

Incertezza e variabilità in medicina

Simonetta Pagliani
Zadig

Igea versus Panacea

- **“La medicina è la scienza dell’incertezza e l’arte della probabilità” W. Osler**
- **Diagnosi**
 - precoce (non sempre utile)
 - tempestiva (non sempre possibile)
 - corretta (non sempre facile)
- **Terapia**
 - sicura (i benefici sono maggiori dei rischi)
 - utile (cambia il decorso della malattia; allevia sintomi importanti)
 - efficace (fa la differenza rispetto al placebo e alle altre terapie esistenti)
 - decisa con il paziente

Variabilità biologica

- **Patologie acute**

- **Lattante**: perdita di peso, anemia, febbre assente o presente
- **Adulto**: disuria, dolore lombare, febbre alta
- **Vecchio**: nessun sintomo dichiarato, perdita di appetito, confusione mentale

manifestazioni di infezione nelle varie età

Variabilità indotta

■ Patologie croniche o situazioni di rischio

Posizioni culturali che mutano con:

- dati scientifici (risultati di trial clinici)
- spinte del mercato (interessi industriali)
- sostenibilità economica (concedibilità di indagini diagnostiche o di farmaci da parte del SSN)

Elementi di incertezza e variabilità

- Soglie di normalità:
 - colesterolo e carte del rischio cardiovascolare
 - glicemia
 - valori della pressione arteriosa
- Screening
- Linee guida

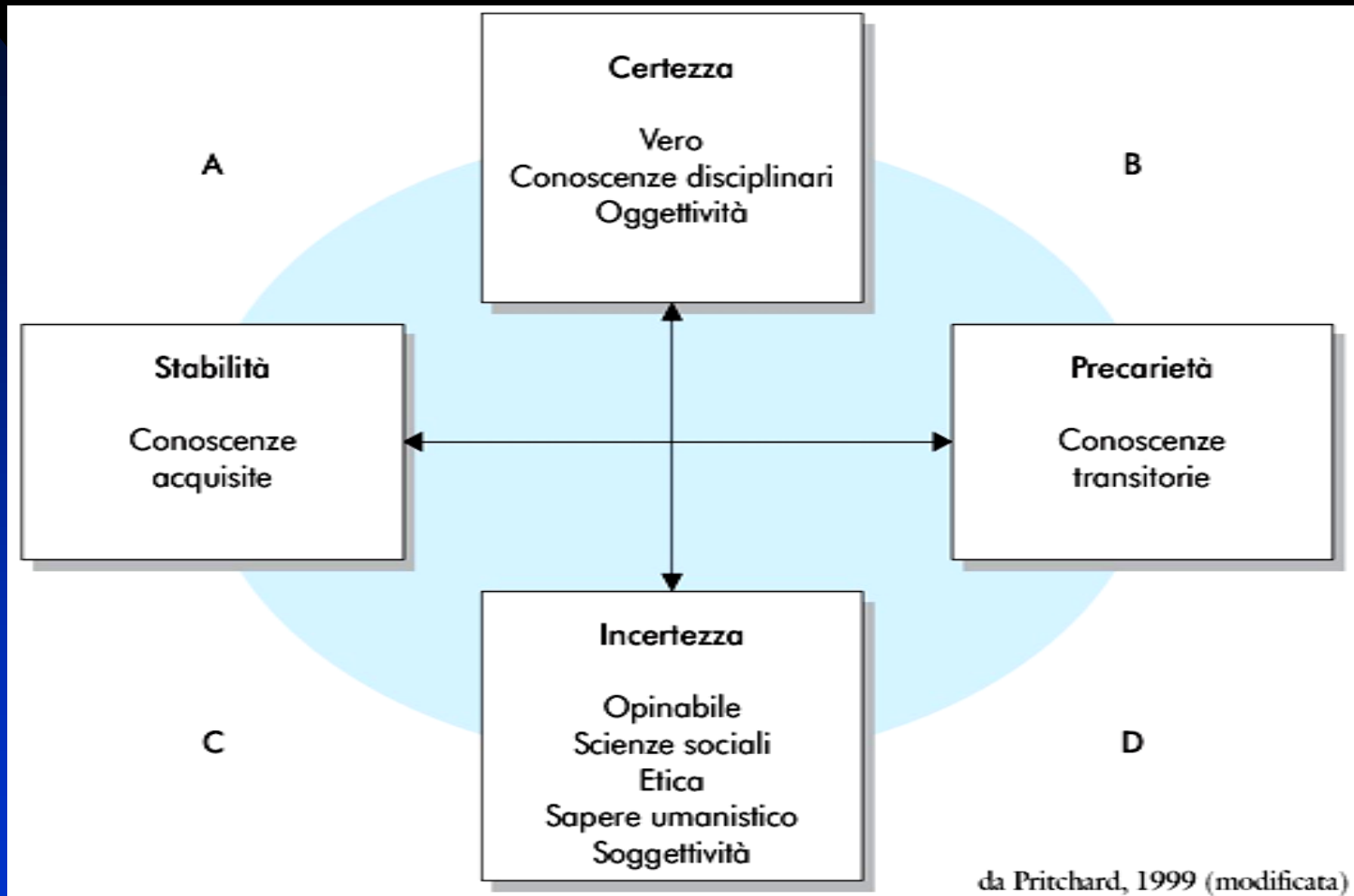
Il principio di “incertezza razionale”

“La conoscenza è una navigazione in un oceano di incertezze attraverso arcipelaghi di certezze” Edgar Morin

■ Irrazionalità:

- percezione di rilevanza di sintomi vaghi
- aspettative precedenti la consultazione
- emozioni che influenzano la consultazione

Il contesto decisionale



L'incertezza è appannaggio della medicina di famiglia?

- **Cosa c'è di diverso rispetto all'ospedale:**
 - I medici: lavoro in solitario vs in equipe
 - I pazienti: deambulano invece che essere costretti a letto
 - Le malattie: indefinite vs pre selezionate

Clinica v/s Ambulatorio

■ Clinica:

- interpretazione del bisogno del paziente per categorie oggettive, universali, immutabili nel tempo;
- corpo = repertorio di patologie
- paziente costretto a letto (kliné)
- maggior dipendenza emotiva
- malattie pre-selezionate

Clinica v/s Ambulatorio

- **Ambulatorio:**
 - paziente “deambulante”, cioè privo di costrizioni
 - disturbi indifferenziati (non sempre malattie) e fattori di rischio (prevenzione/invadenza)
 - conoscenza biografica del paziente

Fattori di variabilità nelle decisioni mediche

- * Contesto umano (contraddizioni tra istanze individuali e collettive)
- * Soggettività del medico
- * Relazione clinica con “terzi incomodi”

L'agenda del paziente negoziata con il medico

- Presentazione del problema di salute mediata dalle preoccupazioni in merito
- Ipotesi diagnostica del medico e pregiudizi sul paziente



- Ricostruzione negoziale del racconto

Giudizio clinico complesso

- **In condizioni teoriche sperimentali:** pazienti selezionati; sfondo pulito
- **Nella realtà:** molteplici confonditori (emozioni, priorità, presenza di più patologie)

Effetti del negoziato

- **Dissonanza cognitiva:** conflitto tra azione professionale suggerita dalla teoria e azione professionale effettiva
- **Tentativo di risolvere il disagio:**
 - sacrificio delle istanze del paziente alle ragioni dell'EBM
 - loro accoglimento, autoconvincendosi della scientificità dell'operato
 - tentazione autoritaria

“Incertezza razionale”

■ Razionalità:

- ricerca di spiegazioni coerenti
- apertura all'autocritica e alla verifica delle proprie teorie
- capacità di negoziare con l'irrazionale