

Per aumentare la partecipazione ai programmi di screening

A cura di Luisella Gilardi, DoRS

In Gran Bretagna è presente dal 2006 un programma di screening per la ricerca di sangue occulto nelle feci per la prevenzione del cancro del colon rivolto a tutti i cittadini che hanno tra i 60 e i 74 anni. La fascia di popolazione più svantaggiata partecipa meno. Un articolo pubblicato su Lancet a febbraio riferisce i risultati di quattro diverse strategie per incrementare l'adesione di questa fascia di popolazione.

Da sapere

Il cancro del colon - retto è uno dei tumori più diffusi al mondo, il secondo in Gran Bretagna. Lo screening attraverso la ricerca del sangue occulto nelle feci riduce la mortalità. In Gran Bretagna è attivo questo screening già dal 2006 e offre la possibilità a tutti i cittadini che hanno dai 60 ai 74 anni di partecipare al test.

E' realizzato dal Servizio Sanitario e non comporta costi per i partecipanti, approccio che dovrebbe garantire un'equa partecipazione da parte di tutta la popolazione coinvolta.

Tuttavia l'adesione varia a seconda del grado di deprivazione del quartiere di residenza. Tra il 2006 e il 2009 l'adesione era del 61% tra chi risiedeva nei quartieri meno deprivati e del 35% per chi risiedeva in quelli più deprivati.

Le lettere di invito sono inviate dai vari centri per lo screening via posta.

Alla lettera viene allegato un documento di 13 pagine che illustra i rischi e benefici dello screening per una decisione informata.

Il testo del documento può essere complesso per chi ha scarse capacità di comprensione delle informazioni sulla salute e della statistica.

Obiettivo

Si sono dunque testate quattro diverse modalità di invito con l'obiettivo di stimare quale ne aumentasse l'adesione in generale e quale riducesse il gradiente sociale.

Metodi

Tutti le persone eleggibili per lo screening (uomini e donne di età compresa tra i 60 e i 74 anni) sono stati inclusi in quattro trial randomizzati di tipo cluster.

Il gruppo di controllo in ognuno dei quattro trial riceve l'informazione tradizionale (la lettera di invito più il documento esplicativo di 13 pagine).

Nel trial numero 1, il gruppo di intervento, oltre all'informazione tradizionale, riceve una brochure di sintesi delle informazioni salienti (allegato 1).

Nel trial numero 2, un depliant che raccoglie le storie personali di chi ha partecipato allo screening (allegato 2).

Nel trial numero 3, una lettera del medico di famiglia di sostegno del programma (allegato 3)

Nel trial numero 4 una lettera di sollecito in cui in fondo è stata inserita una frase che riafferma l'offerta dello screening e all'inizio un banner in cui si dice " Un promemoria per te".

Lo status socio-economico è stato definito sulla base del punteggio dell'Indice multiplo di deprivazione attribuito a partire dall'indirizzo di residenza.

L'outcome primario dello studio è stato il gradiente socioeconomico nell'adesione allo screening.

Risultati principali dello studio

Tutti e quattro i trials erano integrati nello screening, pertanto la perdita al follow up è stata minima. Il trial numero 1 e il trial numero 2 non hanno mostrato effetti sul gradiente socioeconomico nell'adesione allo screening.

Il trial numero 3 non ha mostrato effetti sul gradiente socioeconomico ma è stato associato con un incremento generale dell'adesione allo screening.

Nel trial numero 4 invece si è visto una riduzione del gradiente socioeconomico.

Le persone che facevano parte del quintile più deprivato hanno partecipato di più allo screening rispetto a chi apparteneva al gruppo meno deprivato.

Valore aggiunto dello studio

La ricerca della letteratura scientifica sull'argomento non ha identificato alcuno studio che ha utilizzato trial randomizzati e controllati per testare interventi volti a ridurre il gradiente socioeconomico nell'adesione allo screening.

I trials realizzati e descritti in questo studio valutano modi differenti di aumentare la visibilità e l'importanza di un programma di screening nazionale per la prevenzione del cancro del colon.

L'inserimento di materiale aggiuntivo alla normale documentazione inviata alle persone ha permesso di contenere i costi dell'intervento e di limitare i bias di selezione.

Tutti e quattro gli interventi sono stati supportati da evidenze di efficacia testate in altri contesti.

I depliant semplici e schematici non hanno ottenuto alcun effetto, mentre la lettera di sostegno da parte del medico di famiglia e le lettere di sollecito contenenti messaggi di rinforzo hanno avuto un impatto, la prima sull'adesione generale, la seconda sulla riduzione delle disuguaglianze nell'accesso allo screening.

Molto probabilmente la mancata efficacia dei depliant schematici e narrativi può essere dovuta alla mole di documentazione inviata.

L'effetto della lettera di sollecito può invece, al contrario, essere dovuto ad un aumento di visibilità, proprio perché non era accompagnata da altro materiale.

Risultati che mostrano l'importanza di testare gli interventi in contesti reali contenendo i costi.

Implicazioni delle evidenze disponibili

I programmi universali di screening offrono a tutti le stesse opportunità perché non costano e, come in questo caso, possono essere realizzati presso la propria abitazione, senza recarsi in ospedale. Tuttavia permangono disuguaglianze nell'accesso. Le fasce di popolazione più svantaggiate partecipano meno.

La riduzione significativa del gradiente socioeconomico nell'accesso ottenuta con la lettera di sollecito può contribuire a migliorare l'equità senza ulteriori costi.

Anche l'effetto ottenuto con la lettera di sostegno è importante, unire insieme questi due strumenti potrebbe migliorare sia l'adesione sia l'equità.

Riferimento

Wardle J, von Wagner C, Kralj-Hans I, Halloran SP, Smith SG, McGregor LM, Vart G, Howe R, Snowball J, Handley G, Logan RF, Rainbow S, Smith S, Thomas MC, Counsell N, Morris S, Duffy SW, Hackshaw A, Moss S, Atkin W, Raine R. [Effects of evidence-based strategies to reduce the socioeconomic gradient of uptake in the English NHS Bowel Cancer Screening Programme \(ASCEND\): four cluster-randomised controlled trials.](#) Lancet. 2016 Feb 20;387(10020):751-9.