



Convegno GISCoR
Reggio Emilia, 13-14 novembre 2014

La ~~solita~~ **'classica' survey**

Manuel Zorzi, Anna Turrin
Registro Tumori del Veneto

Focus 2

Survey sui migranti

Screening colorettaile 2013

Programmi che hanno fornito i dati sui migranti

Numero programmi:

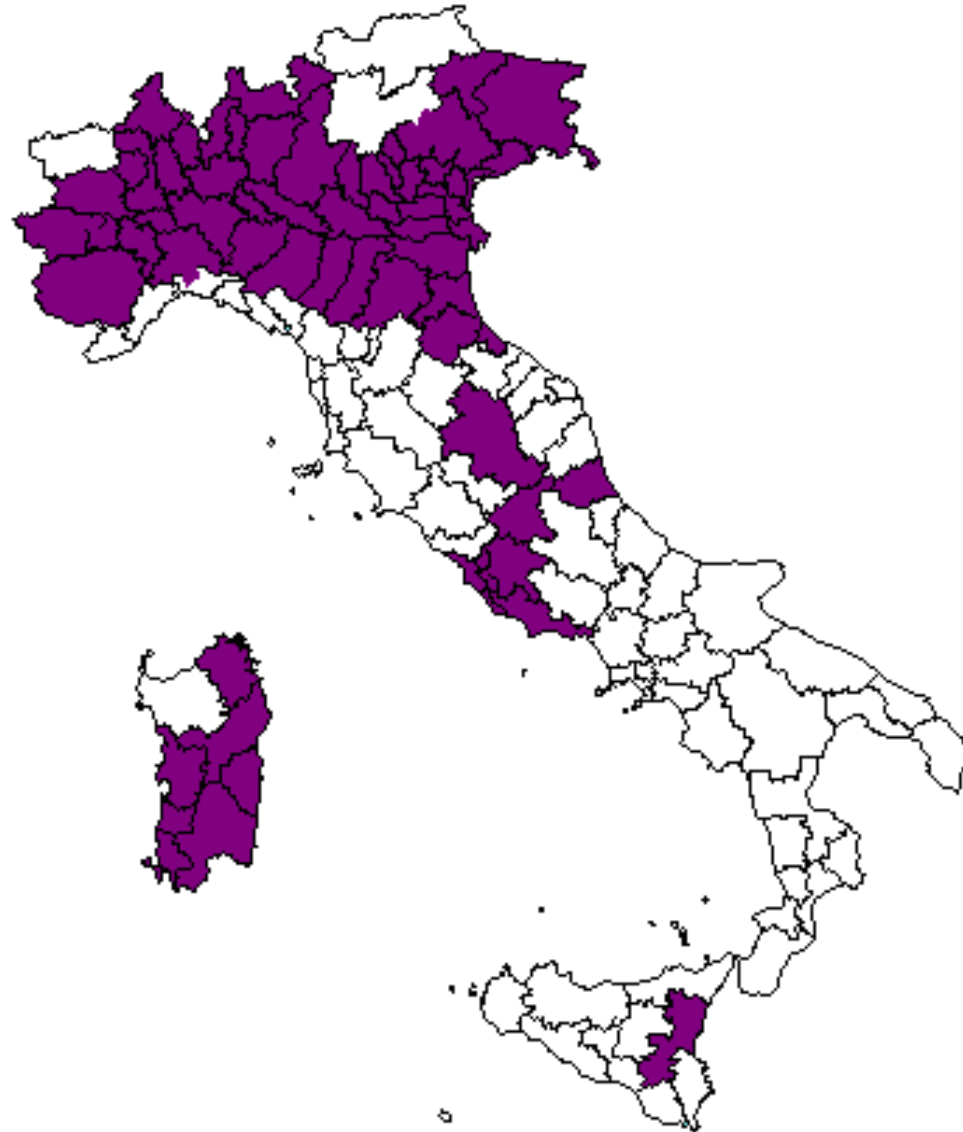
75

Popolazione
residente
50-69 anni:

7.603.374

Popolazione
residente 50-69
interessata:

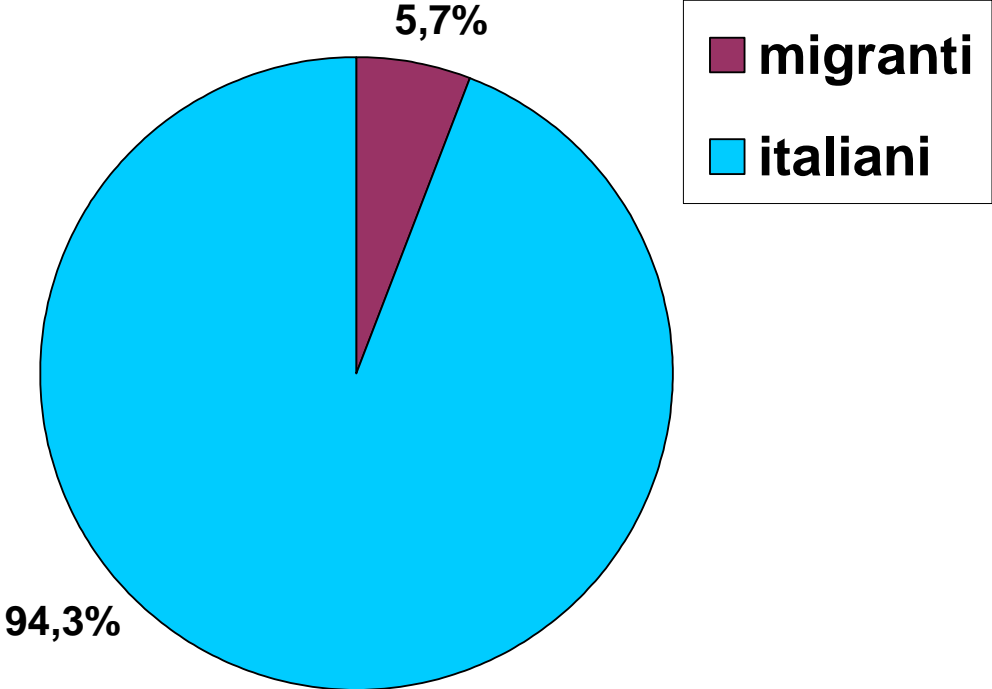
50,7%



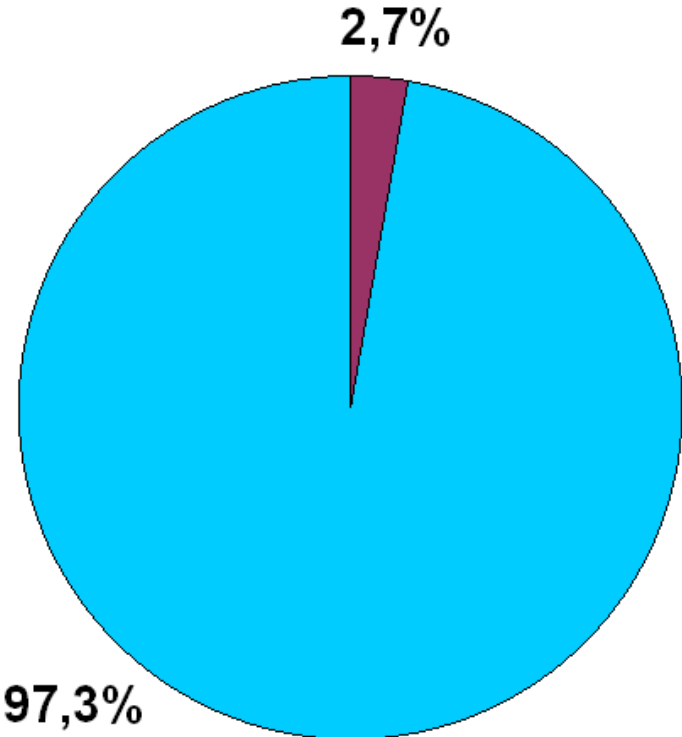
Dati principali 2013

2013	Italiani	Migranti
Invitati	2 745 662	165 886
% Inviti inesitati	51 122 (1,9%)	16 031 (<u>9,7%</u>)
Aderenti	1 381 981	51 678
Adesione grezza	51,3	34,3
Positivi	69 142	2 429
Inadeguati	0,27%	<u>0,48%</u>

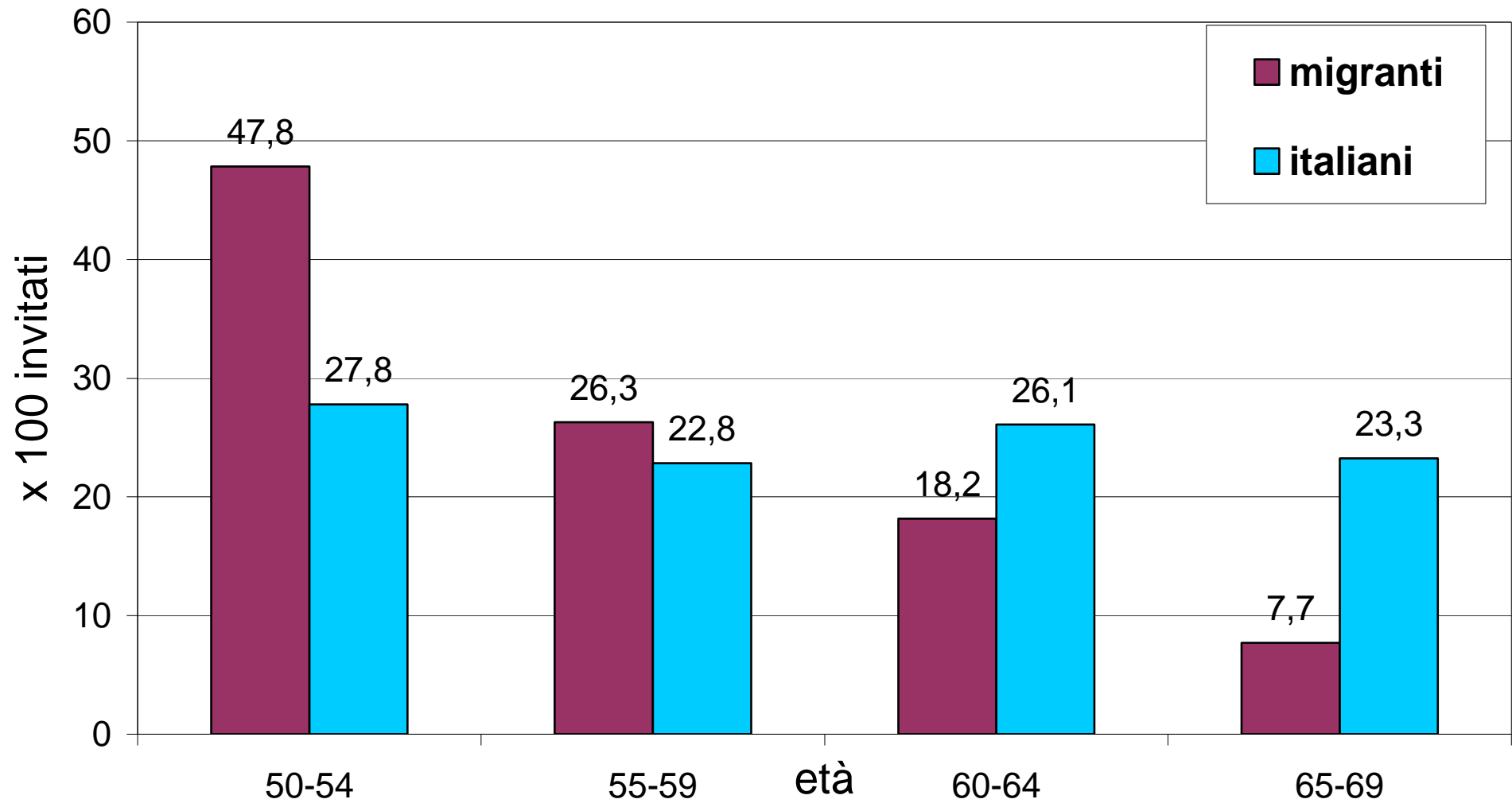
Migranti invitati allo screening



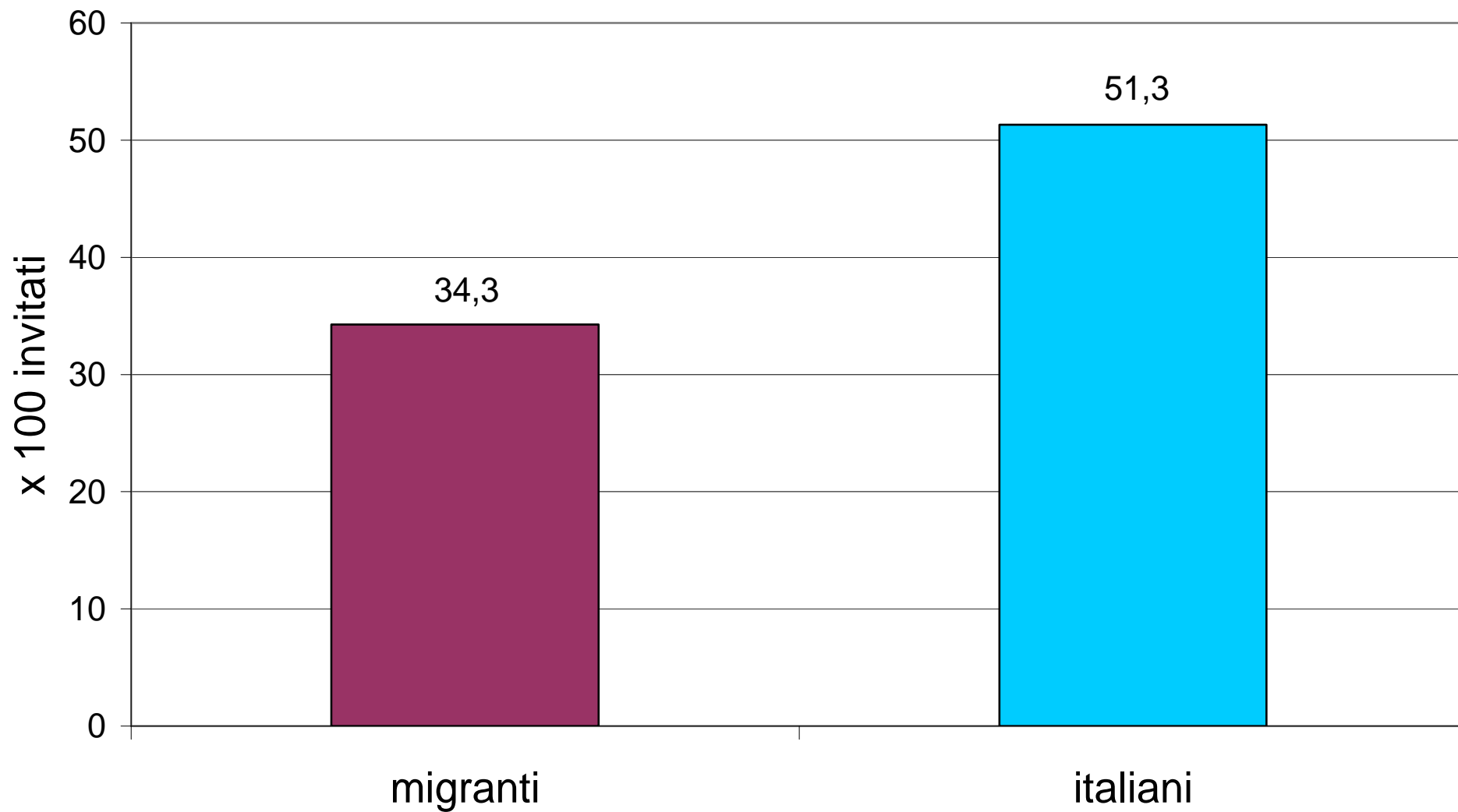
% Migranti screenati



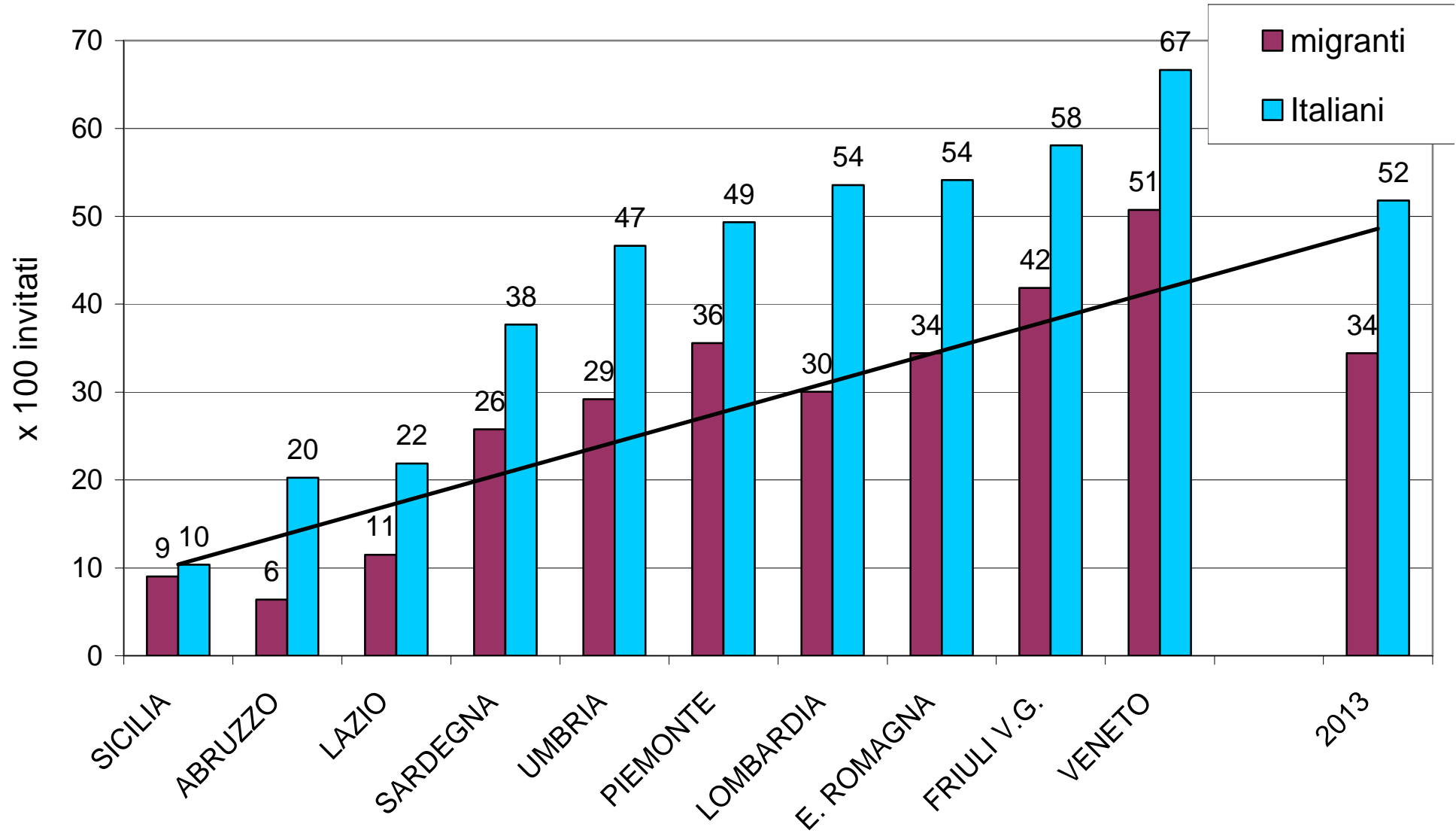
Screenati per fasce d'età



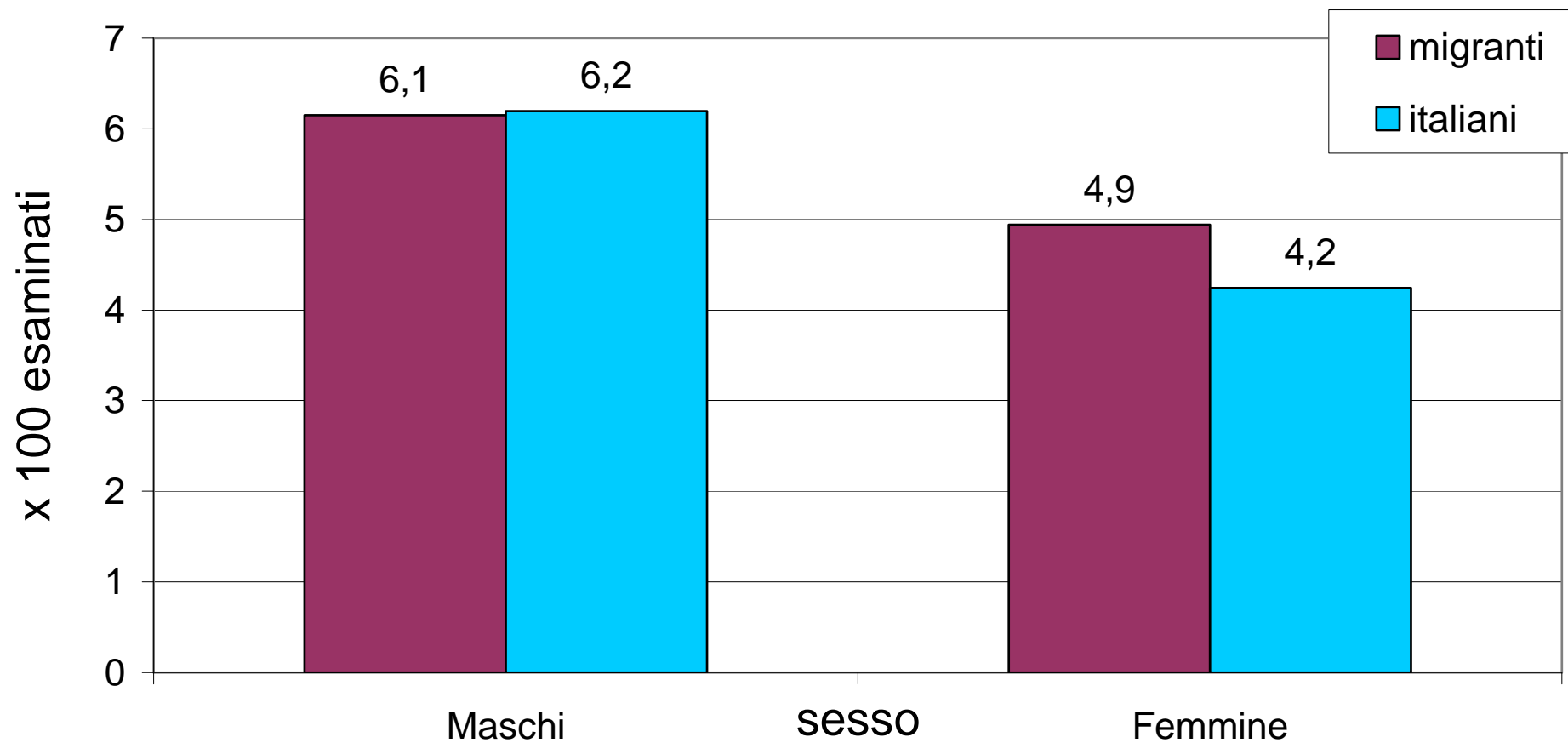
Tasso di adesione all'invito



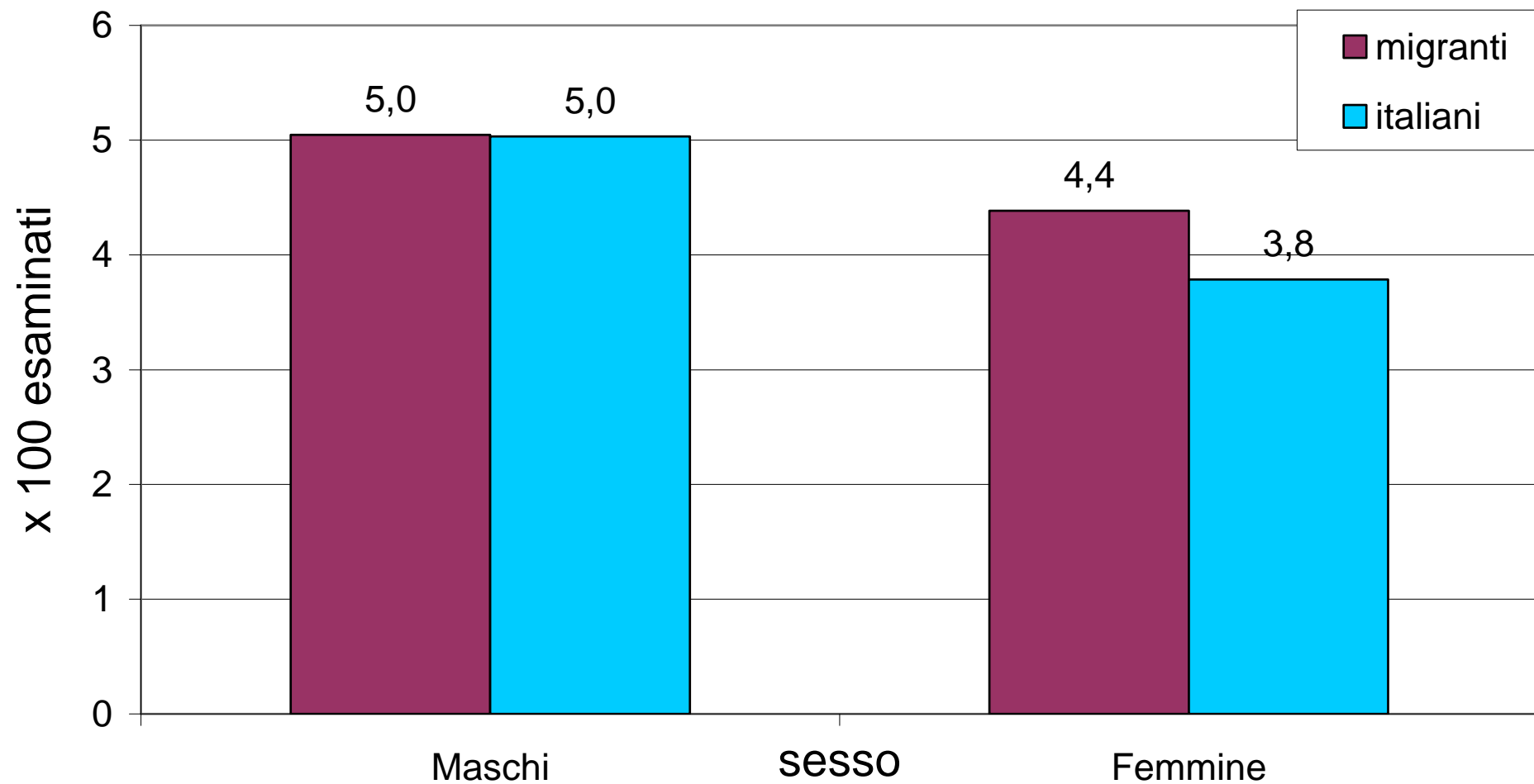
Adesione corretta per Regione



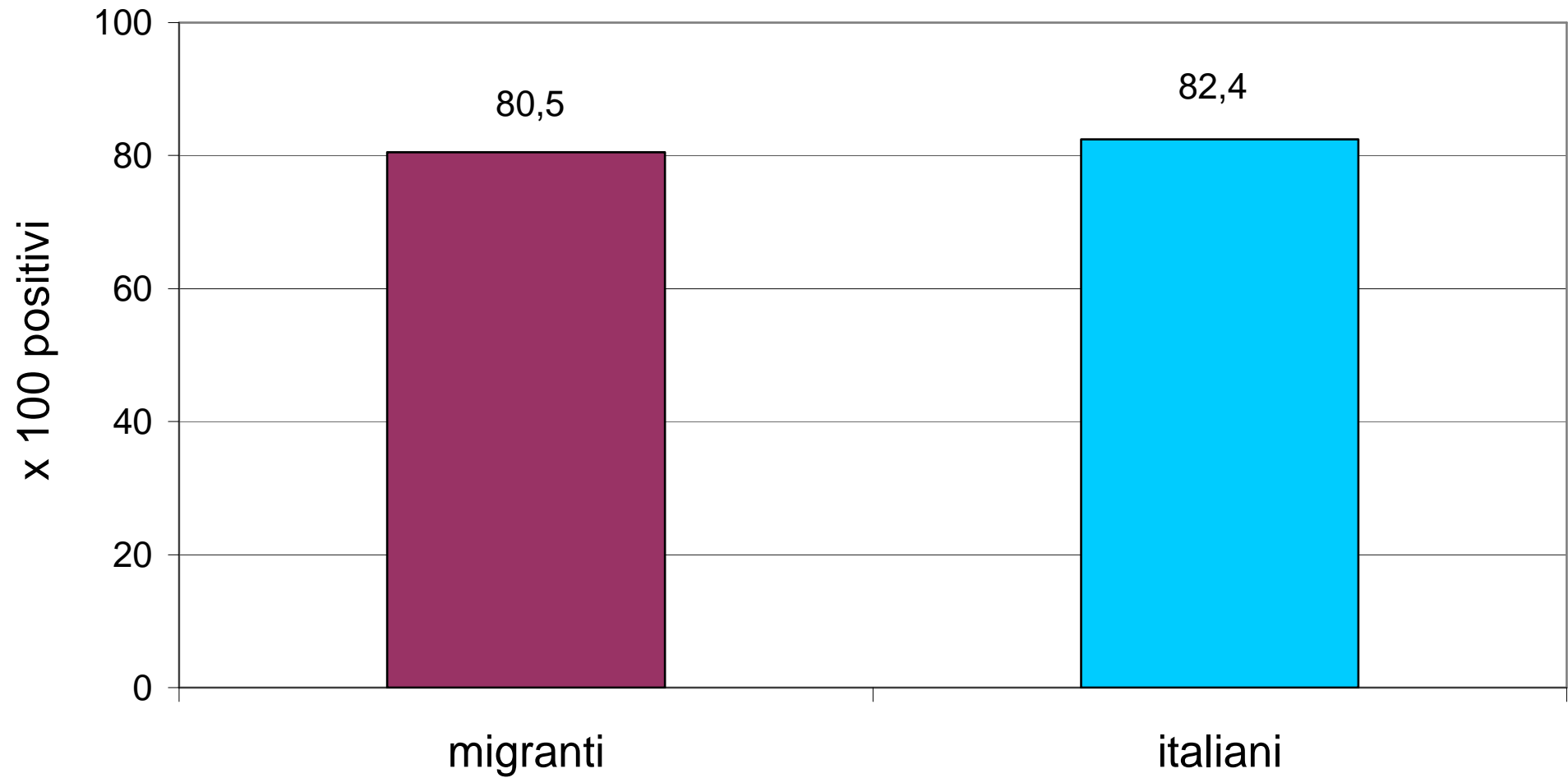
Positività ai primi esami per sesso e cittadinanza



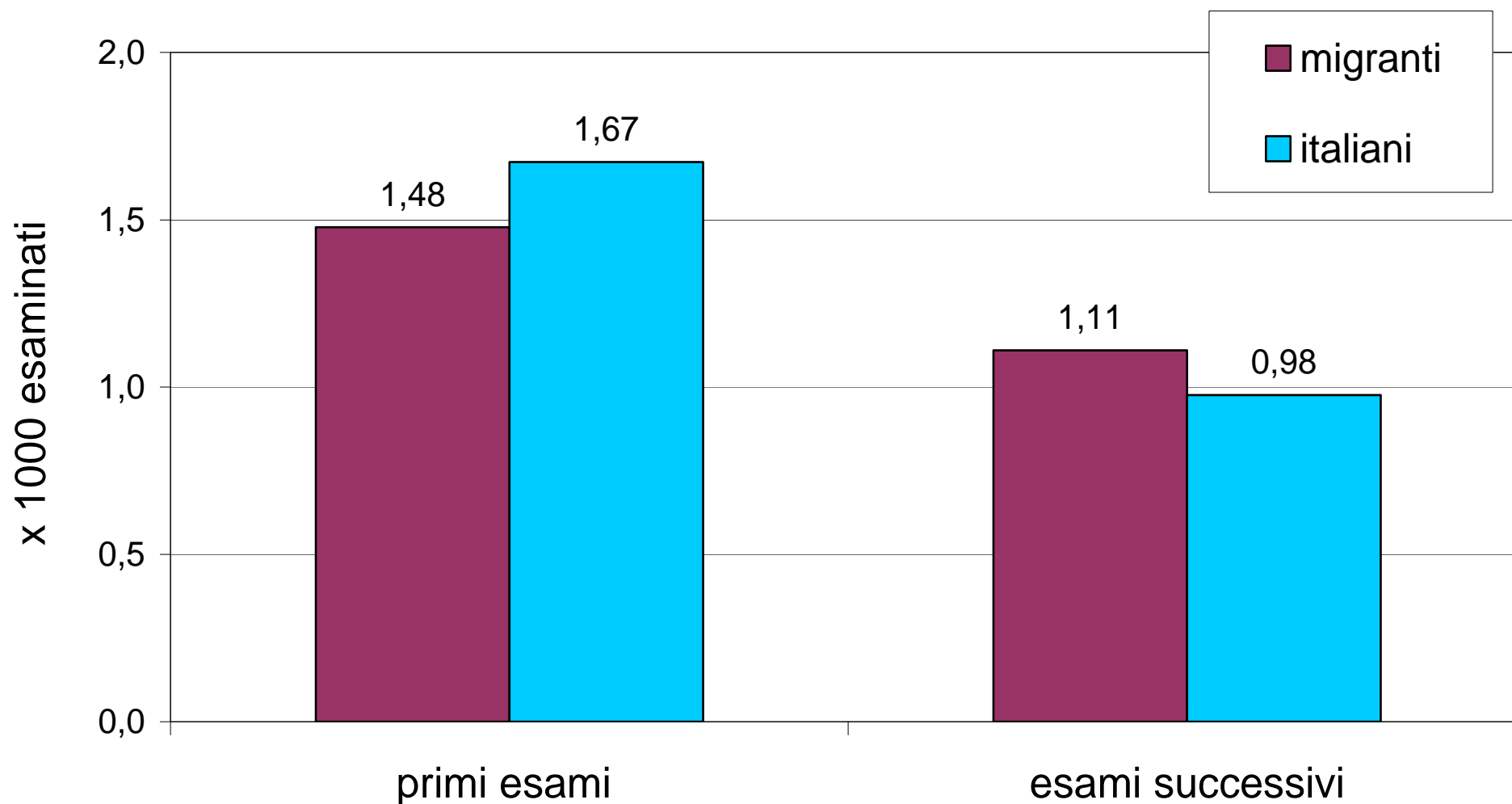
Positività agli esami successivi per sesso e cittadinanza



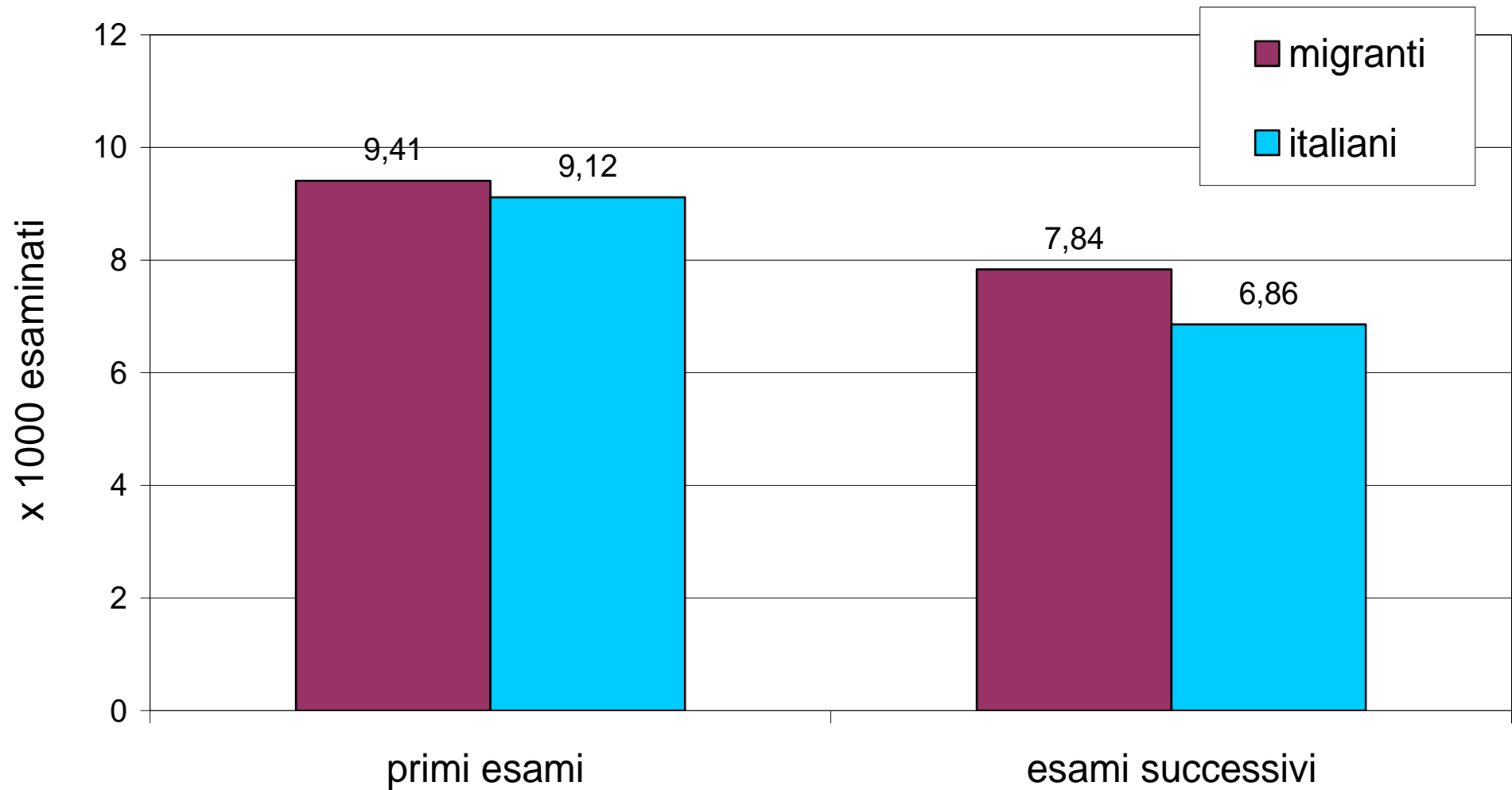
Tasso di adesione alla colonscopia



Tassi di identificazione standardizzati per carcinomi per episodio di screening



Tassi di identificazione standardizzati per adenomi avanzati per episodio di screening



Conclusioni

- Diversamente dallo screening mammografico e cervicale, la quota di migranti nello screening coloretale è molto contenuta
- Complessivamente non emergono criticità legate ad un maggior rischio di malattia nei migranti, quanto a livelli di adesione all'invito è sensibilmente inferiore a quella degli italiani

News Giscor 2014 extra survey

Update sui gruppi di ricerca:

- lo studio CCANDY, videocapsula (440 pazienti (Roma, Torino, Milano, Reggio Emilia, Como))
- lo studio SAVE , colonscopia virtuale (Toscana)
- lo studio Proteus , rs versus colonscopia virtuale (Piemonte e Verona)
 - SEMINARIO ONS di discussione dei risultati die due studi
Torino – 19 Marzo 2015
- DNA fecale: state of the art

News Giscor 2014 extra survey

Focus sui tumori del retto (ma non solo):

Cosa non va:

-Il grigio del **referto istologico**:

a) incompletezza, b) ritardo diagnostico

-Il grigio della **terapia**:

a) T1 ESM versus TEM b) gli overtreatment chirurgici

Cosa fare:

Il team multidisciplinare ad hoc dello screening CRC per T1

Un nuovo retraining virtuale per AP sui T1

News Giscor 2014 extra survey

IL TEST DI I LIVELLO

Sedi di riconsegna dei campioni

l'utente dichiara il giorno della raccolta	programmi	%
si	18	22,5%
no	62	77,5%
Totale	80	100,0%

Il giorno della raccolta in che forma viene dichiarato?	programmi	%
forma scritta	11	61,1%
forma verbale	6	33,3%
mancante	1	5,6%
Totale	18	100,0%

Survey 2014

Farmacia	36
SSN	57
Posta	4
Volontari	8
Comune	1

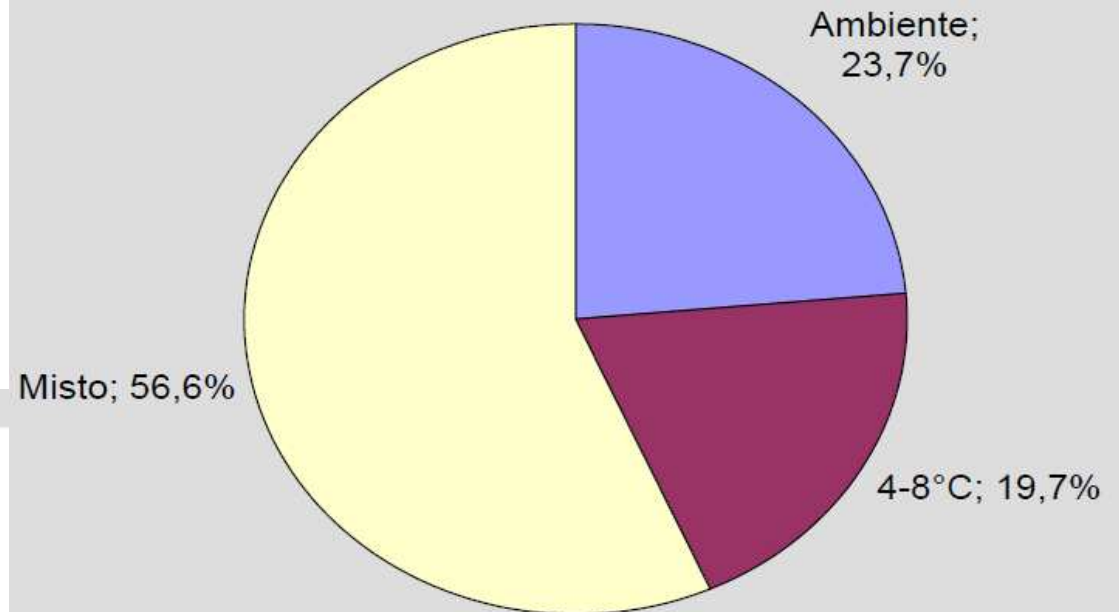
SSN: poliambulatori, centri prelievi, centri screening, distretti, mmg

News Giscor 2014 extra survey

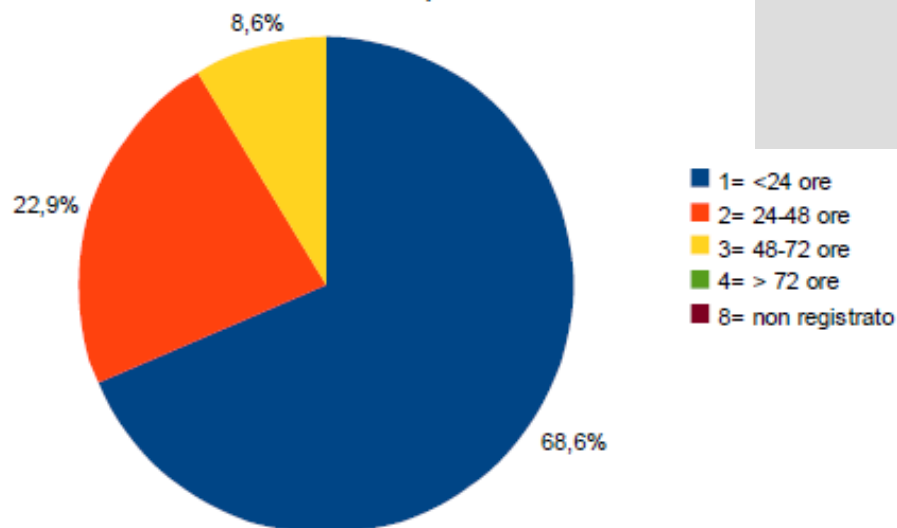
IL TEST DI I LIVELLO

Dal ritiro al laboratorio

Temperatura di conservazione dei campioni



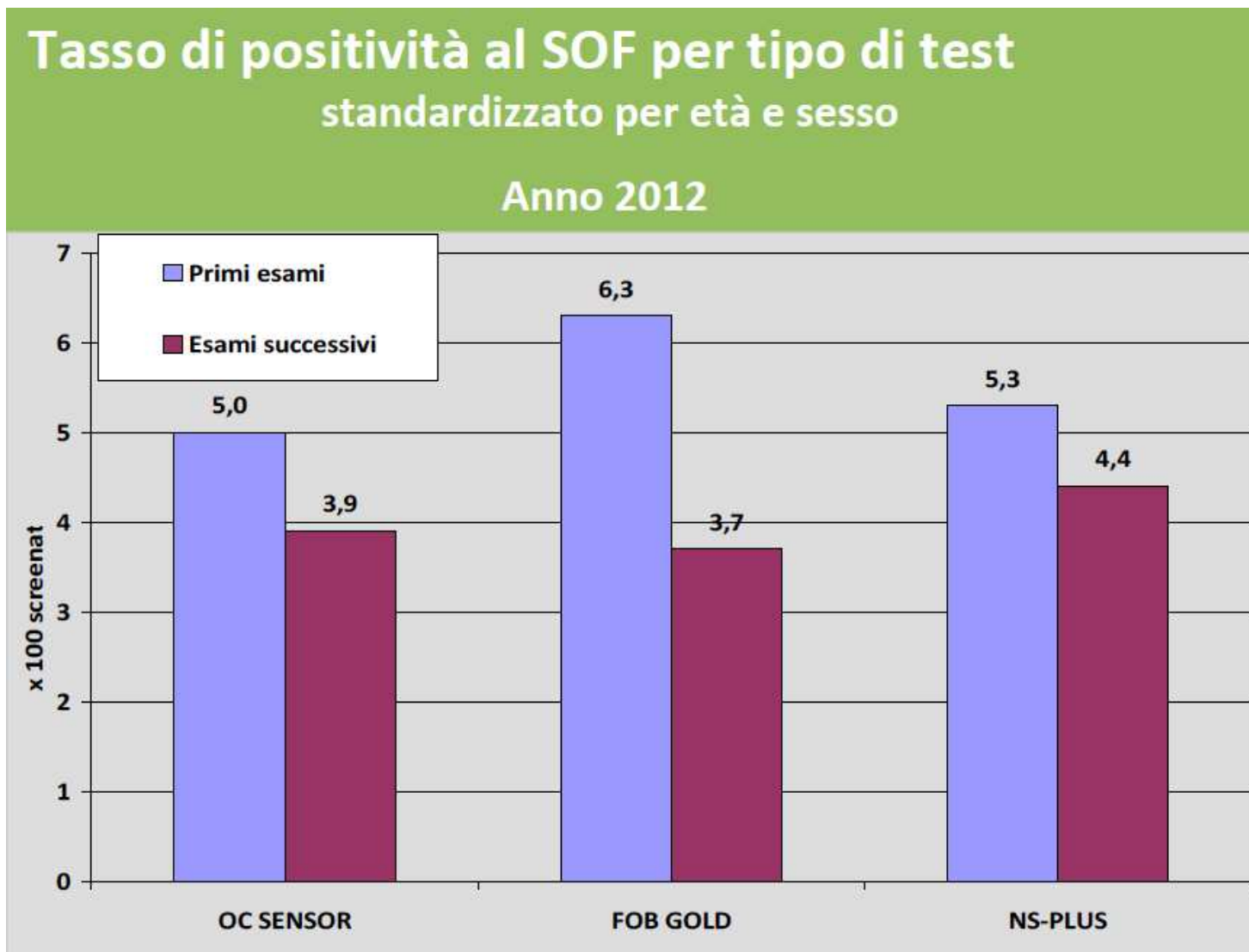
Percorso misto : tempo massimo a T.A.



News Giscor 2014 extra survey

IL TEST DI I LIVELLO

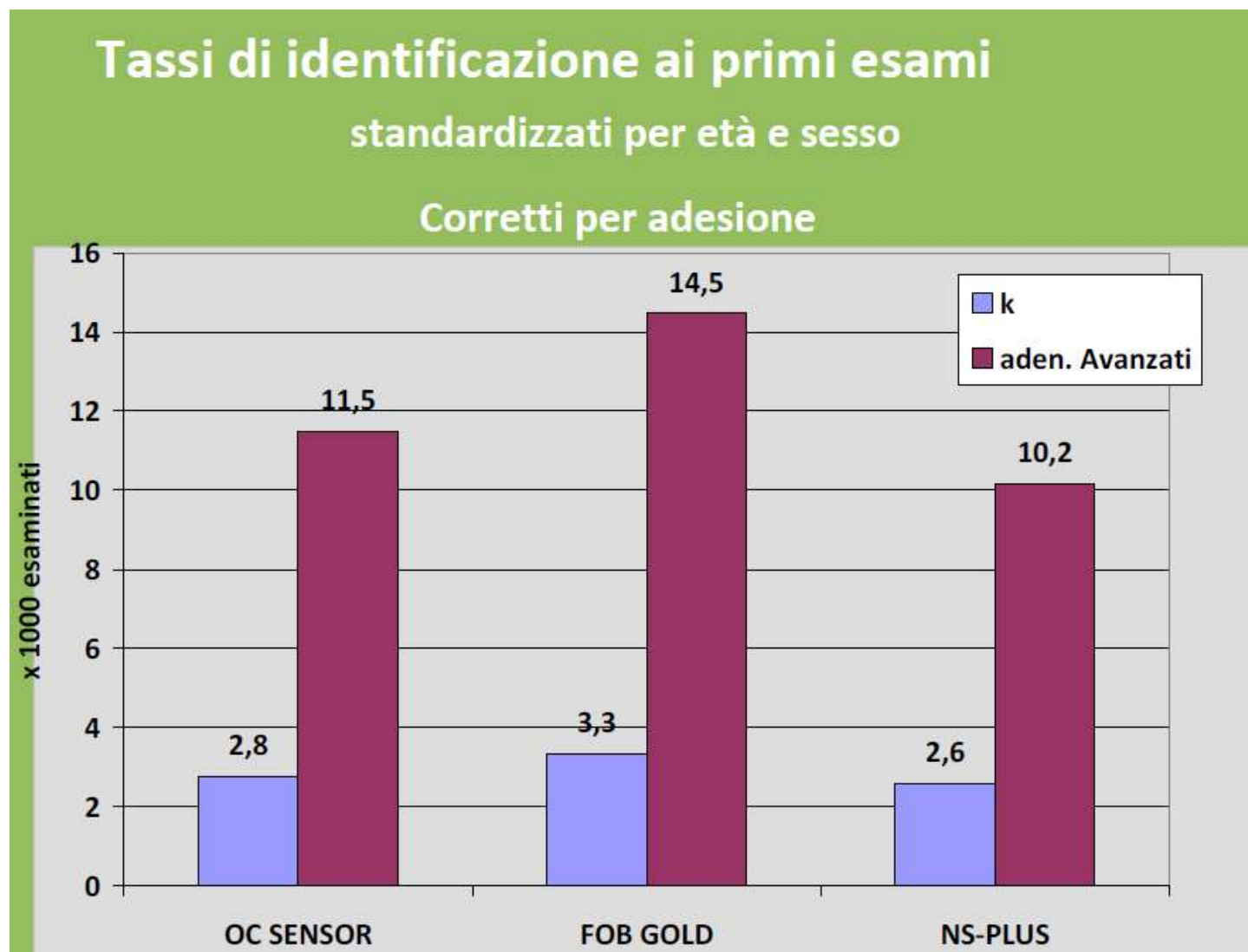
Confronto tra i test FIT:



News Giscor 2014 extra survey

IL TEST DI I LIVELLO

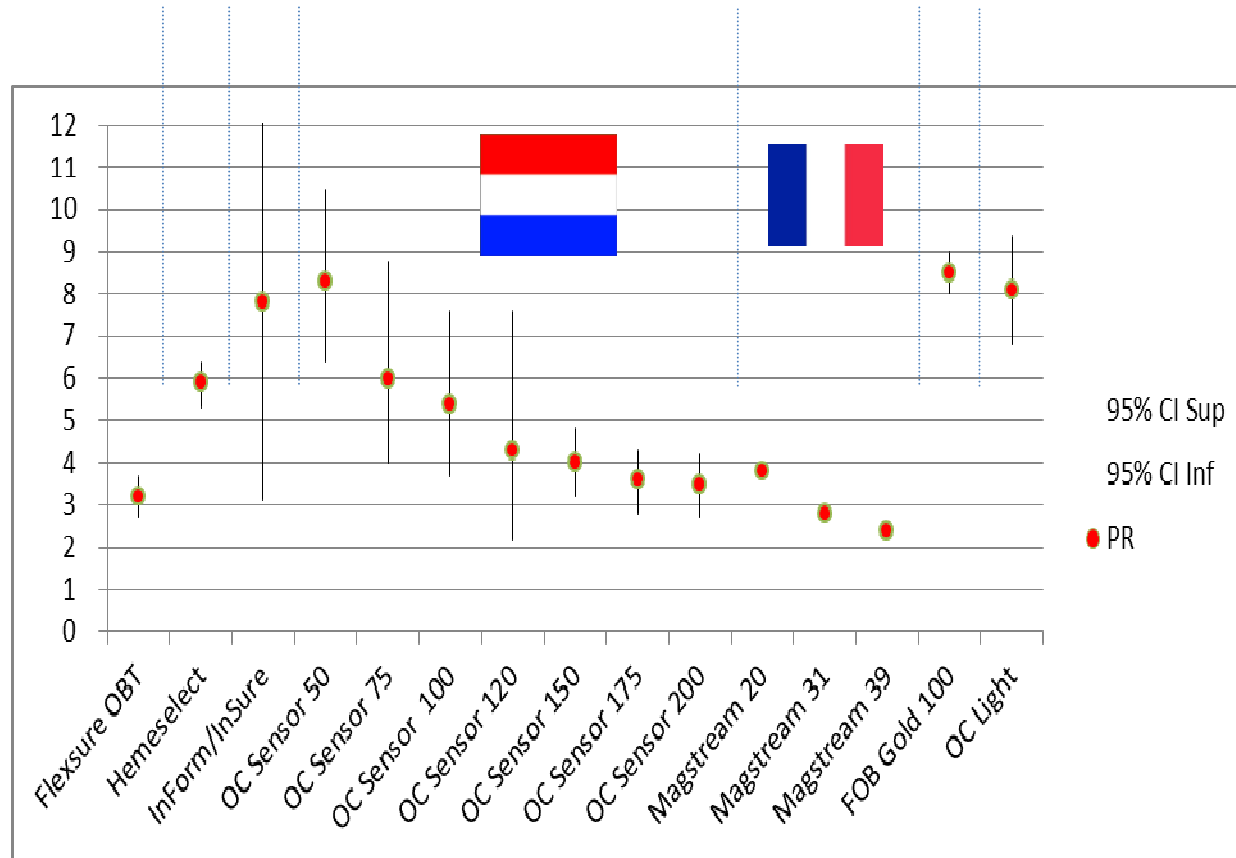
Confronto tra i test FIT:



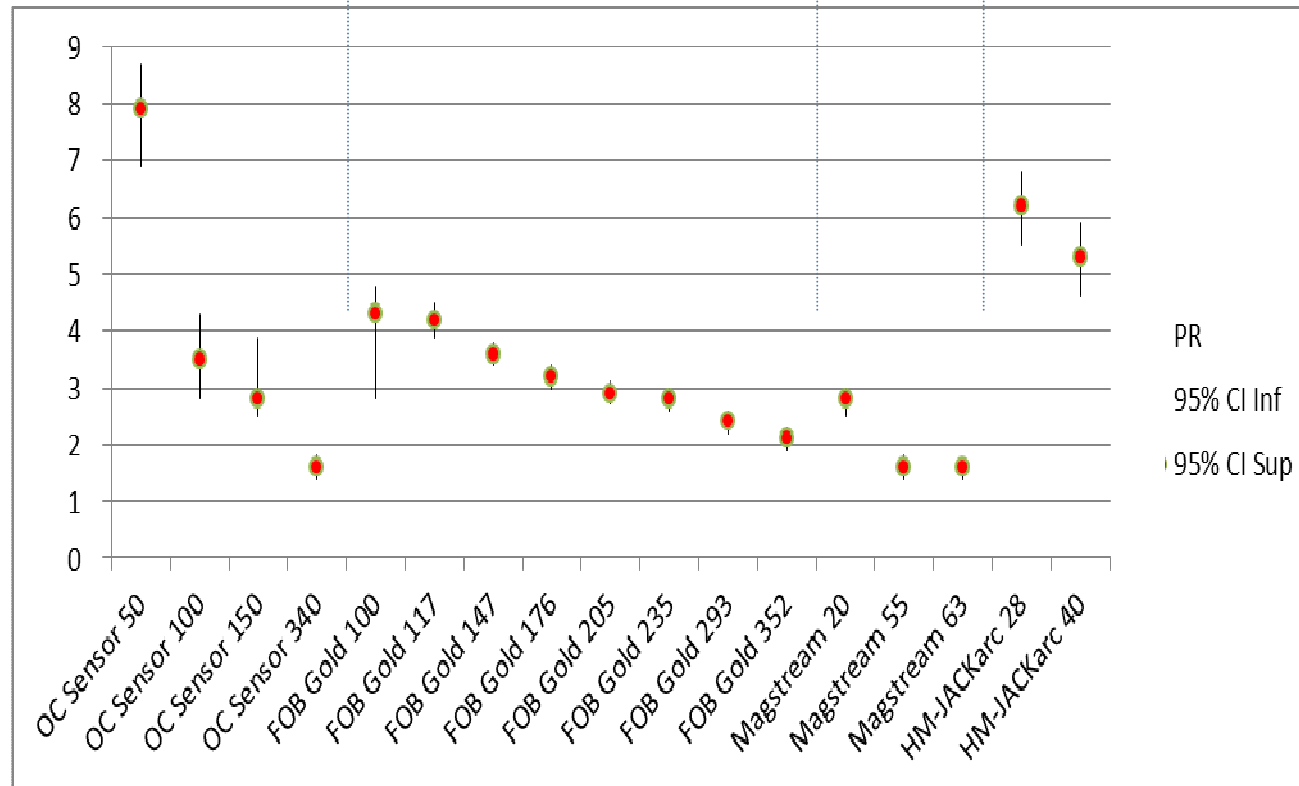
RANGE (STIME STUDI INDIVIDUALI)

Indicatore	Primi test		Test successivi	
	Minimo (95%CI)	Massimo (95%CI)	Minimo (95%CI)	Massimo (95%CI)
Tasso di positività (PR - %)	2.4 (2.2-2.6)	9.3 (8.5-10.1)	2.1 (1.9-2.3)	7.9 (6.9-8.7)
Tasso di identificazione per cancro (DR – ‰)	1.4 (1.0-2.0)	8.0 (5.0-13.7)	1.1 (0.5-3.0)	2.5 (1.4-4.9)
Valore predittivo positivo per cancro (PPV - %)	4.7 (3.2-7.4)	12.3 (7.6-17.0)	3.3 (1.9-6.5)	10.4 (7.5-13.3)
Tasso di identificazione per a. avanzato (DR – ‰)	6.7 (5.7-7.9)	26.6 (21.1-33.2)	7.9 (6.9-9.2)	28.5 (23.7-34.6)
Valore predittivo positivo per a.avanzato (PPV - %)	28.9 (26.1-31.8)	51.0 (41.3-60.7)	21.9 (16.6-26.8)	42.4 (37.8-47.0)

ANALISI PRELIMINARI ESPLORATIVE TASSO DI POSITIVITA' (%) PER PRIMI ESAMI



ANALISI PRELIMINARI ESPLORATIVE TASSO DI POSITIVITA' (%) PER ESAMI SUCCESSIVI



OBIETTIVO

Valutare il profilo costo-efficacia di diverse strategie di screening per il cancro coloretta applicate in un programma organizzato di popolazione

METODI

Modello di Markov costruito sul protocollo e sui dati di esito e costo del programma regionale del Piemonte

Confronto su una coorte simulata di 100.000 persone di:

- Sigmoidoscopia una volta nella vita a 58 anni**
- FIT biennale tra 50 e 69 anni**
- FS + FIT Biennale per i non rispondenti alla FS.**

Tutti i non-aderenti al primo invito FIT vengono reinvitati fino a 69 anni

Le stime di riduzione di incidenza e mortalità sono derivate dalla letteratura. Analisi dei costi diretti condotta separatamente per FIT (primo esame ed esami successivi) e FS

E' stato calcolato l'Incremental cost-effectiveness ratio (ICER) per le diverse strategie e sono state condotte analisi di sensibilità assumendo diversi scenari.

Costo-efficacia delle diverse strategie

Simulazione su una coorte di 100,000 persone

ICER relativo calcolato solo per le strategie non dominate

Per i costi e gli anni di vita guadagnati è stato applicato un tasso di sconto del 3% per anno.

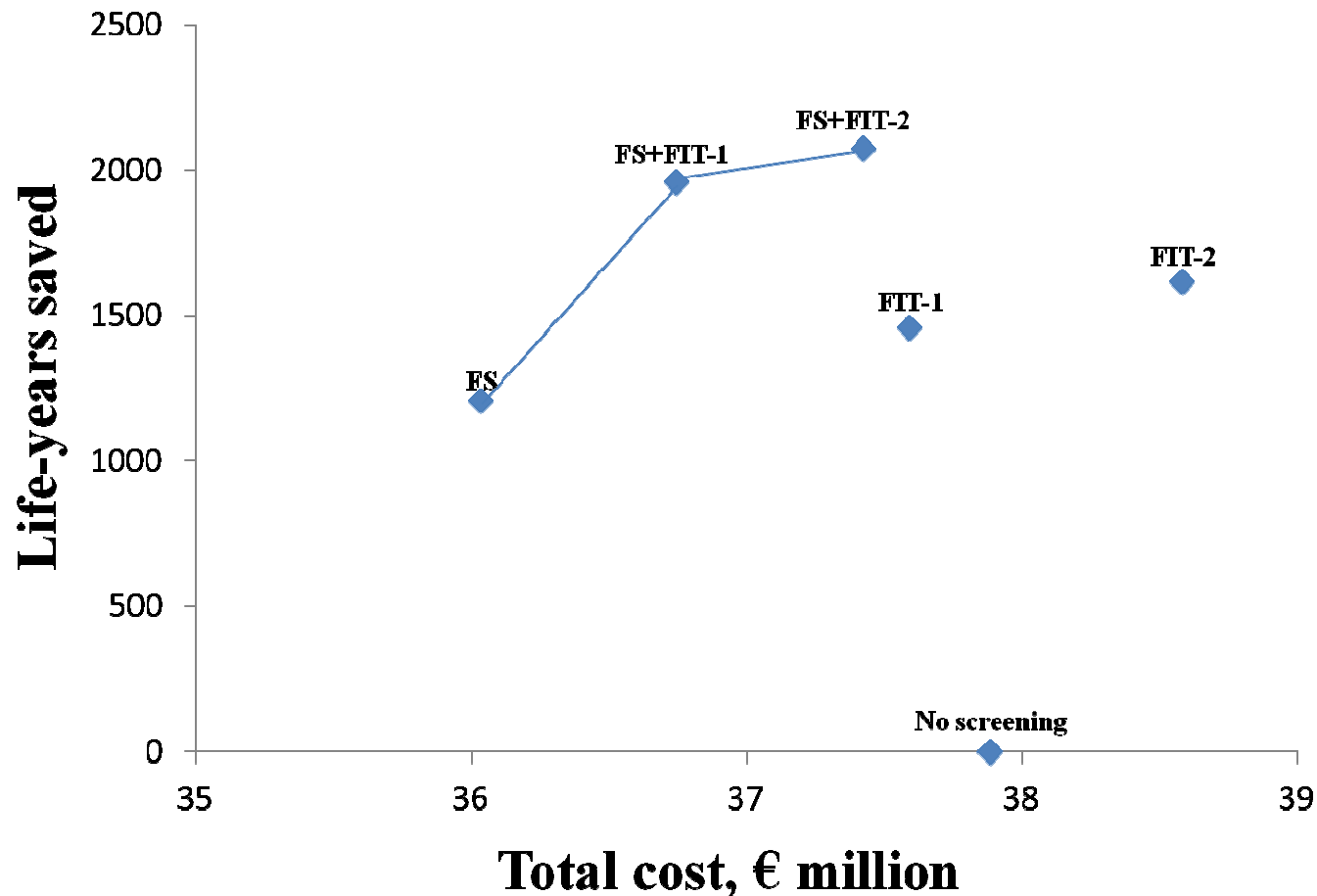
Strategia	anni di vita salvati	Costo €	Δ anni di vita salvati	Δ costo	ICER, € per anno di vita salvato
No screening	-	37,884,430	-	-	
FS	1,207	36,034,434	1,207	1,849,996	€14 risparmio per persona
FIT-1	1,460	37,589,621	-	-	-
FIT-2	1,618	38,579,670	-	-	-
FS+FIT-1	1,959	36,744,894	752	710,460	€ 945
FS+FIT-2	2,077	37,423,166	118	678,272	5,748

Δ anni di vita salvati / costo = numero di anni di vita guadagnati / costo confrontato con la migliore strategia non dominata

ICER: Incremental cost-effectiveness ratio.

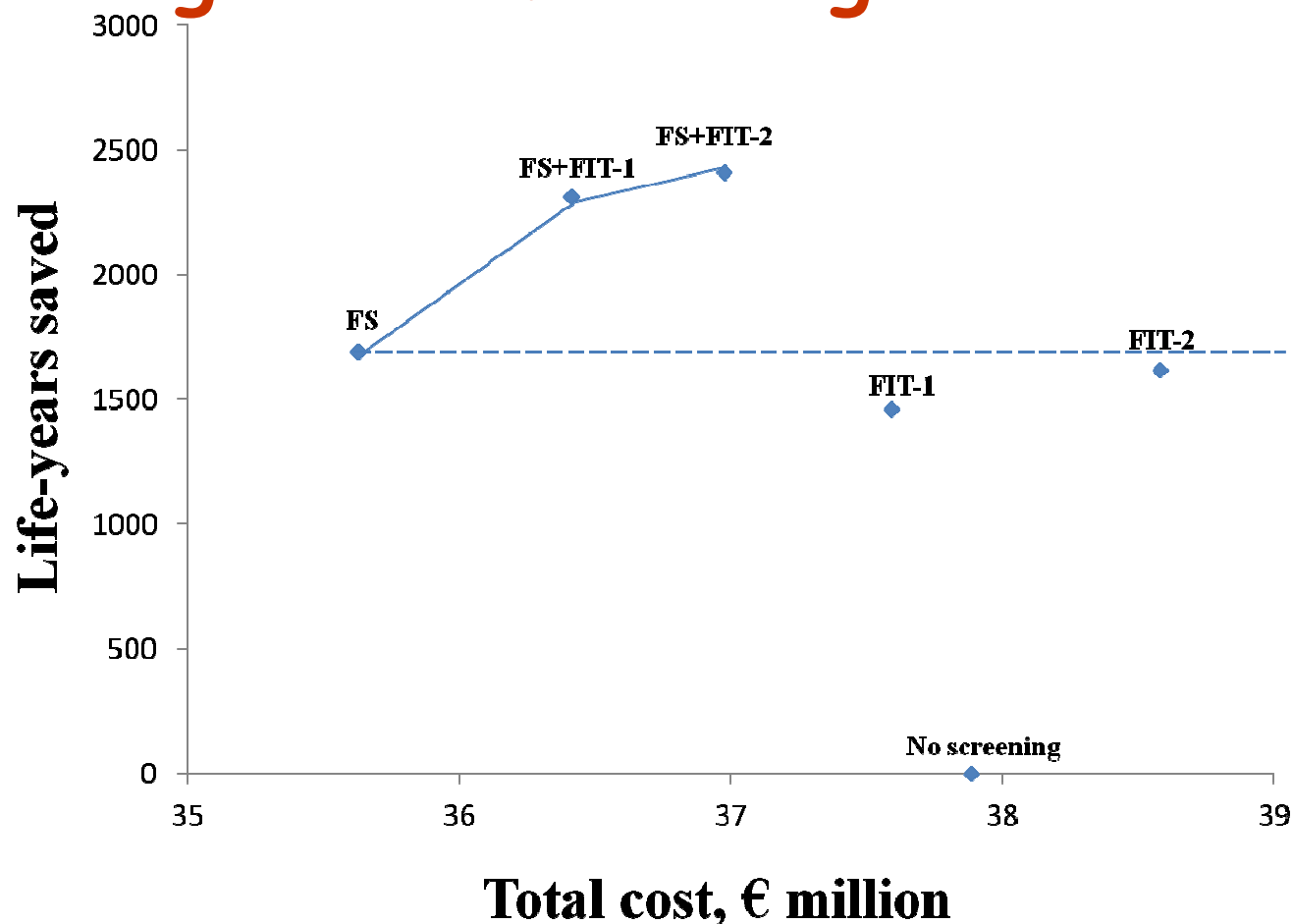
Costo-efficacia delle diverse strategie

Scenario di riferimento



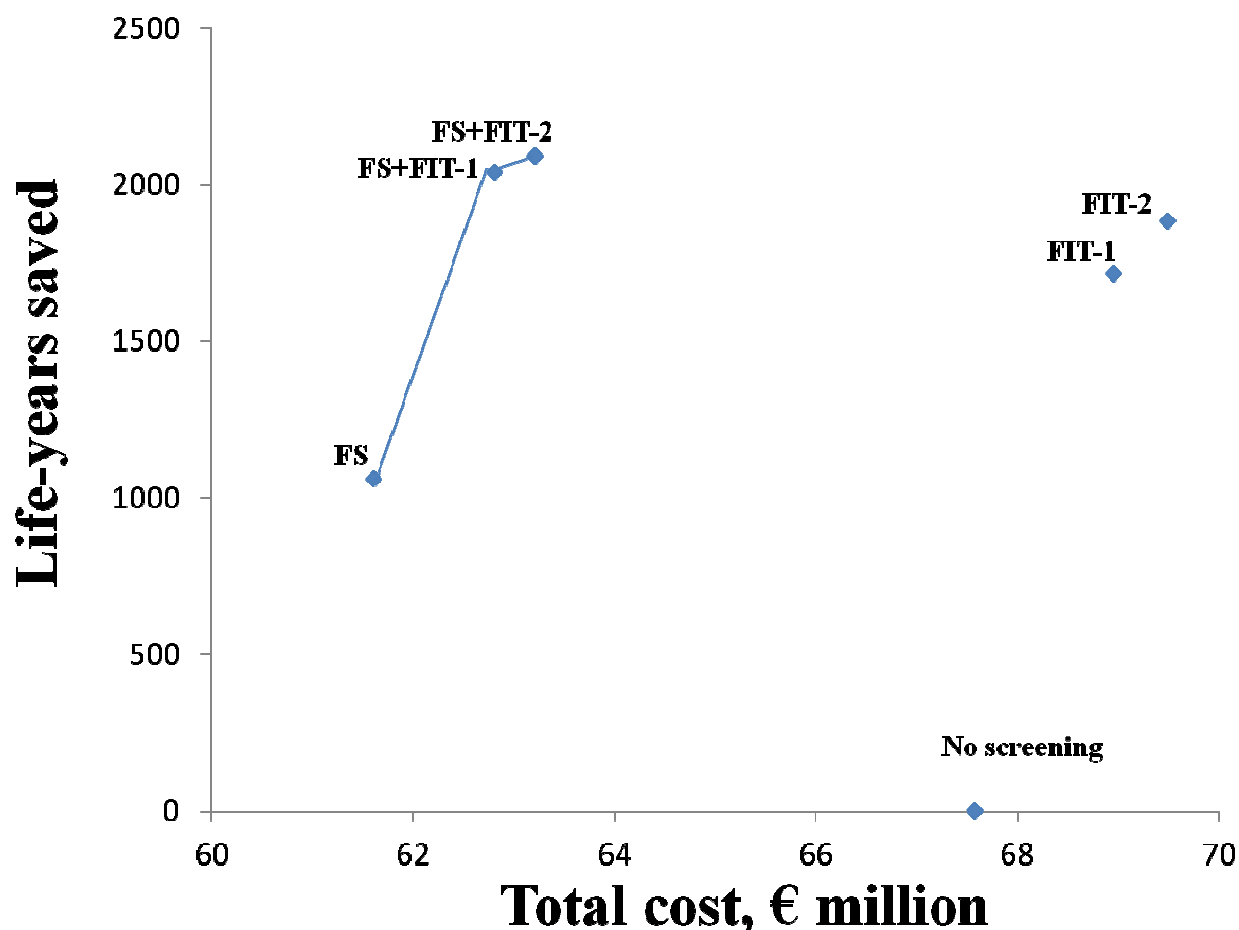
Le strategie non dominate sono connesse da una linea continua

Costo-efficacia delle diverse strategie assumendo eguale adesione



Le strategie non dominate sono connesse da una linea continua
La FS in questo scenario presenta non solo un miglior rapporto costo-efficacia, ma risulta anche più efficace delle strategie che usano il FIT, per l'eliminazione del gradiente di partecipazione.

Costo-efficacia delle diverse strategie. Screening con FIT biennale tra 55 e 69 anni e FS o FS+FIT a partire da 58 anni



Le strategie non dominate sono connesse da una linea continua
In questo scenario sia la FS che FS+FIT determinano un risparmio