

Incertezza in medicina e interazione con il paziente

Chi ha la certezza assoluta, scevra dal dubbio, parla “al” paziente ma non parla “con” il paziente. Il medico oggi dovrebbe andare incontro alle esigenze della persona che ha di fronte, rassicurandolo per riaffermare la sua dignità

Francesco DiMeco

*Direttore Dipartimento Neurochirurgia - Istituto Neurologico Besta, Milano
Assistant Professor Dipartimento Neurochirurgia - John Hopkins Medical School, Baltimora*

Sir William Osler, considerato il padre della medicina moderna affermò “La medicina è una scienza di incertezza e un’arte di probabilità”.

C’è stata chiaramente una generale evoluzione della medicina e al suo interno della neurochirurgia, passata dalla tecnica digitoplastica di rimozione del tumore, all’odierna ricchezza di tecnologia che ci permette di compiere gesti che all’epoca comportavano morbilità e mortalità elevatissime. Oggi abbiamo tecniche di neuronavigazione che funzionano come dei GPS che ci indicano dove ci troviamo in un momento preciso. Oppure la risonanza magnetica intraoperatoria, le tecniche di fluorescenza per meglio evidenziare il tumore o il miglioramento dell’ecografia, perché oggi in sala operatoria è essenziale usarla. Poi abbiamo tecniche di imaging avanzato come la realtà virtuale con cui è possibile ricostruire, segmentare il cervello mettendo in evidenza tutto quello che ci serve vedere per valutare come rimuovere i problemi senza toccare strutture che non possono essere toccate pena il danno per il paziente.

Si arriva anche a poter simulare il caso concreto, per esempio un

aneurisma della cerebrale media che può essere “clippato” in modo da escluderlo dal flusso sanguigno, così da avere un’idea non solo della direzione nella quale ci dobbiamo muovere ma anche del tipo di “clip” da utilizzare.

► Si lascia poco margine al dubbio?

Ciò nonostante, l’aforisma di Osler è ancora valido. Oggi, forse un po’ colpevolmente, nelle scuole di medicina si veicola l’idea che tutto sia riducibile alla formula di un’equazione,

$$a+b=c$$

e che da qui si passi direttamente alla cura.

Nella pratica spesso ciò non accade, allora bisogna fare una riflessione: il medico che mostra grande certezza è un medico che sostanzialmente lascia poco margine al dubbio e anche al processo di *decision making* che nella sua pienezza non può che scaturire dall’interazione diretta tra medico e paziente, nella quale il medico si trasforma anche in una sorta di psicologo, in grado di interpretare i bisogni, il vissuto e quello che sta intorno al paziente.

Chi ha la certezza assoluta, scevra dal dubbio, parla al paziente ma non parla con il paziente e questa è un’esigenza alla quale dovremmo rispondere. Capisco che mantenere la certezza permetta al medico di avere vari vantaggi, come mantenere un certo potere di tipo professionale, il controllo del processo di *decision making* e forse anche l’aura di infallibilità che molti portano con loro nell’approccio con il paziente. Non si può però dimenticare che la malattia comporta uno stato di vulnerabilità che può annullare la coscienza e financo la dignità del paziente. Questo era ben presente a Cushing, al quale accadde di essere ricoverato da Osler, che disse che l’uomo che “si toglie i pantaloni”, e purtroppo il malato se li toglie sia concretamente sia simbolicamente, perde il senso di sé, la propria autonomia, dignità e quindi può perdere totalmente la speranza. Allora, come dice Chochinov, il medico dovrebbe forse pensare a se stesso come a una sorta di specchio che deve riflettere qualcosa, andando incontro alle esigenze del paziente, rassicurandolo, riaffermando la sua dignità. Per fare questo il medico si deve spogliare di quell’aura di professionalità

tà, di dottrina, che non può che mettere in una condizione di minorità il paziente. C'è bisogno di umiltà che facilita anche la dismissione della certezza assoluta.

► **Consenso informato: mare agitato o deserto arido?**

Qui introduco il tema del consenso informato che può assumere due forme completamente differenti, un mare agitato o un deserto arido. Nel mondo anglosassone si "rovesciano" una serie enorme di informazioni sui pazienti, come opuscoli di 50 pagine per il tumore cerebrale, mentre nel mondo latino in due righe condensiamo i rischi che il paziente corre. Questo è un problema importante come testimonia il crescente numero di articoli dedicati al tema nella letteratura scientifica. È anche un problema sociale perché riguarda i costi per la spesa del contenzioso medico legale che a breve saranno insostenibili. Comunicare, oltre a rispondere a un'esigenza etica, può migliorare il contenzioso.

► **Primo centro di simulazione chirurgica**

Cinque anni fa presso il mio Istituto abbiamo fondato un programma che si chiama "ISOB in patient safety on board" sviluppato con piloti dell'aeronautica, militare e civile, e con un astronauta. Abbiamo voluto trasferire e riadattare sul piano medico i loro protocolli per evitare incidenti. Uno dei punti cruciali di questo programma è stata la simulazione, abbiamo creato il primo centro di simulazione chirurgica in Europa che è forse anche il più equipaggiato al mondo. Abbiamo numerosi macchinari, due di essi in particolare, Virtual Proteins e Surgi-

cal Theater ci permettono di fare un planning chirurgico preoperatorio, in maniera da poter segmentare le strutture cerebrali, identificare il tumore, stabilire il rapporto tra tumore e vasi, tra tumore e aree eloquenti. In questo modo abbiamo sia una pianificazione accurata dell'intervento, sia la possibilità di illustrare la situazione al paziente, facendogli vedere anche quali sono le difficoltà connesse.

La nostra procedura prevede di sottoporre al paziente al momento della controfirma del consenso informato, questo tipo di informazione, sostenendo un colloquio per mezzo di imaging avanzato. Abbiamo quindi fatto uno studio per verificare se i pianificatori chirurgici possono realmente migliorare la comunicazione. Tale studio è stato argomento della tesi di laurea di Tommaso Galbiati, uno studente ora "dottore", che ne ha anche riportato i risultati. L'auspicio era quindi riscontrare un miglioramento della comunicazione con il paziente e aiutare quest'ultimo a comprendere bene la natura della sua patologia, il tipo di intervento proposto, i benefici attesi, le possibili complicanze e le alternative disponibili.

► **Cosa dimostra lo studio**

- **Coordinate principali del disegno:** è stata fatta una valutazione preliminare dei pazienti, che sono poi stati randomizzarli in tre gruppi: uno andava incontro alla somministrazione del consenso informato secondo tecniche tradizionali, gli altri due con l'ausilio ciascuno di una delle due macchine citate. La popolazione dello studio era costituita da pazienti tumorali, che rappresentano la quasi totalità dei pazienti da noi trattati. La valutazione preliminare dei pazienti era tesa a evi-

denziare il livello di funzionamento cognitivo, comprensione verbale, memoria, ansia di stato piuttosto che di tratto. In seguito al colloquio, i pazienti rispondevano a domande sul loro gradimento dello stesso, sul loro stato d'ansia e sul loro grado di comprensione dei contenuti trattati. I risultati hanno mostrato che con l'ausilio delle tecniche di imaging avanzato c'è stato un gradimento da parte dei pazienti di gran lunga superiore rispetto al sistema convenzionale.

Per quanto riguarda l'ansia abbiamo riscontrato un debole miglioramento, non statisticamente significativo. Rispetto alla comprensione soggettiva, basata sulla percezione del paziente in risposta alla domanda "ha capito?", il risultato è stato più o meno analogo. Il miglioramento, invece, è stato significativo nella comprensione oggettiva, cioè quella che abbiamo verificato ponendo domande precise sulla condizione clinica e sulle possibili complicanze. Per concludere, lo stato di malattia è angosciante e devastante, quindi è importante da parte nostra riuscire a entrare in un contatto empatico e instaurare un rapporto fiduciario. Questo è un dovere etico, ma forse può anche aiutare a ridurre i contenziosi legali. Citando ancora Chochinov, per il quale alla professione medica non basta, e non è nemmeno utile, mangiare semplicemente una "torta di umiltà", se tutti i medici ne prendessero un boccone probabilmente la nostra pratica cambierebbe in maniera considerevole.

- *L'argomento è stato oggetto di una relazione al Convegno "Relazione di cura e gestione dell'incertezza in medicina" organizzato da Fondazione Quarta (www.fondazionegiancarloquarta.it)*