



**ORDINE DEI MEDICI**  
*chirurghi e odontoiatri*  
**della provincia di Cuneo** ➔

**NOTIZIARIO**

**2009/06**

- p. 2** Agenda
- p. 4** Con parole mie
- p. 6** Verbali
- p. 8** Consenso Dati
- p. 9** Consenso alla privacy
- p. 10** Notizie in pillole
- p. 12** La Comunicazione tra medici
- p. 14** Fratelli d'Africa
- p. 16** Cronache
- p. 18** AIDS: un progetto per le prevenzione
- p. 20** Incontinenza urinaria femminile
- p. 22** Lo screening del cancro del colon in Piemonte
- p. 24** Corsi sulla comunicazione
- p. 26** Congressi e convegni
- p. 28** Medici disponibili alle sostituzioni
- p. 28** Aggiornamento Albo

## LO SCREENING DEL CANCRO DEL COLON IN PIEMONTE

Dr Lorenzo Orione  
Responsabile  
del Dipartimento  
Prevenzione Secondaria  
dei tumori e della  
S. C. UVOS della  
provincia di Cuneo

È partito in questi giorni in provincia lo screening di popolazione del cancro del colon-retto. L'introduzione di un nuovo screening oncologico quale opzione di Sanità pubblica fondata sull'offerta attiva della diagnosi precoce a tutta la popolazione apparentemente sana e sulla condivisione di un protocollo da parte di una clinica dotata di un supporto di epidemiologia valutativa costituisce una decisione fondata su una complessa serie di aspetti, che vanno dal dato di epidemiologia descrittiva circa incidenza e mortalità specifica, standardizzata e proporzionale, alla sopravvivenza, alla biologia della neoplasia, specie relativamente alle dimensioni temporali della fase asintomatica, alla disponibilità di test di screening validi rispetto ad essa, dotati di sensibilità e specificità adeguate, di predittività positiva e negativa favorevoli rispetto alla prevalenza delle lesioni asintomatiche nella popolazione, alla disponibilità in letteratura di evidenze di efficacia auspicabilmente derivanti da metanalisi/RCT, di linee guida, di valutazioni circa la generalizzabilità esterna dei modelli sperimentali, dei possibili esiti in sovradiagnosi e sovratrattamento, alla struttura demografica della popolazione, a quella socioeconomico/culturale, agli aspetti etici legati a queste ultime, alla disponibilità di risorse organizzative, strumentali e professionali, ai costi.

La sostenibilità del sistema impone ai decisori scelte fondate sull'appropriatezza, che peraltro richiamano il paradigma etico fondamentale. Scelta di civiltà, mi è stato detto da un collega.

Scelta entusiasmante, aggiungo io, per tutti noi medici, che abbiamo a disposizione uno strumento in più per migliorare un po' questo mondo. Annualmente, il cancro coloretale in provincia ad una pessimista attesa di vita di 75 anni ne sottrae 900. Lo screening plana tra le condizioni di sano e malato e fra quelle di asintomatico e sintomatico per scendere in picchiata ad intercettare il malato asintomatico, colto nell'anticipazione diagnostica della prevenzione secondaria, cui far seguire la terapia precoce. Lo screening è osservazione di popolazione cui segue l'interpretazione, nel dilemma del falso positivo e, specialmente, del falso negativo, che cela l'agguato del cancro intervallo, insidia sul lavoro misurato, sommerso, sobrio, inapparente, che nella propria temperanza quotidiana porta alle tante diagnosi precoci ed alle guarigioni.

Cosa possiamo attenderci dal terzo screening di Prevenzione Serena? L'osservazione che un adenoma tubulare ed un polipo inferiore ad 1 centimetro si associano ad un rischio di trasformazione maligna del 4,8% e dell'1% contro il 40,7% ed il 50% delle forme villose e superiori ai 2 centimetri, quella che il tempo medio di progressione da adenoma ad adenocarcinoma è di 10-15 anni, già intuitivamente ci portano a pensare all'approccio endoscopico; ma quale approccio? Certo, la rettosigmoidoscopia non consente la visualizzazione del-



l'intero colon, ma l'epidemiologia della distribuzione delle lesioni ci rincuora, informandoci che esse si concentrano nel tratto finale, che quelle prossimali spessissimo non sono isolate e si associano a lesioni distali che sulla base del protocollo di invio ad approfondimento esitano nella colonscopia totale. E poi, che a fronte di un piccolo numero di lesioni prossimali isolate si pone la vantaggiosa accettabilità ed eseguibilità della rettosigmoidoscopia in un programma che si rivolge, non dimentichiamolo, alla popolazione asintomatica a rischio generico, anche in termini di attesa di adesione, fatto che da solo giustifica, a bilancio, la scelta del test rettosigmoidoscopico, al di là degli aspetti legati ai pur minimi rischi associati alla colonscopia totale. La mortalità, poi, del cancro coloretale: la rettosigmoidoscopia è in grado di abbatterla tra il 60 e l'80%. Straordinario. E la ricerca del sangue occulto fecale? Qui non si sono volute perdere le coorti d'età meno giovani e già pienamente dentro a quel picco di distribuzione dell'incidenza che connota i sessantenni. La riduzione, secondo una metanalisi di quattro RCT corretta per la compliance ai protocolli sperimentali, indica un abbattimento del 23%. Ecco perché, se una rettosigmoidoscopia negativa esita in un effetto protettivo per 10-16 anni, un sangue occulto negativo va ripetuto ogni due anni, perché la lesione che lo positivizza deve sanguinare e l'anticipazione diagnostica è inferiore, tra i 2,5 ed i 3,2 anni. E perché il tasso di identificazione della rettosigmoidoscopia verso il test del sangue occulto, che rispetto al cancro coloretale è superiore del 5-10%, nei confronti dell'adenoma avanzato è addirittura triplo.

Ecco, questi livelli di evidenza intercettano il quesito iniziale sull'appropriatezza delle decisioni di sanità pubblica, esitando in una risposta di grande valenza etica. Risposta fornita con tenacia organizzativa e screscio visionario: *gutta cavat lapidem*.

La locuzione latina **gutta cavat lapidem**, tradotta letteralmente, significa **la goccia perfora la pietra**. Vale come esortazione pedagogica per ricordare che con una ferrea volontà si possono conseguire obiettivi altrimenti impossibili.

