

Dimensione collettiva e individuale della prevenzione secondaria

Prendendo ad esempio il caso di una assistita a cui il suo ginecologo di fiducia ha prescritto una mammografia con tempi ravvicinati rispetto al programma di screening, il collega offre spunti di riflessione sul sottofondo teorico che ispira molte scelte prescrittive

Giuseppe Belleri - *Medicina Generale, Flero (BS)*

Una mia assistita in menopausa si reca dal ginecologo privato per una visita di controllo.

Lo specialista si informa sulle procedure preventive eseguite dalla paziente e saputo che la signora esegue gli screening mammografico e citologico con la periodicità stabilita dall'Asl (24 mesi e 36 mesi) prescrive mammografia, ecografia mammaria e pap-test annuali con la seguente motivazione: "Lo Stato adotta queste scadenze per motivi economici, ma io le prescrivo ciò che è davvero utile per un'efficace prevenzione".

Su quali presupposti si fonda questa posizione discordante rispetto allo screening pubblico? Cosa replica alla signora uno specialista che condivide l'impostazione della prevenzione "istituzionale" promossa dall'Asl?

Questo atteggiamento è antitetico allo slogan di Slow Medicine "fare di più non significa fare meglio": per lo specialista, al contrario, lo Stato fa meno di quello che sarebbe etico e doveroso fare, per mere motivazioni economiche da "spilorcio" e quindi mette a rischio la salute dei cittadini.

Quindi il consiglio prescrittivo dello specialista è corretto e rimette le cose a posto, perché è giusto e ra-

zionale "fare di più"! Questa concezione è il sottofondo teorico implicito che ispira molte scelte prescrittive, dall'eccesso di accertamenti a scopo difensivo alla prescrizione di farmaci per ridurre fattori di rischio che prescindono dalle note AIFA. In questo caso è stata enunciata senza mezzi termini, in modo diretto e *tranchant*, tant'è che restano pochi spazi di manovra per il Mmg, che generalmente si adegua ai suggerimenti prescrittivi dello specialista.

► Screening di popolazione e screening opportunistico

La posizione della specialista non tiene però conto di una distinzione di ruoli e di prospettiva: lo screening è un tipico intervento sanitario di popolazione e i suoi metri di valutazione, la quantificazione del beneficio/rischio/costo e le relative controversie scientifiche sull'efficacia dello screening stesso (riduzione mortalità, sensibilità, specificità, sovra-diagnosi e sovra-trattamento, eccetera) si basano su dati statistici di coorte e di lungo periodo.

Lo screening opportunistico consigliato dal ginecologo invece riguarda il singolo professionista di fronte al singolo assistito che si sottrae per la

sua natura individuale ai metri di valutazione statistica. Va da sé che su questo terreno ognuno può legittimamente fare le affermazioni e prendere le decisioni che più gli sembrano corrette, senza alcuna giustificazione statistica di sorta. In sostanza siamo nel regno delle valutazioni meramente individuali che inevitabilmente sfuggono alla dimensione di popolazione, che supporta le considerazioni epidemiologiche delle diverse tipologie di rischio (falsi positivi, falsi negativi, ecc.).

Da questo contesto scaturisce la "teoria" del fare di più rispetto allo screening istituzionale, esposta programmaticamente dal ginecologo. Insomma ci troviamo di fronte a una sorta di incommensurabilità concettuale e, soprattutto, percettivo-valutativa del rischio individuale *versus* la dimensione di popolazione.

► Le paure e le scelte

A ben vedere la motivazione del ginecologo appare eccentrica anche sul piano di una valutazione ponderata dei rischi insiti nella diagnosi precoce mediante screening mammografico: il suo problema prioritario è evidentemente quello di evitare i falsi negativi e, per fugare questa

eventualità teorica, è disposto anche a pagare il prezzo di un maggior numero di falsi positivi, sovra-accertamenti e sovradiagnosi pur di non farsi sfuggire nemmeno un caso.

Ancora una volta è in gioco una quantificazione del rischio complessivo dello screening (falsi negativi *versus* positivi) che non è oggettiva ma inevitabilmente soggettiva (da parte del medico) e individuale (da parte del paziente) e che persegue la probabilità "0" di falsi negativi, come se fosse possibile raggiungere questo traguardo nel singolo caso. O meglio, nella dimensione colletti-

va dello screening il rischio resta anonimo e impersonale - anche quello di incappare in falsi positivi - mentre nella relazioni duale medico-assistito il rischio passa dalla dimensione impalpabile delle valutazioni statistiche alla impersonificazione individuale e diviene così concreto, specie quello del temibile falso negativo. Il caso che potrebbe sfuggire allo screening, nel senso di un tumore sintomatico anaplastico non intercettato della mammografia biennale, potrebbe essere proprio quello della singola persona che il ginecologo ha di fronte a se!

Questa valutazione del rischio è motivata da esigenze difensive (la "paura" della denuncia) e porta con se emozioni negative, da una parte e dall'altra della scrivania, probabilmente frutto di precedenti esperienze personali di falsi negativi, forieri di pesanti conseguenze per chi ne è "vittima".

Questo aneddoto illustra in modo esemplare una delle antinomie del pensiero medico, descritte a suo tempo dallo storico della medicina Mirko Grmek, vale a dire la discrasia tra la dimensione individuale e quella collettiva.

I numeri degli screening

I programmi organizzati di screening rappresentano una delle più vaste esperienze di sanità pubblica in Italia e incidono significativamente sul panorama della prevenzione. Nel corso del 2013 gli inviti per i tre programmi oncologici (mammografico, coloretale, cervicale) hanno superato gli 11 milioni. Più di 5 milioni e duecentomila persone hanno eseguito il test proposto (fonte: Osservatorio Nazionale Screening).

► Lo screening mammografico

Sulla base dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza Passi, si stima che in Italia nel 2011-13 il 70% delle donne 50-69enni abbia eseguito una mammografia preventiva nel corso dei precedenti due anni. La copertura complessiva all'esame raggiunge valori più alti al Nord (82%) e al Centro (77%) ed è significativamente più bassa al Sud e nelle Isole (54%), con significative differenze a livello delle Regioni (range: 44% Calabria - 87%

Emilia-Romagna).

Il sistema Passi informa sulla copertura complessiva al test, comprensiva sia della quota di donne che ha eseguito l'esame all'interno dei programmi di screening organizzati o di altre offerte gratuite delle Asl, sia di quella che lo ha eseguito al di fuori. La percentuale di mammografie eseguite al di fuori dei programmi di screening organizzati è meno rilevante rispetto a quella presente nello screening cervicale: a livello nazionale si stima infatti che il 20% delle donne abbia eseguito la mammografia come prevenzione individuale rispetto al 36% dello screening cervicale. Sono comunque presenti significative differenze tra le Regioni (range: 6% Valle d'Aosta - 32% Liguria).

Nel periodo 2008-2013 la copertura della mammografia preventiva è in lieve aumento. Questa crescita è risultata statisticamente significativa in ciascuna macro-area territoriale ed è più evidente

nelle Regioni del Sud.

È in lieve aumento sia la copertura all'interno dei programmi di screening sia quella al di fuori dei programmi organizzati.

► Il "pagamento" come indicatore

La stima della copertura dentro e fuori dai programmi di screening organizzati è stata effettuata mediante un indicatore proxy sull'aver pagato o meno l'esame. Per pagamento si intende sia quello relativo al costo completo dell'esame che quello del solo ticket. L'utilizzo di questo indicatore può comportare una leggera sovrastima della copertura effettuata all'interno dei programmi principalmente per tre motivi:

- alcune donne effettuano l'esame gratuitamente anche al di fuori dei programmi di screening organizzati;
- alcune non ricordano esattamente la data di esecuzione;
- le rispondenti all'intervista effettuano probabilmente la mammografia in percentuale maggiore rispetto alle non rispondenti.