

Evento ECM  
Ordine dei Medici Monza e Brianza  
9 ottobre 2021

IL CHECK UP MEDICO PERIODICO E GLI  
SCREENING DI ROUTINE NELLE PERSONE  
SANE SONO UNA PROCEDURA DIAGNOSTICA  
APPROPRIATA?

I RISCHI DELLA "SOVRADIAGNOSI" E DEI  
TRATTAMENTI ECCESSIVI NON "EVIDENCE  
BASED"

# “PREVENIRE E' MEGLIO CHE CURARE”

LA CULTURA MEDICA E' PERVASA DALLA SINCERA CONVINZIONE CHE I CHECK UP E GLI SCREENING SIANO SEMPRE UTILI.

I MESSAGGI DALLA SOCIETA' CIVILE, DAI MEDIA E ,NON ULTIMI, DA SOGGETTI PRIVATI, (CHE GUADAGNANO CON LA SANITA'), SONO CONTINUI E CERCANO DI PERSUADERE I PAZIENTI CHE LA DIAGNOSI PRECOCE SIA COMUNQUE LA COSA MIGLIORE.

**NOI OGGI CERCHEREMO DI DIFENDERE UNA  
TESI POCO POPOLARE E  
CONTRODEDUTTIVA RISPETTO A QUELLA  
APPENA ESPRESSA.**

**UNA TESI QUINDI CHE CI FARA'  
RIFLETTERE SULLA POSSIBILITA' DI UN  
CORRETTO UTILIZZO DI QUELLA CHE OGGI  
VIENE CHIAMATA:**

***“MEDICINA PREDITTIVA”***

# La prevenzione primaria delle

Dott. Fabrizio Bassani

# Prevenzione

## I concetti classici

### Prevenzione primaria :

si mettono in atto tutte le misure/azioni che tendono a evitare l'insorgere di malattie.

### Prevenzione secondaria :

si mettono in atto tutte le misure/azioni che tendono a evitare l'aggravarsi di una malattia già manifestatasi.

# Indagini di screening

Nel duplice concetto di prevenzione,  
dove possiamo inserire gli screening ?  
(il cui scopo è una diagnosi precoce )

Lo possiamo fare solo modificando in  
parte lo schema classico della duplice  
prevenzione che conosciamo .

# PREVENZIONE PRIMARIA

**Comprende tutti i comportamenti che hanno come obiettivo quello di evitare la comparsa di una malattia.**

**E' un concetto molto esteso che abbraccia sia lo stile di vita che fattori sociali, ambientali, nutrizionali e psicologici .**

# Prevenzione secondaria

La prevenzione secondaria mira a individuare una determinata malattia precocemente, quando si ipotizza sia più facilmente curabile.

Possiamo parlare quindi di

**DIAGNOSI PRECOCE.**

**Di questo tipo di prevenzione fanno parte anche gli SCREENING di cui oggi stiamo parlando.**



# Prevenzione primaria = diagnosi precoce ?

Denotare gli interventi di diagnosi precoce  
come prevenzione primaria è pericoloso e  
fuorviante.

**Induce nelle persone l'illusione che i controlli  
periodici quando si è sani possano ridurre il  
rischio di ammalarsi.**

**(L'81% delle donne italiane nel 2009 riteneva,  
erroneamente, che il sottoporsi regolarmente alla  
screening mammografico riduca o annulli il rischio di  
ammalarsi in futuro del tumore al seno)**

**PER L'OPINIONE PUBBLICA RICEVERE UNA DIAGNOSI (SPECIE SE IN ANTICIPO) E'ORMAI DIVENTATO SINONIMO DI GUARIGIONE.**

**Vi e' un entusiasmo popolare verso la diagnosi precoce : il 73% degli americani preferisce avere in regalo un TOTAL BODY SCANNER che intascare mille dollari, il 66% è disposto a sottoporsi a test per un tumore per cui non c'e cura,. Il 50% delle donne americane sottoposte a isterectomia continuano a fare il PAP test, dal 6 al 27% dei pazienti affetti da un tumore incurabile continuano a sottoporsi a screening per altri tumori.**

# Prevenzione terziaria

La prevenzione terziaria mette in atto misure per controllare e/o evitare la progressione di una malattia già conclamata.

**MOLTI SOLDI** SONO SPESI PER SOSTENERE LA DIAGNOSI PRECOCE (E ANCHE GLI SCREENING) INVITANDO LE PERSONE A FARE ESAMI IN PIENO BENESSERE.

**MOLTI MENO SOLDI** SONO SPESI PER LA PREVENZIONE PRIMARIA CIOE' PER SOSTENERE E PROMUOVERE STILI DI VITA E COMPORTAMENTI CHE RIDURREBBERO DI MOLTO L'INCIDENZA DI QUELLE PATOLOGIE PER CUI CONSIGLIAMO GLI SCREENING-

Gli spot televisivi contro il fumo sono numerosi ?

Avete mai letto una parola di prudenza nel consumo di alcol su l'etichetta di qualunque vino ?

**LE ATTIVITA' DI PREVENZIONE NON SONO REMUNERATIVE DAL PUNTO DI VISTA ECONOMICO** (vedi settore privato)

# STRATEGIA OMS 25x25

“Vi sono prove del fatto che la prevenzione primaria basata su un approccio strettamente individualizzato, come i messaggi educativi del personale sanitario, ha un impatto complessivamente modesto, mentre le azioni a livello di popolazione hanno un'efficacia maggiore “

# Messa al bando consumo bevande zuccherate in maxi confezioni

.A New York il sindaco Bloomberg dopo aver attuato tale misura è stato così apostrofato nel 2014 su Vanity Fair in nome della libertà individuale e dei sostenitori del libero mercato:

*“Una delle città più aperte e generose del mondo è ora nelle mani di un moralista maniaco del controllo”*

FUMO

Il fumo è una causa di malattia su cui sappiamo quasi tutto e che ha numeri spaventosi, ma l'OMS deve fare i conti con la forte resistenza dell'Organizzazione Mondiale del Commercio e il suo appello al libero mercato.

Molte nazioni poi si adeguano al principio centrale dello Stato Liberale :

” Un governo non può esercitare un'opera di coercizione sull'individuo per proteggerlo da se' stesso”

In pratica ognuno è libero di giudicare che cosa è buono o cattivo per se' (e pagarne le conseguenze)

# Il “principio del danno”

**.Il solo scopo per cui il potere può essere esercitato su qualunque membro di una comunità civilizzata, contro il suo volere è prevenire un danno ad altri.**

.Dire che comportamenti personali non sono per nulla contrari alla salute pubblica (alcol- droghe- fumo- obesità) è perlomeno dubbio.

• (Alcol -aumento incidenti stradali. Droghe -aumento crimine e violenza- Obesità -aumento malattie degenerative (CVD, tumori, diabete, IPA, aumento morti da fumo passivo con ospedali saturi e spese sanitaria pubblica in aumento....)



# AUSTRALIA -stato balia ?

- Lo stato australiano non proibisce il fumo, ma il costo delle sigarette è elevatissimo (80% del prezzo sono tasse).
- Il calo dei fumatori soprattutto nelle giovani generazioni è diminuito del 25% in 2 anni !!!
- In Italia le persone che smettono spontaneamente di fumare sono il 2-3%. Salgono al 12-15% se frequentano regolarmente i centri antifumo-
- L'OMS HA DEFINITO L'AUMENTO DEL PREZZO DEL TABACCO LA MIGLIOR POLITICA ANTIELIMPO POSSIBILE

# SCREENING

Gli screening sono indagini a tappeto, studiate per particolari categorie di persone (soprattutto distinte per sesso ed età) che hanno l'obiettivo di individuare malattie al loro esordio e di curarle prima che provochino danni maggiori.

Come abbiamo appena visto possiamo parlare di **diagnosi precoce**.

SE UN'ESAME DI SCREENING E' **NEGATIVO**  
ESCLUDE UNA MALATTIA

SE **POSITIVO** SIAMO DI FRONTE A UNA  
DIAGNOSI PRECOCE DI MALATTIA

( i falsi negativi e/o falsi positivi sono comunque sempre possibili)

# Differenza fra screening ed esame diagnostico personalizzato

Un esame di screening\_è completamente diverso rispetto a un accertamento prescritto dal medico curante per indagare la natura di un sintomo riferito dal paziente.

In questo caso il curante chiede un accertamento diagnostico specifico e mirato, scelto su base individuale, volto ad attuare una strategia di diagnosi precoce reale ed efficace.

E' il medico a scegliere l'esame a cui sottoporre il paziente

# Fondazione Veronesi

“I controlli periodici sono uno strumento utilissimo per verificare le proprie condizioni di salute e per scoprire precocemente gli eventuali problemi. E’ però necessario usare con intelligenza questa opportunità, per evitare sprechi e diagnosi inutili. Ecco perché gli esami vanno programmati in maniera personalizzata, secondo la situazione individuale e seguendo le indicazioni del medico curante”.

# CARATTERISTICHE DI UN BUON ESAME DI SCREENING

- .Sicuro
- .Accettabile
- .Costi sostenibili per la collettività
- .In grado di cambiare il decorso della malattia che si indaga.
- .Attendibile
- .Periodicità di esecuzione
- .Parte di un percorso

# SCREENING

## DATO ESSENZIALE : RIDUZIONE MORTALITA'

### Screening utile

**Uno screening è tanto più utile quanto più e' in grado di ridurre i decessi relativi alla malattia che indaga** (Il rischio di morte per la patologia screenata viene ridotto dalla diagnosi precoce)

### SCREENING INUTILE

Lo screening non è invece utile se aumenta soltanto il numero di tumori individuati. Esempio : la mortalità a distanza di anni fra tumori individuati con lo screening (molto alta all'inizio) e quelli insorti e diagnosticati non con lo screening è identica (ca. tiroide, ca.prostata per es,)

SCREENING DANNOSO Lo screening può risultare addirittura dannoso quando all'aumento delle diagnosi non corrisponde una riduzione della mortalità specifica pur avendo adottato un trattamento considerato efficace e per di più la mortalità a distanza dei pazienti individuati con lo screening è maggiore rispetto a quella individuata al di fuori di uno screening ( cascata di accertamenti e trattamenti effettuati di per se' talvolta potenzialmente dannosi)

La MORTALITA' **SPECIFICA** è quella riferita alla singola patologia sottoposta a screening.

La MORTALITA' **GLOBALE** invece prende in considerazione anche le persone (poche per fortuna) che purtroppo decedono come conseguenza dello screening (biopsie, sequele di chemioterapie, di radioterapia, di interventi chirurgici etc) e quelle che muoiono per cause diverse dalla patologia indagata dallo screening.

E' spesso difficile stabilire quale sia la vera causa di morte di un soggetto.

# Discussione aperta

Se la riduzione di mortalità specifica tra le persone sottoposte a screening non è elevata, **piccoli errori di attribuzione delle morti** sono ininfluenti, ma assegnare la causa del decesso a un motivo o a un'altro **può fare la differenza QUANDO LE VARIAZIONI FRA I DUE GRUPPI SONO MOLTO PICCOLE**

**LA QUESTIONE SE SIA PIU' UTILE VALUTARE LA MORTALITA' SPECIFICA O QUELLA TOTALE IN OGNI TIPO DI PATOLOGIA E' AMPIAMENTE DIBATTUTA NELLA LETTERATURA SCIENTIFICA E NON ANCORA RISOLTA.**



**LA VALUTAZIONE DELLA MORTALITA' TOTALE E' PIU' AFFIDABILE, PIU' PRECISA, NON MANIPOLABILE E TIENE CONTO ANCHE DELLE POSSIBILI CONSEGUENZE FATALI DEI TRATTAMENTI E DELLE INDAGINI INVASIVE A CUI IL PAZIENTE VIENE SOTTOPOSTO DOPO LO SCREENING**

**Analizzando 12 ricerche di confronto tra i pazienti seguiti con screening e non, sono stati comparati i dati della mortalità specifica e della mortalità totale-**

**In 7 di questi studi (durati decenni) i dati erano discrepanti – la riduzione della mortalità specifica ( sia pur in pazienti sottoposti a controlli periodici) non corrispondeva a riduzione mortalità totale.**

# Medicina predittiva

## LA LOGICA DI UNA DIAGNOSI PRECOCE E' ATTRAENTE...

Evidenza di casi inapparenti non egualmente evidenziabili, cure più precoci con meno danni gravi, non necessità di essere sottoposti a inutili interventi e terapie, guarigione più probabile etc).

Nella letteratura o anche nella divulgazione scientifica alcuni dati statistici vengono utilizzati per dimostrare che gli screening riducono la mortalità e aumentano la sopravvivenza .

Molti “opinion leader” elogiano il primato della diagnosi precoce- molti “siti internet “(non ufficiali) esaltano gli screening citando dati inconsistenti o errati , nascondendo i possibili rischi

# Considerazioni alternative

**1) AUMENTO SOPRAVVIVENZA**

**(VERO O FALSO ?)**

**2) FALSI POSITIVI**

**3) SOVRADIAGNOSI**

# Aumento sopravvivenza ?

**Spesso gli screening consentono solo di anticipare la diagnosi e se il successivo trattamento non risolve la malattia forniscono l'illusione che la sopravvivenza sia aumentata**

**(Diagnosi di patologia con screening a 60 anni.- diagnosi patologia solo dopo sintomi/segni a 65 anni- morte dei pazienti di entrambi i gruppi a 70 anni. Dal punto di vista statistico lo screening e' un successo:**

**i pazienti sottoposti a screening dopo 5 anni sono tutti vivi, mentre quelli che non si sono sottoposti a screening sono tutti morti: IN REALTA' LA DURATA DELLA VITA E' IDENTICA NEI DUE GRUPPI !!! (la diagnosi precoce aumenta sempre la sopravvivenza statistica, ma non necessariamente prolunga la vita)**

# Falsi positivi

**Molti screening possono produrre un discreto tasso di “falsi positivi”.**

**Questo concetto va spiegato** : l'esame non sbaglia nell'individuare una anomalia, ma scoprire tale anomalia in realtà non porta a reali benefici.(per esempio neoplasie indolenti che non avrebbero provocato mai problemi ai pazienti nel corso della loro vita per es Ca tiroide)

**MOLTE DI QUESTE DIAGNOSI ANCHE SE NON EFFETTUATE NON AVREBBERO CAMBIATO IL DESTINO DEI PAZIENTI**

I pazienti sono convinti di essere stati salvati (così dicono loro i medici).

In Europa e USA per esempio lo screening tumori tiroidei è sconsigliato.

**PIU' SONO I “FALSI POSITIVI” PIU' SONO I MIRACOLATI.**

SE ABBIAMO PIU' DIAGNOSI E STESSA MORTALITA' FRA I DUE GRUPPI SIAMO DI FRONTE A UN FENOMENO CHE SI CHIAMA **SOVRADIAGNOSI**

# SOVRADIAGNOSI

.Si ha una sovradiagnosi quando a un individuo viene diagnosticata una malattia/anomalia che esiste, ma che ha una notevole probabilità di non provocare in futuro né sintomi, né il decesso, e che viene poi trattata peggiorando la qualità di vita del soggetto.

.Alla possibile (ma non certa) maggior sopravvivenza dovuta alla diagnosi precoce fa riscontro, a causa della sovradiagnosi, un aumento del numero di soggetti che vivono per anni da malati, con tutto ciò che ne consegue dal punto di vista personale.

## Differenza tra falsi positivi e sovradiagnosi

Un **risultato positivo** è considerato **falso** quando gli accertamenti che seguono per esempio alla mammografia escludono che si tratti di un tumore al seno.

E' invece una sovradiagnosi quando il tumore c'è, ma probabilmente non si sarebbe manifestato nel corso della vita.

Mentre è facile identificare i falsi positivi, la sovradiagnosi non può essere individuata nel singolo caso. Purtroppo a oggi è impossibile riconoscere se un particolare tumore è di questo tipo, quindi vengono giustamente trattati tutti.

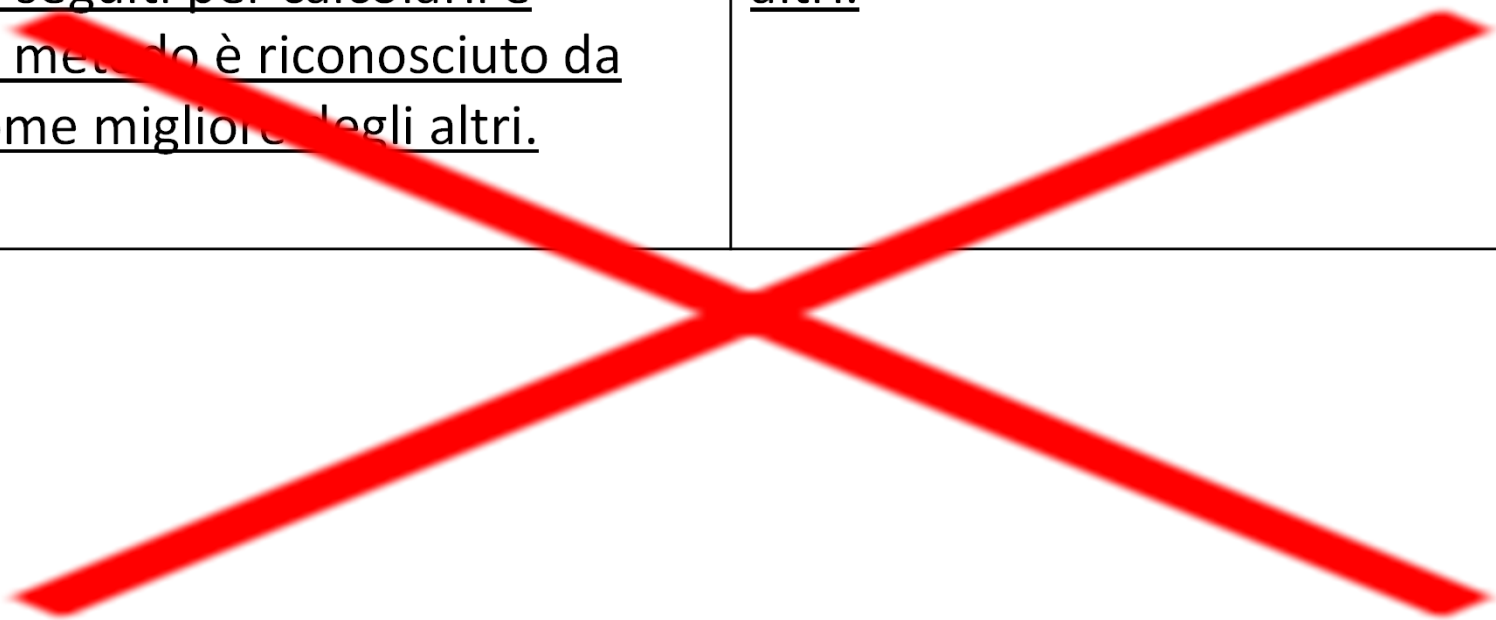
Quante donne in meno muoiono di tumore al seno grazie allo screening ?

I valori di **riduzione della mortalità** per tumore al seno trovati dai ricercatori vanno da circa il **20% al 38%.**

La disparità dipende dai diversi metodi seguiti per calcolarli e nessun metodo è riconosciuto da tutti come migliore degli altri.

Quante diagnosi di tumore al seno in eccesso sono per lo screening ?

I valori di **sovradiagnosi** trovati dai ricercatori vanno da circa il **5% al 30%.**  
La disparità dipende dai diversi metodi seguiti per calcolarli e nessun metodo è riconosciuto da tutti come migliore degli altri.





# LE PERCENTUALI DI SOVRADIAGNOSI DI TUMORE EVIDENZIATE NEL CORSO DI SCREENING

**Il 20-30% dei tumori del seno dopo mammografia,**

**Il 50-60% dei tumori evidenziati dopo dosaggio PSA-**

**L'80 -90% dei tumori della tiroide evidenziati con ecografia**

**NEJM 1993 soggetti deceduti over 70 per incidenti stradali o altri traumi senza patologie note: nelle autopsie eseguite il 39% delle donne fra i 40 e i 50 anni aveva un tumore al seno, il 46% degli uomini fra 50-70 aveva un tumore alla prostata (uno studio recente parla del 60%), 100% aveva un tumore in situ della tiroide-**

**Siamo dunque una riserva di tumori di cui molti fortunatamente rimangono silenti ?**

# Sovradiagnosi

## Problema da conoscere o ignorare ?

“Il dato relativo al tasso di sovradiagnosi nei programmi di screening è un dato ricavabile solo attraverso assunzioni metodologiche complesse e difficili da capire anche per molta parte degli operatori sanitari, *ed è un dato su cui forse non è possibile arrivare a conclusioni definitive poiché non applicabile nel singolo caso*”

Il passaggio dal dato statistico sull'incidenza di un fenomeno in una determinata popolazione alla probabilità che il fenomeno si verifichi per un singolo individuo, è un passaggio concettualmente problematico,

*Ma sapere che attraverso gli screening possiamo diagnosticare delle lesioni o dei tumori in situ ( soprattutto ca. prostata e ca. tiroide) che statisticamente non evolveranno mai nel corso della vita è un dato che non dobbiamo almeno conoscere ?*

# La tecnologia ci aiuterà?

**Pensiamo a quanti tumori in più potremmo diagnosticare se avessimo in futuro la possibilità di identificare ogni cellula cancerosa (per es con la Breast specific gamma imaging = (identifica un tumore fino a un millimetro di diametro- la mammografia tradizionale max 10-13 mm)**

**PENSATE CHE LE DIAGNOSI DELLE MALATTIE DEVONO ESSERE FATTE SEMPRE PIU' PRECOCEMENTE  
RICERCANDO ANOMALIE SEMPRE PIU PICCOLE ?**

**Se la tecnologia sarà in grado di individuare più tumori ciò vuol dire che salverà più vite ?**

# CENTRO ASC ITALIA

.Cosa fare allora per tenere sotto controllo reni, surreni, pancreas, ossa, fegato, linfomi?

.Il Centro ASC Italia, nato nel 2017 in provincia di Bergamo, mette a disposizione delle persone asintomatiche un esame che si effettua con un macchinario di Risonanza Magnetica Avanzata, in grado di scovare le lesioni tumorali al loro primissimo stadio anche in tutto il resto del corpo, cercando cioè di individuare le alterazioni degli altri organi che chiamiamo “orfani”, perché non dispongono di una diagnosi precoce specifica: la Diffusion Whole Body.

.L'esame diagnostico total-body che proponiamo dura circa 35 minuti, non è invasivo e non presenta alcun rischio per la salute in quanto non espone a nessun tipo di radiazione e non utilizza mezzo di contrasto.

.Scopri subito come funziona il più innovativo esame per la diagnosi precoce dei tumori !

# SCREENING CONSIGLIATI

- .PAP test
- .Mammografia
- .Feci per sangue occulto (Ca colon)

## .SCREENING NON CONSIGLIATI

- .PSA
- .NPL tiroide
- .Omocisteina



***'What if I decide to  
just do nothing?'***

Breast cancer's  
new frontier  
By Michael O'Connor

# Screening Mammografico Lombardia 2018

Invitate **365.684** donne fra 50 e 74 anni  
(aderiscono 64 su 100)

**19.651** positive alla mammografia,

**1681** hanno avuto diagnosi di cancro

**In sintesi** 1) ogni 100 donne che eseguono l'esame  
5 ricevono il consiglio di eseguire ulteriori accertamenti

2) ogni 100 donne che ricevono il consiglio di ulteriori  
approfondimenti

5 ricevono diagnosi di cancro

# PSA (John Hopkins University)

**. The PSA test is not recommended for all men, and there is considerable controversy over the role of PSA testing. Some organizations, such as the United States Preventive Services Task Force (USPSTF), now recommend against PSA screening.** The pros and cons of PSA screening should always be discussed with your healthcare provider before testing. **Some of the cons include unnecessary testing and procedures, unnecessary costs, and significantly increased anxiety.**



# National Cancer Institute (USA)

## .PSA test

.This blood test, can detect prostate cancer at an early stage. However, **expert groups no longer recommend routine PSA testing for most men because many prostate cancers detected with PSA testing are not deadly, and early detection and treatment of PSA-detected cancers has not been shown to reduce the chance of dying from prostate cancer**

# ROYAL MEDICAL COLLEGE (GB)

Evidence-Based Interventions

Engagement Document

First published: 13 July 2020

Prepared by: Expert Advisory Committee to the Evidence-Based

**Routine PSA testing in men who have no symptoms is not recommended.**

This is because the benefits of testing have not been shown to clearly outweigh the possible harm, which includes overdiagnosis, infection and complications of treatment for indolent disease.

There is also a high risk of false positives.

If PSA testing is advisable, or if the patient requests it, there should (ideally) first be a digital rectal examination and, after careful discussion about the possible risks and benefits of PSA testing (which allows the patient and his clinician to come to a decision together), a PSA blood test.

# Articolo NEW YORK TIME -2010

## Il grande errore della prostata

*“Il test è di rado più efficace del lancio di una moneta e non riesce a distinguere a distinguere tra due tipi di cancro alla prostata: quello che può ucciderti e quello che non può.”*

*Non avrei mai pensato che la mia scoperta avrebbe portato a un tale disastro sanitario orientato al profitto”*

*Dott. Albin -Alabama University -*

*E' lui che ha scoperto il test PSA !!!*

# Adesione screening coloretta Italia

Nord Italia : Lo screening raggiunge il 90% della popolazione a rischio – aderisce il 50%

Centro Italia : 96% - 36%

Sud Italia : 44% - 30%

# Screening coloretale Lombardia 2018

- Invitati 1.264.700 persone (uomini e donne) tra 50 e 74 anni.
- Hanno aderito in 572.295- 24.646 hanno avuto il test positivo- 8.194 hanno avuto diagnosi di patologia (554 CA. -251 adenomi avanzati- 4.889 adenomi iniziali.)
- ogni 100 persone screenate 4 ricevono indicazione a colonscopia
- ogni 100 persone che eseguono colonscopia a 3 viene diagnosticato un CA, a 14 un adenoma avanzato, a 25 un adenoma iniziale

# Screening genetici

**I test genetici sulle persone sane sono la forma più “estrema “ di diagnosi precoce.**

**Non si cerca in questo caso una malattia, ma la predisposizione genetica a svilupparla.**

Dal momento che che ognuno di noi è senz'altro a rischio di qualcosa **la strategia di diagnosi precoce genetica tenderà a trasformarci tutti in malati o futuri malati.**

# A COSA SERVONO GLI SCREENING GENETICI?

## 1) PER SCOPRIRE SE C' E' UN RISCHIO EREDITARIO

LA MAPPA GENETICA NON RISOLVE L'INCERTEZZA SU CHI DI FATTO SVILUPPERA' LA MALATTIA E SU COSA FARE (SEMPRE PIU' CONTROLLI RAVVICINATI ?). **GENE TUMORE SENI ?????**

IL GENOTIPO E' UNO DEI MAGGIORI DETERMINANTI DEL FENOTIPO MA NON L'UNICO -ci sono interazioni fra genotipo, ambiente e caso). Non c'è la perfetta corrispondenza fra anomalie genetiche e malattia (PENETRANZA).

La maggior parte dell'informazione genetica è debolmente associata all'insorgenza della patologia e di fatto il suo uso non è regolato da indicazioni precise al momento risultano ancora poco comprensibili. E' come se nella descrizione di informazioni molto complesse si trovassero non intere frasi comprensibili, bensì singole lettere o qualche parola di cui non siamo in grado di spiegare il significato.

**Sapere cosa fare precisamente dei test genetici richiederà ancora molti anni di studio**

# **PER SCOPRIRE MALATTIE IN ANTICIPO**

Oggi con sofisticate analisi si può diagnosticare lo sviluppo della malattia di Alzheimer con un anticipo di 15 anni e con dei test più specifici di 5 anni. Il SSN francese e inglese ne sollecitano l'uso da parte dei medici di base. MA NON ESISTONO CURE PER L'ALZHEIMER !!!

## **PER STABILIRE SE E QUANDO UNA CURA E' EFFICACE**

I marcatori predittivi sono utilizzati per valutare la probabilità che la malattia risponda o meno a uno specifico trattamento (soprattutto per il ca polmonare non a piccole cellule e il colangiocarcinoma) (per es. farmaci a bersaglio molecolare)

## **PER VALUTARE QUANTO UN TUMORE E' AGGRESSIVO**



# Domande alternative sugli screening genetici

- Informare le persone sulla loro probabilità di sviluppare una malattia rappresenta veramente un passo verso una società più sana ?
- E' buono per i giovani pensare alle loro possibili cause di morte anni e anni in anticipo?
- I test genetici potrebbero essere fatti nell'infanzia o addirittura nel periodo prenatale ?
- *“Non c'è motivo di aspettare la nascita di un individuo per determinare le sue probabilità di morte-” H Gilbert Welch*

# Screening genetici : Conclusioni

- I critici sono preoccupati che la "**geneticizzazione**" della salute e la "**routinizzazione**" dell'informazione genetica vengano utilizzate per giustificare l'introduzione di nuove tecnologie prima che i loro potenziali effetti siano pienamente compresi. - Si teme che questo potrebbe non riuscire a migliorare la salute a livello di popolazione, che potrebbe distogliere l'attenzione dagli interventi con maggiore potenziale di prevenzione per le malattie, e che potrebbe aggravare le disuguaglianze di salute.

.C'è anche **una crescente preoccupazione che gli interessi economici**, con ulteriori pressioni da parte dei gruppi di consumatori, possano portare a un approccio guidato dal mercato allo sviluppo della politica di screening genetico prima che il valore dello screening sia stato dimostrato. (uno screening genetico oggi costa da 500 a 2000 euro)

# Quesiti e certezze ...

**Negli screening non utili noi medici potremmo consigliare di astenersi dall'eseguirli in persone asintomatiche?**

**Dovremo almeno parlare al paziente della possibilità, che non si può escludere statisticamente, di una sovradiagnosi ?**

**Dovremo anche spiegare sempre al paziente dei rischi potenziali di indagini diagnostiche e terapie potenzialmente dannose per aiutarlo a prendere una decisione?**

**Molti altri soggetti se ne disinteressano (amministratori, giornalisti che disinformano, privati, mercato). Soprattutto da quest' ultimo non possiamo aspettarci molto. Non pensate che il paradigma della diagnosi precoce sia stato pubblicizzato anche fuori dalla comunità medica (TV, gruppi di sostegno, riviste, congressi etc) cercando di persuadere le persone che quella è la strada per evitare le malattie ? (abbiamo già visto che gli screening non prevengono le malattie)**

**A tutt'oggi check-up, screening e percorsi di prevenzione personalizzata sono proposti con inviti allettanti (addirittura offerti come benefit nei contratti di lavoro), promesse irrealistiche e sconti speciali.**

**Nessuno sembra scandalizzarsi !!!**

# Se uno screening e' positivo ?

Naturalmente di fronte a uno screening positivo nel singolo caso è molto difficile per noi medici e per il paziente stesso non intervenire con ulteriori accertamenti o terapie ( con le attuali conoscenze non possiamo sapere prima se la patologia sarà evolutiva o no).

Sarebbe incomprensibile di fronte a una diagnosi di cancro non sottoporsi alle cure del caso.

**Chiedere a un paziente di comprendere questioni che sfida SOLO NOI MEDICI PERO' POSSIAMO GUIDARE. PROTEGGERE**

# **Alla fine qualche altra domanda...**

**Pensate che i vostri pazienti vogliano evitare le malattie o ricevere una diagnosi cercando una malattia ?**

**Pensate che i vostri pazienti debbano essere convinti di essere malati senza saperlo ?**

**Pensate che prescrivere screening ed esami sempre più numerosi e approfonditi e' il modo più corretto di promuovere la salute?**

**Pensate che la migliore strategia per salvare la vita ai vostri pazienti sia quella di ricercare insistentemente la diagnosi precoce di molte possibili malattie anche attraverso i più moderni test genetici ?**

Grazie per l'attenzione

*“ BEN SAREBBE FOLLE CHI QUEL  
CHE NON VORRIA TROVAR,  
CERCASSE ”*

Orlando Furioso

*Ludovico Ariosto*

# Ulteriori importanti considerazioni sugli screening

GLI SCREENING TENDONO A INDIVIDUARE PIU' FACILMENTE I CASI DI MALATTIA CHE DURANO PIU' A LUNGO E CHE IN GENERE HANNO UNA PROGNOSI MIGLIORE DI QUELLI PIU' AGGRESSIVI E A CRESCITA VELOCE, CHE PROPRIO PER QUESTO MOTIVO TENDONO A SFUGGIRE AGLI SCREENING E A MANIFESTARSI SPONTANEAMENTE.

I benefici della diagnosi precoce sono molto elevati se la patologia è grave, molto meno se la patologia è lieve (e non solo per i tumori) (DIA pag 236).

# IL DILEMMA DEL MEDICO DI FRONTE AGLI SCREENING

Prescrivere un'esame diagnostico o uno screening è semplice e veloce. Discutere con un paziente sul perchè fare un test potrebbe non essere nel suo interesse non lo è affatto e richiede tempo e bisognerebbe parlare della sovradiagnosi

**Se prescriviamo lo screening** il paziente è sempre soddisfatto: nel caso il test sia negativo perchè il paziente è contento di star bene, nel caso sia positivo perchè non essendo consapevole dei problemi associati alla sovradiagnosi, accetterà volentieri anche le eventuali sofferenze dovute agli accertamenti e al trattamento

**Se non prescriviamo lo screening:** se il paziente sta bene di certo non ringrazierà il medico di avergli risparmiato gli eventuali effetti dannosi della sovradiagnosi di cui non ha il minimo sentore, ma se il paziente dovesse ammalarsi (e qualcuno di certo si ammalerà) potrebbe accusare il medico di negligenza per non avergli prescritto il test in tempo utile.

NESSUN MEDICO E' MAI STATO PERSEGUITO PER AVER  
PRESCRITTO TROPPI TEST!



# Livelli di intervento per il medico

- .1) sul piano culturale-** promuovere un dibattito scientifico per informare amministratori e pubblico sulle **opportunità, criticità, pericoli e abusi associati al mito della diagnosi precoce**
- .2) sul piano individuale :** per assistere i **pazienti nelle scelte che riguardano la salute fornendo loro le migliori informazioni disponibili, aiutandoli a soppesare i benefici e i rischi associati agli screening e a resistere alle lusinghe del mercato.**



# Stima sovradiagnosi

Da una **prospettiva generale di popolazione** ci si chiede: "Qual è la **proporzione di donne che riceve una sovradiagnosi per effetto del programma di screening, sul totale delle donne che ricevono una diagnosi di tumore al seno tra i 50 e gli 74 anni?**". Per rispondere a questa domanda la revisione condotta da Euroscreen nel 2012 sugli studi osservazionali stima che, su 1.000 donne di 50 anni che iniziano a partecipare regolarmente al programma di screening mammografico organizzato, nel corso dei successivi 30 anni verranno diagnosticati 71 tumori maligni del seno e che per circa 4 di essi si avrà una sovradiagnosi e saranno quindi trattati inutilmente. **Questo danno in termini relativi risulta pari a circa il 5% (misura A);**

Da una **prospettiva individuale** ci si chiede: "Se partecipo a un programma di screening e ricevo una diagnosi di tumore durante lo screening, qual è la probabilità che si tratti di una sovradiagnosi?". La stima di questa probabilità è circa il 10% (**misura B**).