



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

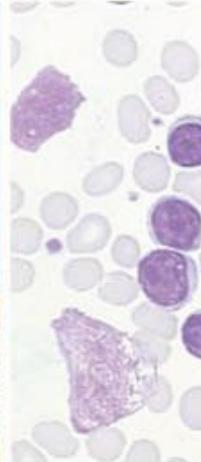
ASL
VITERBO



REGIONE
LAZIO

RAPPORTO 2019

i **TUMORI**
in Provincia
di **VITERBO**



*“FOCUS SUL PROGRAMMA
DI SCREENING DEL
CANCRO DEL COLON
RETTO”*

GIORGIO PELECCA

*UOC Gastroenterologia ed
Endoscopia Digestiva
Ospedale Belcolle – Viterbo
Direttore ff Dott. Costantino Zampaletta*

26 settembre 2019

CENTRO CULTURALE VALLE FAVL - VITERBO

I NUMERI DEL CANCRO IN ITALIA

Rango	Maschi	Femmine	Tutta la popolazione
1°	Prostata (18%)	Mammella (29%)	Mammella (14%)
2°	<u>Colon-retto (15%)</u>	<u>Colon-retto (13%)</u>	<u>Colon-retto (14%)</u>
3°	Polmone (14%)	Polmone (8%)	Polmone (11%)
4°	Vescica* (11%)	Tiroide (6%)	Prostata (9%)
5°	Fegato (5%)	Utero corpo (5%)	Vescica* (7%)

TABELLA 6. Primi cinque tumori più frequentemente diagnosticati e proporzione sul totale dei tumori (esclusi i carcinomi della cute) per sesso. Stime per l'Italia 2018

Rango	Maschi	Femmine	Tutta la popolazione
1°	Polmone (26%)	Mammella (17%)	Polmone (19%)
2°	<u>Colon-retto (11%)</u>	<u>Colon-retto (12%)</u>	<u>Colon-retto (11%)</u>
3°	Prostata (8%)	Polmone (11%)	Mammella (7%)
4°	Fegato (7%)	Pancreas (8%)	Pancreas (6%)
5°	Stomaco (6%)	Stomaco (6%)	Fegato(6%)

TABELLA 9. Prime cinque cause di morte oncologica e proporzione sul totale dei decessi oncologici per sesso. Pool AIRTUM 2010-2014

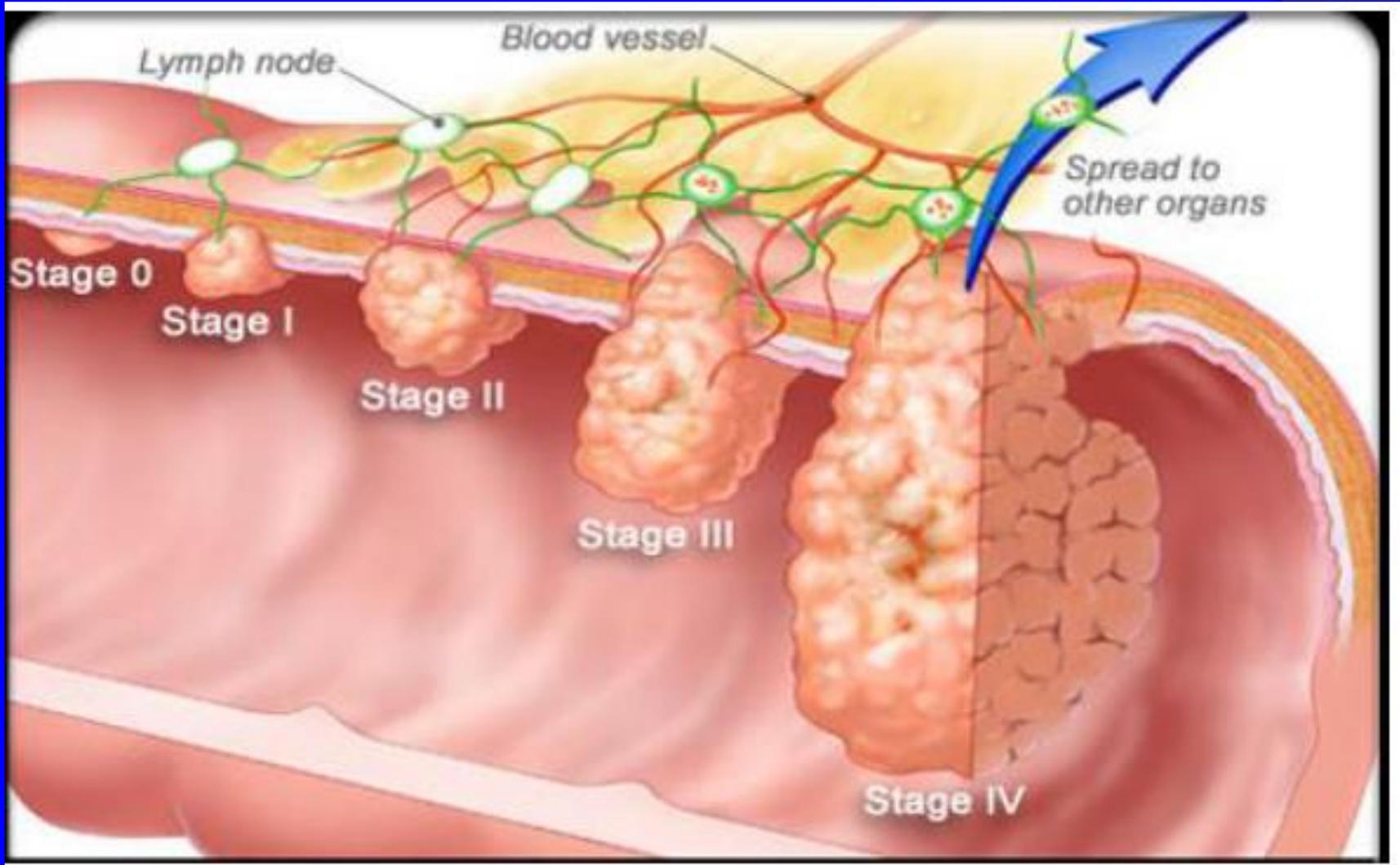
I NUMERI DEL CANCRO IN ITALIA

Sede	Maschi	Femmine
Vie aerodigestive superiori*	7.400	2.300
Esofago	1.500	500
Stomaco	7.400	5.300
Colon-retto	28.800	22.500
Colon	19.700	16.200
Retto	9.000	6.300
Fegato	8.900	3.900
Colecisti e vie biliari	2.300	2.600
Pancreas	6.500	6.800
Polmone	27.900	13.600
Osso	400	300
Cute (melanomi)	7.200	6.500
Mesotelioma	1.300	500
Sarcoma di Kaposi	600	300
Tessuti molli	1.200	900
Mammella	500	52.300
Utero cervice		2.400
Utero corpo		8.400
Ovaio		5.200
Prostata	35.300	
Testicolo	2.400	
Rene, vie urinarie**	8.900	4.500
Parenchima	7.600	3.900
Pelvi e vie urinarie	1.300	600
Vescica***	21.500	5.600
Sistema nervoso centrale	3.300	2.800
Tiroide	3.800	10.400
Linfoma di Hodgkin	1.200	1.000
Linfoma non-Hodgkin	7.600	6.100
Mieloma	3.100	2.800
Leucemie	5.100	3.800
Tutti i tumori, esclusi carcinomi della cute	194.800	178.500

TABELLA 5. Numero di nuovi casi tumorali, totale e per alcune delle principali sedi, stimati per il 2018 (popolazione italiana residente da previsioni ISTAT - www.demo.istat.it)

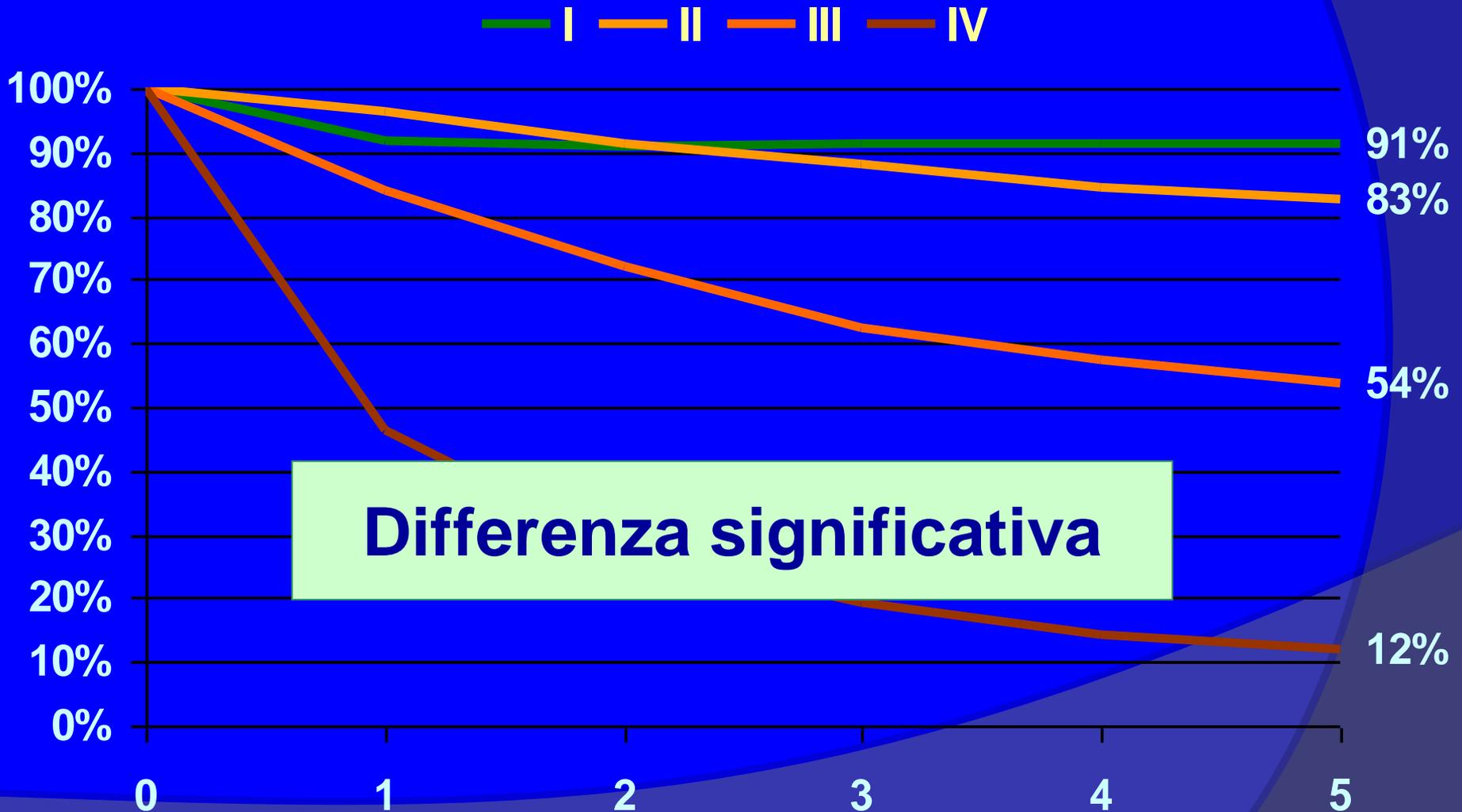
INCIDENZA E MORTALITA' CCR 2002→2018

- **Incidenza Italiana 2002:**
 - 20457 (M) 17276 (F) TOT.(M+F)= 37733
- **INCIDENZA ITALIANA 2018:**
 - 28800(M) 22500 (F) TOT. (M+F)= 51300
- **Mortalità Italiana 2002:**
 - TOT. (M+F)= 16970
- **MORTALITA' ITALIANA 2014**
 - TOT. (M+F)= 18671

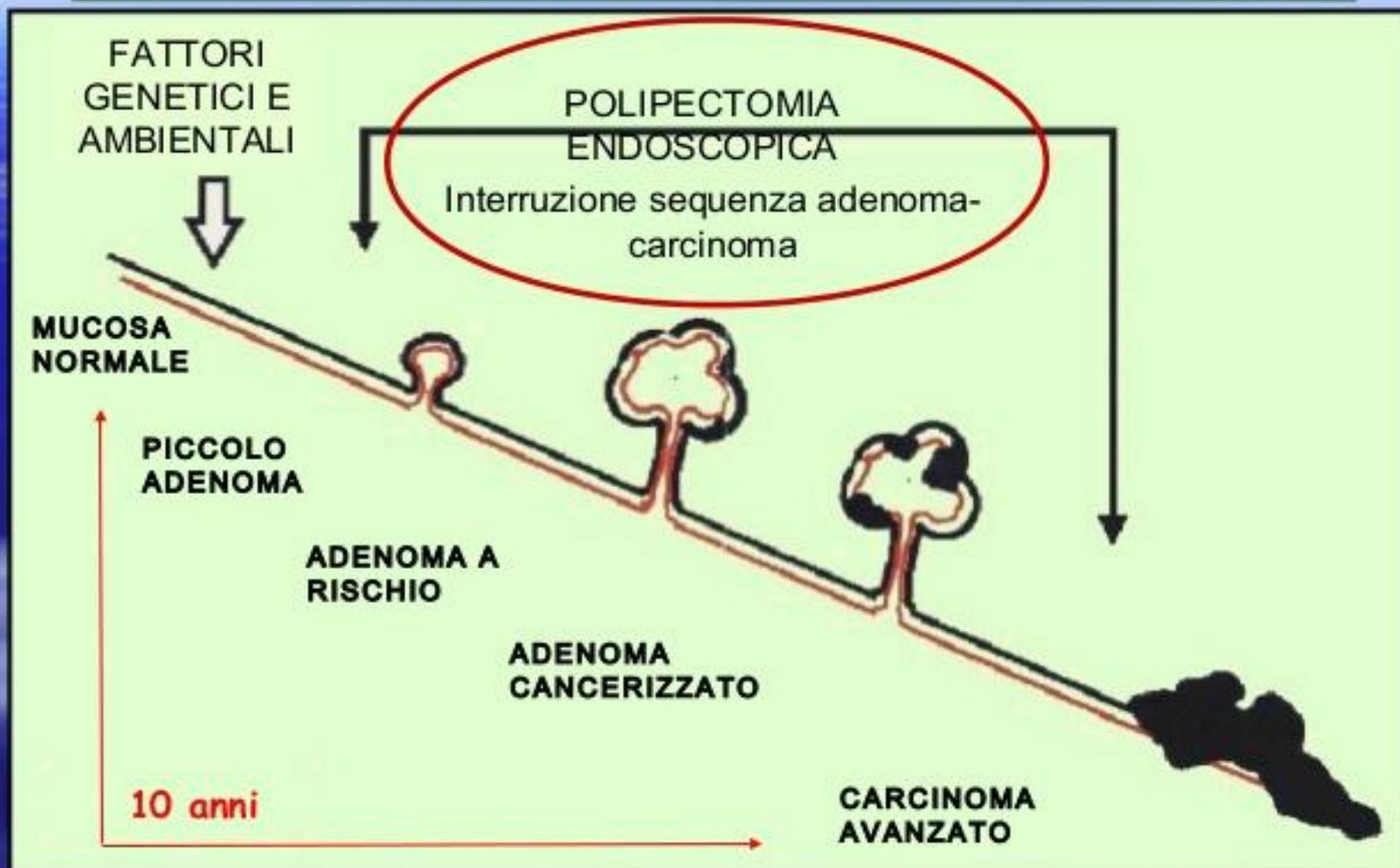


L'EPIDEMIOLOGIA DEI TUMORI DEL COLON-RETTO

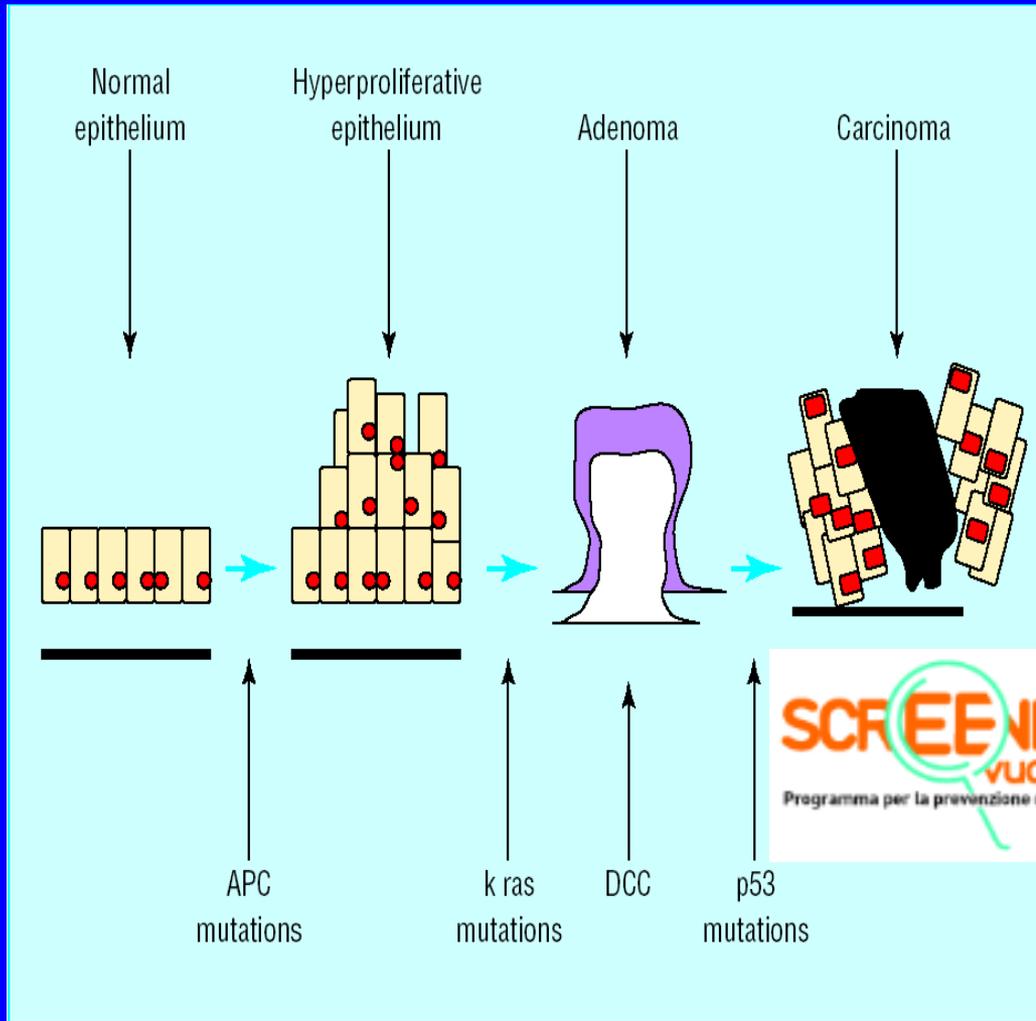
SOPRAVVIVENZA A 5 ANNI: per stadio



Storia naturale del CCR



SEQUENZA ADENOMA-CARCINOMA



SCREENING.
vuol dire salute
Programma per la prevenzione dei tumori del colco-retto



MALATTIA
METASTATICA

OBIETTIVI DELLO SCREENING

- Identificare forme precoci di tumori maligni
- Identificare e rimuovere tumori benigni



Ridurre la mortalità
Ridurre l'incidenza



Ridurre la mortalità

PERCORSO DI SCREENING

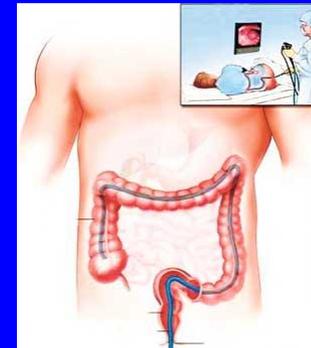
- I Livello: SOF con invito a popolazione di età 50-74 anni

NEG. → ripete ogni 2 anni

POS. → COLONSCOPIA



- II Livello: VISITA PRE-ENDOSCOPICA
COLONSCOPIA
(con eventuale polipectomia contestuale)



- III Livello: Chirurgia



Polipectomia per via endoscopica

in genere ambulatoriale, salvo casi in cui peculiari condizioni cliniche o tipologia delle lesioni richiedano ricovero in DH o degenza ordinaria (GISCoR)

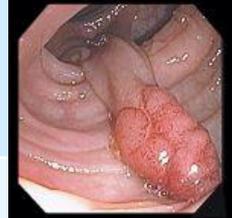
Micropolipi (1-5 mm)



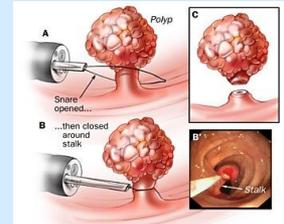
Asportazione contestuale



Polipi > 5 mm



Polipectomia contestuale



Molteplici polipi > 3

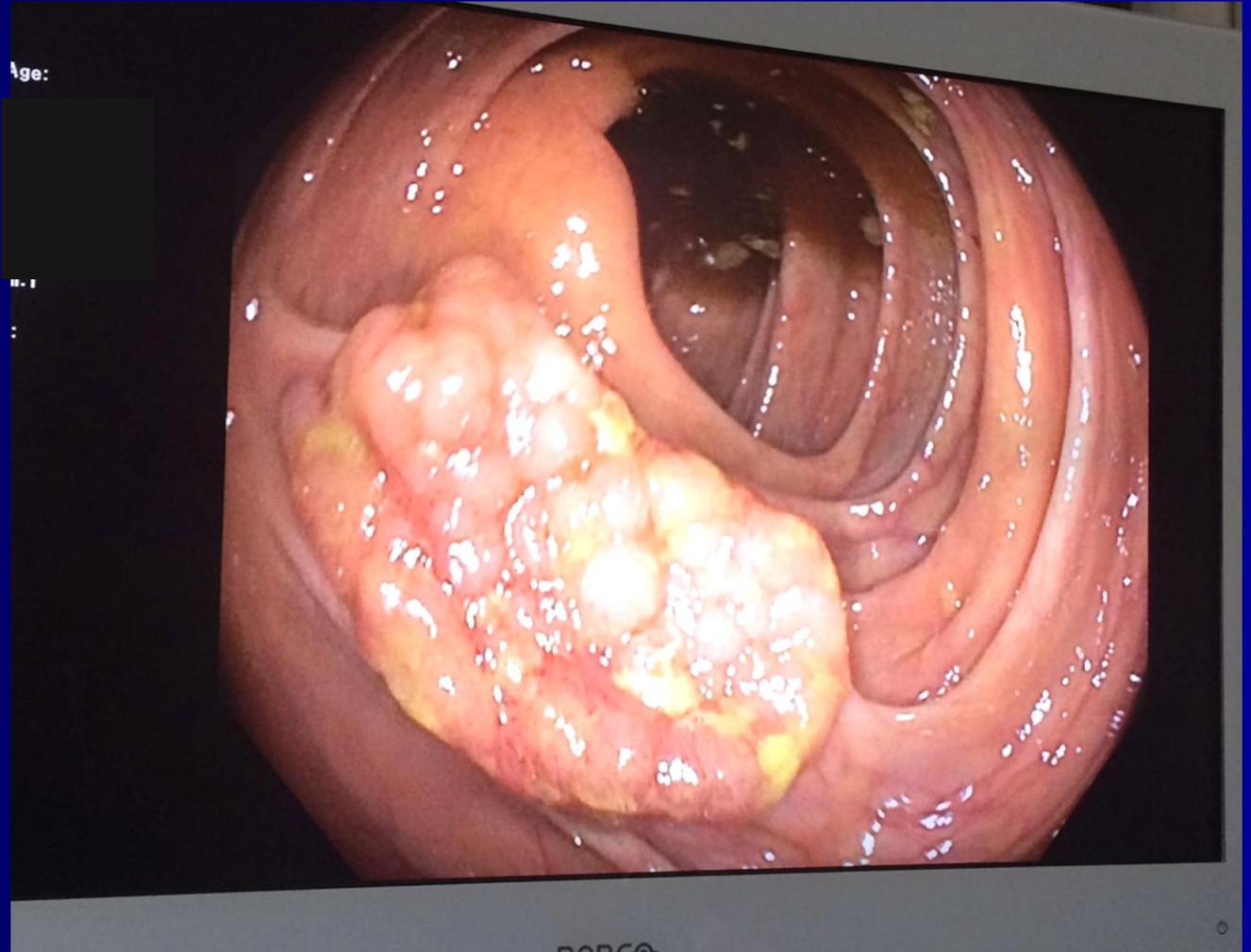
Polipectomia fino a completa bonifica (n. lesioni e n. sedute utilizzate per bonifica vanno segnalate, nonché la sede di ciascuna lesione)

Polipo > 25 mm o tecnicamente difficoltoso

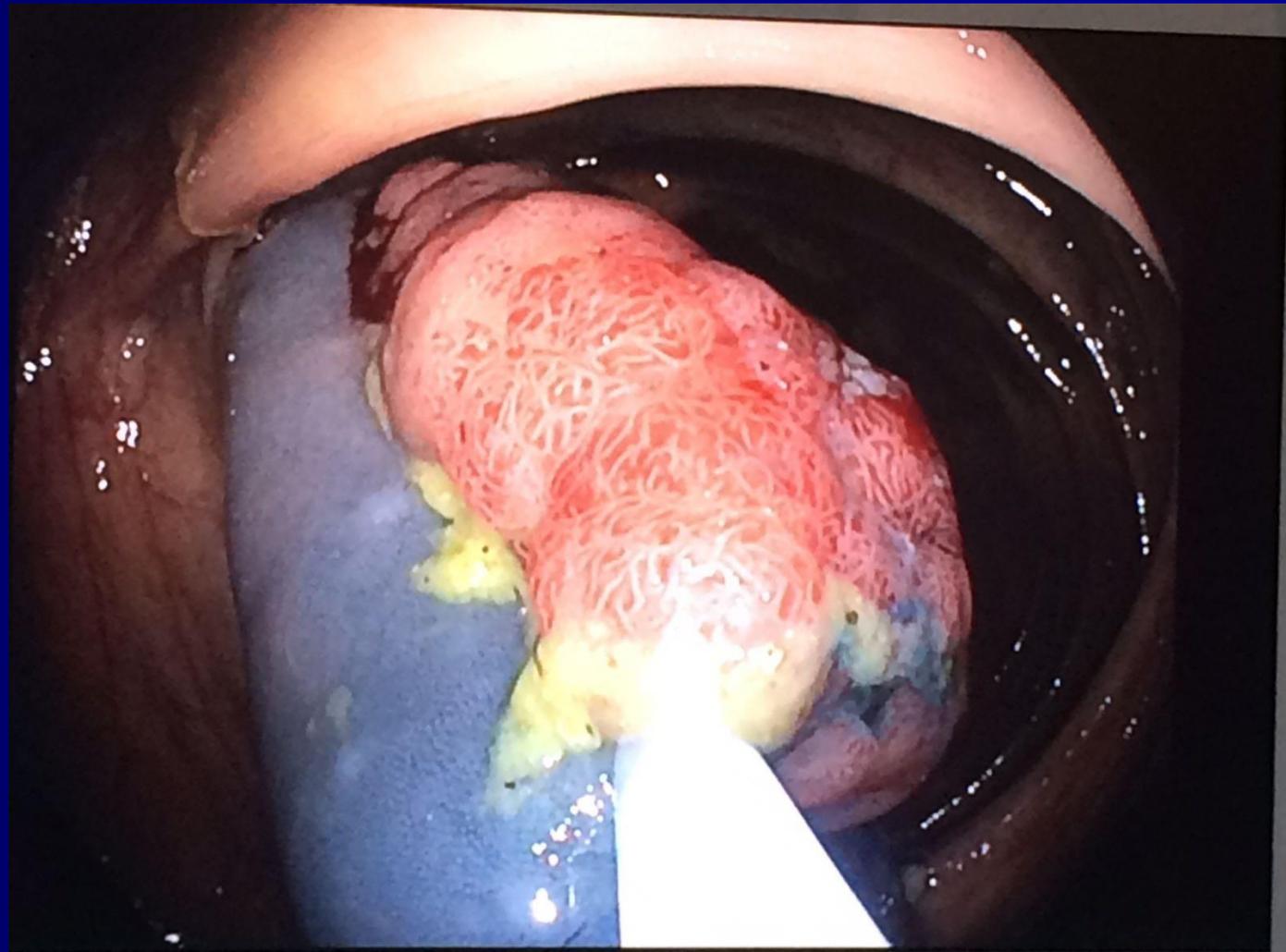
Invio DH , degenza o chirurgia



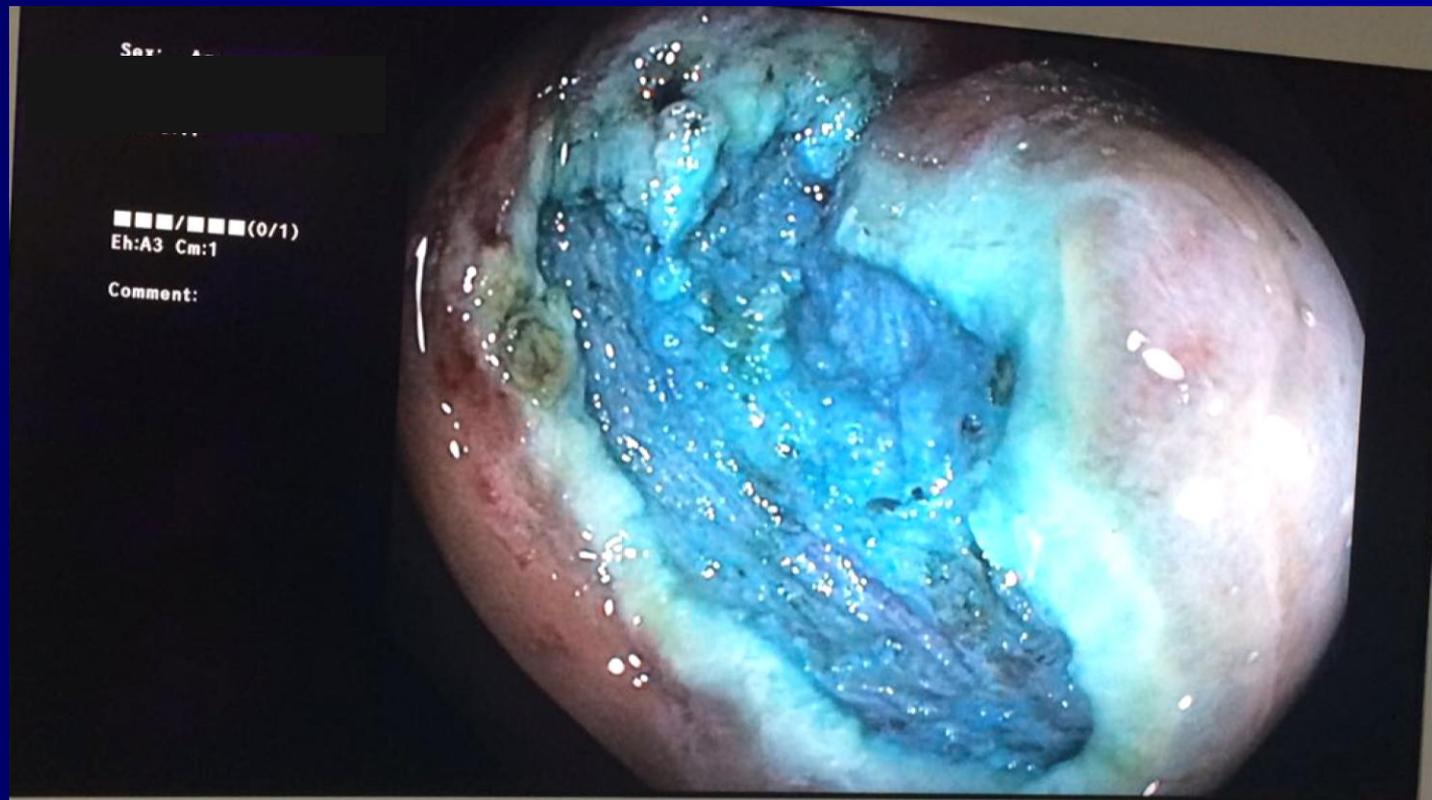
Donna 64 a. SOF positivo



Mucosectomia (EMR)



Risultato al termine della procedura



Recupero della lesione



Esame istologico

Adenoma tubulare con displasia di grado moderato e focalmente severo (alto grado sec. WHO)

CONTROLLO A 3 MESI

✖

F 64

12:17:12

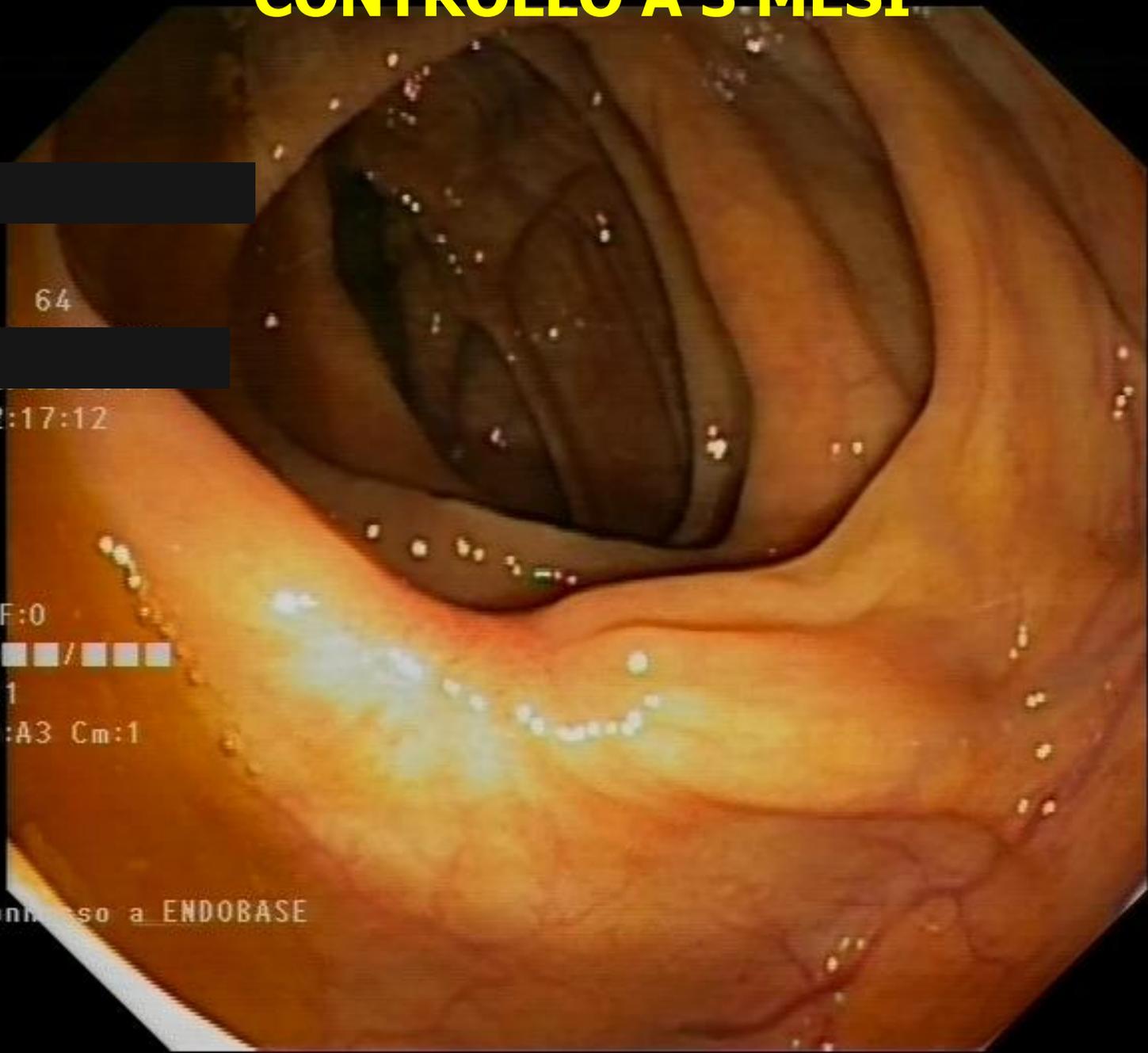
D.F:0



0/1

Eh:A3 Cm:1

Connessione a ENDOBASE



Follow up endoscopico

Pazienti con pregressa asportazione di adenomi o Ca sono a rischio di sviluppare altre lesioni

(European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis - First edition 2010)

<u>Post-polipectomia</u>		(GISCOR)
basso rischio	Polipi iperplastici o 1-2 adenomi iniziali	Colon a 5 anni
medio rischio	3-4 adenomi iniziali o 1 avanzato	Colon a 3 a nni
alto rischio	<ul style="list-style-type: none">- adenoma sessile >2 cm- n. adenomi > 5- adenoma con Ca intramucoso	Colon a 6-12 mesi
<u>Post-chirurgia</u>	<ul style="list-style-type: none">- Colon totale negativa preoperatoria- Colonscopia preoperatoria incompleta	Controllo ad 1 anno Controllo a 3-6 mesi dall' intervento

Gruppo Multidisciplinare di Oncologia Digestiva (GMOD)

Incontri Multidisciplinari settimanali:

- Chirurgo,
- Oncologo,
- Radioterapista,
- Anatomo patologo,
- Radiologo,
- Gastroenterologo-Endoscopista
- Case manager
- E' auspicabile la partecipazione di endoscopisti e chirurghi dei centri periferici anche per via telematica, per la discussione dei casi diagnosticati in sedi differenti da Belcolle.
- Al GMOD inoltre devono collaborare anche il nutrizionista, il riabilitatore per gli stomizzati, lo psicologo.
- Il GMOD deve garantire la presa in carico del paziente, il completamento della stadiazione in tempi brevi e la proposta terapeutica al paziente che deve essere consegnata con un apposito verbale siglato da tutti i componenti.
- L'intervento terapeutico deve essere eseguito entro 15 giorni dalla decisione.

Screening CCR ASL VT

1/5/2014 – 1/9/2017

I LIVELLO

Numero Invitati	Rispondenti invito	FOBT +
174.393	55.204	3.727
	31,6%	6,75%

Screening CCR ASL VT

1/5/2014– 1/9/2017

II Livello

Inviti II livello	RCSS	Invio Chirurgia III livello	AdenoCa + neoplasia	HGD	LGD	Polipi benigni	negative
3604	2724/ 174393	176/2724	171 (60;111)	968	454	165	858
	1,5% rispetto alla popolazione	6,4%	2,2%;4%	35,5%	16,6%	6%	31,4%

Tabella 2c – Principali Indicatori per il programma di screening colon rettale. Anno 2018.

Dati calcolati al 01-09-2019

	ASL	RM 1	RM 2	RM 3	RM 4	RM 5	RM 6	VT	RI	LT	FR	LAZIO	Standard
Organizzativi	Estensione ONS	91,5	98,9	99,1	107,8	96,6	97,0	89,2	70,4	97,8	54,9	92,5	>=90%
	LEA	24,6	26,0	25,8	25,3	25,1	37,7	30,9	7,2	37,2	16,8	26,7	Minimo: >=25% Ottimale: >=49%
		Adesione Corretta	26,7	26,1	25,8	23,3	25,9	38,4	34,1	10,2	37,7	30,2	28,7
	TEMPI DI ATTESA ESITO NEGATIVO <21gg	99,8	99,5	99,2	99,9	94,2	98,8	96,4	99,3	97,2	100,0	98,6	>90%
	Tempo attesa referto 2livello <30gg	28,3	45,3	79,5	2,6	14,6	22,5	12,6	77,5	13,3	16,3	32,4	>90%
	TEMPI DI ATTESA intervento <30gg	37,9	47,5	55,2	-	42,3	-	90,9	-	80,6	46,2	54,7	>90%
Percorso Clinico	Provette non riconsegnate	2,1	3,6	5,7	0,2	4,5	7,0	7,8	8,9	3,3	4,0	4,2	<=7%
	Tasso di Positività al Fotb	5,2	6,0	5,6	6,1	5,6	4,6	4,9	4,7	5,6	5,8	5,5	-
	<i>I esami</i>	6,1	6,8	5,9	6,5	6,0	4,6	5,0	4,4	6,3	6,5	6,1	<=6%
	<i>esami succ</i>	4,5	5,5	5,3	5,6	5,0	4,7	4,9	6,3	5,1	5,1	5,1	<=4,5%
	Adesione Corretta II livello (corretti per esami recenti)	71,3	75,7	87,6	45,3	79,7	82,2	90,9	92,3	70,7	76,0	75,8	>=85%
	Proporzione colon complete	93,8	86,5	94,9	91,1	96,4	90,5	93,2	92,3	83,2	95,2	90,5	>=85%
	VPP complessivo	27,9	26,6	29,7	9,4	28,9	29,9	33,5	21,8	26,0	44,4	28,5	-
	<i>I esami esami succ</i>	33,4	29,6	34,0	9,7	32,4	34,5	44,4	27,1	31,0	50,3	33,0	>=25%
Impatto	Cancro	1,4	1,8	1,7	0,7	4,2	1,8	1,6	0,0	1,3	2,7	1,8	-
	<i>I esami</i>	2,3	2,7	2,4	0,5	4,6	2,4	2,9	0,0	2,0	4,1	2,6	>=2%
	<i>esami succ</i>	0,8	1,2	1,1	0,9	3,4	1,5	1,2	0,0	0,9	1,1	1,2	>=1%
	Adenoma Avanzato	7,8	9,8	12,2	1,6	8,2	8,9	13,2	8,8	8,9	14,9	9,4	-
	<i>I esami</i>	10,2	11,8	13,9	1,7	9,8	9,4	16,7	10,2	10,1	17,5	11,0	>=7,5%
	<i>esami succ</i>	6,0	8,5	10,8	1,5	5,5	8,7	12,0	2,8	8,1	12,0	8,2	>=5%

PROGRAMMA di SCREENING del Cancro del Colonretto
CENTRI di SECONDO LIVELLO

Reporting periodo dal 01/01/2019 al 30/06/2019

Volumi Attività

2019

1° semestre

UOC Gastroenterologia e Endoscopia BELCOLLE

ATTIVITA'	CODICE Nomenclatore	N°
Colloquio pre-endoscopico	89.03	386
totale colonscopie	n.d.	338
di cui FU	n.d.	21
Colonscopia senza procedure/ con polipectomia	45.23	317
Colonscopia con biopsia del grosso intestino	45.25	47
Polipectomia	45.42	460

UO Endoscopia Civita Castellana

ATTIVITA'	CODICE Nomenclatore	N°
Colloquio pre-endoscopico	89.03	253
totale colonscopie	n.d.	214
di cui FU	n.d.	26
Colonscopia senza procedure/ con polipectomia	45.23	193
Colonscopia con biopsia del grosso intestino	45.25	21
Polipectomia	45.42	311

1/1/2019-31/7/2019 → 1191 polipi: 545 low-risk; 233 high risk; 17 adenoca;
396 neg.

Indicatori di copertura SCREENING

Gennaio-Agosto 2019



DIREZIONE REGIONALE SALUTE E POLITICHE SOCIALI
AREA PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

Tabella 1 – Indicatori di copertura per i tre programmi di screening. Periodo gennaio – agosto 2019

Dati calcolato al 01-09-2019

ASL	Mammografico (%)			Cervice uterina(%)			Colon retto (%)		
	Estensione Inviti	Copertura test (LEA)	adesione corretta	Estensione Inviti	Copertura test (LEA)	adesione corretta	Estensione Inviti	Copertura test (LEA)	adesione corretta
RM 1	104	36	32	99	30	26	94	21	20
RM 2	101	38	35	95	27	21	91	21	21
RM 3	115	31	24	105	15	13	100	11	9
RM 4	108	56	46	104	30	25	83	20	21
RM 5	90	37	37	93	24	23	97	23	21
RM 6	77	32	36	72	31	23	70	28	35
VT	107	64	52	75	41	39	82	25	27
RI	92	55	53	89	28	27	71	11	14
LT	87	41	42	108	44	36	106	32	26
FR	65	37	51	62	33	34	66	16	22
LAZIO	97	40	37	91	29	24	89	21	21
Standard minimo	90	35	50	90	25	40	90	25	45

**Indicatori di qualità:
ADESIONE all'invito**

	2014	2015
N. persone invitate	4.850.495	5.426.392
Adesione corretta all'invito		
Italia	44,3%	43%
Nord	-	53%
Centro	-	30%
Sud-Isole	-	25%



**Cosa fare per ↑ l'adesione
agli screening?**

1- Attuare campagne di sensibilizzazione

~~TIMORE DELLA COLONSCOPIA~~



Aiom
Associazione Italiana per lo Studio e la Cura dei Tumori

Ministero della Sanità
DIREZIONE GENERALE
PROMUOVENDO LA PREVENZIONE
E LA DIAGNOSI PRECOCE

ATS Sardegna
Azienda Tutela Salute

Lo Screening oncologico C'è apposta per Te

IO COMBATTO IL CANCRO

Aderire allo screening vuol dire volersi bene

A chi è rivolto

- Donne di età tra i 50 e i 69 anni per la prevenzione del cancro alla mammella
- Donne di età tra i 25 e i 64 anni per la prevenzione del cancro della cervice uterina
- Donne e uomini di età tra i 50 e 69 anni per la prevenzione del cancro del colon-retto

Come si effettua

- Tramite la mammografia ogni 2 anni per la prevenzione del cancro alla mammella
- Tramite il pap-test ogni 3 anni per la prevenzione del cancro della cervice uterina
- Tramite l'esame delle feci ogni 2 anni con la ricerca del sangue occulto per la prevenzione del cancro del colon-retto

Perché aderire allo screening

Perché permette una diagnosi precoce del cancro più facilmente curabile con interventi chirurgici meno invasivi e più facilmente curabile e guaribile con terapie mediche adeguate.

I programmi di screening permettono il riscontro di lesioni precancerose che una volta eradicate permettono la guarigione certa.

La partecipazione agli screening È un tuo diritto e un tuo dovere ed è totalmente gratuita

L'invito arriva tramite lettera direttamente al tuo domicilio con le indicazioni della struttura più vicina dove poter effettuare lo screening

www.aiom.it

Ministero della Sanità
ATS Sardegna
Aiom

Cosa fare per ↑ l'adesione agli screening?

2- Attuare azioni di politica sanitaria incisive con:

- a) maggior controllo dell'implementazione /organizzazione degli screening, dei risultati ed analisi delle problematiche
- b) maggior disponibilità di risorse (economiche, strutturali, personale)
- c) maggiore collaborazione tra Istituzioni, Società Scientifiche, Associazioni Pazienti

AIOM

Razionalizzazione delle risorse



Appropriatezza

Grazie per l'attenzione