

STRATEGIE DIAGNOSTICHE NEL SETTING DELLA MEDICINA GENERALE

Decision making

ELISABETTA STEFAN*, ROBERTO FASSINA**

* Medico tirocinante, Scuola Veneta di Formazione Specifica in MG; ** Medico Tutor, Scuola Veneta di Formazione Specifica in MG

Fin dal periodo greco-romano, Ippocrate prima e Galeno poi si erano chiesti se la malattia potesse essere 'indagata' tramite la pura osservazione (logica induttiva) oppure privilegiando un sistema di regole argomentative formalmente ineccepibili (logica deduttiva).

Solo nel '600, con Cartesio, si afferma il "metodo scientifico" come unico sistema per giungere alla verità. Claude Bernard nel 1865 codifica le "regole metodologiche" della medicina sperimentale: a) osservazione; b) formulazione dell'ipotesi; c) deduzione; d) controllo.

All'inizio del XX secolo il dibattito tra sperimentatori e clinici è molto vivace e trova un grande equilibrio nella figura di Augusto Murri.

Più recentemente, D.L. Sackett ha affermato che quattro sono le strategie utilizzate dal clinico nel procedimento diagnostico: la gestaltica (riconoscimento dei quadri), quella ad albero decisionale (regole algoritmiche), la strategia dell'esaurimento (anamnesi ed esame fisico completi) e la strategia ipotetico-deduttiva (formulazione di un ristretto gruppo di ipotesi diagnostiche, seguite da 'indagini' deduttive di verifica).

Diversamente da quanto sostenuto dal filosofo della Scienza K. Popper, da Antiseri e da altri autori, che affermano la necessità di procedere, nel processo conoscitivo, attraverso confutazioni continue, Sackett ritiene che il clinico non proceda per confutazioni ma per verifiche corroborative.

Inoltre, mentre l'epistemologia popperiana sostiene che il metodo scientifico è unico, articolato in tre tappe: problemi – ipotesi-teorie di risoluzione – critica-confutazione, altri autori, come ad esempio H.G. Gadamer, ritengono che almeno nell'ambito delle "scienze umane" sia possibile riconoscere un metodo diverso, un "approccio ermeneutico" capace di comprendere, interpretare, analizzare comportamenti, azioni, norme, riti, ecc. Ed ancora, mentre Popper sostiene che il procedimento conoscitivo 'induttivo' non esiste, altri autori (Bayes, Giorello, Federspil, Scandellari) rilanciano un "neo-induttivismo" oscillante tra algoritmi diagnostici, EBM, e livelli sufficienti (probabilistici) di evidenza.

Per Popper e Antiseri lo scienziato affronta un problema con tutto un sapere 'di sfondo' (*tabula plena*) costituito da conoscenze scolastiche, esperienze precedenti, studi, osservazioni, ecc., che 'guidano' il processo conoscitivo

(diagnostico). Per gli 'induttivisti', invece, lo scienziato affronta la conoscenza (diagnosi) con la mente sgombra (*tabula rasa*) da condizionamenti e pre-concetti.

Nell'ambito della *primary care*, e in particolar modo nell'area della Medicina Generale, il confronto si fa più aspro: se da una parte Sackett sostiene che la migliore 'evidenza' è quella che emerge dall'integrazione fra "evidenza interna" (frutto della conoscenza clinica individuale, aprioristica) e "evidenza esterna" (*trial*, metanalisi, scienze di base, ecc.), dall'altra ci si chiede quanto 'teorico', e quindi quanto "artificioso e non vero" sia questo medico diagnosta, che nei pochi minuti che caratterizzano il contatto clinico riesce a far confluire tutte queste complesse conoscenze in una diagnosi dignitosa ed efficace.

La verità è che ad oggi non siamo ancora in grado di sapere se il Medico di Medicina Generale (MMG) proceda per confutazioni o per verifiche, sfruttando la *tabula plena* o partendo dalla *tabula rasa*, utilizzando tecniche 'bayesiane' o 'ermeneutiche'.

Scopo di questa ricerca è tentare di definire quali strategie diagnostiche vengano messe in atto dal MMG nel setting specifico del suo studio, dove la complessità dei problemi, il tempo a disposizione e il contesto interattivo col paziente giocano un ruolo essenziale.

MATERIALI E METODI

Per la nostra ricerca abbiamo reclutato un campione di 20 MMG, scelti a caso (1 ogni 3) dalla lista fornita dall'ASL n. 15 di Cittadella (PD). Quindici di questi MMG avevano 1.500 assistiti e cinque un numero compreso tra 900 e 1.500 (media: 1.350/medico). La loro età era compresa fra 40 e 55 anni (età media: 49,8). Tutti erano convenzionati col Servizio Sanitario Nazionale (SSN) da molti anni (media: 20,3). Essi sono stati contattati telefonicamente ed è stato presentato loro il tipo di studio e le modalità di partecipazione. Se accettavano, ci si recava personalmente da loro per portare il materiale cartaceo e dare spiegazioni sul questionario da compilare (Tab. I).

Ogni MMG doveva scegliere tre consulenze ambulatoriali al giorno (la prima, la quinta e la decima della giornata) per un'intera settimana di settembre 2003, periodo ritenuto di media morbilità, per un totale di 300 contatti.

Criteri di inclusione:

1. Qualsiasi paziente che portasse in ambulatorio un problema per il quale fosse necessario attivare un procedimento diagnostico.
2. Paziente già noto.

Questo secondo criterio è stato inserito perché riteniamo che sia molto diverso l'approccio diagnostico in Medicina Generale, nei confronti di un paziente mai visto prima, rispetto ad un paziente già conosciuto, con una cartella clinica già 'sedimentata' nel tempo.

Dopo ogni consulto il MMG doveva rispondere al questionario.

Se il medico barrava un *item*, doveva specificare anche quale 'peso' avesse avuto per lui, mettendo una crocetta sulla scala numerica: 1 (pochissimo importante), 2 (poco importante), 3 (abbastanza importante), 4 (molto importante), 5 (moltissimo importante). Il medico aveva anche la possibilità di non rispondere ad uno o più *item*.

I questionari sono stati raccolti di persona e sottoposti ad una verifica di qualità.

RISULTATI

I questionari realmente pervenuti sono stati 225, poiché 5 dei 20 medici arruolati non hanno portato a termine il

TABELLA I
Questionario.

	1	2	3	4	5
1. Conoscenza del paziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Elementi epidemiologici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Anamnesi ed E.O. mirati al problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Anamnesi ed E.O. generali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tipologia del contatto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Criterio di semplicità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Procedimento di ricordo-confronto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Procedimento per esclusione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Criterio di probabilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ristrutturazione di campo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Criterio fisiopatologico-causale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Strategia euristica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Fattore tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LEGENDA:

1. Storia, fatti, luoghi, cose, abitudini, ecc.
2. Sesso, età, lavoro, prevalenza di malattie, ecc.
3. Domande ed atti semeiologici focalizzati sul problema portato dal paziente.
4. Sottoporre il paziente ad anamnesi ed E.O. completi, osservare la comunicazione verbale e non verbale: valutare atteggiamenti, espressioni del viso e del corpo, intonazione della voce, ecc.
5. Considerare come verosimile la diagnosi più semplice.
6. Diagnosi attraverso il procedimento "gestaltico" del "ricordo-confronto-riconoscimento" (di un quadro obiettivo, di una sindrome, di un reperto auscultatorio, ecc. già osservati-appresi in precedenza).
7. Utilizzare alberi decisionali/*flow-chart*, ecc.
8. La diagnosi più verosimile è quella più probabile nel contesto attuale.
9. Recupero "gestaltico" di un segno/sintomo prima trascurato, ed ora apparso con maggior evidenza-importanza.
10. Ragionare secondo concatenazioni fisiopatologiche apprese durante la formazione universitaria.
11. Strategia "euristico-interpretativa", ossia utilizzo di una modalità duttile, flessibile, interpretativa, per affrontare problematiche psico-somatiche complesse, tappa per tappa, accontentandosi anche di risultati parziali, in situazioni che non sopportano schemi diagnostici rigidi.
12. "Prendersi tempo", cioè uso del tempo come elemento di supporto: prender tempo, far sedimentare il problema, decidere di richiamare il paziente in un secondo momento, ecc.
13. È lasciata al MMG la possibilità di inserire un suo personale e diverso approccio diagnostico.

TABELLA II
Utilizzazione dei vari metodi, strategie ed approcci diagnostici nei 225 contatti clinici.

MODALITÀ-STRATEGIE-APPROCCI DIAGNOSTICI	N. DI CONTATTI (%)
Conoscenza del paziente	213 (94,7%)
Epidemiologia	202 (89,8%)
Anamnesi ed E.O. mirati	205 (91%)
Anamnesi ed E.O. generali	192 (85,3%)
Tipologia del contatto	183 (81,3%)
Criterio di semplicità	185 (82,2%)
Procedimento ricordo-confronto	185 (82,2%)
Procedimento per esclusione	164 (72,9%)
Criterio di probabilità	189 (84%)
Ristrutturazione di campo	184 (81,8%)
Criterio fisiopatologico-causale	160 (71,1%)
Strategia euristica	164 (72,9%)
Fattore tempo	164 (72,9%)
Altro	0

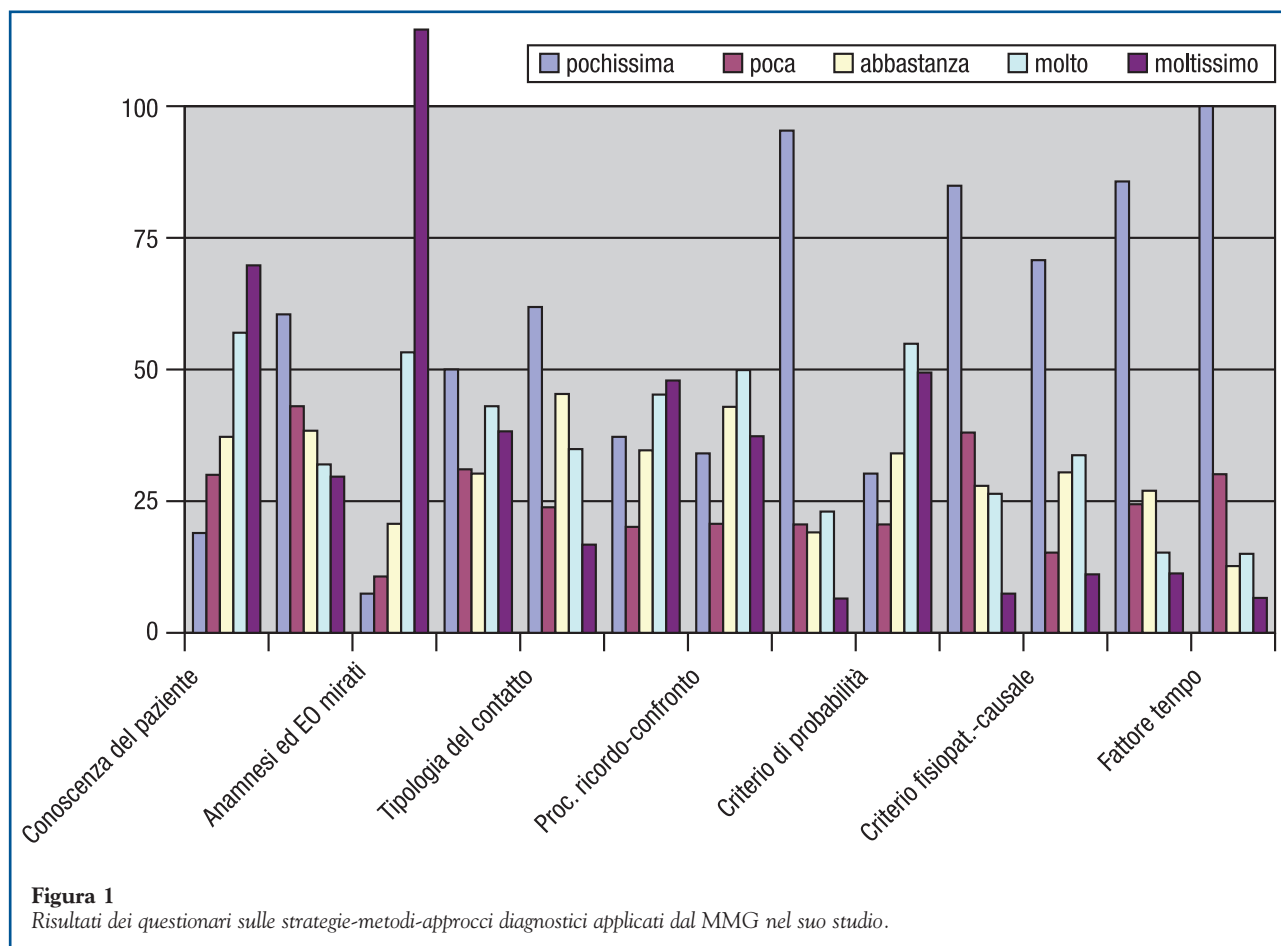
lavoro. Le frequenze con le quali i 15 MMG hanno utilizzato i vari criteri-strategie-metodi diagnostici, sono rappresentate nella Tabella II.

Tutte le strategie proposte sono state utilizzate, e molto spesso contemporaneamente. La frequenza d'uso è molto elevata: dal 71,6% del "criterio fisiopatologico", al 94,7% del criterio "conoscenza del paziente". Oltre a quest'ultimo, le altre due strategie più segnalate sono state l'"anamnesi ed esame obiettivo mirati" (91%) e la conoscenza del "contesto epidemiologico" (89,8%).

I metodi meno scelti sono stati il "criterio fisiopatologico", la "strategia euristica" e il "fattore tempo". Nessuno ha scelto strategie diverse da quelle proposte.

Nella Figura 1 sono evidenziati tutti i punteggi (il "peso") che i MMG hanno dato ai vari metodi scelti nell'atto diagnostico.

Da questi dati appare chiaro che, forse contrariamente alle attese, i 15 MMG hanno assegnato 'pesi' diversi alle metodiche scelte con maggior frequenza: se infatti la "conoscenza del paziente" era al primo posto fra le strategie utilizzate, essa appare al secondo posto per importanza (59,7%). Al primo posto sale invece l'"anamnesi ed esame obiettivo mirati" col 81,5% dei punteggi. Al terzo posto si posiziona il "criterio di probabilità" (55%). Il "fattore tempo" è lo strumento cui è stata data minore importanza.



DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Il 25% dei MMG arruolati nello studio non ha portato a termine il lavoro (mancanza di tempo, eccessiva “complessità” del compito). Questa scelta potrebbe indicare una difficoltà a riflettere sul proprio lavoro e sulla relativa metodologia di svolgimento; difficoltà testimoniata anche dal fatto che nessun medico di quelli arruolati ha scelto di utilizzare strategie diverse da quelle proposte dal questionario.

La frequenza del criterio usato non è stata sempre in consonanza con l'importanza ad esso attribuita. La “conoscenza epidemiologica”, per esempio, è stata scelta nel 90% dei contatti, mentre poi le è stato attribuito un ‘peso’ molto basso (poco o pochissimo importante nel 51% dei casi). Lo stesso ragionamento vale anche per il “procedimento per esclusione”, per la “ristrutturazione di campo”, per la “strategia euristica” e per il “fattore tempo”.

Viceversa vi è una buona corrispondenza (tra frequenza di utilizzo e importanza data) nella strategia “conoscenza del paziente”, “anamnesi ed esame obiettivo mirati”, “criterio di semplicità”, “criterio di probabilità”, e nel procedimento gestaltico del “ricordo-confronto”.

Le motivazioni di questo atteggiamento ‘dissonante’ sono difficili da enucleare. Probabilmente spaziano fra la contingenza peculiare del caso clinico affrontato (per cui, pur utilizzando un criterio come prassi abituale, poi in realtà non lo si riconosce così importante) e la possibile allocazione di alcuni criteri in uno ‘spazio mentale’ (il “sapere di sfondo”) che ne comporta un utilizzo automatico e quasi inconscio. La scarsa importanza data alla “tipologia del contatto” potrebbe rientrare fra questi casi.

La casistica del MMG è complessa, e i problemi sono presentati dai pazienti in forma spesso destrutturata, poco o nulla inquadrabile in quadri nosologici ben definiti: ciò potrebbe spiegare la scarsa importanza data al “procedimento per esclusione”, che è una tecnica diagnostica ‘rigida e forte’, più tipica dello specialista che del MMG. Infine, ha sorpreso il fatto che la “strategia euristica”, attesa come tipica nel procedimento diagnostico del MMG, è stata fra i criteri meno utilizzati; e quando è stata

presa in considerazione, le è stato attribuito un ‘peso’ basso. In realtà questa è una tecnica che richiede tempo, e comporta un notevole impegno professionale ed umano, nonché un adeguato *training*.

Questo studio, che per le sue caratteristiche possiamo considerare come “pilota”, ci sembra ancora troppo ‘grezzo’ per poter esplicitare attività assai complesse come quelle diagnostiche. Esso ha comunque evidenziato che il MMG utilizza essenzialmente un approccio cognitivo, deduttivo-verificazionista e bayesiano, incentrato sulla conoscenza del paziente, su un’anamnesi ed un esame obiettivo brevi e mirati, sul procedimento gestaltico del ricordo-confronto, sul criterio di semplicità e di probabilità. Questi criteri ci sembrano riflettere un’esigenza di rapidità, praticità, economia mentale e di tempo, costituendo quindi uno ‘specifico professionale’ su cui confrontarsi nel futuro. Rimangono aperti numerosi quesiti di approfondimento sulle strategie utilizzate e sul ‘livello di coscienza’ del loro utilizzo.

Bibliografia

- Premuda L. *Metodo e conoscenza da Ippocrate ai nostri giorni. Introduzione alla medicina moderna*. Padova: CEDAM 1987.
- Descartes R. *Discorso sul metodo*. Roma: Edizioni Paoline 1960.
- Bernard C. *Introduzione allo studio della medicina sperimentale*. Milano: Feltrinelli 1973.
- Murri A. *Pensieri e precetti*. Bologna: Zanichelli 1924.
- Murri A. *Quattro lezioni ed una perizia. Il problema del metodo in medicina e biologia*. Bologna: Zanichelli 1972.
- Sackett DL, Haynes RP, Tugwell P. *Epidemiologia clinica*. Torino: Centro Scientifico Torinese 1988.
- Popper KR. *Conoscenza oggettiva*. Armando Editore 1975.
- Antiseri D. *Teorie unificate del metodo*. Torino: UTET 2001.
- Gadamer HG. *Verità e metodo*. Milano: Fratelli Fabbri Editori 1972.
- Gilles D, Giorello G. *La filosofia della scienza nel XX secolo*. Bari: Laterza 1995.
- Antiseri D, Federspil G, Scandellari C. *Epistemologia, clinica medica e la “questione” delle medicine “eretiche”*. Rubbettino 2003.
- Federspil G. *I fondamenti del metodo in medicina clinica e sperimentale*. Padova: Piccin Editore 1980.
- Giaretta P, Federspil G. *Il procedimento clinico. Analisi logica di una diagnosi*. Padova: Piccin Editore 1998.
- Scandellari C. *La strategia della diagnosi*. Padova: Piccin Editore 1981.