

# L'importanza del metodo clinico nello screening e nella prevenzione delle malattie

“Prevenire è meglio che curare” non rappresenta solo una delle frasi più ricorrenti del linguaggio medico ma una realtà sempre più emergente nella pratica medica del mondo occidentale. Occorre, quindi, agire promuovendo non solo la cosiddetta educazione alla salute, ma anche identificare precocemente le patologie invalidanti così come le fasce di popolazione caratterizzate da particolare fragilità e suscettibilità

a cura di: **Pasquale De Luca**<sup>1</sup>

con la collaborazione di: **Antonio De Luca**<sup>2</sup>, **Angelo Benvenuto**<sup>3</sup>, **Matteo Conte**<sup>1</sup>, **Martino Nargiso**<sup>1</sup>, **Massimo Errico**<sup>4</sup>, **Marco Sperandeo**<sup>5</sup>, **Gianluigi Vendemiale**<sup>6</sup>

## I Premessa

La prevenzione può essere definita come un'attività finalizzata a prevenire l'insorgenza delle malattie e a promuovere la salute, favorendo il benessere (limitazione di rischi oggettivi scientificamente provati). Attualmente si sente continuamente parlare di prevenzione, soprattutto alla luce degli attuali problemi, quali per esempio l'abuso di alcol e di droghe, la diffusione di malattie sessualmente trasmissibili, il fumo e di altri fattori che affliggono la società. A seguito di tali comportamenti, infatti, il nostro Sistema Sanitario Nazionale

si vede costretto ad esborsi sempre crescenti; occorre, inoltre, considerare come i Governi abbiano una responsabilità educativa e morale nei confronti dei loro cittadini che debbono essere tutelati in ogni modo. Bisogna, dunque, agire promuovendo non solo la cosiddetta educazione alla salute, ma anche identificare precocemente le patologie invalidanti così come le fasce di popolazione caratterizzate da particolare fragilità e suscettibilità.

smo evitando, in tal modo, la comparsa di malattie, deficit e infortuni; tale prevenzione opera sull'uomo sano o sull'ambiente, attraverso due tipi di interventi:

- 1 il potenziamento di fattori utili alla salute (ad esempio la promozione dell'attività fisica, la profilassi immunitaria, ecc);
- 2 l'allontanamento delle cause patologiche (ad esempio l'uso di droghe, l'abuso di alcol, la potabilizzazione delle acque, il controllo della diffusione degli agenti infettivi).

## I Discussione

Fondamentalmente si distinguono tre tipi di prevenzione: primaria, secondaria e terziaria.

## ► Prevenzione secondaria

La prevenzione secondaria si attua, invece, quando la causa morbosa si è già insediata nell'organismo, che implica, quindi, una prevenzione a livello patogenetico. Armi operative della prevenzione secondaria sono i programmi di screening, ossia di indagini che si basano su test diagnostici offerti ad una popolazione di individui considerati come potenziale “bersaglio”.

## ► Prevenzione primaria

La prevenzione primaria agisce partendo dal presupposto eziologico e mira principalmente ad impedire l'ingresso e l'impianto delle cause patologiche note nell'organi-

Ospedale “T. Masselli-Mascia” S. Severo ASL FG

<sup>1</sup>Dirigente Medico SC Medicina Interna

<sup>2</sup>Dirigente Medico SC Cardiologia-UTIC

<sup>3</sup>Direttore SC Medicina Interna

Ospedale Ente Eccl.co “F. Miulli”

Acquaviva delle Fonti (BA)

<sup>4</sup>Direttore SC Medicina Interna

IRCCS “Casa Sollievo della Sofferenza”

San Giovanni Rotondo (FG)

<sup>5</sup>Dirigente Medico SC Medicina Interna

AOU “Ospedali Riuniti” Policlinico di Foggia

<sup>6</sup>Direttore Dipartimento Internistico

## ► Prevenzione terziaria

Con prevenzione terziaria si intende, infine, la prevenzione della recidiva. Gli interventi sono volti, quindi, a ridurre il rischio di aggravamento e/o complicazioni relativi ad una patologia. Questo tipo di prevenzione è utilizzato soprattutto in ambito medico nel trattamento di patologie quali neoplasie, cardiopatia ischemica ed altre, in cui il target è rappresentato da uno specifico gruppo di individui il cui problema è ampiamente manifesto.

## I Prevenzione secondaria e screening

Nel caso della prevenzione secondaria, abbiamo introdotto anche il termine di "screening; tale parola di chiara origine anglosassone è utilizzata per indicare una strategia diagnostica applicata ad una popolazione a rischio aumentato di una particolare patologia, tale da giustificare i costi e gli sforzi necessari ad identificarla precocemente. A differenza dei test medici eseguiti nella pratica diagnostico-clinica generale, lo screening viene applicato a tutta la popolazione "bersaglio", indipendentemente dalla presenza di segni, sintomi o indicazione clinica di malattia o familiarità.

Lo screening viene introdotto e regolato dagli organismi sanitari preposti in base alle linee guida vigenti tenendo anche in considerazione alcuni aspetti legati alla finalità, semplicità di esecuzione, "compliance" dei potenziali aderenti, e del rapporto costo-beneficio. Vengono, così, disegnati dei protocolli di facile applicabilità, evitando, ove

possibile, procedure particolarmente invasive che permettano, allo stesso tempo, di individuare il maggior numero di soggetti portatori di patologie potenzialmente pericolose ed invalidanti.

Di seguito verranno elencati, in particolare, alcuni esempi di screening cardiovascolare ed oncologico eseguiti attualmente nel nostro Paese, volti ad identificare patologie di prevalente interesse internistico.

Iperensione arteriosa, cardiopatia ischemica e patologie cerebrovascolari rappresentano condizioni molto frequenti, invalidanti ed associate ad elevata mortalità nei Paesi Occidentali.

### • Iperensione arteriosa

Riguardo all'ipertensione arteriosa, appare possibile affermare come ne soffra circa una persona su quattro. Tale condizione spesso non è una patologia a se stante, ma si colloca all'interno della cosiddetta sindrome metabolica, caratterizzata dalla presenza di obesità, diabete mellito e dislipidemia. Tale condizione si associa ad una elevata prevalenza di cardiopatia ischemica e ictus cerebri oltre che rappresentare un fattore di rischio per pressoché tutti i tipi di neoplasie. Per tale motivo, l'OMS raccomanda a tutti i soggetti di effettuare periodici controlli dei valori pressori presso il medico di medicina generale e di eseguire, inoltre, il cosiddetto screening clinico-metabolico. Tale screening comprende oltre alla misurazione della pressione arteriosa, anche quella dell'indice di massa corporea e del girovita per identificare la presenza di obesità. È inoltre prevista la somministrazione di un

questionario dei rischi metabolici basata sul diario settimanale dei consumi alimentari giornalieri ed occasionali.

La diagnosi certa di ipertensione arteriosa va fatta, secondo le recentissime (novembre 2017) linee guida ACC/AHA (American College of Cardiology e American Heart Association) solo dopo il riscontro di almeno due o più rilievi di pressione arteriosa sistolica uguale o superiore a 130 mmHg e/o diastolica uguale o superiore a 80 mmHg, in almeno due differenti visite in una o più settimane. Viene, comunque, raccomandato un controllo dei valori pressori almeno ogni due anni in soggetti con PA di 120/80 mmHg o inferiore e ogni anno in quelli con PAS compresa tra 120-139 mmHg e PAD 80-90 mmHg.

In tutti gli individui andrebbe inoltre valutato il profilo di rischio cardiovascolare globale, considerando anche gli altri fattori, quali fumo, diabete, dislipidemia, età, sesso, sedentarietà, obesità. Il trattamento, sia farmacologico che non farmacologico (restrizione di sodio nella dieta, incremento dell'attività fisica, perdita di peso, riduzione dello stress, abolizione di alcolici) è efficace non soltanto nel ridurre i valori di pressione arteriosa ma anche nel ridurre sensibilmente il profilo di rischio cardiovascolare e cerebrovascolare.

### • Cardiopatia ischemica

La cardiopatia ischemica rappresenta una condizione con crescente incidenza nelle popolazioni occidentali ed è associata ad elevata mortalità. I fattori di rischio sono, al pari di quelli indivi-

duabili nell'ictus ischemico, l'ipertensione arteriosa, la dislipidemia, il diabete mellito, il fumo, l'obesità, la vita sedentaria e la familiarità. Tali condizioni sono alla base dell'aterosclerosi che rappresenta la condizione principale per lo sviluppo della cardiopatia ischemica. L'identificazione, quindi, dei suddetti fattori di rischio aterogenico, sono alla base dello screening e prevenzione della cardiopatia ischemica. Tutti i soggetti di età superiore ai 40 anni dovrebbero, quindi, eseguire il controllo della pressione arteriosa, della glicemia a digiuno, del colesterolo totale e delle frazioni HDL e LDL, dei trigliceridi. Il fumo, l'obesità e la vita sedentaria aumentano il rischio ed andrebbero, quindi, aboliti. In caso di valori elevati relativi alla pressione arteriosa, glicemia e lipemia occorrerà instaurare una adeguata terapia correttiva.

Per quanto riguarda il ricorso di routine all'ECG a riposo come test di screening nella coronarosclosi negli adulti asintomatici occorre considerare come vi sia molta discrepanza in merito. In particolare non è consigliato dall'American College of Physicians (ACP) né dal Canadian Task Force nel Periodic Health Examination, mentre l'American Academy of Family Physicians (AAFP) raccomanda un ECG di base per gli uomini al di sopra dei 40 anni, con due o più fattori di rischio cardiovascolare e per gli uomini sedentari che intendono dedicarsi a intensa attività fisica. Una task force sponsorizzata dall'American College of Cardiology e dall'American Heart Association (ACC/AHA) consiglia

un controllo di base per tutte le persone di età superiore a 40 anni e per coloro che si apprestano ad eseguire il test da sforzo. L'American College of Sports Medicine consiglia, prima di intraprendere un intenso programma di attività fisica, il test da sforzo negli uomini al di sopra dei 40 anni e nelle donne con più di 50 anni e nelle persone asintomatiche che presentano fattori multipli di rischio cardiovascolare. L'ACC/AHA pur confermando che l'ECG da sforzo è frequentemente usato come mezzo di screening per persone asintomatiche in gruppi ad alto rischio, conclude come la sua utilità sia controversa. L'ACP non consiglia, infine, l'uso dell'ECG da sforzo e della scintigrafia con Talio-201 come test di screening negli adulti asintomatici.

#### • *Patologie neoplastiche*

Le principali patologie neoplastiche nelle quali sono stati ottenuti ottimi risultati in termini di screening e diagnosi precoce sono rappresentate dalla neoplasia della mammella, il tumore del collo dell'utero e il cancro del colon-retto.

• **Neoplasie della mammella:** si raccomanda di eseguire una mammografia ogni due anni a partire dai 50 anni e fino ai 69 anni di età; nei casi dubbi potrà, inoltre, essere effettuata l'ecografia mammaria.

• **Tumore del collo dell'utero:** lo screening viene effettuato tramite il Pap-test, un esame semplice, rapido e indolore; è efficace per identificare precocemente le

lesioni che precedono lo sviluppo del tumore. Tale test andrebbe eseguito ogni tre anni dai 25 ai 64. Occorre, inoltre, verificare l'eventuale presenza di infezione da *Papilloma virus*, possibile agente eziologico di tale neoplasia, e considerare la possibilità di effettuare la vaccinazione contro tale agente infettivo.

• **Cancro del colon-retto:** rappresenta la terza causa di morte per patologie neoplastiche e mostra un'incidenza sempre più in aumento. Purtroppo, nella maggior parte dei casi si sviluppa in maniera del tutto asintomatica rendendo difficile la diagnosi precoce. Per tale motivo sono stati disegnati diversi protocolli di screening, al fine di identificare sempre più precocemente i soggetti portatori di tale patologia. Esistono delle forme genetiche o con familiarità semplice o variabile, mentre la maggior parte dei casi vengono classificati come forme sporadiche.

Lo screening prevede anzitutto un'accurata anamnesi al fine di identificare i possibili portatori di forme genetiche, solitamente caratterizzate da insorgenza precoce, al di sotto dei 40 anni di età, e l'esecuzione del sangue occulto fecale e della pancolonscopia ogni 3-5 anni a partire dai 50 anni ed in base alla presenza o meno di familiarità; nelle forme familiari infatti, vi sarebbe una notevole intensificazione dello screening, partendo da età decisamente più basse.

• **Cancro gastrico:** rappresenta la seconda neoplasia del canale digerente in termini di frequenza.

Per quanto riguarda lo screening, mancano al momento protocolli dedicati, lasciando al medico di medicina generale e al gastroenterologo le decisioni in merito specie nei riguardi dei pazienti con familiarità.

In termini di prevenzione, invece, uno dei dati certi è che l'infezione da *H. pylori* rappresenti uno dei fattori di rischio per l'insorgenza di tale neoplasia. L'OMS ha, infatti, classificato l'*H. pylori* come un carcinogeno di classe I; sono state, così, stilate varie linee guida sulla gestione dei pazienti con infezione da *H. pylori*, in cui viene ribadita l'indicazione ad effettuare necessariamente e sicuramente il trattamento eradicante in tutti coloro che presentano familiarità per cancro gastrico.

• **Tumore del polmone:** rappresenta la prima causa di morte nei Paesi industrializzati; pertanto screening e diagnosi precoce sarebbero di primaria importanza in tale patologia. Purtroppo i vari progetti di screening sinora attuati, nel tentativo di individuare precocemente il tumore polmonare, hanno fornito risultati deludenti. La Rx torace da sola, infatti, fornisce un ampio numero di falsi positivi e negativi. La TC torace non può rappresentare una metodica di screening visto l'alto dosaggio di radiazioni a cui si viene sottoposti; tale esame trova quindi indicazione specie nei soggetti professionalmente esposti a sostanze potenzialmente cancerogene (ad esempio, l'asbesto, alcuni solventi, ecc). Vi è, invece, una fortissima raccomandazione all'eliminazio-

ne del tabagismo come prevenzione dell'insorgenza delle neoplasie polmonari.

• **Tumore della prostata:** è una patologia frequentissima nel sesso maschile e sebbene sia raccomandata l'esecuzione del dosaggio dell'antigene prostatico specifico (PSA) negli uomini a partire dai 50 anni di età, tale argomento resta molto controverso. Non vi sono, infatti, prove sufficienti e conclusive per una raccomandazione a favore o contro lo screening di routine del carcinoma della prostata mediante dosaggio del PSA o esplorazione rettale (raccomandazione di livello I). Ci sono prove di buona probabilità che il PSA possa individuare il carcinoma della prostata in uno stadio precoce ma vi sono, allo stesso tempo, prove controverse e non conclusive che la diagnosi precoce migliori gli esiti clinici. Occorre, inoltre, ricordare come lo screening con dosaggio del PSA sia associato a possibili riscontri di falsi positivi, causa di ansia nei pazienti coinvolti, di ricorso a biopsie inutili e di insor-

genza di potenziali complicanze della terapia non necessaria (cosiddetto "overtreatment"). Non vi sono, in sostanza, prove sufficienti per stabilire se in una popolazione sottoposta a screening per patologia prostatica i benefici superino gli effetti avversi.

## I Conclusioni

In conclusione, screening e prevenzione rappresentano i principali strumenti attualmente utilizzati dalle società moderne al fine di garantire il "diritto alla salute" dei propri cittadini. L'applicazione di forme corrette di prevenzione, insieme all'attuazione di programmi adeguati di screening potrebbe, infatti, ridurre l'incidenza di alcune patologie associate ad elevata mortalità e morbilità e/o di diagnosticarle in fase precoce permettendo, così, l'instaurazione di adeguati trattamenti, tali da prevenirne le complicanze. Spetta, invece, ai singoli individui recepire ed attuare correttamente le norme di "buona salute", cardine del principio di prevenzione.

## Bibliografia

- Burden AC et Al. Cardiovascular prevention. Go for targeted screening. *BMJ* 2010; 340.
- Engholm G et Al. NORDCAN-a Nordic tool for cancer information, planning, quality and research. *Acta Oncol* 2010; 49: 725-36.
- Goldman L et Al. Goldman-Cecil Medicina Interna. Edra 2017.
- Kasper D et al. Harrison Principi di Medicina Interna. Casa Editrice Ambrosiana 2017.
- Kuehn BM. Primary care screening and intervention helps prevent falls among elderly. *JAMA* 2010; 303: 2019-20.
- Lee SJ. Uncertain futures: individual risk and social context in decision-making in cancer screening. *Health Risk Soc* 2010; 12: 101-17
- Nwachukwu U. Health trends. Consult Pharm 2010.
- Papadakis M et al. Current Medical Diagnosis and Treatment. Piccin 2015.