

Rapporti tra attività clinica e ricerca scientifica
Riflessioni in ambito geriatrico

Prof. Massimo Palleschi

Ci si può chiedere se la Medicina sia una scienza vera e propria, cioè una scienza esatta, paragonabile a quella che è ad esempio la chimica o la fisica, o se non vada considerata più propriamente come la disciplina, la pratica clinica, rivolta a migliorare la salute e a curare le malattie. La seconda definizione è la più valida, tenendo presente però che la Medicina è basata comunque su fondamenti scientifici.

Lo svolgimento della professione medica non può prescindere dall'acquisizione di una mentalità scientifica. Come ha affermato molto efficacemente il farmacologo Silvio Garattini nella sua autobiografia, "Silvio Garattini, il guerriero gentile"(1), credere nella scienza vuol dire dotarsi di uno strumento utile ad avvicinarsi alla verità. La riproducibilità di un evento è ciò che avvicina la scienza al vero.

*In Medicina, come nelle altre scienze, un obiettivo rilevante è costituito dalla Ricerca che può essere distinta in **Ricerca di base o Ricerca pura o fondamentale e Ricerca applicata o Ricerca Clinica.***

Quest'ultima ha per oggetto di studio il paziente ed in particolare la conferma della validità degli interventi rivolti a migliorare la risposta terapeutica.

*Tra la ricerca di base e quella clinica vi è una specie di ponte, **la ricerca traslazionale**, che consente di utilizzare nel modo migliore*

le scoperte dei ricercatori.

*In tutti e due i tipi di ricerca (ricerca di base e ricerca applicata), quando si imposta un lavoro scientifico, il primo aspetto preso in considerazione è ciò che viene chiamato **il razionale della ricerca**. Si tratta, partendo da alcune premesse, di formulare un quesito e di tracciare le vie di sperimentazione più utili a risolverlo.*

La ricerca di base si svolge senza obiettivi pratici diretti, ma è rivolta alla comprensione dell'essenza dei fenomeni biologici osservati, come può essere ad esempio il meccanismo molecolare che sta alla base di un determinato evento biologico o di una malattia.

Alla ricerca di base si dedicano generalmente “gli scienziati veri e propri”, non i clinici che quando si dedicano alla ricerca la svolgono per lo più nel settore di quella applicata.

Una quota significativa dei clinici non svolge comunque alcuna attività di ricerca, pur potendosi trattare di ottimi professionisti. Questa distinzione che ho riportato non ha un valore assoluto, essendo la tipologia delle conoscenze, delle impostazioni concettuali, delle competenze e degli interessi non a compartimenti netti e invalicabili.

Significativa al riguardo può essere l'analisi della disciplina di appartenenza dei Medici vincitori del Premio Nobel.

*I vincitori dei Premi Nobel per la Medicina generalmente non sono dei clinici, ma genetisti, biochimici, fisiologi, immunologi, patologi generali, ecc., cioè Medici dediti alla ricerca di base. Non è casuale il fatto che il Nobel si chiami ufficialmente premio Nobel **per la fisiologia** e la medicina. I risultati delle loro ricerche sono*

stati spesso utili per le più diverse applicazioni cliniche, senza esserne state necessariamente il loro obiettivo diretto.

*Queste osservazioni riflettono la distinzione in ambito medico tra il sapere e il saper fare, tra **scienziati e professionisti**, tra teorici ed esperti. Non vi è dubbio comunque che per esercitare l'attività clinica ad un livello elevato è necessario non solo conoscere adeguatamente la realtà clinica, ma essere in possesso di un' ampia ed approfondita serie di dati scientifici.*

Giova qui ricordare la famosa frase di Leonardo da Vinci: "Quelli che s'innamoran di pratica senza scienza son come 'l nocchiero ch'entra in navilio senza timone o bussola che mai ha certezza dove si vada".

Nei riguardi dei rapporti tra valenza clinica e attitudine alla ricerca vi è una scarsa corrispondenza. Ad esempio il prof. Cesare Frugoni, forse il maggiore clinico medico del secolo scorso, non è stato uno scienziato vero e proprio, non è stato l' ideatore di ricerche ad ampio respiro, né è stato l'autore di "scoperte" che hanno lasciato una traccia, ma ha acquisito un posto privilegiato nella storia della Clinica Medica per la sua erudizione nel campo della Medicina, per la grande esperienza clinica, per la sua attitudine al ragionamento clinico, per l'eccezionale capacità diagnostica e per i suoi requisiti nell'ambito dell'empatia con il paziente.

Attualmente il prevalere di elementi obiettivi, sperimentali, riproducibili, con l'introduzione anche di metodologie strumentali sempre più perfezionate e precise, ha ridotto il valore della "Observatio clinica" e persino della "Ratio", del ragionamento

clinico.

Tutto questo però non deve indurre a ritenere che i metodi analitici, basati su dati rigorosamente sperimentali, abbiano sostituito l'osservazione clinica che va considerata come insostituibile punto di partenza ed elemento centrale di tutta la strategia diagnostica.

*Se poi dalla diagnosi passiamo alla terapia, comprensiva della gestione e dell'assistenza al malato, il discorso si complica nel senso che la **Medicina basata sull'evidenza** non esaurisce questa problematica ed appare sempre più indispensabile anche il riferimento alla **Medicina basata sulla narrazione**.*

***La Geriatria**, più ancora di altre discipline mediche, non può essere compresa nell'ambito delle scienze esatte, **essendo più forti i suoi coinvolgimenti con le scienze umane**.*

I problemi della solitudine, dell'istituzionalizzazione, dell'accanimento terapeutico, tanto per fare degli esempi, non possono essere non dico risolti, ma neppure discussi, con metodi esclusivamente scientifici che includono una verifica sperimentale diretta.

*Analizzando il significato essenziale della medicina clinica e quindi implicitamente i suoi rapporti con la scienza e la ricerca, può emergere il concetto di **Arte** applicato alla Medicina.*

Il grande clinico Osler (sir William Osler, 1849-1919) affermava che “se non fosse per l'estrema variabilità degli individui la Medicina sarebbe una Scienza e non un'Arte”.

L'opinione prevalente attuale ritiene che la denominazione di Arte riferita alla Medicina clinica dovrebbe essere definitivamente

archiviata. Infatti nello studio degli eventi biologici e nelle valutazioni cliniche si applicano tecnologie di alto valore scientifico e specifiche metodologie statistico-matematiche che sono caratteristiche della **Scienza** (2) e che poco o nulla hanno a che fare con l'arte.

Ma tutto questo non impedisce di ritenere che un **Malato** sia un soggetto non solo affetto da una malattia, ma una persona sofferente della quale vanno analizzati oltre gli elementi di carattere biologico-clinico, anche quelli di ordine spirituale, psicologico e soggettivo.

Potremmo anche aggiungere che in clinica le Linee Guida rappresentano la Scienza, mentre l'Arte è saper interpretare la realtà con il singolo malato. Con questo approccio alla Medicina, e soprattutto alla Geriatria, il concetto di **Arte** sembra meno ingiustificato.

Un'ultima riflessione riguarda il confronto tra **Medicina accademica, universitaria e Medicina ospedaliera**, soprattutto riferito al settore geriatrico.

Non vi è dubbio che la Medicina universitaria sia rivolta maggiormente verso la ricerca e la didattica, quella ospedaliera verso la clinica e l'assistenza. Questo rilievo non dovrebbe costituire alcun motivo di conflittualità tra Medici universitari ed ospedalieri, piuttosto dovrebbe favorire un arricchimento delle possibilità scientifiche da parte ospedaliera e di quelle assistenziali da parte universitaria.

Personalmente ritengo che l'aspetto rivoluzionario della Geriatria non sia di ordine scientifico: la ricerca non assume caratteri

peculiari e metodologie diverse di impostazione a seconda dell'età dei malati, è la tipologia assistenziale che ha una valenza così diversa da quella tradizionale da incontrare ancor oggi resistenze feroci. In altri termini l'aspetto più peculiare della Geriatria è quello clinico-assistenziale, proprio il settore al quale si dedicano i Geriatri ospedalieri.

Comunque anche il settore della ricerca clinica può essere rigogliosissimo in Geriatria. Molto poco indagato è lo straordinario miglioramento dello stato funzionale del vecchio odierno rispetto ad epoche precedenti.

*Si insiste molto nella medicina accademica ed anche nella pubblicistica divulgativa, sul relevantissimo aumento della durata della vita (circa raddoppiata rispetto agli inizi del 1900), meno su **un'altra rivoluzione, quella riguardante la maggiore efficienza** che consente a numerosi ultraottantenni e a non pochi ultranovantenni di condurre “una vita quasi normale”.*

La spiegazione che quasi sempre viene data sulle migliori performances dei vecchi attuali si riferisce ai cambiamenti di numerosi fattori (alimentazione, maggiore e più equilibrata attività fisica, migliore ambiente lavorativo, contenimento dei danni provenienti dalle malattie, ecc.), ma non si può escludere che vi possano essere altre ragioni più “essenziali”, più “strutturali” non ancora identificate in grado di “produrre” soggetti meno fragili, più vitali, oserei dire “meno vecchi”.

La Ricerca in Geriatria potrebbe fornire in futuro spiegazioni e dati più attendibili sulle rilevanti modificazioni funzionali e comportamentali del genere umano con il progredire dell'età,

dando pertanto migliori spiegazioni non solo sui motivi della prodigiosa longevità conquistata, ma anche su quella che appare come “una maggiore vitalità”.

Un ultimo aspetto dei rapporti tra ricerca e clinica geriatrica riguarda l'epidemiologia. E' auspicabile che il Geriatra sia esperto anche in ambito epidemiologico.

L'identità della Geriatria passa anche attraverso le differenze presenti in ogni malattia tra il giovane e il vecchio.

Il contributo che la vecchiaia dà a ciascuna malattia, anche in termini di frequenza nelle varie decadi e soprattutto nel grande vecchio, dovrebbe essere uno dei temi più indagati della ricerca geriatrica. A parte il bel libro di Senin, Bartorelli, Salvioli(3), non mi risulta che la letteratura sia ricca in questo specifico settore.

Bibliografia

- 1. Silvio Garattini con Roberta Villa, Il Guerriero gentile, Solferino, Milano, 2019*
- 2. Giorgio Cosmecini, La Medicina non è una scienza esatta. Raffaello Cortina Editore, 2008.*
- 3. Senin U., Bartorelli L., Salvioli G.: I grandi vecchi: curare ancora: Epidemiologia, pratica clinica, assistenza. Carocci Editore, 2013.*