



Osservatorio Nazionale



per la Prevenzione



dei Tumori Femminili



Terzo Rapporto

## Terzo Rapporto dell'Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei Tumori Femminili

A cura di *Marco Rosselli Del Turco* e *Marco Zappa*

*Francesco Schittulli*  
Presidente Nazionale  
Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori

Comitato Tecnico Scientifico dell'Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei Tumori Femminili  
*Marco Rosselli Del Turco* (coordinatore)  
*Silvio Arcidiacono*  
*Alfonso Frigerio*  
*Enzo Lattanzio*  
*Italo Nenci*  
*Maria Antonietta Nosenzo*  
*Maria Ottaviano*  
*Guglielmo Ronco*  
*Aurora Scalisi*  
*Nereo Segnan*  
*Vincenzo Ventrella*  
*Marco Zappa*

Progetto grafico  
RovaiWeber design

Stampa  
ABC Tipografia  
di Firenze

Si ringrazia  
*Liana Bonfrisco*  
per il coordinamento editoriale

### Autori

*Daniela Ambrogetti*, Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Firenze  
*Claudio Angeloni*, ASL di Teramo  
*Emanuela Anghinoni*, Osservatorio Epidemiologico, ASL di Mantova  
*Aldo Bellini*, ASL Città di Milano  
*Paola Bellini*, Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali Regione dell'Umbria  
*Luigi Bisanti*, ASL Città di Milano  
*Rita Bonardi*, Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Firenze  
*Rita Bordon*, Centro Prevenzione Oncologica Piemonte, Torino  
*Beniamino Brancato*, Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Firenze  
*Tiziano Callegari*, Broadway Solutions, Rovigo  
*Francesca Carozzi*, Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Firenze  
*Roberta Castagno*, Centro Prevenzione Oncologica Piemonte, Torino  
*Luigi Cataliotti*, Dipartimento Area Critica Medico Chirurgica, Sezione Clinica Chirurgica Generale ed Oncologica, Università di Firenze  
*Carla Cogo*, Centro di Riferimento Regionale, Registro Tumori del Veneto, Padova  
*Massimo Confortini*, Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Firenze  
*Paolo Dalla Palma*, Ospedale Generale, Trento  
*Vincenzo De Lisi*, Registro Tumori della Provincia di Parma  
*Luigi Di Bonito*, Istituto di Anatomia Patologica, Ospedale Maggiore, Trieste  
*Vito Distante*, Dipartimento Area Critica Medico Chirurgica, Sezione Clinica Chirurgica Generale ed Oncologica, Università di Firenze

*Andrea Ederle*, Servizio di Gastroenterologia, Ospedale Z. Manani, S. Bonifacio, Verona  
*Fabio Falcini*, Registro Tumori della Romagna  
*Patrizia Falini*, Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Firenze  
*Antonio Federici*, Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, Roma  
*Massimo Federico*, Registro Tumori della Provincia di Modena  
*Stefano Ferretti*, Registro Tumori della Provincia di Ferrara  
*Alfonso Frigerio*, AO San Giovanni Battista, Torino  
*Bruno Ghiringhello*, O.I.R.M. Sant'Anna, Torino  
*Livia Giordano*, Centro Prevenzione Oncologica Piemonte, Torino  
*Daniela Giorgi*, ASL 2 Lucca  
*Pamela Giubilato*, Centro Prevenzione Oncologica Piemonte, Torino  
*Grazia Grazzini*, Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Firenze  
*Anna Iossa*, Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Firenze  
*Barbara Lazzari*, Azienda USL 3, Pistoia  
*Rocco Maglietta*, Programma di Screening, Regione Basilicata  
*Teresa Maglione*, Coordinamento Tecnico Assessori alla Sanità delle Regioni e delle Province Autonome  
*Ettore Mancini*, Centro Prevenzione Oncologica Piemonte, Torino e ASL1 di Torino  
*Maria Piera Mano*, Centro Prevenzione Oncologica Piemonte, Torino e Dipartimento Scienze Biomediche e Oncologia Umana, Università di Torino  
*Gioia Montanari*, Centro Prevenzione Oncologica Piemonte, Torino  
*Carlo Naldoni*, Responsabile regionale screening oncologici - Assessorato Sanità - Regione Emilia-Romagna  
*Eugenio Paci*, Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Firenze  
*Franca Parisio*, O.I.R.M. Sant'Anna, Torino  
*Paola Piccini*, Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Firenze  
*Sabina Pitarella*, Centro Prevenzione Oncologica Piemonte, Torino  
*Federica Pola*, Centro Prevenzione Oncologica Piemonte, Torino  
*Antonio Ponti*, Centro Prevenzione Oncologica Piemonte, Torino  
*Sonia Prandi*, Arcispedale S. M. Nuova, Reggio Emilia  
*Stefania Prandini*, Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali - Regione dell'Umbria  
*Gabriella Risso*, Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Firenze  
*Carlo Romagnoli*, Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali - Regione dell'Umbria  
*Guglielmo Ronco*, Centro Prevenzione Oncologica Piemonte, Torino  
*Marco Rosselli Del Turco*, Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Firenze  
*Antonio Russo*, ASL Città di Milano  
*Aurora Scalisi*, Screening Citologico, Catania  
*Francesco Schittulli*, Presidente Nazionale Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, Roma  
*Nereo Segnan*, Centro Prevenzione Oncologica Piemonte, Torino  
*Carlo Senore*, Centro Prevenzione Oncologica Piemonte, Torino  
*Monica Serafini*, AUSL di Ravenna  
*Valeria Stefanini*, Centro Prevenzione Oncologica Piemonte, Torino  
*Mario Taffurelli*, Dipartimento di Scienze Chirurgiche e Anestesiologiche, Chirurgia d'Urgenza, Università di Bologna  
*Mariano Tomatis*, Centro Prevenzione Oncologica Piemonte, Torino  
*Franco Toniolo*, Coordinamento Tecnico Assessori alla Sanità delle Regioni e delle Province Autonome  
*Viviana Vergini*, Centro Prevenzione Oncologica Piemonte, Torino  
*Marcello Vettorazzi*, Centro di Riferimento Regionale, Registro Tumori del Veneto, Padova  
*Benedetta Vitali*, AUSL di Ravenna  
*Renza Volante*, O.I.R.M. Sant'Anna, Torino  
*Loris Zanier*, Agenzia Sanità Pubblica della Regione Friuli-Venezia Giulia  
*Marco Zappa*, Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Firenze  
*Manuel Zorzi*, Registro Tumori del Veneto, Padova

# Indice

<b>Presentazione</b> F. Schittulli	7
<b>Introduzione</b> M. Rosselli Del Turco, M. Zappa	9
Screening: normativa ed opportunità T. Maglione, F. Toniolo	12
<b>I PROGRAMMI</b>	
Lo screening mammografico in Italia: dati GISMa 2002 - D. Giorgi, L. Giordano, P. Piccini, E. Paci	16
Trend temporali di alcuni indicatori dei programmi di screening mammografico in Italia: 1996-2002 L. Giordano, D. Giorgi, P. Piccini, V. Stefanini, C. Senore	26
Livello di attivazione ed indicatori di processo dei programmi organizzati di screening cervicale in Italia G. Ronco, P. Giubilato, C. Naldoni, M. Zorzi, E. Anghinoni, S. Brezzi, A. Scalisi, P. Dalla Palma, L. Zanier, A. Federici, C. Angeloni, S. Prandini, R. Maglietta, E. Mancini, A. Iossa, N. Segnan, M. Zappa	38
Lo screening dei tumori colorettali in Italia - A. Ederle, G. Grazzini, C. Senore	52
<b>LA QUALITÀ</b>	
Il "progetto SQTM" sulla qualità della diagnosi e della terapia entro i programmi di screening: risultati degli indicatori 2002 - A. Ponti, M. P. Mano, V. Distante, R. Bordon, L. Cataliotti, A. Federici, C. Naldoni, S. Pitarella, M. Rosselli Del Turco, M. Taffurelli, M. Tomatis, M. Vettorazzi, N. Segnan	60
I dati della Survey Nazionale sulla qualità del 2° livello screening per il cervicocarcinoma R. Volante, G. Ronco	74
Riproducibilità delle diagnosi citologiche di lesioni ghiandolari: studio nazionale promosso dal GISCI M. Confortini, F. Carozzi, L. Di Bonito, B. Ghiringhello, G. Montanari, F. Parisio, S. Prandi	82
<b>LE RISORSE L'ORGANIZZAZIONE LA COMUNICAZIONE</b>	
L'organizzazione e il sistema di gestione e di monitoraggio dei programmi di screening nella Regione del Veneto - M. Vettorazzi, C. Cogo	90
L'organizzazione e il sistema di gestione e monitoraggio dei programmi di screening nella Regione Umbria S. Prandini, P. Bellini, C. Romagnoli	100
Linee guida europee sulla comunicazione ed informazione nei programmi di screening mammografico L. Giordano, F. Pola, R. Castagno, N. Segnan	108
Analisi degli strumenti informativi all'interno dei programmi di screening per il carcinoma della cervice uterina C. Cogo, G. Grazzini, A. Iossa	114
<b>LA RICERCA</b>	
Valutazione dell'impatto dello screening mammografico: mortalità, stadiazione e uso di chirurgia conservativa. Uno studio di popolazione - P. Falini, E. Paci, V. De Lisi, F. Falcini, M. Federico, S. Ferretti, A. Ponti	128
Lo "European Screening Evaluation Database (SEED)": potenziale utilizzo di un comune archivio di dati individuali per la valutazione dello screening mammografico a livello regionale e nazionale - A. Ponti, V. Vergini, T. Callegari, B. Brancato, P. Falini, A. Frigerio, C. Naldoni, E. Paci, C. Senore, M. Serafini, B. Vitali, N. Segnan	132
Mammografia digitale e screening: il progetto Europeo SCREEN - Trial - M. Rosselli Del Turco, B. Lazzari, D. Ambogetti, R. Bonardi, G. Risso	136
Stato di avanzamento dello studio RIBES (Rischi e Benefici della Ecografia di Screening) - L. Bisanti, A. Bellini, A. Russo, M. Rosselli Del Turco, A. Frigerio, N. Segnan, M. Zappa	140
Caratterizzazione della popolazione afferente ai programmi di screening mammografico: risultati preliminari dello studio FRICaM (Fattori di Rischio per il Cancro della Mammella) L. Bisanti, A. Russo, A. Bellini, E. Mancini, A. Ponti, N. Segnan, M. Rosselli Del Turco, M. Zappa	144
La ricerca del papillomavirus come test primario per lo screening cervicale - G. Ronco	150
<i>Referenti dei Programmi di Screening mammografico e citologico</i>	154

I PROGRAMMI

LA QUALITÀ

LE RISORSE L'ORGANIZZAZIONE LA COMUNICAZIONE

LA RICERCA

## Lo screening dei tumori coloretali in Italia

a cura di

Andrea Ederle, Grazia Grazzini, Carlo Senore

### Introduzione

Il carcinoma del colon retto costituisce un importante problema di salute pubblica. Ogni anno compaiono in Italia 30.000 nuovi casi (14.700 fra i maschi e 14.300 tra le femmine), con un tasso di incidenza standardizzato (\*100.000) di 52,8 per gli uomini e di 44,9 per le donne. Anche i dati di mortalità per questo tumore sono rilevanti nel nostro Paese: oggi muoiono circa 17.500 persone all'anno di questa malattia. Il rischio di ammalare aumenta con l'età, soprattutto a partire dai 50 anni, con un rischio cumulativo 0-74 anni di 3,7% per gli uomini e di 2,6% per le donne.

Nel corso degli ultimi anni sono state avviate in Italia varie iniziative di screening del carcinoma del colon retto che si caratterizzano come interventi rivolti a specifiche realtà locali, come studi di valutazione multicentrici o come interventi pianificati a livello regionale. I protocolli, i test e le soluzioni organizzative adottate sono diverse. Tale variabilità riflette in una certa misura l'incertezza esistente sulle scelte più appropriate per l'attuazione di un programma di screening per il cancro coloretale.

L'evidenza disponibile indica che interventi di screening per i tumori del colon retto sono efficaci nel ridurre la mortalità e/o l'incidenza per questi tumori.

L'indicazione ad implementare programmi di screening per il colon retto è contenuta in molti documenti ufficiali sia a livello europeo sia nazionale. Non vi è però un consenso tra le diverse agenzie nazionali e internazionali sul protocollo

di screening da raccomandare.

In Italia, le linee guida approvate dalla Commissione Oncologica Nazionale (Ministero della Sanità, 2001) indicano che "Metodiche efficaci per lo screening del cancro colo-rettale includono il test per la ricerca del sangue occulto fecale (FOBT) e la sigmoidoscopia (FS). Non vi è un'evidenza sufficiente per determinare quale di questi due metodi sia più efficace, o se la combinazione del FOBT con la FS produca maggiori benefici, che l'uno dei due test da solo". Non viene raccomandato un unico modello di intervento da estendere all'intero territorio nazionale, ma si indica come obiettivo da perseguire in modo coordinato a livello nazionale la valutazione delle implicazioni organizzative e finanziarie e dell'impatto dei diversi protocolli e test di screening.

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 ([www.ministerodellasalute.it/psnHome.jsp](http://www.ministerodellasalute.it/psnHome.jsp)) promosso dal Ministero della Salute dice, che "... allo stato attuale delle conoscenze, esami di screening di comprovata efficacia sono il Pap-test, la mammografia, e la ricerca del sangue occulto fecale...".

La raccomandazione del Consiglio dell'Unione Europea sullo screening dei tumori del 2 Dicembre 2003 (Raccomandazioni del Consiglio dell'Unione Europea, 2003; Arbyn et Al., 2003) indica come test di screening che soddisfa i requisiti della raccomandazione stessa "...la ricerca del sangue occulto nelle feci in uomini e donne di età compresa tra 50 e i 74 anni...". In realtà, anche in Europa la situazione si presenta

più complessa ed a questo livello sono state proposte politiche basate su test endoscopici (per esempio sigmoidoscopia flessibile una volta nella vita) per essere saggiate in studi di fattibilità.

### Il Gruppo Italiano di Screening dei Tumori Coloretali (GISCoR)

In questa fase di avvio di programmi di screening organizzato in Italia e' quindi particolarmente utile un confronto sulle strategie adottate e sui risultati raggiunti, per ottenere informazioni utili a promuovere la qualità dei programmi e ad acquisire ulteriori dati sull'impatto delle diverse strategie. A questo scopo, su iniziativa di un gruppo di esperti di varia provenienza specialistica, che da vari anni collaborano nella conduzione di studi di valutazione e/o confronto di diverse strategie di screening, si è costituito nello scorso giugno a Verona il gruppo italiano di screening dei tumori coloretali (GISCoR), sul modello dei gruppi analoghi già attivi da alcuni anni per i programmi di screening mammografico (GISMa) e citologico (GISCi). L'obiettivo di questo gruppo multidisciplinare e multiprofessionale è di favorire la discussione e il confronto dei risultati tra i programmi in fase di avvio in Italia. L'iniziativa è aperta alla partecipazione, su base volontaria, di tutti i gruppi e i centri coinvolti nella pianificazione e conduzione di programmi di screening (programmi organizzati, studi pilota o progetti dimostrativi) che identifichino una precisa popolazione bersaglio per l'intervento di scree-

ning utilizzato e prevedano un monitoraggio dell'attività ed una valutazione dei risultati e della qualità dell'intervento.

Uno degli obiettivi principali del gruppo è quello di favorire, attraverso la definizione di criteri di valutazione, indicatori e standard comuni per le diverse strategie, un confronto dei risultati dei diversi programmi. Questo permetterà anche di fornire elementi per le scelte di programmazione a livello regionale e nazionale.

Sono state definite le seguenti aree di attività, trasversali alle diverse discipline coinvolte:

- valutazione, organizzazione, e comunicazione
- 1° livello (screening)
- 2° livello (approfondimenti diagnostici)
- trattamento e follow-up.

Il gruppo di coordinamento è composto da: Bruno Andreoni, Emanuela Anghinoni, Giovanni De Pretis, Andrea Ederle, Giovanni Finucci, Grazia Grazzini, Mauro Risio, Carlo Senore, Angelo Sigillito, Marcello Vettorazzi.

### Stato di attivazione dei programmi in Italia

All'incontro di Verona del Giugno scorso, volto come già detto alla costituzione del GISCoR, hanno partecipato coloro che fino ad oggi si sono occupati di screening del cancro coloretale in Italia. I partecipanti sono stati individuati attraverso l'invio di una lettera, esplicativa degli scopi dell'iniziativa, ai Centri di Riferimento Regionali ed ai referenti aziendali dei programmi attivi o in fase di attivazione, così come ai referenti regionali delle tre Società Scientifiche di Gastroenterologia. Nel corso dell'incontro, i

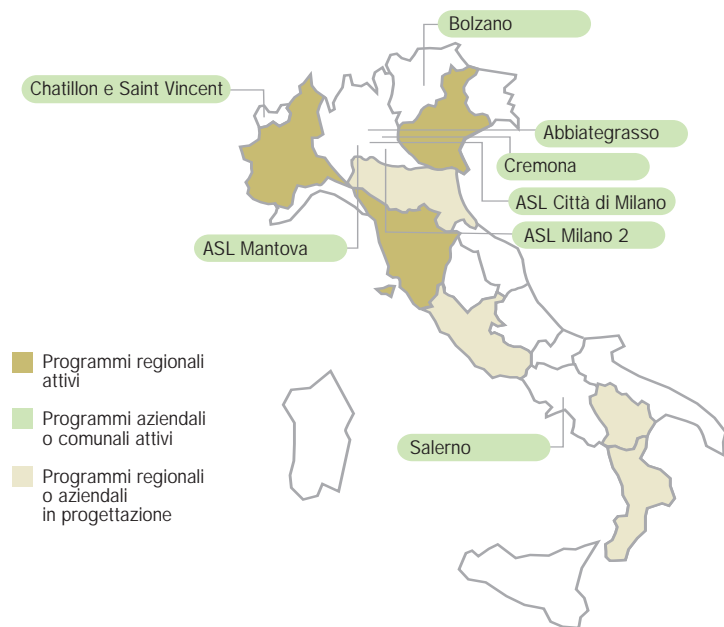


Figura 1: Attuazione dei programmi di screening coloretale in Italia

referenti di ciascuna Regione hanno esposto lo stato di attuazione dei programmi nelle rispettive aree (vedi Figura 1).

Sono stati avviati programmi di screening finanziato su scala regionale in Toscana, Veneto, Piemonte.

In **Toscana** il programma, che utilizza il FOBT biennale, e' stato avviato nel 2000 e copre attualmente circa il 40% della popolazione eleggibile. L'adesione all'invito e' salita dal 39% al 50% nei quattro anni di attività tra il 2000 e il 2003.

In **Veneto** il programma copre attualmente sette Aziende Sanitarie su ventidue: in cinque viene adottata una strategia basata sul FOBT biennale e in due viene utilizzata la sigmoidoscopia. La copertura stimata del programma sul territorio regionale e' di circa il 30%. L'adesione varia tra il 54% e il 72% per i programmi che utilizzano il FOBT ed e' del 48% nel programma, avviato nel luglio 2003 che utilizza la FS.

In **Piemonte** il programma prevede l'invito alla sigmoidoscopia ai soggetti di 58 anni di età con possibilità, per chi non aderisca alla FS, di sottoporsi a FOBT biennale. Per i soggetti di età compresa tra 59 e 69 anni all'inizio del programma (coorti di nascita 1944-1934) e' prevista l'offerta del FOBT biennale. La copertura attuale e' di circa il 20% della popolazione eleggibile e dovrebbe essere estesa al 45% entro il 2004.

L'attività di screening con FOBT e' cominciata a Torino ad Aprile 2004, mentre gli inviti per la sigmoidoscopia sono stati inviati a partire dal Gennaio 2003. L'adesione all'invito alla FS e' attualmente del 25%.

Sono in corso o sono stati completati **progetti pilota** a carattere locale in due comuni della Valle d'Aosta, a Cremona, Bolzano e ad Abbiategrosso (MI).

In Valle d'Aosta sono stati completati due round di screening con FOBT in due comuni della valle ed e' in fase di studio il progetto di estensione dello screening al resto della Regione. L'adesione al primo round di screening era del 55% ed e' salita al 62% al secondo round.

A Bolzano sono stati completati gli inviti per due successive coorti di nascita di residenti nel capoluogo, di 55 anni di età, cui e' stata propo-

sta una colonscopia totale (CT) L'adesione all'invito e' stata del 30%.

Ad Abbiategrosso viene proposta la colonscopia nella fascia 48-75 anni a tutti i cittadini del Comune di Arconate (Milano) con un'adesione del 15% della popolazione eleggibile.

Sono in fase di avanzata progettazione, con previsione di avviare la spedizione degli inviti tra l'Autunno del 2004 e l'inizio del 2005, i programmi regionali dell'Emilia-Romagna, della Calabria, della Basilicata e, in Lombardia, i programmi delle ASL "Città di Milano", "Milano2" e Mantova. In tutti questi programmi la strategia prevista è quella basata sul FOBT biennale.

#### Confrontabilità dei risultati

Per quanto riguarda il protocollo adottato dai diversi programmi che adottano il FOBT, tutti impiegano il test immunologico (agglutinazione su lattice) con lettura automatica, ma sono emersi problemi relativi a:

- modalità di consegna del kit: distribuzione tramite le farmacie, operatori dei distretti sanitari, associazioni di volontariato, ruolo dei medici di famiglia, invio postale;
- variabilità nella proporzione di casi positivi (range: 4%-13%) in parte probabilmente attribuibile a diversi standard di lettura delle apparecchiature utilizzate;
- adesione all'invito ad effettuare gli approfondimenti tra i soggetti positivi, che in alcuni programmi e' inferiore all'80%;
- differenti fasce di età della popolazione bersaglio di diversi programmi: la gran parte invita persone tra 50 e 69 anni, ma alcuni invitano le persone fino a 74 anni.

Per quanto riguarda il protocollo dei programmi che adottano la FS sono emersi problemi relativi a:

- criteri per l'invio in colonscopia: solo polipi ad "alto rischio" o ogni adenoma;
- fascia di età interessata: 58 o 60 anni.

In generale, e' stata evidenziata la necessità di adottare criteri comuni e standardizzati per la classificazione istologica delle lesioni adenomatose e dei cancro; e' possibile che le differenze osservate nella detection rate di queste lesioni siano anche in parte legate a diversi criteri diagnostici utilizzati dai patologi dei diversi programmi (ad es. classificazione dei carcinomi in

situ tra gli adenomi o tra i cancri).

E' stato anche sottolineato come, nel caso in cui vengano offerti come test di screening procedure invasive come FS o CT, sarebbe raccomandabile considerare l'opportunità di offrire il test FOBT in alternativa, per garantire comunque la possibilità di accedere a un test più semplice e di provata efficacia. Questo anche in considerazione del fatto che lo screening e' incluso tra i livelli minimi di assistenza che devono essere garantiti e si vuole evitare che vi siano limitazioni all'accesso legate al tipo di test utilizzato, sia perché meno accettato, sia perché offerto ad una fascia più ristretta della popolazione (gli esami endoscopici vengono generalmente offerti a singole coorti di nascita).

#### Programma di attività del Gruppo Italiano di Screening dei Tumori Colorettali

##### 1) ORGANIZZAZIONE E VALUTAZIONE

Organizzare una survey sull'attività dei programmi attivi o in fase di avvio, per raccogliere informazioni più dettagliate sugli aspetti organizzativi e strutturali e i dati di attività. Sulla base dell'analisi dei risultati della survey verranno definiti gli indicatori maggiormente informativi per il monitoraggio;

identificare criteri comuni e standardizzati per condurre valutazione di impatto e di costo dei programmi, in modo da poter disporre di metodologie condivise per il confronto tra diverse strategie;

costituzione di un gruppo di lavoro che si occupi specificamente delle problematiche relative alla comunicazione.

##### 2) 1° LIVELLO

###### Area di Laboratorio

Definizione di indicatori legati alle performance del test per la ricerca sangue occulto (FOBT);  
definizione di protocolli standardizzati delle procedure pre-analitiche ed analitiche;  
definizione di programmi di controllo di qualità interno ed esterno.

###### Area di Endoscopia

Le principali tematiche da affrontare:

Individuazione degli indicatori di qualità più idonei a monitorare il processo di screening;

individuazione degli standard minimi relativi al processo e alle strutture coinvolte;  
valutazione delle modalità organizzative.

##### 3) DIAGNOSI DI 2° LIVELLO

###### (endoscopia ed anatomia patologica)

- Individuazione degli indicatori di qualità più idonei a monitorare il processo diagnostico di 2° livello;
  - successiva individuazione degli standard minimi sia relativi al processo diagnostico sia relativi alle strutture coinvolte;
  - definizione dei costi e delle risorse necessarie al processo diagnostico di 2° livello e dei carichi di lavoro;
  - tentativo di *consensus* sulle modalità di effettuazione della colonscopia, in particolare per quanto concerne la sedazione;
  - cosa fare in caso di insuccesso della colonscopia
  - individuazione/perfezionamento di un supporto informatico ottimale;
  - accoglienza del paziente e comunicazione dei risultati.
- Per quanto riguarda le tematiche di specifico interesse anatomo-patologico:
- definizione dei criteri diagnostici minimi;
  - definizione delle modalità di trattamento del materiale;
  - messa a punto di un programma di rivalutazione diagnostica multicentrica dei quadri di difficile interpretazione;
  - individuazione di almeno un anatomo-patologo di riferimento per ogni centro;
  - ruolo della biologia molecolare.

##### 4) TRATTAMENTO E FOLLOW-UP

- Definizione di modalità standard di trattamento degli adenomi cancerizzati, che costituiscono un reperto frequente nello screening, in particolare nel caso di utilizzo dell'endoscopia e il cui trattamento richiede una collaborazione tra endoscopista, patologo e chirurgo;
- Stesura di linee guida per il follow-up in pazienti dopo asportazione di polipi adenomatosi a basso rischio, ad alto rischio e di polipi maligni.

#### Bibliografia

- Ministero della Sanità - Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano - Accordo tra il Ministero della Sanità e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sulle linee-guida concernenti la prevenzione, la diagnostica e l'assistenza in oncologia. Gazzetta Ufficiale Della Repubblica Italiana. 2 Maggio 2001. Supplemento Ordinario alla G.U., N. 100
- Raccomandazioni del Consiglio dell'Unione Europea sullo screening dei tumori del 2 Dicembre 2003 (2003/878/CE)
- Arbyn M, Van Oyen H, Lynge E, Micksche M, Faivre J, Jordan J. European Commission's proposal for a council recommendation on cancer screening. BMJ. 2003 Aug 2;327(7409):289-90.