

Il ruolo del GISCoR alla luce di PNP e LEA in atto

- Renato A. Fasoli
- Consulente ASL/Cuneo 1 per screening Ccr e endoscopia operativa colo-rettale e biliare
- **Presidente GISCoR (Gruppo Italiano Screening ColoRettale)**





Forum Risk Management

obiettivo sanità salute

26-29 NOVEMBRE 2024
AREZZO FIERE E CONGRESSI

19

Il sottoscritto Renato Fasoli

ai sensi dell'art. 3.3 sul Conflitto di Interessi, pag. 17 del Reg. Applicativo dell'Accordo Stato-Regioni del 5 novembre 2009,

dichiara

che negli ultimi due anni NON ha avuto rapporti diretti di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

Modalità di screening del cancro del colon-retto

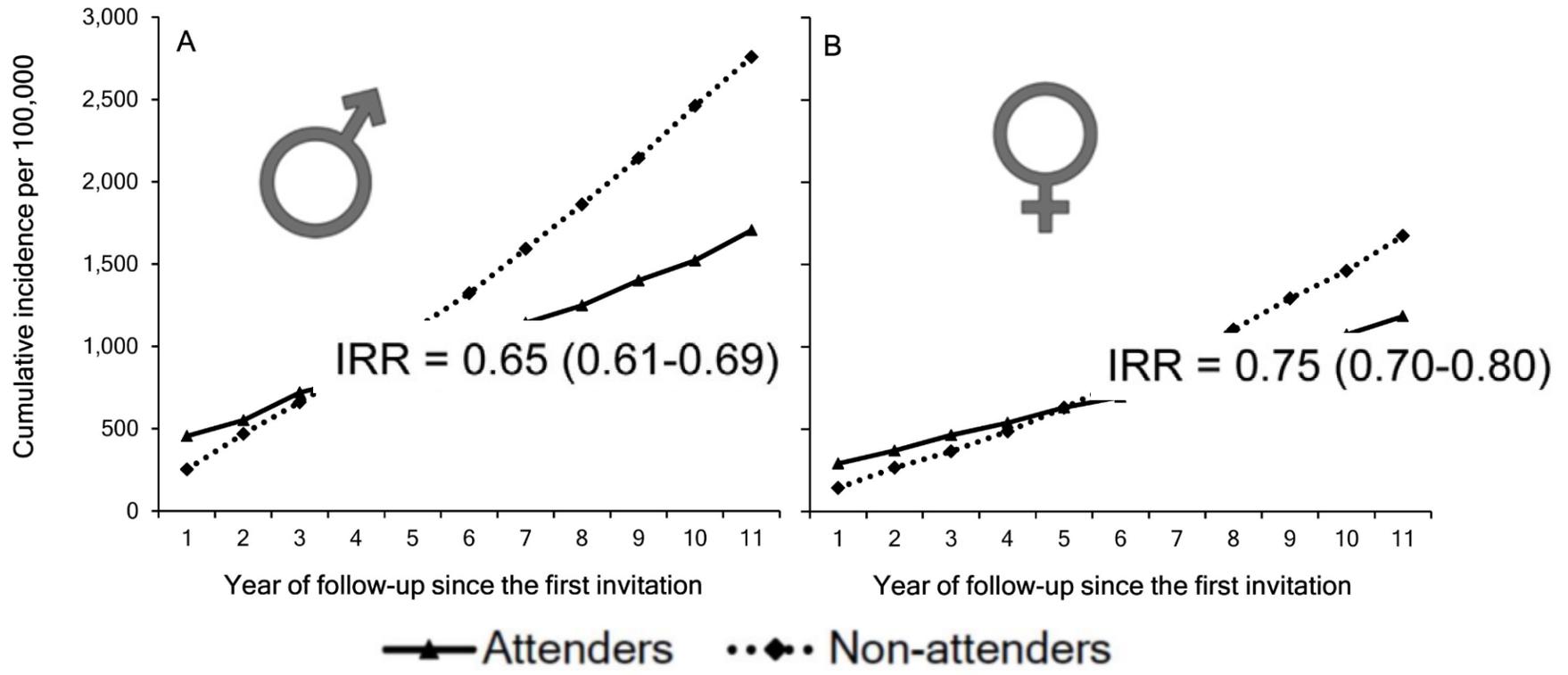
- Ricerca sangue occulto guaiaco → colonscopia
- Ricerca sangue occulto immunochimico (agglutinazione al lattice, oro colloidale) → colonscopia
- Fit + Dna
- Retto-sigmoidoscopia → colonscopia
- Colonscopia diretta
- Colonscopia virtuale
- PillCam

- Fasce di età 50-69 anni - 50-74 anni
- 58 sigmoidoscopy once only
- SORVEGLIANZA

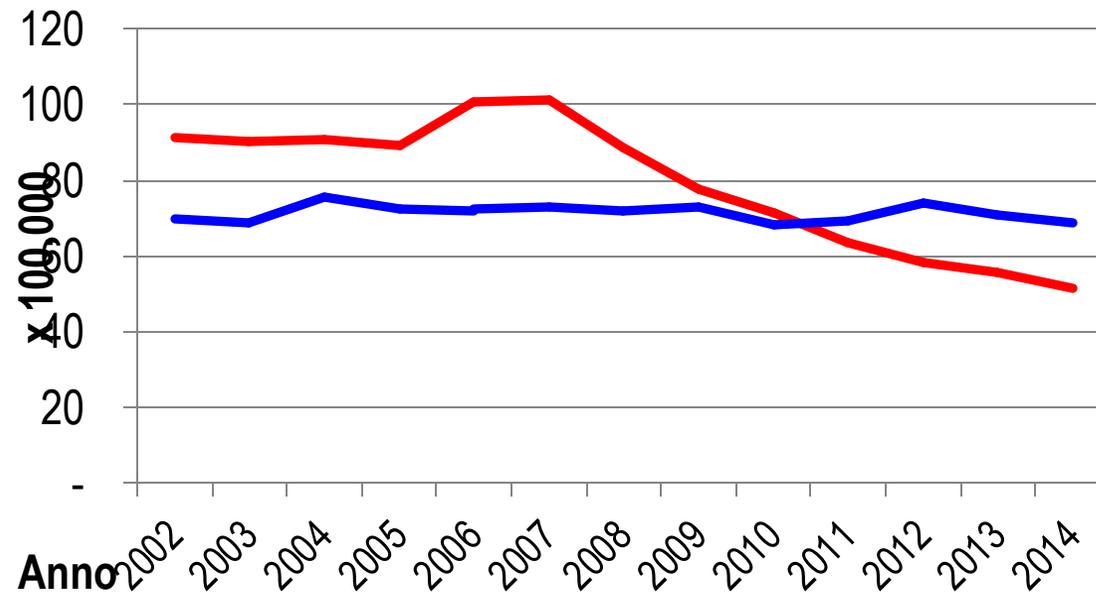
Su quali parametri può influire lo screening del cancro del colon-retto

- Incidenza
- Severità (stadiazione alla diagnosi)
- Ricorso alla chirurgia
- Mortalità
- Rapporto costo/efficacia

Incidenza cumulativa di CRC negli aderenti vs. non aderenti allo screening in Emilia Romagna



Resezioni chirurgiche – Tumori distali e retto



Regioni senza screening:

- Campania
- Lazio
- Puglia
- Sicilia

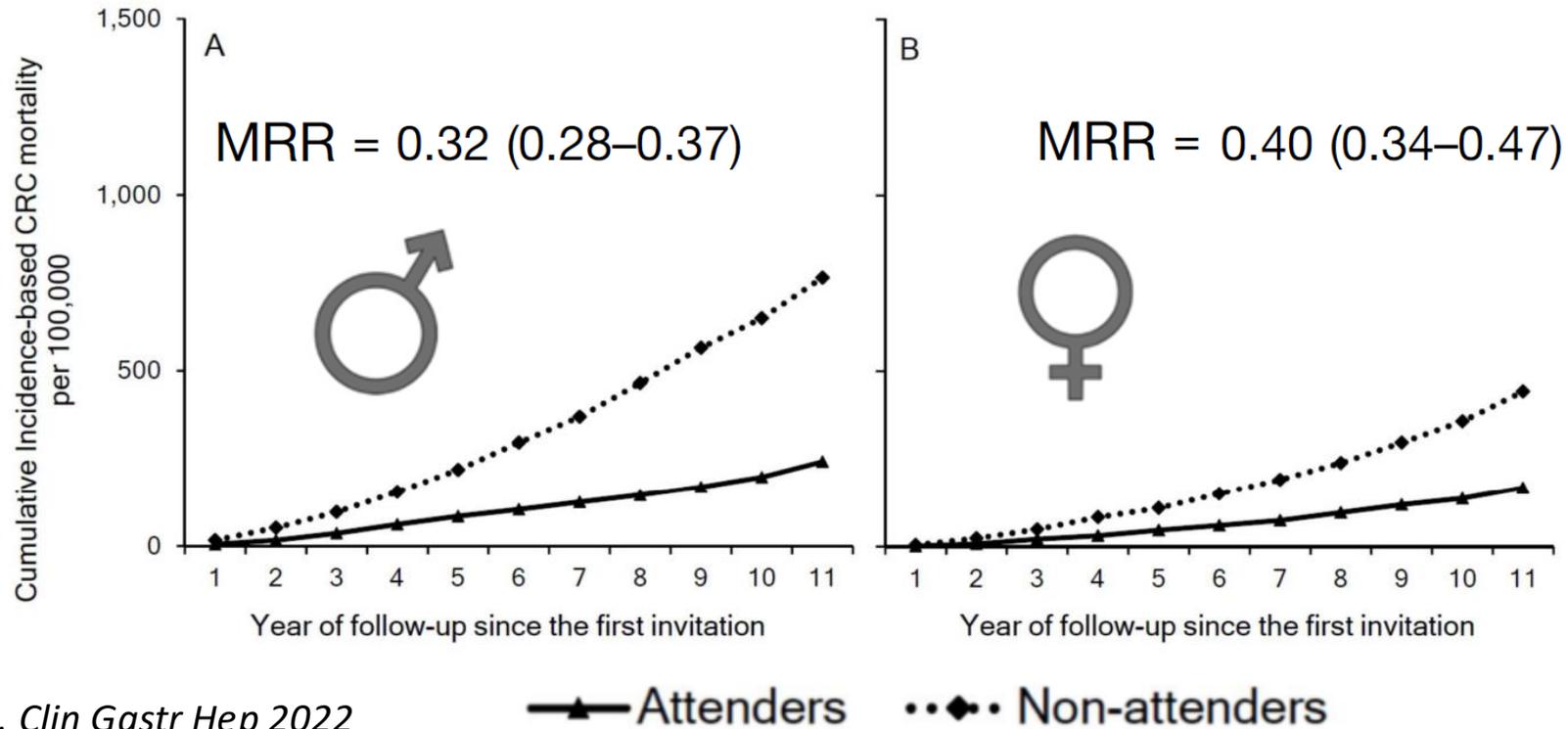
Regioni con screening:

- Emilia Romagna
- Lombardia
- Toscana
- Veneto

Zorzi M et al, Dig Liv Dis 2018



Mortalità cumulativa di CRC negli aderenti vs. non aderenti allo screening in Emilia Romagna



Baldacchini F, et al. Clin Gastr Hep 2022

Cost-effectiveness compared to no screening

- All studies found CRC screening to be cost-effective compared to no screening for all established screening tests
- All US studies found CRC screening to be cost-saving
- One-third of studies in Europe found CRC screening to be cost-saving

Ran et al. Clin Gastro and Hepatol 2019

GISCoR

- Società scientifica che si occupa di screening del cancro del colon-retto a 360 gradi
- Comprende esperti di sanità pubblica, igienisti, epidemiologi, laboratoristi, endoscopisti, anatomo-patologi, chirurghi
- Fa parte di una più ampia federazione (FASO), che – includendo anche GISCI e GISMA - copre i 3 principali screening oncologici

Obiettivi GISCoR I

- **Contribuire a ridurre:**

- Diseguaglianze:

- *Geografiche (Nord/sud) (città/provincia)
- *Sociali (hard to reach, frail, transgender, persone istituzionalizzate)
- *(Ripartenza post-pandemia COVID)

- Inappropriatezze e quindi costi

- *più endoscopia e meno chirurgia nei polipi complessi
- *consulti multidisciplinari nei cancro e nei polipi cancerizzati
- *sorveglianza post-polipectomia; counseling nei FIT-positivi

Obiettivi GISCoR II

- Rinforzo del concetto di gratuità di tutto il percorso (effetto anche sulle liste di attesa e sull'appropriatezza)
- Gestione specialistica oncologica dei T1
- Accordo con federfarma e coinvolgimento delle farmacie
- Facilitazione della comunicazione

Obiettivi GISCoR III

- Strategie per aumentare l'adesione al Fit e alla colonscopia nei FIT-positivi
- Creazione di reti di specialisti coinvolti (laboratoristi, anatomo-patologi)
- Linee-guida, certificazione, accreditamento (con SIED)
- Manuale indicatori



PNP e GISCoR I

- approccio *life course*, finalizzato al mantenimento del benessere in ciascuna fase dell'esistenza, per setting, come strumento facilitante per le azioni di promozione della salute e di prevenzione, e di genere, al fine di migliorare l'appropriatezza e l'equità degli interventi;
- **affrontare il contrasto alle disuguaglianze sociali e geografiche quale priorità trasversale a tutti gli obiettivi;**
- sostenere i Piani Regionali della Prevenzione (PRP) come "luoghi" istituzionali e riconoscibili per la *governance* delle politiche e degli interventi di prevenzione;
- sostenere l'interazione organizzativa, funzionale, operativa di tutte le risorse interne ed esterne al sistema sanitario, a partire dal Dipartimento di prevenzione;
- **rafforzare il sistema di monitoraggio e valutazione dei processi e dei risultati**



E) Griglia LEA – Prevenzione

Livello di assistenza	Definizione	Significato
	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	
	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	
	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65 anni)	
	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto (introdotto nel 2010)	<i>L'obiettivo dell'indicatore è di descrivere le attività dei programmi organizzati di screening e l'adesione da parte della popolazione eleggibile. Si vuole fornire una valutazione complessiva del rispetto del LEA per tutti e tre i programmi di screening</i>

- $\text{Persone in età target che eseguono il test di screening per carcinoma mammella} / [\text{donne residenti (50-69)} / 2]$
- $\text{Persone in età target che seguono il test di screening per cervice uterina} / [\text{donne residenti (25-64)} / 3]$
- $\text{Persone in età target che eseguono il test di screening per tumore colon retto} / [\text{persone residenti (50-69)} / 2] * 100$

Lo score totale dell' indicatore è calcolato sommando gli scores dei singoli programmi di screening a cui è attribuibile un punteggio che varia da 0 a 5:

SCORE	0	1	3	5
Scr. Mam	0% - 5%	6% - 34%	35% - 59%	≥ 60%
Scr.. Cerv.	0% - 5%	6% - 24%	25% - 49%	≥ 50%
Scr. Colo-rettale	0% - 5%	6% - 24%	25% - 49%	≥ 50%



Tabella 1 - Implementazione e caratteristiche dell'offerta per tipologia di screening (percentuali con e senza pesatura), nelle macroaree e a livello nazionale

Screening	Nord		Centro		Sud		Italia	
	%	% pesata	%	% pesata	%	% pesata	%	% pesata
Mammografico								
Presente in tutte le az. sanitarie	100	100	100	100	75	82	90	94
Estensione 45-49 anni	78	80	50	43	25	31	52	56
Estensione 70-74 anni	89	98	100	100	13	26	62	74
Colon-retto								
Presente in tutte le az. sanitarie	100	100	100	100	100	100	100	100
Estensione 70-74 anni	44	57	50	54	13	26	33	46
Collaborazione farmacie ^a	78	78	75	69	50	54	67	68
Cervicale								
Presente in tutte le az. sanitarie	100	100	100	100	88	92	95	97
Test HPV-DNA ^b	89	95	100	100	75	68	86	87
Protocolli HPV ^c	78	90	50	19	38	40	57	59

Nota: per ogni macroarea, nella prima colonna sono riportate le percentuali di Regioni/PA che presentano la caratteristica considerata, nella seconda colonna le stesse percentuali "pesate" rispetto alla popolazione target dello screening all'interno della macroarea.

(a) La consegna del kit per la ricerca di sangue occulto si avvale della collaborazione delle farmacie in tutte le aziende sanitarie;

(b) test HPV-DNA offerto come screening delle cervice in tutte le aziende sanitarie; (c) sono stati implementati protocolli differenziati in base allo stato vaccinale HPV

Estensione dello screening Ccr

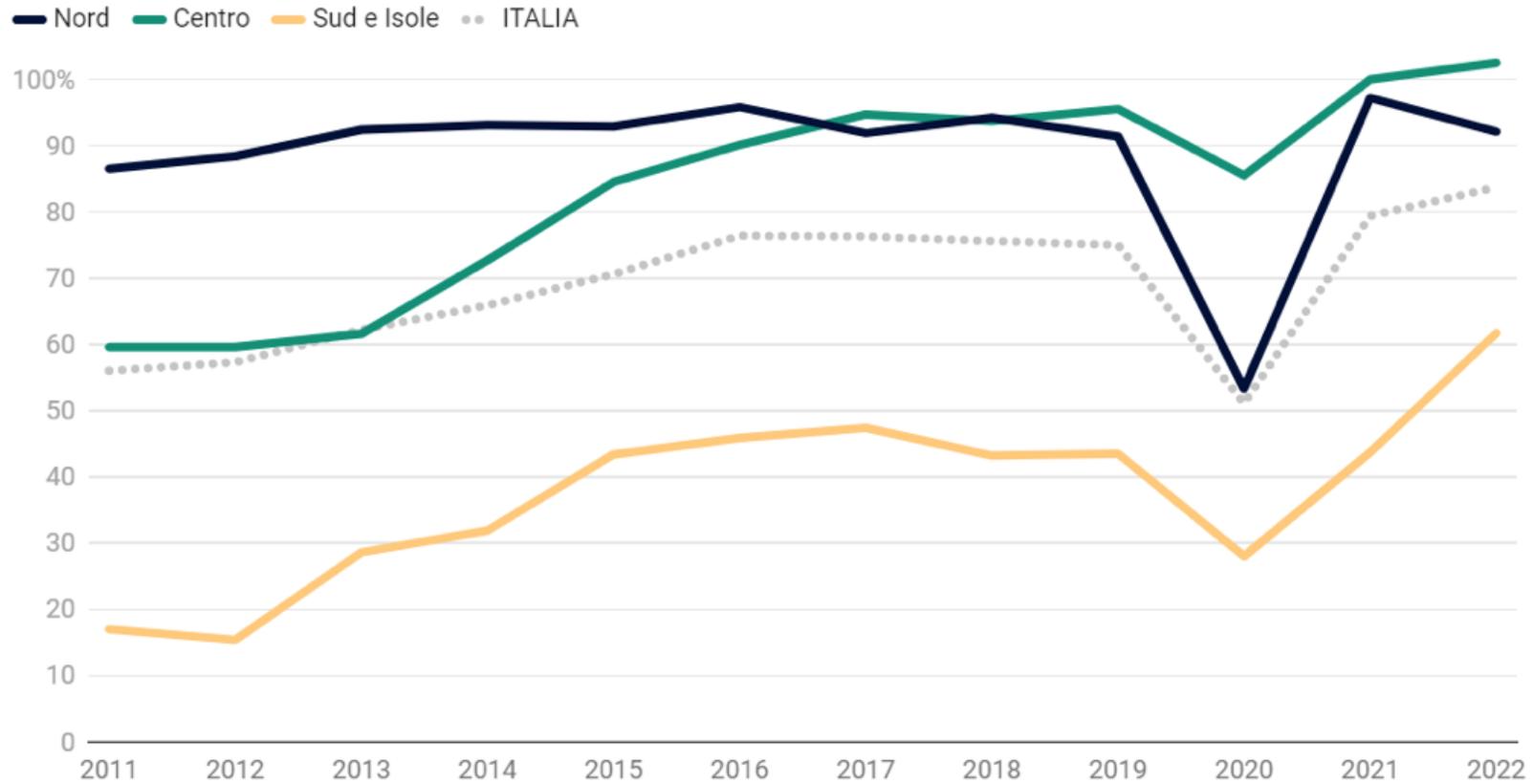
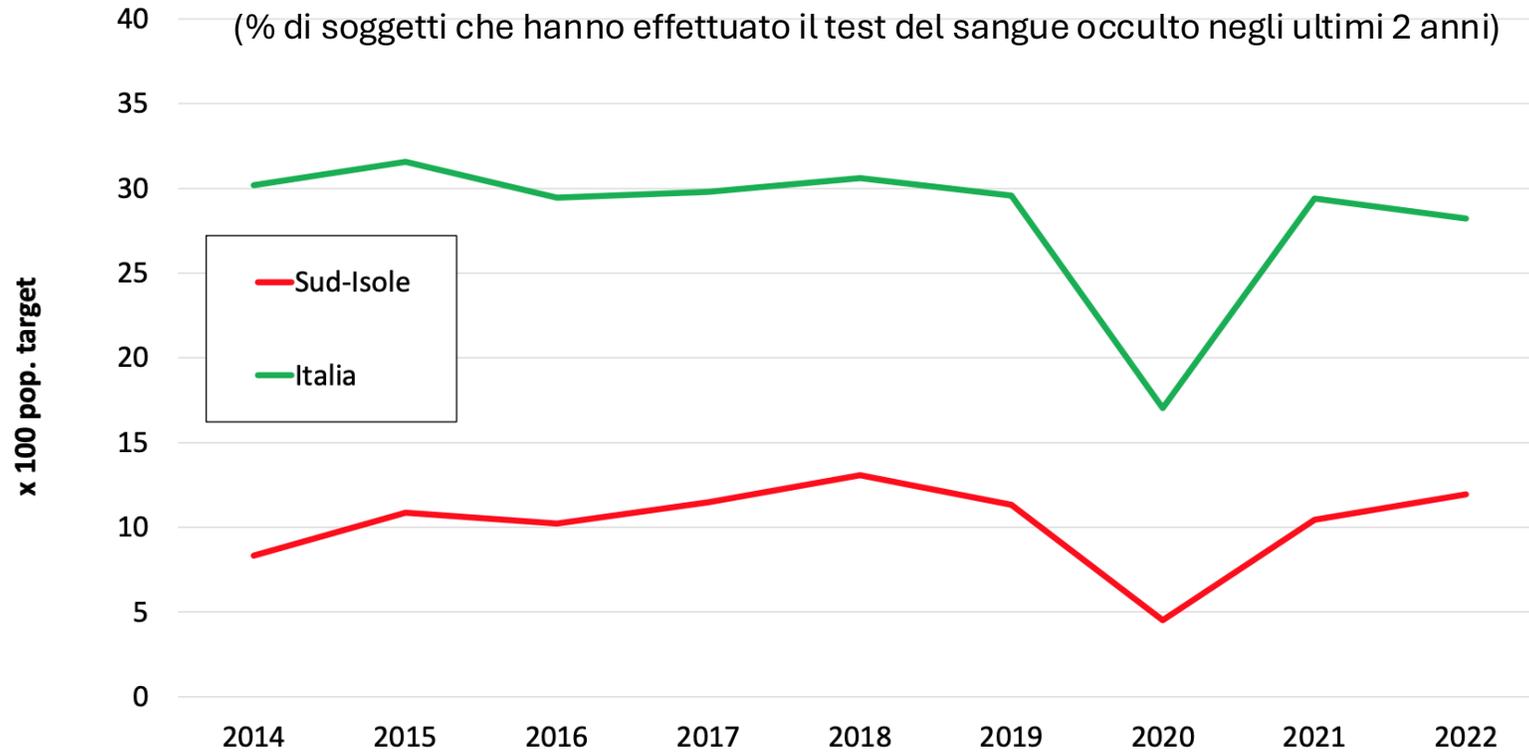


Figura 3. Estensione effettiva dello screening coloretale per area geografica (% di persone di età 50-69 anni che ricevono la lettera di invito alla popolazione target dall'anno 2011 al 2022)

Copertura con test (indicatore LEA)





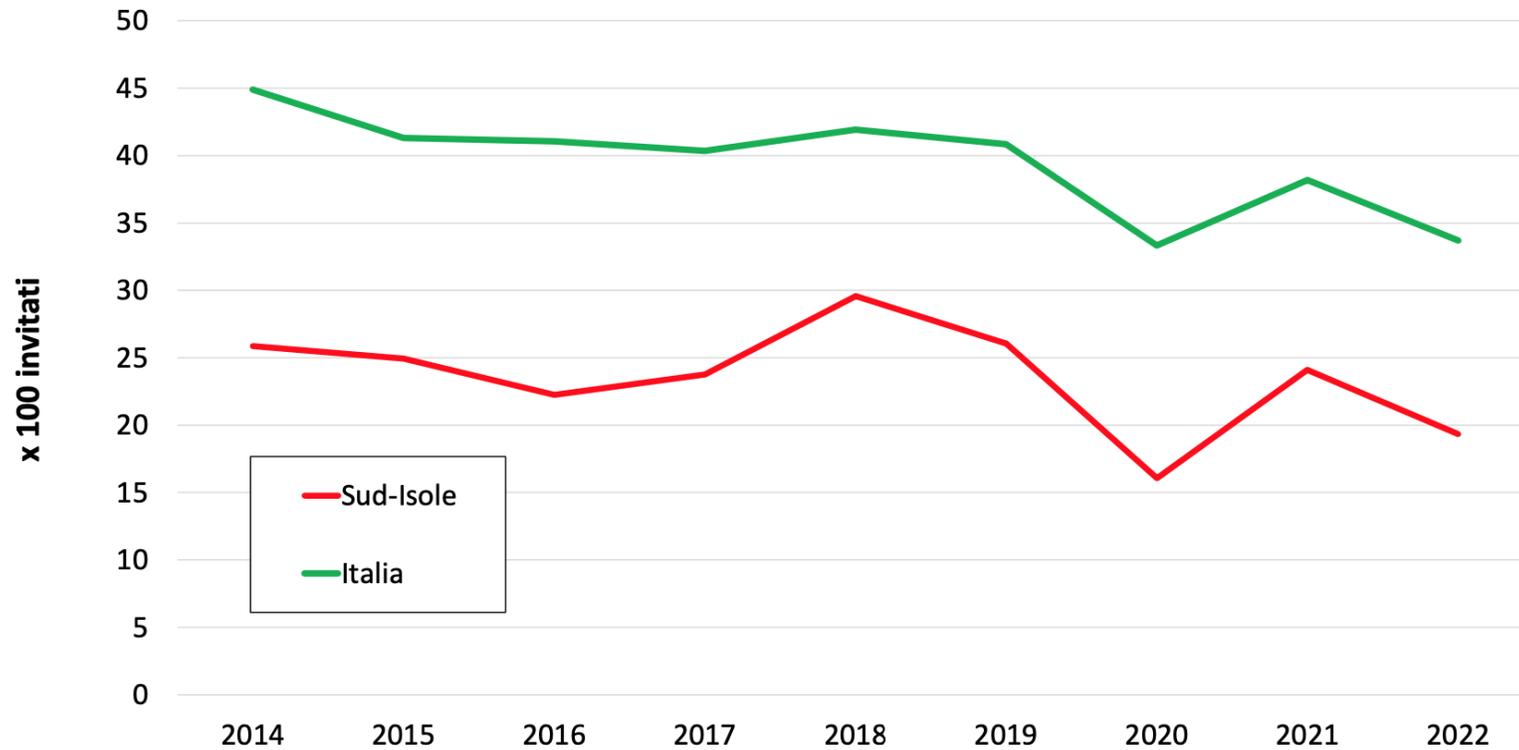
Forum Risk Management

obiettivo sanità salute

26-29 NOVEMBRE 2024
AREZZO FIERE E CONGRESSI

19

Adesione all'invito



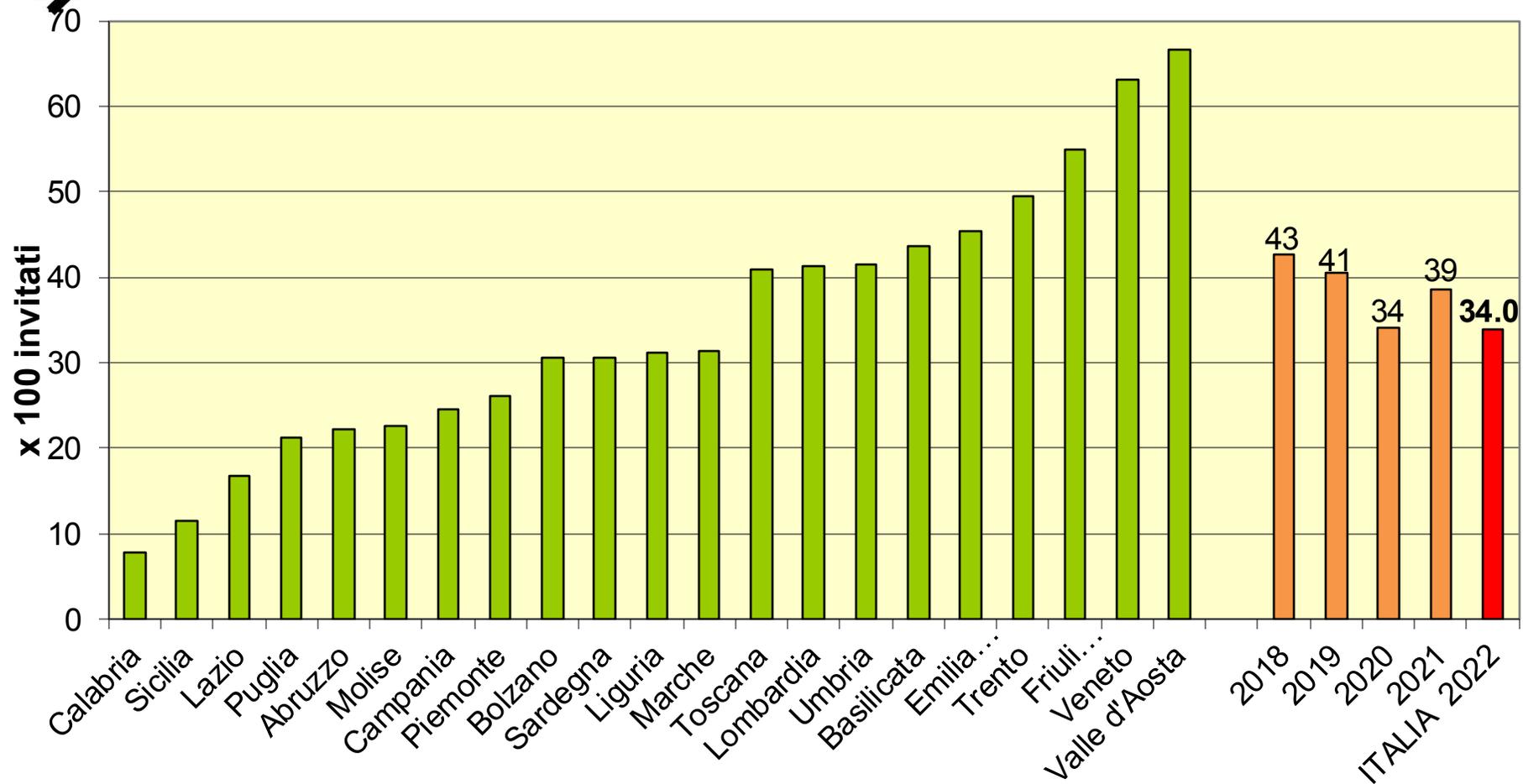


Adesione corretta all'invito, per Regione - Anno 2022

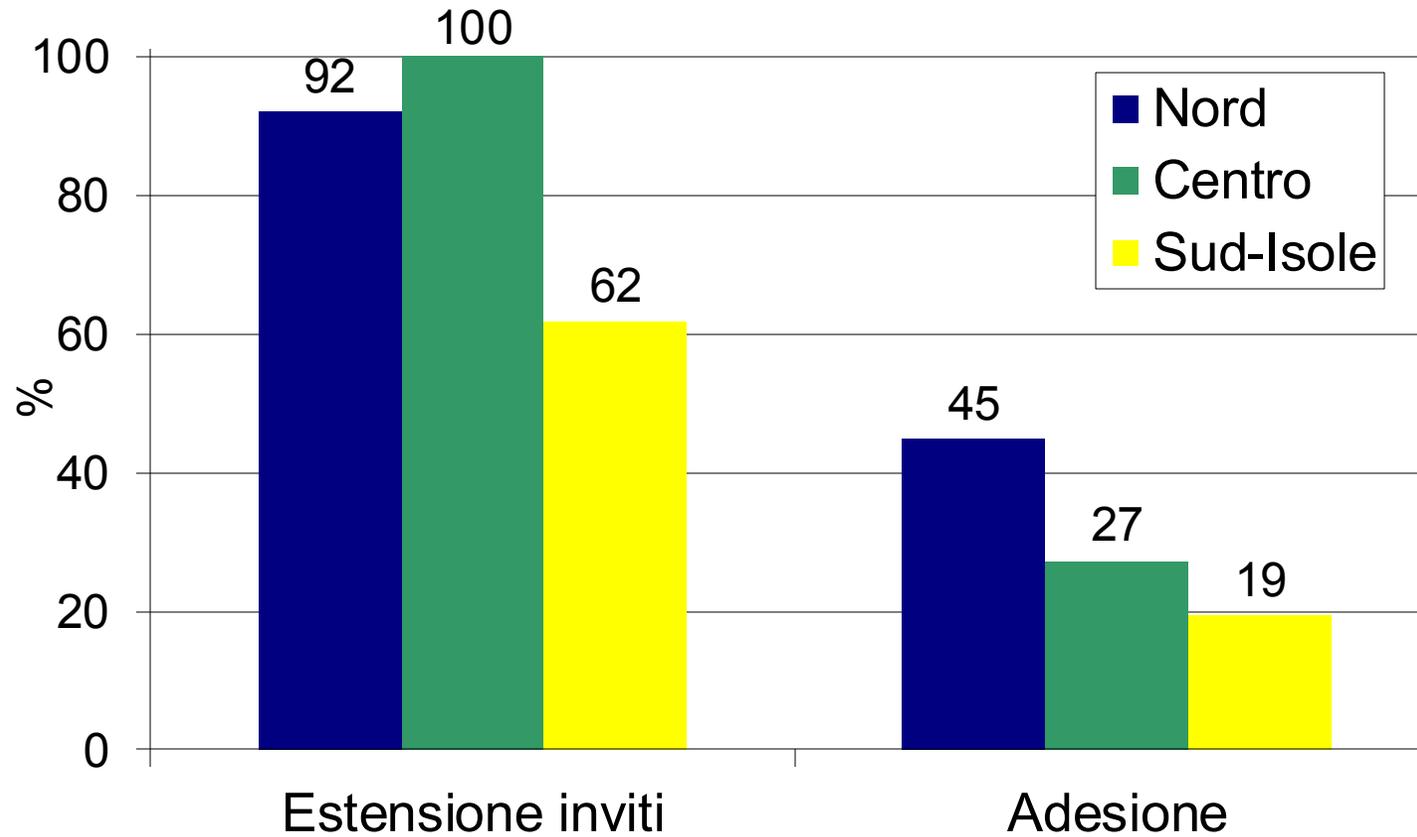
2024
RISCHI E CONGRESSI



obiettivo sanità salute

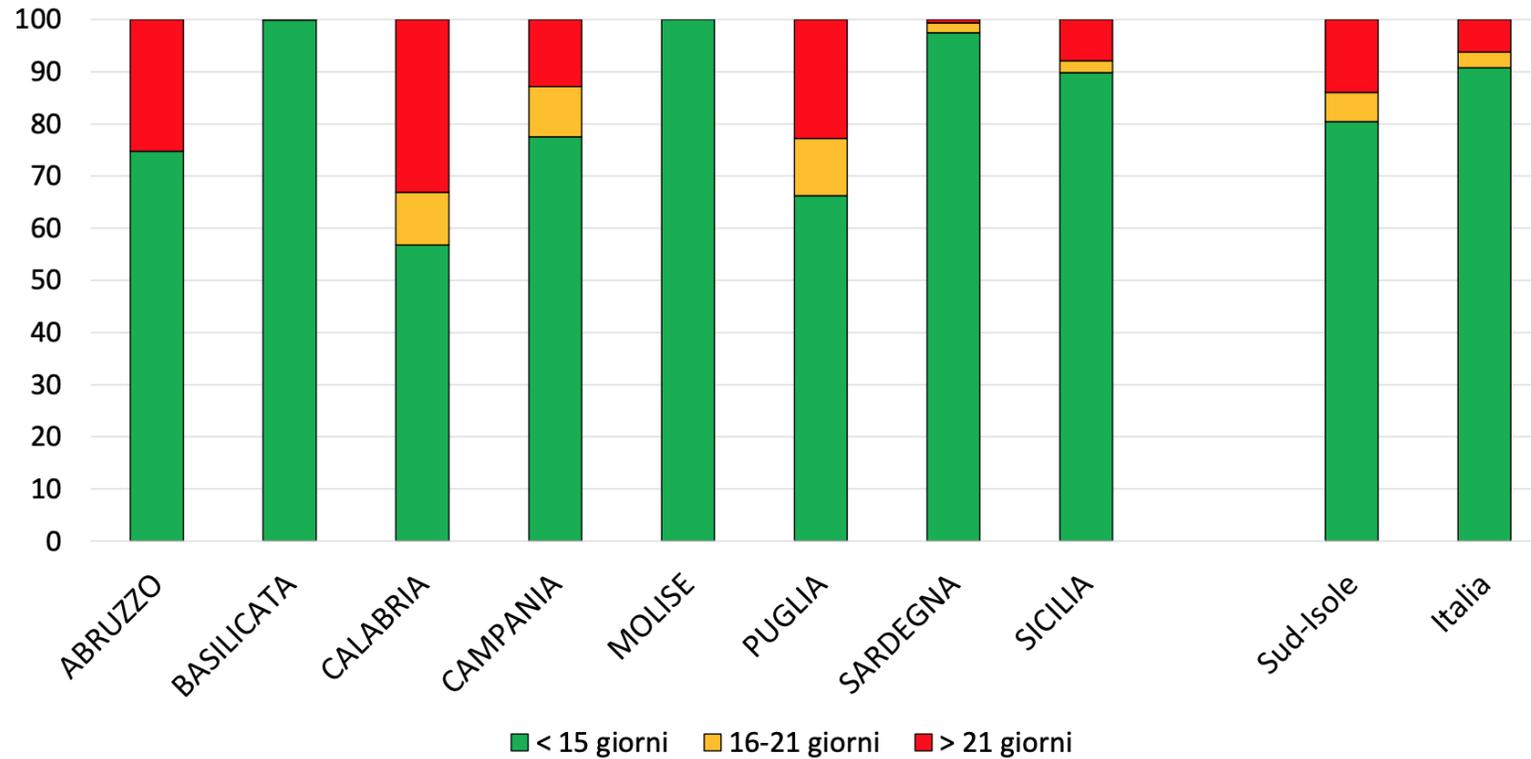


Estensione inviti e adesione corretta, per macroarea **Anno 2022**





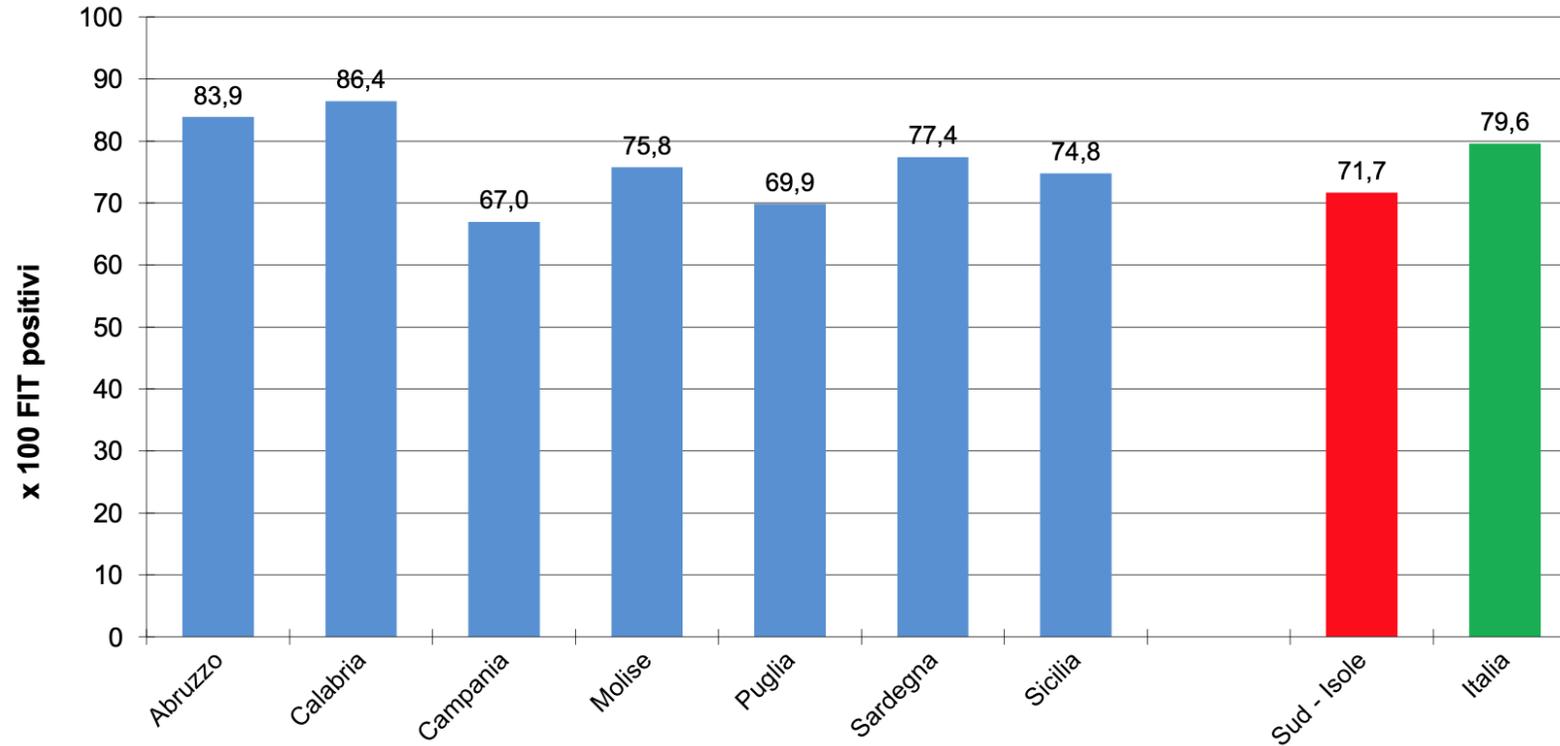
Tempo per l'invio di risposta negativa

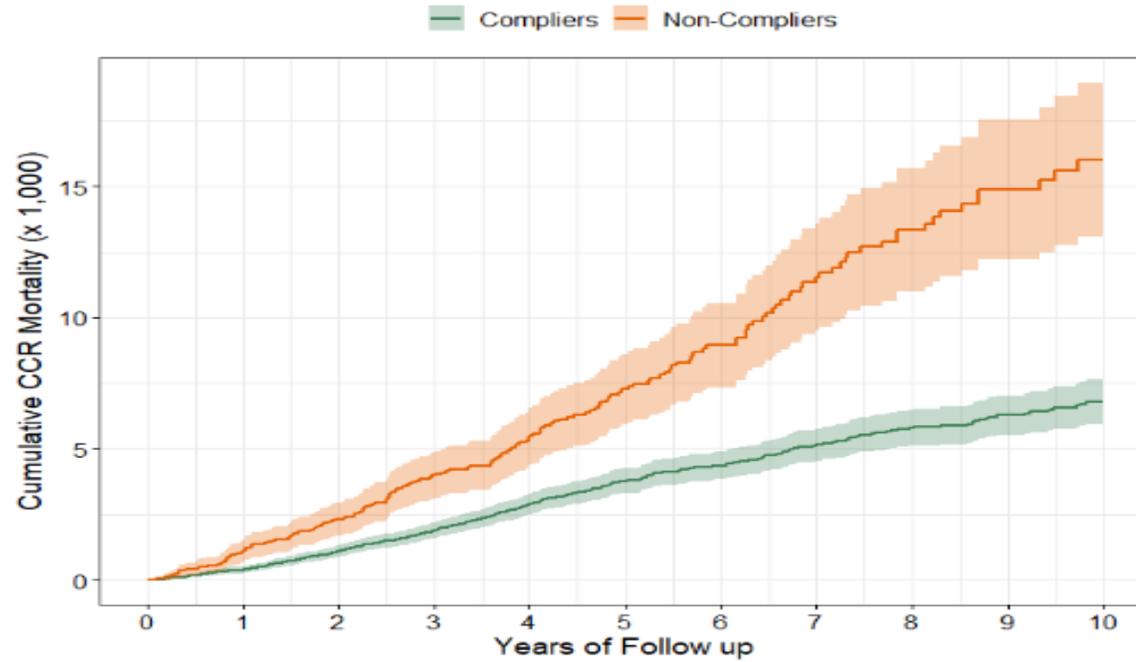


Standard accettabile >90% entro 21 gg, desiderabile >90% entro 15 gg



Adesione alla colonscopia – Anno 2021



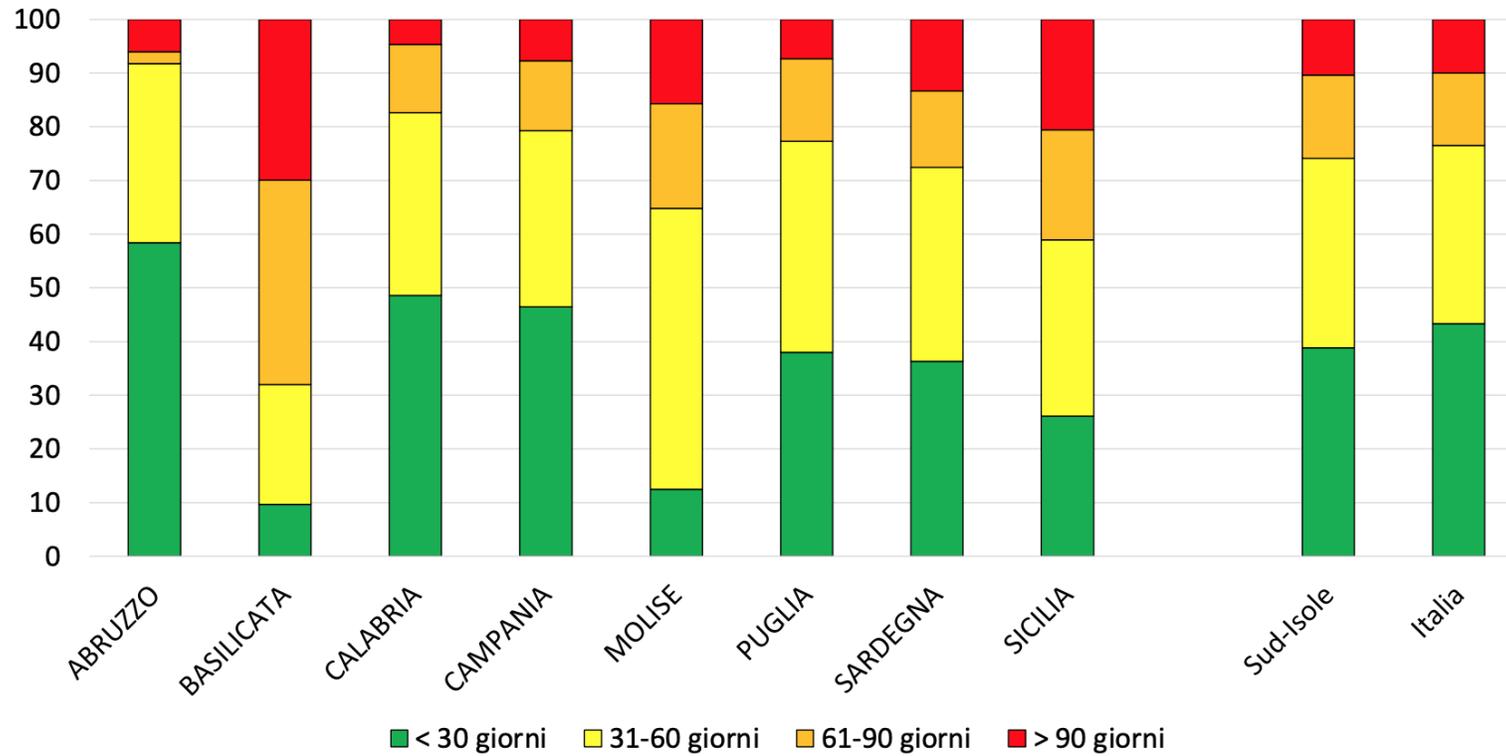


Zorzi M, et al. Gut 2022





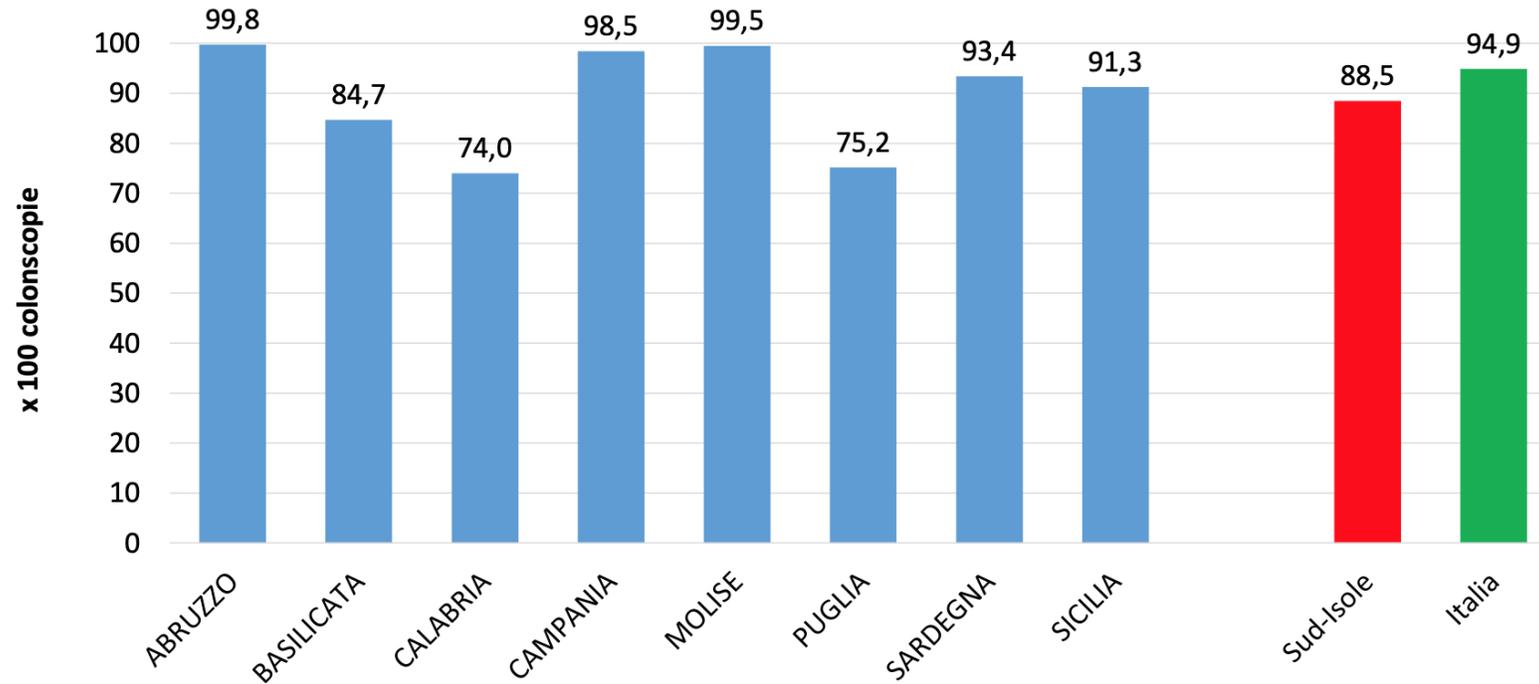
Tempo di attesa per la colonscopia di approfondimento



Standard accettabile >90% entro 30 gg, desiderabile >95% entro 30 gg



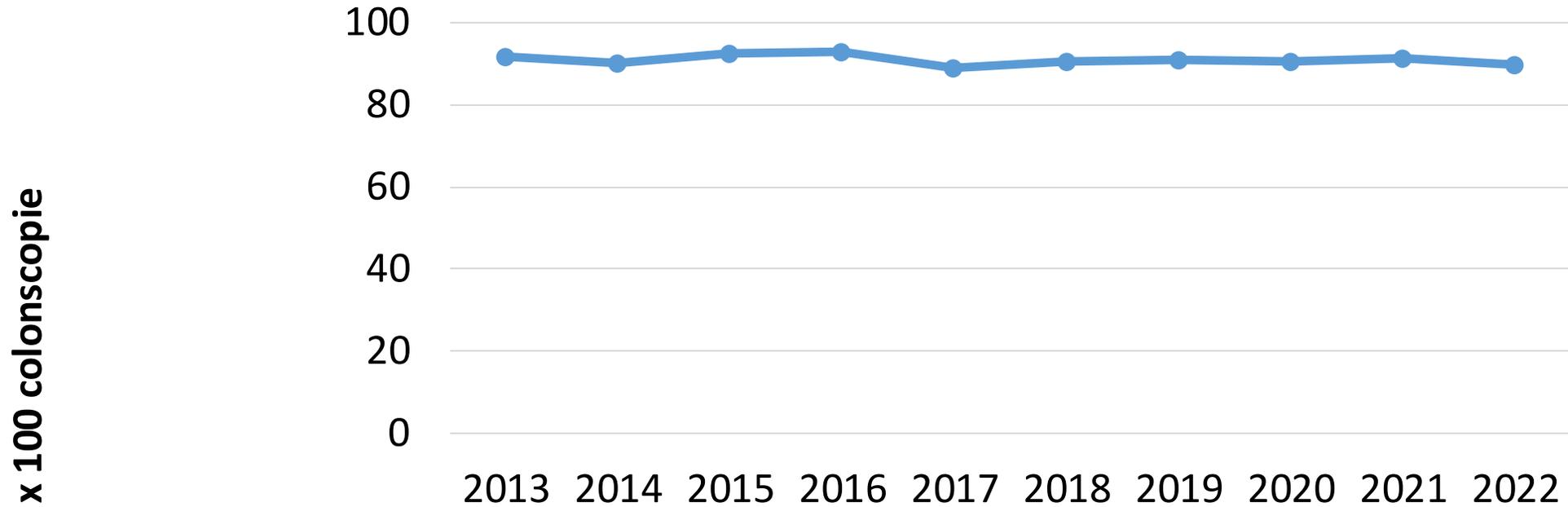
Colonscopie complete* Anno 2021



* Includo colonscopie completate in momenti successivi ma comunque entro i 6 mesi dalla colonscopia indice



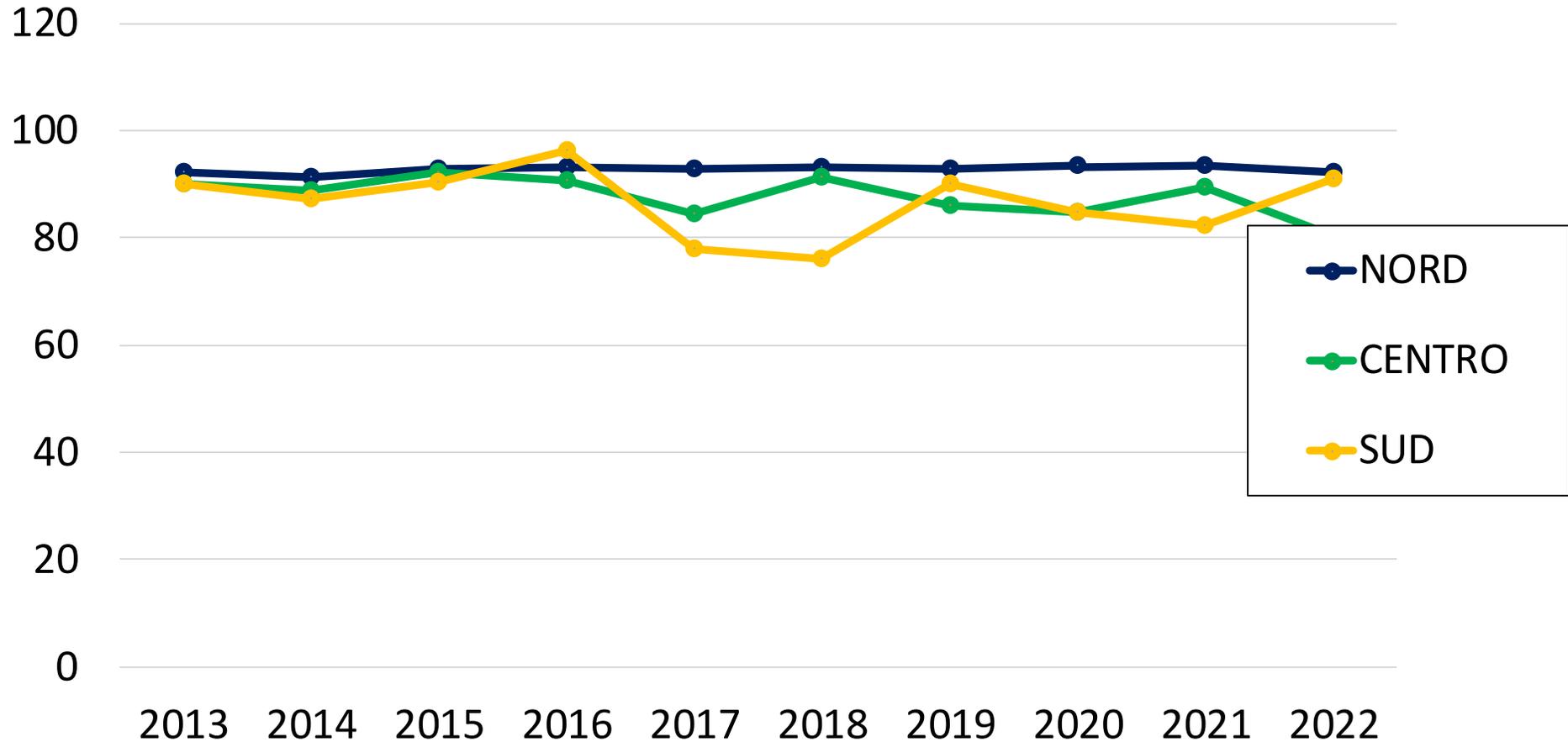
Raggiungimento del cieco. ITALIA



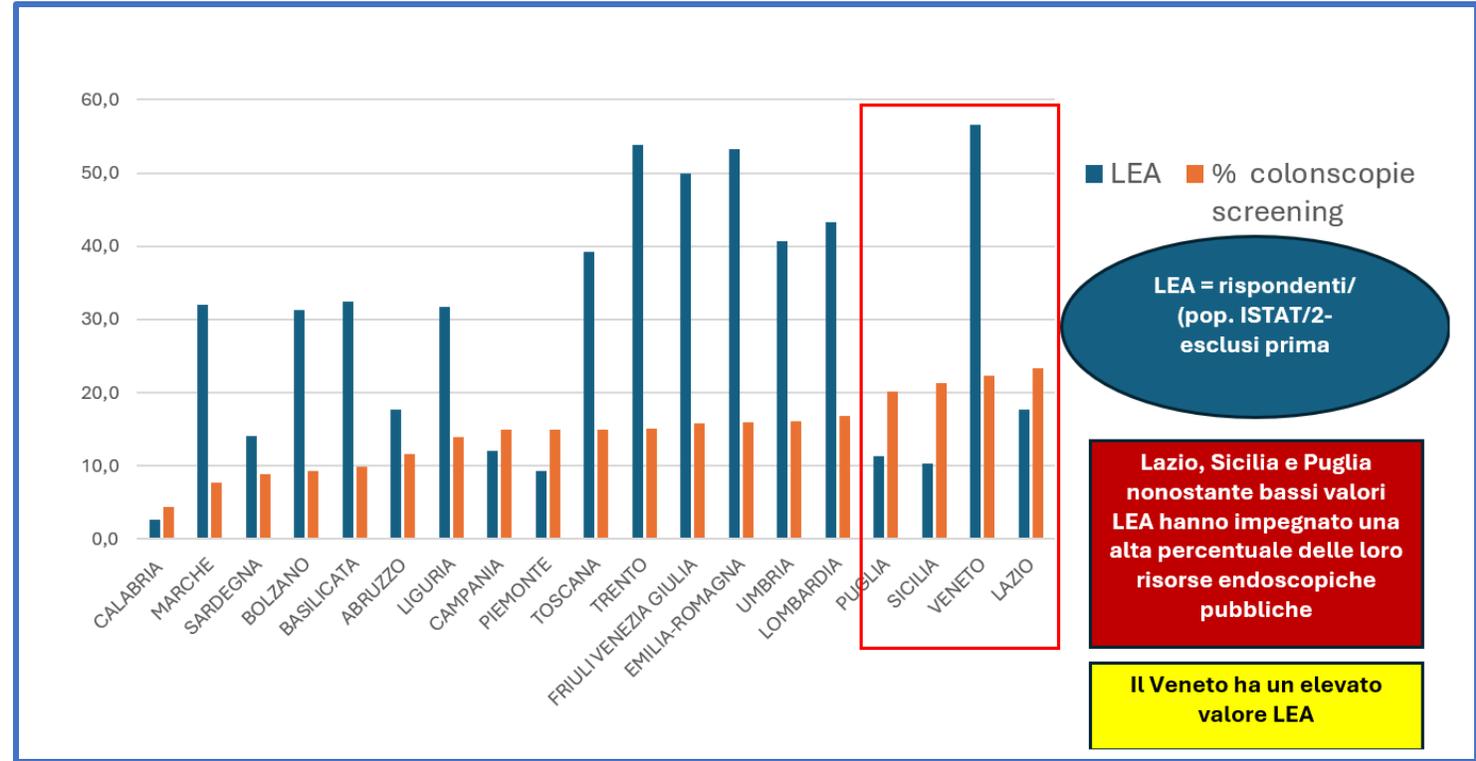


Raggiungimento del cieco. MACROAREE

x 100 colonscopie



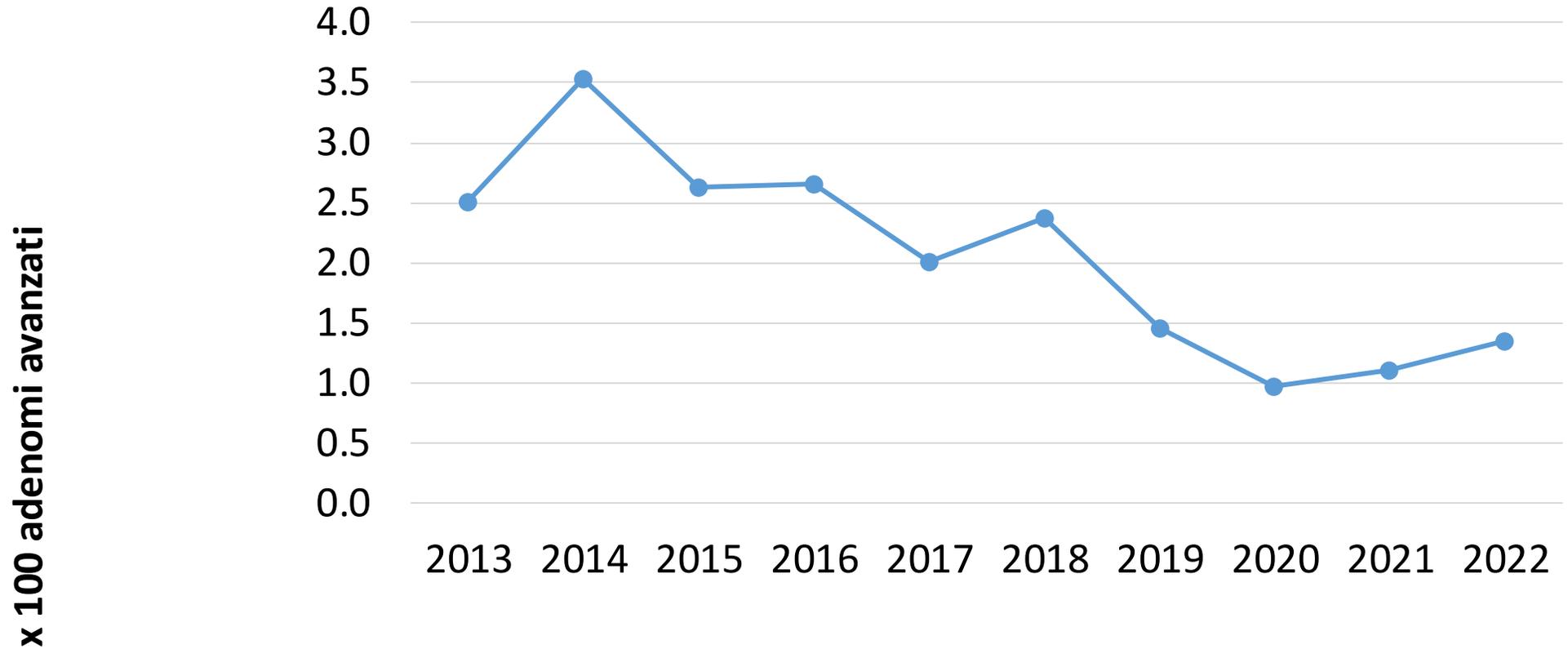
Percentuale colonscopie eseguite in screening e valore LEA



Non si osserva una chiara correlazione tra la percentuale di colonscopie eseguite in screening e il valore LEA. Altri fattori in gioco (offerta privata? Standardizzazione per età?)

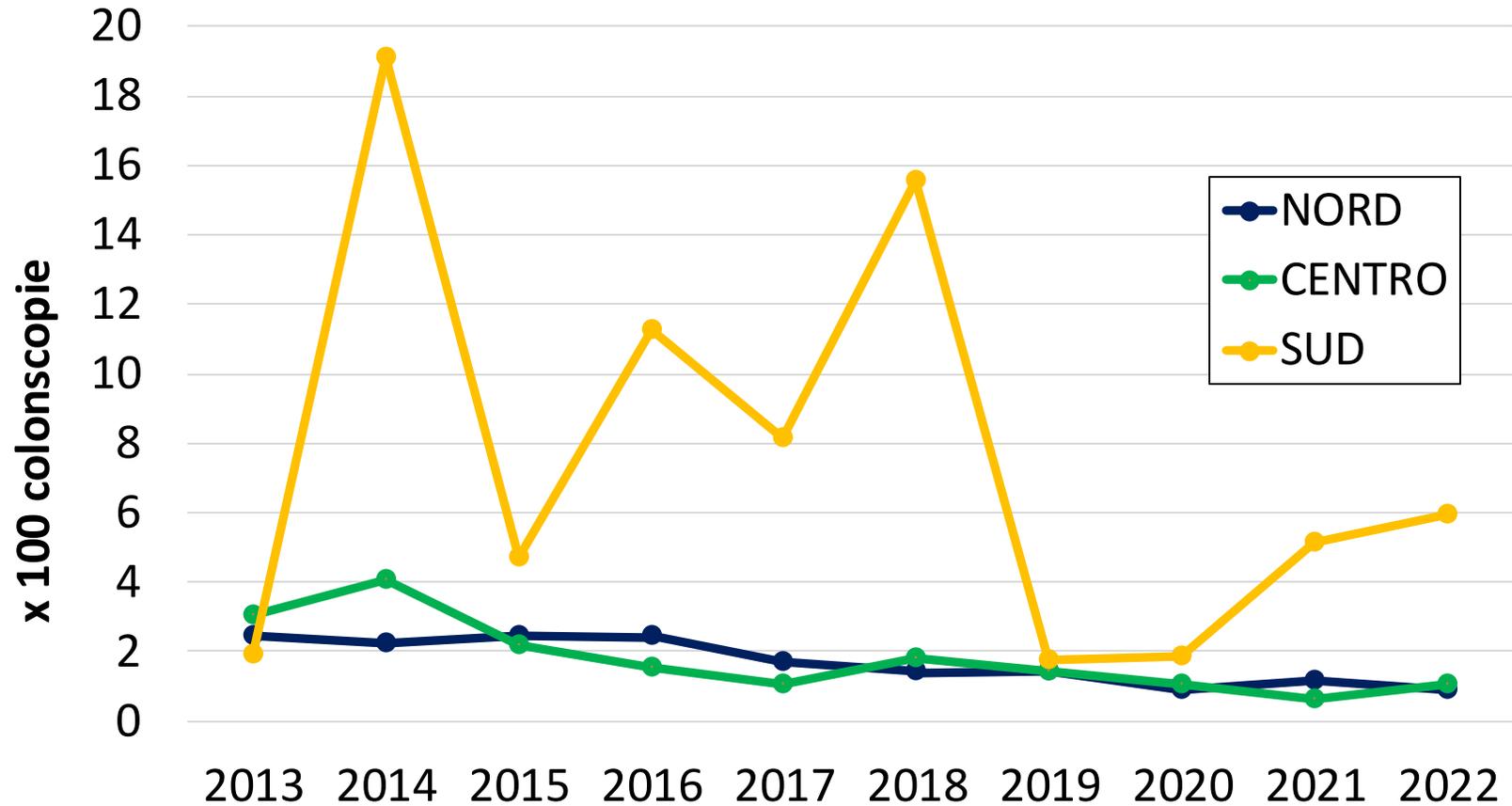


Adenomi avanzati trattati chirurgicamente. ITALIA

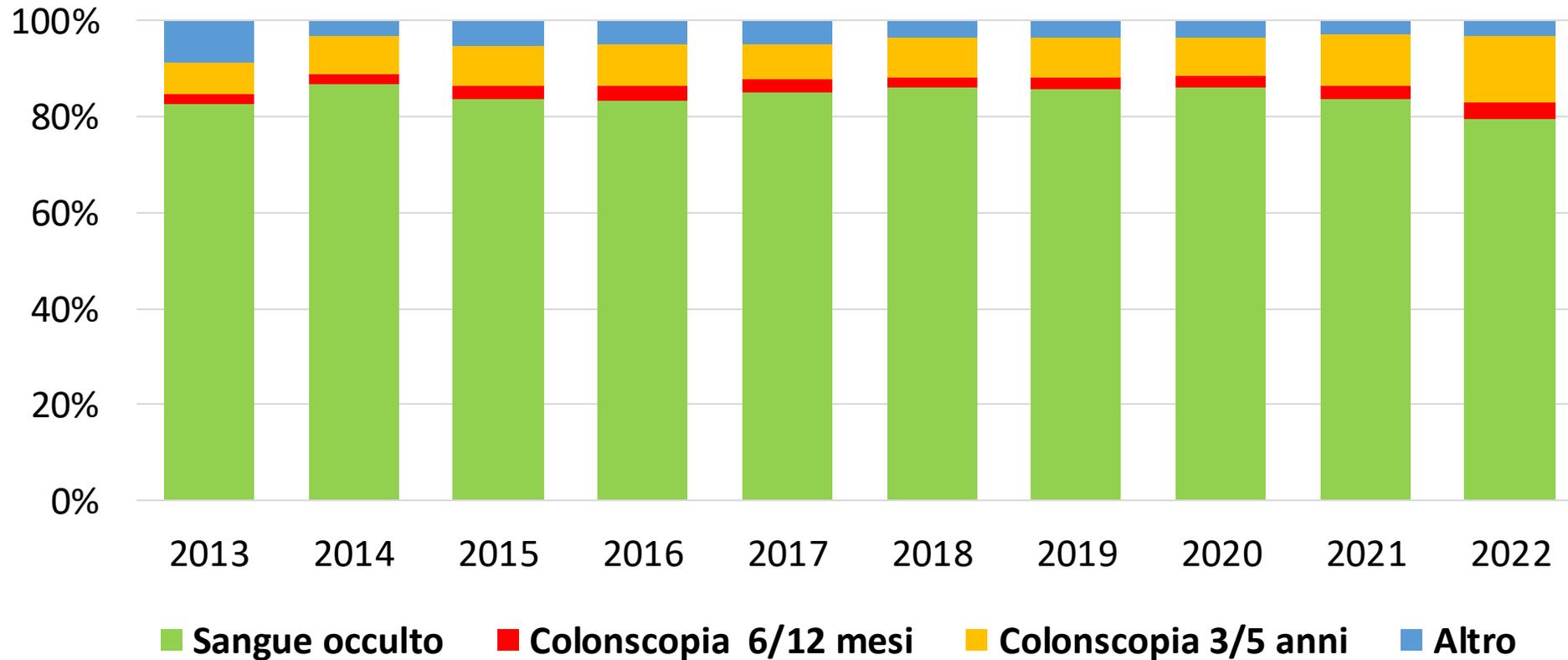




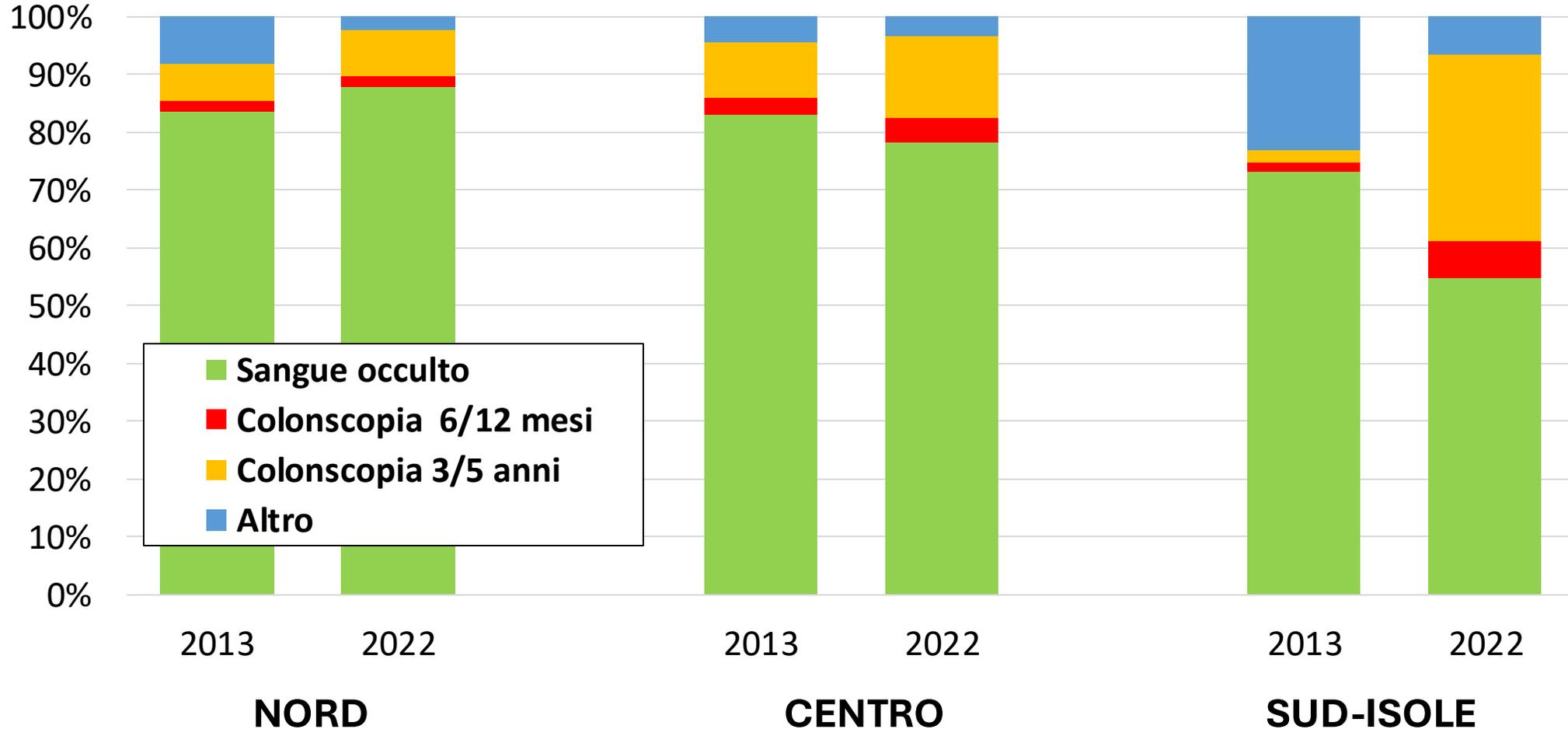
Adenomi avanzati trattati chirurgicamente. MACROAREE



Raccomandazioni dopo una colonscopia negativa



Raccomandazioni dopo una colonscopia negativa, per AREA



PNP e GISCoR II

2. Il Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025

Il Piano Nazionale Prevenzione (PNP) 2020-2025, approvato dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano con intesa del 6 agosto 2020 (repertorio atti n.127/CSR), include all'interno del Macro Obiettivo 1 "Malattie Croniche Non trasmissibili" la prevenzione oncologica secondaria, sviluppata attraverso i programmi organizzati di screening oncologico.

Tra gli indicatori degli obiettivi strategici è riportata anche la proporzione di persone tra 70-74 anni che hanno effettuato test di screening del colon retto in un programma organizzato (Obiettivo strategico 1.52).

Il PNP 2020-2025 è stato recepito dalla Regione del Veneto con DGR n. 1866 del 29.12.2020.

Riferimenti normativi per allargare alla fascia 70-74 anni lo screening Ccr

- 1. le Raccomandazioni del Consiglio dell'Unione Europea (2022/0290 NLE)
- 2. il Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025
- 3. il Piano Oncologico Nazionale 2023-2027
- 4. il Piano Regionale Prevenzione della Regione Veneto 2020-2025.

- ***Regioni che hanno adottato il provvedimento: Veneto, Lombardia, Liguria, Lazio, Campania***



	Italia	
	Anno 2002	Anno 2022
Età media della popolazione	41,9 anni	46,2 anni
Speranza di vita media alla nascita	80,0 anni	82,6 anni
Speranza di vita media a 65 anni	18,9 anni	20,4 anni
% di popolazione di età \geq 65 anni	18,7%	23,8%



ORIGINAL ARTICLE | ARTICLES IN PRESS

European cancer mortality predictions for the year 2024 with focus on colorectal cancer

C. Santucci • S. Mignozzi • M. Malvezzi • ... F. Levi • C. La Vecchia   • E. Negri • [Show all authors](#)

[Open Access](#) • Published: January 28, 2024 • DOI: <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2023.12.003>

Highlights

- We estimate a decline of 6.5% among men and 4.3% among women in the EU total cancer mortality rates between 2018 and 2024.
- Almost 6.2 million avoided cancer deaths are predicted over 1989-2024 in the EU and 1.3 million in the UK.
- Overall, the EU CRC mortality declines for both sexes for all age groups.
- Increases in CRC mortality are predicted for young adults in Italy, the UK, Poland, and Spain for men, and Germany for women.
- In the EU, some increases in mortality from lung cancer are predicted in females and from pancreatic cancer in both sexes.

Nella fascia di età ≥ 70 anni, questa sede tumorale rappresenta addirittura la prima per incidenza: 2093 nuovi casi diagnosticati nel 2019, pari al 12,5% del totale dei nuovi casi di tumore nello stesso anno.

Come si evince da queste cifre, nel 2019 circa il 62% di tutti i nuovi casi di neoplasia del colon-retto e ano è stato diagnosticato in persone con età ≥ 70 anni.

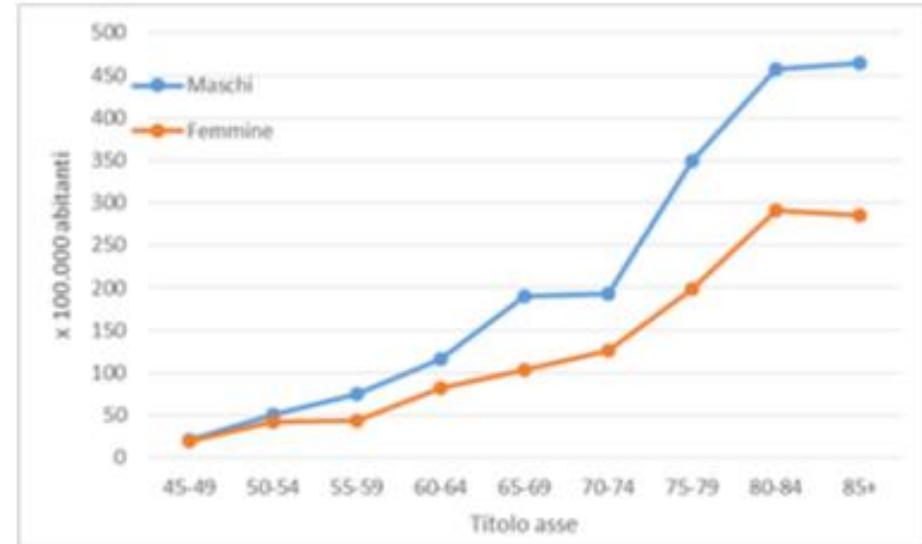


Figura 2: Tassi di incidenza del tumore del colon-retto per età e sesso (popolazione >45 aa), Veneto, anni 2017-2019 - Fonte: Registro Tumori del Veneto



Table 2 | Comparison of CRC screening guidelines worldwide

Country/region	Age to initiate screening (years)	Age to stop screening (years)	Modality and frequency
Canada ⁷⁷ (variations exist across provinces)	50	74	Biennial FIT and hsFOBT
EU ^{3,76}	50 (55 or 60 in some regions)	74	Biennial FIT (although Germany uses colonoscopy at age 55)
UK ⁵⁴	50	74	Biennial FIT
Pan American Region ⁷⁸	50	74	Biennial FIT
USA ^{16,17,74}	45	85	Multiple options; colonoscopy most commonly used
South Korea ³	50 and older	Not specified	Annual FIT
Australia ⁷⁹	55	75	Biennial FIT
Japan ⁸⁰	40	No upper limit	Annual FIT
Taiwan ^{81,82}	55	75	Biennial FIT
Israel ⁸⁴	50	74	Annual FIT
Abu Dhabi ³	40	Not specified	Colonoscopy

CRC, colorectal cancer; EU, The European Union; FIT, faecal immunochemical test; hsFOBT, high-sensitivity faecal occult blood test.



- Criticità: necessità di inclusione nei nuovi LEA dell'allargamento delle fasce di età (50-74 colon-retto) (45-74 mammella), per l'impossibilità di alcune regioni di finanziare gli esami extra.

Previsione aumento carichi di lavoro con l'allargamento della fascia di età



Figura 7: Incremento del volume di test di primo livello (FIT) nel periodo 2024-2029 rispetto alle attività del 2023, stima regionale.

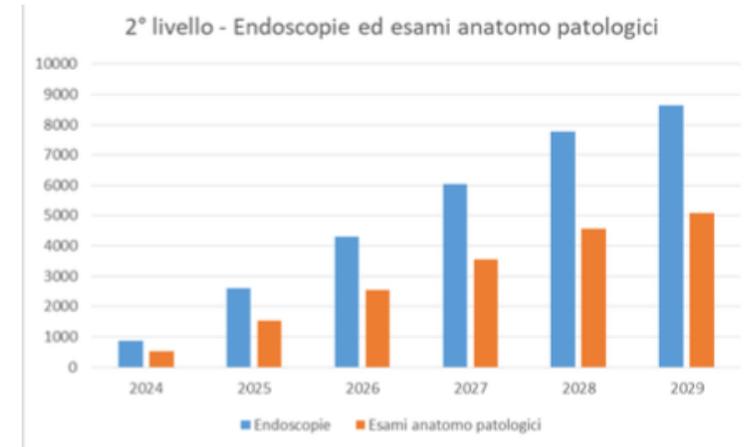


Figura 8: Incremento del numero di colonoscopie e di esami anatomo-patologici conseguenti a una colonscopia operativa nel periodo 2024-2029 rispetto alle attività del 2023, stima regionale.

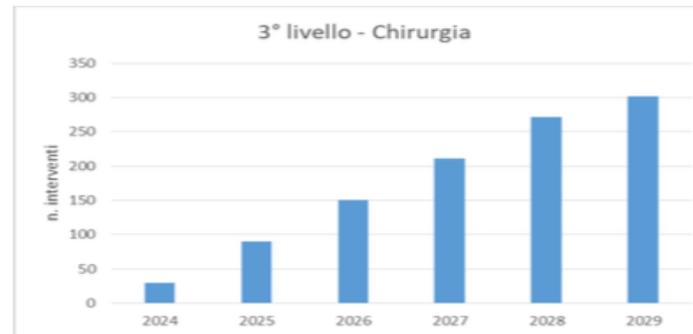
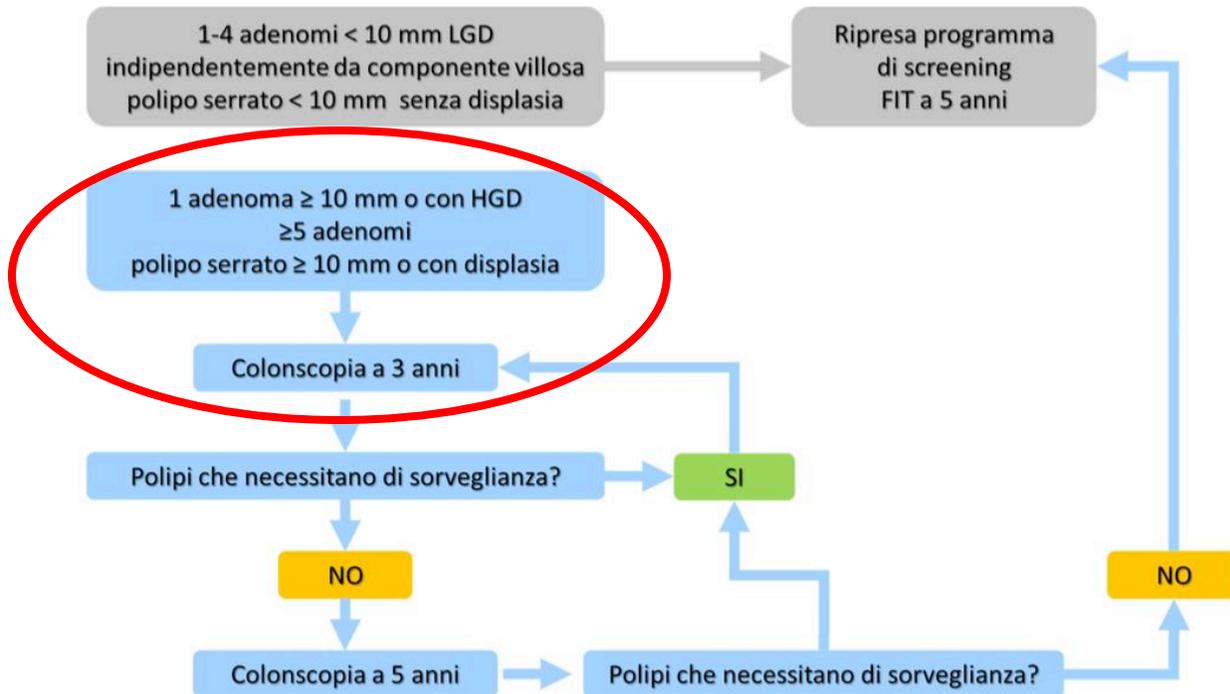


Figura 9: Incremento del numero di invii al terzo livello (chirurgia) nel periodo 2024-2029 rispetto alle attività del 2023, stima regionale.

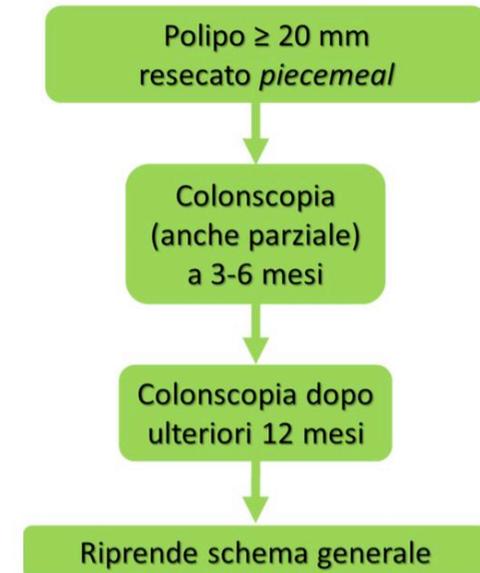
Linee-guida sorveglianza post-polipectomia ESGE 2000

13. FLOWCHARTS RIASSUNTIVE

SCHEMA FOLLOW-UP PRINCIPALE



SCHEMA FOLLOW-UP POLIPI ≥ 20 MM



- A partire dal 2025 sarà auspicabile una significativa riduzione del carico endoscopico di screening in accordo con le linee-guida Esge 2020 (situazioni in cui è previsto il controllo mediante FIT, NON mediante colonscopia)
- Questa riduzione del carico endoscopico di follow-up è destinata a liberare risorse per gli esami nella nuova fascia di età interessata (70-74 anni)

CONCLUSIONI I

- La campagna di screening del cancro del colon-retto, pur con difficoltà di vario genere, rappresenta un esempio valido e attuale di come la prevenzione secondaria in campo oncologico possa contribuire a modificare incidenza, severità, ricorso alla chirurgia e mortalità di una malattia e riuscire a essere «cost-effective»
- Ancora molti sforzi devono essere messi in campo per migliorare l'adesione al test di I livello, l'accettazione dell'esame endoscopico di II livello, nonché la qualità della colonscopia e dei trattamenti successivi

CONCLUSIONI II

- Le società scientifiche che si occupano di screening oncologici (GISCoR, altre GIS, etc.) devono proseguire nella loro opera di
 - **diffusione delle campagne di prevenzione**
 - **correzione delle diseguaglianze**
 - **monitoraggio degli indicatori di qualità e dei risultati**
- L'ampliamento delle fasce di età rappresenta un impegno per tutte le fasi del programmi. Un corretto indirizzo delle risorse deve obbligatoriamente passare attraverso un risparmio di procedure inappropriate (in particolare di colonscopie di sorveglianza)
- L'adesione al primo livello, salvo casi particolarmente virtuosi, continua a rappresentare la principale sfida