

è stato speso bene: il tempo percepito non è quello segnato dall'orologio, che è pura convenzione.

I pazienti aggressivi e irragionevoli hanno una storia; i comportamenti, compresi quelli sgradevoli, hanno motivazioni.

Ogni buona relazione si fonda sull'esplorazione continua del mondo dell'altro e, in un contesto professionale, quest'intervento spetta al medico. Lo scarso ascolto e il mancato affiancamento che il medico stesso ammette producono risposte aggressive e simmetriche.

Non è qui possibile ipotizzare aggiustamenti per una relazione unica e irripetibile, oltre che dinamica e variabile, ma, in generale, si può affermare che ogni medico dovrebbe disporre di strumenti comunicativi sofisticati (non spontanei) come le abilità di counseling e l'uso strategico della narrazione.

Si deve cioè spronare al racconto la paziente:

- cosa sa o crede di sapere?
- cosa ha già provato a fare, e con che risultati?
- cosa trova difficile o impossibile fare?

- che correlazioni ritiene esistano tra i suoi disturbi e la sua vita quotidiana?

- cosa è per lei sostenibile e cosa non lo è?

Mentre sono sicuramente poco efficaci o negative alcune modalità comunicative quali l'eccesso informativo, le prescrizioni e i consigli non personalizzati, i giudizi di valore, gli atteggiamenti di contrapposizione o conflittuali, esiste invece un intervento tanto utile quanto poco messo in atto: la valorizzazione di qualsiasi aspetto del comportamento del paziente che possa essere descritto in modo positivo.

E' possibile, per esempio, che la signora, in presenza di un marito depresso, di un figlio in galera, di una nuora improvvidamente incinta, si consideri (e sia), a onta delle sue condizioni fisiche seriamente menomate, l'elemento forte della famiglia: qualche volta è sufficiente sottolineare e valutare positivamente un comportamento che nessuno riconosce, perché il clima relazionale cambi e si riesca a «ballare in due».

Non avviene sempre, certo, ma più spesso di quanto si pensi. ■

## Ma che avrà mai, questa Noemi?

***Occorre a volte che il medico rovesci il binocolo per avere una visione distanziata e panoramica della situazione di salute di un paziente che ha saturato i «recettori clinici» della mente con eccessivi input di carattere emotivo.***

Il geriatra Carlo Vergani sostiene che, mentre, di norma, nell'adulto giovane la molteplicità dei sintomi può e deve essere ricondotta a un unico processo patologico, nell'anziano (e, ancor più, nel grande anziano) essa rivela invece la varietà di condizioni patologiche che affollano gli ultimi anni della vita di

alcune persone, sommandosi le une alle altre. Spesso, al medico di famiglia che prende in cura un paziente già avanti con gli anni non è facile distinguere un processo di stratificazione di malattie diverse con uno stato di sedimentazione di sintomi e disturbi già presentati tutti insieme in un periodo precedente.

La vicinanza, la frammentarietà reiterata degli incontri, il coinvolgimento emotivo, che sono i punti di forza del rapporto con l'assistito, possono contemporaneamente diventare un limite alla comprensione dell'unitarietà delle malattie: se ne rende probabilmente conto il collega che racconta la storia di Noemi e che perciò decide, ►►

**Simonetta Pagliani**  
*Occhio Clinico*

finalmente, di portarsi a casa l'oggettività (relazioni, referti e diario clinico) della donna, lasciando in ambulatorio la soggettività del loro filtro sentimentale, in questo caso negativo: l'antipatia personale.

Astratta delle sue pretese rancorose e così difesa dalle istintive reazioni di negazione o sottovalutazione, questa donna appare per quello che è, un coacervo di mali percepiti e verificabili: dermatiti, porpora, ematuria, dispnea, dolori articolari e toracici, ipertensione, dismetabolismo.

Si tratta non solo di reiterate sfide alla competenza del curante e di provocazioni alla sua pazienza, ma di tessere sparse nella cartella clinica in attesa di collocazione in un puzzle che riveli una forma, un disegno, un significato: un «nome», cioè, che pacifici definitivamente paziente e medico e dia una direzione al percorso terapeutico.

Insomma, il medico di Noemi si pone, finalmente, nella prospettiva di una diagnosi differenziale.

### Mettere in rete sintomi e segni

Il collega cerca nel suo *Harrison*, fido depositario e nascondiglio di verità che però devono essere, quanto meno, sospettate.

Di recente il *BMJ* (Tang 2006) ha pubblicato la suggestiva tesi che basterebbe immettere in un motore di ricerca internet come Google la lista dei segni per far uscire la (le) diagnosi; provandoci con Noemi, escono, in effetti, possibili soluzioni che è istruttivo verificare.

Potrebbe, per esempio, trattarsi di sarcoidosi? Si tratta di una malattia sistemica, a patogenesi immunitaria ed eziologia ignota che, se colpisce di preferenza entro i 40 anni, non disdegna neppure i più anziani. Tutti gli organi possono essere interessati: le lesioni prevalenti sono al polmone, ma anche oculari, cutanee, neurologiche, delle prime vie aeree e, più raramente, renali e cardiache.

Nella sarcoidosi subacuta ci sono sintomi generali come febbre, affaticamento, anoressia e perdita di peso, tosse, dispnea e dolore retrosternale. La cosiddetta sindrome di Lofgren prevede anche poliartralgie (25-50 per cento dei casi), con dolore a carico delle grandi articolazioni, spesso a carattere migrante, in associazione con eritema nodoso e linfadenopatia ilare bilaterale.

Nella sarcoidosi si può avere ridotta funzio-

ne del ventricolo sinistro, aritmie e disturbi della conduzione, pericardite e scompenso cardiaco. Non esistono test patognomonici per la malattia: la diagnosi si fonda sull'associazione di dati clinici, radiologici e istologici. In genere si eseguono biopsie polmonari transbronchiali mediante broncoscopia a fibre ottiche: bisogna dimostrare la presenza di granulomi non caseosi, che peraltro si riscontrano anche in altre affezioni.

### E se fosse una connettivite?

Noemi ha i dolori articolari (che nelle connettiviti si associano spesso a polimiosite e astenia), i quasi patognomonici disturbi funzionali dell'esofago, le chiazze dermiche.

In una minoranza di casi di malattie del connettivo (meno del 10 per cento) si può instaurare un'insufficienza renale progressiva. Per fare la diagnosi sarebbe necessario misurare il titolo degli anticorpi antinucleari (ANA), che in quasi tutti questi pazienti è superiore a 1 su 1.000, con un pattern di fluorescenza punteggiata e degli anticorpi anti-antigene nucleare estraibile (ENA), spesso superiore a 1 su 100.000. Stando a ciò che riferisce il collega, nella cartella della signora Noemi, però, questi esami non compaiono. Eppure, se è vero che Noemi ha scatenato la fantasia dei dermatologi che l'hanno visitata, le ipotesi fatte (con esclusione forse della porpora di Bateman, che è una dermatosi attinica collegata all'invecchiamento della pelle) danno indicazioni in senso autoimmune.

### Forse, però, è una patocollezionista

In alternativa, si può sposare la tesi del collage patologico: Noemi, invecchiando, ha collezionato le alterazioni cutanee senili e l'artrosi generalizzata. Le cure cortisoniche hanno portato una vasculite con fenomeni di porpora e resistenza all'insulina; i FANS hanno ritenuto liquidi, sovraccaricato il circolo, peggiorando l'ipertensione e danneggiando il rene e l'anemia è il prodotto dell'insufficienza renale cronica.

In una storia come questa, sullo scoglio relazionale si è infranto anche il giudizio clinico, poiché non è governato dall'accettazione di quanto la paziente dice, dalla fiducia nelle sue valutazioni, dal proposito di guarirla: in una parola, dall'empatia. ■

### Bibliografia

Tang H. Googling for a diagnosis – use of Google as a diagnostic aid: internet based study. *BMJ* 2006; 333: 1143.