Sensazionalismo nelle notizie mediche alimenta false speranze e consumismo

Data 05 novembre 2006
Categoria professione

L'eccessiva enfasi mediatica con cui certe notizie vengono comunicate al pubblico può generare false speranze ed alimentare il consumismo sanitario aumentando costi e rischi per procedure inutili.

L'agenzia di stampa ANSA il 2 novembre 2006 ha diramato questo titolo accattivante:

TUMORI: POLMONE,CON ESAME PRECOCE SI ALLUNGA VITA DI 10 ANNI BASTA TAC SPIRALE DI 20 SECONDI, STUDIO SU 31.567 PERSONE

Conseguentemente un illustre opinion leader della medicina avrebbe dichiarato:

"La diagnosi precoce con Tac spirale può dunque invertire questi dati negativi: "Alla luce di questi risultati è il momento di sensibilizzare le istituzioni ad avviare campagne di screening del cancro del polmone con Tac spirale in soggetti a rischio, come già è stato fatto con la mammografia per il cancro alla mammella e la colonscopia per il cancro del colon; Oltre a salvare la vita di molte persone, si otterrebbe anche un risparmio economico notevole poiché la chirurgia del I stadio ha un costo pari alla metà rispetto al trattamento dello stadio avanzato".

Questa vicenda ho stimolato la redazione di Pillole.org ad esprimere alcune considerazioni:

Commento di Renato Rossi

Agenzie di stampa hanno enfatizzato uno studio pubblicato nel prestigioso New England Journal of Medicine, studio conosciuto col nome di "The International Early Lung Cancer Action Program Investigators. Survival of Patients with Stage I Lung Cancer Detected on CT Screening" (1). Leggendo le notizie riportate sembra venga dato per acquisito il beneficio derivante dallo screening del cancro polmonare mediante TAC spirale del torace, da eseguirsi in soggetti a rischio, essenzialmente fumatori o pregressi tali.
Indubbiamente questa metodica radiologica sofisticata permette la diagnosi dei tumori polmonari in epoca ancora più precoce rispetto alla radiografia del torace, come è stato dimostrato anche da altri studi. I tumori scoperti con la TAC sono di piccole dimensioni e per questo suscettibili di intervento chirurgico. E' ragionevole quindi ipotizzare che una diagnosi precoce porti anche ad una riduzione della mortalità, ma tale ipotesi non è stata ancora dimostrata formalmente da uno studio clinico randomizzato e controllato, il solo che, secondo la comunità scientifica internazionale, può ridurre se non annullare il rischio di errori che invece si annidano negli studi osservazionali come quello citato dall' ANSA. In questo studio, che ha interessato oltre 31.000 soggetti a rischio (definiti tali a causa di esposizione al fumo attivo o passivo oppure a tossici come l'asbesto) lo screening con TAC spirale a basso dosaggio ha permesso di scoprire un tumore polmonare in fase iniziale in 412 partecipanti e la loro sopravvivenza "stimata" a 10 anni fu di circa il 90%. Quindi con questa metodica si scopre il tumore polmonare in fase precoce, anche se non necessariamente tumore di piccole dimensioni significa assenza di metastasi e tumore di dimensioni più rilevanti significa tumore metastatico perchè la biologia varia da neoplasia a neoplasia e metastasi occulte possono essere presenti pure nei tumori di piccolo diametro.
Tuttavia quel che preme sottolineare è questo: trattandosi, come si diceva, di uno studio di tipo osservazionale e mancando un gruppo di controllo, è inadatto a rispondere alla domanda se la diagnosi precoce sia utile a prolungare la sopravvivenza oppure porti semplicemente ad una anticipazione diagnostica. Il cosiddetto "lead time bias" (o anticipitazione diagnostica) consiste nel fatto che il tumore viene diagnosticato prima di rendersi clinicamente manifesto, quindi apparentemente la sopravvivenza dal momento della diagnosi sembra aumentare, ma in realtà ciò è dovuto semplicemente al fatto che la malattia viene scoperta "prima" però non si ha nessun guadagno in termini sopravvivenza. Bisogna notare poi che nello studio la sopravvivenza di 10 anni era "stimata", in quanto il follow-up medio è stato di 40 mesi, perciò non sappiamo se si tratti di un dato reale.
Oltre a questo va considerato il problema della sovradiagnosi, che è stato messo in evidenza anche da studi recenti (2): lo screening permette di scoprire tumori che sono maligni dal punto di vista istologico ma che hanno un decorso clinico molto lento e che, probabilmente, non porterebbero mai a morte il paziente. Si tratta di forme tumorali che forse è meglio non diagnosticare in quanto una volta scoperte portano ad una serie di interventi sanitari invasivi e potenzialmente pericolosi a cui il paziente non sarebbe mai stato sottoposto se non ci fosse stato lo screening.
Infine la TAC riesce a identificare molte lesioni toraciche non maligne che, per essere diagnosticate correttamente, necessitano di ulteriori esami invasivi o anche di interventi chirurgici, con tutti i rischi (anche psicologici) che ne conseguono.
In conclusione, almeno per il momento e finchè non saranno disponibili i risultati degli studi in corso disegnati appositamente per questo, non sappiamo se uno screening mirato in soggetti a rischio con TAC spirale toracica sia in grado di ridurre la mortalità.
Riteniamo che l'enfatizzazzione di certi messaggi da parte di organi di stampa che danno per scontati benefici di pratiche sanitarie sulle quali la comunità scientifica non ha ancora raggiunto un consenso unanime possa portare i non addetti ai lavori (che ovviamente non possiedono il background necessario per filtrare tutti gli imput che ricevono) a

richiedere esami ed accertamenti di utilità non ancora definitivamente provata e dal rapporto rischi/benefcici non adeguatamentedefinito.
Il messaggio che passa corre il rischio di essere quello che si può tranquillamente persistere in abitudini pericolose come il fumo perchè vi è comunque un esame che permette una diagnosi precoce. Molto più dello screening appare necessaria invece una "vera" prevenzione primaria volta a scoraggiare l'abitudine tabagica, il fattore di rischio maggiore per il cancro del polmone.

1) N Engl J Med 2006 Oct 26; 355:1763-1771
2) Journal of National Cancer Institute 2006 Jun 7; 98: 748-756

Commento di Luca Puccetti

In occasione di un meeting internazionale svoltosi recentemente a Firenze in cui si è fatto il punto sullo stato dei lavori dello studio italung-CT, uno studio prospettico randomizzato sull'utilità dello screening del cancro polmonare mediante TAC spirale a bassa dose, Alessandro Bussotti, ha evidenziato lucidamente gli umori ed i timori della medicina generale italiana verso il progetto Italung-CT ed in generale verso gli screening (vedi la presentazione completa: http://www.pillole.org/public/aspnuke/downloads.asp?id=229). tra i timori espressi vi è quello della forzatura mediatica che può derivare da un'interpretrazione distorta dei risultati di questo tipo di studi. Il timore, evidentemente più che fondato, è che le "fughe" in avanti di alcuni media sull'onda di semplificazioni ed esagerazioni, tanto facili, quanto pericolose, alimentino il consumismo sanitario e ingerino false rassicurazioni su terapie la cui utilità è ancora tutta da dimostrare. Questa vicenda ripropone l'annosa questione della comunicazione in ambito sanitario che abbiamo già più volte affrontato. E' necessaria, specie nel mondo della comunicazione globale ed autoreferenziale, una sorta di validazione delle notizie, da introdurre, non coercitivamente, ma con un lento e costante lavoro di persuasione, sia delle Istituzioni, sia degli organi di informazione che si rivolgono al pubblico. Per questo un ruolo fondamentale spetta alle Società Scientifiche, sia singole che nell'articolazione della Federazione delle Società Medico Scientifiche (FISM). Occorre istituire un servizio di consulenza, attivabile dai media in tempo reale, tracciabile ed espresso nella forma del consenso (o dissenso) tra pari, che fornisca una sorta di validazione della sostanza e della forma delle notizie riguardanti la salute, almeno delle più importanti, da diffondere al pubblico. Nell'esempio che abbiamo citato frasi pronunciate da illustri opinion leaders vengono riportate, magari fuori contesto, dando l'impressione che con La TAC spirale si possa far sopravvivere il 90% dei pazienti con cancro al polmone per almeno 10 anni. Lo studio ELCAP è ben lungi dal dimostrare un tale risultato. I dati attuali derivanti dagli studi finora disponibili sono invece piuttosto negativi quanto all'utilità della TAC come mezzo di screening per migliorare la sopravvivenza nel cancro polmonare nei soggetti a rischio (1,2). Piccolo tumore non significa sempre tumore "guaribile", ma solo curabile. Le prime esperienze dello studio Italung-CT, dimostrano che molti noduli relativamente piccoli sono già tumori in stadio avanzato. La TAC spirale nulla ci dice circa i tumori centrali di origine broncogena in quanto, nonostante algoritmi assistiti dal computer, non si riesce a capire, specie in fumatori, cosa sia essudato e cosa sia invece massa neoplastica broncogena. Le terapie chemioterapiche sono davvero ancora molto primitivamente somministrate, solo recentemente si è iniziato a capire a chi può essere utile somministrare farmaci biologici costosi come il Gefitinib e a chi no. Nessun cenno alle conseguenze negative della strategia che si vorrebbe incensare, costituite dal rischio di tumore radio indotto, che nelle donne giovani rivaleggia con il beneficio atteso dallo screening, nessun cenno alle procedure invasive per l'asportazione di noduli rivelatisi benigni, nessun cenno alle procedure invasive per le analisi di secondo livello per i noduli sospetti, nessun cenno ai livelli di ansia e stress provocati dai falsi positivi o dalle lesioni border line con cui il paziente deve convivere almeno un anno. Insomma un conto è dire che la TAC spirale scopre tumori curabili, un conto è dimostrare che con la TAC spirale fatta a tappeto nei soggetti a rischio si riduce la mortalità per cancro polmonare. Nel mondo sono infatti in corso vari studi volti proprio a cercare di comprendere se questa strategia sia in effetti efficace nel ridurre la mortalità per cancro polmonare. Qui invece si vuol vendere la pelle dell'orso prima del tempo dando per acquisiti tutta una serie di passaggi di verifica sia della reale utilità della strategia nell'ambito di uno studio, sia della sua reale implementabilità in un setting di pratica clinica.

1) Radiology 2005; 235:259-265
2) Journal of Clinical Oncology, Vol 22, No 11 (June 1), 2004: pp. 2202-2206