

Approcci differenti

Secondo te, chi è il medico più bravo all'occhio dell'utente, quello che dichiara che il disagio/malattia non è grave o l'allarmista, quello che prefigura la situazione più negativa possibile?

Io credo sia ritenuto più bravo l'allarmista.

Nel primo caso, infatti:

- se, dopo le sue cure, l'utente starà meglio, dirà che il medico non ha dovuto fare granché: si trattava di un piccolo malanno;
- se le cose andranno aggravandoci, invece, tutti quanti penseranno che il medico non è un buon professionista, in quanto non si era accorto che il sintomo era relativo ad un problema grave.

Prendiamo ora il medico allarmista. Il problema portato dall'utente è lo stesso di prima. Lui dirà che trattasi di cosa davvero problematica. Gli scenari successivi saranno quindi che:

- nel caso in cui la persona starà meglio, dirà che il medico che l'ha seguito l'ha guarito da una malattia grave e quindi è bravissimo;
- nel caso in cui le cose andranno peggiorando, tutti penseranno: *Il medico non poteva far nulla, la malattia era troppo grave! Anzi, è stato bravo ad accorgersene subito!*

Non vorrei che tu pensassi che io stia banalizzando circa l'importante lavoro svolto da un'intera categoria di professionisti o accusando indiscriminatamente persone serie e preparate. In questa sede, non posso che semplificare: mi serve solo darti buoni spunti di riflessione; non ci sono giudizi generali o risposte valide sempre e per tutti.

In definitiva, intendo sottolineare che, vista la cultura imperante, al medico conviene stare sulla difensiva, diagnosticando e illustrando sempre il peggior scenario possibile.

Ti invito poi a riflettere su quest'altro punto: il malato è etichettato: ha una malattia che, dal momento della diagnosi, lo ferma in una sorta di foto istantanea.

L'etichetta è comoda e funzionale solo in una società come la nostra, votata alla standardizzazione e al *marketing*.

E, in effetti, a molte patologie si attribuiscono nomi ad effetto, spesso... paurosi.

Etichettare è controproducente ma, soprattutto, errato: nulla nel nostro corpo (come nell'intero universo) è fermo e statico: tutto è in un processo che evolve; anche tutto ciò che crea lo squilibrio che si manifesta nel sintomo è un processo.

Overdiagnosis (Sovradiagnosi)

La domanda iniziale, apparentemente giocosa o canzonatoria, ha, invece, un risvolto molto concreto e ben conosciuto nell'ambiente medico.

Il fatto di diagnosticare condizioni morbose più gravi del reale è cosa tanto risaputa da avere un nome: si parla di *overdiagnosis* o *sovradiagnosi*.

È interessante la frase della dott.ssa Laura Esserman nell'articolo *Overdiagnosis and Overtreatment in Cancer. An Opportunity for Improvement* (Jama, 2013): *Il carcinoma duttale in situ non è cancro; perché allora lo chiamiamo cancro? Noi terrorizziamo le donne facendo credere che col carcinoma duttale in situ hanno il cancro.*

Capiamo meglio di cosa si tratta, prendendo in prestito concetti tratti dai capitoli del libro *Sovradiagnosticati. Fare ammalare le persone nel perseguire la salute* di Welch, Schwartz e Woloshin (Beacon press, 2011).

La sovradiagnosi, quindi, è il diagnosticare una condizione morbosa, attribuendole una gravità che in realtà non ha.

Può riguardare moltissime malattie ma assume effetti devastanti nelle diagnosi precoci eseguite nei programmi pianificati di *screening* di massa su soggetti asintomatici, con sintomi lievi o vaghi e, soprattutto, su soggetti sani.

In Italia, questo tema resta ancora un tabù, qualcosa di cui non si deve parlare al grande pubblico. In molti Paesi europei, i programmi di screening, spesso appoggiati dallo Stato, nascondono agli utenti quello che è il loro fine principale, la sovradiagnosi e il conseguente sovratrattamento.

Il libro di Welch et al. consente un approccio semplificato alla questione, offrendoci la possibilità di comprendere un tema fondamentale.

Interessante ed indicativo il capitolo che tratta il caso più netto e chiaro di sovradiagnosi: lo *screening* per il cancro alla prostata.

Negli USA, dal 1986 al 1992, il tasso di diagnosi di cancro della prostata è quasi raddoppiato in concomitanza con l'introduzione dello *screening* per il cancro della prostata con il PSA¹.

¹ È un enzima, appartenente alla classe delle idrolasi, che viene prodotto dalla prostata.

È plausibile pensare che, se il tasso di diagnosi positive aumenta, e se si tratta davvero di cancro, aumenterà anche il tasso di mortalità per quel cancro. Invece la mortalità per il cancro alla prostata è rimasta sostanzialmente stabile; mentre l'incidenza di diagnosi è passata da meno di 100 per centomila nel 1975 a oltre 225 per centomila nei primi anni Novanta.

Inoltre, se lo *screening* fosse solo una diagnosi precoce di cancro autentico, il numero totale di individui diagnosticati sarebbe costante; invece, dopo l'introduzione dello *screening*, Welch stima un incremento di cancri della prostata, o meglio, delle etichette con questa diagnosi, di due milioni di persone in USA tra il 1975 e il 2005.

Diagnosticare un male futuro per poi affermare di averlo evitato con un proprio intervento dà la sensazione di una sorta di gioco di prestigio: se nulla rileva dalle analisi successive, l'oncologo potrà dire che la sua azione ha salvato il cliente e che, grazie al suo intervento, il problema è stato sventato appena in tempo. La questione problematica è che la persona a cui venga diagnosticato un cancro, difficilmente metterà in dubbio una simile diagnosi se non acquisisce una nuova visione dei processi biologici che lo regolano e delle cause, strettamente personali, che lo hanno condotto al sintomo o alla malattia (ammesso che, in questo caso, di malattia si tratti!).

Le stesse istituzioni preposte hanno ammesso che lo screening ha portato un enorme problema di sovradiagnosi: l'*American Cancer Society* ha ammesso a posteriori che *la ricerca non ha ancora provato che i potenziali benefici dello screening superano i danni del test e del trattamento*, invitando a limitare lo screening ai soli pazienti sintomatici. Le conseguenze psicologiche, sociali e fisiche di una falsa diagnosi di cancro su una persona sana possono essere davvero gravi. Uno studio ha mostrato che, entro un anno dalla diagnosi di cancro della prostata, i rischi di suicidio e di attacco cardiaco mortale raddoppiano.

Oltre al fatto che la biopsia prostatica è dolorosa e comporta un certo rischio di sanguinamento e infezioni gravi, la sovradiagnosi ha portato, nella maggior parte dei casi, all'asportazione chirurgica della prostata e alla radioterapia. Le complicanze delle terapie possono essere molteplici: dall'impotenza all'incontinenza urinaria, da fistole tra il retto e la vescica a disturbi nella defecazione.

Per non parlare delle conseguenze del sovra-trattamento...

Insomma, i milioni di false diagnosi hanno avuto conseguenze molto gravi.

La sovradiagnosi predittiva punta a diagnosticare come malati il maggior numero possibile di soggetti. La prostata è tra gli organi che offrono questa opportunità a causa di variazioni biologiche che si sviluppano con una certa frequenza con il passare dell'età (ma non solo) e di altre modificazioni che, al microscopio, assomigliano a quelle del cancro conclamato.

Studi sull'anatomia microscopica dei tumori nelle autopsie, hanno rilevato queste modificazioni somiglianti al cancro in soggetti deceduti per altre cause, i quali non avevano mai saputo di averle: in uno studio fatto sulla prostata di soggetti morti per incidente, s'è visto che le modificazioni definite *neoplastiche iniziali* erano presenti nell'8% del campione.

Esisterebbero, quindi, dei processi che il corpo mette in atto (per svariati motivi che, attraverso il mio metodo, è possibile analizzare in modo dettagliato... lo vedremo in seguito) e che producono delle modificazioni, una classe di tumori² che non da mai segno di sé, tanto che i soggetti colpiti muoiono di vecchiaia o per altre cause.

Pertanto non andrebbero chiamati cancro.

Se, invece, le si va appositamente a cercare e le si chiamano "cancro", le cose cambiano radicalmente.

D. F. Gleason (1920-2008), il patologo che negli anni Sessanta formulò il più usato sistema di gradazione istologica del carcinoma della prostata, propose, in seguito, di rinominare *adenosi* (termine che evita connotazioni allarmanti) le forme da lui precedentemente classificate come *cancro a bassa e media aggressività*.

Ma non fu ascoltato; la parola *cancro* continua ad essere usata anche in modo ambiguo e insinuante, contribuendo ad inocularne la paura.

Fatte queste osservazioni e riportati alcuni dati di autorevoli studi, possiamo delineare, almeno per grandi linee, il funzionamento del sistema in cui viviamo:

1. Si inventano prodotti farmaceutici che costano poco ma che si potranno vendere a tanto;
2. Si inventano malattie o epidemie adatte e finalizzate all'utilizzo di quel prodotto;
3. Si inventano screening e campagne di prevenzione per attivare il progetto di overdiagnosis finalizzato a terrorizzare gli utenti e a creare la richiesta;

² Dal latino *tumor*, rigonfiamento, tumefazione. È un normale stadio del processo dell'infiammazione con cui il corpo si difende da un attacco; gli altri sono: calore (*calor*) della parte infiammata, arrossamento (*rubor*), dolore (*dolor*), alterazione funzionale (*functio laesa*).

4. Si producono e si pubblicano studi adatti a dimostrare che è necessario utilizzare il nuovissimo ed efficacissimo farmaco adeguatamente creato per quella malattia o epidemia;
5. Si crea una campagna pubblicitaria per sensibilizzare l'opinione pubblica della necessità di utilizzare il farmaco;
6. A questo punto, gli utenti iniziano a cercare il farmaco che li salverà, rivolgendosi ai medici anche per sintomi che magari prima avevano sempre avuto e non avevano tenuto in considerazione ma che ora attribuiranno a quanto detto nella propaganda su internet o in TV.

Intanto, i medici saranno formati in grandi eventi, con l'intervento di grandi autorità del settore.

Viste le circostanze, nessuno obietterà; come accade nella favola *I vestiti nuovi dell'imperatore*, nessuno oserà far notare che l'imperatore è nudo e, qualora accada, il mal capitato sarà *scomunicato*, tramite la radiazione dall'Ordine.

Certo, questi dati non sono confortanti ma sta' tranquillo! Esiste tutta una classe di medici, terapeuti e operatori della salute che si stanno indirizzando verso nuovi approcci, espandendo la loro visione e le loro conoscenze per acquisire e diffondere nuove consapevolezze.

EBM (Evidence-Based Medicine)

Eppure, anche nell'ambito della medicina *convenzionale*, ci sono, e ci sono stati, tentativi finalizzati a costruire sistemi seriamente orientati alla tutela della salute dei cittadini.

Parlo qui dell'EBM per darne un concreto esempio, riaffermando il concetto per cui ciò che viviamo, anche in ambito sanitario, non è l'unica realtà possibile ma solo quella che più conviene a qualcuno, ai danni della maggior parte.

Il movimento *Evidence-Based Medicine*, o EBM, nasce nel 1992 come un nuovo approccio all'insegnamento e alla pratica della medicina, in contrapposizione alla *Medicina basata sulle opinioni* (*Opinion Based Medicine* o OBM).

La Medicina basata sulle evidenze:

- è il coscienzioso, esplicito e accorto uso delle migliori evidenze disponibili per decidere l'assistenza sanitaria da fornire;
- implica l'integrazione dell'esperienza clinica individuale con le migliori evidenze disponibili ricercate in modo sistematico;

- tiene in debito conto le aspettative e i desideri degli utenti/pazienti.

Secondo questi principi, per impiegare un trattamento è necessario dimostrare, prima di tutto, che sia in linea con i risultati che il paziente si aspetta e desidera; non è sufficiente che sia plausibile solo sulla base dei dati di laboratorio e fisiologici. Infatti, nel decidere quali esami diagnostici fare e quale terapia applicare ad ogni specifico caso, l'EBM si prefigge di diminuire l'incidenza, della tradizione, della semplice letteratura, dell'autorità dei singoli o dei gruppi di esperti e dei presupposti fisiologici.

Per evitare che la pratica clinica sia una applicazione standardizzata di evidenze non sempre pertinenti al singolo paziente o che, al contrario, sia troppo soggettiva e variabile, è importante sottolineare che l'applicazione della EBM richiede l'integrazione di due componenti:

- le migliori evidenze scientifiche disponibili al momento;
- l'esperienza clinica del singolo professionista che, attraverso abilità e capacità critiche acquisite nel tempo nel fare diagnosi, nel decidere la terapia e nel coinvolgere il paziente possa decidere se le evidenze fornite dalla letteratura siano adeguate a quello specifico paziente.

Se il padre del movimento è il clinico ed epidemiologo David Sackett, il principale precursore è l'epidemiologo inglese Archibald (Archie) Cochrane, che, già nel 1976, nel libro *Efficacia ed efficienza: riflessioni randomizzate sul servizio sanitario*, sosteneva che è necessario:

- diffondere gli studi controllati randomizzati (i cosiddetti *trial* o *RCT*) per valutare l'efficacia di ogni intervento sanitario;
- trovare il modo di sintetizzare i risultati di questi studi per facilitare il lavoro del professionista sanitario impegnato sul campo.

È utile ricordare che l'applicazione del metodo scientifico agli interventi sanitari è un importante strumento di difesa dall'errore (in questo caso, dei professionisti sanitari) di arrivare a conclusioni frettolose, superficiali, superstiziose e soprattutto congruenti con i propri desideri, la propria vanità e il proprio tornaconto.

Per quanto riguarda gli studi sull'efficacia degli interventi sanitari, lo strumento migliore per evitare tutte le fonti di errore è lo *studio controllato randomizzato* o anche *Trial*³. Questo perché, in questo metodo:

- è presente un confronto con il miglior trattamento alternativo disponibile;

³ Gli esiti di due o più trattamenti vengono confrontati in pazienti assegnati in modo casuale (random, in inglese) ai trattamenti in esame.

- la randomizzazione facilita una distribuzione bilanciata tra i gruppi anche dei *fattori di confondimento*⁴ che potrebbero influire sugli esiti;
- permette di lavorare in *doppio cieco*, facendo in modo che né il medico né il paziente conoscano quale dei due trattamenti viene somministrato (riducendo errori da rilevazione degli esiti legate alle aspettative).

Riassumendo, la *medicina basata sulle evidenze* poggia su tre pilastri:

1. le più autorevoli ricerche scientifiche esistenti in relazione ad una patologia;
2. l'esperienza clinica diretta del terapeuta;
3. le preferenze e il parere del paziente.

Se è vero tutto quello che abbiamo detto nel paragrafo precedente, per quanto siano logici e plausibili tali pilastri, sappiamo già che, nella realtà, non ci sono le condizioni perché possano essere effettivamente realistici, visto che:

- più del 90% delle ricerche scientifiche pubblicate su giornali scientifici sono artefatte, dovendo, in sostanza, giustificare l'uso di un farmaco piuttosto che di un altro;
- il terapeuta non ha e non può avere sufficiente esperienza diretta eterogenea, in quanto, essendo tenuto ad osservare le rigide indicazioni contenute nei vari protocolli, non ha spazio per l'iniziativa personale;
- il paziente non può scegliere perché, semplicemente, non essendoci un'informazione (e una cultura) appropriata, non sa.

D'altronde, i principi che guidano questo mondo sono molto diversi da quelli auspicati dall'EBM.

Tra gli altri, quello per cui curare vuol dire *annientare il sintomo*, piuttosto che rendere più forte (in tutti i sensi possibili) la persona che lo porta.

Questi principi *belligeranti*, come già accennato, portano a comunicazioni che peggiorano enormemente il quadro clinico dell'interessato; al contrario, una comunicazione attenta aiuterebbe molto.

E di questo ne parlano studiosi di chiara fama.

Ne parleremo presto.

A cura di Natale Petti

⁴ In gergo epidemiologico, si tratta dell'errore che porta a considerare causa di un fenomeno un fattore che è solo associato al fattore causale ma che non è il vero fattore. Ad esempio, si può attribuire il successo di un trattamento alla tecnica utilizzata, mentre è dovuta all'interazione terapeuta-paziente oppure attribuire il miglioramento riscontrato dopo un nuovo trattamento che invece è dovuto, ad esempio, ad una maggiore attenzione assistenziale.