



Il Manuale di Clinica Pratica

Titolo Diagnosi: arte o scienza?
Data 30 gennaio 2006 alle 14:23:00
Autore R Rossi

Rossi:

La medicina sarebbe relativamente più semplice se il paziente avesse cucito sulla fronte la diagnosi. Purtroppo non è così, spesso si presenta a noi con una serie di segni e sintomi, più o meno espliciti e dichiarati, e da questi noi dovremo cercare di trovare una causa, cioè di fare un diagnosi.

Ressa:

Il fatto è che anche i libri di Medicina in generale (e anche il nostro), sono divisi per capitoli e ad ogni capitolo corrisponde una malattia. Bisognerebbe quindi ripensare al modo di scrivere i trattati?

Rossi:

Non necessariamente. I trattati classici sono indispensabili, solo che dovremmo abituarci anche a consultare libri che partono dal sintomo per arrivare alla diagnosi.
Ne esistono molti, alcuni anche ben fatti.

Ressa:

Vorresti dire che è possibile in qualche modo formalizzare la maniera per arrivare ad una diagnosi corretta?

Rossi:

Si può tentare. In generale il sistema è questo: si fa una elencazione di cause che possono dare quel sintomo (una specie di check list) e poi, si comincia ad escluderle partendo da quelle più frequenti e probabili per arrivare a quelle più rare. Ovviamente per escludere una malattia può essere sufficiente la sola anamnesi, l'esame obiettivo, o possono essere necessari esami di laboratorio e strumentali. Con un processo di approssimazione più o meno lungo si dovrebbe quindi arrivare a trovare la causa del sintomo. Per non sprecare tempo, energie e soldi, si devono richiedere solo quegli esami che presumibilmente ci porteranno ad una diagnosi corretta, in altre parole solo quegli esami che hanno una buona probabilità pre-test di confermare od escludere la patologia ipotizzata.

Non è sempre detto che una diagnosi sia necessaria. Qualche volta ci si può astenere da questo processo e "stare alla finestra" a osservare quello che succede. In altre parole si può sfruttare il fattore tempo, perchè spesso e per nostra fortuna, i sintomi lamentati dal paziente sono autolimitati e si risolvono spontaneamente in breve tempo. Ressa:
Un esempio?

Rossi:

Mi viene in mente il paziente che si presenta con dolore addominale di recente insorgenza. Se l'anamnesi e l'esame obiettivo non fanno pensare a patologie potenzialmente gravi si può anche rinunciare ad una diagnosi specifica, limitarsi a prescrivere un sintomatico e aspettare la risoluzione del disturbo, riservandosi un approfondimento solo in caso di persistenza o di aggravamento.

Ressa:

Insomma, se ho capito bene, tu cercheresti in qualche maniera di rendere "matematico" (se mi passi il termine) il processo diagnostico. Devo dire che sono molto scettico su questo punto. Il mio maestro universitario diceva: "Ma così sono buoni tutti !!, da voi mi aspetto di più, che imbocchiate le scorciatoie!!"

Per questo sono stato educato ad essere un estimatore del "colpo d'ala" e delle scorciatoie diagnostiche. Ma si tratta di un'arte che uno ha o non ha: si può andare da Milano a Roma per via diretta (ed è quello che fanno i veri artisti della Medicina) oppure arrivarci passando per Genova e Venezia, si arriva comunque a Roma, ma con spreco di tempo e di risorse.

Il vero artista individua subito i segni, i sintomi e gli esami che lo portano a capire la giusta causa, ha il dono della sintesi mentale, una specie di "istinto" e sono molto dubbioso che questa dote si possa in qualche modo insegnare, la definizione di "istinto" è difficile a darsi.

Gli stessi maestri dotati di questa straordinaria capacità, quando interrogati perchè hanno scelto questo esame o non un altro, ti dicono semplicemente "Perchè questa è la strada giusta" ma non sanno spiegare al 100% tutte le motivazioni. E' come il fascino di una bella donna, il perchè ce l'abbia non lo sappiamo spiegare e quando qualcuno cerca di razionalizzarlo, calcolando la distanza tra naso e fronte o tra tronco e arti inferiori, a me viene da ridere. Penso che non ci siano istogrammi, algoritmi e diagrammi o flow-chart che possano farti avere il "colpo d'ala" se non ne sei naturalmente dotato.

Questo discorso, purtroppo, è completamente fuori moda e si scontra con la MEDICINA RAGIONIERISTICA dei nostri tempi e i loro cultori che si applicano in diagrammi con frecce e freccette, personalmente mi annoiano mentre ho un ricordo vivissimo degli "artisti" medici che ho conosciuto, pochi in verità.

Rossi:

Allora, se così fosse, la medicina sarebbe limitata a pochi eletti. Io sono invece convinto che un corretto addestramento e un costante allenamento possano fare molto e nei capitoli che seguono te lo vorrei dimostrare. Il problema principale, secondo me, sta nel fatto che questo metodo non viene insegnato all'università...

Ressa:



D'accordissimo, ma il fatto di conoscerlo non vuol dire automaticamente che si riesca a metterlo in pratica correttamente, perchè questo presuppone doti individuali che il medico, come PERSONA, possiede o no. Mi infervoro in uno sproloquio che spero tu abbia la bontà di perdonare: guarda ai CARDINI del ben operare nella nostra arte che sono anamnesi ed esame obiettivo, io docente posso insegnarti COME si interroga il paziente e COME si visita, ma poi ci sono la tua voce, il tuo linguaggio corporeo, i tuoi 5 sensi.

Posso insegnarti queste cose? Io, per esempio, ho un udito naturale finissimo che mi permette di godere il mio hobby principale che è la musica in alta fedeltà, orbene io posso insegnarti come non farti ingannare da un suono "ad effetto" e cosa devi cercare in una riproduzione musicale corretta, MA certe sfumature non le sentirai mai se non hai quella "sensibilità" che e' innata.

Ancora, prova a vedere le lezioni di tennis: hai 2 persone fenotipicamente molto simili che prendono per la prima volta una racchetta in mano ed hanno lo stesso maestro, vedrai uno che impara il rovescio dopo 20 minuti, per l'altro ci vogliono 10 lezioni, perchè? Perchè uno ha una "disposizione" innata a quel colpo, lo posso spiegare in termini matematici? Non credo.

Così l'INTUITO, o lo possiedi o no; diceva il mio compianto maestro universitario: "Ho visto medici con tutti i capelli bianchi senza occhio clinico, altri, alle prime armi, che già lo possedevano"; del resto non capisco perchè in tutti i campi dei mestieri e delle professioni, spesso diciamo che quella determinata persona ha "talento" e ci togliamo questa opportunità proprio per la nostra! A me, in 26 anni di medicina, è capitato, insieme a frescacce clamorose, che mi si accendesse una lampadina diagnostica inspiegabile per malattie che non avevo mai visto prima e alle quali ho pensato e non so perchè, viceversa gli errori sono stati sempre dovuti alla inosservanza delle regole auree del metodo clinico, come, per esempio: anamnesi affrettate od esami obiettivi volanti.

Quindi io ti posso spiegare il PERCHÉ ho sbagliato in quella circostanza MA non perchè in quell'altra ho avuto il colpo d'ala diagnostico, cioè posso renderti conto dell'ERRORE ma non del COLPO d'ALA.

Tra i due estremi c'è il ben operare "ad andatura costante" che presuppone una qualità media del medico.

Le linee guida sono fatte per loro, per medici di qualità media che viaggiano a 80 all'ora e non fanno mai incidenti: beninteso, chi va in Panda, con in mano le mappe della linea guida pieghevole, arriva lo stesso, ma in tempi ordinari e se trova un imprevisto, si ferma all'Autogrill e aspetta che il blocco cessi; il vero artista "sente" che sta per formarsi un blocco e cambia strada prima che esso si concretizzi.

Arriva alla stessa meta ma un'ora prima; l'ordinario automobilista arriva e lo vede già sul posto, a quel punto esclamerà: "Come ha fatto? la solita fortuna!, la carta stradale delle linee guida non lo diceva!!".

Rossi:

Ci sarebbe molto da discutere sulla correttezza dei tuoi paragoni, osservo solo che purtroppo noi (nella maggior parte dei casi) non siamo dotati di questo "colpo d'ala" e quindi dobbiamo giocoforza andare ad andatura costante (a meno di non ammettere che quasi tutti debbano cambiare lavoro, nel qual caso vorrei proprio vedere chi curerà i malati).

Ressa:

Io ho il massimo rispetto per i Pandisti ma tra rispetto e ammirazione c'è molta differenza, non sto dicendo che un medico non possa essere un onestissimo artigiano ma l'arte è un'altra cosa. Rossi:

Io mi accontenterei se di buoni artigiani ce ne fossero molti, l'arte la lascio a quelli (pochi) che hanno avuto in dono l'istinto di cui tu parli.

Ressa:

Alla fine, ma non per ultima, lascio l'umanità che traspare nel tuo operare come medico e che il paziente percepisce immediatamente.

Egli ti legge nell'anima e, se non trova una corrispondenza, il rapporto parte male anche se il medico applica alla lettera tutto ciò che deve fare; è come il GALATEO, tu puoi dire che quella persona è correttissima perché ha un comportamento ineccepibile ma, contemporaneamente, puoi, magari, intuire che è solo facciata e che "dietro", come UOMO, è una nullità, non ha sensibilità e voglia di donare. Non mi risulta che nel corso universitario ci sia l'esame di "sensibilità" e di "voglia di donare".

La "partecipazione" al problema altrui prescinde dalle conoscenze ma fa sì che il paziente si "apra" all'anamnesi e all'esame obiettivo che sono le fondamenta della diagnostica, viceversa egli sarà reticente o poco disponibile.

Rossi:

Malgrado sia in apnea, a causa del tuo pistolotto, sono disposto a correre il rischio e ad accettare la sfida.

Nei capitoli che seguono vengono trattati alcuni sintomi e segni di frequente riscontro in Medicina Generale e cercherò di mostrare come si può arrivare ad un ragionevole inquadramento diagnostico. Naturalmente questo modo di procedere non ti mette al riparo al cento per cento da possibili errori perchè ci sono sempre i casi atipici e quelli rari che ti fregano.

Infine due considerazioni:

1) spesso le check list ci servono più per "escludere" alcune patologie che per fare una diagnosi vera e propria; per esempio in caso di dolore addominale l'esame delle varie cause può aiutarmi a prendere in considerazione e quindi ad escludere patologie gravi come una peritonite, una perforazione intestinale o una pancreatite, non necessariamente però permettono di fare una diagnosi precisa del tipo di disturbo che affligge quel determinato paziente, e non è neppure detto che sia necessario farlo se poi il sintomo è autorisolutivo; 2) spesso i pazienti lamentano sintomi sfumati, difficili da definire, che si accavallano tra loro, confusi insieme a molti altri dati che sembrano non c'entrare nulla con una qualche patologia e che magari contraddicono le prime ipotesi diagnostiche che stai elaborando. Nulla esclude poi che il paziente possa anche avere due o tre patologie insieme i cui segni e sintomi si intersecano e confliggono tra loro in maniera imprevedibile. Allora diventa arduo metter ordine e chiarezza e trovare il bandolo della matassa che ti conduce alla diagnosi giusta, dare importanza più ad un sintomo o ad un segno che ad un altro. In questo contesto gli schemi che verranno proposti possono risultare di difficile applicazione e deve essere chiaro che non esiste un sistema "miracoloso" per far diagnosi. Nondimeno si deve sempre cercare, se possibile, di semplificare e razionalizzare il processo che ci porta ad una diagnosi piuttosto che ad un'altra, cercando di limitare al massimo i danni.



Siccome le parole astratte funzionano meno degli esempi, prenderò in considerazione una serie di situazioni che il medico incontra frequentemente nella sua pratica, sperando che alla fine sia chiaro quale dovrebbe essere, in linea di massima, il ragionamento generale che ci guida in un oceano tempestoso.

E' anche l'occasione per parlare di alcuni segni e sintomi che non vengono trattati in altre parti del Manuale.

Alcuni non verranno presi in considerazione (per esempio le vertigini, le cefalee, il prurito, la febbre, ecc) perchè costituiscono capitoli a se stanti.

Ressa:

Razionalizza, razionalizza, io penso a Raffaello.

Rossi:

Si, ma la tua mi pare una visione elitaria della medicina, senza contare che di pittori come Raffaello ne nascono 2 o 3 ogni secolo. E comunque non vorrei che mentre sei in contemplazione dei capolavori del sommo pittore ti scappasse qualche diagnosi solo per non aver messo in pratica il banale (ma a mio avviso) talora efficace metodo razionale che io preferisco, pur con tutti i limiti che esso può avere.

Ressa:

Allora bando alle cance e cominciamo. Comunque, fuori dai denti, ti dico che questa parte della patologia mi annoia e di solito, nei trattati, la salto a pie' pari.

Rossi:

Perchè fa parte dell'artigianato mentre a te piace l'Arte con l'A maiuscola. Però considera che i manuali sono scritti per gli artigiani, gli Artisti non ne hanno bisogno.

Ressa:

Te pozzino!

Stucchi:

Mi pare di intravedere una certa idealizzazione della medicina. I maestri che Ressa cita e tanto ammira sono ricordati con l'occhio e lo stupore del neolaureato, con poca o punto esperienza clinica, di fronte ad una diagnosi brillante, solo in apparenza frutto dell'intuito. Riconosco che alcune persone sono piu' dotate, piu' intelligenti, più rapide nei collegamenti, hanno più talento, insomma, ma pensare che solo questi requisiti siano importanti per il famoso "colpo d'ala", significherebbe sminuirne il lavoro, la preparazione, lo studio continuo.

Questi maestri le "Check list" le hanno nel loro cervello e non certamente dalla nascita. Anni di studio continuo e esperienza clinica. Poi viene il resto, quello che fa la differenza.

Comunque, sono convinto che le stesse esperienze, vissute adesso, a cinquantanni e con un bel po' di professione alle spalle, apparirebbero diverse.

Ressa:

Penso che ci sia del giusto in quello che dici, potremmo trovare un accordo finale dicendo che l'ARTISTA e' un ARTIGIANO che va piu' "veloce" degli altri, pur applicando le stesse metodiche dei suoi colleghi e che comunque, a volte, riesce a fare dei "pezzi" che la media dei suoi consimili non riesce a produrre, pur con tutta la buona volonta' e l'applicazione. Ribadisco che questo deve essere visto nell'ottica del paziente che e' sempre al centro del servizio sanitario, se il suo medico e' un buon artigiano, meglio per lui, se addirittura è un artista, ancora meglio, gli fara' fare pochissima strada per arrivare alle diagnosi che lo riguardano.

In realta' il mio pistolotto iniziale era estremizzato "ad arte" perche' voleva arrivare a colpire la medicina "acefala" e "standardizzata" che ai nostri tempi va tanto di moda: medici che per incapacita' diagnostica o paura di conseguenze medico legali sottopongono i loro sfortunati pazienti a tour diagnostici a tappe che li sfiancano all'inverosimile, quel che è peggio è che essi se ne fanno vanto, dicendo che hanno "sondato tutte le possibilità".

Per loro la diagnostica ragionata e' una piccolezza, la flessibilita' dell'iter diagnostico e' un concetto a loro estraneo, le linee guida e i protocolli sono vergati dal club degli "Infallibili" e vanno applicati BOVINAMENTE, gli esami diagnostici sono il Vangelo. Guai a contraddirli! Ogni giorno ne siamo testimoni perche' ci arrivano in studio i loro moduli prestampati con tanto di crocette e crocettine. Dov'è finita la massima che affermava, fino a pochi decenni fa, che "la bravura del medico e' inversamente proporzionale al numero di esami che richiede?"

Io credo che alla fine della nostra discussione, se siamo d'accordo su questo, vada stigmatizzato con forza la insulsaggine di certi comportamenti, conditi dagli "effetti speciali" della medicina moderna.