AGGIORNAMENTO: 29 FEBBRAIO 2008

Screening del colon retto: informazioni per gli operatori

Queste informazioni per operatori completano quelle contenute nel documento *Altre informazioni sullo screening del colon retto* (pagina 8).

Commenti alla sezione 1: MI AVETE MANDATO UNA LETTERA

1.1 Ho ricevuto a casa la vostra lettera: devo fare questo esame? E' obbligatorio?

- No, non è obbligatorio.
- Noi però le consigliamo di farlo perché l'esperienza scientifica ci dice che è un esame molto efficace.
- Ne parli con il suo medico, che saprà consigliarla.
- Le lascio comunque il mio nome così mi può chiamare se decide di farlo.

1.2 Ho ricevuto a casa la vostra lettera: non voglio farle l'esame.

- Le posso chiedere come mai non vuole fare l'esame?

_____

_____

_____

- Ne parli con il suo medico, che saprà consigliarla.
- Non è un esame obbligatorio, può fare a meno di farlo.
- Noi però consigliamo di farlo perché l'esperienza scientifica ci dice che è un esame molto efficace.
- Le lascio comunque il mio nome così mi può chiamare se decide di farlo.

Osservazioni per l'operatore

- Lo screening non è obbligatorio, semmai è un diritto, essendo incluso fra i **livelli essenziali di assistenza**
- La persona è quindi libera di decidere di partecipare o no allo screening. Noi operatori dobbiamo essere consapevoli di questo.
- Lo screening è però un intervento di sanità pubblica basato su prove di efficacia. L'evoluzione della malattia ha tempi lunghi ed è spesso possibile riconoscerla in una fase precoce. Intervenire in questa fase consente di migliorare le possibilità di guarigione.
- Su questa base noi, in quanto operatori, proponiamo lo screening.

DPCM del 29 novembre 2001 - Definizione dei livelli essenziali di assistenza. "…Attività di prevenzione rivolta alle persone". Programmi organizzati di diagnosi precoce e prevenzione in attuazione del PSN (Provvedimento Conferenza Stato-Regioni - 8 marzo 2001) – Linee guida concernenti la prevenzione, la diagnostica e l'assistenza in oncologia. Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002.

La comunicazione: il punto di vista dell'operatore

- Nella comunicazione con l'utente che afferma di non volere eseguire l'esame l'obiettivo è quello di salvaguardare la relazione.
- Chiedere "Come mai non vuole fare l'esame?" e lasciare il proprio nome alla fine della telefonata consente di mantenere "una porta aperta" in un contesto rispettoso della diversità di opinioni.
- Abbiamo notato che il dire "Non voglio fare l'esame" è spesso un pretesto per esternare altre cose: precedenti esperienze sanitarie frustranti, disagi personali ecc. Più di qualche volta finisce che le persone cambino idea da sole dopo avere avuto la possibilità di esplicitare il proprio disagio oppure dopo che gli è stato detto che possono richiamare se decidono di fare l'esame.
- Non in tutti i programmi è possibile che l'utente possa richiamare parlando con lo stesso operatore con cui ha parlato la volta precedente: se questo è il caso, adattare le risposte 1.1 e 1.2 alle modalità organizzative del proprio programma.

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

1.3 Che cosa vuol dire screening? Perché non lo dite in italiano?

- In Italiano vuol dire setacciare, vagliare, selezionare, nella lingua comune.
- In ambito medico significa, invece, un programma organizzato di prevenzione o di diagnosi precoce.

1.4 Perché fare lo screening?

- E' scientificamente provato che fare la ricerca del sangue occulto fecale ogni due anni dopo i 50 anni può salvare molte vite: si possono trovare tumori allo stadio iniziale, e quindi più facilmente guaribili, o togliere dei piccoli polipi prima che diventino tumori.

Osservazioni per l'operatore

- Lo screening con il test per la ricerca del sangue occulto fecale è associato a una riduzione della mortalità per tumore colorettale di almeno il 20%.[1]
- Gli studi hanno dimostrato che lo screening determina anche un'anticipazione dello stadio della neoplasia, fatto che comporta un miglioramento della prognosi.
- Il carcinoma del colon retto (CCR) è una malattia "importante" in termini di salute pubblica: ogni anno si stimano in Italia circa 38.000 nuove diagnosi e quasi 20.000 decessi. E' la seconda neoplasia più frequente nelle donne e la terza nei maschi. In entrambi i sessi rappresen-

ta la seconda causa di morte per tumore, preceduto dal cancro del polmone nei maschi e da quello della mammella nelle femmine. Il 90% delle persone si ammala dopo i 50 anni.

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

1.5 Chi può fare lo screening?

- Lo possono fare le persone, sia maschi che femmine, anche se non hanno sintomi, e di un'età compresa tra i 50 e i 70-74 anni.
- In genere vengono invitati i residenti. Alcuni programmi di screening invitano anche le persone con domicilio che hanno la tessera sanitaria.

1.7 Non ho ancora 50 anni: posso fare l'esame?

- Lo screening inizia dai 50 anni perché la malattia è più frequente a partire da questa età.
- Se desidera fare l'esame prima dei 50 anni le consigliamo di parlare con il suo medico.

1.8 Dopo i 70 anni non devo più fare l'esame?

- La maggior parte dei programmi italiani e stranieri continuano a invitare le persone fino ai 69-70 o 74 anni. Il nostro……
- Si è dovuto scegliere un limite di età per motivi di costi. Però il rischio di sviluppare un tumore dell'intestino continua a essere presente anche dopo i 70 anni.
- Le consigliamo quindi di parlare con il suo medico per continuare a fare l'esame del sangue occulto ogni due anni.

Osservazioni per l'operatore

- Chiamare le fasce d'età stabilite per lo screening "fasce a rischio" è sbagliato perché il rischio di ammalarsi di CCR tende ad aumentare con l'età, ma non è assente prima né termina dopo le età stabilite. La scelta di determinate fasce d'età tiene conto di:
  - rischio età-specifico;
  - benefici attesi dallo screening;
  - costi personali ed economici dello screening.

- Il bilancio tra benefici e costi deve essere favorevole. Quindi quando terminare lo screening CCR? L'**incidenza** del CCR continua ad aumentare dopo i 70 anni e gli studi sull'efficacia dello screening sono stati condotti su popolazioni dai 45 agli 80 anni.
- La principale considerazione è che l'eventuale beneficio, nelle persone con lesioni identificate allo screening, si manifesta dopo un certo numero di anni (5-10). Tale beneficio si manifesterebbe quindi a un'età alla quale hanno una frequenza importante anche altre malattie e/o cause di morte, le quali lo vanificherebbero. In parole più semplici, appare vano insistere a evitare le conseguenze di un'unica malattia quando molte altre, gravi (altri tumori, eventi cardiovascolari), sono altrettanto o anche più frequenti.
- Recentemente si è preso atto del notevole aumento della speranza di vita nelle età anziane. Una persona di 70 anni ha, in media, 15-20 anni di speranza di vita, le femmine più dei maschi. Pertanto una persona 70enne, se ragionevolmente sana, può considerare ancora tale per un certo tempo il vantaggio conferito dallo screening.
- Quindi quando terminare lo screening CCR? Le attuali indicazioni italiane ed **europee** consigliano lo screening fino ai 70-74 anni. In Italia attualmente la maggior parte dei programmi invitano fino a 69-70, pochi a 74, uno a 75.

Incidenza: numero di nuovi casi in un determinato arco temporale, di solito un anno.

Raccomandazione del Consiglio dell'Unione Europea del 2.12.2003 sullo screening dei tumori (2003/878/CE). Gazzetta Ufficiale dell'Unione europea del 16.12.2003.

La comunicazione: il punto di vista dell'operatore

- Gli screening sono interventi sanitari su persone sane e per questo si basano su principi diversi rispetto alla medicina dei malati. Sono basati su dimostrazioni di efficacia e privilegiano la copertura della popolazione rispetto al "fare tutto il possibile" per singole persone. Fare a tutti "tutto il possibile" per confermare o escludere una malattia pre-clinica a qualsiasi età comporterebbe costi personali e costi sociali inaccettabili a fronte di un numero di diagnosi corrette molto piccolo.
- Ma i tumori sono malattie cariche di uno stigma di morte. Poiché una diagnosi precoce è seguita più frequentemente dalla guarigione, sia i professionisti sia i "laici" tendono a ritenere che fare uno screening sia sempre vantaggioso.
- Comunicare questo è molto difficile. Le fasce di età vengono percepite dagli utenti come profondamente ingiuste e discriminatorie: "Perché ci abbandonate dopo i 70 anni?".[2] E riguardo alle motivazioni, hanno pochi dubbi su quelle di tipo economico: "Lo fate per i soldi".
- Non abbiamo al momento attuale una risposta "giusta". Quella che abbiamo dato in 1.8 è probabilmente riduttiva, in quanto i costi di cui si parla non sono esclusivamente economici.
- Dobbiamo anche evitare di dare risposte scorrette, del tipo "lo screening si fa fino a 70 anni perché questa è la fascia di età più a rischio". Infatti l'incidenza del CCR continua ad aumentare dopo i 70 anni.

- Quanto dire? Quanti dettagli dare? Abbiamo visto che la necessità di ricevere spiegazioni varia molto tra persona e persona. Fornire immediatamente molte informazioni complesse significa a volte non far capire neanche quelle essenziali. D'altra parte, dobbiamo essere disponibili a dare ulteriori spiegazioni a chi ce le chiede.
- E' importante quindi che moduliamo le nostre risposte in base a come percepiamo le esigenze della persona che ci chiede le informazioni.
- Un'altra considerazione che possiamo fare è che il programma si fa carico della fascia d'età più ampia, poi la persona non viene abbandonata ma si affida alle cure (nel senso di "prendersi cura") del medico di famiglia.

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

1.9 Ho familiarità per polipi/tumori dell'intestino e mi è arrivata la vostra lettera: lo faccio o no l'esame?

- E' già seguito presso un centro specializzato?
- Se no, le consigliamo di fare lo screening.
- In ogni caso parli con il suo medico per scegliere l'esame più opportuno per la sua situazione: a volte potrebbe essere più indicato eseguire comunque una colonscopia.

1.10 Ho familiarità per polipi/tumori dell'intestino e ho meno di 50 anni (o più di 70 anni): posso entrare nello screening?

- No, ma le consigliamo di rivolgersi al suo medico.

Osservazioni per l'operatore

- L'alto rischio "vero", legato a mutazioni ereditarie ad elevata **penetranza** è presente in meno dell'1% della popolazione generale e determina solo il 2-3% dei casi di CCR. Invece alla familiarità di 1° grado, presente nel 10% della popolazione, è associato circa il 20% dei casi. La familiarità aumenta il rischio relativo di ammalarsi da 1,5 a 3 volte, in relazione al numero di familiari ammalati e alla precocità di insorgenza della malattia. Va però sottolineato che, pur in

Penetranza: la percentuale di individui portatori di una determinata mutazione che manifesterà la malattia.

presenza di familiarità, l'entità del rischio assoluto per il singolo individuo può aumentare in misura irrilevante, soprattutto quando i casi nei familiari sono stati diagnosticati in età avanzata, il che è di gran lunga l'evenienza più frequente.

- Un eventuale screening dei familiari di persone affette da CCR dovrebbe utilizzare la colonscopia. Tale strategia riguarderebbe circa il 10% della popolazione dalla quale provengono solo il 20% dei casi. Perciò l'impatto effettivo in termini di controllo della malattia sarebbe inevitabilmente molto limitato. Lo sarebbe ancor più, vista la difficoltà incontrata nei progetti in corso nell'identificare e contattare i familiari e la loro scarsa adesione all'intervento proposto.
- Le raccomandazioni del Ministero[1] non prevedono per i programmi di screening protocolli particolari per l'identificazione e la gestione di utenti con familiarità per CCR. Questi quindi rientrano nella normale gestione di screening a meno che, come succede in alcune realtà, non siano stati previsti protocolli diversi per familiarità. Se il programma ha un protocollo specifico per la familiarità, seguire il protocollo.
- In alcuni programmi è criterio di esclusione definitiva: "paziente in controllo periodico con colonscopia per familiarità" se notizia conosciuta. Diversamente la persona è considerata "popolazione eleggibile".

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

1.6 Non mi avete ancora chiamato: che cosa devo fare? Mi avete chiamato più di due anni fa e mi avete detto che mi avreste chiamato ancora.

- Può dirmi il suo nome e la sua data di nascita? Dove abita?
- Ho capito il motivo: adesso le spiego……
- Può darmi il suo numero di telefono? La richiamo appena……..

Osservazioni per l'operatore

- Chiedere nome e data di nascita e controllare il motivo di non invito:
  - verificare problemi anagrafici, l'aggiornamento anagrafico;
  - verificare eventuali esclusioni cliniche;
  - verificare il protocollo (ritardi nel programma ecc.).
- Spiegare il motivo del non invito. Se il motivo non è stato identificato, mettersi d'accordo con l'utente per comunicarlo in una successiva telefonata.
- Nel caso il programma preveda l'accettazione di accessi spontanei, regolarsi come da protocollo.

AGGIORNAMENTO: 29 FEBBRAIO 2008

Osservazioni per possibili linee di lavoro

- Bisognerebbe fare chiarezza sul criterio di "spontaneità" in generale e in particolare dopo il sollecito, dopo quanto si considera spontaneo?
- E' un problema di tipo organizzativo e valutativo che non è stato ancora ben codificato. In linea generale, si possono definire gli spontanei come coloro che eseguono il test senza aver ricevuto l'invito. In questo caso può essere perché:
  • hanno anticipato l'invito di qualche mese e in alcuni casi (dipende dall'organizzazione dei vari programmi) possono essere "forzati" e inseriti come se fossero invitati;
  • hanno anticipato l'invito di un periodo temporale superiore alla tolleranza del programma e non possono essere "forzati" come screening; queste persone, se vogliono comunque eseguire il test, devono farlo con richiesta medica.
- Nel caso di programmi che non coprono ancora tutto il territorio di competenza, sono persone in fascia d'età e residenti/domiciliate sanitarie che hanno diritto all'erogazione del test di screening.
- Per quanto riguarda il periodo di tempo dopo il sollecito oltre il quale un test si considera "spontaneo", non ci sono indicazioni precise da parte del gruppo che sta lavorando alla stesura del manuale, che è attualmente in fase di revisione sul sito del GISCoR.

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

Commenti alla sezione 2: COME FACCIO A FARE L'ESAME DELLE FECI?

2.1 Come faccio a fare l'esame delle feci?

- E' un esame molto semplice. Basta che lei raccolga una piccolissima quantità di feci con un apposito bastoncino. Poi lo mette in una provetta. E' un esame capace di trovare anche piccole tracce di sangue che non si vedono a occhio nudo.
- Segua le istruzioni che sono scritte nel foglio che le abbiamo dato assieme al flaconcino (vedi a pagina 16).

Osservazioni per l'operatore

- Le istruzioni per l'esecuzione del SOF sono tratte dal documento *Istruzioni per fare l'esame del sangue occulto* (vedi a pagina 16).
- Nei materiali di molti programmi abbiamo notato una disomogeneità nelle informazioni impartite. In quelle che abbiamo sviluppato abbiamo privilegiato quelle che facilitano l'accesso al

test. Le osservazioni che seguono vogliono illustrare il perché delle scelte seguite (le istruzioni sono pertinenti alla raccolta del campione di feci eseguita con la provetta OC-HEMODIA , distribuita dalla ditta Alfa Wassermann, quella più comunemente usata; l'altra, SOF-GOLD della ditta Sentinel, ha il fondo "apribile", quindi qualche istruzione potrebbe essere diversa).

1. Le abbiamo dato un kit composto da un flaconcino e una busta di plastica. Le chiediamo ora di raccogliere un campione di feci. Per raccoglierle le suggeriamo di usare un contenitore pulito e asciutto.

- Non appare opportuna l'indicazione usata da qualche programma di "sedersi in posizione opposta all'usuale" che potrebbe rivelarsi complessa per molte persone.
- Non appare opportuna l'indicazione di "non contaminare le feci con le urine". La "contaminazione" è un'evenienza frequente, anche in assenza di incontinenza. E' infatti fisiologico che la defecazione abbia un effetto facilitatore sulla minzione, e un'indicazione del genere potrebbe portare molte persone a non consegnare il campione perché "contaminato". Dietro tale raccomandazione sta probabilmente la preoccupazione che una eventuale ematuria (evento raro) possa comportare una positività del test. Questo rientra però nei rischi previsti dalla intrinseca aspecificità del SOF.
- La raccomandazione di " stendere della carta igienica sul fondo del water" può essere data a voce dagli operatori al momento della consegna.

2. Apra il flaconcino svitando il tappo a vite

- Appare superflua l'indicazione "facendo attenzione a non versare il liquido contenuto": il liquido non esce neanche sbattendo con forza il flaconcino (provare per credere!).
- Al momento della consegna della provetta l'operatore può sottolineare la necessità di non lasciare in giro il flaconcino.

3. Inserisca il la punta del bastoncino in 3-4 punti diversi delle feci, in maniera che solo una piccola quantità di feci rimanga attaccata all'estremità del bastoncino

- E' importante specificare che la punta del bastoncino va inserita e non strisciata, questo per migliorare l'adeguatezza del prelievo: il test si esegue infatti sulle feci attaccate alla parte zigrinata.
- Sottolineare la scarsissima quantità di feci necessaria per fare l'esame. Tra gli utenti è diffusa l'opinione che la quantità del materiale è collegata al risultato: più ce n'è meglio si vede.
- A voce, nel momento della consegna del flaconcino, sarà opportuno che l'operatore mostri la parte zigrinata, quella da inserire.

4. Metta di nuovo il bastoncino nel flacone

5. Chiuda il tappo con una leggera pressione

- Non è corretta l'indicazione "Avviti il tappo finché è ben chiuso". Le attuali provette dell'Alfa Wasserman, in uso almeno dal 2004, hanno infatti una chiusura a scatto, ben descritta dalla figura 4.
- Ai fini della qualità dell'esame è superflua l'indicazione di agitare la provetta dopo averla richiusa.

6. Metta il flacone nell'apposita bustina e lo conservi in frigorifero. Lo riconsegni seguendo le indicazioni che le abbiamo dato quando le abbiamo consegnato il flaconcino

- ❍ Per quanto riguarda i tempi di conservazione, è bene sottolineare che i campioni sono stabili a temperatura ambiente (15-25 °C) per almeno 5 giorni e secondo alcuni autori anche per un periodo più lungo.
- ❍ Ma la conservazione refrigerata è comunque raccomandata (frigorifero domestico tra i 2 e i 10°C, al massimo per 4 giorni) così come l'esortazione a riconsegnare al più presto la provetta.
- ❍ Sono poi da considerare i tempi tecnici dei servizi di trasporto al laboratorio, le temperature e tempi di lettura.
- ❍ Un'altra cautela riguarda il possibile scambio di provette, che può sempre verificarsi. Alcuni programmi consigliano di evitare che più persone dello stesso nucleo familiare raccolgano il campione nello stesso giorno. In altri programmi la possibilità di scambio viene ridotta dalle modalità organizzative: le provette vengono consegnate all'utente con un'etichetta che oltre al codice a barre reca il nome e cognome della persona.

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

2.2 Devo fare una dieta particolare prima di fare questo esame?

- ◆ No, può mangiare come al solito.

2.3 Sto prendendo del ferro: posso fare l'esame?

- ◆ Sì, perché l'esame non diventa positivo se si prende del ferro.

2.8 Perché fate fare solo un esame delle feci e non tre?

- ◆ Quello che usiamo nello screening è un test molto efficace. Si chiama di "ultima generazione" proprio perché permette di fare un solo esame.

Osservazioni per l'operatore

- ◆ La storia naturale del CCR è molto lunga: quasi tutti i casi originano da polipi adenomatosi che impiegano da 7 a più di 15 anni eventualmente per degenerare nella forma neoplastica. Questa fase della malattia ha caratteristiche che consentono una diagnosi pre-

clinica: i polipi tendono a sanguinare, anche se inizialmente in misura molto limitata e rilevabile soltanto tramite test di laboratorio, e inoltre possono essere visualizzati da esami endoscopici. I margini di guadagno di una diagnosi precoce sono enormi, poiché più della metà dei casi a presentazione clinica sono in stadio III o IV.

- Nella maggior parte degli studi di popolazione che hanno dimostrato l'efficacia dello screening CCR mediante la ricerca del sangue occulto fecale (SOF) è stato usato il test al guaiaco.[1] Questo richiede restrizioni dietetiche in quanto non è specifico per l'emoglobina umana. Inoltre, solitamente viene effettuato su tre campioni fecali per incrementarne la sensibilità. Se viene utilizzato nello screening, il test al guaiaco deve avere un intervallo annuale.
- Quello che viene utilizzato nello screening è un test immunologico. Essendo specifico per l'emoglobina umana non è influenzato dalla dieta. Ed essendo più affidabile in termini di costo/beneficio può essere effettuato su un solo campionamento fecale.
- Nello screening è infatti importante trovare un equilibrio tra sensibilità (cioè capacità di trovare lesioni) e specificità (cioè capacità di non provocare accertamenti inutili nelle persone sane). A questo riguardo sono stati condotti molti studi di confronto tra il test al guaiaco e quelli di tipo immunologico, che hanno dimostrato che questi ultimi hanno una sensibilità più elevata per le lesioni del colon retto e che possono essere anche più specifici, a patto che vengano utilizzati con un numero ridotto di campionamenti (1 o 2).
- L'introduzione di metodiche in grado di misurare precisamente la quantità di emoglobina presente nelle feci ha portato alla necessità di scegliere anche il livello (il cosiddetto cut-off) a cui un test deve essere considerato positivo. In Italia si è scelto, sulla base di alcuni studi, di utilizzare un solo campione con soglia a 100 ng/ml, che sembra essere il migliore per quanto riguarda il rapporto sensibilità/specificità.

La comunicazione: il punto di vista dell'operatore

- E' più frequente che gli utenti conoscano il test effettuato su tre campioni che quello su campione unico.
- Abbiamo notato che alcune persone associano il test unico, la scarsissima quantità di feci richiesta e l'assenza di restrizioni dietetiche con una scarsa qualità del test. In altre parole: lo screening è gratis e quindi per risparmiare si usa un esame solo. Questo concetto può spiegare almeno in parte le frequenti richieste di ripetere il SOF quando risulta positivo.
- Riteniamo quindi importante sottolineare la qualità del test utilizzato nello screening (*metodica nuova, nuovi macchinari*), cercando di smitizzare la necessità della dieta, dei tre campioni e della grande quantità di feci.
- Altrettanto importante è sottolineare la lunga storia naturale della malattia e quindi l'importanza di ripetere l'esame ogni due anni.

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

2.4 Avevo le mestruazioni fino a due giorni fa: posso fare l'esame?

- Faccia l'esame quando non ha più perdite di sangue da almeno cinque giorni.

Osservazioni per l'operatore

- Non ci sono studi sull'argomento. Forse è meglio usare il buon senso, e assicurarsi un certo margine di sicurezza.

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

2.5 Soffro di stitichezza: per fare l'esame posso prendere una purga/lassativo/supposta di glicerina?

- Si comporti come fa normalmente.

Osservazioni per l'operatore

- Non ci sono studi sull'argomento. Forse è meglio usare il buon senso: consigliando alle persone di comportarsi come sono solite fare privilegiamo comunque il fatto di fare il test rispetto a non farlo.

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

2.6 Ogni tanto vedo un po' di sangue, ho le emorroidi: posso fare il test?

- Faccia lo stesso il test.
- Se il test è positivo, pur essendo le emorroidi la causa probabile della presenza di sangue, le consiglieremo comunque di fare la colonscopia.
- Ricordi che la diagnosi di emorroidi deve essere fatta da un medico. Se lei pensa di avere le emorroidi ma non ha mai fatto esami per capire la causa del sanguinamento è meglio che approfondisca la cosa con il suo medico anche se il risultato del suo test è negativo.

Osservazioni per l'operatore

- Non appare opportuna l'indicazione di non eseguire il test "in presenza di emorroidi". Innanzitutto, le emorroidi come realtà anatomica sono presenti nel 50% delle persone in fascia di età dello screening. Quelle di 2° e 3° grado, cioè quelle che possono sanguinare, sono meno frequenti ma andrebbero comunque diagnosticate da uno specialista. Dare l'indicazione scritta di non eseguire il test "in presenza di emorroidi" implica dare il valore di una diagnosi medica a quello che molte persone possono soltanto presumere, cioè avvallare quella che di fatto è la interpretazione di un fenomeno fatta dagli utenti. Questo implica la possibilità di escludere dal test persone che "presumono" di avere le emorroidi ma in realtà sanguinano per altri motivi.
- C'è però anche un'altra considerazione da fare, e cioè che ogni sanguinamento evidente rende di fatto inutile fare il SOF, in quanto nelle persone che sanguinano un test con esito negativo potrebbe indurre false rassicurazioni e ritardare la diagnosi di un'eventuale patologia. In presenza di un sanguinamento evidente, un medico dovrebbe comunque richiedere una colonscopia, se non fatta in precedenza.
- Allora cosa fare? Al momento attuale riteniamo opportuno:
  - non scrivere niente nei materiali informativi riguardante la presenza di emorroidi;
  - al front office telefonico, con un utente con un sanguinamento in atto o pregresso, indagare se è stata eseguita una colonscopia negli ultimi 5 anni;
  - se sì, chiedere all'utente che invii una copia del referto e farla visionare da un medico; se il medico conclude per l'esclusione, escludere l'utente e conservare il referto nell'archivio dei referti;
  - se non è stata fatta una colonscopia, invitare la persona ad approfondire la cosa con il proprio medico e allo stesso tempo proporle di fare il SOF; abbiamo appena detto che questo è scarsamente indicativo tale situazione, ma l'obiettivo è comunque quello di "agganciare la persona" nel caso non vada dal proprio medico o questi non consigli una gestione adeguata. Dire comunque alla persona che può darsi che per lei il SOF non sia sufficiente. Sottolineare che, soprattutto se il SOF è negativo, non bisogna escludere di fare comunque nel tempo una colonscopia e che dobbiamo capire di più.

AGGIORNAMENTO: 29 FEBBRAIO 2008

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

2.7 Ma allora se l'esame è negativo non sono sicuro al 100% che non ho un tumore?

- L'esame del sangue occulto è molto affidabile perché è capace di trovare anche le più piccole tracce di sangue. Come ogni esame però, presenta dei limiti.
- Inoltre, può capitare che un polipo o anche una lesione tumorale ci siano ma non sanguinino il giorno dell'esame.
- Per questo è importante ripetere lo screening ogni due anni e non sottovalutare eventuali disturbi che possono manifestarsi anche dopo un esame di screening normale (dolori, stitichezza o diarrea persistenti, presenza di sangue nelle feci).

Osservazioni per l'operatore

- Il SOF ha un'ottima capacità di selezionare le lesione adenomatose avanzate, che hanno una maggiore tendenza al sanguinamento. E' cioè un esame molto specifico. E' anche vantaggioso che "veda" meno gli adenomi innocenti, la cui frequenza è molto più elevata ma la cui diagnosi può costituire una inutile medicalizzazione.
- Per quanto riguarda la sensibilità del SOF, cioè la sua capacità di non lasciarsi sfuggire i tumori, le stime sono molto diverse: quelle riferite al test al guaiaco vanno dal 56% al 91 In un recente studio[3] la sensibilità del test immunologico per il cancro è stata stimata del 71%, del tutto simile a quella della mammografia. Il test usato era quello al lattice con soglia a 100 ng/ml, lo stesso utilizzato nello screening.
- La sensibilità del test per gli adenomi è ancora più bassa, ma occorre considerare che nello screening organizzato il test va ripetuto ogni 2 anni, offrendo così ripetute occasioni di diagnosi nel lento percorso di crescita degli adenomi ad alto rischio.
- I tumori colorettali possono, in alcuni casi, manifestarsi successivamente a un esame negativo. Per questo è fondamentale ripetere il test per la ricerca del sangue occulto ogni due anni.

La comunicazione: il punto di vista dell'operatore

- Sottolineare che lo screening non è un episodio singolo ma una serie di episodi ripetuti regolarmente: per un cinquantenne lo screening consiste in almeno 10 esami fatti nell'arco di 20 anni.
- Sottolineare che è importante ripetere il test ogni due anni.

- Rimarcare che va sempre informato il medico di famiglia se nell'intervallo fra due test compaiono sanguinamento rettale o sintomi intestinali insoliti.

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

2.9 Sto facendo la radioterapia per un tumore a un organo dell'addome, posso fare l'esame?

- No, è meglio che aspetti la fine del ciclo di radioterapia e che chieda al suo centro di oncologia.
- Le lascio il mio nome così mi può chiamare quando potrà fare l'esame.

Osservazioni per l'operatore

- E' consigliabile non effettuare il test durante una simile terapia, in quanto eventuali lesioni della mucosa intestinale provocate dalla radioterapia (colite attinica) possono determinare un sanguinamento fecale.
- In questo caso in genere le persone sono seguite da un centro in follow up.

Osservazioni per possibili linee di lavoro

- In alcuni programmi un tumore del "distretto" è criterio di esclusione definitiva; potrebbe essere opportuno sviluppare dei criteri di esclusione condivisi).

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

AGGIORNAMENTO: 29 FEBBRAIO 2008

Commenti alla sezione 3:
IL MIO ESAME DELLE FECI E' POSITIVO

3.1 Il mio esame delle feci è positivo: vuol dire che ho qualcosa di brutto?

- No, non è detto. L'esame può essere positivo per tanti motivi. Per esempio, potrebbe avere delle emorroidi che causano piccole perdite di sangue che non si vedono a occhio nudo.
- Oppure potrebbe esserci un piccolo polipo, che si potrà togliere subito durante l'esame di approfondimento.
- Noi le consigliamo l'approfondimento proprio per vedere qual è l'origine di questo sangue.

Osservazioni per l'operatore

- Il SOF ha un elevato **Valore Predittivo Positivo**: infatti nei soggetti con SOF positivo la frequenza di carcinomi e di adenomi ad alto rischio è risultata rispettivamente del 6,3% e del 25,5% nella survey 2005.[4] Tali valori sono superiori a quelli di altri test di screening consolidati come la mammografia (VPP di circa il 10%).
- Però, come tutti i test di screening, il SOF non è un esame diagnostico. Un test positivo non indica necessariamente l'esistenza di polipi o di un tumore intestinale. Può essere dovuto a malattie molto diffuse come ragadi, emorroidi o diverticoli. Oppure può capitare che la lesione ci sia, ma quel giorno non sanguini; oppure che il sanguinamento sia troppo limitato per essere rilevato come positivo dal test di screening.
- In conclusione, in caso di SOF positivo è importante approfondire.

Valore Predittivo Positivo (VPP) del SOF: percentuale delle persone sottoposte a colonscopia di approfondimento nelle quali è stata posta diagnosi di carcinoma o adenoma avanzato

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

3.2 Il mio esame delle feci è positivo: può essere perché ho le emorroidi?

- Può anche essere quello: noi le consigliamo l'approfondimento proprio per vedere se la causa può essere anche quella.

Osservazioni per l'operatore

- Vedi le osservazioni alle domande 2.5 e 3.9.

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

3.3 Il mio esame delle feci è positivo: può essere per del sangue che viene dallo stomaco?

- E' poco probabile che il suo esame sia positivo per sangue che viene dallo stomaco. Se con la colonscopia non si trova niente, non deve fare altri esami a meno che non abbia dei disturbi. In questo caso ne parli con il suo medico.

Osservazioni per l'operatore

- In linea teorica, un sanguinamento gastrico ha poche probabilità di essere colto da un test immunologico in quanto l'emoglobina, denaturata dai meccanismi digestivi, perde capacità immunogenica e quindi non dovrebbe influenzare il test. Ciò può non essere vero in condizioni patologiche di alterata funzionalità digestiva o in caso di sanguinamenti di maggiore entità in cui si può ipotizzare che sangue non digerito giunga inalterato nell'intestino.
- Un recente studio italiano[5] ha rivalutato un consistente numero di soggetti con FOBT positivo (anche immunologico) e negativi alla colonscopia e si è evidenziato un certo eccesso di casi con cancro gastrico in questi soggetti. In realtà però ci vogliono circa 250 gastroscopie per trovare un cancro in una di queste persone, quindi da questo studio, che dà risultati simili a studi precedenti, emerge che le persone con FOBT positivo e colonscopia negativa non devono essere sottoposte anche a gastroscopia, a meno che non presentino qualche disturbo signficativo (anemia eccetera).

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

3.4 Il mio esame delle feci è positivo: può essere perché mi sforzo per andare di corpo? Perché sono stitico? Perché ho sforzato? Perché ho preso un lassativo? Perché avevo la diarrea? Perché avevo l'influenza intestinale?

- Potrebbe anche essere quello: noi le consigliamo l'approfondimento proprio per vedere di capire la causa.

Osservazioni per l'operatore

- E' possibile che situazioni come quelle descritte possano provocare dei piccoli sanguinamenti. Anche qui però vale il ragionamento fatto per le emorroidi: anche le persone stitiche o che abusano di lassativi possono sviluppare un polipo o un tumore intestinale. In conclusione: l'approfondimento è necessario.

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

3.5 Il mio esame delle feci è positivo: può essere perché ho preso l'aspirina? Può essere perché ho preso il coumadin?

- Potrebbe anche essere quello, ma le persone che prendono l'aspirina o il coumadin possono avere un polipo come tutte le altre persone.
- Per questo è importante che lei completi l'esame con le indagini che le abbiamo consigliato.

Osservazioni per l'operatore

- Nella fascia d'età dello screening CCR è possibile che alcuni utenti usino l'acido acetilsalicilico (nome commerciale: Cardioaspirin) come prevenzione cardiovascolare. Gli studi disponibili escludono nella maggior parte dei casi che il farmaco ai bassi dosaggi usualmente impiegati possa provocare sanguinamenti percepibili da questi test. In ogni caso, tutti gli studi affermano che il **Valore Predittivo Positivo** del SOF nei soggetti che assumono aspirina non differisce in maniera significativa da quello di chi non ne fa uso. Non è quindi opportuno interrompere la somministrazione dell'aspirina in previsione dell'effettuazione del test, mentre è opportuno fare la colonscopia in caso di positività.
- Il Warfarin sodico (un dicumarolico, nome commerciale Coumadin, a volte chiamato anche "comodin" dagli utenti) è un altro farmaco usato di frequente nella fascia d'età dello screening per aumentare la fluidità del sangue. La risposta può essere simile alla precedente, anche se non ci sono ancora studi specifici sui dicumarolici.

Valore Predittivo Positivo (VPP) del SOF: percentuale delle persone sottoposte a colonscopia di approfondimento nelle quali è stata posta diagnosi di carcinoma o adenoma avanzato.

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

3.6 Il mio esame delle feci è positivo: può essere perché sto prendendo del ferro?

- No, perché l'esame che ha fatto non diventa positivo se si prende del ferro.

3.7 Il mio esame è positivo: può essere perché ho mangiato della carne al sangue?

- No, perché l'esame che ha fatto non diventa positivo con il sangue di origine animale.

3.8 Il mio esame delle feci è positivo: può essere perché ho mangiato cioccolato/rape rosse/peperoni rossi/pomodori/ciliegie/anguria eccetera?

- No, perché il risultato non dipende dal colore di quello che ha mangiato.

Osservazioni per l'operatore

- Vedi le osservazioni alle domande 2.2 e 2.3.

AGGIORNAMENTO: 29 FEBBRAIO 2008

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

3.9 Il mio esame delle feci è positivo: non si riesce a distinguere se è per il sangue di un tumore o di altro?

- No, non è possibile.
- Su 100 persone che fanno l'esame, circa 5 risultano positive per la presenza di sangue nelle feci. Questo è spesso dovuto a cause non tumorali, come per esempio le emorroidi, ma per esserne sicuri bisogna fare un esame di approfondimento, chiamato colonscopia.

Osservazioni per l'operatore

- Vedi le osservazioni alle domande 2.7, 4.1 e 4.2.

La comunicazione: il punto di vista dell'operatore

- Questa è una domanda che gli utenti ci fanno spesso. I primi tempi ci sorprendeva per la sua ingenuità. Poi abbiamo capito che dietro c'è tutta la difficoltà che le persone hanno di capire (e quindi noi di spiegare) un concetto difficile. Come tutti i test di screening infatti il SOF non è un esame diagnostico, ma serve solo a identificare i casi da sottoporre a ulteriore approfondimento.
- Ci sembra che dietro questa domanda, proprio per la frequenza con cui viene posta, ci sia anche molto di più. E' come se il "sangue di tumore" fosse percepito come sangue "cattivo" e dovesse essere immediatamente distinguibile dal sangue "buono" di altra provenienza. Per alcune persone il sangue visibile a occhio nudo è percepito come sangue "buono". Quello invisibile, "occulto", identificato dal test è un sangue diverso, comunque "cattivo".
- Ci rendiamo conto che dietro queste considerazioni c'è un mondo molto vasto, quello della percezione della malattia. Un mondo in cui tutti siamo immersi e in cui le spiegazioni "razionali" sono una piccola componente, in genere neanche quella più rilevante. E' un mondo che si avvicina più al mito, carico di significati arcaici e di simboli potenti, presente in tutti noi.[6]
- Proprio per questo dobbiamo averne rispetto. Quindi, di fronte a domande apparentemente ingenue dobbiamo essere coscienti che possono avere per le persone un significato ben più vasto di quello che riteniamo.
- In conclusione, riteniamo di dover considerare degne di nota tutte le domande che ci ven-

gono poste. Esse devono prima di tutto essere ascoltate con attenzione, mai considerate con sufficienza o irrise. Una volta "accolta", la domanda può avere anche la risposta tecnica, conosciuta, ma con la consapevolezza che alle "vere" domande sottostanti spesso non sappiamo dare risposte.

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

3.10 Il mio esame delle feci è negativo: posso stare tranquillo fino al prossimo invito?

- Il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci è un mezzo molto efficace per prevenire o diagnosticare precocemente i tumori dell'intestino.
- Come ogni esame, però, presenta dei limiti. Consulti quindi il suo medico se in qualsiasi momento notasse del sangue nelle feci o dei disturbi intestinali significativi.
- Può capitare che un polipo o anche una lesione tumorale ci siano ma non sanguinino il giorno dell'esame.
- Per questo è importante ripetere lo screening ogni due anni e non sottovalutare eventuali disturbi che possono manifestarsi anche dopo un esame di screening normale. Consulti il suo medico se compaiono dolori, stitichezza o diarrea persistenti, presenza di sangue nelle feci.

Osservazioni per l'operatore

- Vedi osservazioni alla domanda 2.7.

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

Commenti alla sezione 4:
DEVO FARE LA COLONSCOPIA

4.1 Il mio esame delle feci è positivo: devo proprio fare la colonscopia (1)?

- No, non è obbligato a farla.
- Noi però consigliamo l'approfondimento per la sua sicurezza: visto che ha iniziato lo screening, è bene andare fino in fondo.
- Se vuole può parlarne col suo medico.
- Intanto le lascio il mio nome e il mio recapito telefonico, così mi può chiamare se decide di farlo.

4.2 Il mio esame delle feci è positivo: devo proprio fare la colonscopia (2)?

- L'esame delle feci ci dice solamente che ci sono tracce di sangue. Se c'è stato il sanguinamento la colonscopia ci dice da dove e perché.

Osservazioni per l'operatore

- La colonscopia è il test più accurato per individuare adenomi e CCR: permette la visione diretta dal colon, l'effettuazione di biopsie e l'asportazione di parte delle lesioni identificate.
- Va comunque ricordato che la colonscopia è un esame invasivo con scarsa accettabilità da una popolazione asintomatica. Richiede infatti una preparazione pesante e l'esame stesso può essere disagevole: circa il 10% delle persone non lo completa. Sono inoltre possibili complicazioni anche severe. Infine, per la sua esecuzione è necessaria una risorsa critica (gli endoscopisti).
- Ma se consideriamo da un lato l'alto Valore Predittivo Positivo del SOF (*vedi i punti 3.2 e 3.3*) e dall'altro i possibili vantaggi di una diagnosi precoce di CCR, la colonscopia è da considerare un esame essenziale per completare il percorso diagnostico.

La comunicazione: il punto di vista dell'operatore

- Quello che abbiamo detto a proposito del test di 1° livello è valido anche per quello di 2° livello (*vedi punti 1.1 e 1.2*). Lo screening non è obbligatorio e non lo è neanche l'esame di approfondimento. Una persona con un SOF positivo è quindi libera di non completare il percorso diagnostico che aveva intrapreso. E noi operatori dobbiamo essere coscienti di questo.
- Noi però proponiamo l'approfondimento perché lo riteniamo vantaggioso per la persona.
- Abbiamo visto che inondarla di dati o di intimidazioni più o meno mascherate in genere non serve. Funziona di più ascoltare le perplessità di chi ci parla e modulare le proprie risposte di conseguenza. Alcuni di noi trovano utile far riflettere la persona sul fatto che ha già deciso una volta di "iniziare lo screening" e quindi "è bene andare fino in fondo".
- Anche non fare pressioni, lasciare il proprio nome per essere richiamati in un secondo momento aiuta spesso a instaurare un clima di fiducia e a far "maturare" nel nostro interlocutore le considerazioni fatte nel primo colloquio.
- Anche nel caso della colonscopia il nostro obiettivo è quello di mantenere "una porta aperta" nella relazione con la persona.

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

4.3 Il mio esame è positivo: non posso fare un altro esame delle feci per vedere se è davvero positivo? Non voglio fare la colonscopia: il mio medico mi ha detto che posso fare altri tre esami delle feci per essere sicuri che il mio esame era davvero positivo.

- No, basta un solo esame positivo per consigliare la colonscopia.
- Infatti potrebbe esserci un piccolo polipo che però non sanguina il giorno che lei ripete l'esame.

Osservazioni per l'operatore

- Il sanguinamento può essere intermittente, specie negli adenomi di piccole dimensioni. Un solo SOF positivo è sufficiente per richiedere l'approfondimento. Un 2° o un 3° SOF negativi non annullano il significato di un solo SOF positivo.
- Può capitare che alcuni medici di medicina generale consiglino di ripetere un SOF positivo. L'alto **VPP** del test non è infatti molto conosciuto.
- Crediamo che la cosa migliore sia il contatto diretto con il medico che prescrive la ripetizione del test da parte di un medico dello screening.
- Riteniamo che il nostro obiettivo debba essere quello di salvaguardare il nostro rapporto con l'utente nel rispetto della sua relazione con il proprio medico. In altre parole dobbiamo cercare di non creare un contrasto tra le nostre indicazioni e quelle del medico di medicina generale.

Valore Predittivo Positivo (VPP) del SOF: percentuale delle persone sottoposte a colonscopia di approfondimento nelle quali è stata posta diagnosi di carcinoma o adenoma avanzato.

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

4.4 Il mio esame delle feci è positivo ma ho fatto una colonscopia 6 mesi/1 anno fa: non potete tenermela valida?

- Ha la risposta della sua endoscopia? Ce la può mandare? La facciamo vedere al nostro endoscopista e le facciamo sapere.

In alternativa, se questa modalità non è prevista dal protocollo del programma:

- No, il nostro protocollo di screening prevede che dopo un esame positivo si faccia sempre la colonscopia.
- Ne parli con il suo medico.

Osservazioni per l'operatore

- Le due risposte che abbiamo fornito riflettono le diverse realtà dei programmi: molti valutano caso per caso, altri fanno ripetere sempre la colonscopia.

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

4.5 Non voglio fare la colonscopia. Posso fare al suo posto il clisma opaco?

- No, perché il clisma opaco non permette di vedere direttamente le pareti dell'intestino. Inoltre non dà la possibilità di fare prelievi degli eventuali polipi.
- Se si vede qualcosa col clisma opaco dopo si deve comunque fare una colonscopia.

Osservazioni per l'operatore

- E' un esame da considerare di seconda scelta: non consente l'osservazione diretta della mucosa del grosso intestino e il prelievo di campioni di tessuto. Per questi motivi è

possibile si debba eseguire una colonscopia dopo un clisma opaco a doppio contrasto. Inoltre il clisma opaco comporta la somministrazione di un mezzo di contrasto e di aria ed espone il paziente a radiazioni ionizzanti, interessando organi particolarmente radiosensibili come il midollo osseo delle ali iliache e le gonadi, soprattutto nel sesso femminile. E' inoltre un esame fastidioso per il paziente, data la necessità di insufflare aria.

- Il clisma opaco a doppio contrasto è comunque dotato di una buona precisione diagnostica nei casi in cui sia necessaria una immagine panoramica dell'addome e del suo contenuto viscerale (per esempio, in caso di colonscopia incompleta).

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

4.6 Non voglio fare la colonscopia. Posso fare al suo posto la colonscopia con la TAC o quella con la risonanza magnetica (*colonscopia virtuale mediante TAC a scansione; colonscopia virtuale mediante risonanza magnetica*)?

- Sono metodi ancora in fase di valutazione. Forse in futuro potranno sostituire la colonscopia tradizionale, ma per il momento non ci sono ancora certezze sulla loro affidabilità.
- Ricordi che anche con questi esami la dieta da fare è la stessa e ci può essere lo stesso disagio legato all'indagine.
- Al momento attuale la colonscopia è l'unico esame che permette di vedere tutto il colon. Inoltre, in molti casi può anche essere curativo, cioè permette di togliere direttamente i piccoli polipi.

Osservazioni per l'operatore

- La colonscopia virtuale mediante TAC a scansione è una tecnica radiologica non invasiva. Permette di visualizzare tutto il colon tramite l'esecuzione di una TAC dell'addome dopo insufflazione di aria nell'intestino.
- Il tempo di esecuzione è in genere inferiore a quello della con la colonscopia tradizionale. Molti studi hanno evidenziato che la tollerabilità della virtuale può invece essere inferiore a quella della colonscopia tradizionale. Infatti, pur essendo un esame più breve, richiede un pneumocolon (cioè la distensione del colon mediante aria) che può risultare fastidioso per il paziente.
- Va ricordato anche che, a differenza della colonscopia tradizionale, la virtuale non viene

mai effettuata in sedazione. Richiede inoltre la stessa preparazione all'esame. Ha una sensibilità bassa per le lesioni <1 cm o piatte. Espone a radiazioni ionizzanti.

- Nella colonscopia virtuale mediante Risonanza Magnetica il colon viene disteso con acqua introdotta per via rettale e poi analizzato con RMN. Rispetto alla colonscopia mediante TAC a scansione ha il vantaggio di non utilizzare raggi X. Vi sono a oggi pochi studi per valutare specificità e sensibilità di questo esame.
- In conclusione, entrambi i metodi sono ancora in fase di valutazione e non sostituiscono la colonscopia tradizionale.

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

4.7 Non voglio fare la colonscopia. Posso fare al suo posto la colonscopia con la capsula con la telecamera (*Video Capsula Endoscopica-VCE*)?

- No, perché non è in grado di valutare tutto l'intestino ma solo la prima parte, chiamata piccolo intestino. Quindi è un metodo di indagine che non è adatto a trovare i tumori del colon.

Osservazioni per l'operatore

- La VCE è una metodica non invasiva per la valutazione delle patologie del piccolo intestino: consente infatti un'eccellente visualizzazione della mucosa ileale. Non è per il momento un metodo adatto allo studio del colon.

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

4.8 Il mio esame è positivo: ma a voi dal laboratorio cosa dicono? C'è un valore? Posso saperlo?

- Se vuole le possiamo far sapere il valore del suo esame. Ma sappia che non è importante il livello di sanguinamento ma il fatto che l'esame ha mostrato delle tracce di sangue.
- Il test non fa una vera e propria diagnosi, per sapere il motivo bisogna fare la colonscopia.

Osservazioni per l'operatore

- Il risultato è positivo quando il dosaggio quantitativo dell'emoglobina umana supera l'indice di riferimento di 100 ng/ml.
- In alcuni programmi la comunicazione di un SOF positivo viene fatta o accompagnata da una lettera in cui è indicato il valore quantitativo del test. Questa scelta desta alcune perplessità. L'utente non ha gli strumenti per capire il significato dello scostamento dal valore soglia. Può paragonare il risultato a quello di esami più familiari, come la glicemia e le transaminasi, e arrivare a conclusioni falsamente tranquillizzanti.
- Infatti, come abbiamo ricordato più volte, lo scopo del test di 1° livello non è quello di fare una diagnosi ma di individuare un gruppo di persone ad alto rischio di lesioni significative in senso neoplastico. Nel caso dello screening CCR queste sono il 30-40%.
- Un recente studio italiano[8] ha messo in evidenza una certa correlazione fra il livello di sanguinamento e la presenza di adenoma avanzato o cancro. Ciò non toglie peso alle considerazioni fatte nel punto precedente. Il fatto cioè che il programma di screening deve dare una risposta binaria: positiva o negativa.

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

4.9 Come fanno a fare la colonscopia?

- Si introduce una sonda flessibile attraverso l'ano. Con questa sonda il medico può vedere direttamente le pareti dell'intestino (colon). Se c'è un piccolo polipo lo può anche togliere subito, oppure può fare dei prelievi di tessuto.

4.10 Ma da dove vanno su?

- Vanno per via rettale. Oppure: per il sedere. Oppure: da dietro.

AGGIORNAMENTO: 29 FEBBRAIO 2008

Osservazioni per l'operatore

Adattato dal sito dell'AIGO, Associazione Italiana Gastroenterologi & Endoscopisti Ospedalieri (www.aigo.org - accesso per utenti registrati).

- La colonscopia è un esame endoscopico, che permette cioè di guardare l'interno del colon. Lo strumento usato per fare quest'esame è un endoscopio specifico per il colon, chiamato "colonscopio". Perciò l'endoscopia del colon è chiamata "colonscopia".
- Il colon, o grosso intestino, è l'ultimo tratto dell'apparato digerente o gastrointestinale. Il colon inizia dall'intestino cieco (che comunica con l'estremità finale dell'intestino tenue) e termina nel retto e poi nell'ano. Il colon ha l'aspetto di un tubo lungo circa un metro e ha la funzione principale di contenere gli alimenti non assimilati prima che questi vengano espulsi come feci.
- La colonscopia viene fatta da un medico specialista, capace di usare il colonscopio per individuare, e in alcuni casi curare, i problemi del colon.
- Il colonscopio è un tubo lungo, sottile e flessibile che ha in cima una piccola telecamera e una luce. Alcuni strumenti, invece, hanno al loro interno un fascio di fibre ottiche.
- Il colonscopio è abbastanza lungo per permettere di esaminare tutto il **colon** e perfino una parte dell'intestino tenue. Però non sempre è necessario esaminare tutto il colon: in alcuni casi è sufficiente esaminare la parte sinistra del colon ("sigma"). La colonscopia limitata alla sola parte sinistra del colon si chiama "sigmoidoscopia".

Nel contesto dello screening l'approfondimento di 2° livello è la colonscopia. La rettosigmoidoscopia è un esame di 1° livello utilizzato da alcuni programmi.

- Il gastroenterologo, orientando il colonscopio, può esaminare la superficie delle pareti interne del colon con attenzione e in tutta sicurezza. Le immagini sono dettagliate e chiare e possono essere riprodotte su uno schermo televisivo. La colonscopia consente perciò una visione diretta dell'organo in esame, è molto più precisa di un esame radiologico e ha anche il vantaggio di non esporre il paziente ai raggi X.
- Un altro vantaggio di questo esame è che, attraverso il colonscopio, possono essere fatti passare alcuni strumenti chirurgici, se necessari. Questi strumenti consentono, in maniera assolutamente indolore, di fare biopsie, cioè di prelevare un campione di tessuto da analizzare, o di eliminare piccole lesioni tumorali. In questi casi, la colonscopia contribuisce a evitare un intervento chirurgico o a stabilire, con maggiore precisione, quale tipo di intervento chirurgico vero e proprio sarà necessario.
- Durante la colonscopia il medico può individuare e fermare eventuali emorragie del colon.
- La colonscopia consente di accertare se sono presenti

tumori al colon e rimuovere eventuali polipi. I polipi sono delle escrescenze anormali che si sviluppano sulla parete interna dell'intestino. Essi variano per forma e per dimensioni. Anche se la maggior parte dei polipi è di natura benigna, alcuni di essi possono trasformarsi in un tumore maligno. La sola osservazione di un polipo presente all'interno del colon non permette di stabilire se è benigno, potenzialmente maligno o maligno. Per questo è possibile eliminare i polipi con una tecnica chiamata "polipectomia", cioè asportazione dei polipi. La continua eliminazione dei polipi del colon si è dimostrata efficace nel prevenire la formazione di tumori maligni del colon e del retto.

- Durante l'esame il medico e i suoi assistenti useranno tutte le precauzioni per fare stare il paziente il più comodo possibile. Se necessario, somministreranno per via endovenosa un sedativo per farlo rilassare. Il sedativo potrebbe dare una sensazione di assopimento, ma sarà solo una sensazione, perché in realtà il paziente rimane abbastanza vigile per poter collaborare.
- Appena il paziente è completamente rilassato il medico esaminerà innanzitutto il retto con un dito protetto da un guanto lubrificato. Successivamente introdurrà con gentilezza nel retto il colonscopio, anche questo lubrificato.
- A mano a mano che lo strumento viene lentamente inserito il paziente può sentire il bisogno di andare di corpo. Per aiutare il colonscopio a entrare, il medico introdurrà un po' di aria: il paziente può allora avvertire qualche spasmo oppure una sensazione di gonfiore. Tuttavia i fastidi, di solito, sono limitati al minimo o completamente assenti.

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

4.11 E' un esame doloroso? (*programmi che non prevedono la sedazione di routine*)

- E' un esame che può essere fastidioso, ma di solito è ben tollerato. Dipende poi molto dalle persone: alcune possono provare un dolore passeggero.
- E' fastidiosa la preparazione all'esame.

4.12 E' un esame doloroso? (*programmi che prevedono la sedazione di routine*)

- E' un esame che può essere fastidioso, ma di solito è ben tollerato.
- Nel nostro programma……

- E' fastidiosa la preparazione all'esame.

4.13 Mi danno qualcosa per dormire? Non posso farlo in anestesia? (*programmi che non prevedono la sedazione di routine*)

- Non c'è necessità di una anestesia vera e propria, cioè di farla addormentare. Ma le daranno qualcosa prima di fare l'esame perché lei si rilassi.

Osservazioni per l'operatore

- Maggiori dettagli sulla sedazione in "La sedazione nella colonscopia di screening" (allegato 9 alle *Raccomandazioni* del Ministero[1]).

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

4.14 Quanto tempo dura la colonscopia?

- In genere l'esame dura 20/30 minuti; tra tutto un'oretta e mezza circa.
- Le chiederanno di fermarsi finché non si sarà ristabilito e potrà andare a casa.
- Se avrà fatto la sedazione chieda a qualcuno di accompagnarla per guidare la macchina al ritorno (*per i centri che fanno sedazione*).

Osservazioni per l'operatore

- Dopo l'esame, se sarà necessario, il medico e i suoi collaboratori assisteranno il paziente finché si sentirà completamente a posto. Il medico lo informerà sui risultati dell'esame e gli darà le informazioni che lui o il suo accompagnatore desidereranno.
- Specificherà anche quando il paziente potrà riprendere a bere e a mangiare e quando potrà riprendere le sue attività abituali. In alcuni casi possono protrarsi problemi minori, come una sensazione di gonfiore alla pancia, la presenza di gas o leggeri spasmi intestinali. Di solito, questi sintomi spariscono in 24 ore o anche meno.
- Subito dopo l'endoscopia (o dopo poche decine di minuti,

Adattato dal sito dell'AIGO, Associazione Italiana Gastroenterologi & Endoscopisti Ospedalieri (www.aigo.org - accesso per utenti registrati).

se è stato dato un sedativo), il paziente potrà tornare a casa. Comunque per il resto del giorno sarà meglio stare a riposo.

- In particolare se è stato dato un sedativo, il paziente dovrà evitare di guidare: è importante perciò informarlo in anticipo che c'è l'eventualità che un parente o un amico debba riaccompagnarlo a casa.
- Maggiori dettagli sulle complicazioni della colonscopia si possono trovare nelle *Raccomandazioni* del Ministero a pagina 63[1] (alcune di queste complicanze, come per esempio il sanguinamento, si possono manifestare anche a 24 ore dall'esame).

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

4.15 Quanto è lunga la sonda?

- La sonda ha una lunghezza adeguata al nostro intestino: il medico infatti deve poter vedere le pareti di tutto il colon.
- (Se la persona vuole sapere le misure esatte) La sonda misura 130-140 cm e ha un diametro di circa 1-1,5 cm.

Osservazioni per l'operatore

- L'endoscopio misura 130/140 cm e ha un diametro di circa 1-1,5 cm. Ci sono utenti che insistono nel sapere le misure: in questo caso le diamo.
- In realtà, la lunghezza del colon aumenta in base alla quantità di aria insufflata. Un endoscopista esperto è in grado di "recuperare" il colon sullo strumento modificando la quantità di aria. In condizioni ottimali si può fare una colonscopia totale utilizzando solo una parte dello strumento.

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

AGGIORNAMENTO: 29 FEBBRAIO 2008

4.17 I polipi sono sempre benigni?

- La parola polipo sta a indicare qualsiasi formazione che sporge in una cavità, come il dito di un guanto.
- Il fatto che sia benigno dipende dal suo aspetto al microscopio. E' vero che la maggior parte dei polipi sono benigni, soprattutto quelli più piccoli.
- Ma deve sapere che quelli che si trovano nello screening, anche se avessero una iniziale degenerazione, si possono curare in modo definitivo solo con l'asportazione in ambulatorio durante l'endoscopia.

Osservazioni per l'operatore

- Polipo è una definizione anatomica, cioè qualunque sporgenza all'interno di un viscere può essere definita *polipo*.
- *Adenoma* è una definizione anatomo-patologica, derivante dall'osservazione al microscopio del tessuto che costituisce il polipo dopo la sua asportazione o biopsia parziale. Infatti i polipi possono essere infiammatori o pseudopolipi, amartomatosi, iperplastici o adenomatosi in base alle loro caratteristiche istologiche.

La comunicazione: il punto di vista dell'operatore

- Nelle *100 domande* abbiamo deciso di parlare sempre di *polipi*, sia nei materiali per utenti sia in quelli per operatori.
- A differenza di *adenoma*, *polipo* è un termine generalmente conosciuto dagli utenti e privo di connotazioni minacciose. E' anche molto usato dagli operatori e negli opuscoli informativi degli screening.
- In conclusione, dal punto di vista scientifico il termine corretto da usare sarebbe *adenoma* ma abbiamo deciso di usare *polipo*.

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

4.21 Come si fa la preparazione della colonscopia?

(*Rispondere come da istruzioni concordate con i centri di endoscopia di riferimento*)

4.22 E' vero che è fastidiosa la preparazione intestinale?

- Può essere fastidiosa, alcune persone la tollerano bene, altre meno.

4.23 E' vero che si devono bere tanti litri d'acqua con un prodotto sgradevole?

- Sì, è vero. Però se lei lo beve freddo può essere più gradevole.
- Può essere un po' fastidioso, ma perché l'esame riesca è necessario pulire bene l'intestino. Altrimenti si può rischiare di dover ripetere l'esame.

4.24 Devo proprio fare una dieta così liquida il giorno precedente l'esame?

- Sì, perché l'esame riesce solo se l'intestino è stato pulito bene.

Osservazioni per possibili linee di lavoro

- Abbiamo rilevato alcune differenze fra i diversi centri. Non ci sono studi basati sull'evidenza. Abbiamo dato indicazione di seguire il protocollo concordato con i propri endoscopisti.
- Delle buone istruzioni per la pulizia intestinale dovrebbero anche specificare quali sono le scorie e le note per i diabetici.
- Riteniamo che questo campo richieda degli approfondimenti ad hoc in seno allo specifico gruppo di lavoro del GISCoR.

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

BIBLIOGRAFIA

1. Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione. Screening Oncologici. *Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della cervice uterina, del cancro della mammella, del cancro del colon retto*. Gruppi di lavoro nominati dal Decreto del Ministro della salute del 18 ottobre 2005, in applicazione della Legge 138 del 2004 (art. 2 bis). Roma, 2006. www.osservatorionazionalescreening.it
2. Grazzini G. Il contributo degli utenti nella verifica di alcuni aspetti dei programmi di screening colorettale: l'esperienza veneta e toscana. Comunicare con tutti, 3° Seminario sulla Comunicazione nei Programmi di Screening Oncologici, Roma 12 Dicembre 2005 http://www.osservatoriotumori.it/osservatorio/eventi/2005/comunicare2005.htm
3. Castiglione G, Visioli CB, Ciatto S et al. Sensitivity of latex agglutination faecal occult

blood test in the Florence District population-based colorectal cancer screening programme. Br J Cancer. 2007; 96 (11): 1750-4.

4. Zorzi M, Barca A, Falcini F et al. Screening for colorectal cancer in Italy: 2005 survey. Epidemiol Prev 2007; 2-3 (Suppl 2): 49-60.
5. Zappa M, Visioli CB, Ciatto S et al. Gastric cancer after positive screening faecal occult blood testing and negative assessment. Dig Liver Dis. 2007; 39 (4): 321-6.
6. "Comunicare il dolore" in: Comunicazione. Bibliografia ragionata. Osservatorio Nazionale Screening. http://www.osservatorionazionalescreening.it/ons/comunicazione/bibliografia.htm
7. Zorzi M, Sassoli de' Bianchi P, Grazzini G, Senore C e gruppo di lavoro GISCoR. Indicatori di qualità per la valutazione dei programmi di screening dei tumori colorettali. Epidemiol Prev 2007; 6 (Suppl 1): 1-56.
8. Ciatto S, Martinelli F, Castiglione G et al. Association of FOBT-assessed faecal Hb content with colonic lesions detected in the Florence screening programme. Br J Cancer 2007; 96 (2): 218-21.