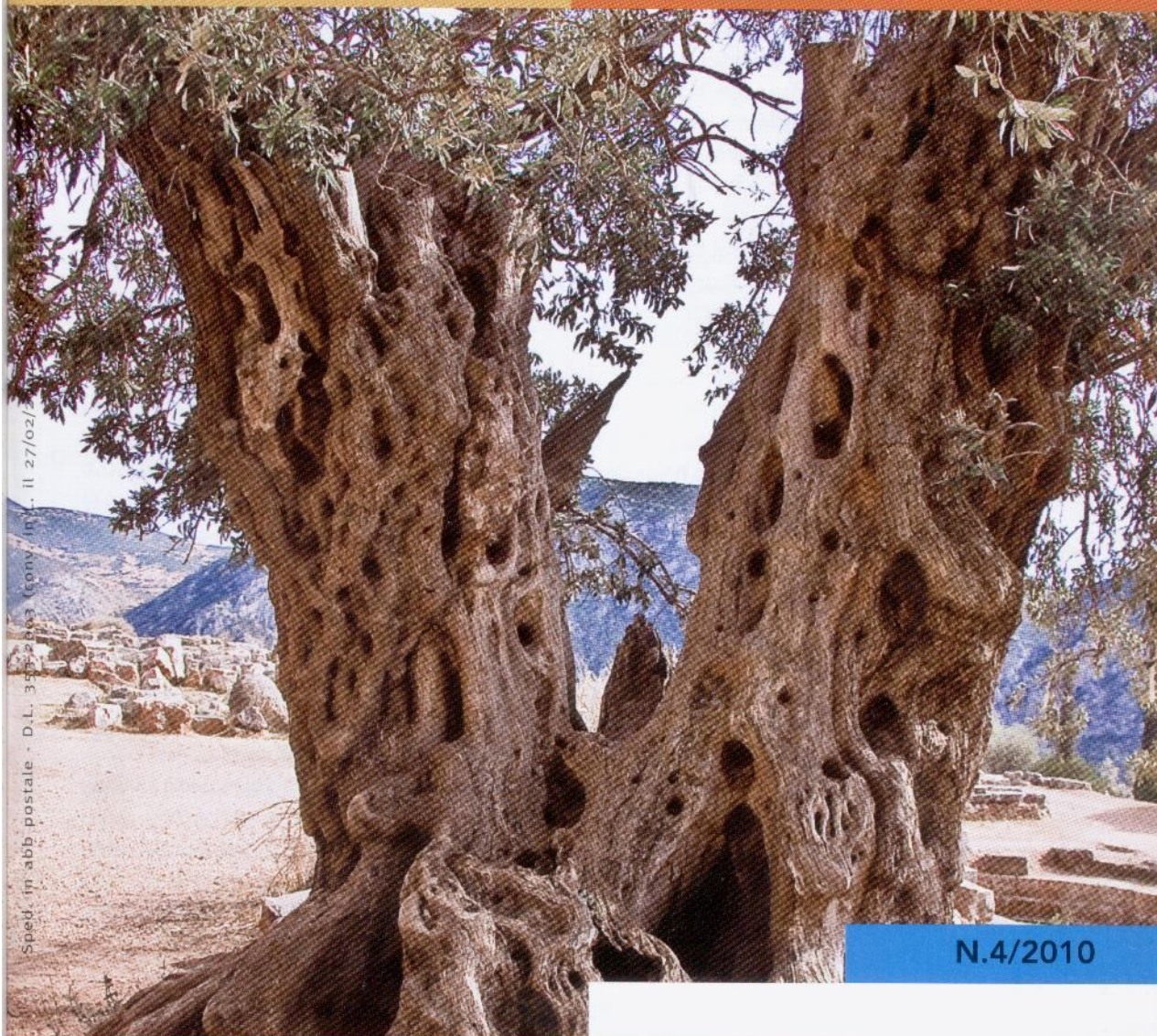


ORDINE DEI MEDICI

chirurghi e odontoiatri

della provincia di Cuneo +



Sped. in abb. postale - D.L. 347-803 (conv. in L. n. 27/02/2004)

N.4/2010

- p. 2 Agenda
- p. 4 Verbali OMCeO CUNEO
- p. 8 Circa lo sciopero del 19 luglio
- p. 10 Angolo del pediatra
- p. 13 Nuove prospettive di valutazione e trattamento del dolore
- p. 16 Recensioni
- p. 18 Angolo dell'epidemiologo
- p. 22 Integrazione Sanitaria Stranieri residenti
- p. 23 Commissione Urgenze ed Emergenze Sanitarie
- p. 24 Formazione: congressi e convegni
- p. 29 Aggiornamento Albo
- p. 30 Medici disponibili alle sostituzioni



Dr Lorenzo ORIONE
Responsabile Unità
Valutazione
Organizzazione
Screening
ASL CN1 e CN 2

Lo screening dei tumori

Pioniere della postmodernità, il medico è colto nel dilemma tra la consapevolezza che fondamentale obiettivo della Medicina è diagnosticare il più precocemente possibile la patologia e la necessità di limitare al massimo il danno iatrogeno; in tale equilibrio egli ha visto recentemente nascere i programmi di screening oncologico di popolazione che, pur connotandosi per un sostantivo a lungo abusato, quello di screening, sono latori di contenuti scientifici affatto rigorosi e, purtuttavia, non sono stati sinora capaci di annunciarsi nella propria costituzione metodologica, lasciando spazi di sine cura epistemologica entro i quali vorrei addentrarmi, seguendo Weber ne *La Scienza come Professione*: "In ogni lavoro scientifico si presuppone sempre la validità delle regole della logica e della metodologia, di questi fondamenti generali del nostro orientamento nel mondo": logica, come parte della filosofia che studia le condizioni di validità di un'argomentazione; metodologia, come fondamento teorico e modalità di applicazione che ordinano i criteri direttivi di una scienza.

Definito tale perimetro, procederei col criterio definitorio; propongo: "screening è quell'attività che può individuare e selezionare, tra i soggetti apparentemente sani, coloro che probabilmente hanno una condizione (patologia), da coloro che, probabilmente, non l'hanno". Esso quindi si rivolge al soggetto asintomatico, apparentemente sano ed è diagnosi precoce, composto di i *prāē* e *coquēre*, che si cuoce prima: ambito diverso è quello, in presenza dei primi sintomi, della diagnosi "tempestiva".

Che la diagnosi precoce (screening) venga poi condotta in assenza o (come oggi) in presenza di un programma organizzato di screening è altro ancora: un programma organizzato si dota degli algoritmi, degli operatori logici, atti a garantire il raggiungimento di un ideale equilibrio fra sensibilità ed aspecificità, sia diagnostica che terapeutica, attraverso l'adozione di indicatori e standard ancorati a linee guida costruite sui massimi livelli di evidenza scientifica disponibili.

Per giustificare un programma di screening sono necessari alcuni requisiti, e cioè che: 1) l'incidenza della neoplasia lo renda prioritario (epidemiologico); 2) la fase di latenza preclinica asintomatica della neoplasia abbia sufficiente durata (biologico); 3) sia stato allestito un test valido per tale fase (tecnologico); 4) esista un trattamento che, se adottato in tale fase, cambia la prognosi (clinico); 5) i benefici ottenuti superino gli effetti negativi (etico).

Il test deve intercettare la patologia nella fase di latenza preclinica asintomatica; il guadagno cronologico di questa anticipazione diagnostica è il lead time e tale "misura della precocità della diagnosi"

non è ottenibile sul paziente ma solo epidemiologicamente (col confronto tra le distribuzioni dei lead time nei casi screen detected e symptom detected). L'ampiezza del lead time è funzione della validità del test.

Più è lunga la fase di latenza preclinica asintomatica, più può essere ampio l'intervallo di rescreeing tra i test successivi.

Lo screening determina conseguenze epidemiologiche molto importanti; una riguarda l'incidenza della neoplasia. Se all'avvio essa era pari a I_a , l'identificazione di forme precoci e/o precursori nella popolazione screenata ne determina l'aumento ad I_b ; ammettendo una condizione di copertura/adesione totale al programma ed una storia di esposizione costante della popolazione ai fattori di rischio, in un certo periodo l'incidenza decrescerà fino a tornare ad I_a ; il nuovo equilibrio riguarderà adesso però forme precoci, screen detected (fermi restando i cancri di intervallo).

L'evidenza di efficacia dello screening è data dalla valutazione di impatto, in termini di riduzione dell'incidenza delle forme avanzate e della mortalità specifica. Necessitando di studi di epidemiologia sperimentale (RCT) od osservazionale su ampi periodi, essa è comunemente anticipata dalla valutazione di processo, sui risultati intermedi, alcuni dei quali sono tuttavia predittivi dell'efficacia (es. tasso di identificazione tumori piccoli, riduzione casi avanzati).

Le evidenze di efficacia per gli screening dei tumori di cervice uterina, mammella e colon-retto, attivi in Piemonte, verranno trattate nei prossimi interventi.

LO SCREENING ONCOLOGICO

