

## Strategie diagnostiche in Medicina Generale. Indagine pilota in un gruppo di medici di medicina generale dell'Azienda ULSS 16 di Padova

Riccardo De Gobbi<sup>1</sup>, Livio Di Marco<sup>2</sup>, Roberto Fassina<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Medici di Medicina Generale, docenti nella Scuola Veneta di Formazione Specifica in Medicina Generale; <sup>2</sup> Medico in formazione presso la Scuola Veneta di Formazione Specifica in Medicina Generale. Tesi di Diploma

### Introduzione

Il medico di medicina generale (MMG) italiano ed europeo impiega in media dai 10 ai 15 minuti per fornire una risposta ai quesiti dei pazienti che quotidianamente si presentano nel suo studio<sup>1</sup>.

L'approccio clinico adottato dal MMG nella risoluzione dei problemi posti dai propri assistiti differisce da quello adottato in contesti specialistici/ospedalieri, dove la centralità dell'atto medico è l'attribuzione dei disturbi lamentati dal paziente a un'entità nosologica nota e il trattamento della stessa, piuttosto che la cura della persona che soffre<sup>2</sup>.

Alcune ricerche condotte negli anni '70 hanno evidenziato che il classico procedimento sequenziale generalmente adottato di raccolta dell'anamnesi, esecuzione dell'esame obiettivo, formulazione di ipotesi diagnostiche, diagnosi differenziale e diagnosi finale, non rappresenta ciò che i medici di famiglia applicano nella pratica quotidiana<sup>3</sup>.

Gli studi presenti in letteratura che hanno indagato le strategie diagnostiche utilizzate dai medici nel loro lavoro sono scarsi e di difficile applicabilità nel contesto delle cure primarie poiché basati spesso su analisi teoriche estrapolate da logiche specialistiche di secondo o terzo livello.

Tuttavia alcune delle strategie utilizzate dai "general practitioner" inglesi sono state analizzate da colleghi anglosassoni, in contesti e ambiti lavorativi diversi dal nostro<sup>4,5</sup>. Anche alcuni autori italiani hanno tentato un'analisi dei vari modelli di logica in Medicina Generale<sup>6,7</sup>.

Gli autori anglosassoni hanno osservato che il ragionamento clinico adottato dai medici di famiglia inglesi per configurare una diagnosi prevede fondamentalmente l'utilizzo di due strategie cognitive che si differenziano per i processi logici utilizzati. La prima è veloce, permette la formulazione di ipotesi diagnostiche in tempi estremamente rapidi – spesso nelle prime fasi del consulto medico – e si basa sull'intuizione-abduzione, sull'uso di euristiche e processi cognitivi automatici non analitici che scaturiscono nella mente del medico, innescati dal riconoscimento, spesso inconscio, di un modello paradigmatico di patologia (*pattern*

*recognition*), dal riconoscimento di un caratteristico pattern clinico visivo, uditivo o tattile (*spot diagnosis*), dal disturbo lamentato dal paziente (*presenting complaint*) o dall'etichetta diagnostica che il paziente si auto-attribuisce (*self labelling*).

La seconda strategia è più lenta, ponderata, analitica; la maggior parte delle volte viene utilizzata per problemi complessi e di difficile risoluzione immediata. Gli stessi autori hanno individuato, in questo caso, cinque tipologie di ragionamento clinico, basate sul ricordo-confronto con casi clinici osservati o diagnosticati in precedenza, sull'uso di criteri clinici ben definiti e ampiamente validati quali flow-chart e sistemi diagnostici a punteggio (*clinical prediction rules*), sull'adozione di un ragionamento probabilistico-bayesiano (*probabilistic reasoning*), sul perfezionamento della diagnosi mediante un percorso logico-temporale di affinamento-chiarimento degli elementi clinici per gradi (*stepwise refinement*) e sull'osservazione dell'evoluzione del quadro clinico nel tempo (*test of time*)<sup>5</sup>.

Queste strategie permettono di giungere a una diagnosi finale – che in Medicina Generale non necessariamente corrisponde a una precisa entità nosografica ma più spesso rappresenta una diagnosi "operativa"<sup>8</sup> – la quale permette al medico di prospettare una prognosi e consente l'inizio di un trattamento; oppure può essere incerta e richiedere l'esecuzione di ulteriori accertamenti diagnostici, un tentativo di terapia per valutare la risposta (diagnosi *ex adjuvantibus*) o ulteriore tempo per osservare l'evoluzione naturale della malattia (*wait and see*)<sup>5</sup>.

Poiché in letteratura non sono presenti studi italiani su questo argomento, abbiamo approntato questo lavoro con lo scopo di individuare quali, tra le principali strategie diagnostiche sovracitate, vengono utilizzate da un campione di MMG dell'Azienda ULSS 16 Padova nel breve tempo di una consulenza standard. In particolare abbiamo inteso verificare se esistono realmente due percorsi diagnostici, confrontare le strategie usate e le loro relative frequenze di utilizzo con quelle emerse dagli studi presenti in letteratura, individuare eventuali fattori extra-logici (quali il carico di lavoro e la stanchezza del medico) che possano influenzare la scelta della strategia diagnostica e valutare se esistono differenze

negli approcci decisionali fra colleghi con età ed esperienza diverse e ambiti di lavoro distinti (città o cintura urbana).

## Materiali e metodi

### I partecipanti

È stato reclutato un campione di 15 medici di medicina generale dell'Azienda ULSS 16 Padova, contattandoli telefonicamente e selezionandoli sulla base della loro disponibilità a aderire al progetto di ricerca, e sulla rispondenza ai seguenti criteri di inclusione:

- numero di assistiti superiore a 750 persone;
- anzianità di laurea superiore a 10 anni;
- anzianità come MMG superiore a 5 anni.

Dopo la selezione del campione, uno dei ricercatori si è recato da ogni singolo medico per illustrare lo scopo e il disegno dello studio e consegnare loro il materiale cartaceo, nonché fornire spiegazioni sulla corretta compilazione dello strumento di indagine, costituito da un questionario strutturato per indicatori-strategie diagnostiche (Fig. 1).

A ogni medico è stato chiesto di scegliere, nell'arco del mese di settembre 2010 (periodo di media morbilità e intensità lavorativa), 30 consulenze ambulatoriali nelle quali fosse necessario attivare un procedimento diagnostico, per un totale di 450 consulenze. Ciascun medico doveva selezionare casualmente 4 problemi clinici al giorno (in giorni non necessariamente consecutivi), campionando i casi nella prima ora, nella fascia intermedia e nell'ultima ora di ambulatorio, fino al raggiungimento del numero previsto. Al termine di ogni consulto selezionato il medico provvedeva a compilare il questionario.

Ai medici che svolgevano l'attività di ambulatorio secondo 2 fasce orarie (mattutina e pomeridiana) è stato chiesto di campionare i casi durante la fascia mattutina.

Il materiale è stato ritirato di persona da uno dei ricercatori dopo un mese di auto-somministrazione e sottoposto a verifica di qualità.

### Il questionario

Il questionario utilizzato per l'indagine è stato approntato dai ricercatori dopo disamina delle principali strategie diagnostiche presenti in letteratura e precedentemente descritte<sup>4,5</sup>, non essendo disponibile in letteratura un questionario validato.

Il questionario (Fig. 1) è stato strutturato in quattro parti:

1. una parte iniziale in cui venivano immessi i dati relativi al consulto ambulatoriale (data e ora della consulenza, orario di ambulatorio, numero totale di pazienti ambulatoriali visti) e al paziente (iniziali del nome, età e sesso), nonché il problema clinico posto dal paziente e le relative ipotesi diagnostiche;
2. la Sessione A, costituita dalle quattro principali strategie di diagnosi "rapida" (*self-labelling*, *presenting complaint*, *spot diagnosis*, *pattern recognition*);
3. la Sessione B, costituita dalle cinque principali strategie di

diagnosi "lenta" (*probabilistic reasoning*, *clinical prediction rules*, diagnosi per ricordo-confronto con casi clinici già osservati o diagnosticati in precedenza, *test of time*, *stepwise refinement*);

4. la Sessione C, volta a valutare l'esclusione, da parte del medico, di segni e sintomi suggestivi di condizioni cliniche pericolose (cosiddetti *red flags*), l'aiuto fornito dalla "conoscenza di sfondo"<sup>2</sup> del paziente nel formulare le ipotesi diagnostiche, l'eventuale prescrizione di una terapia *ex adiuvantibus* per avere una conferma deduttiva della diagnosi ipotizzata, il fenomeno dell'"ancoraggio" a una condizione clinica di cui il paziente avesse già sofferto in passato e che sembrasse ripresentarsi, l'uso di strategie diagnostiche diverse da quelle indicate nel questionario.

Le sessioni A e B erano mutualmente escludentisi e prevedevano l'indicazione di una sola strategia tra quelle suggerite (o nessuna in caso di utilizzo di una strategia diversa), mentre ciascuna domanda della sessione C prevedeva una risposta positiva o negativa.

Come indicatori del carico lavorativo sono stati utilizzati il numero di pazienti visti all'ora e le ore giornaliere di ambulatorio effettuate da ciascun medico (in caso di doppia fascia abbiamo considerato solo le ore della fascia mattutina). Per l'elaborazione statistica dei dati si è provveduto a inserire i dati riportati nei questionari cartacei in un apposito database creato con il programma Microsoft Access.

### I metodi statistici

L'associazione tra variabili categoriche è stata valutata tramite il test del  $\chi^2$ ; il confronto tra valori medi per campioni indipendenti è stato effettuato con il test T di Student. Per valutare la correlazione si è utilizzato il coefficiente di correlazione per ranghi di Spearman, statistica non parametrica che misura il grado di relazione tra due variabili per le quali non si fa altra ipotesi che non la misura ordinale.

## Risultati

Il campione di MMG indagato era costituito da 11 maschi e 4 femmine e aveva un'età media pari a  $56,1 \pm 3,8$  anni (intervallo compreso tra 50 e 65 anni), un'anzianità di laurea media di  $29,6 \pm 4$  anni (intervallo compreso tra 21 e 35 anni), una media di  $25,3 \pm 5,8$  anni di convenzione con il SSN (intervallo compreso tra 16 e 34 anni) e una media di  $1.444 \pm 218$  assistiti (intervallo compreso tra 780 e 1.711 assistiti).

8 medici esercitavano la professione in città e 7 nella cintura urbana.

Sono stati recuperati 438 questionari in totale, 7 dei quali sono stati esclusi in quanto incompleti (5) o non pertinenti con l'indagine (2).

I MMG indagati hanno risposto, in media, a  $28,9 \pm 6$  questionari (intervallo di risposta compreso tra 17 e 30 questionari).

Sono state effettuate 298 ipotesi diagnostiche utilizzando una

## Questionario sui processi diagnostici in Medicina Generale

Data: ..... Ora: ..... Iniziali pz: ..... Et  pz: ..... Sesso pz:  F  M

Orario di studio: dalle ore ..... alle ore ..... Numero di pazienti visti in giornata: .....

**Problema clinico posto dal paziente:** .....

**Ipotesi diagnostiche:** .....

**Nell'affrontare il problema del paziente qual   la principale strategia diagnostica che ritieni di avere utilizzato?**  
(indicare una sola risposta negli item delle prime due sessioni: la risposta a una sessione esclude l'altra. Dopo aver fatto ci , rispondere alla terza sessione)

**Sessione A** (indicare una sola risposta)

1. La diagnosi ti   stata suggerita o indicata dal paziente stesso (*self labelling*) (es. "dottore, ho la cistite").
2. Nel far diagnosi ti sei basato sul sintomo dichiarato dal paziente (*presenting complaint*) (es. diagnosi di "mal di testa" per il sintomo dichiarato di "mal di testa").
3. Hai fatto diagnosi a "colpo d'occhio" basandoti su dati percettivi visivi-auditivi-tattili (*spot diagnosis*) (es. *Herpes zoster* toracico).
4. Ti ha aiutato l'aver individuato un complesso di sintomi e segni "caratteristici" (*pattern recognition*) (es. cardiopalmo, gozzo, esoftalmo, diarrea, tremore, sudorazione = ipertiroidismo).

**Sessione B** (indicare una sola risposta; se hai risposto alla precedente sessione, passa alla successiva)

5. Nel far diagnosi hai applicato conoscenze probabilistiche (prevalenza di malattia, valore predittivo dei test usati, probabilit  a posteriori della malattia, ecc.).
6. Nel far diagnosi hai utilizzato qualche albero decisionale di rapida consultazione.
7. Nel far diagnosi hai utilizzato score o sistemi diagnostici a punteggio (es. criteri ARA per la diagnosi di artrite reumatoide, Wells Score per la TVP, ecc.).
8. Per configurare la diagnosi ti ha aiutato il confronto con casi clinici analoghi, gi  da te conosciuti o diagnosticati.
9. Nell'elaborazione della diagnosi hai "preso tempo" rimandando il paziente a un controllo successivo.
10. Nel definire la diagnosi hai seguito un percorso per gradi (sia di ragionamento che di tempi) in modo da raggiungere la conclusione attraverso passaggi successivi di affinamento-chiarimento dei dati.

**Sessione C** (rispondere a tutte le domande)

11. Nel procedimento diagnostico hai escluso segni e/o sintomi di condizioni pericolose (*red flags*)?  SÌ  NO
12. Nel far diagnosi hai utilizzato elementi interpretativi storico-sociali-culturali e la "conoscenza di sfondo" della persona per comprendere la situazione problematica posta dal paziente?  SÌ  NO
13. Per avere conferma "deduttiva" della diagnosi, hai tentato una terapia *ex adjuvantibus*?  SÌ  NO
14. Se il problema rientra in un quadro diagnostico gi  noto, hai valutato ipotesi alternative?  
(in caso di problema clinico nuovo, non rispondere a questa domanda)  SÌ  NO
15. Hai utilizzato qualche altra strategia non presente in questo elenco?  
In caso di risposta affermativa, puoi indicarla?  SÌ  NO

**Figura 1.**

Il questionario.

strategia "rapida" (pari al 69,1% delle diagnosi totali) e 133 utilizzando una strategia "lenta" (pari al 30,9% delle diagnosi totali). Nell'ambito delle diagnosi "rapide", 129 (pari al 29,9% delle diagnosi totali) sono state fatte nella prima ora di ambulatorio, 138 (32,0% delle diagnosi totali) nell'ultima ora e 31 (7,2% delle diagnosi totali) nelle rimanenti ore; per quanto riguarda le diagnosi "lente", 79 (18,4% delle diagnosi totali) sono state poste nella prima ora di ambulatorio, 45 (10,4% delle diagnosi totali) nell'ultima ora e 9 (2,1% delle diagnosi totali) nelle rimanenti ore. Nel complesso, il campione ha effettuato 208 ipotesi diagnostiche (48,2% delle diagnosi totali) nella prima ora di ambulatorio, 183 (42,5% delle diagnosi totali) nell'ultima ora e 40 (9,3% delle diagnosi totali) nelle rimanenti ore.

Per quanto attiene al gruppo delle strategie "rapide", 52 ipotesi diagnostiche (12,0% del totale) sono state suggerite dal paziente (*self-labelling*), 65 (15,1% del totale) sono state formulate dal medico sulla base del disturbo lamentato dal paziente (*presenting complaint*), 99 (23% del totale) sono state effettuate "a colpo d'occhio" (*spot diagnosis*) e in 82 casi (19% del totale) il medico ha riconosciuto un modello caratteristico di malattia (*pattern recognition*) (Fig. 2).

Per quanto concerne il gruppo delle strategie "lente", 8 ipotesi diagnostiche (1,9% del totale) sono state formulate ricorrendo a un ragionamento probabilistico, 3 (0,7% del totale) utilizzando alberi decisionali o sistemi diagnostici a punteggio, 22 (5,1% del totale) tramite ricordo o confronto con casi clinici analoghi precedentemente osservati, in 24 casi (5,6% del totale) il medico ha "preso tempo", in 76 casi (17,6% del totale) il medico ha adottato una strategia di perfezionamento diagnostico per gradi (Fig. 3). Per quanto riguarda i risultati della Sessione C, in 241 casi (55,9% del totale) il medico ha riportato di aver escluso *red flags*, in 171 casi (39,7% del totale) ha utilizzato la "conoscenza di sfondo" del paziente e l'interpretazione in chiave socio-culturale del problema posto dal paziente, in 177 casi (41,1% del totale) ha prescritto una terapia *ex adjuvantibus*; nei 219 casi in cui il paziente ha ripresentato un vecchio problema clinico, il medico ha preso in considerazione ipotesi diagnostiche alternative 110 volte (51,9%).

Nessuno dei medici indagati ha utilizzato strategie diverse da quelle proposte nel questionario.

I medici indagati hanno effettuato in media

4,1 ± 1,6 ore di ambulatorio al giorno (intervallo compreso tra 1 e 7 ore al giorno) e hanno visitato in media 4,75 ± 1,2 pazienti all'ora (intervallo compreso tra 1,5 e 7 pazienti/ora).

Dopo aver raggruppato le varie strategie nei 2 gruppi principali ("rapide" e "lente"), è stata osservata un'associazione statisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) tra il tipo di strategia usata e il momento della consulenza: è emerso infatti che, tra tutti i consulti avvenuti nella prima ora di ambulatorio, nel 62% dei casi era stata utilizzata una strategia "rapida" mentre quando il consulto avveniva nell'ultima ora di ambulatorio veniva usata una strategia "rapida" nel 75,4% dei casi (Tab. I).

Questa tendenza è stata osservata indipendentemente dal carico di lavoro.

Non si è manifestata nessuna correlazione statisticamente signifi-

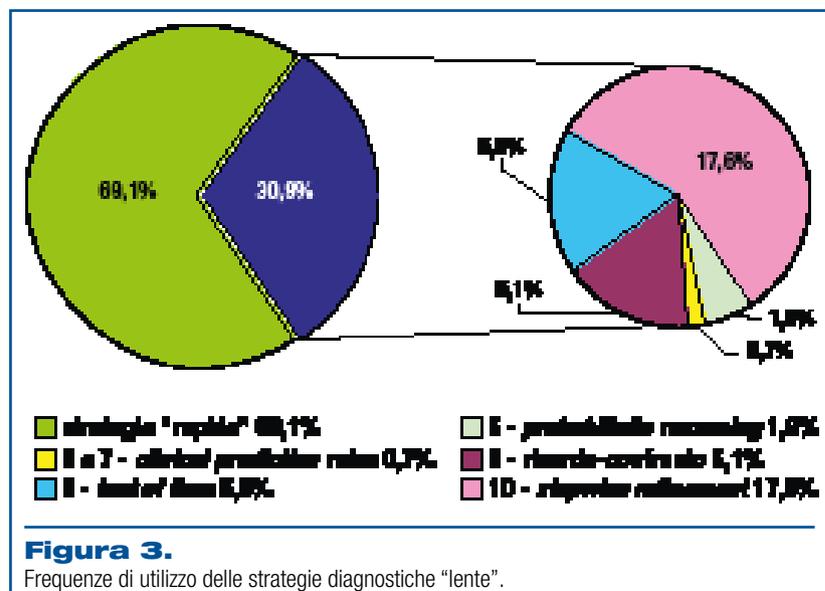
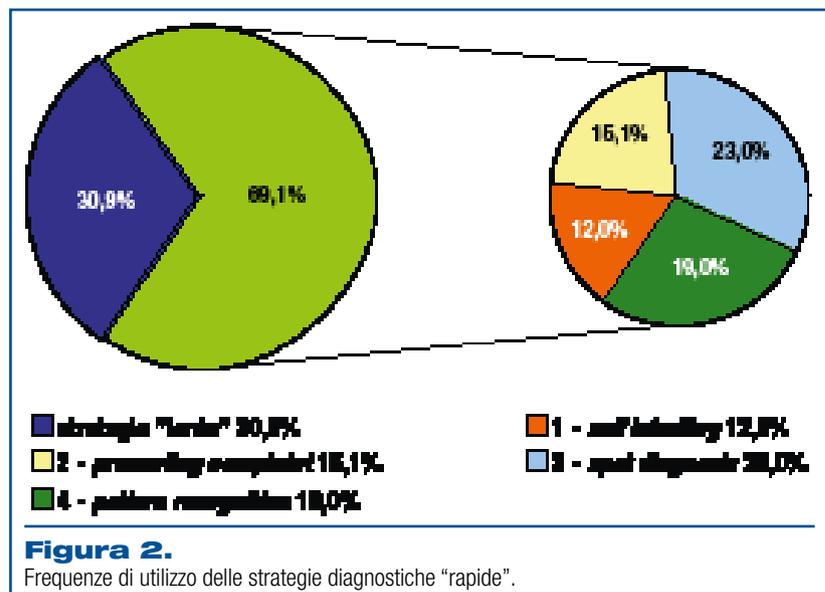


Tabella I.

Test del  $\chi^2$  per associazioni tra tipo di strategie utilizzate e momento del consulto medico.

	Gruppo strategie "rapide"	Gruppo strategie "lente"	Totale
Prima ora	62,0% (n = 129)	38,0% (n = 79)	100,0% (n = 208)
Ultima ora	75,4% (n = 138)	24,6% (n = 45)	100,0% (n = 183)
Ore intermedie	77,5% (n = 31)	22,5% (n = 9)	100,0% (n = 40)
Totale	<b>69,1%</b> <b>(n = 298)</b>	<b>30,9%</b> <b>(n = 133)</b>	

ficativa tra le caratteristiche del medico (età, anzianità di laurea, durata della convenzione con il SSN, numero di assistiti e sede di lavoro) e il tipo di strategia scelta.

## Discussione

Lo scopo di questo lavoro è stato quello di identificare quali strategie diagnostiche, tra quelle presenti in letteratura, vengano adottate dai medici di famiglia dell'Azienda ULSS 16 Padova nella loro pratica ambulatoriale.

I risultati dell'indagine mostrano che il campione selezionato ben rappresenta la totalità dei MMG dei 5 distretti dell'Azienda ULSS 16 Padova (298 medici di cui 212 maschi e 86 femmine; età media  $55,4 \pm 5,5$  anni con intervallo di età compreso tra 44 e 71 anni) e che questi medici di famiglia, di fronte a un problema clinico, ricorrono a modalità diagnostiche "rapide" in 2 casi su 3. In particolare, tra tutte le strategie "rapide", utilizzano maggiormente la *spot diagnosis*, il *pattern recognition* e il *presenting complaint*, mentre quando ricorrono a strategie diagnostiche "lente" raramente si affidano al ragionamento probabilistico-bayesiano o all'uso di regole cliniche validate – percorsi diagnostici evidentemente poco praticabili nel contesto della medicina di famiglia –, ma sembrano prediligere il perfezionamento diagnostico per gradi, utilizzando quello che Elstein e Schwartz anni fa definirono modello ipotetico-deduttivo<sup>4</sup> e che più recentemente Norman et al. hanno definito "diagnosi iterativa"<sup>9</sup>: un procedimento che prevede una precoce formulazione di ipotesi diagnostiche durante il consulto medico da sottoporre successivamente a verifica.

Queste osservazioni concordano con i risultati di altri studi presenti in letteratura<sup>5-10</sup> e sono coerenti con il fatto che l'anzianità lavorativa media del campione era alta; è plausibile pertanto pensare che l'elevata esperienza lavorativa accumulata negli anni dai medici costituenti il campione esaminato, renda loro familiari i problemi clinici osservati e giustifichi la loro disinvoltura nel formulare diagnosi in tempi brevi.

Riteniamo che nel setting delle cure primarie i medici si trovino a lavorare, nella maggior parte dei casi, in condizioni subottimali; quando un paziente entra nello studio e pone un problema di salute, possono essere distratti da diversi fattori esterni, posso-

no essere stanchi, avere limitazioni di risorse e tempo; inoltre le prestazioni da fornire giornalmente sono numerose. In un simile contesto lavorativo sembra esservi una naturale tendenza a selezionare spontaneamente strategie veloci, volte ad attenuare lo sforzo cognitivo e l'affaticamento mentale al fine di garantire comunque un'adeguata performance clinica e lo smaltimento del carico di lavoro. Tuttavia l'osservazione che un elevato carico di lavoro non influenza la scelta del tipo di strategia sembra contraddire la nostra ipotesi iniziale.

A questo proposito, il maggior ricorso a strategie diagnostiche "rapide" nell'ultima ora di ambulatorio ci ha fatto ipotizzare che non sia tanto il numero di pazienti da vedere in un determinato intervallo di tempo quanto piuttosto la percezione da parte del medico di avere tempo a disposizione che sembra favorire processi mentali più lunghi ed elaborati, mentre la sensazione di aver un tempo limitato induce il medico a ricorrere ad automatismi di vario genere ben rappresentati dalle strategie diagnostiche "rapide".

Un dato che è parso inconsueto è stata l'elevata frequenza di volte (56% dei casi) in cui i medici indagati hanno dichiarato di aver escluso segni o sintomi potenzialmente indicativi di condizioni pericolose. Questo dato è elevato se si considera il fatto che nelle cure primarie la popolazione assistita non è selezionata e che l'incidenza e la prevalenza di condizioni cliniche rischiose per la salute e la sicurezza dei pazienti sono basse<sup>11</sup>.

L'osservazione longitudinale nel tempo dei propri assistiti, e la conseguente immagine che il medico si forma del paziente, contribuiscono a quella che può essere definita la "conoscenza di sfondo" dell'assistito<sup>2</sup>. Questa conoscenza non è limitata ai soli problemi di salute ma riguarda anche gli aspetti sociali, culturali, il contesto familiare e lavorativo all'interno del quale si muove la persona assistita. I risultati dell'indagine hanno fatto emergere che questo aspetto, caratteristico della medicina di famiglia e difficilmente riscontrabile in contesti specialistici, contribuisce alla formulazione della diagnosi nel 40% dei casi e, nell'ambito della nostra indagine, si è rivelato particolarmente utile nella diagnosi dei disturbi dell'umore e d'ansia.

Il rovescio della medaglia della conoscenza di sfondo è il rischio di affiggere al paziente, soprattutto se assiduo frequentatore dell'ambulatorio medico, un'"etichetta diagnostica" che risulta poi

difficile da rimuovere e che può, a volte, allontanare il clinico dalla formulazione di una diagnosi corretta.

L'assenza di correlazione statisticamente significativa tra le caratteristiche del medico e il tipo di strategia scelta può essere giustificata dall'omogeneità del campione. A tal proposito, un aspetto interessante che può fornire spunto per ricerche future è quello di valutare se medici di famiglia più giovani e con minor esperienza lavorativa mostrino frequenze di utilizzo diverse rispetto a quelle da noi riscontrate, e se adottino strategie diverse da quelle da noi individuate; inoltre sarebbe interessante indagare se contesti lavorativi diversi da quelli urbani (zone rurali) condizionino scelte differenti.

## Conclusioni

Concludendo, sembrerebbe che la maggior parte delle decisioni cliniche che i medici di famiglia assumono si basi sul riconoscimento di un modello di malattia, e questo riconoscimento è tanto più facile e immediato quanto più caratteristica e patognomonica è la modalità di presentazione della malattia stessa. Le ipotesi diagnostiche "sembrano esplodere nella testa del clinico"<sup>4</sup> esperto, il quale è in grado di risolvere problemi clinici a lui familiari in tempi rapidi e senza ricorso a ulteriori accertamenti. Quando tale modello di ragionamento clinico si rivela inefficace o insufficiente a risolvere il problema allora il clinico ricorre al modello più "lento" e analitico di ragionamento diagnostico<sup>9</sup>.

Da molti anni si discute se nella diagnosi clinica si possano applicare le metodologie utilizzate nelle scoperte scientifiche, e cioè il procedimento induttivo, sostenuto dai positivisti logici e in particolare da Gustav Hempel, oppure il processo ipotetico-deduttivo esaminato e sviluppato con grande originalità da Karl Popper.

In Italia, negli ultimi decenni, hanno avuto considerevole rilievo i lavori di Federspil<sup>12</sup> e Scandellari<sup>13</sup>, sostenitori di una clinica come scienza idiografica, che mira a formulare giudizi diagnostici e prognostici sull'individuo con le sue peculiarità uniche e irripetibili: pertanto i modelli adottati, talora con successo nelle discipline biologiche (fisiologia, farmacologia, ecc.), sono utilizzabili solo con approssimazione nel procedimento clinico. Va tuttavia evidenziato come gran parte dei lavori pubblicati sulla ricerca clinica si riferiscano ad ambiti che consentono una osservazione prolungata dell'ammalato e la disponibilità di buona strumentazione diagnostica.

In Medicina Generale, invece, la singola osservazione deve essere per forza di cose molto limitata nel tempo (anche se può essere ripetuta a distanza, se necessario) e con scarsi strumenti diagnostici. Vi è dunque un contesto che induce il MMG a un giudizio rapido e, se possibile, risolutivo.

Bene si adattano dunque, in Medicina Generale, le considerazioni del grande clinico Augusto Murri: il medico non deve di solito

conoscere cose nuove ma deve "soprattutto riconoscere cose già note. Conoscere è ben diverso dal riconoscere"<sup>14</sup>.

Queste riflessioni, formulate nel 1924, offrono un'utile chiave di lettura dei dati da noi raccolti che evidenziano come il medico di famiglia ricerchi e utilizzi le strategie che più rapidamente consentono di riconoscere ciò che in qualche modo è già noto.

La nostra ricerca risponde ad alcuni interrogativi, anzitutto concernenti la peculiarità delle strategie diagnostiche in Medicina Generale, e in particolare la distribuzione delle frequenze del loro uso; pone tuttavia nuovi interrogativi riguardanti le eventuali ulteriori differenziazioni tra vari insiemi di medici, in correlazione alla loro anzianità di lavoro, all'ambiente lavorativo (rurale o urbano, ad esempio), al curriculum formativo (specializzazioni universitarie, ecc.).

Inoltre, resta del tutto inesplorata la frequenza di errore associata all'utilizzazione delle differenti strategie.

A tutti questi interrogativi contiamo di dare risposta con ulteriori ricerche.

## Bibliografia

- 1 Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, et al. *Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries*. BMJ 2002;325:472-7.
- 2 Satolli R, Caimi V, Tombesi M. *Medicina generale*. Torino: UTET 2003.
- 3 Elstein AS, Shulman LS, Sprafka SA. *Medical problem solving*. J Med Educ 1981;56:75-6.
- 4 Elstein AS, Schwarz A. *Clinical problem solving and diagnostic decision making: selective review of the cognitive literature*. BMJ 2002;324:729-32.
- 5 Heneghan C, Glasziou P, Thompson M, et al. *Diagnostic strategies used in primary care*. BMJ 2009;338:1003-6.
- 6 Del Zotti F. *Metodi di Medicina Generale*. Bari: Levante Editori 1993.
- 7 Fassina R, Stefan E. *Strategie diagnostiche nel setting della Medicina Generale*. Rivista SIMG 2004;3:41-4.
- 8 Jones R, Barraclough K, Dowrick C. *When no diagnostic label is applied*. BMJ 2010;340:c2683.
- 9 Norman G, Barraclough K, Dolovich L, et al. *Iterative diagnosis*. BMJ 2009;339:747-8.
- 10 Croskerry P. *A universal model of diagnostic reasoning*. Acad Med 2009;84:1022-8.
- 11 Wonca Europe 2002 (The European Society of General Practice/Family Medicine). *La definizione europea della Medicina Generale/Medicina di Famiglia*. [http://ambulatoriomedeo.it/eduinfosan/definizione\\_europea\\_MdF.pdf](http://ambulatoriomedeo.it/eduinfosan/definizione_europea_MdF.pdf) (accesso del 10 ottobre 2010).
- 12 Federspil G. *I fondamenti del metodo in medicina clinica e sperimentale*. Padova: Piccin Editore 1980.
- 13 Scandellari C. *La strategia della diagnosi*. Padova: Piccin Editore 1981.
- 14 Murri A. *Quattro lezioni e una perizia. Il problema del metodo in medicina e biologia*. Bologna: Zanichelli 1972.