

3. Eccesso diagnostico versus inapproprietezza

Il titolo di un congresso tenutosi a Bologna lo scorso 3 dicembre è decisamente evocativo "To see or not to see"(1) con riferimento agli esami diagnostici, prognostici e predittivi. Perché porsi il dilemma di vedere o non vedere quanto la diagnostica strumentale ci offre? L'adagio popolare "prevenire è meglio che curare" va considerato con spirito critico alla luce di quello che stiamo sperimentando in Occidente:

- l'abbassamento della soglia di malattia individua condizioni progressivamente meno suscettibili di trattamento efficace e più diffuse nella popolazione (ad esempio, diabete mellito 2, ipertensione, ipercolesterolemia, osteoporosi);(2)
- l'uso della tecnologia diagnostica in modo esteso, spesso in assenza di una chiara ipotesi verificabile, apre il varco a reperti accidentali che vanno poi adeguatamente valutati a loro volta divenendo un problema interpretativo (ad esempio, lesioni ischemiche cerebrali nella RMN encefalo di soggetti emicranici);(3)
- gli screening nei soggetti asintomatici non sono affatto esenti da effetti indesiderati e la loro efficacia può essere messa in dubbio (ad esempio, falsi positivi nello screening mammografico).(4)

La definizione di overdiagnosis riportata da Gilbert Welch e collaboratori (5) considera quanto riportato negli ultimi due punti, ovvero l'individuazione di una lesione o condizione che, se fosse restata sconosciuta, non avrebbe modificato la durata e la qualità della vita dell'individuo. Il libro citato ha un titolo anch'esso evocativo che si può rendere in italiano come "Procurare la malattia nella ricerca della salute". Il volume offre un'estesa documentazione scientifica, in stile attraente e divulgativo, di come la determinazione a cercare la diagnosi precoce ed eliminare il margine d'incertezza in medicina comporti veri e propri effetti indesiderati rappresentati da attese deluse, danni da procedure invasive ed incremento dei costi sanitari.

Dell'efficacia degli screening in soggetti sani si è occupata una Cochrane review pubblicata lo scorso ottobre che ha confrontato mortalità e altri esiti significativi per i pazienti (la comparsa di malattia, eventuale ospedalizzazione, ansia, percezione soggettiva delle proprie condizioni e costi) fra soggetti sottoposti allo screening e soggetti non sottoposti.(6) Sono stati inclusi studi randomizzati con più di un intervento finalizzato ad individuare più di una malattia o di un fattore di rischio connessi a più di un organo in ambito cardiovascolare o neoplastico, in assenza di qualunque selezione dei trattati rispetto ai fattori di rischio. Sono stati esclusi gli studi su popolazione esclusivamente geriatrica. Gli interventi negli studi considerati erano questionari, esami fisici, ematochimici e sulle feci, indagini radiologiche, valutazione dei fattori di rischio cardio-vascolare. Dei 16 studi individuati, 14 (con un totale di 182.880 partecipanti) hanno fornito dati per l'analisi statistica; il rischio relativo di morte è stato calcolato dello 0,99; ovvero, stando a questi dati, vi è una limitata possibilità d'errore nell'affermare che gli interventi condotti non hanno determinato nessuna differenza rispetto alla morte nella popolazione sottoposta allo screening rispetto a quella non sottoposta. Circa gli altri esiti non sono state notate differenze, oppure queste non erano riportate dai ricercatori degli studi selezionati. La conclusione degli Autori della revisione è che screening con tali caratteristiche è improbabile che siano di qualche utilità.

Nella pratica clinica quotidiana la pleora di valutazioni diagnostiche strumentali ci sta parassitando e rende ambigua la relazione paziente-medico. Per i medici è difficile ammettere che ragioni diverse dall'approfondimento diagnostico, come tutela medico-legale, ansia e insicurezza personale, adeguamento ad abitudini consolidate, giochino un ruolo, così come spiegare le ragioni tecniche per negare un'indagine direttamente richiesta dal paziente documentatosi in internet. Spesso al medico vengono poste domande cui seguono di necessità risposte parziali e non definitive, lontane dal semplicistico affidamento alla tecnologia che i mass media diffondono. Se l'assunzione di responsabilità da parte del medico può porre fine ad un iter diagnostico, non può, però, eliminare qualunque margine d'incertezza la cui accettazione è il vero problema. Nella prevenzione, nella diagnosi precoce, nell'interpretazione

dei reperti occasionali, nell'iterazione degli esami, l'ammissione dell'incertezza ineliminabile quanto è accettata dai consumers?(7) Quest'ultimo termine usato in ambito sanitario è quanto mai sintomatico: rende anche a noi italiani l'idea del soggetto consumatore di beni anche se questi sono prestazioni diagnostiche o trattamenti. Questa logica consumistica ce la possiamo permettere? Oppure l'appropriatezza è strettamente correlata alla sostenibilità dei sistemi sanitari pubblici?

1. To see or not to see, il futuro degli esami diagnostici, prognostici e predittivi, Bologna, 3 dicembre 2012, congresso organizzato dalla Regione Emilia Romagna, Servizio Sanitario Regionale, e dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale.
2. Gilbert Welch, Lisa M. Schwartz e Steven Woloshin. *Overdiagnosed: Making People Sick in the Pursuit of Health*. Beacon Press, Boston USA, 2011, pag 15-31
3. Colombo B, Libera D, Comi G. Brain white matter lesions in migraine: what's the meaning? *Neurological Sciences* 2011;32(Suppl 1):S37-S40
4. Gøtzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 1
5. Gilbert Welch, Lisa M. Schwartz e Steven Woloshin. "Overdiagnosis occurs when individuals are diagnosed with conditions that will never cause symptoms or death. (...) In other words, overdiagnosis can occur when a doctor makes a diagnosis in a person who has no symptoms referable to the condition. (...) The trouble is that we doctors don't know if an individual has been overdiagnosed unless that person forgoes treatment, lives the rest of his or her life symptom free, and dies from some other cause." Op. cit. Introduction
6. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhoj Larsen C, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 10
7. Congedo M, Gasparini M, Marcello N, Marogna M, Pucci E, Tarquini D, Tiezzi A, Zullo S per il Gruppo di studio in Bioetica e Cure Palliative della Società Italiana di Neurologia. L'eccesso diagnostico. Comunicazione insufficiente, diagnosi precoci e reperti occasionali. *La Neurologia Italiana*, 2012, anno VIII