

La continuità relazionale in medicina generale

Giuseppe Parisi, Vittorio Caimi, Fabrizio Valcanover

Il CAFFÈ

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

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

-No, dottore, non vorrei mi facesse male

-Le garantisco che un dito di caffè non puo' nuocerle

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

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

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

-Allora lo ha gustato questo caffè?

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

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

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

(Cortesia di Beppe Montagna)

Una lettura del contesto: variabilità, relazione e continuità della cura

La medicina generale, denominata in Italia anche medicina di base o medicina di famiglia, è una attività sanitaria che ha dei tratti comuni ad altre attività mediche ma che presenta anche caratteristiche peculiari al punto da porre il dubbio se non possa avere uno statuto epistemologico diverso dalla medicina specialistica ospedaliera (1). Queste caratteristiche peculiari emergono come

risposta al contesto in cui si muove il medico di medicina generale. Ad esempio, la variabilità, uno degli aspetti che saltano più all'occhio dell'osservatore esterno, lungi dall'essere indicatore di cattiva pratica clinica, può essere vista come il più convincente segnale della turbolenza e della complessità dell'ambiente in cui è immerso il medico (2). È un ambiente instabile, che presenta problemi con caratteristiche di unicità, con difficoltà di previsione e alto grado di incertezza. Si pensi ad esempio all'assistenza del paziente terminale al proprio domicilio (3), la cui atmosfera è ben evocata nel racconto d'apertura dell'articolo.

Altro elemento del contesto conturbante per la medicina generale, ma anche per tutta la medicina contemporanea, è il paziente che, in questi ultimi cinquant'anni, da oggetto di una relazione paternalistica, mero contenitore di segni e sintomi, è passato ad essere portatore di una domanda articolata, complessa e irriducibile, mostrando aspettative e bisogni. È un paziente "intenzionato", che "fa di testa propria", dotato di potere contrattuale, in virtù della sua appartenenza ad una comunità: la maggior parte dei pazienti che non seguono le indicazioni dei medici, lo fanno consapevolmente e deliberatamente, e non certo per cattiva comunicazione tra medico e paziente, o per ignoranza o errore (4).

Sono da considerare attentamente anche altri elementi del contesto specifici della medicina generale. Il medico di medicina generale per sua *mission* si impegna verso la persona più che verso un gruppo di malattie o le malattie di una determinata parte del corpo o di un apparato. Non si occupa unicamente di problemi di salute, anche se la salute è il suo obiettivo specifico, perché è solitamente il paziente che definisce il problema che vuol trattare, e non sempre è un problema di salute. Talvolta il paziente porta un malessere diffuso al quale il medico è chiamato a dare nome. È un impegno a lungo termine non limitato alla singola malattia che porta alla creazione di una relazione specifica: il medico nutre interesse per il paziente al di là della malattia, che per lui è un accadimento di valenza diversa da quella che può avere per un clinico ospedaliero, in quanto non succede ad un paziente qualsiasi, ma ad una persona conosciuta con la quale, anche se non è un familiare o una persona cara, ha creato negli anni della relazione professionale un qualche legame (5). L'impegno a lungo termine è correlato al senso di responsabilità del medico (6) che non viene mai meno, qualsiasi sia il problema di salute e dovunque si trovi il paziente, anche se non sotto la sua diretta responsabilità, come ad esempio quando il paziente è ricoverato (5).

La continuità dell'assistenza, che è dunque uno dei cardini della medicina di primo livello, si presenta nelle sue dimensioni longitudinale o cronologica. Nel primo caso il medico di medicina generale tende a dare continuità alle azioni di diversi operatori in ambienti diversi che seguono il paziente in una stessa fase di malattia, nel secondo egli tende a dare continuità nel tempo alle azioni sanitarie attraverso la continuità informativa (cartella) (7, 8) e la continuità di erogazione del servizio (ad es.: visite notturne) (9) ma in particolare attraverso la continuità cronologica della relazione professionale tra medico e paziente.

L'intento qui è di trattare quest'ultima dimensione, le sue caratteristiche, le sue implicazioni, gli insegnamenti che possono essere tratti dalla sua analisi, gli strumenti con i quali maneggiarla.

La relazione tra medico e paziente in medicina generale: legame nel tempo, silenzio e ricorsività

Se, utilizzando un'efficace metafora, la storia relazionale del medico e del suo paziente può essere considerata un film e le singole consultazioni i suoi fotogrammi, si può affermare che in letteratura sono stati studiati prevalentemente i fotogrammi e non il film come un tutto.

Infatti, dalla copiosa letteratura sulla consultazione nei suoi aspetti comunicativi e gestionali si possono isolare numerosi tentativi di definire modelli dello stile relazionale del medico e delle configurazioni relazionali della coppia medico - paziente, dal classico modello binario "orientamento

al paziente -orientamento alla malattia" di Byrne e Long (10), ripreso dalla scuola canadese (5) e da altri autori, dando origine a quello che può ben essere definito un movimento in seno alla medicina contemporanea, alla più recente proposta degli Emanuel (11). Quanto questi stili perdurino nel tempo, in che modo siano stati generati, quale negoziato li abbia sottesi, non è dato di sapere: analizzare la consultazione non dà questa visione prospettica, anche se permette una osservazione dettagliata e di grande aiuto al medico che deve agire nella consultazione. Quanto uno stile generi uno spettro di configurazioni relazionali e quanto queste siano stabili nel tempo è difficilmente verificabile perché un dato stile relazionale non esiste in vacuo, ma all'interno di una configurazione relazionale.

Al contrario, non sono molti i tentativi che prendono in esame il film. Si vuole ricordare il lavoro di Balint degli anni cinquanta, sempre teso ad un approccio narrativo alla relazione tra medico e paziente (12), e le osservazioni poco note ma molto efficaci di Freeling e Harris (13). Questi lavori mostrano come tentare di capire il film analizzando singoli fotogrammi è un'impresa ardua, che restituisce comunque un'immagine parziale di questa realtà, mentre analizzare il film come un tutto è l'approccio più immediato, semplice e pertinente, che può generare risultati stimolanti e inattesi. Qui di seguito si utilizzerà quest'ultimo approccio.

"Relazione" è, per il Devoto - Oli, "la forma di legame esistente tra le persone" e, più estesamente, il modo in cui le cose legano tra loro. I filosofi descrivono la relazione come il modo d'essere o di comportarsi degli oggetti tra di loro: in questa definizione è implicito il riferimento all'essere, all'identità degli elementi che sono tra loro in relazione. Non è quindi in gioco il solo legame, ma anche l'identità, vale a dire a quelle caratteristiche del medico o del paziente che rimangono costanti nel tempo e che li definiscono come entità distinte. Parlare di relazione significa sempre parlare di ruoli.

Nei legami professionali di lunga durata caratteristici della medicina generale, la relazione con il paziente non è qualcosa di opzionale, ma "è", è *sempre e comunque* lì, è una pelle che non si può togliere. Medico e paziente sono soggetti attivi che cadono nella relazione al di là delle loro volontà. Il medico, lentamente, nella sua carriera professionale si immerge nella relazione con i suoi pazienti, relazione che può durare per più della metà della vita. La sua storia professionale si interseca con quella dei suoi pazienti e, specialmente nel caso di pazienti della stessa età del medico, essi condividono i problemi tipici delle varie età della vita, dalla nascita dei figli alla morte dei genitori (14). I due attori costruiscono un mondo commensurabile alla loro storia, incommensurabile ad un osservatore esterno. Ciò che viene comunicato, parole, angosce, sintomi, consigli, muta velocemente a seconda della situazione: considerazioni di ordine scientifico e organizzativo fanno sì che il medico dica cose diverse in momenti diversi dinanzi a problemi simili, e così i casi della vita fanno sì che il paziente presenti problemi sempre diversi, oggi un raffreddore, domani un trasloco, la nascita di un figlio... Ciò che non muta così velocemente, e ha comunque tempi suoi, è il legame tra medico e paziente: è un fenomeno che ha una consistenza diversa, che presenta particolari ramificazioni nel tempo, governato da leggi sue, che in parte si sottraggono agli avvenimenti biologici, talvolta oscure, e sempre difficilmente decifrabili.

Parlare di relazione tra medico e paziente significa indicare con precisione ciò che di più *profondo* succede tra i due attori, ciò che di *silenzioso* ma rilevante si svolge nel tempo: infatti la relazione non è solitamente pensata né scritta, è solo vissuta, talvolta intensamente, come il terreno sul quale svolgere il proprio lavoro clinico, che sembra non avere rapporto con la dura storia clinica del paziente, con le vicissitudini biologiche dell'individuo.

La relazione implicitamente si riferisce sempre ad un *legame ricorsivo*: "religo" in latino significa "riportare". Questa sua caratteristica sempre presente è ben evidente nel caso dei pazienti difficili, quel dieci per cento (15) di pazienti con i quali i medici di medicina generale hanno una

relazione disastrosa. Lo studio dei pazienti difficili mette in luce che ci vogliono tre fattori per creare un paziente difficile: il medico, il paziente e la relazione tra i due (16). In questi studi il medico non è visto più come un illuminato osservatore esterno di patologie fisiche e mentali, ma è corresponsabile nella relazione. I sentimenti del medico, le sue ansie, le sue paure e i suoi pensieri divengono centrali. Il medico in questi casi è chiamato a riflettere su tutto ciò, e tentare di costruire un modello di relazione "situato" e contestuale che possa spiegare con sufficiente chiarezza la difficoltà. Il fuoco dell'osservazione è in questo caso l'ambito relazionale tra medico e paziente, ed il punto di partenza è il medico con il suo mondo affettivo, che può essere soffocato, ignorato, bistrattato, ma è sempre comunque una realtà con cui si debbono fare i conti. Sorprendentemente l'aspetto di ricorsività della relazione in medicina è stato poco studiato con l'eccezione del lavoro di rari autori dell'ambito disciplinare psicoanalitico (12, 17), e di autori che seguono l'approccio che vede la negoziazione come centrale (18, 19, 20). Secondo questi autori sia il medico che il paziente portano una serie di voci di un ordine del giorno alla consultazione, e lo scopo di ciascun incontro è arrivare ad una decisione negoziata (19). I modelli negoziali mettono in luce come medico e paziente negozino più o meno esplicitamente ogni decisione, ma come anche la configurazione relazionale (20) e i confini stessi della relazione professionale (21) siano frutto della negoziazione tacita tra le due parti.

La dimensione storica: implicazioni strategiche nella gestione della relazione

Ammettere che il medico di medicina generale è coinvolto in un legame profondo, silenzioso e ricorsivo che dura decenni con il proprio paziente è un punto di partenza stimolante che permette di fare almeno tre osservazioni.

Innanzitutto si deve ammettere che la singola consultazione non parte *in vacuo*, ma è l'esito di una storia precedente nell'ambito della quale la relazione medico-paziente si è configurata in un particolare modo. Il pervicace nucleo duro relazionale resiste al cambiamento, si ribella ad ogni controllo razionale, eccede la volontà, emerge inaspettatamente dietro la clinica. In fondo, l'obiettività stessa è una presa di posizione soggettiva, e lo sforzo di essere obiettivi può nascondere la paura del coinvolgimento; è comunque uno degli stili relazionali possibili (17).

Proprio perché difficilmente modificabile, la configurazione relazionale corrente è utile da mettere a fuoco, in quanto aiuta a descrivere i limiti della spazio di manovra del medico. Nonostante siano state descritte in letteratura numerose configurazioni relazionali, ci si deve porre il problema di quanto sappia il sanitario della natura della progressa relazione con il paziente e, in caso affermativo, di quali siano gli aspetti che il medico giudica utili per agire nella relazione. Da uno studio recente (22) si desume che i medici conoscono bene la personalità dei loro pazienti, la natura delle relazioni con essi, o per lo meno in modo sufficiente per utilizzare a loro vantaggio questa dimensione del loro lavoro. I medici sono anche consapevoli dei propri sentimenti verso i pazienti e dei sentimenti dei pazienti verso di loro. Tutti i medici intervistati, appartenenti ad un campione randomizzato, eccetto uno, identificavano i pazienti come appartenenti a due grandi categorie: "copers" o "non copers". I copers sono pazienti che si adattano attivamente alle situazioni nuove, quindi di malattia o disagio, esprimendo reazioni normali, i "non-copers" sono individui apprensivi, che non sono all'altezza, che non ce la fanno. I comportamenti nella consultazione differivano a seconda della categoria di appartenenza del paziente: ad esempio, nel caso dei copers i medici prendevano sul serio il paziente, nel senso che ipotizzavano subito una sofferenza fisica e non un problema psicologico somatizzato, mentre nel caso dei non-copers ipotizzavano subito una diagnosi psicologica, e offrivano rassicurazione, sapendo però al tempo stesso che sarebbe stata inefficace. Sarebbe auspicabile approfondire con altri studi come l'apprendimento dalla storia di lunga durata con il paziente aiuta il medico a scegliere la sua azione presente.

La seconda osservazione è che, se ciò che accade in una singola consultazione è dipendente dal percorso (“path dependent”) effettuato fino a quel momento, una visione lineare e deterministica serve a poco. La consultazione non è frutto del determinismo, nel senso che non esiste nessuna legge generale che avrebbe potuto garantire quel che sarebbe successo, ma non è nemmeno frutto del caso puro, in quanto quella situazione non è casuale, ma dipende in parte dalla carriera di azioni che hanno portato là i due attori, medico e paziente (23). L’approccio disciplinare che può dare un contributo è quello storico, che nelle leggi della contingenza e non del determinismo ha il suo fondamento: “Gli eventi storici non si verificano come conseguenze deducibili da una qualsiasi legge di natura; essi non sono prevedibili neppure sulla base di una qualsiasi proprietà generale o astratta dei sistemi maggiori... quando ci rendiamo conto che l’esito finale non era necessariamente determinato, che ogni mutamento in ogni passo lungo la strada avrebbe potuto indirizzare gli eventi in una diversa direzione, ci rendiamo conto del potere causale dei singoli eventi... La contingenza è l’affermazione del controllo di eventi immediati sul destino...” (23).

E se ogni singola consultazione è inserita nel flusso storico, oltre ad essere dipendente dal percorso è nodo iniziale di una serie di possibilità che si dipanano ad albero e che rispondono ancora una volta alle leggi della contingenza, e non a leggi generali. Come la legge di gravità non dice perché la mela cadde in testa a Newton quel giorno, e non può prevedere quando cadrà la prossima mela in testa a qualcuno, la scienza medica non dice nulla di come si svolgerà la malattia in quel particolare paziente. La previsione a lungo periodo è impossibile, e il medico può solo essere disponibile a seguire passo passo nella relazione il paziente. La medicina come scienza storica è una dimensione del dibattito scientifico che è divenuta rilevante, e rilevanti sono divenuti gli strumenti cardine delle scienze storiche, le narrazioni (24).

La terza osservazione è che, stando così le cose, la relazione è sganciata dalla volontà del singolo, non può essere controllata o modificata, ma solo modulata. La modulazione avviene attraverso carriere di azioni, ciascuna delle quali, da sola, non cambierà il corso della storia di quel paziente, ma contribuirà a dare una direzione al rapporto, favorire la costruzione di un percorso relazionale *sui generis*. In sostanza, non interventi magici, non consultazioni memorabili, ma una serie ininterrotta di umili gesti fanno la storia dell’assistere e del curare in medicina generale. Si intenda, non sono gesti a caso, capricci dell’umore della giornata, ma una serie di azioni che, viste nel tempo, seguono una serie di percorsi strategici utilizzando inconsapevolmente precisi strumenti. Quindi modulazione non significa necessariamente impotenza, ma attenzione alla costruzione di percorsi strategici.

L’approccio strategico del medico risulta molto chiaro nella ricerca di Todd e Still (25). Questi autori, sulla base di interviste semi-strutturate a 22 General Practitioner britannici studiano, utilizzando il metodo della grounded theory, le strategie e le tattiche messe a punto dai medici nella gestione della comunicazione della malattia a prognosi infausta nel paziente terminale: la verità al paziente non è il momento singolo di un incontro, ma qualcosa che si sviluppa nei dialoghi tra i due attori, allo stesso modo della diagnosi che non è un singolo atto ma emerge nel tempo, o si modifica per prove ed errori.

Essi distinguono tra *obiettivi*, che rispondono alla domanda: “quando tratti un paziente terminale, qual è il tuo scopo?”, *strategie*, che sono piani di approccio per raggiungere gli obiettivi che hanno un respiro di settimane o mesi, e che si riconoscono in stili di interazione, e *tattiche*, che sono i comportamenti utilizzati in ogni singola consultazione.

Questa diversificazione degli obiettivi secondo una concezione strategica (figura 1) è la risposta conveniente nelle situazioni in cui l’approccio per piccoli passi è fondamentale perché la prevedibilità è bassa. Nella cornice di ogni singola consultazione il medico si pone una serie di obiettivi tattici nell’ambito delle sue strategie. Tali obiettivi sono relativamente costanti, indipendenti

dagli obiettivi strategici, in quanto la consultazione è un mondo di per sé, che procede con regole proprie (26).

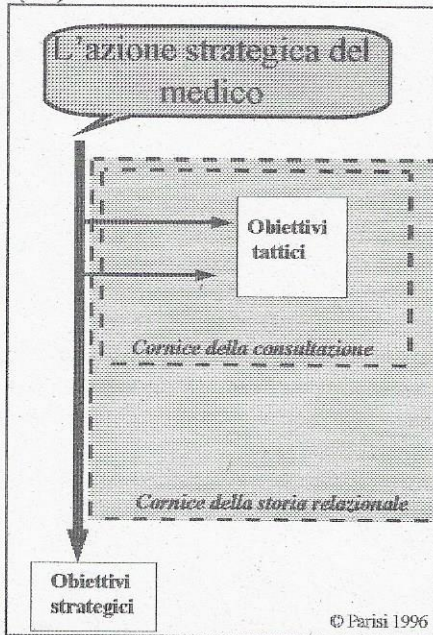


Figura 1: obiettivi tattici e obiettivi strategici nel lavoro del medico

Il medico non si fa quindi coinvolgere nella relazione restando inattivo, al contrario l'attenzione al nucleo autentico del suo legame con il paziente, la visione storica di tale vicenda, la rinuncia al controllo sono presupposti di un intenso lavoro di modulazione della relazione attraverso l'uso appropriato di numerosi strumenti (figura 2), dei quali si ne illustrano qui di seguito alcuni dei più rilevanti.

Strumenti individuali	Interventi verbali	
	Interventi non verbali	Azioni parlanti Atteggiamenti Interventi non interventi
Strumenti sovraindividuali	L'organizzazione del lavoro Dispositivi di ruolo L'istituzione	

Figura 2: Strumenti di modulazione relazionale

Strumenti di modulazione della relazione: dall'intervento all'organizzazione

Lo strumento principe che il medico usa nel modulare la relazione è l'intervento. La metafora che qui si vuole usare è quella del gorgo (Morelli, 1994 comunicazione personale): forse non tutti sanno che il gorgo, quel fenomeno dal delicato equilibrio che nasce in particolari condizioni in un ambiente turbolento, può essere modellato. La mano deve dolcemente sfiorare il bordo del gorgo e questo può assumere le forme volute, ma entro certi limiti che non possono essere stabiliti, perché se viene forzato l'intervento il gorgo si spezza e svanisce nel nulla. Così è per l'intervento nella relazione: deve dolcemente sfiorare i punti di delicato equilibrio della relazione nell'intento di apportare un mutamento ma non può costringerla in tutte le forme volute. Se l'intervento è troppo pesante l'equilibrio si spezza e il successivo intervento è da reinventare e deve cambiare completamente registro. L'intervento deve seguire il flusso della relazione, deve cavalcarla, essere fatto della sua sostanza, non essere alieno o corpo estraneo nel tessuto della relazione. D'altra parte

l'intervento in medicina generale è l'espressione più pura della libertà d'essere e di fare del medico sulla base dell'esperienza accumulata. La quasi totalità degli interventi che avvengono in medicina generale sono inconsapevoli, sono il risultato incontrollabile dei pensieri e dei modi d'essere dei medici. In questa disciplina - diversamente da quello che succede ad esempio in psicoterapia - non esistono regole né consuetudini che leghino in forme note o disciplinari gli interventi, e quindi essi sono la diretta evidenza di quella *funzione apostolica* che Balint descrisse (12). Questo patrimonio sotterraneo dei medici di medicina generale non è probabilmente dannoso o da correggere, al contrario esso è quanto più di vero esiste e ciò che fa di questa attività medica la più vicina alle persone sofferenti.

Parlando di intervento, ci si riferisce qui non solo agli interventi verbali, ma anche a quelli non verbali. È curioso notare che la maggior parte degli interventi di modulazione della relazione in medicina generale sono non verbali, non nel senso dell'atteggiamento fisico, dello sguardo, della prosodia e di tutto l'apparato di elementi che costituiscono la sintassi della comunicazione non verbale, ma nel senso di vere e proprie azioni parlanti: un'azione clinica, una prescrizione, un invio, un esame obiettivo ad un addome dolente. In quest'ultimo caso, ad esempio, il medico effettua un esame clinico e al tempo stesso accede alla dimensione del contatto fisico rassicuratorio attraverso la manipolazione che è eco di primitive manipolazioni materne del corpo infantile. Le azioni parlanti sono azioni sovradeterminate: hanno valenza simbolica, nel senso che rimandano ad elementi primari, ma sono anche principalmente azioni, sono *realizzazioni simboliche* (27) e sono facilmente fruibili dal paziente anche senza un'elaborazione attraverso il medium mentale. Questa ologrammaticità dell'azione medica (3) ha una valenza moltiplicativa utilissima in medicina generale.

Interventi verbali e azioni parlanti sono strumenti comunque individuali. L'organizzazione del lavoro del medico è invece uno strumento sovraindividuale molto potente. La funzione terapeutica dell'organizzazione è ben nota: essa, allo stesso modo della relazione bipersonale, ha significato psicologico. L'organizzazione del lavoro del medico è un insieme di regole, quali l'accesso all'ambulatorio e la modalità di esecuzione delle visite, che non cambiano negli anni e costruiscono una cornice per la relazione, come avviene nel processo psicoanalitico (28). Il comportamento organizzativo non è un aspetto separato, opzionale, o una semplice appendice del lavoro clinico, che viene considerato il nocciolo duro dell'attività del medico (3), ma è la struttura viva che modula la storia relazionale con il paziente, contenitore delle sue angosce (29, 30).

Conclusioni

Ciò che colpisce maggiormente, nell'analizzare gli strumenti di modulazione della relazione, è la loro silenziosità: mentre l'esplicito di tutta la medicina è sempre incentrato sulla clinica, le risposte a ciò che è silenzioso, la relazione, sono implicite, silenziose, come testimonia la storia che apre questo scritto.

Se fino ad ora si è presentata la relazione di lunga durata come qualcosa che, dato, può essere modulato al fine curativo, si ritiene che essa è anche da perseguire, anche in situazioni diverse da quelle della medicina generale, come il campo delle cure primarie ospedaliere e lo stesso campo specialistico. La letteratura è generosa nel dimostrare che legami di lunga durata tra medico e paziente sono correlati a diminuzione della frequenza di ospedalizzazione (31, 32), dei costi (31), all'aumento della fiducia dei pazienti nei medici (33) e della soddisfazione del paziente (34). I tempi di consultazione diminuiscono e l'uso delle risorse si fa più appropriato (35). Ma se gli studi sono un insegnamento normativo sulla necessità di relazioni di lunga durata, l'aneddoto che apre questo scritto è *insegnamento convincente* (36): in esso si concretizzano tutti gli elementi qui analizzati. Il coinvolgimento emozionale del medico, laddove l'amarezza del ricordo si confonde con quella del caffè non bevuto dal paziente ma dal medico in vece sua, la silenziosità dell'aiuto, la complicità

costruita attraverso la bevanda, oggetto di mediazione dell'angoscia e di condivisione della sofferenza, la costruzione nel tempo di tale complicità, il legame profondo tra i due, sono tutte pennellate in questo quadro che non ha nulla da invidiare ad un'opera d'arte. Sembra convincente la chiarezza di una piccola azione parlante, dettata dalla libertà creativa, modulatrice della relazione, soluzione ed esito della storia, abilità che nessuno può insegnare.

Ed infine un interrogativo: cosa serviva veramente al paziente in questa situazione? Un medico che sapesse eseguire la paracentesi o un medico che sapesse modulare il suo intervento? Probabilmente entrambe le competenze, ma integrate tra loro: un medico cioè che sappia integrare anche l'atto clinico (la paracentesi) nel lavoro di modulazione relazionale, fondandosi sul patrimonio di quella "*società mutua d'investimento*" (12) affettivo che si crea nella relazione di lunga durata con il paziente prima della sua malattia, che costituisce una solida base d'azione.

E questa capacità di integrazione è una specifica competenza del medico di medicina generale.

Bibliografia

1. Parma E. La Medicina Generale: un ponte tra la medicina come scienza della natura e come scienza umana. In: Bertolini G. (a cura di) *Diventare medici*. Milano: Guerini, 1994.
2. Parma E, Bandera L, Gruppo di lavoro sulla farmacovigilanza, CSerMEG. Variabilità e bias nella medicina generale: la lezione di una ricerca sugli effetti collaterali dei farmaci. *Ricerca e Pratica* 1991; 38: 53- 7.
3. Parisi G, Valcanover F. L'organizzazione in medicina generale. *Sviluppo & Organizzazione* 1995; 148: 87-107.
4. Parma E. Pratica medica e non-compliance. Una sfida per il medico di famiglia. *Medic* 1993; 1:133-136.
5. McWhinney IR. *A textbook of family medicine*. Oxford University Press, 1989.
6. Hjortdahl P. Continuity of care: general practitioners' knowledge about, and sense of responsibility toward their patients. *Fam Pract* 1992 Mar;9(1):3-8.
7. Hjortdahl P. General practice and continuity of care: organizational aspects. *Fam Pract* 1989 Dec;6(4):292-8.
8. Hennen BK. Continuity of care in family practice. Part 1: dimensions of continuity. *J Fam Pract* 1975 Oct;2(5):371-2.
9. Hansen MF. Continuity of care in family practice. Part 3: measurement and evaluation of continuity of care. *J Fam Pract* 1975 Dec;2(6):439-44.
10. Byrne PS, Long BEL. *Doctor talking to patients.*, London: HMSO, 1976.
11. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992; 267:2221-2226.
12. Balint M. *Medico, paziente, malattia*. Milano: Feltrinelli, 1961.
13. Freeling P, Harris CM. *The doctor-patient relationship*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1984.
14. Heath I. Following the story: continuity of care in general practice. In: Greenhalgh T, Hurwitz B (eds). *Narrative Based Medicine*. London: BMJ Books, 1998; 83-92.
15. McDonald PS O'Dowd TC. The heartsink patient: a preliminary study. *Family Practice* 1991; 8:112-116.
16. Corney RH, Strathdee G, Higgs R, King M, Williams P, Sharp D, et al. Managing the difficult patient: practical suggestion from a study day. *J R Coll Gen Pract* 1988; 38:349-352.
17. Stein HF *The psychodynamics of general practice*. London: University of California Press, 1985
18. Freidson E. Client control and medical practice. *American Journal of Sociology* 1960; 65:374-382.
19. Middleton JF. The exceptional potential of the consultation revisited. *J R Coll Gen Pract* 1989; 39:383-386.
20. Botelho RJ. A negotiation model for the doctor-patient relationship. *Family Practice* 1992; 9:210-218.
21. Farber NJ et al. Love, boundaries and the patient-physician relationship. *Arch Intern Med* 1997; 157: 2291-94.
22. Jones I and Morrell D. General practitioners' background knowledge of their patients. *Family Practice* 1995; 12:49-53.
23. Gould SJ. *La vita meravigliosa*. Milano: Feltrinelli, 1990; 291-292.
24. Greenhalgh T, Hurwitz B. Why study narrative? In: Greenhalgh T, Hurwitz B (eds). *Narrative Based Medicine*. London: BMJ Books, 1998; 3-16.
25. Todd C and Still A. General Practitioners' Strategies and Tactics of Communication with the Terminally III. *Family Practice* 1993; 10:268-276.

26. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *The consultation*. Oxford: Oxford Medical Publications, 1984.
27. Sechehaye MA. *Introduction à une Psychothérapie des Schizophrènes*. Paris: PUF, 1954.
28. Bleger J. Psychoanalysis of the psychoanalytic frame. *Int J Psychoanal* 1967; 48: 511- 19.
29. Kaes R, Bleger J, Enriquez E, Fornari F, Fustier P, Roussillon R, Vidal JP. *L'istituzione e le istituzioni*. Roma: Borla, 1991.
30. Jaques E. Social systems as a defense against persecutory and depressive anxiety. In: Klein M et al (eds). *New directions in psychoanalysis*. London: Tavistock, 1955.
31. Gill JM, Mainous AG 3rd. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. *Arch Fam Med* 1998 Jul-Aug;7(4):352-7
32. Weiss LJ, Blustein J. Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *Am J Public Health* 1996 Dec;86(12):1742-7
33. Kao AC, Green DC, Davis NA, Koplan JP, Cleary PD. Patients' trust in their physicians: effects of choice, continuity, and payment method. *J Gen Intern Med* 1998 Oct;13(10):681-6
34. Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ* 1992 May 16;304(6837):1287-90
35. Hjortdahl P, Borchgrevink CF. Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *BMJ* 1991 Nov 9;303(6811):1181-4
36. Bruner J. La costruzione narrativa della realtà. In: Ammaniti M, Stern N. *Rappresentazioni e narrazioni*. Bari: Laterza, 1991.

Abstract

The context of general practice is presented and the continuity of care is highlighted as core value. One single chronological aspect of the continuity of care, the long -term general practitioner-patient relationship, is analysed. This relationship, lasting over more than half a lifetime, appears as a strong and silent tie, which encompasses professional relation and in which doctor's feelings, fears and opinions become important factors. From this point of view doctor is a fundamental part of the field and cannot control the long -term relationship, but he can only modulate it. Therefore, a historiographic approach and not a deterministic one is needed.

The background knowledge of their patients used by general practitioners in decision making is analysed. The strategic approach of the doctor is discussed: in each consultation doctor tries to reach several tactical objectives, focusing on a long term strategy.

Implicit and silent tools, which are needed to modulate relations, are described: interventions which are mostly unaware and non verbal, organisation of doctor's work which has a psychological meaning.

Advantages stemming from long -term general practitioner -patient relationship suggested that this kind of relations are to be pursued in the practice of medicine.

Abstract

Viene presentato il contesto della medicina generale e la continuità dell'assistenza è enfatizzata come valore principe. Viene analizzato un aspetto della continuità cronologica dell'assistenza, la relazione di lunga durata tra il medico di medicina generale e il paziente, relazione che dura per più della metà di una vita. Essa appare come un legame silenzioso e profondo, che include la relazione professionale ma non la esaurisce, e nell'ambito del quale i sentimenti, le paure, le idee del medico divengono fattori importanti. Da questo punto di vista il medico è parte fondamentale del campo e non può controllare la relazione, può solo modularla. È necessario quindi un approccio storiografico e non deterministico.

Si analizza la conoscenza delle informazioni utilizzate nel processo decisionale riguardo i propri pazienti da parte del medico di medicina generale. Si discute l'approccio strategico del medico: nella consultazione cerca di raggiungere alcuni obiettivi tattici, nell'ambito di una strategia più a lungo termine.

Si descrivono gli strumenti impliciti e silenziosi che vengono utilizzati per modulare la relazione: gli interventi che sono spesso inconsapevoli e non verbali, l'organizzazione del lavoro del medico che ha significato psicologico e costituisce un ambiente di sostegno.

I vantaggi dati da una relazione di lungo periodo tra il medico e il paziente suggeriscono che essa dovrebbe essere perseguita nell'ambito medico anche non solo nella medicina generale.

La continuità relazionale in medicina generale

Giuseppe Parisi, Vittorio Caimi, Fabrizio Valcanover

**Giuseppe Parisi,
CSeRMEG - Medico di medicina generale, Trento**

**Vittorio Caimi,
CSeRMEG - Medico di medicina generale, Monza**

**Fabrizio Valcanover
CSeRMEG - Medico di medicina generale, Trento**

Indirizzo per la corrispondenza:

Giuseppe Parisi
Via Abba, 14
38100 Trento
E-mail: parisi@iol.it

Parole chiave:

Relazione medico- paziente
Continuità dell'assistenza
Assistenza a lungo termine
Medicina Generale
Stile di lavoro

Keywords:

Physician-Patient Relations
Continuity of Patient Care
Long-Term Care
Family Practice
Physician's Practice Patterns