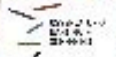


Con il
Patrocinio di:



GISCoR

gruppo italiano screening coloretta

XIII CONGRESSO NAZIONALE 2018

25-26 Ottobre 2018

Villa Marigola, Lerici (SP)

**Lo screening coloretta in
Liguria: modello
organizzativo e indicatori**

Luigina Bonelli

Coordinamento regionale
screening oncologici A.Li.Sa.
IRCCS Ospedale Policlinico San
Martino, Genova

Johann Gottfried Steffan, Lerici
1900, acquerello

CORSO PRE-CONGRESSO

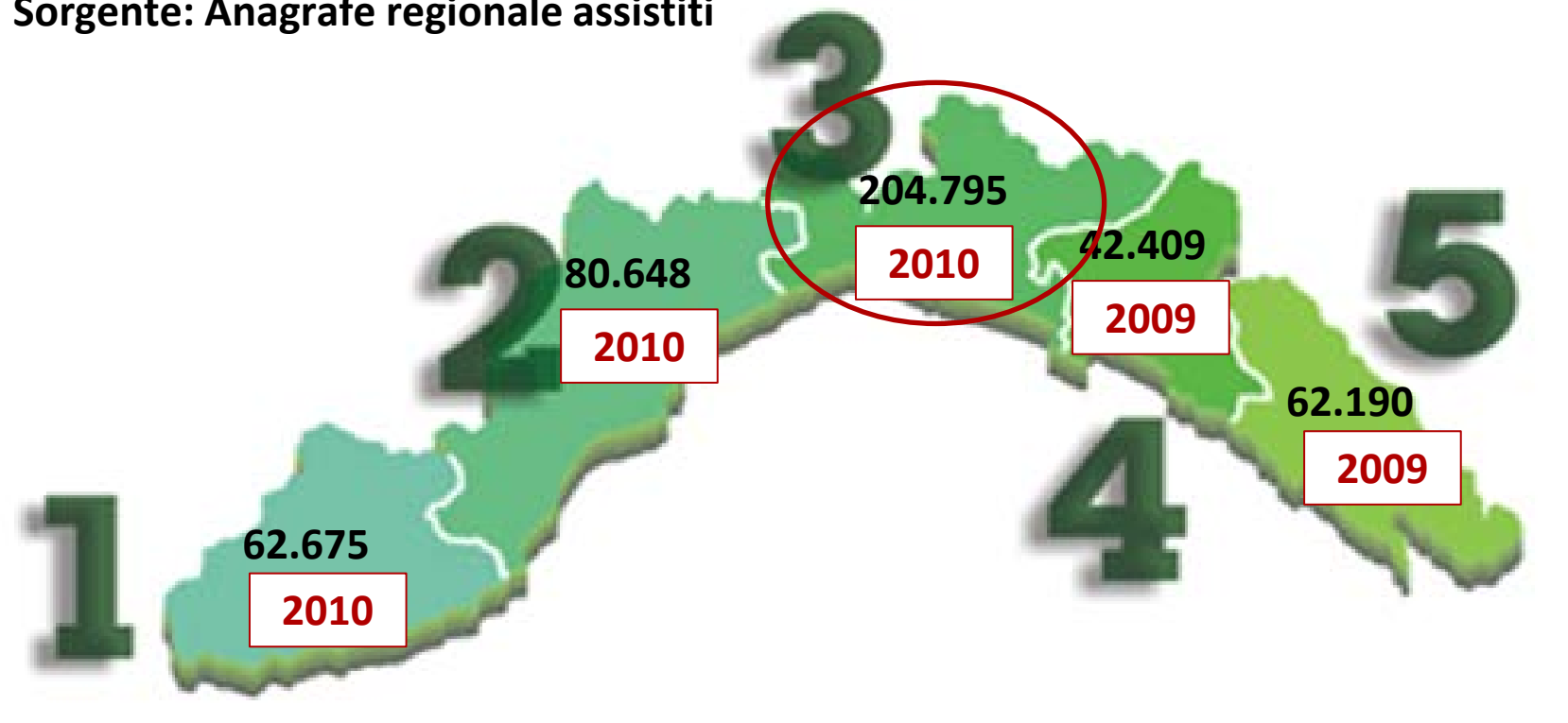
25 Ottobre 2018



Screening ca. colorettaie

Residenti 50-69 anni: 450.657
(ISTAT 01-01-2017)

Sorgente: Anagrafe regionale assistiti



Test: FIT ad intervallo biennale



Gruppi di lavoro multidisciplinari

GdL regionale: per ogni azienda ASL, 1 componente per i settori

- Organizzazione
- Laboratorio
- Gastroenterologia
- Anatomia patologica
- Chirurgo (...)
- Medico di famiglia (...)

GdL riprodotto nelle ASL ma allargato a più figure



Metodo impiegato:

Agglutinazione su oro colloidale (NS Plus): ASL1 e ASL3

Agglutinazione su lattice (OC Sensor Diana): ASL2, ASL4, ASL5

Cut off positività: 100 ng/ml

Modalità di distribuzione della provetta per l'esecuzione del test

ASL1, ASL2, ASL3: Invito a ritirare la provetta per l'esecuzione del test presso punti di consegna e ritiro ASL

ASL4, ASL 5: La provetta per l'esecuzione del test è allegata alla lettera di invito

Modalità di riconsegna della provetta

ASL1, ASL2, ASL3, ASL4: Presso punti di ritiro sul territorio ASL

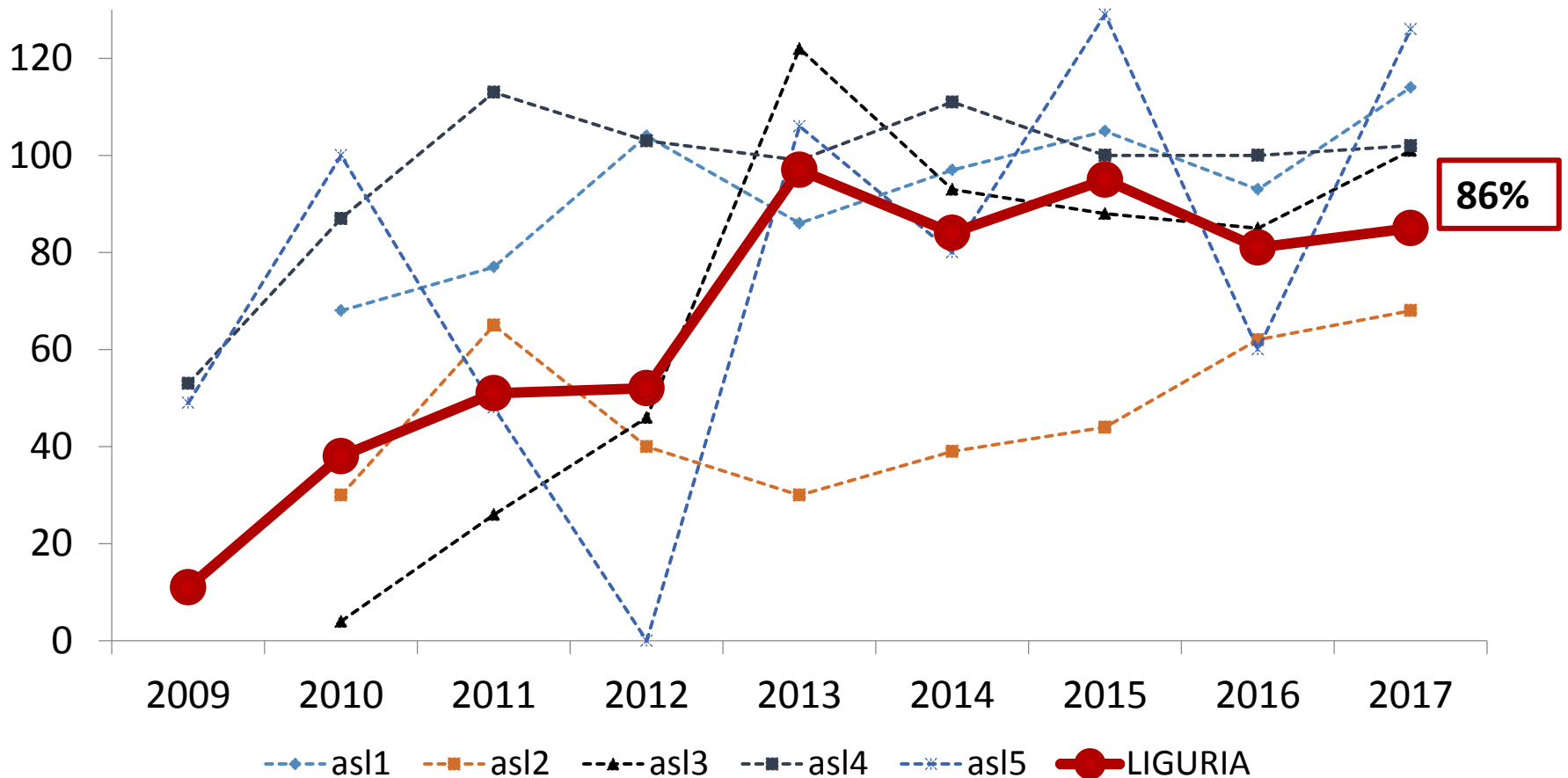
ASL5: Postale



Estensione degli inviti a FIT: 2009 - 2017

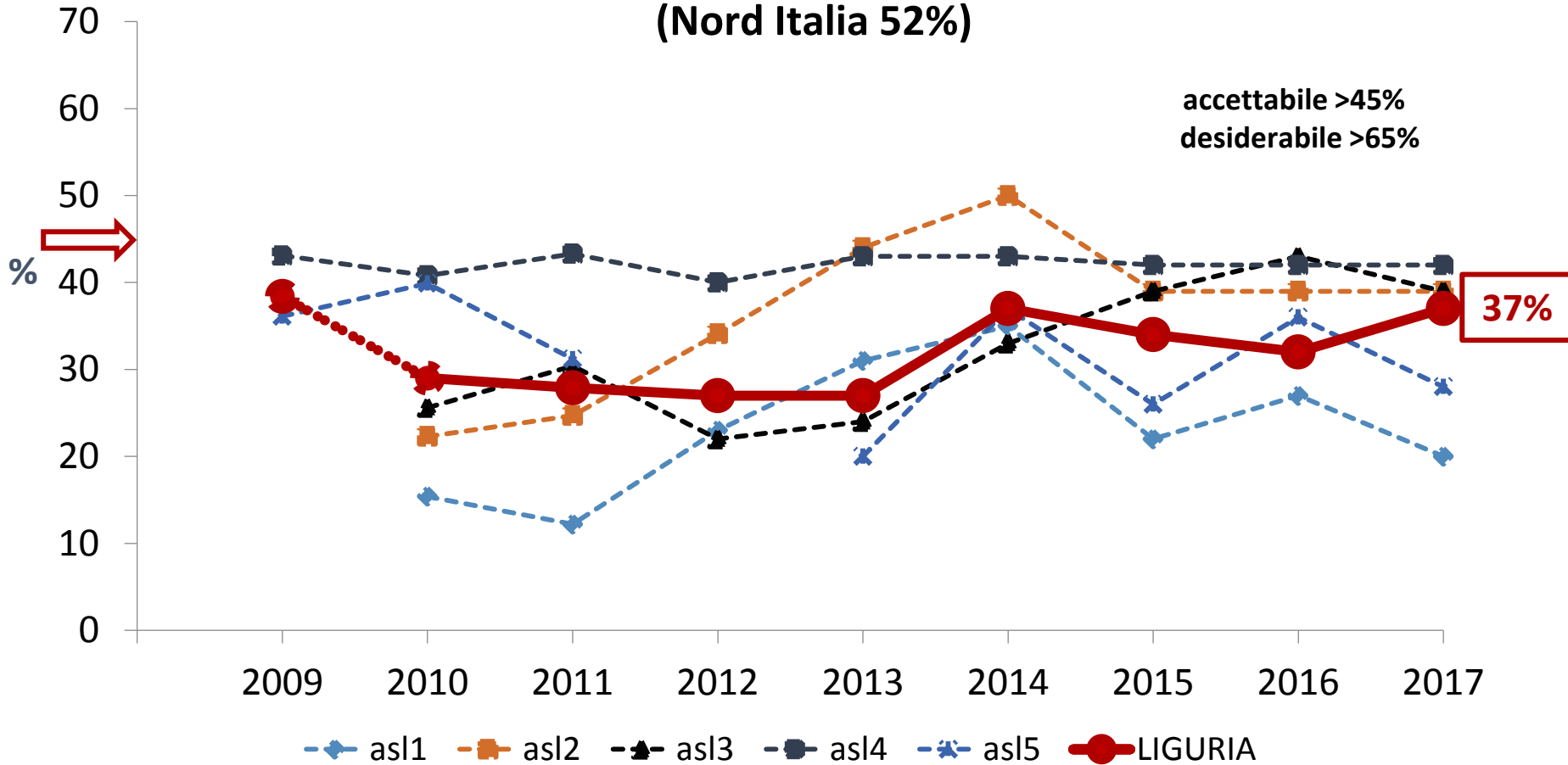
(popolazione bersaglio media annua: 220.000 unità)

Accettabile: 80%
Desiderabile: 90%





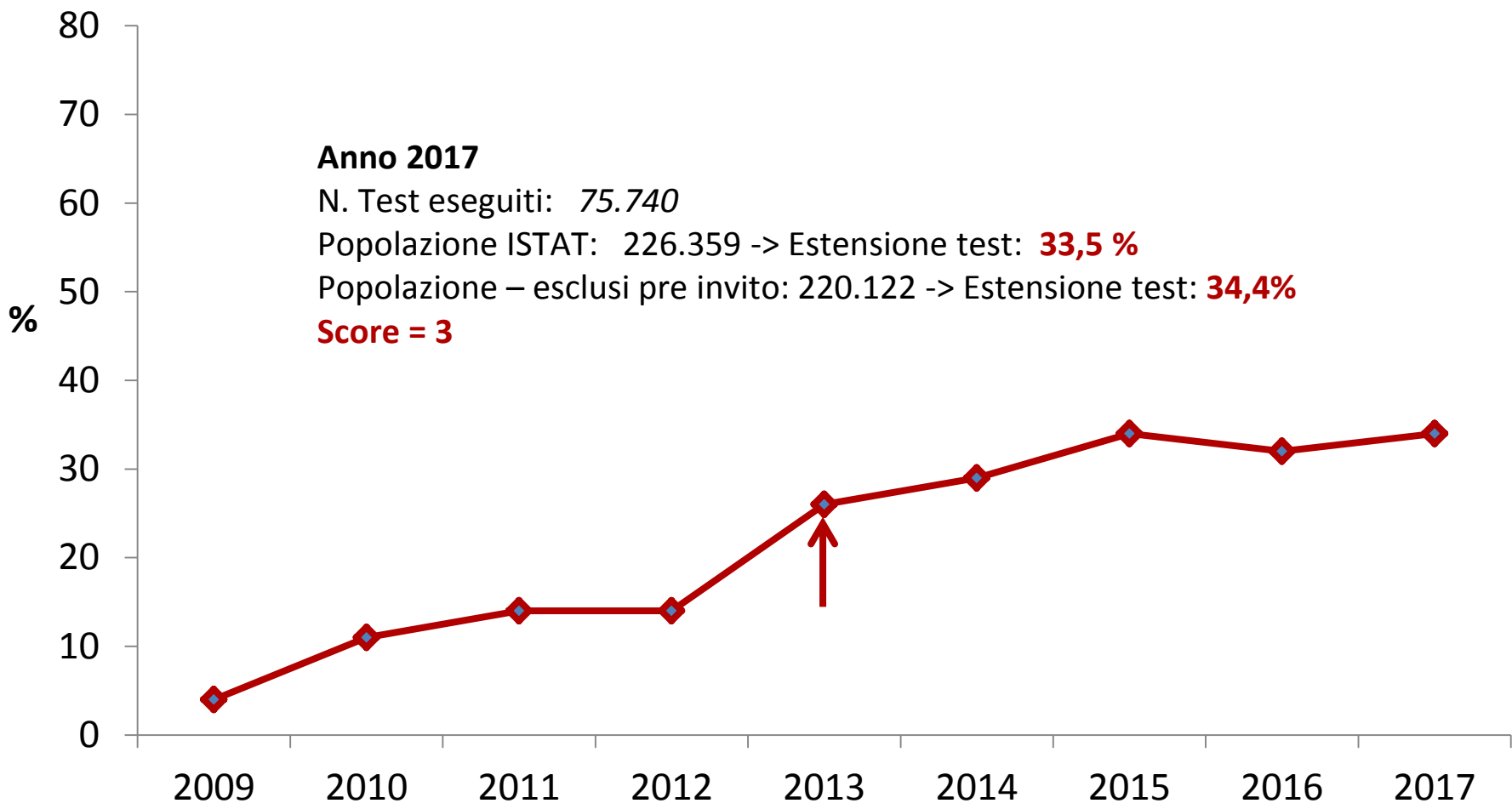
Adesione media in Italia 2016: 40% (Nord Italia 52%)



SCORE LEA

- 0 = 0-5%
- 1 = 6-24%
- 3 = 25-49%
- 5 = ≥50%

Liguria: Score LEA anni 2009-2017



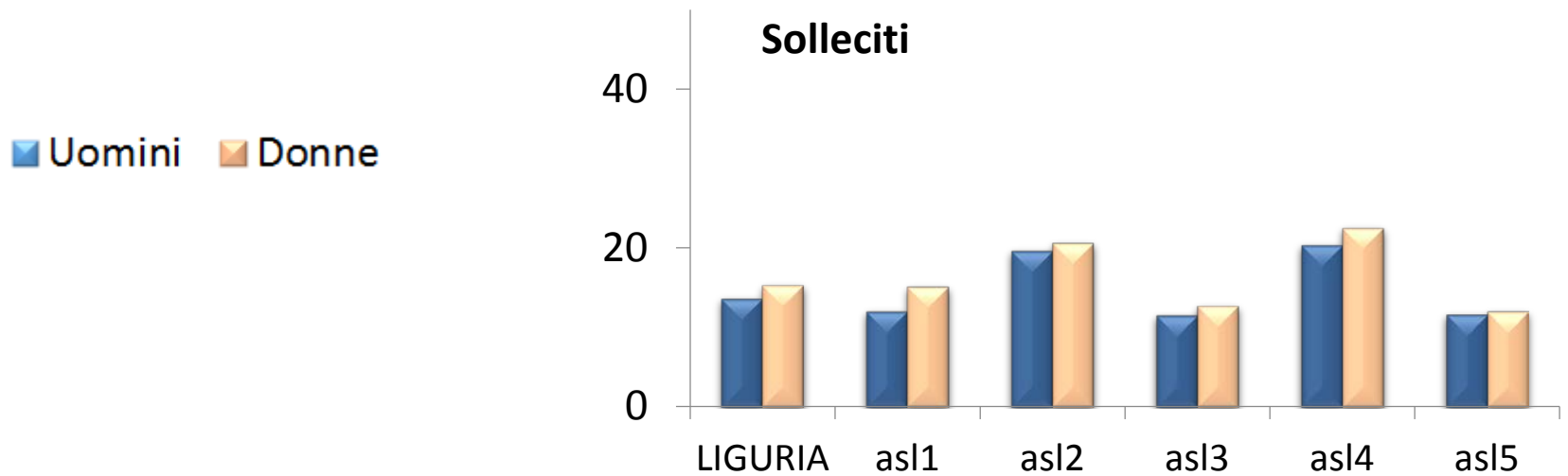
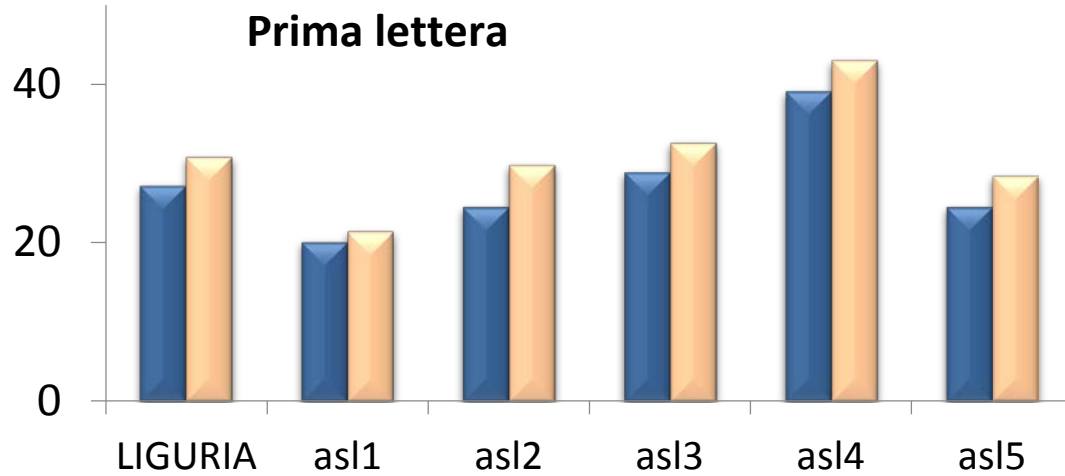
Anno 2017

N. Test eseguiti: 75.740

Popolazione ISTAT: 226.359 -> Estensione test: **33,5 %**

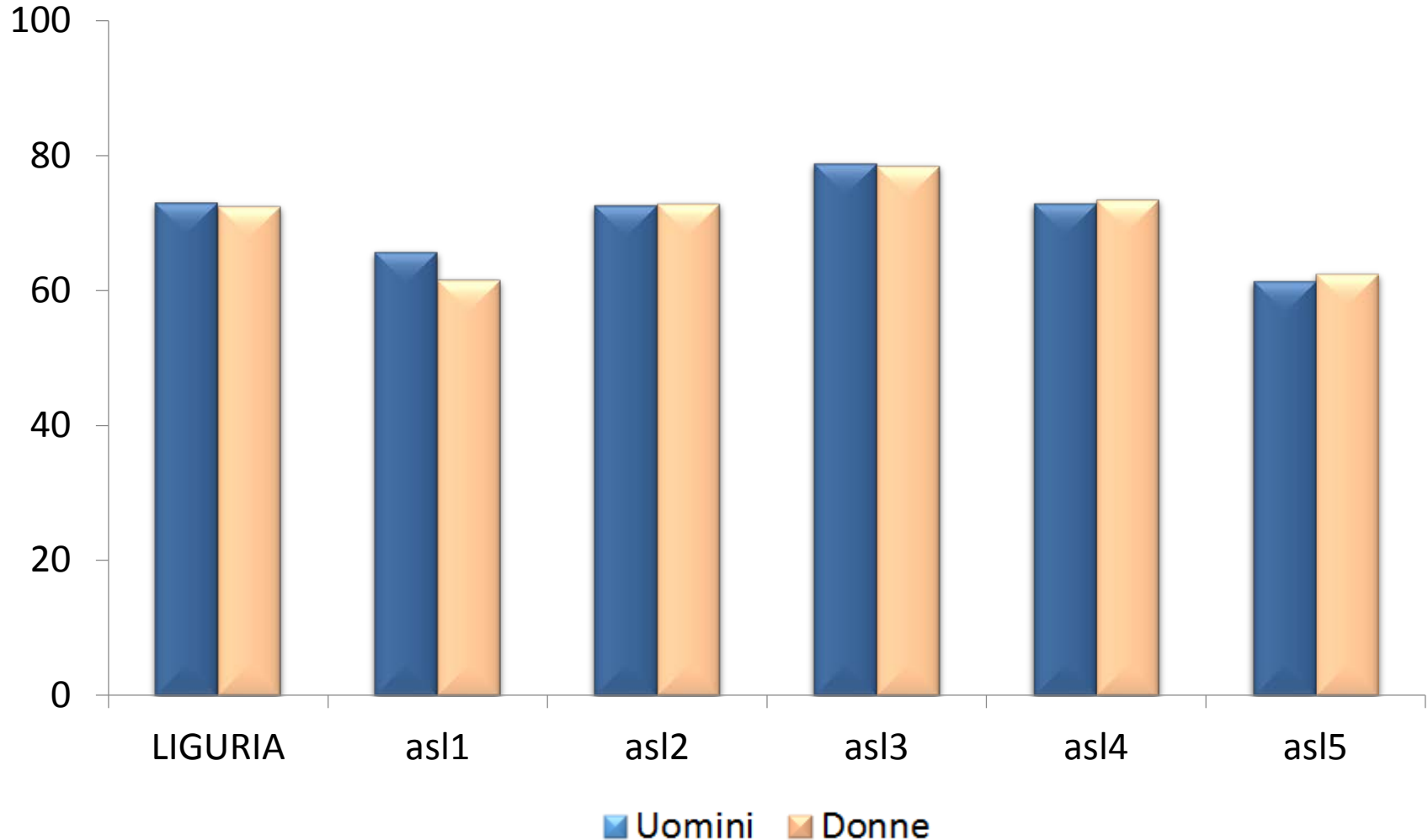
Popolazione - esclusi pre invito: 220.122 -> Estensione test: **34,4%**

Score = 3



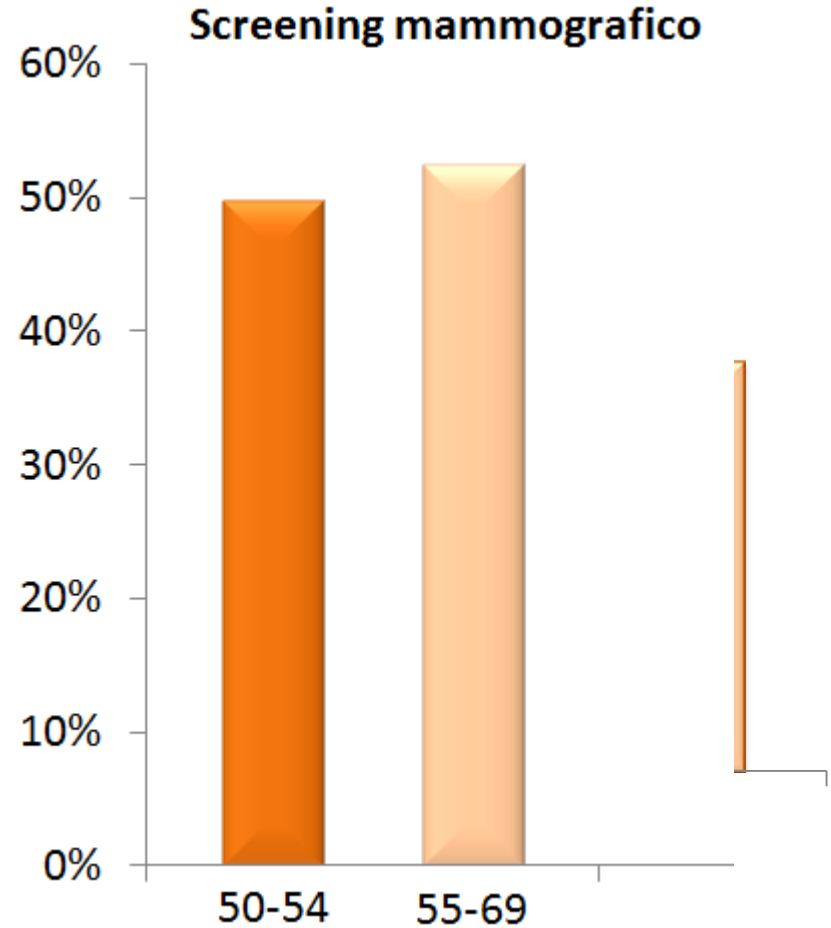
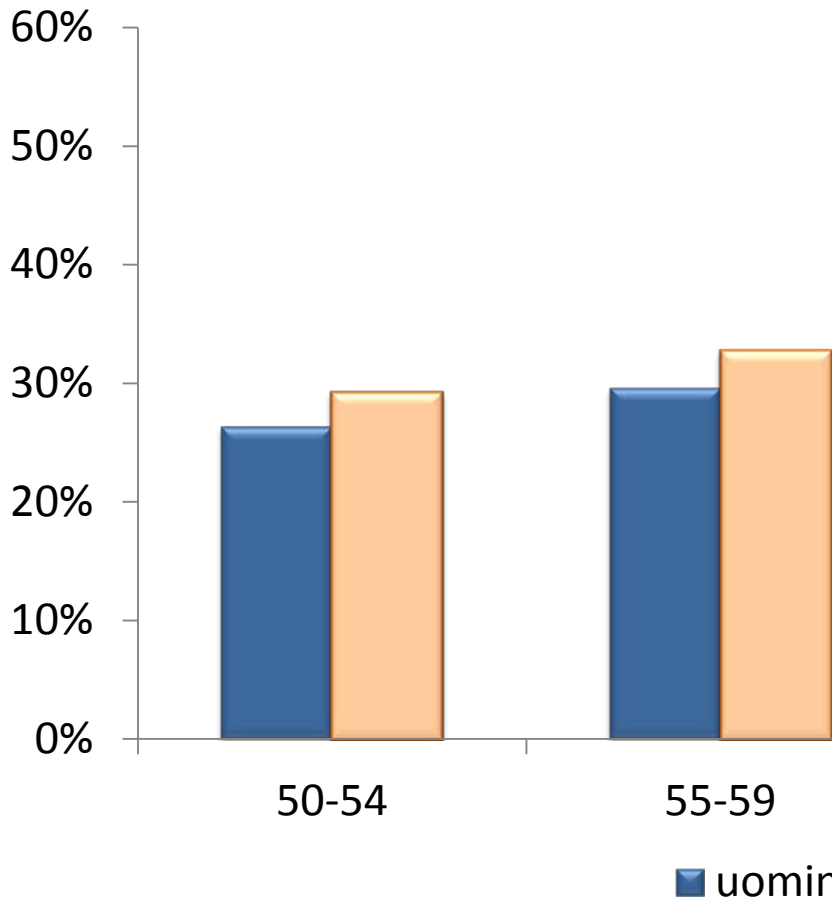


Adesione agli inviti successivi tra gli aderenti al primo invito



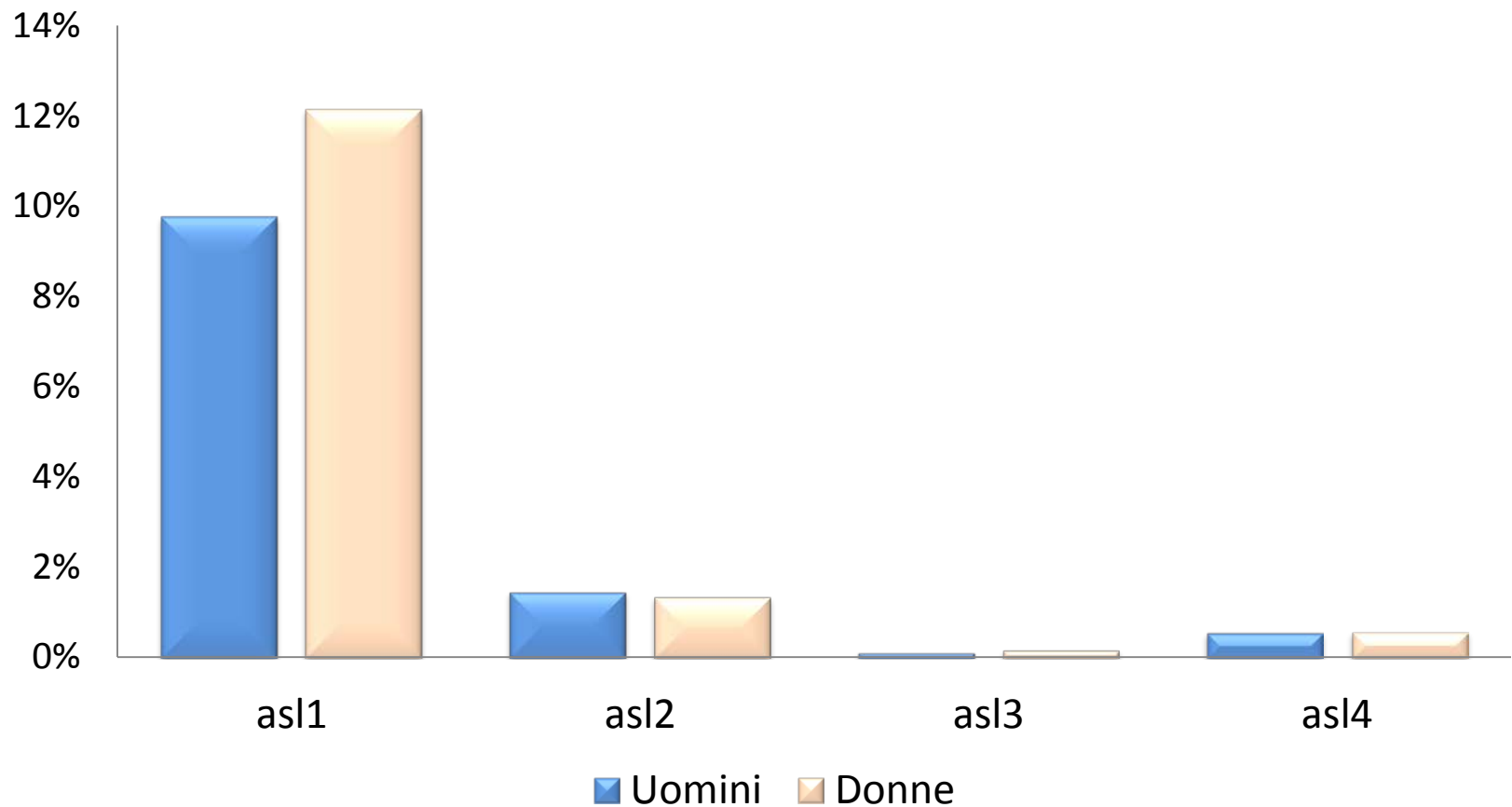


Adesione all'invito per età





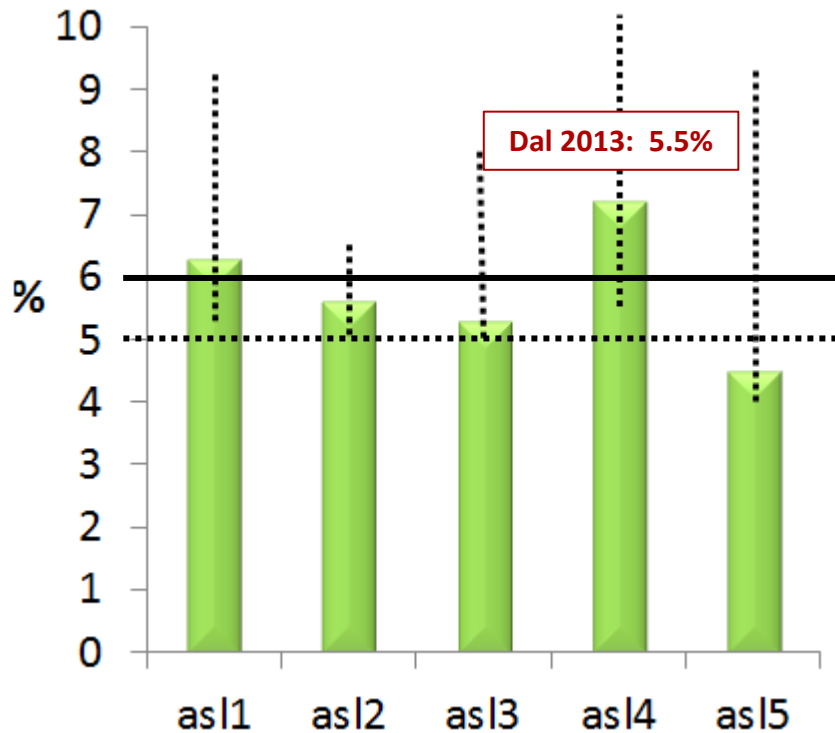
Esami recenti dichiarati dopo aver ricevuto l'invito ad eseguire SOF nei 4 programmi che riportano l'informazione nella survey GISCoR Anni 2015-2017





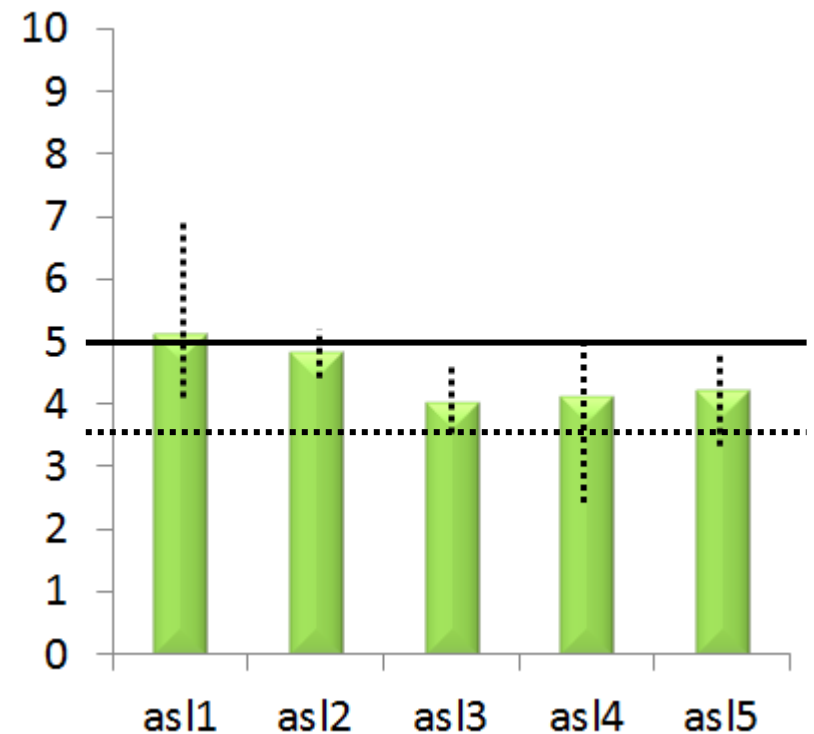
Primi esami

Accettabile < 6%; Desiderabile < 5%



Esami successivi

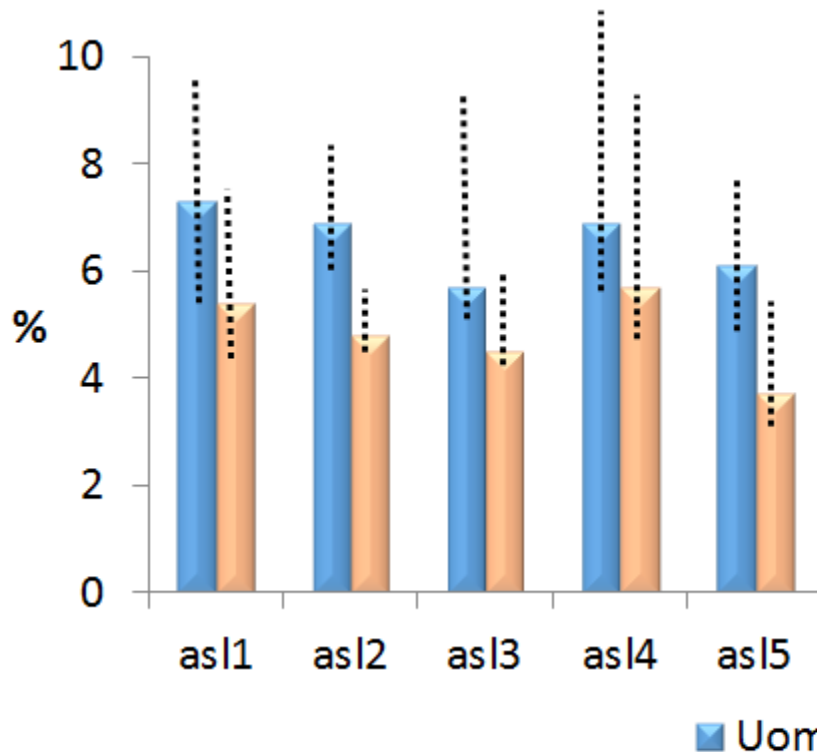
Accettabile < 5%; Desiderabile < 3.5%





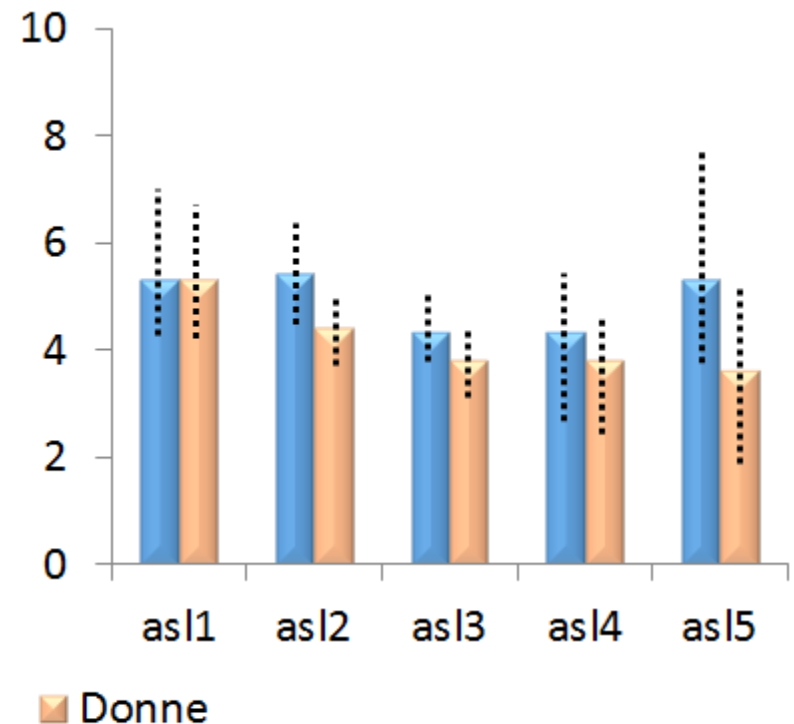
Primi esami

Accettabile < 6%; Desiderabile < 5%



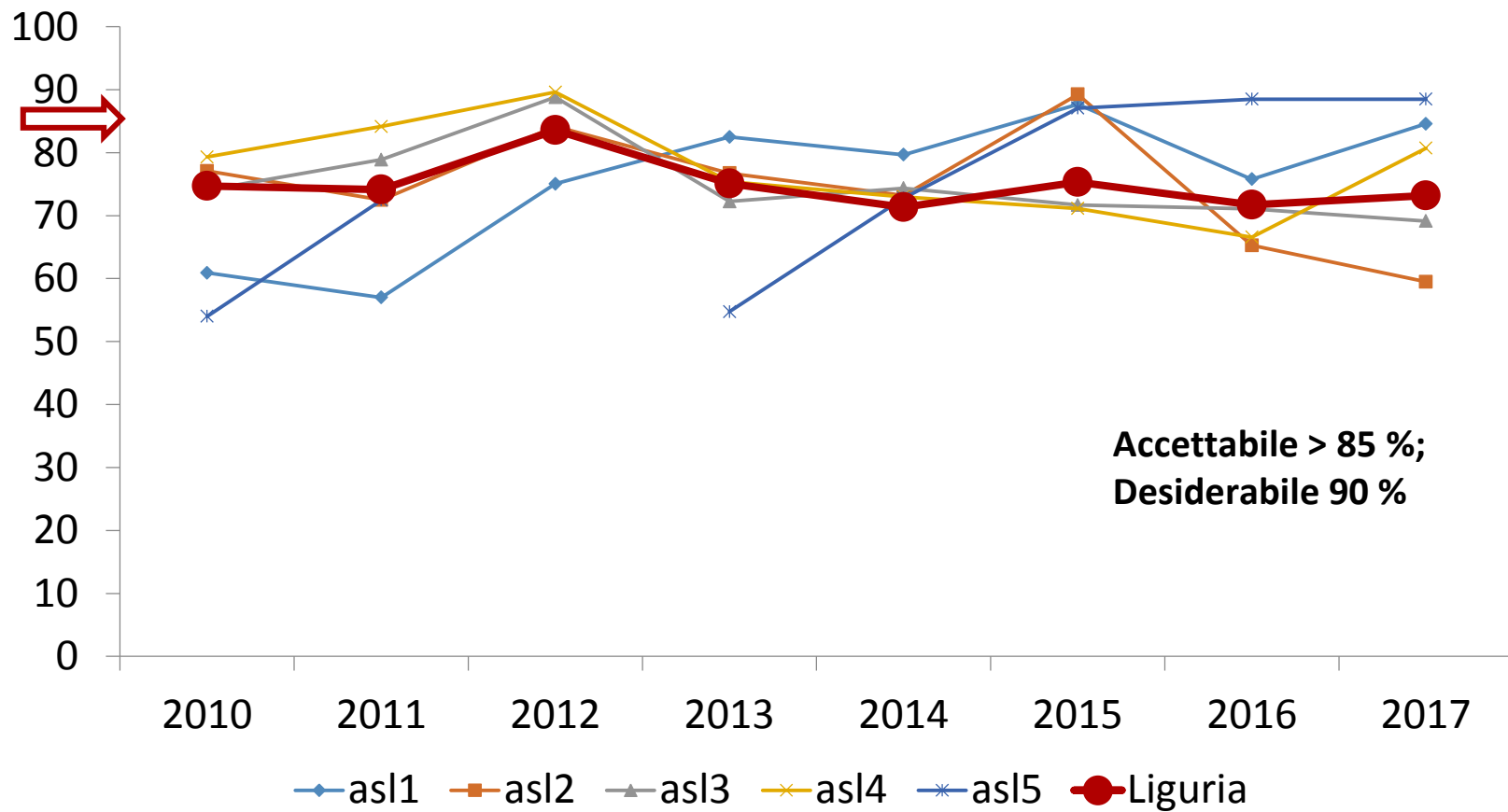
Esami successivi

Accettabile < 5%; Desiderabile < 3.5%





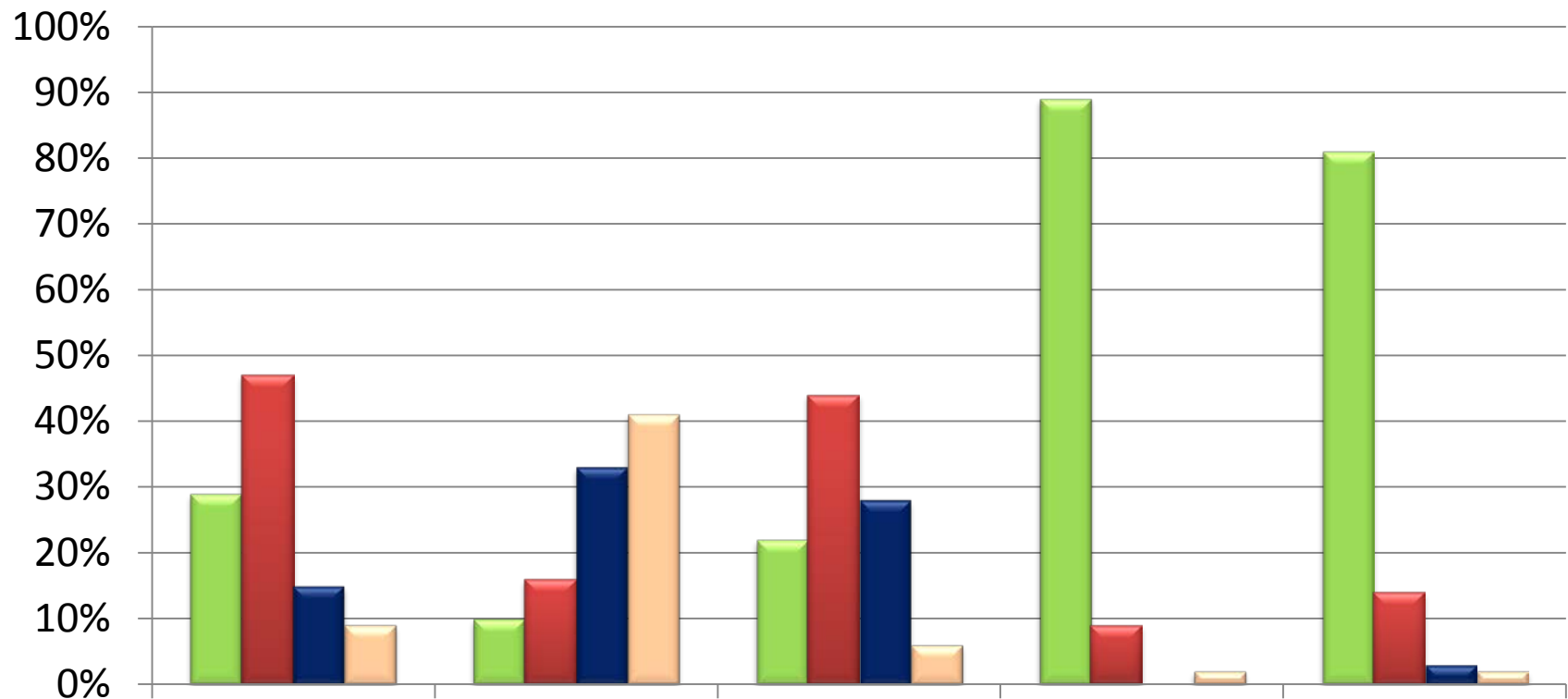
Adesione alla colonscopia tra i soggetti con FIT+ complessiva e nei 5 programmi di screening Liguri





Colonscopie eseguite a seguito di SOF+ nel 2017: tempi d'attesa

■ ≤ 30 giorni ■ 31-60 giorni ■ 61-90 giorni ■ >90 giorni



Adesione

asl1
85%

asl2
59%

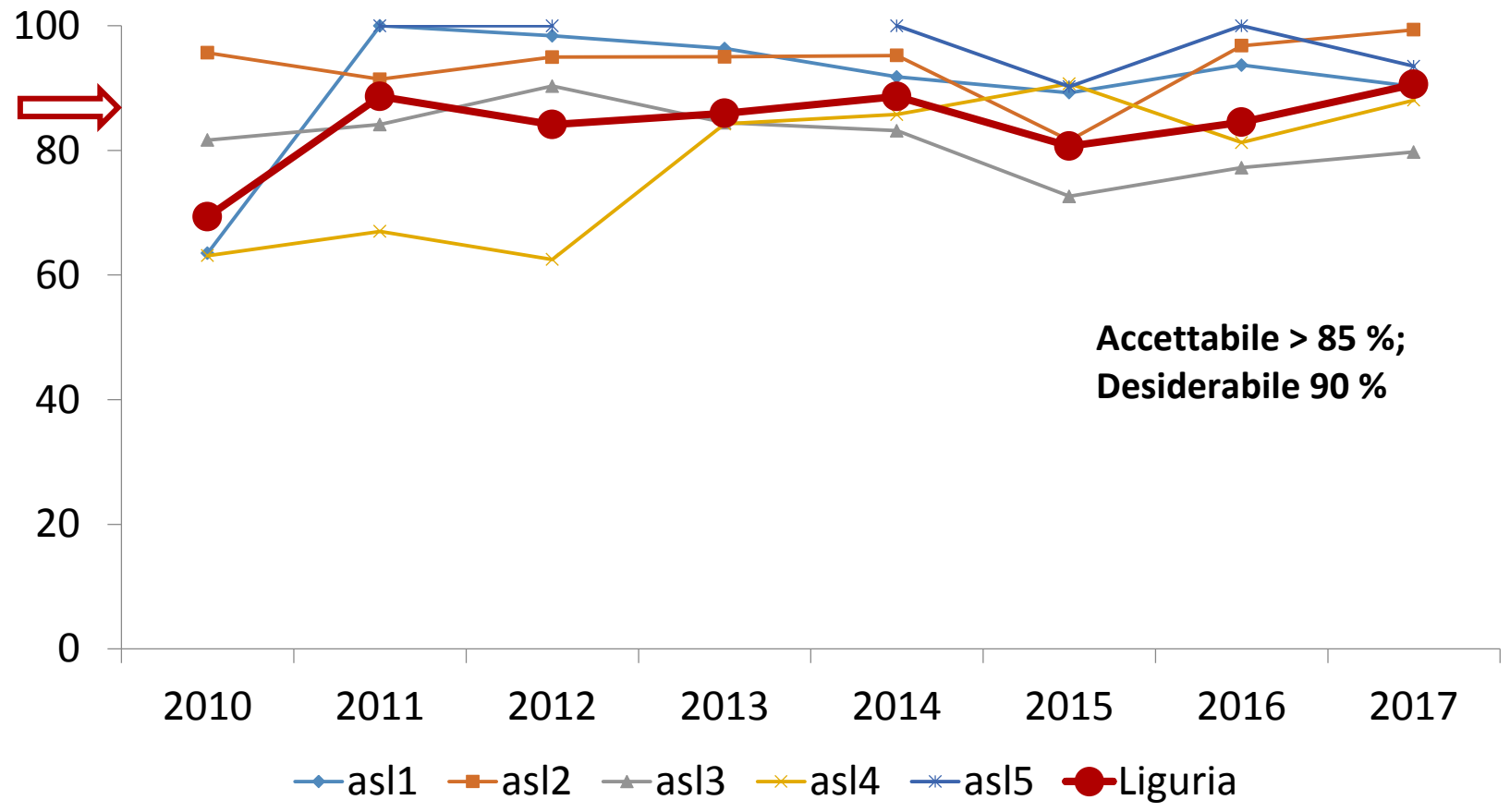
asl3
69%

asl4
81%

asl5
89%

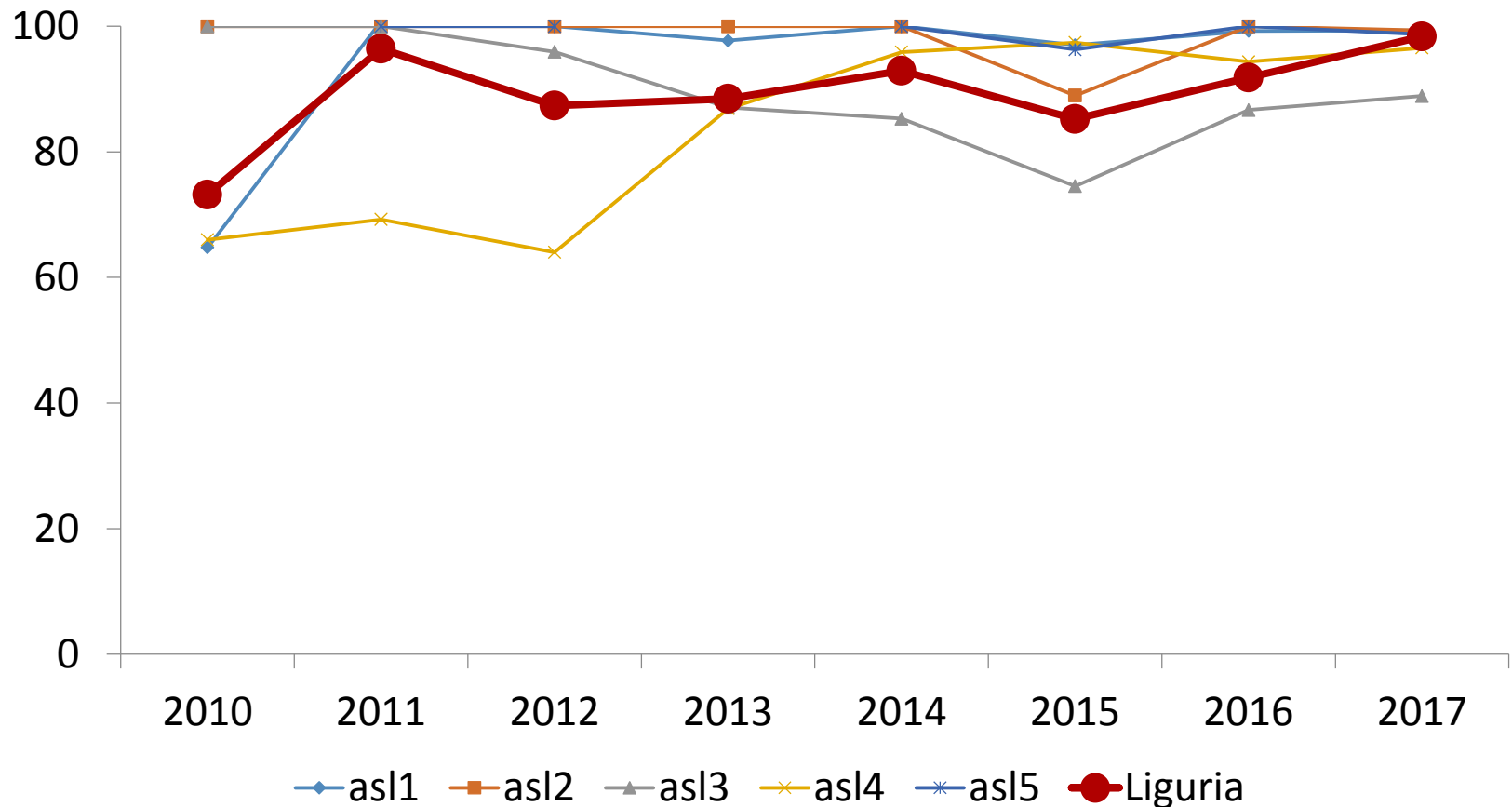


Tasso di completezza della colonscopia nei soggetti con FIT+ complessivo e nei 5 programmi di screening Liguri





Tasso di completamento della colonscopia* nei soggetti con FIT+ complessivo e nei 5 programmi di screening Liguri



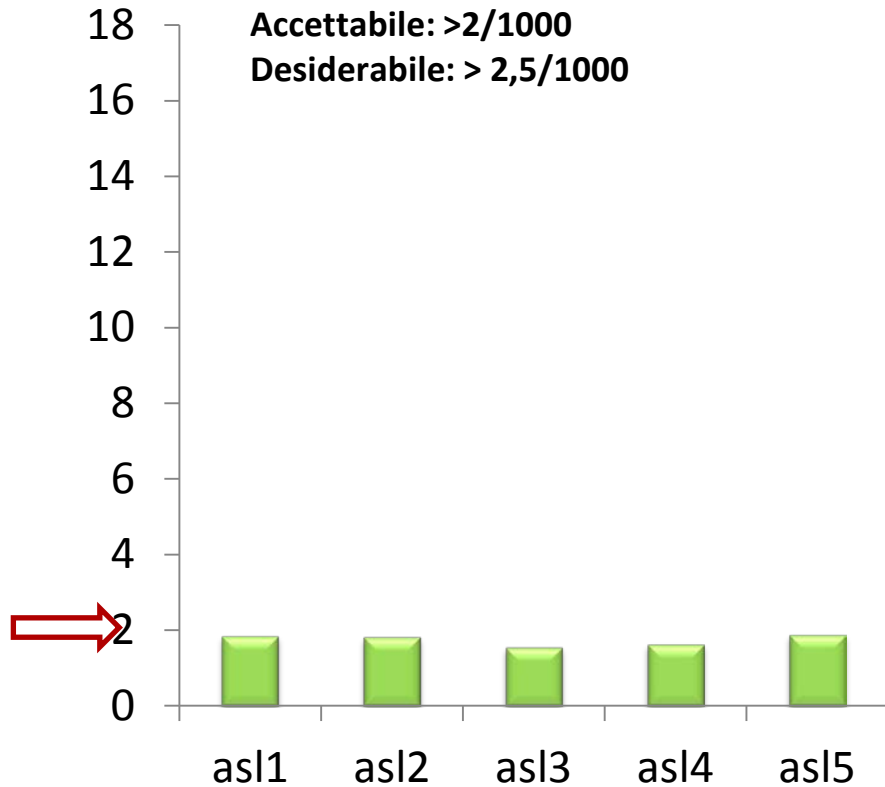
* Con altra CT o altro esame radiologico



Detection rate per cancro e adenoma avanzato Primo esame

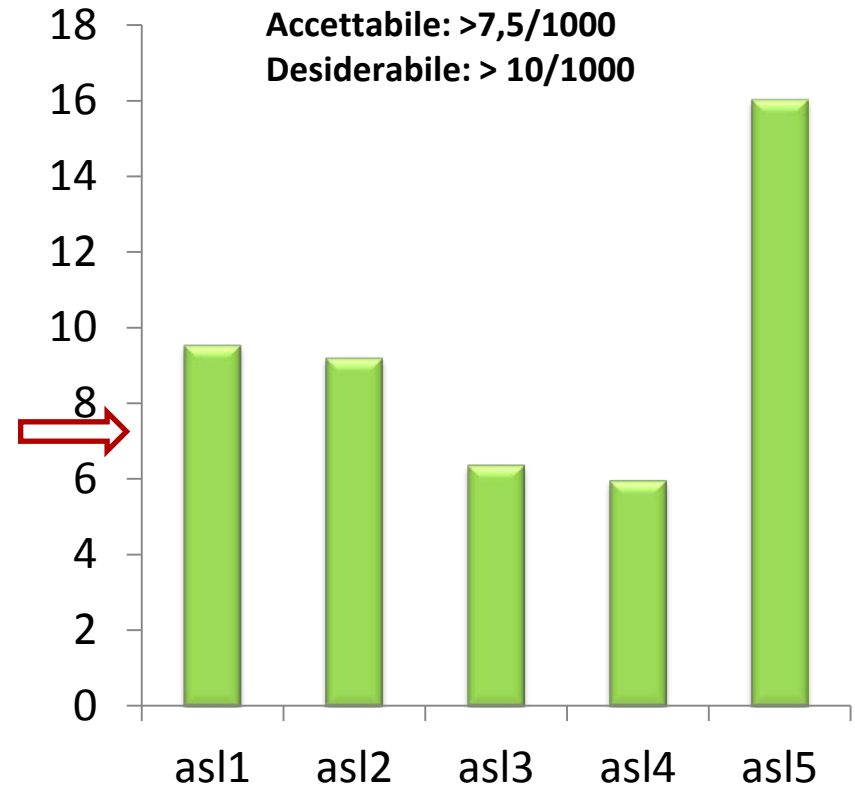
Cancro

Accettabile: $>2/1000$
Desiderabile: $> 2,5/1000$



Adenoma avanzato

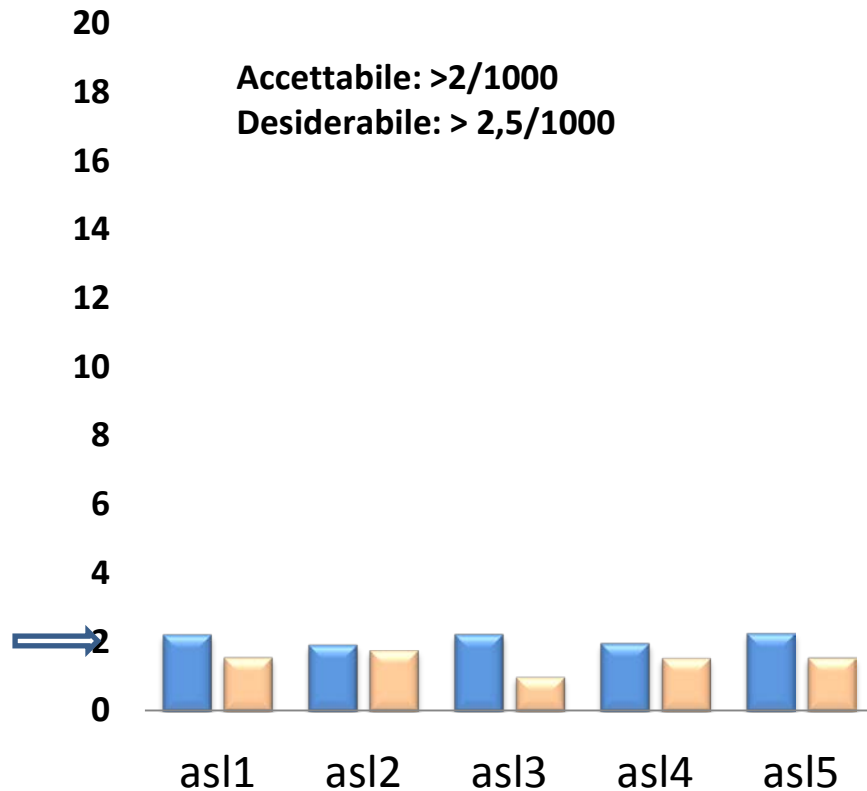
Accettabile: $>7,5/1000$
Desiderabile: $> 10/1000$



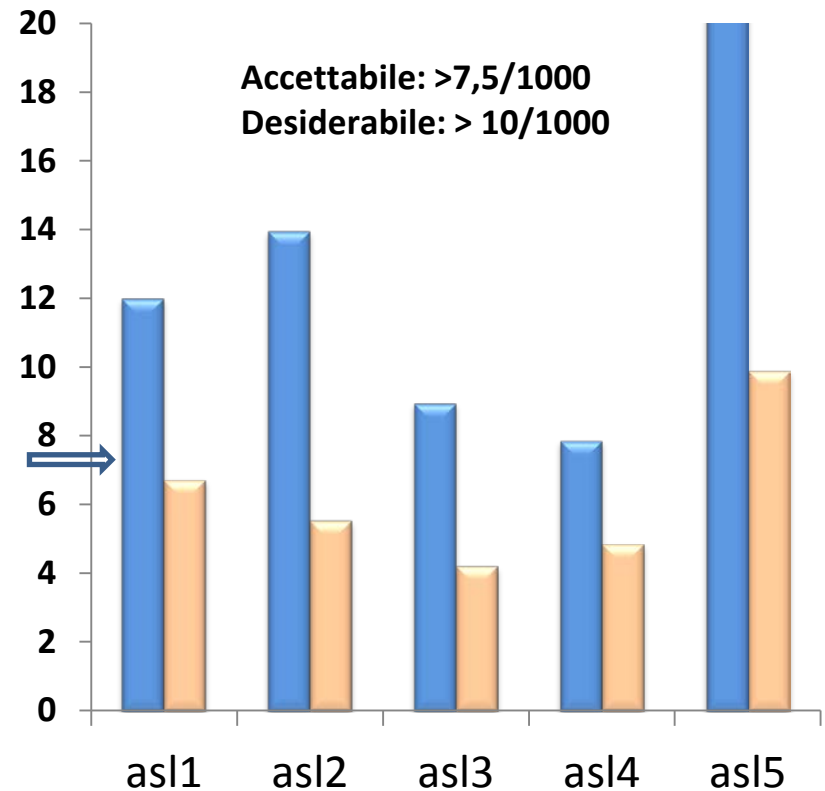


Detection rate per cancro e adenoma avanzato nei due sessi primo esame

Cancro



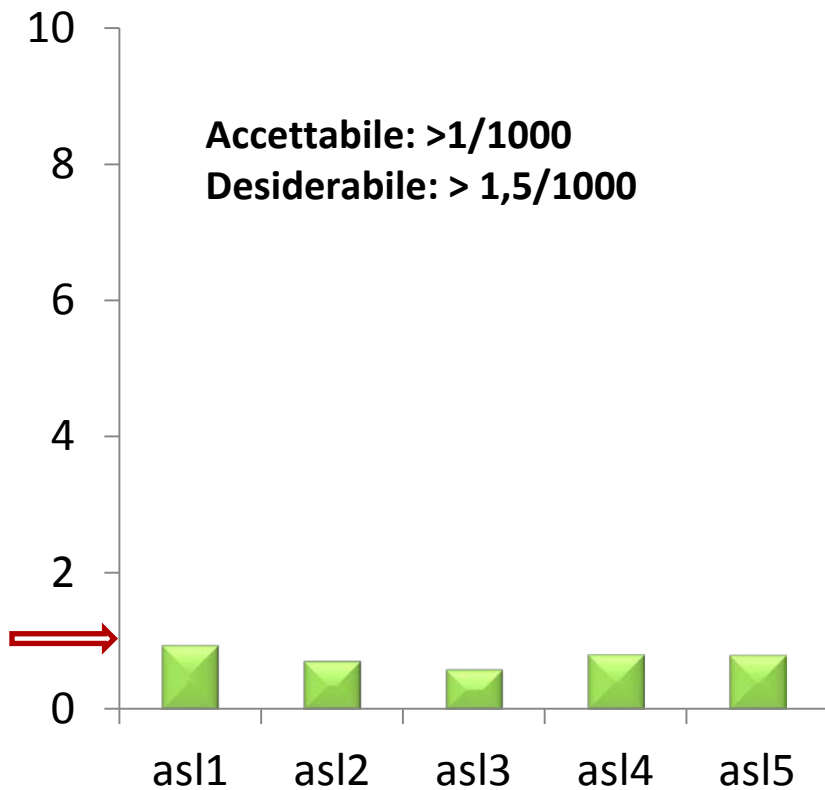
Adenoma avanzato



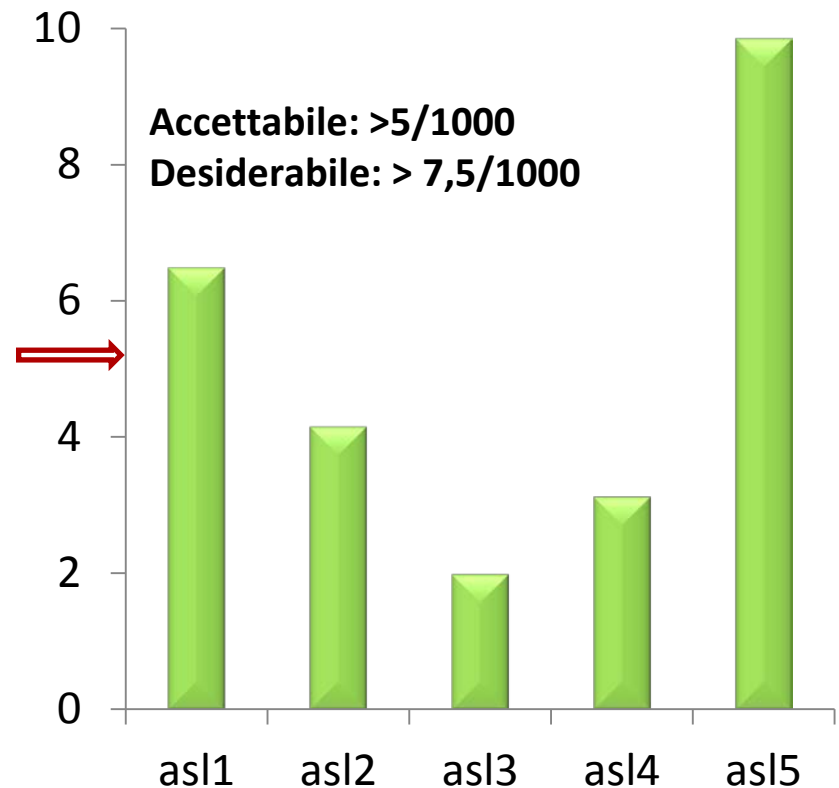


Detection Rate per cancro e adenoma avanzato Esami successivi

Cancro



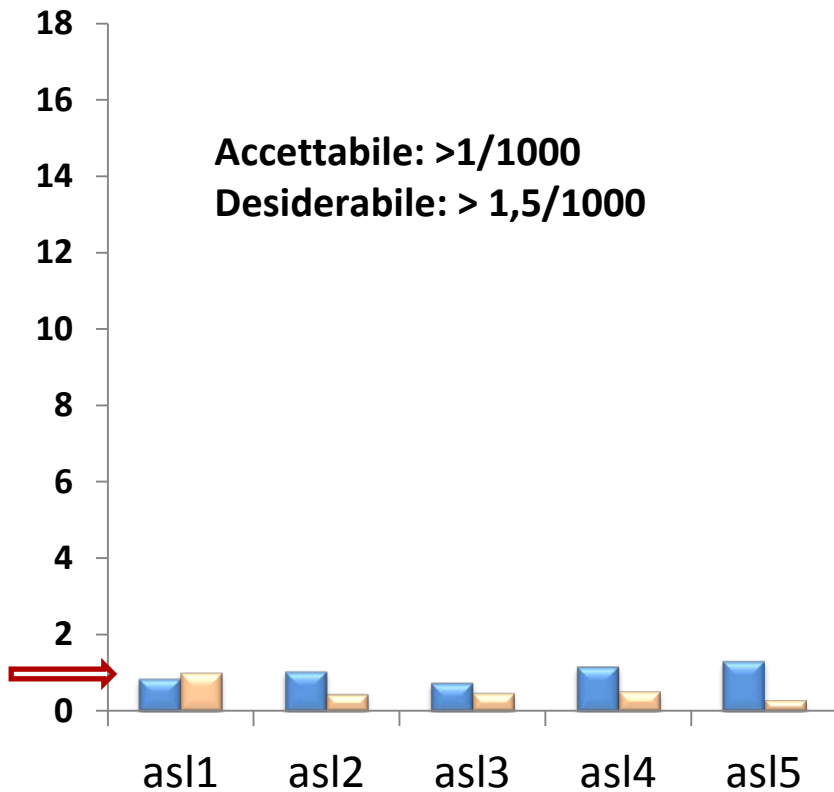
Adenoma avanzato



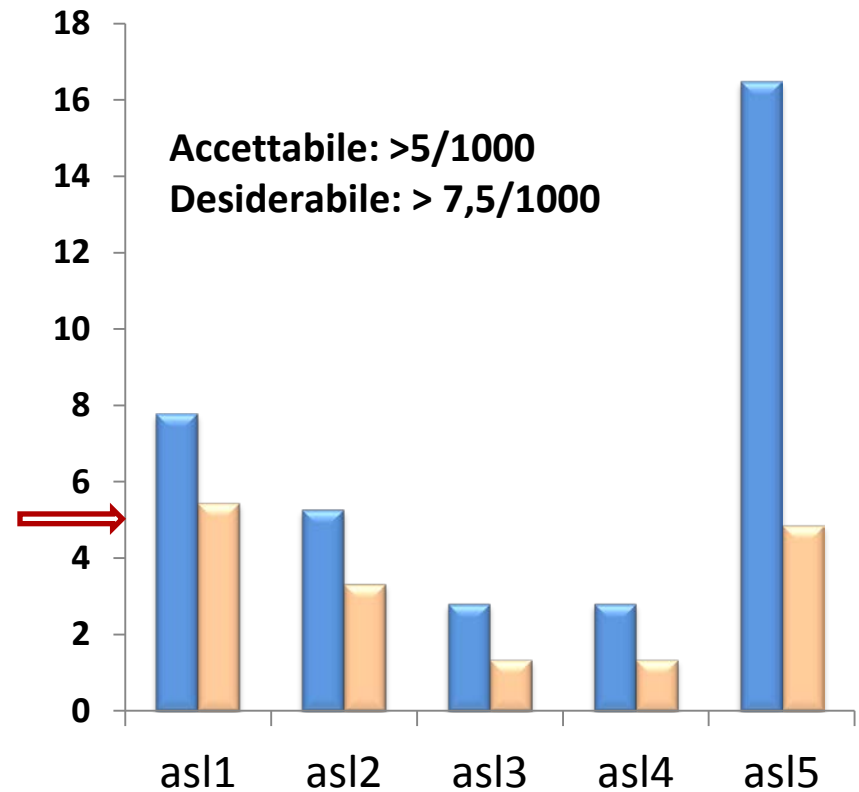


Detection Rate per cancro e adenoma avanzato nei due sessi Esami successivi

Cancro



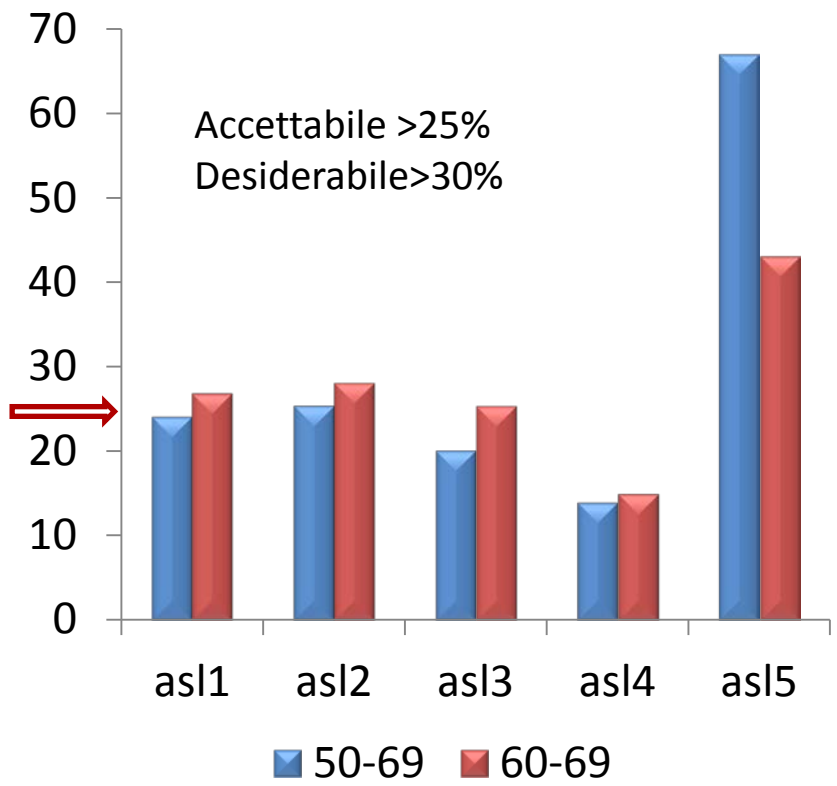
Adenoma avanzato



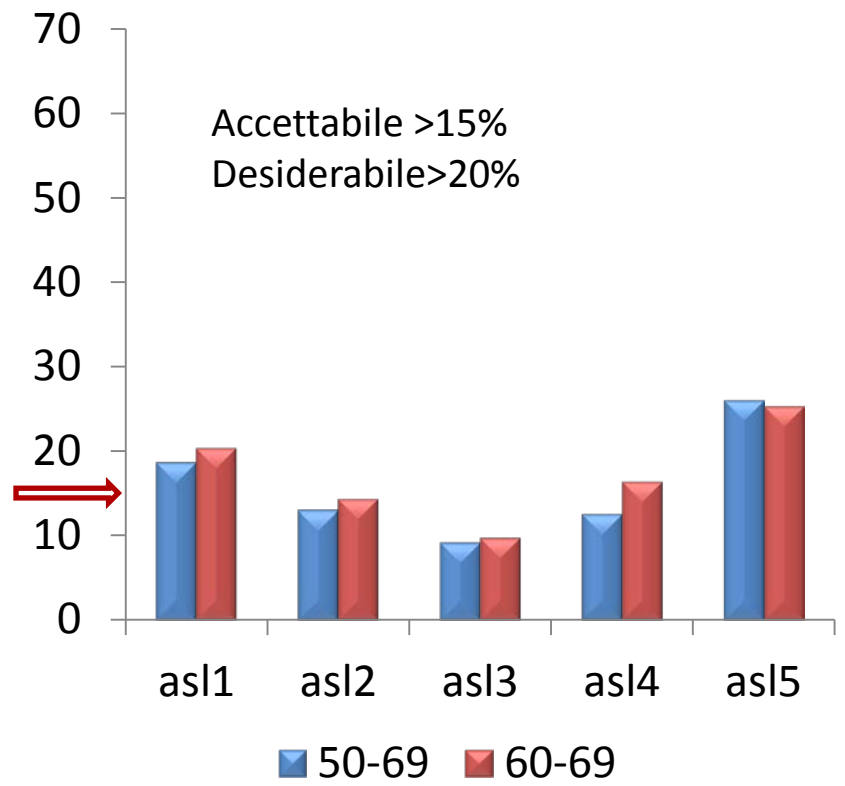


Valore predittivo positivo per lesione avanzata (CCR o adenoma avanzato)

Primo esame



Esami successivi





Indicazioni di follow-up dopo colonscopia (2015-2016)

Esito CT	FIT	CT 5 aa	CT 2-3 aa	CT 1 aa	CT≤6 m	Totale
Negativo	1.389	471	110	50	14	2.034
AD LR	131	244	311	80	30	796
AD HR	23	74	424	179	90	790
AD canc.	0	0	0	1	4	5
Altro	22	120	33	14	85	274
Totale	1.563	909	878	324	223	3.897

**Il 34% (1.318/3.897) delle CT consigliate «potrebbero» essere non necessarie
4 dei 5 centri di screening fanno richiamo attivo**



Protocollo per l'erogazione della colonscopia all'interno del percorso di screening colo-rettale in Liguria

Revisione

Redatto da

Verificato da

Approvato da

A.Li.Sa.

AZIENDA LIGURE SANITARIA DELLA REGIONE LIGURIA

C.F. / P. IVA 02421770997

Rev.



DELIBERAZIONE N. 17 DEL 19.12.2016

OGGETTO: Indicazioni operative per il programma di screening colo-rettale in Liguria: protocolli per l'erogazione della colonscopia e per la refertazione anatomo-patologica dei polipi del grosso intestino all'interno del percorso di screening colo-rettale in Liguria.

M.G. Sironi, G.M. Mazzarella (ASL4)
N. Gorji (ASL5)



Indicazioni di follow-up dopo colonscopia (2017)

Esito CT	FIT	CT 5 aa	CT 2-3 aa	CT 1 aa	CT≤6 m	Totale
Negativo	431	159	39	20	4	653
AD LR	59	145	126	29	2	361
AD HR	6	14	183	73	20	296

Se si esclude l'esito «altro» il tasso di inappropriatelyzza scende dal 30% al 18%

Totale	1.043	506	384	142	47	2.122
---------------	--------------	------------	------------	------------	-----------	--------------

**Il 30% (641/2,122) delle CT consigliate «potrebbero» essere non necessarie
4 dei 5 centri di screening fanno richiamo attivo**



Che cosa abbiamo imparato da 7 anni di screening organizzato per il cancro colrettale in Liguria?

La mancata verifica della fattibilità dell'intervento ha determinato scarsa efficienza, probabile aumento dei costi rispetto all'atteso e mancanza di equità nell'offerta del percorso.

Il monitoraggio costante dell'attività ha messo in evidenza **alcune criticità** (organizzazione, adesione, disponibilità di spazi in colonscopia per i II livelli) ma anche dei **punti di forza** (qualità dell'endoscopia e la voglia di fare gruppo per affrontare le criticità)

Per quanto possibile, si sono cercati gli strumenti per ridurre i danni:

- apertura di un colloquio con la rete gastroenterologica regionale
- confronto con i patologi impegnati nello screening regionale

La prosecuzione del monitoraggio ci aiuterà a capire se le azioni messe in campo sono adeguate a raggiungere l'obiettivo