

Sviluppo tecnologico e progresso clinico: assoluta sinonimia?

*Technological development and clinical progress:
absolute synonyms?*

GABRIELE MAZZACCA

Emerito di Gastroenterologia, Università di Napoli Federico II

Il recente progresso tecnologico ha determinato un profondo mutamento in ambito medico, modificando le categorie stesse di salute e di malattia. Oggi, infatti, la semiologia strumentale e di laboratorio è in grado di cogliere alterazioni di parametri funzionali e morfologici ben prima che abbiano espressività clinica. Si tratta indubbiamente di un progresso, ma occorre tener conto che il dato emergente dal laboratorio o dall'indagine strumentale è semplicemente un segno e non una diagnosi. Perché ci sia una diagnosi, è necessario il ricorso al ragionamento clinico, che interpreta i segni e li integra in una sintesi più o meno complessa.

Parole chiave: Diagnosi, metodologia clinica, semiologia clinica, semiologia strumentale

The recent technological progress has brought about a profound change in medicine, changing the very same categories of health and disease. Nowadays, in fact, instrumental and laboratory semiotics is able to grasp alterations of functional and morphological parameters well before they have a clinical expression. It is undoubtedly a step forward, but we must take into account that the data emerging from the laboratory or from instrumental survey is simply a sign and not a diagnosis. To have a diagnosis, it is necessary to appeal to clinical reasoning, which interprets signs and integrates them in a more or less complex synthesis.

Key words: *Diagnosis, clinical methodology, clinical semiotics, instrumental semiotics*

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Gabriele Mazzacca
Università di Napoli Federico II
Corso Umberto I 40, 80138 Napoli
e-mail: mazzacca@unina.it

Una straordinaria crescita tecnologica ha coinvolto la medicina negli ultimi decenni e ne ha determinato un profondo mutamento, che ha investito il significato di concetti che della medicina sono la ragione di essere, quali quello di salute e malattia. Oggi la raffigurazione del “malato” come soggetto costretto a letto o, comunque, limitato nella sua capacità relazionale con l’ambiente è notevolmente riduttiva. La semiologia strumentale e di laboratorio ha avuto impulso tale che si colgono alterazioni di parametri funzionali e morfologici ben prima che essi abbiano espressività clinica. Questo è indubbiamente un progresso purché si attribuisca al dato emergente dal laboratorio o dall’indagine strumentale il significato di dato semiologico. L’esame di laboratorio o strumentale altro non è che il risvolto tecnologico della manovra semeiologica clinica. Rispetto a essa la semeiologia tecnologica è enormemente più sensibile, ma rimane semeiologia, cioè registrazione di segni. Questi segni sono più o meno importanti per giungere alla diagnosi, ma ciascun segno non si identifica “tout court” con le diagnosi, anche se non di rado ci si comporta come se così fosse. La diagnosi nasce da un ragionamento clinico, che interpreta i segni e li integra in una sintesi più o meno complessa. Quando lo sviluppo tecnologico si dissocia da un progresso medico, ciò accade non per una sua intrinseca potenzialità regressiva, ma per una sua inappropriata utilizzazione. Meglio: per inappropriata interpretazione del suo ruolo, per il convincimento, profondamente errato, che esso possa sostituirsi al metodo clinico, che rimane il fulcro del procedimento diagnostico.

Salute e malattia stanno assumendo significato diverso da quello tradizionale. E, però, attenti a non lasciarsi andare a un’exasperazione del concetto di uomo sano e di volerne rimarcare nettamente i confini rispetto all’individuo malato. La straordinaria potenza investigativa degli strumenti tecnologici in nostro possesso svela sempre più spesso qualcosa che non va, che definiamo non normale. Diventa sempre più evidente che l’assoluta integrità morfologica e funzionale degli organi che compongono il nostro corpo è un mito, un’astrazione. Il clinico inglese Murphy già decine di anni fa sentenziava che l’uomo sano è soltanto un uomo non studiato a sufficienza.

L’imperfezione morfologica o funzionale di questo o quell’organo, clinicamente muta e svelata dalla semeiologia di laboratorio o strumentale, merita attenzione se, per la sua potenzialità evolutiva, è scientificamente corretto formulare la predizione che essa, in quell’individuo, possa turbare l’equilibrio psicofisico e costituire minaccia alla vita in un arco di tempo ben più breve di quello della previsione di sopravvivenza propria di quell’individuo per la sua età e per le sue condizioni generali. Ritorna, così, prepotentemente alla ribalta la cultura clinica, ovvero la lettura critica, filtrata attraverso l’esperienza clinica metodologicamente corretta, dell’anomalia registrata dallo strumento semiologico, quale che esso sia, e la valutazione del suo reale significato clinico.

Un esempio che illustra i limiti di una sudditanza del

ragionamento clinico al “segno” rivelato dalla semiologia strumentale o laboratoristica è quello della calcolosi colecistica asintomatica, rivelata da un esame ecografico (oggi diffusissimo) in un soggetto che non ha disturbi correlati alla presenza di calcoli in colecisti (McLellan e Jones, 1996) Cosa fare? Non è la registrazione in sé della patologia litiasica a modulare la decisione del medico, ma il ragionamento clinico. La calcolosi colecistica colpisce all’incirca l’8% della popolazione generale, in prevalenza nelle donne. È assai spesso asintomatica e la storia naturale della patologia ci dice che c’è correlazione tra asintomaticità anamnestica e probabilità di asintomaticità in prospettiva. Viceversa la ricorrenza di sintomi legati alla litiasi è molto probabile in chi ha già avuto problemi clinici alla litiasi legati. Un’attitudine conservativa è allora legittimata sul piano clinico nei calcolotici asintomatici, mentre la colecistectomia è di regola da decidere nei soggetti con calcoli e con disturbi sicuramente riferibili alla loro presenza. L’età del soggetto è in questo caso un altro elemento influenzante la decisione del medico. Nei soggetti di età inferiore ai 50 anni, il confronto tra aspettativa di morbilità o mortalità legate all’intervento chirurgico e aspettativa di morbilità e mortalità correlata alla storia naturale della malattia litiasica colecistica può far pendere la bilancia verso la soluzione chirurgica anche nei soggetti con litiasi silente, tanto più quanto più il soggetto è giovane e quanto migliori sono le sue condizioni generali. Del tutto opposte sono le conclusioni di fronte a una litiasi asintomatica rivelata in un soggetto di età superiore ai 60-70 anni.

In definitiva il metodo clinico resta il perno del procedimento diagnostico e della decisione terapeutica. La semeiologia di laboratorio e strumentale costituisce un’arma formidabile di potenziamento del metodo, ma, in generale, non può e non deve sostituirsi a esso.

Lo sviluppo della semeiologia strumentale contiene in sé un altro possibile rischio di effettivo impoverimento della cultura clinica: quello dell’exasperazione sub specialistica, della parcellizzazione eccessiva e scorretta del sapere medico. L’industria biotecnologica costruisce strumenti sempre più raffinati e sofisticati, il cui uso richiede notevole esperienza e competenza. Ne deriva la spinta alla creazione di nicchie sub specialistiche, i cui cultori finiscono con identificare, con esaurire il sapere medico nel campo visivo dello strumento. Esso sapere si depauperava di ogni contenuto umano e culturale.

La biotecnologia è evento mutante di così forte segno positivo che non si può certo pensare di farne a meno. Il problema è altro. È quello, già segnalato, di non subirne l’assoluta egemonia. Di evitarne lo straripamento dall’alveo della strumentalità semeiologica nei confronti del ragionamento clinico. L’informazione tecnologica è irrinunciabile, ma deve considerarsi strumento al servizio del metodo clinico e del ragionamento clinico.

Perché questo concetto essenziale possa effettivamente ispirare la pratica professionale è necessario che esso infor-

mi, innanzitutto, l'attività educativa di chi alla formazione del medico, in particolare nella fase pre-laurea, è preposto. È nelle scuole di medicina (cioè, per dirlo con un linguaggio che si è voluto superare, nelle facoltà di medicina) che la insidia del feticismo tecnicistico deve essere neutralizzata. È nelle facoltà mediche che il futuro medico deve percepire e assimilare dall'insegnamento dei docenti e dal loro coerente comportamento professionale la centralità insostituibile del ragionamento clinico. È indubbio che la competenza specialistica sia connotato necessario della medicina moderna. Ma essa non deve significare enucleazione di una parte dal tutto. Deve significare approfondimento di una parte del tutto. La differenza tra il vero medico e quello che definirei il tecnico della medicina è differenza tra vera cultura clinica e perizia tecnica.

La percezione di questo rischio comincia a emergere. È singolare che proprio nei paesi anglosassoni, in cui la rivoluzione tecnologica più precocemente e più intensamente ha coinvolto la medicina, cominciano ad affermarsi il concetto che nel percorso formativo dello studente in medicina debbano associarsi allo studio della metodologia clinica elementi di discipline umanistiche (Rabuzzi, 1982; Sahorafax et al., 2007). Questo recupero dell'umanesimo medico non vuole rinnegare la trasformazione della ricerca biomedica e dell'esercizio professionale clinico a pratica di scienza. Vuole, anzi,

consolidare questa pratica, sottolineandone lo spirito clinico e la dimensione umana che devono permearla. Su un numero di *Lancet* del 1996 comparve un editoriale, il cui titolo la dice lunga al riguardo: *Why literature and medicine* (McLellan, 1996).

Jonathan Swift così scriveva nei suoi "Pensieri su vari argomenti": "Si credeva che Apollo, dio della medicina, fosse anche quello che mandava le malattie. In origine i due mestieri ne formavano uno solo. È ancora così!"

Questa feroce sentenza dello scrittore inglese ancora, paradossalmente, conserva un germe di verità, se lo strumento tecnologico assurge a dignità divina e il medico ne diventa cieco sacerdote.

Bibliografia

McLellan MF, Jones AH. *Why literature and medicine?* *Lancet* 1996;348:109-11.

Pellegrino ED. *The look feelings – the affinities of medicine and literature.* *Lit Med* 1982;1:19-22.

Rabuzzi KA. *Toward a new discipline.* *Lit Med* 1982;1:1-118.

Sahorafax GH, Millingos D, Peros G. *Asymptomatic cholelithiasis: is cholecystectomy really needed? A critical reappraisal 15 years after the introduction of laparoscopic cholecystectomy.* *Dig Dis Sci* 2007;52:1313-25.