

## LETTERA ALLA REDAZIONE

## CANCRO INTERVALLO NELLO SCREENING MAMMOGRAFICO

GF PISTOLESI – Professore emerito di Radiologia, Università di Verona – (Lettera del 16 febbraio 2009)

Caro Direttore,

Ho apprezzato la lucidità concettuale e la politezza espositiva che caratterizzano l'articolo degli epidemiologi M Vettorazzi e C Cogo (*Cancro intervallo dello screening mammografico, in seguito SM*) comparso sul numero 5-2008 del caleidoscopico e quindi stimolante *Dialogo sui Farmaci*.

Va da sé che, sotto il profilo epidemiologico, nulla vi è da eccepire né da aggiungere, se non un ammirato “chapeau” agli autori che sono riusciti a rendere intellegibile l'arduo linguaggio degli Epidemiologi – che della “liturgia” dello SM sono i Diaconi indiscussi – anche ai Radio-senologi, altrettanto chiaramente laici seppure operanti nello stesso SM.

Fra l'altro, linguaggio coraggioso, quello degli autori: ammettere l'errore (nel caso, il misconoscimento di lesioni tumorali nello SM) ed inoltre affermare la ineluttabilità – nel senso che se ne può ridurre l'incidenza ma giammai ottenerne l'azzeramento – è in clamorosa contro-tendenza rispetto all'euforia diagnostico-terapeutica che domina le Gazzette.

Coraggio da ammirare, indubbiamente, sebbene forse “incoraggiato” dal fatto che i confessati errori diagnostici non sono frutto degli epidemiologi quanto invece dei Radio-senologi dello SM.

Ciò detto, vorrei proporvi alcuni miei ripensamenti espressi con il linguaggio *casual* che mi è proprio, sperando di renderlo intellegibile anche agli Epidemiologi. Come punti di riferimento ho prescelto l'esordio e la conclusione di questo articolo; da ciò partiranno i miei ripensamenti.

L'esordio: “Si può immaginare cosa provi una donna che si scopre ammalata di cancro alla mammella dopo essere stata inviata allo screening, esserci andata, e avere ricevuto in seguito la risposta *tutto a posto...*”, così inizia l'articolo di M Vettorazzi e C Cogo.

In realtà i Radio-senologi dello SM non hanno bisogno di immaginarselo – questo increscioso momento – perchè tutti lo hanno personalmente più volte vissuto “in diretta”. Ognuno di tali errori diagnostici corrisponde, per il Radio-senologo, al preciso volto di una donna frastornata ed angosciata, in un mix di incredulità, di protesta, talora di accusa ma nel contempo anche di richiesta di aiuto.

La contrario, per gli Epidemiologi – del tutto correttamente per loro fortuna – l'errore non corrisponde ad una sfortunata individualità ma ad una asettica successione numerica (non è il cancro della Signora Maria ma il 32° errore/anno del singolo Programma), ciò che mette in allarme, poiché contribuisce ad aumentare la “falsa negatività” dello SM e quindi la credibilità del suo fideistico messaggio. Insomma, i Diaconi guardano alla sacralità della Chiesa, i Laici alla sofferenza delle Fedeli: logico che considerino lo stesso fenomeno – l'errore diagnostico – con angoli di visuale del tutto diversi.

In conclusione, gli autori auspicano che le donne possano ricevere, a proposito dello SM; “informazioni ... brevi, comprensibili, verificate ... “ assonanti con alcuni citati “concetti fondamentali...” dei quali (“la mx, come tutti gli esami diagnostici, non è esente da limiti ed errori ...”; “...lo screening cerca di contenerli il più possibile...” ) sono alla base dei ripensamenti che qui prospetto. Ovviamente, dovendo essere sintetico, mi sono precluse le raffinatezze dei “chiaro-scuri” sfumati, così spero vorrai giustificare lo stile necessariamente “tranchant” delle mie affermazioni.

Il primo ripensamento è lapalissiano: in un qualsiasi colloquio, la complessità dei concetti espressi è massima quando i singoli Interlocutori (nel caso specifico gli Epidemiologi, i Radio-senologi e le donne) parlino o quanto meno comprendano la stessa lingua. I concetti delle donne non sono equivocabili, anche perché espressi sotto forma di precisa richiesta (“vorremmo il minimo di errore diagnostico nello SM”). Per contro, i concetti degli altri due interlocutori – sullo stesso argomento – sono spesso male interpretabili e, per conseguenza, da un lato, difficilmente assemblabili (così da essere trasformati in obiettive e fondate risposte alle donne) e, dall'altro, poco e distortamente recepibili, talché veramente si sentirebbe la necessità di una “traduzione simultanea”. Allora, mi è venuta alla mente la profonda evoluzione verificatasi nella diagnosi strumentale del cancro alla mammella, laddove il ruolo di splendido “arrampicatore solitario” (inizialmente investito dalla mammografia – MX – fino agli anni '60) si è progressivamente trasformato in quello di “capo cordata”, dopo l'avvenuto prezioso affiancamento della ecografia e del prelievo per-cutaneo. Ciò si è tradotto

nella certissima ricerca, da parte dei Radio-senologi, delle più delicate alterazioni semiologiche della MX, sollecitata dall'agevole disponibilità dell'immediata obbiettivazione anatomo-patologica incruenta. E' quello che gli autori razionalmente precisano laddove affermano che "... nell'interpretazione di uno stesso esame, la MX, in un contesto clinico ... si deve privilegiare la sensibilità ... ". Peraltro è evidente che una certa quota di aspetti MX (quelli più fini) non trovi poi la conferma cito-istologica: in effetti, la "falsa positività" costituisce lo scotto da pagare per l'individuazione delle lesioni mammarie non ancora MX eclatanti. Si dà peraltro il caso che l'eccessiva incidenza di "falsa positività" rappresenti l'insuperabile "off-limits" acchè lo SM sia economicamente sostenibile.

Per questo i Programmi di SM hanno dovuto abbracciare il "fermati sei bello" di Göthe, "congelando" fino a tutt'oggi la MX nel suo ormai sorpassato ruolo di procedura diagnostica "esclusiva" degli anni '60, ciò si è concretizzato con l'imposizione ai Radio-senologi dello SM di pre-selezionare gli aspetti semiologici MX anormali, affidando solo quelli più significativi all'approfondimento diagnostico, ciò che è stato garantito istituendo lo "sbarramento" di quest'ultimo al 7%. E' quello che in effetti gli autori affermano – sempre correttamente, ma con dizione assai felpata, quasi criptica – laddove precisano che in "... uno stesso esame, la MX ... in un contesto di sanità pubblica ... si deve porre molta attenzione anche alla specificità...". Tradotto in "volgare", questo significa che nella gestione radio-senologica dello SM, un'eventuale alterazione semeiologica MX deve innanzitutto possedere elementi informativi tali da farne ragionevolmente sospettare la possibile natura tumorale, essendo solo allora giustificabile la richiesta del Radio-senologo di finalmente procedere all'accertamento diagnostico. A tale "pre-selezione" è in effetti affidato il compito di mantenere bassa l'incidenza dei "falsi positivi" ciò che è uno dei pilastri dello SM. E' peraltro certo che – insieme all'acqua sporca, cioè i "falsi positivi" – la preselezione è costretta a gettare anche un certo numero di "veri positivi" ( di regola costituiti da tumori mammarici con semeiologica MX non certo eclatante, quindi oncobiologicamente meno avanzati e quindi prognosticamente più favorevoli). Nessuno oserebbe infatti affermare che – tanto nel versante della benignità, quanto in quello della malignità – esista una specificità semeiologica MX del 100%. In effetti, i "veri positivi" che – pur semeiologicamente individuati dal Radio-senologo dello SM, abbiano avuto la sfortuna di non superare l'obbligata pre-selezione e di essere quindi gettati con l'acqua sporca - sono

tristemente destinati a trasformarsi nella successiva tornata dello SM in altrettanti "falsi negativi".

In sintesi, mi permetterei affermare che il tasso atteso di misconoscimento di lesione tumorale sia da prevedersi "istituzionalmente" superiore nelle MX della Radio-senologia della Sanità Pubblica (rispetto a quelle della Radio-senologia della clinica), ciò in logica congruenza con la ratio dello SM basata – come precisato dagli autori – sull'enfaticizzazione della specificità rispetto alla sensibilità, con lo scopo di contenere la "falsa positività". Da questo mio sommesso ripensamento, derivano i due telegrafici sotto-ripensamenti, qui oltre sintetizzati, l'uno centrato sulle donne l'altro sui Radio-senologi dello SM.

Per quanto concerne le donne, è condivisa la necessità di tenerle informate su "... limiti ed errori ..." della MX ma debbo rilevare che, in tale contesto informativo, gli autori hanno evitato di precisare che gli errori (e quindi i limiti) siano "istituzionalmente" più corposi quando la MX venga utilizzata nella Radio-senologia dello SM rispetto a quando lo sia nella Radio-senologia della Clinica. A proposito, del tutto recentemente, le donne italiane si sono trovate, sotto gli occhi, numerosi quotidiani con un'intera pagina occupata dalla "Fondazione U Veronesi" dove si annuncia che i tumori mammarici con diametro < 1 cm guariscono nel 98%. Ebbene penso che – se alle donne si comunicasse che tutti i "falsi positivi" dello SM (peraltro gettati con l'acqua sporca perché ritenuti non sufficientemente specifici di lesione tumorale) sono per l'appunto di tali dimensioni – pressoché la totalità di queste donne posporre le pur sacrosante e benemerite intenzioni socio-sanitarie dello SM (riduzione della futura mortalità per cancro mammario nella popolazione femminile del Paese) al proprio più immediato e pressante "particolare", preferendo quindi affidarsi ad un Radio-senologo della clinica che (ricordandosi di essere anche medico), prima di escludere una lesione tumorale, provveda ad analizzare con la dovuta attenzione qualsiasi anormale aspetto semiologico MX. Forse – anziché edulcorare i messaggi informativi alle Donne per rendere loro più "appetibile" lo SM, così come è attualmente articolato – sarebbe più razionale allargare l'analisi critica anche alla procedura di valutazione diagnostica della MX (attualmente, lettura differita, singola o doppia). Di ciò mi propongo di dire nell'ultimo dei miei ripensamenti, se si avrà la cortesia di seguirmi fino in fondo.

Per quanto concerne i Radio-senologi dello SM, debbo riconoscere che gli autori ne hanno appieno centrato il problema, dato che scrivono "Si può immaginare cosa provi un radiologo ferito da un errore diagnostico, forse evitabile, forse origine di un lungo contenzioso legale". Questa affermazione non è né felpata né criptica è solo

farisaica. E' evidente che se la maggior "falsa negatività" è "istituzionale" allo SM (come credo di aver dimostrato) è con sequenzialmente vero che un Radio-senologo diviene altrettanto "istituzionalmente" un Soggetto ad "alto rischio medico-legale" nel momento in cui mette in atto la pre-selezione semeiologica (di cui sopra si è detto), la quale gli è imposta dal programma dello SM, non certo dalla Legge. E' forse da precisare che – fino a questo momento – la Legge non prevede (a differenza da quanto farfugolino alcune commissioni Ministeriali) la "Licenza di sbagliare" per i Radio-senologi dello SM. Va ricordato che – in tali contenziosi – il più classico dei quesiti posti dal Magistrato ai propri consulenti Tecnici d'Ufficio (CTU) recita : "Dicano i CTU se sono state utilizzate tutte le procedure tecniche attualmente utilizzate per tipizzare la lesione". La risposta del Convenuto – o Imputato, per essere più chiari – (al cui fianco di certo non sederebbero né gli Epidemiologi dello SM né i Membri delle Commissioni ministeriali) sarebbe presumibilmente: "Non ho chiesto l'approfondimento diagnostico poiché il quadro MX – unica informazione istituzionalmente messami a disposizione – non mi appariva bastevolmente specifico i lesione tumorale" i CTU altrettanto presumibilmente ribatterebbero "Ma chi le ha impedito di dimostrare obiettivamente che la sua ipotesi fosse esatta?" Ad occhio, sarà difficile scaricare la responsabilità dell'errore diagnostico sulla pre-selezione prevista dal Programma dello SM. Anche qui, forse, la miglior difesa per il Radio-senologo sarebbe costituita dallo sforzo di abbassare la "falsa negatività" dello SM, ciò che con tutta probabilità condurrebbe a considerare la procedura diagnostica differita attualmente utilizzata nello SM.

E qui infine vengo al mio ultimo ripensamento, per l'appunto concernente la percorribilità di eventuali metodiche procedurali in grado di abbassare l'attuale eccessiva "falsa negatività" dello SM, con evidente soddisfazione sia delle donne arruolate (diventerebbe più raro il dirompente impatto psicologico indotto dall'errore diagnostico) sia per i Radio-senologi dello SM il cui rischio medico-legale atteso si allineerebbe a quello dei Radio-senologi della Clinica.

Peraltro gli autori rammentando di essere diacono dello SM, comunicano ai Laici ed alle fedeli che la Chiesa ha parlato chiaro: " tale metodo, quello della Radio-senologia clinica – diventa inefficiente, non sostenibile e causa di sofferenze inutili – quali? – se applicato a popolazioni prevalentemente sane ..." quali senza dubbio sono le donne arruolate. Insomma, per la chiesa, l'attuale gestione dello SM deve permanere identica a quella avviata da Philip Strax nei primi anni '60, dimenticando (scientemente o meno) che ,

all'epoca, l'unico approfondimento diagnostico disponibile, era la exeresi chirurgica, cui evidentemente corrispondevano lesioni MX eclatanti, laddove per conseguenza la falsa negatività" inciderebbe ben poco. Paradossalmente, lo SM di Strax era in pratica, più efficace di quello attuale.

Dovendo mantenere immutata la liturgia dello SM, gli autori hanno potuto suggerire – allo scopo di conseguire maggiore " ... accuratezza diagnostica ... " termine con cui credo gli autori riferiscono all'auspicata minor incidenza di "falsa negatività" soltanto il ricorso ad un cospicuo " ... carico di lavoro..." (almeno 5.000 MX/anno/Radio-senologo), ciò che di per se stesso dovrebbe essere bastevole per affinare la perizia radio-diagnostica del singolo Specialista. Personalmente, non restio a credere che il sistema della catena di montaggio (ciò che ha trasformato il Radio-senologo dello SM in "forzati del negativoscopio": non è evidentemente casuale che le vocazioni dei giovani radio-senologi per lo SM risultino assai sparute) sia in grado di rendere la performance radio-senologica dello SM qualitativamente analoga a quella della radio-senologia clinica.

Al proposito, mi spiace (è la mia unica nota critica a questo comunque pregevole Articolo) che due Epidemiologi – operanti nel Veneto – non abbiano ritenuto opportuno quinquennale (i cui risultati sono stati resi noti nella Rivista radiologica nazionale) laddove – mantenendo la classica programmazione dello SM – la "falsa negatività" è stata portata a circa l'8% (circa un terzo di quanto riferito dai principali SM nazionali e stranieri), ciò esclusivamente ricorrendo alla lettura di un solo Radio-senologo ma in "tempo reale" (anziché differita) e quindi con l'epletamento immediato di qualsiasi approfondimento diagnostico eventualmente ritenuto necessario, senza lacuna ricaduta negativa sui costi di gestione.

Forse, anche nello SM, vi sono più cose fra cielo e terra di quanto la filosofia dei Diaconi non sappia: sarebbe bene tenerlo presente, perché quando la "Chiesa" delude, le chiese si vuotano.

Vi ringrazio dell'attenzione.