

Il documento ripercorre le motivazioni che hanno portato alla decisione di estendere lo screening, le implicazioni per i programmi aziendali con le stime regionali dell'aumento dei carichi di lavoro e le linee di indirizzo scaturite dalla condivisione degli stessi ipotizzando diverse strategie di estensione graduale, fino al monitoraggio dell'intervento e alla progettazione di azioni di comunicazione e informazione

## Documento di indirizzo tecnico-operativo per l'estensione dello screening coloretale alla fascia 70-74 anni



Direzione generale Cura della persona,  
salute e welfare  
Settore Prevenzione Collettiva e Sanità  
Pubblica

---

**Documento di indirizzo tecnico-operativo per ampliare l'offerta dello screening del colon retto alla fascia di popolazione di età 70-74 anni:**  
*estensione graduale del programma di screening coloretale alla fascia di età 70-74 anni in Regione Emilia – Romagna.*

## Sommario

Introduzione e riferimenti normativi a supporto dell'ampliamento .....	1
Razionale per l'estensione del programma in Regione Emilia-Romagna .....	2
Implicazioni per i programmi di screening aziendali .....	3
Stime dei carichi di lavoro e definizione delle linee di indirizzo regionali .....	4
Monitoraggio dell'intervento .....	13
Conclusioni .....	13
Riferimenti bibliografici.....	14

## **Introduzione e Riferimenti normativi a supporto dell'ampliamento alla fascia 70-74 anni**

Il programma di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce del tumore del colon retto è un intervento di sanità pubblica che ha l'obiettivo di diminuire la mortalità specifica per tumore del colon retto grazie alla diagnosi precoce dei tumori e di ridurre l'incidenza tramite la diagnosi e trattamento di lesioni pretumorali.

Lo screening del colon retto rientra nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) sin dal 2001 (DPCM 29 novembre 2001) e come tale confermato dal DPCM 12 gennaio 2017.

È attivo in Regione Emilia – Romagna dal 21 marzo 2005 ed offerto gratuitamente alla popolazione maschile e femminile, di età compresa tra i 50 ed i 69 anni, con cadenza biennale. Il test di primo livello utilizzato è la ricerca di sangue occulto fecale attraverso il test immunochimico fecale (FIT).

Tuttavia, diversi riferimenti internazionali e nazionali indicano come ottimale la popolazione target compresa tra 50 e 74 anni.

Tra questi:

1. le Raccomandazioni del Consiglio dell'Unione Europea (2022/0290 NLE)
2. il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025
3. il Piano Oncologico Nazionale 2023-2027
4. il Piano Regionale della Prevenzione della Regione Emilia – Romagna 2021-2025.

### *1. Raccomandazioni del Consiglio dell'Unione Europea (2022/0290 NLE)*

Il 9 dicembre 2022 è stata adottata la "Raccomandazione del Consiglio europeo relativa al rafforzamento della prevenzione attraverso l'individuazione precoce: un nuovo approccio dell'UE allo screening dei tumori, che sostituisce la raccomandazione 2003/878/CE del Consiglio".

Tale raccomandazione è stata formulata sulla base di una revisione delle evidenze disponibili da parte di un gruppo di esperti e seguita da una consultazione di alcuni portatori di interesse (referenti di programmi di screening, associazioni di pazienti e cittadini, tecnici dei Ministeri della Sanità dei Paesi membri). Gli Stati membri hanno convenuto di raccomandare il rafforzamento dei programmi di screening in corso per i tumori della cervice uterina, della mammella e del colon-retto, estendendo l'offerta dei test di screening ad una fascia più ampia di popolazione e introducendo anche percorsi personalizzati in base al rischio.

Lo screening del tumore del colon retto è raccomandato dai 50 ai 74 anni, con test immunochimico fecale (FIT) quantitativo.

### *2. Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025*

Approvato dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano con intesa del 6 agosto 2020 (repertorio atti n.127/CSR), include all'interno del Macro Obiettivo 1 "Malattie Croniche Non trasmissibili" i programmi organizzati di screening oncologico. Tra gli indicatori degli obiettivi strategici è riportata la proporzione di persone tra 70-74 anni che hanno effettuato test di screening del colon retto in un programma organizzato (Obiettivo strategico 1.52).

Il PNP 2020-2025 è stato recepito dalla Regione Emilia – Romagna con DGR n. 1855 del 14/12/2020.

### 3. Piano Oncologico Nazionale 2023-2027 (PON)

Approvato dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, nella seduta del 26 gennaio 2023, il Piano Oncologico Nazionale 2023-2027 nella sezione dedicata alla prevenzione secondaria include tra gli obiettivi strategici quello di allargare la fascia di età per lo screening coloretale dai 50 ai 74 anni.

Il Piano Oncologico Nazionale 2023-2027 è stato recepito dalla Regione Emilia – Romagna con DGR n. 1303 del 31 luglio 2023.

### 4. Piano Regionale della Prevenzione della Regione Emilia – Romagna 2021-2025 (PRP)

Approvato con DGR n. 2144 del 20 dicembre 2021, il PRP 2021-2025, prevede al suo interno un Programma Libero dedicato ai programmi di screening Oncologici (PL13) che, per quanto concerne lo Screening del colon-retto, include l'obiettivo specifico: "Valutazione dell'impatto dell'estensione del programma di screening dei tumori del colon retto alla fascia di età 70-74 anni."

Tale valutazione era volta a predisporre l'eventuale effettivo ampliamento deciso nel corso degli anni successivi alla predisposizione del PRP, in seguito anche alle indicazioni del PON e alle rinnovate Raccomandazioni del Consiglio dell'Unione Europea.

### Razionale per l'estensione del programma in Regione Emilia-Romagna

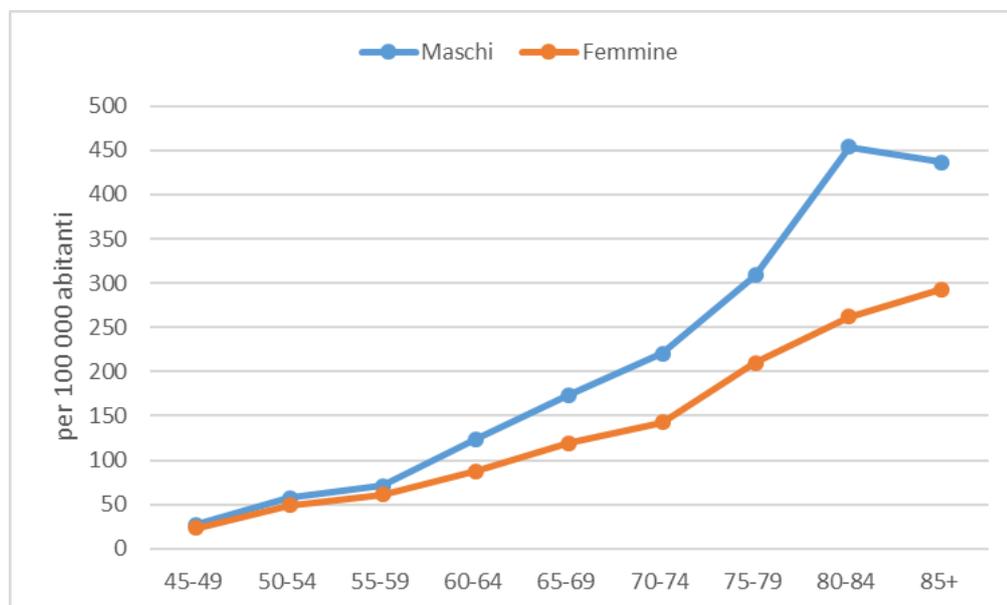
Il tumore del colon retto è al 2° posto sia in termini di incidenza che di mortalità, tra le cause oncologiche di malattia e di morte in Italia, con circa 48.100 nuove diagnosi stimate nel 2022 (uomini 26.000; donne = 22.100).

In Emilia – Romagna i nuovi casi di tumore del colon retto e ano diagnosticati nel 2018 sono stati 3.338, pari al 10,9% del totale dei nuovi casi di tumore diagnosticati nell'anno (dati Registro Tumori dell'Emilia – Romagna). Nella fascia di età  $\geq 70$  anni, rispetto alla fascia 50-69, l'incidenza di questa sede tumorale è più che triplicata, rappresentando quindi un tumore molto frequente.

**Lo screening coloretale ha dimostrato un ruolo centrale nel contrastare questa patologia:** in Emilia-Romagna, infatti, l'introduzione del programma di screening del colon retto, avvenuta nel 2005, ha consentito tra gli aderenti un calo significativo di incidenza e di mortalità sia negli uomini (rispettivamente -33% e -65%) che nelle donne (-21% e -54%).

A supporto dell'estensione dello screening coloretale alla fascia di età 70-74 anni, i dati del Registro Tumori dell'Emilia-Romagna mostrano un repentino aumento dell'incidenza a partire dai 75 anni (*Figura n. 1*), indicando che l'azione di protezione esplicita dal programma di screening tramite l'anticipazione diagnostica dei tumori e la diagnosi e trattamento di adenomi avanzati potrebbe avere un ruolo importante nel ridurre ulteriormente l'incidenza del tumore del colon retto e di quella in stadio avanzato, nelle fasce di età dai 70 ai 79 anni. Questo è particolarmente importante alla luce dell'attuale speranza di vita a 70 anni che, in Emilia-Romagna, è di 16,6 anni (stima dati ISTAT).

**Figura n.1** Tassi di incidenza del tumore del colon-retto per età e sesso (popolazione >45aa), Emilia-Romagna, anni 2016-2018 - Fonte: Registro Tumori dell'Emilia-Romagna



Pertanto, date le evidenze scientifiche e le raccomandazioni europee, nazionali e regionali a supporto dell'estensione dello screening del colon-retto alla fascia 70-74 anni, alla luce del carico di incidenza di cancro del colon-retto ancora alto con l'età e dell'aspettativa di vita a 70 anni di oltre 16 anni, si valuta inderogabile estendere progressivamente il programma di screening fino ai 74 anni.

Con DGR n. 2029 del 27 novembre 2023 la Regione Emilia-Romagna ha quindi identificato l'ampliamento del programma di screening del colon retto quale linea strategica in coerenza con i contenuti del Piano Oncologico Nazionale (PON) 2023-27 e nel rispetto dell'Intesa sancita in Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 19/10/2023. Con la successiva DGR n. 1571 del 08 luglio 2024 è stato definito il programma quinquennale declinato attraverso obiettivi specifici, misurati mediante indicatori di risultato e contestualmente sono state assegnate e ripartite le risorse ministeriali per la prima annualità.

### **Implicazioni per i programmi di screening aziendali**

L'ampliamento del programma di screening alla fascia 70-74 anni comporta una riorganizzazione e potenziamento dell'intero percorso che comprende l'invito attivo, la distribuzione e riconsegna del kit per effettuare il test del sangue occulto nelle feci, l'esecuzione ed elaborazione dei risultati del test, l'invio delle risposte, le chiamate per il secondo livello, il colloquio che precede l'esame, la gestione ed esecuzione della colonscopia di approfondimento con l'eventuale invio all'anatomia patologica dei campioni, la gestione delle chiamate e colonscopie di follow up post polipectomia, l'eventuale invio in chirurgia, il sistema di gestione e valutazione dei dati. In particolare, dato l'incremento del carico di lavoro, le Aziende USL dovranno riorientare l'offerta dei servizi diagnostici per rispettare i tempi di attesa per l'esecuzione del II livello e i tempi di refertazione.

Si rende inoltre necessario per le Aziende USL l'aggiornamento contestuale dei software utilizzati dai programmi di screening aziendali e le relative integrazioni con i gestionali delle UU.OO./Servizi che intervengono lungo il percorso al fine di garantirne la corretta gestione: dall'identificazione della popolazione coinvolta nell'ampliamento, alla pianificazione e predisposizione degli inviti con lettera a domicilio e tramite Fascicolo Sanitario Elettronico, la successiva gestione dell'invio delle risposte negative e degli appuntamenti per recarsi presso il Servizio di Gastroenterologia individuato ad eseguire la colonscopia di approfondimento diagnostico in caso di positività del test.

Il sistema informativo deve consentire la registrazione di tutti gli esami pertinenti sia di tipo diagnostico che terapeutico, fino alla gestione attiva del follow up. L'aggiornamento informatico dovrà interessare, laddove necessario, anche i software delle Farmacie che gestiscono la consegna dei kit/riconsegna dei test eseguiti al fine di garantire la continuità del servizio anche nelle nuove fasce coinvolte nel programma di screening. Andrà inoltre garantito l'assolvimento del debito informativo regionale mediante l'invio dei dati al flusso informativo su data record individuale.

Tra le criticità attese emerge principalmente la difficoltà di fare fronte all'atteso incremento di carichi di lavoro per le UU.OO. di Endoscopia, anche gravate dall'attività ambulatoriale extra-screening e spesso dall'attività di recupero delle liste di attesa.

In questo senso le LG Europee 2020 (ESGE) sulla sorveglianza post polipectomia, recepite dalla Regione Emilia – Romagna con Circolare n. 2/2024 in un'ottica di maggiore appropriatezza, andranno a ridurre il carico endoscopico associato al follow-up per la rimozione dei polipi con determinate caratteristiche.

Per quanto concerne la diffusione dell'informazione relativa all'avvio dell'ampliamento dello screening coloretale e delle modalità di attuazione alla popolazione interessata, la Regione Emilia – Romagna realizzerà specifici strumenti di comunicazione e informazione rivolti alla popolazione relativamente all'ampliamento dello screening e provvederà all'aggiornamento del sito regionale degli screening oncologici <https://salute.regione.emilia-romagna.it/screening>

Le Aziende USL a loro volta dovranno attivare a livello locale azioni di comunicazione e informazione relative all'intervento rivolte alla popolazione target. Contestualmente andrà promossa la massima condivisione, tra i professionisti coinvolti nel Programma, prevedendo la realizzazione di iniziative formative locali indirizzate anche e ai Medici di Medicina Generale.

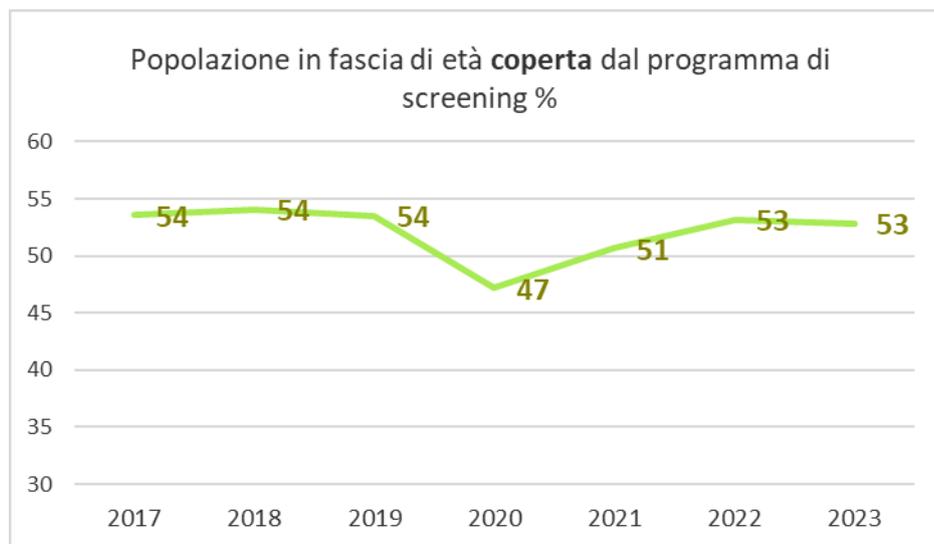
## Stime dei carichi di lavoro e definizione delle linee di indirizzo regionali

I principali dati medi annui possono essere così sintetizzati:

	<b>Persone esaminate</b>	<b>Test FIT positivi</b>	<b>approfondimenti</b>	<b>Lesioni identificate</b>
Screening coloretale	300.000	13.000	10.300	2.100 adenomi avanzati 200-250 Carcinomi

La copertura della popolazione target del programma di screening, calcolata alla fine di ogni anno, mostra un andamento stabile con l'eccezione del 2020 e 2021 (*Figura n. 2*) in cui si evidenzia un lieve calo dovuto al periodo pandemico da Covid 19. Al primo gennaio 2024 la copertura raggiunge il 53%, ritornando ai valori pre-pandemici. Tuttavia, si evidenzia una quota importante di popolazione che non aderisce all'invito ad effettuare il test del sangue occulto o non lo effettua regolarmente.

**Figura n. 2.** Trend della copertura 2017 - 2023



Per stimare l'aumento dei carichi di lavoro sono stati innanzitutto analizzati alcuni indicatori relativi alla fascia di età 70-74 anni di Regioni che avevano già ampliato lo screening a tali fasce di età. Tuttavia, confrontando i dati della fascia 50-69 con quelli dell'Emilia-Romagna, vi erano alcune differenze significative legate all'adesione, alla proporzione di persone agli esami successivi, all'accesso ad esami eseguiti fuori dallo screening organizzato e in generale alla storia del programma. Questi fattori influenzano gran parte degli indicatori, pertanto, si è ritenuto più affidabile effettuare la stima sulla base dei dati regionali consolidati e relativi alle fasce quinquennali immediatamente precedenti: 60-64 e 65-69. Sono stati considerati i dati degli anni più recenti, dal 2018 al 2022, e valutando il trend tra le due fasce in esame si è potuto stimare il valore dei principali indicatori, tenendo conto che per diversi di questi vi è una tendenza all'aumento all'aumentare dell'età.

I valori stimati per la fascia 70-74 anni sono stati applicati a diverse ipotesi di strategie per l'estensione graduale dello screening.

Dal punto di vista organizzativo, la chiamata in continuità rispetto al precedente esame di I livello, o precedente invito in caso di non adesione, è sicuramente la più logica per il sistema di gestione degli inviti e anche per gli utenti che sanno quando verranno invitati. Inoltre, essendo i 70-71 anni molto vicini alla fascia già screenata, ci si attende una stima abbastanza accurata degli indicatori. Per contro, alcune coorti di persone che nel 2025, primo anno dell'ampliamento, avrebbero tra i 72 e i 74 anni, non beneficerebbero dell'estensione in quanto non verrebbe loro offerto alcun invito in più. Dalle prime considerazioni condivise con i professionisti del programma regionale di screening è emersa la necessità di bilanciare la gradualità dell'estensione, al fine di rendere sostenibile l'incremento dei carichi di lavoro, senza però perdere il beneficio di salute che un ulteriore test di screening potrebbe apportare, in particolare per i 74 anni per i quali è passato più tempo dall'ultimo screening.

Sulla base di queste considerazioni sono stati ipotizzati 4 scenari: scenario I con inizio con le 2 coorti di nascita di persone che nel corso del 2025 compiranno i 70 e 71 anni (1954 e 1955), scenario II con inizio con la sola coorte delle persone che compiranno i 70 anni (1955), aggiungendo ogni anno la coorte successiva. Queste prime due strategie andrebbero in continuità con gli inviti precedenti, ma farebbero uscire le altre coorti senza ulteriori inviti. Gli altri due scenari (III e IV) aggiungono ogni anno ai due precedenti l'intera coorte delle persone che nell'anno compiono i 74 anni.

Per ciascuna strategia e per ciascun anno sono stati stimati:

1. I residenti da invitare
2. Le persone con motivo di esclusione prima dell'invito
3. Le persone invitabili, quindi la stima degli INVITI
4. L'adesione, quindi la stima dei TEST FIT da effettuare
5. Le persone con test del sangue occulto positivo
6. L'adesione all'esame di approfondimento, quindi le COLONSCOPIE di II livello
7. I valori predittivi positivi, corrispondenti alle persone con almeno una lesione, almeno un adenoma avanzato, almeno un tumore del colon retto. Quindi una stima del carico di lavoro per le Anatomie Patologiche.

Una particolare attenzione è stata dedicata all'aumento del carico di lavoro per le UU.OO. di Endoscopia dei singoli programmi aziendali stimandola dai dati pre-pandemia 2018 e 2019 (dati non riportati).

Le stime così generate sono riportate in *Tabella n. 1*.

**Tabella n. 1. Strategie per l'estensione graduale alla fascia 70-74 anni dello screening coloretale: stima dei carichi di lavoro.**

Scenario I inizio con 1954 e 1955		escl prima inv	invitabili	adesione	FIT positivo	ades CT II liv	VPP tutto	VPP AAV	VPP iniz	VPP Ca
	RES	24%		55%	6,8%	82%	51%	23%	24%	4%
2025	72.005	17.281	54.724	30.098	2.047	1.678	856	386	403	67
2026	53.586	12.861	40.726	22.399	1.523	1.249	637	287	300	50
2027	127.662	30.639	97.023	53.363	3.629	2.975	1.518	684	714	119
2028	110.287	26.469	83.818	46.100	3.135	2.571	1.311	591	617	103
2029	160.497	38.519	121.978	67.088	4.562	3.741	1.908	860	898	150
2030	171.149	41.076	130.073	71.540	4.865	3.989	2.034	917	957	160
Scenario II inizio con 1955	RES	escl prima inv	invitabili	adesione	FIT positivo	ades CT II liv	VPP tutto	VPP AAV	VPP iniz	VPP Ca
		24%		55%	6,8%	82%	51%	23%	24%	4%
2025	21.018	5.044	15.974	8.786	597	490	250	113	118	20
2026	53.586	12.861	40.726	22.399	1.523	1.249	637	287	300	50
2027	76.675	18.402	58.273	32.050	2.179	1.787	911	411	429	71
2028	110.287	26.469	83.818	46.100	3.135	2.571	1.311	591	617	103
2029	135.004	32.401	102.603	56.432	3.837	3.147	1.605	724	755	126
2030	171.149	41.076	130.073	71.540	4.865	3.989	2.034	917	957	160
coorte 74 anni	RES	escl prima inv	invitabili	adesione	FIT positivo	ades CT II liv	VPP tutto	VPP AAV	VPP iniz	VPP Ca
		26%		55%	7,2%	82%	54%	24%	25%	5%
2025	46.425	12.071	34.355	18.895	1.360	1.116	597	268	279	50
2026	47.407	12.326	35.081	19.295	1.389	1.139	609	273	285	51
2027	48.415	12.588	35.827	19.705	1.419	1.163	622	279	291	52
2028	50.987	13.257	37.730	20.752	1.494	1.225	655	294	306	55

scenario I con recupero 74 enni	RES	escl prima inv	invitabili	adesione	FIT positivo	ades CT II liv	VPP tutto	VPP AAV	VPP iniz	VPP Ca
2025	118.430	29.352	89.079	48.993	3.407	2.794	1.453	654	682	117
2026	100.993	25.187	75.807	41.694	2.912	2.388	1.246	561	585	101
2027	176.077	43.227	132.850	73.067	5.047	4.139	2.140	964	1.005	171
scenario II con recupero 74 enni	RES	escl prima inv	invitabili	adesione	FIT positivo	ades CT II liv	VPP tutto	VPP AAV	VPP iniz	VPP Ca
2025	67.443	17.115	50.328	27.681	1.958	1.605	847	380	396	70
2026	100.993	25.187	75.807	41.694	2.912	2.388	1.246	561	585	101
2027	125.090	30.990	94.100	51.755	3.598	2.950	1.534	690	720	124
2028	161.274	39.725	121.548	66.852	4.629	3.796	1.966	885	923	158
2029	171.149	41.076	130.073	71.540	4.865	3.989	2.034	917	957	160

Tali stime sono state discusse in una riunione con i professionisti dei programmi di screening in seguito alla quale si è scelta la strategia che prevede di **estendere l'invito ogni anno a due coorti di nascita: i 70enni in continuità con l'intervallo dal precedente test/invito di screening e l'intera coorte dei 74enni.**

**Tabella n. 2. Diagramma di progressione delle chiamate per la strategia scelta**

	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960
2022	71	70	69	68	67	66	65	64	63	62
2023	72	71	70	69	68	67	66	65	64	63
2024	73	72	71	70	69	68	67	66	65	64
2025	74	73	72	71	70	69	68	67	66	65
2026	75	74	73	72	71	70	69	68	67	66
2027	76	75	74	73	72	71	70	69	68	67
2028	77	76	75	74	73	72	71	70	69	68
2029	78	77	76	75	74	73	72	71	70	69
2030	79	78	77	76	75	74	73	72	71	70
residenti al										
al 1 gen 2024	46.425	47.407	48.415	50.987	52.546	55.147	56.420	57.121	60.141	61.943

Quindi nel 2025 verranno invitate le seguenti coorti:

- I nati nel 1955 in continuità con la scadenza biennale dal precedente test del sangue occulto eseguito o dall'ultimo invito per i non aderenti;
- I nati nel 1951 che nel corso dell'anno compiono i 74 anni;

Nel 2026 si prosegue aggiungendo la coorte 1956 a scadenza e l'intera coorte 1952, così facendo, **l'ampliamento sarà completato nel 2028 quando i 70-74enni saranno tutti compresi nello screening.** In questo modo viene offerto almeno un ulteriore invito a effettuare lo screening a tutte le coorti che nel 2025 sono tra i 70 e i 74 anni.

In *tabella n. 3* sono riportate, per la strategia scelta, le stime dei carichi di lavoro per ciascun anno e i relativi aumenti percentuali rispetto all'attività del 2022.

Tabella 3 Carichi di lavoro per la strategia scelta e aumento percentuale rispetto all'anno 2022

	Residenti	escl prima inv	invitabili	%	adesione	%	FIT positivo	%	ades CT II liv	%	VPP tutto	%	VPP AAV	%	VPP iniz	%	VPP Ca	%
2025	67.443	17.115	50.328	7,8	27.681	12	1.958	17	<b>1.605</b>	17	847	20	380	19	396	20	70	28,7
2026	100.993	25.187	75.807	12	41.694	18	2.912	26	<b>2.388</b>	26	1.246	30	561	28	585	30	101	41,7
2027	125.090	30.990	94.100	15	51.755	22	3.598	32	<b>2.950</b>	32	1.534	37	690	35	720	36	124	51
2028	161.274	39.725	121.548	19	66.852	28	4.629	41	<b>3.796</b>	41	1.966	47	885	45	923	47	158	65
2022			646.250		237.609		11.331		9.270		4.201		1.979		1.979		243	

La stima del carico di lavoro per l'**attività endoscopica di follow up**, generata dalle colonscopie di II livello, è stata più complicata, in quanto nel programma di screening è in corso il recepimento di alcune raccomandazioni ESGE 2020 per la sorveglianza post polipectomia, come indicato nella circolare 2 del 23/01/24.

L'applicazione delle nuove indicazioni per la sorveglianza post polipectomia dovrebbe ridurre gli invii a colonscopia di follow up per adenomi a basso e medio rischio.

La *tabella 4* riporta la stima di come cambiano le percentuali di invio a colonscopia di follow up con le nuove indicazioni introdotte, tenendo conto della situazione reale che presenta "deviazioni" dal protocollo standard.

**Tabella n. 4.** Conclusioni II livello con invio a colonscopia di follow up (%) per riscontro adenomi: dati reali e stime con applicazione indicazioni ESGE 2020.

	anni 2018-2022 escluso 2020					
	tot	5 aa	3 aa	1 a	6 mesi	X
<i>adenoma a basso rischio</i>	24,2	15,5	6,3	1,8	0,3	0,3
<i>adenoma a rischio intermedio</i>	94,2	5,8	71,3	13,1	3,0	1,0
<i>adenoma ad alto rischio</i>	92,9	0,5	14,2	54,9	18,4	5,0
	stima con applicazione Circ. 2/2024 (ESGE 2020)					
	tot	5 aa	3 aa	1 a	6 mesi	X
<i>adenoma a basso rischio</i>	12,0	7,0	3,0	2,0	0,0	0,0
<i>adenoma a rischio intermedio</i>	68,0	4,0	52,0	10,0	1,0	1,0
<i>adenoma ad alto rischio</i>	94,0	1,0	40,0	28,0	20,0	5,0

Si è pertanto proceduto ad analizzare i dati di 4 anni (dal 2018 al 2022 escludendo l'anno fortemente pandemico del 2020) e stimare, a regime, il cambiamento atteso con le nuove indicazioni.

Applicando le percentuali attese ai dati reali del periodo considerato si ottengono i dati riportati in *tabella n. 5*.

**Tabella 5** Colonscopie di approfondimento effettuate nel 2018-2022 escluso 2020

Esito del secondo livello	Raccomandazione									
	FOBT a 5 anni	FOBT a 2 anni	colonscopia a 5 anni	colonscopia a 3 anni	colonscopia a 1 anno	colonscopia a 6 mesi	invio a chirurgia	altro (specificare)	colonscopia X mesi	
negativo / polipi non adenomatosi	19217	30	253	120	46	19	7	135	17	
adenoma a basso rischio (1)	4359	96	986	398	113	20	6	362	21	6361
adenoma a rischio intermedio (2)	315	20	471	5800	1063	246	30	110	85	8140
adenoma ad alto rischio (3)	8	1	9	257	996	333	100	19	90	1813
adenoma cancerizzato	0	0	2	17	56	32	200	0	14	
polipi persi (4)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
altro	59	90	438	336	239	55	115	1261	63	
cancro(5)	0	0	0	0	0	0	576	27	1	
			2.159	6.928	2.513	705			291	39.739
										tot tab
		12.596	n. raccomandazioni di colonscopia di follow up							
		31,7	% raccomandazioni di colonscopia di follow up							
<b>stima totale RICALCOLATO con applicazione Circolare 2 del 2024 (indicazioni ESGE 2020)</b>										
Esito del secondo livello	Raccomandazione									
	FOBT a 5 anni	FOBT a 2 anni	colonscopia a 5 anni	colonscopia a 3 anni	colonscopia a 1 anno	colonscopia a 6 mesi	invio a chirurgia	altro (specificare)	colonscopia X mesi	
negativo / polipi non adenomatosi	19217	30	253	120	46	19	7	135	17	
adenoma a basso rischio (1)	5280		445	191	127	0	5	313	0	6361
adenoma a rischio intermedio (2)	2442		326	4233	814	81	35	128	81	8140
adenoma ad alto rischio (3)	0		18	725	508	363	91	17	91	1813
adenoma cancerizzato	0	0	2	17	56	32	200	0	14	
polipi persi (4)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
altro	59	90	438	336	239	55	115	1261	63	
cancro(5)	0	0	0	0	0	0	576	27	1	
			1.482	5.622	1.790	550			267	39.739
										tot tab
		9.711	n. raccomandazioni di colonscopia di follow up							
		24,4	% raccomandazioni di colonscopia di follow up							
		-22,9	% riduzione attesa invii in colonscopia per follow up							

Il risultato è una riduzione stimata del 23% di invii a colonscopia di follow up generati dalle colonscopie di approfondimento. Inoltre, si attende una riduzione soprattutto delle indicazioni a colonscopia dopo 6 mesi/1 anno.

Si stima che questa riduzione attesa nelle fasce 50-69 anni bilancerà l'aumento di colonscopie di follow up indotto dall'estensione alla fascia 70-74 anni.

Una maggiore aderenza nelle indicazioni di follow up farebbe ulteriormente diminuire le colonscopie richieste: tra i programmi aziendali vi è al momento ampia variabilità, pertanto, alcuni beneficerebbero più di altri dell'attesa riduzione.

L'estensione dell'età target fino ai 74 anni comporta un **contestuale spostamento dell'età limite per l'effettuazione del follow up endoscopico all'interno del programma di screening**: i programmi garantiranno il primo controllo con follow up endoscopico post-polipectomia (o in alternativa colon TC), con chiamata/invito attivo ed anche eventuali controlli successivi **fino al compimento di 80 anni**.

Per completare la stima dei carichi di lavoro dell'ampliamento, un ulteriore elemento da considerare è la **popolazione domiciliata assistita**, che però nella fascia 70-74 anni è piuttosto limitata, si stimano circa 7.300 persone in più in popolazione target, a regime.

D'altra parte, la stima dei carichi di lavoro non tiene conto della riduzione per **mortalità attesa tra le coorti di nascita dei residenti al primo gennaio 2024**, che saranno invitati a distanza di alcuni anni secondo lo schema indicato, mentre è ancora in corso un progressivo **aumento della popolazione target residente in fascia 50-69 anni**, aumento che si va riducendo di anno in anno, con inversione di tendenza a partire dal 2030.

### **Monitoraggio dell'ampliamento alla fascia 70-74 tramite indicatori di screening**

Il monitoraggio degli indicatori dello screening in questa fascia di età dovrà essere separabile dal monitoraggio della popolazione target compresa nell'offerta di screening del colon retto attualmente prevista dai LEA (50-69 anni).

La progressiva estensione degli inviti sarà monitorata attraverso la scheda puntuale regionale, alimentata come sempre dal tracciato record individuale che sarà opportunamente modificato. Per gli altri indicatori ci si avvarrà anche della scheda ONS-GISCoR.

Nel 2027 è prevista una valutazione dell'intervento a livello regionale mediante indicatori di performance e precoci di impatto che verranno condivisi con i professionisti di screening in un evento formativo regionale.

### **Conclusioni**

Le evidenze scientifiche e le raccomandazioni europee, nazionali e regionali supportano l'allargamento dello screening del colon-retto alla fascia 70-74 anni, che nella Regione Emilia - Romagna dovrà essere attuato a partire dal 2025.

Alcune prime indicazioni alle Aziende USL sono state fornite con le DGR n. 2029 del 27 novembre 2023 e DGR n. 1571 del 08 luglio 2024, successivamente, con Nota Prot. n. 0841585.U del 01 agosto 24 è stata comunicata la modalità scelta per la graduale estensione degli inviti alla fascia di età 70-74 anni, invitando le Aziende a predisporre e apportare tutte le azioni necessarie al raggiungimento dell'obiettivo.

Le Aziende USL, attraverso le informazioni e i dati contenuti in questo documento, dovranno valutare l'impatto dell'estensione alla fascia 70-74 sulla base dei dati locali in loro possesso e pianificare i carichi di lavoro necessari anche negli anni successivi, al fine di riorientare l'offerta dei servizi diagnostici verso l'attività di screening sulla base degli incrementi attesi nei vari livelli del percorso.

### Riferimenti bibliografici

- I numeri del cancro in Italia 2023  
[https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2023/12/2023\\_AIOM\\_NDC-web.pdf](https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2023/12/2023_AIOM_NDC-web.pdf)
- Registro Tumori dell'Emilia – Romagna  
<https://salute.regione.emilia-romagna.it/registro-tumori>
- *Baldacchini et al.* Effects of Attendance to an Organized Fecal Immunochemical Test Screening Program on the Risk of Colorectal Cancer: An Observational Cohort Study. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2022 Feb 7; S1542-3565(22)00112-4. DOI: 10.1016/j.cgh.2022.01.053
- *Bucchi et al.* How a faecal immunochemical test screening programme changes annual colorectal cancer incidence rates: an Italian intention-to-screen study. *Br J Cancer* 127, 541–548 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41416-022-01813-7>.

