



# SCENARI PER L'AGGIORNAMENTO DEL PROTOCOLLO DI SCREENING DEI TUMORI COLORETTALI

Livia Giordano

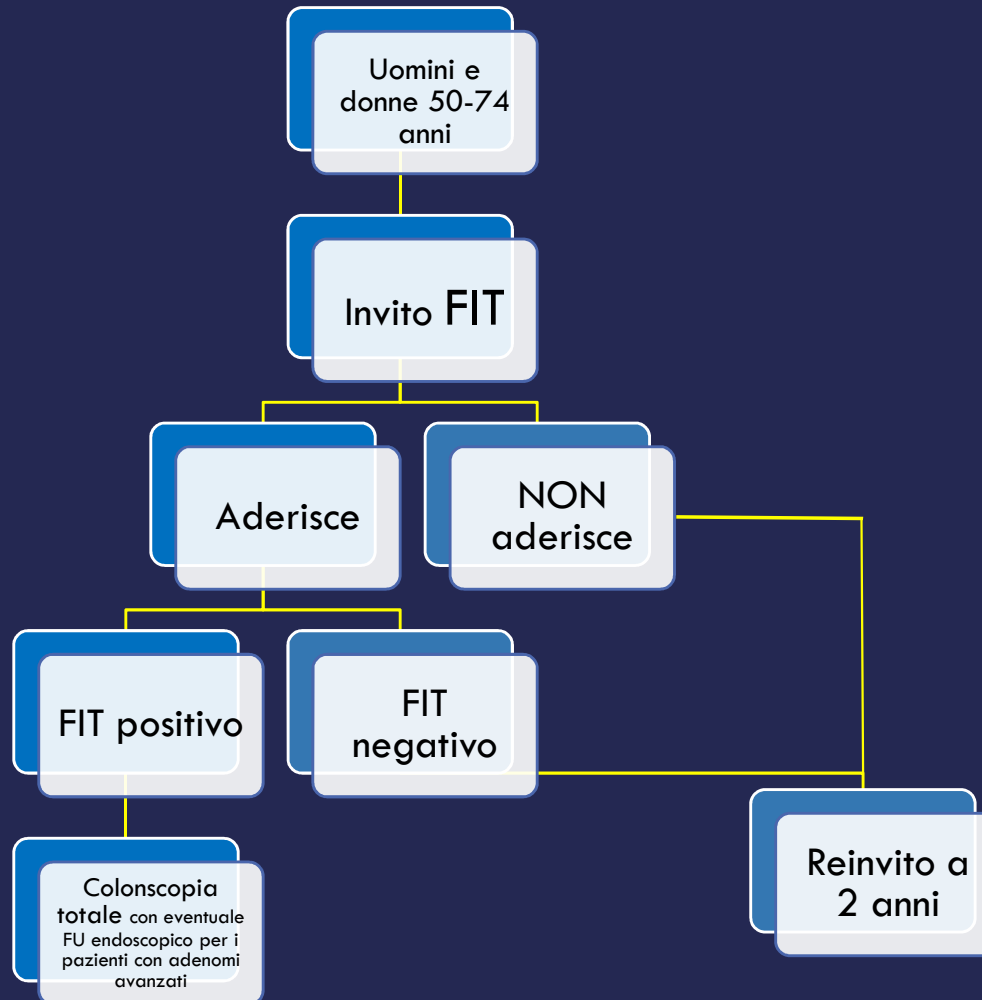
CPO Piemonte

**PREVENZIONE SERENA**



# PREVENZIONE SERENA

**Ipotesi di programma  
che prevede solo  
FIT biennale  
Scenario 1**





# SCENARIO ADOTTATO

**A** - Invito ogni anno, dal 2023 al 2026, delle coorti dei 50enni, 54enni e 58enni dell'anno in corso,

**B** - estensione dal 2023 (come già programmato) dell'invito a tutti gli assistiti nella fascia di età 59-69 anni (metà della popolazione ogni anno, dato l'intervallo biennale, al netto delle persone già coperte dalla sigmoidoscopia)

**C** – inserimento, a partire dal 2025, di una quota di assistiti nella fascia di età 70-74 anni (inizialmente, ogni anno, il 50% degli assistiti mai aderenti dopo i 64 anni)

**D** – dal 2027 invito a tutti gli assistiti eleggibili nella fascia di età 50-74 anni (50% della popolazione ogni anno, dato l'intervallo biennale, al netto delle persone già coperte dalla sigmoidoscopia)

2023	2024	2025	2026	2027	2028
<b>50enni</b>	<b>50enni</b>	<b>50enni</b>	<b>50enni</b>	50enni	50enni
51enni	51enni	51enni	51enni	51enni	51enni
52enni	52enni	52enni	52enni	52enni	52enni
53enni	53enni	53enni	53enni	53enni	53enni
<b>54enni</b>	<b>54enni</b>	<b>54enni</b>	<b>54enni</b>	54enni	54enni
55enni	55enni	55enni	55enni	55enni	55enni
56enni	56enni	56enni	56enni	56enni	56enni
57enni	57enni	57enni	57enni	57enni	57enni
<b>58enni</b>	<b>58enni</b>	<b>58enni</b>	<b>58enni</b>	58enni	58enni
59enni	59enni	60enni	60enni	59enni	59enni
60enni	60enni	61enni	61enni	60enni	60enni
61enni	61enni	62enni	62enni	61enni	61enni
62enni	62enni	63enni	63enni	62enni	62enni
63enni	63enni	64enni	64enni	63enni	63enni
64enni	64enni	65enni	65enni	64enni	64enni
65enni	65enni	66enni	66enni	65enni	65enni
66enni	66enni	67enni	67enni	66enni	66enni
67enni	67enni	68enni	68enni	67enni	67enni
68enni	68enni	69enni	69enni	68enni	68enni
69enni	69enni	70enni	70enni	69enni	69enni
		71enni	71enni	70enni	70enni
		72enni	72enni	71enni	71enni
		73enni	73enni	72enni	72enni
		74enni	74enni	73enni	73enni
				74enni	74enni

(\*)

\* Inizialmente solo i 70-74 non aderenti al FIT dopo i 64 anni

# Assunzioni

## □ **Popolazione bersaglio**

Per gli scenari a livello regionale si assume una **quota di copertura da sigmoidoscopia pari al 25% di ciascuna coorte di nascita** (corrispondente all'adesione media alla sigmoidoscopia). Il dato dovrà essere poi rivisto nelle simulazioni da condurre nei diversi programmi, dove l'adesione alla sigmoidoscopia ha mostrato una forte variabilità (tra 15% e 30%).

Non verranno richiamati gli assistiti che hanno aderito all'invito a sottoporsi a sigmoidoscopia negli anni precedenti, in considerazione del prolungato effetto protettivo del test, che si mantiene oltre i 17 anni. In questo modo, la numerosità della popolazione bersaglio nella fascia di età 59-74 anni aumenterà gradualmente, includendo all'inizio il 75% di ciascuno dei gruppi di nascita, con il progressivo esaurimento (uscita dall'età bersaglio del programma) degli assistiti che non sono stati sottoposti al 100% di sigmoidoscopia.

**Gli assistiti nella fascia di età 70-74 anni** verranno inseriti gradualmente nel programma di invito, a partire da chi ha aderito ad alcun invito dopo i 64 anni. Per mantenere gli obiettivi fissati dal Ministero della Salute, i primi inviti a questo gruppo (metà dei soggetti eleggibili) verranno inviati nel 2025, con il mantenimento per 4 anni, dopo i quali l'invito attivo verrà esteso a tutti gli assistiti della fascia di età 70-74enni.

## □ **Sorveglianza post-polipectomia**

Si assume che vengano inviati ad un programma di sorveglianza con presa in carico (per gli assistiti con diagnosi di adenoma o polipi selettivi, con sorveglianza a cadenza triennale) gli assistiti con riscontro di adenomi o polipi selettivi durante le colonoscopie. Viene anche considerato lo scenario in cui, con l'adozione di criteri di invito più restrittivi, questa proporzione di riduca al 15% del totale delle diagnosi recenti,

## □ **Tasso di positività al FIT**

Si assumono valori crescenti in funzione della fascia di età considerata e un valore medio del 6.8% per le simulazioni relative alla fascia di età 50-74 anni (vedi tabella). I dati sono derivati dall'analisi dei dati piemontesi e del programma della Valle d'Aosta e da altre regioni o studi.

% soggetti positivi al FIT	
<b>50-58 anni</b>	<b>6.0%</b>
<b>59-69 anni</b>	<b>6.5%</b>
<b>70-74 anni</b>	<b>7.5%</b>
<b>50-74 anni</b>	<b>6.8%</b>

## ALTRE ASSUNZIONI...

- ❑ Un'adesione pari al 50% per le coorti di nascita invitate direttamente al FIT.
- ❑ Un'adesione pari al 35% per le coorti di nascita invitate inizialmente alla sigmoidoscopia. Si tratta di un gruppo di persone che in larga parte non aveva risposto all'invito alla sigmoidoscopia e in larga parte non aveva mai risposto ad inviti FIT. La copertura di questo gruppo di età si mantiene comunque al 50% considerando che una quota pari al 25% in media è protetta dalla sigmoidoscopia eseguita a 58 anni.
- ❑ Un'adesione pari al 20% per gli assistiti nella fascia di età 70-74 anni, mai aderenti al FIT e del 45% per l'intera coorte dei 70-74enni.

# VOLUME DI ATTIVITA' ATTUALE

## 2018-2019

### *Programma FIT*

Nel 2018-2019 sono state eseguite in Piemonte in media 3800 colonscopie/anno per soggetti positivi al FIT, con tempi di attesa superiori ai 2 mesi nel 23% dei casi

### *Programma FS*

sono state eseguite in Piemonte in media 16700 sigmoidoscopie e 1550 colonscopie indotte

## 2021

### *Programma FIT*

A fronte di un fabbisogno stimato di 6560 colonscopie da FIT positivo ne sono state erogate 4340 (66%): 4 aziende hanno raggiunto l'obiettivo e altre 4 hanno registrato volumi inferiori al 50% dell'atteso

### *Programma FS*

A fronte di un fabbisogno stimato di 9950 sigmoidoscopie ne sono state erogate 8000 (80%): 6 aziende hanno raggiunto l'obiettivo e 2 hanno registrato volumi inferiori al 50% dell'atteso

## 2018-2019

- 16700 sigmoidoscopie + 1550 colonscopie indotte
- 3800 colonscopie da FIT

capacità attuale di assorbimento di richieste  
colposcopiche (3FS=1 Coloscopia)= **10950**  
colonscopie/anno




Anno	Inviti annuali	Aderenti	Colonscopie FIT+	Colonscopie sorveglianza	
2023	437898	183950	11445	1700	1325
2024	476065	203044	12591	2794	2120
2025	606995	255957	15966	2497	1772
2026	649822	276370	17205	5134	3042
2027	608123	264337	17975	6572	4008
2028	614147	270596	18401	8185	4092
2029	667752	316265	21506	8812	4158
2030	674358	322654	21940	11965	6705
2031	678144	327616	22278	13706	6853
2032	684498	333756	22695	15263	7384
2033	690696	339705	23100	18547	9996
2034	730507	362456	24647	20390	10195
2035	736513	368257	25041	22072	10789

# 70-74ENNI

Invito con priorità ai MAI aderenti al FIT dopo i 64 anni precedentemente, come da studio veneto (Zorzi)

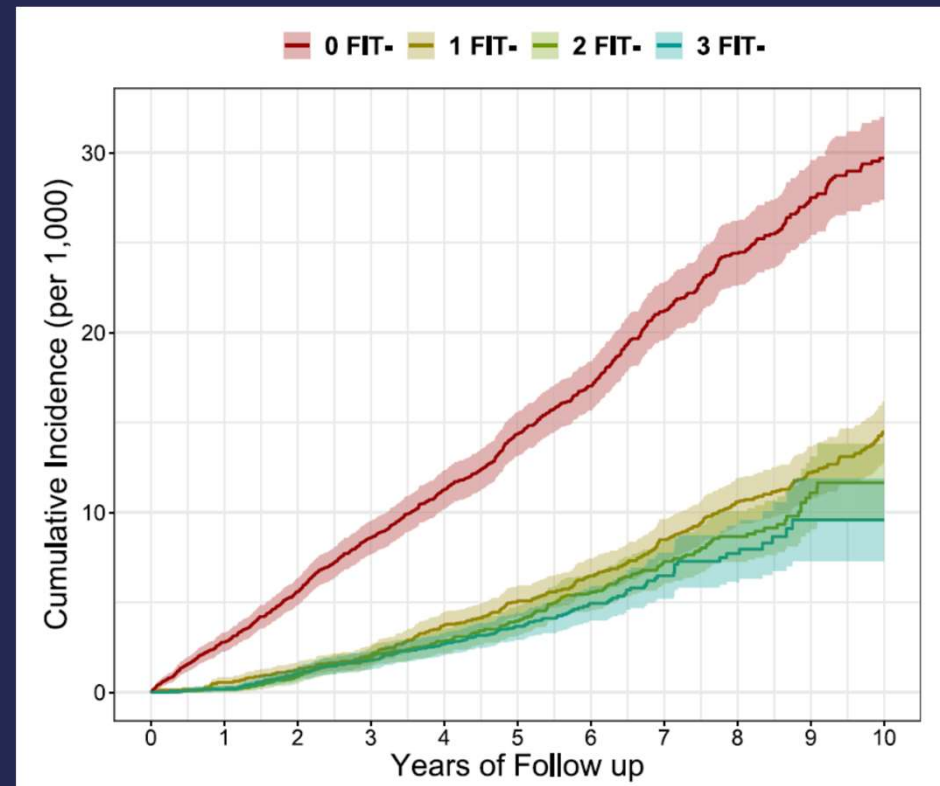
## Colorectal cancer incidence and mortality after negative fecal immunochemical tests by age 70: A prospective observational study

Manuel Zorzi<sup>1</sup>  | Jessica Battagello<sup>1</sup> | Anna Rita Fiore<sup>1</sup> | Laura Memo<sup>1</sup> |  
Carlo Senore<sup>2</sup> | Massimo Rugge<sup>1,3</sup> 

**Limited endoscopy capacity represents a barrier to the extension of screening coverage to people aged 70 to 74.** In this study, the 10-year cumulative colorectal cancer incidence and mortality were significantly higher in a cohort of 69-year-old individuals who never participated in screening compared to subjects with one, two, and three previous negative FITs.

### Colorectal cancer incidence and mortality after negative fecal immunochemical tests by age 70: A prospective observational study

Manuel Zorzi<sup>1</sup> | Jessica Battagello<sup>1</sup> | Anna Rita Fiore<sup>1</sup> | Laura Memo<sup>1</sup> | Carlo Senore<sup>2</sup> | Massimo Rugge<sup>1,3</sup>



Restricting screening among 70 to 74-year-olds to those without previous negative FITs could make the utilization of limited endoscopy resources more efficient and minimize the potential harms related to false-positive results in the elderly.

# IMPATTO ORGANIZZATIVO

## **Attività Laboratorio**

Il laboratorio unificato regionale con sede presso la AOU Città della Salute e della Scienza (sede SGAS) analizza attualmente circa 70000 campioni /anno (2021:84000).

Il volume di campioni da accettare aumenta del 250% nei primi due anni, del 300% nel 2025 e del 400% dal 2026, con un trend all'aumento negli anni successivi per stabilizzarsi su un volume annuale 5 volte più alto.

## **Sistema informativo**

Occorre analizzare e pianificare le modifiche che si rendono necessarie per gestire il nuovo scenario.



# UVOS CARICO DI LAVORO

Gli operatori UVOS gestiscono tutte le chiamate per gli assistiti positivi al FIT di screening per fissare gli appuntamenti per le colonscopie di approfondimento e gestiscono la distribuzione delle preparazioni intestinali. Negli ultimi anni il numero di persone da chiamare era in media intorno 5000 per anno. Questo numero raddoppierà nei primi due anni, aumenterà del 250% nel terzo e quarto anno per arrivare a 3 volte nel quinto anno e continuare a salire negli anni successivi fino ad arrivare a 5 volte il volume attuale entro 7-8 anni.

Occorre poi considerare l'attività di presa in carico degli assistiti inviati in sorveglianza post-polipectomia, che raggiungerà volumi pari al 30-35% dei positivi

# IMPATTO SULLE ENDOSCOPIE

- **Fabbisogno di risorse endoscopiche**

La **colonscopia** di approfondimento dopo FIT positivo comporta l'esecuzione di procedure operative in oltre la metà dei casi e, in una certa percentuale di casi, variabile anche in relazione alle pratiche dei diversi centri, richiede l'utilizzo della **sedazione cosciente**. La quota di esami da condurre in narcosi dovrebbe essere inferiore al 5%. Il tempo di sala è quindi generalmente di almeno 45 minuti. Vi è l'indicazione a concentrare gli **esami in sessioni dedicate**, per garantire una migliore qualità dell'esame (Zorzi et al. 2015).

Il personale dedicato per ogni sessione è composto **da un medico endoscopista e due unità di personale infermieristico (o un infermiere e un OSS)**.

Il livello di competenza richiesto per l'endoscopista è elevato, data l'elevata frequenza di esami che richiedono procedure operative complesse: un endoscopista che esegue una colonscopia di approfondimento deve avere le competenze necessarie ad asportare nel corso dell'esame anche lesioni di grosse dimensioni e/o di difficile accesso. È considerato accettabile rinviare la polipectomia, **riferendo il paziente a centri di III livello**, in caso di riscontro di lesioni molto estese, che sono attese in meno del 5% dei soggetti (EU guidelines 2010).

# COMUNICAZIONE

- Necessità di adottare un piano comunicativo idoneo all'introduzione del nuovo protocollo
- Giustificare l'adozione del nuovo protocollo e dettagliare i tempi
- Informare gli operatori sanitari (**MMG**) e la popolazione generale sul cambio di protocollo
- Utilizzare approcci specifici per la popolazione target
- Prestare attenzione all'interazione, da un punto di vista comunicativo, con il protocollo precedente (non creare insicurezze in chi ha effettuato FS...)
- Decidere le strategie della campagna informativa

