

RENATO ROSSI GIUSEPPE RESSA

IL MANUALE DI CLINICA PRATICA



secondo modulo

© 2004 Pillole.org

PRESENTAZIONE

Nel panorama sconfinato dei testi di medicina non mancano i trattati “classici” cui attingere e soddisfare la necessità di aggiornamento: Harrison, Cecil, Stein sono nomi noti a tutti i discepoli di Ippocrate e costituiscono sicuramente le fondamenta indispensabili per costruire un buon medico e mantenerlo sempre al passo con i tempi.

Ma i trattati invecchiano se non nascono, a volte, già vecchi, per cui oltre alle forma tradizionale cartacea di cultura esiste ora l’aggiornamento telematico, attraverso gli innumerevoli portali e siti dedicati, che le nuove generazioni di medici e i pochi “anziani” dotati di propensione per la tecnologia sfruttano quotidianamente, come verifica, come ricerca, come confronto: mailing list, newsgroup di discussioni mediche ed internet in genere hanno aiutato non pochi di noi a rivedere le proprie posizioni ed a migliorarsi, in umiltà e voglia di apprendere, nel mai sopito desiderio di uscire da un isolamento individualistico congenito alla figura del medico di famiglia.

E infine le iniziative ministeriali, i corsi di aggiornamento, i crediti ECM, gli incontri, i congressi, le Consensus Conference, insomma un mondo teso ad un unico scopo: parlarsi, confrontarsi, imparare, gestire il proprio patrimonio medico arricchendolo con quello dei colleghi, uscire dal rischio di una guscio sigillato ed immutabile, monumento inutile e penoso alla povertà culturale.

In questa visione complessa e sfaccettata dell’essere medici e, soprattutto, medici di famiglia oggi, sembrerebbe a prima vista inutile la pubblicazione di un ennesimo libro di medicina. Ma “*Il Manuale di Clinica Pratica*” non è un libro come tanti: è scritto per la gran parte da due medici di famiglia, Renato Rossi e Giuseppe Ressa, conosciutisi attraverso la mailing list “Ippocrate” ed attratti dal desiderio di fare qualcosa di nuovo e di utile, concepito per i colleghi di medicina generale, senza pretese di essere un trattato, bensì una sorta di “ΔΙΑΛΟΓΟΙ” sulla nostra professione, sul modo di affrontare problemi comuni, sul come riuscire a fare bene il proprio lavoro e non incappare in errori di negligenza comprensibili ma evitabili, sulle più importanti linee-guida commentate e trasferite nel quotidiano, sui dubbi che ci possono assalire anche nelle situazioni più fruste e vissute, sugli esempi che possiamo creare nostro patrimonio e sugli esempi da cui dobbiamo rifuggire, sul nostro essere sempre quello che in fondo siamo: medici della persona.

Il libro, realizzato con la consulenza di alcuni altri medici di famiglia appartenenti alla stessa mailing list medica, viene distribuito gratuitamente solo attraverso internet.

Leggiamolo dunque, discutiamone, criticiamolo se necessario: deve far parte di noi, diventare una cosa nostra, insegnarci ad essere migliori, ad affrontare la giornata con uno spirito diverso, a confrontarci con i nostri assistiti, a lavorare con loro e non solamente per loro. Se tutto ciò sarà realizzato, lo sforzo degli amici non sarà stato vano.

Enzo Brizio

Creatore e moderatore della mailing list di Clinica medica “Ippocrate”

INDICE

Premessa

PARTE PRIMA

L'approccio clinico al malato (G.Ressa)
Un vestito a misura d'uomo (R.Rossi)
L'uomo nel medico-Emozioni (G.Ressa)
Un paziente che non potrò mai dimenticare (G.Ressa)
Evidence Based Medicine (R. Rossi)
Le linee guida e il paziente come “unicum” (R.Rossi- G.Ressa)
Il paziente con sintomi inspiegabili (G.Ressa)
La statistica in medicina, questa sconosciuta (G. Ressa)
Le ricerche bibliografiche e la trasferibilità degli studi (R.Rossi)
La qualità in medicina (R.Rossi)
L'audit (R. Rossi)
Spesa e salute (R.Rossi - G.Ressa)

PARTE SECONDA

La gestione del paziente febbrile (A.DallaVia)
CASO CLINICO: Quella strana malattia sessuale (G.Ressa)
CASO CLINICO: Nando il fumarolo (G.Ressa)

Il paziente oncologico e la medicina palliativa

L'uomo e il cancro (G.Ressa)
La prevenzione (R.Rossi)
Lo screening per il cancro del colon (R.Rossi)
Lo screening per il cancro della mammella (R.Rossi)
Lo screening per il cancro del polmone (R.Rossi)
Lo screening per il cancro della prostata (R.Rossi)
Lo screening per il cancro della cervice uterina (R.Rossi)
Il problema delle metastasi e il follow-up oncologico (M. Grassi-G.Ressa)
La gestione del paziente terminale (A. Dalla Via)
CASO CLINICO: quell'ingannevole TC (G.Ressa)

Il paziente cardiopatico

La gestione del rischio cardiovascolare (R.Rossi)
Ipertensione - Diagnosi (R. Rossi)
Ipertensione - Terapia (R. Rossi)
CASO CLINICO: Quel ticchettio sinistro (G. Ressa)
Cardiopatia ischemica (R. Rossi)
Scopenso cardiaco (R. Rossi)
Fibrillazione atriale (R. Rossi)
CASO CLINICO: Quella falsa epilessia (G.Ressa)
Tromboembolismo venoso (R.Rossi)
La terapia anticoagulante orale (R.Rossi)
CASO CLINICO: Quella strana artrosi (G. Ressa)
CASO CLINICO: Cretinetti e il lifting della diva (G. Ressa)
CASO CLINICO: Quell'animale nascosto (G.Ressa)

Le malattie metaboliche:

Il diabete (R.Rossi)

CASO CLINICO: Cretinetti e quell'occhietto ammiccante (G.Ressa)

L'obesità (M. Bolognesi)

CASO CLINICO: Quel falso peccato di gola (G.Ressa)

La sindrome metabolica (M.Bolognesi)

L'equilibrio acido-base (G.Ressa)

La gotta (R. Rossi)

Il paziente pneumopatico:

L'asma (R.Rossi)

La broncopatia cronica ostruttiva (R.Rossi)

Le flogosi delle alte vie respiratorie e il mal di gola (G.Ressa)

CASO CLINICO: Quello strano mal di gola (G.Ressa)

Le polmoniti (R. Rossi)

CASO CLINICO: Quegli incauti colleghi (G.Ressa)

La tosse (R.Rossi)

Ematologia

Le anemie (R.Rossi)

CASO CLINICO: Quel cuore che non c'entrava (G. Ressa)

CASO CLINICO: I due cretinetti e quella strana anemia (G. Ressa)

CASO CLINICO: Quello strano ittero (G. Ressa)

CASO CLINICO: Quelle strane lesioni alle gambe (G.Ressa)

Endocrinologia

Tireopatie, uno sguardo generale (R.Rossi)

Il nodulo tiroideo solitario (A Dalla Via)

Morbo di Basedow (A. Dalla Via)

CASO CLINICO: Quella strana artrosi cervicale (G. Ressa)

CASO CLINICO: Quell'amante distratto (G. Ressa)

CASO CLINICO: Le analisi non fanno la diagnosi, il cervello sì (se funziona) (G. Ressa)

CASO CLINICO: Quel ragionamento che non filava (G. Ressa)

Ovaio policistico (A. Dalla Via)

Iperprolattinemia (A. Dalla Via)

CASO CLINICO: Quelle strane perdite di coscienza (G. Ressa)

Il paziente con problemi neurologici

L'esame obiettivo neurologico (R. Rossi)

L'ictus (R.Rossi)

CASO CLINICO: Quell'aspirina negata (G. Ressa)

CASO CLINICO: Quell'estasi mistica (G. Ressa)

CASO CLINICO: Quella brutta faccia storta (G. Ressa)

Le cefalee (R.Rossi)

Il Parkinson (R.Rossi)

La demenza (R.Rossi)

CASO CLINICO: Quella gioiosa amazzona (G.Ressa)

Le vertigini (R.Rossi)

CASO CLINICO: Quei peperoni assassini (G.Ressa)

CASO CLINICO: Quella falsa epilessia (G.Ressa)

CASO CLINICO. Cretinetti e la maledizione di Raffaello (G.Ressa)

Depressione, ansia e psicosi

La depressione (R.Rossi)
L'ansia (R.Rossi)
L'insonnia (R.Rossi)
Le psicosi (R.Rossi)

Malattie muscolari e scheletriche

Artrosi (R.Rossi)
Lombalgia (R.Rossi)
CASO CLINICO: Quegli strani testicoli (G.Ressa)
Osteoporosi (R.Rossi)
CASO CLINICO: Quello strano diabete (G.Ressa)

Le malattie gastrointestinali

La dispepsia (R.Rossi)
Il RGE (G.Ressa)
L'ulcera (G.Ressa)
CASO CLINICO. Cretinetti e i FANS (G.Ressa)
Il colon irritabile (R. Rossi)
Il follow-up delle malattie gastroenterologiche (R.Rossi)
CASO CLINICO: Quella strana trombosi (G. Ressa)
CASO CLINICO: Cretinetti e il pel di carota (G. Ressa)
CASO CLINICO: Quel paziente sudicione (G. Ressa)
Celiachia (Cosentino-Giuliano)
Paziente asintomatico con aumento delle transaminasi (R. Rossi)
CASO CLINICO: Quel buio ingannatorio (G.Ressa)

La salute della donna

Contracezione (R.Rossi)
Menopausa (R.Rossi)
CASO CLINICO: Quegli inutili ormoni sessuali (G. Ressa)

Le patologie urologiche

La colica renale (R. Rossi)
CASO CLINICO: Quelle strane coliche renali (G.Ressa)
Le infezioni urinarie (R. Rossi)
L'ipertrofia prostatica benigna (R.Rossi)
La disfunzione erettile (R.Rossi)
Il cancro della prostata (R.Rossi)

Allergologia

Orticaria (E. Sani)
Intolleranze alimentari (Cosentino-Giuliano)

Consigli di medicina legale

Cosa devo fare- Domande e risposte (D. Zamperini)

PREMESSA

Alcuni anni fa l'amico e collega Enzo Brizio, medico di famiglia in Fossano (CN), fondò, in INTERNET, la mailing list "Ippocrate", col preciso intento di discutere esclusivamente di argomenti di Clinica medica.

Circondato da qualche scetticismo, andò avanti per la sua strada riuscendo a radunare intorno a se' un gruppo di appassionati i quali hanno cominciato a scambiarsi opinioni sui casi clinici che venivano proposti e, più in generale, sulla gestione delle patologie più frequenti in medicina, rimandando quelle più rare all'attenzione dei superspecialisti del ramo.

Dopo tutto questo tempo, prendendo spunto dal materiale accumulato, a Giuseppe Ressa è venuta l'idea di scrivere un "Manuale" di Clinica pratica; egli ha lanciato l'idea nella mailing list e ha ricevuto le adesioni di alcuni colleghi interessati al progetto; il più sollecito ed entusiasta è stato Renato Rossi, i due hanno preso in mano il progetto portandolo fino in fondo.

La prima parte del testo tratta dell' ABC del clinico pratico: la metodologia clinica, l'approccio al paziente come "unicum", l'utilizzo dei dati degli studi di massa ecc; la seconda parte si occupa dei principali campi della medicina interna.

In calce ad alcuni capitoli abbiamo riportato dei casi clinici pertinenti con la materia in oggetto, il protagonista di questi ultimi è stato soprannominato "dottor Cretinetti", attribuendogli questo soprannome a causa della sua reiterata inosservanza delle regole auree del ben operare in medicina.

Pur trattando di terapie e di farmaci si è scelto espressamente di non fornire informazioni dettagliate sui singoli principi attivi, sui dosaggi, sugli effetti collaterali e sulle controindicazioni; riteniamo infatti che questi aspetti esulino dalle finalità che ci siamo proposti.

Non abbiamo scritto, per i singoli argomenti, tutto ciò che è conosciuto, ma solo tutto ciò che ogni medico di buon livello dovrebbe conoscere e abbiamo scelto uno stile di esposizione anticonformista, non cattedratico, sperando che possa aumentare il gradimento del lettore.

Ringraziamo per i contributi i colleghi (in ordine alfabetico): Massimo Bolognesi, i coniugi Cosentino- Giuliano, Attilio Dalla Via, Marco Grassi, Emilio Sani, Loris Stucchi, Daniele Zamperini.

Luca Puccetti ha dato al libro una "veste" che mai saremmo riusciti, con la nostra ignoranza informatica, a conferirgli.

Buona lettura.

Avvertenze

Nessun'altro lavoro probabilmente necessita di un aggiornamento costante come la medicina. Un medico che volesse esercitare la professione senza aggiornarsi è paragonabile al capitano di una nave che volesse attraversare l'oceano sconosciuto della clinica senza carte nautiche e bussola. Dato che nessuno conosce tutto su tutto, per la stesura di questo libro ci siamo avvalsi, oltre che della bibliografia segnalata al termine di ogni capitolo, della consultazione di numerosi libri di testo (sia stranieri che italiani, alcuni specificamente indirizzati al MMG) e di linee guida ormai facilmente reperibili in Internet, fonte inesauribile di informazioni e suggerimenti.

UN VESTITO A MISURA D'UOMO: DAL PATERNALISMO ALLA PARTNERSHIP

Immaginiamo un qualsiasi ambulatorio in un giorno d'inverno: un bambino viene portato dal medico per una sintomatologia respiratoria acuta. Proviamo a chiedere alla madre, prima della consultazione, perchè ha portato il bambino dal dottore e che cosa si aspetta dalla visita medica. La risposta è che vuol essere rassicurata che il figlio non ha una patologia grave e che non è necessario usare degli antibiotici. Il medico curante, d'altra parte, dopo aver visitato il bambino, pensa che la madre lo abbia consultato per avere un antibiotico e, sebbene non abbia riscontrato nulla di allarmante e ritenga trattarsi di una banale virosi respiratoria, prescrive l'antimicrobico. All'uscita la madre si dice molto preoccupata perchè, se il medico ha trovato giusto prescrivere un antibiotico, vuol dire che l'infezione del figlio è seria.

Le cose sarebbero andate in modo diverso se il medico avesse prima chiesto alla madre che cosa la preoccupava e si aspettava dalla visita. Una consultazione caratterizzata da una mancata comunicazione ha portato a fraintendimenti e prescrizioni inappropriate. L'esempio, che ho tratto da un editoriale del BMJ, pone l'accento su un punto cruciale della relazione tra medico e paziente: **la comunicazione**. La quale andrebbe intesa nei due sensi (da paziente a medico e viceversa) anche se l'onere principale grava sulle nostre spalle, perchè a noi spetta il compito di condurla. Tuttavia, nella pratica, solo pochi pazienti riescono, durante la visita, ad esprimere completamente le loro preoccupazioni, le loro ansie e paure, le loro aspettative.

Le ragioni sono molte: il paziente può provare timore ad esprimersi compiutamente perchè teme di essere giudicato male, oppure può essere reticente su aspetti personali o che coinvolgono la sua famiglia, ancora può egli stesso non aver ben chiaro quali siano i suoi bisogni. Per questo dobbiamo imparare ad incoraggiarlo apertamente ad aprirsi. Purtroppo il tempo tiranno la gioca spesso da padrone, il paziente può sentirsi insoddisfatto, può credere che non gli sia stata rivolta abbastanza attenzione, può capire male le nostre spiegazioni, il che porta spesso a scarsa aderenza alla terapia prescritta e talora a risentimenti o addirittura a cambio del medico.

Recenti ricerche dimostrano che molti pazienti in terapia per malattie croniche non assumono i farmaci prescritti, del tutto o in parte. Una percentuale rilevante di soggetti a rischio cardiovascolare, a cui il medico ha prescritto una statina, finisce con l'interrompere il trattamento dopo due anni. I medici faticano a comunicare e a far comprendere il concetto di rischio e discutono poco i pericoli e i benefici dei trattamenti.

D'altra parte le credenze del paziente, le sue aspettative, la sua visione della malattia, le sue convinzioni e ciò che egli pensa dei trattamenti sono importanti e influenzano la compliance. Il punto di vista del paziente è essenziale ed il medico deve sforzarsi di comprenderlo durante la visita. Trattamenti di provata efficacia corrono il rischio di rimanere lettere morte, confinate nelle pagine patinate di prestigiose riviste, se non sono condivisi e accettati. Gli studi EUROASPIRE I e II dimostrano chiaramente quanto le prescrizioni mediche siano disattese, anche in soggetti che dovrebbero essere particolarmente motivati come gli infartuati.

Per migliorare la relazione con i nostri pazienti dovremmo imparare prima di tutto ad **ascoltare**. Ma anche i pazienti devono essere coinvolti attivamente. Per esempio alcuni medici americani trovano utile distribuire un pre-stampato, in cui viene chiesto di scrivere quale sia la ragione principale della visita e secondariamente se vi sono preoccupazioni, necessità di chiarimenti, dubbi che ritengono utile discutere durante la consultazione o comunque far presenti al medico.

E' essenziale riconoscere che medici e pazienti hanno pari dignità e sono entrambi "specialisti": il medico possiede le conoscenze tecniche, il paziente è lo "specialista" di se stesso. Quando porto la macchina dal meccanico costui è quello che sa dove "mettere le mani" ma sono io che gli devo dire quando la macchina fa "quel piccolo sbandamento in curva" o che gli dico che anche se non mi elimina del tutto quel "piccolo rumorino che si sente durante l'accensione" per me fa lo stesso.

Dobbiamo passare quindi da una relazione di tipo paternalistico (il medico sa e fornisce le risposte ad un paziente a cui si richiede solo un atteggiamento supino di accettazione) ad una **relazione di partnership tra soggetti uguali**.

In questo sta la sostanziale differenza tra la medicina ospedaliera e quella del territorio. Nella prima l'ammalato è un "caso", visto nell'ambiente asettico dell'ospedale, da studiare e soppesare alla ricerca più o meno difficile della "malattia": gli si richiede unicamente l'accettazione dei trattamenti e degli accertamenti decisi da altri, con al più la firma su un burocratico foglio di consenso informato; ma egli non ha reali poteri decisionali e se per caso non è disposto ad accettare le cure o gli esami proposti lo si dimette sottolineando nella cartella che il paziente rifiuta quanto consigliato dai sanitari. Con il che la relazione si interrompe. La Medicina Generale, al contrario, incontra il paziente nel "suo territorio", spesso nella sua casa: da soggetto pressoché passivo diviene attore e decide della propria salute, può rifiutarsi di fare un esame, decidere di sospendere una terapia, "contrattare" con il medico le decisioni diagnostiche e terapeutiche. E anche in caso di rifiuto verso certi farmaci o certi esami la relazione continua, non possiamo disinteressarcene o scaricarlo.

In una parola, la Medicina Generale ha come carattere peculiare la "**negoziazione**", la "**contrattazione**" delle cure, e le sue fondamenta sono il "patto" che si instaura tra medico e assistito.

Perciò il ruolo del paziente non può ormai essere più ignorato perché nessuno "sa" meglio di lui quali sono le **sue necessità**. Un paziente coinvolto avrà più fiducia e più probabilità di sentirsi soddisfatto delle cure ricevute. Dobbiamo trasformare i pazienti in **parte corresponsabile** delle decisioni mediche. Arrivarci non è facile.

Dovremo imparare ad usare un linguaggio semplice, accertarci che il paziente abbia capito i vari passaggi, se necessario ripetere più di una volta usando modalità espressive diverse, fornire informazioni scritte, non aver paura di confessare che spesso in medicina non vi sono certezze ma dubbi o che, in determinati casi, semplicemente non sappiamo cosa fare.

Nel caso di malattie croniche o di pazienti con disturbi difficili da curare, può essere utile ammettere che non esiste la "pasticca" magica, ma che non per questo insieme non si potrà gestire la situazione (e comunque mai il paziente sarà lasciato solo con la sua malattia).

Dobbiamo aiutare i malati ad affrontare i loro disturbi e a convivere con essi, quando non è possibile eliminarli. Se volessimo usare un termine difficile, potremmo dire che il medico deve favorire il coping, dove "to cope" significa, non solo accettare o convivere con la malattia, ma affrontarla e gestirla in proprio.

Dunque il **coinvolgimento del paziente** è essenziale, ma affinché si possa realizzare sono necessari alcuni requisiti:

- bisogna dargli l'opportunità di esprimersi
- spesso i motivi reali che hanno generato la richiesta di visita non vengono immediatamente riferiti (ansia, intimidazione, paura di essere giudicati, ecc.) e il medico deve farsi parte attiva, deve trasformarsi in "levatrice", esercitando quell'arte maieutica tanto cara ai vecchi clinici
- il medico deve saper ascoltare il paziente e se lo interrompe deve porre domande di tipo aperto (cioè domande che presuppongono una risposta "di tipo discorsivo") e riservare le domande chiuse (che presuppongono una risposta tipo si/no) alla parte finale del colloquio
- bisogna fornire sufficienti informazioni, in forme facilmente comprensibili, e accertarsi che siano state comprese

Ogni decisione medica deve prevedere il coinvolgimento del paziente: è il tanto pubblicizzato "consenso informato" che non deve limitarsi ad una burocratica firma su un foglio di carta, ma deve essere vivo e fruttuoso.

Un malato che si sente ascoltato dal suo medico, informato e coinvolto, porterà ad una relazione meno conflittuale, soprattutto in caso di errori, sempre possibili nella difficile arte della medicina. Si è visto che spesso le cause per "malpractice" vengono intentate non tanto per l'errore in sé ma perché il paziente e/o i familiari si sono sentiti non coinvolti o "trattati male".

Quest'estate, durante le vacanze, ho avuto un colloquio con una signora italiana che vive da molti anni in Francia la quale aveva denunciato un cardiologo per la morte del padre per una terapia ritenuta sbagliata: la denuncia (giusta o sbagliata che fosse non so) non era stata fatta per lo sbaglio in sè e per sè (la signora capiva benissimo che anche i medici possono errare) ma perchè il cardiologo, dopo la morte del padre, non l'aveva nemmeno ricevuta per esprimerle il suo rammarico, se non le sue scuse.

Mi viene in mente un caso personale di alcuni anni fa che mi fece molto riflettere. Arriva in studio una nuova paziente e, senza che io le chiedessi nulla in proposito, mi dice che ha appena cambiato medico perchè non era rimasta soddisfatta di quello precedente. Siccome conoscevo il collega e lo reputavo molto preparato risposi che ero sorpreso di questo, ma che di errori possiamo farne tutti. La paziente mi interrompe subito. Non aveva cambiato medico a causa di un errore professionale, ma per un altro motivo che lei riteneva molto più grave: avevano dimesso il padre in fin di vita (cancro polmonare metastatizzato) e la famiglia aveva chiamato il medico a domicilio. Costui c'era andato, ma aveva affermato che la situazione era quella che era e non c'era spazio per nessuna terapia (cosa che si sapeva benissimo). Quindi non si era più fatto vedere finchè il poveretto era morto dopo una settimana. I familiari avrebbero gradito che il medico si fosse fatto vivo (fosse solo per chiedere com'era la situazione e per misurare la pressione al paziente) almeno qualche altra volta, anche se non c'erano terapie o interventi in grado di modificare l'evoluzione della malattia. Sembrano cose banali, che non toccano i medici supertecnologici, alle quali però i pazienti danno molta importanza e che sono in grado di incrinare o rompere relazioni instaurate da anni. I nostri pazienti non hanno le competenze per capire se gli atti tecnici che facciamo sono corretti o meno, ma hanno la capacità di giudicare il nostro comportamento umano.

Si tratta di una sfida difficile, a cui non siamo stati adeguatamente preparati durante il corso di laurea. Ma non si può correre il rischio di perderla.

E' tempo di cambiamenti: gettiamo gli abiti vecchi, comprati ai grandi magazzini, per vestiti di sartoria più a misura d'uomo!

VICIE' (Vincenzo)

Una mia paziente mi ha chiesto di andare a visitare a casa il padre di 94 anni, a me sconosciuto, che aveva febbre alta da tre giorni. Entrando in camera ho esclamato: " Buongiorno, buongiorno!", lui con lo sguardo perso (quasi completamente sordo e cieco) ha chiesto: " Chi è ?? " e la figlia: " E' il dottore ", e lui "Ah, Vicie' ! (Vincenzo), vieni, vieni". Una figura piccola, asciutta, mani grosse e forti da agricoltore, l'ho visitato, alla fine gli ho proposto una terapia antibiotica intramuscolare e, come al solito, ho cercato di "spiegare" il perché gliela davo. Lui ha messo la sua manona sulla mia e mi ha detto: " Vicie' , quello che decidi tu per me va bene, se me la sento ci vediamo domenica alla Messa ". Sono uscito dalla casa emozionato, Vicie' è il suo medico condotto di paese, quello che noi colleghi damerini delle città guardiamo dall'alto con aria di superiorità, ma per il vecchio contadino è "il dottore", di lui si fida ciecamente e non ha bisogno di spiegazioni.

Giuseppe Ressa

STAVOLTA DECIDO IO

Roberto è un mio paziente settantenne affetto da una modesta forma di ipertensione, compensata dal trattamento. E' stato un operaio di una grossa fabbrica e ora si gode la meritata pensione. E' in buona salute ma ogni tanto, soprattutto perché spinto dalla moglie, un tipo molto apprensivo, esegue

degli esami di laboratorio. Nel corso di uno di questi controlli riscontro valori lievemente elevati di creatinina e faccio perciò eseguire un'ecografia renale. Roberto mi porta in visione il referto molto allarmato: in effetti l'ecografista descrive la presenza di numerose cisti a contenuto liquido in entrambi i reni, alcune di 4-5 cm. Inoltre una delle formazioni cistiche presenta un aspetto seppimentato che consiglia ulteriori indagini. Scatta naturalmente tutto l'iter (TAC, RMN, visite urologiche, nefroscintigrafia) che confermano il sospetto ecografico di malignità. Viene prenotato il ricovero per eseguire l'intervento.

Roberto è molto spaventato, arriva in ambulatorio qualche giorno prima della data fatidica dicendo che non ha nessuna intenzione di operarsi, lui sta bene e non vede perché deve togliersi un rene, con il rischio di finire in dialisi perché la funzionalità dell'altro rene sembra abbastanza compromessa. Sono preso alla sprovvista, non so cosa dire. L'ambulatorio preme per cui faccio venire Roberto alla sera, in modo da poterne parlare con calma. Roberto mi chiede cosa farei io al suo posto. Io tergiverso, gli spiego i vantaggi dell'operazione, se la formazione sospetta è una neoplasia va tolta; Roberto vuol conoscere i rischi, che gli illustro (rischi di complicanze legate all'intervento, rischio di insufficienza renale tale da richiedere la dialisi). Roberto mi chiede brutale. "Ma siete sicuri che sia un tumore? Io sto benissimo". Non posso non rispondere che la sicurezza potrà venire solo dall'esame istologico ma che il sospetto è comunque molto forte. Ritorna la domanda: "Lei dottore che farebbe? Io ho più di settant'anni, non sono mai stato in ospedale".

Sono costretto ad ammettere che non so cosa farei io... Non me la sento però di dirgli che al suo posto e alla sua età io non mi opererei ma che, essendo medico, comprendo benissimo i rischi che corro e me ne assumo la responsabilità.

"Ho capito", mi stringe la mano ed esce. Il giorno dopo telefona in ospedale e disdice il ricovero. Sono passati quattro anni e Roberto continua a venire in ambulatorio periodicamente a misurarsi la pressione e a farsi le sue passeggiate in mezzo ai vigneti. Una volta gli ho chiesto che cosa l'ha fatto decidere.

"Quando le ho chiesto che cosa avrebbe fatto lei, ha fatto finta di non capire, ma io l'ho guardata negli occhi ed ho compreso" è stata la sua risposta.

Ogni tanto la moglie mi chiede se ha fatto bene o ha fatto male a non operarsi. Io non lo so, ma stavolta ha deciso lui.

Renato Rossi

L'UOMO ED IL CANCRO

I cancri sono più di cento (considerati i vari sottotipi), della massima parte di essi non conosciamo le cause scatenanti e quindi i fattori di rischio.

Abbiamo elaborato dei modelli biologici che tengono conto del corredo genetico e dei vari fattori oncogeni conosciuti, ma non sappiamo fino in fondo il perché una data cellula “deragli” così tanto da prendere una sua strada e da imporre la sua macabra “dittatura”, sottomettendo spesso un intero organismo al suo “potere” e, alla fine, uccidendolo.

Malgrado questa ignoranza di base, dal punto di vista pratico sono stati fatti consistenti progressi riguardo la sopravvivenza dei malati di cancro e anche le percentuali di guarigione definitiva stanno salendo.

Di conseguenza è cambiato anche l'approccio mentale alla malattia, se fino a pochi anni orsono la parola “cancro” non si sentiva mai nei colloqui medico-paziente e ci rifugiava in perifrasi varie, ora, con i dovuti modi che la civiltà mediterranea vuole comunque lontani dall'anglosassone “Sorry, you have a cancer”, si riesce alla fine a parlarne.

Il paziente comincia a rendersi conto, quasi sempre, che non è detto che tocchi sempre agli altri questa triste eventualità e che, allungandosi la vita, il brutto incontro può accadere anche a lui; contemporaneamente, sa anche che, spesso, ne può uscire vincitore.

E' chiaro che sta al medico far scattare i meccanismi giusti nel singolo paziente e per far ciò la conoscenza del medesimo è fondamentale: a ognuno di noi la stessa cosa va detta in modo diverso.

Devo dire che, complessivamente, vedo sempre meno disperazione, io di solito cerco di creare un'alleanza ferrea tra la mia persona e il malato di cancro, parlo sempre al plurale, tipo “Ce lo togliamo, facciamo questo e quest'altro”, chiamo sempre il malato canceroso “legionario” (per evocare le gesta dei mitici indomabili romani), spesso paragono i 100 cancri a 100 carte e dico al paziente che se mi avesse chiesto di sceglierne una avrei consigliato il tipo di cancro che gli è capitato; sono piccole cose ma aiutano (almeno lo spero).

E' chiaro che, in questi frangenti, il paziente si pone il problema vita-morte e, se è vero che questo angoscia i più, dall'età della ragione in poi, viene spesso compresso dal tran tran quotidiano che favorisce i fenomeni di rimozione.

Adesso però è di nuovo spietatamente alla ribalta, mentre entri nel tubo della TC o della risonanza magnetica, sei solo con te stesso e aspetti che l'uomo in camice, che hai davanti, ti dica qual'è la tua sorte; in quei lunghissimi minuti pensi a te stesso, alla famiglia, ai bambini magari ancora piccoli che potresti lasciare soli e con poche risorse.

E, saputa la feroce notizia, puoi reagire nei modi più imprevedibili nei confronti degli altri, di chi ti vuol bene e anche di gente che conosci appena; a volte senti il bisogno di dire che hai un cancro, altre volte ti chiudi in un riserbo omertoso che nega la verità quasi anche a te stesso.

E poi scattano i pensieri: “Perché proprio a me? Non me lo merito! Che rabbia! Maledizione!” e, alla luce di queste meditazioni, può fatalmente incrinarsi il rapporto col Trascendente, altre volte, al contrario, esso si rinsalda e il malato affida a Dio la propria sorte, confidando in un aiuto.

Comunque sia, nel combattimento individuo-malattia potenzialmente letale, vengono alla luce i lati più riposti del carattere di ognuno, a volte ci si stupisce come persone apparentemente fragili possano, in questi frangenti, tirar fuori energie inaspettate, di contro, persone apparentemente controllatissime possano perdere la testa.

Carlo

Carlo era un uomo speciale.

Di umilissime origini aveva fatto per anni lo studente lavoratore e alla fine si era laureato brillantemente in Ingegneria. Dopo aver bussato umilmente a molte porte fu assunto da una famosa industria americana che lo fece, per alcuni anni, perfezionare negli Stati Uniti e poi, ancora giovanissimo, lo lanciò come responsabile della filiale europea.

Era impossibile non ammirarlo, una figura piccola ma fiera, i capelli scurissimi, il viso mediterraneo, i modi semplici e sbrigativi, una bontà d'animo comune solo a chi ha sofferto molto (è noto che nella sofferenza i buoni diventano più buoni, i cattivi più cattivi). Ero molto sedotto dalla sua persona, oltretutto aveva ammaliato una donna bellissima ed affettuosa, alta buon trenta centimetri più di lui, che gli aveva donato cinque splendidi figli. Lui li adorava e tra un volo intercontinentale e l'altro cercava sempre di fare una deviazione per vederli, le brevi vacanze le passava sempre con loro a rotolarsi sulla spiaggia. Ma il destino gli aveva riservato una brutta sorpresa, una tosse stizzosa che non passava con niente, una macchia sulla lastra ai polmoni: "Dottore è grave ??" " Ma no, approfondiamo" il breve ricovero, *microcitoma* lo chiamarono.

Carlo mi chiese se aveva una qualche probabilità di farcela , era abituato a pensare in quel modo e combatté a lungo praticando dei cicli di chemioterapia, poi un giorno mi disse : " Dottore dalla vita ho avuto tanto, se è finita lo voglio sapere, così *sistemo* le mie cose per bene". Io sono stato quella frazione di secondo di troppo in silenzio, poi ho balbettato qualcosa, lui però aveva capito, mi ha stretto la mano più a lungo del solito ed è andato via con passo risoluto, mi è parso che scuotesse la testa.

Una *Beretta* ha fatto il resto.

QUELLA FREDDEZZA CHE TI UCCIDE

A un collega viene accidentalmente scoperta in ecografia una massa renale. Gli prescrivono una risonanza magnetica. Vi si sottopone palpitante. Esce dal tubo. Viso accigliato del tecnico, che evita di incrociarne lo sguardo. Lo stesso fa il radiologo. Fibrillazione. [Pensiero in nuvoletta: "È la fine!"].

Si fa coraggio:

«Allora, collega?»

«Tranquillo! Ha tutte le caratteristiche di una massa benigna.»

Sospiro di sollievo. Si riveste. Esce dalla sala. Gli scappa un'imprecazione:

«Porca puttana! L'ho visto così ammusonito che m'ha fatto prendere un colpo.»

A quel punto, passa un collega che gli fa:

«Guardi che qua è 'n covo de' laziali, e quando perde la Lazio so' dolori...»

LA PREVENZIONE IN MEDICINA

Si discute molto oggi di prevenzione e la frase "Prevenire è meglio che curare" è stata elevata alla dignità di proverbio popolare. Ci sono essenzialmente due aree in cui si parla di prevenzione: quella **oncologica** e quella **cardiovascolare**.

Tuttavia bisogna fare attenzione al significato delle parole: prevenire significa letteralmente mettere in atto una serie di misure per evitare che un determinato evento (per es. una neoplasia o un infarto) si verifichi.

In oncologia la prevenzione "vera" ha poco spazio perché vorrebbe dire che si conoscono tutte le cause dei tumori e si riesce ad evitare che si sviluppino. Un esempio di prevenzione oncologica banale ma a tutti comprensibile è quella del tumore polmonare: se ne potrebbero prevenire molti se si evitasse di fumare. Ma in generale quello che viene definito prevenzione in campo oncologico è solo "diagnosi precoce", cioè si diagnostica il tumore in una fase ancora asintomatica sottoponendo dei soggetti presunti sani a pratiche di screening.

Il discorso per alcuni versi è differente nel campo cardiovascolare dove si usa distinguere una prevenzione primaria, effettuata in soggetti che non hanno ancora avuto un evento patologico ma che hanno dei fattori di rischio per tale evento e una prevenzione secondaria attuata su pazienti che hanno già sofferto di una qualche forma di accidente cardiovascolare. In campo cardiovascolare il termine prevenzione è forse più appropriato, come vedremo meglio nel capitolo sulla valutazione del rischio cardiovascolare, perché esistono interventi, sia di tipo farmacologico che di modificazioni dello stile di vita, capaci, in una certa misura, di "impedire" il verificarsi degli eventi. Per il momento ci limiteremo a trattare la cosiddetta prevenzione oncologica (continueremo a chiamarla così perché ormai l'espressione è stata consacrata dall'uso).

LA PREVENZIONE IN ONCOLOGIA

In questo capitolo faremo alcune considerazioni generali sugli screening oncologici, pratiche che si rivolgono a soggetti apparentemente sani con lo scopo di diagnosticare in una **fase precoce** le neoplasie, rinviando alle corrispondenti sezioni del libro per altri particolari su ogni singolo screening .

Il razionale dello screening oncologico si basa sulla presunzione che scoprire anticipatamente un tumore dia più possibilità di trattarlo e aumenti le speranze di guarigione. Si tratta di un'idea assolutamente logica e ragionevole.

In realtà per alcune neoplasie (per esempio i tumori prostatici e forse anche quelli polmonari) vi è il sospetto che lo screening porti solo ad una **anticipazione della diagnosi** ma non ad un reale beneficio in termini di riduzione della mortalità. Questo potrebbe dipendere dalla particolare caratteristica evolutiva di alcuni tumori, per cui scoprirli in una fase preclinica precoce (anche di alcuni anni) è ininfluenza sulla prognosi.

Un esempio servirà a chiarire questo aspetto. Supponiamo che un certo tipo di tumore si sviluppi all'età di 50 anni e che le sue caratteristiche evolutive siano tali per cui metastatizza subito, quando è ancora di dimensioni ridotte, per sue peculiarità intrinseche. Supponiamo ancora che queste metastasi rimangano nascoste e asintomatiche per 15 anni e poi comincino a svilupparsi autonomamente e portino al decesso del paziente dopo 5 anni. Un paziente che si sottopone allo screening avrà una diagnosi precoce, per esempio gli sarà scoperto il tumore a 58 anni, le metastasi diventeranno clinicamente evidenti a 65 anni e la morte avverrà a 70 anni.

Al contrario in un paziente che non si sottopone allo screening la diagnosi avverrà più tardivamente, per esempio a 61 anni, le metastasi si renderanno evidenti a 65 anni e la morte avverrà sempre a 70 anni.

In questo ipotetico caso lo screening non avrà portato alcun reale beneficio, anzi renderà prima consapevole il paziente di avere una neoplasia.

Se però qualcuno giudicasse la sopravvivenza dal momento della diagnosi potrebbe erroneamente pensare che lo screening è efficace perché nel primo caso il paziente, dopo la diagnosi, vive 12 anni, nel secondo caso ne vive 9.

Si tratta di una pura ipotesi ma potrebbe spiegare perché gli studi in cui è stata usata la radiografia del torace per lo screening del cancro polmonare in soggetti a rischio (per esempio forti fumatori) non hanno finora dimostrato una riduzione della mortalità.

Ed è per questo che una pratica di screening, per essere accettata come efficace, dovrebbe dimostrare di ridurre la mortalità e non di aumentare la sopravvivenza dopo la diagnosi. Gli unici mezzi che abbiamo per dimostrare una riduzione della mortalità sono gli studi clinici randomizzati e controllati o RCT (vedi capitolo sulla tipologia degli studi clinici).

Però quando parliamo di screening oncologico vi sono altri aspetti da considerare. Per esempio molti degli studi eseguiti finora hanno dimostrato che alcune pratiche di screening riducono la mortalità specifica (cioè la mortalità dovuta a quel tipo di tumore) ma non intaccano la mortalità totale. Come mai?

Una delle ipotesi è che negli studi si verifichi una **errata attribuzione delle cause di morte**: può succedere che nel gruppo non sottoposto allo screening decessi dovuti a cause diverse vengono attribuiti al tumore mentre nel gruppo "screenato" decessi dovuti a complicanze della terapia o del trattamento (infezioni, embolie polmonari post-chirurgiche, complicanze da chemioterapia) non vengano attribuiti alla neoplasia ma classificati in altro modo.

Si realizza quindi una divaricazione per cui alla riduzione della mortalità specifica non corrisponde una riduzione della mortalità totale.

Secondo alcuni autori una riduzione nella mortalità cancro-specifica non dovrebbe essere considerata una prova forte di efficacia quando la mortalità totale è la stessa o più alta nel gruppo “screenato” [1].

I trials di screening sono più complicati di quanto non si pensi. Il problema è che gli studi disegnati per dimostrare un miglioramento della mortalità totale come end-point primario richiedono un numero molto elevato di soggetti, un follow-up lungo e spese quasi insostenibili.

Tuttavia alcuni autori ritengono che non si possano giustificare programmi di screening, costosi sia per gli individui che per la comunità, se vi sono incertezze circa la loro utilità perché i rischi potrebbero superare i benefici [2].

Uno screening può infatti produrre anche effetti collaterali.

Come tutti gli esami, anche quelli usati per gli screening hanno una certa percentuale di falsi positivi e di falsi negativi. A questo proposito è bene richiamare alla mente due parametri fondamentali: la **sensibilità** e la **specificità** di un dato esame (strumentale o di laboratorio).

Se io dico che l'esame X ha una sensibilità del 75 %, nei riguardi di 100 soggetti affetti da una data patologia Y che sto testando, vuol dire che solo il 25% dei soggetti malati sfugge alla diagnosi, ci sono, cioè, 25 falsi negativi. Se poi faccio eseguire lo stesso esame X a 100 pazienti non affetti dalla patologia Y che sto testando e dico che esso ha una specificità del 90% vuol dire che solo 10 pazienti non affetti da quella malattia risulteranno falsamente positivi.

Il problema degli screening si incentra proprio sulla gestione dei pazienti falsamente positivi, essi, pur non avendone bisogno, andranno a sottoporsi ad ulteriori accertamenti, alcuni anche cruenti e non esenti da rischi, avranno sofferenze psicologiche e si sentiranno per anni falsamente "a rischio" o "in pericolo".

Nel caso di falsi negativi, al contrario, la negatività del test porterà ad una falsa sicurezza con il rischio che il paziente mantenga abitudini di vita scorrette (per esempio continui a fumare) e talora anche a ritardi diagnostici successivi.

Tuttavia è probabile che in tempi di medicalizzazione estrema di ogni aspetto della vita, la corsa agli screening, anche di non provata efficacia, non possa essere fermata perché il concetto di “morte”, nella nostra era ipertecnologica, è stato rimosso e, tramite gli screening, “puntiamo all’immortalità”.

Anche una recente indagine ha dimostrato che vi è un crescente entusiasmo presso il pubblico, molti si dichiarano favorevoli anche nel caso la diagnosi precoce non permettesse un successivo trattamento efficace; molti che avevano avuto un test falsamente positivo descrivono l'esperienza come una delle più tremende della loro vita ma, nonostante questo, non esiterebbero a sottoporsi nuovamente all'esame [3].

Vi è da chiedersi quanto importante sia la responsabilità dei medici e dei mass-media nel creare aspettative irreali ed esagerate: la cosiddetta “medicina dagli effetti speciali”, considerato anche il fatto che, in ogni caso, l'uomo ha di fronte a sé ben 20 mila nemici (il numero totale delle malattie).

Bibliografia

- 1.Black WC et al. J Natl Cancer Inst 2002; 94:167-173
- 2.Juff HC & Tannock IT. J Natl Cancer Inst 2002; 94: 156-157
- 3.Schwartz LM et al. JAMA 2004; 291:71-78
