

Speciale N° 12: atti dal workshop
Scienza e Metodo

IL METODO CLINICO TRA PAZIENTI E SCIENZA

di Mauro Ceroni *

Nei giorni 10 - 11 Ottobre 2013, presso i Laboratori Nazionali del Gran Sasso si è svolto il Workshop "Scienza e Metodo" su iniziativa dell'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare (INFN).

L'evento che ha visto la partecipazione di più di cento insegnanti, era rivolto a docenti di discipline scientifiche e filosofiche per un aggiornamento a carattere interdisciplinare.



* Università di Pavia

Un collega e amico mi contatta perché ha avuto la comparsa di dolore intenso a una spalla che gli ha impedito il sonno, seguito da debolezza dell'arto superiore omolaterale al dolore. Ha eseguito una Risonanza Magnetica (RM) cervicale che ha evidenziato un'ernia discale omolaterale a C6-C7. Gli è stato proposto intervento di erniectomia per via anteriore. Lo invito a venire a farsi vedere e dopo la visita sulla base della distribuzione del deficit di forza che non può essere spiegato dalla compressione esercitata dall'ernia sulla radice cervicale C7 gli comunico che si tratta di Amiotrofia Nevralgica, una malattia di natura virale che colpisce il plesso brachiale e che si risolve spontaneamente. Al contempo lo informo che il dato evidenziato dalla RM è reperto occasionale senza attuale effetto lesivo sulla radice C7. Il decorso e la risoluzione del disturbo confermano la giustezza della diagnosi.

Ecco questo è un esempio di metodo clinico: l'insieme di tutte le osservazioni relative ai sintomi sperimentati dal paziente, ai segni obiettivi ottenuti con l'esame neurologico, e agli esami strumentali eseguiti conducono alla formulazione di una diagnosi, cioè della miglior spiegazione di quell'insieme di dati che costituisce il disturbo, la malattia.

Che cos'è il metodo clinico

Che cos'è dunque il metodo clinico o anatomo clinico? Fin dall'inizio dell'osservazione il medico si chiede il senso, il significato, cioè il fattore nascosto unificante, che permette di comprendere tutte le manifestazioni, i rapporti fra esse, la loro concatenazione: si chiama diagnosi. Essa è il nome di una malattia già descritta e conosciuta che spiega al meglio il caso particolare che si sta esaminando.

La diagnosi è una scoperta! A un tratto senza che uno sappia dire bene fino in fondo quando e come, emerge ai nostri occhi, alla nostra coscienza. E uno è tentato di dire: perché non ci ho pensato prima?

Che cos'è l'esperienza clinica, il sapere clinico? È un allenamento a cercare il significato unitario dei sintomi e dei segni. L'aver incontrato casi di quella malattia e aver formulato la diagnosi in casi concreti di essa facilita molto il compito. Non sempre si è in grado di fare la diagnosi, qualche volta neanche



all'autopsia. Non si finisce mai l'avventura di scoprire nuove malattie, di comprendere meglio quelle conosciute.

Quando è nato il metodo anatomo clinico? Come lo hanno definito i suoi scopritori? Chi lo ha proposto per primo?

Giambattista Morgagni (1682-1771) è internazionalmente considerato il fondatore dell'anatomia patologica nella sua forma contemporanea e pertanto del metodo anatomo clinico; fu definito da Rudolf Virchow, il padre della patologia moderna. «Sua Maestà anatomica», così come era chiamato Morgagni in Europa, nacque a Forlì il 25 febbraio 1682; operò a Padova come professore di Anatomia Umana di quella Università.

La sua opera più famosa dove getta le basi del metodo anatomo clinico è il *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*. Si tratta di una delle opere più celebri e importanti della storia della medicina. Il titolo stesso riassume l'essenza del metodo anatomo clinico: *morbis* è il quadro clinico presentato dal paziente; *causis per anatomen indagatis* è l'alterazione organica dimostrata dall'esame autoptico. La rivoluzione effettuata da Morgagni consiste nella ricerca della localizzazione delle alterazioni e delle cause dei mali, quali solo l'anatomia sa rintracciare e dimostrare: la completezza del *De sedibus*, ritenuto «il libro» dell'anatomia clinica e non solo patologica, risiede nel fatto che Morgagni si servì non solo di sessanta anni di esperienza personale, ma anche di osservazioni di predecessori e contemporanei.

Ciò che Morgagni è stato per la nascita della moderna medicina interna, Jean Martin Charcot (1825-1893) è stato per la Neurologia, quella branca della medicina interna che si occupa dell'organo di gran lunga più complesso del nostro corpo, il sistema nervoso. La sua descrizione della Sclerosi Laterale Amiotrofica pubblicata nel 1870 ha dato forma a tutto anche il susseguente definirsi della Neurologia clinica.

Nel suo libro *La nascita della clinica*, Michel Foucault (1926-1984), il famoso epistemologo francese, sottolinea, al di là di ogni possibile dubbio, la novità assoluta, e quasi ora inimmaginabile per noi, dell'introduzione del metodo clinico nella medicina così come veniva praticata nel 1700, secondo una continuità che durava da millenni.

Il metodo clinico in neurologia

In cosa consiste il metodo clinico così come possiamo riassumerlo in campo neurologico? Seguiremo la schematizzazione che riporta il *Principles of Neurology* di Adams e Victor. Esso consiste in una serie di passi logici adeguati alla scoperta della diagnosi.

Il primo passo del metodo clinico è rappresentato dalla raccolta accurata della storia clinica del paziente, dei suoi sintomi, di tutto ciò che nella sua vita può avere attinenza col problema in esame. Segue l'esame obiettivo del paziente che consiste nel rilevare quei segni di patologia che la semeiotica neurologica ha codificato e insegnato a rilevare.

Il secondo passo consiste nell'interpretazione dei sintomi e dei segni rilevati nei termini dell'anatomia e della fisiologia degli esseri umani.

Il terzo passo consiste nella formulazione di una diagnosi anatomica, ossia della sede in cui più probabilmente è rintracciabile la lesione/alterazione e sindromica, ossia in quale generale raccolta di sintomi e segni rientra la patologia in esame.

Il quarto passo consiste nel formulare la diagnosi di natura, ossia la precisa patologia dalla quale il paziente è affetto. Essa si basa sul giudizio sintetico condotto sulla diagnosi anatomica e sindromica, il decorso della malattia, l'insieme della storia clinica del paziente, i risultati di tutti i test cui si è sottoposto il paziente. Si giunge così alla diagnosi patologica (le alterazioni tissutale) ed eziologica (la causa).

Il quinto passo consiste nella scelta del miglior trattamento e nel *follow up* del paziente per cogliere effetti della terapia e decorso della malattia, che ovviamente sono importanti nel confermare o meno la diagnosi.

In tale metodo dove l'esperienza osservazionale ed esperienziale si integra con l'avanzamento delle conoscenze scientifiche di tipo medico-biologico? Si chiama eziologio-fisiopatologia, ossia lo studio delle cause e dei meccanismi delle malattie.

L'esempio per antonomasia è quello della scoperta da parte di Louis Pasteur (1822-1895) dei microbi come causa delle malattie infettive. La scoperta della causa ha permesso di capire anche il meccanismo del danno tissutale e d'organo, lo svilupparsi dei sintomi, la loro progressione, e di trovare terapie efficaci.

Di un buon numero di malattie non si conosce la causa, ma si conosce il meccanismo patogenetico. Dove non si conosce la causa il quadro anatomopatologico è

stato lo strumento più utile per individuare la patologia.

Tali nozioni medico-biologiche consentono di comprendere meglio i quadri sintomatologici e la loro evoluzione e di usare più razionalmente le terapie.

Le critiche al metodo clinico: la medicina statistico-epidemiologica

Ma allora chiediamoci: perché oggi il metodo clinico è visto come soggettivo, grossolano e da superare? Come si è sviluppata questa critica e che cosa viene proposto in alternativa?

Il metodo clinico in medicina domina incontrastato fino agli anni Novanta del secolo scorso. L'origine della critica ha però radici più antiche. Negli anni Cinquanta-Sesanta cominciano a rendersi disponibili molte risorse in campo sanitario; la medicina pubblica, prima essenzialmente vaccinale, viene estesa allo studio delle popolazioni, si mettono a punto i metodi statistico-epidemiologici. Tali metodi vengono applicati non solo alle malattie infettive-epidemiche, ma vengono proposti come metodologia scientifica per l'individuazione delle cause ancora sconosciute di malattia. Presto si corregge questo obbiettivo e si capisce che le indagini epidemiologiche generano ipotesi eziopatogenetiche, che poi devono essere provate con metodi biologici. Si ha la fioritura della medicina del lavoro, di cui comunque vengono molto ridimensionate le scoperte (solo poche e selezionate malattie sono dovute a fattori ambientali in genere molto precisi e particolari). La medicina epidemiologica conosce negli ultimi venti anni una nuova fioritura legata alla epidemiologia molecolare. È evidente che la medicina statistico-epidemiologica non è una medicina clinica; essa può contribuire a una più precisa e accurata descrizione della distribuzione della malattia nella popolazione (incidenza e prevalenza), della comparsa e dello sviluppo dei sintomi (grazie ai grossi numeri!), delle sue eventuali relazioni con l'ambiente, con le pratiche mediche, con l'uso dei farmaci. Tali nozioni arricchiscono la conoscenza clinica, ma devono essere integrate nel sapere clinico per esser utili nel singolo paziente, nella pratica medica quotidiana.

L'evidence-based medicine

Che cosa è accaduto a partire dagli anni Novanta che ha condotto all'attuale svalutazione del metodo clinico? Il numero dei lavori scientifici, soprattutto dei *trials* clinici di efficacia di farmaci e soprattutto di efficacia di farmaci preventivi, come per esempio l'uso dell'aspirina come antiaggregante e quindi preventivo degli *ictus* e degli infarti, cioè farmaci il cui effetto era dimostrabile solo in lavori su popolazioni di migliaia di persone osservate per anni in paragone a placebo, è cresciuto come numero e come complessità di metodologie statistiche, tanto da diventare impossibile per la maggior parte dei medici aggiornarsi adeguatamente. È nata l'*evidence-based medicine*: un gruppo di scienziati, statistici, epidemiologi e anche specialisti di varie branche si sono riuniti e hanno fatto una metanalisi dei vari articoli soppesati adeguatamente per la loro «scientificità» e hanno proposto conclusioni chiare e sintetiche facilmente comprensibili da tutti i medici. È evidente a tutti la sensatezza di tale operazione. Tuttavia l'applicazione di una tale metodologia ha fatto nascere la domanda sulla scientificità di molte pratiche mediche e chirurgiche, se non di tutte. È emerso immediatamente che la medicina in quanto tale, ossia il suo metodo, quello clinico di cui stiamo parlando, non è assimilabile alle evidenze «scientifiche» cercate dalla *evidence-based medicine* e si è insinuato il dubbio della sua non scientificità. Si è subdolamente affermata una posizione che nega la scientificità e oggettività del metodo clinico, senza per altro nessuna proposta per un metodo alternativo: tutte le precisazioni della *evidence-based medicine* intervengono infatti quando l'indirizzo diagnostico è già stato preso. Si dà per scontato che alla diagnosi si arrivi, ma non si precisa come. Nessuna proposta dell'*evidence-based medicine* investe come si faccia a fare la diagnosi nel paziente che si presenta al medico per la prima volta. È cambiato il modo stesso con cui vengono descritte le malattie: prima si insisteva sulla loro eziologia-patologia ora si sottolinea l'epidemiologia e l'elenco di tutti i sintomi con la loro frequenza di presentazione anche in relazione alle varie fasi di malattia. La diagnosi viene ricondotta a un paragone tra elenco di sintomi e segni e la loro frequenza nelle varie malattie. È cambiato completamente il peso e il valore degli esami strumentali, chiamati anche oggettivi in contrasto con la soggettività del metodo clinico. Anzi oggi i medici tendono ad aspettarsi la diagnosi dagli esami. Gli specialisti dei vari esami, per esempio in neurologia i neuroradiologi, gli elettroencefalografisti, i doppleristi, gli elettromiografisti, i vestibolologi, i neurooftalmologi, si sono sentiti sempre di più i depositari della capacità diagnostica, in quanto superesperti di

piccole aree di patologia o depositari di metodi, specie di *imaging*, apparentemente potenti e scientifici nel formulare diagnosi. Ne è nata la mentalità delle *flow-chart* diagnostiche e terapeutiche, dei protocolli depositati ed esibiti ai controllori pubblici, delle linee guida, delle *consensus conference*. Tutti questi strumenti per essere utili davanti al singolo caso devono essere usati dentro il metodo clinico, dall'esperienza clinica del medico che visita quel particolare malato in quel particolare momento. Le *flow-chart* diagnostiche sono strumenti di verifica del processo diagnostico non servono per formulare la diagnosi! È importante notare che tutto questo cambiamento epocale di metodo e di mentalità non è stato condotto da medici operanti sul campo coi malati, ma viene proposto e sostenuto da specialisti di statistica, epidemiologia, neurofisiologi, neuropsicologi, neuroscienziati, informatici, che ovviamente non hanno nessuna competenza per quanto riguarda l'affronto del malato concreto che si rivolge al medico.

Una condizione paradossale: come uscirne?

Così siamo giunti a una condizione paradossale: l'organizzazione della medicina, la modalità di impostare i percorsi diagnostici e terapeutici, soprattutto la modalità di documentazione degli atti medici, dei passi compiuti, che fundamentalmente devono essere controllabili, viene concepita, programmata e attuata da personale non medico o medico senza competenza clinica, che pretendono di determinare il modo con cui i Medici Clinici devono agire. L'ideale in fondo neanche del tutto sottaciuto è che i medici che visitano i pazienti siano dei tecnici, degli esecutori di procedure stabilite da esperti, anzi l'ideale sarebbe l'uso di PC programmati appositamente per fornire la diagnosi del singolo caso. Non sono contrario in linea di principio neanche all'autodiagnosi attraverso internet, ma alla fine ci deve essere sempre un medico che si assume la responsabilità della diagnosi e del percorso terapeutico, magari scoperti dal paziente su internet. Anche la formazione continua del medico è diventata formale: basta raggiungere il numero annuo di ECM stabilito dalla legge. Non ci si aspetta più nulla dalla educazione del medico, dalla sua «moralità» nel senso di capacità diagnostica corretta e intelligente, l'importante è poter controllare il suo operato e per far questo gli si chiede di documentare ogni cosa, con un aggravio burocratico enorme. Gli si scarica addosso tutta la responsabilità dopo averlo privato dell'unico strumento che funzionava veramente, il metodo clinico. Non c'è da meravigliarsi che tutti fuggano la responsabilità, che alla fine di un *iter* diagnostico con tanti esami spesso inutili nessuno tragga le conclusioni, si assuma la responsabilità della diagnosi e della terapia. L'ideale nell'attività ambulatoriale è quello dell'abolizione della nominalità degli ambulatori, della rotazione su di essi cioè dell'ambulatorio divisionale, che consente comunque sempre di rimandare a un collega con l'*escamotage* di nuovi esami e consulti specialistici.

Come uscirne? È responsabilità del Medico Clinico rivendicare il ruolo centrale e insostituibile in medicina della sua figura. Il Clinico deve tornare ad essere il centro del modo con cui tutta la sanità è organizzata. Siamo stati noi clinici stessi a favorire l'affermarsi di questa mentalità anticlinica, anche solo con l'importanza smodata che abbiamo dato agli esami strumentali.

Può la Medicina sopravvivere alla morte della Clinica? La risposta è netta: no! Ma il problema è molto più vasto: può la vita umana sopravvivere alla rinuncia a usare la ragione secondo tutta la propria apertura alla realtà e secondo tutte le sue capacità e possibilità? Sarà veramente difficile. E la crisi mondiale attuale, economica e culturale, ne è già una dimostrazione.

Ma fortunatamente è ineliminabile quanto affermato recentemente: «La natura – la carne, le ossa, le viscere, le cellule (si potrebbe aggiungere specialmente il cervello, i neuroni) – diventa nell'uomo bisogno di infinito. Diversamente dagli animali, anche la nostra fisiologia è tutta quanta impostata con questa apertura all'infinito: essa è radicata nella nostra umanità, per questo è inestirpabile» (J. Carron).

La natura dell'uomo e la realtà in quanto altro dalla mente umana si ribelleranno sempre ad ogni tentativo dell'uomo di rinchiuderle dentro uno schema pensato e attuato dalla mente umana.

Mauro Ceroni
(Università di Pavia)

Indicazioni Bibliografiche

- [1] Adams & Victor, *Principles of Neurology*, 9th edition, McGraw-Hill, N York, 2009.
- [2] Carron J, *Che giova all'uomo guadagnare il mondo intero se poi perde se stesso?* http://www.tracce.it/default.asp?id=266&id2=260&id_n=13678. Insetto di *Tracce*, gennaio 2007 <http://www.tracce.it/default.asp?id=266&id2=260>.
- [3] Charcot JM, *La Sclerosi Laterale Amiotrofica*, Parigi, 1870.
- [4] Foucault M, *La nascita della Clinica*, Einaudi, Torino, 1969.
- [5] Morgagni G.B, *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*, Padova, 1762.