

MEDICINE CARE

Giuseppe Parisi
Luca Pasolli

Clinica, relazione, decisione

La consultazione medica
nelle cure primarie

FrancoAngeli

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



MEDI-CARE

La collana Medi-Care è stata specificatamente studiata per giovani medici, specializzandi e operatori del settore.

I volumi, scritti da medici di provata esperienza, analizzano aspetti e problematiche legate alla professione medica nelle diverse specialità, con un'attenzione particolare al rapporto medico-paziente.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

MEDICINE CARE

Giuseppe Parisi
Luca Pasolli

Clinica, relazione, decisione

La consultazione medica
nelle cure primarie

FrancoAngeli

Grafica della copertina: *Alessandro Petrini*

Copyright © 2016 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Avvertenza	pag.	11
Ringraziamenti	»	12
Prefazione , di <i>Luciano Vettore</i>	»	13
1. Introduzione , di <i>Giuseppe Parisi, Luca Pasolli</i>	»	21
2. Elemento A: Apertura , di <i>Giuseppe Parisi</i>	»	30
2.1. Obiettivi del medico e risultati attesi	»	31
2.2. Modelli di riferimento	»	31
2.3. Obiettivo gestionale: costruire il setting	»	32
2.3.1. Il setting: lo spazio fisico	»	34
2.3.2. Il setting: l'orizzonte temporale della cura e la durata della consultazione	»	35
2.3.3. Il setting: le regole	»	38
2.4. Obiettivo comunicativo: mettere a proprio agio il paziente e segnalare la peculiarità dell'incontro	»	39
2.5. Obiettivo clinico: cogliere segnali precoci	»	43
Messaggi chiave	»	47
Per approfondire	»	47
3. Elemento S: Soggettività , di <i>Giuseppe Parisi</i>	»	50
3.1. Obiettivi del medico e risultati attesi	»	51
3.2. Modelli di riferimento	»	52
3.3. Obiettivo gestionale: esplorare l'agenda del paziente e focalizzare i problemi presentati	»	53
3.3.1. Il concetto di problema	»	55
3.3.2. Esplorare e focalizzare	»	58

3.3.3. Attenzione ai vissuti del paziente e alla parte sommersa dell'“agenda”	pag.	60
3.3.4. Fissare l'elenco dei problemi	»	63
3.4. Obiettivo comunicativo: raccogliere informazioni lasciando esprimere il paziente	»	64
3.4.1. Vantaggi clinici nel lasciar esprimere il paziente	»	65
3.4.2. Vantaggi relazionali e comunicativi nel lasciar esprimere il paziente	»	66
3.4.3. L'attenzione	»	67
3.5. Obiettivo clinico: generare ipotesi precoci	»	68
3.5.1. L'interpretazione dei sintomi	»	69
3.5.2. L'interpretazione dell'autodiagnosi	»	71
Messaggi chiave	»	73
Per approfondire	»	73
4. Elemento O: Obiettività - Raccolta attiva delle informazioni e selezione delle ipotesi, di Luca Pasolli	»	75
4.1. Obiettivi del medico e risultati attesi	»	76
4.2. Modelli di riferimento	»	77
4.3. Obiettivo comunicativo: raccogliere informazioni in modo attivo	»	78
4.3.1. Esame verbale	»	79
4.3.2. Esame obiettivo fisico	»	80
4.3.3. Consultazione degli archivi disponibili	»	85
4.4. Obiettivo gestionale: focalizzare altri problemi presenti ma non presentati	»	86
4.5. Obiettivo clinico: arrivare alla diagnosi operativa del problema clinico	»	87
4.5.1. Le tre routine e il pensiero narrativo	»	87
4.5.2. La selezione delle ipotesi generate	»	90
Per approfondire	»	96
5. Elemento O: Obiettività - Verifica delle ipotesi, di Luca Pasolli	»	97
5.1. La verifica delle ipotesi selezionate	»	97
5.2. La verifica delle ipotesi tramite test	»	99
5.3. La verifica delle ipotesi tramite test dipendenti dal contesto	»	101
5.4. La rappresentazione grafica del potere del test	»	106
5.5. Test del tempo	»	113
5.6. Il punto d'arrivo decisionale	»	116
5.7. I risultati finali del processo dell'elemento O	»	119
Messaggi chiave	»	119
Per approfondire	»	120

6. Elemento V: Valutazione , di <i>Giuseppe Parisi, Luca Pasolli</i>	pag.	123
6.1. Obiettivi del medico e risultati attesi	»	125
6.2. Modelli di riferimento	»	126
6.3. Obiettivo clinico: dare un giudizio clinico complessivo	»	126
6.3.1. Prioritarizzazione	»	127
6.3.2. Routine di sicurezza	»	129
6.3.3. Giudizio clinico complessivo	»	132
6.4. Obiettivo gestionale: ridefinizione della situazione complessiva	»	133
6.4.1. Ridefinizione situazione clinica	»	133
6.4.2. Ridefinizione della situazione a fronte dei problemi non clinici	»	134
6.4.3. Strumenti: il pensiero narrativo	»	137
6.5. Obiettivo comunicativo: informare il paziente facendo comprendere la valutazione	»	141
Messaggi chiave	»	144
Per approfondire	»	145
7. Elemento P: Progettazione , di <i>Giuseppe Parisi</i>	»	147
7.1. Obiettivi del medico e risultati attesi	»	148
7.2. Modelli di riferimento	»	148
7.3. Obiettivo clinico e gestionale	»	150
7.3.1. Progettare percorsi diagnostici	»	151
7.3.2. Progettare consulenze specialistiche	»	154
7.3.3. Progettare percorsi di cura	»	155
7.3.4. Progettare di non fare nulla	»	165
7.3.5. Prefigurare lo spazio della cura	»	166
7.4. Obiettivo comunicativo: se opportuno, rendere trasparente al paziente il percorso di progettazione	»	167
Messaggi chiave	»	169
Per approfondire	»	169
8. Elemento D: Decisione - Obiettivo clinico gestionale , di <i>Giuseppe Parisi</i>	»	171
8.1. Decidere nella complessità e nell'incertezza	»	172
8.2. Consultazione come processo decisionale	»	175
8.3. Obiettivi del medico e risultati attesi	»	176
8.4. Modelli di riferimento	»	177
8.4.1. Modelli di riferimento sulla scelta dell'opzione	»	177
8.5. Obiettivo clinico gestionale: scegliere azioni	»	178
8.5.1. Pensa alle conseguenze	»	179
8.5.2. Esplicita a te stesso i valori rispetto ai quali deciderai	»	182
8.5.3. Identifica la strategia da utilizzare nella scelta	»	183
8.5.4. Decidi l'attesa	»	188
8.6. Difficoltà a decidere	»	188
Per approfondire	»	191

9. Elemento D: Decisione - Obiettivo comunicativo , di <i>Giuseppe Parisi</i>	pag.	192
9.1. Modelli di riferimento sulla condivisione della scelta	»	192
9.2. Obiettivo comunicativo: informazione, consenso, coinvolgimento	»	195
Per approfondire	»	204
10. Elemento D: Decisione - Situazioni specifiche , di <i>Giuseppe Parisi</i>	»	205
10.1. La situazione ordinaria chiara	»	205
10.2. Perplessità e rifiuto nelle situazioni ordinarie	»	210
10.3. Emergenza	»	211
10.4. Situazioni ordinarie grigie	»	213
10.5. Situazioni complesse	»	214
10.6. La decisione suggerita	»	216
10.7. Decidere l'intervento verbale	»	218
10.8. Comunicare l'incertezza	»	219
Messaggi chiave	»	220
Per approfondire	»	221
11. Elemento C: Chiusura , di <i>Giuseppe Parisi</i>	»	223
11.1. Obiettivi del medico e risultati attesi	»	223
11.2. Modelli di riferimento	»	224
11.3. Obiettivo clinico e gestionale: programmare incontro e rete protettiva	»	225
11.4. Obiettivo comunicativo: accomiatarsi	»	228
11.5. Chiusure fisiologiche e chiusure "patologiche"	»	230
Messaggi chiave	»	231
Per approfondire	»	232
12. Il motore clinico , di <i>Giuseppe Parisi, Luca Pasolli</i>	»	234
12.1. Principi guida della mappatura della consultazione	»	235
12.1.1. La scelta dello strumento di raccolta dati	»	236
12.1.2. Il metodo	»	237
12.1.3. La procedura	»	237
12.1.4. I risultati	»	238
12.2. Esempio di consultazione mappata: la P27	»	240
Per approfondire	»	253
13. Il modello e sua utilità , di <i>Giuseppe Parisi, Luca Pasolli</i>	»	255
13.1. Linee essenziali del modello	»	255
13.2. Utilità del modello	»	258
13.2.1. Un modello per tutte le occasioni?	»	259
13.2.2. Consultazione nel ventunesimo secolo	»	261
13.2.3. Conclusioni	»	264
Per approfondire	»	264

14. Insegnare un metodo , di <i>Giuseppe Parisi</i>	pag. 266
14.1. Cosa insegnare	» 267
14.2. L'insegnamento del metodo nell'ambito del curriculum	» 267
14.3. Un programma di insegnamento di metodo	» 269
14.3.1. Insegnare ad aprire la consultazione	» 270
14.3.2. Insegnare a gestire e utilizzare l'emergenza della soggettività	» 271
14.3.3. Insegnare il metodo ipotetico deduttivo	» 272
14.3.4. Insegnare a decidere in medicina	» 273
14.4. L'insegnamento sul campo	» 274
14.5. La supervisione	» 277
Per approfondire	» 279
15. Glossario ragionato , di <i>Giuseppe Parisi</i>	» 280
Cartella medica orientata per problemi	» 280
Classificare le ragioni dell'incontro	» 281
Clinical prediction rules	» 282
Coinvolgimento emotivo e confini professionali	» 283
Complessità	» 285
Formula di Bayes	» 285
Esperto	» 289
Incertezza	» 290
Medicina basate sulle prove di efficacia	» 292
Medicina dei sistemi	» 294
Medicina narrativa	» 297
Medicina partecipata, counselling e colloquio motivazionale	» 303
Metodo clinico rinnovato	» 305
Modelli interpretativi della consultazione	» 307
Modello biopsicosociale	» 312
Orientamento al paziente	» 313
Partecipazione del paziente	» 314
Problem solving	» 317
Processo decisionale	» 318
Ragionamento clinico	» 323
Razionalità	» 328
Relazione medico-paziente	» 331
Setting e ruoli	» 336
Strategie di cura	» 339
Strutturare gli spazi di incontro	» 340
Zoccoli e zebre	» 342
Bibliografia	» 345

Avvertenza

Questo è un libro di metodo e non vuole trasmettere contenuti clinici. In altre parole, qui non si può trovare risposta a quesiti clinici specifici, come ad esempio la terapia per l'asma. I riferimenti alla diagnosi e alla terapia di specifiche patologie sono riportati a scopo puramente esemplificativo e legati alla conoscenza del momento, soggetta a cambiamento ed evoluzione.

Si raccomanda il lettore di riferirsi sempre a testi aggiornati nell'approccio ai problemi clinici.

I casi utilizzati in questo libro per esemplificare concetti o rendere evidenti processi di lavoro sono casi costruiti "in laboratorio" sulla base di casi reali, ovviamente adattati e resi irriconoscibili per tutelare la riservatezza degli attori.

La medicina generale italiana è cresciuta in questi trent'anni grazie all'apporto silenzioso di moltissimi colleghi che con il loro pensiero, con pubblicazioni frammentarie, comunicazioni a congressi e in gruppi di discussione su Internet, hanno creato una cultura diffusa fertile e solida, alla quale gli autori si riferiscono. Purtroppo questa situazione di parcellizzazione non aiuta l'identificazione dell'origine di molte idee espresse in questo libro: si è cercato di fissare il maggior numero possibile di riferimenti alla letteratura italiana. Ci scusiamo con i colleghi che non abbiamo citato, e comunichiamo che ciò è dovuto esclusivamente a questa situazione.

Ringraziamenti

Si ringraziano, per le osservazioni, i contributi o l'attenta revisione del testo o di sue parti:

Giulia Berlofffa
Michela Biaggioni
Vittorio Caimi
Anna Calza
Chiara Cavaliere
Paolo Covelli
Francesca Delucca
Pamela De Toni
Tiziana Galopin
Lino Gambarelli
Monica Ghezzi
Claudio Graiff
Aldo Lupo
Alessandra Maggioni
Gianluca Marini
Sara Mazzoldi
Alessandro Mereu
Andrea Moser
Roberto Satolli
Paolo Schianchi
Ada Magda Vergine
Luisa Vettorazzi
Giorgio Visentin
“I ragazzi dell’Hotel Panorama”

Si ringraziano anche tutti i discenti del corso triennale di formazione in medicina generale che in questi anni con le loro osservazioni hanno stimolato la riflessione rendendo possibile la stesura di questo testo.

Prefazione

Ho letto il libro di Parisi e Pasolli quasi come fosse un racconto, anche se formalmente è piuttosto un saggio; ma, forse perché conosco di persona da alcuni decenni uno degli Autori, mi è sembrato di leggere la sua storia di medico di medicina generale (MG): il suo scoprire nel tempo, sperimentandolo sulla sua pelle, che cosa sia questa professione e come il farla bene dipenda da molti fattori, anzi da molte azioni che si scoprono e s'imparano strada facendo, un po' per volta, per tentativi ed errori; insomma una specie di biografia professionale.

Non a caso gli Autori lo definiscono come *“un manuale di pratica utile al lavoro di tutti i giorni che contiene una serie di indicazioni, memorizzabili, ordinate e logiche, basate sul continuo confronto tra la pratica lavorativa e il sapere formalizzato”*.

Ma non è solo questo, perché è un libro che vuole e dovrebbe stimolare riflessione!

Ha indubbiamente come tema di fondo la *consultazione* (quella che i pazienti chiamano riduttivamente la visita) in Medicina generale (MG), ma la descrizione dettagliata delle sue molteplici fasi di per sé offre una trattazione esaustiva del metodo clinico nella sua declinazione in Medicina generale: la chiamo declinazione, perché il metodo clinico nei suoi fondamenti è unico, ma la sua applicazione presenta peculiarità che lo distinguono nelle diverse condizioni operative: generalistiche o specialistiche, ospedaliere o territoriali, dove prevalgono malattie acute oppure croniche.

Il metodo clinico in MG secondo Parisi e Pasolli ha come sua peculiarità la sintesi armonica tra la competenza clinica da una parte, fondata sulle conoscenze tecnico-scientifiche, che bene è rappresentata dalla metafora del motore, e l'elemento comunicativo dall'altra, che fonda la relazione tra le persone, suggestivamente rappresentabile come la carrozzeria; a questi due elementi ne aggiungono un terzo, consistente nella componente gestionale, indispensabile soprattutto per la condivisione delle decisioni: per questa mi verrebbe da azzardare come terza metafora quella degli accessori che rendono agevole la guida

quali l'idroguida, il servofreno, l'ABS e le altre diavolerie che connotano le automobili d'oggi.

Di fatto questi tre elementi del metodo clinico sono compresenti in modo pieno e armonico solo nella MG: infatti nella medicina ospedaliera, tanto più quando è specialistica, sulla carrozzeria prevalgono il motore e gli accessori elettronici.

Significative mi sembrano le affermazioni degli Autori laddove dicono che il ragionamento clinico e la comunicazione realizzano l'ossimoro di una "vicina lontananza", perché sono diversi, ciascuno con la propria dignità, ma sono utilizzati in modo sinergico; e d'altro canto l'abilità gestionale del medico consiste nel mettere ordine nei modi e nei ritmi (disordinati di natura) della consultazione; e allora il medico ha tre competenze da attivare, che gli permettono di raggiungere i tre obiettivi: pensare, comunicare, ma anche "sporcarsi le mani" a gestire.

La caratteristica più avvincente di questo libro mi pare proprio il modo con cui viene esplicitato il metodo clinico in MG, cioè mediante l'analisi puntuale, vorrei dire puntigliosa delle fasi nelle quale si svolge – almeno in teoria – la consultazione: per ogni fase infatti (che gli Autori chiamano più correttamente elementi, perché di fatto possono non avere una stretta successione cronologica), vengono sviluppati tre obiettivi, peraltro non sempre nello stesso ordine perché non sempre dello stesso peso: l'obiettivo clinico, l'obiettivo comunicativo e l'obiettivo gestionale.

Non è facile dare un'idea chiara e nel contempo sintetica dei molteplici messaggi che il lettore può aspettarsi dalla lettura di questo libro, perché estremamente ricche sono le suggestioni; e quindi – chiedendone anticipatamente perdono – dovrò limitarmi a commenti rapsodici, nei quali farò cenno alla cose che mi hanno colpito maggiormente, così probabilmente tralasciandone altre oggettivamente più importanti; d'altra parte debbo resistere a un'ansia di completezza nel commento perché essa sarebbe frutto della mia presunzione e nel contempo toglierebbe al lettore il piacere della scoperta del pensiero degli Autori.

E allora comincerò per ordine, iniziando dalla prima fase della consultazione, quella dell'*Apertura*, ovvero della cura per il setting; poi, per ogni fase mi lascerò attrarre dal piacere di cogliere nel giardino del testo "fiore da fiore", con tutti i limiti delle scelte soggettive; ciò, tenendo sempre presente il nucleo fondante dell'opera, e cioè che la consultazione secondo Parisi e Pasolli è "*un evento costituito da elementi discreti, nato dalla coproduzione di medico e paziente*": infatti già questo è un elemento di notevole originalità, perché non considera la consultazione come una prestazione professionale unidirezionale, in cui un professionista esperto mette a disposizione sia pure con generosità e sapienza la propria competenza al servizio della salute del paziente, ma sempre considerandolo oggetto e non soggetto della cura.

Debbo confessare che l'analisi iniziale del setting mi ha notevolmente colpito forse più di altre parti, perché fino ad ora avevo considerato la cura per il setting un accessorio sia pure utile, ma non così tanto da condizionare la qualità di tutto ciò che vi accade in uno spazio e in un tempo che non possono essere con-

siderati elementi “inanimati”, uguali per tutte le persone e per tutte le situazioni: è nel setting che inizia la relazione e che si costruisce la qualità della presa in carico; ed è singolare, e per me finora inattesa, l’indicazione che anche solo la disposizione del mobilio e degli arredi siano funzionali con la loro valenza simbolica persino all’efficacia della cura. La puntualizzazione di questi aspetti mi sembra tanto più preziosa quanto più rischierebbe di passare inosservata nella routine quotidiana.

Connotazioni altrettanto originali caratterizzano nelle proposte di Parisi il secondo elemento o fase: la *Soggettività*; questa non si limita infatti ai soli sintomi accusati dai pazienti, come usualmente si definisce, bensì “comprende tutti quei fenomeni, dagli scambi verbali o più genericamente comunicativi ai sottostanti processi cognitivi, agli affetti e alle emozioni, che emergono dall’attore principale della consultazione, il paziente, ... e di tutti i suoi pensieri, paure ed emozioni”; quindi si pone come contributo originale del paziente alla costruzione della sua conoscenza, concorrendo alla generazione di ipotesi diagnostiche precoci coincidenti con i problemi dell’agenda emersa o sommersa del paziente, da lui espressa in totale spontaneità. Il contributo fondamentale fornito dal medico in questa fase è l’attenzione.

Nella terza fase, quella definita dell’*Obiettività*, tocca a Pasoli il compito di allargare l’orizzonte tradizionale del così detto esame obiettivo: infatti anche in questo caso non è limitato – come da tradizione – all’esame fisico del malato, bensì consiste nell’intervento attivo del medico, con la parola oltre che con la tecnica semeiologica, per approfondire e dare forma alla rappresentazione oggettiva della situazione globale del paziente, che comprende oltre ai dati oggettivamente rilevati dal medico anche quelli da questo acquisiti formalmente dalle descrizioni del paziente.

Si tratta insomma della costruzione pezzo dopo pezzo di un puzzle – cioè della situazione globale del paziente – che estrae le sue tessere da più fonti per dargli pazientemente forma man mano che questa si delinea per il comporsi di elementi eterogenei ma significativi. Tutto ciò dà l’immagine di una rappresentazione “in progress”, nella quale s’intrecciano con un processo complesso elementi differenti, ma tutti finalizzati alla costruzione del quadro globale della realtà, quadro che risulterà successivamente indispensabile per l’assunzione delle decisioni cliniche.

Sembra singolare, ma assolutamente realistico, che i differenti momenti del processo non si presentino in una sequenza temporale costante e obbligatoria: l’oggettività in alcune circostanze può precedere la soggettività, o embriarsi con essa. Tutto ciò conferisce al processo caratteristiche molto stimolanti, perché le sue componenti escono da una routine meccanica per comporsi in un processo creativo che richiede contemporaneamente fantasia e rigore critico. E ancora una volta si mescolano in un disordine solo apparente – mi verrebbe da dire in un ordine disordinato – elementi cognitivi, comunicativi e gestionali, che debbono essere tenuti continuamente sotto controllo.

Molto suggestive sono le frasi sintetiche al proposito, riportate in corsivo nel testo: in O (Obiettività) “*al posto della fase di raccogliere informazioni lasciando esprimere il paziente, si passa alla fase di raccogliere informazioni in modo attivo*”.

E poi, “*se in S (Soggettività) il medico era recipiente delle ragioni del paziente, organo ricevente della soggettività del malato, ora in O il medico diviene a pieno titolo professionista che esamina il paziente*”.

In particolare in MG l'esame fisico del malato può perdere apparentemente di sistematicità – ma non di rigore – perché la sua mappa non è costituita secondo standard predefiniti, bensì è costruita sempre criticamente sul campo in base alle suggestioni rilevabili in tempo reale e con più strumenti, spesso comprendenti anche risultati di indagini diagnostiche.

È questo un tipo di lavoro affascinante, perché consiste in un fermento poetico di ipotesi, di loro modifiche, abbandoni e riproposizioni fino a delineare con buona probabilità, o almeno plausibilità, il o i problemi prevalenti ai quali porre mano secondo una gerarchia di efficacia.

Per questo l'elemento O – l'obiettività – richiede dopo (ma forse anche *durante*) la rilevazione dei dati, la verifica delle ipotesi, momento irrinunciabile che deve precedere le decisioni.

Ma di fatto ancora lunga è la strada prima di giungere al momento della decisione: non basta aver formulato ipotesi sulla base dei dati soggettivi e dei rilievi oggettivi; è necessario selezionarle in base a criteri fisiopatologici, di probabilità e/o di plausibilità, e verificarle con test appropriati, cioè confermarle o falsificarle in base alla sensibilità, specificità e valore predittivo dei differenti test (compreso il test del tempo), e alla coerenza delle varie ipotesi con il quadro complessivo dei dati disponibili. A questo proposito nel testo è presente nel cap. 5 un elenco veramente utile di consigli.

E si è così giunti al momento cruciale V, cioè della *Valutazione* della situazione presente del paziente, cioè delle diagnosi operative che consentono di non cercare ulteriori elementi conoscitivi perché quelli disponibili si ritengono sufficienti per preparare, ma non ancora per assumere le decisioni. In altri termini l'elemento V è quello in cui si esprime *il giudizio clinico complessivo*, si ridefinisce la situazione nella sua globalità e se ne informa il paziente in modo comprensibile. È il momento in cui si attribuisce una graduatoria di priorità ai problemi individuati e in cui il medico riflette sul suo operato per correggerne gli errori. E il giudizio clinico complessivo riguarda complessivamente oltre ai problemi diagnosticati, anche la prognosi globale, la qualità della vita anche sul piano psico-sociale e il suo grado di medicalizzazione, e l'intensività di cura desiderata e desiderabile. Si tratta anche di problemi non clinici ai quali il medico fa fronte grazie allo strumento del “pensiero narrativo”.

Tutto questo approccio valutativo è preconditione necessaria alla *Progettazione* (elemento P) peraltro flessibile delle possibili azioni future alternative. Si tratta della continuazione della riflessione non su ciò che si è fatto, ma su ciò che si sta facendo.

Progettare non è ancora programmare, ma solo fare progetti su programmi possibili per valutarli comparativamente in termini di appropriatezza; e può consistere anche nel progetto di non agire.

Finalmente, dopo questo lungo percorso, si arriva all'elemento D, alla fase della *Decisione*, che non è peraltro un atto unico, bensì a sua volta un processo, ancora una volta costituito da azioni solo teoricamente disgiunte o successive: infatti la decisione vera e propria si matura nell'interazione tra elementi che riguardano le conoscenze e competenze del medico, la relazione con il paziente e la gestione delle loro conseguenze.

L'aspetto originale del processo decisionale in MG consiste nel fatto che partecipa solo parzialmente alle strategie proposte dalla teoria delle decisioni, perché è sostanzialmente un processo condiviso nel quale entra a pieno titolo l'alleanza di cura, cioè la corresponsabilità decisionale dei diversi attori; e vi sono immanenti rischio e incertezza, perché sempre il medico agisce in situazioni complesse (il che non coincide con complicate).

La suggestione fantasiosa che mi ha colpito quando sono arrivato a questa parte del libro è stata quella dello spettacolo pirotecnico, o meglio del "crescendo rossiniano": il momento culminante nel quale si concretizzano, perché ora finalmente si attuano, tutte le componenti della consultazione che fino a questo momento sono state analizzate, preparate, rifinite, e finalmente sono pronte a "esplodere".

A questo punto mi sento di dover consigliare vivamente al lettore di leggere e rileggere i capp. 8, 9 e 10 del libro, non solo per comprenderli a fondo, ma soprattutto per rivisitare tutto il precedente percorso della consultazione, che – si badi bene – trova già in tutte le fasi precedenti giustificazione anche se non compimento pieno e totale: voglio dire cioè che, tutto sommato, non è sempre la decisione finale ciò che conta di più, perché può anche essere una decisione che si rivela a posteriori errata, o una non decisione, o una decisione parziale. Ciò che conta pienamente è l'azione di cura del paziente, di cui la consultazione è sostanza e forma. E la virtù fondamentale del libro di Parisi e Pasolli non è tanto o solo quella di fornire con chiarezza al lettore conoscenze, prassi e suggerimenti, quanto quella di aver formato la loro mente alla cura nel contesto specifico della MG.

In questa chiave, con analogia alla fase di apertura, va letta anche la fase C di *Chiusura* della consultazione: a prima vista potrebbe sembrare una fase di minore importanza, ma ciò non è vero perché la MG è soprattutto un'attività "a centralità relazionale": questo è infatti il momento in cui al paziente dal medico viene garantita – sia pure in modo oculato – la persistenza della sua disponibilità alle cure future: e appunto alle differenti possibilità di congedo con i loro significati e opzioni è opportunamente dedicato il cap. 11.

Dopo questa sintesi delle sette fasi in cui si realizza la consultazione, mi si consenta ora qualche considerazione sul modo in cui il libro è scritto: ho già più volte valorizzato la costanza analitica delle descrizioni, su cui non ritorno; voglio sottolineare invece l'utilità di parecchie "invenzioni" espositive che agevo-

lano possibili alternative del metodo di lettura, adattandolo ai differenti stili cognitivi personali: a cominciare dalle indovinate due tabelle iniziali [cap. 1] con le fasi della consultazione e le auto-domande appropriate, che forniscono onestamente al lettore fin dall'inizio le "regole del gioco"; e poi sia i box iniziali d'inquadramento dei singoli capitoli, che quelli intermedi di approfondimento o con sintesi dei concetti precedentemente discussi, o anche quelli con le considerazioni personali degli Autori; i brevi corsivi intercalati alle parti in cui si sviluppa il testo, che ne riassumono opportunamente il messaggio principale, rendendone più agevole una lettura sintetica e rassicurante contro la dispersione delle informazioni; le sintesi alla fine dei capitoli dei concetti/messaggi fondamentali con le indicazioni dei testi di approfondimento che rendono adeguato e non ridondante l'apporto bibliografico (ho molto apprezzato la giustificazione dell'impossibilità di citare nominativamente molte idee importanti, perché – grazie a Dio – fanno oramai parte della cultura diffusa in MG); i termini con asterisco, disseminati nel testo e commentati nel glossario finale, che rendono agile la lettura senza distogliere l'attenzione dal filo logico generale (in un'eventuale edizione in e-book ciò si presterebbe bene alla realizzazione di un ipertesto); proprio il glossario ragionato finale in ordine alfabetico con gli approfondimenti, ai quali viene rimandato il lettore anche alla fine di ogni capitolo con la precisa indicazione del percorso da seguire tra di essi: ciò non appesantisce la lettura della parte "strategica" del libro, finalizzata al metodo, ma non fa mancare le basi teoriche; e ancora, le flow chart, o meglio le mappe concettuali che consentono al lettore di ripercorrere dopo la lettura di ogni capitolo il filo logico del suo svolgimento.

Infine un discorso, pur breve, a parte meritano i numerosissimi casi, e soprattutto le loro trascrizioni verbali che conferiscono complessivamente al testo un'impronta narrativa: particolarmente apprezzabile mi pare la loro frequente funzione induttiva più che deduttiva, cioè la capacità di stimolo iniziale al pensiero libero e allo svolgimento successivo del pensiero strutturato. Inoltre, gli esempi di pazienti reali risultano molto utili per chiarire concetti teorici sulla base del racconto di esperienze vissute.

Tutta questa serie di strumenti consente un'inusuale versatilità di lettura e una riconsiderazione anche non ordinata dei concetti che hanno lasciato un impatto maggiore nella memoria.

E quasi alla conclusione del libro c'è una sorta di "ciliegina sulla torta": la mappatura della consultazione, descritta nel cap. 12 seguendo l'audiotrascrizione di una consultazione tipo, che consente al medico di valutare luci e ombre del suo approccio metodologico al paziente sui tre piani clinico, relazionale e gestionale: questa mappa si presenta come un valido strumento di autovalutazione e se necessario di autocritica; inoltre richiama il lettore alla realtà concreta, distaccandosi dalla teoria ideale delle consultazioni.

Tutto ciò rende palese, se ancora non lo fosse stato, lo scopo prevalentemente didattico dell'impegno globale di Parisi e Pasolli.

I primi discenti dell'apprendimento indotto dal modello di consultazione qui presentato sono stati proprio i suoi creatori: loro hanno costruito questo modello, elaborando la propria esperienza professionale quotidiana esercitata per molti anni.

Gli Autori stessi poi affermano testualmente di essersi “posti il problema di come insegnare la consultazione restando fedeli alla sua complessità – quindi non riducendola ad una pratica operativa standard – ma trasmettendo un modello unico e forte, generalizzabile a tutti i tipi di incontro medico-paziente, anche nelle sue articolazioni con il ragionamento clinico...; e sono giunti infine a proporre un modello esplicativo unico che sembrava in grado di fotografare la molteplicità dei fenomeni nella consultazione”.

Così gli Autori, dopo essere stati essi stessi discenti sul campo, concludono la loro opera dedicandola specificamente agli allievi delle Scuole di formazione in MG e utilizzano il metodo della consultazione come la mappa di apprendimento globale del metodo in MG, fino a stabilirne nell'ultimo capitolo anche le procedure didattiche fondate pedagogicamente e finalizzate al conseguimento di una competenza professionale specifica nelle varie sfaccettature che proprio la consultazione propone. A questo punto il libro diventa non solo un testo di studio per i discenti, ma anche un prezioso strumento di lavoro per i docenti.

A questo punto, tuttavia, mi assale anche un dubbio quasi angoscioso; nella mia frequentazione abbastanza abituale di medici di MG provo oggi – a differenza di dieci o quindici anni fa – sensazioni piuttosto sgradevoli: nei più giovani incontro spesso una fuga nelle tecnologie biomediche dalle frustrazioni professionali; i più vecchi lamentano diffusamente un senso di stanchezza e il desiderio di concludere al più presto il loro percorso professionale. L'uno e l'altro di questi atteggiamenti personali forse dipendono dalla deriva burocratico-aziendalistica in cui si sta dibattendo l'involuzione del sistema sanitario italiano soprattutto nella sua incarnazione più genuina: quella che si era sempre finora concretizzata nella relazione di cura tra curante e curato.

E allora mi sorge il dubbio che l'ampia e profonda trattazione di Parisi e Passolli non trovi il terreno su cui dare frutto sotto forma di entusiasmo nelle nuove generazioni, tanto da farle diventare capaci di contrastare con le loro energie giovanili quella sgradevole deriva.

Ma è proprio il contenuto così intensamente “vissuto” e il modo particolare in cui è scritto questo libro che riesce a fugare senza difficoltà i miei dubbi e le mie angosce: non fatico infatti a pensare che proprio questa, come altre vere opere dell'ingegno, avrà la capacità di aiutare lo sviluppo della rivoluzione culturale di cui il nostro Paese abbisogna e di cui noi medici siamo debitori in particolare per la salute dei nostri concittadini. E nel pensare ciò mi viene alla mente la figura di Aldo Pagni, un grande Medico di MG, un Medico umanista scomparso in questi giorni lasciando in tutti noi il ricordo sorridente di un sognatore, ma anche di un lottatore che per tutta la vita ha combattuto spesso con fatica questa rivoluzione culturale e umana.