

Lo screening mammografico, rischi e benefici.

Un dibattito che va fatto con gli studi in mano e non con i pregiudizi

Francesco Bottaccioli

Passata la sfuriata dei TG, dei Talk e dei social, vorrei proporre una discussione più serena e se è possibile documentata sul tema di grande impatto emotivo evocato da Grillo a proposito della mammografia.

Premesso che non mi è mai piaciuto né mi piace Grillo nella versione comica e tantomeno in quella politica per la semplice ragione che è troppo inadeguato nel pensiero, troppo narciso e dittatore nei comportamenti, faccio notare che il comico ha innanzitutto posto il problema che la Fondazione Veronesi, al pari delle altre Fondazioni, scientifiche, culturali, politiche, smetta di navigare nell'oscurità e renda trasparenti i finanziatori e l'entità dei finanziamenti. Vorremmo saperlo da D'Alema, ma anche da Veronesi. Il che è sacrosanto e l'oncologo farebbe bene a non sviare la richiesta, aizzando il popolo e i media contro il sacrilego che ha osato porre un dubbio sulla santa mammografia.

Veronesi e il suo staff fanno bene, a differenza di Lilli Gruber e del ministro Lorenzin, che sono per lo meno 15 anni che nella letteratura scientifica internazionale il dibattito sull'utilità dello screening mammografico e di altre analoghe procedure è pienamente sviluppato. Nel 2000, una Cochrane review di studi randomizzati controllati, che, come è noto, è uno degli strumenti di analisi epidemiologica giudicati più affidabili per unanime consenso, ha posto per la prima volta il problema se lo screening mammografico fosse giustificato, per la semplice ragione che erano modestissimi i risultati positivi della procedura in termini di riduzione della mortalità per tumore al seno¹. Nel 2013, un'altra Cochrane Review² ha confermato i dubbi entrando in un dettaglio di grande interesse. Secondo questo studio, su 2.000 donne, con un'età variabile tra 39 e 74 anni, sottoposte a mammografia annualmente per 10 anni, solo 1 sarà salvata dalla morte per cancro mentre 10 saranno state trattate per cancro senza giustificazione.

Infine, una Review appena pubblicata, restringendo il campo al gruppo di donne che maggiormente potrebbe beneficiare della mammografia e cioè quello compreso tra i 50 e i 69 anni di età, documenta che su 1.000 donne sottoposte per 20 anni a mammografia biennale, secondo le indicazioni che la gran parte dei Paesi europei seguono, 2 o 3 sarebbero salvate da morte per cancro a fronte di 200 falsi positivi, di cui 30 sarebbero sottoposte a biopsia e 15 a trattamento, senza ragione³.

Perché senza ragione? Perché ad oggi, purtroppo, di fronte a una lesione non si hanno marker tali che possano distinguere una lesione che rimarrà tale per tutta la vita da un'altra che evolverà negativamente. Quindi l'oncologo, nel dubbio, preferisce intervenire a vari livelli. Con biopsia, con

¹ Gøtzsche PC, Olsen O. **Is screening for breast cancer with mammography justifiable?** Lancet. 2000 Jan 8;355(9198):129-34.

² Gøtzsche PC¹, Jørgensen KJ. **Screening for breast cancer with mammography.** Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jun 4;6:CD001877. doi: 10.1002/14651858.CD001877.pub5.

³ Løberg, M., Lousdal, M. L., Bretthauer, M., & Kalager, M. (2015). **Benefits and harms of mammography screening.** *Breast Cancer Research : BCR*, 17(1), 63. doi:10.1186/s13058-015-0525-z

quadrantectomia, con asportazione totale e, anche se la lesione è locale, applicando sempre radioterapia e, nel caso, chemioterapia.

Le conseguenze di questa sovra-diagnosi non sono quindi lievi da affrontare: si va dallo stress psicologico protratto per una media da 6 a 24 mesi, con conseguenze di più lungo periodo sulla stabilità emotiva di una persona. Ma è anche noto che la radioterapia e la chemio incrementano il rischio di malattia e mortalità cardiaca. Sarà per questo - commentano gli Autori della review citata - che lo screening mammografico non riesce a documentare effetti significativi sulla riduzione della mortalità totale, poiché diminuisce di poco la mortalità per cancro al seno, ma magari aumenta quella per altre cause.

Del resto, questo della overdiagnosi è un tema sollevato per altre procedure di screening⁴, tra cui quello per il cancro alla prostata tramite il dosaggio del PSA e successiva ecografia, biopsia ecc. Per la prostata però non c'è quasi più nessuno che difende a spada tratta lo screening che, con l'overtrattamento, ha pesantemente danneggiato un numero imprecisato di uomini.

Questo vuol forse dire che la mammografia, il dosaggio del PSA, e altri esami diagnostici siano inutili? Sarebbe ridicolo affermarlo, sarebbe come negare l'utilità della RM, della TC, dell'ecografia quando servono. Il punto non è questo. Non si mette in discussione l'uso di strumenti diagnostici utilissimi in un contesto clinico individualizzato, dove davvero si possa produrre un consenso informato e cioè un'informazione esatta sia sui benefici che sui rischi, cosa che oggi è del tutto assente nella presentazione dello screening mammografico, che è "salvavita" di per sé, senza alcun rischio.

Vogliamo qui mettere in discussione l'idea dello screening di massa come prevenzione⁵, laddove gli errori sono ormai evidenti e che in sintesi sono: 1) si confonde la prevenzione con la diagnosi precoce; 2) si affida la salute delle persone a procedure strumentali standardizzate di massa. Laddove invece occorrerebbe da un lato lavorare a rimuovere le cause socio-economiche note di tumori e di altre malattie e dall'altro aumentare la capacità degli operatori di trattare nella sua interezza la persona tramite reti sanitarie che integrano le competenze biomediche, psicologiche, nutrizionali, fisioterapiche, sportive. Con l'obiettivo di fondo di fare della persona un promotore attivo della propria salute e di quella collettiva.

Utopia? Forse, ma allora non lamentiamoci della mammografia, di Grillo, Veronesi e della mediocrità del presente.

16.05.2015

⁴Welch GH 2011 (trad. it.) **Sovradiagnosi. Come gli sforzi per migliorare la salute possono renderci malati** Il Pensiero scientifico, Roma 2013

⁵ Biller-Andorno N, Jüni P **Abolishing mammography screening programs? A view from the Swiss Medical Board.** *N Engl J Med.* 2014 May 22;370(21):1965-7; vedi la traduzione in *PNEI NEWS* 2014; 3-4: 20-22