

Europa e America a confronto sulla prevenzione secondaria

Il parere di

M. TONUS

ALBERTO COSTA

Primario Senologia, Fondazione Maugeri, Pavia

Come valuta la riflessione di Caterina Ferrari e Marco Zappa?

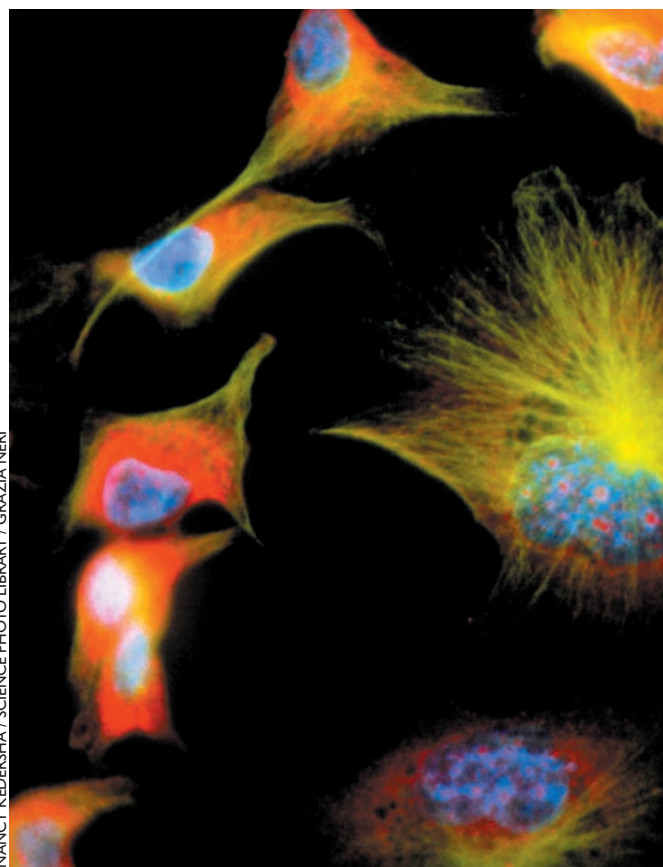
Oltre a essere accuratissimo nell'analisi della letteratura e nella sua interpretazione, l'articolo ha il grande merito di mettere in luce nitidamente le differenze di approccio e di mentalità fra Usa ed Europa ma anche di suggerire che una fase storica si sta concludendo anche nel campo della prevenzione secondaria dei tumori al seno.

Come interpreta la posizione statunitense?

La descrizione dell'approccio americano è illuminante: «La logica è quella della massima sensibilità delle procedure, trascurando la quantità di risorse impiegate, i possibili effetti collaterali negativi o la relativa inefficacia della singola procedura». Sembra la descrizione dell'intervento in Iraq, ed è in fondo lo stesso approccio del National Cancer Act che Nixon firmò nel 1973: per battere il cancro basterà dare più soldi all'Nci e loro "will do the job". Sono passati più di 30 anni e sappiamo come vanno le cose. Lo stesso vale per raccomandazioni come quella di cominciare l'autopalpazione a 20 anni o di eseguire la mammografia annualmente a partire dai 40 anni. A questo approccio che ricorda il "spara a 100 per colpire 10" fa da sfondo un sistema sanitario quasi totalmente privatistico sul quale agisce un'enorme pressione ad aumentare esami, visite, procedure.

Nel Vecchio Continente invece?

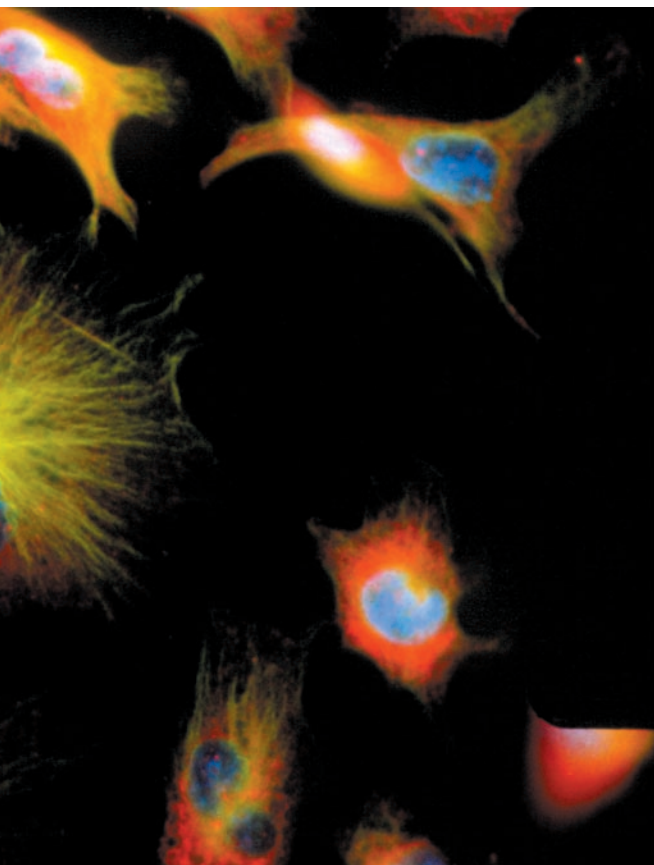
L'Europa non sta poi molto meglio, con gli ospedali e le unità sanitarie trasformati in aziende. Un'idea come lo screening sistematico di po-



NANCY KEDERSHA / SCIENCE PHOTO LIBRARY / GRAZIA NERI

polazione non poteva che nascere in Svezia dove è forte la concezione dello Stato che si fa carico di tutto, anche di aspetti che secondo molti dovrebbero invece essere ricondotti all'ambito delle scelte individuali. Con qualche contraddizione, infatti. Se la società si deve far carico totalmente della prevenzione delle malattie e dei danni alla salute togliendo per esempio i punti dalla patente a chi non mette le cinture di sicurezza, perché non farlo anche con chi non fa la mammografia?

Qui entrano in gioco anche aspetti econo-



mico-sociali e certamente non solo medici. In Svezia, o in Gran Bretagna (o anche in Italia) le macchine costano meno della manodopera e non c'è quindi da stupirsi se per lo screening si sceglie di far fare la mammografia a tutte le donne, scegliendo un sistema automatico di popolazione (come giustamente sottolineano gli autori) e non personalizzato. In altre parti del mondo (e anzi nella gran parte del pianeta) la realtà è opposta, le macchine sono inarrivabili, la manodopera costa pochissimo. Si veda per esempio il pro-

gramma di screening dell'Ospedale Italiano al Cairo dove quattro social worker bussano casa per casa alla porta delle donne, le invitano a un colloquio e a una visita (da medici donne naturalmente) e solo nei casi dubbi si procede alla mammografia. I dati sulle prime diecimila donne sono quasi pronti e il tutor dello studio, Tony Miller, si prepara a sostenere che i risultati possono essere gli stessi, soprattutto in termini di riduzione di mortalità.

Cellule di cancro mammario in coltura visualizzate con immunofluorescenza. Le grandi dimensioni dei nuclei (blu) in molte cellule ne segnalano la rapida proliferazione.

Quali nuovi scenari potrebbero aprirsi?

A mio parere è lecito attendersi una progressiva personalizzazione dei programmi di prevenzione secondaria, analogamente a quanto già accaduto in terapia dove persino le famose linee guida di St Gallen cominciano a vacillare davanti ai nuovi dati derivanti dallo studio dei profili genetici e dalla crescente richiesta di far pesare di più la scelta della paziente nella valutazione del rischio.

Qual è il merito dei due documenti?

Porre il problema del coinvolgimento del singolo individuo nella lotta al cancro. La mia impressione è tuttavia che sia tempo ormai di pensare a qualche cosa di nuovo, sia nella tecnologia, sia nella comunicazione, perché le decisioni della donna siano pienamente informate e consapevoli.

MARIDA BOLOGNESI

Deputato DS e componente della XII Commissione permanente Affari sociali

Quanto pesano le evidenze scientifiche nelle scelte in ambito sanitario?

Sono fondamentali. Se si vuole offrire un buon livello di assistenza a tutti i cittadini, l'allo-

● FORUM

EUROPA E AMERICA A CONFRONTO SULLA PREVENZIONE SECONDARIA

IL PARERE DI

cazione di risorse deve puntare a garantire la miglior risposta possibile al bisogno. Occorre quindi capire cos'è più conveniente per la salute delle persone facendo un bilancio tra i rischi e i benefici, anche in termini di costi. Tale valutazione deve poggiare, per forza di cose, sui risultati delle sperimentazioni e sulle conclusioni che ne traggono gli esperti. Per questo è importante che qualcuno si assuma l'onere di confrontare le evidenze scientifiche che emergono dai trial clinici. Invitati a esprimere il proprio parere nell'ambito di apposite Commissioni, i consulenti scientifici aiutano i rappresentanti dei cittadini a decidere quali scelte privilegiare.

Qual è l'obiettivo della politica?

Nel caso specifico si parla di due differenti approcci alla prevenzione secondaria del tumore del seno. Credo però che il discorso vada ampliato anche alla cura perché, anche quando i protocolli diagnostico terapeutici sembrano collimare, permangono differenze spesso dovute a carenze organizzative. L'obiettivo prioritario è garantire uniformità di accesso alle cure migliori, su tutto il territorio nazionale.

Che giudizio dà sui due documenti?

Lo screening, come intervento pubblico, serve quando è basso il livello di consapevolezza collettiva. Ritengo che, nel nostro Paese, lo screening abbia dato e continui a dare un contributo enorme alla prevenzione secondaria del tumore al seno. Negli Stati Uniti è diverso: lì non c'è un sistema sanitario pubblico e la scelta è delegata alla coscienza individuale.

Storicamente in Italia la salute è affidata molto di più al sistema pubblico. Io credo che l'approccio europeo sia corretto perché si intercettano anche gli strati meno consapevoli della popolazione.

NEREO SEGNAN

Primario di epidemiologia dei tumori
Cpo Piemonte, Asl San Giovanni Battista

È possibile mettersi d'accordo sulla prevenzione secondaria del cancro mammario?

Sarebbe più facile se noi avessimo la possibilità di proporre alle donne una terapia di impatto trascurabile sulla qualità di vita. Si pensi al caso della mutazione del gene BRCA2. Se ci fosse un modo di riparare il gene attraverso una terapia non invasiva, non ci sarebbe discussione sull'opportunità o meno di fare lo screening a tutte le donne anche in giovane età. Sarebbe solo un problema di costi.

Il principale vantaggio dello screening (la riduzione della mortalità) è una condizione necessaria ma non sufficiente per prendere la decisione. Sull'altro piatto della bilancia bisogna considerare anche gli effetti negativi della ricerca più o meno sistematica del tumore su quella grande fascia di popolazione che non è malata. Fino a quando non disporremo di terapie più accettabili, sia nello screening opportunistico sia in quello organizzato, dobbiamo garantire il numero più basso di falsi positivi, migliorando la qualità e l'accuratezza diagnostica dello screening.

L'approccio statunitense è così diverso da quello europeo?

Credo che il contesto, che viene descritto nell'articolo come tipicamente Nord americano, sia lo stesso che prevale nello screening opportunistico in Europa. In questi casi la sensibilità ha la meglio sulla specificità. Negli Stati Uniti è forte la convinzione che sia preferibile ottenere un falso positivo piuttosto che rischiare di avere un falso negativo.