



COSA SAPPIAMO DELLA QUALITA' DEL PROGRAMMA

WORKSHOP
I RISULTATI DEL PROGRAMMA REGIONALE DI SCREENING COLORETTALE
TORINO 9 OTTOBRE 2012

**S.O.C. GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA
DIGESTIVA**

Dott. Mario Grassini

Ospedale Cardinal Massaja, ASL AT Asti



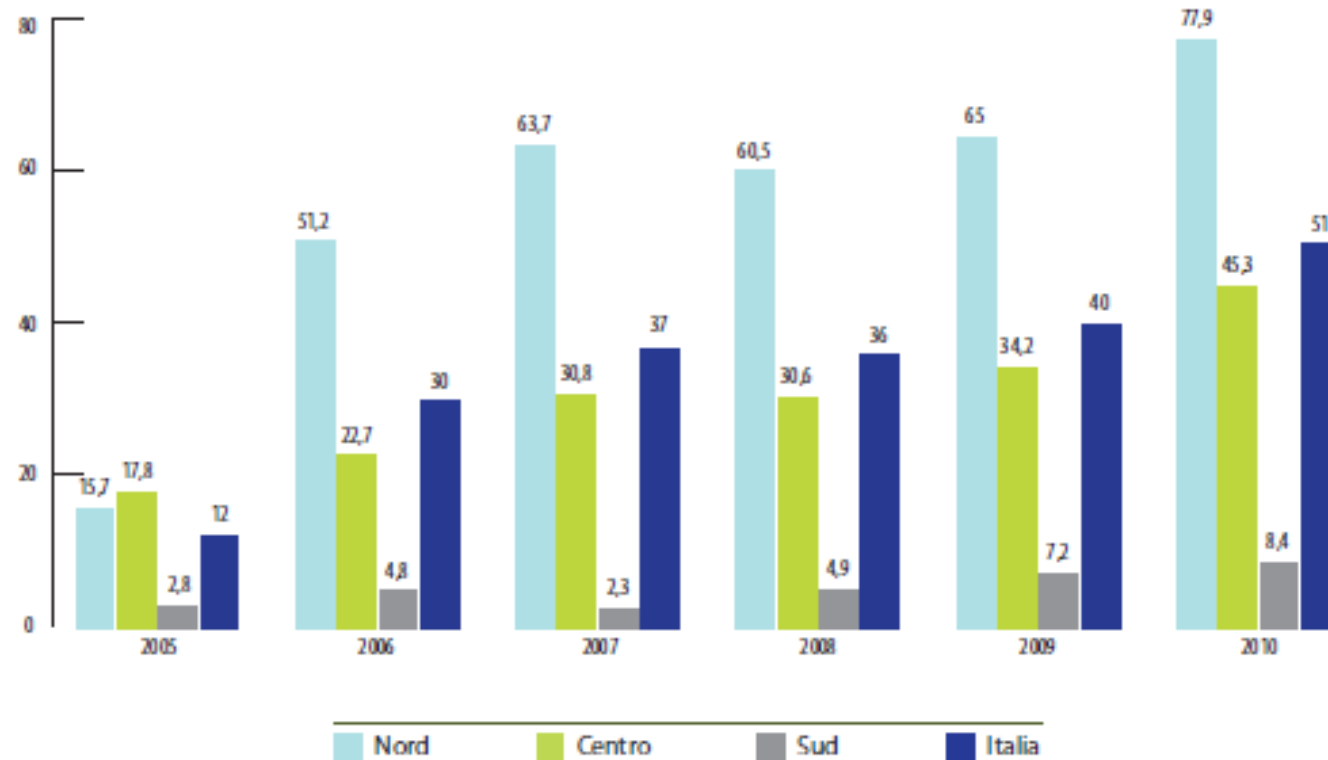
Certificato ISO 9001:2008



Piano nazionale della Prevenzione 2010-2012: obiettivi e azioni per gli screening dei tumori della mammella, colon retto e cervice uterina

Obiettivi generali di salute	Sottobiettivo	Linee di supporto	Linee di intervento
Riduzione della mortalità per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del colon retto (da valutare su dati Registri tumori)	Potenziamento o miglioramento dei programmi di screening organizzati, per carcinoma cervice uterina, carcinoma mammario, carcinoma colon retto, che verifichino adesione e parametri di qualità	Gestione sistema informativo e di valutazione (tramite NSIS e Osservatorio nazionale screening) Supporto alla programmazione regionale (tramite Osservatorio nazionale screening) Integrazione base dati nazionali (Ics, Istat-Multiscopo, Ors)	Realizzazione dell'accreditamento per funzioni dei programmi organizzati di screening Estensione dei programmi di screening Promozione del coinvolgimento dei soggetti fragili che non aderiscono ai programmi di screening oncologici
	Innovazione screening cancro della cervice uterina		Avvio di sperimentazioni per l'utilizzo test Hpv-Dna come test di screening primario Integrazione con i programmi di vaccinazione anti Hpv
	Innovazione screening cancro coloretta	Coinvolgimento dei Mmg Sperimentazione/valutazione di nuove tecnologie (costo-efficacia della colonscopia virtuale e della colonscopia endoscopica come test di primo livello)	Definizione di percorsi articolati per rischio individuale (almeno rischio per età e rischio per familiarità) Effettuazione esperienze pilota round annuale con test per sangue occulto fecale Programmi di sorveglianza per casi di storia neoplastica
	Innovazione screening cancro mammella		Definizione di percorsi articolati per rischio individuale (almeno rischio per familiarità e seno denso) Estensione fasce di età Valutazione digitale e Cad
Rendere sostenibili i programmi di popolazione per lo screening del cancro di mammella, cervice uterina e colon retto	Estensione registri tumori		Istituzione registri tumori regionali
	Reingegnerizzare lo screening opportunistico	Valutazione dei dati sullo screening spontaneo e predisposizione di progetti che ne verifichino la qualità e adeguatezza	Contrastare lo screening opportunistico o alternative non istituzionali Definire protocolli e percorsi per chi si sottopone spontaneamente a screening

**Estensione effettiva del
programmi di screening del
tumore del colon retto per
zona geografica 2005-2010**



LO SCREENING TESTA IL VIRTUALE

La colonscopia virtuale potrebbe essere più efficace dei test oggi in uso e aumentare l'intervallo tra due round di screening. Ma quali sono i costi? Tre sperimentazioni italiane stanno cercando di chiarire se il nuovo esame ha le caratteristiche per un impiego "di popolazione"

La tecnologia avanza e lo screening si adegua, valutando se le nuove opzioni diagnostiche disponibili possiedono le caratteristiche necessarie per farne un test di screening sulla popolazione. È il caso della colonscopia virtuale (o se si preferisce colongrafia Tc), che negli ultimi anni è sotto l'occhio dei riflettori per i vantaggi che potrebbe offrire rispetto alla ricerca del sangue occulto nelle feci e alla colonscopia o alla rettosigmoidoscopia come test di screening di primo livello.

«Rispetto al primo test - spiega Grazia Grazzini, dell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (Ispo) di Firenze - potrebbe anticipare la diagnosi, che il Sof consente solo quando un polipo è sufficientemente grande da produrre sanguinamenti e aumentare il periodo tra due round di screening. Rispetto ai secondi rappresenta un'opzione meno invasiva e quindi potrebbe essere meglio accettata dalla popolazione target».

Tuttavia, l'esame non è privo di zone d'ombra. «A oggi non è esattamente nota l'efficacia della colonscopia virtuale nell'identificare i polipi, soprattutto quelli più piccoli», precisa Grazzini. «Inoltre, a differenza della colonscopia tradizionale, una volta identificata la lesione, non consente di eliminarla: è necessario eseguire una colonscopia tradizionale. E questo comporta un aumento dei disagi per l'utente (che si sottopone a un duplice esame e a una doppia preparazione) e di costi per il sistema sanitario».

❖ Colonscopia virtuale alla prova

I diversi studi che negli ultimi anni sono stati avviati o sono in fase di

preparazione in Italia si propongono di fugare proprio questi dubbi. Il primo - e l'unico già avviato - è quello in corso in 8 centri piemontesi e in 2 veneti. Si chiama Proteus. «Ma il nome non ha niente a che vedere con la mitologia greca», ci tiene a precisare Daniele Regge, direttore dell'Uoa di Radio-diagnostica dell'Istituto per la ricerca e la cura del cancro di Candiolo (Torino) e coordinatore del progetto di ricerca. Richiama invece un film di fantascienza della metà degli anni Sessanta (*Fantastic Voyage* di Richard Fleischer, Viaggio allucinante nella versione italiana) in cui un gruppo di scienziati, a bordo di un sottomarino (il Proteus appunto), venivano miniaturizzati per entrare nel corpo e salvare la vita di uno scienziato in fuga dall'Unione Sovietica.

«Lo studio - illustra Regge - prevede l'invito di 26.000 persone, sperando nella partecipazione di 5.000. Una metà riceverà la colonscopia virtuale, l'altra l'esame di screening impiegato nella Regione Piemonte: la rettosigmoidoscopia. Innanzitutto verrà confrontata la capacità diagnostica dei due esami, misurando il tasso di identificazione di adenomi avanzati, la lesione che precede il tumore maligno. La rettosigmoidoscopia è infatti un test che ha già dato prova di funzionare bene, ma ha il difetto di non farci vedere l'ultima parte dell'intestino. In secondo luogo, sarà misurata l'adesione alle due modalità di invito».

❖ Innovazione a tutto campo

Oltre alla colonscopia virtuale, lo studio Proteus sta mettendo alla prova un metodo di lavoro e una

tecnologia innovativi. Le immagini acquisite con la colonscopia virtuale saranno lette in maniera centralizzata e in remoto in un unico centro: ciò consente di migliorare la qualità di lettura degli esami, dal momento che vengono impiegati soltanto radiologi dedicati e con esperienza. Inoltre, la sperimentazione prevede l'impiego di un software Cad (*Computer assisted detection* - diagnosi assistita dal computer), che migliora la qualità e riduce i tempi di lettura.

«Il vantaggio di un sistema Cad è quello di proporre automaticamente i sospetti polipi al radiologo, che, invece di guardare l'intero set di immagini, può concentrare la propria attenzione sulle aree sospette», dice Lapo Sali, dell'Università di Firenze e tra gli autori di un secondo studio (Save) ai nastri di partenza nel capoluogo toscano. Sali rassicura sull'affidamento totale al software: «il radiologo esegue comunque sempre una visione veloce dell'intero set di immagini per verificare che il programma non si sia fatto sfuggire qualcosa». Lo studio fiorentino coinvolgerà 14 mila persone tra i 55 e i 65 anni che non si sono ancora sottoposte a screening e confronterà la colonscopia virtuale (in 5.000 persone), sia con la ricerca del sangue occulto nelle feci (8.000), sia con la colonscopia ottica (1.000).

In questo caso, «oltre alla resa diagnostica e all'accettabilità del nuovo test, sarà valutato l'impiego di risorse rispetto a 3 round di sangue occulto: mentre infatti quest'ultimo si esegue di norma ogni 2 anni, le prime indicazioni disponibili nella letteratura scientifica ipotizzano la possibilità di eseguire la colonscopia virtuale ogni 5 anni», illustra Sali. Particolarmente impor-

COLONSCOPIA: VALUTAZIONE AL MILLIMETRO

Un programma, frutto della collaborazione tra Società italiana di endoscopia digestiva e OnS, prevede di valutare la qualità delle colonoscopie fino a un livello di dettaglio mai raggiunto: quello del singolo endoscopista. L'obiettivo è chiaro: correggere il singolo per migliorare il sistema

Non è un mistero che il miglioramento della qualità passi inevitabilmente dalla valutazione delle prestazioni. E nel caso delle colonoscopie, eseguite sia all'interno sia al di fuori dei programmi di screening organizzato, gli indicatori non mancano: «la completezza dell'esame (cioè se si riesce a esplorare tutto il colon fino al cieco) il numero di lesioni identificate, il numero di complicità», spiega Manuel Zorzi, del Registro Tumori del Veneto di Padova e referente regionale dei programmi di screening. Tuttavia, fino a oggi, la valutazione dell'esame all'interno dei program-

È impossibile individuare l'errore se le valutazioni vengono fatte a livello di programma

mi di screening presenta un grosso limite: «Non si indaga né l'endoscopista, né il servizio di endoscopia. Il massimo dettaglio che si raggiunge è il singolo programma di screening o la realtà regionale», dice Zorzi. Un limite non da poco. «Infatti, così facendo, si perde la possibilità di comprendere dove esattamente si annidino i problemi e quindi la capacità intervenire modificando le pratiche».

Se questa è la realtà all'interno dei programmi di screening, istituzionalmente e culturalmente obbligati all'autovalutazione, la situazione è ancor più complicata all'esterno, dove, se si escludono alcuni servizi particolarmente sensibili al monitoraggio delle performance, i dati non vengono raccolti o, se raccolti, mai utilizzati.

✦ Il singolo sotto la lente

Non è un caso, allora, che sia partita da una società scientifica, la Società italiana di endoscopia digestiva (Sied), l'idea di avviare un progetto di valutazione della qualità della colonoscopia che arrivi fino al livello del singolo endoscopista. «La Sied si è rivolta all'Organizzazione nazionale screening colonoscopico del patrimonio di archiviati raccolti per ogni singolo endoscopista», spiega Manuel Zorzi - e con l'intento di valutare in questa fase soltanto i volumi di screening, cioè le procedure eseguite su pazienti risultati positivi al test del sangue occulto. «Si tratta di pazienti omogenei per età e per caratteristiche cliniche», spiega Cesare Hassan, presidente della commissione Sied nazionale. Caratteristiche queste, che risultano essere un contesto diverso, infatti - precisa l'endoscopista - sarebbe quasi impossibile fare una valutazione e un confronto tra i diversi operatori, a causa della grande variabilità con cui gli operatori hanno a che fare».

Il progetto è ancora alle prime fasi. «Abbiamo creato un gruppo di lavoro e concordata una bozza iniziale di record per la raccolta dei dati. Ora si sta esplorando la disponibilità delle regioni a partecipare», illustra Zorzi. Ma già sono emerse le prime difficoltà: «Alcune regioni non registrano i codici identificativi del singolo endoscopista». In attesa che si sbloccino le difficoltà logistiche, una cosa è però chiara: «Il processo non intende mettere in atto strategie punitive per il singolo operatore, ma sfruttare i dati raccolti per promuovere interventi di miglioramento».

La collaborazione SIED / ONS è rivolta a tenere sotto controllo e valutare gli indicatori di performance, i volumi di attività, nell'ottica di misurare per migliorare.

«Sono dati che risultano essere un contesto diverso, infatti - precisa l'endoscopista - sarebbe quasi impossibile fare una valutazione e un confronto tra i diversi operatori, a causa della grande variabilità con cui gli operatori hanno a che fare».

ce insoddisfacenti attraverso l'invio a ciascun endoscopista di un questionario attraverso cui si raccolgono informazioni sull'attività del professionista e sulle condizioni di lavoro.✦



Società Italiana Endoscopia Digestiva

Per la Cura, per la Formazione, per la Scienza

AREA LOGIN

Username Password

[Registrati](#)

[Dati dimenticati?](#)

[Aiuto](#)

[SIED](#) [AREA NAZIONALE](#) [AREA REGIONALE](#) [SEGRETERIA](#) [CONTATTI](#)

[News](#)

[Eventi](#)

[GIED](#)

[Pubblicazioni](#)

[Servizi ai Soci](#)

[GLS<35](#)

[SIED WEB TV](#)

[Weblinks](#)

[Cerca](#)

EUS Club Italiano di Ecografia Endoscopica

PRIMO PIANO

Selezione della Letteratura Scientifica di agosto 2012

1. *Surg Endosc.* Pancreatic duct stenting for the duration of ERCP only does not prevent pancreatitis after accidental pancreatic duct cannulation: a prospective randomized trial
2. *Endoscopy.* Is timely endoscopy the answer for cost-effective management of acute upper gastrointestinal bleeding?
3. *Endoscopy.* Prediction scores in gastrointestinal bleeding: a systematic review and quantitative appraisal
4. *Endoscopy.* Outcomes following acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in relation to time to endoscopy: results from a nationwide study

[Elenco completo](#)

In onda su SIED WEB TV

- *SIED Incontra: intervista a Anand Sahai*
- *Casi Clinici "trattamento con OVESCO® di una Dieulafoy gastrica resistente a multipli trattamenti endoscopici tradizionali"*
- *Novità Tecnologiche "Cromoendoscopia virtuale con sistema FICE"*
- *Novità Terapeutiche - Strumenti e Accessori: IDROCUT*



Database online
(riservato ai Centri selezionati)
[Visualizza la media nazionale degli Indicatori di Qualità della Colonscopia](#)

SURVEY SULLA FORMAZIONE ENDOSCOPICA IN ITALIA
(a cura del GLS<35)
[Visualizza il Piano del Progetto](#)
[Stampa la Scheda raccolta dati](#)

realizzata con il contributo di

realizzata con il contributo di

[Selezione della Letteratura](#)
[Aggiornamento IBD](#)

[Tutte le rubriche](#)

ECM GIORNALE SIED

8 CREDITI AL FASCICOLO 3/12 online
Per accedere alla piattaforma dei corsi FAD SIED [cliccare qui](#)

CDN SIED 2012 - 2014
[Visualizza l'organigramma](#)

CORSO NAZIONALE SIED
Modena, 1-3 ottobre 2012

Programma Scientifico definitivo
Convocazione Assemblea Soci
Scheda iscrizione medici
Scheda iscrizione infermieri
Scheda prenotazione alberghiera

FISMAD 2013
Palazzo dei Congressi
Bologna, 20 - 23 marzo 2013

La valutazione si fa sul campo

Un gruppo di esperti visita i programmi, li osserva nei punti di forza e debolezza. E dal confronto tra pari con gli operatori nascono i consigli per migliorarli. È la logica delle *site visits* la cui efficacia e fattibilità si sta testando in questi mesi in un progetto pilota

Spesso dietro un indicatore che non va, riscontrato dall'analisi dei dati rilevati costantemente dai programmi organizzati di screening, non c'è quello che ci si aspetta. Anzi, il più delle volte non è possibile conoscere da cosa originino performance peggiori (né migliori) rispetto a quelle attese. Proprio dall'esigenza di mettere a punto una nuova metodologia in grado di identificare questi fattori e contribuire al miglioramento della qualità è nato il Progetto per la realizzazione di un sistema di *site visits* per l'assicurazione di qualità di programmi di screening italiani.

✦ Una nuova prospettiva

«È un progetto che cerca di vedere le cose da una prospettiva diversa e più contestuale di quanto non sia la consueta valutazione degli indicatori», spiega Grazia Grazzini, dell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (Ispo) di Firenze. «Propone che un gruppo di esperti si rechi in un programma di screening e, insieme agli stessi operatori del programma, osservi e valuti con un protocollo definito l'intero processo di screening». L'iniziativa rappresenta una novità quasi assoluta all'interno dei programmi organizzati. Riprende esperienze realizzate dalla Regione Toscana e, per ora, ha lo scopo di valutare la fattibilità di una simile modalità di valutazione della qualità e delle performance dei programmi. Sul piano internazionale, l'unico esempio analogo è stato realizzato in Gran Bretagna, dove però la visita era condotta con modalità ispettive. Le *site visits* italiane, al contra-

rio, si basano su un approccio non verticistico ma fondato sul confronto tra pari e, attraverso l'analisi dei diversi aspetti dello screening, mira alla correzione degli errori e alla diffusione delle best practice. Il progetto, iniziato nel 2009 dopo una lunga fase preparatoria in cui sono stati allestiti i materiali, sviscerati gli aspetti procedurali e di protocollo, è ora entrato nel vivo e già cinque programmi, candidati su base volontaria, sono stati oggetto di visita. Inoltre, in questa fase di studio, ai referenti locali è stato chiesto di produrre un feedback sulla visita: uno strumento per affinare la metodologia in vista di un futuro impiego sistematico. Di certo, l'implementazione di un simile strumento non è di semplice realizzazione. Oltre alla scarsa disponibilità di risorse, i nodi logistici non sono pochi.

✦ Un buon inizio

Per il momento i risultati sembrano buoni. «Un'esperienza molto positiva», dice Giovanni de Pretis, responsabile del programma di screening del colon retto della Provincia autonoma di Trento. «Soprattutto in una provincia di piccole dimensioni dove le possibilità di confronto sono poche». A Trento, lo screening per il cancro del colon retto ha appena finito il primo round raggiungendo buone performance: una copertura prossima al 95% e adesione superiore al 50%. Ciò non significa, tuttavia, che non vi siano ulteriori margini di miglioramento. «Per esempio - racconta de Pretis - una segnalazione ricevuta dal gruppo di "visitatori" è stata

l'assenza di obiettivi di performance espliciti stabiliti dai vertici dei programmi. O, ancora, il fatto che i diversi programmi, rispondendo a diverse esigenze, non hanno risposto a un unico obiettivo. Ma de Pretis non si scoraggia. «Oltre ai programmi, i referenti locali sono stati invitati a dare loro un feedback e confrontare le proprie proposte con

Riferimento ai progetti di retraining già realizzati in molte regioni attraverso la collaborazione con le Società scientifiche come "Train the trainer" e/o le realizzazioni di "Site visite".

La collaborazione tra le Società scientifiche riunite sotto l'egida della FISMAD con il CPO Piemonte ha portato alla progettazione anche in Piemonte di un progetto simile coordinato dal Dott. Occhipinti e dal Dott. Ponti

2010 2011

	Completo	Completo
Piemonte	3.833 (90,06%)	3.956 (90,40%)
	802 (90,72%)	837 (93,31%)
	746 (89,23%)	652 (87,17%)
	559 (87,76%)	633 (90,95%)
	468 (90,35%)	527 (91,97%)
	345 (93,75%)	431 (87,25%)
	284 (93,11%)	309 (91,15%)
	259 (87,80%)	255 (92,73%)
	252 (88,42%)	201 (87,39%)
	118 (92,19%)	111 (89,52%)



Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

Digestive and Liver Disease

journal homepage: www.elsevier.com/locate/dld



Digestive Endoscopy

V
ol
Fr
Gas

A B S T R A C T

Background/aim: A nation-wide survey of colonoscopy practice carried out in 2004 showed disappointing data on colonoscopy quality in Italy. Present study was aimed prospectively at re-evaluating quality indicators of colonoscopy and their changes over a five-year-period.

Methods: The main features of each Endoscopy Unit and performance indicators on consecutive colonoscopies performed in a 2-week period were recorded. Variation of colonoscopy quality was assessed by comparing caecal-intubation and polyp-detection rates in present survey with those collected five-years before; statistical analysis was restricted to centres participating in both data collections.

Results: 6158 colonoscopies from 116 centres were evaluated; unadjusted caecal-intubation rate was 83.0%, with 21.6% centres reporting a value >90%; mean polyp-detection rate was 32.0% (range 9.6–71.2% across centres). To assess variation of performance indicators, 4452 procedures from 77 centres were compared to 3589 procedures performed five-years before, in the same centres. A significant difference between the two rounds of data collections was observed for both caecal-intubation (82.6% versus 80.9%, $p=0.043$) and polyp-detection (31.3% versus 28.1%, $p=0.002$). However, 52 centres maintained a caecal-intubation rate constantly <90%.

Conclusions: Present data show that colonoscopy in Italy is still far below quality standards and that a significant improvement of practice did not occur over the last five years. Strategies to enhance colonoscopy quality should be pursued by professional societies.

© 2012 Editrice Gastroenterologica Italiana S.r.l. Published by Elsevier Ltd. All rights reserved.

before, statistical analysis was restricted to centres participating in both data collections.

Results: 6158 colonoscopies from 116 centres were evaluated; unadjusted caecal-intubation rate was 83.0%, with 21.6% centres reporting a value >90%; mean polyp-detection rate was 32.0% (range 9.6–71.2% across centres). To assess variation of performance indicators, 4452 procedures from 77 centres were

compared to 3589 procedures performed five-years before, in the same centres. A significant difference between the two rounds of data collections was observed for both caecal-intubation (82.6% versus 80.9%, $p = 0.043$) and polyp-detection (31.3% versus 28.1%, $p = 0.002$). However, 52 centres maintained a caecal-intubation rate constantly <90%.

Cosa è RESCUE?

RESCUE è un servizio web sviluppato dal [CPO Piemonte](#) come strumento obiettivo di valutazione dell'attività endoscopica di screening nella regione Piemonte.

Per le sue caratteristiche RESCUE si rivolge principalmente agli operatori dei servizi di endoscopia di screening ed ai coordinatori dei Dipartimenti Interaziendali di Prevenzione Secondaria.

Il servizio è disponibile facendo richiesta di un codice utente e password tramite il modulo nella pagina dei [contatti](#).



Parametri indicatori

Tipo di ricerca

Tipo ricerca

Indicatore singolo ▼

Tipo raggruppamento

Dipartimento ▼

Regione

PIEMONTE ▼

Indicatori

Tipo Esame

Colonscopia ▼

Provenienza della colonscopia

FOBT ▼

Indicatore

Istologia Polipi Prossimali ▼

Platea e periodo

Maschi

Entrambi

Femmine

Anno di nascita

Dal : 1930 ▼

Al : 1960 ▼

Data Esame

Dal : 01/01/2011

Al : 31/12/2011

Dati aggiornati al 10/09/2012

Avvia la ricerca

Tipo ricerca **Indicatore singolo**; Area screening **Piemonte**; Raggruppamento per **Dipartimento**;
 Indicatore **Istologia Polipi Distali** su esame di **Sigmoidoscopia** ;
 Platea di **Maschi e Femmine** con data di nascita **1930-1960**; Periodo di esame **01/01/2011 - 31/12/2011**

	Negativo	Non recuperato	Attesa Istologico	Altri Polipi	Mucosa Normale	Iperplastici	Adenoma LR	Adenomi multipli	Adenoma HR < 10 mm	Adenoma >10 mm	Adenoma HR > 10 mm	Cancro	Non Valorizzato	Totale ↓
Piemonte	9.154 (78,31%)	140 (1,20%)	12 (0,10%)	104 (0,89%)	60 (0,51%)	793 (6,78%)	822 (7,03%)	43 (0,37%)	203 (1,74%)	82 (0,70%)	244 (2,09%)	33 (0,28%)	0 (0,00%)	11.690 (100,00%)

Tipo ricerca **Indicatore singolo**; Area screening **Piemonte**; Raggruppamento per **Dipartimento**;
 Indicatore **Istologia Polipi Distali** su esame di **Colonscopia** proveniente da **Sigmoidoscopia** ;
 Platea di **Maschi e Femmine** con data di nascita **1930-1960**; Periodo di esame **01/01/2011 - 31/12/2011**

	Negativo	Non recuperato	Attesa Istologico	Altri Polipi	Mucosa Normale	Iperplastici	Adenoma LR	Adenomi multipli	Adenoma HR < 10 mm	Adenoma >10 mm	Adenoma HR > 10 mm	Cancro	Non Valorizzato	Totale ↓
Piemonte	117 (11,61%)	47 (4,66%)	9 (0,89%)	11 (1,09%)	2 (0,20%)	118 (11,71%)	166 (16,47%)	33 (3,27%)	174 (17,26%)	71 (7,04%)	233 (23,12%)	27 (2,68%)	0 (0,00%)	1.008 (100,00%)



Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicentre randomised controlled trial

Wendy S Atkin, Rob Edwards, Ines Kralj-Hans, Kate Wooldrage, Andrew R Hart, John M A Northover, D Max Parkin, Jane Wardle, Stephen W Duffy, Jack Cuzick, UK Flexible Sigmoidoscopy Trial Investigators

Once-Only Sigmoidoscopy in Colorectal Cancer Screening: Follow-up Findings of the Italian Randomized Controlled Trial—SCORE

Nereo Segnan, Paola Armaroli, Luigina Bonelli, Mauro Risio, Stefania Sciallero, Marco Zappa, Bruno Andreoni, Arrigo Arrigoni, Luigi Bisanti, Claudia Casella, Cristiano Crosta, Fabio Falcini, Franco Ferrero, Adriano Giacomin, Orietta Giuliani, Alessandra Santarelli, Carmen Beatriz Visioli, Roberto Zanetti, Wendy S. Atkin, Carlo Senore; and the SCORE Working Group

Manuscript received February 11, 2011; revised June 28, 2011; accepted June 30, 2011.

Correspondence to: Nereo Segnan, MD, MS, Epidemiology Unit, CPO Piemonte and S. Giovanni University Hospital, Via S Francesco da Paola 31, 10123 Torino, Italy (e-mail: nereo.segnan@cpo.it).

Tipo ricerca **Indicatore singolo**; Area screening **Piemonte**; Raggruppamento per **Dipartimento**;
 Indicatore **Istologia Polipi Prossimali** su esame di **Colonscopia** proveniente da **Sigmoidoscopia** ;
 Platea di **Maschi e Femmine** con data di nascita **1930-1960**; Periodo di esame **01/01/2008 - 10/09/2012**

	Negativo	Non recuperato	Attesa Istologico	Altri Polipi	Mucosa Normale	Iperplastici	Adenoma LR	Adenomi multipli	Adenoma HR < 10 mm	Adenoma >10 mm	Adenoma HR > 10 mm	Cancro	Non Valorizzato	Totale ↓
Piemonte	2.262 (61,50%)	68 (1,85%)	8 (0,22%)	43 (1,17%)	24 (0,65%)	192 (5,22%)	597 (16,23%)	74 (2,01%)	149 (4,05%)	92 (2,50%)	160 (4,35%)	9 (0,24%)	0 (0,00%)	3.678 (100,00%)

Tipo ricerca **Indicatore singolo**; Area screening **Piemonte**; Raggruppamento per **Dipartimento**;
 Indicatore **Istologia Polipi Prossimali** su esame di **Colonscopia** proveniente da **FOBT** ;
 Platea di **Maschi e Femmine** con data di nascita **1930-1960**; Periodo di esame **01/01/2008 - 10/09/2012**

	Negativo	Non recuperato	Attesa Istologico	Altri Polipi	Mucosa Normale	Iperplastici	Adenoma LR	Adenomi multipli	Adenoma HR < 10 mm	Adenoma >10 mm	Adenoma HR > 10 mm	Cancro	Non Valorizzato	Totale ↓
Piemonte	7.626 (62,74%)	248 (2,04%)	64 (0,53%)	121 (1,00%)	60 (0,49%)	342 (2,81%)	1.472 (12,11%)	192 (1,58%)	613 (5,04%)	340 (2,80%)	871 (7,17%)	205 (1,69%)	0 (0,00%)	12.154 (100,00%)



GRAZIE DELL'ATTENZIONE