



## Il Manuale di Clinica Pratica

**Titolo** La prevenzione in medicina  
**Data** 19 febbraio 2006 alle 12:18:00  
**Autore** R.Rossi

Si discute molto oggi di prevenzione e la frase "Prevenire è meglio che curare" è stata elevata alla dignità di proverbio popolare. Ci sono essenzialmente due aree in cui si parla di prevenzione: quella oncologica e quella cardiovascolare. Tuttavia bisogna fare attenzione al significato delle parole: prevenire significa letteralmente mettere in atto una serie di misure per evitare che un determinato evento (per es. una neoplasia o un infarto) si verifichi. In oncologia la prevenzione "vera" ha poco spazio perché vorrebbe dire che si conoscono tutte le cause dei tumori e si riesce ad evitare che si sviluppino. Un esempio di prevenzione oncologica banale ma a tutti comprensibile è quella del tumore polmonare: se ne potrebbero prevenire molti se si evitasse di fumare. Ma in generale quello che viene definito prevenzione in campo oncologico è solo "diagnosi precoce", cioè si diagnostica il tumore in una fase ancora asintomatica sottoponendo dei soggetti presunti sani a pratiche di screening.

Il discorso per alcuni versi è differente nel campo cardiovascolare dove si usa distinguere una prevenzione primaria, effettuata in soggetti che non hanno ancora avuto un evento patologico ma che hanno dei fattori di rischio per tale evento e una prevenzione secondaria attuata su pazienti che hanno già sofferto di una qualche forma di accidente cardiovascolare. In campo cardiovascolare il termine prevenzione è forse più appropriato, come vedremo meglio nel capitolo sulla valutazione del rischio cardiovascolare, perché esistono interventi, sia di tipo farmacologico che di modificazioni dello stile di vita, capaci, in una certa misura, di "impedire" il verificarsi degli eventi.

Per il momento ci limiteremo a trattare la cosiddetta prevenzione oncologica (continueremo a chiamarla così perché ormai l'espressione è stata consacrata dall'uso).

In questo capitolo faremo alcune considerazioni generali sugli screening oncologici, pratiche che si rivolgono a soggetti apparentemente sani con lo scopo di diagnosticare in una fase precoce le neoplasie, rinviando alle corrispondenti sezioni del libro per altri particolari su ogni singolo screening. Il razionale dello screening oncologico si basa sulla presunzione che scoprire anticipatamente un tumore dia più possibilità di trattarlo e aumenti le speranze di guarigione. Si tratta di un'idea assolutamente logica e ragionevole. In realtà per alcune neoplasie (per esempio i tumori prostatici e forse anche quelli polmonari) vi è il sospetto che lo screening porti solo ad una anticipazione della diagnosi ma non ad un reale beneficio in termini di riduzione della mortalità. Questo potrebbe dipendere dalla particolare caratteristica evolutiva di alcuni tumori, per cui scoprirli in una fase preclinica precoce (anche di alcuni anni) è ininfluenza sulla prognosi. Un esempio servirà a chiarire questo aspetto. Supponiamo che un certo tipo di tumore si sviluppi all'età di 50 anni e che le sue caratteristiche evolutive siano tali per cui metastatizza subito, quando è ancora di dimensioni ridotte, per sue peculiarità intrinseche. Supponiamo ancora che queste metastasi rimangano nascoste e asintomatiche per 15 anni e poi comincino a svilupparsi autonomamente e portino al decesso del paziente dopo 5 anni. Un paziente che si sottopone allo screening avrà una diagnosi precoce, per esempio gli sarà scoperto il tumore a 58 anni, le metastasi diventeranno clinicamente evidenti a 65 anni e la morte avverrà a 70 anni. Il contrario in un paziente che non si sottopone allo screening la diagnosi avverrà più tardivamente, per esempio a 61 anni, le metastasi si renderanno evidenti a 65 anni e la morte avverrà sempre a 70 anni. In questo ipotetico caso lo screening non avrà portato alcun reale beneficio, anzi renderà prima consapevole il paziente di avere una neoplasia. Se però qualcuno giudicasse la sopravvivenza dal momento della diagnosi potrebbe erroneamente pensare che lo screening è efficace perché nel primo caso il paziente, dopo la diagnosi, vive 12 anni, nel secondo caso ne vive 9. Si tratta di una pura ipotesi ma potrebbe spiegare perché gli studi in cui è stata usata la radiografia del torace per lo screening del cancro polmonare in soggetti a rischio (per esempio forti fumatori) non hanno finora dimostrato una riduzione della mortalità. Ed è per questo che una pratica di screening, per essere accettata come efficace, dovrebbe dimostrare di ridurre la mortalità e non di aumentare la sopravvivenza dopo la diagnosi. Gli unici mezzi che abbiamo per dimostrare una riduzione della mortalità sono gli studi clinici randomizzati e controllati o RCT (vedi capitolo sulla tipologia degli studi clinici). Però quando parliamo di screening oncologico vi sono altri aspetti da considerare. Per esempio molti degli studi eseguiti finora hanno dimostrato che alcune pratiche di screening riducono la mortalità specifica (cioè la mortalità dovuta a quel tipo di tumore) ma non intaccano la mortalità totale. Come mai? Una delle ipotesi è che negli studi si verifichi una errata attribuzione delle cause di morte: può succedere che nel gruppo non sottoposto allo screening decessi dovuti a cause diverse vengono attribuiti al tumore mentre nel gruppo screenato decessi dovuti a complicanze della terapia o del trattamento (infezioni, embolie polmonari post-chirurgiche, complicanze da chemioterapia) non vengano attribuiti alla neoplasia ma classificati in altro modo. Si realizza quindi una divaricazione per cui alla riduzione della mortalità specifica non corrisponde una riduzione della mortalità totale.

Secondo alcuni autori una riduzione nella mortalità cancro-specifica non dovrebbe essere considerata una prova forte di efficacia quando la mortalità totale è la stessa o più alta nel gruppo screenato [1]. I trials di screening sono più complicati di quanto non si pensi. Il problema è che gli studi disegnati per dimostrare un miglioramento della mortalità totale come end-point primario richiedono un numero molto elevato di soggetti, un follow-up lungo e spese quasi insostenibili. Tuttavia alcuni autori ritengono che non si possano giustificare programmi di screening, costosi sia per gli individui che per la comunità, se vi sono incertezze circa la loro utilità perché i rischi potrebbero superare i benefici [2]. Uno screening può infatti produrre anche effetti collaterali. Come tutti gli esami, anche quelli usati per gli screening hanno una certa percentuale di falsi positivi e di falsi negativi. A questo proposito è bene richiamare alla mente due parametri fondamentali: la sensibilità e la specificità di un dato esame (strumentale o di laboratorio). Se io dico che l'esame X ha una sensibilità del 75 %, nei riguardi di 100 soggetti affetti da una data patologia Y che sto testando, vuol dire che solo il 25% dei soggetti malati sfugge alla diagnosi, ci sono, cioè, 25 falsi negativi. Se poi faccio eseguire lo stesso esame X a 100 pazienti non affetti dalla patologia Y che sto testando e dico che esso ha una specificità del 90% vuol dire che solo 10 pazienti non affetti da quella malattia risulteranno falsamente positivi. Il problema degli screening si incentra proprio sulla gestione dei pazienti falsamente positivi, essi, pur non avendone bisogno, andranno a sottoporsi



ad ulteriori accertamenti, alcuni anche cruenti e non esenti da rischi, avranno sofferenze psicologiche e si sentiranno per anni falsamente "a rischio" o "in pericolo". Nel caso di falsi negativi, al contrario, la negatività del test porterà ad una falsa sicurezza con il rischio che il paziente mantenga abitudini di vita scorrette (per esempio continui a fumare) e talora anche a ritardi diagnostici successivi. Tuttavia è probabile che in tempi di medicalizzazione estrema di ogni aspetto della vita, la corsa agli screening, anche di non provata efficacia, non possa essere fermata perché il concetto di "morte", nella nostra era ipertecnologica, è stato rimosso e, tramite gli screening, "puntiamo all'immortalità". Anche una recente indagine ha dimostrato che vi è un crescente entusiasmo presso il pubblico, molti si dichiarano favorevoli anche nel caso la diagnosi precoce non permettesse un successivo trattamento efficace; molti che avevano avuto un test falsamente positivo descrivono l'esperienza come una delle più tremende della loro vita ma, nonostante questo, non esiterebbero a sottoporsi nuovamente all'esame [3]. Vi è da chiedersi quanto importante sia la responsabilità dei medici e dei mass-media nel creare aspettative irreali ed esagerate: la cosiddetta "medicina dagli effetti speciali", considerato anche il fatto che, in ogni caso, l'uomo ha di fronte a sé ben 20 mila nemici (il numero totale delle malattie).BIBLIOGRAFIA

- 1.Black WC et al. J Natl Cancer Inst 2002; 94:167-173
- 2.Juff HC & Tannock IT. J Natl Cancer Inst 2002; 94: 156-157
- 3.Schwartz LM et al. JAMA 2004; 291:71-78