

## Incertezza, sovradiagnosi, sovratrattamento: il punto di vista del medico

GIORGIO COSTANTINO<sup>1</sup>, GIAN MARCO PODDA<sup>2</sup>, GIOVANNI TALERICO<sup>3</sup>

<sup>1</sup>IRCCS Fondazione Ca' Granda, Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, Ospedale Maggiore Policlinico, Milano; <sup>2</sup>Medicina Terza ASST Santi Paolo e Carlo, Università di Milano; <sup>3</sup>Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche, Sapienza Università di Roma.

*Pervenuto su invito il 19 febbraio 2020.*

Ahmed, ventiduenne turco, viene in Italia per le vacanze. Ha un'obesità di tipo I (BMI 31), ma non ha altri problemi di salute. Dopo tre giorni dall'arrivo in Italia si sente agitato, si sente mancare il fiato. Decide di andare in Pronto Soccorso. In effetti è un po' agitato, la saturazione periferica di ossigeno è buona (98%), la frequenza cardiaca è 100 bpm. L'elettrocardiogramma mostra un blocco di branca destro, ma non si sa se fosse già presente. Nel sospetto di un'embolia polmonare si esegue il D-dimero, che risulta leggermente al di sopra dei limiti di normalità (578 ng/ml, vn <500), un'ecografia compressiva degli arti inferiori, per escludere una trombosi venosa profonda, che risulta negativa e un'angio-TC torace che evidenzia la presenza di embolia polmonare segmentaria. Ahmed viene ricoverato con la diagnosi di embolia polmonare e inizia una terapia anticoagulante. In reparto, rilevando una discrepanza tra il riscontro TC e il quadro clinico, viene richiesta una nuova lettura in cieco della TC da parte di un secondo radiologo che esclude la presenza di embolia polmonare e interpreta il precedente risultato come un falso positivo.

La nostra pratica clinica è incentrata sull'incertezza. La raccolta dell'anamnesi da parte di medici differenti è variabile. L'esame obiettivo non è concorde. Perfino la misurazione della pressione arteriosa o della temperatura corporea non è scevra dalla variabilità tra operatori e tra device<sup>1</sup>. Per quanto riguarda la lettura delle TC per la diagnosi di embolia polmonare molti studi riportano un'ottima concordanza per le forme anatomicamente massive di embolia ma la concordanza tra operatori è decisamente più bassa nelle forme segmentarie e subsegmentarie (k 0,47, range 0,16-0,68)<sup>2</sup>. Nell'ultimo decennio stiamo assistendo a un incremento quasi esponenziale nell'incidenza di nuove diagnosi di embolia polmonare acuta con una riduzione progressiva dei tassi di mortalità. Le motivazioni possono essere diverse, tuttavia è altamente probabile che molte diagnosi di embolia polmonare non identifichino vere embolie polmonari ma siano semplicemente dei falsi positivi<sup>3</sup>.

Siamo propensi a somministrare un farmaco sulla base dei risultati di ampi trial clinici randomizzati e controllati, ma in realtà la maggior parte dei pazienti che curiamo nei nostri ambulatori non sarebbe inclusa nei trial clinici randomizzati. Non sappiamo, quindi, quanto sarà reale l'effetto del farmaco nel nostro paziente, che ha caratteristiche completamente diverse da quello arruolato nei trial<sup>4</sup>. Senza contare che, una volta prescritto un farmaco, la compliance del paziente è una variabile importante, considerando che più del 30% dei pazienti non assume regolarmente la terapia cronica prescritta.

Come reagire a questa incertezza? Spesso siamo alla ricerca di certezze, di numeri che sostengano le nostre scelte. È questo il caso dei diversi score presenti in letteratura, numerosissimi, ma pochi validati esternamente e di provata effica-

cia. Avere dei numeri ci dona certezze... che la maggior parte delle volte sono false! Spesso ci affidiamo a linee guida. Anche in questo contesto, sono state sollevate diverse perplessità sulla reale affidabilità di queste raccomandazioni. Legami economici con industrie farmaceutiche, pressioni esterne sugli autori ma soprattutto la carenza di adeguati livelli di evidenza, per mancanza di prove scientifiche forti, lasciano spazio, troppo spesso, al parere "soggettivo" degli esperti.

Da uno studio di confronto fra 3 recenti linee guida di importanti società scientifiche, si evince che su 21 quesiti riguardanti la gestione in Pronto Soccorso del paziente con fibrillazione atriale, in 5 di essi non era presente alcuna concordanza tra le tre linee guida, in 3 la concordanza era parziale, in 10 la concordanza era totale e in 3 casi almeno una linea guida non affrontava l'argomento. Per di più, su un quesito ben preciso quale il ruolo dell'amiodarone nel paziente con fibrillazione atriale e sindrome di Wolf-Parkinson-White, una linea guida suggeriva cautela, una ne consigliava l'utilizzo e l'altra lo sconsigliava<sup>5</sup>.

Nella medicina moderna, l'ampia disponibilità di dati e una letteratura scientifica in perenne espansione dovrebbero semplificare il difficile lavoro del medico. È quasi paradossale parlare di incertezza. Eppure, è sorprendente percepire una distanza così profonda tra l'infinità di dati a nostra disposizione e ciò che è realmente utile per il singolo individuo. Senza contare che i valori di ogni singolo paziente possono essere diversi. Come sopportare questo peso? Cercare finte certezze forse non è la strada giusta, così come rifiutare qualsiasi studio perché troppo lontano dalla nostra pratica clinica. A nostro parere in medicina il bianco e il nero non esistono. La realtà è rappresentata da un'infinita scala di grigi, ognuno dei quali rappresenta il nostro paziente nella sua singolarità, al quale ogni medico, a seguito di un ragionamento clinico, basato sulla valutazione critica dei dati presenti in letteratura e sulle preferenze del paziente dovrà dare una risposta che non deve necessariamente essere univoca. Solo accettando l'incertezza e la possibilità di errore potremo mettere in atto una buona medicina per il nostro paziente e vivere più serenamente la nostra professione. Tutto questo vuol dire solo investire nella nostra intelligenza e nel nostro giudizio critico. È questo che rende il lavoro del medico così bello e unico. Cercare finte certezze significa abdicare alla nostra intelligenza.

La rivoluzione sarà tollerare l'incertezza. Rassegniamoci.

*Conflitto di interessi:* gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

### Bibliografia

1. McGee S. Evidence-Based Physical Diagnosis: Fourth Edition. Amsterdam: Elsevier, 2017.
2. Costantino G, Norsa AH, Amadori R, et al. Interobserver agreement in the interpretation of computed tomography in acute pulmonary embolism. *Am J Emerg Med* 2009; 27: 1109-11.
3. Konstantinides SV, Barco S, Lankeit M, Meyer G. Management of pulmonary embolism: an update. *J Am College Cardiol* 2016; 67: 976-90.
4. Abbasi J. Older patients (still) left out of cancer clinical trials. *JAMA* 2019; 322: 1751-3.
5. Costantino G, Podda GM, Falsetti L, et al. Guidelines on the management of atrial fibrillation in the emergency department: a critical appraisal. *Intern Emerg Med* 2017; 12: 693-703.

Indirizzo per la corrispondenza:  
Dott. Giorgio Costantino  
E-mail: giorgio.costantino@unimi.it