

La presenza di comorbidità nella popolazione sottoposta a ricerca del Sangue Occulto Fecale: un'analisi territoriale

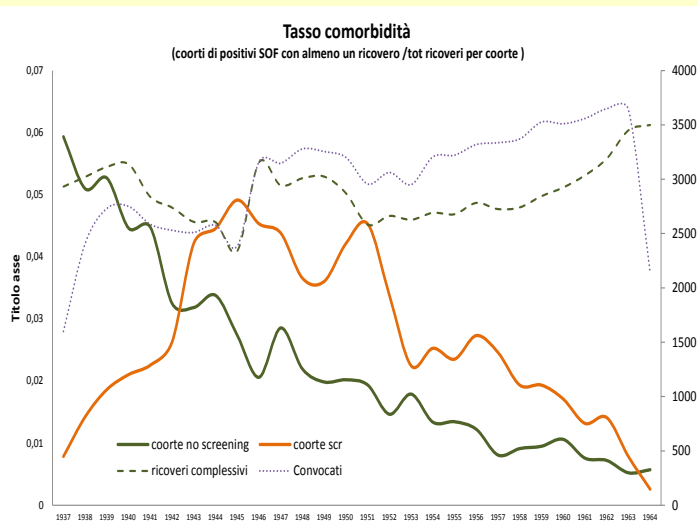
Marazza G., Rossetti E., Panceri M. L., Pintaudi E., Fenocchi M.G., Marzani I., Sgariboldi L., Antonioli E., Narra S., Quartieri G., Belloni A.

ASL di Lodi

Lo screening per la prevenzione del tumore del colon riguarda le fasce di età tra i 50 e i 69 anni, quindi una popolazione in cui il livello di presenza di una malattia cronica aumenta parallelamente all'aumentare dell'età

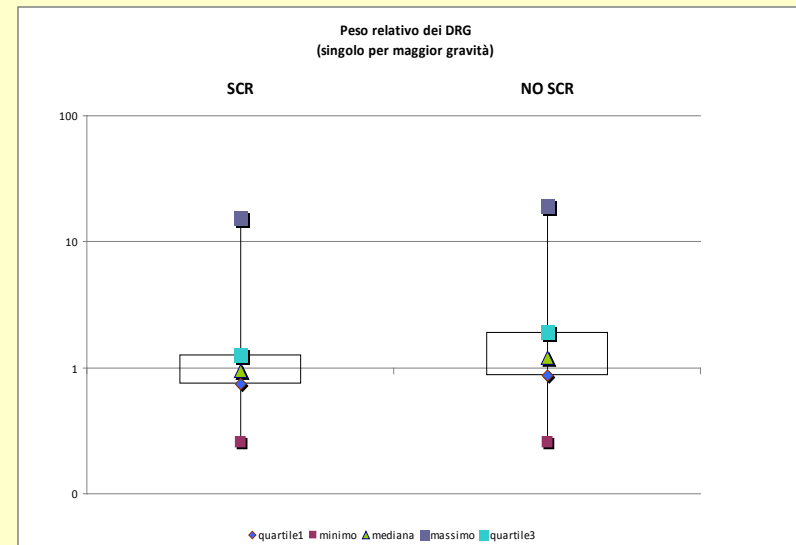
Il presente lavoro si propone quindi di valutarne la presenza di patologie e la loro gravità utilizzando i ricoveri (SDO) per qualsiasi causa avvenuti nei cinque anni precedenti l'effettuazione dell'esame di screening.

Sono stati analizzati i ricoveri nei cinque anni precedenti al test nonché si è verificato l'andamento per coorti di nascita e, all'interno delle categorie di rischio dei pazienti screening sottoposti a colonscopia, anche il peso relativo dei DRG (indicatore proxy della complessità del ricovero) nel suo valore medio e per quartili.

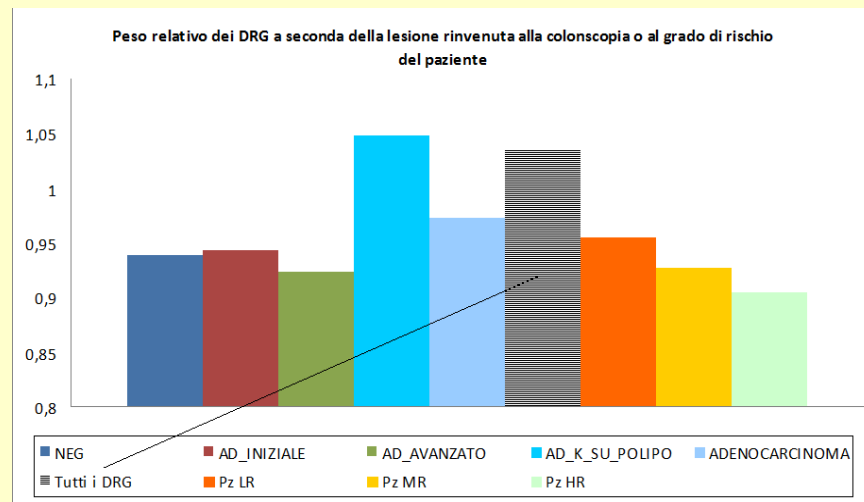
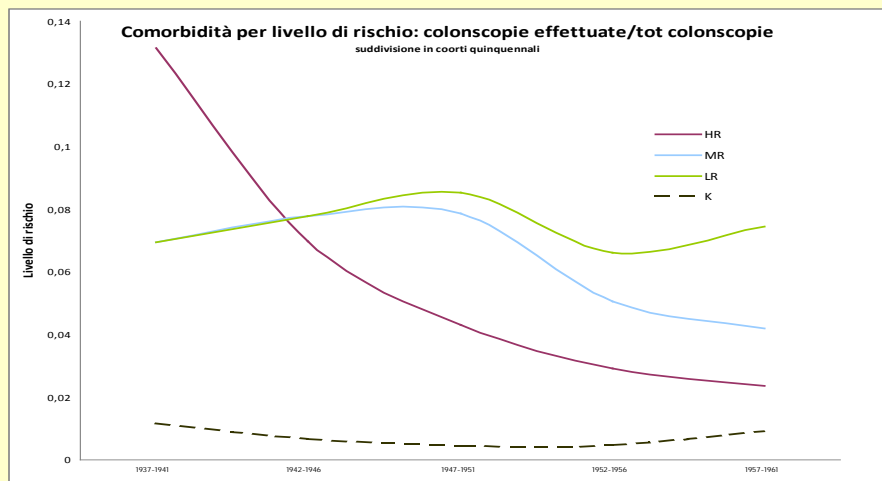


Il tasso di comorbidità per coorte di nascita dei soggetti sottoposti a screening, calcolato come numero di positivi al SOF con almeno un ricovero sul totale dei ricoverati con almeno un ricovero, è maggiore dalla coorte dei nati dal 1944 in poi, in particolar modo fino alla coorte 1952, rispetto al tasso della popolazione positiva ad un singolo esame e non sottoposta a screening.

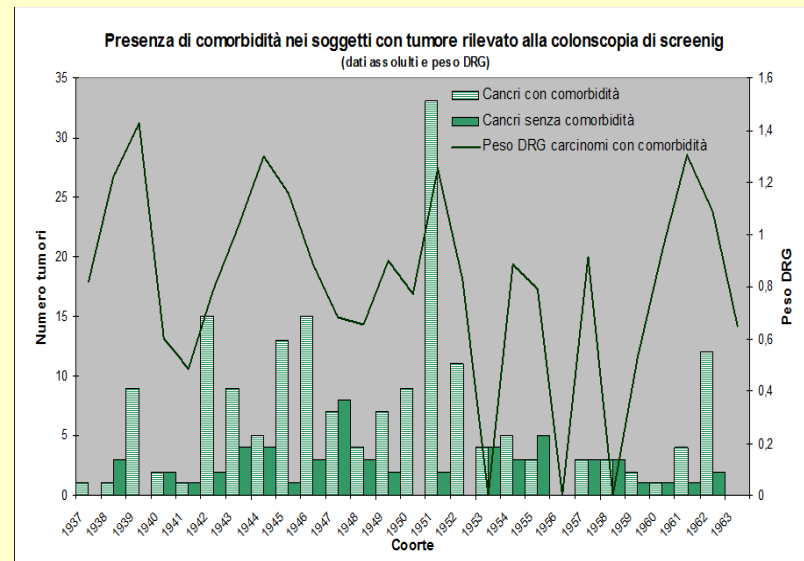
Peraltro l'analisi del peso relativo dei DRG evidenzia come nella popolazione non screenata la gravità dei ricoveri sia maggiore (grafico box-plot in scala logaritmica) e statisticamente significativo nel calcolo delle loro medie: screening 1.19 (IC: 1.17-1.21) no screening 1.57 (IC: 1.54 -1.59).



Altresì, se si prendono in considerazione i soggetti positivi e il risultato delle colonscopie valutato in termini di categoria di rischio (alto, medio, basso) si può notare come la comorbidità sia maggiore nei soggetti più avanti negli anni e ad alto rischio (linee guida europee), e come il peso relativo dei DRG sia maggiore nei soggetti con adenocarcinoma o adenocarcinoma insorto su polipo.



Si può notare, infine, come nei soggetti con tumore le coorti più vecchie registrino una maggior presenza di soggetti portatori di altre patologie rispetto a quelli che non hanno mai subito un ricovero e come in tali coorti anziane sia anche maggiore il peso relativo dei DRG alla dimissione



Lo screening non è quindi un mondo a parte, effettuare o meno l'esame non solo influenzerà il futuro stato di salute ma può anche dipendere da quello attuale. Il conoscere il peso di comorbidità medio-gravi nella popolazione 'esposta' a screening riconduce la sanità pubblica ad una visione più completa e dovrebbe servire al programmatore locale per impostare con più precisione l'uso delle risorse. E' evidente che le malattie croniche, tanto più se associate fra di loro, hanno importanti ripercussioni non solo sulla gestione clinica e terapeutica degli individui malati che ne sono affetti, ma anche sull'utilizzo delle risorse sociali ed economiche in campo sanitario, in termini sia di costi diretti che indiretti.