

I TUMORI DEL COLON RETTO: PROGRAMMA DI SCREENING SU POPOLAZIONE A RISCHIO GENERICO
ASPETTI ORGANIZZATIVI - PRIMI RISULTATI

a cura di: S. Rocchi, C. Sileo, R. Paganoni, P. Imbrogno, G. Rocca, N. Bosco, L. Tessandri, G. Gennati (ASL Bergamo) – P. Ravelli (A.O. Bolognini di Seriate) – M. Mazzoleni (MMG ASL Bergamo) – M. Pagnoncelli (Federfarma Bergamo) – R. Sacco (LILT – Bergamo)

Il 20 settembre 2005 ha preso avvio in Provincia di Bergamo il programma di screening dei tumori del colon retto rivolto ad una popolazione a "rischio generico". Il programma intrapreso in due Distretti (su 14), si è poi progressivamente esteso arrivando a coinvolgere, a settembre 2006, cinque Distretti.

Modalità organizzative

Nella tabella che segue sono indicati i principali aspetti organizzativi del programma:

Ruolo Azienda Sanitaria Locale Bergamo		
Macrofunzioni	Sulla popolazione target	Sulle strutture coinvolte
Programmazione e Gestione organizzativa	Arruolamento Informazione: RSO	Informazione, formazione, gestione budget, report

Popolazione bersaglio			
Fascia di età	Tipo di popolazione	Dimensione	Criteri di esclusione
50 – 69 anni	Residente - assistita	240.608 (pop. Residente 1/1/2005 – ISTAT)	Definiti formalmente. L'esclusione avviene su informazione utente

Invito			
Base dell'invito	Lettera di invito	Allegati	Sollecito
Comunale	La lettera è un invito personale con informazioni sulla campagna e le indicazioni per aderire.	Opuscolo informativo (nei primi comuni attivati)	Previsto dopo 45 giorni

Test di screening			
Tipo di test	Cut-off	Periodicità	Distribuzione e riconsegna
Immunoelettrolite su lattice	100ng/ml	Biennale	Presso le farmacie

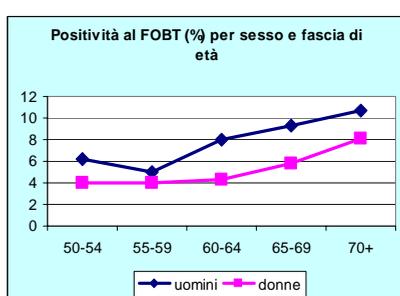
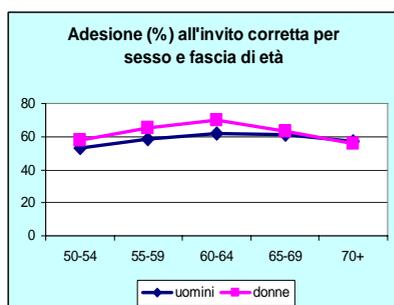
Coinvolgimento	Compiti	Remunerazione
MMG	Counseling	Non prevista
Farmacie	Counseling – consegna ritiro campione	Non prevista
Cooperativa Distribuzione Intermedia del Farmaci (COTIFA)	Trasporto campioni dalle farmacie al Laboratorio di Sanità Pubblica	Non prevista

Campagna Informativa			
Produzione materiale	Pubblicità	Eventi	Altro
Si. Il materiale è stato esposto presso farmacie, studi MMG, distretti, ospedali	Si. Comunicati su giornali radio locali. Informativa su Portale ASL	Sono stati realizzati incontri con medici, farmacisti, amministratori chiedendo loro di attivare iniziative "locali" di sensibilizzazione.	La Sezione Bergamasca della Lega Italiana per la Lotta ai Tumori ha sostenuto la campagna fornendo il materiale informativo e collaborando nelle iniziative di promozione

Approfondimenti	
Appuntamento	Tipo di approfondimento
Telefonico. E' prenotato un colloquio con l'endoscopista	Pancoloscopia. Proposte procedure alternative in caso di rifiuto o controindicazioni

Dati preliminari

Su 15.437 inviti inoltrati, hanno risposto 9.488 soggetti, che hanno eseguito il test per la ricerca del sangue occulto su un campione fecale. Quindi l'adesione totale corretta è stata 61,76%. Il test è risultato positivo per 554 soggetti, ovvero il 5,83% di coloro che hanno eseguito il test per la RSO. Il tasso di adesione dei soggetti screenati al 2° livello è 95,31%. I soggetti con RSO positiva, che hanno già eseguito le indagini di approfondimento sono 528. I tassi di identificazione per carcinomi, adenomi ad alto rischio e a basso rischio sono indicati nella tabella sottostante e sono calcolati su 528 esiti istologici.



diagnosi istologica	uomini+donne
n.carcinomi	32
n.adenomi alto rischio	99
n.adenomi basso rischio	70
negativi	191
n.casi in attesa referti	136
DR carcinomi	3,37 ‰
DR tutti adenomi	17,81 ‰
DR adenomi alto rischio	10,43 ‰
DR adenomi basso rischio	7,27 ‰

Conclusioni

A nostro parere i fattori che hanno favorito la partecipazione sono stati: l'azione di counselling svolta dagli MMG (negli anni precedenti l'attivazione della campagna sono stati organizzati corsi di formazione sul ruolo del MMG nella prevenzione primaria e secondaria del tumore coloretale);

- l'azione di counselling svolta dai farmacisti (sono stati organizzati corsi di formazione sull'argomento per tutti i farmacisti coinvolti);
- la facilità di accesso alla prestazione: le farmacie sono capillarmente diffuse, con orari di accesso molto ampi
- l'attivazione delle istituzioni/comunità locali per gli interventi informativi;
- la dimensione dei/le primi/e comuni/città arruolati (max 22.000 abitanti)

Le principali criticità emerse sono:

- necessità di perfezionare le procedure di pulizia delle liste;
- aumento del carico di lavoro dei Centri di endoscopia;
- necessità di condividere protocolli di diagnosi e cura fra i Centri di endoscopia coinvolti;
- necessità di adattare parti del programma informatico di gestione attività/raccolta dati alle esigenze organizzative locali.