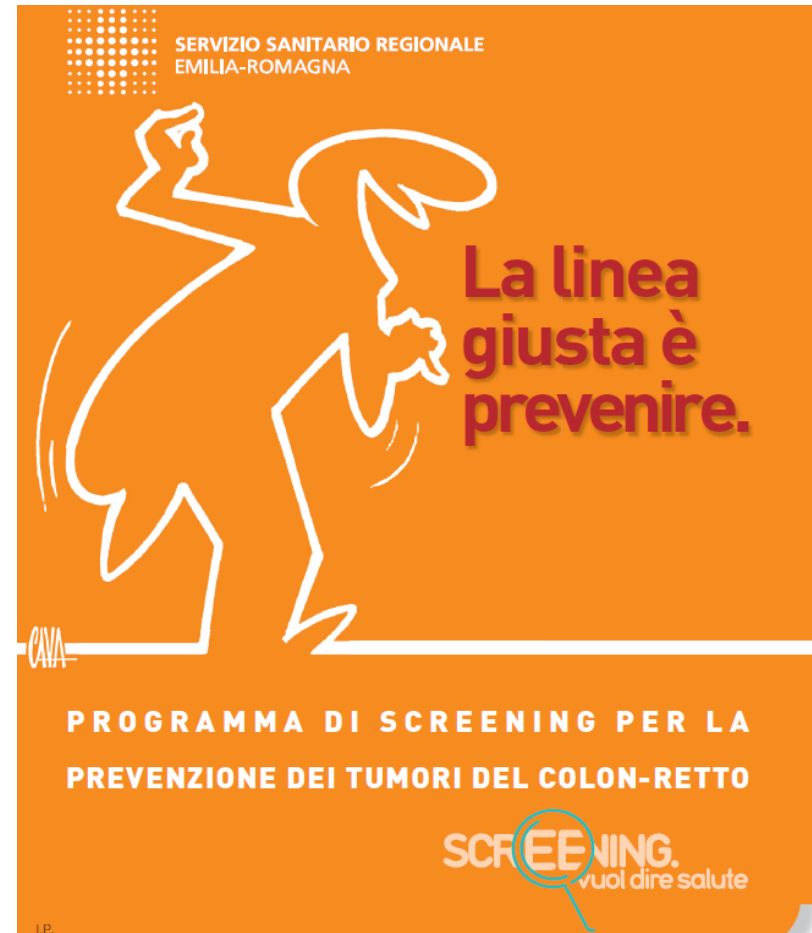


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

# Risultati del programma di screening dei tumori del colon retto a Ferrara

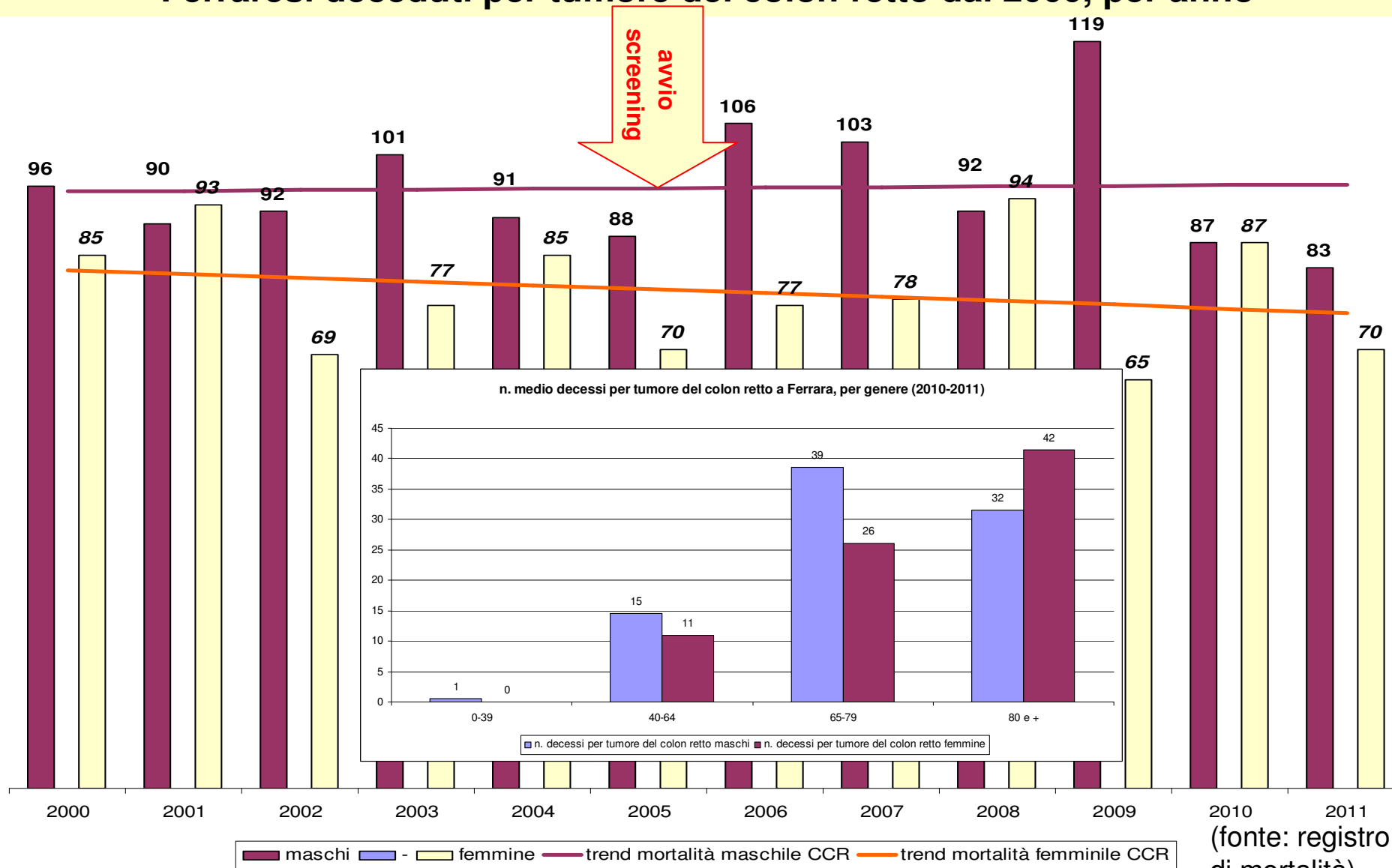
Aldo De Togni

direttore Unità Operativa Organizzazione Oncologica  
Dipartimento di Sanità Pubblica



# Il tumore del colon-retto è un problema di salute che coinvolge un elevato numero di persone

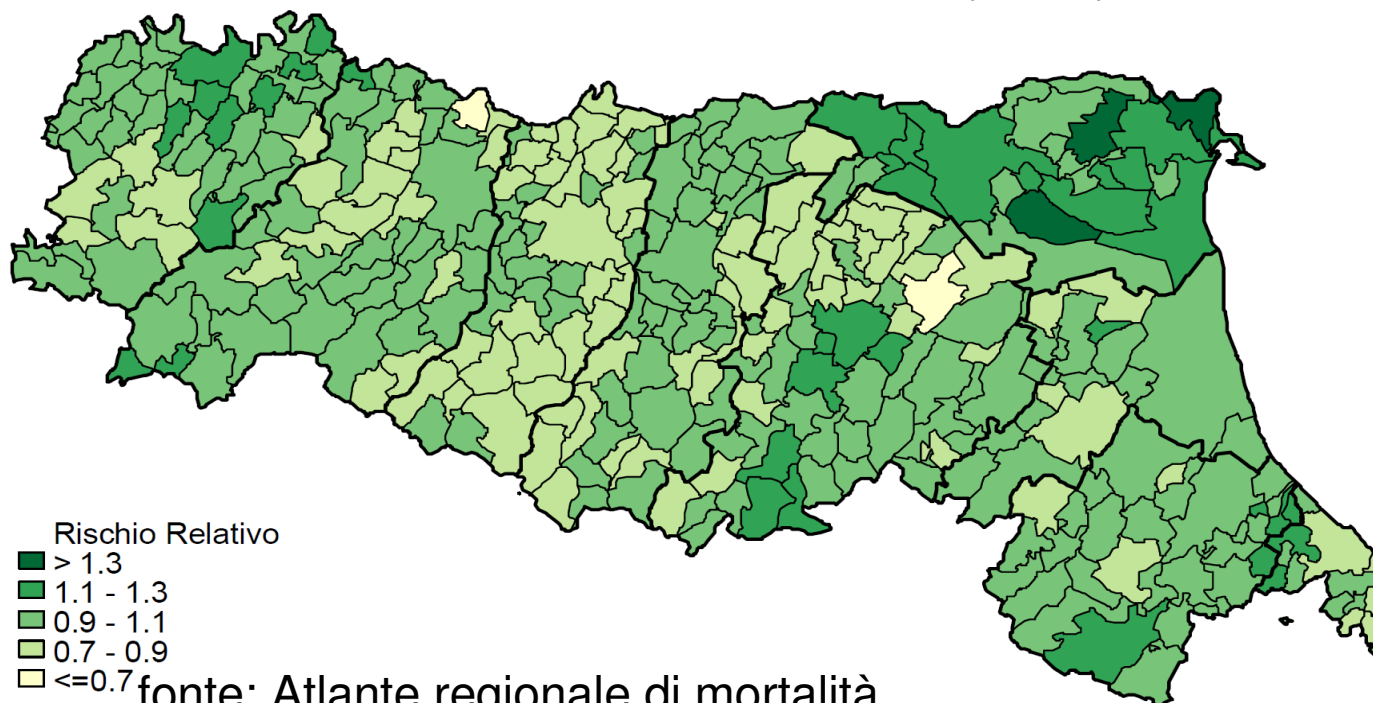
Ferraresi deceduti per tumore del colon-retto dal 2000, per anno



(fonte: registro di mortalità)

# Ferrara presenta la più elevata mortalità, in regione, per tumore del colon retto

Mappa della mortalità per tumore del colon retto, per comune di residenza.  
Periodo 2003-2007, totale. SMR (BMR)



Area Geografica	Totale Morti	Tasso Grezzo	Tasso Standardizzato	SMR	Intervallo di Confidenza
distretto					
Ovest	161	44,19	43,92	1,18	1,01 - 1,38
Centro-Nord	463	52,44	45,22	1,23	1,12 - 1,35
Sud-Est	252	49,34	45,57	1,22	1,08 - 1,38
<b>AUSL 109 Ferrara</b>	<b>876</b>	<b>49,83</b>	<b>45,11</b>	<b>1,22</b>	<b>1,14 - 1,30</b>

# Il tumore del colon-retto è un problema di salute pubblica che coinvolge un elevato numero di persone

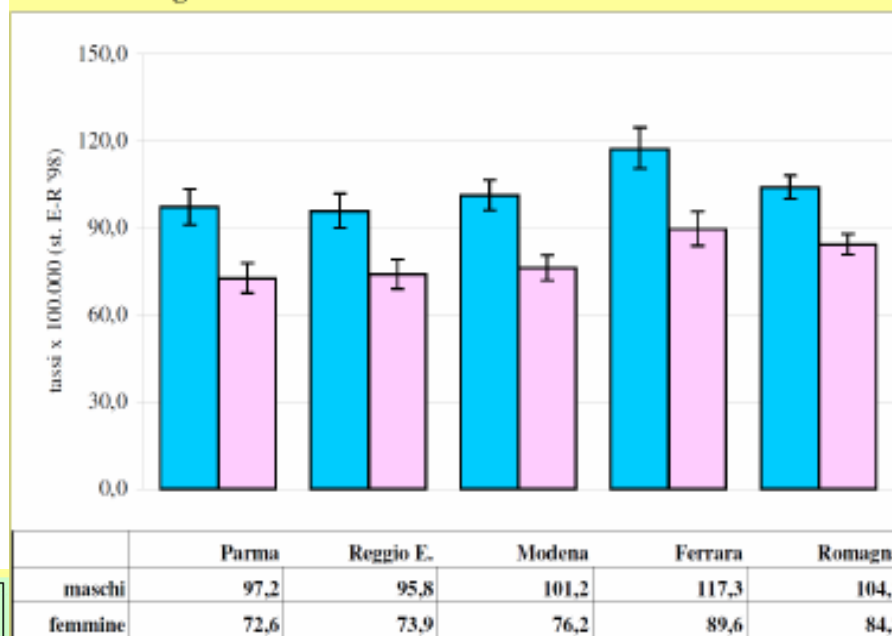
**rischio cumulativo di incidenza del tumore del colon retto**  
(pool AIRTUM 2005-2007)

Sede	Maschi	Femmine
Vie aerodigestive superiori	36	166
Stomaco	28	57
<b>Colonretto</b>	10 <b>III°</b>	17 <b>II°</b>
Fegato	34	95
Pancreas	51	64
Polmone	9	35
Cute melanomi	43	58
Cute non melanomi	9	15
Mammella	553	8
Utero corpo	-	47
Ovaio	-	74
Prostata	7	-
Rene vie urinarie*	36	84
Vescica**	13	69
Tiroide	152	56
Linfoma non Hodgkin	45	61
Tutti i tumori esclusi epitelomi della cute	2	2

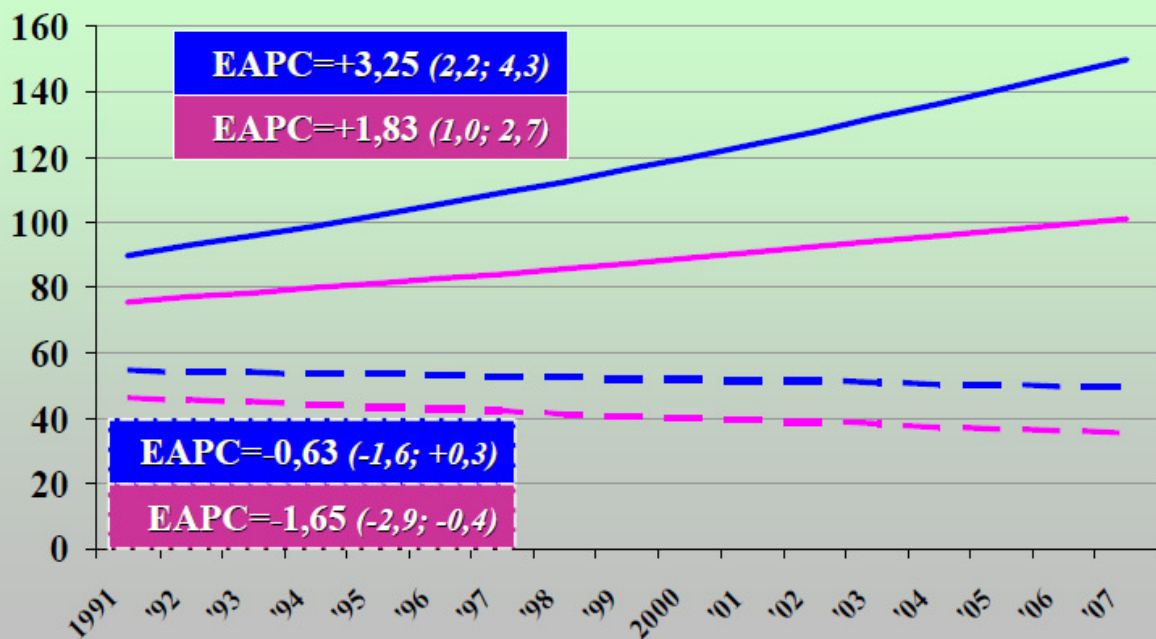
# registro tumori della provincia di Ferrara: mortalità in lieve diminuzione, incidenza maggiore in regione e in aumento

fonte: Stefano Ferretti – Registro Tumori  
della provincia di Ferrara

Confronti regionali - incidenza 2000-2004



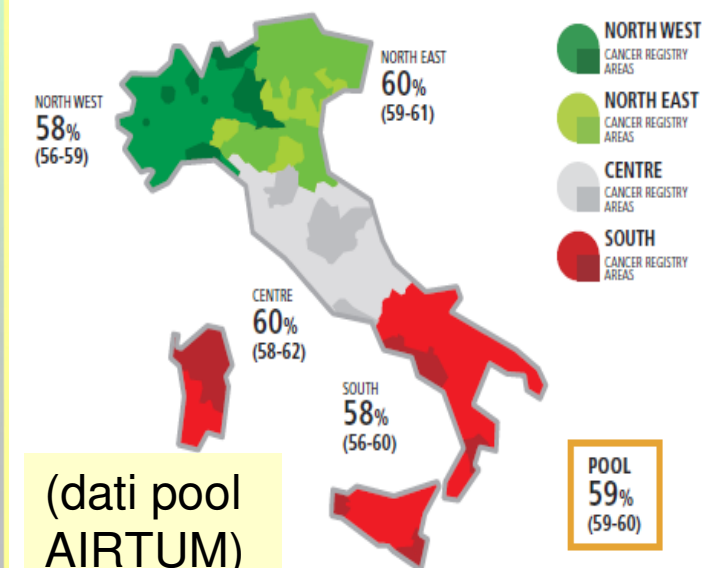
— incidenza maschi    — incidenza femmine  
- - mortalità maschi    - - mortalità femmine



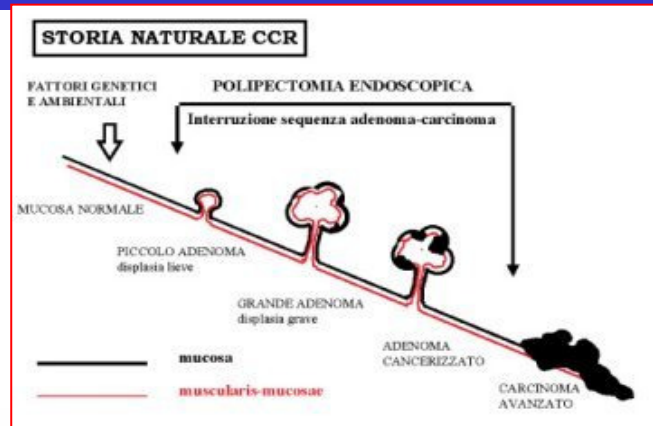
## COLON CANCER

MALE

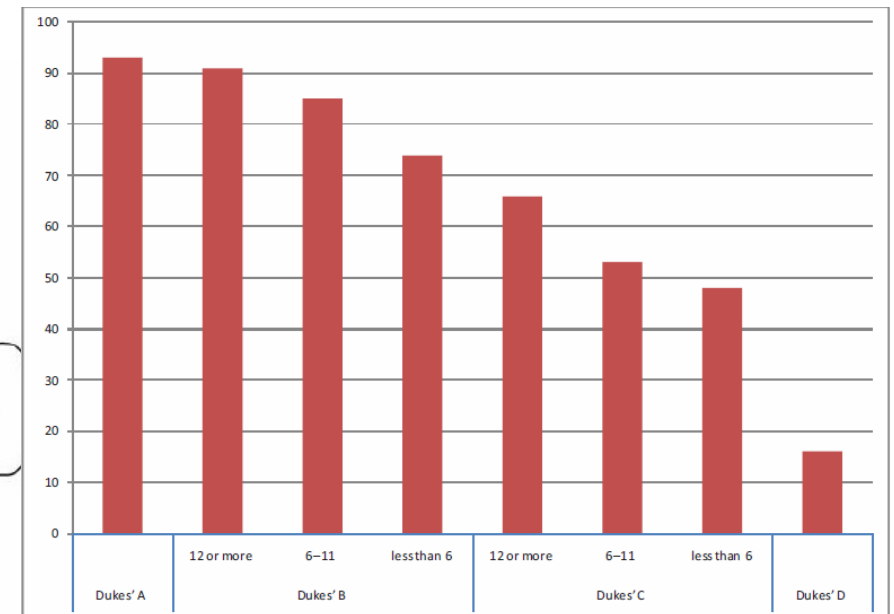
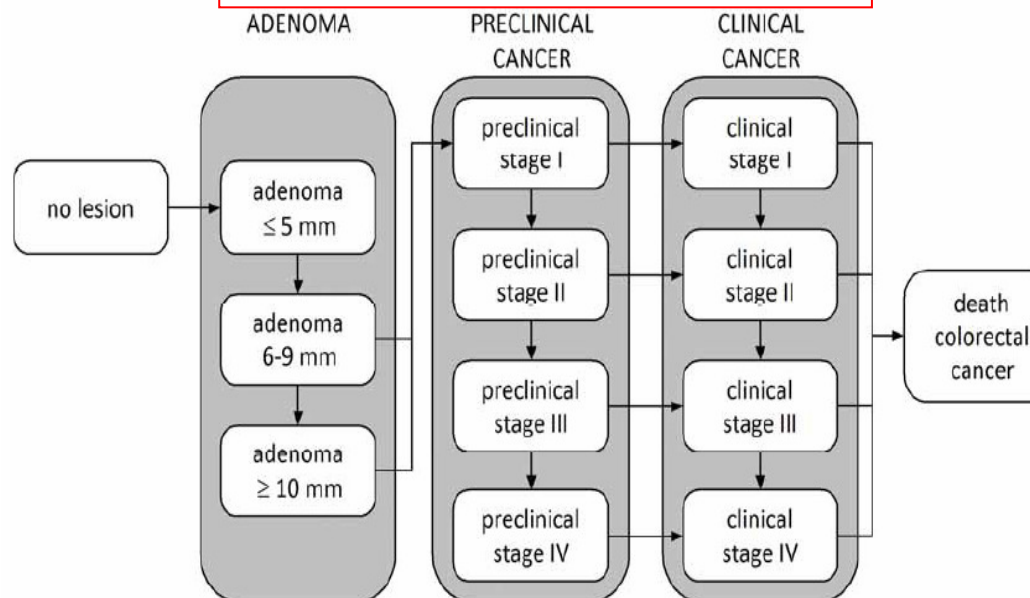
5-YEAR AGE-STANDARDIZED RELATIVE SURVIVAL (%) (CI 95%),  
BY GEOGRAPHICAL AREA, 2000-2004  
POOL OF 31 CANCER REGISTRIES



# Esiste un precursore del CCR (adenoma) che è possibile diagnosticare e trattare



la rimozione dell'adenoma previene l'insorgenza del CCR, in ogni caso il trattamento precoce è vantaggioso in termini di salute



fonte: Ciccolallo e al., 2005

Nel 70-90% dei casi il CCR si sviluppa da polipi adenomatosi

durata: 10-15 anni

# obiettivi (= vantaggi) dello screening del tumore del colon retto

1. identificazione in fase precoce delle forme neoplastiche invasive  
**=> riduzione rischio di morte**

2. rimozione terapeutica dei polipi adenomatosi  
**=> riduzione incidenza CCR**  
(per interruzione della possibile progressione da adenoma a cancro)

## LESIONI PREMALIGNI DEL COLON-RETTO Codici delle lesioni

tab. 1 – Codici topografici eligibili (colon, retto ed ano)

Versione codifica	Codici
ICD-O 1:	T-153.0 – 154.9
ICD-O 2:	C18.0 - C21.9
ICD-O 3:	C18.0 – C21.9
SNOMED:	T-66000-69999

tab. 2 – Codici morfologici, diagnosi e classi da considerare (SNOMED ICD-O):

Cod.	Lesione		
67033	Displasia ghiandolare grave	82110	Adenoma tubulare
72040	Polipo iperplastico	82130	Adenoma serrato
74007	Displasia moderata	82133	Adenocarcinoma in adenoma serrato
75630	Polipo amartomatoso	82210	Polipi adenomaosi multipli
75640	Polipo giovanile	82401	Carcinoide ad inc. potenz. maligno
76700	Condiloma	82403	Carcinoide, NAS
76720	Condiloma acuminato	82610	Adenoma villosa
76800	Polipo NAS	82612	Adenoca. intramucoso in ad. villosa
76810	Polipo fibroepiteliale	82613	Adenoca. invasivo in ad. villosa
76820	Polipo infiammatorio	82623	Adenocarcinoma villosa
76830	Polipo infiammatorio	82630	Adenoma tubulo-villosa
80003	Tumore maligno, NAS	82631	Ad. tubulo-vill. a comport. incerto
80103	Carcinoma invasivo, NAS	82632	Adenoca. intramuc. in ad. tub.viloso
80413	Carcinoma a piccole cellule, NAS	82633	Adenoca. invasivo in ad. tub.viloso
80513	Carcinoma verrucoso, NAS	84803	Adenocarcinoma mucinoso
80702	Carcinoma squamocellulare in situ	84813	Adenocarcinoma con prod. muco
80703	carcinoma squamocellulare invasivo	84903	Carcinoma gelatinoso
80812	Carcinoma intraepidermico (Bowen)	85103	Carcinoma midollare
81233	Carcinoma basaloide	87203	Melanoma maligno
81400	Adenoma, NAS	88..0/2	Tumori dei tessuti molli non invasivi
81401	Adenoma a comportamento incerto	88..0/3	Tumori dei tessuti molli invasivi
81402	Adenocarcinoma in situ	89360/3	Tumori stromali gastroint. (GIST)
81403	Adenocarcinoma invasivo	9....0/2	Altri tumori non invasivi
82102	Adenoca. intramucoso in adenoma	9....3	Altri tumori invasivi
82103	Adenoca. invasivo in adenoma		

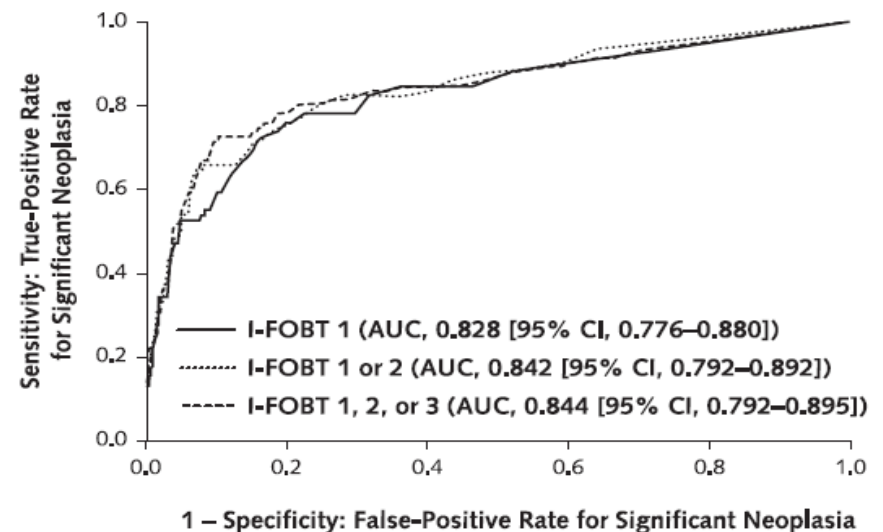
**i test per la ricerca di sangue occulto fecale hanno dimostrato caratteristiche idonee allo screening: accettabilità, sicurezza, facilità di esecuzione, ripetitività ed economicità (e accuratezza)**

<b>Study</b> (guaiaco)	<b>Age range</b>	<b>RRR CRC mortality</b>	<b>Years of follow-up</b>
Nottingham	45–75	13% (CI 0.78–0.97)	11 years
Funen	45–74	11% (CI 0.78–1.01)	17 years
Minnesota	50–80	21% (CI 0.62–0.97)	18 years
Goteborg	60–64	16% (CI 0.78–0.90)	15.5 years

Su 10 mila persone invitate a effettuare una ricerca del sangue occulto in un programma di screening, ci si attendono 8,5 morti da CCR in meno nell'arco di 10 anni, se due terzi effettuano almeno un test. (Linee guida Min. Salute.2005)

**Il metodo scelto come test di screening di primo livello del CCR è la ricerca del sangue occulto nelle feci con metodo immunoenzimatico**

- **ottima capacità diagnostica** ----->
- **consente lavorazione automatizzata centralizzata**





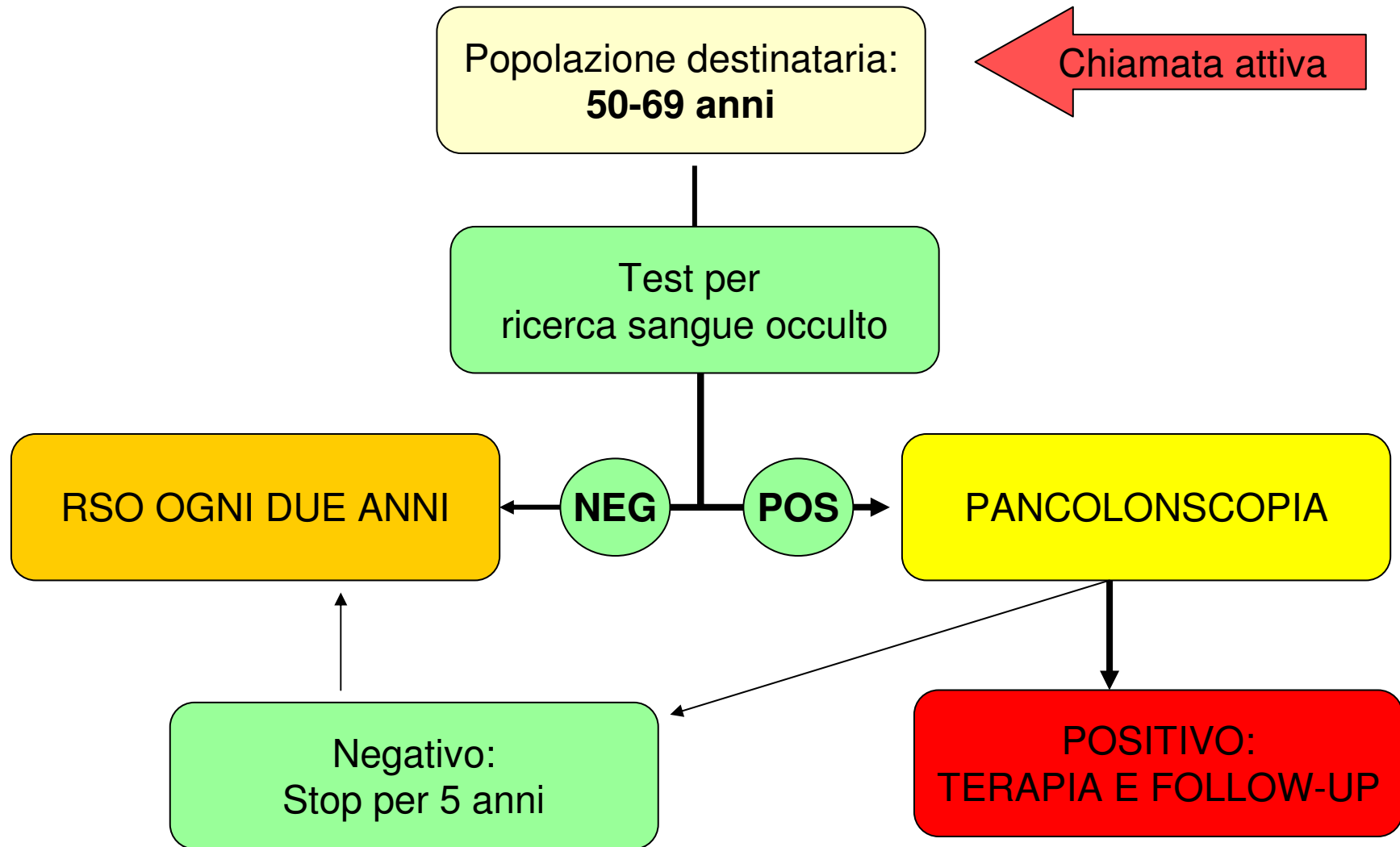
# Quando è attuato come programma di sanità pubblica, lo screening è un processo complesso, comprendente il controllo della qualità in tutti gli aspetti per garantire livelli ottimali di trattamento



Summary Table of performance standards in colorectal cancer screening

Indicator <sup>1</sup>	Acceptable level	Desirable level
1 Invitation coverage <sup>Rec 3.7; Sect 3.3.1</sup>	95%	>95%
2 Uptake rate <sup>Rec 3.8; Sect 3.3.1</sup>	>45%	>65%
3 Rate of inadequate FOBT <sup>Rec 3.9; 4.21; Sect 3.3.2; 4.3.4</sup>	<3%	<1%
4 Maximum time between test and receipt of result should be 15 days <sup>Rec 3.15; Sect 3.3.4</sup>	>90%	
5 Rate of referral to follow-up colonoscopy after positive test <sup>Rec 3.10; Sect 3.3.2, 3.3.3</sup>	90%	>95%

# Percorso diagnostico terapeutico del programma di screening del tumore del colon-retto



# Attori principali del Programma di screening



## Azienda USL

Dipartimento Sanità Pubblica

Dipartimento Cure Primarie

Laboratorio Analisi

Centri di Endoscopia

Diagnostica per Immagini

Chirurgia



## Azienda Ospedaliera Universitaria

Centro di Endoscopia

Diagnostica per Immagini

Anatomia Patologica

Chirurgia

Oncologia - Radioterapia



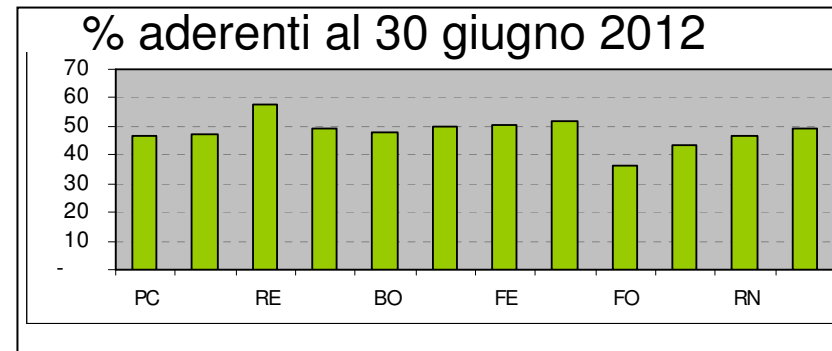
dal 2009 l'offerta dello screening CCR è basata sulla

collaborazione di tutte le farmacie della provincia

# Risultati del programma di screening per il tumore del colon retto nel 2010 e nel 2011

**Nel 2010:  
adesione=55%**

Coorte esame 2011  
Invitati 2011: 46.504  
**aderenti: 21.422**  
(47%)



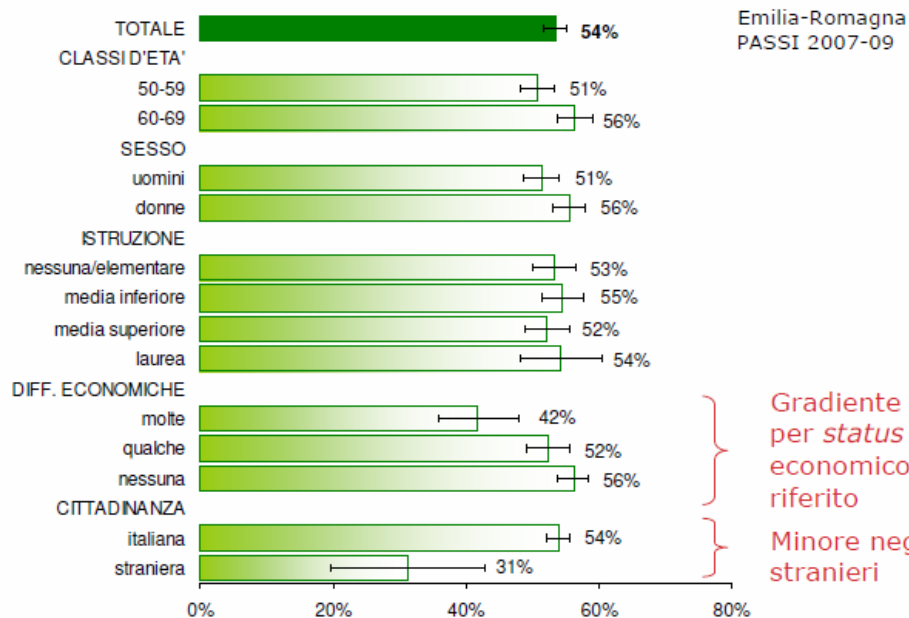
test negativo:  
20.355  
(95%)

test positivo:  
1067  
(5%)

**Nel 2010:  
positivi=4,7%**

adesioni  
colonscopia:  
885 (83%)

rifiuti +  
cartelle aperte:  
182 (17%)



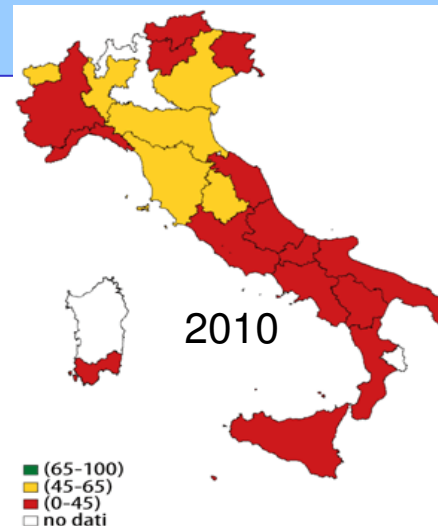
Emilia-Romagna  
PASSI 2007-09

Gradiente per status economico riferito

Minore negli stranieri

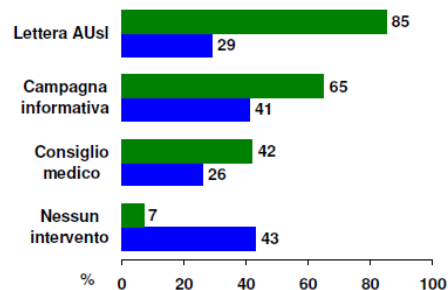
Significatività di sesso, età, status economico riferito e cittadinanza nella regressione logistica

## Informazioni dalla sorveglianza PASSI sull'adesione allo screening CCR



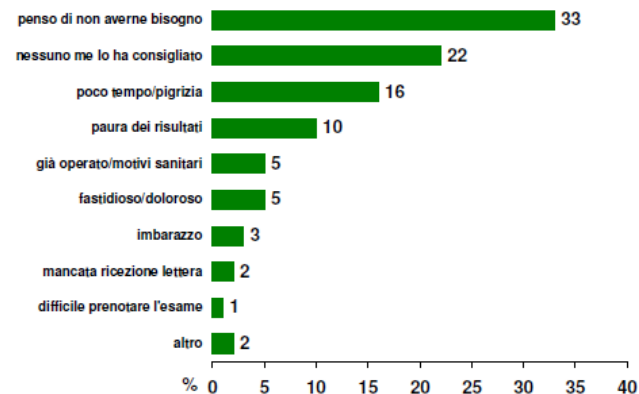
### Impatto degli interventi di promozione sull'effettuazione degli esami per la ricerca dei tumori coloretali

Pool PASSI e Emilia-Romagna



ER

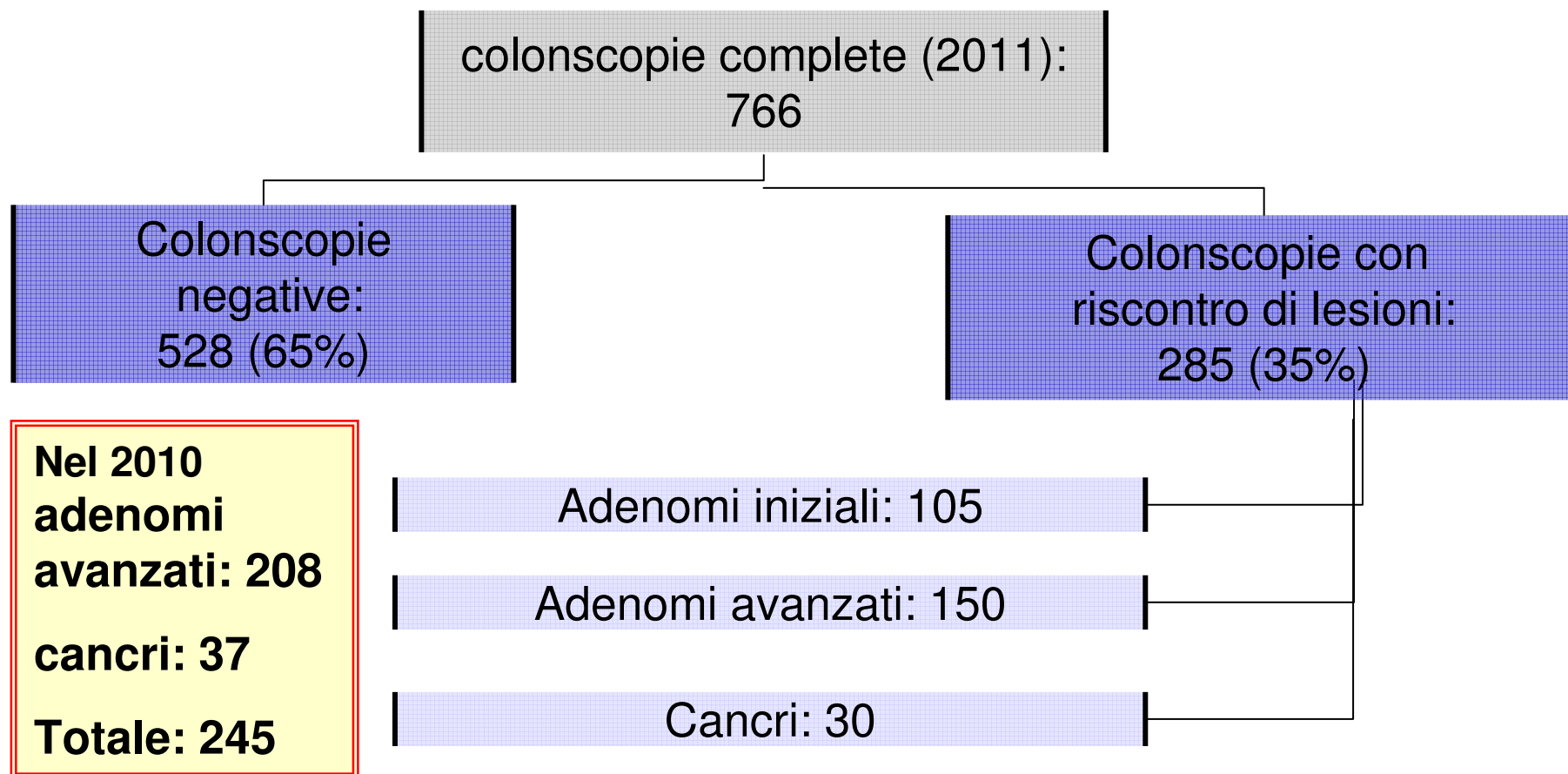
### Motivazione della non effettuazione degli esami per la diagnosi dei tumori coloretali secondo le linee guida (Emilia-Romagna 2009)

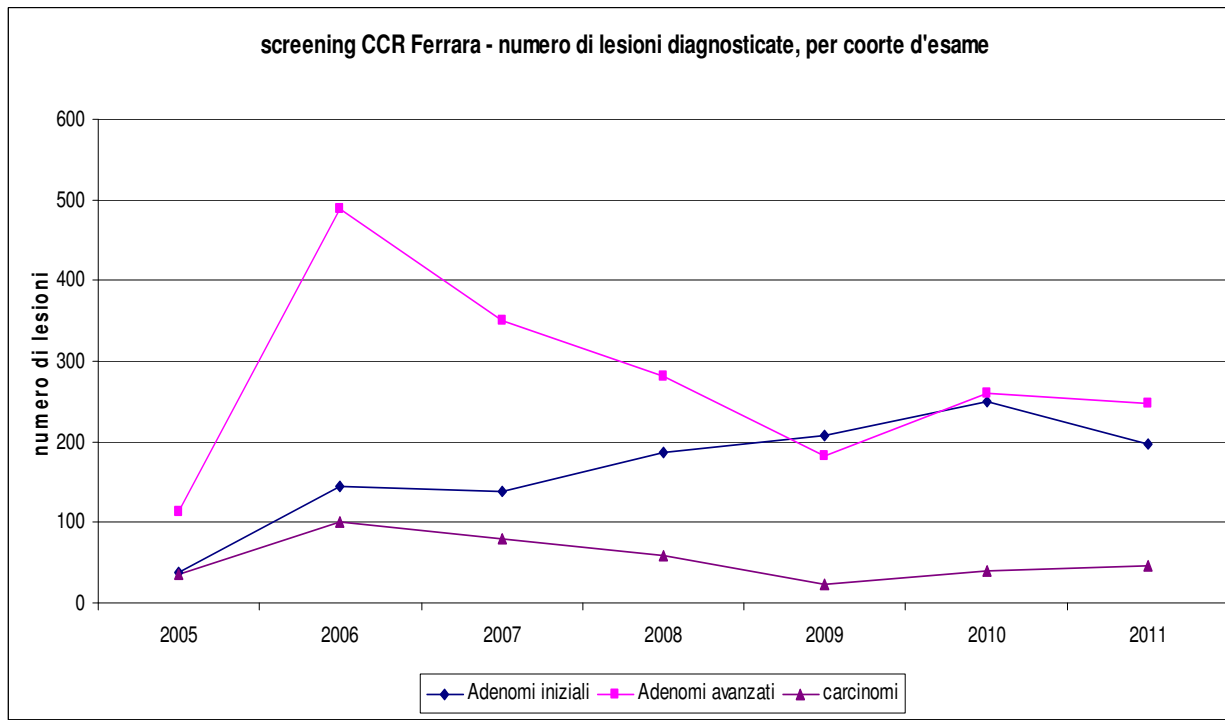


# Risultati del programma di screening per il tumore del colon retto nel 2010- 2011

## Colonscopia totale: tecnologia invasiva; costosa; scarsa

La colonscopia totale è il test più accurato per individuare adenomi e CCR, tanto da essere considerata il gold standard di riferimento per tutte le altre metodiche. Essenziale per la diagnosi precoce del CCR.

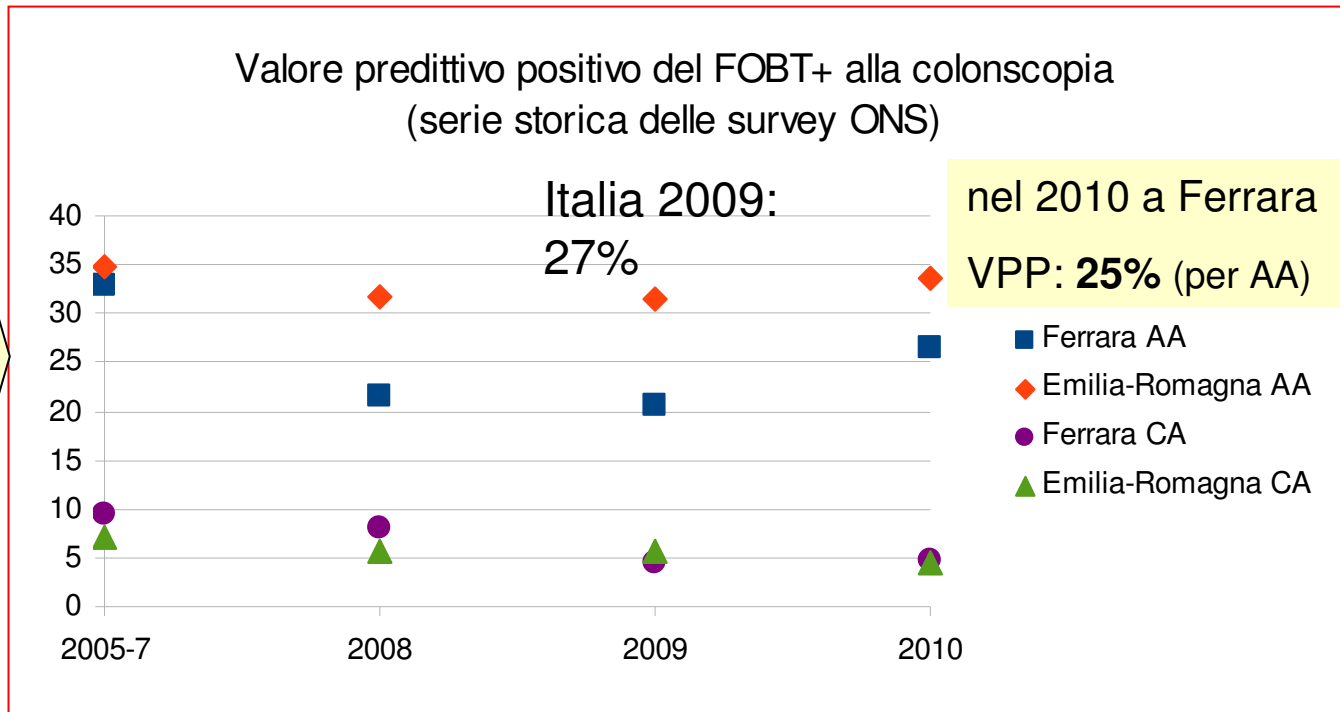




### Screening Ferrara 2005-2011 (totale coorti esame)

- persone con test: 157.500
- test positivi: 8516
- colonscopie: 5948
- **adenomi iniziali: 923**
- **adenomi avanzati: 1182**
- **adenocarcinomi: 368**

Un **valore predittivo positivo** basso implica un alto numero di falsi positivi con una percentuale molto alta di approfondimenti diagnostici eseguiti inutilmente

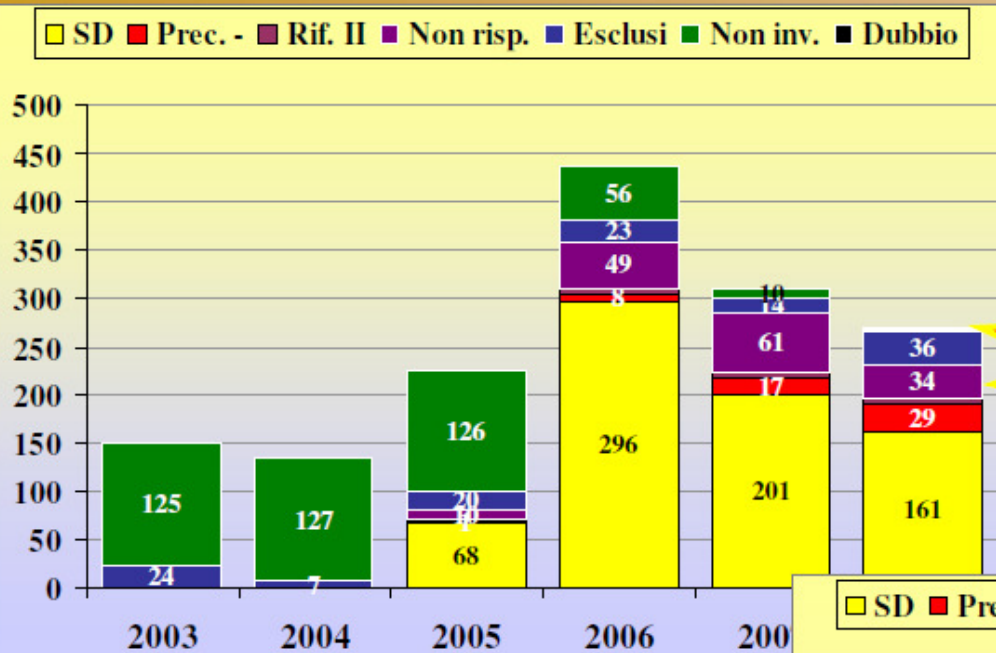


## Diagnosi di lesioni premaligne e maligne in rapporto allo screening

*SD=screen detected*

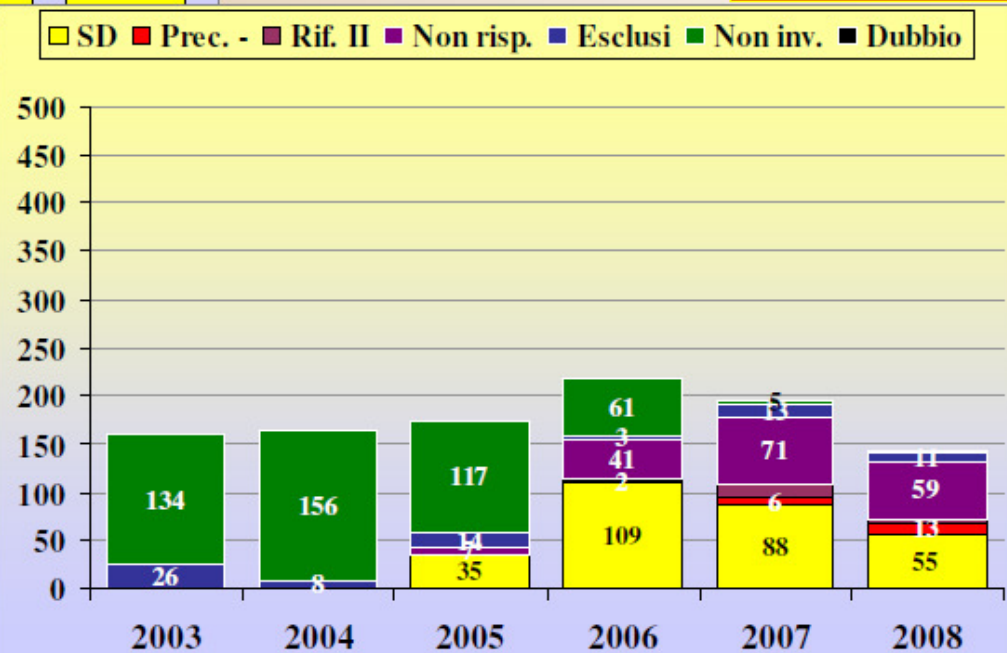
**50-69 anni**

**Carcinomi**



## Adenomi HG

il numero di adenomi ad alto rischio dovrebbe ridursi con i round che si succedono: i soggetti positivi sono curati e l'intervallo di tempo tra un programma e l'altro dovrebbe garantire una diagnosi precoce

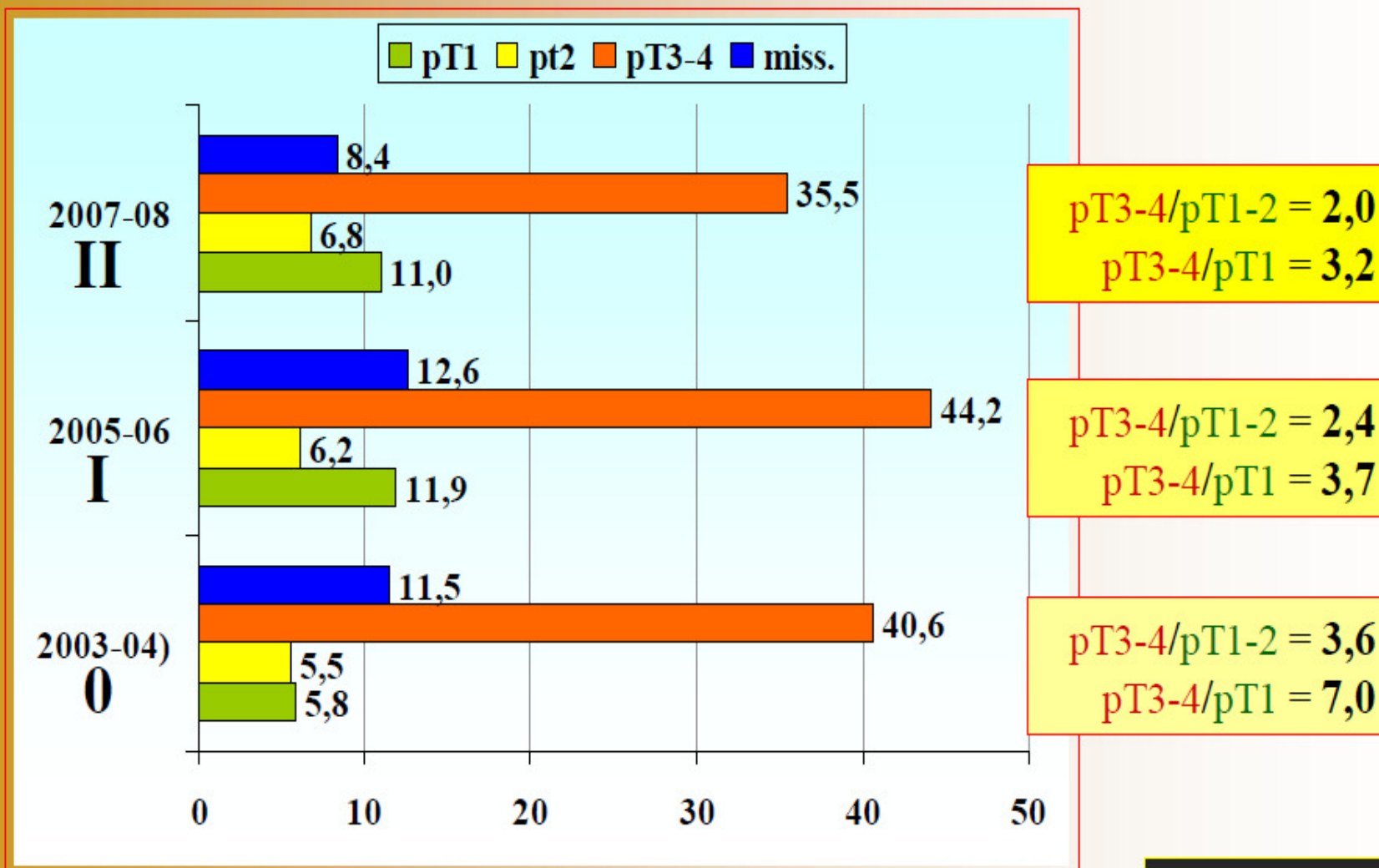


fonte: Stefano Ferretti – Registro Tumori della provincia di Ferrara



# Carcinomi

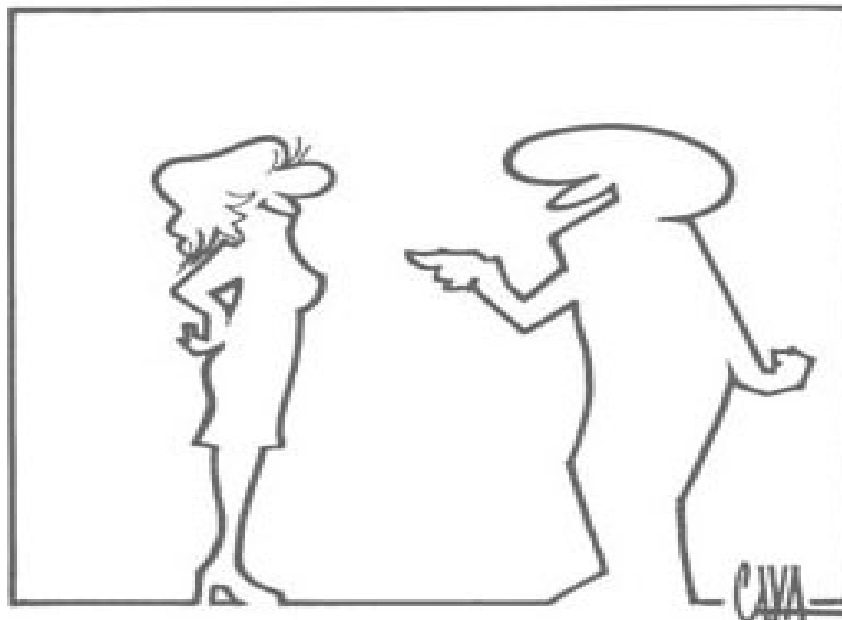
Con il progredire dei round aumenta il numero di lesioni precoci (pT1) rispetto alle più avanzate



fonte: Stefano Ferretti – Registro Tumori della provincia di Ferrara

Incidenza <sub>st</sub> EUR.x 100.000

Un programma di screening ben condotto è un intervento di elevata qualità sanitaria .  
Per il cittadino partecipare allo screening significa esercitare il proprio diritto alla salute.



“La strada più efficace è un’educazione alla prevenzione, unica modalità che permette risultati veramente duraturi”.

la linea giusta è prevenire

**GRAZIE**