

Background e Razionale

In Italia il carcinoma del colon-retto (CCR) è al secondo posto tra le neoplasie per incidenza e mortalità e costituisce un importante problema di salute pubblica. Ogni anno vengono diagnosticati circa 29.000 nuovi casi (14.700 fra i maschi e 14.300 fra le femmine) e sono circa 17.500 i decessi registrati.

La sopravvivenza dei casi di CCR a 5 anni è fortemente associata allo stadio al momento della diagnosi: è pari al 90% quando la malattia è limitata alla parete intestinale, ma si riduce a circa il 50% in caso di interessamento linfonodale ed a zero in presenza di metastasi. In assenza di screening, più della metà dei soggetti sintomatici ha una neoplasia in stadio avanzato al momento della diagnosi.

Tre studi clinici randomizzati e controllati di grandi dimensioni hanno dimostrato che programmi di screening tramite il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci (faecal occult blood test, FOBT) sono efficaci nel ridurre la mortalità dovuta a CCR (1). Su questa base sono stati attivati programmi di screening di popolazione anche in Italia, con un notevole incremento di estensione soprattutto nell'ultimo biennio: nel 2004 i 18 programmi attivi hanno invitato circa 330.000 soggetti, di cui 165.000 hanno aderito (2), e nel 2005 sono stati attivati molti altri programmi, tra cui due a dimensione regionale (Basilicata ed Emilia-Romagna) ed in gran parte della Regione Lombardia.

L'obiettivo primario dello screening è ridurre la mortalità specifica per tumore coloretale, ma la verifica di tale riduzione è difficile e comunque questo effetto ha una latenza di diversi anni. Perciò vengono monitorati una serie di indicatori precoci, assumendo che se essi rispettano determinati standard è ragionevole attendersi anche una riduzione della mortalità. I principali indicatori utilizzati riguardano l'estensione degli inviti sulla popolazione residente, l'adesione all'invito, la proporzione di test positivi, l'adesione agli approfondimenti diagnostici, i tassi di identificazione per cancro e per lesioni pre-cancerose (adenomi ad alto e a basso rischio) e la distribuzione per stadio dei cancri.

Il requisito primario perché un programma di screening sia efficace è un'elevata adesione all'invito da parte della popolazione. In realtà l'adesione osservata da parte dei programmi italiani nel 2004 ha mostrato un'ampia variabilità, con un range dal 28.6% al 79.3% (2). Un risultato inaspettatamente elevato è quello ottenuto dai programmi del Veneto, che hanno raggiunto un'adesione media regionale del 69.5% con il concorso di valori elevati in tutti i singoli programmi (range 59.7% - 79.3%). I programmi delle altre regioni si sono situati su valori notevolmente inferiori. Questo dato è singolare, perché non trova conferma negli screening citologico e mammografico, nei quali il Veneto ha livelli di adesione in linea con la media nazionale.

I fattori che influenzano l'adesione ad un programma di screening possono essere raggruppati in tre categorie (3). Innanzitutto vi sono le preferenze del singolo individuo, legate a molteplici fattori quali il carattere, il sistema di valori e le esperienze vissute. La seconda categoria comprende la sfera sociale, 'comunitaria' dentro la quale si muovono le persone, che influenza le scelte dei singoli tramite, per esempio, i messaggi diffusi dai mass media. I margini di influenza dei programmi di screening su questi due gruppi di fattori sono estremamente limitati. La terza categoria riguarda le caratteristiche proprie dei programmi di screening, ed in quanto tali possono essere controllate, monitorate e, se necessario, modificate. Non è noto quanta

parte dell'adesione sia correlata a questa componente, ma sicuramente vale la pena approfondire quali sono le caratteristiche dei programmi di screening che possono essere associate ad alti livelli di adesione.

La maggior parte degli studi sull'adesione allo screening coloretale con FOBT hanno indagato diversi fattori legati alla popolazione invitata (età, sesso, etnia, atteggiamento verso le strutture sanitarie,...). Altri studi invece si sono concentrati sull'organizzazione dei programmi di screening, limitandosi però ad esplorare un numero limitato di variabili: sono state raccolte evidenze sull'invio per posta del FOBT, sull'invio del sollecito ai non rispondenti, sull'effetto della firma del MMG sulla lettera di invito, sulla diffusione nel territorio dei punti di distribuzione e raccolta del FOBT (4-7).

Diversamente dagli studi sperimentali od osservazionali già pubblicati, questo studio intende coinvolgere un numero di unità statistiche (programmi di screening) molto elevato; ciò permetterà di analizzare diversi aspetti organizzativi. Una volta analizzate le caratteristiche organizzative correlate con l'adesione all'invito, sarà possibile proporre eventuali soluzioni organizzative fattibili (perché già presenti in alcune realtà) ai programmi esistenti e a quelli in corso di attivazione.

Obiettivi del progetto

Obiettivi del progetto sono:

1. studiare quali fattori inerenti l'organizzazione e la gestione dei programmi di screening coloretale sono associati all'adesione all'invito;
2. divulgare i risultati a tutti i programmi esistenti e a quelli in corso di attivazione affinché possano adottare eventuali soluzioni organizzative associate ad una adesione aumentata.

Metodologia del progetto

Lo studio è rivolto a tutti i programmi di screening coloretale tramite FOBT che partecipano alla survey del 2005 (nella survey del 2004 il dato di adesione non è stato differenziato per esame di screening (primo/successivi); tale distinzione è fondamentale per questo studio). E' importante che partecipino alla rilevazione programmi con caratteristiche generali diverse (Regione, dimensione della popolazione target, grado di urbanizzazione della popolazione target) e che hanno ottenuto differenti livelli di adesione all'invito.

Per ciascun programma partecipante saranno raccolti dati su molteplici aspetti organizzativi e gestionali, nonché i dati di adesione del 2005 suddivisi per esame di screening (primo/successivi), sesso e classi quinquennali di età.

La raccolta dei dati sugli aspetti organizzativi sarà realizzata inviando a ciascun programma un questionario. Per l'adesione saranno utilizzati i dati raccolti tramite la survey annuale del GISCoR. Alcuni indicatori proxy della 'credibilità' degli screening nella popolazione (estensione dei programmi citologico e mammografico, adesione a questi programmi, tempi di risposta (sia negli altri screening che nello screening coloretale) saranno elaborati utilizzando i dati raccolti tramite le survey GISCoR, GISMa e GISCi.

Bibliografia

1. Towler B, Irwig L, Glasziou P, Kewenter J, Weller D, Silagy C. A systematic review of the effects of screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. *BMJ*. 1998;317:559–565.
2. Zorzi M, Grazzini G, Senore C, Vettorazzi M. Screening for colorectal cancer in Italy: 2004 survey. *Epidemiol Prev* 2006; 30(1) suppl(3). (in press).
3. Chiu L F. Inequalities of access to cancer screening: a literature review. NHS Cancer Screening Programmes. Cancer Screening Series No 1. December 2003. <http://www.cancerscreening.nhs.uk/publications/cs1.html>
4. Giorgi Rossi P, Federici A, Bartolozzi F, Farchi S, Borgia P, Guasticchi G. Understanding non-compliance to colorectal cancer screening: a case control study, nested in a randomised trial. *BMC Public Health*. 2005 Dec 22;5:139.
5. Segnan N, Senore C, Andreoni B, Arrigoni A, Bisanti L, Cardelli A, Castiglione G, Crosta C, DiPlacido R, Ferrari A, Ferraris R, Ferrero F, Fracchia M, Gasperoni S, Malfitana G, Recchia S, Risio M, Rizzetto M, Saracco G, Spandre M, Turco D, Turco P, Zappa M; SCORE2 Working Group-Italy. Randomized trial of different screening strategies for colorectal cancer: patient response and detection rates. *J Natl Cancer Inst*. 2005 Mar 2;97(5):347-57.
6. Vernon SW. Participation in Colorectal Cancer Screening: a Review. *J Nat Cancer Inst*. 1997;89:1406–1422.
7. Jepson R, Clegg A, Forbes C, Lewis R, Sowden A, Kleijnen J. The determinants of screening uptake and interventions for increasing uptake: a systematic review. *Health Technol Assess*. 2000;4:1–133.