

Il ruolo della diagnostica clinica e strumentale nell'anziano

Prof. Massimo Palleschi

Il mondo moderno è caratterizzato dall'enorme diffusione e sviluppo della tecnologia in tutti i settori.

Per quanto concerne l'ambito medico, è universalmente riconosciuto anche da parte di Medici rimasti legati al metodo tradizionale della diagnostica clinica che le tecnologie ed in particolare le indagini strumentali abbiano dato un contributo eccezionale al progresso della Medicina.

Nessuna persona dotata di razionalità potrebbe contestare questa affermazione, piuttosto il fatto negativo riguarda il frequente abbandono o comunque la sottovalutazione di ogni ragionamento clinico minimamente articolato.

Mi ha fatto molto piacere che in questa epoca di minore considerazione della metodologia clinica rispetto a quella strumentale, sia uscito pochi anni fa, con Armando Armando Editore, un libro del prof. Vito Cagli, con il titolo *"Come si ragiona in Medicina"*⁽¹⁾.

Credo che nella valorizzazione della metodologia clinica e del ragionamento rispetto alle indagini strumentali da parte del prof. Cagli e del sottoscritto, non sia estraneo il fatto che tutti e due abbiamo superato da diversi decenni la condizione di giovane Medico.

Nei riguardi del ruolo delle indagini strumentali in Medicina, abbiamo assistito ad un fatto del tutto nuovo e cioè alle pesanti influenze determinate dal fattore economico e da altri elementi di per sé estranei alle problematiche mediche.

Per decenni noi Medici, siamo stati accusati di non aver tenuto nel debito conto le implicazioni economiche delle nostre azioni diagnostiche e terapeutiche. Attualmente siamo "costretti" a tenerne conto, essendo diventati **i costi economici della Sanità, uno dei nodi**

fondamentali di politica sanitaria. Questo problema si è particolarmente acuito per il dilagare del fenomeno definito come “Medicina difensiva”.

Sarebbe auspicabile che il Medico desse il via alle indagini (cliniche e strumentali) solo se ritenute chiaramente utili al malato, nell'identico modo che se fossero richieste per uno stretto familiare.

Purtroppo la medicina difensiva non segue questa impostazione. Infatti i Medici, sempre più angosciati dai contenziosi di natura giudiziaria, specie in Ospedale, sono indotti a praticare un'enorme quantità di esami nella speranza di testimoniare l'accuratezza della loro attività medica e quindi nella convinzione di ridurre il rischio di incorrere in disavventure giudiziarie.

In sostanza ci si va sempre più allontanando dal criterio fondamentale che gli esami strumentali siano utili e vadano quindi praticati solo se in grado, a seconda dei risultati, di consentire precisazioni diagnostiche ed in definitiva di suggerire modifiche della terapia adottata.

Ogni Medico preparato ed appassionato sente l'esigenza, ed anche il piacere, di “studiare” profondamente il malato, ma questa esigenza non deve rappresentare una curiosità intellettuale e deve essere rivolta esclusivamente al recupero della salute del malato.

Va inoltre sottolineato che anche quando questi criteri siano soddisfatti, è necessario sapersi orientare - soprattutto in ambito di prevenzione - se un pericolo abbia una remota potenzialità o se sia effettivamente reale.

Un esempio tipico è offerto dal cancro della prostata.

In età avanzata vi è la possibilità di microcarcinomi occulti a scarsissimo potere invasivo-metastatico. E' in questo ambito che sorgono i maggiori dubbi ed anche si formano le più aspre polemiche.

Alcuni anni fa venne pubblicato un lavoro ⁽²⁾ che fece un grande scalpore in tutto il mondo, essendo del prof. Richard Ablin, al quale si deve la scoperta del PSA.

Nelle conclusioni del libro *“The great prostate” “Il grande abbaglio della prostata”*, così si esprime testualmente il prof. Ablin: *“Non immaginavo che la mia scoperta conducesse ad un tale disastro di salute pubblica.....I medici dovrebbero rinunciare all'uso inappropriato del PSA.....”*.

Il ricorso eccessivo agli esami diagnostici è stato oggetto di critica da parte di esperti della Sanità e di studiosi di metodologia medica.

Per approfondire meglio la questione dell'eccessivo ricorso agli esami diagnostici e per promuovere un adeguato rimedio, nove tra le maggiori Associazioni Mediche americane hanno identificato alcuni test comunemente impiegati, il cui costo ogni anno corrisponde a centinaia di miliardi, che sono risultati non necessari e di conseguenza inutili.

Tra di essi ricordo:

- L'elettrocardiogramma da sforzo previsto ogni anno, in soggetti asintomatici.
- La TC cerebrale dopo un episodio di "mancamento".
- La RM del rachide lombare nelle prime sei settimane dopo un episodio di lombalgia.

Questi rilievi non sono indicativi di un mio atteggiamento orientato "contro le indagini". Sarebbe un'interpretazione errata, perché attribuisco un grande valore ai mezzi diagnostici strumentali, a condizione che vi sia una loro razionale utilizzazione.

E' necessario pertanto seguire un percorso diagnostico delineato da un Medico competente ed equilibrato che si avvalga della sua capacità di osservazione, del suo intuito, della sua attitudine al ragionamento clinico, delle sue abilità semeiologiche, delle sue approfondite conoscenze nell'ambito della letteratura medica più autorevole, oltreché ovviamente del ricorso ai mezzi diagnostici.

Questo tipo di impostazione presente in ogni attività medica, era evidente soprattutto in Medicina interna ed aveva per così dire una sua estrinsecazione ufficiale, istituzionale, durante la visita del Primario nelle grandi corsie ospedaliere.

La visita era l'attività principale del Medico Internista Ospedaliero, come la seduta in sala operatoria lo era per il Chirurgo.

La visita del Primario era preceduta da un breve controllo dell'assistente (o dell'aiuto) per escludere che non fossero intervenute emergenze cliniche e soprattutto per prendersi cura dei malati nuovi che venivano sottoposti ad una meticolosa anamnesi in modo da poter essere adeguatamente presentata. Il Primario (o il Responsabile) ascoltava con attenzione la

“storia” del malato, non raramente intervenendo di persona per chiedere ulteriori dettagli. Si passava quindi ad uno scrupoloso esame obiettivo.

Il binomio anamnesi/esame obiettivo era il punto insostituibile di partenza e l'elemento centrale di tutta la strategia diagnostica fondata sul ragionamento clinico su base fisiopatologica che doveva collegare tutti i fatti precedentemente osservati.

In altri termini potevamo dire che la Medicina era basata sui fatti raccontati (o riscontrati) e sulla loro ricostruzione e connessione logica. Imperava giustamente il detto “Observatio et ratio”.

Questi elementi sono validi anche oggi che l'evoluzione tecnologica consente enormi possibilità di perfezionamento diagnostico e terapeutico.

Ma vi è un'altra ragione di fondo per la quale gli esami strumentali potrebbero essere preferiti o ritenuti “i veri esami diagnostici”.

La diagnosi, qualsiasi tipo di diagnosi, è un processo basato sulle probabilità, ma è evidente che vi sia l'esigenza di “trasferire” questa probabilità in una “ragionevole” sicurezza.

Anche se in effetti non esistono in clinica esami diagnostici con questi requisiti, tuttavia essi sono più facilmente contemplabili nell'ambito strumentale piuttosto che in quello clinico.

In effetti la moderna Medicina cerca di approntare, nelle varie evenienze cliniche, test diagnostici che abbiano il 100% di **sensibilità** (tutti i soggetti malati sono positivi al test) ed il 100% di **specificità** (tutti i soggetti sani risultano negativi al test). Una impostazione così formulata non risulta neppure ipotizzabile con gli esami diagnostici clinici.

A favore della diagnostica strumentale vi è ancora da osservare che l'introduzione di strumenti sempre più sofisticati ha permesso non solo di identificare processi morbosi in organi un tempo accessibili solo con metodi cruenti, ma ha consentito di valutare con tecniche isotopiche gli atteggiamenti funzionali di organi importantissimi come il cuore ed il cervello.

Tutti questi contributi ed altri ancora hanno rappresentato un enorme progresso nello sviluppo della Medicina, ma non ci consentono di incorrere nel **pericolo di sconfinare in una settorializzazione dominata da un esasperato tecnicismo.**

Quando ero un giovane assistente volontario del Policlinico di Roma, il mio capo reparto prof. Claudio Cervini, alla fine della lettura

dell'anamnesi, non raramente commentava la qualità dell'elaborato in maniera garbatamente critica, sottolineandone lo stile tacitiano: la sintesi non deve essere mai a scapito di alcuni particolari clinici apparentemente di scarsa rilevanza, ma che possono rivelarsi preziosi.

Anche in ambito chirurgico veniva data grande importanza all'anamnesi per la formulazione della diagnosi.

Ricordo ancora nitidamente le lezioni del grande chirurgo, prof. Pietro Valdoni, ordinario di Clinica Chirurgica all'Università "La Sapienza" di Roma, che analizzava un caso clinico senza conoscere preventivamente la diagnosi.

L'assistente leggeva in aula l'anamnesi e da questa il Professore, attraverso una ricostruzione fisiopatologica e clinica, arrivava ad emettere una diagnosi quasi sempre giusta.

La maggior parte del tempo dei Medici internisti ospedalieri veniva impiegata a visitare: d'altra parte era quella l'essenza dell'attività ospedaliera.

Oggi la situazione è radicalmente cambiata e non potrebbe essere diversamente. Che senso avrebbe il tempo dedicato a delimitare con la percussione l'area cardiaca, quando con un esame ecocardiografico si acquisiscono tante e più precise informazioni sulla morfologia e funzionalità cardiaca?

Va però sottolineato che nonostante le indagini strumentali abbiano dato un contributo straordinario nella formulazione di diagnosi sempre più sicure e più precise, tuttavia non hanno azzerato l'utilità della capacità di giudizio del Medico.

Per un corretto approccio al Malato, le odierne possibilità diagnostiche, anche le più precise e sofisticate, non devono essere considerate come misure alternative all'osservazione diretta, ma come ausili utilissimi, a volte indispensabili per un approfondimento delle nostre conoscenze cliniche del malato.

Va ancora sottolineato che un giudizio meno settoriale risulta fondamentale soprattutto nella diagnostica e nella terapia delle sindromi cliniche complesse.

E' noto che la Medicina basata sull'evidenza (Evidence Based Medicine) ha sostituito in gran parte la Medicina narrativa, ma in presenza di polipatologia e di problemi multipli anche non strettamente

medici (difficoltà psicologiche, carenze socio-familiari, abitative, ecc.), il giudizio complessivo e la capacità di intervento, non potranno derivare dai risultati di un esame e dovranno essere personalizzati ed ispirati al criterio delle priorità di scelta.

Tutto ciò risulta evidente soprattutto se si considera che nel malato anziano, non si può rinunciare alla valutazione globale dell'uomo, dell'uomo malato, come più volte è stato ribadito già da molti anni da illustri Geriatri ⁽³⁾.

Il tecnicismo imperante a volte è di ostacolo a questo tipo di valutazioni, nonostante che siano patrimonio di 2500 anni fa, dal momento che Socrate, secondo quanto riferito da Platone nel Carmide, polemizzava contro il modo di curare dei Medici suoi contemporanei "perché essi per curare la parte perdono di vista il tutto e non si avvedono che non è possibile curare gli occhi indipendentemente dalla testa e questa indipendentemente dalla totalità dell'organismo".

Per quanto concerne più specificamente il soggetto anziano, vi è un motivo essenziale per attribuire un grande valore all'indagine clinica rispetto a quella strumentale.

Da sempre i Geriatri nel ricorrere alle misure diagnostiche e terapeutiche di un evento morboso hanno privilegiato l'obiettivo della conservazione della qualità della vita della persona.

Ciò non significa rinunciare a fare una diagnosi la più precisa possibile, ma vuol significare che a volte, o molto spesso, è opportuno rivolgere maggiore attenzione verso elementi non o scarsamente valutabili con indagini strumentali.

Infatti gli esami diagnostici strumentali, anche quelli più sofisticati e precisi, sono scarsamente e raramente utilizzabili per la valutazione complessiva del malato.

Ritengo opportuno sottolineare qui il ruolo della **VGM (Valutazione Geriatrica Multidimensionale)**, fondamentale per l'identificazione di tutti gli elementi che incidono sul mantenimento (o sulla perdita) dell'autonomia della persona anziana.

Si tratta di una metodologia peculiare della nostra disciplina che senza disconoscere l'importanza fondamentale della diagnosi nosografica, ha dimostrato tutta la rilevanza degli aspetti funzionali, psicologici, attitudinali, assistenziali per la salute e l'autonomia della persona anziana.

D'altra parte prima della Geriatria, altre discipline mediche avevano considerato il ruolo diagnostico della valutazione funzionale; non possiamo al riguardo non citare la Cardiologia che con la classificazione NYHA ha contribuito a produrre nuova luce sulle malattie cardiache, soprattutto dal punto di vista prognostico.

Classificazione dello scompenso cardiocircolatorio secondo NYHA

Classe 1: assenza di sintomi

Classe 2: presenza di dispnea da sforzo moderato-severo

Classe 3: presenza di dispnea da sforzo lieve

Classe 4: presenza di dispnea a riposo

Che cosa significa il test di NYHA? In termini esplicativi, questa prova funzionale ci indica che malati estremamente diversi come quelli affetti da una cardiopatia polmonare e da una stenosi mitralica, presentino analogie cliniche, assistenziali e prognostiche molto più elevate, se appartengono alla stessa classe di NYHA di quanto siano due malati con l'identica patologia cardiaca, ma appartenenti a classi funzionali diverse. In sintesi possiamo affermare che anche in Geriatria si attribuisce tutta l'importanza che merita alla diagnosi nosografica dei singoli quadri morbosi, ma altrettanta ed in numerosi casi anche di più a numerosi altri aspetti che solo la Valutazione geriatrica multidimensionale può soddisfare.

Infine un'ultima considerazione rivolgo al **problema dell'istituzionalizzazione**.

I mezzi diagnostici dovrebbero essere indirizzati anche all'accertamento dei fattori di rischio e tra i fattori di rischio non si possono non considerare quelli relativi alla possibilità di concludere la propria esistenza lontani dal proprio domicilio abituale. Ovviamente ci si dovrà rendere conto che pur essendo **la casa il luogo di vita ed in parte di cura prediletto dalle persone di qualsiasi età**, le profonde modificazioni socio-familiari e l'impiego lavorativo femminile hanno aumentato le difficoltà di assistere a domicilio i soggetti con grave compromissione dell'autonomia. Questi eventi però non giustificano il fatto che persino da parte dei Geriatri si è affievolita la tendenza ad evitare i ricoveri permanenti e a considerarli in alcuni casi come veri e propri arresti domiciliari. E' auspicabile una più sicura convinzione che con un idoneo programma antiinvalidante e con adeguate misure di riabilitazione e di riattivazione

geriatrica si riesca generalmente ad ottenere un migliore grado di autonomia del paziente anziano compromesso e conseguentemente un minore bisogno di assistenza continuativa e quindi un più raro ricorso all'istituzionalizzazione. Non è in contraddizione con quanto finora ho espresso il fatto che in alcuni casi l'istituzionalizzazione anziché un evento sfavorevole possa rappresentare un'opportunità.

In conclusione le riflessioni sul tema della Diagnostica mi inducono a ritenere che ciascun mezzo diagnostico, clinico e/o strumentale, presenti dei limiti, ma che avvalendosi di tutte le possibilità in maniera razionale, mirata ed integrata, si possano ottenere diagnosi sempre più sicure e circostanziate, premessa indispensabile di ogni piano terapeutico e gestionale per tutti i malati, specie se anziani.

Quando dico "tutte le possibilità", non mi riferisco agli algoritmi dell'intelligenza artificiale che potrebbero rivoluzionare la diagnostica e più in generale la Medicina.

Bibliografia

1. Cagli V.: Come si ragiona in Medicina. Armando Armando Editore, Roma,2013.
2. Ablin R., Piana R.: The Great Prostate Hoax How Big Medicine Hijacked the PSA test and caused a Public Health Disaster Palgrave Macmillan Trade,2004
3. Barbagallo Sangiorgi G.: Essere Medico. Ieri, oggi e domani, Palermo, Tipografia Aiello, 1996.
4. Palleschi M.: Come ridurre il rischio di istituzionalizzazione. Geriatria 2011;XXIII:93-96.
5. Palleschi M.: Etica e Geriatria. Geriatria 2010;XXII:39-41.