



OMCeOMB

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri
della Provincia di Monza e della Brianza

Il check-up periodico di routine nelle persone sane

opportunità diagnostica reale o rischio per la salute dei pazienti?

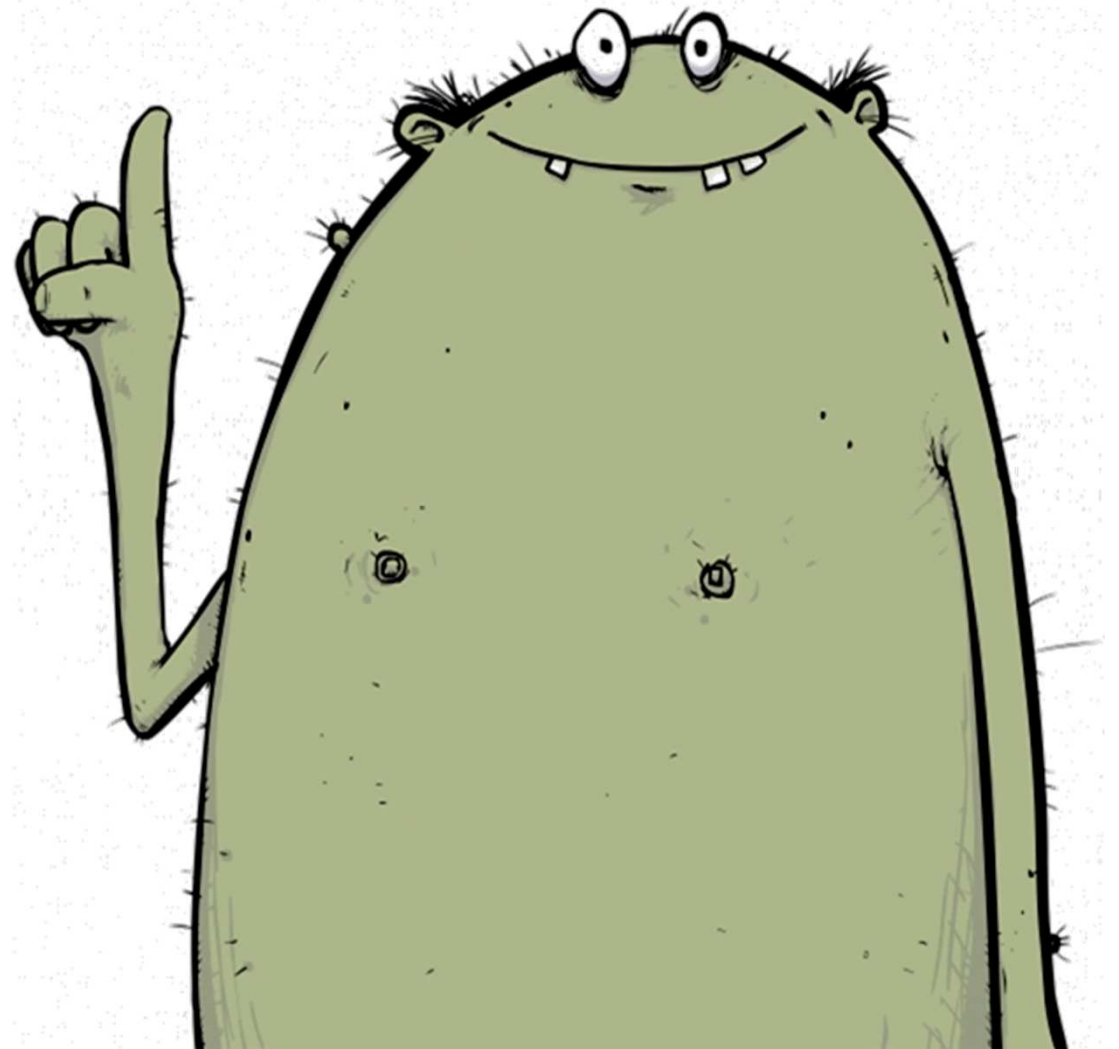
Antonio Bonaldi




Ordine dei Medici della provincia di Monza e della Brianza
Monza - 9 ottobre 2021

Di che cosa parlerò

- Da cosa dipende la salute?
- Nasce la medicina predittiva
- Perché sottoporsi ad uno screening?
- Trappole cognitive
- La sovradiagnosi
- Il mercato e i media
- Le istituzioni
- Conseguenze per il paziente
- Cosa alimenta la sovradiagnosi
- Conclusioni



Vita e salute



Ogni persona desidera vivere bene e a lungo e a questo fine dedica gran parte della propria esistenza. In questo cammino la salute rappresenta il principale requisito. Non sorprende quindi che per preservare la salute e sconfiggere la sofferenza si dedichino così tante energie.

Ma siamo sicuri che le risorse impiegate per la salute siano spese bene?

Prevenire

È MEGLIO CHE CURARE

Esami di routine
per monitorare
lo stato di salute
dei tuoi organi

CHECK
UP
PROFILES

Richiedi qui i Check Up Profiles!



LA TUA SALUTE
CI STA A CUORE

A SOLI
128€

CHECK UP **cardiologico**

Visita cardiologica • Elettrocardiogramma
Ecografia cardiaca • Ecocolordoppler cardiaco

GRATIS



Acque della Salute



CHECK UP
DEL SABATO MATTINA



Esami di laboratorio - Profilo C
Esami di laboratorio - Tiroide
Esami di laboratorio - PSA
Ecografia addome completo
Ecografia tiroide
Ecografia parti molli
Ecografia muscolo-tendinea
Elettrocardiogramma

3 accertamenti a scelta a soli

Pacchetto

TIROIDE

-40%

Promozione di
NOVEMBRE

€ 139
Invece di € 229

ANALISI CLINICHE
FTS, fT4, TSH, TPO Antibodies,
Antiparacetamol, -HDL, Triglycerides,
Anticardiolipin, Anticardiolipin
ECOGRAFIA TIROIDEA
VISITA
ENDOCRINOLOGICA



PSA

Test Antigene Prostatico
20 e 24 marzo
A TARIFFA
AGEVOLATA

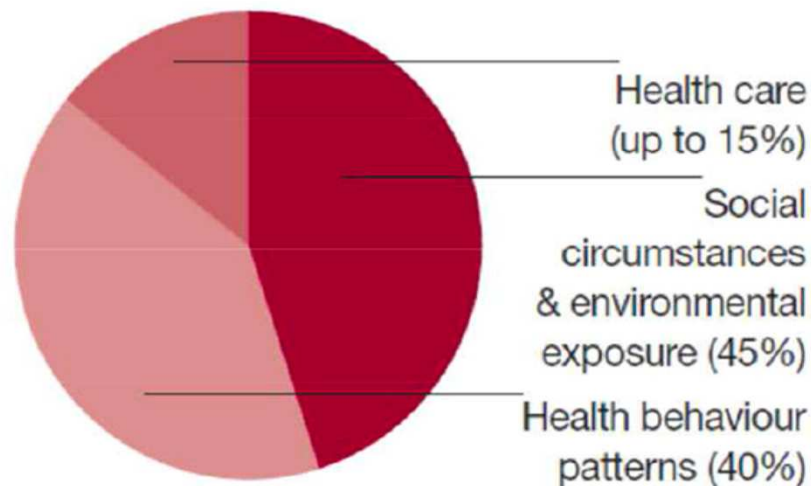
AUGURI A TUTTI I PAPA'

Da che cosa dipende la salute?

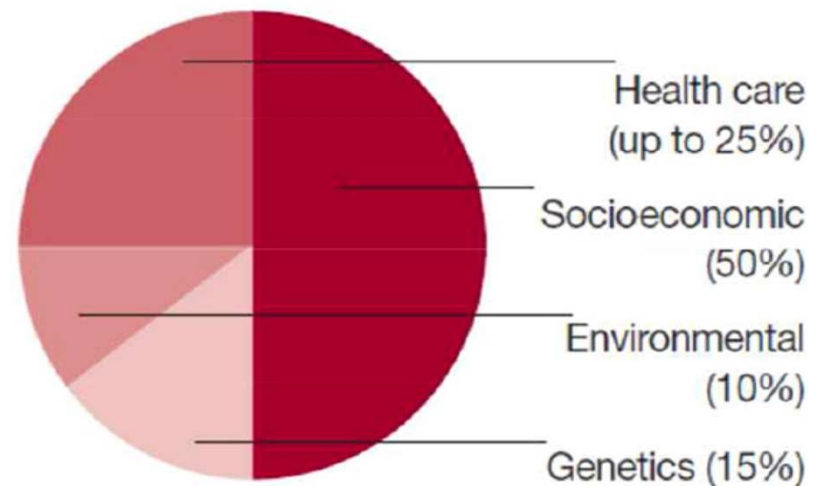
È opinione comune che tutte le malattie abbiano una causa biologica e siano trattabili con farmaci e con interventi chirurgici, ma non è così.

Il contributo dei fattori sociali e ambientali sullo stato di salute è preponderante: 45-60%

Mc Giniss *et al* (2002)



Canadian Institute of Advanced Research (2012)



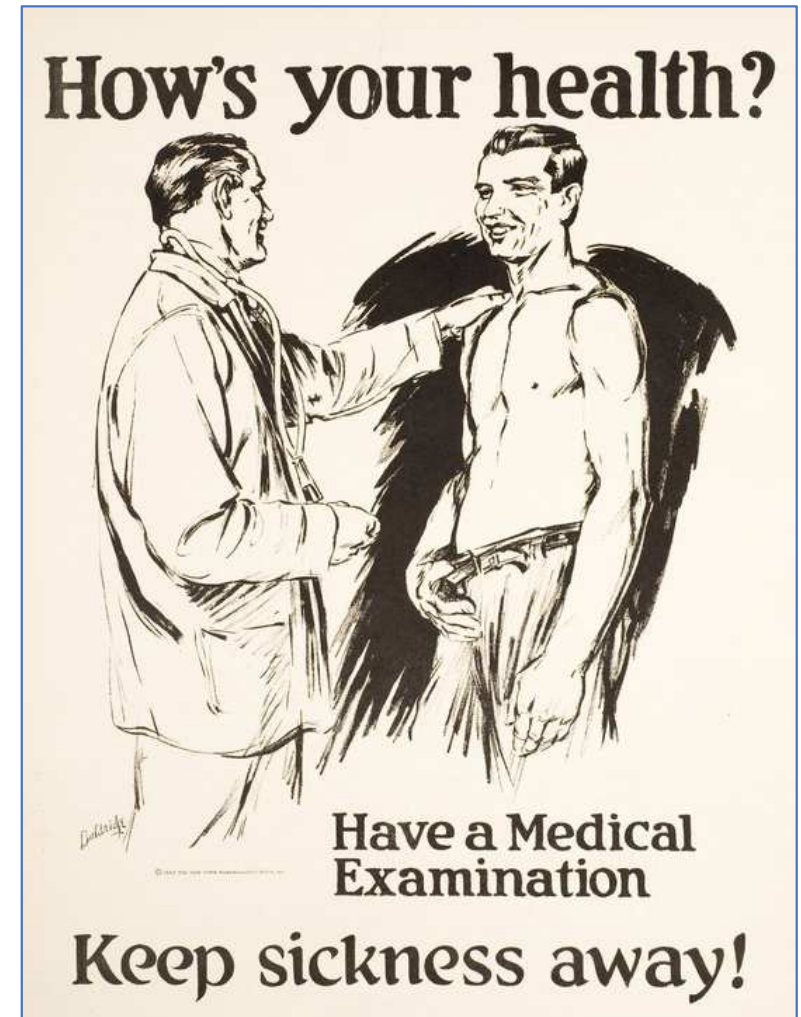
Stima dei principali determinanti dello stato di salute

2020: la medicina predittiva compie 100 anni!

Nel 1920 l'American Medical Association raccomanda di eseguire ad ogni individuo in buona salute di età superiore ai 35 anni, una visita clinica annuale e alcuni test di laboratorio, quali l'emoglobina e l'analisi delle urine.

Si diffuse così l'idea che per salvaguardare la propria salute fosse utile ricorrere periodicamente all'esecuzione di alcuni esami con finalità preventive.

American Medical Association: Periodic Health examination. A manual for physicians. Chicago 1947



1968: l'OMS definisce i criteri per valutare gli screening

Durante gli anni sessanta si diffonde un'ondata di appassionato fervore per gli screening. Allora per ritenerli utili era sufficiente che sapessero individuare qualche caso di malattia prima che divenisse clinicamente evidente.

Alcuni professionisti, però, cominciano a chiedersi se gli screening siano sempre utili e quando introdurli come strumenti di sanità pubblica.

Criteri per la valutazione di un programma di screening

(Wilson and Jungner, OMS 1968)

1. La malattia costituisce un serio problema di salute pubblica
2. Esiste un test di screening capace di riconoscere la malattia in fase asintomatica
3. Esiste un trattamento di riconosciuta efficacia e sono disponibili adeguate strutture per la diagnosi e la cura
4. La storia naturale della malattia è conosciuta

Europeo

19 Aprile 1991

SCIENZA

Il check-up? È inutile, anzi è dannoso

Finora si credeva che un controllo periodico di routine, effettuato anche in assenza di sintomi di malattia, fosse la chiave della salute: con una diagnosi precoce si riteneva di poter allungare la vita alla gente. Ma non è così. Ecco i racconti di tre medici che credono al malato più che agli screening di massa

di GIULIANO FERRIERI

Un esempio è quello dello screening di massa, sui bambini, per individuare i sintomi di un'eventuale scoliosi (una deviazione della colonna vertebrale): esami del genere permettono di scoprire pochissimi casi di vera scoliosi evolutiva, che va ovviamente curata, e fanno invece classificare come malati moltissimi bambini in cui curve scoliotiche «non progressive» resterebbero per tutta la vita senza dare disturbi. Ma a causa dei risultati del check-up quei bambini sono costretti a subire trattamenti di lunga durata e di efficacia non ben dimostrata, che limitano fortemente la loro vita (si pensi all'uso dei corsetti correttivi) e tengono per anni, con la necessità di continui controlli, in apprensione le famiglie.

Un altro esempio può riguardare lo screening per la ricerca del sangue occulto nelle feci. Questo sangue viene nella maggioranza dei casi da piccoli polipi intestinali. Ora da un lato la medicina sa che i polipi sono molto diffusi nella popolazione in genere, e solo per una piccola percentuale degenerano in cancro; dall'altro lato è questione medica ancora aperta se valga la pena di impegnare ingenti risorse e far nascere tanti fastidi ai pazienti per rimuovere a persone senz'altro sintomi un numero elevato di polipi scoperti mediante quel test.

Ancora un caso, che viene da una ricerca francese sul tumore della prostata. Un check-up di massa per individuare i canceri della prostata asintomatici (si calcola siano due

milioni) verrebbe a costare più di 55 milioni di franchi (oltre 12 miliardi di lire). Se ai test si facesse seguire un intervento chirurgico col suo tasso di rischio operatorio, che è dell'uno per cento - si avrebbero 20 mila decessi; troppi, dal momento che il cancro della prostata uccide in Francia (pur essendo la terza causa di morte tumorale fra gli uomini) «solo» 9 mila persone all'anno.

Molte le conclusioni a cui inducono questi esempi. Si fanno troppi check-up «di massa» (cioè non mirati: su persone sane, senza sintomi di malattia). Li si fanno anche in casi

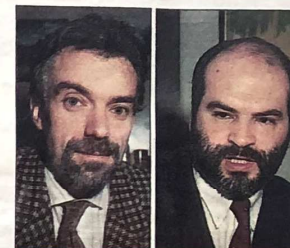
in cui l'efficacia dello screening è provata; o dove comunque esiste una terapia capace di curare il male, o dove non è dimostrata una diagnosi precoce al punto da accorci i tempi di vita. Non sempre prima di un test il medico ha risposto a un interrogativo che riguarda il singolo paziente: «Lui ne avrà bisogno?». O all'altro interrogativo che riguarda la salute pubblica: «La collettività ne avrà un vantaggio?». E i costi? I costi dei termini di costo-benefici? I soldi impiegati in eventi

Dice la relazione dei tre medici lombardi: «Nel '79 la Canadian Task Force (un organismo che ha vagliato gli esiti di un alto numero di esami sanitari periodici) prese in considerazione 78 malattie tra quelle più importanti in Canada per frequenza o gravità (e potenzialmente prevenibili) e si propose di valutare se la diagnosi precoce offriva per esse garanzie di efficacia. Lo studio fu lungo e accurato. E il risultato: «La Task Force raccomanda di abbandonare la pratica degli esami periodici di routine, in favore di richieste più mirate e meno frequenti».

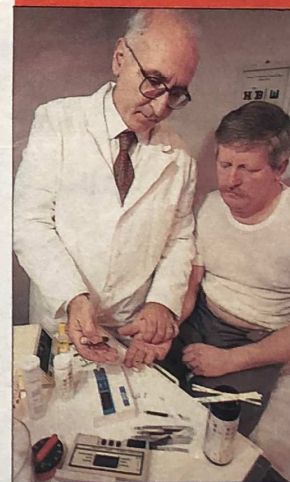
tare l'attività medica privata: che in sé è più che lecita, ma può anche trasformarsi - diciamo pane al pane - in speculazione privata. Un altro rischio è quello di avallare, adattandosi alla routine di certi check-up, delle ipotesi cliniche «di moda», contraddette da studi ben documentati».

Per esempio, professore? Consideri, solo nell'ultimo decennio, le oscillazioni che ha subito il «valore di pericolo» dei trigliceridi. Lo stesso per il colesterolo: prima ipervalutato come fattore di rischio, poi messo un po' da parte, poi ripreso in considerazione. Tenga presente che con i check-up non mirati e sul sano corriamo il pericolo di ampliare quel fondo di ipochondria che c'è in ognuno di noi: per cui basta un lieve e del tutto casuale rialzo della glicemia, un dato di ipertensione o ipercolesterolemia «borderline» (cioè ai limiti della norma), per indurci a ripetere con frequenza esami che alzano la spesa medica collettiva e possono creare falsi malati».

In conclusione, professor Travaini? «Il medico non deve mai dimenticare che esiste il malato, prima e più della malattia. Col malato davanti, e se un accurato esame clinico li suggerisce, certi screening mirati vanno fatti. Se no, sul sano e «di massa» il check-up diventa un compiacimento medico, dai risultati dubbi (si pensi ai falsi positivi e falsi negativi e dai costi sproporzionati, che sottraggono fondi alla cura dei malati veri».



I dottori Antonio Bonaldi, Massimo Raineri (sopra) e Emilio Pozzi (sotto), tre medici «generalisti» che attaccano gli screening ingiustificati. A sinistra: la Tac. (Tomografia assiale computerizzata).



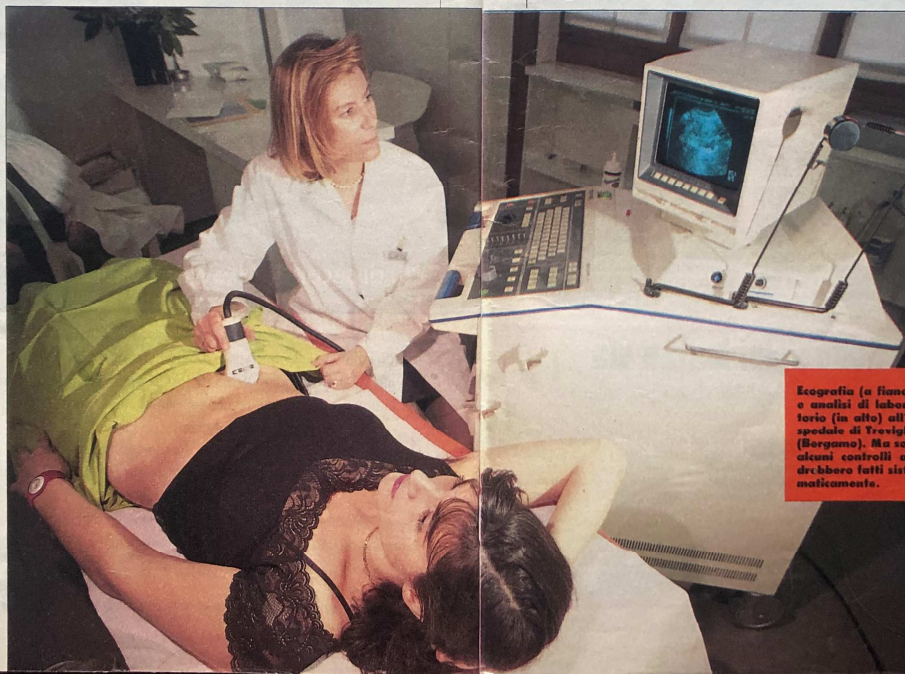
Il dottor Raineri menzionava prima gli errori dei falsi positivi e falsi negativi. Falso positivo è il risultato di un test che classifica un soggetto come portatore di una malattia che in realtà non ha. Il falso negativo è il suo opposto: il test «negativo» dà per sano un soggetto che è invece nei fatti malato. Errori di questo genere hanno sempre conseguenze non piccole: il falso negativo non si cura in tempo, e il falso positivo si cura (con spese, con ansia, con gli effetti collaterali di danno che accompagnano qualsiasi terapia) per un male di cui invece non soffre.

Pure i due tipi di errore sono statisticamente inevitabili, nell'ambito degli screening. La loro presenza può variare dal 2 al 10 (e più) per cento dei risultati. Ma gli effetti indiretti del (modesto) errore iniziale possono essere rilevanti. Bonaldi, Pozzi e Raineri citano il caso del sangue occulto nelle feci. Dicono: «Su 100 soggetti apparsi positivi a questo test e sottoposti poi ad altri accertamenti diagnostici (coloscopia, biopsia, eccetera) ben 90 sono risultati privi di lesioni cancerogene: ma per questi 90 l'esclusione della malattia divenne possibile solo dopo molto tempo, a conclusione di esami fastidiosi e spesso dolorosi, non esenti anche da seri rischi (si pensi solo a quello di una perforazione intestinale). Più lo stato d'animo di una persona che attende l'esito di un esame dal quale può scaturire una sorta di condanna a morte o comunque la prospettiva di cure che comporteranno serie menomazioni fisiche, una colostomia, per esempio».

«Per questi motivi», commenta il dottor Bonaldi, «prima di usare il test del sangue occulto come screening di massa deve essere assolutamente certo che almeno quei 10 soggetti veramente malati ne trarranno qualche beneficio in termini di maggiore sopravvivenza o di migliore qualità della vita. Purtroppo questa prova di efficacia fino ad oggi non esiste».

Un coefficiente d'ansia c'è sempre, in ognuno di noi: ed è certo che un check-up non necessario, oltre a comportare uno spreco di tempo e di risorse sanitarie, può contribuire a creare queste situazioni di ansia nel sano sottoposto a bordate di esami. Si quindi ai check-up mirati, che possono o far accendere in tempo la spia di allarme o rassicurare la persona che (erroneamente) si crede malata, no a quella check-up-dipendenza a causa della quale, come denuncia in Francia il professor Norbert Bensaid, «per paura di morire, rischiamo di morire di paura».

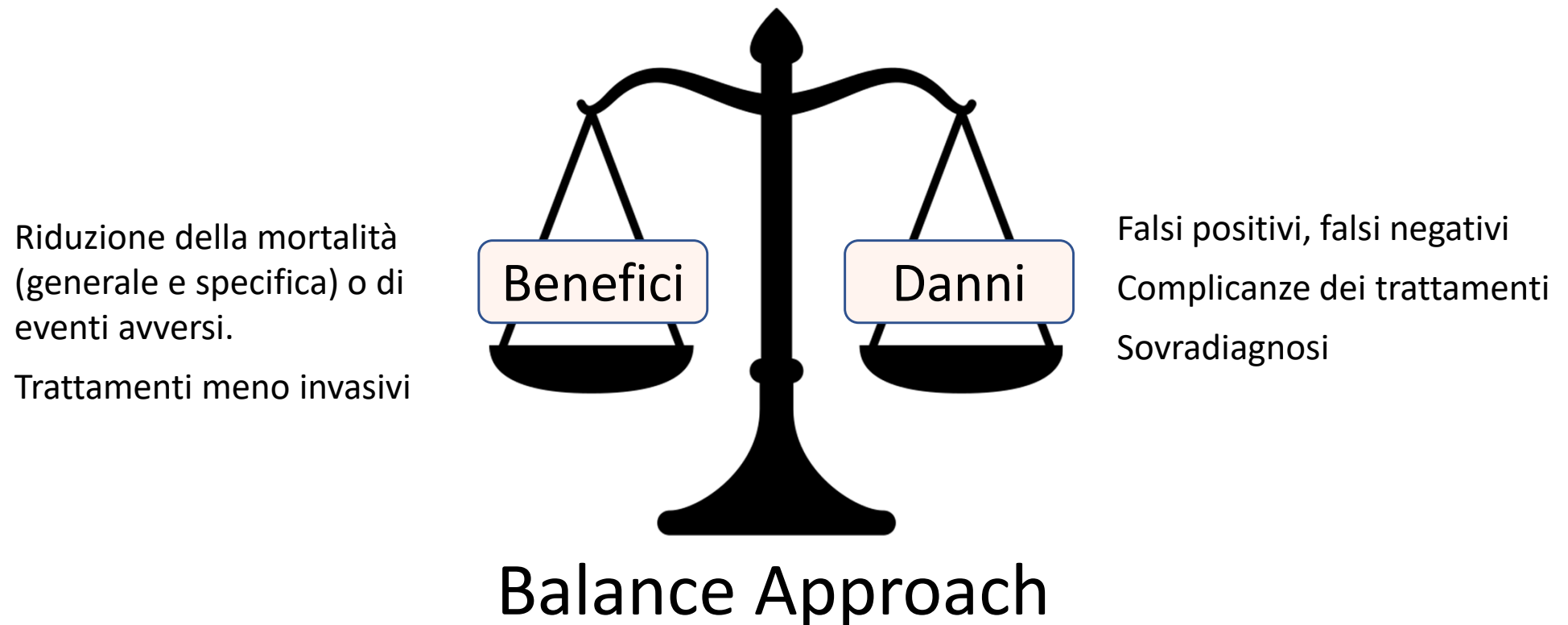
Di paura o di terapie. Uno studio



Ecografia (a fianco) e analisi di laboratorio (in alto) all'ospedale di Treviglio (Bergamo). Ma solo alcuni controlli andrebbero fatti sistematicamente.

Dalla check-list agli outcomes

Oggi gli screening sono valutati non solo attraverso l'adesione ai criteri di una check-list ma come bilancio tra i benefici e i danni, misurati mediante studi scientifici di buona qualità.



Perché fare un test di screening?

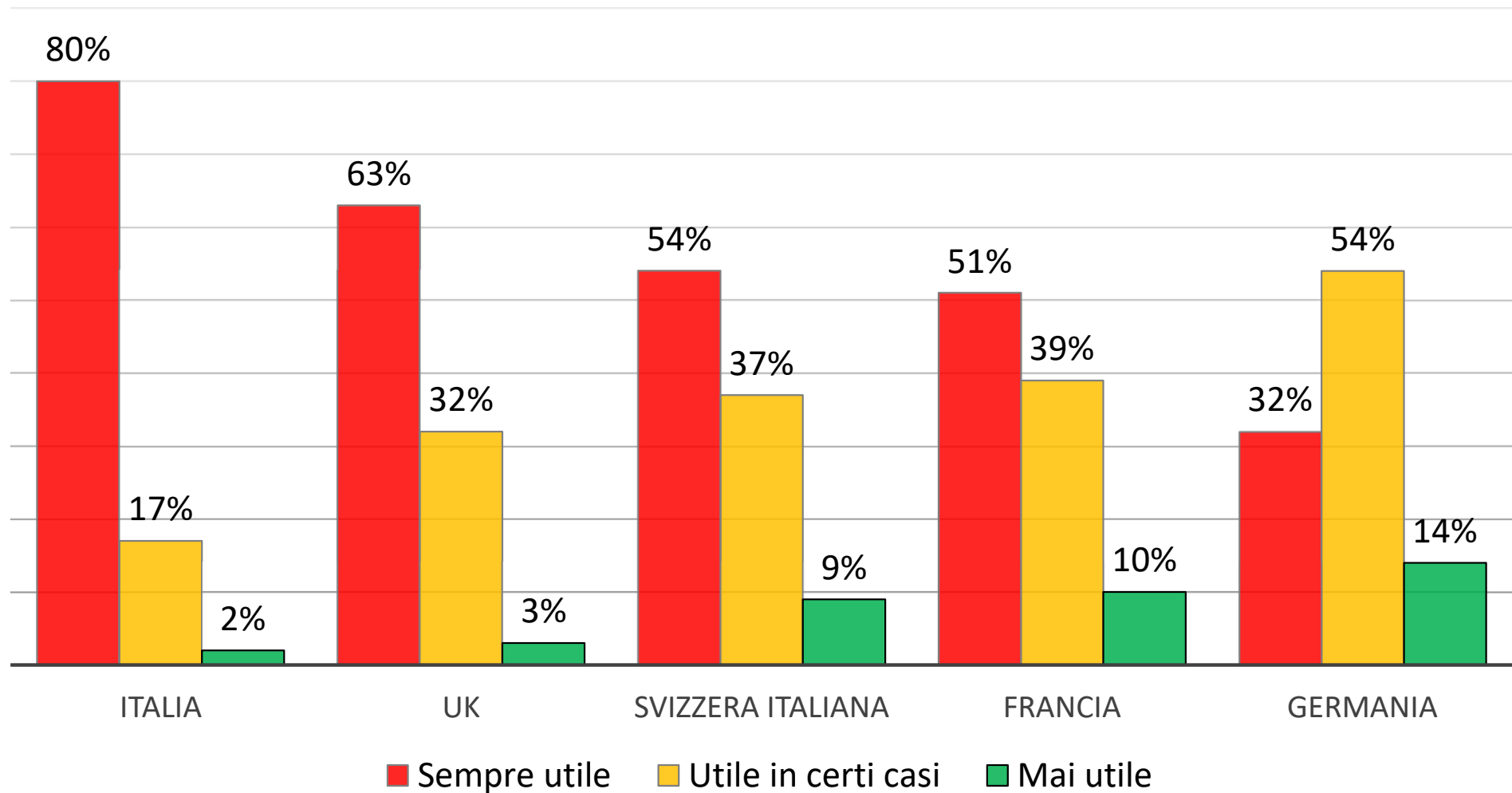
Quando ci sottoponiamo ad un test di screening, cerchiamo le tracce di una malattia che non ha dato ancora indizi della sua presenza, pensando che trattandola precocemente le cure saranno più semplici e più efficaci.



Lei sembra in perfetta forma ... ma non deve preoccuparsi, facciamo un po' di esami e vedrà che qualcosa riusciamo a trovare.

Cosa pensa la gente degli screening?

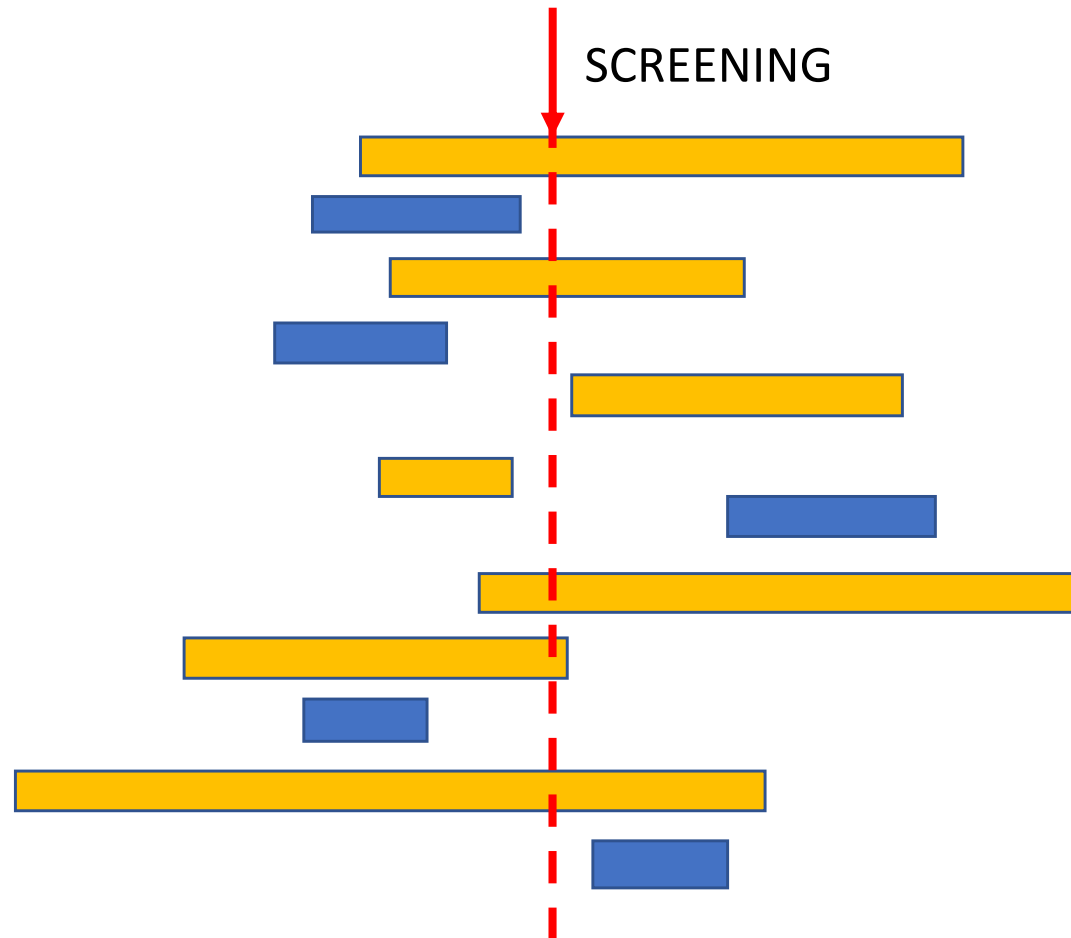
Crede sia sempre utile, utile solo in certi casi oppure mai utile, fare degli esami per sapere in anticipo se ha oppure no una malattia?



Domenighetti 2006

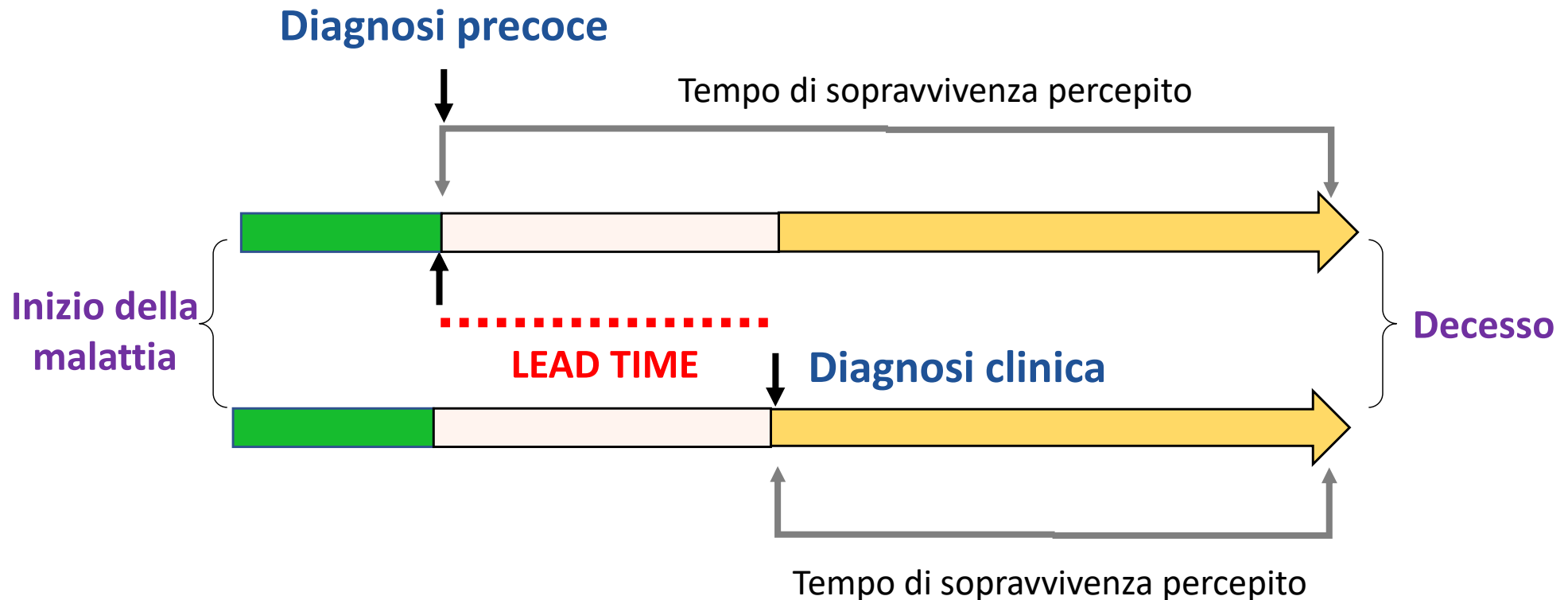
Errore di durata della malattia (Length time bias)

Lo screening individua più facilmente i casi di malattia che progrediscono lentamente e che in genere hanno una prognosi migliore di quelli più aggressivi e a crescita veloce che si manifestano spontaneamente.



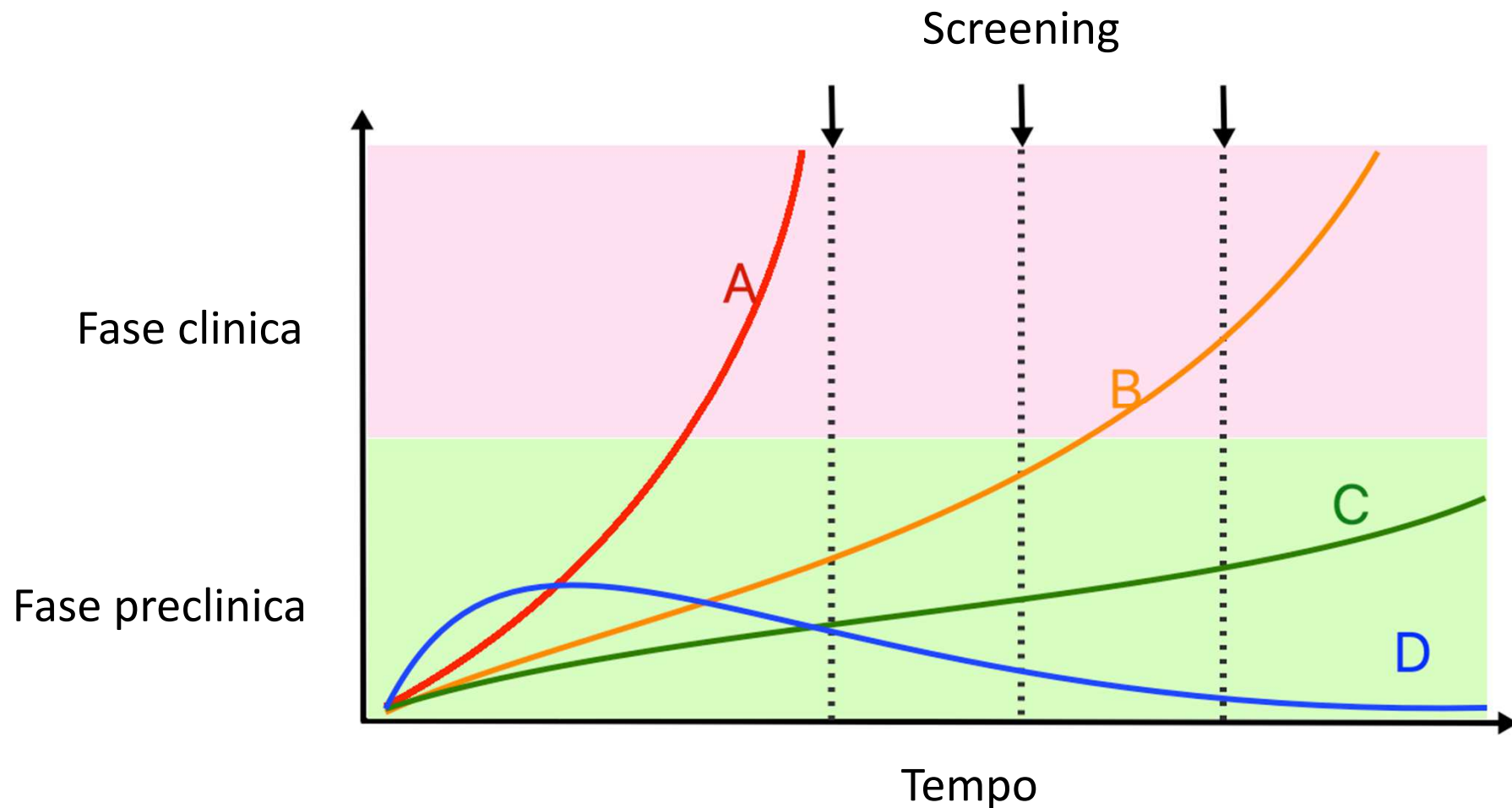
Errore da anticipazione diagnostica (Lead time bias)

La sopravvivenza misurata dalla data di diagnosi, indipendentemente dall'efficacia dello screening, è comunque più lunga rispetto ai casi che vengono diagnosticati quando si manifestano i primi sintomi.



La storia naturale delle malattie

È opinione comune che le malattie, senza interventi terapeutici, siano destinate ad evolvere da una fase iniziale silente, caratterizzata da minime alterazioni biologiche, fino ad uno stadio conclamato di sintomi più o meno specifici.



Vi sono prove consistenti che la **sovradiagnosi**, ovvero l'individuazione precoce di malattie e anomalie che sarebbero rimaste silenti per tutta la vita, stia seriamente danneggiando le persone in buona salute.

Moynihan R: BMJ 2012

Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy

Evidence is mounting that medicine is harming healthy people through ever earlier detection and ever wider definition of disease. With the announcement of an international conference to improve understanding of the problem of overdiagnosis, **Ray Moynihan, Jenny Doust, and David Henry** examine its causes and explore solutions

Medicine's much hailed ability to help the sick is fast being challenged by its propensity to harm the healthy. A burgeoning scientific literature is fueling public concerns that too many people are being overdosed,¹ overtreated,² and overdiagnosed.³ Screening programmes are detecting early cancers that will never cause symptoms or death,⁴ sensitive diagnostic technologies identify "abnormalities" so tiny they will remain benign,⁵ while widening disease definitions mean people at ever lower risks receive permanent medical labels and lifelong treatments that will fail to benefit many of them.³⁻⁶ With estimates that more than \$200bn (£128bn; €160bn) may be wasted on unnecessary treatment every year in the United States,⁷ the cumulative burden from overdiagnosis poses a significant threat to human health.

Narrowly defined, overdiagnosis occurs when people without symptoms are diagnosed with a disease that ultimately will not cause them to experience symptoms or early death.³ More broadly defined, overdiagnosis refers to the related problems of overmedicalisation and subsequent overtreatment, diagnosis creep, shifting thresholds, and disease mongering, all processes helping to reclassify healthy people with mild problems or at low risk as sick.⁸

The downsides of overdiagnosis include the negative effects of unnecessary labelling, the harms of unneeded tests and therapies, and the opportunity cost of wasted resources that could be better used to treat or prevent genuine illness. The challenge is to articu-



Changing diagnostic criteria for many conditions are causing virtually the entire older adult population to be classified as having at least one chronic condition

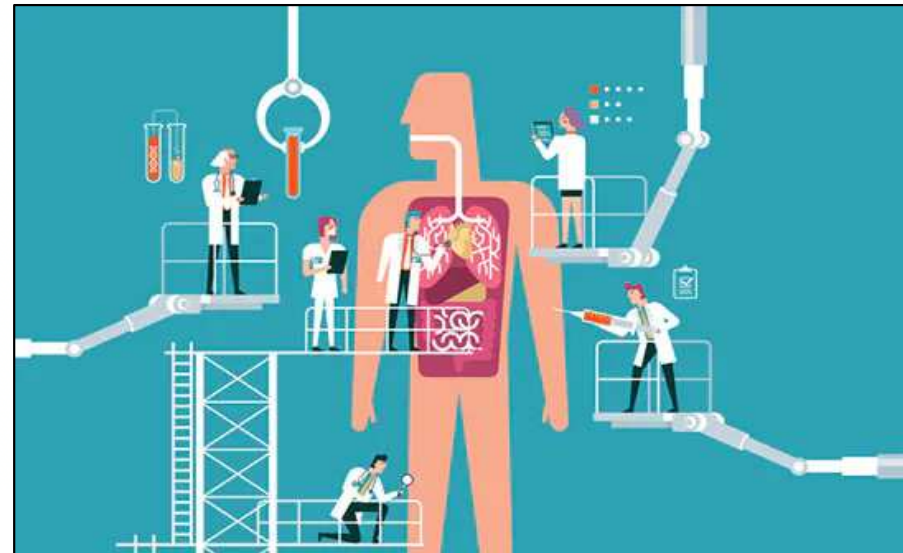
Overdiagnosis is increasing the carbon footprint of healthcare

Tackling overdiagnosis takes on a new urgency in the context of a climate emergency

Alexandra Barratt,¹ Forbes McGain²

Clinical practice varies—some is excellent, delivering high quality care, improving health outcomes, and representing excellent value for money. But research over the past two decades has established that a significant minority of clinical care is low value, wasteful, or harmful.¹

At the extreme end of low value care is no value care—otherwise known as overdiagnosis.

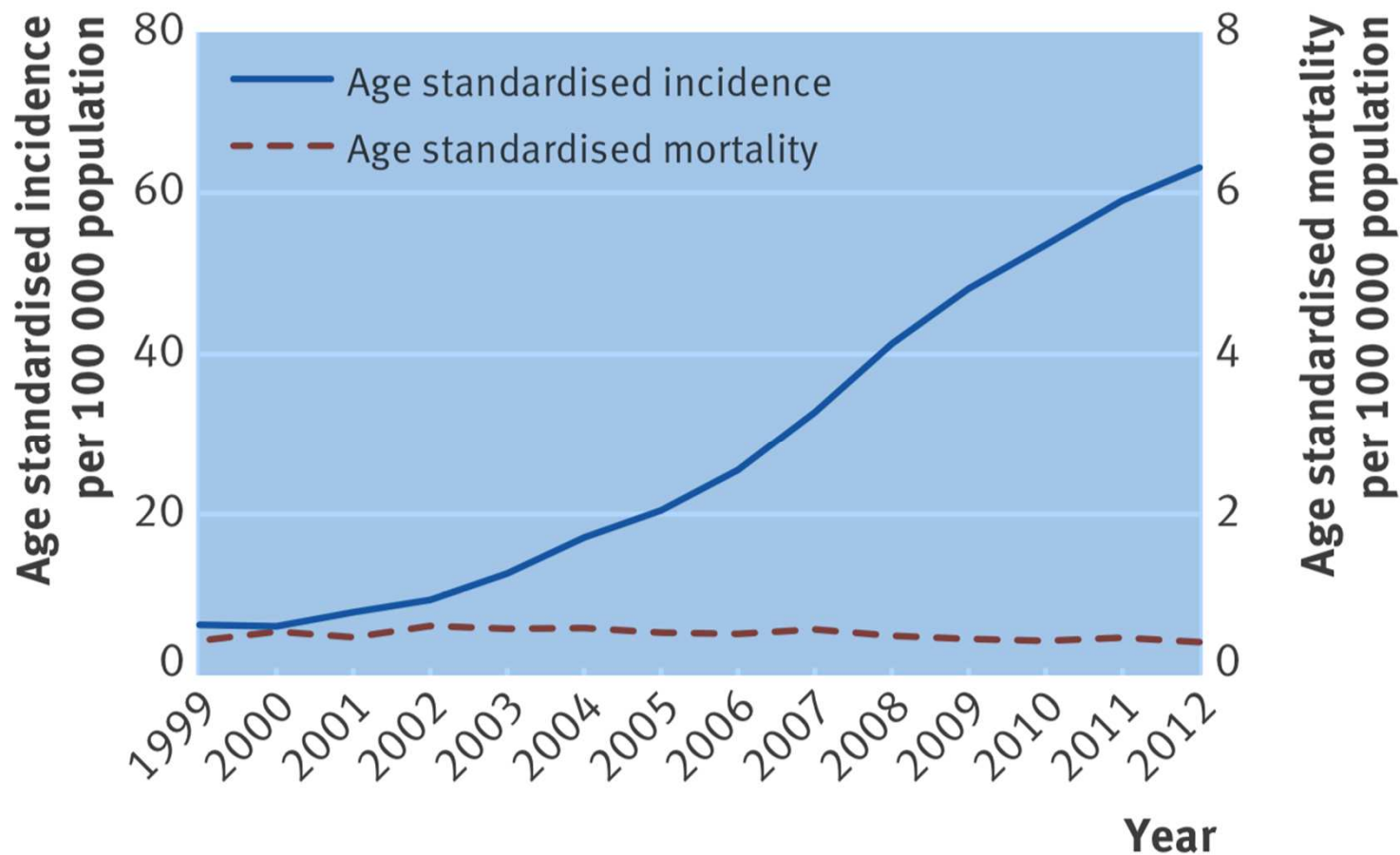


Il settore sanitario contribuisce per il 4-5% alle emissioni totali di CO₂.

La riduzione del sovrautilizzo di prestazioni sanitarie inutili e di basso valore clinico (30% della spesa sanitaria), è considerata da OMS e OCSE una delle azioni prioritarie.

Il cancro della tiroide

Nella Corea del Sud, dopo l'introduzione dello screening, i tumori della tiroide sono aumentati di oltre il 600%, senza migliorare la mortalità specifica. Oggi la Corea ha la più alta incidenza di tumori del mondo.



Research

6 marzo 2018

JAMA | **Original Investigation**

Effect of a Low-Intensity PSA-Based Screening Intervention on Prostate Cancer Mortality The CAP Randomized Clinical Trial

Lo studio più grande mai realizzato su questo tema, ha coinvolto oltre 400.000 maschi di età compresa tra 50 e 69 anni, 189.000 dei quali hanno eseguito il PSA come test di screening per il cancro della prostata.

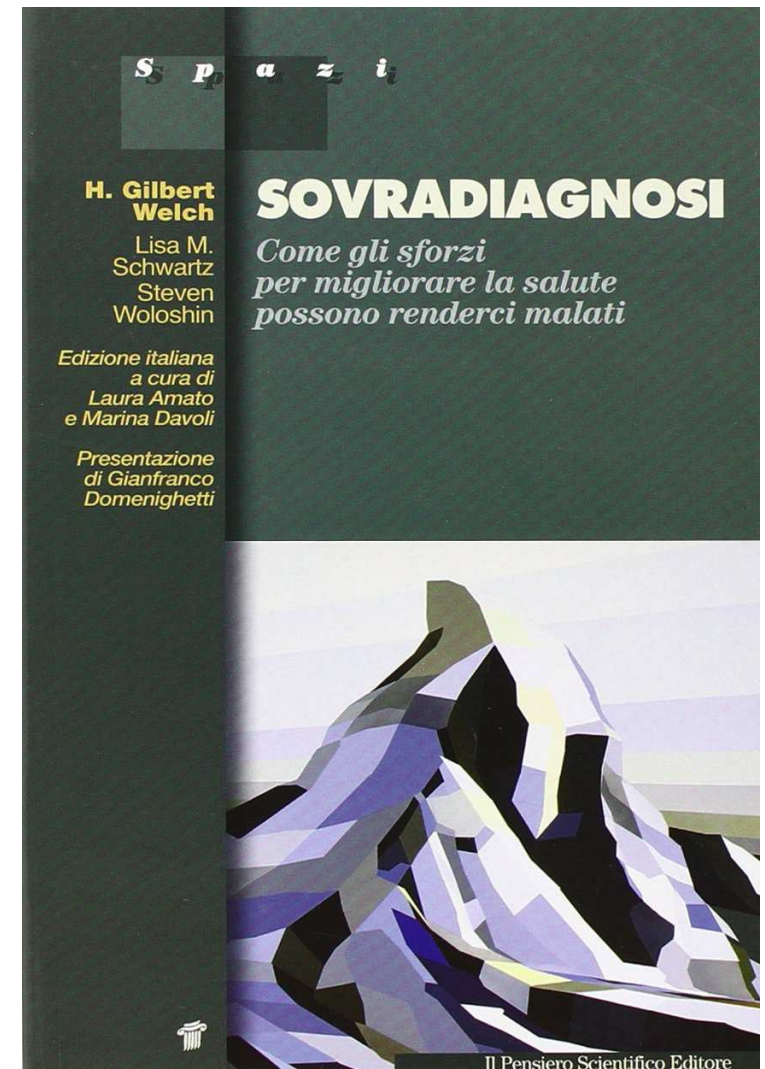
Dopo essere stati seguiti per dieci anni, la mortalità per cancro della prostata dei soggetti sottoposti allo screening non mostrava alcuna differenza significativa da quella registrata nel gruppo di controllo (214.000 uomini). Tuttavia, la proporzione di uomini con diagnosi di cancro è risultata significativamente più elevata nel gruppo sottoposto allo screening (4,3%), rispetto a quello di controllo (3,6%).

Un'epidemia di diagnosi

Le percentuali di **sovradiagnosi** evidenziate nel corso degli screening sono preoccupanti:

- **Ecografia tiroidea:** fino all'80-90% dei tumori della tiroide. *Ahn: N Engl J Med 2014*
- **PSA:** Fino al 50-60% dei tumori della prostata. *Welch: Natl Cancer Inst 2010*
- **Mammografia:** fino al 20-30% dei tumori della mammella. *Bleyer: N Engl J Med 2012*

In Australia si stima che il 24% dei tumori diagnosticati negli uomini e il 18% dei tumori diagnosticati nelle donne siano tumori sovra-diagnosticati. *Glasziou: Med J of Australia 2020*



I check-up tutelano la salute?



BMJ

EDITORIALS

General health checks don't work

It's time to let them go

BMJ 9 giugno 2014

È dimostrato che i check-up (test di laboratorio e di imaging eseguiti a persone asintomatiche) non riducono la mortalità, non prevengono alcuna malattia, non evitano i ricoveri, né riducono le disabilità.

I check-up devono essere scoraggiati: medici e istituzioni pubbliche e private che offrono i check-up devono sapere di agire senza disporre di prove di efficacia.

BMJ 20 ottobre 2012

Cosa dice la letteratura?



General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease (Review)

Krogsboll, 2019

Outcomes	Illustrative comparative risks* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)
	Assumed risk ^a	Corresponding risk			
	Without health checks	With health checks			
Total mortality Follow-up: 4-30 years	68 per 1000	68 per 1000 (66 to 70)	RR 1.00 (0.97 to 1.03)	233,298 (11)	⊕⊕⊕⊕ high
Cancer mortality Follow-up: 4-22 years	26 per 1000	26 per 1000 (24 to 29)	RR 1.01 (0.92 to 1.12)	139,290 (8)	⊕⊕⊕⊕ high
Cardiovascular mortality Follow-up: 4-30 years	32 per 1000	34 per 1000 (30 to 37)	RR 1.05 (0.94 to 1.16)	170,227 (9)	⊕⊕⊕⊖ ^b moderate
Fatal and non-fatal ischaemic heart disease Follow-up: 4-30 years	66 per 1000	65 per 1000 (62 to 68)	RR 0.98 (0.94 to 1.03)	164,881 (4)	⊕⊕⊕⊕ high
Fatal and non-fatal stroke Follow-up: 4-30 years	29 per 1000	30 per 1000 (28 to 34)	RR 1.05 (0.95 to 1.17)	107,421 (3)	⊕⊕⊕⊖ ^c moderate

Il mercato della salute

Giornata Mondiale della **TIROIDE**



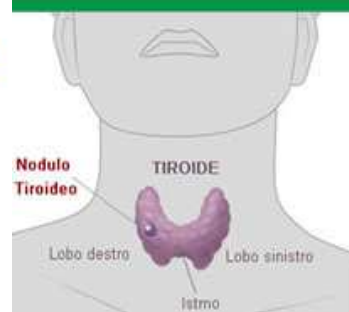
Una piccola
farfalla
da proteggere.



Il 9 dicembre fai un controllo gratuito
della tiroide a Villa Maria.



TIROIDE:
meglio prevenire
che curare



PREVENZIONE TIROIDE

PROMOZIONE
Febbraio 2013
1 MESE !



CONI
ISTITUTO DI MEDICINA
E SCIENZA DELLO SPORT

PREVENZIONE *della*
TIROIDE

dal **18** GIUGNO
al **21** LUGLIO



In nome della salute ti dichiaro malato



PSA

Test Antigene Prostatico

GRATUITO

19 marzo

Festa del Papà 2018

La prevenzione su misura



Diagram illustrating the human body with internal organs highlighted in various colors: lungs (blue), heart (red), liver (green), stomach (yellow), kidneys (blue), and intestines (yellow).

- CHECK UP UOMO
- CHECK UP DONNA
- CHECK UP COMPLETO
- CHECK UP DELLO SPORTIVO
- CHECK UP OBESITÀ
- MEDICINA DEL LAVORO

Le informazioni sugli screening tendono, ad amplificare i benefici, come se si trattasse di promuovere un prodotto commerciale, mentre i rischi della sovradiagnosi sono ignorati.

Programma di Screening Mammografico per la diagnosi precoce del tumore al seno

Quali sono i possibili inconvenienti?

Di regola nessuno. Tuttavia in un numero molto limitato di casi (meno dello 0,5%) è necessario ripetere la mammografia a causa di difetti tecnici nella sua esecuzione.

È possibile che lo screening non riesca a evidenziare tumori che pure esistono; ciò succede in una proporzione esigua di casi.

L'analisi di 47 brochure utilizzate nelle campagne di screening per i tumori al seno ha messo in evidenza che l'informazione si limita a presentare i benefici relativi alla diminuzione della mortalità.

Nessuna brochure riporta i rischi della sovradiagnosi associati allo screening.

Giordano: Eur J Public Health 2005

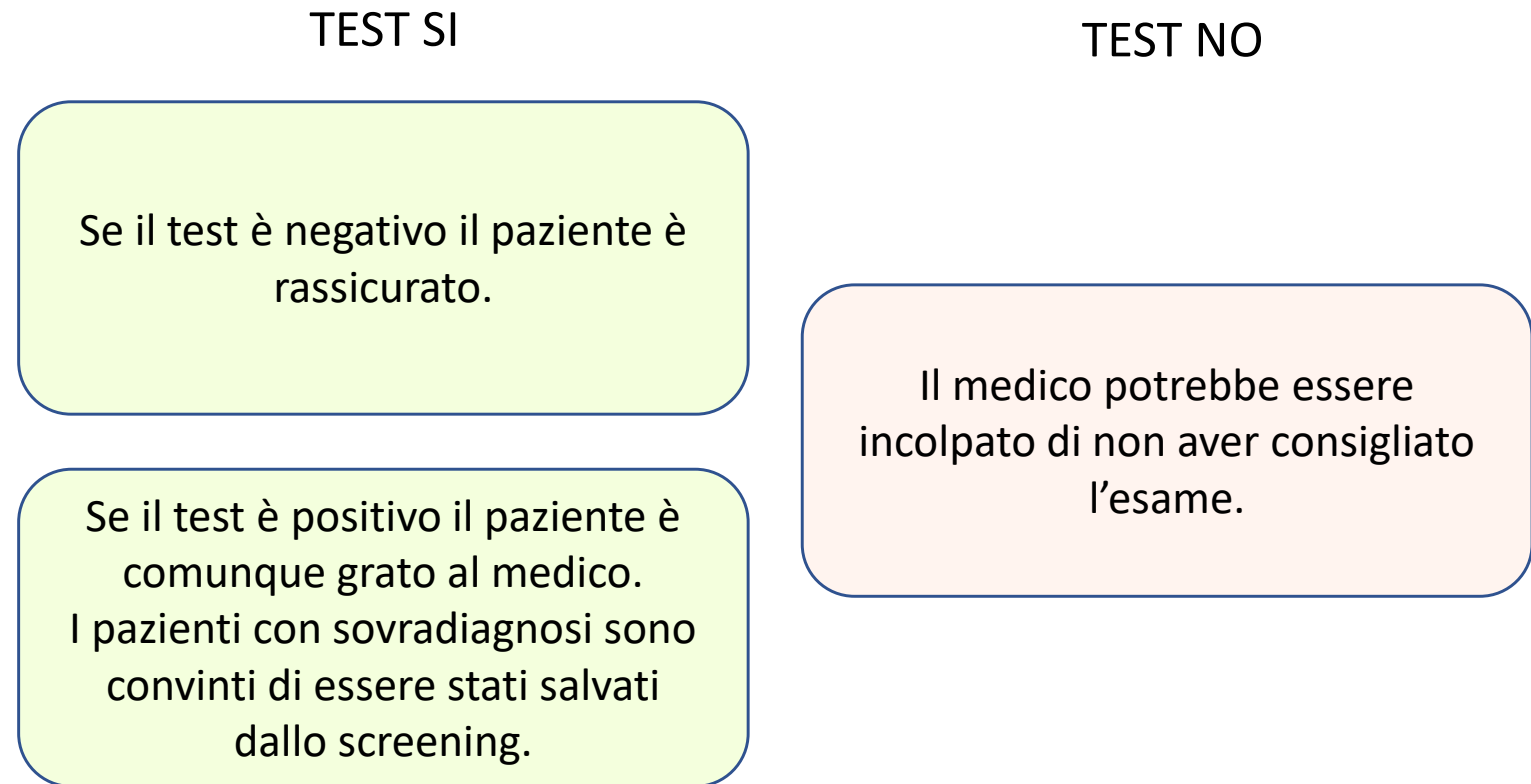
Il successo di un programma di screening non dovrebbe essere misurato attraverso il numero degli esami eseguiti, ma espresso dal numero di persone che scelgono in modo consapevole.



Non esiste la decisione giusta in assoluto, ma solo l'opzione adeguata alle caratteristiche del singolo individuo.

Screening: una lotteria dove tutti vincono

Un atteggiamento favorevole nei confronti degli screening accontenta il paziente e protegge il professionista da eventuali contenziosi legali.



Oltre al danno la beffa: tanto più alta è la percentuale di sovradiagnosi tanto più cresce l'entusiasmo per lo screening.

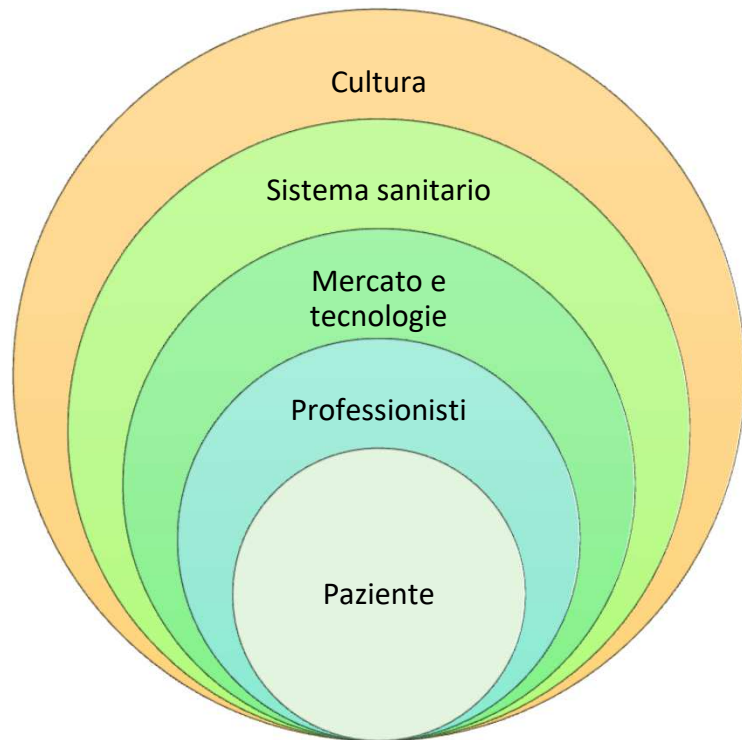
Conseguenze per il paziente

Dominio	Descrizione
Fisico	Dolore, disabilità temporanee o permanenti, complicanze delle procedure, effetti collaterali dei farmaci e delle radiazioni
Psicologico	Stati ansiosi, stress, disturbi emotivi
Sociale	Compromissione delle relazioni familiari e sociali
Economico	Costi diretti e indiretti associati alle cure
Gestione delle cure	Tempo, problemi organizzativi, perdita di opportunità
Credibilità	Erosione della fiducia nei confronti del servizio sanitario e della medicina

Korenstein: JAMA Internal Medicine, 2018

Cosa alimenta la sovradiagnosi

La sovradiagnosi ha raggiunto proporzioni epidemiche ed è alimentata da molteplici fattori sui quali non è semplice intervenire.



- Opinione diffusa che fare di più sia sempre meglio e che la diagnosi precoce sia sempre utile
- Incentivi economici legati al numero di prestazioni, estensione dei confini delle malattie
- Tecnologie diagnostiche capaci di evidenziare lesioni sempre più piccole
- Mercato aggressivo e incontrollato
- Timore dei medici di non riconoscere qualche malattia, medicina difensiva, errori cognitivi
- Aspettative che la medicina possa risolvere qualsiasi problema

Moynian: Med J Aust, 2018

Qualche consiglio

Nell'ambito della medicina predittiva al momento le cose da fare sono poche, ma le conoscenze sono destinate a cambiare nel corso del tempo.

Principali raccomandazioni dell'US Preventive Services Task Force

Grado A	Grado B
Cancro della cervice uterina: donne 21-65 anni	Aneurisma dell'aorta addominale: uomini 65-75 anni
Cancro del colon: 50-75 anni	Cancro del colon: 45-49 anni
Ipertensione arteriosa: da 18 anni	Cancro del seno: donne 50-74 anni
Fumatori	Depressione: adulti e adolescenti 12-18 anni
	Cancro del polmone: fumatori 50-80 anni
	Obesità: bambini e adolescenti > 6 anni
	Osteoporosi: donne < 65 anni se a rischio e > 65 anni
	Prediabete: persone obese, 35-70 anni
	Malattie cardiovascolari: statine, adulti a rischio, 40-75 anni

A. Procedura raccomandata, ci sono prove certe che i benefici siano sostanziali.

B. Procedura raccomandata, ma i benefici potrebbero essere moderati.

Conclusioni

I medici devono essere ben consapevoli delle responsabilità che ricadono sulla professione e a questo riguardo possono agire su due distinti livelli:

- sul piano **culturale**: possono promuovere il dibattito scientifico e informare gli amministratori e il pubblico sulle opportunità, le criticità, i pericoli e gli abusi associati al mito della diagnosi precoce che pervade la cultura sanitaria e illude le persone di poter tutelare la salute tramite gli screening.
- Sul piano **individuale**: possono assistere il paziente nelle scelte che riguardano la salute, fornendogli le informazioni disponibili e aiutandolo a resistere alle lusinghe di un mercato sempre più aggressivo.