

# La clinica tra cronicità e polipatologia: necessità di un nuovo paradigma diagnostico

Cesare Scandellari

Professore di Medicina Interna – Università degli Studi di Padova

## RIASSUNTO

Sulla scia del dibattito sul tema “Ridiscutere la clinica” svoltosi all’interno del XVII° Congresso Nazionale SIPeM (settembre 2014), sono state esposte, da chi scrive, le ragioni della scelta di un titolo parso a più di una persona, sorprendente o, per lo meno, inaspettato, che almeno inizialmente ha fatto sorgere in più d’una persona del pubblico, qualche perplessità. Ripensare la clinica presuppone, in fatti, una modificazione dell’agire medico, considerato ormai largamente legittimato dall’uso. Attualmente, l’opinione comune considera cosa ovvia un’evoluzione della medicina clinica in conseguenza del rinnovarsi e del perfezionarsi di conoscenze e di strumentazioni. Meno evidente appare l’idea che anche fattori socio-epidemiologici possano richiedere una diversa visione dell’agire del medico. La *cronicità* e il fenomeno della “*polipatologia*”, costituiscono caratteristiche comuni della moderna società che costringono effettivamente a ripensare e a ridiscutere la clinica.

## ABSTRACT

Tracking the debate on “*Revisit the clinic*” held inside the XVII National Congress SIPeM (September 2014), were exposed, by the writer, the reasons for choosing a title, to more than one person, surprising or, at least, unexpected, which did rise, at least initially, some misgivings on more than one person in the audience. Rethinking the clinic assumes, in fact, a modification of the main diagnostic points considered widely legitimized by custom. Currently, the common opinion considers obvious an evolution of clinical medicine as a result of a renewal or the improvement of knowledges and of equipment. Less obvious is the idea that differences in socio-epidemiological may require some changes also in doctor’s way of proceedings. *Chronicity* and the phenomenon of “*polypathology*”, are common features of modern society that actually force to rethink and reconsider the clinic.

Il malato cronico è spesso identificato, nel pensare comune, con l’individuo anziano malato. Ciò non corrisponde sempre alla realtà, dato che – come si dirà anche più avanti – la cronicità può colpire anche soggetti giovani come risultato di malattie guarite con reliquati permanenti. La medicina moderna ha infatti diminuito gli esiti infausti che nel passato concludevano il decorso di malattie acute, senza tuttavia riuscire sempre a restituire al malato il completo recupero del suo stato di salute. È comunque indubbio che questo medesimo meccanismo fa sì che invecchiamento della popolazione e cronicità siano condizioni strettamente collegate.

La società moderna è fortemente impegnata ad affrontare – spesso purtroppo più sul piano della discussione dei principi che sulla loro applicazione – i problemi che riguardano la popolazione anziana. Sorge allora un di qualche interesse interrogativo: i provvedimenti di tipo organizzativo e socio-sanitario che la società mette in atto per migliorare le condizioni di vita dell’anziano bastano a fronteggiare anche i problemi secondari al crescente fenomeno della cronicizzazione delle patologie?

Una breve riflessione permette di avanzare qualche dubbio in proposito. In effetti, il soggetto giovane per quanto affetto da possibili situazioni morbose croni-

che si differenzia dal soggetto anziano disabile, per una maggiore conservazione di interessi personali che lo potano mantenere una maggiore partecipazione all'ambiente ed alla vita sociale, ha maggiore possibilità di avere aiuto familiare e maggiore possibilità di mantenere un certo grado di autonomia, anche se bisognevole anche in questo di aiuto talora gravoso. Le esigenze poste dalla condizione di cronicità sono dunque differenti nel soggetto relativamente giovane rispetto al soggetto anziano, e diverse sono le misure richieste per ridurre al minimo lo stato di disabilità nel giovane e nell'anziano. Esiste tuttavia un'esigenza comune che deriva sia nell'un caso e nell'altro di un'assistenza medica non solo più assidua ma anche fondata su competenze professionali specifiche.

Il concetto è chiaramente espresso da Umberto Senin il quale così ha scritto: *“L'organizzazione socio sanitaria attuale è espressione di una società che aveva bisogni assistenziali diversi, determinati primariamente dalle malattie acute infettive, [...] laddove la cronicità era solamente di breve durata e la disabilità sostanzialmente si identificava negli invalidi di guerra o civili. La popolazione anziana e, soprattutto, quella molto anziana, era numericamente irrilevante e, quando si ammalava, aveva breve aspettativa di vita. Da qui l'inadeguatezza [di tale strutturazione assistenziale] nei confronti dell'anziano malato cronico, disabile e fragile”* [1]. Queste considerazioni mettono in chiara evidenza un aspetto spesso poco presente nelle discussioni in tema di aiuto all'anziano e al disabile cronico: la necessità di promuovere anche un diverso modo di fare medicina.

### INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE E CRONICITÀ: UNA QUESTIONE SOLO DI ASSISTENZA SOCIALE?

Il progressivo invecchiamento della popolazione è un fenomeno di entità tale da risultare uno dei più pressanti motivi di preoccupazione per coloro che operano nel campo dell'assistenza medica e sociale. L'indice di vecchiaia, secondo l'ISTAT – il rapporto cioè tra la quota di popolazione con età superiore ai 65 anni e quella di età inferiore ai 16 anni – era pari al 31% nel 1950, è salito al 59% nel 1980 ed ha raggiunto il valore di 127% negli anni 2000.

Tale modificazione della composizione della popolazione generale ha posto già da tempo problematiche di grandissima portata e di altrettanto grande difficoltà di risoluzione. Problemi che vanno dalle mutate possibilità di assistenza familiare alla necessità di nuove esigenze assistenziali da parte della società, dal bisogno di evitare l'emarginazione sociale alla necessità di fornire aiuto quotidiano materiale psicologico per mantenere i residui livelli di autonomia personale, dalla strutturazione di servizi assistenziali a misura dell'anziano alla costituzione di residenze assistenziali cioè di strutture extra ospedaliere per anziani solitamente o frequentemente non autosufficienti, bisognevoli di trattamenti continui e capaci di provvedere all'assistenza di recupero funzionale e sociale.

Tutti questi problemi messi inizialmente in evidenza da gerontologi e geriatri, sono divenuti ormai oggetto di dibattito anche nell'ambito dell'opinione pubblica e rappresentano una sfida tra le più impegnative per i politici e gli amministratori della cosa pubblica. Tuttavia, l'evidente difficoltà di dare risoluzione completa a questi problemi di ordine organizzativo sociale e la discussione che da tale difficoltà ne consegue, al fine di valutare le diverse soluzioni possibili e per prevedere i vantaggi e i costi di ciascuna di esse, crea talora la persuasione che il problema generale posto alla società dall'invecchiamento della popolazione sia nel concreto solo un problema di ordine assistenziale, riconducibile e risolvibile mediante provvedimenti di tipo essenzialmente organizzativo.

In altri termini c'è – anche in ambito medico – il rischio di ritenere che se si potesse realizzare l'ottenimento di un'organizzazione assistenziale specifica efficiente e resa efficace da un'equipe di medici specialisti (gerontologi e geriatri), le difficoltà sarebbero completamente risolte. Non si riflette invece che l'invecchiamento della popolazione è un problema che interessa – per la sua vastità – la medicina clinica nella sua interezza di mezzi e di persone, poiché se è pur vero che per certi problemi, l'anziano dovrà essere curato dagli specialisti geriatri, egli rimane pur sempre un paziente che nella maggior parte delle occasioni manterrà un rapporto, almeno iniziale, con i medici di famiglia. Per tale motivo, sarebbe solo illusorio ritenere che i problemi posti dall'invecchiamento e dalla conseguente cronicità

possano esaurirsi e risolversi con provvedimenti nel solo ambito dell'organizzazione sanitaria.

Se ne deve concludere che la prassi medica, di fronte a questi problemi, deve adattare i suoi procedimenti, tenendo presenti nuovi modelli societari: si potrebbe dire adattarsi ad un nuovo "paradigma" nel significato dato da Kuhn. Questa affermazione non deve apparire stravagante o esagerata, considerato che la medicina, nel corso dei secoli, più volte si è dovuta adattare a trasformazioni della società o a nuove condizioni di vita.

### L'EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI DIAGNOSI

Nel corso dell'evoluzione della medicina la diagnosi – intesa come evento centrale del procedimento clinico – ha assunto connotati diversi non tanto e non solo in rapporto all'evolversi ed all'accrescersi delle conoscenze mediche, quanto anche in seguito a mutati concetti metodologici sulla funzione del rapporto medico-paziente, acutamente esposte già da Augusto Murri agli studenti di clinica (come si dirà più avanti).

Ai tempi di Ippocrate è esistita anche una medicina praticata dissociata dalla diagnosi, come ha ricordato Sigerist il quale, a proposito delle differenze tra gli obiettivi propri della medicina attuale e quelli della medicina ippocratica, ha detto: *"Noi cerchiamo di dare ai quadri morbosi limiti il più possibile netti caratterizzandoli a seconda della causa, della sede, e dei fenomeni; cerchiamo di ricondurre le malattie a dei tipi, di normalizzarle. L'arte medica ippocratica [invece] non dà il tipo delle malattie, ma degli ammalati, quando lo ha. Essa tiene presente soprattutto le oscillazioni individuali. ... Per essa la malattia non è mai un'entità. Per dirla con una certa esagerazione: essa non conosce le malattie ma solo degli ammalati"* [2].

NE dato che nel linguaggio attuale, il termine "diagnosi clinica" è riferito al riconoscimento della malattia del paziente attraverso la valutazione delle sue manifestazioni, cioè dei sintomi soggettivi ed obiettivi e/o i segni di alterazioni anatomico funzionali variamente ricercati, il motivo per cui il significato del termine diagnosi in Ippocrate è sostanzialmente diverso da quello attuale è per lo più riconducibile alla mancanza, ai tempi di Ippocrate, del concetto di

pluralità degli stati morbosi e quindi della mancanza di una nosografia organica.

Per la verità, questo limite concettuale non è accettato da tutti gli Autori. *"Sarebbe errato – dice infatti Grmek (citato da Raineri) – concludere che Ippocrate non ammetteva la procedura intellettuale della diagnosi e che bandiva l'uso tecnico delle malattie"* [3]. Ma anche il trattato sulle Epidemie, al quale quest'ultimo A. fa riferimento per giustificare la sua affermazione, è piuttosto una mirabile descrizione di singoli quadri clinici, non inquadrati in categorie generalizzanti.

Verso il II secolo d.C., con Galeno, Areteo di Capadocia ed Aulo Cornelio Celso, le conoscenze dei fenomeni morbosi sono molto progredite, al punto da poter fornire precise descrizioni di malattie diverse fra loro, come l'epilessia, il tetano, l'angina d'ifterica, la polmonite e la pleurite ed ancora la pazzia con esemplari descrizioni di anatomia patologica del volvolo intestinale, della pleurite, della calcolosi renale, delle ulcere intestinali. Inizia così a profilarsi il concetto di malattia intesa come un "ente" dotato di una propria realtà autonoma che si aggiunge alla realtà dell'organismo malato. Ciononostante, la medicina del tempo rimase fedele alla concezione Ippocratica, dando importanza massima, per quanto riguardava la concezione eziologica delle malattie, all'influsso delle stagioni, del tempo, dell'età e della costituzione.

Il riconoscimento che le manifestazioni morbose rilevate in malati diversi, potevano essere idealmente inserite entro medesimi modelli concettuali – le malattie – e che queste ultime potevano a loro volta essere raggruppate in categorie analogiche, costituisce un passo fondamentale nell'evoluzione della medicina clinica. Non solo perché da un punto di vista della metodologia scientifica la classificazione costituisce un aspetto di quel procedimento di generalizzazione che è un momento essenziale della costruzione della scienza. Ma anche perché l'inquadramento di un dato malato in uno specifico modello di malattia significa attribuire al singolo malato, in via analogica, il complesso di fenomeni già osservato in altre occasioni nonché poter stabilire quale decorso ci si può aspettare nel nuovo caso, quali comportamenti siano dannosi e quali comportamenti e quali terapie possano essere utili. In altri termini, poter agire ra-

zionalmente e con cognizione di causa, a favore del malato. Per questo motivo appare lecito affermare che la moderna medicina clinica nasce – almeno da un punto di vista metodologico – con il sorgere del concetto della pluralità di malattie tra loro distinte per caratteristiche causali, di decorso e di suscettibilità alle terapie, (senza il quale concetto il procedimento diagnostico differenziale non avrebbe senso) e con le prime classificazioni nosologiche (che comportano, in modo più o meno esplicito, il concetto di regolarità evolutiva).

Tutto ciò si realizza nel secolo XVII con Thomas Sydenham, dal quale la malattia viene concepita come un fenomeno naturale, del tutto simile a quelli studiati dagli altri naturalisti, come i botanici o gli zoologi. Da questo cambiamento paradigmatico, nasce, sulla scorta di altre classificazioni del mondo animale e vegetale, la prima classificazione nosografica delle malattie per opera di Boissiers de Sauvages (1760). Nelle prime classificazioni, le malattie vengono raggruppate in base alle manifestazioni (sintomi) più evidenti, quelli che attualmente vengono chiamati “*sintomi guida*”. A questa classificazione, piuttosto disomogenea, segue a breve distanza di tempo quella più organica proposta da G.B. Morgagni (1761) basata sulla localizzazione topografica delle lesioni ritenute la spiegazione del quadro clinico; quella di Virchow (1864) e quella di von Jürgens (1888) rilevanti, sul piano concettuale, poiché introducono come criteri classificativi, anche aspetti funzionali (diarrea, coprostasi, ecc.).

Con l’affermarsi del concetto pluralistico di malattia, sorge anche quello di diagnosi clinica come atto circoscritto al semplice inquadramento dei disturbi del malato entro un ben determinato modello di malattia, senza, forse considerare, tuttavia, che si veniva con ciò a costituire un ben preciso mutamento concettuale: quello di portare il clinico a considerare e ad occuparsi principalmente – sovvertendo il principio ippocratico – delle malattie e, solo subordinatamente, dei malati.

Tra il XVII ed il XVIII secolo opera in Europa Hermann Boerhaave (1668-1731), clinico famoso in tutto il mondo (si dice che fosse molto noto anche nella lontana Cina). Di lui, il Castiglioni dice essere stato “*il maestro dei sistematici, se per sistematico si*

*intende non già chi si adagia a sostenere preordinate e viete concezioni, ma chi cerchi di farsi ragione dei problemi della natura*” [4]. Nel 1751 un suo allievo, Alberto von Haller (1708-1771), pubblica un’opera in due volumi, *Methodus Studii Medici*, che, raccogliendo gli insegnamenti di Boerhaave, può considerarsi il primo trattato didattico di Medicina. La *Pars X* è intitolata *De Semeiotica*, definita come l’arte di insegnare la medicina per mezzo dei segni, e considerata già così importante che “*melius esset omnino nil de medicina scire, quam semeiotica ignorare*” [5]. Nel 1761, un appartenente alla Scuola Medica viennese, Leopoldo Auenbrugger (1722-1809) pubblica un volumetto intitolato *Inventum novum*, nel quale si afferma: “*Thorax sani hominis sonat si percutitur ... Morbus in obscurius sonante loco haerebit ...*” [6], “se si percuote un torace sano, esso dà origine ad una particolare risonanza che diverrà più cupa in presenza di una malattia [polmonare]”. Nasce così la *percussione*, una tra le più note manovre, che il clinico esegue durante la visita. Tra gli ultimi anni del ‘700 e la prima metà del secolo seguente, con il barone Gian Nicolò Corvisart (1755-1821) – medico di Napoleone e principale divulgatore della scoperta di Auenbrugger – e il suo allievo Teofilo Giacinto Laennec (1781-1826) – che scoprì l’altra più nota manovra semeiologica, l’*auscultazione*, inventando anche lo stetoscopio – nonché Giuseppe Skoda (1805-1881) – che perfezionò l’auscultazione stabilendo il significato diagnostico dei rumori patologici udibili sul torace – la Semeiotica fisica diveniva un’arte ed una scienza. L’interesse per queste scoperte e per questi progressi in campo clinico fu tale da indurre alcuni clinici – e tra questi lo stesso Skoda – a ritenere che l’atto medico e, in particolare il procedimento diagnostico potesse esaurirsi completamente con il riconoscimento dei fenomeni morbosi mediante queste nuove tecniche, finendo per disinteressarsi completamente dell’ulteriore decorso della malattia e perdendo sostanzialmente di vista l’interesse per il paziente, al punto che, ancora nel secolo XIX, alcune scuole – come la viennese – affermavano l’inutilità di qualsiasi terapia. Un atteggiamento, questo, in parte comprensibile considerate le possibilità del tutto rudimentali delle misure terapeutiche in uso in quell’epoca basate quasi esclusivamente sul salasso.

Paradossalmente quindi gli sviluppi delle tecniche di esame del malato ponevano in rilievo l'importanza della malattia e del suo riconoscimento mediante la diagnosi clinica, che se, da un lato si affermava sempre più come l'atto centrale del rapporto tra medico e malato, dall'altro rafforzava tuttavia l'idea che la diagnosi clinica fosse del tutto sufficiente a risolvere l'intero problema per il quale il paziente si rivolge al medico.

Agli inizi del '900 uno dei più moderni e dei più celebrati Clinici del tempo, Augusto Murri, aprendo all'Università di Bologna l'Anno Accademico 1913-14 si rivolge ai suoi studenti parla delle caratteristiche di quello che allora veniva chiamato "Il Medico Pratico" e che ora viene indicato come il medico generalista o di famiglia. Questa prolusione costituisce uno degli scritti più interessanti, anche se uno dei meno conosciuti, di Murri e riporta, tra l'altro, un'acuta descrizione della metodologia diagnostica e ne chiarisce la vera posizione all'interno dell'atto clinico. Ad un certo punto del suo discorso, Murri chiede infatti: *"Sapete voi che per la prima volta entrate in questa Scuola, ciò che dovrete imparare qui dentro? Cognizioni nuove no. Se un clinico fa un'osservazione non fatta prima di lui, il Patologo se l'appropria e arricchisce il quadro della malattia ch'egli deve dipingere. Ma venendo qui voi dovete già possedere le cognizioni: dovete già aver appreso la storia della malattia. Ciò che dovete far qui è riconoscere in un individuo la malattia della quale conoscete già la storia in genere. Non vi sorprenda ch'io parli di riconoscere, mentre il vero oggetto pratico è di fare, cioè di guarire l'infermo: gli è che la condizione assolutamente indispensabile per guarire l'ammalato è di sapere qual è l'anomalia, che costituisce la sua malattia ... non è ufficio del Clinico l'esporre le condizioni della scienza in generale: egli deve giudicare d'un malato, del suo proprio malato, osservarlo, scorgerne il problema, discuterlo, tentare di risolverlo ..."* [7].

La citazione appare rilevante se non altro per la puntualizzazione fatta dal grande Clinico fermano sul carattere squisitamente idiografico dell'attività clinica ("giudicare di un malato") e per l'esplicita distinzione tra l'attività del medico quando affronta problemi clinici, riguardanti cioè il singolo malato e l'attività svolta nel momento in cui affronta problemi relativi all'approfondimento delle malattie: non

di queste deve interessarsi il clinico ma del problema del singolo malato.

Dopo la scomparsa di Murri (1932) il suo insegnamento metodologico si è purtroppo affievolito) venendo, negli anni seguenti e fino ai nostri giorni, progressivamente snaturato dalla persuasione che i progressi tecnologici possano sostituire la necessità di una riflessione metodologica sui problemi generali della medicina e che la diagnosi clinica possa essere riguardata come un procedimento acriticamente ripetitivo.

Fidando in questa persuasione, la medicina clinica nel corso dell'ultimo secolo ha dedicato la maggior parte dei suoi sforzi all'affinamento sempre più approfondito dei mezzi e delle metodiche di esplorazione dell'organismo del malato, cercando di cogliere sempre più da vicino le cause, i meccanismi e le caratteristiche evolutive dei fenomeni morbosi. Ed infatti, quando si critica la progressiva ed eccessiva spersonalizzazione della moderna medicina, ci si riferisce appunto alla sua tendenza a considerare tutti gli ammalati egualmente reattivi di fronte alle malattie e quindi a credere di dover valutare la diagnosi della malattia più di quanto non si tenga conto della personalità del malato. In un certo senso, la clinica attuale, persuasa che studiando le malattie si possano conoscere i malati, opera una sorta di rovesciamento della concezione ippocratica, che privilegiava l'individualità del malato rispetto alla conoscenza della malattia.

#### INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE COME FATTORE DI CAMBIAMENTO DELL'AGIRE DEL MEDICO

La progressiva capacità della medicina di vincere malattie una volta fatali (ad esempio le malattie infettive), di stabilizzare stati morbosi una volta rapidamente evolutivi verso la morte, ed infine di difendere meglio la vita mediante raffinate terapie, prolungandola in media quasi al doppio di quanto non fosse agli inizi dello scorso secolo, ha portato come inevitabile conseguenza un rilevante mutamento della stessa nosografia medica. Attualmente è sempre più frequente l'insorgenza di malattie acute su pazienti già portatori sia di malattie croniche sia di esiti di forme morbose cronicizzate; e sempre

più frequente è il caso in cui uno o più stati morbosi si cronicizzino dando origine a reliquati che si sovrappongono gli uni agli altri.

Per portare un ben noto esempio, prima dell'introduzione in terapia dell'insulina, un soggetto diabetico era destinato a morte in pochi mesi o anni. Attualmente la speranza di vita del diabetico raggiunge più decenni: un lasso di tempo sufficiente a far comparire le complicanze degenerative dovute alla malattia, come una vasculopatia, la quale, a sua volta, può determinare la comparsa di diversi quadri morbosi secondari: dall'ipertensione arteriosa all'infarto miocardico, dalla gangrena periferica all'ictus cerebrale, dalla polinevrite alla cecità e ad altri ancora.

Qualsiasi archivio di reparti internistici contiene cartelle che riportano, nello spazio dedicato alle diagnosi di dimissione, non più una sola malattia ma una serie talora complicata, di eventi morbosi che hanno impegnato i medici durante un'unica degenza per così dire "ordinaria".

È stato in effetti valutato che il 25% della popolazione compresa tra i 65 e i 69 anni è affetta contemporaneamente da due o più malattie, percentuale che sale al 50-55% nella popolazione oltre gli 80 anni (Amaducci et al.) [8].

In sintesi, la clinica degli ultimi 40-50 anni non si confronta più con la "malattia" isolata, acuta, circoscritta, destinata a risolversi – nel bene o nel male o al più con un esito stabile – nel giro di breve tempo (giorni o mesi) ma deve misurarsi con la *comorbidità*, cioè il prodursi in medesimo malato, un complesso di stati morbosi in parte ad andamento acuto, in parte cronico, ma che comunque non possono essere considerati ciascuno a sé, bensì nel loro complesso. È questa una condizione del tutto nuova rispetto alla tradizionale visione clinica che, nell'immaginario più diffuso, vede il medico impegnato nella definizione di una ben determinata malattia richiedente l'applicazione, quasi univoca, di una specifica terapia e che consente una precisa previsione dell'esito finale dell'episodio morboso.

La *comorbidità* sovverte questo quadro che nella sua semplicità ha sempre conferito una certa sicurezza ed un certo conforto, almeno al malato fiducioso. Essa infatti, rifugge da ogni classificazione, in quanto acquista caratteri diversi da individuo ad individuo, data l'estrema varietà delle combinazioni morbose

che possono presentarsi nel medesimo soggetto. Per il medesimo motivo, le misure terapeutiche non sono più strettamente e/o univocamente collegate all'episodio morboso acuto che ha portato il paziente a rivolgersi al medico. Così un cortisonico può migliorare parte della sintomatologia di un'emopatia sistemica cronica o di quella indotta da una neoplasia; ma contemporaneamente può comportare un peggioramento in altri settori della complessa *comorbidità* del paziente, ad esempio un diabete o un'osteoporosi. In definitiva, in presenza di una *comorbidità* è molto più frequente che la terapia prescritta comporti non solo benefici ma anche recrudescenze di processi precedentemente sopiti. Il bilancio che ne consegue costituisce ciò che viene indicata come "*qualità di vita*" mentre la previsione di come tale qualità potrà variare nel singolo malato, rappresenta il nuovo giudizio prognostico, che il clinico deve cercare di formulare: ed è facile comprendere come questa operazione risulti non solo estremamente più complessa ma anche sostanzialmente differente dalla sola previsione dell'esito di una sola malattia. e finale.

### QUALITÀ DI VITA COME LINEA GUIDA PER LA DECISIONE CLINICA NELL'ANZIANO

Da quanto detto, è chiaro che il clinico è attualmente chiamato ad operare una scelta terapeutica tra opzioni diverse, nessuna delle quali, solitamente, è in grado di portare ad una guarigione completa. Cosicché, nella maggior parte dei casi, l'obiettivo del clinico non può che essere quello di tendere ad ottenere *stabilizzazioni* accettando la presenza di *reliquati*, mediante una delicata valutazione del rapporto costi/benefici, che dà luogo a ciò che si intende per *qualità di vita*. È ovvio che tale valutazione, non può essere attuata solo da parte del medico, essendo la qualità di vita un parametro squisitamente personale. Nella medicina moderna, quindi, sia per una maggiore acculturazione del grande pubblico in tema sanitario, sia per una più sensibile valutazione dell'etica del rapporto medico paziente, sia per i motivi esposti più sopra, conseguenti al fenomeno della *comorbidità*, le scelte e le preferenze del malato – a loro volta fortemente influenzate dal

suo temperamento psicologico – pesano sulla decisione terapeutica molto più di una volta.

Non si vuole con ciò affermare che sia giusto lasciare scegliere il malato: anche in questo mutato rapporto tra paziente e medico deve prevalere sempre l'atteggiamento di ricerca di un ragionevole equilibrio tra l'autonomia del paziente e l'autorevolezza del medico. Ciò non significa che il medico debba sentirsi un semplice esecutore delle richieste del malato; significa piuttosto che la decisione finale - che indubbiamente spetta al paziente – sia la risultante di un chiaro ed esauriente confronto fra le aspirazioni del malato ed i suggerimenti che il clinico è in grado di dare in base alla sua maggiore conoscenza dei problemi medici.

Sembra qui opportuno richiamare la definizione di salute proposta da Dietrich von Engelhardt [9]:

**“La salute è la possibilità di convivere in maniera ottimale con il proprio handicap, cioè con la propria condizione e le proprie eventuali menomazioni prodottesi nel corso dell'esistenza di ciascun individuo”.**

Per concludere, quindi, il medico deve imparare a non concentrare tutta la sua attenzione solamente sulla *diagnosi*, come abitualmente gli è stato insegnato quando era studente nella convinzione che essa rappresenti la chiave di ogni decisione futura nei riguardi del malato.

Per ottenere ciò, non basta più che il clinico conosca il suo paziente dal punto di vista fisico; egli deve invece anche indagare e considerare attentamente il suo modo di ragionare, le sue ansie, i suoi timori, la sua capacità di reagire, di accettare la sofferenza, la sua paura della malattia come tale: in altre parole il suo modo di vivere. È forse curioso, come si sia costretti, riaccostandosi nuovamente ad Ippocrate, a riprendere, in quest'epoca così lontana e dopo tanta evoluzione tecnologica e culturale della medicina, l'antico aforisma ippocratico: *esistono malati e non malattie*. Forse mai come nel presente stadio di evoluzione della medicina clinica della cronicità e della conseguente comorbidità, l'esigenza di una riflessione e di un ripensamento sull'intima natura della diagnosi clinica si è imposta con così chiara urgenza, riconoscendo la necessità di studiare il paziente come persona con le sue esigenze, le sue aspettative e le sue preferenze e dando inoltre atto

che che nella professione clinica moderna non è più sufficiente la tradizionale *diagnosi di con malattia* sostituendola quanto piuttosto l'*interpretazione del malato*.

Il significato profondo dell'etimo “interpretare” – ci ricorda Enrico Poli nella sua magistrale opera: *Metodologia Medica* – è: attribuire un “pretium” a un fatto “tra” (*inter*) altri fatti. In questo contesto, siamo abituati a tradurre il termine “pretium” con “significato”: ma appare ancor più appropriato tradurre “pretium” con “valore” [10]. In questo senso va usato il termine *interpretare il malato*: dare più valore alle sue esigenze, ai suoi interessi, ai suoi desideri: in una parola, secondo uno slogan ormai abusato, passare dalla cura del malato all'aver cura di lui. E al rendere concreta questa trasformazione non può ritenersi indifferente chi si propone di incentivare un'efficace formazione del corpo medico, e sanitario in generale, volta ad operare sì secondo scienza ma sorretta dalla pratica di una cultura attenta all'uomo.

## NOTE BIBLIOGRAFICHE

- [1] Senin U., Cherubini A., Maggio D., Mecocci P. *Paziente anziano Paziente geriatrico*. II Ed. Edises, Napoli, 2006, pag. 197
- [2] Sigerist H. *Introduzione alla Medicina*. Sansoni editore, Firenze, 1947, p. 118
- [3] Raineri P. *Diagnosi clinica e storia della metodologia*. Borla editore, , Roma, 1989, p. 26
- [4] Castiglioni E. *Storia della Medicina*. Arnoldo Mondadori Editore, Verona, 1948, p. 540
- [5] Boerhave H. *Hermannii Boerhaave Viri Summi, Suique Praeceptoris Methodus Studii Medici, Emaculata et Accessionibus Locupletata ab Alberto Haller*, Amsterdam, 1751, tomo II, p. 670.
- [6] Citato da Castiglioni, op. cit. p. 542
- [7] Murri A. *Il Medico Pratico*, Nicola Zanichelli, Bologna, 1914, pp. 9-10
- [8] Amaducci L, Scarlato G., Candelese L. *ILSA Resource Data Book*, Roma; Consiglio Nazionale per le Ricerche, 1996
- [9] von Engelhardt. D., *Etica e medicina. Problemi e scelte della pratica quotidiana*, Guerini e Associati, Milano, 1994.
- [10] Poli E. *Metodologia Medica. Principi di Logica e Pratica Clinica*. Rizzoli Editore, Milano, 1965, p. 63.