

cure primarie: vanno insegnate prima

Atre anni dall'inizio dell'esperienza come tutor per l'università, alcuni colleghi riuniti nella Associazione medici 58, che da un decennio si occupa di aggiornamento professionale, si sono trovati per trarre un bilancio di questa nuova incombenza che ha coinvolto la medicina generale. L'invito a fare il tutor, originariamente esteso a tutti i colleghi, è stato recepito solo da una minoranza: ha forse spaventato i più la paura di non essere all'altezza del compito, associata a una ritrosia propria della medicina generale italiana ad aprire le porte del proprio modo di lavorare ad estranei.

I punti da cui partire per una analisi della situazione sono diversi.

Il primo riguarda la rappresentazione della medicina generale nel percorso formativo dello studente: sembra giunto il momento di proporla anche in fase precoce nell'ambito del corso di studi, senza attendere le scadenze ministeriali, per l'indubbio vantaggio che dà la conoscenza delle strategie di problem-solving e di counselling qualunque sia la specialità cui il futuro medico vorrà dedicarsi. Infatti, ancora oggi l'università propone un modello di didattica centrato sulla nosografia tradizionale, preparando i futuri medici più per quadri ste-

reotipati che per situazioni cliniche contestualizzate. La sensazione di molti colleghi tutor è che la maggior parte degli studenti riscopra l'essenza profonda della medicina proprio nell'ambulatorio del medico di famiglia. La centralità della relazione medico paziente, la raccolta «in progress» dell'anamnesi, l'utilizzo della semeiotica fisica, in mancanza dei supporti diagnostici strumentali tipici dell'ospedale, la solitudine decisionale, la necessità di fornire una spiegazione plausibile al paziente nei dieci, quindici minuti della consultazione, rendono per certi versi affascinante il nostro lavoro, ma fanno anche sì che molti scartino la possibilità di sceglierlo. Se nel corso degli studi fosse data loro la possibilità di conoscere per gradi la medicina del territorio, probabilmente qualcuno orienterebbe i propri studi verso questa possibilità lavorativa. La proposta è di iniziare al terzo anno a proporre la prospettiva della medicina generale in merito a patologie di grande impatto sociale (ipertensione, diabete, artrosi, depressione, patologie infettive), creando la tanto auspicata sintesi della medicina ospedaliera con quella del territorio e migliorando l'attuale didattica in merito alla capacità condurre un'anamnesi o di adeguarsi a modelli

comportamentali differenti rispetto al paziente ricoverato in ospedale e differenti a seconda del contesto socio culturale (aree urbane, suburbane, rurali). Sarebbe poi necessario puntare fin dai primi anni del corso di laurea a conoscenze elementari in ambito farmacologico (molecole di uso frequente nelle grandi patologie croniche) alla conoscenza della questione della gestione delle risorse e del funzionamento del SSN, e di elementi di base dell'EBM. La costituzione di un dipartimento di medicina generale sarebbe poi importante per il coinvolgimento dei colleghi che volontariamente e gratuitamente dedicano ora parte del tempo all'insegnamento.

Andrebbe trovato uno spazio protetto nell'orario lavorativo convenzionale e una giusta retribuzione dell'impegno offerto dai colleghi: vi è un aggravio di tempo ed energia e la presenza di persone estranee al consueto setting ambulatoriale interrompe spesso la consultazione per chiarimenti e delucidazioni, mettendo alla prova il rapporto con i pazienti.

Andrea Mangiagalli

MEDICINA GENERALE
PIOLTELLO (MI)

Pronto soccorso? No, pronto mmg

Vorrei intervenire nel dibattito sui codici bianchi (*Occhio Clinico* 2007; 9: 3), per dire che la soluzione di maggior sicurezza per i pazienti e di minor spesa per il Servizio sanitario è che il cittadino che lamenta un problema di salute venga valutato dal proprio medico di famiglia. Collaboro con un collega da quasi trent'anni e raramente ho svilup-

pato una conoscenza completa di pazienti non miei. Il medico di famiglia, di conseguenza, dovrebbe essere reperibile almeno di giorno (così ora non è), con un orario di ambulatorio distribuito parte al mattino e parte al pomeriggio. Investendo forse i denari previsti per le unità di medicina generale a questo fine e, riducendo il carico burocratico

inutile che ci sommerge, otterremo il risultato di ridimensionare i codici bianchi (e non solo) in pronto soccorso e la conseguente spesa superflua per accertamenti strumentali.

Sandro De Zolt Sappadina

MEDICINA GENERALE
BELLUNO