

UN METODO PER LA DIAGNOSI

Una straordinaria lezione sul ruolo e l'umanità del medico

**Mario Coppo, emerito di clinica medica generale
Università di Modena.**

Introduzione

Una mescolanza sublime di scienza e di arte

Numero d'esami richiesti e capacità diagnostica

Una diagnosi formulata con informatica e telematica?

Il rapporto personalizzato fra medico e paziente

Citazioni

Introduzione

Il tempo che noi viviamo è contraddistinto da molte cose: fra queste dalla rapidità dei mutamenti. Il fattore tempo sembra sia stato annullato e non pesi più molto fra le determinanti del successo di un'operazione di calcolo e questa accelerazione ha trascinato anche la tecnologia medica ad un rinnovamento rapidissimo, quale prima inimmaginabile.

Ricordo per esperienza personale la storia del lento perfezionamento del test diagnostico della clearance della BSF per lo studio della funzione epatobiliare, che richiese equazioni sempre più complesse: alla fine esse chiedevano al medico nozioni matematiche estranee alla sua cultura e la loro risoluzione benché con l'aiuto del "regolo" impegnava tempi più lunghi di quanto consentito affinché fosse salva l'utilità diagnostica del risultato.

Tutti questi problemi sono stati risolti dal calcolatore. La trasformazione numerica delle differenze ha rivoluzionato una parte importantissima della diagnostica strumentale per immagini. Un altro fattore decisivo per l'accelerazione del progresso tecnologico è stato l'agevolezza delle comunicazioni inter-disciplinari e del trasferimento degli studiosi nella sede dove meglio potevano perseguire lo scopo dei loro studi. Come se tutti gli attori convivessero nello stesso laboratorio. Oggi una tecnica nuova non si studia più sui testi e non s'impara con una serie di tentativi personali: lo studioso può raggiungere dovunque egli sia chi già quella tecnica possiede e ne conosce ed ha superato le difficoltà e le insidie.

Ma se dalle scoperte della fisiopatologia, della diagnostica analitica strumentale, dai progressi della terapia medica e chirurgica lo sguardo dello studioso si trasferisce sugli ammalati di ogni giorno, non solo sui "casi gravi" o "importanti" o "interessanti" ma sulla maggioranza degli aventi diritto all'assistenza sanitaria, com'è intesa oggi in questo Paese, offerta a tutti e per tutta la patologia, benché non sia ancora stato dimostrato che questo sia economicamente possibile e conciliabile con la piena efficienza del servizio reso, considerato globalmente, è oggetto di constatazione quotidiana che un "gap" separa il progresso scientifico dalla

“soddisfazione” delle attese del paziente e che esso si allarga sempre più, fino a livelli “di guardia” secondo l'opinione di chi, come me, esercita la professione medica in medicina generale.

Il divario fra le attese del paziente che non ha potuto abbandonare per motivi culturali l'archetipo del Medico “che salva” o che “rovina” e l'attuale operatore sanitario, benché con responsabilità apicale, che affida alla tecnologia l'identificazione del processo morboso che gli porta l'ammalato, assume spesso risonanze stridenti. Né può essere trascurato il fenomeno ben noto del rimodellamento grado per grado che il progresso economico esige del livello dell'intervento sanitario che il cittadino si attende dal sistema, che egli sostiene con i suoi contributi di lavoro o finanziari.

L'esempio cinese merita citazione: l'aumento del reddito che ha seguito in Cina la riforma agricola del 1980, che ha ridotto la quota dei prodotti per l'ammasso obbligatorio consentendo la vendita dell'eccedenza a prezzi di mercato con aumento del reddito contadino ha bruciato i “medici scalzi”. Alcuni di essi hanno trovato più redditizio il lavoro di contadino. I pazienti hanno preferito rivolgersi direttamente alle strutture di 2° e 3° livello poiché l'interessato che abbia disponibilità economica cerca per sé e per i suoi il miglior livello sanitario, ovunque esso si trovi (1). I soli strumenti validi e accettabili per la difesa della medicina di stato, in un sistema che desideri garantire a ciascuno la libertà delle scelte personali, sono la sua efficienza e il mantenimento della fiducia dell'assistito convinto dagli echi fedeli della realtà, che non vi sono alternative migliori.

Sta di fatto che da queste ed altre circostanze e controversie del tempo attuale è cresciuta una “crisi della medicina” che è oggettiva, non immaginaria, che sarà superata in tempi di ragionevole durata solo se tutti gli attori reciteranno con competenza e sincerità la loro parte.

Il mio già troppo lungo lavoro di studioso, di medico, di insegnante di medicina clinica mi ha permesso di cogliere sul fatto alcuni aspetti della crisi incombente sulla medicina applicata e sui particolari aspetti che essa va assumendo in questo Paese, sotto il peso sempre crescente del progresso scientifico e tecnologico. In varie occasioni ho cercato di mettere in evidenza i fenomeni che, indipendentemente dal comportamento individuale, potevano compromettere la figura del medico agli occhi degli assistiti, togliendo prestigio e successo al nostro lavoro e riducendone l'efficacia, misurabile con la quota di sofferenza che il medico riesce ad annullare.

All'accademia nazionale di arti, scienze e lettere di Modena puntualizzai gli aspetti di medicina scientifica e tradizionale presenti nella prassi medica corrente (2). In questa stessa prestigiosa sede cercai di rivalutare l'esame diretto dell'ammalato nella medicina d'oggi (3). Infine a Bergamo (marzo 1984, testo inedito) svolsi nel corso di una “giornata di chimica clinica e tecnologie avanzate” una breve lettura con lo stesso titolo e le stesse intenzioni di questo nostro incontro: “un metodo per la diagnosi” (4). Lo scopo è di suggerire al medico che opera quotidianamente nelle strutture ambulatoriali, a domicilio del paziente, nelle divisioni di medicina generale ed anche ai giovani medici già specialisti impegnati in un lavoro difficile, in continua espansione ed approfondimento, che possono restare incantati dai risultati ottenuti fino a dimenticare l'unità del malato in *pro* dell'esattezza scientifica, una strada per la diagnosi. Una strada il cui percorso si faccia ricordando che l'ammalato può non comprendere o considerare distruttivo un intervento sanitario tecnicamente avanzato che non sia rispettoso dell'unità culturale, psicologica e somatica dell'uomo e delle sue antiche immutate esigenze”.

La necessità di ricostruire un metodo per la diagnosi, che consenta di ottenere risultati utili già al primo livello dell'intervento sanitario, nel rispetto dell'individualità del caso e della sofferenza che in esso si esprime viene dichiarata con crescente insistenza nella letteratura medica più recente.

Nel 1983 A.M. Cooke ribadì la definizione della medicina applicata quale “arte fondata sulla scienza” (5). La 10^a edizione del trattato di Harrison inizia con un capitolo redatto collegialmente dagli Editori dal titolo “la pratica medica” dove si legge “la cura del paziente comincia con la formazione di un tipo personalizzato di rapporto fra il paziente e il medico” (6), 1983. È dello stesso anno un editoriale di T.G. Schnabel (7): l'autore, tracciata una rapida storia della pratica medica come fatta prima da suo padre e poi da lui stesso, si chiede in quali operazioni la medicina pratica possa e debba restare “un'arte”.

Una mescolanza sublime di scienza e di arte

Nel 1984 G.R. Evens (8) scrive che il raggiungimento di una diagnosi appropriata si ottiene solo con una mescolanza di scienza e d'arte. Nello stesso anno è uscito un testo di D. Pendleton e coll.ri (9) sulla necessità di proporre un nuovo metodo di lavoro al medico ambulatoriale.

Dopo una revisione critica personale delle trasformazioni della pratica medica internistica durante i 52 anni della mia attività professionale in clinica ed in ambulatorio, non disgiunta da successo, consapevole delle incognite insite nello sviluppo di ogni crisi e colpito dalla vastità e contemporaneità dei segni di esigenza di rinnovamento che le poche citazioni fatte intendono documentare, ho pensato che sarebbe stato probabilmente utile mantenere per la riunione di questa sera questo titolo e offrire ai medici che operano nel settore elementi per la loro autonoma scelta dei modi migliori per “fare medicina”.

Metodo significa “la strada che si percorre” e diagnosi “riconoscere attraverso” sintomi e dati (10). Questa esposizione vorrebbe proporre al medico e allo specialista che desideri incorniciare il suo insostituibile lavoro con una visione globale dell'uomo che gli chiede soccorso, una strada da percorrere per giungere valutando elementi di informazione di varia natura e quanto più numerosi possibile, ad un'interpretazione corretta del processo morboso in atto in quell'esempio unico e irripetibile che è l'ammalato.

Penso sia costruttivo citare una critica che ho sentito rivolgere da un anziano internista a modelli sempre più diffusi di insegnamento clinico universitario: “insegnano a conoscere le malattie fino ai loro più sottili fondamenti di patologia molecolare, mentre nel suo lavoro il medico incontra solo ammalati”. E questo divario può aggravarsi ancora di più sotto il dominio dei rapidi progressi tecnologici e dell'informatica e dei loro riflessi sul mercato, che tinge di consumismo anche l'assistenza medica mentre l'utilità reale di ogni “sistema sanitario” dipende ancor oggi e in larga misura dal successo dell'operazione medica al primo livello: la visita ambulatoriale o domiciliare o nel servizio d'accettazione ospedaliero.

Preciso di riferirmi esclusivamente alla diagnosi clinica che nasce da quell'incontro fra assistito e medico, senza altra specificazione che ne definisca gli attori, oltre la realtà della sofferenza che lo determina. L'attore è il medico che veniva chiamato, con una scelta più etica che

tecnica, “di famiglia”, un attributo che ne ampliava i compiti, facendone un consigliere tecnico amico, che conosceva la vita del paziente e quella dei suoi congiunti con importanti implicazioni prevenzionali e con possibilità di risparmi nell'uso del servizio sanitario agli altri livelli.

Quel medico divenne poi “il medico della mutua” con intenzioni socioeconomiche ed ora viene indicato come “medico di base” dalla nomenclatura socio-politica in uso.

Mi riferisco alla parte personale svolta dal medico nel procedimento diagnostico al primo livello.

Rimane perciò fuori dai confini dell'esposizione l'importante problematica delle indagini per “*screening*”, letteralmente vagliatura o scelta attraverso un setaccio in una popolazione o in suoi campioni, di dati d'informazione importanti sotto il profitto sanitario. Un esempio: lo screening di valori glicemici a digiuno 140 mg % non conduce a diagnosi, ma ad una collezione di dati. Porre una diagnosi significa percorrere una strada scelta a ragion veduta per trascorrere dal dato raccolto al riconoscimento (nell'esempio citato) dei casi di diabete e del loro tipo patogenetico, con esclusione motivata di altre ipotesi.

Ma resterà fuori dal nostro campo anche la diagnosi clinica definitiva e verificata, il “*final cut*” di *équipes* specialistiche o di specialisti di grande competenza ed esperienza, che operano nelle strutture attrezzate per indagini al massimo livello del progresso scientifico e tecnologico.

Vorrei sottolineare ancora che la “diagnosi” oggetto di questa esposizione, che si propone ad un livello intermedio fra il semplice controllo del decorso o dell'esito terapeutico dopo un accertamento diagnostico o la collezione di dati epidemiologici o di screening da un lato e dall'altro la diagnosi clinica finale al massimo livello di competenza specialistica, questa diagnosi immediata provvisoria probabile che conclude l'incontro medico-assistito al primo livello operativo, costituisce lo strumento fondamentale e insostituibile del successo o del fallimento dell'intervento sanitario sulle richieste della popolazione, sotto il profilo sia tecnico sia economico.

Essa infatti determina le decisioni operative successive del medico e del paziente: richiesta di analisi ed indagini strumentali, consulenza specialistica ambulatoriale, appoggio ad un centro diagnostico o un *day-hospital*, ricovero in divisione ospedaliera generale o specialistica, prescrizioni terapeutiche, norme igieniche che possono (se osservate) modificare lo stesso modello abituale di vita e di alimentazione. È facile immaginare l'alto costo e il nessun beneficio di una gestione scorretta di questo primo atto. Inoltre, se la diagnosi non è stata proposta in modo convincente, l'effetto sull'assistito è negativo e lo stimola alla richiesta di altri interventi sanitari spesso ripetitivi: più analisi, più farmaci, più ricoveri senza alcun miglioramento della salute soggettiva e oggettiva.

Può sembrare superfluo ribadire, tale è la sua evidenza, che lo strumento principe per il buon esito di tutte le operazioni sanitarie e di tutte le iniziative intese a migliorarne l'efficacia è un medico acculturato.

Non è questa la sede per tentare un'analisi dell'efficienza delle istituzioni già riformate preposte alla “formazione del medico” o peggio un confronto con la situazione precedente o per accedere a proposte di modificazioni efficientistiche della didattica clinica. Lo sviluppo tecnologico e il suo *marketing* possono indurre a svalutare la cultura e l'esperienza del medico con la prospettiva di sostituirle con esami strumentali meno fallibili. Ma già da più parti si sono levate voci per confermare l'insostituibilità attuale del giudizio medico per una diagnosi completa.

In un editoriale del *N.E.J. of Med.* 1983 (7) si legge: “nelle scuole mediche restano ormai pochi insegnanti con vasta cultura generale e la didattica è dominata dagli specialisti”. Il processo formativo di un medico utile, qualunque sarà la sua successiva specializzazione, comincia già nella sua famiglia e nei luoghi del culto religioso e dello studio filosofico, si sviluppa nell'università, si completa nel lavoro prestato con la guida di insegnanti di medicina capaci e sensibili. In alcune scuole mediche statunitensi si è sentita l'opportunità di istituire dipartimenti “per le umanità mediche” (7): si potrebbe tradurre in italiano con “istituti per la medicina umanistica”. Vi sono in quel Paese numerose fondazioni create da medici o dalle loro vedove che esplicitamente definiscono le qualità umanistiche come requisiti primi per la scuola medica, come se la professione medica stesse oscillando all'indietro, non più ipnotizzata dalla tecnologia e tendesse a prestare sempre più attenzione ai valori umanistici (A. Taranto, 11).

Personalmente non credo che in un paese libero le istituzioni possano forgiare secondo programmi di indiscusso interesse teorico, uomini eccellenti. Ma ogni medico può scegliere la qualità del suo lavoro e migliorarla giorno per giorno, se questa è la sua esigenza primaria: l'accesso a biblioteche, aule universitarie, convegni non condizionati da programmi di *marketing*, è libero e la lettura di testi e riviste di medicina è agevole.

Come ebbi già a dire in questa stessa sede, in termini generali sono prevedibili, con riferimento alla realtà di questo Paese, due scelte professionali estreme rispetto ad infinite soluzioni intermedie:

a) un medico indifferente per natura, convincimento o per mimetismo difensivo distribuisce moduli e prescrizioni e attende risposte di analisi e indagini strumentali per distribuire altri moduli e prescrizioni.

b) un medico che ha idee chiare sull'esigenze irrinunciabili dell'uomo rispetto a tutte le altre specie animali, si studia di fondere insieme nel suo lavoro arte e scienza, tecnologia avanzata ed umanesimo. Queste sue scelte gli costeranno una grave fatica e per tutta la sua vita, ma non dovrà gratitudine ad alcun potere e gusterà appieno il piacere squisitamente umano della verità e della libertà (3).

Questa mia proposta si rivolge al secondo di questi due modelli utopistici di operatore sanitario poiché solo questo è qualificato per sostenere una parte determinante per l'efficienza del sistema sanitario in tutti i suoi livelli ed ha diritto alla critica e alla proposta nei riguardi del potere, che ne controlla impositivamente il difficile lavoro.

Definiti così i limiti e le intenzioni di questa esposizione, un'analisi dell'argomento è più agevole.

Mai la diagnosi clinica e dunque individuale può prescindere da una prima operazione istruttoria: la ricerca, la raccolta, il vaglio del maggior numero possibile di elementi d'informazione.

Dopo la diffusione delle conoscenze mediche fra gli aventi diritto all'assistenza e degli esami analitici e strumentali, è divenuto indispensabile a mio giudizio imboccare la via che conduce alla diagnosi seguendo sempre lo stesso ordine operativo: prima l'anamnesi, poi l'esame obiettivo. Solo dopo di questi l'esame critico a due voci (medico/paziente) dei referti degli esami analitici e strumentali che il paziente ha con sé. Nella mia consulenza ambulatoriale (negli ultimi cinque anni circa duemila persone) l'apporto di incartamenti zeppi di dati, spesso non finalizzati al problema personale in atto che ha prodotto la consultazione, è stato quasi costante.

Per una diagnosi conclusiva corretta non conviene accettare come esatti “a priori” i valori e le deduzioni che ne sono stati tratti. Questo non significa né un rifiuto della diagnosi già nota né la contestazione aprioristica dell'opportunità dei *tests* eseguiti e dell'esattezza dei loro risultati.

La consultazione del medico ha sempre anche lo scopo di una verifica che confermi o modifichi giudizi e rimedi che per quel paziente non sono liberatori. Il costo della nuova consultazione è giustificato dal beneficio di una maggior sicurezza, che superi quella già acquisita e contestata.

Soltanto dopo la conoscenza del paziente e dei suoi problemi personali quella dei dati analitici diviene una valutazione della loro pertinenza e significato. Per es. per distinguere l'esito sierologico di un processo già trascorso dal segno ematochimico di un processo in atto.

Nel tempo attuale la condotta di un'anamnesi completa si è fatta difficile e faticosa; spesso l'assistito presume di sapere molte più cose di quante in realtà ne sappia, informato com'è dai mezzi audiovisivi, dalle enciclopedie, dalle pagine mediche di quotidiani e rotocalchi, non sempre timorosi di fornire notizie mediche inesatte, in qualche caso forse intesi piuttosto a conferire notorietà a medici, strumenti e medicine.

Com'è stato scritto recentemente (C.L. Cazzullo, C. Gola, 12) affinché si stabilisca fra medico e ammalato una relazione psicologica che possa integrarsi e talvolta sostituirsi alla relazione manipolatoria di servizio, dove gli strumenti occupano tutto lo spazio del rapporto, è necessario che “l'atto medico non sia solo azione ma costantemente comunicazione”.

Alla mia domanda “che disturbi si sente?” le risposte più frequenti sono (nel campo di mia competenza) o “me lo deve dire lei”, oppure “ho il fegato” (o lo stomaco o la colite); oppure un'interpretazione anziché l'esposizione di fatti e sensazioni, ad es. “mi fa male il fegato perché mi intossico facilmente” oppure “sono allergico a certi cibi: il giorno dopo ho un terribile mal di testa e finisco per vomitare”.

Questa è la prova di quanto sia cambiato il modello dell'incontro medico-paziente. È perciò indispensabile che il medico abbia la vocazione e il tempo necessari per trovare la via del colloquio. Nell'editoriale già citato (7) è detto tra l'altro che il medico dovrebbe dichiararsi privilegiato dal visitare quel paziente e lieto di ascoltarne i problemi, dimostrando così il suo consenso al principio etico della libera scelta del medico.

L'assistito fornisce informazioni complete solo ad un medico che gli sia simpatico (etimologicamente: che senta le stesse influenze, 10), che lo guidi con le sue domande senza espropriarlo del suo modo di intendere i problemi della salute (vedi anche in 13).

Dopo l'anamnesi si esegue l'esame diretto del paziente che deve svestirsi: tempi di visita inferiori a sei min/paz., raramente superiori a dieci minuti non sarebbero eccezionali nel servizio sanitario del UK secondo J. Lister (14). Questi tempi non prevedono la svestizione e il rivestimento del paziente.

L'aneddotica è ricca di epigrammi che beffano errori grossolani dovuti alla mancata “ispezione del paziente svestito”, ispezione intesa come esame fisico completo. I dati utili sono innumerevoli. Le informazioni raccolte guardando attentamente il volto del paziente non sono sostituibili tutte con esami complementari. Un *òmega* melanconico è registrabile solo con la fotografia.

Secondo la mia opinione un quinquennio di esperienza clinica durante e/o dopo gli studi universitari sorretta da un docente loquace e controllata da verifiche successive, dall'osservazione

del decorso o dal riscontro autoptico mette il medico acculturato in condizioni di eseguire con successo l'anamnesi e l'esame diretto degli assistiti.

Infine il metodo per la diagnosi prevede il necessario esame dei referti e documenti che l'assistito ha quasi sempre con sé. Ma il medico dispone già in quel momento di elementi anamnestici e già conosce la realtà somatica e viscerale del paziente ed è in grado di cernere, di gerarchizzare, di commentare i dati precedenti. Spesso deve integrarli ponendo altre domande e precisare con la ripresa dell'esame obiettivo, segni già rilevati. Potrà chiedere altre analisi, altre ricerche.

Numero d'esami richiesti e capacità diagnostica

In termini generali credo di poter stimare nel 50% la quota di dati raccolti sul paziente in precedenti occasioni che non sono pertinenti al suo problema in atto. Ricordo che dove il costo d'esercizio costituisce un elemento qualificante la professionalità del medico, il numero degli esami richiesti che hanno risultato "negativo" è considerato inversamente proporzionale alla capacità diagnostica.

Non vorrei apparire un "revanscista" se a questo punto oso suggerire che alcuni esami molto semplici possono essere eseguiti estemporaneamente dal medico stesso nel suo ambulatorio. Negli anni della mia attività di consulente al letto dell'ammalato portavo sempre con me oltre ad alcuni farmaci di pronto intervento, dei vetrini per lo striscio di sangue e due piccoli recipienti sterili per la raccolta di campioni di sangue, urine o altri liquidi biologici.

Come si può assistere alla proposta, ad esempio, di *stik* e *multi-stick* che con una sola striscia permettono di valutare una decina di componenti delle urine, senza considerare quale risparmio di spesa e di tempo si può realizzare con il loro uso in ambulatorio? Sono disponibili molti mezzi per risolvere subito e direttamente alcuni problemi, spesso con miglior risultato che compilando un modulo di richiesta. Ad es. immergere uno *stik* adatto in un campione delle urine totali emesse in 24 ore, raccolte dal paziente al domicilio e portate al medico è molto più utile, rapido ed economico per la diagnosi e la terapia del diabete mellito, dell'invio del paziente all'analista con un campione d'urine, speso ohimè emesse al mattino, dopo il digiuno notturno.

Completata la raccolta di tutti gli elementi d'informazione disponibili, il medico riconosce nel quadro clinico complessivo una o più sindromi. Una sindrome consiste, com'è noto, di un gruppo di sintomi segni e dati di alterata morfologia e/o funzione, correlati da peculiarità anatomiche, fisiologiche, biochimiche.

L'identificazione di una sindrome non definisce necessariamente il processo morboso e le sue cause, ma limita le ipotesi diagnostiche.

A questo punto il medico generico e lo specialista che desidera un inquadramento del suo problema nell'unità globale dell'ammalato, possono sentire la necessità di un nuovo strumento di lavoro: un *computer* finalizzato per compiti di diagnostica clinica. Il suo uso sistematico è previsto da alcuni come una minaccia alla personalizzazione del rapporto medico/paziente: esso può al contrario esserne un difensore. Il suo uso lascia al medico più tempo per considerare gli aspetti individuali, personali del processo morboso. Tutto sta nel modo d'uso dello strumento (1). Esso è un ottimo collaboratore, ma sarebbe un cattivo maestro del medico (5).

In primo luogo si possono affidare al *computer* i dati raccolti caso per caso. In alcune istituzioni sanitarie già oggi è agevole ottenere dallo strumento i dati precedenti che riguardano la persona da visitare. La certezza del segreto verso terzi è assicurata con accorgimenti tecnici e parole chiave convenzionali.

La conoscenza dei precedenti espone il medico al pericolo di insistere sulle sue prime scelte diagnostiche e terapeutiche. Corrono lo stesso rischio gli assistiti che portano al medico “nuovo” le cartelle cliniche di ricoveri precedenti, referti di esami complementari o di consulenze. Ma il medico sa che lui stesso e gli altri sono fallaci, che l'uomo cambia e che nella stessa persona possono succedersi anche dopo tempi brevi processi morbosi diversi e “nuovi”. Il primo aforisma di Ippocrate recitava: “la vita è breve, l'arte vasta, l'occasione istantanea, l'esperimento malcerto, il giudizio difficile” (15). I precedenti partecipano “*inter pares*” al coacervo dei dati che il medico ha raccolti per la diagnosi ultima che completa o conferma le precedenti.

Il metodo per la diagnosi esige che, terminata la raccolta e l'analisi degli elementi disponibili s'avvii una sintesi, un'interpretazione unitaria del caso, quella che ha più probabilità d'essere vera. Ma questo atto conclusivo presuppone che il medico disponga di tutte le informazioni culturali utili per risolvere il suo problema diagnostico specifico del caso in esame. La loro massa è però già divenuta così grande da superare in molti settori della medicina le capacità di comprensione immediata e di memoria di un uomo medio. La probabilità di una diagnosi esatta è funzione diretta dell'esperienza del medico, ma si connette con un rapporto diretto anche con la sua cultura, che è la fonte delle ipotesi alternative: ciascuno di noi è costretto sempre più spesso per scegliere la via verso la diagnosi nei casi non semplici, a ricercare di volta in volta nei testi più autorevoli e recenti nozioni nuove, ipotesi di processi morbosi scoperti dopo il compimento degli studi sistematici di medicina, l'indicazione di ricerche particolari idonee per risolvere quel problema, le indicazioni per l'uso di farmaci “nuovi”, tanta è la rapidità dell'avanzamento scientifico.

Questi approfondimenti esigono tempi lunghi e la consultazione di un solo testo benché molto recente di duemila pagine sui principi della medicina interna può non bastare; il “caso” può richiedere approfondimenti da testi monografici di specializzazioni internistiche o chirurgiche. Ph. C. Reilly in una recensione del Oxford Textbook of Medicine (1983) ha scritto: “finché il medico pratico non potrà chiedere per telefono al *computer* la risposta ai suoi quesiti, il trattato di medicina resterà la sua unica risorsa per l'informazione” (16). Ma io spero che fra non troppo tempo questo momento essenziale d'informazione per la diagnosi possa essere demandato al *computer* (o calcolatore, o ordinatore). Il medico deve poter chiedere allo strumento, come si può fare nelle biblioteche meglio attrezzate i dati già memorizzati sull'argomento che lo impegna, sulla sindrome oscura che il paziente ha sottoposto alla sua interpretazione. Chiederà al computer se la sua memoria preveda correlazioni fra le due o più sindromi che ha identificate nel caso in esame. Per es.:

Domanda: soggetto giovane + occlusione intestinale reversibile + calcolosi ureterale calcifica? Risposta: malattia di Crohn.

Domanda: piccolo bambino + automutilazione delle labbra + iperuricemia? R.: sindrome di Lesch-Nyhan, deficit di HGPRT.

Domanda: sindrome di Gilbert + difetto di G6PD eritrocitaria? R.: non so; ma è possibile.

Domanda: assenza di G6PD + calcolosi biliare pigmentaria + iperemolisi cronica? R.: vi

sono rari tipi deficit di G6PD associati con iperemolisi continua che costituiscono una delle anemie emolitiche ereditarie non sferocitiche. E così via.

Una diagnosi formulata con informatica e telematica?

Uno strumento preparato per queste funzioni, adatto per l'aggiornamento periodico della sua memoria permetterà di superare in tempi brevi le difficoltà che il progresso scientifico-tecnologico oppone sempre più numerose sul sentiero che il medico ascende “in solitaria” come dicono gli alpinisti, verso la diagnosi esatta. E qui si tratta appunto di proporre un metodo per la diagnosi utilizzabile al livello sanitario già indicato, dove il medico opera da solo a solo con l'assistito, affinché i costi diminuiscano per abolizione dell'inutile e maggiori siano i benefici per la diminuzione del rischio d'errore.

In questo tempo di presa di coscienza generale dell'importanza dell'informatica e della telematica, mentre già i bimbi chiedono ai sostituti della defunta befana un “*personal*” come giocattolo e nuovi modelli d'occupazione cercano un mercato in sostituzione di quello che il cambiamento “di tutto” ha sterilizzato, l'informatica medica ha già invaso la stampa paramedica e medico-scientifica (vedi tra gli altri S. Bandini, 17; P.E. Lucchelli, 18; C. De Martinis, 19). I responsabili della medicina italiana debbono compiere fin d'ora uno sforzo coordinato per acquisire e far acquisire dagli studenti e dai medici un livello sufficiente di “*computer literacy*” (P.E. Lucchelli, 10).

Penso che sia però urgente chiarire che lo sviluppo della computerizzazione della medicina può perseguire due fini differenti e sotto certi aspetti divergenti: solo la realizzazione del secondo obiettivo permetterà a mio giudizio autentici progressi della diagnostica clinica in medicina generale.

Il primo si addice invece ai massimi esperti, che fatti entusiasti dai successi già ottenuti perseguono il sogno Faustiano della creazione di “un'intelligenza artificiale”. Nel campo della medicina pratica questo dovrebbe concretarsi in uno strumento per la diagnosi clinica individuale. Tentativi di costruire “sistemi esperti” di alcuni settori della patologia sono già stati fatti e si perfezionano giorno per giorno in alcuni centri universitari (ad es.: Pittsburgh, Stanford, 20). Ma non appare probabile un loro uso pratico nel prossimo cinquantennio né esso sarebbe compatibile con una valutazione integrale dei problemi dell'ammalato, psichici e somatici, che è premessa indispensabile per una medicina efficace. Già ora sembra acquisito che il programma esperto chiamato “*Internist I*” (25) possa solo dire se fra i dati proposti per la formulazione della diagnosi vi sia un'incongruenza che esclude la validità della conclusione, ma formula la diagnosi del caso con un margine d'errore molto più vasto di quello inevitabile da un medico con cultura media e un quinquennio d'esperienza.

Il conseguimento del secondo obiettivo proposto come possibile permetterebbe invece un vero salto di qualità nella professione del medico internista al I° livello (o medico generico): ne completerà le lacune culturali, i difetti d'aggiornamento, riducendo i danni di una possibile umana pigrizia. Un terminale da un archivio o da un elaboratore “di zona” oppure un “*personal*” possono offrire al medico in tempi brevi:

a) il servizio d'archivio e l'assolvimento dei compiti amministrativi, compresi gli adempimenti fiscali, che oggi superano le capacità di comprensione memoria e tempo del medico “non-evasore”.

b) l'informazione culturale, il riferimento bibliografico, la risposta ai quesiti di patologia internistica, sostituendo il ricorso manuale ai trattati e il loro acquisto.

c) l'elenco e il significato dei *tests* analitici e strumentali per l'identificazione e la valutazione delle sindromi ritenute più probabili nel caso.

d) il nome, le dosi, l'azione principale e le più frequenti azioni sfavorevoli dei farmaci nuovi per la terapia della malattia identificata.

Un giudizio diagnostico conclusivo è stato alla fine raggiunto: il metodo è in tutti i casi lo stesso; il *computer* ne abbrevia i tempi. Se il metodo è seguito con impegno, i margini d'errore sono minimi e l'errore sarebbe imputabile solo a difficoltà o fatalità che sopraffanno la “normale” capacità del medico, quella ritenuta sufficiente per giudizio di idoneità professionale.

Il medico resterà però in ogni caso il “*deus ex machina*” dell'operazione sanitaria e della sua efficacia, il *computer* essendo solo un suo nuovo e prezioso strumento, come i vari dati analitici, biotipici, radiologici, endoscopici ecc. e i prossimi risultati dell'angiografia digitale, della NMR, della PET ecc.. Ma l'ingresso del *computer*, entro i limiti proposti, nel lavoro quotidiano del medico generico è a mio parere urgente per migliorarne il rendimento medio. Non è temibile una sopraffazione da parte dello strumento: il nucleo operativo della medicina clinica resterà sempre dominio esclusivo della cultura e dell'umanità del medico. In proposito sono convincenti due citazioni.

Nel primo articolo sono riferiti i risultati di un *trial* clinico controllato sull'efficacia della terapia con colchicina di casi di fibrosi-cirrosi epatica: non sono emerse differenze significative di sopravvivenza dopo cinque anni fra trattati con colchicina o con placebo, ma una differenza molto netta vi fu fra i pazienti ammessi e quelli esclusi dal *trial*. La speranza che fosse stata trovata una medicina nuova per la loro malattia aveva migliorato la sopravvivenza in modo statisticamente significativo (M. Rojkind e Altri, 21, 22).

La seconda citazione è di un editoriale di Telfer B. Reynolds (23) che riferisce che cosa sia utile fare per le varici esofagee sanguinanti in corso di cirrosi epatica. Dopo un circostanziato esame tecnico del problema l'autore conclude: “se io avessi la cirrosi e fossi sopravvissuto ad un'emorragia da varici esofagee: a) chiederei una scleroterapia ad un endoscopista esperto, rinnovando il trattamento per alcuni mesi anche se l'emorragia si ripetesse; b) se le varici restassero e l'emorragia si ripresentasse ancora dopo alcuni mesi di scleroterapia e le mie condizioni generali lo permettessero, mi farei operare di shunt spleno-renale distale”.

Non ho citato questo passo per la grande importanza epatologica delle conclusioni ma affinché apparisse evidente l'impossibilità di demandare al computer l'etica che ha promosso le considerazioni finali di T.B. Reynolds. Il fulcro estremo al quale ogni medico si appoggia per scegliere la via migliore quando le decisioni sono difficili ed urgenti, è chiaramente indicato. Nel “momento della verità” l'etica professionale, la sua umanità costringono il medico socratico o cristiano o marxiano o d'altra ispirazione filosofica ad immaginarsi nella pelle del paziente.

Il rapporto personalizzato fra medico e paziente

Se questa operazione è vissuta con sincerità, essa non è delegabile ad alcuno strumento. Il computer potrebbe dichiarare di compierla ripetendo una frase memorizzata “*ad hoc*” ma senza i rimbalzi emotivi necessari per modificare e modulare la risposta al quesito proposto, senza simpatia per quell'uomo.

Mi è chiaro che questo metodo per la diagnosi impegna tempi molto lunghi, imprevedibili, non conciliabili con la realtà di una parte almeno delle istituzioni che operano nel settore sanitario, impegnate ad evadere nel tempo programmato tutte le richieste non differibili. Ma è anche certo che l'assistito è consapevolmente solo della sua sofferenza, se essa è reale; insegue un rapporto personalizzato con un medico che gli dia fiducia nel servizio sanitario, simpatia, comprensione.

È stato scritto che un medico che sia stato per una volta sola ammalato seriamente è un professionista più preparato ed efficiente di un collega robusto e felice, che non conosce la pena che già il sospetto di una propria malattia grave accende nel medico.

Le difficoltà che ostacolano la permeazione umana degli atti tecnici dell'assistenza sanitaria pubblica sono ben noti a chi come me è convissuto con quella realtà per un cinquantennio. Ma se la scelta di un metodo per la diagnosi non ne terrà conto alcuno e l'umanità del medico non prevarrà sulla tecnologia, andrà via via accentuandosi non solo il ricorso alla medicina privata, ma anche la scelta degli interventi della cosiddetta “medicina alternativa”, che tanto successo riscuote nel tempo attuale con oroscopi, pranoterapia, magie ecc. ampiamente reclamizzati dai *mass-media*. Un complesso di pratiche che sarebbe meglio indicare come “complementari” anziché come “alternative” per favorire dei metodi provatamente utili della medicina tradizionale con quelli della medicina scientifica (vedi 2) e per ridurre il pericolo che in soggetti con vaghi ed instabili, sensibili ad interventi metafisici, lesioni organiche ancora iniziali restino misconosciute e non siano curate tempestivamente (14).

Una crisi profonda e complessa ha investito anche la medicina generale al suo primo livello, per i rimbalzi della trasformazione rapida e generale in atto, che fugge in avanti rispetto alla natura e alle attese dell'uomo medio, della maggioranza degli uomini. L'attualità dei testi classici latini, evidente a chiunque li rilegga con fedeltà e con rispetto delle intenzioni dell'antico autore convince che è rimasta immutata durante gli ultimi venti secoli ed è esatta anche oggi la definizione di umanità che si evince da quelle scritture: è la stessa definizione che emerge dalle osservazioni raccolte durante l'ultimo cinquantennio dal medico generico (dall'internista) che Vi parla.

Affinché l'assistenza medica pubblica abbia successo è necessario un serio impegno del potere politico per la riorganizzazione efficientistica della scuola medica universitaria. Non è problema solo di questo Paese: in una nota rivista medica statunitense (*N.E.j. med.*, 1984) si legge: “nonostante le difficoltà inerenti ad una riorganizzazione dell'educazione medica per la laurea, il bisogno di soluzioni obbliga il potere politico ad impegnarsi a forzare un cambiamento, senza riguardo alle sue difficoltà. Affinché il sistema possa evolvere razionalmente è necessario che il potere politico e le 'guide' dei centri medici accademici collaborino in modo pieno e continuo per rimodellare il futuro dell'educazione medica per la laurea. Non è certo troppo presto per iniziare questo processo” (M.E. Whitcomb, 24).

Durante le “riforme” che gli studenti di medicina e i medici hanno subito in questo Paese nell'ultimo trentennio questa collaborazione non è, a mio parere, esistita.

È tempo che i medici si muovano per ricostruire e difendere la qualità del loro lavoro: per dare agli assistiti quanto gli assistiti vogliono ricevere dal medico.

L'autoritarismo è morto anche in medicina: giorno per giorno, ammalato per ammalato, se è aiutato dal sistema e dispone degli strumenti che il progresso scientifico ha costruito per lui, il medico generico, primo attore della medicina applicata, può ricostruirsi il piacere di svolgere il suo difficile lavoro e risentirsi “Medico” nel significato storico del nome: un uomo che sa scegliere la strada che conduce alla comprensione della natura dei mali dell'uomo e che sa ridurre la sofferenza che nasce nel corpo leso o ammalato, ma che è tanto più grave per i suoi rimbalzi psicologici, che producono l'insopportabile “sofferenza dell'anima”.

CITAZIONI

- 1) Hsiao WC: *Trasformation of health care in China*. N Engl j med, 310: 932-936, 1984.
- 2) Coppo M: *Medicina scientifica e medicina tradizionale nella prassi medica attuale*. Mem. acc. naz. sc. lett. arti di Modena, 22/23-7-1980/81.
- 3) Coppo M: *L'esame diretto del malato nella medicina d'oggi*. Ed. Grafiche Tamari, Bologna, 1981.
- 4) Coppo M: *Un metodo per la diagnosi*. Lettura alla "Giornata di chimica clinica e tecnologie avanzate", Bergamo, Ospedale Maggiore, 16 marzo 1984. Inedito.
- 5) Cooke AM: *On textbooks and medicine*. In: *Oxford textbook of medicine*. Ed. Oxford Univ. Press, 1981, Sect. I.
- 6) The Editors: *The practice of medicine*. In: *Harrison's principles of internal medicine, X ed.* Ed. Mc Graw-Hill Book Co., New York, 1983, 1-5.
- 7) Schnabel TG: *Is medicine still an art?* N Engl j med, 309: 1258-1261, 1983.
- 8) Evens GR: *Computed thomography. A controversy revisited*. N Engl j med, 310: 1183-1185, 1984
- 9) Pendleton D, Schofield Th et Alii: *The consultation*. Ed Oxford univ Press, 1984.
- 10) Devoto O: *Avviamento all'etimologia italiana*. Ed. Le Monnier, Firenze, 1968.
- 11) Taranto A: *Ma Lei mi può sentire, leggere, capire? Comunicazione, letture e umanesimo in medicina*. Fed med, 37: 427-428, 1984.
- 12) Cazzullo CL, Gola : *Medicina psicosomatica*. Aggiorn med, 5: 130-134, 1984.
- 13) Illich I: *Nemesi medica: l'espropriazione della salute*. Ed Mondadori, Milano, 1976.
- 14) Lister J: *Current controversy in alternative medicine*. N. Engl j med, 309: 1524-1527, 1983.
- 15) Vegetti M: *Opere di Ippocrate*. Ed UTET, Torino, 1976, pag. 423.
- 16) Reilly PhC: *Recensione del "Oxford textbook of medicine"* in: N Engl j med, 310:203, 1984.
- 17) Bandini S: *I sistemi esperti nel settore medico*. Check-up, 2: 50-53, 1984.
- 18) Lucchelli PE: *Informatica medica, informatica per la medicina*. Fed Med, 37: 340-343, 1984. 19) De Martinis C: *Il pensiero clinico e l'informatica medica*. - Fed. med., 37, 347-350, 1984.
- 20) *Realizzazioni di sistemi esperti in medicina*: vedi in 17) pag. 53.
- 21) Rojkind M: *Colchicine and serendipity in the treatment of liver fibrosis*. Hepatology (RLR), 13, V-XIV, 1983.

- 22) Ballestreros MA, Lira MA, Rojkind A. et Alii: *Receiving experimental treatment for liver cirrhosis, is it a privilege?* (Abstract). *Hepatology*, 3, 856,1983.
- 23) Reynolds TB: *What to do about esophageal varices?* *N. Engl j med*, 309: 1575-1577, 1983.
- 24) Withcomb MC: *The Federal Government and graduate medical education.* *N Eng j med*, 310: 1322-1324, 1984.
- 25) Informatica 2: *Il computer a medicina è ancora specializzando.* Editoriale di *Tempo medico*, 219: 90-93,1984.