

EVIDENCE BASED MEDICINE

Epidemia di diagnosi e overtreatment

Riuniti attorno a un tavolo, un gruppo di individui ignoti ai più sta decidendo della sorte di milioni di persone. La discussione è stata lunga e non priva di asprezze e ha visto entrare in gioco interessi finanziari e corporativi. La decisione però è stata presa e la conseguenza sarà che il giorno successivo milioni di sani si ammaleranno improvvisamente. E avranno bisogno di cure.

Benché quanto appena narrato sia descritto in un libro, non si tratta del frutto della fantasia di Ian Fleming o di uno scrittore di fantascienza, perché è qualcosa di realmente accaduto. Ce ne racconta il dottor **Gilbert Welch**, insieme ai colleghi Schwartz e Woloshin, nel libro *Over diagnosed - Making people sick in the pursuit of health* (Beacon Press), poco più di 200 pagine in cui ci viene spiegato che ci troviamo nel mezzo di una epidemia di diagnosi, le cui conseguenze sono trattamenti inutili e spesso dannosi per il paziente (*overtreatment*).

Nella loro brillante trattazione gli autori ricorrono di frequente a storie individuali esemplificative come quella di Brian Mulroney, ex primo ministro canadese che nel 2005 durante un check-up di routine venne sottoposto a una Tac spirale. La capacità dello strumento di generare immagini estremamente dettagliate permise di evidenziare la presenza di alcuni noduli localizzati ai polmoni, che vennero rimossi chirurgicamente a causa della potenziale natura maligna. A causa dell'intervento l'uomo si ammalò di pancreatite e per questo venne trasferito in un reparto di terapia intensiva dove rimase per un mese e mezzo. Alcune settimane dopo essere dimesso dovette sottoporsi a un nuovo intervento per rimuovere una cisti che si era sviluppata intorno al pancreas, conseguenza della pancreatite. Altro mese di ricovero. Nel frattempo l'esame istologico aveva stabilito la assoluta benignità dei noduli polmonari. Tanta sofferenza

(e spese mediche) per nulla. La tesi del libro sta tutta in questa storia: spingersi troppo nella ricerca delle malattie non è sempre una buona idea, dal momento che non di rado può avere come unico risultato cure inutili (nella migliore delle ipotesi) o dannose. Il messaggio è contro intuitivo e gli autori ne sono consapevoli perché, da medici, conoscono quanto sia difficile spiegare a un paziente e a un collega che una diagnosi precoce non è per definizione una buona cosa e che lo stesso può valere addirittura per una diagnosi *tout court*.

Benché ricorra frequentemente ad aneddoti come quello del politico canadese, capaci di rendere reali le disavventure a cui può andare incontro una persona vittima di *overdiagnosis* (che in italiano potremmo tradurre con "eccesso di diagnosi"), il libro ha solidissime basi scientifiche e altrettanto frequentemente ricorre a risultati di studi clinici molto importanti, illustrati con linguaggio facilmente comprensibile anche per chi è digiuno di ricerca medica.

Storia esemplare sul rischio di eccesso di diagnosi è quella che riguarda i milioni di maschi che negli ultimi 25 anni si sono sottoposti all'esame del Psa. La vicenda è molto lunga e difficile da riassumere in poche righe. Possiamo però cominciare dalla fine citando un articolo comparso poche settimane fa sull'autorevole *New England Journal of Medicine*: «dopo aver completato una rigorosa revisione delle prove disponibili, la [Us Preventive Service] Task Force ha deciso di esprimersi contro lo screening mediante Psa, concludendo che esiste una moderata o elevata certezza che questo intervento non abbia benefici o che i danni possano superare i benefici».

La misurazione del *prostate specific antigen* (Psa) è un esame che avrebbe dovuto contribuire a ridurre le morti da tumore alla prostata (uno tra i più comuni nel maschio), facilitandone una diagnosi molto

precoce. In seguito a studi che hanno arruolato centinaia di migliaia di uomini e ai dati epidemiologici di incidenza e mortalità della malattia, oggi sappiamo che, a causa di questo test, sono stati trattati pazienti a cui il tumore della prostata non avrebbe mai procurato alcun problema, cosa che invece hanno fatto le cure. I morti quindi non sono diminuiti, ma sono aumentati i pazienti sottoposti a biopsie ripetute, radioterapia, chirurgia radicale e conseguente rischio di impotenza e incontinenza, senza contare l'ansia e il malessere provocati da una diagnosi di cancro. In questo caso l'eccesso di diagnosi è conseguenza del fatto che una porzione significativa dei tumori individuati con il test, benché maligni da un punto di vista istologico, non lo erano nel comportamento clinico, dal momento che, vuoi per la loro natura indolente, vuoi per l'età dei pazienti, non si sarebbero mai manifestati.

Come dire che esistono tumori maligni che è meglio non curare, una considerazione per cui la maggior parte dei medici e pazienti forse non è ancora pronta.

Ma il tumore della prostata non è l'unico a rischio di eccesso di diagnosi, perché nel libro si discute di tumore alla tiroide e di mammografia e del fatto che per ogni 2.000 donne sottoposte per 10 anni a screening per il tumore della mammella, si evita una morte, a 10 donne viene fatta una diagnosi inutile e 200 soffrono per l'ansia legata a un risultato falsamente positivo del test.

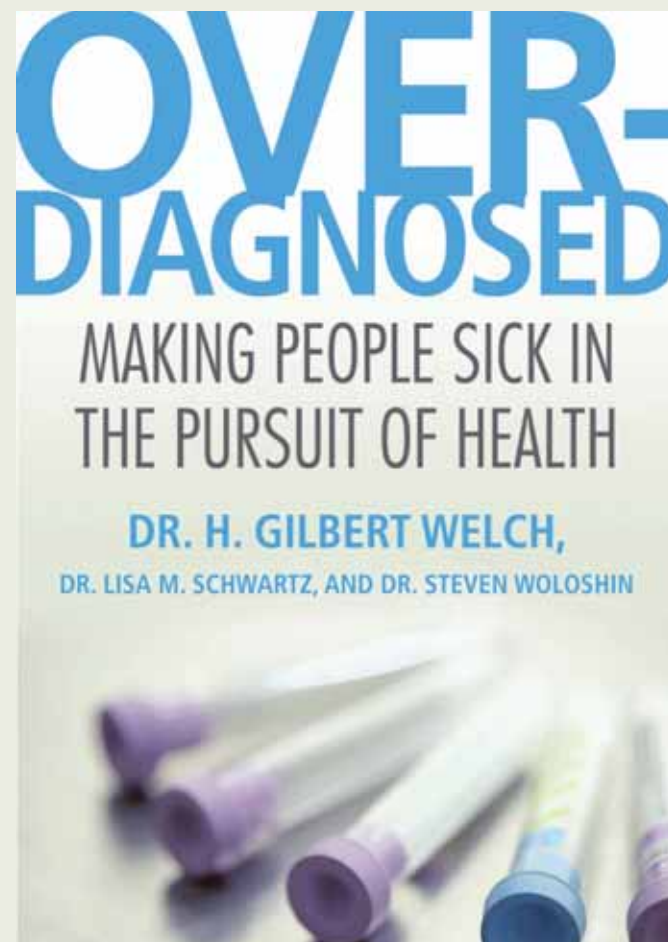
L'eccesso di diagnosi non riguarda solo i tumori, perché il sillogismo secondo cui più diagnosi significa più trattamento, e più trattamento determina più salute, è ritenuto valido per tutte le malattie, esponendo qualsiasi disciplina medica al rischio di *over diagnosis* e tutti i cittadini sani a quello di essere trasformati in pazienti che necessitano di cure per sinusiti inesistenti, menischi solo apparentemente danneggiati, gravidanze a ri-

schio che a rischio non sono, ictus che non fanno danni e aneurismi aortici innocenti.

L'eccesso di diagnosi può anche essere stabilito a priori e qui torniamo alla storia dell'inizio. Chi sono i responsabili dell'improvviso ammalarsi di milioni di cittadini? Non sono terroristi, ma medici e non medici comuni, ma i più autorevoli esperti di diabete (o ipertensione o iperlipidemia o osteoporosi) che negli ultimi vent'anni, cambiando i criteri diagnostici hanno, dal mattino alla sera, trasformato in malati soggetti che il giorno prima erano assolutamente sani. I numeri sono impressionanti (vedi tabella in questa pagina). Difficile dire se i nuovi pazienti abbiano avuto un qualche beneficio dal loro cambio di condizione. Sicuramente ne ha avuti l'industria farmaceutica (e forse non è un caso che in tutte le commissioni sedessero numerosi esperti legati a doppio filo a Big Pharma).

La virtù principale del libro è di provocare e sollevare dubbi, mettendo in crisi idee e talvolta paradigmi del pensiero medico. È uno di quei libri che tra trent'anni potrebbe essere visto come seminale, ma che merita di essere letto adesso perché, si venga o meno convinti dalle tesi degli autori, non può non suscitare riflessioni profonde sulla malattia e la medicina. E non è poco.

Giovanni Lodi
Università di Milano



Condizione	Prevalenza della malattia		NUOVI CASI	INCREMENTO
	Prima	Dopo		
Modifica del criterio diagnostico				
Diabete Glicemia a digiuno da 140 a 126	11.697.000	13.378.000	1.681.000	14%
Iperensione Sistolica da 160 a 140 Diastolica da 100 a 90	38.690.000	52.180.000	13.490.000	35%
Iperlipidemia Colesterolo totale da 240 a 200	49.480.000	92.127.000	42.647.000	86%
Osteoporosi (donne) T score da 2,5 a 2,0	8.010.000	14.791.000	6.781.000	85%

► Effetti della modifica dei criteri diagnostici sul numero di statunitensi "ammalati" (da Gilbert Welch, *Over-diagnosed - Making people sick in the pursuit of health*. Beacon Press 2011)