GISCoR
gruppo italiano screening colorettale

SURVEY ITALIANA GISCOR GESTIONE DEI T1 DEL COLON-RETTO

Dott.ssa Cristina Manzotti

AUSL-IRCCS di Reggio Emilia

Direttore: Dott. Romano Sassatelli

T Hotel, Cagliari
6-7 Novembre 2025

XVIII CONGRESSO NAZIONALE 2025

OECI COMPREHENSIVE Cancer Centre

Il sottoscritto Cristina Manzotti
in qualità di relatore al

Convegno Nazionale GISCOR

Cagliari, 6-7 Novembre 2025

ai sensi dell'art. 76, comma 4 dell'Accordo Stato Regioni del 2 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5. del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM

dichiara che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in ambito sanitario.

6/11/2025

Cristina Manzotti

Diffusione della survey

Utilizzo rete **ONS** per facilitare una diffusione più capillare

Invio ai responsabili regionali → Diffusione ai singoli centri screening provinciali

Periodo apertura Maggio 2025 – Luglio 2025

Adesione alla survey

207 link aperti

76 esclusi
(lasciati vuoti, doppioni)

131 QUESTIONARI COMPILATI ALMENO PARZIALMENTE
(tutti almeno fino a metà)

83/131 (63%) COMPILATI IN MANIERA COMPLETA

Rappresentatività delle risposte nel panorama italiano

IN ITALIA PRESENTI 103 ENTI PROVINCIALI
(province, città metropolitane, liberi consorzi comunali)

Macroarea	Numero enti	%
Totale	**103**	**100%**
Nord Italia	49	47,6%
Centro Italia	22	21,4%
Sud Italia + Isole	32	31,1%

→

Macroarea	Provenienza risposte % (N=83)
Nord Italia	**50,6%**
Centro Italia	**20,5%**
Sud Italia + Isole	**28,9%**

Questionario inviato

1. *Informazioni sul **rispondente** (anonimo)*
2. *Informazioni sulla **Unità Operativa***
3. ***Team multidisciplinare***
4. *Valutazione della **lesione***
5. ***Staging pre e post-trattamento***
6. ***Istologia***
7. ***Trattamento***
8. ***Follow-up***

1. Informazioni sul rispondente

Risposte complete N= 131		Conteggio	%
Età:	< 35 anni	6	4,6%
	35-50 anni	51	38,9%
	> 50 anni	74	**56,5%**
Specializzazione:	**Gastroenterologia**	95	**72,5%**
	Chirurgia	27	**20,6%**
	Anatomia Patologica	3	2,3%
	Oncologia	0	0,0%
	Altro	6	4,6%
Anni attività come personale strutturato	<5	8	6,1%
	5-10	25	19,1%
	11-20	44	**33,6%**
	>20	54	**41,2%**

2. Informazioni sulla unità operativa

Risposte complete (N=131)		Conteggio	%
Centro di	I livello	35	26,7%
	II e III livello	96	**73,3%**
Centro Universitario	Si	30	22,9%
	No	101	**77,1%**
Centro Screening	**Si**	124	**94,7%**
	No	7	5,3%
Tipo di centro	**Pubblico**	106	**80,9%**
	Privato convenzionato	25	19,1%
	Privato	0	0%
	Altro	0	0,0%
N di colonscopie eseguite annualmente	<=2000	41	33,6%
	2000-5000	54	**44,3%**
	=>5000	27	22,1%
Strumentazione in uso:	Pentax	27	20,6%
	Fuji	35	26,7%
	Olympus	90	**68,7%**
	ND	2	1,5%

3. Team multidisciplinare

È presente un team multidisciplinare dedicato alla gestione dei pazienti affetti da neoplasie del colon-retto? (N=131)	**Si**	120	**91,6%**
	No	11	8,4%

Da quali figure è composto	**Oncologo**	117	**97,5%**
	Chirurgo	116	**96,7%**
	Gastroenterologo/Endoscopista	116	**96,7%**
	Radiologo	99	**82,5%**
	Anatomopatologo	95	**79,2%**
	Palliativista	20	16,7%
Se anche altra figura, specificare	**Radioterapista**	30	**25,0%**
	Medico nucleare	7	5,8%
	Psicologo	5	4,2%
	Infermiere case manager	3	2,5%
	Genetista	3	2,5%
	Stomaterapista	3	2,5%
	Internista	2	1,7%
	Anestesista	2	1,7%
	Nutrizionista	1	0,8%
Questo team si occupa anche della discussione dei T1 del colon-retto? (N= 119)	No, mai	0	0,0%
	Si, sempre	98	**81,7%**
	Si, solo in casi particolari	21	17,5%

Specificare in quali casi il team multidisciplinare si occupa della discussione dei T1 colon-retto (N=21)	Elevato rischio istologico	10	47,6%
	Non radicalità endoscopica	8	38,1%
	Dubbio malattia extracolica	1	4,8%
	Comorbidità del pz e rischio operatorio elevato	1	4,8%
	Dimensioni della lesione>5 cm	1	4,8%

4. Valutazione della lesione - Modalità

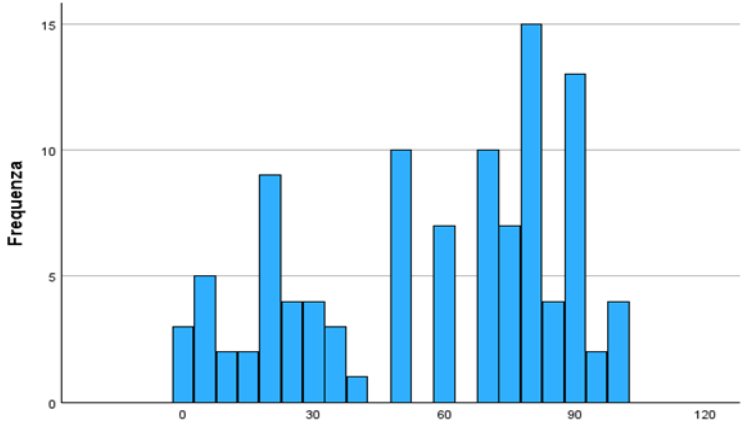
Risposte complete N=131		Conteggio	%
Che tipo di tecnologia viene utilizzata per valutare una lesione sospetta per invasività?	Solo luce bianca	45	34.4%
	Cromoendoscopia virtuale	95	72.5%
	Cromoendoscopia vitale	9	6.9%
Quali classificazioni endoscopiche sono solitamente utilizzate per la diagnosi ottica nel sospetto di T1 del colon-retto?	Parigi	92	70.2%
	Kudo	85	64.9%
	JNET	46	35.1%
	NICE	27	20.6%
	Sano	2	1.5%

BLI, LCI, NBI, FICE, TXI, i scan…

Indaco di carminio 6
Blu di metilene 3

4. Valutazione della lesione – Sospetto

	Mediana % (Q1;Q3)	Range %
Quanti T1 anatomopatologicamente diagnosticati vengono effettivamente sospettati come tali all'esame endoscopico? (N=131)	**70 %** (30;80)	0 - 100%



5. Staging pre-trattamento

In caso di sospetto T1 del colon-retto (non ancora trattato), viene eseguito uno staging pre-trattamento con metodiche di imaging? (N=109)	**Si, sempre** quando si ha il sospetto di T1 prima di qualsiasi trattamento	37	**34.0%**
	No, mai prima del trattamento. Prima asportazione endoscopica, poi si valuta lo staging successivamente	34	**31.2%**
	Si ma solo per i sospetti T1 del **retto** e NON per i sospetti T1 del colon	28	**25.7%**
	Si, ma solo in caso di ..... [specificare]	10	9.2%

Aspetto endoscopico sospetto per invasione profonda	5
Se paziente fragile	1
Se resezione endoscopica complessa	1
Nel retto per una stadiazione locale al T0 indip. dal trattamento che verrà eseguito	1
Non specificato	2

Con quali metodiche viene fatta la stadiazione di un T1 del colon? (N=109)	**TC addome**	66	**50.4%**
	TC torace	36	27.5%
	RMN addome	19	14.5%
	EUS inferiore	4	3.1%

Con quali metodiche viene fatta la stadiazione di un T1 del retto? (N=109)	**RMN pelvi**	66	**50.4%**
	EUS inferiore	47	35.9%
	TC addome	42	32.1%
	TC torace	27	20.6%

5. Staging post-trattamento

In caso di T1 del colon-retto trattato endoscopicamente e confermato istologicamente, viene eseguito uno staging post-trattamento con metodiche di imaging? (N=109)	**Si**, se i margini di resezione sono positivi o è presente almeno una caratteristica istologica ad alto rischio	62	**56,9%**
	Si, sempre	46	**42,2%**
	No, mai	1	0,9%

5. Staging – Dosaggio CEA

Il CEA viene dosato: (N=109)	Sempre	37	33.9%
	Mai	21	19.3%
	Solo se va a trattamento chirurgico	28	25.7%
	Se caratteristiche istologiche alto rischio	19	17.4%
	Altro	4	3.7%

Specificare altro:	a discrezione della discussione multidisciplinare	2
	Se il paziente segue un percorso oncologico	1
	Non saprei	1

6. Istologia (I)

Il servizio di anatomia patologica utilizza un metodo di refertazione standardizzato per i T1 del colon retto nel Suo centro? (N=109)	**Si**	92	**84.4%**
	No	16	14.6%
	Non so	1	0.9%

Quali sono le caratteristiche istologiche indagate e refertate dall'anatomopatologo nel Suo centro? (N=109)	**Invasione linfo-vascolare**	103	**94,5%**
	Grading	100	**91,7%**
	Profondità invasione sottomucosa in mm	96	**88,1%**
	Margine di resezione	96	**88,1%**
	Budding	95	**87,2%**
	Haggit per polipi peduncolati	77	**70,6%**
	Larghezza invasione sottomucosa in mm	69	63,3%
	Kikuchi per polipi sessili/piatti	63	57,8%
	MMR	50	45,9%
	microRNA	24	22,0%

6. Istologia (II)

Quali sono considerate caratteristiche ad <u>alto rischio istologico</u> nel suo centro? (N=109)	**Invasione linfo-vascolare**	100	**91,7%**
	Grading	90	**82,6%**
	Margine di resezione non libero o indeterminato	87	**79,8%**
	Budding 2 e 3	84	77,1%
	Invasione sottomucosa sm3	80	73,4%
	Invasione sottomucosa > 1mm	69	63,3%
	Margine di resezione libero, ma minore di 1 mm	64	58,7%
	Altro	5	4,6%

Budding 3 e non 2; ampiezza invasione sm > 4 mm	2
Kikuchi sm2; Haggit 3 e 4;	1
polipectomia piecemeal	2

6. Istologia (III)

I T1 diagnosticati nel suo ospedale vengono refertati: N=109	**Da un solo patologo**	72	**66.1%**
	Da due patologi in maniera indipendente	37	33.9%

I due patologi refertanti (N=37):	**Appartengono alla stessa unità operativa**	33	**89.2%**
	Uno è dell'unità operativa che ha in carico il paziente, l'altro è esterno (second opinion esterna)	3	8.1%
	Altro, specificare (vuoto)	1	2.7%

7. Trattamento (I)

Trattamento per T1 colici (N=101)	**Locale come primo approccio, chirurgico solo se istologia ad alto rischio (almeno 1 criterio)**	44	**43.5%**
	Decisione del team multidisciplinare	39	38.6%
	Locale come primo approccio, chirurgico solo se staging post-trattamento positivo	12	11.9%
	Sempre chirurgico	3	3.0%
	Sempre locale, poi follow-up	2	2.0%
	Locale come primo approccio, poi decisione del team multidisciplinare	1	1.0%

Trattamento per T1 rettali (N=101)	**Decisione del team multidisciplinare**	46	**45.5%**
	Locale come primo approccio, chirurgico solo se istologia ad alto rischio (almeno 1 criterio)	38	37.6%
	Locale come primo approccio, chirurgico solo se staging post-trattamento positivo	11	8.4%
	Sempre locale, poi follow-up	3	3.0%
	Sempre chirurgico	2	2.0%
	Locale come primo approccio, poi decisione del team multidisciplinare	1	1.0%

7. Trattamento (II)

In caso di trattamento locale per una lesione inizialmente non sospettata per invasività e rivelatasi T1 solo dopo esame istologico, quale approccio viene utilizzato: (N=101)	**Decisione del team multidisciplinare che valuta caso per caso**	54	**53.5%**
	Se istologia a basso rischio e margini negativi, nessun ulteriore trattamento e solo follow-up. Se istologia ad alto rischio o margini positivi, chirurgia secondaria	42	**41.6%**
	Sempre solo follow-up, nessun ulteriore trattamento	3	3.0%
	Va sempre a chirurgia (eccetto pazienti unfit for surgery)	2	1.9%
	Altro	0	0.0%

Vi sono casi in cui viene utilizzata la EFTR della cicatrice dopo trattamento locale? (N=101)	**No**	61	**60.4%**
	Si	40	39.6%

Quando viene utilizzata la EFTR della cicatrice dopo trattamento locale: (N=40)	Per lesioni < 2 cm, EFTR della cicatrice per rivalutazione istologica SOLO se margini positivi alla precedente resezione	22	55.8%
	Per lesioni < 2 cm, EFTR della cicatrice per rivalutazione istologica se margini positivi alla precedente resezione endoscopica SOLO se paziente unfit for surgery	11	27.5%
	Per lesioni < 2 cm, EFTR della cicatrice per rivalutazione istologica sempre	4	10%
	Altro	3	7.5%

8a. Follow-up dopo trattamento ENDOSCOPICO

8b. Follow-up dopo trattamento CHIRURGICO

Grazie!