



L'autopsia può migliorare le conoscenze geriatriche e gerontologiche?

Can autopsy improve geriatric and gerontological knowledge?

G. SALVIOLI

Centro di Valutazione e Ricerca Gerontologica, Università di Modena e Reggio Emilia

Parole chiave: Autopsia • Declino della procedura • Geriatria

Key words: Autopsy • Declining rate • Geriatrics

Le autopsie sono eseguite prevalentemente (fino al 95%) per risolvere problemi di natura medico-legale, molto raramente per problemi clinici o per chiarire diagnosi non certe: le tecnologie a disposizione del clinico sono ritenute diffusamente esaurienti; ma è indubbio che l'autopsia rimane ancora metodologia cruciale in quanto fornisce dati di approfondimento che dovrebbero essere poi utilizzati nella discussione del caso clinico. Si può affermare che l'autopsia è dimenticata anche se la lettura del caso clinico sul *New England Journal of Medicine* conferma la sua importanza come metodologia per giungere alla diagnosi più precisa^{1,2}. La pratica clinica è basata sempre più su sofisticate metodologie, ma declina l'arte di ascoltare il malato, di elaborare un'approfondita anamnesi e un corretto esame obiettivo; queste ultime due insieme concorrono per il 75% alla corretta diagnosi³. Si legge che la causa di morte sia erroneamente diagnosticata nel 50% degli anziani deceduti e che in Italia "si muore di più di errori medici che di incidenti"; ogni anno sono circa 15 milioni i ricoveri in Italia con 4,5 milioni di interventi e 20 milioni di accessi al pronto soccorso (15 mila sono i medici che ogni anno affrontano cause di risarcimento). Il sistema sanitario attuale, così povero di verifiche anche in forma di *audit* e poco interessato ai risultati, ha scarse possibilità di imparare dai propri errori; i meeting anatomopatologici sono da tempo assenti negli ospedali italiani, privandoli così di un efficace strumento di controllo e didattico⁴.

L'iter diagnostico ospedaliero sempre più raramente si completa con l'autopsia: per esempio in Svezia si è passati dal 81% nel 1984 al 34% nel 1993; non sono disponibili dati italiani. Alla diminuzione hanno concorso anche le difficoltà burocratiche per ottenere il consenso dai parenti. Indubbiamente la qualità e la sensibilità dei patologi è diminuita anche per la scarsa esercitazione in questa procedura che richiede esperienza e tecnologie specifiche. Non so se nei criteri di accreditamento delle strutture ospedaliere sia prevista

■ Corrispondenza: prof. Gianfranco Salvioli, Cattedra di Geriatria e Gerontologica, Università di Modena e Reggio Emilia, U.O. di Geriatria, Nuovo Ospedale Civile "S. Agostino Estense", via Giardini, 41100 Baggiovara di Modena - Fax 059 225991 - E-mail: salvioli@unimore.it

l'esecuzione di un numero adeguato di autopsie sui deceduti in ospedale; si legge che in Australia la causa di morte sia erroneamente diagnosticata nel 50% degli anziani deceduti e che, nonostante il miglioramento delle tecnologie diagnostiche, nel 32-42% delle autopsie eseguite si trova almeno una causa aggiuntiva alla quale imputare la morte ⁵.

Facciamo esempi nel settore della medicina geriatrica: la diagnosi di suicidio richiede a volte la conferma dalla autopsia; se l'anziano muore, non raramente in modo improvviso, si dice: "era tanto vecchio" e la morte sembra evento scontato e naturale; sarà stato un arresto cardiaco? oppure un'emorragia cerebrale? La morte in ospedale di un anziano è un problema se consegue per esempio ad una caduta: può trovare spiegazioni chiarificatrici dall'autopsia. Le cause di decesso riportate dai certificati di morte non sono sempre accurate; i problemi di terminologia sono rilevanti, ma ancora non adeguatamente affrontati. L'accuratezza dei certificati di morte che codificano la malattia coronarica come causa di decesso sovrastimano di due volte il ruolo di tale patologia nelle persone anziane, almeno nell'ampia casistica dello studio di Framingham ⁵; ancora l'infarto del miocardio è non raramente causa di morte in soggetti con ictus ^{6,7}.

Fra gli ospiti di strutture per anziani, la certificazione di morte contiene spesso errori ed omissioni (50%): una maggior considerazione dovrebbe avere questo atto da parte dei medici che operano nel settore.

La patologia cerebrale, con più o meno evidenti manifestazioni psicogeriatriche ha scarsa attenzione anatomopatologica: la disponibilità di sensibili e specifiche colorazioni immunohistochimiche consente di meglio precisare il tipo di demenza e il coinvolgimento della patologia microcircolatoria ¹⁰; nei dementi l'autopsia dimostra per esempio un'alta incidenza delle broncopneumopatie come causa di morte ¹¹.

La disponibilità di materiale autoptico proveniente da pazienti anziani agevola anche la ricerca; per esempio sul ruolo del polimorfismo di geni candidati sono state creati due database: *The geriatric autopsy database* (GEAD) e *The Japanese single nucleotide polymorphisms (SNP) database for geriatric research* (JG-SNP): essi sono accessibili online e riportano la storia clinica dei pazienti (età media 80 anni), informazioni ottenute dalla autopsia; riguardano anche le malattie neurodegenerative ¹².

I reperti autoptici dovrebbero essere utilizzati anche come parametro di qualità delle cure dei pazienti con malattie neurodegenerative ¹³.

È segnalata l'efficacia della comparazione dei dati clinici con quelli autoptici nei pazienti che decedono nei reparti di emergenza: le diagnosi omesse e verificate soltanto all'autopsia sono risultate numerose ¹⁴. Le reazioni avverse ai farmaci rappresentano, come è noto, un problema rilevante per il paziente ospedalizzato: la determinazione quantitativa e qualitativa dei farmaci, anche *postmortem*, sarebbe una procedura utile per escludere reazioni avverse fatali ¹⁵.

Le cause di morte degli anziani ospiti di strutture non sono sempre ben chiarite: è già stato detto; gli errori diagnostici documentati da alcuni studi autoptici su queste casistiche varia dal 6 al 68%: il più frequente riguarda l'embolia polmonare (accuratezza diagnostica del 39%) ⁸. Gli anziani istituzionalizzati sono sicuramente più vittime di interazioni farmacologiche catastrofiche anche perché assumono non raramente 9 o più farmaci.

L'autopsia è una procedura indicativa di elevata qualità del processo diagnostico-curativo; può fornire indicazioni sulla attendibilità di nuove tecnologie. I reparti di Geriatria e soprattutto le strutture per anziani, ad elevata mortalità, dovrebbero fare riferimento più spesso a dati autoptici per confermare le diagnosi e la causa più probabile di morte.

Complessivamente si ritiene che la discordanza fra diagnosi clinica e diagnosi autoptica sia ancora persistentemente elevata ¹⁶. È auspicabile che anche nel nostro Paese la procedura autoptica sia tenuta presente come metodologia fondamentale per migliorare le conoscenze anche nel settore della geriatria e gerontologia. L'autopsia è procedura indicativa di elevata qualità del processo medico ¹⁶: pertanto dovrebbe essere considerata nei processi di accreditamento delle strutture sanitarie di ogni tipo, in particolare dell'ospedale. I reparti di Geriatria, soprattutto le strutture per anziani, gravati da un'elevata mortalità, dovrebbero con maggiore frequenza fare riferimento all'autopsia per stabilire o confermare le diagnosi e la causa più probabile di morte.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Timmermans S. *Postmortem: how medical examiners explain suspicious deaths*. University Chicago Press 2006.
- ² Burton JL, Underwood J. *Clinical, educational, and epidemiological value of autopsy*. *Lancet* 2007;369:1471-80.
- ³ Sackett DL, Rennie D. *The science of the art of the clinical examination* JAMA 1992;267:2650-2.
- ⁴ Durning S, Cation L. *The educational value of autopsy in a residency training program*. *Arch Intern Med* 2000;160:997-9.
- ⁵ Veress B, Alafuzoff I. *A retrospective analysis of clinical diagnoses and autopsy finding in 3.042 cases during two different time periods*. *Hum Pathol* 1994;25:140-5.
- ⁶ Lloyd-Jones DM, Martin DO, Larson MG, Levy D. *Accuracy of death certificates for coding coronary heart disease as a cause of death*. *Ann Intern Med* 1998;129:1020-6.
- ⁷ Gongora-Rivera F, Labreuche J, Jaramillo A, Steg PG, Hauw J-J, Amarenco P. *Autopsy prevalence of coronary atherosclerosis in patients with fatal stroke*. *Stroke* 2007;38:1203-10.
- ⁸ Gross JS, Neufeld RR, Libow LS, Gerber I, Rodstein M. *Autopsy study of the elderly institutionalized patient. Review of 234 autopsies*. *Arch Intern Med* 1988;148:173-6.
- ⁹ Hill TE, Phillips C, Randolph JF. *Death certification in long-term care*. *J Am Med Dir* 2005; 6:351-2.
- ¹⁰ Jellinger KA, Attems J. *Neuropathological evaluation of mixed dementia*. *J Neurol Sci* 2007;257:80-7.
- ¹¹ Attems J, König C, Huber M, Lintner F, Jellinger KA. *Cause of death in demented and non-demented elderly inpatients; an autopsy study of 308 cases*. *J Alzheimers Dis* 2005;8:57-62.
- ¹² Sawabe M, Arai T, Esaki Y, Nakahara K-I, Hosoi T, Orimo H, et al. *Development of a geriatric autopsy database and Internet-based database of Japanese single nucleotide polymorphisms for geriatric research (JP-SNP)*. *Mech Aging Develop* 2004;125:547-52.
- ¹³ Fu C, Chute DJ, Farag ES, Garakian J, Cummings JL, Vinters HV. *Comorbidity in dementia: an autopsy study*. *Arch Pathol Lab Med* 2004;128:32-8.
- ¹⁴ Combes A, Mokhtari M, Couvelard A, Trouillet J-L, Baudot J, Henin D, et al. *Clinical and autopsy diagnoses in the intensive care unit*. *Arch Intern Med* 2004;164:389-92.
- ¹⁵ Ebbesen J, Buajordet I, Erikssen J, Brors O, Hilberg T, Svaar H, et al. *Drug-related deaths in a department of internal medicine*. *Arch Intern Med* 2001;161:2317-23.
- ¹⁶ Lundberg GD. *Low-tech autopsies in the era of high-tech medicine. Continued value for quality assurance and patient safety*. *JAMA* 1998;280:1273-4.