

L'attività del MMG nella promozione dello screening



Dr. Domenico Ghisleri
Medico di Medicina Generale
Brescia 19 Settembre 2016

A close-up photograph of a brown ant standing on a dark, textured rock. The ant is carrying a long, cylindrical piece of dark wood or bark horizontally across its back. The background is a soft, warm glow of a sunset or sunrise, with a bright sun partially visible behind the ant. The text 'FOTORESEARCH' is overlaid in the center of the image.

FOTORESEARCH®

"The bad luck of cancer"

In più del 65% dei casi dipende dalla "cattiva sorte" più che dallo stile di vita



Lo afferma uno studio sulla prestigiosa rivista Science, che evidenzia come l'insorgenza del cancro in alcuni tessuti sia collegata per lo più a mutazioni casuali nella divisione di cellule staminali sane. Solo in un terzo dei casi, invece, dipende da fattori ereditari e ambientali



Ministero della Salute

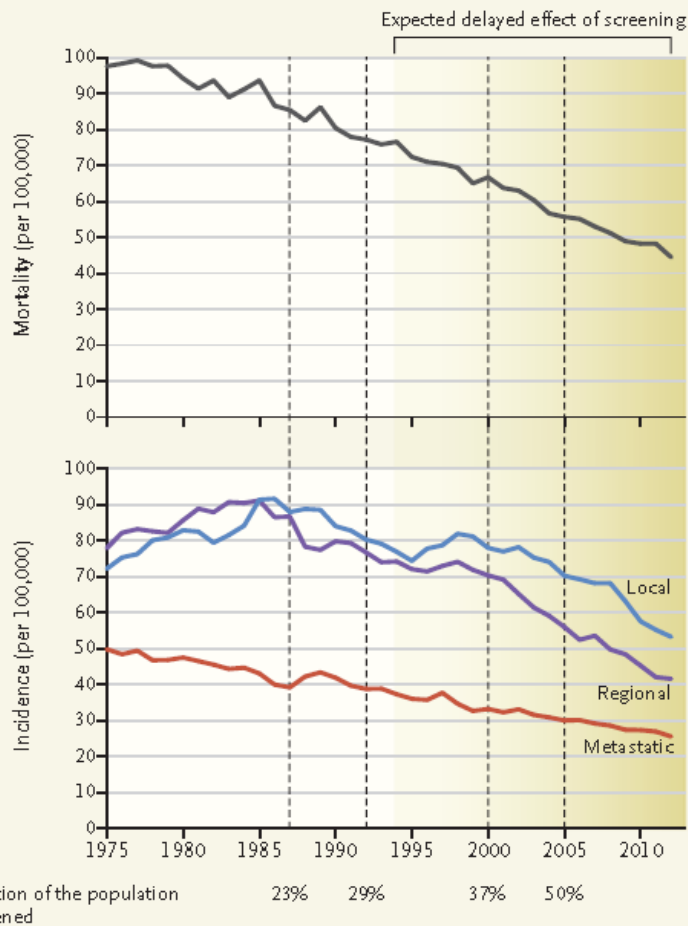
Nel corso del 2013
gli inviti per i tre programmi
superano gli 11 milioni.
Più di 5 milioni e duecentomila
persone hanno eseguito
il test proposto.
Anche le popolazioni migranti
cominciano ad essere
invitate con regolarità

«Nonostante la storia passata sia piena di ritardi nel tradurre le conoscenze acquisite con la ricerca in pratica clinica, dobbiamo cogliere tempestivamente l'opportunità di ridurre il rischio di cancro attuando efficaci strategie di prevenzione e cambiando il nostro modo di vivere»



Edward Giovannucci

Harvard Medical School di Boston, Jama Oncology 2016



Colorectal-Cancer Mortality (Top) and Stage-Specific Incidence (Bottom) among People 50 Years of Age or Older in the United States, 1975–2012.

Data are from the Surveillance, Epidemiology, and End Results Program 9 and are age-adjusted to the 2000 U.S. standard population. Total incidence is the sum of local, regional, and metastatic incidence.

These trends are often attributed to screening. But the magnitude of the changes alone suggests that other factors must be involved. None of the trials of colorectal-cancer screening has shown a 50% reduction in mortality — nor have trials of screening for any type of cancer.

- Change in diet
- Reduced consumption of smoked
- Lower exposure to carcinogenic nitrosamines
- Changes in the gastrointestinal microbiome
- Widespread use of antibiotics has probably led to changes in gut flora, as evidenced by the decreasing prevalence of *Helicobacter pylori*.
- Use of nonsteroidal antiinflammatory drugs (including aspirin), hormone-replacement therapy, and statins.

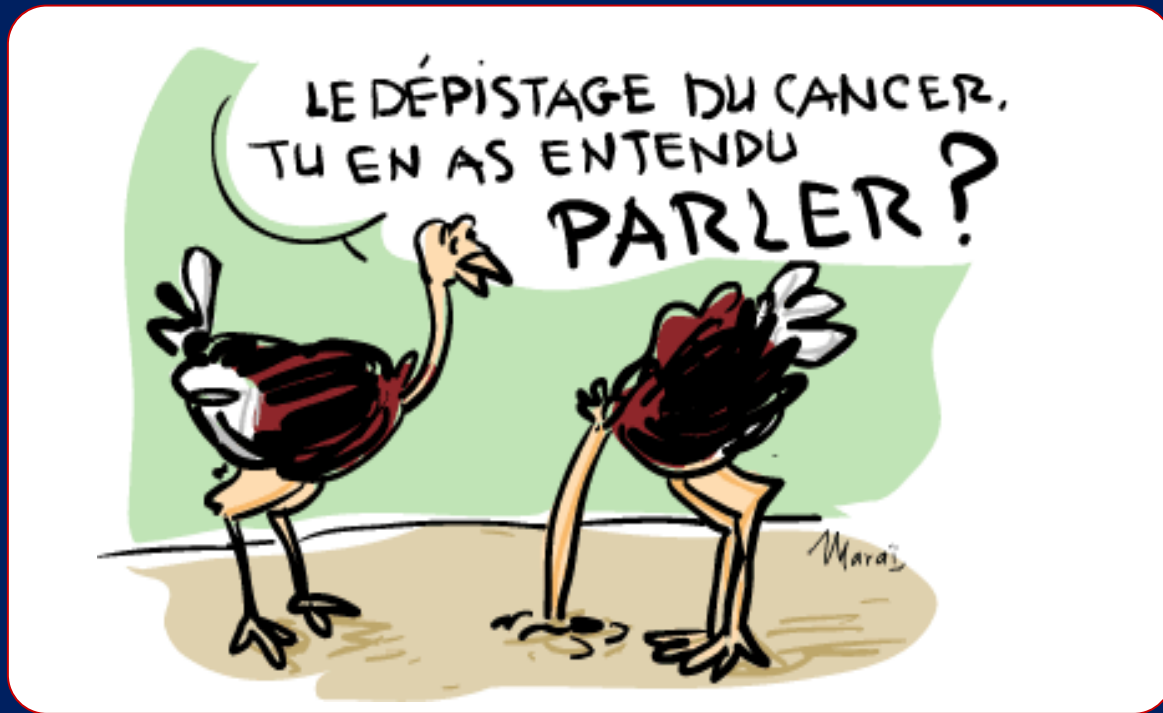
Con una raccomandazione di grado A, la U.S. Preventive Services Task Force (Uspstf) consiglia ai medici di sottoporre i propri pazienti tra 50 e 75 anni allo screening periodico per il cancro del colon-retto, una strategia di diagnosi precoce efficace ma sottoutilizzata

l'obiettivo di aumentare il tasso di screening guidandone la strategia di attuazione in un approccio condiviso tra medico e paziente



Jama 2016

La **non-compliance** dei pazienti rappresenta la più elevata barriera allo screening in tutti i paesi del mondo!



c'è un'aderenza alle terapie, una agli screening,
una agli stili di vita

In Italia siamo messi male su tutti e tre i fronti:
cresce il numero degli italiani sovrappeso,
diminuisce la percentuale di chi si vaccina (dal
64% dell'antinfluenzale nel 2004 al 48% di 11 anni
dopo) e l'aderenza media alle terapie è del 46%»



Osservatorio consumi privati in sanità
2015 (Opcs)

Screening per il cancro del colon: il medico di famiglia può aumentare la partecipazione

le persone che consultano con maggiore frequenza il proprio medico di famiglia hanno tassi maggiori di screening e di colonscopie di follow-up rispetto alle persone che non hanno mai visto il generalista



J Gen Intern Med. 2016

I dati disponibili dalle esperienze italiane tendono ad evidenziare **una compliance piu alta ed un follow- up piu appropriato quando i MMG sono maggiormente coinvolti** a livello programmatico ed organizzativo
(Ceccarelli et al. 2004)



Il feed back dei risultati è una procedura che migliora l'adesione
(Wolf et al. 2005)

Il MMG occupa una posizione strategica nell'attività
preventiva oncologica

L'ambulatorio del MMG è un osservatorio privilegiato della
popolazione, essendo costituito da una rete capillarmente
diffusa nel territorio cui afferisce ogni anno l'80% della
popolazione (il 100% in 5 anni)

L'attività di MG permette l'attuazione di strategie
con osservazione longitudinale, basate sul rapporto di
continuità medico-paziente



più che convincere bisogna responsabilizzare



Mentre le persone malate richiedono un intervento medico, nel caso di una condizione di rischio l'intervento in genere non è sollecitato

Ancor più che in presenza di malattia qualsiasi atto teso a limitare un rischio deve essere condiviso con il paziente, che va informato su benefici e possibili svantaggi



La **qualità** di un programma così complesso non è solo quella tecnica o organizzativa, ma anche quella **comunicativa**

Strategie utili per migliorare la comunicazione con i pazienti



Costruire un rapporto di fiducia

Avere competenze solide sull'argomento

Migliorare le competenze dei pazienti

Informare con chiarezza tenendo conto del livello di comprensione del paziente

Essere consapevoli delle multiple e conflittuali fonti di informazione

Evitare lo sviluppo di sensi di colpa

Nei programmi organizzati di screening, le attività del MMG sono costituite da:

informazione ai pazienti sull'utilità ed efficacia dello screening;

partecipazione in modo attivo all'arruolamento dei soggetti affinché si possa eseguire il test sulla maggior parte dei soggetti;

collaborazione alle campagne informative;

Nei programmi organizzati di screening, le attività del MMG sono costituite da:

collaborazione alla pulizia delle liste di partecipazione allo screening
evitando la ripetizione dei test e

stratificando il rischio individuale attraverso l'identificazione dei soggetti a rischio elevato che devono seguire protocolli specifici



Nei programmi organizzati di screening, le attività del MMG sono costituite da:

- attività di counselling sui casi positivi e nella gestione del rischio familiare;
- counselling e gestione dei non responders agli inviti nelle varie fasi dello screening;
- tenuta di registri degli aderenti e dei risultati attraverso il necessario feedback dei dati dal centro screening



Conclusioni



I risultati migliori dei vari programmi di screening sono stati ottenuti con il coinvolgimento della Medicina Generale

E' necessario che la Medicina Generale venga coinvolta dalla progettazione al feedback dei risultati

L'aderenza non è un "must" solo nel rapporto medico – paziente:



oltre al servizio sanitario pubblico, inizia a interessare i protagonisti della sanità privata

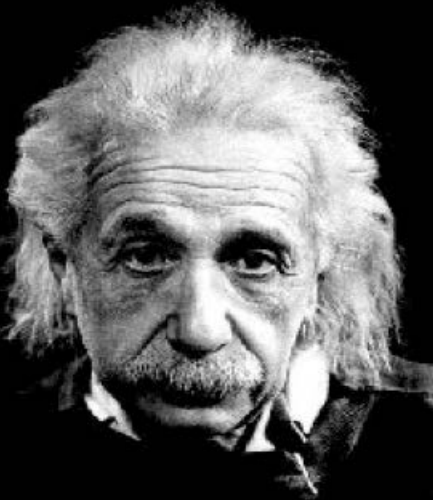
Ci sono assicurazioni e fondi sanitari individuali in Gran Bretagna, che rimborsano parte della polizza a chi smette di fumare e regalano abbonamenti alla palestra a chi ben segue le terapie



In Italia si stanno sperimentando formule che abbassano i premi delle polizze complementari agli assicurati che aderiscono a programmi di prevenzione

Take home message

... tutti rischiamo momenti di follia...



La definizione di
follia è insistere nel
fare la stessa cosa...
**aspettandosi risultati
differenti!**

Albert Einstein

Grazie per l'attenzione