introduzione pag 4
2. Elementi generali: conoscenze di base pag 6
3. Programma dell'attività didattica, distinto in quattro settimane pag 24



- I SETTIMANA  
riconoscere gestire i problemi relazionali del setting della MG  
esplorare ed osservare il mondo della MG, il Medico e il paziente pag 25



- II SETTIMANA  
osservare, per conoscere la Relazione Medico Paziente in MG pag 35



- III SETTIMANA.  
osservare, per conoscere il Processo Diagnostico e Decisionale del MMG pag 40



- IV SETTIMANA  
conoscere l'organizzazione dell'attività del MMG pag 49

4. Linee guida per la narrazione su un caso selezionato durante l'attività di tirocinio, in studio o a domicilio. pag 64
5. Bibliografia pag 65
6. Esempio di compilazione griglia pag 66

# 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).

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 testa, 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:  
Si vuole 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...

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 tre 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 2 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)

## 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”:

#### **Il caffè**

(cortesia di Beppe Montagna)

*M.R. è 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 un'assistenza domiciliare lunga (da maggio a 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...*

- le peculiarità e le caratteristiche specifiche della MG

di chi e di che cosa si occupa il Medico Generale...

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

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

Le Caratteristiche della MG e ruolo e compiti del MMG:

- **assistenza primaria:**
- **assistenza familiare**
- **assistenza domiciliare**
- **continuità dell'assistenza**
- **assistenza preventiva (anticipatoria, opportunistica, d'iniziativa) e quindi educazione sanitaria**
- **assistenza personale e olistica**
- **altre caratteristiche fondamentali: l'ascolto, il metodo, i problemi...**

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 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 può avvenire per la moglie che riferisce del marito...

**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 e 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 di uno o di tutti i membri, prepensionamento, malattie di un altro della famiglia...
- 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 (caregiver): 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.

La visita domiciliare ha subito negli ultimi anni notevoli trasformazioni:

1. 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;
2. 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;

3. conoscere il domicilio e il modo di vivere lì del nostro paziente modifica la relazione M/P: cultura, attitudine, abitudini igieniche, problemi sociali, sono scritti nei dettagli della vita quotidiana.
4. 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;
5. 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...
6. *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),
7. *sempre più indispensabile per numerose categorie di pazienti*: la deospedalizzazione precoce e il 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
- 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 potrebbe 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: 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 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***

***Possano provocare gravi complicazioni***

***Sono influenzate dallo stile di vita***

---

#### LE CARATTERISTICHE DEL TRATTAMENTO DELLE MALATTIE CRONICHE

***E' importante per sopravvivere e star bene***

***Comporta una disciplina quotidiana***

***Richiede tempo ogni giorno***

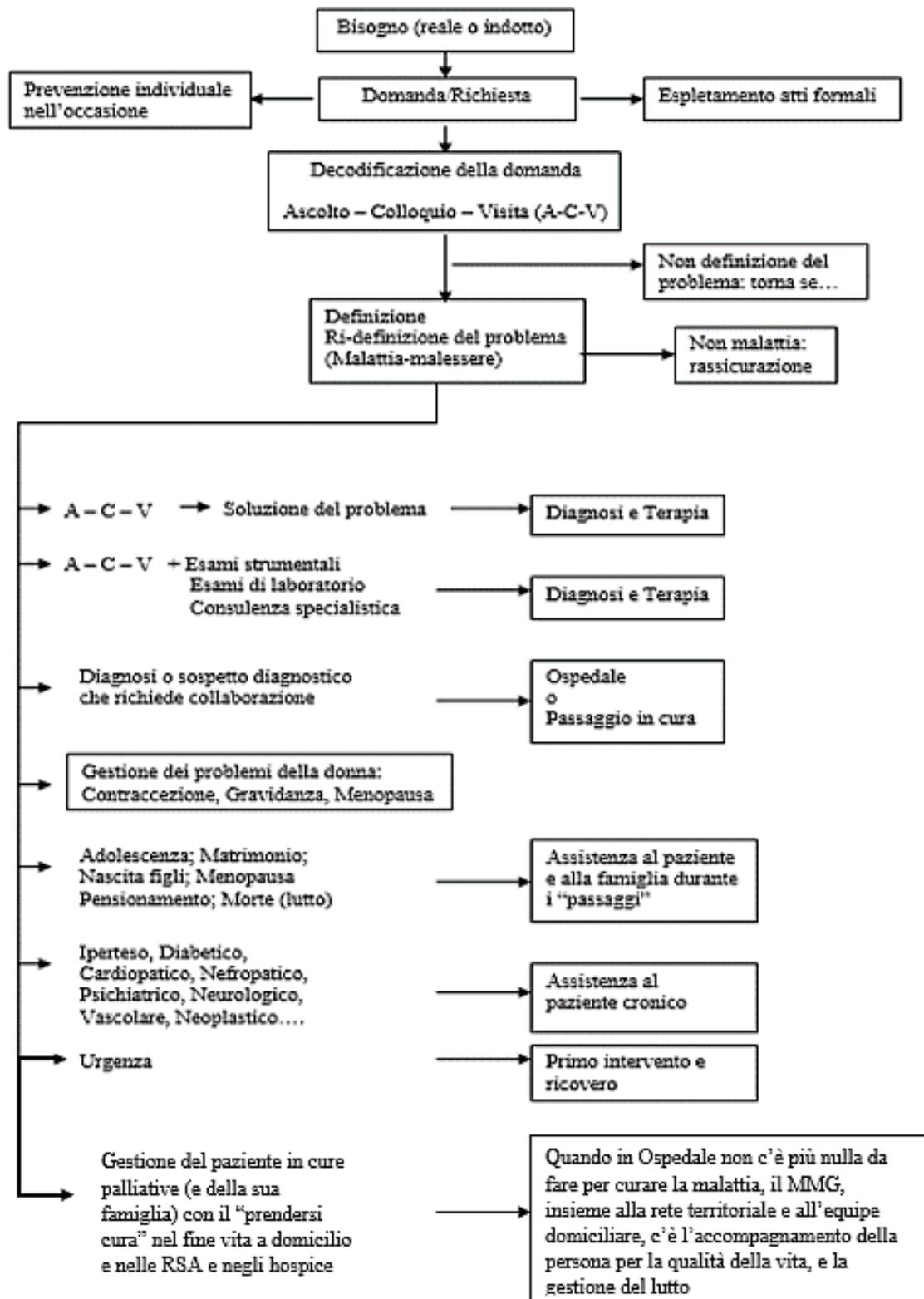
***Interferisce con la vita sociale***

***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 30 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:

- *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;
- *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 risolve anche in pochi minuti il problema tempo, non necessariamente con la QUANTITA' ma anche con la QUALITA'.

## 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 escludere o confermare 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.

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

## 7. L' ASSISTENZA PERSONALE e OLISTICA

Il Medico di famiglia non si occupa solo del **malato** perchè 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 passatele dalla segretaria,*
- *è stato interrotto due volte dalla segretaria che è entrata per riferire con il medico...*

*...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”

- l'**ascolto** della persona lo strumento terapeutico più potente anche nella Medicina Generale e saper utilizzare bene il **metodo clinico peculiare** e specifico della Medicina Generale:

- **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** sono 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...

- **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, 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?**

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 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 **negoziazione 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" *ogniqualevolta il medico, volontariamente e in maniera consapevole e strategico, 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 dello stesso medico (*il medico come farmaco di Balint*): il medico deve **essere consapevole di questo ruolo e di questa abilità, perché possa utilizzarlo come un potente strumento terapeutico.**

**È un approccio rivolto alla soluzione del problema (aiuta a scoprire anche qual è il vero problema) attraverso delle tappe prestabilite per arrivare a raggiungere l'obiettivo. Richiede una formazione del medico. È "dare consigli", ma non solo, il MG come consigliere "efficace":**

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.

Esempi di come il Medico Generale può intervenire **strategicamente**, in un processo di cura **evidenziando i rischi**:

### 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
- 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 K mammario dx 3 anni fa, polichemio+radioterapia, ha da alcuni mesi dolore alla spalla dx, quotidiano e notturno, che resiste a qualsiasi antidolorifico. Fin dopo l'intervento il Ca 15.3 ha oscillato fra 40- 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 F.U. 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: Cosa può fare 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 l'accoglienza e l'ascolto**

- **Caso n.2**

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

Si sono accorti che la madre di lei di 90 anni che vuole continuare a vivere “autonoma” in una casa in affitto, nonostante le sue necessità di sostegno quotidiano per deambulare e per svolgere le attività di igiene personale e dell’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 così detti 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 gg di febbre?

- A quali?

- A quanti si rischia di darlo senza che ce ne sia realmente bisogno?

- Quante reazioni allergiche 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 mal 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 un'esemplificazione della gestione delle patologie "benigne" e frequenti in MG***

- **Caso n 4**

*F. Annetta, 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 dislipidemia ma non fa esami biomorali 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 un paziente così credo sarebbe umano arrendersi ancora prima di cominciare: un bel ricovero e via! Ma Annetta ti prega di non farlo....*

#### **È 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 affrontarlo.** 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! 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 M. ha 37 anni, in buona salute, lievemente "in carne", non fuma, ha due bimbi allergici ma che stanno fondamentalmente 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, 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 l’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 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.*

***Ecco un’esemplificazione 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.***

Proposta di una griglia con tappe per PS

| TAPPE  | PROPOSTA 1 | PROPOSTA 2 |
|--|------------|------------|
| 1) Individuare/identificare il problema o i problemi |            |            |
| 2) Definire il problema                              |            |            |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <i>(scegliendo un problema per volta)</i>  |  |  |
| 3) Analizzare il problema/i <i>(uno per volta)</i>   |  |  |
| 4) Ricercare ed elencare le soluzioni possibili  |  |  |
| 5) Considerare le conseguenze di ogni soluzione  |  |  |
| 6) Negoziare e scegliere una delle soluzioni insieme al paziente (a volte con la famiglia) |  |  |
| 7) Realizzare la soluzione prescelta   |  |  |
| 8) Valutare i risultati  |  |  |
| 9) Monitorarlo nel tempo   |  |  |

# 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.*

- 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,**
- **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 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



## PRIMA SETTIMANA

Obiettivo di apprendimento:

**1) RICONOSCERE e GESTIRE i problemi relazionali del setting della m.g.**

**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.

E' necessario che Tutor e studente, durante il primo incontro, decidano insieme quali strategie di comunicazione utilizzare 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 casi presentati dallo studente, perché vi è stato coinvolto.

## FASI E VARIABILI DEL SETTING

| FASI e CARATTERISTICHE DEL SETTING   | VARIAZIONI DEL SETTING INDOTTE DALLO STUDENTE   |   | ASPETTI RELAZIONALI DEL SETTING CHE IL TUTOR DEVE METTERE IN EVIDENZA   |
|--|---|---|---|
|  | IN STUDIO   | A DOMICILIO   |   |
| <p><b>ACCESSO:</b></p> <p>In studio: il paziente accede da noi che siamo i padroni di casa.</p> <p>Al domicilio: noi siamo ospiti del paziente e dei suoi familiari, loro sono i padroni di casa</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avviso al paziente mediante locandina affissa fuori dalla porta dello studio</li> <li>- presentazione dello studente</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avviso al paziente al momento della chiamata</li> <li>- modalità di accesso nell'abitazione</li> <li>- presentazione dello studente ai familiari e al paziente</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- preventiva illustrazione delle caratteristiche della persona che accede in studio o che si visita a domicilio</li> <li>-rapida disamina dei problemi attuali o pregressi del paziente (presentando anche eventuali differenze etno-culturali)</li> </ul>   |
| <p><b>COLLOQUIO PRELIMINARE:</b></p> <p>In studio: si svolge da seduti attorno alla scrivania in un'unica fase</p> <p>Al domicilio: si svolge seduti a un divano oppure in piedi perimetralmente a un letto o a una sedia a rotelle solitamente in due o più fasi (es. prima con un familiare poi con il paziente, oppure familiare, infermiere e infine paziente)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-definizione di una geometria posizionale di solito fissa che consenta la visibilità ottimale reciproca di tutti e 3 gli attori</li> <li>- definizione di una procedura che porti lo studente ad uscire dal setting in modo non traumatico in particolari condizioni delicate</li> <li>- definizione del tipo e del tempo di intervento concesso allo studente verso il paziente e verso il docente</li> <li>- individuazione di tecniche atte a evitare interventi dispersivi o fuorvianti in momenti focali del colloquio</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- definizione di una geometria posizionale variabile a seconda degli interlocutori (paziente, familiare, infermiere) che consenta la visibilità di tutti gli attori, che non induca esagerati e fastidiosi cambiamenti di posizione o addirittura intralci le attività di visita o di assistenza da parte dei familiari e o di altro personale</li> <li>- definizione del tipo e del tempo di intervento possibile per lo studente verso il paziente, il familiare, l'infermiere, il docente.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Fornire gli strumenti conoscitivi necessari per la compilazione e la consultazione di una cartella clinica CMOP (con l'obiettivo di dimostrare come la raccolta dei dati sia diversa da quello che si fa in ospedale)</li> <li>-Dare precise indicazioni sul rispetto della riservatezza del paziente.</li> </ul> |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

| FASI e CARATTERISTICHE DEL SETTING  | VARIAZIONI DEL SETTING INDOTTE DALLO STUDENTE   |  | ASPETTI RELAZIONALI DEL SETTING CHE IL TUTOR DEVE METTERE IN EVIDENZA   |
|---|---|--|---|
|   | IN STUDIO   | A DOMICILIO  |   |
| <p>VISITA:</p> <p>in studio avviene attorno al lettino</p> <p>al domicilio può avvenire intorno a un letto matrimoniale o articolato oppure attorno a una sedia a rotelle</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione del tipo di strumentario da usare da parte dello studente e del momento dell'uso</li> <li>- Richiesta di consenso al paziente per fare eseguire manovre semeiologiche da parte dello studente</li> <li>- Definizione di una geometria posizionale che ponga lo studente in condizione di eseguire correttamente alcune manovre semeiologiche sul paziente</li> <li>- Definizione della fase dei quesiti esplicativi relativi all'uso dello strumentario e alla metodologia di raccolta dei segni</li> <li>- <b>Definizione del momento dei commenti dei segni acquisiti con la visita</b></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione del tipo di strumentario usare da parte dello studente e del momento dell'uso</li> <li>- Richiesta di consenso al paziente per fare eseguire manovre semeiologiche dallo studente</li> <li>- Definizione di una geometria posizionale che ponga lo studente in condizione di eseguire in maniera corretta alcune manovre semeiologiche sul paziente</li> <li>- Definizione della fase dei quesiti esplicativi relativi all'uso dello strumentario e alla metodologia di raccolta dei segni</li> <li>- Definizione del momento dei commenti dei segni acquisiti con la visita</li> <li>- Partecipazione alle fasi di attività comune: docente-infermiere o docente-familiare o docente-infermiere-familiare</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Gestione delle telefonate.</li> <li>-Fornire allo studente gli elementi per apprendere una buona organizzazione della visita in studio (che può presentare problematiche non comuni all'ospedale al quale è abituato) oppure a domicilio (es. visita a paziente seduto o in ambienti di vita comune, ecc.)</li> </ul> |

| FASI e CARATTERISTICHE DEL SETTING   | VARIAZIONI DEL SETTING INDOTTE DALLO STUDENTE  |  | ASPETTI RELAZIONALI DEL SETTING CHE IL TUTOR DEVE METTERE IN EVIDENZA   |
|--|--|--|---|
|  | IN STUDIO  | A DOMICILIO  |   |
| <p>COLLOQUIO POST VISITA:</p> <p>in studio: può avvenire attorno al lettino di visita oppure attorno alla scrivania</p> <p>al domicilio: di solito avviene in due fasi: la prima attorno al letto del malato e poi in un ambiente separato con i familiari; può esserci una terza fase: colloquio operativo con infermiere</p> | <p>-Definizione di geometrie che anche attorno al lettino consentano la visibilità dei tre interlocutori</p> <p>-Definizione dei tempi e dei modi di intervento del docente per delucidazioni e spiegazioni e informazioni e delle notizie comunicate al paziente alla presenza del paziente</p> <p>- Definizione di precauzioni utili a prevenire ed evitare commenti azzardati, precoci o non strettamente utili da parte dello studente</p> | <p>- Individuare nell'ambito del colloquio la possibilità per il docente di dare delucidazioni allo studente</p> <p>- Individuare la possibilità e il tempo e il modo perché lo studente possa interloquire con gli operatori con i familiari e, se ci sono le condizioni, anche con il paziente</p> | <p>-uso di una terminologia adeguata al livello culturale dell'interlocutore fatta di esempi magari semplici ma finalizzati a farsi capire</p> <p>-verifica della comprensione del messaggio che abbiamo voluto inviare</p> |



-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

**OSSERVAZIONE DELLO STUDENTE SUL PAZIENTE SUGLI ASPETTI TECNICI E  
RALAZIONALI DELLA VISITA**

| Osservazione dello studente sul<br>paziente                     | Debriefing con il tutor<br>commenti e note del tutor |
|---|--|
| <b>Aspetti tecnici e relazionali della visita</b>               |  |
| 1. Individua il motivo principale della visita                  |  |
| 2. Indica il problema principale del paziente                   |  |
| 3. Indica eventuali altri probemi bio-psico-sociali e familiari |  |
| 4. Indica la priorità per il medico                             |  |
| 5. Indica la priorità del paziente e/o della famiglia           |  |
| 6. Atteggiamento del medico <sup>1</sup>                        |  |
| 7. Atteggiamento del paziente <sup>1</sup>                      |  |

8. Indica eventuali “interferenze” in quel problema e nel caso specifico

9. Esprimi la tua ipotesi diagnostica sul problema principale preso in esame

10. Altre ipotesi

11. C'è “negoziazione” delle decisioni sul percorso diagnostico con il paziente?

12. C'è “negoziazione” delle decisioni operative del trattamento

13. Come si è conclusa la visita: prescrizione di esami, farmaci, consigli, rassicurazione

**GRIGLIA DI DISCUSSIONE/VALUTAZIONE PER IL DEBRIEFING CON IL TUTOR ALLA FINE  
DELL'ATTIVITÀ IN STUDIO SU UN PAZIENTE**

| Osservazione dello studente sul<br>paziente   | Debriefing con il tutor<br>commenti e note del tutor |
|---|--|
| <b>Aspetti tecnici e relazionali della visita</b>   |  |
| 1. Individua il motivo principale della visita  |  |
| 2. Indica il problema principale del paziente   |  |
| 3. Indica eventuali altri problemi bio-psico-sociali e familiari                              |  |
| 4. Indica la priorità per il medico   |  |
| 5. Indica la priorità del paziente e/o della famiglia   |  |
| 6. Atteggiamento del medico <sup>1</sup>  |  |
| 7. Atteggiamento del paziente <sup>1</sup>  |  |
| 8. Indica eventuali "interferenze" in quel problema e nel caso specifico                      |  |
| 9. Esprimi la tua ipotesi diagnostica sul problema principale preso in esame                  |  |
| 10. Altre ipotesi   |  |
| 11. C'è "negoziazione" delle decisioni sul percorso diagnostico con il paziente?              |  |
| 12. C'è "negoziazione" delle decisioni operative del trattamento                              |  |
| 13. Come si è conclusa la visita:<br>prescrizione di esami, farmaci, consigli, rassicurazione |  |

<sup>1</sup>Vedi Elementi Generali di MG sulla "relazione medico-paziente"

**Osservazione dello studente sul  
paziente**

**Debriefing con il tutor  
commenti e note del tutor**

**Aspetti tecnici e relazionali della visita**

1. Individua il motivo principale della visita

2. Indica il problema principale del paziente

3. Indica eventuali altri problemi bio-psico-sociali e familiari

4. Indica la priorità per il medico

5. Indica la priorità del paziente e/o della famiglia

6. Atteggiamento del medico<sup>1</sup>

7. Atteggiamento del paziente<sup>1</sup>

8. Indica eventuali "interferenze" in quel problema e nel caso specifico

9. Esprimi la tua ipotesi diagnostica sul problema principale preso in esame

10. Altre ipotesi

11. C'è "negoziatura" delle decisioni sul percorso diagnostico con il paziente?

12. C'è "negoziatura" delle decisioni operative del trattamento

13. Come si è conclusa la visita: prescrizione di esami, farmaci, consigli, rassicurazione

**GRIGLIA DI OSSERVAZIONE DI VISITA MEDICA DOMICILIARE, IN PARTICOLARE DEL SETTING**

| <b>Aspetti da considerare</b>   | <b>Caratteristiche e Osservazioni</b> | <b>Dubbi/domande</b> | <b>Ho imparato che...</b> |
|---|---------------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>TIPOLOGIA</b>  |                                       |                      |                           |
| Visita <b>programmata</b> (ADP, ADI I, II, III) od <b>occasionale</b> ?                         |                                       |                      |                           |
| Se occasionale, da chi è stata inoltrata la chiamata?<br>Per quale motivo ha chiamato?          |                                       |                      |                           |
| <b>ACCESSO</b>  |                                       |                      |                           |
| Caratteristiche del contesto domiciliare (igiene, barriere architettoniche...)                  |                                       |                      |                           |
| Come hanno accolto il medico?   |                                       |                      |                           |
| ... e l'infermiere ?  |                                       |                      |                           |
| ... e te, studente?   |                                       |                      |                           |
| <b>VISITA mirata a problema</b>   |                                       |                      |                           |
| Coerenza tra richiesta e motivazione reale  |                                       |                      |                           |
| Problema principale del paziente  |                                       |                      |                           |
| Altri problemi  |                                       |                      |                           |
| Esame clinico:<br>Anamnesi, Esame Obiettivo<br>Ipotesi diagnostica sulla base dei dati rilevati |                                       |                      |                           |
| Peculiarità della visita domiciliare, rispetto a quella ambulatoriale                           |                                       |                      |                           |
| Sono stati prescritti accertamenti  |                                       |                      |                           |

|   |  |
|---|--|
| Sono stati prescritti farmaci<br>(scelta del farmaco,<br>definizione della posologia<br>e della via di<br>somministrazione) |  |
| Condividi la prescrizione?  |  |
| Il medico ha valutato la<br>possibilità del paziente di<br>aderire alla prescrizione?                                       |  |
| <b>ATTIVITÀ</b>   |  |
| Cos'ha fatto il medico?   |  |
| Cos'ha fatto l'infermiere?  |  |
| Cos'hai fatto tu, studente?   |  |
| <b>ATTORI</b>   |  |
| Atteggiamento del medico  |  |
| Atteggiamento del paziente  |  |
| Atteggiamento dei familiari   |  |
| Atteggiamento del<br>caregiver  |  |
| Dinamiche relazionali fra<br>paziente e famiglia  |  |
| Eventuali ostacoli alla<br>relazione  |  |

Altre considerazioni:





## SECONDA SETTIMANA

Obiettivo di apprendimento:

**Osservare, per conoscere il metodo clinico in MG in studio e a domicilio del paziente.**

1. La Relazione Medico Paziente in MG:
2. Osservare, la visita e come avviene *il processo diagnostico e decisionale del mmg.*

### 1. LA RELAZIONE MEDICO – PAZIENTE

Importante ricordare che

- In MG la medicina è “centrata sul paziente” dove hanno pari dignità sia la patologia, in senso biologico, del malato sia il suo vissuto di malattia (illness).
- **In MG il miglior farmaco che si dà in MG è il medico stesso, solo che il paziente non lo sa, e spesso non lo sa neanche il medico, altrimenti lo sapremmo usare meglio!**
- è importante saper essere, l’ascolto e il colloquio (verbale e non verbale)
- **i quattro sensi (vista, udito, olfatto e tatto), per:**
  - **la conferma del sospetto diagnostico già posto spesso al primo minuto della visita,**
  - **il supporto al trattamento:**
- **L’ influenza del setting in cui la relazione avviene**
- **Ascolto attivo del paziente che deve essere reso parte del percorso di cure.**

**È diverso**

1. **visitare il paziente in studio rispetto**  
al suo domicilio
2. la presenza durante la visita di una terza persona (collaboratrice di studio, studente, tirocinante, ecc...) o del familiare, o del telefono...
3. l’influenza del setting “esterno”: LO SCENARIO, che è quello della “Primary Care” come lo definiscono in lingua anglosassone, cioè l’INTERFACCIA fra società e le cosiddette” cure secondarie” (Ospedale, Specialistica).

*le schede riassuntive individuali da compilare dallo studente durante l’attività in studio, paziente per paziente (come spunto di riflessione e di discussione successivamente con il tutor e nei seminari nell’attività didattica sulla relazione Medico /Paziente e il PROCESSO DECISIONALE del medico, facilita l’osservazione della relazione fra medico e paziente in MG).*

**OSSERVARE E RILEVARE, NEL CORSO DELLA SETTIMANA DIDATTICA, LE  
CARATTERISTICHE DELLA RELAZIONE MEDICO PAZIENTE IN STUDIO E A DOMICILIO**

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

Griglia di osservazione del paziente per lo studente, da compilare durante la visita, paziente per paziente, per esplorare i problemi

| Aspetti tecnici e relazionali della visita   | I paziente | II paziente |
|--|------------|-------------|
| 1 –Individua il motivo principale della visita   |            |             |
| 2 –indica il problema principale del paziente  |            |             |
| 3- Indica eventuali altri problemi bio-psico-sociali e familiari                             |            |             |
| 4- indica la priorità per il medico  |            |             |
| 5-indica la priorità del paziente e/o della famiglia   |            |             |
| 6 - atteggiamento del medico <sup>1</sup>  |            |             |
| 7 - atteggiamento del paziente <sup>2</sup>  |            |             |
| 8- indica eventuali “interferenze” in quel problema e nel caso specifico                     |            |             |
| 9- Esprimi la tua ipotesi diagnostica sul problema principale preso in esame                 |            |             |
| 10– la tua ipotesi coincide con quella del tutor?  |            |             |
| 11 – c’è “negoiazione” delle decisioni sul percorso diagnostico con il paziente?             |            |             |
| 12 – c’è “negoiazione” delle decisioni operative del trattamento                             |            |             |
| 13-Come si è conclusa la visita:<br>prescrizione di esami, farmaci, consigli, rassicurazione |            |             |

<sup>1</sup>vedi Elementi Generali di MG sulla “relazione medico-paziente”

<sup>2</sup> vedi Elementi Generali di MG sulla “relazione medico-paziente”

**Griglia di osservazione del paziente per lo studente, da compilare durante la visita e durante il debriefing con il tutor , per esplorare i problemi del paziente**

| <b>Aspetti tecnici e relazionali della visita</b>  | <b>Osservazione dello studente sul paziente</b> | <b>Debriefing con il tutor: commenti del tutor sul paziente</b> |
|--|---|---|
| 1 –Individua il motivo principale della visita   |   |   |
| 2 –indica il problema principale del paziente  |   |   |
| 3- Indica eventuali altri problemi bio-psico-sociali e familiari                             |   |   |
| 4- indica la priorità per il medico  |   |   |
| 5-indica la priorità del paziente e/o della famiglia   |   |   |
| 6 - atteggiamento del medico <sup>2</sup>  |   |   |
| 7 - atteggiamento del paziente <sup>3</sup>  |   |   |
| 8- indica eventuali “interferenze” in quel problema e nel caso specifico                     |   |   |
| 9- Esprimi la tua ipotesi diagnostica sul problema principale preso in esame                 |   |   |
| 10– Altre ipotesi diagnostiche   |   |   |
| 11 – c’è “negoiazione” delle decisioni sul percorso diagnostico con il paziente?             |   |   |
| 12 – c’è “negoiazione” delle decisioni operative del trattamento                             |   |   |
| 13-Come si è conclusa la visita:<br>prescrizione di esami, farmaci, consigli, rassicurazione |   |   |

<sup>2</sup>vedi Elementi Generali di MG sulla “relazione medico-paziente”

<sup>3</sup> vedi Elementi Generali di MG sulla “relazione medico-paziente”

**GRIGLIA DI OSSERVAZIONE DI VISITA MEDICA DOMICILIARE PER STUDENTE  
DEL VI ANNO**

| <b>Aspetti da considerare</b>   | <b>Caratteristiche e Osservazioni</b> | <b>Dubbi/domande</b> | <b>Ho imparato che...</b> |
|---|---------------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>TIPOLOGIA</b>  |                                       |                      |                           |
| Visita <b>programmata</b> (ADP, ADI I, II, III) od <b>occasionale</b> ?                         |                                       |                      |                           |
| Se occasionale, da chi è stata inoltrata la chiamata? Per quale motivo ha chiamato?             |                                       |                      |                           |
| <b>ACCESSO</b>  |                                       |                      |                           |
| Caratteristiche del contesto domiciliare (igiene, barriere architettoniche...)                  |                                       |                      |                           |
| Come hanno accolto il medico ?  |                                       |                      |                           |
| ... e l'infermiere ?  |                                       |                      |                           |
| ... e te, studente ?  |                                       |                      |                           |
| <b>VISITA mirata a problema</b>   |                                       |                      |                           |
| Coerenza tra richiesta e motivazione reale  |                                       |                      |                           |
| Problema principale del paziente  |                                       |                      |                           |
| Altri problemi  |                                       |                      |                           |
| Esame clinico:<br>Anamnesi, Esame Obiettivo<br>Ipotesi diagnostica sulla base dei dati rilevati |                                       |                      |                           |
| Peculiarità della visita domiciliare, rispetto a quella ambulatoriale                           |                                       |                      |                           |
| Sono stati prescritti accertamenti  |                                       |                      |                           |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Sono stati prescritti farmaci (scelta del farmaco, definizione della posologia e della via di somministrazione) |  |  |  |
| Condividi la prescrizione?  |  |  |  |
| Il medico ha valutato la possibilità del paziente di aderire alla prescrizione?                                 |  |  |  |
| <b>ATTIVITÀ</b>   |  |  |  |
| Cos'ha fatto il medico?   |  |  |  |
| Cos'ha fatto l'infermiere?  |  |  |  |
| Cos'hai fatto tu, studente?   |  |  |  |
| <b>ATTORI</b>   |  |  |  |
| Atteggiamento del medico  |  |  |  |
| Atteggiamento del paziente  |  |  |  |
| Atteggiamento dei familiari   |  |  |  |
| Atteggiamento del caregiver   |  |  |  |
| Dinamiche relazionali fra paziente e famiglia   |  |  |  |
| Eventuali ostacoli alla relazione   |  |  |  |

Altre considerazioni

-----

-----

-----

-----



e risultati degli esami, quindi

- definizione della prognosi e del trattamento

.... al ritorno a casa cosa succederà al paziente? Non si sa!

Cosa ha capito?

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

Quale compliance?

L'obiettivo di tale metodo 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 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.

la negoziazione non è indice di conflitto, come 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.

Essendo la MG una medicina "povera" di tecnologia diagnostica, con la necessità di dare sempre una prima risposta al problema del paziente, l'atto centrale dell'attività del medico, al quale si applica il metodo, è la VISITA

con aspetti tecnici e relazionali

- ❖ con gli antecedenti (esplorare le idee di salute del paziente) e la rete relazionale in cui il paziente è inserito
- ❖ il processo (i momenti in cui si svolge la visita vera e propria, dalla accoglienza al commiato) con la negoziazione
- ❖ le sue conseguenze
  1. immediate – la soddisfazione del paziente
  2. a medio termine – la compliance
  3. il cambiamento dello stato di salute

Le peculiarità della MG che rendono difficile l'utilizzo del metodo tradizionale e devono essere oggetto di osservazione e di conoscenza sul campo da parte dello studente perché possono influenzare i successi dell'intervento del medico (e non solo del MMG) sono:

1 - 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



È fondamentale per lo studente **osservare la visita il più accuratamente e attentamente possibile**. Uno strumento efficace, già sperimentato, durante l’anno accademico 2002-2003, è la *griglia* che è **uno strumento didattico attraverso il quale il tutor permette allo studente di:**

- Osservare in modo attivo la visita (alla “presenza del paziente”).
- Avere una pista di riflessione e discussione con il tutor (al termine della visita, senza il paziente)
- Avere una guida per un confronto tra docente e discente.

2- Uno strumento valutativo per il tutor per l’osservazione/valutazione dello studente sul campo, per un riscontro dell’apprendimento, durante la frequenza.

N.B.: la stessa griglia, è utilizzata a scopo valutativo medico-tutor, osservando lo studente mentre visita il paziente (alla sua presenza o eventualmente registrando o video-registrando ma bisogna chiedere il consenso al paziente).

La griglia didattica può essere utilizzata durante la visita

- In studio
- A domicilio.

Durante la visita in studio può distinguere ed osservare fasi (di seguito elencate), dove si possono riconoscere:

- Aspetti prevalentemente tecnici (durante l'esame clinico del paziente, osservando il metodo)
- Aspetti prevalentemente relazionali.

**GRIGLIA DI ANALISI DELLA VISITA (ASPETTO TECNICO E RELAZIONALE): CI SONO GLI ASPETTI SOTTOELENCATI DURANTE L'ESECUZIONE DELLA VISITA?**

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

**GRIGLIA A: OSSERVAZIONE DEL MEDICO TUTOR (ASPETTO RELAZIONALE),**

| Aspetti da osservare (gli atteggiamenti verbali e non verbali)   | Si/no |
|--|-------|
| <p>Come accoglie il paziente alla porta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nel salutarlo gli porge o no la mano</li> <li>➤ lo guarda in viso</li> <li>➤ si siede di fronte a lui</li> <li>➤ usa con discrezione il computer</li> <li>➤ gestisce le interferenze (telefono, interruzioni della segretaria...) senza perdere la relazione con il paziente</li> </ul> |       |
| <p><b>conduzione del colloquio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ sa ascoltare in silenzio (quanti secondi)</li> <li>➤ si mostra interessato</li> <li>➤ interrompe spesso il paziente</li> </ul>   |       |

|   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ cerca di usare frasi di incoraggiamento</li> <li>➤ pone domande aperte</li> <li>➤ pone domande chiuse</li> </ul>           |  |
| Riconosce e controlla i propri sentimenti   |  |
| Riconosce e manifesta al paziente i propri sentimenti   |  |
| Riconosce e comprende i sentimenti del paziente   |  |
| Spiega al paziente le manovre che fa durante la visita, mettendolo a proprio agio durante la visita   |  |
| La decisione avviene dopo contrattazione col paziente   |  |
| Al momento del congedo fa un breve sunto del colloquio, facendo risaltare i punti principali dell'incontro, mostrando di aver ben compreso il problema del paziente |  |

**GRIGLIA B: OSSERVAZIONE DEL MEDICO TUTOR DAL PUNTO DI VISTA CLINICO-  
METODOLOGICO**

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

**GRIGLIA PER L'OSSERVAZIONE DEL PAZIENTE: L'ASPETTO RELAZIONALE**

| <b>aspetti da osservare</b>  | <b>Si/no,</b> |
|--|---------------|
| esprime imbarazzo con l'atteggiamento del corpo                                |               |
| si veste in maniera trascurata   |               |
| è accompagnato   |               |
| si mostra imbarazzato dalla presenza dello studente                            |               |
| al contrario "si esibisce"   |               |
| Ha difficoltà a esprimersi a parole, ripete sempre alcune parole (interazioni) |               |
| Mostra di comprendere ciò che dice il medico                                   |               |
| pone domande al medico   |               |
| pone domande allo studente   |               |

|  |  |
|--|--|
| È in accordo con le proposte del medico    |  |
| ha reazioni adeguate alle notizie ricevute |  |

**GRIGLIA DI OSSERVAZIONE GUIDATA PER RILEVARE ELEMENTI OSSERVATI NEL  
PAZIENTE ALLA PRESENZA DEL FAMILIARE**

| Elementi da osservare   | paziente | medico | famigliare |
|---|----------|--------|------------|
| Il problema prioritario   |          |        |            |
| Altro problema importante   |          |        |            |
| Sintomo prevalente  |          |        |            |
| Il vissuto: emergono emozioni, paure, segni di disagio  |          |        |            |
| c'è una relazione terapeutica<br>( <i>medico come farmaco</i> , parola chiave)  |          |        |            |
| Punti di forza  |          |        |            |
| Punti di debolezza/criticità  |          |        |            |
| Proposte di soluzione<br>(nei panni del medico di famiglia, del paziente e del familiare): farmaci, consigli, supporto non farmacologico... |          |        |            |
| La cosa che più ti ha colpito e perché  |          |        |            |
| Aspetto/elemento appreso dal caso osservato   |          |        |            |

**GRIGLIA DI OSSERVAZIONE DELLA VISITA DOMICILIARE  
PROPOSTA DI OSSERVAZIONE DELL'URGENZA E DELLA NECESSITÀ DELLA VISITA A  
DOMICILIO**

| <b>osservazione dell'aspetto relazionale e metodologico</b>   |  |
|---|--|
| osservare l'urgenza e la necessità  |  |
| raccogliere (anche telefonicamente) le informazioni per decidere se c'è urgenza                                   |  |
| fare una valutazione dell'ambiente  |  |
| fare una valutazione dei famigliari   |  |
| condurre un Colloquio col paziente e con il familiare   |  |
| riconoscere chi è il care giver   |  |
| valutare l'ambiente del paziente  |  |
| osserva e riflette sulla relazione con le altre figure presenti a domicilio: parenti, vicini di casa, infermieri. |  |
| propone esami, biumorali e strumentali  |  |
| propone terapie mirate  |  |
| propone consulenze o ricovero pertinenti al caso e all'urgenza  |  |
| effettua una: sintesi organizzativa e conclusiva  |  |

## AUTOVALUTAZIONE DELL' EMOTIVITÀ

Griglia per indagare le proprie capacità comunicative e le emozioni derivate dalla situazione vissuta accanto al paziente. (Deve essere utilizzata per riflettere i propri punti di forza e di debolezza).

Legenda    1 = quasi mai,    2 = a volte    3 = piuttosto spesso    4 = la maggior parte delle volte

|  | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|
| La situazione ti ha suscitato ricordi di storie analoghe di altri pazienti conosciuti                |   |   |   |   |
| La storia ti ha suscitato ricordi di storie analoghe di tuoi familiari                               |   |   |   |   |
| Hai provato imbarazzo e/o disagio per la sofferenza emersa dal racconto della storia del paziente    |   |   |   |   |
| Hai rilevato dai messaggi non verbali stati d'animo legati alla sofferenza della malattia            |   |   |   |   |
| Emerge un disagio non legato alla malattia ma al clima familiare e sociale                           |   |   |   |   |
| Mi sono messo nei panni del malato   |   |   |   |   |
| Mi sono messo nei panni del mio tutor  |   |   |   |   |
| Mi sono messo nei panni del familiare  |   |   |   |   |
| <u>Sarei</u> stato capace di controllare le mie emozioni.  |   |   |   |   |
| Ho avvertito una barriera fra me e il paziente   |   |   |   |   |
| <u>Sarei</u> stato in grado di ascoltare la storia senza preoccuparmi del tempo                      |   |   |   |   |
| Ho provato sentimenti di compassione per il paziente   |   |   |   |   |
| Ho provato sentimenti di compassione per il familiare/i  |   |   |   |   |
| Ho provato sentimenti di condivisione/alleanza con il mio tutor quando l'ho accompagnato alle visite |   |   |   |   |

## COMPITI ED ESERCITAZIONI PER LO STUDENTE

(da svolgere da solo o in piccoli gruppi)

**Osserva e formula un piano di cure primarie appropriato per un paziente**

**con**

- eritema del viso
- prurito
- arrossamento oculare
- stress
- depressione
- insonnia
- menopausa
- “giramento di testa”
- astenia
- calo ponderale
- il genitore con demenza
- problemi sociali
- che ha bisogno di consigli sul come mantenere la propria salute
- malattia terminale
- che richiede consigli su come vivere con una malattia che provoca limitazioni funzionali
- mal di testa
- obesità
- difficoltà di digestione
- stipsi
- al primo riscontro di ipertensione
- iperglicemia ripetuta
- problemi sociali
- dispnea acuta
- una colica addominale che necessita di ricovero ma che lo rifiuta
- mal di schiena e blocco funzionale

**Individua fra questi almeno 3 problemi di Medicina Generale, e di questi indica:**

- *priorità cliniche,*
- *eventuali esami di primo livello da richiedere,*
- *primo trattamento.*

Piano di cure primarie appropriato per \_\_\_\_\_

—

- *priorità cliniche,*
- *eventuali esami di primo livello da richiedere,*
- *primo trattamento.*

Piano di cure primarie appropriato per \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Piano di cure primarie appropriato per: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Piano di cure primarie appropriato per \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## QUARTA SETTIMANA

### CONOSCERE L'ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ del MG

La qualità del lavoro del medico è influenzata da

- Le abilità diagnostiche e relazionali del medico
- Da come il medico, da bravo regista, nel SSN sa utilizzare le strutture e le tecniche di “montaggio” e” sceneggiatura”, e come sa destreggiarsi dietro le quinte può portare ad ottimizzare il suo lavoro.
- Così gli strumenti che il MMG usa, come li usa, quando li usa (anche se sono ausili poveri rispetto alle strumentazioni e all’alta tecnologia usati in ospedale...)
- L’uso della cartella clinica informatizzata “per problemi” e dalla registrazione/aggiornamento dei dati
- Dall’uso dei dati per il self audit e l’audit con i colleghi del NCP e Medicina di Gruppo
- dal contesto organizzativo in cui opera (rete delle cure primarie e Nuclei di Cure Primarie)
- dal modello organizzativo scelto (da solo, “medicina in rete”, in “Medicina di gruppo”, “Casa della salute”)
- dal personale di studio che collabora all’attività professionale (segretaria, infermiera, collaboratore medico)

Come l'organizzazione dell'attività del MG può essere osservata e appresa dallo studente?

Con

- E) l’uso di griglie per l'osservazione e la rilevazione della metodologia di lavoro del MMG
- F) Scheda dei Pazienti: cartella clinica orientata per problemi (CMOP)

GRIGLIE DI OSSERVAZIONE dell’attività **PER PERMETTERE DI OSSERVARE:**

1. L'ATTIVITA' IN STUDIO
2. L'ATTIVITA' nel luogo in cui vive il paziente
  - a. A DOMICILIO, per un problema acuto e o un problema cronico
  - b. presso strutture protette
  - c. nei contatti con i servizi di secondo livello.

#### **1 - in studio**

Nell’ambito dell’attività in studio far osservare:

**come è l'accesso allo studio:**

- a. accesso libero
- b. accesso per appuntamento, con o senza personale ausiliario

**come è il Personale di studio e quali mansioni ha:**

- di segreteria
- di infermiere
- di collaboratore medico

**come avviene la suddivisione dell'attività ambulatoriale**, se vi sono fasce orarie dedicate a:

- c. patologie specifiche (*ambulatorio per patologie e problemi*, ad esempio diabete)
- d. progetti preventivi ed educativi
- e. ricerche epidemiologiche e sperimentazioni farmaci, Audit

**come avvengono i contatti con altri operatori** medici e non (infermieri, Operatori socio-assistenziale, assistenti sociali) coinvolti nell'assistenza dei **pazienti in Assistenza Integrata**.

**Come è organizzata la "borsa del medico"**

**Come avviene la raccolta dei dati: la cartella per problemi (CMOP)**

**Come è la distribuzione degli spazi e dei locali dello studio medico**

## SCHEDA A

ATTIVITA' IN STUDIO

1. **Quante visite ha eseguito il medico?**
  
2. **di queste, quante in libero accesso?**
  
3. **quanto tempo medio di attesa?**
  
4. **di queste, quante su appuntamento?**  
**quanto tempo medio di attesa?**

**con quale modalità è stata prenotata la visita?**

- direttamente
- per telefono
- tramite la segretaria
- attraverso la segreteria telefonica
- su accordi presi durante una precedente visita in studio
- in altri modi \_\_\_\_\_

**Quante di queste visite avevano carattere di urgenza (non differibili)?**

**Quanti contatti (per 'contatti' si intendono tutti i diversi motivi di consultazione del medico, ovvero consulti telefonici, ricette, certificati, prescrizioni di accertamenti diagnostici, ecc.)?**

**se presente personale, quanti di questi contatti sono stati risolti dallo stesso?**

- informazioni telefoniche
- ricettazione
- certificazione
- prescrizione di accertamenti diagnostici

**se presente personale infermieristico, quali prestazioni sanitarie sono state**

con il medico

senza il medico

se esistono dei momenti di briefing e debriefing, settimanali o mensile, con rilevazione degli aspetti positivi, quelli critici

se c'è confronto con altri "infermiere di famiglia"

**Quali attività sono eseguite dall'infermiere, in studio e a domicilio?**

- Triage degli accessi dei pazienti
- misurazione T.A.
- esecuzione di iniezioni i.m. / vaccinazioni
- medicazioni
- sterilizzazione dei materiali
- attività educative/preventive

**È prevista l'organizzazione dell'ambulatorio per patologie croniche?**

[ ]si [ ]no

**Se sì, per quali patologie?**

- diabete
- ipertensione
- scompenso cardiaco
- obesità
- malattie croniche respiratorie
- patologia psichiatrica
- altro: \_\_\_\_\_

**È prevista l'organizzazione di progetti specifici di prevenzione, educazione sanitaria e terapeutica?**

[ ]si [ ]no

**Se sì, quali?**

- vaccinazioni
- progetti antifumo
- obesità
- altro: \_\_\_\_\_

**È prevista la partecipazione a ricerche?**

[ ]si [ ]no

**Se sì, di che tipo?**

- epidemiologico
- sperimentazione di farmaci
- ricerche qualitative sulla soddisfazione dei pazienti...

**È previsto un tempo da dedicare alla comunicazione con i colleghi specialisti consulenti?**

[ ]si [ ]no

**Se sì, come avviene?**

- telefono
- incontro in ambulatorio del mmg e/o dello specialista
- al domicilio del paziente
- in ospedale
- altro: \_\_\_\_\_

**È previsto un tempo per comunicare con operatori dei servizi (es. ass. sociali, adb, infermieri)?**

[ ]si [ ]no

**Se si, di che tipo?**

al PUA (punto unico di accoglienza)

telefono

incontro in ambulatorio del mmg

al domicilio del paziente

in ospedale

altro: \_\_\_\_\_

**È previsto un tempo per ricevere gli Informatori Farmaceutici?**

## L'ATTIVITÀ DOMICILIARE

**Del tutto specifica e peculiare dell'attività del MMG è l'assistenza domiciliare, dove il paziente è a casa sua, nel suo mondo, e si manifesta con tutto ciò che lo circonda e può influenzare il suo benessere\malessere.**

**A volte, anche se non chiamato, bisognerebbe recarsi nella casa del paziente per vedere come, dove e con chi vive il nostro paziente!**

**Egli è in atteggiamento completamente diverso rispetto a quando va in ospedale o in studio, e questo influenza la relazione Medico –Paziente e l'organizzazione del lavoro.**

### SCHEDA B

#### ATTIVITA' DOMICILIARE

##### Come è stata prenotata la visita domiciliare?

- direttamente
- per telefono
- tramite la segretaria
- attraverso la segreteria telefonica
- su accordi presi durante una precedente visita a domicilio
- in altri modi: \_\_\_\_\_

##### La richiesta di visita domiciliare urgente era pertinente e giustificata dalla gravità del caso?

- secondo te [ ]si [ ]no
- secondo il medico [ ]si [ ]no
- secondo i familiari [ ]si [ ]no

##### La richiesta è stata svolta con tempestività? [ ]si [ ]no

##### Quante e quali visite sono state effettuate per:

- a. patologie acute.  
N°\_\_\_// tipo\_\_\_\_\_
- b. patologie croniche riacutizzate.  
N°\_\_\_// tipo\_\_\_\_\_
- c. patologie croniche disabilitanti in assistenza programmata.  
N°\_\_\_// tipo\_\_\_\_\_
- d. patologie croniche invalidanti in 'assistenza integrata'.

N° \_\_\_\_// tipo \_\_\_\_\_

-con infermiera? [ ]si [ ]no

-con consulenti? [ ]si [ ]no

e. patologie gravi in paziente terminale.

N° \_\_\_\_// tipo \_\_\_\_\_

-con infermiera? [ ]si [ ]no

#### **Che tipo di intervento ha effettuato il medico?**

- prescrizione di farmaci, di accertamenti o consulenze specialistiche
- controllo clinico generale o specifico per la patologia lamentata
- Esecuzione di terapie parenterali (ev o im) o medicazioni
- rassicurazione dei pazienti e della famiglia
- richiesta di ricovero, controllo post ricovero...
- altro

#### **Che tipo di intervento ha effettuato l'infermiera del medico?**

- Monitoraggio Pressione arteriosa e altri parametri per pazienti fragili e con equilibrio instabile
- Esecuzione di terapie parenterali (ev o im)
- Esecuzione di medicazioni
- rassicurazione dei pazienti e della famiglia

## SCHEDA C

### Caratteristiche dello studio Medico:

- lo studio è in regola secondo le norme di convenzione?
- è decoroso?
- ha un'ideale strumentazione?
- è facilmente accessibile alle persone anziane e disabili?
- è idoneo all'insegnamento?
- è insonorizzato per il rispetto della privacy?
- altro

### DOTAZIONI DELLO STUDIO MEDICO

#### Quali strumenti e materiali ritieni che siano indispensabili per lo studio medico?

- torcia luminosa
- bilancia pesa persone con altimetro
- fonendoscopio
- sfigmomanometro
- otoscopio,
- oftalmoscopio
- pallone di Ambu
- mini-doppler
- spirometro
- saturimetro
- elettrocardiografo
- ecografo
- dermatoscopio
- sterilizzatrice
- frigorifero
- ferri chirurgici per medicazioni e suture
- martelletto
- diapason
- metro
- abbassalingua
- altri: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

---

---

**Quali strumenti e materiali ritieni siano indispensabili per la borsa del medico da portare al domicilio del paziente?**

- siringhe
- fonendoscopio
- sfigmomanometro
- termometro
- martelletto
- otoscopio, oftalmoscopio
- laccio emostatico
- torcia luminosa
- abbassalingua
- glucometro
- ossimetro
- sticks diagnostici
- PC portatile
- Tablet
- elettrocardiografo
- altri: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

## CARTELLA CLINICA ORIENTATA PER PROBLEMI (CMOP)

I sintomi delle persone che si “sentono” malate, non sono organizzati e il paziente li presenta, mescolati a tante sensazioni, interpretazioni, vissuti spesso come PROBLEMI, o così ce li presenta!

Mentre il paziente ci racconta, vengono nella nostra mente una serie di pensieri e di ipotesi che vanno organizzate e trasferite in azioni mirate.

*La lista dei problemi*, che lo studente ritrova nella CMOP durante il tirocinio, gli permette di avere un quadro generale del paziente in ogni momento e permette dunque di insegnare un approccio globale al paziente/persona. Questo è oggi fondamentale, e non solo nella MG, perché sempre di più il medico, (anche se lo studente non farà il MMG), ha in cura pazienti anziani in cui patologie croniche di varia natura coesistono e interferiscono fra di loro in varia misura, per cui in ogni valutazione clinica e decisione terapeutica è fondamentale avere presente la complessità del quadro.

Ecco perchè l'**organizzazione della cartella clinica per problemi** (CMOP) è adeguata alla realtà della medicina generale, tanto da esserne una caratteristica peculiare. Rappresenta pertanto un importante strumento per illustrare il peculiare approccio al paziente della Medicina generale: *olistico, per problemi, continuato nel tempo*.

Per ogni problema si apre una pagina **SOVP** (**S**oggettività, **O**ggettività, **V**alutazione, **P**iano terapeutico);

questa pagina aiuta lo studente ad analizzare il problema nelle sue varie componenti, a valutarle e a dare una risposta:

- soggettività del paziente come sintomi o problemi riportati,
- oggettività come segni oggettivi riscontrati durante la visita medica,
- la valutazione come giudizio che si è fatto il medico che prenderà poi
- una conseguente decisione. Addestrare lo studente alla compilazione di questa pagina è uno strumento per avvicinarlo al metodo clinico.

NUOVO PROBLEMA

CONTROLLO / PREVENZIONE

MANIFESTAZIONE MALATTIA

CERTIFICATI / RICETTE

DEFINIZIONE PROBLEMA

PROBLEMI FREQUENTI

PROBLEMA ICD IX

| ▾ |

AGGIUNGI | ▾ |

| SOGGETTIVITA'       |
|---------------------|
| DATA                |
| OGGETTIVITA'        |
| DATA                |
| PIANO DI INTERVENTO |
| DATA                |

| SEGUITO / ASSISTITO DA  |
|---|
| NOME  |
| VALUTAZIONE / NOTE  |
| DATA  |
| INIZIO   DATA     anni   evidenzia<br>attivo<br>lungo termine |
| diagnosi   sospetto   non confermato                          |



## LINEE GUIDA PER SCRIVERE UNA “narrazione”

### Come e cosa.

Riportare una storia del paziente e/o della famiglia del paziente in cui ci sia

- Un protagonista/protagonisti, non solo la sua malattia, **con i dati anamnestici clinici e strumentali** ma anche il vissuto della persona (il malato, la famiglia, il medico, il vicino di casa, l'infermiere, la segretaria dello studio...)
- le caratteristiche del protagonista che identifichino il suo tipo di personalità, stile, carattere, lavoro, e il suo modo di porre il problema
- uno scenario, perché ogni storia è inserita: cioè un contesto, familiare/sociale, domiciliare o ambulatoriale
- Il problema/i problemi di salute  
(dare i dati anamnestico / clinico e strumentali per la diagnosi)
- eventuali problemi socio-familiari
- trattamenti farmacologici la prescrizione, la negoziazione e l'aderenza o meno al trattamento
- se emergono priorità del medico e le priorità del paziente, se sono diverse o se coincidono
- se emergono le aspettative che ha il paziente nei confronti della visita
- se emergono eventuali emozioni provate dallo studente durante l'incontro e il confronto con quella storia e quella malattia
- ci sono quesiti non risolti del caso e le possibili risposte,  
«se foste stati voi il medico»
- sintesi finale e riflessione

## Bibliografia

- 1) Gamberoni L., Marmo G., et al *“Apprendimento clinico, riflessività e tutorato. Metodi e strumenti della didattica tutoriale per le professioni sanitarie”*, EdiSES, Napoli 2009.
- 2) Guilbert J.J. *Guida pedagogica per il personale sanitario*. Edizioni dal Sud, Bari, 2002.
- 3) Mortari L. *Apprendere dall’esperienza. Il pensare riflessivo nella formazione*. Carocci Editore, Roma 2007.
- 4) Sasso L., Lotti A., Gamberoni L. *Il tutor per le professioni sanitarie*. Carocci Editore, Roma, 2003.
- 5) Zanini L. *La tutorship nella formazione degli adulti. Uno sguardo pedagogico*. Guerini Scientifica, Milano, 2005.
- 6) Padula M.S., Tomasi A, *Manuale dello Studente e del Tutor*, Ed.Athena, 2003.

## Esempio di compilazione griglia

|   | Osservazione dello studente sul paziente   | Debriefing con il tutor<br>commenti e note del tutor   |
|---|--|--|
| <b>Aspetti tecnici e relazionali della visita</b>               |  |  |
| 1. Individua il motivo principale della visita                  | Arriva in ambulatorio per parlare della situazione del padre il quale sta seguendo un percorso di terapia per una neoplasia polmonare a cattiva prognosi   | Il vero motivo era verosimilmente trovare conforto alla situazione per soffrire di meno parlando del padre   |
| 2. Indica il problema principale del paziente                   | Si interroga se sia meglio che il padre continui la chemioterapia, cominci i farmaci biologici oppure un percorso di palliazione. Inoltre, si chiede se sia il caso o meno di informare il padre completamente sulla sua situazione  | Capire con l'aiuto del medico quale sia in quel momento la cosa più giusta da fare   |
| 3. Indica eventuali altri probemi bio-psico-sociali e familiari | Inizialmente giunge per parlare del padre e non di se. Si capisce poi che è il paziente sesso a chiedere aiuto soprattutto per la situazione, che gli provoca ansia, e secondariamente per la propria salute fisica, anche se per problemi clinicamente irrilevanti                        | Padre ansioso del suo stato, paziente e madre del paziente molto preoccupati   |
| 4. Indica la priorità per il medico                             | Convincere il paziente che è bene che il padre sappia la verità, nonostante l'ansia che potrebbe provocargli, ed insegnare al paziente come comunicare gradualmente secondo le necessità che si presentano. Aiutare il paziente a gestire la situazione mantenendo l'alleanza terapeutica. | Trovare l'alleanza per la cura del padre del paziente, anche nella peggiore delle ipotesi che si potrebbe presentare, cioè l'inutilità delle terapie. Mantenere l'equilibrio psico-fisico del paziente stesso. |
| 5. Indica la priorità del paziente e/o della famiglia           | Sapere come comportarsi con il padre e nella situazione in generale  |  |
| 6. Atteggiamento del medico                                     | Stare dalla parte del paziente, che è colui su cui si può lavorare sia a livello terapeutico sia con un atteggiamento psicologico adeguato   | Non rompere l'alleanza   |

|  |  |  |
|--|--|--|
| 7. Atteggiamento del paziente  | Scettico, sembra rimanere sulla sua idea di non dover dare spiegazioni al padre. Al contrario appare preoccupato per la sua situazione di salute pur non avendo problemi clinicamente rilevabili   | Il paziente porta una richiesta di aiuto   |
| 8. Indica eventuali "interferenze" in quel problema e nel caso specifico                   | Contesto della malattia del padre che mette in secondo piano lo stato d'ansia e preoccupazione del paziente, che è colui che al momento ha bisogno di aiuto  |  |
| 9. Esprimi la tua ipotesi diagnostica sul problema principale preso in esame               | Stato di agitazione ed ansia del paziente  |  |
| 10. Altre ipotesi  |  |  |
| 11. C'è "negoziazione" delle decisioni sul percorso diagnostico con il paziente?           | Si cerca un modo per parlare con il padre in maniera adeguata, mettendolo al corrente della situazione reale, ci saranno infatti svolte della malattia di cui altrimenti si accorgerà da solo. Si spiega la possibilità di attivazione di ADI e l'opportunità dell'Hospice |  |
| 12. C'è "negoziazione" delle decisioni operative del trattamento                           | Si dà la terapia necessaria, si aggiungono poi esami diagnostici apparentemente non appropriati, visto che non sono presenti sintomi obiettabili ad eccezione dello stato di ansia   | Negoziazione per cercare di mantenere il rapporto di fiducia   |
| 13. Come si è conclusa la visita: prescrizione di esami, farmaci, consigli, rassicurazione | Adeguamento della terapia farmacologica ansiolitica e antidepressiva; prescrizione di: <ul style="list-style-type: none"> <li>- RX costale (per dolore parietale toracico)</li> <li>- Esami ematici: GOT, GPT, PSA TSH reflex, Creatinina</li> </ul>                       | Prescrizione di esami non adeguati per il SSN, ma che acquistano adeguatezza qualora aiutino a mantenere l'equilibrio psicologico del paziente e l'alleanza terapeutica. È un atteggiamento di rassicurazione. |

