

Articoli/Articles

IL METODO CLINICO E LA SUA EVOLUZIONE

VITO CAGLI

L.D. Sapienza - Università di Roma

SUMMARY

CLINICAL METHOD AND ITS EVOLUTION

Clinical method arose from bedside medicine when clinical examination became more advanced and clinical hospitals and clinical teachers were available. After the crisis of the early XX century, a new interest developed owing to technology and organization of welfare, and at present includes the many problems arising after the transition from clinical to medical method.

Nascita e affermazione

Tutta questa mitologia, la cui apparizione si situa alla fine del XVIII secolo, conferisce uno statuto nello stesso tempo universale e storico a una sistemazione recente delle istituzioni e dei metodi clinici. Essa li fa valere come restituzione di una verità sempiterna in uno sviluppo storico continuo, in cui solo gli avvenimenti sono stati d'ordine negativo: oblio, illusione, occultazione. In effetti, un simile modo di riscrivere la storia scansava esso stesso una storia molto più vera, ma molto più complessa. La mascherava assimilando al metodo clinico ogni sorta di studio di casi, conformemente al vecchio uso della parola; per questo essa autorizzava tutte le ulteriori riduzioni che avrebbero dovuto fare della clinica e ne fanno ancora oggi un esame puro e semplice dell'individuo¹.

Ma qual è la mitologia cui si riferisce Foucault? È quella di aver attribuito la nascita del metodo clinico alla fine dei “sistemi”. Nel corso del Settecento Franz Anton Mesmer (1734-1815), John Brown

Key words : Clinical method – History of clinics

(1735-1788) e Friedrich Samuel Hahnemann (1755-1843) avevano diffuso impostazioni particolari e totalizzanti della medicina, i sistemi, appunto. Il primo con il *magnetismo animale*, il secondo con l'eccitabilità e il terzo con l'*omeopatia* avevano dominato la scena. Poi, con il declinare dei sistemi, si era assistito al recupero di una medicina che dava maggior spazio all'osservazione del malato. Ma questo non basta per Foucault a spiegare l'affermarsi all'inizio del XIX secolo del metodo clinico, perché, in fondo, una qualche modalità di esame del paziente ha fatto sempre parte del corredo formativo e operativo del medico. Ciò che muta, in sul finire del Settecento, ciò che accade, è l'istituzione di cliniche come luoghi deputati alla formazione dei medici, luoghi in cui "convergono una forma di esperienza, un metodo d'analisi e un tipo di insegnamento"².

Dunque, non è l'osservazione bruta il cuore del metodo clinico, ma è un'osservazione *guidata* da ciò che si è appreso dall'insegnamento e dall'esperienza e che conduce all'applicazione di un protocollo di esame. Il metodo clinico non tanto privilegia l'osservazione ma, piuttosto, la nobilita perché la promuove a strumento fondamentale soltanto se inserita in un contesto di sapere e se condotta ed utilizzata secondo un preciso metodo.

E allora si può dire che il metodo clinico necessita di tre requisiti fondamentali:

- la costituzione di quella scienza dei sintomi che chiamiamo semeiotica;
- la disponibilità di cliniche dove il discente venga posto a diretto contatto con il malato;
- l'intervento di maestri capaci di insegnare in quale modo i dati tratti dall'osservazione debbano essere organizzati in un contesto coerente.

La Semeiotica

Un certo numero di procedure di osservazione del malato era presente sin dall'antichità. Ippocrate ha descritto segni tratti dall'osservazione (la *facies* ippocratica dei malati terminali) o da manovre particolari (la succussione per ricercare la presenza di liquido nelle cavità del corpo). La Scuola Salernitana conosceva bene il valore dell'esame del polso e dell'uroscopia. Gli esempi si potrebbero facilmente moltiplicare, ma qui non vogliamo scrivere una storia della semeiotica. Ciò che è certo, comunque, è che soltanto all'inizio dell'Ottocento si assiste ad un fiorire di nuovi metodi con cui mettere in evidenza direttamente sul corpo del malato la presenza di segni evocatori di determinati aspetti patologici. In effetti, l'introduzione della percussione da parte di Leopold Auenbrugger (1722-1809), con il suo opuscolo dal titolo *Inventum novo* pubblicato nel 1761, non ebbe significativo impatto sino a che non fu diffusa da Jean-Nicolas Corvisart (1755-1821) con la sua traduzione del libro di Auenbrugger nel 1808. Tuttavia, anche dopo l'intervento di Corvisart, la percussione non ebbe un'influenza sul modo di visitare i malati paragonabile a quella che alcuni anni più tardi fu esercitata dal libro di Renè-Thèophile Hyacinthe Laënnec (1781-1826) *De l'auscultation médiate ou traitè du diagnostic des maladies des poumons et du coeur, fondè principalement sur ce nouveau moyen d'exploration* (Paris, 1819). Ciò che Laënnec introduceva era qualcosa più di un nuovo metodo, era uno strumento che, per la prima volta si proponeva come utile mezzo per affinare i sensi del medico nell'esame del malato. Era insomma una sorta di frattura metodologica che poneva una sia pur rudimentale tecnologia al servizio della medicina clinica e in certo modo anticipava ciò che sarebbe accaduto negli anni successivi. Che lo stetoscopio, descritto, impiegato ed esaltato da Laënnec fosse tutto questo ce lo fanno comprendere la diffidenza e l'ironia con cui fu accolto e che troviamo piacevolmente espresse da Oliver Wendel Holmes (1809-1894),

Vito Cagli

un medico-poeta americano che aveva studiato a Parigi ed era poi divenuto professore di anatomia e fisiologia a Boston.

*La canzone dello stetoscopio
Una ballata professionale*

*Nella città di Boston un giovin dottore
Di un grazioso stetoscopio era possessore
Era ben montato, perfetto e levigato
E, all'estremo, d'un tappo d'avorio era dotato.*

*Accadde che un ragno la dentro s'infilasse
E tutta una rete vi tessesse,
E proprio li per caso furon catturate
Due mosche un po' troppo avventate*

*Tornato da poco da Parigi,
Volle questo dottore mostrare i suoi prodigi
E di provarli gli fu fornita l'occasione
Da un degente con grave affezione.*

*Il suo stetoscopio impugnò
E l'orecchio curioso vi appoggiò;
Mon Dieu! Disse con l'aria di chi sa,
Ci son strani rumori che chiarir si dovrà!*

*Qui c'è sotto un empiema, mi pare!
E una cannula dobbiamo infilare;
la diagnosi va fatta così:
Un piccolo colpo e il paziente morì.*

*Poi a sei giovani damigelle delicate e pure,
Questo giovane medico rivolse le cure
Erano tutte pallide e smagrite
E affannavano un po' nelle salite.*

Con "sospiri" e con "stelle" spesso poetavano

Il metodo clinico

*Ma pudding e riccioli di burro disdegnavano
E gli amici stupian con la predilezione,
Per Sottaceti, matite, gesso, e carbone.*

*Tanto veloci i loro cuori presero a palpitare
Che gli impauriti insetti più forte si misero a ronzare
Così sopra i loro petti egli sentì i rumori
Di rantoli sibilanti e di rantoli sonori.*

*Scosse il capo: grave è la malattia
E temo forte che per voi speranza non vi sia;
Un limitato esame post-mortale,
Ai vostri amici mostrerà quale fu il male:*

*Scoppiaron le fanciulle in pianti dirotti
Tanto da convincere sei giovanotti
A far loro la dichiarazione
Che tosto le condusse a guarigione.*

*Il povero giovane era sbigottito
Il valore dello stetoscopio era finito
E alla fine altro non potè fare
Se non ridursi in campagna a esercitare.*

*I vostri orecchi più che potete dovete usare
Ma neppure i vostri occhi dovete trascurare
O anche voi cadrete nei tranelli,
Tesi da un paio di insetti pazzarelli.*

Testo in inglese originale in R. Reynolds, J. Stone (eds) *On Doctoring*. New York, Simon & Schuster, 2001, pp.25-26

Grazie ai progressi della semeiotica, tra la fine del XIX e l'inizio del XX secolo la *visita medica* assume la sua definitiva configurazione tripartita, strutturandosi nell'*anamnesi*, tesa a stabilire come sia nata la malattia, nell'*esame obiettivo*, divenuto più ricco e attento all' esplorazione dei diversi organi, e nel *ragionamento clinico* come essenziale

tappa conclusiva dell'iter diagnostico. Essa diviene così il centro del metodo clinico. *L'insegnamento clinico*³ – ma cosa è necessario per insegnare il metodo clinico? – le *cliniche mediche* sono il luogo in cui maestri ed allievi si trovano insieme alla presenza dei malati: il primo per insegnare, i secondi per apprendere. Ma, a differenza di quanto avveniva già nel Settecento a Leyda con Boerhaave, a Edinburgo o a Vienna con gli allievi dello stesso Boerhaave, a Padova con Knipps e a Pavia con Tissot, non ci sono soltanto i malati da mostrare, ora c'è un metodo da insegnare, c'è ricchezza di segni clinici da rilevare. Ma i segni non sono più soltanto quelli spontaneamente offerti dai pazienti, sono anche quelli che il medico ricerca (p.es. un soffio cardiaco all'ascoltazione), o che produce (p.es. una zona di ottusità polmonare alla percussione): la *asemeiotica* ha "creato" la clinica e questa si insegna al letto del malato nelle cliniche mediche.

I Maestri

Il metodo clinico, fondato com'è su un'anamnesi completa e su un'impeccabile esame obiettivo, è qualcosa che non si insegna facilmente e non si acquisisce senza un lungo esercizio. Ancor più difficile è la capacità di ben ragionare sui dati raccolti. Sono dunque necessari veri maestri che con la parola e con l'esempio siano capaci di introdurre e guidare gli allievi al difficile esercizio della medicina clinica e alla corretta applicazione del metodo clinico. Se consideriamo i clinici a cavallo tra Ottocento e Novecento possiamo facilmente scorgere come, pur condividendo tutti la necessità di una grande attenzione nei confronti di ogni aspetto del metodo clinico, ciascuno di essi abbia però un orientamento particolare.

Forniremo soltanto tre esempi che ci sembrano oltremodo indicativi. Luigi Concato (1825-1880) valorizzò al massimo l'anamnesi cui annetteva un valore maggiore rispetto all'esame obiettivo. Scrisse infatti nella sua *Prolusione di Padova del 1876*:

Il metodo clinico

Quindi affinché il clinico possa trarre dai fatti tradizionali tutto il partito possibile, non basta che li raccolga e li possieda anche in buon dato, uopo essendo por mente, che nel narrarli i malati seguano rigorosamente l'ordine cronologico. Io non vi dirò qui l'importanza di questa pratica, né dell'assiduità, avvedutezza e perspicacia che occorrono per riuscire in quell'intento, giacché vi dovrò tornare più tardi, ed avrò larga occasione di mostrarvelo praticamente⁴.

Antonio Cardarelli (1831-1926) può essere, invece considerato come il campione dell'esame diretto del malato: la diagnosi doveva scaturire dai sintomi e dai segni colti al letto del malato. Scrisse:

La Scuola medica napoletana è stata ed è la scuola dell'osservazione. Le teorie possono morire, ma il genio dell'osservazione non muore mai⁵.

Di tutt'altro orientamento fu Augusto Murri (1841-1932). Per lui il centro del metodo clinico stava nella capacità di ben ragionare:

S'io dovessi aprire intero l'animo mio, direi che l'insegnamento attuale non dà cure bastevoli all'educazione del pensiero. Fra i congegni, mediante cui possiamo conoscere la natura, parrebbe che anche la ragione dovrebbe essere annoverata, ma le regole, direi quasi la tecnica del pensiero non è insegnata da nessuno: anzi c'è tra gli insegnanti qualcuno che trova addirittura pernicioso l'influenza della ragione nei nostri dominii, e invero non si potrebbe dar loro torto, se di questo privilegio della nostra specie non si potesse fare altro uso di quello ch'essi ne fanno⁶.

Traspaiano da queste righe di Murri non soltanto l'assoluta convinzione di quanto sia fondamentale saper criticamente analizzare tutti i dati comunque raccolti, ma anche una sorta di disprezzo intellettuale per quanti non assegnano alla ragione lo stesso primato che egli le attribuisce.

Il metodo clinico, comunque, non viene contraddetto quando si privilegi uno degli aspetti che sono propri della *medicina al letto del malato*: ciò che resta fondamentale è che tutto si utilizzi partendo dal

malato, al malato infine ritornando. E' chiaro che data la povertà di strumenti adoperabili a conferma della diagnosi clinica, la medicina a cavallo tra la fine dell'Ottocento e i primi del Novecento deve fare gran conto sulle capacità di chi la esercita. La figura del clinico, diviene così quella del *grande clinico* e del *maestro*, in ciò trovando aiuto dal clima dell'epoca, in cui il principio di autorità e il potere di pochi sono ancora dominanti.

La crisi

Una "congiura": così abbiamo descritto⁷ ciò che ha messo in crisi il metodo clinico a partire dalla fine degli anni Trenta del XX secolo e poi, con ancora maggiore accentuazione, dopo la fine del secondo conflitto mondiale. Numerosi furono gli elementi di una tale congiura.

Anzitutto la perdita di autorevolezza e autorità dei grandi clinici. Di autorevolezza perché sempre più difficile si dimostrò il compito di padroneggiare tutta la medicina e sempre più irrealista si dimostrò la possibilità di giungere alla diagnosi con i soli elementi acquisiti "al letto del malato". Di autorità, perché, specie nel secondo dopoguerra, il mutato contesto sociale tendeva a ridimensionare qualsiasi figura che apparisse dotata di eccessivo potere. Era poi la presenza di altri due "congiurati" ad insediare insieme alla autorevolezza del clinico anche quel metodo che ne aveva fatto una figura carismatica. Questi "congiurati" si chiamavano tecnologia e specialità, strettamente collegate l'una all'altra. Con la tecnologia il potere della diagnosi si spostava dalle capacità del clinico alle indagini strumentali e di laboratorio e, nello stesso tempo il corredo di questi mezzi di investigazione contribuiva alla costituzione delle specialità anche nell'ambito della stessa medicina interna, il cui patrimonio conoscitivo si era nel frattempo così allargato da essere divenuto indominabile da un unico soggetto. A questi elementi se ne aggiungeva poi uno ulteriore, capace di mettere in crisi il metodo clinico: l'ospedale. Nel suo

passaggio dal concetto di *hospitium*, cioè di luogo di asilo per persone comunque in difficoltà (malati, ma anche poveri o pellegrini), a quello di “macchina per guarire”, l’ospedale si presentava come uno strumento complesso in cui la presenza di competenze umane e di tecnologie le più diverse sembrava offrire maggiori garanzie rispetto a quanto poteva fare un unico medico, pur illustre per sapienza ed esperienza. L’ospedale, insomma, faceva concorrenza al clinico e allo strumento del consulto che sul clinico faceva perno. Poi, nella seconda metà del Novecento, l’intervento della “rivoluzione terapeutica”, con l’introduzione di farmaci di grandissima efficacia, come gli antibiotici e i cortisonici, per non nominarne che due, fece ritenere a molti che potesse essere conveniente, almeno in un certo numero di casi, accontentarsi di una diagnosi orientativa e passare direttamente alla terapia. Infine ad insediare il metodo clinico giunse la medicina di massa, prima con la mutualità, poi con il Servizio Sanitario Nazionale: l’accesso di un numero sempre crescente di persone alle cure sanitarie impose tempi brevi per l’esame del malato, impose scorciatoie, impose spesso che anziché partire dall’esame del malato si partisse da quello dei dati di laboratorio. Il metodo clinico, secondo cui tutto doveva iniziare con un’anamnesi scrupolosa e con un esame obiettivo completo, divenne qualcosa di inapplicabile nella pratica corrente. E, purtroppo, dopo aver mal fatto, si cominciò anche a teorizzare che quel male non era poi così male e che conveniva andare dritti al problema, senza perdersi in “inutili lungaggini”.

Insomma, il metodo clinico fu contraddetto sotto molti aspetti e per le molte ragioni che qui abbiamo sommariamente indicato. Soprattutto non si considerò che chi prescriveva gli esami da effettuare ad un determinato malato e chi da quegli stessi esami traeva le conclusioni era pur sempre il medico; che era lui a dover scegliere quali indagini prescrivere e che omettere quelle appropriate, poteva significare giungere a conclusioni errate, mentre includere quelle inutili dilatava in

modo insopportabile la spesa sanitaria, sicché un giudizio inesatto sui risultati degli esami era un modo per sbagliare diagnosi o per contribuire all'inefficacia del sistema. Bisognava riflettere che da due aspetti non è possibile prescindere: che, come già si è detto, tutto deve partire dal malato e al malato deve ritornare e che è e deve essere il medico che ha in cura il malato a dare l'avvio al procedimento clinico, a concluderlo con una diagnosi e a trarre da questa diagnosi le indicazioni terapeutiche e prognostiche. Insomma: centralità del malato e del medico, che lo ha in cura, nonostante lo sviluppo di tutta un'imponente serie di mezzi d'indagine cui non è certo lecito rinunciare ma che non sfornano una diagnosi come se uscisse bella e pronta da un numero su un referto di laboratorio o da un'immagine comunque acquisita. Quel numero e quell'immagine devono essere interpretati, devono esser collocati all'interno di quanto l'anamnesi, l'esame obiettivo e le ipotesi diagnostiche possono suggerire. Questo è il metodo clinico e da molti non si è compreso che in tal modo esso restava valido anche quando sembrava che molti aspetti lo contraddicessero.

La situazione attuale

Ciò che caratterizza la situazione attuale del metodo clinico è una sorta di schizofrenia. Da un lato, all'insegna della fretta e del trionfo della tecnologia, il metodo clinico, nella pratica corrente, viene più spesso ignorato che seguito. Dall'altro si assiste ad una attenzione nei confronti della metodologia clinica, quale non si era più vista dopo la scomparsa dalla scena di Augusto Murri, un'attenzione che ha trovato il suo riconoscimento ufficiale nell'introduzione della metodologia clinica nell'ordinamento degli studi medici (Tabella XVIII). Era stato proprio il grande clinico bolognese a porre in primo piano la metodologia clinica come orientamento fondamentale per analizzare criticamente i dati provenienti dal paziente. Scriveva egli nella prima delle due celebri lezioni sul Pensiero scientifico e didattico

della clinica Medica bolognese, lette il 14 e il 17 gennaio del 1905, quando, dopo l'autosospensione che si era imposto a causa del delitto compiuto dal proprio figlio Tullio, aveva ripreso l'insegnamento:

C'è della gente, la quale non ha potuto ancora capire, che in ogni mente normale gli atti più umili si riconnettano per una catena, forse inavvertita, d'idee a pensieri più generali; bisogna ben compatirla! Gli ingegni più acuti han sempre riconosciuto che la discussione sul metodo è anzi la più essenziale e la più feconda⁸.

In tempi a noi più vicini, spetta ad Enrico Poli, con la sua monografia del 1965, giustamente dedicata alla memoria di Augusto Murri, il merito di aver riportato all'attenzione dei medici il problema del metodo. Le affermazioni che seguono spiegano a sufficienza quale fosse il suo pensiero:

Tre sono i motivi che, nell'ambito di ogni disciplina scientifica, rendono particolarmente "attuale" lo studio della metodologia. L'esempio che viene dalla fisica, la più evoluta di tutte le scienze.

Lo stimolo derivante dallo studio di procedimenti atti ad automatizzare certe operazioni mentali (si pensi ad esempio alla cosiddetta "automatizzazione" della diagnosi). La loro progettazione impone infatti un'attenta analisi del modo con cui queste operazioni vengono compiute.

L'esigenza di conoscere il "significato" del proprio fardello culturale e annessi schemi mentali, se si vuol essere in grado di ricomporre in un'equilibrata visione generale le infinite conoscenze particolari – sempre più specifiche, ristrette e spesso difficili – il cui sapere si è ormai polverizzato⁹.

Si noti come, rispetto a Murri, sia già mutata l'impostazione: qui la metodologia *clinica* è divenuta metodologia *medica* e dunque l'attenzione non è più rivolta al solo processo diagnostico, ma include, o piuttosto privilegia, la scientificità della medicina, tutto quanto, cioè, le consente di essere scienza attraverso la definizione dei suoi para-

digni fondanti. Inoltre, al passo coi tempi, altri aspetti emergono, come quello dell'automazione della diagnosi, da un lato, e quello del rapporto medico-paziente, dall'altro. Vi sono una ricchezza ed una complessità nuove, perché, usciti dall'atmosfera tardo positivista del primo Novecento, orientamenti filosofici diversi introducono anche in medicina un'attenzione maggiore alla complessità dei problemi che i precedenti atteggiamenti riduttivi e meccanicistici avevano eccessivamente semplificato. Non che il lavoro precedente sia risultato inutile: era stato invece necessario, al fine di uscire non soltanto dai "sistemi", come già si è detto, ma anche da quel "vitalismo" che Murri, ispirandosi anche all'ammirato Maurizio Bufalini (1787-1875), aveva così aspramente combattuto. Ora, a Novecento inoltrato, il semplice induttivismo, che del resto se era per Murri l'orientamento privilegiato non era tuttavia esclusivo, era messo in crisi dal metodo ipotetico-deduttivo. Veniva dunque alla ribalta una medicina consapevole che i "fatti" sono intrisi di teorie, che l'osservazione non è mai ingenua e *tabula rasa* e che contemporaneamente alla raccolta dei fatti non si può fare a meno di formulare ipotesi e di cercarne conferme o smentite in ulteriori approfondimenti¹⁰; vedremo meglio questo aspetto più avanti. La metodologia medica veniva delineandosi negli anni '80, con maggior precisione e a ciò contribuivano ampiamente nel nostro paese Mario Austori ed i suoi allievi Cesare Scandellari e Giovanni Federspil. Questi ultimi nella loro relazione del 1985 al Congresso della Società Italiana di Medicina Interna definivano la metodologia medica come segue:

La metodologia medica, concepita nel suo significato attuale, è una disciplina che prende in esame gli aspetti formali dell'attività medico-scientifica, descrivendone i caratteri salienti e prescrivendo le regole a cui chi svolge un'attività medica, sia investigativa che clinica, "deve" attenersi¹¹.

Gli stessi autori chiarivano poi l'equivoco secondo cui la metodo-

logia medica, inclusa in passato nell'insegnamento della Patologia Medica, veniva di fatto confusa con la Semeiotica. In realtà la metodologia deve occuparsi delle regole procedurali, mentre la semeiotica ha per oggetto le metodiche o tecniche di studio: la prima, insomma, si occupa "di ciò che deve fare il medico e di come deve farlo"; la seconda, invece, si occupa "dei segni presentati dal malato e della loro interpretazione"¹². Nella stessa relazione poi veniva affrontata l'analisi del procedimento clinico, con la distinzione in due fasi, quella diagnostica e quella prognostico-terapeutica.

La prima fase diagnostica, a sua volta, può essere distinta in: a) fase di raccolta delle notizie storiche dal malato (anamnesi) e dei rilievi fisici (esame obiettivo); b) fase di raccolta dei rilievi di laboratorio e strumentali (radiografie, elettrocardiogramma e così via; c) fase della formulazione delle ipotesi diagnostiche iniziali (o plausibili); d) fase del controllo delle ipotesi diagnostiche iniziali (diagnosi differenziale) attraverso la raccolta e la valutazione dei rilievi clinici mirati; e) fase della formulazione della diagnosi "controllata". A questa prima parte dell'atto medico seguono la: f) fase del giudizio prognostico, cioè della previsione del decorso clinico, g) la fase dell'osservazione del decorso della malattia e infine, h) la fase della prescrizione terapeutica¹³.

In sostanza, emerge qui chiaramente la maggiore articolazione del procedimento clinico, a causa della rilevanza degli esami strumentali e di laboratorio, che presuppongono una diagnosi orientativa per poter essere richiesti e una successiva valutazione per poter stabilire quali delle ipotesi diagnostiche siano state convalidate e quali invece smentite: inoltre anche la maggiore disponibilità di mezzi terapeutici efficaci rispetto a quelli disponibili in passato ha introdotto dei cambiamenti significativi. Infatti:

Appare allora ragionevole proporre che il procedimento diagnostico debba e possa venir prolungato fino a che non si raggiungano le condizioni che permettano un livello ottimale di terapia, cioè fino al punto in cui ulteriori

Vito Cagli

*approfondimenti diagnostici non sono più in grado di migliorare la qualità della terapia possibile allo stato delle conoscenze del momento*¹⁴.

Qui la terapia pone una sorta di limite ad un processo diagnostico che, tenuto conto degli attuali mezzi d'indagine, potrebbe correre il rischio di essere potenzialmente senza fine e comunque così dispendioso in termini di tempo e di denaro da essere irrealizzabile e insopportabile. Dunque la semeiotica strumentale che si è aggiunta a quella fisica diretta e la potenza dell'armamentario terapeutico hanno inciso sul metodo clinico, lo hanno modificato, ma non lo hanno stravolto e, tanto meno, contraddetto. Sono emersi però due nuovi aspetti: il primo quello della *accreciuta complessità* tanto dell'iter diagnostico, come della scelta terapeutica; il secondo quello della difficoltà di tracciare netti confini, non soltanto tra *quadri nosografici* simili, ma anche tra salute e malattia.

La sfida della complessità

A questa sfida si è tentato di rispondere anzitutto creando gli strumenti utili per poter analizzare e discutere i problemi che da tale complessità derivavano. Sotto questo profilo è stata certamente di incalcolabile valore l'iniziativa di Aldo Torsoli che, con il Pensiero Scientifico Editore, ha dato vita, a partire dal settembre 1993, alla rivista *Medic*, dedicata alla "Metodologia e Didattica Clinica". Questa rivista ha costituito una palestra e un punto d'incontro per quanti, medici, filosofi, informatici, volessero portare il loro contributo in un ambito che diveniva giorno dopo giorno di crescente interesse.

Altre risposte sono venute con la proposta di ausili diversi alla diagnosi clinica. Quello più estremo è costituito dalla diagnosi automatizzata, quale può essere effettuata per mezzo di strumenti informatici, attraverso i cosiddetti "sistemi esperti". In realtà, le applicazioni che in quasi un decennio si sono ottenute si limitano perlopiù all'offerta di linee guida computerizzate, come, ad esempio, è stato fatto per

alcune malattie croniche¹⁵. Questa delle linee-guida ha rappresentato un'altra strategia messa in opera e sostenuta da società scientifiche le più diverse, ma che non ha ancora avuto grande riscontro nella pratica corrente. Questa strategia rappresenta una diretta filiazione della Evidence-based Medicine (EBM) che consiste nell'

integrare la competenza clinica individuale con la migliore evidenza clinica disponibile proveniente da ricerche sistematiche. Per competenza clinica individuale, noi intendiamo la capacità di giudizio che ogni clinico acquisisce attraverso l'esperienza e la pratica clinica. [...] per migliore evidenza clinica esterna disponibile, noi intendiamo i risultati della ricerca rilevante dal punto di vista clinico, derivanti spesso dalle scienze biomediche di base, ma specialmente dalla ricerca clinica centrata sul paziente volta a testare l'accortezza e la precisione degli esami diagnostici (ivi compreso l'esame clinico), il potere dei markers prognostici e l'efficacia e la sicurezza dei regimi terapeutici, preventivi e riabilitativi¹⁶.

Come si vede la EBM non è, come qualcuno ha creduto di poter affermare, “Un nuovo paradigma”. Essa riprende, puntualizza e soprattutto sistematizza ciò che Augusto Murri considerava come il “primo dovere” del medico, quello di chiedersi sempre: “Perché devo io credere questo?”. L'EBM viene così ad inserirsi nel processo diagnostico del medico. Scrive Torsoli:

Primo obiettivo di un procedimento clinico moderno dovrebbe essere una pratica medica basata sull'evidenza, vale a dire dipendente non tanto dall'autorità dei testi, da opinioni derivanti da esperienze aneddotiche e dall'osservazione di piccoli gruppi di malati, quanto piuttosto dai risultati della ricerca scientifica e dalla loro valutazione critica. In quest'ottica assumono particolare rilievo i risultati delle sperimentazioni cliniche controllate, la valutazioni delle meta-analisi e le revisioni sistematiche delle pubblicazioni scientifiche¹⁷.

Ma non c'è soltanto un problema circa le informazioni che il medico dovrebbe utilizzare per giungere alla diagnosi. Si pone anche la que-

stione di capire ciò che il medico fa, quali siano le modalità che vengono adoperate per giungere alla diagnosi, quali i diversi passaggi inseriti nel metodo clinico. Insomma: come opera il medico al letto del malato? Questa domanda non riguarda tanto le modalità tecniche con cui egli procede all'anamnesi e all'esame obiettivo, ma piuttosto, come venga costruendosi nella mente quel giudizio che si riassume nel termine "diagnosi".

Su questo punto Dario Antiseri, sottolineando l'analogia tra il pensiero di Augusto Murri e quello di Karl Popper (1902-1994), il filosofo viennese di cui è autorevole cultore, scrive:

Problemi-congetture-confutazioni: in questi tre passaggi consiste, per Murri e per Popper il metodo scientifico. Una procedura del genere è sicuramente quella adottata dal fisico. Sono i problemi dice A. Einstein a mettere in moto la ricerca scientifica. [...] Se il metodo fisico è quello che, per dirla con Popper, si può riconoscere nelle tre parole: problemi-teorie-critiche, questo metodo è anche il metodo del biologo¹⁸.

Sono sinteticamente espresse in questa frase le coordinate fondamentali del pensiero metodologico di Antiseri, ben applicabili anche alla diagnosi clinica:

- Unità del metodo nelle diverse scienze
- Importanza del metodo ipotetico-deduttivo
- Falsificabilità come requisito fondamentale della scientificità.

Tuttavia sotto il profilo logico-epistemologico non vi è accordo su quale sia, di fatto, il procedimento adoperato dal clinico nel porre la diagnosi¹⁹. Alle posizioni ipotetico-deduttive, si oppongono quanti sostengono che senza disporre di un minimo di fatti è impossibile costruire una qualunque ipotesi e dunque rivalutano l'induttivismo che peraltro non può essere considerato come un metodo unico, non fosse che per il valore che alcuni, e non altri, attribuiscono alla dia-

gnosi differenziale. Né si possono trascurare le impostazioni probabilistiche della diagnosi che fanno riferimento al teorema di Bayes e si fondano sulla “probabilità probativa” (p.es. la frequenza con cui la febbre è presente rispettivamente nella tubercolosi polmonare e nel cancro nel polmone) e sulla “probabilità a priori” (p.es. la frequenza con cui la malaria è oggi presente in Europa rispetto all’Africa), per calcolare poi quella che viene definita “probabilità a posteriori” o “probabilità dei clinici”. Scrive a questo proposito Scandellari:

[...] il teorema di Bayes – Laplace rappresenta a ragione uno strumento di valutazione delle probabilità diagnostiche in ogni fase dell’atto medico, sia nella fase della formulazione delle ipotesi (con inferenza abduttiva), sia nella fase della valutazione delle caratteristiche dei test clinici (probabilità frequentistiche condizionate) sia nella fase del controllo delle ipotesi (probabilità soggettive argomentative)²⁰.

Ma vi è anche chi ha sostenuto che in realtà il clinico non si serve di un procedimento logico formale, ma argomenta secondo modelli approssimativi propri della vita di tutti i giorni: a partire da queste considerazioni, ma anche dietro la suggestione derivante da un nuovo modo di concepire la vita psichica e la psicopatologia, secondo cui lo stesso confine tra normale e patologico diveniva incerto e tanto più entrava in crisi la classica nosografia psichiatrica, quale quella introdotta da Emil Kraepelin (1856-1926), si è affacciato alla ribalta della diagnosi clinica il *modello fuzzy*. Il significato del termine inglese *fuzzy* che può essere tradotto con “indistinto”, “confuso”, “sfumato” risulta chiaro dalla seguente citazione:

L’idea, abbozzata da Wittgenstein e ripresa da MacComac, secondo cui ciò che corrisponde al vocabolo “sedia” non è un prototipo fisso – richiamato alla mente di fronte alle sedie concrete, è fondamentale per capire come il modello dell’astrazione empirica può essere abbandonato. Secondo tale modello, a definire che cosa è una sedia – o un protone, o un cromosoma – si arriva per semplificazione, attraverso una rinuncia

ai caratteri individuali (idiosincratici) delle singole sedie; al termine di questo processo induttivo verrà reperito un nucleo centrale, un singolo elemento che garantisce l'apparenza univoca alla categoria. Si tratta di quella che i filosofi chiamano "Merkmal-definizione" (Merkmal significa infatti "contrassegno, distintivo"), la definizione sarebbe cioè consentita dall'isolamento di quell'unica proprietà cruciale – una condizione necessaria e sufficiente – che fa di una sedia una sedia, di un protone un protone, ecc. Ma ho già detto delle obiezioni di Wittgenstein: non sempre il Merkmal può essere identificato, e più spesso il vocabolo viene usato per indicare non un insieme omogeneo e univocamente definibile, ma un insieme confuso a margini indistinti. Tale insieme è stato definito Fuzzy set (...)²¹

Applicato alla medicina, questo modello realizza un superamento tanto di definizioni rigorose, come anche di una matematizzazione dei dati, sia nel contesto della quantificazione esatta di ogni aspetto, sia anche nella espressione matematica di tipo probabilistico. Insomma il *fuzzy set* si adatta assai bene a quanto i metodologi medici hanno messo in evidenza già da tempo e cioè il fatto che il clinico agisce in condizioni di incertezza.

La logica fuzzy è anche un modo per rappresentare il problema decisionale diagnostico nel presupposto che usare i valori linguistici e non quantitativi per gli indicatori della diagnosi ha il vantaggio di produrre un maggior grado di informazione del sistema e una maggiore adeguatezza degli oggetti stessi nell'ambito decisionale²².

Il fatto che i filosofi siano entrati così ampiamente e per vie diverse nel dibattito sulla metodologia medica e sullo stesso metodo clinico, sta a significare quanto accresciuta sia la complessità della medicina dei nostri giorni, sia per l'enorme dilatazione del patrimonio conoscitivo, sia anche per il rapido mutare di questo stesso patrimonio. Ma sta anche a significare la consapevolezza dei problemi metodologici che sono inestricabilmente connessi all'agire del medico, alle procedure che esso adopera, ai mezzi di cui si serve.

Il Problema Nosografico

scriveva Guido Baccelli (1832-1916) nel primo numero della rivista “Il Policlinico” da lui fondata nel 1893 insieme a Francesco Durante (1844-1934):

La diagnosi esatta è la sovrana potenza del Clinico, perché la diagnosi esatta è la somma necessità della cura. Queste parole che proferimmo sull'inizio del nostro insegnamento clinico, furono sempre e saranno la nostra guida²³.

Dunque, la diagnosi: una sorta di mito per il clinico, tanto che Murri avvertiva che non bisognava “intendere per diagnosi il battesimo affibbiato al malato”²⁴. Ma per formulare la diagnosi occorre un quadro di riferimento, una classificazione: la nosografia. E qui si affacciano difficoltà molteplici. Anzitutto in rapporto con i cambiamenti che intervengono con lo sviluppo delle conoscenze. Poi in rapporto con l’impiego di taluni mezzi d’indagine: è lecito parlare di diagnosi clinica, quando essa ripete sostanzialmente la descrizione di un quadro istopatologico acquisito tramite biopsia? In un caso del genere abbiamo un criterio morfologico che si sovrappone ad uno clinico e, inoltre, si è dovuto far ricorso ad un mezzo invasivo per ottenere il tessuto da esaminare. Ma, si potrebbe rispondere, una tale obiezione vale forse per un comune striscio di sangue? Anche qui l’elemento su cui si fonda la diagnosi viene acquisito mediante prelievo di sangue, procedura anch’essa invasiva, se pure minimamente, che diviene tuttavia maggiormente invasiva se si effettua l’esame su di un puntato midollare: la diagnosi citologica, p.es. “leucemia mieloide cronica”, diviene la diagnosi *tout court*, si identifica, cioè, con la diagnosi clinica. Va infine considerato che la crescente finezza dei mezzi di indagine, apre la porta a difficoltà nosografiche non di poco conto, in quanto introduce il problema circa l’opportunità o non di distinguere tra loro condizioni patologiche differenti l’una dall’al-

tra soltanto per alcuni caratteri dimostrabili unicamente attraverso esami particolarmente sottili.

È interessante notare che il problema della classificazione delle malattie ha origine proprio dal metodo clinico, un metodo clinico *in status nascendi*, ma pure già tracciato nel suo carattere fondamentale di osservazione accurata del paziente, come reclamato da Giorgio Baglivi (1668-1707) nel suo *De praxi medica ad priscam observandi rationem revocado*, in cui si sottolineava, appunto, la necessità che il medico ridiscendesse da “quelle dotte ed ingegnose favole” (le ipotesi) e si dedicasse “ad osservare le qualità dei morbi e le virtù dei medicamenti e ad scrutarne le proprietà”²⁵. Dopo i tentativi di Carl von Linnè (Linneo, 1707-1778) con il suo *Genera Morborum* (1763), che ricalcava i criteri delle sue opere precedenti, *Systema naturae* (1735) e *Species plantarum* (1753), fu Francois Boissier de Sauvages de la Croix (1706-1767), medico a Montpellier, a pubblicare nel 1763 la sua *Nosologia methodica*, ispirandosi, oltre che a Thomas Sydenham (1624-1689), a Baglivi e alle sue idee.

*Nella sua ultima opera, composta Juxta Sydenhami mentem et botanicorum ordinem, Sauvages prende in considerazione 2400 specie e le suddivide in dieci classi (suddivise a loro volta in sezioni e generi), in funzione di certe caratteristiche cliniche. Le sue entità nosologiche sono di fatto delle sindromi, e a volte persino dei semplici sintomi*²⁶.

Ma classificare le malattie, operazione sicuramente utile sul piano conoscitivo, porta con sé lo spinoso problema di accettare un’ipotesi “realistica della malattia” (la malattia esiste di per sé in quanto ente, analogamente ad una specie vivente), rifiutando dunque l’ipotesi “nominalista” (la malattia è di per sé inesistente, è un puro nome: esistono soltanto i malati). Problema non solo filosofico, ma ricco di non trascurabili implicazioni pratiche. Nel primo caso, infatti, la conoscenza teorica diviene più importante di quella pratica: la pato-

logia deve precedere la clinica e quest'ultima viene dedotta dalla prima perché ci si avvicina al singolo fenomeno (nel nostro caso il malato) con il bagaglio che la teoria ci fornisce. Nel secondo caso verrebbe meno la possibilità di teorizzare, perché se solo i malati esistono ognuno fa storia a sé. Una concezione empirico-razionale che medi tra le due posizioni, riconoscendo che “esiste un reale composto da individui almeno parzialmente conoscibile”, come proposto da Del Vecchio²⁷, può rappresentare una buona soluzione di contrasto, altrimenti insanabile.

Va comunque considerato il fatto che le malattie possono essere classificate secondo numerosi criteri (secondo la sede, secondo la causa, secondo il decorso, ecc) e che in molti casi esse possono trovare collocazione in più di una categoria nosologica²⁸. Il criterio introdotto da Giovan Battista Morgagni (1682-1771) dell'indagine anatomo-patologica come mezzo insostituibile per indagare la natura e la causa della malattia ha profondamente impregnato la medicina clinica, portando alla “contaminazione” di molte diagnosi cliniche da parte di criteri anatomo-istopatologici. Si veda, ad esempio, la diagnosi di cirrosi epatica, che in epoca prebiologica altro non era se non l'extrapolazione clinica di un quadro anatomo-istopatologico la cui esistenza era inferita in base ai dati clinici. Oggi, con la diffusione delle biopsie, come si è già accennato, questa “contaminazione” è divenuta assai più diffusa.

Questi aspetti riguardano il metodo clinico, non per ciò che si diagnostica, ma per il modo con cui la diagnosi viene raggiunta e per il peso che il giudizio clinico può avere anche nella valutazione di un reperto istologico, come di un reperto microbiologico o di altri. Il problema resta sempre quello di stabilire fino a che punto il risultato di un determinato accertamento, per importante o addirittura fondamentale che sia, spieghi l'intero quadro morboso e dunque si identifichi con la diagnosi. Questo giudizio è e resta squisitamente clinico.

Conclusione

Abbiamo percorso in queste pagine un tratto della storia della medicina che abbraccia un periodo di circa centocinquanta anni, compreso tra la metà dell'Ottocento e i nostri giorni. Se consideriamo il metodo clinico al suo apogeo, identificabile con il magistero di Augusto Murri, lo vediamo come qualcosa di molto lineare: anamnesi accurata, scrupoloso esame obbiettivo, pochi e semplici "esami complementari" e, infine, importante sopra tutti gli altri elementi, un'attenta valutazione critica di tutti i dati raccolti, sotto il controllo di una ferrea logica.

Così concepito, il metodo clinico dei nostri giorni non è sostanzialmente cambiato; è divenuto più complesso per la ricchezza di indagini oggi disponibili e per il fatto che l'enorme aumento dei dati da includere nel procedimento diagnostico rende ancora più importante l'ultima fase, quella della valutazione critica di tutti gli elementi raccolti. Senza dimenticare poi l'accresciuta responsabilità che gli efficaci mezzi terapeutici attualmente disponibili pongono sulle spalle dei medici.

Vi è poi una serie di problemi non attinenti al metodo clinico ma, piuttosto, ai presupposti su cui esso si fonda. L'attenzione infatti si è allargata ad indagare cosa fa il medico che visita il malato. Raccoglie fatti o formula ipotesi? E se fa entrambe le cose, in quali rapporti sono esse le une con le altre? E le sue ipotesi su cosa sono costruite? Sulla propria esperienza? Sugli ammaestramenti che ha ricevuto? Sulle "evidenze" di cui dispone? E quanto realmente conosce questo medico? E quanto invece è consapevole dei propri limiti? E quanto di quelli della scienza?

Le domande potrebbero ancora continuare: potrebbero investire i problemi psicologici, quelli del medico e quelli del paziente, come quelli del rapporto che tra essi si instaura. Potrebbero investire i problemi etici che quasi ogni giorno le nuove conquiste del sapere ci pongono dinnanzi. Ma qui ci arrestiamo, non senza aver ribadito il

concetto che nelle sue grandi linee il metodo clinico è tutt'ora un valido strumento nelle mani del medico.

Forse quando la genomica e proteomica avranno ancora di più cambiato il modo di procedere dei medici nella diagnosi e nella terapia, qualcuno riscoprirà che anche in quel mutato contesto l'uso sapiente della ragione che suggerisce e della critica che controlla avranno conservato diritto di cittadinanza, si che, in fin dei conti, sarà sempre un uomo a dire a un altro da cosa derivi il suo male e come si possa curarlo.

BIBLIOGRAFIA E NOTE

1. FOUCAULT M., *Nascita della clinica: il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane*. Traduzione italiana, Einaudi, Torino 1969, p. 72.
2. *Ibidem*, p. 74.
3. CAGLI V., *La visita medica e l'insegnamento clinico tra passato e presente*. *Medicina nei secoli arte e scienza* 1993; 5:195-214.
4. CONCATO L., *Sulle fonti del sapere clinico e sul miglior metodo di usarne*. Estratto dalla *Gazzetta Medica Italiana Province venete*, anno XIX, n. 13, p.13.
5. COSMACINI G., *Medici nella storia Italiana*. Roma – Bari, Laterza, 1996, p. 100.
6. MURRI A., *Scritti medici*. Roma, Tipografia Gamberini e Parmeggiani, 1902, p. 344.
7. CAGLI V., *Elogio del metodo clinico*. Roma, Armando, 1997, pp.75-101.
8. MURRI A., *Quattro lezioni e una perizia: il problema del metodo in medicina e biologia*. Bologna, Zanichelli, 1972, p. 6.
9. POLI E., *Metodologia medica: principi di logica e pratica clinica*. Milano, Rizzoli, 1965, p. 26.
10. MEDWAR P.B., *Induzione e intuizione nel pensiero scientifico*. Roma, Armando, 1971, pp. 52-54.
11. SCANDELLARI C., FEDERSPIL G., *Metodologia medica*. In: Atti del 86° Congresso della Società italiana di Medicina Interna. Roma, Pozzi, 1985, p. 3.
12. *Ibidem*, p. 4.
13. *Ibidem*, p. 73.

14. *Ibidem*, p. 146.
15. MARAVIGLIA S.M., ZIELSTORFF R.D., PATERNO M., TEICH J.M., BATES D.W., KUPERMAN G.J., *Automating complex guidelines for chronic disease: lessons learned*. J. Am. Med. Inform Assoc. 2003; 10:154-65.
16. SACKETT D.L., SCOTT RICHARDSON W., ROSENBERG W., BRIAN HAYNES R., *La Medicina basata sull'evidenza: come praticare ed insegnare la EBM*. Traduzione italiana, Centro Scientifico Editore, Torino 1998, p.1.
17. TORSOLI A., *Contenuti e prospettive della metodologia clinica*. Medic 1995; 3:205-211.
18. ANTISERI D., *La logica della diagnosi clinica nel pensiero di Augusto Murri*. Medic 1988; 6:91-106.
19. GIARRETTA P., FEDERSPIL G., *Il procedimento clinico: analisi logica di una diagnosi*. Padova, Piccin, 1998, in particolare cap. V.
20. SCANDELLARI C., *La formulazione delle ipotesi diagnostiche fra inventiva e razionalità*. Medic 1999; 7:79-85.
21. VINEIS P., *Nel crepuscolo della probabilità: la medicina tra scienza ed etica*. Torino, Einaudi, 1999, pp. 59-60.
22. BAROSI G., MARCHETTI M., LIBERATO L., RUPERTO N., *Metodologia della diagnosi medica*. In: NEGRI M. (ed.), *Recentia in medicina. Progressi I: fisiopatologia e clinica diagnostica – farmacoterapia*. Torino, Utet, 2002, vol. I, p.7.
23. BACCELLI G., *Per intenderci*. Policlinico Sez. Med. 1893; 1:1-2.
24. MURRI A., *Cure e ricette: lezione d'apertura al corso di clinica medica dell'anno 1906-1907*. In: IDEM, *Lezioni di clinica medica edite e inedite*. Milano, Società Editrice Libreria, 1919, p. 113.
25. Cfr. MAZZOLINI R.G., *I lumi della ragione: dai sistemi medici all'organologia naturalistica*. In GRMEK M.D. (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale: 2 dal Rinascimento alla fine dell'Ottocento*. Roma – Bari, Laterza, 1996, pp. 160-161.
26. GRMEK M.D., *Il concetto di malattia*. Op. cit. nota 25, p. 279.
27. DEL VECCHIO G., *Esistono le malattie?* Medic 1997; 5:49-54.
28. COSMACINI G., RUGARLI C., *Introduzione alla medicina*. Roma – Bari, Laterza, 2000, cap. X.

Correspondence should be addressed to:

Vito Cagli, Via Delle Isole, 10 – 00198 Roma, I.