ABSTRACT BOOK GISCOR 2026
XIX CONVEGNO NAZIONALE
CIVITANOVA MARCHE
19-20 NOVEMBRE

pag	Titolo	Primo autore
2	Progetto SIED di Realtà Virtuale (VR) a supporto della campagna nazionale di prevenzione del tumore del colonretto: la simulazione immersiva quale strumento educativo, empatico e motivazionale	Alvisi Costanza
3	Classificazione del rischio di cancro colorettale a seguito di un FIT positivo nel programma di screening della Regione Emilia-Romagna	Baldacchini Flavia
4	Rischio di cancro colorettale attraverso dieci round consecutivi di screening di popolazione con test immunochimico fecale: uno studio di coorte	Barbiellini Amidei Claudio
5	Valutazione dell'associazione tra esposizione nelle macroaree industriali e incidenza del tumore del colon-retto in Basilicata: analisi comparativa con le aree montane non industrializzate	Bartolo Ottavia
6	L'invio domiciliare del kit tra equità e prossimità	Bici Amelia
9	Screening: un bene in Comune!	Casale Coralba
10	Il ruolo della mediazione linguistico-culturale sull'adesione alla colonscopia in soggetti FIT-positivi di religione islamica: studio osservazionale comparativo	Colangelo Roberta
11	Dalla consapevolezza all'azione: barriere alla partecipazione allo screening colorettale e prospettive di marketing sociale. Un'indagine esplorativa nella provincia di Teramo	Di Bonaventura Chiara
12	Strategie di recupero della copertura dello screening colorettale: l'esperienza dell'ASL Roma 2	Di Lullo Federica
13	Adesione al screening colorettale piemontese Prevenzione Serena: stranieri vs italiani (2023-2025)	Ferrante Gianluigi
14	Advanced adenoma detection rate nello screening colorettale: confronto tra colonscopia indice e sorveglianza	Geremicca Giorgia
15	L'impatto del GI Genius ColonPRO 4.0 nella colonscopia di qualità e nella detection rate di polipi adenomatosi e serrati	Grosso Roberta
16	Diagnosis, treatment and follow-up in patients with T1 colorectal cancer: a retrospective real-world study at AUSL-IRCCS of Reggio Emilia (T1-Care Study)	Manzotti Cristina
19	Impatto di un modello integrato con mediatrice culturale sull'adesione allo screening colorettale nella comunità islamica: studio osservazionale comparativo	Marino Pasquale
20	Oltre le sbarre, oltre l'invisibilità: la comunicazione come primo atto di prevenzione nello screening colorettale	Reale Daniela
21	Dalla non adesione all'accesso: l'assistente sociale come leva di equità nello screening colorettale	Seccia Basile Cristina
22	Lo screening stratificato in base al rischio: risultati preliminari dello studio BIOFIT nell'ambito del programma di screening organizzato del Piemonte	Senore Carlo
24	Il programma di screening in Provincia di Trento: il punto di vista dell'utente attraverso un'indagine di "customer satisfaction"	Vettori Giovanni

Titolo: Progetto SIED di Realtà Virtuale (VR) a supporto della campagna nazionale di prevenzione del tumore del colonretto: la simulazione immersiva quale strumento educativo, empatico e motivazionale

Autori: Costanza Alvisi[1]; Paolo Minerba[1]; Paola Cesaro[2]; Carmelo Luigiano[3]; Silvia Saettone[4]; Massimo Devani[5]; Alberto Fantin[6]; Maurizio Zilli[7]; Alessandro Pezzoli[8]; Nicola Mantovani[9]; Luigi Orsini[10]; Emanuele Marciano[11]; Giulio Petrocelli[12]; Giuseppe Galloro[13]

1 ASST Pavia
2 Fond. Poliambulanza Brescia
3 AOU Reggio Calabria
4 AOU Novara
5 ASST Valle Olona
6 IOV Ist. Oncologico Veneto
7 Policl. Città Udine
8 AOU Ferrara
9 ASST Mantova
10 AORN Cardarelli Napoli
11 AOU Pisa
12 ASST GOM Niguarda
13 AOU Federico II° Napoli

Obiettivi: Il carcinoma colorettale (CCR) è la terza neoplasia per incidenza e la seconda per mortalità, in aumento nei giovani. Lo screening con sangue occulto fecale è offerto al 94% degli aventi diritto, ma l'adesione è ferma al 33%: un divario imputabile soprattutto al deficit educativo-culturale. A supporto della Campagna Nazionale di Prevenzione del CCR, SIED ha ideato un progetto che propone la realtà virtuale (VR - visori 3D) come facilitatore comportamentale.

Metodi: Il progetto è stato realizzato in collaborazione con Osservatorio Metropolitano Milano-Fondazione Bambini nel Cuore, Regione Lombardia. Durante ESGE Days 2026 a Milano, SIED ha organizzato un evento per i cittadini che attraverso visori 3D hanno compiuto un viaggio immersivo nel colon, associato a un gioco a punti. Durante l'esperienza, per i giovani volta alla prevenzione primaria e per gli adulti anche secondaria, vi è stato il supporto di giovani medici SIED ed infermieri ANOTE/ANIGEA. Il grado di soddisfazione è stato rilevato mediante questionari di gradimento.

Risultati: L'esperienza ha avuto un elevato impatto emotivo, rendendo la prevenzione un vissuto in prima persona grazie a tre elementi di efficacia: coinvolgimento emotivo, apprendimento esperienziale e riduzione dell'ansia anticipatoria. All'analisi dei questionari, l'85% circa dei minori ed il 92% degli adulti si sono ritenuti molto soddisfatti dell'esperienza

Conclusioni: La VR parla un linguaggio vicino ai giovani, può unire le generazioni e integra, senza sostituirla, l'informazione medico-infermieristica. Rende il percorso di prevenzione più familiare, abbassa le barriere psicologiche e può aumentare l'adesione allo screening, diventando uno strumento educativo, empatico e motivazionale.

Titolo: Classificazione del rischio di cancro colorettale a seguito di un FIT positivo nel programma di screening della Regione Emilia-Romagna

Autori: Flavia Baldacchini, Orietta Giuliani, Silvia Mancini, Alessandra Ravaioli, Rosa Vattiato, Federica Zamagni, Lauro Bucchi, Fabio Falcini e screening tumore colorettale Regione Emilia-Romagna Working Group

Registro Tumori della Regione Emilia-Romagna, IRCCS Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori (IRST) Dino Amadori, Meldola, Forlì

Obiettivi: La tempestiva esecuzione della colonscopia dopo un test immunochimico fecale (FIT) positivo è fondamentale per l'efficacia dello screening colorettale. Tuttavia, la limitata disponibilità di risorse può determinare ritardi negli approfondimenti diagnostici. L'obiettivo di questo studio è stato sviluppare un modello di classificazione del rischio di cancro colorettale (CRC) nei soggetti con FIT positivo aderenti al programma di screening della Regione Emilia-Romagna.

Metodi: Sono stati analizzati i soggetti di 50–69 anni con FIT positivo nel periodo 2005–2024. È stato addestrato un Conditional Inference Decision Tree (CIDT) per identificare i predittori più rilevanti tra età, sesso, quantità di emoglobina, quantità cumulativa di emoglobina e round di screening.

Risultati: Tra 201.065 soggetti con FIT positivo, il 4% ha ricevuto una diagnosi di CRC. La concentrazione di emoglobina fecale è risultata il principale fattore di stratificazione, seguita da età e storia di screening. Nei gruppi con valori inferiori di emoglobina, il rischio stimato variava dall'1,4% al 4,6%. La probabilità minima (1,4%) riguardava soggetti di età non superiore a 59 anni già partecipanti a precedenti round. Nei gruppi con valori più elevati di emoglobina, il rischio raggiungeva il 19,9% tra i soggetti oltre i 57 anni al primo round.

Conclusioni: Le prestazioni moderate del modello, coerenti con la bassa prevalenza dell'outcome, suggeriscono l'integrazione di informazioni cliniche aggiuntive per migliorarne le performance. Tuttavia, i risultati indicano che il CIDT ha il potenziale per diventare uno strumento semplice, interpretabile e data-driven, utile a supportare i clinici nella programmazione della colonscopia.

Titolo: Rischio di cancro colorettale attraverso dieci round consecutivi di screening di popolazione con test immunochimico fecale: uno studio di coorte

Autori: Claudio Barbiellini Amidei[1], Giulia Capodaglio[2], Anna Turrin[2], Elena Narne[2], Jacopo Fagherazzi[3], Gianluigi Lustro[4], Melania Lorio[5], Davide Giacomin[6], Sara Previato[7], Michela Longone[8], Ciro Sannino[9], Rinaldo Zolin[10], Katia Grego[11], Cesare Hassan[12,13], Manuel Zorzi[1]

1 Registro Tumori del Veneto, Azienda Zero, Padova
2 Screening e Valutazione di Impatto Sanitario, Azienda Zero, Padova
3 Programmi di Screening e Promozione della Salute, Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 1 Dolomiti, Belluno
4 Servizio Programmi di Screening, Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana, Treviso
5 Screening Oncologici, Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 3 Serenissima, Venezia
6 Gastroenterologia, Azienda ULSS 4 Veneto Orientale, San Donà di Piave (VE)
7 Igiene e Sanità Pubblica, Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 5 Polesana, Rovigo
8 Educazione alla Salute e Screening, Azienda ULSS 6 Euganea, Padova
9 Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 7 Pedemontana, Bassano del Grappa (VI)
10 Epidemiologia, Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 8 Berica, Vicenza
11 Screening Oncologici, Azienda ULSS 9 Scaligera, Verona
12 IRCCS Humanitas Research Hospital, Rozzano (MI)
13 Dipartimento di Scienze Biomediche, Humanitas University, Pieve Emanuele (MI)

Obiettivi: Valutare indicatori di performance e rischio di cancro colorettale (CCR), adenoma avanzato (AAV), adenoma iniziale (AI) e positività al test immunochimico fecale (FIT) attraverso dieci round consecutivi di screening.

Metodi: Studio di coorte di popolazione nei programmi di screening organizzato del Veneto (2002-2026). I soggetti di 50-69 anni al primo FIT sono stati seguiti nei round biennali consecutivi e censurati alla prima mancata adesione (intervallo di 2 anni ±6 mesi). Per ogni round sono stati calcolati gli indicatori di performance. Modelli di Poisson aggiustati per età e sesso hanno permesso di stimare i rischi relativi (RR) rispetto al primo round.

Risultati: Tra 1.888.867 soggetti (5.077.918 episodi di screening), 15.156 hanno raggiunto il decimo round. Il FIT è risultato positivo in 211.179 episodi (4,16%), con adesione alla colonscopia dell'87,0%. Sono stati diagnosticati 6.687 CCR (1,3 per 1.000 episodi), 42.014 AAV (8,3 per 1.000) e 34.384 AI (6,8 per 1.000). Rispetto al primo round, i RR al secondo e al decimo round sono stati 0,37 (IC95% 0,35-0,40) e 0,14 (0,08-0,24) per il CCR, 0,59 (0,57-0,60) e 0,39 (0,33-0,47) per gli AAV, 0,82 (0,79-0,84) e 0,59 (0,49-0,71) per gli AI, 0,71 (0,70-0,71) e 0,46 (0,43-0,50) per la positività al FIT.

Conclusioni: Tra i soggetti aderenti, lo screening biennale con FIT si associa a una riduzione progressiva del rischio di CCR e lesioni precancerose in dieci round, senza che il rischio diventi mai trascurabile. Una storia di test negativi non giustifica, da sola, l'interruzione dello screening.

Titolo: Valutazione dell'associazione tra esposizione nelle macroaree industriali e incidenza del tumore del colon-retto in Basilicata: analisi comparativa con le aree montane non industrializzate

Autori: Ottavia Bartolo[1], Carlo Calabrese[2], Cristina Seccia Basile[3], Francesca Sanseverino[3]

1 U.O. Endoscopia Digestiva, IRCCS CROB – Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata, Rionero in Vulture (PZ)
2 Direttore Scientifico, IRCCS CROB – Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata, Rionero in Vulture (PZ)
3 U.O.C. Screening Oncologici Regionali e Prevenzione, IRCCS CROB – Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata, Rionero in Vulture (PZ)

Obiettivi: Valutare la potenziale associazione tra la residenza nelle macroaree industriali e l'incidenza o la mortalità per tumore del colon-retto, utilizzando come gruppo di controllo comparativo le aree montane non industrializzate della Basilicata.

Metodi: Utilizzando i dati del Registro Tumori della Basilicata e i rapporti dell'Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente (ARPA), sono stati confrontati i rapporti standardizzati di incidenza e mortalità per tumore del colon-retto tra i distretti industriali e i comuni delle aree rurali montane.

L'analisi è stata aggiustata tenendo conto delle differenze territoriali nella copertura dei programmi di screening del colon-retto e dei fattori di rischio associati agli stili di vita.

Risultati: Sebbene le aree montane abbiano registrato tassi inferiori di patologie respiratorie e di alcune specifiche neoplasie direttamente correlate agli inquinanti industriali, l'incidenza del tumore del colon-retto non ha evidenziato un incremento del rischio statisticamente significativo nelle macroaree industriali rispetto alle zone montane non industrializzate.

La distribuzione geografica osservata è risultata prevalentemente influenzata dalle differenze nell'adesione allo screening mediante ricerca del sangue occulto nelle feci (FOBT) e dai fattori alimentari e comportamentali legati agli stili di vita, comuni all'intero territorio regionale.

Conclusioni: L'analisi comparativa con le aree montane assunte come riferimento conferma che il tumore del colon-retto in Basilicata non presenta un profilo epidemiologico specificamente riconducibile all'esposizione industriale.

La sua incidenza risulta prevalentemente associata alle abitudini alimentari, agli stili di vita e all'efficacia della copertura dei programmi di prevenzione secondaria.

Titolo: L'invio domiciliare del kit tra equità e prossimità

Autori: Bici Amelia, Campari Cinzia

Centro Screening – AUSL - IRCCS di Reggio Emilia, Reggio Emilia

Obiettivi: La partecipazione al programma di screening del colon retto può essere influenzata da barriere logistiche, linguistiche, socioeconomiche e geografiche che possono determinare disuguaglianze nell'accesso allo screening. Dal 2020 Reggio Emilia ha introdotto la spedizione del kit per la ricerca del sangue occulto nelle feci direttamente a domicilio, per gli utenti che avevano aderito al round precedente. Per gli utenti mai aderenti o invitati per la 1° volta è stata invece mantenuta la modalità di invito con appuntamento e sede prestabilita per il ritiro del kit.
L'invio a domicilio del kit ha l'obiettivo di incentivare la partecipazione e ridurre le barriere all'accesso. L'obiettivo del presente è quello di valutare se, l'invio postale del dispositivo, ha ridotto le disuguaglianze all'accesso associate a variabili territoriali e sociodemografiche.

Metodi: Questa analisi è basata sui dati dello screening di Reggio Emilia. L'analisi confronta due coorti:
• Biennio 2018/2019, antecedente all'introduzione del kit a domicilio, in cui tutti gli utenti venivano invitati con appuntamento per il ritiro in presenza.
• Biennio 2024/2025, dove gli utenti al round precedente ricevono il kit a domicilio e tutti gli altri vengono invitati in presenza per il ritiro.
La partecipazione è stata stratificata per variabili sociodemografiche come origine, sesso e fascia d'età (50-54, 55-59, 60-64, 65-69). Per indagare possibili barriere legate al territorio, sono state considerate anche la zona altimetrica (Pianura, Collina, Montagna) e l'Indice di Fragilità comunale (IFC 2022) che identifica la vulnerabilità del comune di residenza (Bassa, media e alta fragilità).
Sono stati calcolati i Relative Risk (RR) per quantificare, in ciascun biennio, le differenze relative di adesione tra le categorie, rispetto ad un baseline. Sono stati inoltre calcolati gli odds ratio (OR) aggiustati per le caratteristiche individuali e territoriali considerate, con relativi intervalli di confidenza al 95%.

Risultati: La partecipazione allo screening del colon retto aumenta complessivamente del 2,7% nel biennio 2024/25 (Tab. 1), ma il dato più evidente è l'aumento dell'adesione negli utenti già aderenti, dove si passa dall'81% all'88% di adesione.
Analizzando nello specifico l'utenza già aderente al round precedente (Tab. 2), emerge che l'adesione è aumentata in tutte le categorie considerate. Questo risultato è coerente con l'obietto dell'invio domiciliare come intervento di prossimità, in quanto ha portato beneficio a tutte le categorie analizzate.
Stratificando l'analisi dell'adesione, si osserva che le categorie che hanno mostrato un maggiore incremento di adesione sono state:

- I cittadini provenienti dai **paesi a forte pressione migratoria** (+ 14 p.p. di incremento assoluto; rapporto RR 2018/2019 – 2024/2025: 1,14);
- Cittadini in fascia d'età **60-64** (+11 p.p. di incremento assoluto; rapporto RR 2018/2019 – 2024/2025: **1,13**);
- Cittadini in fascia d'età **65-69** (+10 p.p. di incremento assoluto; rapporto RR 2018/2019 – 2024/2025: **1,10**);
- Cittadini residenti in **comuni montani** (+10 p.p. di incremento assoluto; rapporto RR 2018/2019 – 2024/2025: 1,05);
- Cittadini residenti in comuni ad **alta fragilità territoriale** (+8 p.p. di incremento assoluto; rapporto RR 2018/2019 – 2024/2025: 1,03);

Inoltre, il confronto tra i due bienni evidenzia un aumento delle odds di adesione in tutti i gruppi analizzati (Fig. 1). L'incremento è evidente soprattutto nei cittadini stranieri, dove gli odds di adesione sono circa 2 volte superiori nel 2024/25 rispetto al 2018/19 tra i già aderenti (OR: 2,05, CI 95% 1,92 – 2,18) e circa 1,7 tra i non aderenti (OR 1,71; CI 95% 1,61–1,82). Nei migranti si osserva un aumento delle odds di adesione indipendentemente dalla modalità di invito, ma il beneficio è particolarmente evidente per coloro che erano già aderenti al round precedente.
Si registra un aumento, più contenuto, anche negli italiani già aderenti (OR 1,68; CI 95% 1,63–1,73).
L'analisi delle odds ratio fatta per livello di IFC (Fig. 2), non evidenzia variazioni significative per utenti non aderenti al round precedente. Tra gli utenti già aderenti si osserva invece un aumento in tutte le classi e risulta più marcato nella classe di fragilità più alta (OR 1,86; CI 95% 1,64–2,12).

Conclusioni: Nel biennio 2024/25 si osserva un incremento complessivo della partecipazione allo screening, particolarmente evidente tra le persone già aderenti al round precedente. L'analisi stratificata evidenzia un aumento dell'adesione rilevante tra i migranti, nelle fasce d'età più elevate e nei territori caratterizzati da maggiore vulnerabilità, sia sociale che geografica.
I risultati suggeriscono che sia importante promuovere azioni organizzative di prossimità che riducano le barriere all'accesso per tutta la popolazione e non mirate a singoli gruppi. Soluzioni come l'invio del kit a domicilio favoriscono in maniera trasversale tutta la popolazione e contribuiscono a ridurre le disparità di partecipazione.

Tabella 1. Tassi di adesione per biennio e adesione al round precedente

Popolazione	2018/19	2024/25	Δ (p.p.)
Popolazione complessiva	60,6%	63,3%	+2,7 p.p.
Non aderenti / mai invitati	28,6%	30,0%	+1,4 p.p.
Già aderenti	81,1%	88,0%	+6,9 p.p.

Tabella 2. Adesione stratificata negli utenti già aderenti

Categoria	Adesione 2018/19	Adesione 2024/25	Variazione assoluta (p.p.)
50-54	84%	84%	+0 p.p.
55-59	80%	87%	+7 p.p.
60-64	80%	90%	+11 p.p.
65-69	81%	91%	+10 p.p.
ITA	83%	89%	+6 p.p.
PFPM	63%	77%	+14 p.p.
Pianura	83%	88%	+6 p.p.
Collina	83%	89%	+6 p.p.
Montagna	77%	87%	+10 p.p.
Bassa fragilità	83%	89%	+6 p.p.
Media fragilità	82%	88%	+5 p.p.
Alta fragilità	80%	88%	+8 p.p.

Figura 1. Odds ratio adesione 2024/25 su 2018/19 per origine e adesione al round precedente

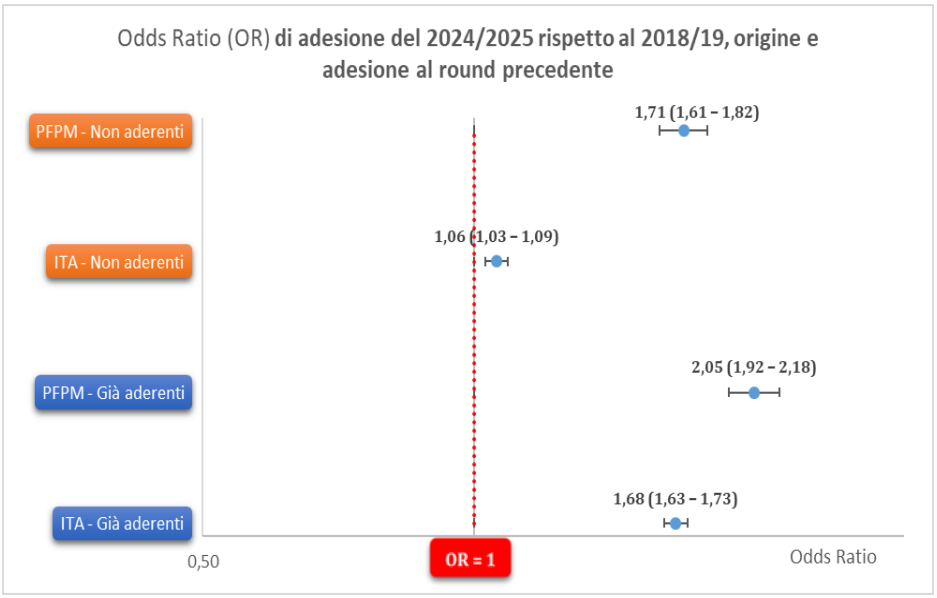
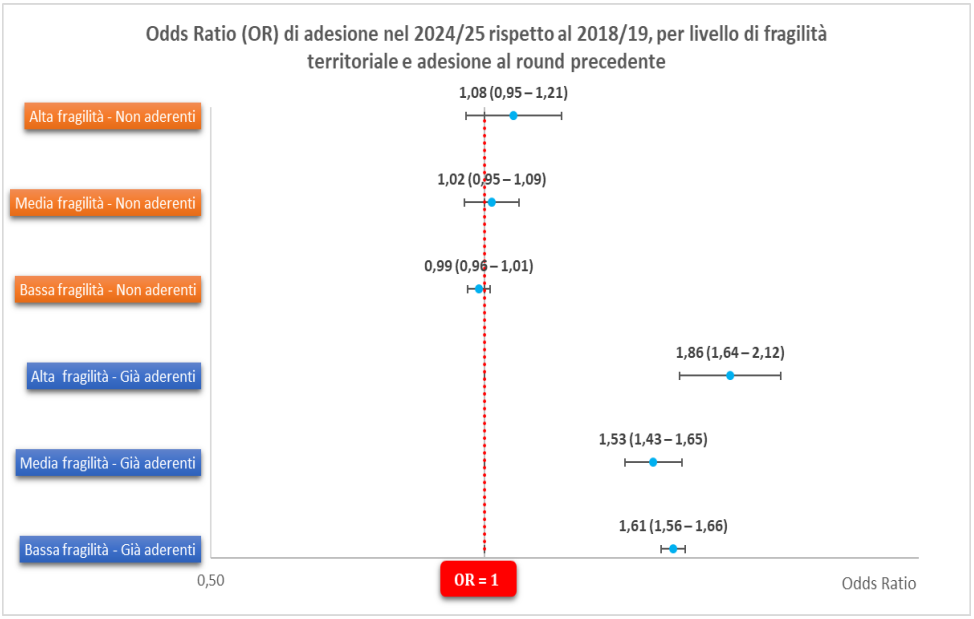


Figura 2. Odds ratio adesione 2024/25 su 2018/19 per IFC e adesione al round precedente



Titolo: Screening: un bene in Comune!

Autori: Coralba Casale[1], Giuseppe Melucci[1], Marco Di Marco[2], Michela Ermeti[1], Filomena Locuratolo[1], Cristiana Perazzini[1], Kristian Gianfreda[3], Elisa Proverbi[4], Angelo De Padova[5]

1 CPO Rimini
2 Direttore U.O. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Rimini
3 Assessore alle politiche della salute, Comune di Rimini
4 Segreteria politiche per la salute, Comune di Rimini
5 U.O. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Rimini

Obiettivi: Sensibilizzare i dipendenti Comunali sul tema della Prevenzione dei tumori del colon retto attraverso l'adesione semplificata al percorso screening.

Metodi: In marzo 2026, in collaborazione con l'assessore alle Politiche per la salute del Comune di Rimini, abbiamo co-progettato la distribuzione diretta dei kit ai dipendenti comunali, evitando loro il passaggio in farmacia. Una settimana prima dell'evento sono state condivise e diffuse sull'intranet del Comune, le campagne di comunicazione screening regionali con i video tutorial sulla raccolta del campione ed i pieghevoli. Inoltre la segreteria ha inviato una mail a tutti di dipendenti con lo slogan: **"Lo screening un bene in Comune!"** con i dettagli sulla iniziativa.

Risultati: Con Arianna S4P di Dedalus, al nostro info point, in 2 mattinate - 16 marzo e primo aprile 2026 - abbiamo verificato lo stato screening di 155 dipendenti comunali (e familiari) in fascia 50-74 anni e distribuito 77 kit: hanno riconsegnato il campione 44 persone, di cui solo 1 è risultato positivo ed ha eseguito la colon, con esito negativo.

Conclusioni: Realizzare l'evento in Comune, nel mese europeo della prevenzione dei tumori al colon retto, ha significato coinvolgere le Politiche per la salute di Rimini per sensibilizzarle sul tema dell'adesione al programma di screening oltre che creare un ponte tra sanità e politica per trovare strategie condivise. Nell'ottica di migliorare l'adesione, permane il nodo cruciale di avvicinare allo screening i "mai aderenti", fidelizzare gli "aderenti" e ottimizzare la percentuale di kit riconsegnati, dopo il ritiro in farmacia. In dicembre 2026 analoga iniziativa verrà ripetuta presso il Comune di Riccione.

Titolo: Il ruolo della mediazione linguistico-culturale sull'adesione alla colonscopia in soggetti FIT-positivi di religione islamica: studio osservazionale comparativo

Autori: Roberta Colangelo[1], Pasquale Marino[1], Cristina Seccia Basile[2], Daniela Reale[2], Francesca Sanseverino[2]

1 Laboratorio di Ricerca Preclinica e Traslazionale, IRCCS CROB – Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata, Rionero in Vulture (PZ)
2 U.O.C. Screening Oncologici Regionali e Prevenzione, IRCCS CROB – Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata, Rionero in Vulture (PZ)

Obiettivi: Le barriere culturali, religiose e linguistiche possono ostacolare l'adesione allo screening per il cancro del colon-retto (CCR) nella comunità islamica. L'obiettivo è valutare l'efficacia di un modello organizzativo integrato (recall attivo e brochure multilingue) gestito da una mediatrice linguistico-culturale nell'incrementare l'adesione allo screening di 2° livello.

Metodi: Studio osservazionale comparativo condotto dal 01/01/2026 al 31/08/2026 su una popolazione target di 2.000 cittadini islamici invitati al 1° livello. Tra i soggetti positivi al test FIT (n=140), la mediatrice ha svolto recall attivo e somministrato materiale informativo tradotto (arabo, urdu, francese). I dati sono stati confrontati con la coorte dello stesso periodo 2025 (target 2.000; FIT-positivi n=110; invito standard). Sono stati calcolati Risk Ratio (RR), Odds Ratio (OR) e Absolute Risk Difference (ARD) con IC 95%.

Risultati: La compliance alla colonscopia è aumentata significativamente dal 40,9% (45/110) nel 2025 al 75,0% (105/140) nel 2026 ($\chi^2 = 28,43$; $p < 0,0001$). L'analisi inferenziale conferma un aumento del tasso relativo di partecipazione del +83% (RR = 1,83; IC 95%: 1,44–2,34) e un OR pari a 4,33 (IC 95%: 2,53–7,43). L'incremento di ARD è stato pari a +34,09% (IC 95%: 22,43%–45,75%), determinando un NNT di 2,93 (IC 95%: 2,19–4,46), indice di un'elevata efficienza del reclutamento attivo (1 dropout evitato ogni ~3 FIT-positivi).

Conclusioni: L'intervento basato su una mediatrice culturale e sul supporto multilingue riduce drasticamente l'abbandono del percorso diagnostico tra il 1° e il 2° livello nella popolazione islamica. Il modello garantisce l'equità d'accesso e l'appropriatezza nei percorsi di prevenzione oncologica di 2° livello.

Titolo: Dalla consapevolezza all'azione: barriere alla partecipazione allo screening colorettale e prospettive di marketing sociale. Un'indagine esplorativa nella provincia di Teramo

Autori: Chiara Di Bonaventura[1,2], Nico Bortoletto[1]

1 Università degli Studi di Teramo – Dipartimento di Scienze della Comunicazione
2 ASL di Teramo – UOSD Obiettivi di Salute e Screening

Obiettivi: Esplorare il divario tra consapevolezza dell'importanza della prevenzione e partecipazione allo screening colorettale, analizzando conoscenze e barriere percepite come base per interventi di comunicazione sanitaria e marketing sociale.

Metodi: Studio trasversale esplorativo su 390 residenti di 50-69 anni nella provincia di Teramo, reclutati mediante campionamento non probabilistico. Questionario strutturato, analisi bivariate, fattoriale esplorativa, cluster analysis e regressione logistica multivariata, condotta sull'intero campione e su 197 partecipanti invitati senza colonscopia recente.

Risultati: Il 98,7% riconosce l'importanza preventiva dello screening, ma il 56,9% dichiara di aver consegnato il FIT. Familiarità con il test e informazione percepita risultano associate alla partecipazione. Emergono tre dimensioni di barriera (disagio e pudore, tempo, timore della procedura) e quattro profili, tra cui i procrastinatori (7,7%, FIT 23,3%). Le barriere temporali mantengono un'associazione negativa con la consegna del FIT nei due modelli (OR = 0,30; IC 95%: 0,21–0,45 nel sottogruppo). Disagio e pudore aggregati non risultano significativi nel modello multivariato (OR = 0,75), mentre disagio nella raccolta e imbarazzo nella consegna in farmacia risultano associati alla mancata partecipazione nelle analisi bivariate.

Conclusioni: La consapevolezza dell'importanza della prevenzione non garantisce la partecipazione. Le barriere emerse suggeriscono interventi differenziati, ma la loro interpretazione non può prescindere da una valutazione delle modalità di offerta e dell'organizzazione del servizio. Comunicazione sanitaria e marketing sociale dovrebbero interrogarsi non soltanto sulla quantità di informazioni trasmesse, ma sui contenuti e sugli ostacoli. Il campione, non probabilistico e con possibile autoselezione, non consente generalizzazioni statistiche ma rappresenta un caso di validità sostantiva. Approfondimenti sui non-responder potranno integrare queste dimensioni.

Titolo: Strategie di recupero della copertura dello screening colorettale: l'esperienza dell'ASL Roma 2

Autori: Federica Di Lullo[1], Maria Teresa Riccardi[1,2], Emilia Rossi[1], Beatrice Taroni[1], Valentina Pettinicchio[1]

1 Dipartimento di Prevenzione, ASL Roma 2, Roma
2 Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università di Roma Tor Vergata, Roma

Obiettivi: Si intende valutare l'attività svolta da settembre 2025 ad aprile 2026 a recupero della copertura 2025 (12%), compromessa dalla carenza di campionatori per FIT.

Metodi: Da settembre 2025 è stata potenziata la chiamata attiva di coloro che fino a quel momento non era stato possibile invitare. Nel primo quadrimestre 2026 sono stati sollecitati tramite lettere e SMS oltre 180.000 non aderenti e assistiti con kit non riconsegnato. Da marzo è stata parallelamente avviata l'attività di invito 2026. Tramite SIPSO 2.0 sono stati analizzati l'andamento delle riconsegne dei kit da ottobre 2025 ad aprile 2026 e gli esiti dei solleciti SMS. La copertura è stata rilevata dai dati regionali.

Risultati: Entro dicembre 2025 è stato raggiunto l'intero target annuale di 215.000 assistiti. La media mensile delle riconsegne è aumentata da 4.899 nell'ultimo trimestre 2025 a 6.824 nel primo quadrimestre 2026 (+39%). Il 15% (n. 6.732) dei non aderenti sollecitati per SMS (n. 43.727) ha risposto. Dei sollecitati via SMS per kit non riconsegnato (n. 4.086) ha risposto il 28% (n. 1.145). La copertura ha raggiunto il 22% (+10%).

Conclusioni: Integrare strategie diverse di chiamata è risultato efficace. Per il 2026 si è sistematizzata l'attività di promemoria e sollecito tramite SMS e App IO, coinvolgendo inoltre i Medici di Medicina Generale nella promozione e nell'offerta attiva. L'interfaccia costante con le strutture di secondo livello ha supportato il crescente fabbisogno di prestazioni, a tutela della qualità e della sostenibilità dell'intero percorso di screening

Titolo: Adesione al screening colorettale piemontese Prevenzione Serena: stranieri vs italiani (2023-2025)

Autori: G. Ferrante[1], M. Silvani[1], C. Piccinelli[1], V. Grammatico[2], A. Castella[3], M. Maconi[4], L. Giordano[1], C. Senore[1]

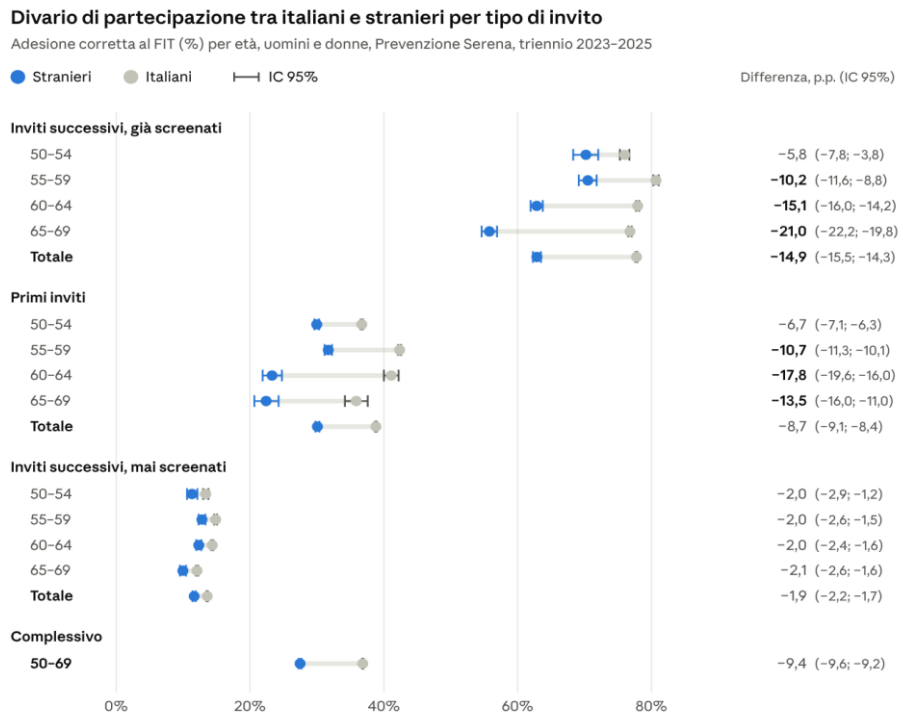
1 SSD Epidemiologia e screening - CPO. AOU Città della Salute e della Scienza.
2 UVOS ASL TO5. ASL TO5
3 UVOS ASL TO3. ASL TO3
4 UVOS ASL Alessandria

Obiettivi: Valutare e quantificare la differenza di partecipazione allo screening colorettale con FIT tra popolazione straniera e italiana, individuando le condizioni di maggiore svantaggio per gli stranieri.

Metodi: Sono stati analizzati gli inviti FIT del programma di screening colorettale piemontese Prevenzione Serena nel 2023–2025 (50–69 anni). Data la stabilità dei risultati nei tre singoli anni, i dati sono stati sommati e analizzati per tipo di invito (primo invito; successivo a mai screenati e già screenati), sesso ed età. L'adesione corretta è stata confrontata come differenza in punti percentuali (p.p.) con IC 95%, escludendo dal report gli strati con meno di 1.000 invitati eleggibili.

Risultati: Sono stati considerati in totale nei tre anni 192.187 inviti eleggibili a stranieri e 1.390.596 a italiani. L'adesione degli stranieri è inferiore (27,5% vs 36,9%; −9,4 p.p.). Il divario è massimo tra i già screenati (62,9% vs 77,8%; −14,9 p.p.) e cresce con l'età, fino a −21,0 p.p. a 65–69 anni (−23,2 nelle donne). Ai primi inviti il divario è −8,7 p.p., maggiore negli uomini (−10,5 vs −8,2 p.p.) e dopo i 55 anni, fino a −21,7 p.p. nelle donne di 60–64 anni. Tra i mai screenati è minimo (−1,9 p.p.) e simile per tutte le fasce di età.

Conclusioni: Lo svantaggio degli stranieri è presente già al primo invito, soprattutto negli uomini e dopo i 55 anni, e si accentua nei round successivi: chi ha già eseguito il test torna meno, tanto più con l'età. Tra i mai screenati la bassa adesione accomuna i due gruppi. Richiami mirati agli stranieri già screenati, in particolare donne e ultrasessantenni, potrebbero ridurre il divario.



Titolo: Advanced adenoma detection rate nello screening colorettale: confronto tra colonscopia indice e sorveglianza

Autori: Giorgia Geremicca[1,2], Annalisa Trevisan[3], Eleonora Cortellazzi[3], Matteo Tozzi[1,2], Floriana Pensa[4], Veronica Scardigli[5], Rosa Lavieri[6], Manuele Furnari[2], Luigi Laghi[3,7], Lorenzo Camellini[1].

1 Unità Endoscopica, Ospedale Sant'Andrea, La Spezia
2 Divisione di Gastroenterologia, Dipartimento di Medicina Interna, Università di Genova, Genova, Italy, IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, Genova
3 Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università di Parma, Parma
4 Centro Screening Oncologico ATS Liguria, Area 5, La Spezia
5 Controllo Gestione ATS Liguria, Area 5, La Spezia,
6 S.C. Organizzazione dei Percorsi di Cura e Continuità assistenziale, Area Liguria Salute – ATS
7 Unità di Gastroenterologia ed Endoscopia, Parma, Ospedale Universitario

Obiettivi: La sorveglianza endoscopica dopo colonscopia FIT-positiva ha l'obiettivo di intercettare precocemente la comparsa di nuove lesioni. La valutazione dell'adenoma detection rate (ADR), della advanced adenoma detection rate (AADR) e dell'aderenza ai controlli consente di descrivere l'efficacia del percorso di sorveglianza dopo la colonscopia indice. L'obiettivo primario dello studio è valutare l'AADR alla colonscopia indice e in quelle di sorveglianza. Gli obiettivi secondari sono: la valutazione della ADR alla colonscopia indice e in quelle di sorveglianza; l'incidenza di CCR dopo la colonscopia indice; l'aderenza al programma di sorveglianza.

Metodi: Studio retrospettivo comprendente 761 soggetti FIT-positivi sottoposti a colonscopia tra gennaio 2016 e dicembre 2017 nella ASL5 "Spezzino". I dati di follow-up sono stati estratti dal database dello screening, da quello dell'endoscopia e della anatomia patologica, dalle SDO della ASL 5 e da quelle relative alla mobilità passiva. Per ogni soggetto sono stati raccolti i dati demografici e l'aderenza agli intervalli di sorveglianza; per ogni procedura il numero, la sede, le dimensioni e le caratteristiche istologiche delle lesioni, la tecnica di resezione, l'intervallo di sorveglianza raccomandato e l'aderenza alla sorveglianza. I pazienti a basso rischio erano invitati a FIT dopo 5 anni.

Risultati: L'età media era 59,9±5,3 anni e il 51,9% dei soggetti era di sesso femminile. Alla colonscopia indice furono identificati 94 adenomi non avanzati, 191 adenomi avanzati e 20 carcinomi colorettali (CCR). 236 soggetti furono inseriti nel programma di sorveglianza e 182 (77,1%) aderirono al primo controllo; ai controlli successivi 48 su 120 (40%). La AADR nelle colonscopie indice risultò significativamente superiore rispetto a quella osservata nelle colonscopie di sorveglianza (25,1% vs. 4%; p< 0,05, nonostante l'ADR fosse inferiore (37,5% vs. 45,3%; p=0,05). Nei pazienti aderenti ad almeno un controllo del programma di sorveglianza furono diagnosticati 2 CCR, entrambi i casi in occasione di un controllo; in due pazienti in cui la sorveglianza non era stata consigliata furono diagnosticati 2 CCR, 7 anni dopo la colonscopia indice; entrambi i pazienti non avevano successivamente aderito al FIT. Non abbiamo osservato CCR intervallo nella nostra popolazione.

Conclusioni: La sorveglianza post-polipectomia è caratterizzata da un elevato ADR e permette la diagnosi di ulteriori CCR, ma è associata a una marcata riduzione della AADR rispetto alla colonscopia indice. L'aderenza alla sorveglianza è elevata al primo controllo, ma diminuisce sensibilmente nelle successive colonscopie di sorveglianza, rappresentando un potenziale elemento critico della sorveglianza a lungo termine.

Titolo: L'impatto del GI Genius ColonPRO 4.0 nella colonscopia di qualità e nella detection rate di polipi adenomatosi e serrati

Autori: Grosso Roberta, Carloni Lorenzo, Ballanti Sofia, Mussetto Alessandro

Obiettivi: La qualità della colonscopia di screening è determinata da specifici indicatori di performance, in particolare ADR, il tempo di retrazione (WT), il tasso di intubazione del cieco e la qualità della preparazione intestinale. Attenzione crescente si sta spendendo anche per il Proximal Serrated Polyp Detection Rate (pSPDR). GI Genius ColonPro 4.0 (Medtronic) è la prima piattaforma computer-aided quality control (CAQ) approvata dall'FDA per la valutazione della qualità nelle colonscopie. Scopo di questo studio è valutare l'agreement tra i parametri di qualità generati dal ColonPro 4.0 e quelli documentati dall'endoscopista, e descrivere il potenziale cambiamento nell'ADR e nel pSPDR tra le colonscopie di screening eseguite senza l'utilizzo del ColonPro e la fase di intervento.

Metodi: studio clinico unicentrico osservazionale con disegno prima-dopo, condotto presso l'Ospedale Santa Maria delle Croci di Ravenna, nel periodo compreso tra giugno e settembre 2026, su pazienti afferenti al programma screening CCR sia SOF+ che follow up, e strutturato in due fasi:

- Fase 1: Raccolta retrospettiva di ADR e del pSPDR delle colonscopie di screening eseguite in assenza dell'ausilio di GI Genius, nel periodo compreso dal 1 giugno al 31 luglio 2026.
- Fase 2: Introduzione nella sala endoscopica del Genius nel periodo dal 1 agosto al 30 settembre 2026, e raccolta prospettica dei dati.

Nel gruppo di colonscopie di fase 2, al termine dell'esame endoscopico, l'endoscopista ha compilato il referto in cieco rispetto all'output della macchina, con particolare riferimento ai parametri di qualità.

Risultati: GI Genius mostra un accordo buono con l'operatore sul WT (ICC 0.78, $p<0.001$), pressoché completo sull'intubazione cecale (99%, K di Cohen non calcolata), ma basso (ICC 0.29, $p<0.001$) sul punteggio BBPS, in accordo con i dati di letteratura.

Per quanto riguarda l'ADR e il pSPDR, abbiamo osservato una differenza non statisticamente significativa tra la fase osservazionale e la fase di intervento per quanto riguarda l'ADR (56,1% vs 55,6%, p=0,94), mentre il pSPDR è quasi triplicato (5,8% vs 15,3%, p = 0,030).

Restringendo l'analisi ai singoli sottogruppi, l'aumento del pSPDR è presente in entrambe le indicazioni: nel FOBT positivo il pSPDR passa dal 7,3% (7/96) al 15,4% (6/39, p = 0,20), e nel follow-up post-polipectomia dal 3,9% (3/77) al 15,2% (5/33, p = 0,051), non raggiungendo la signicatività statistica per il basso numero di pazienti arruolati.

Conclusioni: In conclusione, la CAQ mediante GI genius ColonPro 4.0 ha mostrato una buona concordanza con l'endoscopista per la maggior parte dei parametri qualitativi, incrementando la detection rate per i polipi serrati del colon destro. Questi risultati andranno confermati in futuri studi multicentrici controllati su più ampia casistica.

Titolo: Diagnosis, treatment and follow-up in patients with T1 colorectal cancer: a retrospective real-world study at AUSL-IRCCS of Reggio Emilia (T1-Care Study)

Autori: Cristina Manzotti, Martina Pambianco, Pianigiani Federica, Veronica Iori, Pietro Lopresti, Lucarini Matteo, Candida Bonelli, Laura Boroni Grazioli, Romano Sassatelli

AUSL-IRCCS di Reggio Emilia

Aims: To describe and analyze data on all patients diagnosed with T1 colorectal cancer from 2007 (year of introduction of ESD at our department) to 2024.

Methods: Retrospective cohort study on patients with an hystopathological diagnosis of T1 colorectal cancer between 2007 and 2024 at AUSL-IRCCS of Reggio Emilia, irrespective of treatment received, with minimum follow-up 6 months. Data on demographics, risk factors, endoscopy, treatment, hystology and follow-up were collected on RedCap, with a total of 263 variables per patient.

Results: A total of 537 patients with histologically confirmed T1 colorectal cancer diagnosed between 2007 and 2024 were included, irrespective of the treatment received. Mean age at diagnosis was 67 ± 13 years, and 41.1% of patients were female. Regarding endoscopic characteristics, median lesion size was 20 mm (IQR 12–39). Lesions were located in the right colon in 32%, left colon in 43%, and rectum in 24% of cases. Morphology was classified as sessile in 33.3%, pedunculated in 37.3%, and flat in 29.3%. Only 34% of lesions were endoscopically suspected to be T1 cancer at the time of the procedure. Initial treatment was endoscopic in 505/537 patients (94%), including EMR in 389 (77%), ESD in 105 (20.8%), and EFTR in 8 (1.6%). Primary surgery was performed in 32/537 patients (6%), including 1 TAMIS, 15 right colectomies, 2 transverse colectomies, 6 left colectomies, and 8 anterior rectal resections. Among the 505 patients initially treated endoscopically, 4 (0.8%) subsequently underwent EFTR, while 281 (55.6%) underwent completion surgery due to positive resection margins and/or high-risk histological features in surgically fit patients. Overall, definitive treatment consisted of endoscopic resection in 224/537 patients (41.7%) and surgery in 313/537 (58.3%). Among patients undergoing definitive surgery, lymph node involvement (N+) was found in 22/313 (7.0%); 16 of these patients received adjuvant treatment. Table 1 summarizes outcomes in patients treated definitively by endoscopy with available follow-up. Forty-four deaths were recorded, only 2 of which were colorectal cancer (CRC)-related. Two distant recurrences and four local recurrences were observed. All local recurrences consisted of invasive CRC and occurred in patients with positive resection margins after endoscopic treatment who did not undergo completion surgery because of comorbidities or patient refusal. Table 2 summarizes outcomes in patients treated definitively by surgery with available follow-up. Sixteen deaths were recorded, only one of which was CRC-related. Five distant recurrences and no local recurrences were observed. Details on the 7 patients with distant recurrence are shown in Table 3. Among them, 6 had at least one high risk hystological factor among high grade budding, lymphovascular invasion or high grading, while 1 of them who was treated with endoscopy had no histological risk factors; 3 out of 5 patients treated with surgery who experienced distant recurrence had positive lymphnodes at pathology and only one of them had undergo adjuvant therapy.

Conclusions: In this large single-centre cohort, endoscopic resection represented the initial treatment strategy in the vast majority of patients with T1 colorectal cancer, although more than half subsequently required completion surgery. Local recurrence after definitive endoscopic treatment was uncommon and exclusively occurred in patients with positive resection margins who did not undergo surgery. Distant recurrences were rare in both groups and were strongly associated with high-risk histological features and with lymphnode positivity after surgery.

Table 1. Outcomes in patients treated definitively by endoscopy

SURGICAL TREATMENT (313 PATIENTS)						
Follow up	**N° of patients observed**	**Total deaths**	**Non CCR-related deaths**	**CCR-related deaths**	**Distant recurrences**	**Local recurrence (advanced CCR)**
6-12 months	255	7	7	0	1	0
18-24 months	192	2	2	0	3	0
36 months	139	3	3	0	0	0
48 months	123	2	2	0	1	0
60 months	167	2	1	1	0	0
	Total N°	**16**	**15**	**1**	**5**	**0**

Table 2. Outcomes in patients treated definitively by surgery

ENDOSCOPIC TREATMENT (224 PATIENTS)						
Follow up	**Patients observed**	**Total deaths**	**Non CCR-related deaths**	**CCR-related deaths**	**Distant recurrences**	**Local recurrence (advanced CCR)**
6-12 months	146	17	16	1	1	3
18-24 months	108	9	9	0	0	0
36 months	66	4	4	0	0	0
48 months	59	9	9	0	1	1
60 months	92	5	4	1	0	0
	Total N°	**44**	**42**	**2**	**2**	**4**

Table 3. Characteristics of patients with distant recurrences

PATIENTS WITH DISTANT RECURRENCE							
ID	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Age	63	80	83	74	59	66	74
Sex	M	F	F	M	F	M	F
Year diagnosis	2021	2017	2023	2024	2021	2015	2011
Location	Sigmoid	Rectum	Sigmoid	Sigmoid	Sigmoid	Sigmoid	Sigmoid
Size (mm)	30	30	20	20	12	25	40
Suspicion at endoscopy	Yes	Yes	No	No	No	No	No
Primary treatment	Endoscopy (EMR en bloc)	Endoscopy (ESD en bloc)	Endoscopy (EMR en bloc)	Endoscopy (EMR en bloc)	Endoscopy (EMR en bloc)	Endoscopy (EMR en bloc)	Endoscopy (EMR piecemeal)
Margins	R0	R1	R0	R0	R0	R1	RX
Type of underlying adenoma	Tubulovillous	Tubulovillous	Tubulovillous	Tubulovillous	Tubulovillous	Sessile serrated	Tubulovillous
Depth of SMI (mm)	2	3	5	2.5	0.5	4	NA
Width of SMI (mm)	4	7	12	5	1.5	9	NA
Grading	G3	G3	G1	G1	G1	G1	G1
LVI	Yes	No	No	Yes	No	Yes	No
Budding	High grade	High grade	High grade	High grade	Absent	Absent	High grade
MDT discussion	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No
Secondary treatment	Surgery (Left colectomy)	No (refusal of surgery)	Surgery (Sigmoidectomy)	Surgery (Left colectomy)	No (absence of risk factors)	Surgery (Left colectomy)	Surgery (Sigmoidectomy)
N status (if surgery)	N0	\	N1a	N0	\	N2b	N1
Adjuvant therapy	No	No	No	No	No	Yes	No
Time of recurrence (months)	18	6	24	18	48	6	48
Type of recurrence	Pumonary metastasis	Liver metastasis	Pulmonary metastasis	Pumonary metastasis	Pumonary metastasis	Pulmonary metastasis	Liver metastasis

Titolo: Impatto di un modello integrato con mediatrice culturale sull'adesione allo screening colorettale nella comunità islamica: studio osservazionale comparativo

Autori: Pasquale Marino[1], Roberta Colangelo[1], Cristina Seccia Basile[2], Martina Mastrizzi[2], Francesca Sanseverino[2]

1 Laboratorio di Ricerca Preclinica e Traslazionale, IRCCS CROB – Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata, Rionero in Vulture (PZ)
2 U.O.C. Screening Oncologici Regionali e Prevenzione, IRCCS CROB – Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata, Rionero in Vulture (PZ)

Obiettivi: Valutare l'impatto clinico-organizzativo dell'integrazione di una mediatrice linguistico-culturale sull'adesione allo screening di 1° livello del carcinoma del colon-retto (test FIT) in una coorte di cittadini islamici residenti sul territorio.

Metodi: Studio osservazionale comparativo condotto dal 01/01/2026 al 31/08/2026 su 2.000 cittadini islamici (popolazione target) sottoposti a recall e orientamento attivo con mediatrice. La coorte è stata stratificata per età (50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70+) e confrontata con la coorte storica 2025 (N=2.000, invito standard). Sono stati calcolati Risk Ratio (RR), Odds Ratio (OR), Absolute Risk Difference (ARD) e test del Chi-quadrato (χ^2) con intervalli di confidenza al 95% (IC 95%).

Risultati: Nel 2026 l'adesione è aumentata del 32,5% (650/2.000) rispetto al 25,0% (500/2.000) del 2025 ($\chi^2 = 27,27$; $p < 0,0001$; +30,0% di partecipanti). L'analisi ha confermato un RR di 1,30 (IC 95%: 1,18–1,44), un OR di 1,44 (IC 95%: 1,26–1,66) e un'ARD del +7,50% (IC 95%: 4,72%–10,28%). La stratificazione per età ha mostrato tassi di adesione omogenei: 33,2% nei 50-54 anni (208/626), 32,3% nei 55-59 anni (179/554), 30,4% nei 60-64 anni (134/441), 33,5% nei 65-69 anni (105/313) e 36,4% nei 70+ anni (24/66). Il test di eterogeneità inter-coorte non ha mostrato differenze significative ($\chi^2 = 1,66$; $p = 0,7973$).

Conclusioni: L'integrazione della mediatrice linguistico-culturale ha rimosso efficacemente le barriere linguistico-comportamentali, incrementando in modo significativo e clinicamente rilevante l'adesione allo screening colorettale di 1° livello nella popolazione islamica in tutte le fasce d'età. Tale approccio rappresenta un modello organizzativo efficace per abbattere le disuguaglianze e garantire l'equità di accesso.

Titolo: Oltre le sbarre, oltre l'invisibilità: la comunicazione come primo atto di prevenzione nello screening colorettale

Autori: Daniela Reale[1], Cristina Seccia Basile[1], Stefania Lapadula[3], Roberta Colangelo[2], Francesca Sanseverino[1]

1 U.O.C. Screening Oncologici Regionali e Prevenzione, IRCCS CROB – Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata, Rionero in Vulture (PZ)
2 Laboratorio di Ricerca Preclinica e Traslazionale, IRCCS CROB – Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata, Rionero in Vulture (PZ)
3 Psiconcologia, IRCCS-CROB Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata, Rionero in Vulture (PZ)

Obiettivi: Valutare fattibilità e adesione a un percorso di screening colorettale di prossimità in ambito penitenziario, nell'ambito del Programma Nazionale Equità nella Salute (PNES), valorizzando la comunicazione come primo atto di prevenzione e strumento di equità.

Metodi: Nell'ambito del PNES, l'équipe multiprofessionale dell'IRCCS CROB e i referenti sanitari penitenziari hanno avviato lo screening con un incontro di informazione, ascolto e dialogo, concepito come primo atto di prevenzione per favorire scelte consapevoli. Sono stati distribuiti i kit per il test immunochimico fecale (FIT); i campioni sono stati analizzati e refertati dal Laboratorio Analisi del CROB. L'assistente sociale ha contribuito alla comunicazione e al raccordo sociosanitario per organizzare gli approfondimenti con i referenti medici penitenziari.

Risultati: Tutti i 24 detenuti eleggibili hanno eseguito il FIT (adesione 100%); due test sono risultati positivi (8,3%). Per entrambi è stata avviata, con i referenti medici dell'istituto penitenziario, l'organizzazione degli approfondimenti colonscopici, finalizzata alla continuità diagnostica.

Conclusioni: Il PNES ha reso accessibile lo screening in un istituto privo di offerta ordinaria intramuraria, raggiungendo persone a rischio di invisibilità sanitaria per barriere connesse alla detenzione e alla possibile residenza extraregionale. L'individuazione di due positività evidenzia il valore dell'offerta attiva nell'intercettare necessità di approfondimento potenzialmente non rilevate. Comunicare è già prevenire: riconoscere le persone, ascoltarne i bisogni e trasformare l'informazione in accesso concreto alla tutela della salute. Questo modello coniuga valore umano, sociale e sanitario e richiede continuità diagnostica per rendere effettiva l'equità.

Titolo: Dalla non adesione all'accesso: l'assistente sociale come leva di equità nello screening colorettale

Autori: Cristina Seccia Basile[1], Daniela Reale[1], Sonia Santersiero[1], Pasquale Marino[2], Francesca Sanseverino[1]

1 U.O.C. Screening Oncologici Regionali e Prevenzione, IRCCS CROB – Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata, Rionero in Vulture (PZ)
2 Laboratorio di Ricerca Preclinica e Traslazionale, IRCCS CROB – Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata, Rionero in Vulture (PZ)

Obiettivi: Valutare un modello di recall attivo sviluppato nel Programma Nazionale Equità nella Salute (PNES) in Basilicata, valorizzando il ruolo dell'assistente sociale nell'individuazione delle barriere informative, familiari, sociali e logistiche all'adesione.

Metodi: Studio osservazionale descrittivo (gennaio–agosto 2026). L'assistente sociale ha progettato e implementato un gestionale per tracciare fino a tre tentativi di contatto, qualificare le liste e classificare gli ostacoli allo screening. Il colloquio ha integrato informazione sull'offerta gratuita, valutazione dei bisogni e individuazione di possibili risposte personalizzate. Nell'équipe multidisciplinare PNES era prevista, ove necessario, la possibilità di raccordo con i servizi territoriali.

Risultati: Su 1.841 posizioni gestite, per 1.436 (78,0%) è stata registrata una dichiarazione di adesione; le restanti 405 (22,0%) comprendevano segnalazioni di decesso o trasferimento, situazioni di trattamento oncologico, esami privati e recapiti non validi. Ai cittadini che riferivano esami privati è stata illustrata la gratuità dello screening organizzato. Gli esami sono aumentati da 19.894 (gennaio–agosto 2025) a 21.330 (gennaio–agosto 2026): +1.436 (+7,2%). La rendicontazione ha associato 786 esami aggiuntivi (54,7%) all'intervento dell'assistente sociale e 650 (45,3%) al supporto della mediatrice culturale per cittadini stranieri.

Conclusioni: Il recall sviluppato dall'assistente sociale integra il sollecito con la valutazione delle barriere all'adesione e l'orientamento personalizzato. Il modello, inserito nel lavoro multidisciplinare PNES, valorizza la componente sociale come risorsa organizzativa per l'accessibilità e l'equità dello screening.

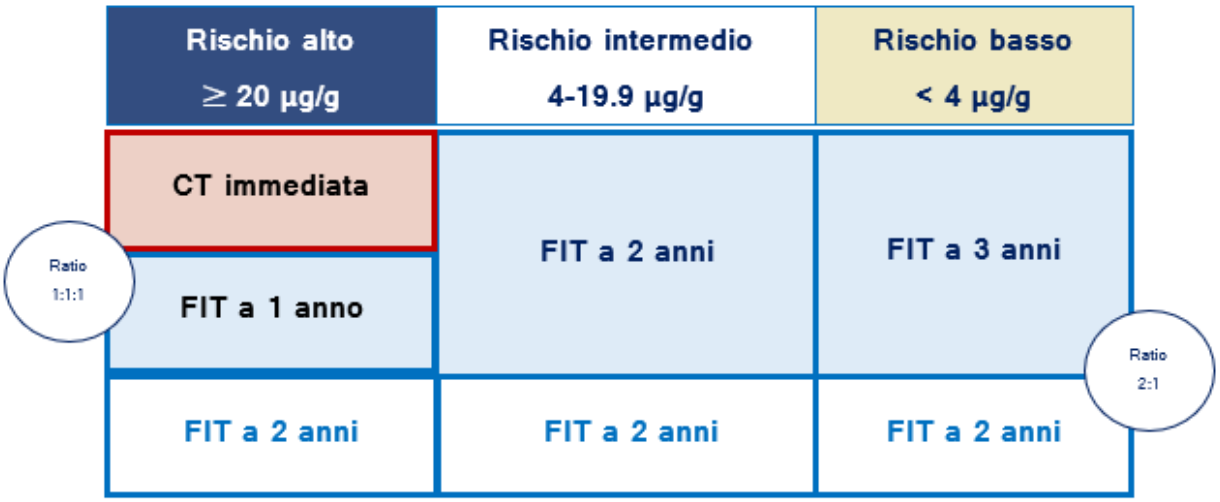
Titolo: Lo screening stratificato in base al rischio: risultati preliminari dello studio BIOFIT nell'ambito del programma di screening organizzato del Piemonte

Autori: C. Senore[1], A. Naccarati[3], G. Mengozzi[4], V. Grammatico[5], A. Castella[6], M. Maconi[7], P. Presti[2], D. Ricupero[3], G. Chiorino[2], M. Silvani[1], G. Ferrante[1]

1 SSD Epidemiologia e screening - CPO. AOU Città della Salute e della Scienza.
2 Fondazione Edo & Elvo Tempia, Biella
3 Italian Institute for Genomic Medicine. IRCCS Candiolo, Turin, Italy
4 SC Biochimica Clinica (Baldi e Riberi) – AOU Città della Salute e della Scienza. Torino
5 UVOS ASL TO5. ASL TO5
6 UVOS ASL TO3. ASL TO3
7 UVOS ASL Alessandria

Obiettivi: Stimare l'impatto di un protocollo di screening che modula gli intervalli in base alla concentrazione cumulativa di emoglobina fecale (f-Hb) dei due FIT più recenti.

Metodi: Studio controllato randomizzato. Gli aderenti al programma regionale piemontese con precedente esame negativo che, dopo aver firmato il consenso informato, risultano nuovamente negativi vengono suddivisi in tre gruppi di rischio in base alla f-Hb cumulativa. I soggetti ad alto (≥20 µg/gr feci) e basso (<4 µg/gr feci) rischio sono randomizzati nei bracci descritti in tabella; il rischio intermedio (4-19,9 µg/gr feci) segue il protocollo standard, fuori studio.



Esiti: tasso di positività, valore predittivo positivo (VPP), tasso di identificazione di adenomi avanzati e CCR, tasso di cancri d'intervallo.

Risultati: Delle 132.023 persone invitate, 37.452 (28,4%) hanno aderito allo studio:

- 4,3% positivi al FIT;
- 19,9% a rischio intermedio;

- 75,8% eleggibili per la randomizzazione (75,0% a basso rischio, 0,8% ad alto rischio).

Dei 28.400 randomizzati, i 320 ad alto rischio sono stati assegnati a colonscopia immediata (101), screening annuale (111) o standard (108); i 28.080 a basso rischio a screening biennale (9.390) o triennale (18.690). Nel braccio colonscopia immediata l'adesione è stata dell'85% (86/101) e il VPP per adenoma avanzato del 22% (19/86).

Conclusioni: Meno del 30% delle persone con un precedente esame accetta di partecipare allo studio sullo screening stratificato per rischio. I dati preliminari confermano che nel gruppo ad alto rischio inviato a colonscopia immediata il VPP è simile a quello dei positivi al secondo round (25%).

Titolo: Il programma di screening in Provincia di Trento: il punto di vista dell'utente attraverso un'indagine di "customer satisfaction"

Autori: G. Vettori[1], F. Armelao[1], R. Pertile[2], D. Ramaroli[3], M. Zuccali[3], A. Gabbrielli[1], G. de Pretis, C. Pretti[1], R. Micciolo[4]

1 U.O. Multizonale di Gastroenterologia, ASUIT, Trento;
2 Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa, ASUIT, Trento;
3 Dipartimento di Prevenzione, ASUIT, Trento;
4 Dipartimento di Psicologia e Scienze Cognitive, Università di Trento, Trento

Obiettivi: Valutare la soddisfazione degli utenti sottoposti a colonscopia nell'ambito del programma provinciale di screening del cancro colorettale e identificare eventuali criticità nelle diverse fasi del percorso di prevenzione.

Metodi: i pazienti risultati positivi alla ricerca del SOF e sottoposti a colonscopia sono stati invitati tramite e-mail a rispondere a un questionario online. In particolare sono state indagate le seguenti fasi del programma con la seguente scala di gradimento: molto buono – buono – sufficiente – scarso.

FASI	**N DOMANDE**
INVITO ALLO SCREENING E FASI PRELIMINARI – *I LIVELLO* (lettera di invito, raccolta del campione…)	5
COLLOQUIO PRELIMINARE E PROGRAMMAZIONE DELLA COLONSCOPIA – *II LIVELLO* (informazioni con operatore sanitario riguardo l'esame e la preparazione…)	6
COLONSCOPIA – *III LIVELLO* (esperienza della procedura, controllo del dolore, informazioni sull'esito…)	13

Sono state analizzate le frequenze delle risposte ai singoli item e la soddisfazione mediante analisi descrittiva e multivariata. La numerosità minima stimata era di circa 350 soggetti per una potenza dell'80%.

Risultati: Hanno risposto 389 soggetti su 573 inviti. Il giudizio positivo (molto buono/buono) è stato del 99,2% per le informazioni dell'invito allo screening e del 98,4% per il colloquio preliminare. Durante la colonscopia, trattamento e comportamento dello staff sono stati giudicati molto buoni/buoni dal 98,7% e quelli del medico dal 95,9%; l'efficacia nel ridurre il dolore è stata valutata in modo positivo dal 97,4%. Le valutazioni meno favorevoli (sufficiente/scarso) hanno riguardato le informazioni dopo la procedura su cosa attendersi a domicilio e cosa fare in caso di necessità (15,9%) e le informazioni del medico sull'esito della colonscopia (10,5%).

Conclusioni: La soddisfazione degli utenti è complessivamente elevata lungo il percorso di screening. La rilevazione ha evidenziato aree di possibile miglioramento, soprattutto nell'informazione dopo la procedura e in alcuni aspetti logistici. La valutazione sistematica dell'esperienza dell'utente può contribuire al miglioramento della qualità del percorso di screening.