

Malgrado i molti e rivoluzionari cambiamenti nella tecnologia, nei concetti e nella pratica della medicina nell'ultimo mezzo secolo, c'è un solo titolo comune per distinguere un dottore che si preoccupa delle persone malate: è *un clinico*.

*Despite many revolutionary changes in the technology, concepts, and practice of medicine during the past half century, there remains a single common title to distinguish a doctor who treats sick people: he is a clinician.*¹

La citazione introduttiva è del 1967, e può essere giustificato chiedersi se sia ancora attuale. La risposta è affermativa. Benché dal 1967 a oggi si sia grandemente ampliata la base di “evidenze” dalla ricerca clinica, le evidenze non sono come le ricette di un libro di cucina (*cookbook medicine*),² applicabili come risposte preconfezionate ai problemi di salute individuali, che sono variabili e complessi. Per un uso appropriato delle evidenze e per prendere decisioni diagnostiche e terapeutiche rimane necessario il ragionamento di un clinico: “Non sono le evidenze, ma le persone che prendono le decisioni cliniche” (“Evidence does not make decisions, people do”).³ Vale la pena perciò di introdurre questo volume chiarendo quali dovrebbero essere, nella nostra interpretazione, la funzione e il lavoro dei clinici, nell'era attuale di evidence-based medicine.

Il clinico ha a che fare con i problemi di salute di individui ammalati. Si rivolge al clinico *un individuo* che ha una malattia da cui vuole essere guarito, o sintomi o segni dai quali vuole essere liberato, e ri-

spetto ai quali vuole essere assicurato. Il lavoro del clinico è dunque centrato sull'*individuo*. Ma per fare una prognosi e per prescrivere un trattamento il clinico deve collocare l'individuo ammalato in una *categoria nosografica*, cioè fare *diagnosi* di malattia.

La scienza medica è dunque strutturata in *categorie nosografiche*, che sono alla base dell'epidemiologia (o metodologia) clinica, e anche della medicina basata sulle evidenze (EBM). L'EBM raccomanda infatti di collegare le decisioni mediche alle prove di efficacia degli interventi medici,^{2,4} che sono necessariamente riferite a categorie nosografiche (ad esempio, specificità di un test per diagnosticare una malattia; trial randomizzati del trattamento di una malattia).

Per il clinico, le “evidenze” relative alla categoria nosografica di un paziente sono solo una parte della base di dati necessaria alle decisioni che deve prendere. All'interno della categoria di riferimento, ogni ammalato ha una sua specificità nello sviluppare e raccontare le proprie manifestazio-

ni cliniche, nel subire la malattia come persona e nel rispondere al trattamento: “Ogni caso contiene una storia umana di sofferenza e una storia medica di malattia, che insieme richiedono il trattamento (del paziente) come persona, come caso e come parte di un sistema sanitario”.⁵

I risultati della ricerca che usa i metodi dell'epidemiologia clinica e applica i criteri dell'EBM sono appaganti, e hanno contribuito a prolungare e a migliorare la vita umana. Ma qualcosa non funziona, se aumenta il numero degli individui che ricorrono alle soluzioni ascientifiche della medicina alternativa, e se il prestigio di cui godono i medici è oggi inferiore a quello che avevano quando erano ben più scarse le loro possibilità di interventi efficaci: “I medici trovano difficile capire un paradosso: riveriti quando erano relativamente inefficaci, essi si trovano sempre più soggetti a critiche oggi, quando per la prima volta sono capaci di cambiare il decorso di tante malattie fatali o inabilitanti” (“Doctors find it hard to understand the paradox: revered when they were relatively uneffectual, they now find themselves increasingly rebuked when they are able, for the first time ever, to change the expected course of so many disabling and fatal disorders”).⁶ Le qualità che si sono perse o ridotte sono probabilmente l'empatia per l'individuo ammalato e la capacità di adattare alle sue specificità le generalizzazioni della ricerca.

Questo volume è stato concepito ed è scritto tenendo presente il doppio obbligo del clinico: occuparsi del paziente come individuo ammalato e come persona, e usare i metodi dell'epidemiologia clinica e dell'EBM come strumenti per la verifica della diagnosi e per la terapia. È strutturato in forma di dizionario, e presenta in ordine alfabetico 41 capitoli su altrettanti termini di

interesse per il rapporto tra paziente e medico, la diagnosi, le decisioni terapeutiche e la prognosi delle malattie. È destinato anzitutto a studenti e medici in formazione, ma anche a medici professionalmente maturi, come materia di riflessione sul proprio lavoro e sulla propria funzione.

Nel dizionario si è dato molto spazio alle conoscenze sulle basi cognitive della diagnosi, e in particolare al passaggio dal rilievo di sintomi e segni alla generazione di ipotesi; i principali studi a cui si fa riferimento sono quelli di Elstein,^{7, 8} di Kassirer,⁹⁻¹¹ di Bordage,¹² di Regehr e Norman,¹³ molti dei quali ormai classici. Oltre ad avere uno straordinario fascino intellettuale, queste conoscenze portano alla luce della coscienza i meccanismi mentali in gran parte subconsci della prima e più difficile fase del procedimento diagnostico: la generazione delle ipotesi.

Molti capitoli sono centrati su scenari clinici che riassumono casi in gran parte di osservazione diretta, in parte assai minore di altra provenienza, che è indicata nel testo. Il largo impiego di casi clinici ha lo scopo di illustrare con esempi reali la metodologia dell'approccio clinico all'individuo ammalato: “Usare esempi per imparare concetti ha particolari vantaggi... Imparare per inferenza [dagli esempi] genera concetti generali plausibili... ed è verosimile che [quel che s'impara] per inferenza venga più saldamente assimilato” (“Using examples to learn concepts has special benefits... Learning through inference also generates plausible general concepts... and... is more likely to stick”).¹¹

Ci sono nel testo e nelle citazioni introduttive molte frasi che provengono da originali in inglese. Quando l'originale in inglese non era particolarmente incisivo e poteva essere tradotto in italiano senza

perdita di significato, si è riportata solo la traduzione. Altre volte però l'originale inglese era molto efficace ed elegante. In questi casi, per rispetto a chi non legge l'inglese, si è riportata la traduzione in italiano, seguita dall'originale che non ci siamo sentiti di sopprimere.

BIBLIOGRAFIA

1. Feinstein AR. Clinical judgement. Baltimore: Williams & Wilkins, 1967; 21.
2. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM et al. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71-2.
3. Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Physicians' and patients' choices in evidence-based practice. Evidence does not make decisions, people do. *BMJ* 2002; 324: 1350.
4. Liberati A, ed. La medicina delle prove di efficacia. Potenzialità e limiti della evidence-based medicine. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1997.
5. Cox K. Stories as case knowledge: case knowledge as stories. *Med Educ* 2001; 35: 862-6.
6. Silverman WA. Doctoring: from art to engineering. *Controlled Clinical Trials* 1992; 13: 97-9.
7. Elstein AS, Shulman LS, Sprafka SA. Medical problem solving. An analysis of clinical reasoning. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1978.
8. Elstein AS, Schwarz A. Clinical problem solving and diagnostic decision making: a selective review of the cognitive research literature. In: Knottnerus JA, ed. The evidence base of clinical diagnosis. London: BMJ Books, 2002; 179-95.
9. Kassirer JP, Gorry GA. Clinical problem solving: a behavioural analysis. *Ann Intern Med* 1978; 89: 245-55.
10. Kassirer JP, Kopelman RI. Cognitive errors in diagnosis: instantiation, classification and consequences. *Am J Med* 1989; 86: 433-41.
11. Kassirer JP, Kopelman RI. Learning clinical reasoning. Baltimore: Williams & Wilkins, 1991.
12. Bordage G. Why did I miss the diagnosis? Some cognitive explanations and educational implications. *Acad Med* 1999; 74: S138-43.
13. Regehr G, Norman GR. Issues in cognitive psychology: implications for professional education. *Acad Med* 1996; 71: 988-1001.