

Lo screening coloretale in Italia: survey 2004

a cura di

Manuel Zorzi, Grazia Grazzini, Carlo Senore, Marcello Vettorazzi

Introduzione

Con questo articolo intendiamo riportare i dati principali raccolti nella prima survey del Gruppo Italiano per lo Screening Coloretale (GISCoR) sulle attività nel 2004 dei programmi organizzati di screening del carcinoma coloretale.

La valutazione di questo screening, attraverso la rilevazione dei dati e la loro interpretazione e presentazione, risulta particolarmente complessa a causa di alcune peculiarità che lo caratterizzano rispetto a quelli citologico e mammografico: infatti i programmi stanno utilizzando differenti test di 1° livello, quali la ricerca del sangue occulto fecale (FOBT, Faecal Occult Blood Test), la rettosigmoidoscopia (FS) o una combinazione dei due; il test utilizzato, inoltre, comporta diverse strategie per quanto riguarda sia l'età bersaglio che la periodicità del reinvio.

Un'altra peculiarità è che si tratta del primo screening rivolto anche alla popolazione maschile: l'analisi per sesso è quindi necessaria per alcuni indicatori legati al quadro epidemiologico sottostante (tasso di positivi, *detection rates*, valori predittivi positivi), e riveste un particolare interesse per altri come l'adesione sia al primo che al secondo livello. Le attività organizzate di screening coloretale stanno muovendo i primi passi, sia a livello nazionale (eccezion fatta per le esperienze toscane e torinesi) che internazionale; tale situazione comporta la mancanza di riferimenti stabili per la valutazione dei risultati osservati, quali un set condiviso di indicatori e di standard. Questa survey costituisce un passo importante in questa direzione, fornendo allo specifico gruppo di lavoro costituitosi nell'ambito del GISCoR uno strumento essenziale.

Estensione

Nel corso del 2004 si è verificato un aumento del numero di programmi attivi in Italia, da 13 del 2003 a 18. Tra i programmi di nuova attivazione, rappresenta un segnale importante nel quadro nazionale il primo programma nell'Italia Meridionale, quello dell'ASL di Salerno 1.

La Tabella 1 mostra la distribuzione per Regione dei programmi attivi che hanno inviato i dati al GISCoR relativi all'anno 2004: complessivamente si tratta di 18 programmi, di cui la maggior parte distribuiti tra Toscana e Veneto.

Il dato sull'estensione teorica, comunemente utilizzato nelle survey degli screening mammografico e citologico, rappresenta la proporzione della popolazione obiettivo regionale che risiede in zone in cui è attivo un programma di screening organizzato. Come evidenziato dalla Tabella 1, il numero di programmi di screening coloretale è ancora troppo modesto perché abbia significato proiettarne l'estensione su scala regionale.

Per questa survey ci limitiamo pertanto a mostrare i valori dell'estensione effettiva, intesa come quota di soggetti residenti nelle aree coperte da screening che risultano avere ricevuto un invito nell'anno. Per i programmi che utilizzano il FOBT e prevedono la copertura della popolazione in due anni, il denominatore è costituito da metà della popolazione residente in fascia d'età, mentre per i programmi che propongono la RS *una tantum* il denominatore è costituito da tutta la classe d'età residente. La quantificazione dell'estensione è complicata anche dalle diverse fasce d'età bersaglio previste dai programmi attivi. Infatti, mentre la popolazione obiettivo di quasi tutti i programmi

Tabella 1: Distribuzione per Regione dei programmi attivi che hanno inviato al GISCoR i dati relativi all'anno 2004

Regione	Numero programmi
Campania	1
Lombardia	1
Toscana	7
Piemonte	2
Val d'Aosta	1
Veneto	6
ITALIA	18

Tabella 2: Dati principali dell'attività dei programmi FOBT 2004

Invitati	331.333	
Screenati	165.480	
Adesione corretta (%)	51,3	
Test positivi (%)	Primi esami 5,4	Esami successivi 3,9
Detection Rate (‰)		
Carcinomi	2,8	1,2
Adenomi ad Alto Rischio	11,6	4,9
Adenomi a Basso Rischio	6,7	3,2
Valore Predittivo Positivo (%)		
Carcinomi	6,3	3,6
Adenomi ad Alto Rischio	25,8	15,1

Tabella 3: FOBT: estensione degli inviti e persone screenate per Regione e fascia d'età

Regione	Età bersaglio	Popolazione invitata nel 2004	Estensione effettiva (%)*	Numero screenati
Campania	44-69	4.857	75,6	718
Lombardia	50-74	57.331	101,3	20.611
Piemonte	59-69	18.387	48,8	5.333
Toscana	50-70	184.033	58,1	94.182
Val d'Aosta	50-74	2.948	100	1.836
Veneto	50-69	63.777	48,6	42.800

* quota di popolazione obiettivo annua invitata

Tabella 4: Rettosigmoidoscopia: estensione degli inviti e persone screenate

Programma	Popolazione invitata nel 2004	Estensione effettiva (%) *	Numero screenati
Novara	3.199	50,1	973
Torino	8.633	55,1	2.311
Verona	3.856	69,2	1.600

* quota di popolazione obiettivo annua invitata

che utilizzano il FOBT inizia dai 50 anni, l'età in cui termina l'intervento di screening è 69, 70, ma anche 74 o 75 anni. Inoltre, i programmi che utilizzano la FS si rivolgono a soggetti di una singola classe d'età (i 58enni a Novara e Torino, i 60enni a Verona); il programma di Torino, infine, invita a sottoporsi a FOBT coloro che non hanno aderito a FS e i soggetti di età 59-69 anni.

Dati i modelli organizzativi descritti, la numerosità sia degli invitati che degli screenati dei programmi FS è molto diversa da quella del FOBT, con un rapporto di circa 1:10 nell'ipotesi di una sola sigmoidoscopia nella vita.

Complessivamente, nel 2004, sono state invitate allo screening con FOBT 331.333 persone, con una estensione media effettiva pari al 58,4% (Tabella 2).

In Tabella 3 sono mostrati per ogni Regione la fascia d'età cui è rivolto il programma di screening, il numero delle persone invitate, l'estensione percentuale effettiva ed il numero di soggetti screenati.

Va sottolineato che il dato di Campania e Val d'Aosta è relativo a Programmi rivolti a popolazioni di residenti distribuiti su uno o due Comuni. Anche nelle Regioni con Programmi più estesi, si osserva una notevole variabilità. Poiché il numero di Programmi è molto limitato, l'estensione regionale risente negativamente di quei Programmi che sono stati attivati nel corso del 2004, magari per pochi mesi, e che concorrono al denominatore con tutta la propria popolazione, avendo avuto a disposizione solo parte dell'anno per invitare le persone. È il caso di Salerno, di Pistoia e di due programmi veneti. Pur tenendo conto di queste considerazioni, occorre rilevare che anche tra i Programmi consolidati da più anni vi sono situa-

zioni in cui l'estensione è inadeguata.

La Tabella 4 mostra l'estensione dei tre programmi che offrono come test di primo livello la FS. Questi programmi, nell'anno 2004, hanno invitato allo screening con FS 15.688 persone (estensione media effettiva pari al 56,8%) e sono 4.884 le persone che hanno effettuato il test.

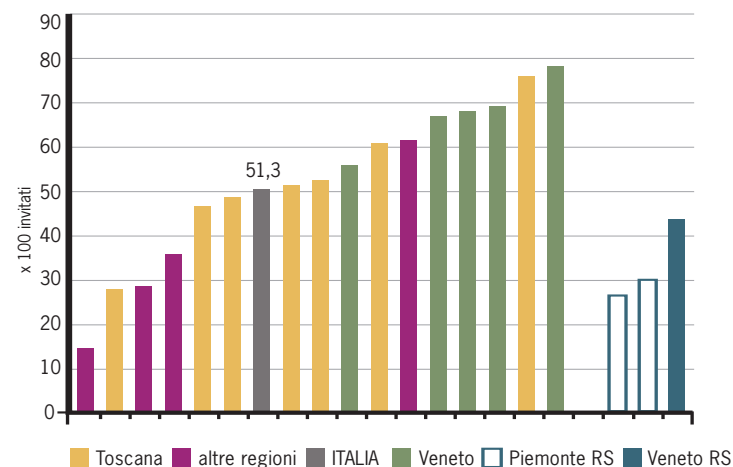
È da notare che il programma di Novara è stato attivato a settembre 2004. Nel complesso, non è possibile trarre conclusioni univoche circa l'estensione, con i due programmi più consolidati posti tra il 55 ed il 70% e quello più recente che in soli quattro mesi ha coperto il 50% degli eleggibili.

Partecipazione

Il tasso grezzo di partecipazione (o adesione) è il rapporto tra esami eseguiti e persone invitate. L'uso del tasso corretto di adesione è più rappresentativo della risposta della popolazione bersaglio, in quanto sottrae al denominatore coloro che segnalano di avere già effettuato il test di screening recentemente, al di fuori del programma. Poiché, diversamente da quanto accade per il Pap-test e la mammografia, nella popolazione il ricorso spontaneo al FOBT è molto contenuto, lo scarto tra i due indicatori è pressoché trascurabile. Pertanto nella Tabella 2 e nella Figura 1 presentiamo solo i dati di adesione corretta, rispettivamente globale (51,3%) e per singoli programmi.

I dati di Campania e Val d'Aosta, relativi a due programmi con un numero limitato di inviti, sono soggetti ad oscillazioni casuali. Pur in mancanza di standard di riferimento, è da notare che il dato medio nazionale è in linea con le migliori performance riportate in letteratura (Vernon et al., 1997), tuttavia esso deriva da valori regionali molto

Figura 1: Tassi corretti di adesione agli inviti



differenti, tra i quali va evidenziato il dato del Veneto (media regionale 69,5%), a cui concorrono con adesioni elevate tutti i programmi (range 57-80%).

Come riportato in letteratura ed anche negli altri due screening oncologici, si osserva una adesione più bassa nei grossi centri urbani, come Torino, rispetto a realtà di dimensioni più limitate, come quelle venete o alcune toscane, in cui verosimilmente vi è un contatto più diretto tra utenti ed istituzioni ed anche i legami comunitari sono più forti. L'adesione ai programmi che propongono un test endoscopico è sensibilmente inferiore a quella con un test meno invasivo quale il FOBT. Nel caso della FS, i programmi prevedono reinviati a uno e due anni per i non aderenti, per cui ci si può attendere, in base ai trial già condotti, un aumento di adesione variabile tra il 5% e l'8% in termini assoluti. Va segnalato il risultato del programma RS di Verona (44%), probabilmente riconducibile ad una capillare campagna informativa e di richiamo dei solleciti.

L'adesione al FOBT aumenta progressivamente fino alle età intermedie, per poi diminuire fino ai valori minimi negli ultrasettantenni (Figura 2). Lo stesso dato è riportato in letteratura ed è analogo al trend di adesione per età osservato nello screening mammografico, che pure è inferiore nelle età più

avanzate (Giorgi et al., 2004).

Nel complesso l'adesione al FOBT è leggermente più elevata nelle femmine (51,8%) rispetto ai maschi (49,0%); questo dato è costante in tutti i programmi tranne Livorno.

Le differenze di adesione tra i sessi si riducono progressivamente con l'età, fino a scomparire nelle fasce anziane. Diversamente, i tre programmi con FS hanno valori superiori nei maschi (36%) rispetto alle femmine (28%).

INDICATORI DIAGNOSTICI

Programmi che utilizzano il FOBT

Tra gli indicatori presentati di seguito, alcuni (proporzioni di test positivi, tassi di identificazione e valori predittivi positivi) sono influenzati da diversi fattori, in parte associati alla prevalenza delle lesioni nella popolazione screenata. L'incidenza del carcinoma coloretale aumenta progressivamente con l'età ed è più elevata nella popolazione maschile rispetto alle femmine (Crocetti et al., 2004; Falcini F. e Ponz De Leon M., 2004). Analogamente, ci si attende una quota maggiore di lesioni al primo esame (screening "di prevalenza") rispetto agli esami successivi.

Di tali indicatori vengono pertanto presentati nelle

Figura 2: Programmi FOBT: adesione corretta per età e sesso

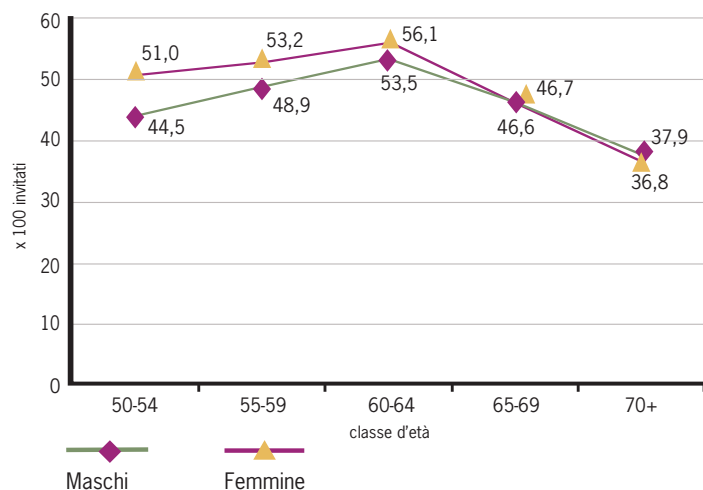


Tabella 5: Proporzione di positivi

Età	Primi esami		Esami successivi	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
50-54	4,7	3,3	3,5	2,4
55-59	5,6	3,7	4,1	3,0
60-64	7,0	4,6	4,1	3,4
65-69	8,9	6,0	5,3	3,7
70+	9,8	8,0	7,3	4,5
Tutti	6,6	4,5	4,6	3,3

relative tabelle i dati suddivisi per sesso, età e tipo di esame. I dati del programma di Empoli, non pervenuti suddivisi per primi esami e successivi, sono stati attribuiti interamente agli esami successivi, che ne costituiscono la parte preponderante.

Proporzione di positivi

Complessivamente, la quota di test positivi è pari al 5,4% ai primi esami ed al 3,9% agli esami successivi (Tabella 2). Coerentemente con la situazione epidemiologica, si osserva un incremento della proporzione

di test positivi con l'aumentare dell'età; inoltre i maschi mostrano valori costantemente superiori alle femmine in tutte le fasce d'età (Tabella 5).

La riduzione di test positivi agli esami successivi rispetto ai primi esami oscilla tra il 26 ed il 40% nelle classi di età superiori ai 60 anni, mentre è più limitata (14-25%) in quelle più giovani. Questo andamento è comune ad entrambi i sessi.

Nei primi esami, il tasso di positivi dei programmi toscani è costantemente inferiore alla media nazionale, in tutte le fasce d'età ed in entrambi i sessi; i programmi veneti si pongono al di sopra della media,

mentre i valori più elevati sono quelli riportati dal programma di Cremona. Il programma di Torino, nelle età interessate, si situa sotto la media nei maschi, sopra nelle femmine. Negli esami successivi, in entrambi i sessi i programmi toscani superano la media nazionale nelle classi di età inferiori, sono più bassi in quelle più anziane; il contrario avviene a Cremona.

Adesione alla colonscopia

È essenziale assicurare valori elevati di adesione alla colonscopia, poiché il FOBT ha dimostrato di selezionare una popolazione con un'elevata frequenza di

lesioni. Infatti in più del 30% (vedi i valori predittivi riportati nella Figura 10) di coloro che hanno eseguito gli approfondimenti è stata posta una diagnosi di carcinoma o adenoma ad alto rischio.

La Figura 3 mostra le percentuali di adesione agli approfondimenti nei diversi programmi. Il programma di Pistoia raggiunge il 100% di un numero limitato di invii ad approfondimento (n=36).

In più della metà dei casi l'adesione supera l'85%, mentre due programmi presentano una perdita all'approfondimento attorno al 30% dei soggetti con FOBT positivo.

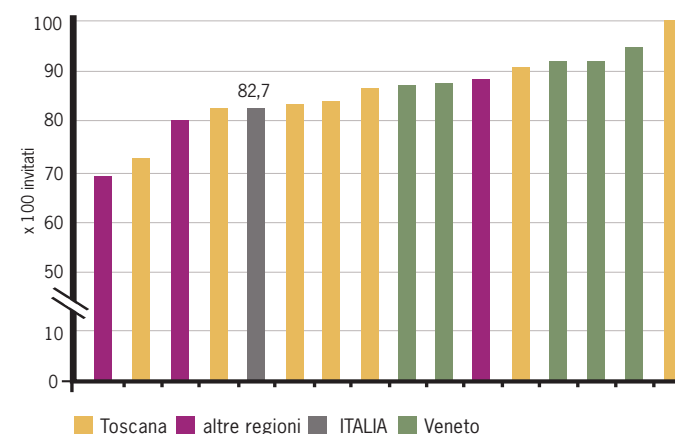


Figura 3: Proporzione di adesione alla colonscopia

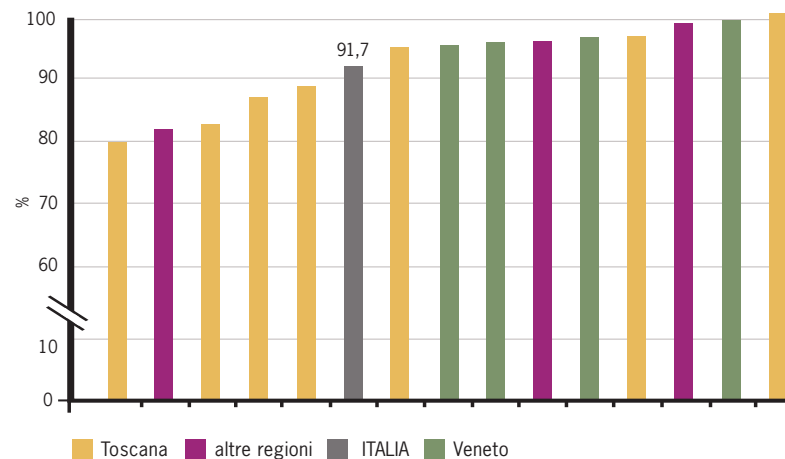


Figura 4: Proporzione di colonscopie complete

Non sono state evidenziate differenze di rilievo tra maschi e femmine e tra primi esami e successivi. Nel confronto tra Regioni, in Veneto l'adesione alla colonscopia è più elevata, con una media regionale dell'89%.

Proporzione di colonscopie complete

Un altro importante elemento da monitorare nella valutazione della qualità di un Programma di screening è la quota di colonscopie complete. Parte delle differenze osservate tra i Programmi possono essere dovute all'utilizzo di criteri differenti per la definizione di completezza.

Complessivamente le colonscopie riportate come complete sono il 92% (Figura 4). Il 100% è relativo alle 36 colonscopie effettuate dal programma di Pistoia. Sono stati rilevati valori diversi tra i sessi, con livelli di completezza maggiori nei maschi rispetto alle femmine, come riportato in letteratura (Segnan et al., 2005; Takahashi et al., 2005; Bernstein et al., 2005).

Tassi di identificazione

Le lesioni di interesse per i Programmi di screening coloretale sono i carcinomi, gli adenomi ad alto rischio e gli adenomi a basso rischio. Gli adenomi ad alto rischio includono gli adenomi avanzati (adenomi di diametro massimo ≥ 1 cm, o con istologia villosa o tubulo-villosa, o displasia di alto grado) e la presenza di tre o più adenomi; gli adenomi a basso rischio sono quelli di dimensioni inferiori, con istologia tubulare o con displasia lieve.

L'analisi della capacità diagnostica dei programmi di screening utilizza il calcolo di tassi per 1.000 soggetti screenati (tassi di identificazione o *detection rates*, DR).

Va osservato che le DR presentate non sono state corrette per adesione alla colonscopia: una bassa adesione all'approfondimento, riportata da alcuni programmi, determina una corrispondente riduzione della DR. Per correggere per l'adesione si dovrebbe assumere che la frequenza di lesioni in coloro che non aderiscono all'approfondimento sia sovrapponibile a quella osservata in chi vi si sottopone. In realtà, questa assunzione potrebbe non essere valida, in quanto una parte dei soggetti non aderenti alla colonscopia dichiara di essersi già sottoposta a controlli nell'ambito di percorsi diagnostici alternativi allo screening nell'arco dei due anni precedenti. Dati preliminari sui motivi di non adesione alla colonscopia a seguito di FOBT positivo in Piemonte indicano che il

6% dei non aderenti ha eseguito un FOBT con esito negativo nell'anno precedente, e l'11% ha effettuato una colonscopia. Nel complesso le DR grezze sono comunque maggiormente rappresentative della capacità diagnostica effettiva dei programmi di screening, includendo tutti i passaggi del percorso diagnostico, compresa la perdita di casi dovuta ad una bassa adesione all'approfondimento. Complessivamente, ogni 1.000 screenati sono stati diagnosticati 2,8 carcinomi ed 11,6 adenomi ad alto rischio ai primi esami, e 1,2 carcinomi ed 4,9 adenomi ad alto rischio agli esami successivi (Tabella 2). Le classi 70+ sono composte da numeri relativamente piccoli di screenati (circa 1.500 per sesso ai primi esami, poco più di 2.000 negli esami successivi), per cui il dato va ritenuto poco significativo.

In tutti i sottogruppi analizzati il tasso di identificazione dei carcinomi aumenta con l'età; inoltre i maschi mostrano tassi superiori alle femmine (tranne in qualche sottogruppo), così come i soggetti ai primi esami rispetto ai successivi. I tassi di identificazione degli adenomi ad alto e basso rischio mostrano analoghi andamenti per età, sesso ed esame di screening.

È da notare come i tassi di identificazione degli adenomi ad alto rischio siano costantemente superiori rispetto a quelli a basso rischio. Poiché la prevalenza di adenomi a basso rischio riscontrata nelle persone sottoposte ad esami endoscopici è invece più elevata, questo dato riflette la maggiore tendenza al sanguinamento delle lesioni avanzate. In questo senso il FOBT avrebbe una capacità di selezionare specificamente le lesioni a rischio aumentato di cancerizzazione.

La Figura 9 confronta le *detection rates* per carcinomi ed adenomi ad alto rischio per Regione ai primi esami. Va ricordato che il Piemonte è presente con la sola fascia dei 59-69enni. Le DR ai primi esami dei programmi del Veneto sono superiori alla media nazionale, cui peraltro contribuiscono, in quasi tutti i sottogruppi di età e sesso. La differenza dei valori veneti è particolarmente accentuata per gli adenomi a basso rischio, con valori superiori del 62-79% nelle varie classi di età nei maschi, e del 44-78% nelle femmine, un po' meno negli adenomi ad alto rischio (+20-42% nei maschi, +21-36% nelle età intermedia nelle femmine). Considerando che i più recenti dati pubblicati (Zanetti et al., 2002) non indicano una più elevata incidenza di CCR in Veneto, occorre verificare questo dato alla luce dei criteri diagnostici adottati nelle diverse Regioni/programmi. Va appurato che i criteri di definizione delle lesioni identificate

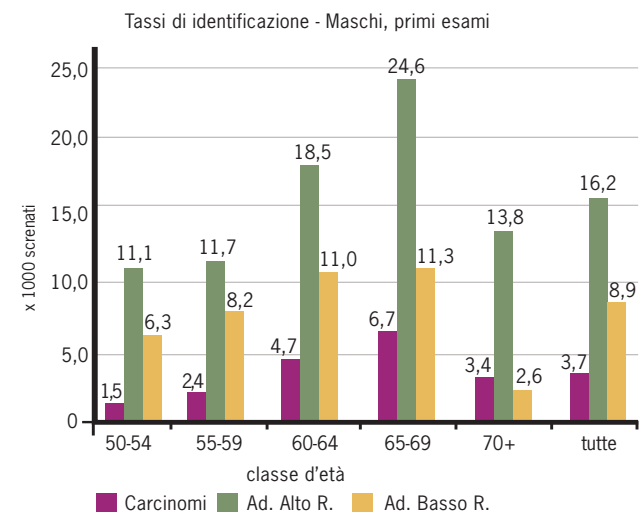


Figura 5

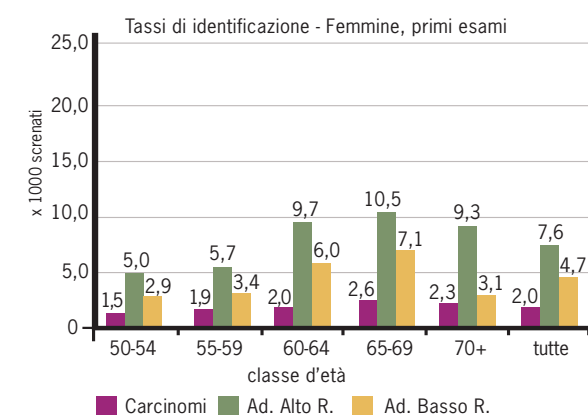


Figura 6

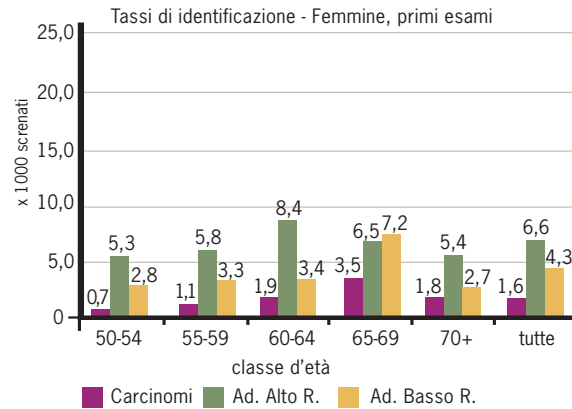


Figura 7

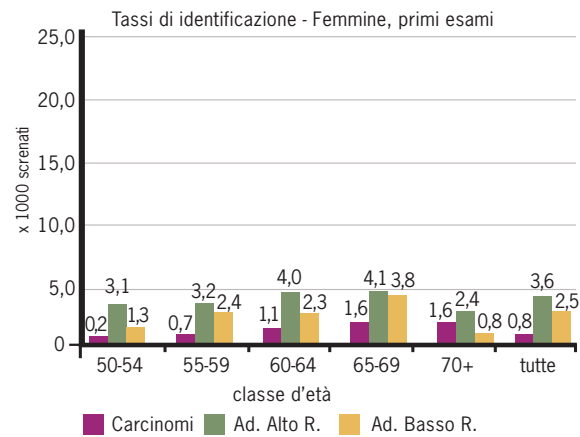


Figura 8

Figure 5 - 8: Tassi di identificazione di carcinomi, adenomi ad alto rischio ed adenomi a basso rischio per età, sesso ed esame (x 1.000 screenati)

siano non solo condivisi, ma estesi a tutte le figure professionali inclusi gli anatomopatologi.

Valore Predittivo Positivo

Il Valore Predittivo Positivo (VPP) è stato calcolato come la percentuale dei soggetti sottoposti a colonoscopia di approfondimento nei quali è stata posta diagnosi di carcinoma o adenoma ad alto rischio. Complessivamente, ogni 100 colonoscopie eseguite sono stati diagnosticati 6,3 carcinomi ed 25,8 adenomi ad alto rischio ai primi esami, e 3,6 carcinomi ed 15,1 adenomi ad alto rischio agli esami successivi (Tabella 2). Le Figure 10 e 11 mostrano i VPP per carcinoma ed adenoma ad alto rischio per fascia d'età, sesso ed esame di screening.

La percentuale di colonoscopie che esita in una diagnosi di carcinoma o adenoma ad alto rischio è maggiore nei maschi rispetto alle femmine e tende ad aumentare con l'età (il valore della fascia 70+ è soggetto ad una eccessiva variabilità dovuta al caso). Per entrambe le lesioni considerate i VPP si riduco-

no sensibilmente agli esami successivi al primo. Complessivamente, i tre programmi hanno inviato ad approfondimento colonoscopico il 7,6%, 9,4% e 14,0% delle persone screenate.

Il programma di Verona presenta valori molto più elevati di invio ad approfondimento per altri motivi, in quanto vengono inviati in colonoscopia tutti i soggetti cui sia stato diagnosticato un adenoma, indipendentemente dal tipo istologico e dalle dimensioni. Tale scelta sembrerebbe privilegiare un orientamento clinico, specie se analizzata congiuntamente al dato dell'estensione (Tabella 4).

Nel complesso l'adesione agli approfondimenti è sovrapponibile a quella osservata per i Programmi FOBT, anche se deriva da una certa variabilità tra i tre Programmi. Complessivamente tutti i Centri superano il 90% di colonoscopie completate. L'analisi per sesso mostra in Piemonte un'adesione alla colonoscopia maggiore nei maschi rispetto alle femmine, come pure la quota di colonoscopie completate; a Verona non si osservano differenze tra i sessi.

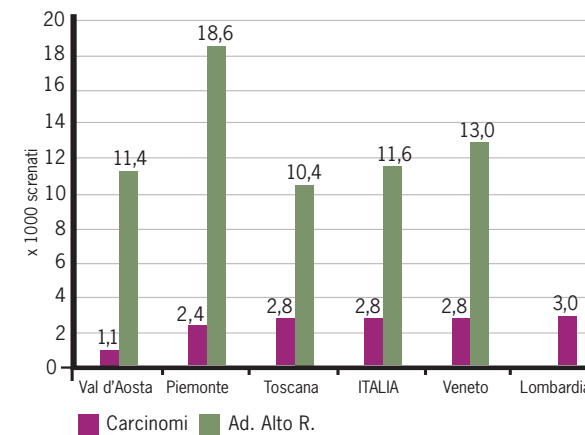


Figura 9: Primi esami. *Detection Rates* per carcinomi ed adenomi ad alto rischio per Regione

Figura 10: Primi esami. Valori Predittivi Positivi della colonscopia per carcinomi ed adenomi ad alto rischio, per età e sesso (%)

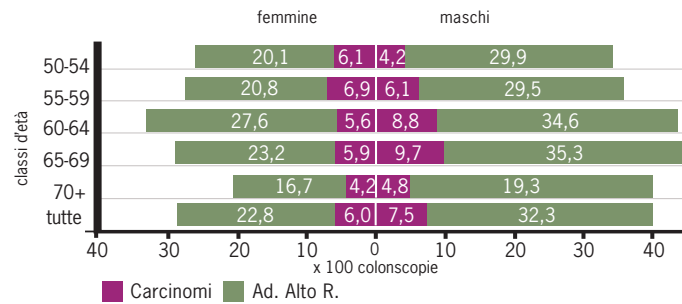
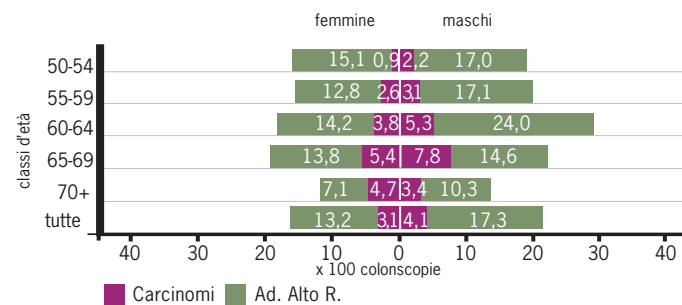


Figura 11: Esami successivi. Valori Predittivi Positivi della colonscopia per carcinomi ed adenomi ad alto rischio, per età e sesso (%)



Programmi che utilizzano la FS

Tabella 6: Rettosigmoidoscopie positive, adesione a colonscopia e colonscopie complete

Programma	Numero screenati	Indicazioni alla colonscopia per motivo di invio (%)				Adesione a colonscopia (%)		Colonscopie complete (%)	
		Adenomi avanzati*		Altro motivo**		M	F	M	F
		M	F	M	F				
Novara	973	7,5	2,7	1,7	3,1	93,8	88,5	93,3	87,0
Torino	2.311	8,8	5,4	2,8	1,5	89,7	84,7	91,6	86,9
Verona	1.600	7,6	3,5	10,3	6,1	94,8	94,4	97,2	98,5

* almeno un polipo ≥ 10 mm; almeno un adenoma avanzato < 10 mm; 3 o più adenomi a basso rischio < 10 mm; CCR
 ** Novara e Torino: preparazione inadeguata con polipi; Verona: almeno un adenoma o polipo ≥ 5 mm

La prevalenza di adenomi avanzati è costantemente più elevata tra gli uomini rispetto alle donne, mentre le differenze sembrano assenti per quanto riguarda la prevalenza di CCR, anche se il numero di casi diagnosticati è basso e quindi le stime sono imprecise. Confrontando la DR della FS con quella dei programmi FOBT, relativamente alla stessa fascia di età si conferma il dato già rilevato in precedenti studi (Segnan, 2005) di una maggiore sensibilità della FS sia per gli adenomi avanzati (diagnosticati in una proporzione quattro volte più elevata) sia per il CCR.

Tra i pazienti inviati in colonscopia la prevalenza di lesioni prossimali avanzate (adenomi e CCR) varia tra il 7,9% e il 9,9%. Considerando questo dato si può stimare che la DR complessiva (persone con almeno una lesione avanzata) per queste lesioni vari dal 5,5% di Novara al 7,0% di Verona.

Distribuzione per stadio

Dei 271 carcinomi diagnosticati dai programmi FOBT nel 2004, la stadiazione è stata riportata per 243 (90%).

È evidente il miglioramento nella distribuzione dello stadio rispetto a quanto riportato su casistiche di popolazione in assenza di programmi organizzati di screening, con più del 50% dei casi limitati alla tonaca muscolare propria al momento della diagnosi.

Tempi degli screening

È importante che le persone che aderiscono allo screening abbiano una risposta sufficientemente tempestiva, anche se il risultato è normale, e che l'approfondimento diagnostico per i positivi al test sia effettuato in tempi brevi.

Complessivamente l'89% dei referti negativi sono stati inviati dai Programmi FOBT entro quattro set-

Tabella 7: Tassi di identificazione lesioni distali (x 1.000 screenati) per sesso

Programma	Carcinomi		Adenomi avanzati		Adenomi a basso rischio	
	M	F	M	F	M	F
Novara	7,8	4,5	46,5	15,6	81,4	49,0
Torino	3,3	4,9	61,4	39,5	69,6	55,3
Verona	2,3	4,0	44,3	18,9	122,4	67,4

timane dalla processazione in laboratorio del campione fecale, nel 4% oltre le sei settimane. I casi con tempi più lunghi sono quasi esclusivamente a carico di Arezzo, che invia i referti negativi prima

Tabella 8: Distribuzione per stadio dei carcinomi screen-detected nel 2004 e di due casistiche in assenza di screening organizzati

Stadio°	Screening 2004 (n=271)	Modena 1995- 98 (n=779)**	Padova 2000-1 (n=609)
I	33%	18%	12%
I*	18%	-	-
II	17%	36%	32%
III - IV	23%	39%	49%
Ignoto	10%	7%	7%

°Stadio I: T1 o T2, NO, MO

Stadio I*: adenomi cancerizzati trattati con sola resezione endoscopica

Stadio II: T3 o T4, NO, MO

Stadio III, IV: coinvolgimento linfonodale o metastasi a distanza

** (Ponz de Leon et al., 2001)

delle quattro settimane in meno del 30% dei casi. Tutti gli altri programmi hanno invece *performances* soddisfacenti.

Più problematici sono invece i tempi per l'esecuzione degli approfondimenti, che sono stati eseguiti entro un mese dal FOBT solo nel 55% dei casi, e nel 15% oltre i due mesi. In particolare, in due programmi le colonoscopie eseguite oltre i due mesi sono state più del 40%.

Complicanze dell'endoscopia e trattamento

Le informazioni raccolte su questi due aspetti sono ancora largamente incomplete. Molti programmi avevano avviato l'attività da poco tempo e non avevano ancora consolidato le procedure necessarie al recupero delle informazioni sui ricoveri dei pazienti con CCR. Questi aspetti verranno approfonditi nel successivo rapporto.

Conclusioni

A livello nazionale stiamo assistendo ad una forte espansione dell'attività organizzata di screening coloretale, con un notevole incremento del numero di programmi attivi dal 2004 al 2005, tra cui alcuni su scala regionale. Questa survey costituisce quindi una importante *baseline* di riferimento per le analoghe rilevazioni dei prossimi anni.

Il dato della estensione, che si colloca generalmente intorno al 50%, con le eccezioni di programmi attivi in aree molto ristrette, può ritenersi soddisfacente considerando che molti programmi sono stati avviati nel corso dell'anno di indagine. Livelli di adesione elevati vengono raggiunti dai programmi veneti, anche dove viene utilizzata la sigmoidoscopia. L'esperienza di questi programmi potrebbe essere ulteriormente analizzata per identificare se vi siano indicazioni utili per aumentare l'adesione anche in altre Regioni.

Anche se non sono ancora disponibili standard di riferimento, il tasso di identificazione diagnostica per adenomi avanzati e cancro si colloca generalmente sui valori attesi in base ai risultati degli studi sperimentali e/o dei progetti pilota condotti finora. Si osservano variazioni della prevalenza di lesioni in relazione all'età e al sesso dei soggetti sottoposti a screening, consistenti con la storia naturale e con la distribuzione attesa della patologia. Le differenze osservate tra le diverse Regioni sono verosimilmente da ricondurre anche ad una variabilità dei criteri diagnostici utilizzati: l'attività di confronto, valutazione e monitoraggio avviata nel GISCoR rappresenta in questo senso l'occasione di evidenziare, studiare e avviare misure per ridurre questo tipo di variabilità.

Un aspetto critico è costituito dalla quota relativamente alta di persone positive al FOBT che non si sottopongono alla colonscopia di approfondimento. Occorrerà valutare modalità efficaci di contatto che favoriscano una più elevata adesione di questi soggetti alla colonscopia e allo stesso tempo definire criteri uniformi per la gestione dei casi in cui una colonscopia sia già stata eseguita in precedenza al di fuori dei programmi di screening.

La parte della survey relativa ai trattamenti ha risentito di un'eccessiva incompletezza dei dati: vanno attivati dai Programmi meccanismi di contatto con i vari Servizi curativi, per allargare il monitoraggio delle attività anche alla componente terapeutica.

In sintesi, quello coloretale si sta dimostrando uno screening fattibile, con buoni risultati sia in termini di adesione che di lesioni diagnosticate; per i programmi di nuova attivazione le esperienze riportate sono sicuramente incoraggianti, oltre ad aver evidenziato alcuni passaggi critici che vanno affrontati con attenzione in sede di programmazione e di avvio dell'attività.

Hanno fornito dati per la survey GISCoR 2004:

Campania G. Storti, Salerno

Lombardia L. Boldori, S. Gotti, Cremona

Piemonte C. Senore, Torino; P. Bestagini, Novara

Toscana D. Angioli, Arezzo; S. De Masi, Livorno; D. Giorgi, Lucca, M. Perco, Pisa, M. Rapanà, Pistoia; L. Rossi, Empoli; C. Visioli, Firenze

Val d'Aosta S. Crotta, Chatillon S. Vincent

Veneto A. Ganassini, Bussolengo; A. Montaguti, Dolo; L. Cazzola, Feltre, T. Moretto, Pieve di Soligo; S. Saccon, Thiene; A. Fantin, Verona

Bibliografia

- Bernstein C, Thorn M, Monsees K, Spell R, O'Connor JB. A prospective study of factors that determine cecal intubation time at colonoscopy. *Gastrointest Endosc.* 2005;61(1):72-5.
- Crocetti E, Capocaccia R, Casella C, Ferretti S, Guzzinati S, Rosso S, Pacchettini C, Spitale A, Stracci F, Tumino R. Cancer trends in Italy: figures from the cancer registries (1986-1997). *Epidemiol Prev.* 2004;28(2 Suppl):1-6.
- Falcini F, Ponz De Leon M. Colorectal cancer. *Epidemiol Prev.* 2004;28(2 Suppl):43-7.
- Giorgi D, Giordano L, Piccini P, Paci E. Lo screening mammografico in Italia: dati GISMa 2002-2003.

Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei Tumori Femminili. Terzo Rapporto. Firenze, 2004

• Ponz de Leon M, Benatti P, Rossi G, Di Gregorio C, Roncucci L, Losi L, Foroni M, Pedroni M, Menigatti M, Zangrandi G, Scarselli A, Percesepe A, Borghi F, Pasquale C. Epidemiologia dei Tumori del Colon-Retto. Incidenza, Mortalità, Familiarità e Sopravvivenza nella ex U.S.L. di Modena, 1984-1998. Università di Modena, 2001.

• Segnan N, Senore C, Andreoni B, Arrigoni A, Bisanti L, Cardelli A, Castiglione G, Crosta C, DiPlacido R, Ferrari A, Ferraris R, Ferrero F, Fracchia M, Gasperoni S, Malfitana G, Recchia S, Risio M, Rizzetto M, Saracco G, Spandre M, Turco D, Turco P, Zappa M; SCORE2 Working Group-Italy. Randomized Trial of Different Screening Strategies for Colorectal Cancer: Patient Response and Detection Rates *JNCI* 2005;97:347-57.

• Takahashi Y, Tanaka H, Kinjo M, Sakumoto K. Prospective evaluation of factors predicting difficulty and pain during sedation-free colonoscopy. *Dis Colon Rectum.* 2005;48(6):1295-300.

• Vernon SW. Participation in colorectal cancer screening: a review. *JNCI.* 1997;89:406-22.

• Zanetti R, Gafà L, Pannelli F, Conti E, Rosso S. Il cancro in Italia 1993-1998. I dati di incidenza dei Registri Tumori. Roma, 2002.