

# L'efficacia degli screening

Stefano Ciatto



L'idea che la diagnosi precoce sia sempre un bene è una forte presunzione

**PRIMA è meglio ?**

sapere prima di avere una malattia incurabile ?

essere curati prima per morire poi lo stesso giorno ?



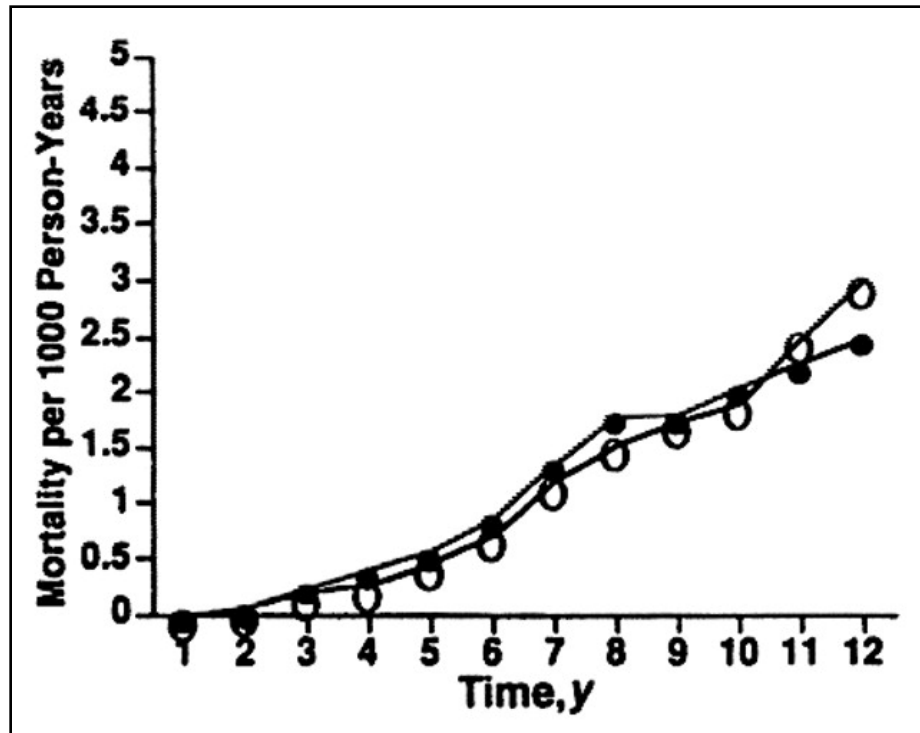
L'idea che la diagnosi precoce sia sempre un bene è una forte presunzione		
Evento	Effetto favorevole	Effetto sfavorevole
Diagnosi precoce	Anticipazione diagnostica importante per quel tipo di malattia	Anticipazione diagnostica insufficiente (anticipazione consapevolezza)
Trattamento precoce	Aumento reale della quantità (e qualità) di vita	Aumento apparente della sopravvivenza (anticipazione effetti collaterali terapie)

## Screening per il carcinoma del polmone

5 trials randomizzati di screening	Riduzione di mortalità: odds ratio (intervallo confidenza 95%)
Wilde, 1989 Friedman, 1986 Fontana, 1991 Brett, 1968 Kubick, 1990	1.07 (0.95-1.20)



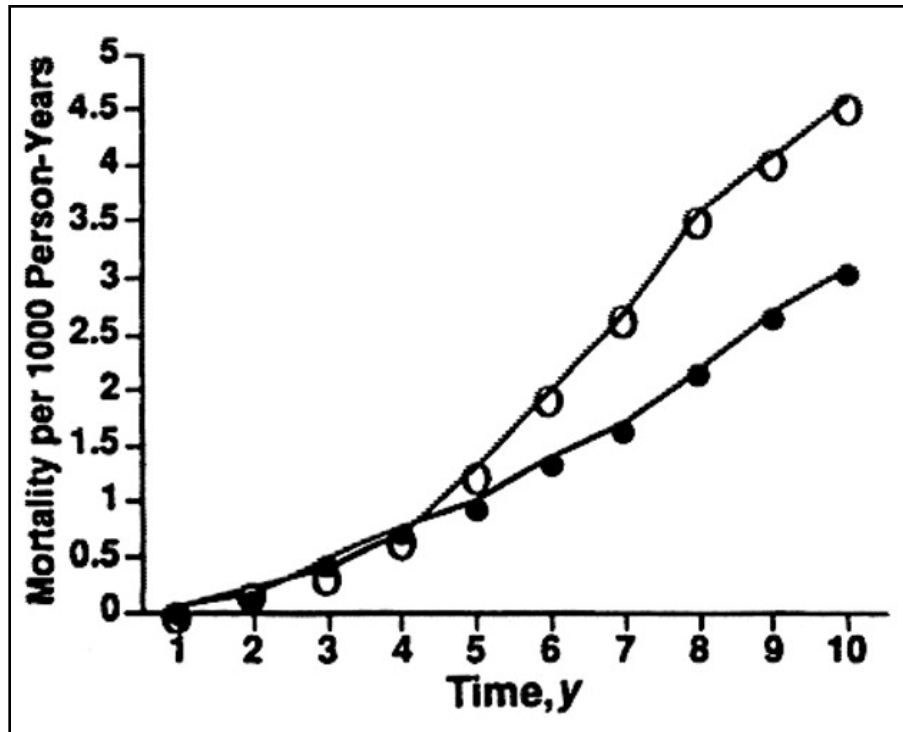
Screening mammografico 40-49 enni



Screening (follow-up) per la diagnosi precoce delle metastasi da carcinoma mammario

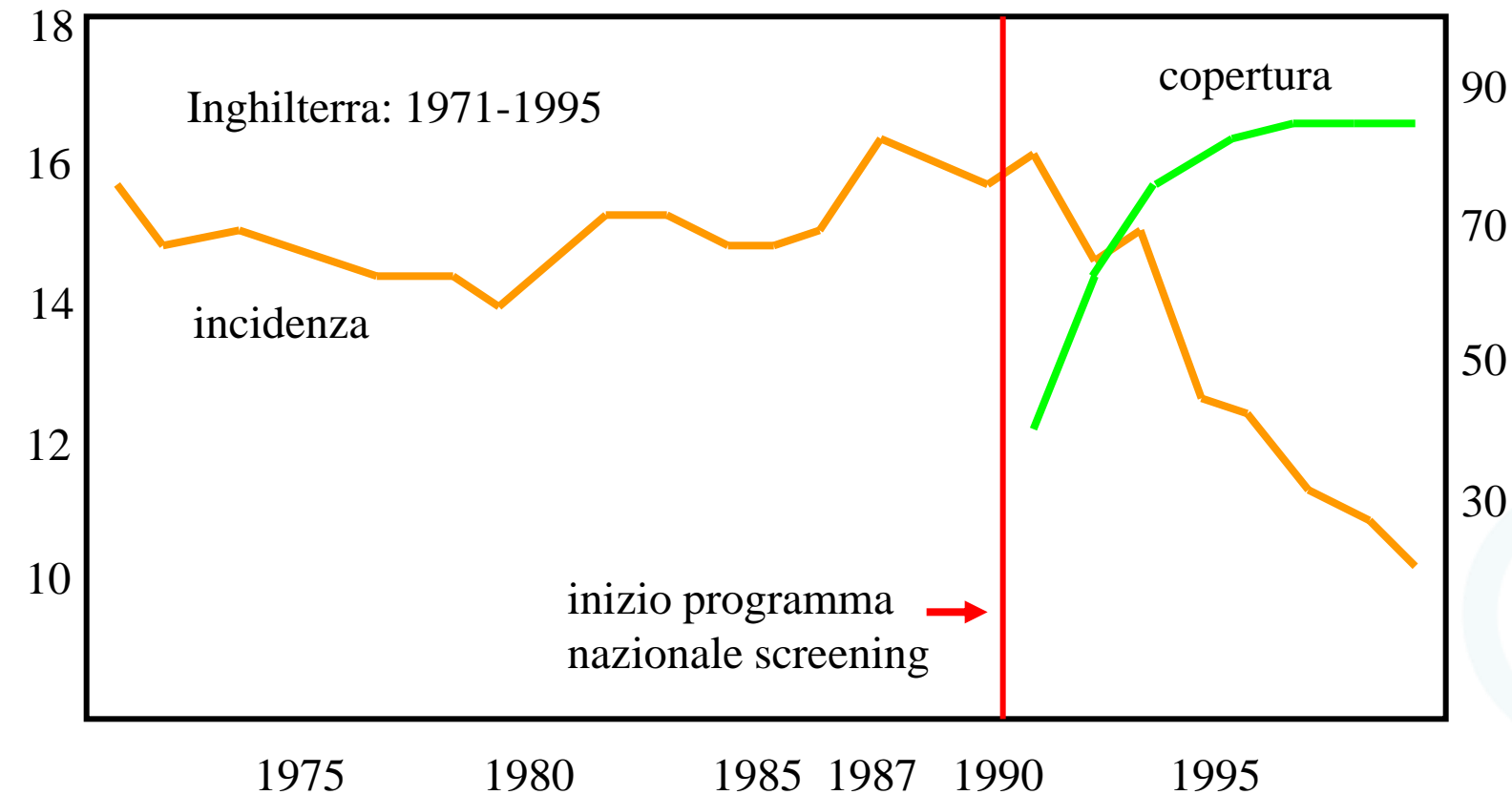
	studio	controllo
casi	622	621
sede ripresa		
osso	84	53
polmone	28	18
altro	22	21
multiple	30	33
locale	55	49
mortalità		
vivi	503 (80.9%)	498 (80.2%)
deceduti	116	121
esito ignoto	3	2
<i>Rosselli Del Turco et al., JAMA, 1994</i>		

Screening mammografico 50-69 anni



Studio IARC	
Intervallo	Riduzione incidenza
1 anno	< 93.3 %
2	< 92.5 %
3	< 91.4 %
5	< 83.9 %
10	< 64.2 %

## Screening citologico per il carcinoma dell'utero



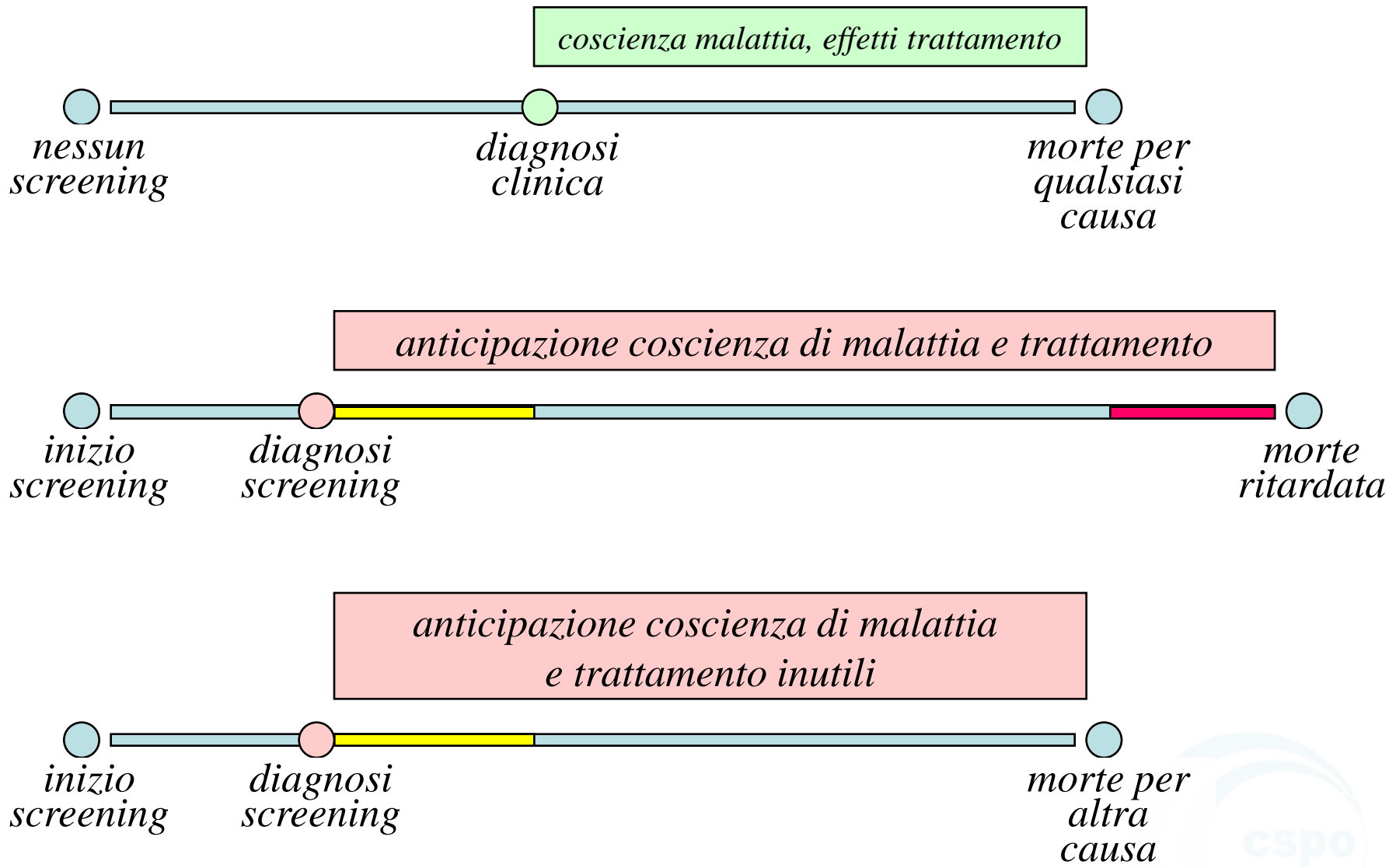


## Screening per il carcinoma coloretale mediante ricerca del sangue occulto fecale

studio	disegno	< mortalità	p
Hardcastle, 1996	random, biennale	15%	0.026
Kronborg, 1996	random, biennale	18%	0.03
Mandel, 1993	random, 1-2 anni	33-21%	<0.05



# Scenari possibili di screening

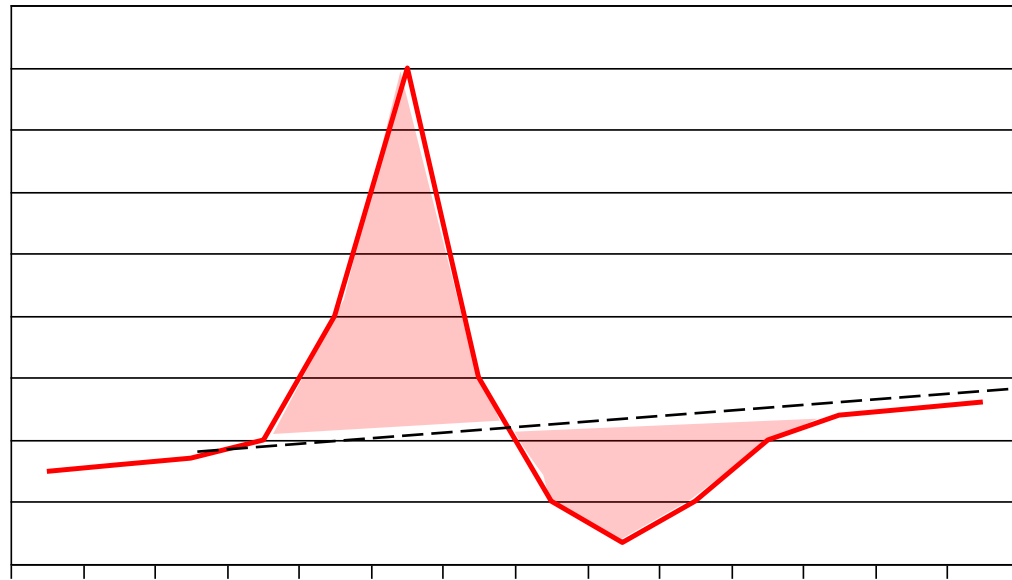


## La sovradiagnosi: un concetto difficile da spiegare

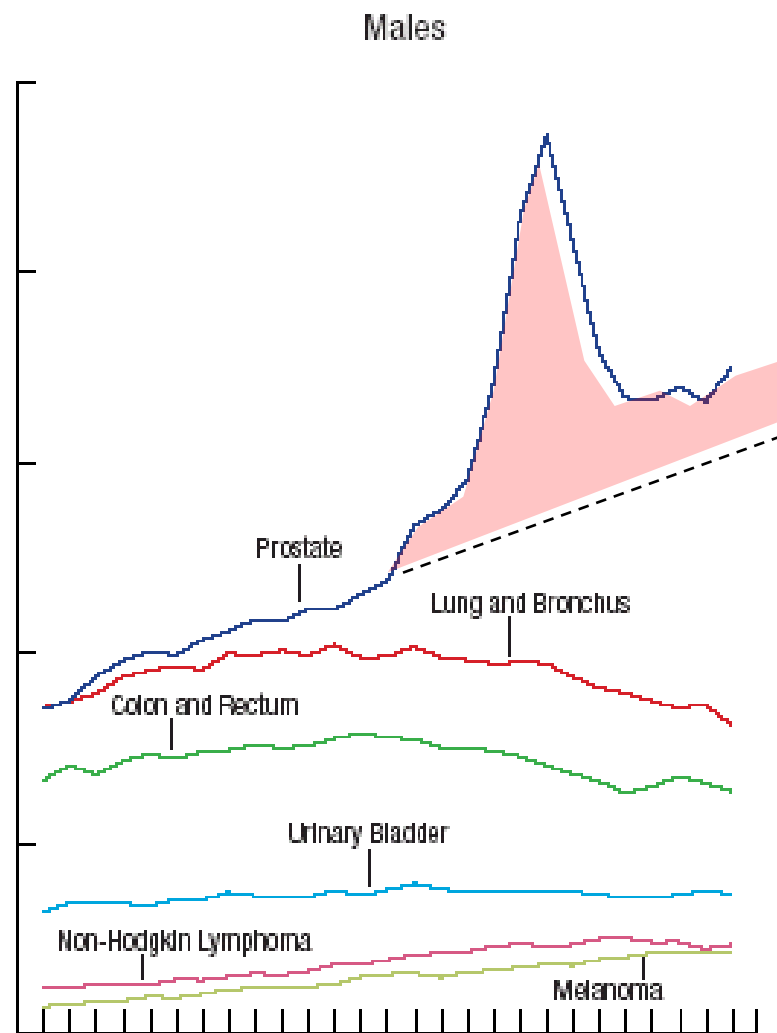
Ci sono carcinomi che “vivono” con noi senza avere l’aggressività sufficiente ad ucciderci prima che noi si muoia per un’altra causa

Ci sono carcinomi “latenti” che vorremmo non scoprire perché sarebbe inutile, solo dannoso

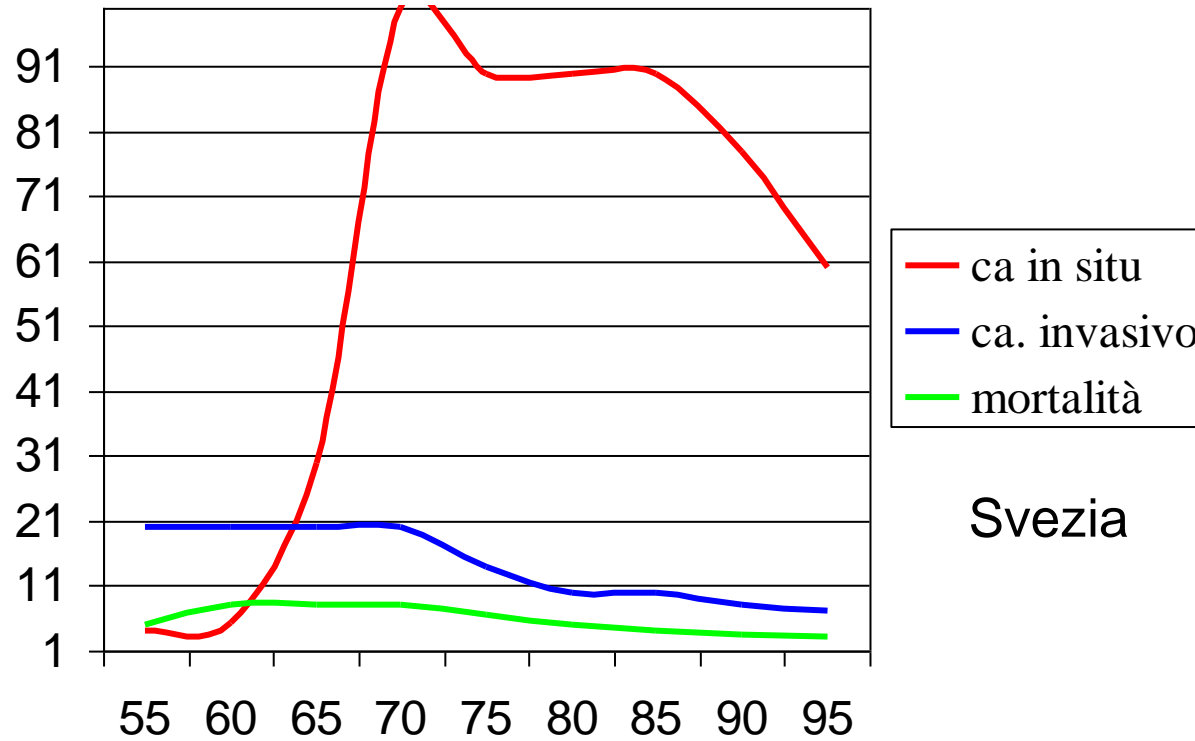




# La sovradiagnosi: ca. prostatico



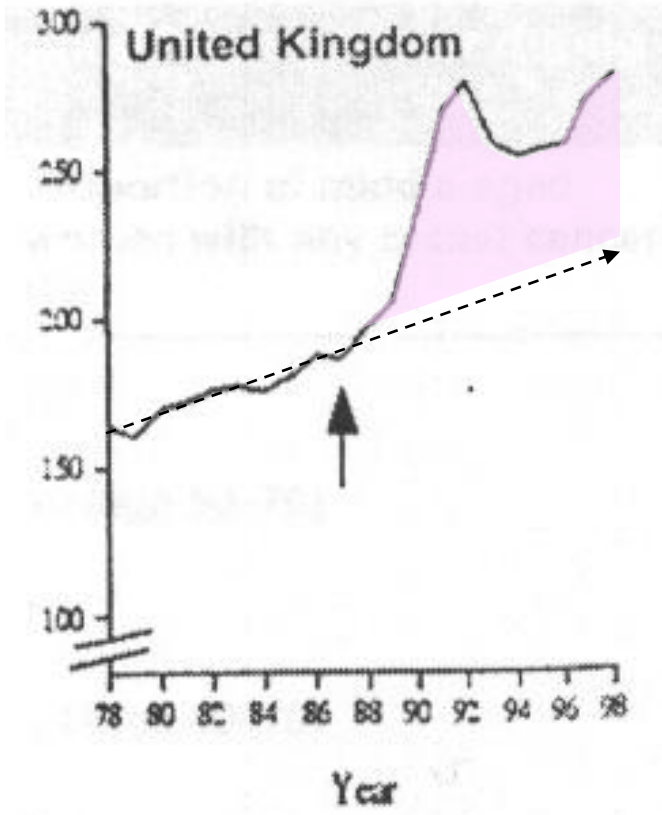
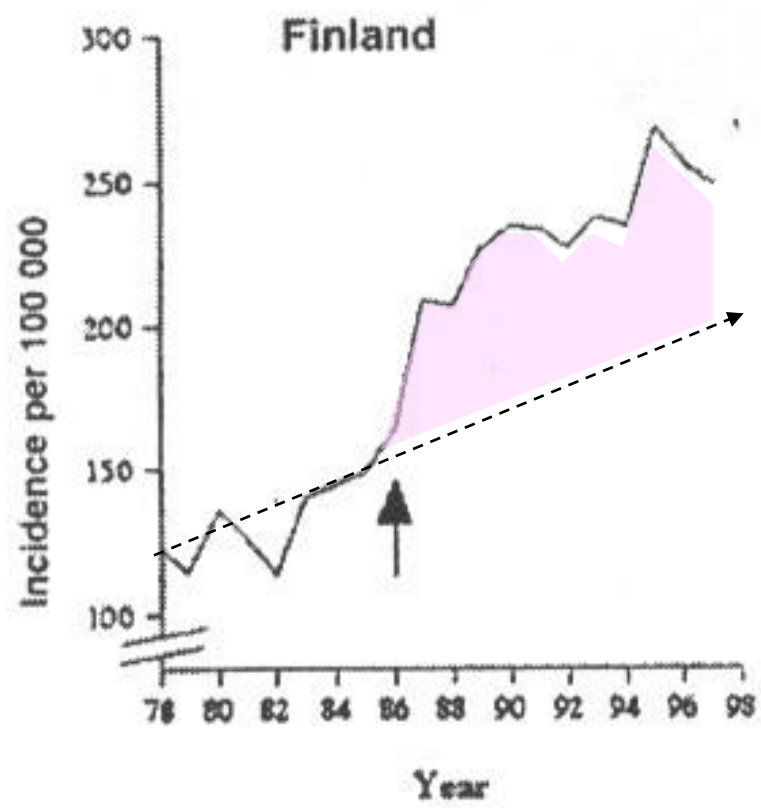
# La sovradiagnosi: ca. cervicale



Svezia



# La sovradiagnosi: ca. mammario



Studio di screening	Ca. incidenti screening/controllo (anni)
Mayo Clinic RCT	585/500 (1971-1999)

Studi autoptici	Ca. inattesi all'autopsia vs. attesi
Yale-New Haven (Conn) Hospital (1972-1981)	3-4:1

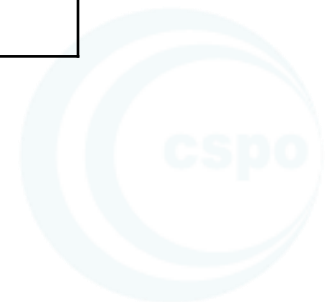
Lung screening study	CT	CXR
Carcinomi diagnosticati	40	20





<i>Simulazione degli effetti dello screening mediante PSA Frankel et al. Lancet 2003; 361:1122-28</i>		
maschi > 50	1.000.000	
PSA elevato	110.000	ansia
biopsie	90.000	dolore, sanguinamento
carcinomi	20.000	paura
interventi	10.000	morti 10 Incontinenti gravi 300 impotenza 4.000
vite salvate	???	ERSPC (12 anni follow-up, 260.000 randomizzati)

10.000 carcinomi sono sovradiagnosticati



La raccomandazione di screening (individuale o di popolazione) è lecita solo

- quando ne sia dimostrata l'efficacia
- quando sussista un bilancio favorevole tra costi e benefici



Grazie dell'attenzione

