



Disponibile online all'indirizzo www.sciencedirect.com

SciVerse ScienceDirect

journal homepage: www.elsevier.com/locate/itjm



EDITORIALE

Medicina Interna e paziente complesso: riflessioni di un internista

Internal medicine and complex patient: considerations of an internist

I temi che Cavicchi ha affrontato e “sezionato” con la sua impareggiabile capacità logica analizzando il lavoro di Roberto Nardi et al., pubblicato sull'*Italian Journal of Medicine* nel 2009 [1], obbliga il lettore a ripensare al modo di essere dell'internista, che della complessità clinica è lo specialista; ne esce un'idea di complessità che “congiunge” evidenza scientifica, medico e malato.

In detto elaborato analizzato da Cavicchi, gli autori considerano la complessità una scienza, un unicum, comprensivo di molteplici aspetti, e danno giudizi critici sul ruolo che ha avuto la Evidence-Based Medicine (EBM), alla quale si è attribuita la capacità di risolvere molti e decisivi problemi. La realtà, scrive Cavicchi, ha dimostrato che l'EBM, nata come “teoria della rappresentazione statistica in grado di rispondere alle nuove complessità sociali, culturali ed economiche”, non fornisce le risposte giuste al medico internista che si trova di fronte un malato gravato da più patologie, anziano, fragile, in terapia con molti farmaci, spesso inserito in un contesto socio-familiare difficile. Eppure, con tutti i limiti denunciati, l'EBM rimane una fonte insopprimibile di conoscenze, anche se non può e non deve essere considerata una tavola dogmatica da traslare nella clinica pratica, perché nei trial viene arruolato un malato “ideale” che esiste solo eccezionalmente nel quotidiano della Medicina Interna.

Cavicchi rimarca ed enfatizza il lavoro dell'internista che cura l'uomo come sistema complesso composto da tante parti interagenti tra loro, e nel quale interferiscono variabili psichiche, sociali, economiche, e che tiene in forte considerazione “l'opinione” del malato, insopprimibile “forma complementare di conoscenza”, pur non avendo la dignità di evidenza scientifica. Italo Portioli [2] si avvicina molto a questa interpretazione e attribuisce alla complessità il significato di molteplicità, “intreccio di molteplici” sia nel paziente sia nella realtà contestuale.

La clinica, dunque, deve unire sia la competenza del medico sia i bisogni del malato e, infine, deve implementare e sviluppare il progetto di un rapporto tra medico e paziente

nei modi più efficaci possibili. La clinica così intesa e strutturata è quella che Cavicchi chiama “relazionale”. Una clinica sensibile, dinamica, non dogmatica, non presuntuosa, accogliente e “ragionevole”. Si potrebbe sostenere che Cavicchi descrive, in buona sostanza, una clinica umana che vede l'atto medico realizzato, ovviamente, secondo le migliori conoscenze scientifiche e che comprende metodologicamente il ragionamento svolto con il paziente. L'importanza di tali affermazioni si coglie nei costi derivati, sia per il malato sia per la società, quando si verifica un atto medico “non ragionevole”.

Il rapporto medico-paziente sul quale tanto si è scritto e si scrive assume, quindi, la forma di una relazione nella quale esistono due protagonisti con ruoli, funzioni e responsabilità differenti e nella quale sarebbe “epistemologicamente contraddittorio centrare la conoscenza su uno dei due”.

La nozione di complessità nella pratica clinica rifiuta infatti, per definizione, un centro o “i luoghi privilegiati della conoscenza”, come non “tollerare le parzialità, le riduzioni, le semplificazioni arbitrarie e la passività del malato”.

Il malato deve avere libertà di scelta sulle decisioni che riguardano la propria salute e il medico deve disporre delle condizioni ambientali per poter esprimersi e aiutare efficacemente: condizioni che presuppongono obiettivi chiari, sostenibili e organizzazione del lavoro.

Ecco dove sta il contrasto tra la dottrina aulica e orgogliosa di Cavicchi, che teorizza un internista attento alla complessità “decentrata” nei numerosi aspetti che la costituiscono, e la non esaltante quotidianità vissuta. Le idee di Cavicchi, tuttavia, lasciano pensieri forti che portano a una presa di coscienza delle tante linee che intersecano mondi diversi, ma sempre intrecciati, che compongono l'universo uomo che l'internista è chiamato a curare.

Forse siamo alla vigilia di una Medicina Interna rinnovata dalla consapevolezza di essere esercitata da medici in cui metodo di antica scuola e conoscenza tecnologica si fondono

sintesi efficace e nella quale è recuperata la partecipazione attiva e libera del malato. Rinnovamento che potrà, però, concretizzarsi solo se l'attuale sistema organizzativo e strutturale lascerà il posto a un modello più funzionale che la FADOI ormai da tempo propone.

Il lavoro di Cavicchi potrebbe sembrare una mera esercitazione filosofica con profondi spunti speculativi senza alcuna relazione con la clinica dell'internista, ma è proprio dai circuiti ideativi più arditi che nascono progetti di incomparabile creatività.

Bibliografia

- [1] Nardi R, Fabbri T, Belmonte G, Leandri P, Mazzetti M, Pasquale A, et al. Medicina interna, paziente complesso, evidence based medicine e le non evidenze. *Ital J Med* 2009;3:191–200.
- [2] Portioli I. Vita da internista. *Ital J Med* 2010;4:217–22.

Francesco D'Amore
Consigliere CdA Fondazione FADOI
E-mail: dott_damore@libero.it