Strategie diagnostiche in Medicina Generale

Data 23 dicembre 2012
Categoria scienze_varie

Le strategie diagnostiche applicate nel setting della medicna generale sono diverse a seconda delle problematiche che si presentano, talora non è sempre necessario arrivare a formulare una diagnosi precisa per rispondere alle necessità di cura del paziente.

La diagnosi è il momento centrale di ogni atto medico ed è la premessa di una efficace terapia e di una attendibile valutazione prognostica.
E' stato osservato che spesso nella attività del medico di famiglia non è necessario formulare una precisa diagnosi, e che talora è possibile rispondere ai bisogni del paziente anche in condizioni di incertezza.(1)

E' tuttavia evidente che conoscere i processi mentali che utilizziamo per ipotizzare e per confermare una diagnosi può renderci consapevoli delle potenzialità e dei limiti di ogni nostro percorso diagnostico e dunque anche della possibilità di errore in ciascuna strategia utilizzata. Da molti anni in Italia si è sviluppata una riflessione sulla metodologia diagnostica(2,3) ma è dalla stampa inglese ed americana che sono giunti i contributi più facilmente applicabili alla nostra praticaquotidiana(4,5)

Riassumiamo le principali strategie diagnostiche con esempi applicativi.

Gli autori anglosassoni hanno osservato che il ragionamento clinico adottato dai medici di famiglia inglesi per configurare una diagnosi prevede fondamentalmente l'utilizzo di **due insiemi di strategie cognitive** che si differenziano per i processi logici utilizzati. **Il primo gruppo di strategie è veloce** , permette la formulazione di ipotesi diagnostiche in tempi estremamente rapidi, spesso nelle prime fasi del consulto medico, si basa sull'intuizione-abduzione, sull'uso di euristiche e processi cognitivi automatici.
Il secondo insieme di strategie è più lento , ponderato, analitico; la maggior parte delle volte viene utilizzato per problemi complessi e di difficile risoluzione immediata.
-I dati dei colleghi inglesi sono stati sostanzialmente confermati in uno studio italiano(6)-

StrategieRapide

SpotDiagnosis
E' una diagnosi pressoché istantanea, legata a percezioni visive o auditive, suggerita da precedenti esperienze del medico:non richiede riflessioni e talora neppure indagine anamnestica. (Esempi **Acne,Orticaria,Pertosse**)

SelfLabelling
Il paziente si presenta al medico suggerendo una etichetta diagnostica legata a precedenti esperienze del paziente stesso. La accettazione acritica della diagnosi del paziente può portare ad errori anche gravi, ma è stato dimostrato che in alcune condizioni, quali la **CistiteAcuta** la diagnosi è corretta nel 84% dei casi.

PresentingComplaint
E' il sintomo lamentato dal paziente (es. **Cefalea,Raffreddore) che in parecchi casi coincide con la diagnosi che il medicoformulerà.**

Pattern Recognition Trigger
E' il riconoscimento del modello, che può avvenire con meccanismo tipo "spot", ad esempio nell' **Eczema** o con la integrazione di dati clinici ed anamnestici, ad esempio nel **Basedow**.

StrategieLente
Possono venire utilizzate come strumento di approfondimento della diagnosi rapida o come prima strategia di fronte a problemi non inquadrabili in una precisa categoria nosografica.

RestrictedRule-Out
E' una strategia che prende in considerazione un ventaglio di ipotesi diagnostiche escludendo via via quelle meno probabili: questa metodica preserva da errori grossolani ed in particolare dal misconoscimento di diagnosi serie. Ad esempio in presenza di **CefaleaViolenta** si arriva alla diagnosi definitiva anzitutto escludendo diagnosi serie quali la emorragia subaracnoidea e la ipertensione maligna.

StepwiseRefinement
E' la strategia per approfondimenti successivi. Si parte dal sintomo, si aggiungono via via alcuni dati e se ne scartano altri, fino ad arrivare ad una ipotesi diagnostica fondata. Uno degli esempi più semplici è la **Congiuntivite**. Dalla diagnosi "spot" si passa via via a formulare la diagnosi definitiva di congiuntivite allergica.

RagionamentoProbabilistico
I medici che adottano rigorosamente il metodo probabilistico bayesiano sono rari in medicina generale; un uso approssimativo ma spesso efficace della prevalenza stimata di una determinata malattia è abbastanza frequente. Un esempio classico, ancorché non scevro da errori è la diagnosi veloce, se non addirittura telefonica, di **Sindrome Influenzale** riconoscendo il "pattern" febbre, tosse e raffreddore nel periodo invernale.

PatternRecognitionFit
I sintomi ed i segni clinici vengono integrati in un quadro globale che richiama alla mente del medico analoghi quadri,correttamente diagnosticati in passato. E' un meccanismo analogo alla strategia veloce di riconoscimento del pattern,con la differenza che qui vi è anche una diagnostica differenziale. Ad esempio la osservazione di un occhio arrossato e dolente, con eritema e vescicole palpebrali richiama la diagnosi di **ZosterOftalmico** .

ClinicalPredictionRule
Vengono usati criteri codificati di orientamento diagnostico: esempi ben noti sono la scala di Wells per la diagnosi di **TrombosiVenosaProfonda** , i criteri di **Ottawa** per i **TraumiallaCaviglia** ecc.

Riflettere sui nostri modi di pensare può apparire una divagazione filosofica priva di conseguenze pratiche. In realtà, essere consapevoli dei processi di pensiero che usiamo nel nostro lavoro ci permette di riconoscere le potenzialità ma anche i limiti della "ragion medica", e può dunque fornirci un prezioso aiuto a migliorare le nostre prestazioni ed a riconoscere l'errore che si insinua così spesso nel nostro lavoro.(6)

BIBLIOGRAFIA

1) Caimi V, Tombesi M. Medicina Generale Torino: UTET Editore 2003
2) Scandellari C. La Diagnosi Clinica Milano: Masson Editore 2005
3) Federspil G. I fondamenti del metodo in medicina clinica e sperimentale. Padova: Piccin Editore 1980.
4) C Heneghan C, Glasziou P, Thompson M. Diagnostic strategies used in primary care BMJ2009;338:b946
5) Norman G. Building on experience—the development of clinical reasoning.N Engl J Med 2006;355:2251-2.
6) De Gobbi R, Di Marco L, Fassina R. Strategie diagnostiche in Medicina Generale. Società Italiana MedicinaGenerale 2011;6:3-8

RiccardoDeGobbi