

Vito Cagli

LA CRISI DELLA DIAGNOSI

Roma: Armando Editore, 2007

Pagine: 91

Prezzo: euro 10,00

Nella pratica medica “la diagnosi non vive di vita autonoma”: risente di una serie di variabili soggettive, obiettive, di contesto culturale, sociale e professionale che in alcuni casi possono renderla effimera, e a volte persino mero atto formale, se non correlata a un approccio “appassionato” e realmente empatico, nelle modalità e nei tempi di valutazione dovuti, del medico alle problematiche del paziente.

La crisi del modello biomedico della malattia, l’eccessiva “matematizzazione delle valutazioni probabilistiche”, l’enfasi posta sugli studi clinici randomizzati (effettuati, in realtà, in pazienti “ideali”) e, da questi, sulle “linee guida”, l’exasperata ricerca di soluzioni tecnologiche per la definizione diagnostica (fino a confondere i mezzi con il fine, a causa di una “mentalità tecnologica” dei professionisti, di per sé utile e non biasimabile, ma certamente meritevole di un giusto ridimensionamento nel contesto del ragionamento clinico), il ricorso alle terapie sintomatiche impostate prima della diagnosi, i rischi di un impiego “spensierato”, non attento né responsabile, delle indagini genetiche costituiscono oggi ulteriori elementi di riflessione, utili al medico per assumere non tanto una posizione “contro il metodo, ma soltanto contro i suoi eccessi”.

“L’ideale razionalistico di una causa, una malattia, una diagnosi, una terapia” non si realizza quasi mai nei pazienti reali. La “guarigione”, in un mondo dominato dalle malattie croniche, costituisce un obiettivo terapeutico sempre più sporadico e difficilmente raggiungibile. La complessità sia dei pazienti sia delle conoscenze, la frammentazione delle competenze e dell’assistenza rendono ragione delle difficoltà che oggigiorno il medico incontra nel fornire risposte esaustive ai suoi pazienti. Tuttavia “la società consumistica, sospettosa e critica nei confronti del medico” richiede risultati tangibili – attraverso l’impiego obbligato ed esplicito di mezzi, anche i più costosi – in tempi rapidi, e non è consapevole dei limiti di cui la Medicina, in quanto scienza inesatta, risente ancora. L’incertezza continua a dominare il mondo dei pazienti reali con i quali il medico ha a che fare nella sua pratica quotidiana. Per affrontare la complessità, in condizioni di incertezza, sono tuttora necessari gli strumenti tradizionali del metodo clinico.

La “crisi della diagnosi” (ovvero la difficoltà a formulare un giudizio a partire da una sintesi esatta e sostanziale dei problemi posti dal paziente al medico) passa attraverso la non sempre univoca definizione dello stato di malattia e della sua nosografia, dal polimorfismo e dalla presentazione atipica di sintomi e segni, da “deviazioni dalla norma” non agevolmente quantificabili in quanto spesso di tipo qualita-

tivo, dalla presenza delle cosiddette “non malattie”, oltre che dalle stesse caratteristiche del paziente, sempre più anziano, affetto da comorbidità multiple e con problematiche psicosociali ed economiche non facilmente sintetizzabili.

Il giudizio diagnostico, pertanto, appare come un complesso “atto immaginativo”, a volte “luce che si accende improvvisa, espressione di una conoscenza tacita”. Gran parte del procedimento diagnostico – e quindi la decisione terapeutica – è il risultato di una ricerca personale attiva e ponderata. La diagnosi costituisce l’atto intellettualmente più nobile della nostra professione. Il “buon medico” sa, a partire dai dati anamnestici, dall’esame obiettivo e da una valutazione multidimensionale, anche mediante uno sforzo creativo, individuare i problemi del paziente, formulare ipotesi diagnostiche preliminari o provvisorie, sottoporre queste ultime ai più appropriati controlli servendosi del laboratorio e delle indagini strumentali e, in base ai risultati ottenuti, formulare il giudizio finale. Nella gerarchizzazione delle scelte decisionali, il “buon medico” deve saper selezionare le priorità e tenere conto del rapporto costo/benefico nell’adozione di ipotesi diagnostiche alternative, in funzione degli elementi disponibili. Il “buon medico” deve saper rilevare i sintomi, valutarli, coordinarli e ricavarne la diagnosi, per poi prescrivere la terapia.

Compiere queste operazioni, e compierle bene, non sempre è facile. Il cosiddetto “occhio clinico” (ovvero il “buonsenso”) non è che la loro risultante, che emerge quasi istantaneamente in un intelletto ben dotato dalla natura e ben educato dall’istruzione e dall’esperienza. Tutto ciò, nell’accezione moderna, si esprime, nella pratica reale, nelle capacità del “buon medico” di assumere le decisioni in base a una valutazione ponderata, non influenzata da conflitto di interesse alcuno, alle conoscenze scientifiche e alle prove disponibili, e all’esperienza, al contesto reale oggettivo, tenendo conto delle scelte e dei diritti del paziente. Per tutto ciò è necessario disporre dei tempi dovuti: in sostanza l’“elogio della lentezza”, nell’interesse del paziente, richiama il dovere del medico a non essere mai frettoloso, a saper ascoltare il paziente, valutandone la complessità, rispettandone i tempi e considerandone il decorso clinico, anche in termini di continuità assistenziale.

Tali principi fondanti, gradevolmente espressi nel testo di Vito Cagli, fanno parte della mentalità degli Internisti, che certamente vi ritroveranno i valori che ispirano la loro pratica quotidiana. Proprio la “passione”, richiamata dall’autore nelle conclusioni, deve aiutarci a essere «uomini che vivano di scienza e passione per la loro scienza e non pallidi burocrati attenti a timbrare il cartellino all’ora giusta o a cercare il DRG più conveniente. Un medico senza passione non sente la vita e la morte; forse può scorgere la malattia, non vedrà mai l’ammalato».

Roberto Nardi

Medicina Interna, AUSL di Bologna, Ospedale “G. Dossetti”