



S.S. FORMAZIONE PERMANENTE E AGGIORNAMENTO

Evento Formativo Residenziale

PROGRAMMA REGIONALE DI SCREENING COLORETTALE PREVENZIONE SERENA – WORKSHOP 2018

ECM REGIONE PIEMONTE

CODICE : 300 - 31783
Crediti: 6

AREA DEL DOSSIER FORMATIVO

Obiettivi formativi tecnico - professionali

OGGETTIVO FORMATIVO DI INTERESSE NAZIONALE

Contenuti tecnico-professionali

AREA TEMATICA REGIONALE

Prevenzione e promozione della salute

DESTINATARI

N° 95

PROFESSIONI SANITARIE

Medico
Biologo
Assistente sanitario
Infermiere professionale
Infermiere pediatrico
Tecnico di lab. Biomedico

PROFESSIONI NON SANITARIE

Assistenti amministrativi
Coadiutori amministrativi
Collaboratore amministrativo
Infermieri generici
Operatori socio-sanitari

MODALITA' DI ISCRIZIONE

Invio di scheda di iscrizione alla segreteria organizzativa
Scheda scaricabile dal sito:
www.cpo.it

QUOTA DI ISCRIZIONE

Corso gratuito

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA

Ceresa Matilde
Garena Francesca
formazione@cpo.it
Tel. 011- 6333874
Fax 011 - 6333886

DATA/E

21 novembre 2018

SEDE

Aula Magna Dental School – A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino
Via Nizza, 230 Lingotto ingresso Otto Gallery fronte_Eataly- Torino

PROGRAMMA

- Ore 8.45 Registrazione dei partecipanti
Ore 9.15 Saluti delle autorità e introduzione ai lavori
Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte
Città della Salute e della Scienza di Torino
- 1° sessione: Adesione e copertura**
Ore 9.30 I dati del 2017 (Piero Bestagini)
Ore 9.45 Il monitoraggio delle disuguaglianze (Teresa Spadea)
Ore 10.00 Barriere organizzative all'adesione (Eva Anselmo)
Ore 10.15 L'audit sul programma; uno strumento per affrontare le criticità (Gianfranco Corgiat)
- Ore 10.30 Discussione (Carlo Senore)
- 2° sessione: Indicatori diagnostici**
Ore 11.00 Il programma con sigmoidoscopia (Renato Fasoli)
Ore 11.15 Il programma FIT (Enrico Morello)
Ore 11.30 Monitoraggio degli indicatori di qualità in endoscopia (Arrigo Arrigoni)
Ore 11.50 Discussione (Arrigo Arrigoni)
- 3° sessione: Aggiornamenti del protocollo regionale 1**
Ore 12.15 Aggiornamento del protocollo regionale: Anatomia Patologica (Paola Cassoni)
Ore 12.30 Trattamento dopo exeresi locale di neoplasia colica o rettale pT1 (Mauro Santarelli)
Ore 12.45 Trend di incidenza del cancro colo rettale: ci sono ragioni per riconsiderare l'età di inizio dello screening? (Silvia Patriarca)
- Ore 13.00 **Pausa pranzo**
- 4° sessione: Aggiornamenti del protocollo regionale 2**
Ore 14.00 Protocollo inviti per i non aderenti alla sigmoidoscopia
Utilizzo della colonscopia virtuale
Gestione dei pazienti in terapia anti-aggregante/anti-coagulante
Attività extra-screening (Arrigo Arrigoni, Mario Fracchia, Carlo Senore)
Ore 15.10 Il nuovo Handbook della IARC (Paola Armaroli)
Ore 15.20 Discussione (Nereo Segnan)
Ore 16.00 Test di valutazione (Carlo Senore)
Ore 16.30 Chiusura dell'evento

RESPONSABILE/I SCIENTIFICO/I

Carlo Senore

PROGETTISTA o RESPONSABILE ACCREDITAMENTO

Livia Giordano
Matilde Ceresa

DOCENTI/FORMATORI

- o Anselmo Eva
- o Armaroli Paola
- o Arrigoni Arrigo
- o Bestagini Piero
- o Cassoni Paola
- o Corgiat Gianfranco
- o Fasoli Renato
- o Fracchia Mario
- o Morello Enrico
- o Patriarca Silvia
- o Santarelli Mauro
- o Segnan Nereo
- o Senore Carlo
- o Spadea Teresa

ATTIVITA' EXTRASCREENING RICERCA SANGUE OCCULTO FECALE (FIT)

Arrigo Arrigoni Carlo Senore

Torino, 21 novembre 2018

LA RICERCA DEL SANGUE OCCULTO FECALE TROVA COLLOCAZIONE

SCREENING ORGANIZZATO

Selezione con regole precise

Età

Patologie concomitanti (IBD, pregresso cancro colon)

Polipi pregressi

Scarsi spazi per inappropriatezza

TEST DI SCREENING SPONTANEO

per l'età, per la storia familiare, per comorbilità....

TEST DIAGNOSTICO

Sintomatici (sanguinamento, dolore, diarrea, dimagrimento....)

Alterazioni di laboratorio (anemia, sideropenia)

Maggiori spazi per inappropriatezza



In realtà...

Il numero di persone che eseguono il test con prescrizione ambulatoriale è pari o superiore a quelle esaminate a seguito di un invito nel programma screening

....e sono...

25% dei casi soggetti nella fascia di età del programma (58-69).

50% dei casi soggetti di età < 50 anni o >74 anni.



Nell'attività ambulatoriale (fuori dal programma di screening):

- Costi più elevati di quelli che si registrano per l'esecuzione del test nel programma di screening,
- Circa 1/3 dei soggetti esegue il test su più campioni
- Il 20% di chi esegue il test esegue comunque una colonscopia
- Una quota consistente di soggetti con test positivo non esegue poi la colonscopia di approfondimento.

Utilizzo del gFOBT extra screening

AUTORE	CASISTICA	MOTIVO	FOBT+	COLON NEI +	CONCLUSIONI
Mosadeghi 2016 (19)	207 ricoverati	Anemia 36% Sanguinamento 27%	gFOBT 34%	34%	Uso inappropriato (sanguinamento evidente) Pochi approfondimenti Se non disponibile le colonscopie diminuiscono
Narula 2014 (20)	229 ricoverati	Anemia 51% Sanguinamento 19%	gFOBT 34.9%	50%	Falsi positivi per dieta e farmaci Scarso impatto clinico Ritardo nella diagnosi Esami non necessari
Ip 2014 (21)	1904 ricoverati	Anemia 86% Sanguinamento 28% Dolori, diarrea, dimagr	gFOBT 34%	34%	Scarsa influenza sulla gestione Colon eseguita prima dell'esito del FOBT Ritardi per attendere esito Pochi in colon (34%)!
Peacock 2012 (22)	701 Ambulatoriali sintomatici	Anemia Sanguinamento Modificazione alvo	gFOBT 12%	43%	Falsi positivi sottoposti ad accertamenti. Pochi in colon Falsa rassicurazione

Utilizzo del gFOBt extra screening

Una revisione della Cochrane nel 2007 concludeva che...

.... IL FOBt è un esame validato solo per lo screening del CCR nella popolazione a rischio asintomatica tra i 50 ed i 75 anni

... la prescrizione del test al di fuori dello screening comporta un incremento dei costi e dei rischi per l'induzione di esami strumentali non necessari ().

Il Coordinamento Screening si è espresso in più occasioni contro un uso diagnostico ed indiscriminato della ricerca del sangue occulto fecale, segnalandone anche il costo per il SSN.

La diffusione del FIT e l'accumularsi di evidenze in letteratura, impone però, in un sistema come quello italiano in cui diagnostica e screening di fatto concorrono per la stessa la stessa limitata risorsa endoscopica, una rivalutazione di queste posizioni

Linee guida NICE (2015)

accesso ad una colonscopia entro 2 settimane (“suspected cancer pathway referral”) in presenza di sintomi identificati come sospetti per CRC

- ✓ età 40 o superiore con dimagrimento o dolore addominale non spiegato
- ✓ età 50 o superiore e sanguinamento rettale non spiegato
- ✓ massa rettale o addominale
- ✓ età inferiore a 50 con sanguinamento rettale e almeno
 - dolore addominale o
 - modificazione dell'alvo o
 - perdita di peso o
 - anemia sideropenica



Cubiella ha confrontato l'accuratezza diagnostica del (FIT), ad un cut-off di ≥ 20 $\mu\text{g}/\text{gr.}$, con i criteri del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) e dello Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) in 787 sintomatici da sottoporre a colonscopia.

Il FIT ha dimostrato

- una sensibilità per CRC superiore ai criteri NICE e del SIGN (87.6%, 61.9%; $P < 0.001$)
- Una specificità superiore ai criteri NICE e SIGN (77.4%, 65.2%, 42.7%; $P < 0.001$),



Rodriguez ha studiato 1054 pazienti sintomatici, inviati per colonscopia, che prima dell'esame avevano fornito un campione di feci per FIT.

- I criteri clinici hanno identificato il 46.7% and 43.3% dei casi di CRC
- Il FIT ad un cut-off $\geq 15 \mu\text{g}/\text{gr}$. il 96.7%.

Gli autori concludono che una strategia basata sul FIT sia più appropriata di quelle basate sui sintomi ad alto rischio per l'invio alla colonscopia con canali preferenziali (fast-tracking cancer referrals).

Study Target condition CRC	Total	Negative predictive		Sensitivity %	Specificity %
			(95% CI)	(95% CI)	(95% CI)
10 µg Hb/g faeces or equivalent					
McDonald 2013 [28]	280	100	(98.5, 100)	100 (54.1, 100)	93.8 (90.3, 96.3)
Mowat 2015 [29]	750	99.5	(98.5, 99.8)	89.3 (71.8, 97.7)	79.1 (75.9, 82.0)
Rodríguez-Alonso 2015 [29]	1003	99.9	(99.3, 100)	96.7 (82.8, 99.9)	79.9 (77.2, 82.3)
Terhaar sive Droste 2011 [30]	2058	99.4	(98.9, 99.7)	91.1 (84.2, 95.6)	87.0 (85.4, 88.5)
Summary estimate				92.1 (86.9, 95.3)	85.8 (78.3, 91.0)
15 µg Hb/g faeces or equivalent					
Rodríguez-Alonso 2015	1003	99.9	(99.3, 100)	96.7 (82.8, 99.9)	83.1 (80.6, 85.4)
Terhaar sive Droste 2011	2058	99.4	(98.9, 99.7)	91.1 (84.2, 95.6)	88.7 (87.3, 90.1)
Summary estimate				92.3 (86.6, 96.1)	86.9 (85.6, 88.1)
20 µg Hb/g faeces or equivalent					
Cubiella 2014 [31]	787	97.8	(96.2, 98.7)	87.6 (79.0, 93.2)	77.4 (74.0, 80.4)
Rodríguez-Alonso 2015]	1003	99.8	(99.1, 99.9)	93.3 (77.9, 99.2)	86.1 (83.8, 88.2)
Terhaar sive Droste 2011]	2058	99.4	(98.9, 99.7)	90.2 (83.1, 95.0)	90.1 (88.7, 91.4)
Summary estimate				89.5 (84.9, 93.1)	86.6 (85.4, 87.7)

Pazienti che manifestano sintomi di allarme (red flag per CRC) devono essere sottoposti a colonscopia in tempi brevi.

In tali casi la ricerca del sangue occulto feci non fornisce indicazioni significative e non dovrebbe essere eseguita perché comporta:

- Necessità di approfondire comunque con colonscopia, di per se indicata
- Attesa del risultato con dilazione nell'accesso all'esame, comunque indicator in casi di negatività
- false rassicurazioni in casi di negatività
- Impegno di risorse economiche

In particolare in un sanguinamento manifesto, sia rettorragia o melena, non ha alcuna giustificazione un test che confermi una presenza di sangue già visivamente evidente.

Il triage con il FIT può essere proponibile in soggetti con sintomi giudicabili a “basso rischio” per cancro coloretale, per contenerne l'invio sistematico in colonscopia.

Un triage con FIT, ad un cut-off di 20 µg Hb/g può essere considerato adeguato ad escludere la gran maggioranza dei CRC

CONCLUSIONI

I pazienti che manifestano sintomi di allarme devono essere celermente sottoposti a colonscopia

I pazienti che manifestano sintomi a basso rischio, ma con sospetto clinico di CRC vengono inviati a:

- screening nel caso abbiano effettuato il test di screening da più di 2 anni e siano in età compresa tra 58 e 69 anni, con invio in colonscopia in caso di esito positivo.
- colonscopia nel caso siano in età compresa tra 58 e 69 anni e abbiano effettuato il test di screening da meno di 2 anni
- Triage con FIT (offerto con modalità analoghe al protocollo screening) con impegnativa che indichi il sospetto clinico, se in età diversa da quella bersaglio dello screening