

AGGIORNAMENTO:
LUGLIO
2018

Le 100 DOMANDE sullo screening colorettale



GISCOR
Gruppo
Italiano
Screening
ColoRettale

Le 100 domande sullo screening coloretale

A cura di:

Grazia Grazzini e Cinzia Campari

In collaborazione

con il Gruppo di lavoro 100 domande
sullo screening coloretale:

Emanuela Anghinoni
Maria Cristina Rosa Ghidotti
ATS Valpadana

Grazia Grazzini
Tiziana Rubeca
Neri Nardini
Istituto per lo Studio, la Rete
e la Prevenzione Oncologica (ISPRO),
Firenze

Cinzia Campari
AUSL Reggio Emilia

Progetto grafico e impaginazione:
Giovanna Smiriglia (Studio Impronte-MI)

Realizzazione editoriale:
Inferenze Scarl, Milano

Stampa
Arti grafiche Ancora srl - Milano

Indice

Prefazione

pag. 1



Introduzione alle 100 domande sullo screening coloretale (versione 30 luglio 2018)

pag. 2



Un semplice esame contro il tumore del colon retto (versione 30 luglio 2018)

pag. 5



Le domande più frequenti sullo screening per il tumore coloretale (versione 30 luglio 2018)

pag. 7



Istruzioni per fare l'esame del sangue occulto (versione 30 luglio 2018)

pag. 16



Screening del colon retto: informazioni per gli operatori (versione 30 luglio 2018)

pag. 17

AGGIORNAMENTO: VERSIONE 30 LUGLIO 2018

La versione elettronica di questo documento è accessibile dai siti:
www.osservatorionazionale screening.it alla Sezione Comunicazione
www.giscor.it alla Sezione Documenti

L'Osservatorio nazionale screening (ONS) ha tra i suoi propositi la promozione di una comunicazione di qualità, volta ad accrescere la consapevolezza dell'utenza e le competenze tecniche e relazionali degli operatori come portatori di una comunicazione efficace.

Dal sito ONS si legge "...La qualità della comunicazione costituisce negli screening oncologici un elemento fondamentale: è un processo complesso che coinvolge canali diversi (le relazioni personali e telefoniche, i materiali informativi, i mass media), ma anche momenti e individui diversi." "... Il progetto 100 domande, sostenuto dall'ONS, ha come obiettivo quello di promuovere la qualità della comunicazione e sviluppare un'informazione di qualità sugli screening oncologici."

Il Gruppo Italiano Screening Coloretale (GISCoR) condivide con l'ONS questi obiettivi e fin dalla sua nascita ha dedicato una specifica linea di lavoro all'interno dell'Area Organizzazione/Valutazione sugli aspetti comunicativi.

Prefazione

A dieci anni dalla prima stesura, le 100 domande vengono aggiornate nei contenuti pur conservandone lo stile diretto e semplice, poiché volte ad essere uno strumento quotidiano di lavoro per gli operatori e di informazione per l'utenza.

Negli ultimi dieci anni il quadro italiano dell'estensione dello screening del colon retto è radicalmente cambiato: nel 2008 programmi strutturati erano presenti in 16 Regioni, con un'estensione teorica del 53%, mentre ora ben 20 Regioni hanno programmi attivi, con un'estensione teorica dell'84%, ancorché permangano zone non completamente coperte, soprattutto nel Sud del Paese.

Nel 2016 la popolazione che ha ricevuto almeno un invito a partecipare allo screening è stata pari a 5.558.726 a fronte di 2.723.655 nel 2008.

Anche il quadro epidemiologico del cancro del colon retto ha subito le prime modificazioni: infatti, se inizialmente la presenza dello screening organizzato induce un picco di incidenza, nei territori coperti da programmi radicati da tempo si comincia ad osservare una lieve riduzione dell'incidenza e della mortalità. Allo stesso modo, la gravità delle lesioni riscontrate ha invertito la propria tendenza, a favore di lesioni di stadio iniziale a miglior prognosi.

La crescente attenzione a questa patologia ha fatto da volano alla ricerca di nuovi approcci terapeutici e dispositivi per l'identificazione e la diagnosi delle lesioni. Le tecniche endoscopiche di asportazione dei polipi consentono ora di eradicare lesioni che in passato venivano trattate quasi esclusivamente chirurgicamente, consentendo quindi un trattamento più conservativo dell'organo.

In un programma di screening gli operatori coinvolti sono molti, e di varie professionalità, e tutti debbono farsi promotori di un'adesione consapevole dell'utenza. Per questo, però, è necessaria un'adeguata formazione e conoscenza del percorso di screening nella sua totalità. E non basta. Gli aspetti comunicativi, soprattutto in un'epoca caratterizzata da profondi cambiamenti dei mezzi di comunicazione, sono parte integrante della relazione con l'utenza: utilizzare tutti i canali comunicativi disponibili, modulandone l'uso a seconda degli obiettivi e del target a cui è rivolta la comunicazione, sono aspetti rilevanti nell'organizzazione di un programma di screening.

Con queste premesse, salutiamo con piacere il restyling delle 100 domande, con l'augurio che possano essere un valido strumento di supporto agli operatori e veicolo di un'informazione corretta per l'utenza.

Marco Zappa
Direttore Osservatorio Nazionale Screening

Introduzione alle 100 domande sullo screening coloretale

Che cosa sono le 100 domande sullo screening coloretale?

- ◆ Sono quattro documenti di domande e risposte sullo screening del carcinoma del colon retto (ultima parte dell'intestino).
- ◆ Tre sono rivolti sia agli utenti sia agli operatori dei programmi di screening. Un documento è rivolto ai soli operatori. I quattro documenti sono i seguenti:
 - **Un semplice esame contro il tumore del colon retto**
 - **Le domande più frequenti sullo screening per il tumore del colon retto**
 - **Istruzioni per fare l'esame del sangue occulto**
 - **Screening del colon retto: informazioni per gli operatori**

Perché fare le 100 domande sullo screening coloretale?

- ◆ Le 100 domande rappresentano una raccolta organica di informazioni strutturate in domande e risposte utili per operatori e per utenti.
- ◆ La prima versione del documento risale al 2007, poi aggiornata nel 2008. Da allora sono trascorsi 10 anni, durante i quali lo screening per il carcinoma coloretale in Italia ha visto un'ampia estensione sul territorio nazionale,¹ ma ancora oggi restano validi gli obiettivi del progetto originario delle 100 domande:
 - fornire documenti comprensibili per gli utenti per favorire un'adesione consapevole allo screening;
 - fornire strumenti per gli operatori nel supporto alle scelte consapevoli degli utenti.
- ◆ In questi anni, con l'affermarsi dello screening, gli operatori hanno ulteriormente sviluppato le loro competenze, ma la sfida comunicativa è diventata più ardua con la diffusione di Internet e dei social media. Inoltre, negli screening molte delle informazioni sono veicolate attraverso strumenti "critici" dal punto di vista comunicativo, quali il telefono.
- ◆ Per questo è ancora necessario supportare gli operatori con un documento che affronti i principali contenuti su cui gli stessi utenti si interrogano.

Sono davvero 100 le 100 domande?

- ◆ No, ma continuano a crescere e potrebbero diventare molte di più. Infatti in questo aggiornamento ne abbiamo aggiunte alcune.

A chi sono destinate?

- ◆ Tre documenti sono destinati sia agli utenti sia agli operatori: uno contiene le informazioni di base sullo screening coloretale, un altro delle informazioni più estese e un terzo le istruzioni per l'esecuzione del test.
- ◆ Il quarto documento include informazioni specifiche per i soli operatori.

Qual è l'obiettivo delle 100 domande?

- ◆ Fornire a utenti e operatori dei programmi di screening coloretale un'informazione di qualità sullo screening.

Che cosa vuol dire una informazione di qualità?

- ◆ Un'informazione di qualità² deve essere chiara, accessibile, aggiornata, basata sull'evidenza, trasparente sui propri limiti e capace di indicare ulteriori fonti di informazione. Deve inoltre identificare chiaramente i propri destinatari e obiettivi, e fornire informazioni coerenti con questi dal punto di vista grafico, dei contenuti e del linguaggio.
- ◆ Idealmente, dovrebbe essere sviluppata assieme ai destinatari, o comunque aver messo in atto un meccanismo di verifica con questi.
- ◆ Sottolineiamo però che l'informazione scritta non è mai sostitutiva di una buona comunicazione interpersonale, ma complementare a essa.

Come è stato condotto il lavoro di aggiornamento dei documenti?

- ◆ E' stato costituito un gruppo di lavoro nell'ambito dell'Area organizzazione/valutazione/comunicazione del Gruppo italiano screening coloretale (GISCoR) che ha coinvolto professionisti attivamente coinvolti in programmi di screening territoriale (ATS Val Padana, AUSL Reggio Emilia, ISPRO Firenze).
- ◆ Inoltre, per l'aggiornamento del documento "**Un semplice esame contro il tumore del colon retto**" è stato consultato il coordinatore dell'Area di primo livello del GISCoR, allo scopo di fornire informazioni evidence-based.

Come proseguirà il lavoro delle 100 domande sullo screening coloretale?

- ◆ Vogliamo esplorare con il gruppo di lavoro GISCoR del 2° livello la possibilità di:
 - standardizzare le indicazioni alla preparazione della colonscopia;
 - inserire ulteriori domande sulla preparazione intestinale e sulla colonscopia.
- ◆ Vogliamo inoltre aggiornare il documento "**Le 100 domande sullo screening con sigmoidoscopia**", edito nel 2010.
- ◆ Ci proponiamo di aggiornare regolarmente questi documenti, a cadenza almeno triennale.

Come possono essere utilizzate le 100 domande sullo screening coloretale?

- ◆ Potranno essere utilizzate dagli operatori dei *front office* telefonici o degli ambulatori di 2° livello.
- ◆ Potranno essere utilizzate dagli operatori anche per la stesura di materiali informativi.
- ◆ Saranno un utile strumento formativo per gli operatori neoassunti o che si affacciano per la prima volta al mondo dello screening.
- ◆ Potranno inoltre offrire agli utenti informazioni più approfondite di quelle contenute negli opuscoli informativi degli screening.

Che difficoltà ha presentato questo lavoro?

- ◆ Come nella precedente edizione, abbiamo dovuto ricorrere alla "migliore evidenza possibile" o alle "migliori pratiche" e prendere delle decisioni che fossero condivise.
- ◆ Abbiamo anche cercato di coniugare la correttezza dei contenuti con la loro rilevanza per i destinatari (utenti e operatori) e la loro comprensibilità da parte di questi, facendo anche questa volta, come nella prima versione, scelte lessicali, tematiche e di organizzazione dei testi.

BIBLIOGRAFIA

1. Osservatorio Nazionale Screening. Rapporto 2017 <https://www.osservatorionazionale-screening.it/sites/default/files/allegati/ons%20rapporto%202017.pdf>
2. Qualità dei materiali informativi. In: *Comunicazione. Bibliografia ragionata*. Osservatorio Nazionale Screening.
<https://www.osservatorionazionale-screening.it/node/93>



Un semplice esame contro il tumore del colon retto

1. Perché si fa lo screening coloretale?

- ◆ Il carcinoma del colon retto è una malattia “importante” in termini di salute pubblica: è il secondo tumore più frequente nelle donne e il terzo negli uomini. E' la seconda causa di morte per tumore in entrambi i sessi. Il 90% delle persone si ammala dopo i 50 anni.¹
- ◆ E' dimostrato scientificamente che lo screening con il test per la ricerca del sangue occulto fecale riduce la mortalità per tumore coloretale di almeno il 20%.²
- ◆ In Italia in tre Regioni (Toscana³, Veneto⁴ ed Emilia-Romagna⁵) dopo almeno un decennio dall'introduzione dello screening si è osservata una diminuzione del numero di morti attribuibili alla malattia, a dimostrazione dell'efficacia di questo intervento di prevenzione.
- ◆ Inoltre, in Emilia-Romagna⁵ e in Toscana⁶ si è potuta osservare una riduzione anche del numero di nuovi casi (incidenza) di tumore coloretale nelle persone che avevano partecipato allo screening.

2. Perché l'esame del sangue occulto?

- ◆ I tumori del colon retto si sviluppano molto lentamente a partire da piccole formazioni benigne chiamate polipi (adenomi), che possono iniziare a sanguinare diversi anni prima della comparsa di altri disturbi. All'inizio questo sangue non si vede a occhio nudo, ma può essere identificato con un esame delle feci chiamato “ricerca del sangue occulto”.
- ◆ Se lo troviamo quando è ancora molto piccolo, il tumore può essere curato in modo definitivo.
- ◆ Secondo l'esperienza scientifica, fare l'esame del sangue occulto ogni due anni dopo i 50 anni può salvare molte vite.

3. Un esame semplice

- ◆ Quello utilizzato nello screening è il test più adatto per trovare tracce di sangue indicative della presenza di polipi o tumori.
- ◆ Per fare l'esame dobbiamo raccogliere un piccolo campione di feci e metterlo nel flaconcino che ci è stato fornito dal programma di screening.
- ◆ Non dobbiamo seguire una dieta particolare e basterà che preleviamo un unico campione di feci.
- ◆ Potremo tranquillamente raccogliere le feci a casa nostra.

4. Per fare l'esame

- ◆ Per fare l'esame del sangue occulto con il programma di screening aspettiamo la lettera di invito, che verrà recapitata a casa.
- ◆ Dopo aver ricevuto la lettera, andiamo a ritirare il flaconcino secondo le indicazioni che ci sono nella lettera.
- ◆ L'esame è gratuito e non è necessaria la richiesta medica.

5. E se l'esame risulta negativo?

- ◆ La risposta ci verrà spedita a casa.
- ◆ Se non abbiamo superato l'età massima per l'invito di screening, riceveremo un nuovo invito dopo due anni.



AGGIORNAMENTO:
LUGLIO 2018

- ◆ E' importante fare l'esame ogni due anni perché è dimostrato che questo test può salvare la vita solo se ripetuto regolarmente.

6. E prima del prossimo invito?

- ◆ Ricordiamoci: l'esame del sangue occulto è molto efficace per individuare il tumore dell'intestino, anche quando è molto piccolo e non avvertiamo nessun disturbo.
- ◆ Come ogni esame però, presenta dei limiti. Infatti, può capitare che un polipo o anche una lesione tumorale ci siano ma non sanguinino il giorno dell'esame.
- ◆ Non sottovalutiamo quindi eventuali disturbi che possono manifestarsi anche dopo un esame di screening negativo.
- ◆ Se prima del prossimo invito notiamo del sangue nelle feci o abbiamo dei disturbi intestinali persistenti, rivolgiamoci al nostro medico.

7. E se l'esame risulta positivo?

- ◆ Su 100 persone che eseguono il test, circa 5 possono risultare positive per la presenza di tracce di sangue nelle feci.
- ◆ La presenza di sangue nelle feci può essere dovuta a cause non tumorali, come per esempio le emorroidi, ma per accertarlo è necessario completare il percorso di screening con un'altra indagine, chiamata colonscopia.

8. E se ho superato l'età per ricevere l'invito di screening?

- ◆ In questo caso possiamo continuare a fare il test ma dobbiamo consultare il nostro medico curante.

9. Per avere ulteriori informazioni sull'esame del sangue occulto fecale o sui programmi di screening si può:

- telefonare al numero di telefono indicato nella lettera di invito allo screening;
- parlare con il proprio medico;
- guardare il sito www.osservatorionazionale screening.it alla Sezione "Comunicazione" ed il sito www.giscor.it alla Sezione "Documenti".

BIBLIOGRAFIA

1. AIOM-AIRTUM. *I numeri del cancro in Italia 2017*. Disponibile all'indirizzo www.registri-tumori.it (ultimo accesso 3 luglio 2018).
2. Hewitson P, Glasziou P, Watson E et al. Cochrane systematic review of colorectal cancer screening using the fecal occult blood test (hemoccult): an update. *Am J Gastroenterol* 2008;103(6):1541-49. doi: 10.1111/j.1572-0241.2008.01875.x. Epub 2008.
3. Seniori Costantini A, Martini A, Puliti D et al. Colorectal Cancer Mortality in Two Areas of Tuscany With Different Screening Exposures. *J Natl Cancer Inst* 2008;100:1818-21.
4. Zorzi M, Fedeli U, Schievano E et al. Impact on colorectal cancer mortality of screening programmes based on the faecal immunochemical test. *Gut* 2015;64(5):784-90.
5. Giorgi Rossi P, Vicentini M, Sacchetti C et al. Impact of Screening Program on Incidence of Colorectal Cancer: A Cohort Study in Italy. *Am J Gastroenterol* 2015;110(9):1359-66.
6. Ventura L, Mantellini P, Grazzini G et al. The impact of immunochemical faecal occult blood testing on colorectal cancer incidence. *Dig Liver Dis* 2014;46(1):82-86.



Le domande più frequenti sullo screening per il tumore del colon retto

Queste informazioni per utenti e operatori completano quelle contenute nei documenti *Un semplice esame contro il tumore del colon retto* (pagina 5) e *Istruzioni per fare l'esame del sangue occulto* (pagina 16)

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 ma è fortemente consigliato perché l'esperienza scientifica ci dice che è un esame molto efficace.
- ◆ Ne parli comunque anche con il suo medico, che saprà consigliarla.
- ◆ In ogni caso ci richiami per ogni necessità o se decide di farlo.

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

- ◆ Le posso chiedere come mai non vuole fare l'esame?
- ◆ Ne parli con il suo medico, che saprà consigliarla.
- ◆ Noi consigliamo di fare l'esame perché l'esperienza scientifica ci dice che è un esame molto efficace.
- ◆ In ogni caso ci richiami per ogni necessità o se decide di farlo.

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

- ◆ In Italiano vuol dire setacciare, vagliare, selezionare.
- ◆ In ambito sanitario significa, invece, un programma organizzato di prevenzione o di diagnosi precoce.

1.4 Perché fare lo screening del tumore coloretale?

- ◆ 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.

1.5 Chi può fare lo screening?

- ◆ Lo possono fare gli uomini e le donne in età compresa tra i 50 e 69 anni o, in alcune Regioni, fino ai 74 anni.
- ◆ In genere vengono invitati i residenti. Alcuni programmi di screening invitano anche le persone con domicilio sanitario nell'Azienda Sanitaria Locale.

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 so qualcosa.



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 di fiducia.

1.8 Ho superato l'età massima per l'invito di screening. Perché non mi invitate più?

- ◆ La maggior parte dei programmi italiani e stranieri invitano le persone fino ai 69-70 o 74 anni. Il nostro.....
- ◆ Nello screening si deve scegliere un limite di età per ottenere il miglior rapporto tra costi e benefici. D'altra parte, sottoporsi ad uno screening in età più avanzata potrebbe comportare dei rischi nel caso fosse necessaria la colonscopia.

1.9 Ho superato l'età massima per l'invito di screening. Posso continuare a fare il test?

- ◆ Nello screening si deve scegliere un limite di età per ottenere il miglior rapporto tra costi e benefici. Ma effettivamente la possibilità di sviluppare un tumore dell'intestino continua a essere presente anche dopo l'età massima.
- ◆ Le consigliamo quindi di parlare con il suo medico di fiducia per valutare se, sulla base delle sue condizioni di salute, è opportuno continuare a fare il test per la ricerca del sangue occulto fecale.

1.10 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 sì, segua i consigli dello specialista.
- ◆ 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 fare la colonscopia.

1.11 Ho familiarità per polipi/tumori dell'intestino e ho meno di 50 anni (o più di 69/70/74 anni): posso entrare nello screening?

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

1.12 E' davvero tutto gratuito? O c'è l'inghippo?

- ◆ L'esame è gratuito.
- ◆ Se fosse necessario completare il suo esame con altri controlli, anche questi saranno gratuiti.

2. COME FACCIAMO A FARE L'ESAME DELLE FECI?

2.1 Come faccio a fare l'esame delle feci?

- ◆ E' un esame molto semplice. Segua le istruzioni che sono scritte nel foglio che le abbiamo dato assieme al flaconcino o che ha ricevuto insieme all'invito (vedi a pagina 16).

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.

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

- ◆ E' possibile che durante le mestruazioni il campione di feci possa essere contaminato, per cui faccia l'esame quando non ha più perdite di sangue da almeno tre giorni.

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

- ◆ Si comporti come fa normalmente.

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

- ◆ Se vede sangue ad occhio nudo questo test non serve dato che il sanguinamento è già evidente.
- ◆ 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.

2.7 Ogni tanto vedo un po' di sangue, ho le emorroidi ma il mio test è risultato negativo. Cosa devo fare?

- ◆ 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 suo test è risultato negativo.

2.8 Se l'esame è negativo 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.
- ◆ Infatti, 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).

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

- ◆ Quello che usiamo nello screening è un test molto efficace e per questo è sufficiente fare l'esame su un solo campione. Se venissero fatti tre campioni invece che uno solo, aumenterebbe la sua probabilità di dover fare una colonscopia inutilmente.

2.10 Sto facendo la radioterapia per un tumore ad 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.
- ◆ Ci ricontatti quando potrà fare l'esame.



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 la colonscopia.
- ◆ Noi le consigliamo la colonscopia proprio per vedere qual è l'origine di questo sangue.

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

- ◆ Può anche essere quello: noi le consigliamo la colonscopia proprio per vedere se la causa può essere anche quella.

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

- ◆ E' poco probabile che il suo esame sia positivo per questi motivi. 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.

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 la colonscopia proprio per vedere di capire la causa.

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 il percorso di screening con le indagini che le abbiamo consigliato.

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.

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 per la prima volta, 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 la colonscopia.

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 la colonscopia per la sua sicurezza: visto che ha iniziato lo screening, è bene andare fino in fondo. Se vuole può parlarne col suo medico.
- ◆ Intanto ci ricontatti per ogni dubbio o necessità, o se decide di fare la colonscopia.

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.

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 raccomandare la colonscopia.
- ◆ Infatti potrebbe esserci un piccolo polipo che però non sanguina il giorno che lei ripete l'esame.

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.

4.5 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)?

- ◆ La colonscopia è l'esame standard di approfondimento nello screening perché è la migliore tecnica diagnostica a nostra disposizione per trovare eventuali polipi o tumori. Ha anche il vantaggio di essere curativa, perché spesso polipi o piccoli tumori possono essere asportati nel corso dell'esame.
- ◆ Per quanto riguarda la colonscopia virtuale, si tratta effettivamente di un'indagine molto attendibile per rivelare la presenza di polipi intestinali. Ha anche il vantaggio che è sufficiente fare una preparazione leggera per la pulizia dell'intestino. Lo svantaggio è che non può essere curativa, come la colonscopia tradizionale, per cui se la virtuale trova dei polipi questi possono essere asportati solo con la colonscopia tradizionale.



- ◆ Alcuni programmi utilizzano la colonscopia virtuale quando non si può fare la colonscopia tradizionale oppure la colonscopia è stata incompleta, ma l'indicazione a fare questo esame è data dal medico specialista che opera nello screening.

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

- ◆ No, perché ad oggi non è utilizzata di routine e viene fatta solo in qualche Centro di ricerca ospedaliero.

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

- ◆ No, perché non è importante il livello di sanguinamento, ma il fatto che l'esame ha mostrato delle tracce di sangue in una quantità che per lo screening è significativa.
- ◆ Il test non fa una vera e propria diagnosi, per conoscere il motivo del sanguinamento bisogna fare la colonscopia.

4.8 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.

4.9 Ma da dove vanno su?

- ◆ Vanno per via rettale, dall'ano. L'esame viene svolto in posizione coricata sul fianco sinistro (Figura 1*).

4.10 E' un esame doloroso?

- ◆ E' un esame che può essere fastidioso, ma di solito è ben tollerato. Le verrà offerta una sedazione per alleviare il fastidio.
- ◆ Alcune persone possono provare fastidio durante la preparazione all'esame per la pulizia intestinale.

Figura 1. Colonscopia.



* Tratto da Wikipedia (<https://it.wikipedia.org/wiki/Colonscopia>).



4.11 Mi danno qualcosa per dormire? Non posso farlo in anestesia generale?

- ◆ Non c'è necessità di una anestesia vera e propria, le verranno somministrati dei farmaci perché Lei si possa rilassare e avvertire meno fastidio.

Per i programmi che prevedono la presenza dell'anestesista:

- ◆ Nella nostra Endoscopia possiamo farla dormire per il tempo necessario a fare l'esame.

4.12 Quanto tempo dura la colonscopia?

- ◆ In genere l'esame dura 20/30 minuti, tra tutto un'oretta circa.
- ◆ Poi le chiederanno di fermarsi nella stanza del risveglio finché non si sarà ristabilito e potrà andare a casa.
- ◆ Se avrà fatto la sedazione chiedi a qualcuno di accompagnarla per guidare la macchina al ritorno.

4.13 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 150-180 cm e ha un diametro di circa 1-1,5 cm.

4.14 Se dovessero trovarmi un polipo lo toglierebbero subito?

- ◆ Lo valuterà il medico (l'endoscopista) durante l'esame. Il fatto di toglierlo subito o no può dipendere dall'aspetto, dalla grossezza, dalla posizione, dal numero dei polipi, da eventuali terapie che lei sta facendo e da altri fattori ancora.
- ◆ In base a quello che vedrà, il medico le proporrà di toglierlo subito o di rimandare. Lei potrà fargli tutte le domande che le interessano.

4.15 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 spesso in modo definitivo anche solo con l'asportazione in ambulatorio durante l'endoscopia.

4.16 Chi fa l'esame?

- ◆ L'esame sarà fatto da un medico specialista esperto di endoscopia di un centro coinvolto nel programma di screening.

4.17 Sono bravi i vostri medici (endoscopisti)?

- ◆ I centri che abbiamo scelto per lo screening sono tutti centri specialistici con molta esperienza. Il nostro programma prevede anche un controllo regolare della qualità.



4.18 Posso fare la colonscopia in un ospedale di mia scelta?

◆ No, perché noi abbiamo scelto per lo screening soltanto alcuni centri specializzati e con molta esperienza. Se vuole fare la colonscopia in un centro di sua fiducia lo deve fare con una richiesta del suo Medico di Medicina Generale pagando il ticket, se dovuto.

4.19 Come si fa la preparazione della colonscopia?

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

4.20 E' vero che è fastidiosa la preparazione intestinale?

◆ Può essere fastidiosa, alcune persone la tollerano bene, altre meno, ma è importante fare bene la preparazione per garantire la riuscita e la qualità dell'esame. Se la preparazione non fosse fatta bene l'esame dovrebbe essere ripetuto.

4.21 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.



Figura 2. Colon pulito.



Figura 3. Colon sporco.



Figura 4. Polipo.



Figura 5. Diverticoli.

Le immagini sono state fornite per gentile concessione della Dott.ssa Elisabetta Buscarini, Direttore della SC di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva dell'ASST di Crema.



AGGIORNAMENTO:
LUGLIO 2018

4.22 Devo proprio fare una dieta particolare prima dell'esame?

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

4.23 Cosa si può trovare con la colonscopia nell'intestino?

- ◆ Durante la colonscopia il gastroenterologo potrebbe individuare delle emorroidi, dei diverticoli, oppure potrebbe trovare un piccolo polipo, che potrà decidere di togliere subito durante l'esame.

4.24 E' vero che mi devo assentare dal lavoro durante la preparazione alla colonscopia?

- ◆ L'esame richiede una pulizia completa dell'intestino, per questo motivo si consiglia di seguire una dieta povera di scorie, cioè di fibre vegetali. E' necessario rimanere a casa dal pomeriggio precedente, quando si deve iniziare ad assumere i prodotti per la pulizia dell'intestino. Questi lassativi provocano l'emissione di feci molto liquide senza dolori intestinali. Bisogna seguire strettamente le istruzioni ricevute per poter pulire bene le pareti intestinali e permettere la buona riuscita dell'esame.

4.25 E se sto assumendo farmaci, come mi devo comportare durante la preparazione?

- ◆ Nel caso si seguano terapie particolari che prevedono l'assunzione regolare di farmaci (come ad esempio insulina, anticoagulanti o altro) è bene riferirlo ai sanitari durante il colloquio per la preparazione alla colonscopia.

4.26 Sono portatore di pacemaker: cosa devo fare?

- ◆ E' bene riferirlo ai sanitari durante il colloquio per la preparazione alla colonscopia, poiché potrebbe rendersi necessario un consulto con il cardiologo prima di sottoporsi all'esame.



AGGIORNAMENTO:
LUGLIO 2018

Istruzioni per fare l'esame del sangue occulto

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 raccogliarlo le suggeriamo di usare un contenitore pulito e asciutto.



2.

Apra il flaconcino ruotando il tappo.



3.

Inserisca e strisci la punta del bastoncino in 3-4 punti diversi delle feci, in maniera che solo una piccola quantità di feci rimanga attaccata alla punta del bastoncino.



4.

Metta di nuovo il bastoncino nel flacone.



5.

Chiuda bene il tappo.



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.



Le ricordiamo che:

- Prima di fare l'esame può mangiare come al solito.
- Può fare l'esame quando le sono passate le mestruazioni da almeno 3 giorni.
- Se vuole ulteriori informazioni telefoni al numero indicato nella lettera di invito allo screening.



Screening del colon retto: informazioni per gli operatori

Queste informazioni per operatori completano quelle contenute nel documento *Le domande più frequenti sullo screening per il tumore coloretale* (pagina 7).

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 ma è fortemente consigliato perché l'esperienza scientifica ci dice che è un esame molto efficace.
- ◆ Ne parli comunque anche con il suo medico, che saprà consigliarla.
- ◆ In ogni caso ci richiami per ogni necessità o se decide di farlo.

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

- ◆ Le posso chiedere come mai non vuole fare l'esame?
- ◆ Ne parli con il suo medico, che saprà consigliarla.
- ◆ Noi consigliamo di fare l'esame perché l'esperienza scientifica ci dice che è un esame molto efficace.
- ◆ In ogni caso ci richiami per ogni necessità o 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.

Il primo provvedimento che ha inserito i test di screening come Livelli Essenziali di Assistenza è stato il 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. Successivamente, il 18 marzo 2017 è stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017 con i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza – LEA che sostituisce integralmente quello del 2001. Questo nuovo decreto ha superato il concetto di LEA come prestazione individuale dando invece risalto ai programmi di prevenzione e di sanità pubblica, tra cui i programmi organizzati di screening.



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 recapito del servizio 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.

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

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

- ◆ In Italiano vuol dire setacciare, vagliare, selezionare.
- ◆ In ambito sanitario 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 coloretale 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 è una malattia "importante" in termini di salute pubblica:
 - in Italia sono stimate circa 53.000 **nuove diagnosi** di tumore del colon retto nel 2017: sia tra gli uomini (15% di tutti i nuovi tumori) sia tra le donne (13%) si trova al secondo posto, preceduto rispettivamente dalla prostata e dalla mammella; nel 2014 sono stati osservati 18.671 **decessi** per carcinoma del colon retto (Istat), di cui il 54% negli uomini. In entrambi i sessi rappresenta 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.²
 - in Veneto, dopo solo 10 anni dall'introduzione dello screening si è osservata una riduzione della mortalità per tumore coloretale del 22%, mentre altri studi italiani hanno visto anche una riduzione dell'incidenza della malattia nei soggetti che hanno aderito allo screening.³⁻⁵



AGGIORNAMENTO:
LUGLIO 2018

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

1.5 Chi può fare lo screening?

- ◆ Lo possono fare le persone, uomini e donne, in età compresa tra i 50 e 69 anni o, in alcune Regioni, fino ai 74 anni.
- ◆ In genere vengono invitati i residenti. Alcuni programmi di screening invitano anche le persone con domicilio sanitario nell'Azienda Sanitaria Locale.

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 so qualcosa.

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.

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 di fiducia.

1.8 Ho superato l'età massima per l'invito di screening. Perché non mi invitate più?

- ◆ La maggior parte dei programmi italiani e stranieri invitano le persone fino ai 69-70 o 74 anni. Il nostro.....
- ◆ Nello screening si deve scegliere un limite di età per ottenere il miglior rapporto tra costi e benefici. D'altra parte sottoporsi ad uno screening in età più avanzata potrebbe comportare dei rischi nel caso fosse necessaria la colonscopia.

1.9 Ho superato l'età massima per l'invito di screening. Posso continuare a fare il test?

- ◆ Nello screening si deve scegliere un limite di età per ottenere il miglior rapporto tra costi e benefici. Ma effettivamente la possibilità di sviluppare un tumore dell'intestino continua a essere presente anche dopo l'età massima.



- ◆ Le consigliamo quindi di parlare con il suo medico di fiducia per valutare se, sulla base delle sue condizioni di salute, è opportuno continuare a fare il test per la ricerca del sangue occulto fecale.

Osservazioni per l'operatore

- ◆ Chiamare le fasce d'età stabilite per lo screening "fasce a rischio" è sbagliato perché il rischio di ammalarsi di carcinoma coloretale 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 coloretale? L'**incidenza** del tumore coloretale continua ad aumentare dopo i 70 anni. 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 per il carcinoma coloretale? 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 anni, 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 preclinica 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?”.⁶ 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 tumore continua ad aumentare dopo i 70 anni.
- ◆ Quanto dire? Quanti dettagli dare? Abbiamo visto che la necessità di ricevere spiegazioni varia molto da 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 “prenderci cura”) del medico di famiglia.

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

1.10 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 sì, segua i consigli dello specialista.
- ◆ 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 fare la colonscopia.

1.11 Ho familiarità per polipi/tumori dell'intestino e ho meno di 50 anni (o più di 69/70/74 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 tumore coloretale. 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 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 tumore coloretale dovrebbe utilizzare la colonscopia. Tale strategia riguarderebbe circa il 10% della popolazione, dalla quale proviene solo il 20% dei casi. Perciò l'impatto effettivo in termini di controllo della malattia sarebbe inevitabilmente molto limitato. Lo sarebbe ancor di 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 Ministero¹ non prevedono per i programmi di screening protocolli particolari per l'identificazione e la gestione di utenti con familiarità per il tumore coloretale. 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".

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

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

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

Come faccio a fare l'esame delle feci?

- ◆ E' un esame molto semplice. Segua le istruzioni che sono scritte nel foglio che le abbiamo dato assieme al flaconcino o che ha ricevuto insieme all'invito (vedi a pagina 16).

Osservazioni per l'operatore

- ◆ Le istruzioni per l'esecuzione del test per la ricerca del sangue occulto fecale sono tratte dal documento *Istruzioni per fare l'esame del sangue occulto* (vedi a pagina 16).
- ◆ Nei materiali di molti programmi esiste 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.

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 raccogliercle 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 test.
- ❖ La raccomandazione di "stendere della carta igienica sul fondo del water" può essere anche data a voce dagli operatori al momento della consegna.

2. Apra il flaconcino ruotando il tappo.

- ❖ Al momento della consegna della provetta l'operatore può sottolineare la necessità di non lasciare in giro il flaconcino.

3. Inserisca e strisci 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 strisciata, questo per migliorare l'adeguatezza del prelievo: il test si esegue infatti sulle feci attaccate alla parte terminale del bastoncino.
- ❖ 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 finale del bastoncino, quella da inserire e strisciare.



4. Metta di nuovo il bastoncino nel flacone.

5. Chiuda bene il tappo.

- ❖ 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 riconsegna seguendo le indicazioni che le abbiamo dato quando le abbiamo consegnato il flaconcino.

- ❖ Per quanto riguarda i tempi di conservazione, molti studi hanno valutato la stabilità del campione in rapporto alla temperatura e al tempo che intercorre tra il prelievo domestico e l'analisi in laboratorio (cosiddetta fase pre-analitica). Questi studi hanno evidenziato un peggioramento delle performance del test (intese come capacità di evidenziare lesioni) quando il campione è esposto a temperature elevate⁷ e un aumento del numero di **cancri di intervallo** con l'aumentare dei giorni nella fase pre-analitica.⁸
- ❖ Quindi è bene raccomandare la conservazione nel frigorifero domestico fino al momento della riconsegna, così come esortare l'utente a riconsegnare al più presto la provetta.
- ❖ Il periodo di stabilità del campione (in cui cioè non c'è un significativo degrado del materiale fecale) dipende anche dalle caratteristiche tecniche delle diverse metodiche presenti sul mercato. Infatti negli ultimi anni, con l'emergere del problema della stabilità, le aziende produttrici hanno tentato di migliorare queste caratteristiche, per esempio migliorando la formula della soluzione tampone presente nelle provette che ha lo scopo di conservare il più possibile l'integrità del campione.^{9,10}
- ❖ E' quindi necessario che ogni laboratorio di screening si attenga alle istruzioni delle singole Ditte per valutare la stabilità del campione.¹¹
- ❖ Sono poi da considerare i tempi tecnici dei servizi di trasporto al laboratorio, le temperature e i tempi di lettura.
- ❖ Un'altra cautela riguarda il possibile scambio di provette, che può sempre verificarsi. Alcuni programmi riducono questo errore con accorgimenti di tipo organizzativo: le provette vengono consegnate all'utente con un'etichetta che oltre al codice a barre reca nome e cognome della persona.

Cancri di intervallo: cancri che si manifestano clinicamente entro due anni da un test negativo.

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI



AGGIORNAMENTO:
LUGLIO 2018

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.

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

- ◆ E' possibile che durante le mestruazioni il campione di feci possa essere contaminato, per cui faccia l'esame quando non ha più perdite di sangue da almeno tre 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 un lassativo/purga/supposta di glicerina?

- ◆ Si comporti come fa normalmente.

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

- ◆ Se vede sangue ad occhio nudo questo test non serve, dato che il sanguinamento è già evidente.
- ◆ 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.

2.7 Ogni tanto vedo un po' di sangue, ho le emorroidi ma il mio test è risultato negativo? Cosa devo fare?

- ◆ 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 suo test è risultato 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 più facilmente 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 avallare quella che di fatto è l'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, se non addirittura controproducente, fare il test per il sangue occulto, 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 test; abbiamo appena detto che questo è scarsamente indicativo in 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 test di screening non sia sufficiente. Sottolineare che, soprattutto se il test per il sangue occulto sarà negativo, non bisogna escludere di fare comunque una colonscopia e che dobbiamo capire di più.

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

2.8 Se l'esame è negativo 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.
- ◆ Infatti, 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 test per il sangue occulto fecale ha un'ottima capacità di selezionare le lesioni 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 test, cioè la sua capacità di non lasciarsi sfuggire i tumori, studi italiani stimano la sensibilità del test immunologico per il cancro tra il 70,9% e il 79,3%, con valori di sensibilità anche superiori a quelli della mammografia. Il test usato era quello al lattice, lo stesso utilizzato nello screening.¹²⁻¹⁵
- ◆ 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 coloretali possono, in alcuni casi, manifestarsi successivamente a un esame negativo. Sono i cosiddetti **cancri di intervallo**. Per questo è fondamentale ripetere il test per la ricerca del sangue occulto ogni due anni.

Cancri che si manifestano clinicamente entro due anni da un test negativo.

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

- ◆ Quello che usiamo nello screening è un test molto efficace e per questo è sufficiente fare l'esame su un solo campione. Se venissero fatti tre campioni invece che uno solo, aumenterebbe la sua probabilità di dover fare una colonscopia inutilmente.



Osservazioni per l'operatore

- ◆ La storia naturale del carcinoma coloretale 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 preclinica: 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 coloretale mediante la ricerca del sangue occulto fecale è stato usato il test al guaiaco¹ che richiede restrizioni dietetiche in quanto non è specifico per l'emoglobina umana. Inoltre, solitamente questo tipo di test 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 italiano 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 oggi è meglio esprimere con la terminologia di 20 microgrammi/grammo feci) che sembra essere il migliore per quanto riguarda il rapporto sensibilità/specificità.
- ◆ Il test immunologico di tipo quantitativo è considerato il test di scelta nelle raccomandazioni europee più recenti (*European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis*¹⁶).

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 test 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, della grande quantità di feci e dei tre campioni.
- ◆ Altrettanto importante è sottolineare la lunga storia naturale della malattia e quindi l'importanza di ripetere l'esame ogni due anni.



AGGIORNAMENTO:
LUGLIO 2018

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

2.10 Sto facendo la radioterapia per un tumore ad 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.
- ◆ Ci ricontatti 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.

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

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 la colonscopia.
- ◆ Noi le consigliamo la colonscopia proprio per vedere qual è l'origine di questo sangue.

Osservazioni per l'operatore

- ◆ Il test per la ricerca del sangue occulto fecale ha un elevato **Valore Predittivo Positivo**: infatti nei soggetti con test positivo che eseguono il test per la prima volta la frequenza di carcinomi e di adenomi ad alto rischio è risultata rispettivamente del 5,3% e del 24,5% nella survey 2011-2012.¹⁷ Tali valori sono superiori a quelli di altri test di screening consolidati, come la mammografia (VPP di circa il 10%).

Valore Predittivo Positivo (VPP) del test per il sangue occulto fecale: percentuale delle persone sottoposte a colonscopia di approfondimento nelle quali è stata posta diagnosi di carcinoma o adenoma avanzato.



- ◆ Però, come tutti i test di screening, esso 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 test positivo è necessario approfondire.

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 la colonscopia proprio per vedere se la causa può essere anche quella.

Osservazioni per l'operatore

- ◆ Vedi le osservazioni alle domande 2.6, 2.7 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 o dalle gengive?

- ◆ E' poco probabile che il suo esame sia positivo per questi motivi. 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.



AGGIORNAMENTO:
LUGLIO 2018

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.
- ◆ Uno studio italiano¹⁸ 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 significativo (anemia eccetera). Stesse conclusioni sono emerse da una recente review sull'argomento.¹⁹

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 la colonscopia 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 il percorso di screening con le indagini che le abbiamo consigliato.

Osservazioni per l'operatore

- ◆ Nella fascia d'età dello screening coloretale è possibile che alcuni utenti usino l'acido acetilsalicilico (aspirina) a basse dosi 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 test immunologico nei soggetti che assumono aspirina non differisce in maniera significativa da quello di chi non ne fa uso.²⁰ 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 test: 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:
LUGLIO 2018

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 per la prima volta, 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 la 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 sorprendevo 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 test per il sangue occulto fecale 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.²¹
- ◆ Proprio per questo dobbiamo averne rispetto. Quindi, di fronte a domande apparentemente ingenui 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 vengono poste. Esse devono prima di tutto essere ascoltate con attenzione, mai considerate con sufficienza o irriso. 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

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 la colonscopia per la sua sicurezza: visto che ha iniziato lo screening, è bene andare fino in fondo. Se vuole può parlarne col suo medico.
- ◆ Intanto ci ricontatti per ogni dubbio o necessità o se decide di fare la colonscopia.

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 tumori coloretali: 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 parte di una popolazione asintomatica. Richiede infatti una preparazione pesante e l'esame stesso può essere disagiata per il paziente. 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 test immunologico (vedi i punti 3.2 e 3.3) e dall'altro i possibili vantaggi di una diagnosi precoce di tumore coloretale, 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 test 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".



AGGIORNAMENTO:
LUGLIO 2018

- ◆ Anche non fare pressioni, lasciare il telefono del Servizio 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 raccomandare 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 test positivo è sufficiente per richiedere l’approfondimento. Un 2° o un 3° test negativo non annulla il significato di una sola determinazione del sangue occulto fecale positiva.
- ◆ Può capitare che alcuni medici di medicina generale consiglino di ripetere il test in caso di positività. L’alto **VPP** del test non è infatti molto conosciuto.

Valore Predittivo Positivo (VPP) del test per la ricerca del sangue occulto fecale: percentuale delle persone sottoposte a colonscopia di approfondimento nelle quali è stata posta diagnosi di carcinoma o adenoma avanzato.

- ◆ 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.

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 la colonscopia con la TAC o quella con la risonanza magnetica (colonscopia virtuale mediante TAC a scansione; colonscopia virtuale mediante risonanza magnetica)?

◆ La colonscopia è l'esame standard di approfondimento nello screening perché è la migliore tecnica diagnostica a nostra disposizione per trovare eventuali polipi o tumori. Ha anche il vantaggio di essere curativa, perché spesso polipi o piccoli tumori possono essere asportati nel corso dell'esame.

◆ Per quanto riguarda la colonscopia virtuale, si tratta effettivamente di un'indagine molto attendibile per rivelare la presenza di polipi intestinali. Ha anche il vantaggio che è sufficiente fare una preparazione leggera per la pulizia dell'intestino. Lo svantaggio è che non può essere curativa, come la colonscopia tradizionale, per cui se la virtuale trova dei polipi questi possono essere asportati solo con la colonscopia tradizionale.

◆ Il nostro programma utilizza la colonscopia virtuale quando non si può fare la colonscopia tradizionale oppure la colonscopia è stata incompleta, ma l'indicazione a fare questo esame è data dal medico specialista che opera nello screening.

Osservazioni per l'operatore

◆ La **colonscopia virtuale** è una tecnica radiologica non invasiva, che consente di studiare la parete del colon simulando la colonscopia tradizionale. Si tratta di una procedura radiologica eseguita mediante ricostruzioni 3D al computer utilizzando immagini di tomografia computerizzata (TC o TAC). Richiede una preparazione molto più blanda e accettabile della



colonscopia tradizionale, effettuata senza catartici e con prodotti che servono solo ad ammorbidire le feci. Infatti le feci possono rimanere all'interno dell'intestino perché vengono "marcate" con un prodotto che si somministra per via orale e quindi eliminate con tecnica digitale. E' una metodica poco invasiva, che non richiede sedazione; il discomfort è ridotto e subito dopo l'esame il paziente può tornare alla sua normale attività quotidiana.

- ◆ Per polipi maggiori o uguali ad 1 cm ha dimostrato una sensibilità comparabile a quella della colonscopia tradizionale.^{22,23}
- ◆ Lo svantaggio maggiore è dato dal fatto che la tecnica non è operativa, per cui in caso di masse o polipi bisogna comunque effettuare la colonscopia tradizionale. Inoltre, espone a radiazioni ionizzanti.
- ◆ Uno studio italiano²⁴ ha dimostrato che se si offre la colonscopia virtuale a soggetti positivi al test di screening che avevano in precedenza rifiutato la colonscopia tradizionale si ottiene una percentuale di adesione all'approfondimento che è doppia rispetto a quella che si avrebbe offrendo nuovamente la colonscopia.
- ◆ Oggi quasi tutti i programmi di screening utilizzano la colonscopia virtuale quando non si può fare la colonscopia tradizionale oppure la colonscopia è stata incompleta.
- ◆ Nella colonscopia virtuale mediante Risonanza Magnetica (RMN) 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. Ma vi sono a oggi pochi studi per valutare specificità e sensibilità di questo esame.²⁵

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

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

- ◆ No, perché ad oggi non è utilizzata di routine e viene fatta solo in qualche Centro di ricerca.

Osservazioni per l'operatore

- ◆ La VCE (in lingua inglese "Pillcam") è nata come metodica non invasiva per la valutazione delle patologie del piccolo intestino: consente infatti un'eccellente visualizzazione della mucosa ileale.
- ◆ La seconda generazione di Pillcam sembra essere promettente come metodica da utilizzare in caso di colonscopia incompleta o controindicata, ma non ci sono ancora sufficienti esperienze per la sua applicazione nel campo dello screening.²⁶



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

- ◆ No, perché non è importante il livello di sanguinamento, ma il fatto che l'esame ha mostrato delle tracce di sangue in una quantità che per lo screening è significativa.
- ◆ Il test non fa una vera e propria diagnosi, per conoscere il motivo del sanguinamento bisogna fare la colonscopia.

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

Osservazioni per l'operatore

- ◆ Il risultato è positivo quando il dosaggio quantitativo dell'emoglobina umana supera l'indice di riferimento di 100 nanogrammi/ml, oggi più correttamente espresso come 20 microgrammi/grammi feci.
- ◆ In alcuni programmi la comunicazione di un test 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 coloretale queste sono il 30-40%.
- ◆ Uno studio²⁷ 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 al punto precedente. Il fatto cioè che il programma di screening deve dare una risposta binaria: positiva o negativa.

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

4.8 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.

4.9 Ma da dove vanno su?

- ◆ Vanno per via rettale, dall'ano. L'esame viene svolto in posizione coricata sul fianco sinistro (Figura 1*).

Figura 1. Colonscopia.



* Tratto da Wikipedia (<https://it.wikipedia.org/wiki/Colonscopia>).

Osservazioni per l'operatore

LA COLONSCOPIA

Cos'è la colonscopia?

- ❖ La "colonscopia" è un esame endoscopico, che consente di guardare l'interno del colon con uno strumento specifico per il colon, chiamato "colonscopio" che ha un diametro da circa 11 a 13 mm, è munito di microcamera e mostra in tempo reale l'interno del colon.
- ❖ 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 attraverso la valvola ileo-cecale) 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.
- ❖ 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.

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



I vantaggi della colonscopia

- ❖ 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.

Polipectomia

- ❖ 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.

La procedura

- ❖ 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.

Adattato dal sito dell'AIGO, Associazione Italiana Gastroenterologi & Endoscopisti Ospedalieri (www.aigo.org – sezione per i pazienti).



AGGIORNAMENTO:
LUGLIO 2018

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

4.10 E' un esame doloroso?

- ◆ E' un esame che può essere fastidioso, ma di solito è ben tollerato. Le verrà offerta una sedazione per alleviare il fastidio.
- ◆ E' fastidiosa la preparazione all'esame.

4.11 Mi danno qualcosa per dormire? Non posso farlo in anestesia generale?

- ◆ Non c'è necessità di una anestesia vera e propria, le verranno somministrati dei farmaci perché Lei si possa rilassare e avvertire meno dolore.

Per i programmi che prevedono la presenza dell'anestesista:

- ◆ Nella nostra Endoscopia possiamo farla dormire per il tempo necessario a fare l'esame.

Osservazioni per l'operatore

- ◆ Maggiori dettagli sulla sedazione in "La sedazione nella colonscopia di screening" (allegato 9 alle *Raccomandazioni* del Ministero¹).

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

4.12 Quanto tempo dura la colonscopia?

- ◆ In genere l'esame dura 20/30 minuti, tra tutto oretta circa.
- ◆ Poi le chiederanno di fermarsi nella stanza del risveglio finché non si sarà ristabilito e potrà andare a casa.
- ◆ Se avrà fatto la sedazione chiedi a qualcuno di accompagnarla per guidare la macchina al ritorno.



AGGIORNAMENTO:
LUGLIO 2018

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, se è stato dato un sedativo), il paziente potrà tornare a casa. Comunque, per il resto del giorno sarà meglio rimanere 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 anche nelle *Raccomandazioni* del Ministero a pagina 63¹ (alcune di queste complicanze, come per esempio il sanguinamento, si possono manifestare anche a 24 ore dall'esame).

Adattato dal sito dell'AIGO, Associazione Italiana Gastroenterologi & Endoscopisti Ospedalieri (<http://www.webaigo> – sezione per i pazienti).

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

4.13 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 150-180 cm e ha un diametro di circa 1-1,5 cm.

Osservazioni per l'operatore

- ◆ L'endoscopio misura 150-180 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.



AGGIORNAMENTO:
LUGLIO 2018

NOTE AGGIUNTIVE DEGLI OPERATORI

4.14 Se dovessero trovarmi un polipo lo toglierebbero subito?

- ◆ Lo valuterà il medico (l'endoscopista) durante l'esame. Il fatto di toglierlo subito o no può dipendere dall'aspetto, dalla grossezza, dalla posizione, dal numero dei polipi, da eventuali terapie che lei sta facendo e da altri fattori ancora.
- ◆ In base a quello che vedrà, il medico le proporrà di toglierlo subito o di rimandare. Lei potrà fargli tutte le domande che le interessano.

4.15 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 spesso in modo definitivo anche 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*.



**AGGIORNAMENTO:
LUGLIO 2018**

Osservazioni per possibili linee di lavoro

- ◆ Abbiamo rilevato alcune differenze fra i diversi centri nelle istruzioni per la preparazione intestinale. Esistono delle linee guida internazionali²⁸ che raccomandano che gli operatori sanitari forniscano istruzioni sia orali che scritte ai pazienti per la preparazione alla colonscopia. Infatti, ottimizzare la preparazione dell’intestino è fondamentale per aumentare l’efficacia della colonscopia. L’adozione di un regime di preparazione a dosi suddivise (“split”, cioè con la somministrazione della prima metà del preparato la sera prima della colonscopia e la seconda metà al mattino) ha dimostrato un’efficacia superiore nella pulizia dell’intestino rispetto al regime tradizionale di somministrazione in cui si somministrava l’intera preparazione il giorno prima della procedura. La preparazione “split” è associata a una maggiore capacità diagnostica della colonscopia fatta nell’ambito dello screening (30% in più di lesioni neoplastiche diagnosticate). Uno studio recente ha evidenziato che l’educazione del paziente è fondamentale per ottimizzare i risultati della preparazione.²⁹
- ◆ 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

4.23 Cosa si può trovare con la colonscopia nell’intestino?

- ◆ Durante la colonscopia il gastroenterologo potrebbe individuare delle emorroidi, dei diverticoli, oppure potrebbe trovare un piccolo polipo, che potrà decidere di togliere subito, durante l’esame.



Figura 2. Colon pulito.



Figura 3. Colon sporco.



Figura 4. Polipo.



Figura 5. Diverticoli.

Le immagini sono state fornite per gentile concessione della Dott.ssa Elisabetta Buscarini, Direttore della SC di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva dell'ASST di Crema.

4.24 E' vero che mi devo assentare dal lavoro durante la preparazione alla colonscopia?

◆ L'esame richiede una pulizia completa dell'intestino, per questo motivo si consiglia di seguire una dieta povera di scorie, cioè di fibre vegetali. E' necessario rimanere a casa dal pomeriggio precedente, quando si deve iniziare ad assumere i prodotti per la pulizia dell'intestino. Questi lassativi provocano l'emissione di feci molto liquide senza dolori intestinali. Bisogna seguire strettamente le istruzioni ricevute per poter pulire bene le pareti intestinali e permettere la buona riuscita dell'esame.

4.25 E se sto assumendo farmaci, come mi devo comportare durante la preparazione?

◆ Nel caso si seguano terapie particolari che prevedono l'assunzione regolare di farmaci (insulina, anticoagulanti o altro) è bene riferirlo ai sanitari durante il colloquio per la preparazione alla colonscopia.

4.26 Sono portatore di pacemaker: cosa devo fare?

◆ E' bene riferirlo ai sanitari durante il colloquio per la preparazione alla colonscopia, poiché potrebbe rendersi necessario un consulto con il cardiologo prima di sottoporsi all'esame.

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. Disponibile all'indirizzo <https://www.osservatorionazionale screening.it/content/le-raccomandazioni> (ultimo accesso: 30 luglio 2018).
2. AIOM – AIRTUM. *I numeri del cancro in Italia 2017*. Pensiero Scientifico Ed, Roma 2017.
3. Zorzi M, Fedeli U, Schievano E et al. Impact on colorectal cancer mortality of screening programmes based on the faecal immunochemical test. *Gut* 2015;64(5):784-90.
4. Ventura L, Mantellini P, Grazzini G et al. The impact of immunochemical faecal occult blood testing on colorectal cancer incidence. *Dig Liver Dis* 2014;46(1):82-86.
5. Giorgi Rossi P, Vicentini M, Sacchetti C et al. Impact of Screening Program on Incidence of Colorectal Cancer: A Cohort Study in Italy. *Am J Gastroenterol* 2015;110(9):1359-66.
6. Grazzini G. Il contributo degli utenti nella verifica di alcuni aspetti dei programmi di screening coloretale: l'esperienza veneta e toscana. "Comunicare con tutti", 3° Seminario sulla Comunicazione nei Programmi di Screening Oncologici, Roma 12 Dicembre 2005. <http://www.epicentro.iss.it/discussioni/screening/presentazioni/Grazzini.pdf>
7. Grazzini G, Ventura L, Zappa M et al. Influence of seasonal variations in ambient temperatures on performance of immunochemical faecal occult blood test for colorectal cancer screening: observational study from the Florence district. *Gut* 2010;59(11):1511-15. doi:10.1136/gut.2009.200873.
8. van Rossum LG, van Rijn AF, van Oijen MG et al. False negative fecal occult blood tests due to delayed sample return in colorectal cancer screening. *Int J Cancer* 200;125(4):746-50. doi: 10.1002/ijc.24458.
9. Dancourt V, Hamza S, Manfredi S et al. Influence of sample return time and ambient temperature on the performance of an immunochemical faecal occult blood test with a new buffer for colorectal cancer screening. *Eur J Cancer Prev* 2016;25(2):109-14.
10. Grazzini G, Ventura L, Rubeca T et al. Impact of a new sampling buffer on faecal haemoglobin stability in a colorectal cancer screening programme by faecal immunochemical test (FIT). *Eur J Cancer Prev* 2017;26(4):285-91.
11. Rubeca T, Rapi S, Deandrea S et al. Guidance for faecal occult blood testing: quantitative immunochemical method (FIT-HB) in colorectal cancer screening programmes *Epidemiol Prev* 2017;41(5-6) Suppl 1:1-31.
12. 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):1750-54.
13. Zorzi M, Fedato C, Grazzini G et al. High sensitivity of five colorectal screening programmes with faecal immunochemical test in the Veneto Region, Italy. *Gut* 2011;60:944-49.
14. Giorgi Rossi P, Carretta E, Mangone L et al. Colorectal Cancer Screening IMPATTO Working Group. Incidence of interval cancers in faecal immunochemical test colorectal screening programmes in Italy. *J Med Screen* 2018;25(1):32-39.
15. Campari C, Sassatelli R, Paterlini L, Camellini L, Menozzi P, Cattani A. Sensibilità del test



immunochimico e del programma nello screening del cancro del colon retto nella provincia di Reggio Emilia. *Epidemiol Prev* 2011;35(2):118-24.

16. von Karsa L, Patnick J, Segnan N et al. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. *Endoscopy* 2013;45(1):51-59.
17. Zorzi M, Da Re F, Mantellini P et al. Screening for colorectal cancer in Italy: 2011-2012 survey. *Epidemiol Prev* 2015;39(3) Suppl 1:93-107.
18. Castiglione G, Zappa M, Visioli CB et al. Gastric cancer after positive screening faecal occult blood testing and negative assessment. *Dig Liver Dis* 2007;39(4): 321-26.
19. Allard J1, Cosby R, Del Giudice ME et al. Gastroscopy following a positive fecal occult blood test and negative colonoscopy: systematic review and guideline. *Can J Gastroenterol* 2010;24(2):113-20.
20. Nieuwenburg SAV, Vuik FER, Kruij MJHA et al. Effect of anticoagulants and NSAIDs on accuracy of faecal immunochemical tests (FITs) in colorectal cancer screening: a systematic review and meta-analysis. *Gut* 2018; 0:1-7. pii: gutjnl-2018-316344.
21. "Comunicare il dolore". In: *Comunicazione. Bibliografia ragionata*. Osservatorio Nazionale Screening. <http://www.osservatorionazionale screening.it/ons/comunicazione/bibliografia.htm>
22. Halligan S, Wooldrage K, Dadswell E et al. Computed tomographic colonography versus barium enema for diagnosis of colorectal cancer or large polyps in symptomatic patients (SIGGAR): a multicentre randomised trial. *Lancet* 2013;381(9873):1185-93.
23. Sali L, Grazzini G, Mascalchi M. CT colonography: role in FOBT-based screening programs for colorectal cancer. *Clin J Gastroenterol* 2017;10(4):312-19.
24. Sali L, Ventura L, Mascalchi M et al. Faecal immunochemical test in subjects not attending screening computed tomography colonography and colonoscopy in a randomized trial. *Eur J Cancer Prev* 2018;27(2):105-109.
25. Levine MS, Yee J. History, evolution, and current status of radiologic imaging tests for colorectal cancer screening. *Radiology* 2014;273(2) Suppl:160-80.
26. Spada C, Barbaro F, Andrisani G et al. Colon capsule endoscopy: What we know and what we would like to know. *World J Gastroenterol* 2014;20(45):16948-55.
27. 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.
28. Hassan C, Bretthauer M, Kaminski MF et al. Bowel preparation for colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. *Endoscopy* 2013;45(2):142-50.
29. Andrealli A, Paggi S, Amato A et al. Educational strategies for colonoscopy bowel prep overcome barriers against split-dosing: A randomized controlled trial. *United European Gastroenterol J* 2018;6(2):283-89.

CCR



