

GISCoR

gruppo italiano screening colorettaie

**XII CONGRESSO
NAZIONALE 2017**

7-8 Novembre 2017

CORSO PRE-CONGRESSO

7 Novembre 2017

**RIUNIONE ANNUALE SCREENING COLORETTALE – ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO
PADOVA, 21 NOVEMBRE 2017**

EMANUELA ANGHINONI : LO STATO DELL'ARTE IN ITALIA

segreteria@giscor.it

**SINTESI DELLE PRESENTAZIONI CURATE DA MARCO ZAPPA, MANUEL ZORZI,
ANNA TURRIN IN OCCASIONE DEL XII CONGRESSO NAZIONALE GISCoR 2017**

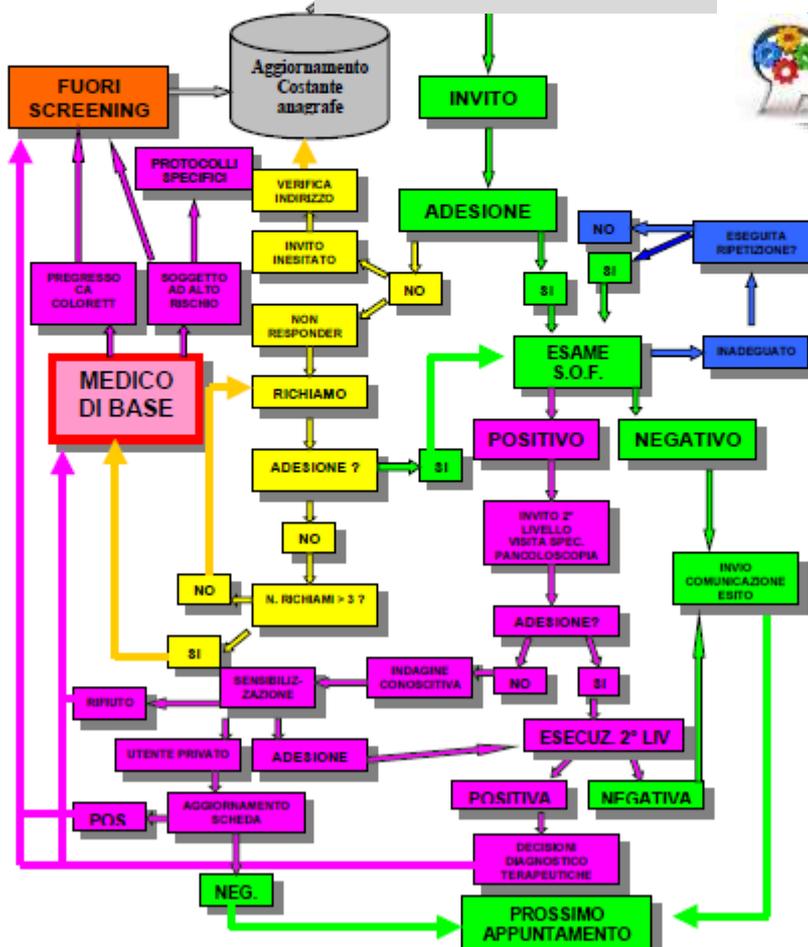
PER INIZIARE... I percorsi, dello screening e della malattia

DIAGRAMMA DI FLUSSO DELL' ORGANIZZAZIONE DELLO SCREENING DEI TUMORI COLORETTALI

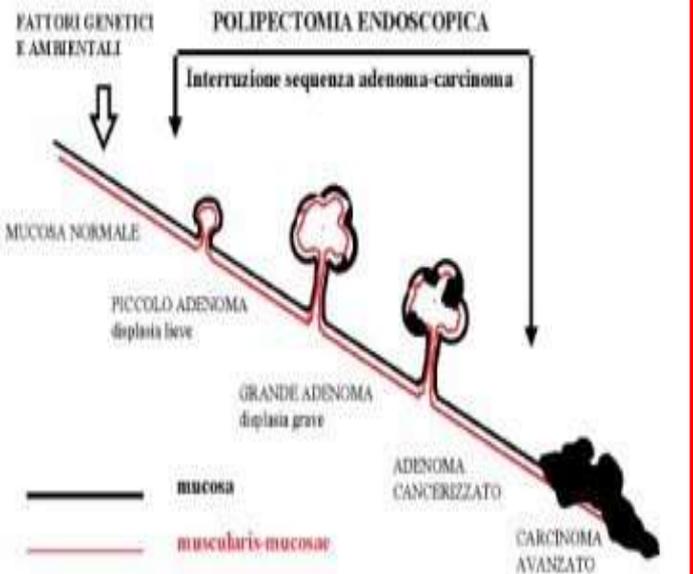
ANAGRAFE MASCHI E FEMMINE
50-74 ANNI



Pdta: tempistiche, test/accertamenti, appropriatezza, ruoli



STORIA NATURALE CCR



GISCoR

gruppo italiano screening colorettaie

**XII CONGRESSO
NAZIONALE 2017**

7-8 Novembre 2017

CORSO PRE-CONGRESSO

7 Novembre 2017

La visione dell'ONS: indicatori dalla survey nazionale 2016 e focus al Sud

Marco Zappa

**Osservatorio Nazionale Screening
ISPO Firenze**



ISTITUTO PER LO STUDIO
E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA

Ringraziamenti ad Anna Turrin e Manuel Zorzi

Programmi di screening coloretta

Popolazione italiana 50-69 anni:

16.193.578

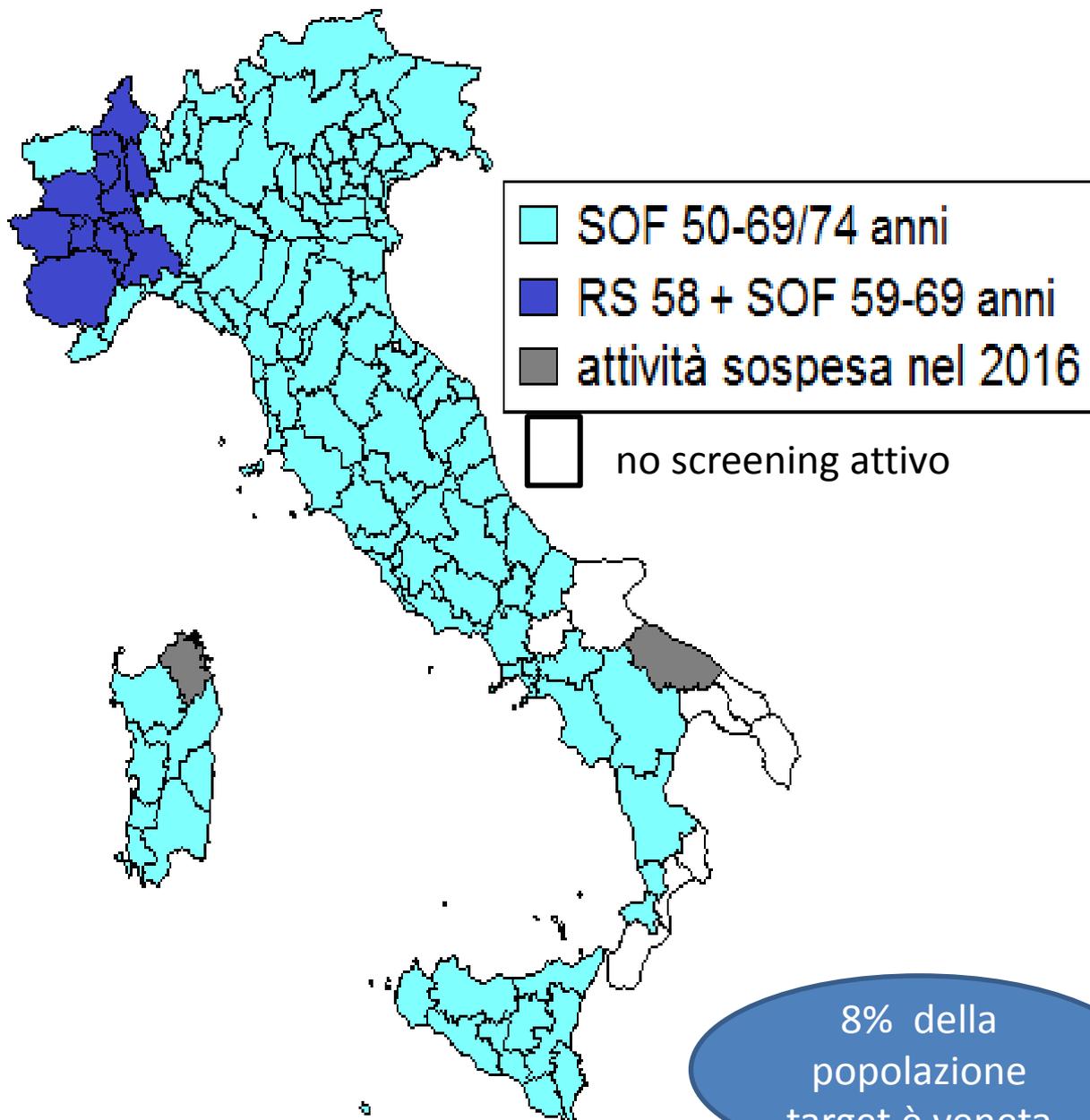
Popolazione italiana 50-69 interessata:

83,9%

Numero programmi attivi:

117

Lazio e Lombardia hanno modificato assetto



Programmi di screening colorettaie 2016

Popolazione
italiana 50-69
anni:

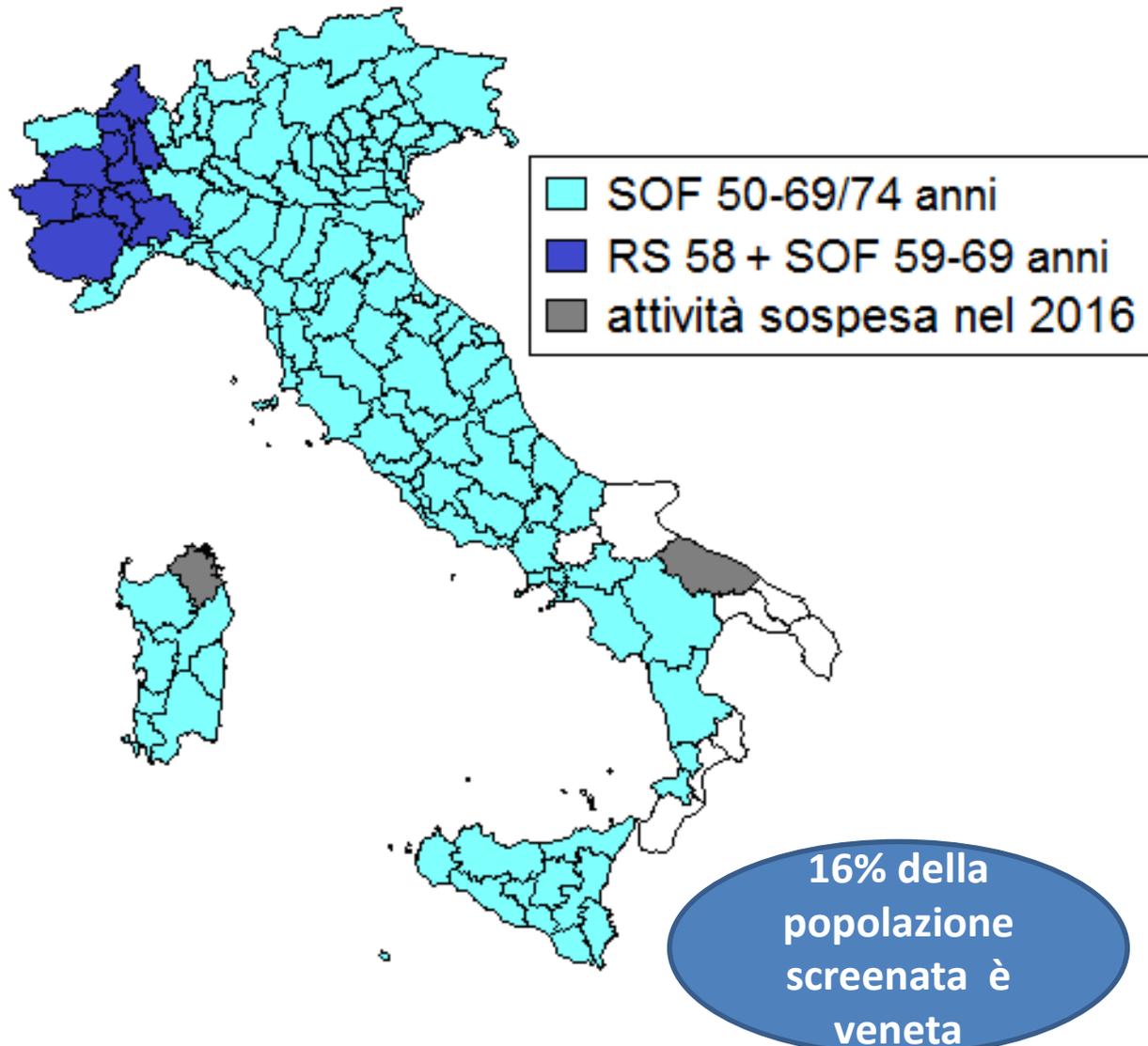
16.193.578

Invitati

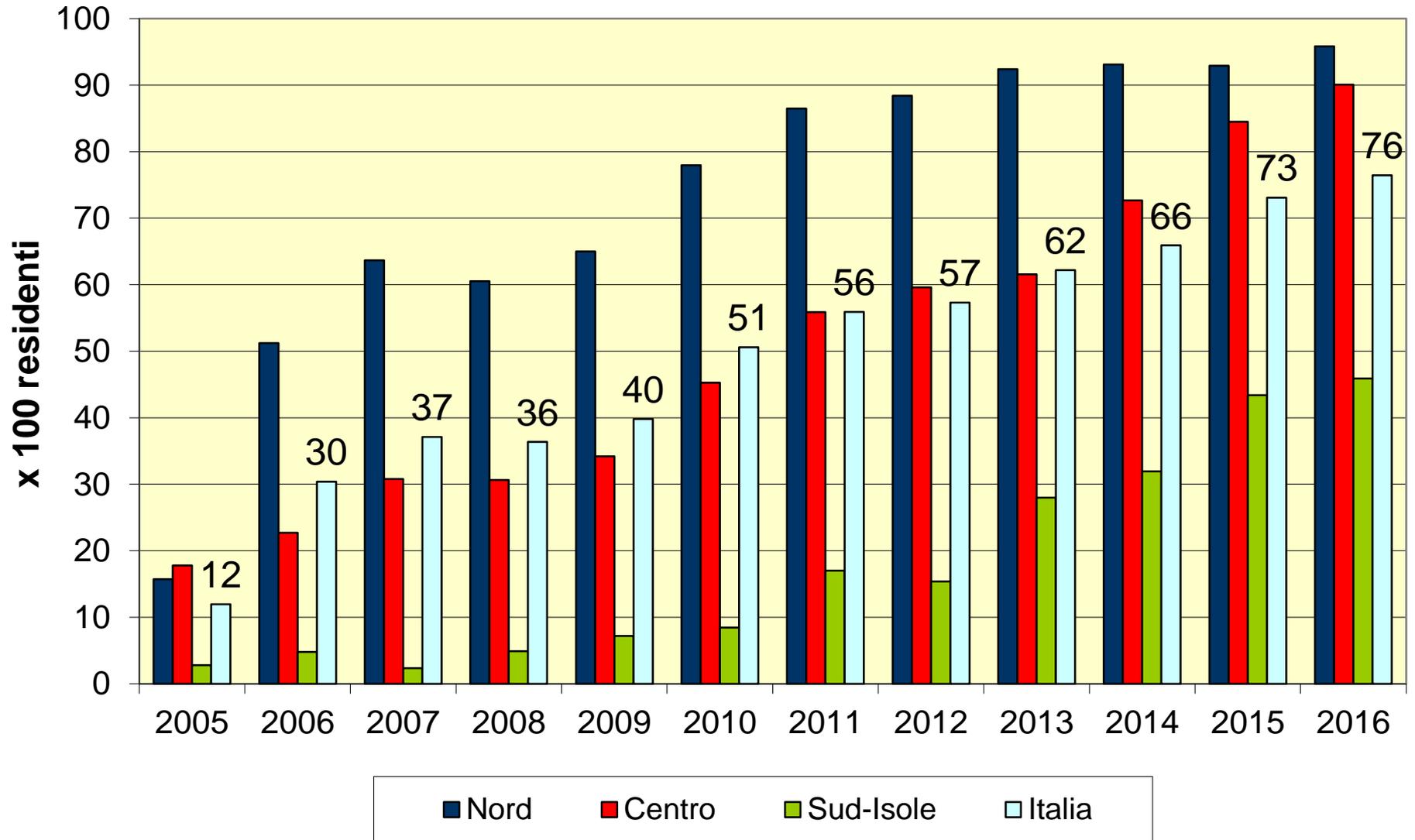
5.558.726

Screenati

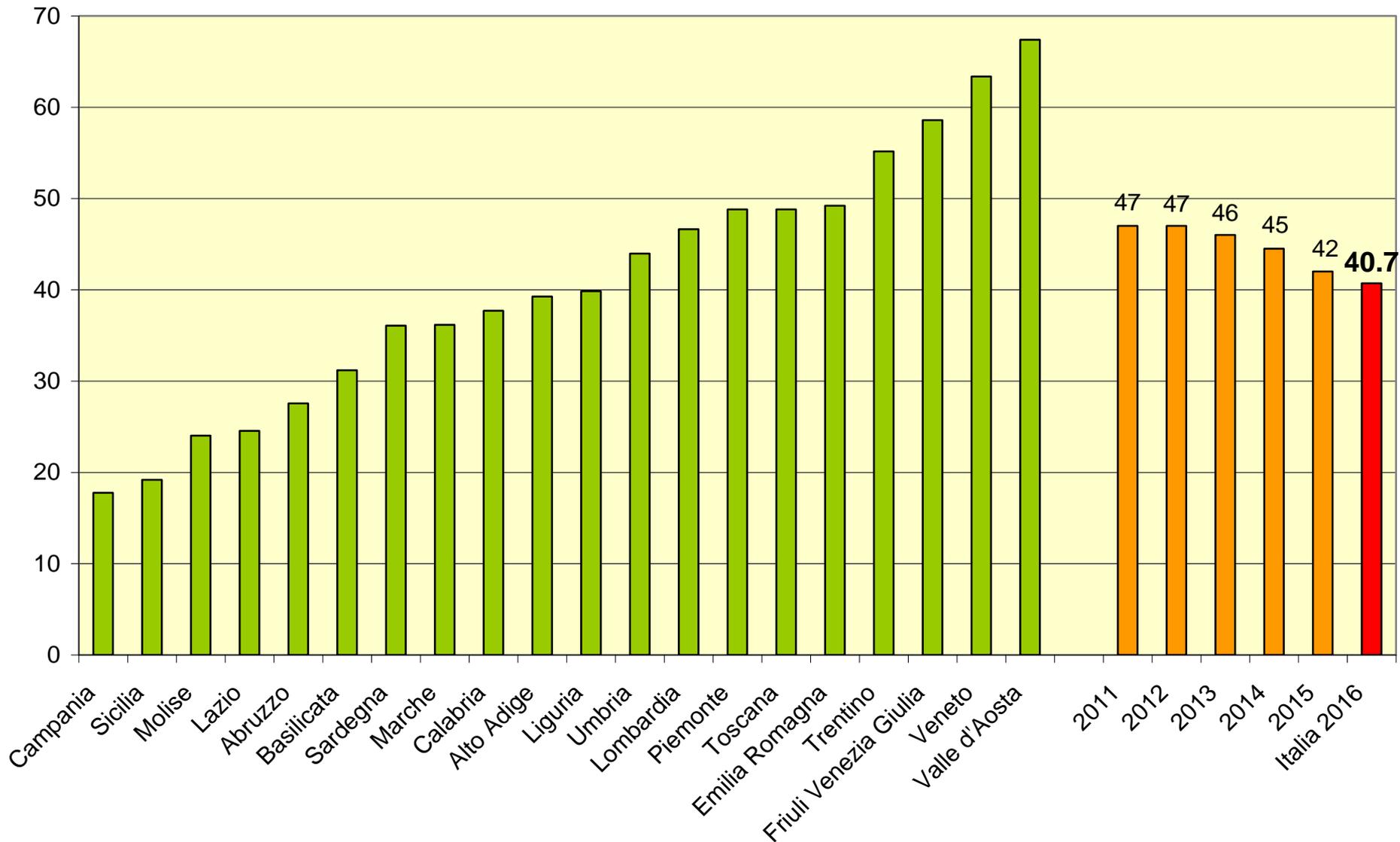
2.237.090



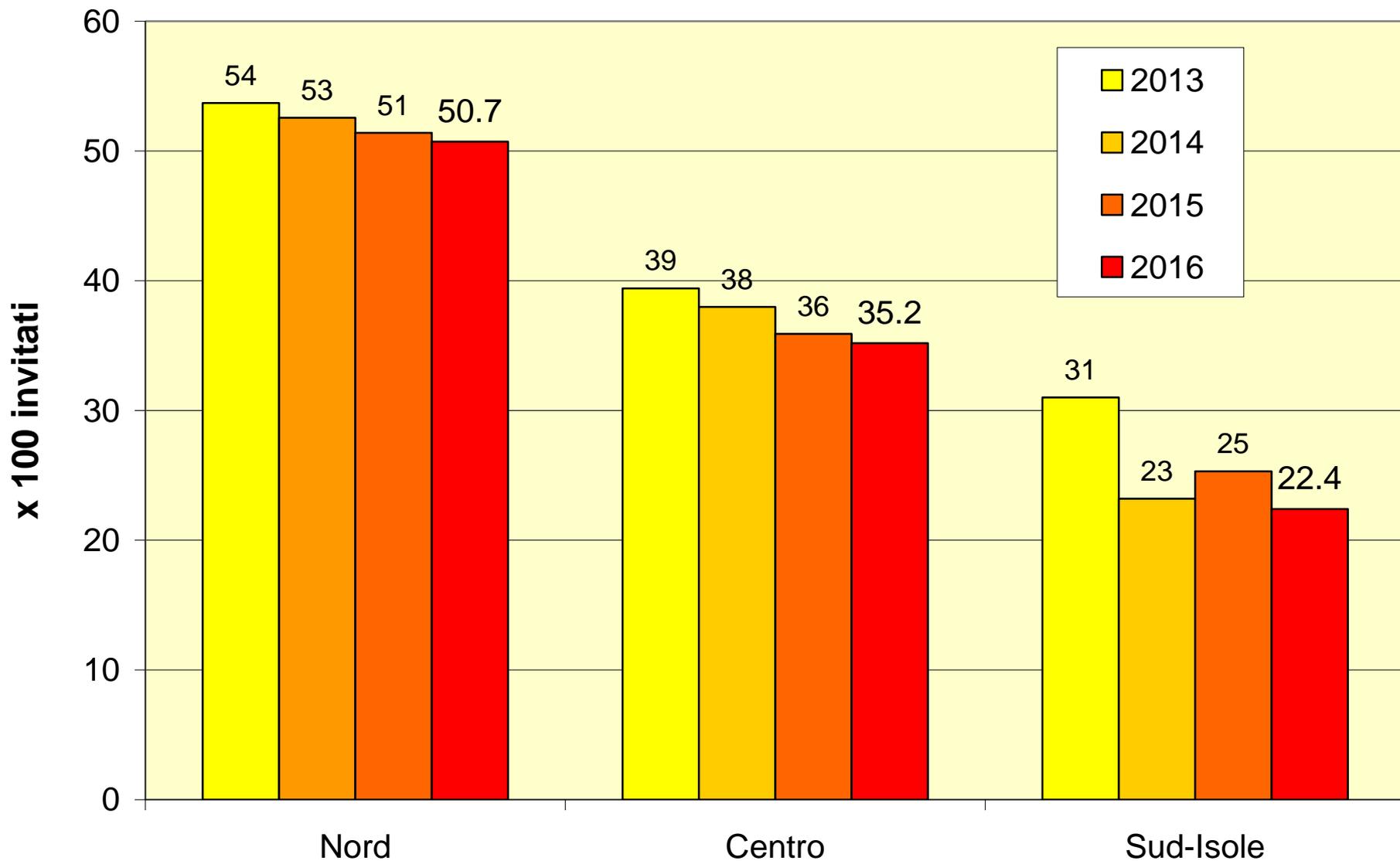
Estensione effettiva corretta degli inviti al 31.12.2016



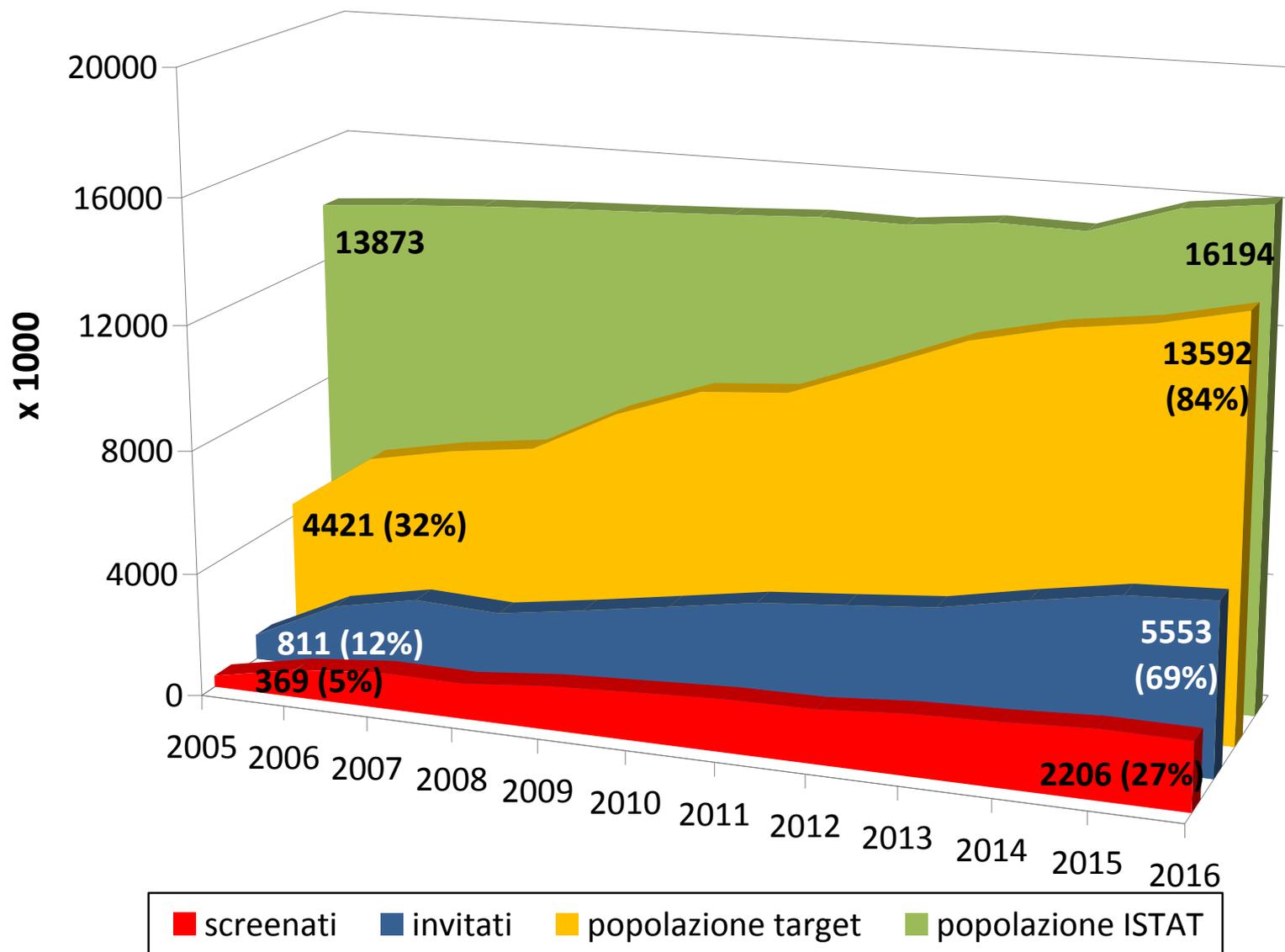
Anno 2016. Adesione corretta all'invito per Regione



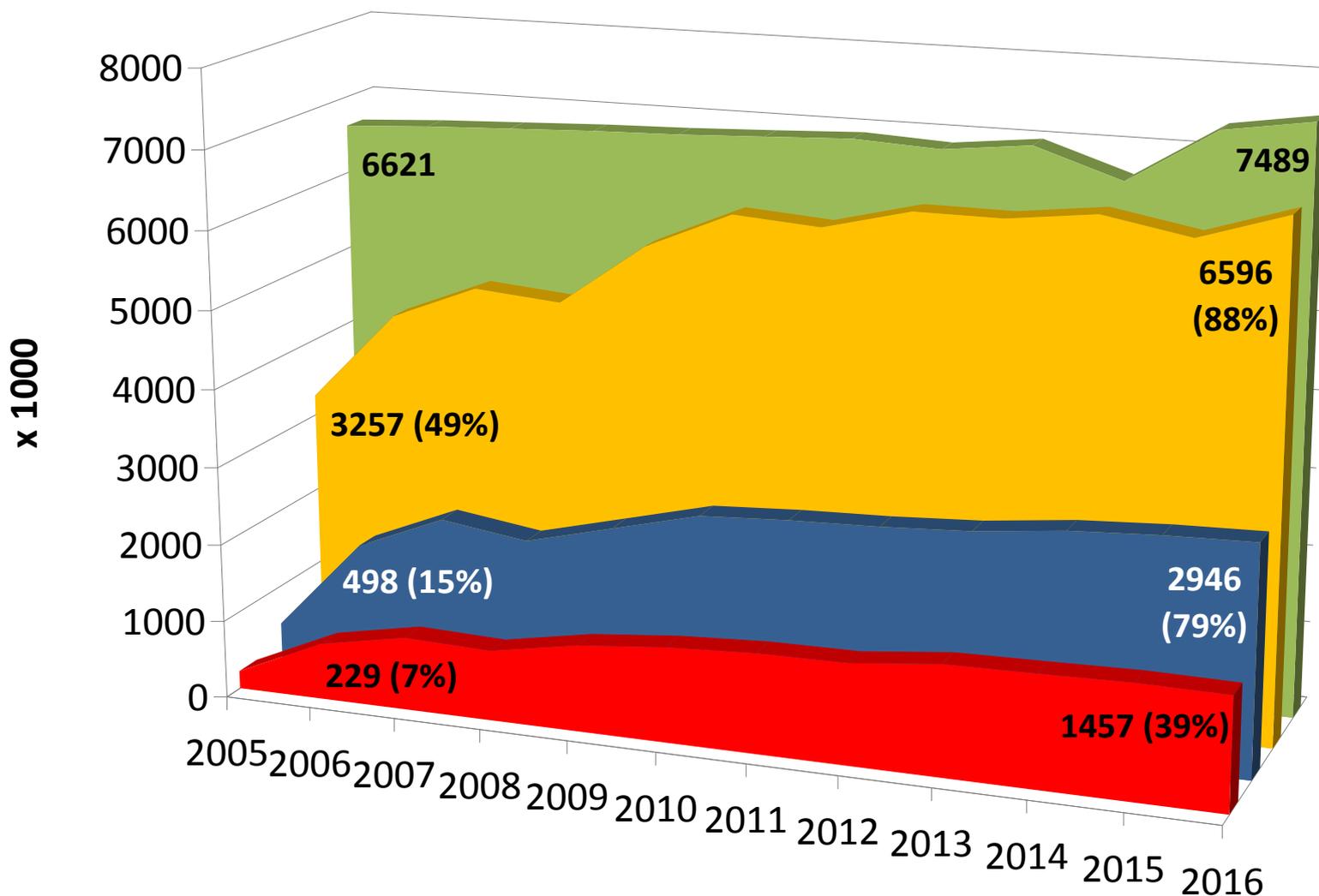
Adesione corretta per macroarea e anno



Popolazione ISTAT, popolazione target, invitati e screenati ITALIA 2005 - 2016

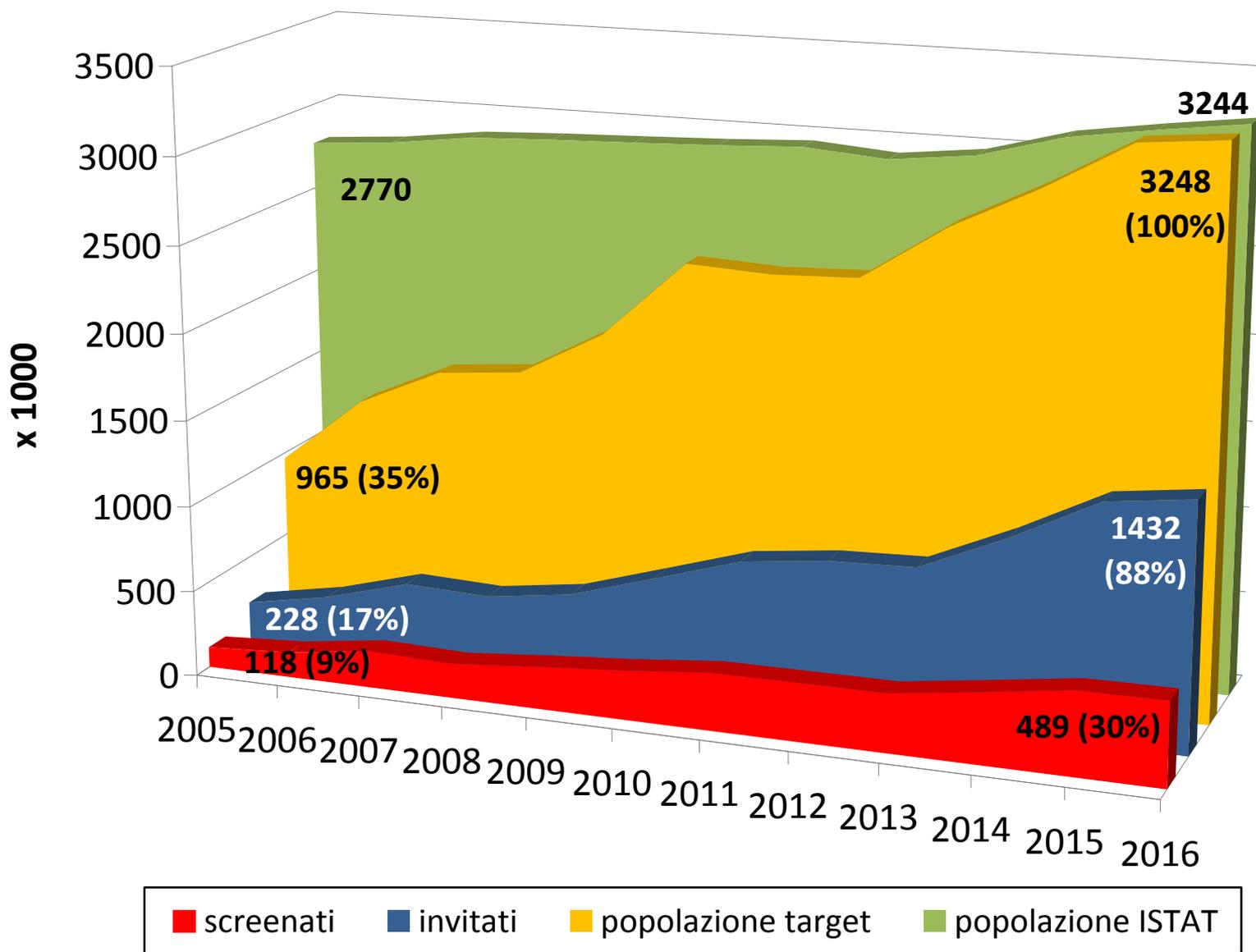


Popolazione ISTAT, popolazione target, invitati e screenati NORD 2005 - 2016

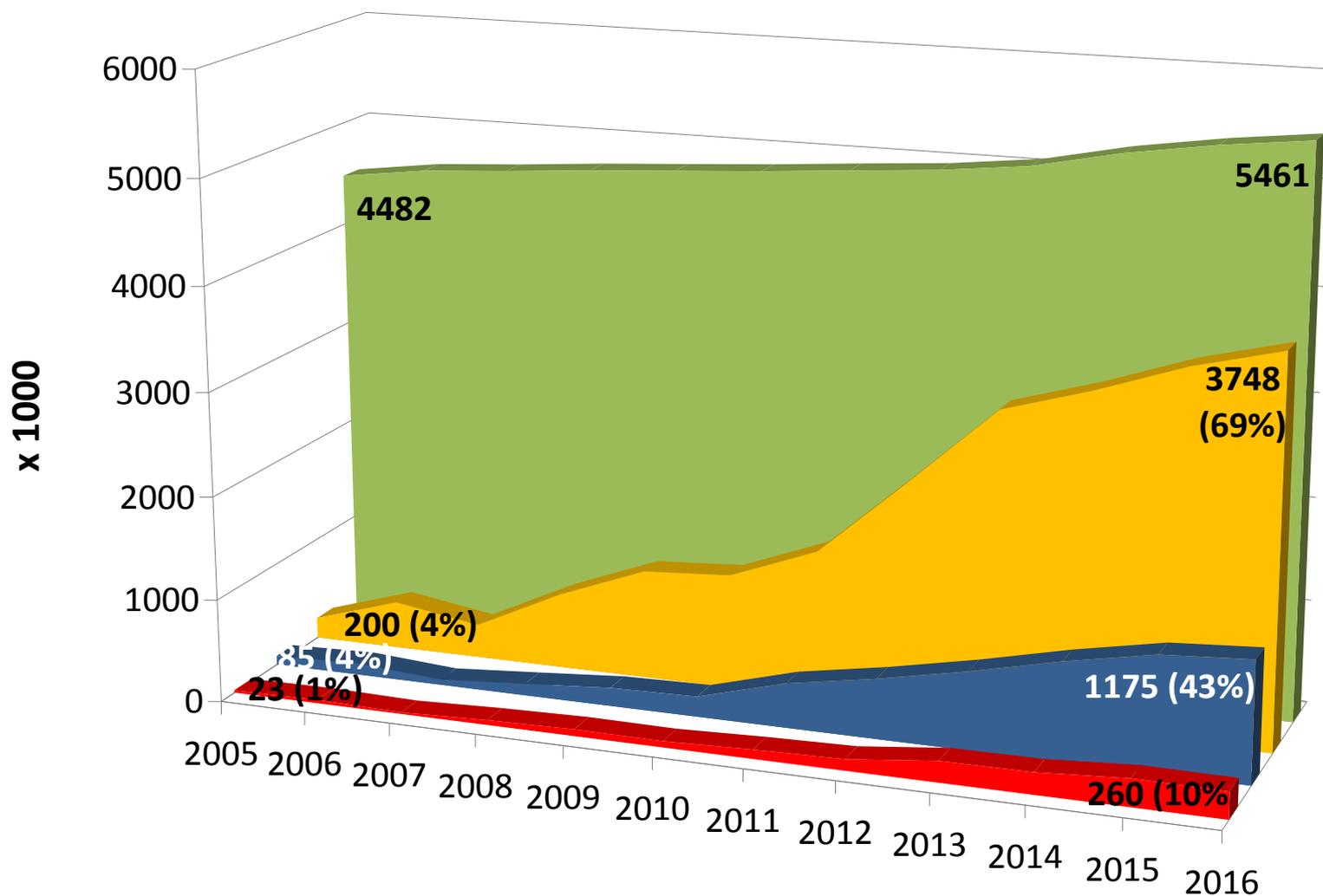


■ screenati ■ invitati ■ popolazione target ■ popolazione ISTAT

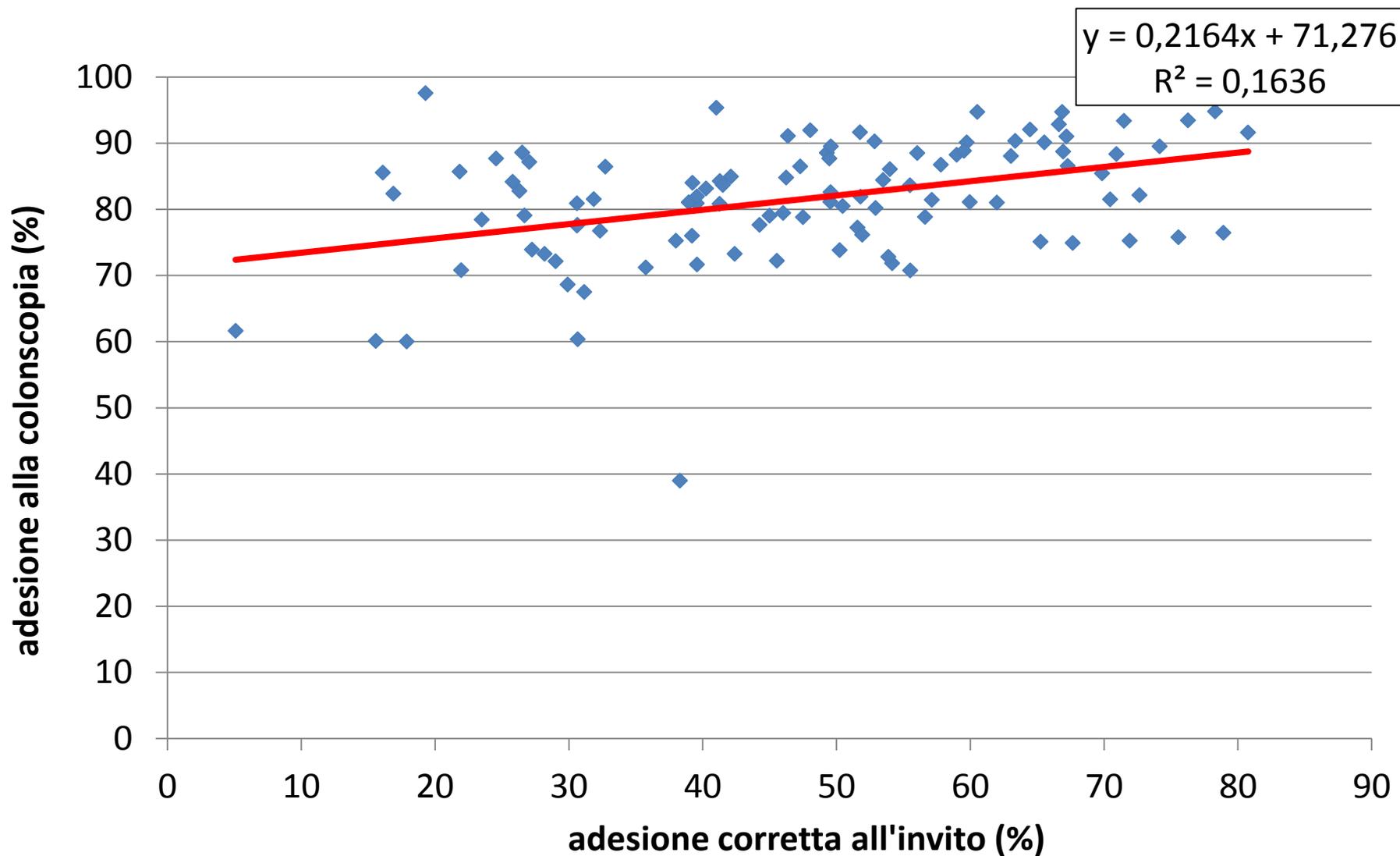
Popolazione ISTAT, popolazione target, invitati e screenati CENTRO 2005 - 2016



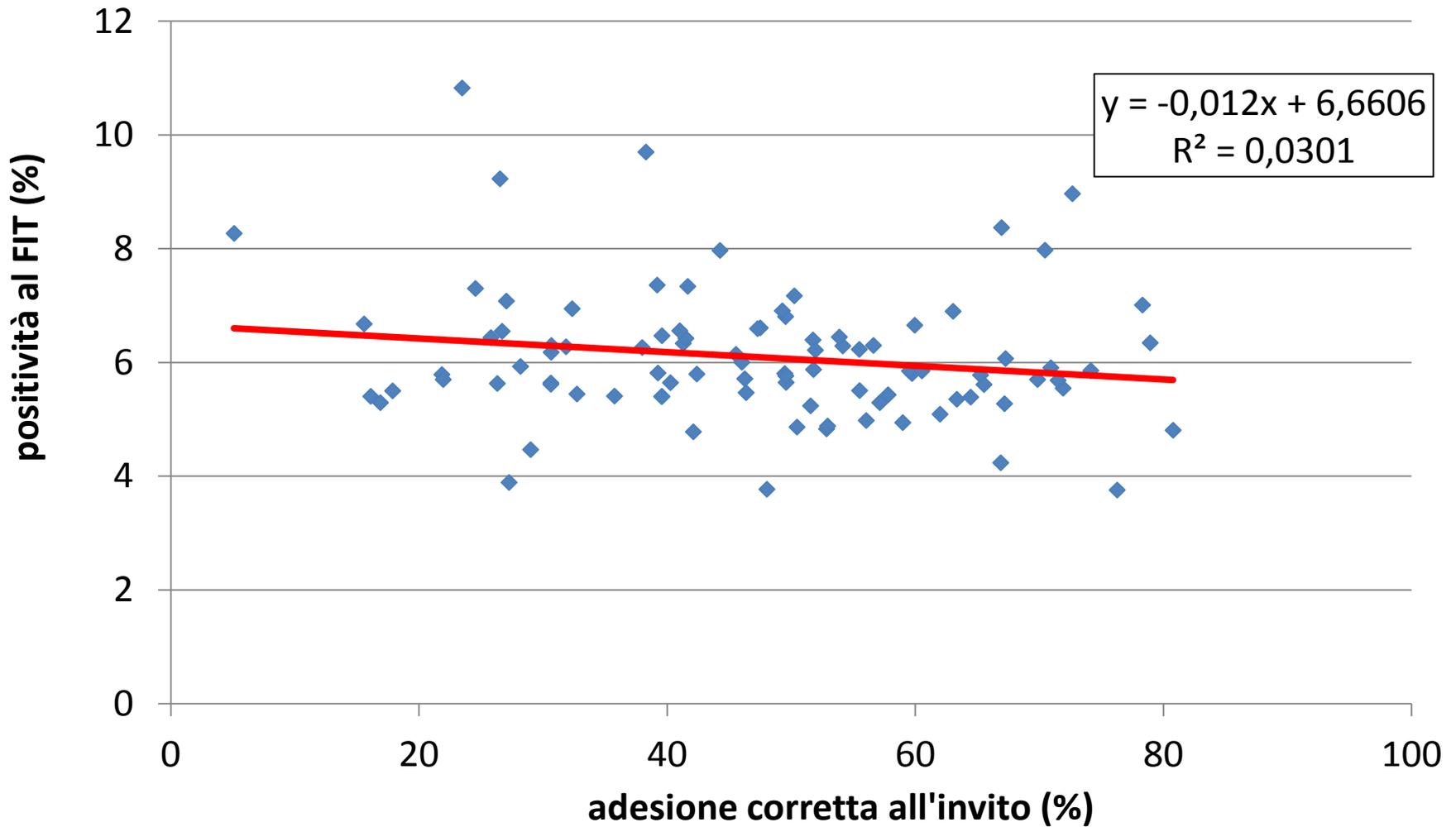
Popolazione ISTAT, popolazione target, invitati e screenati SUD – ISOLE 2005 - 2016



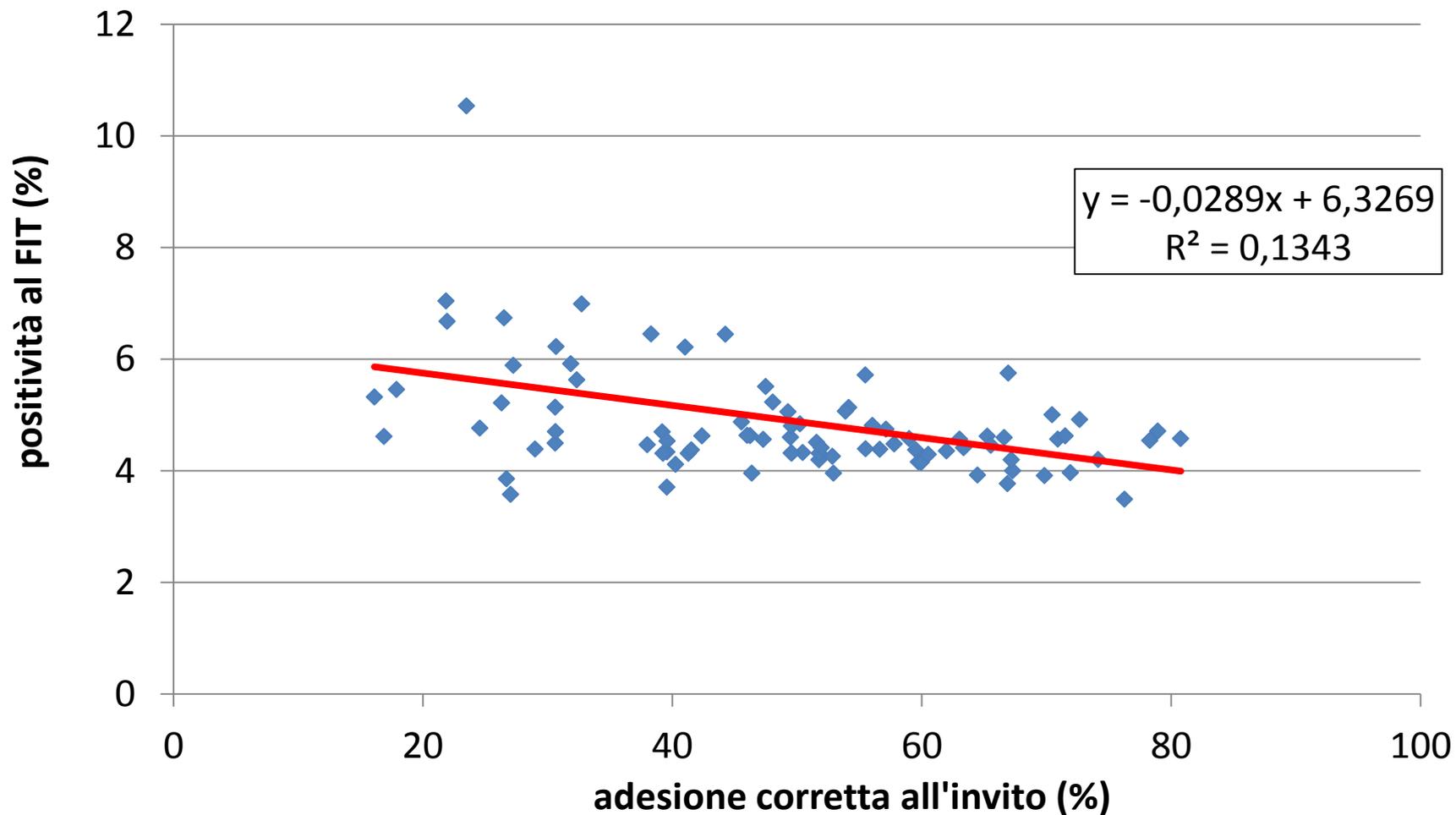
Correlazione fra adesione corretta e adesione alla colonscopia. **ITALIA 2015**



Correlazione fra adesione corretta e positività al FIT – primi esami. **ITALIA 2015**



Correlazione fra adesione corretta e positività al FIT – esami successivi. **ITALIA 2015**



GISCoR

gruppo italiano screening colorettaie

**XII CONGRESSO
NAZIONALE 2017**

7-8 Novembre 2017

CORSO PRE-CONGRESSO

7 Novembre 2017

Survey Nazionale 2016: indicatori del 2° livello diagnostico (sui dati 2015)

Manuel Zorzi

Registro Tumori del Veneto
Regione del Veneto

Anna Turrin

Direzione Prevenzione, Sicurezza
Alimentare, Veterinaria
Regione del Veneto

Programmi 2015 con dati incompleti

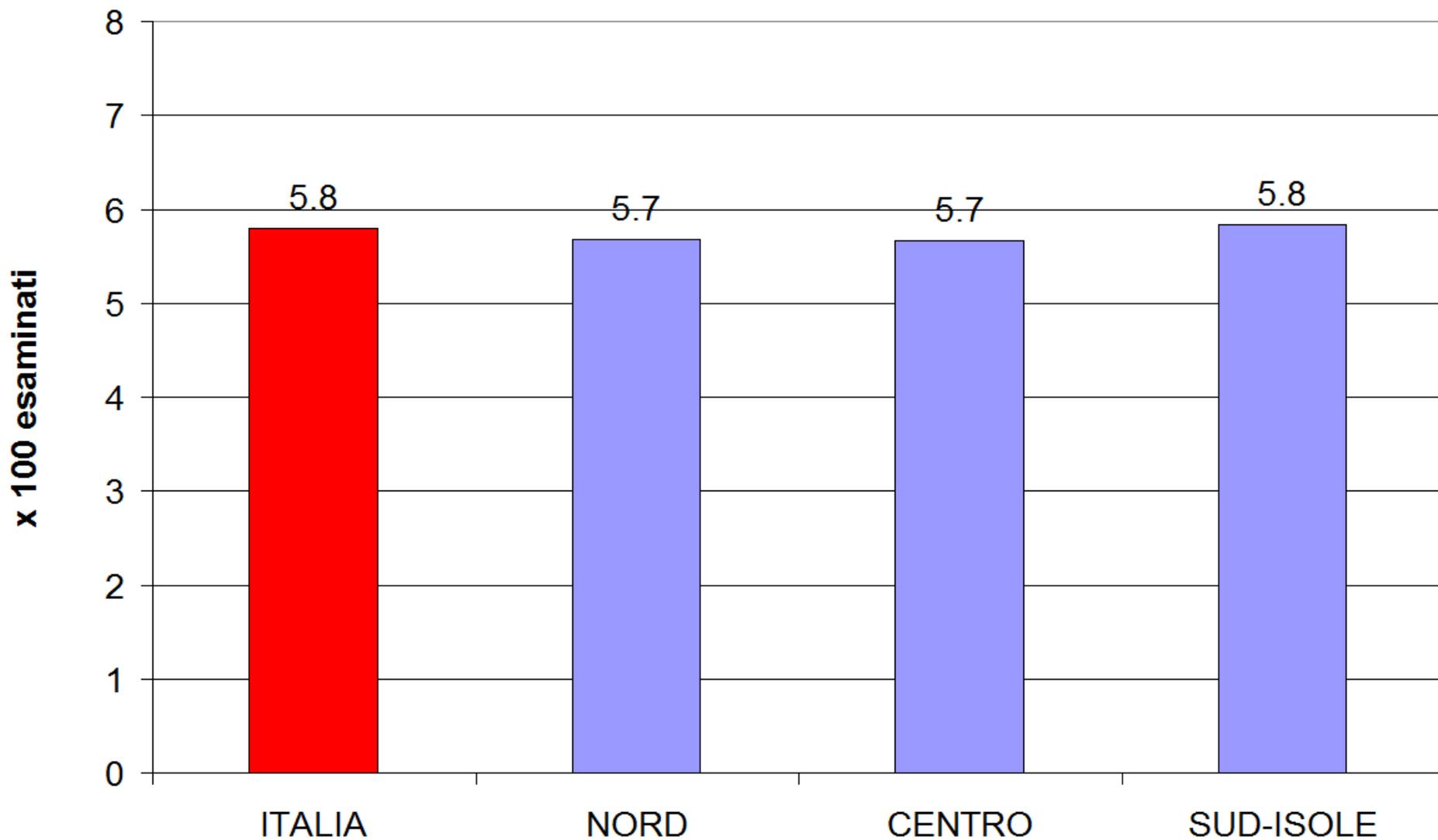
Regione	Totale	Adesione	Invio 2° parte	2° Livello	Diagnosi	Trattamento	Follow up
Abruzzo	4	4			1	2	3
Alto Adige	1						1
Basilicata	1					1	
Calabria	2	2				2	1
Campania	6					2	1
E. Romagna	11						
Friuli V. Giulia	1						
Lazio	12	1		1	1	1	
Liguria	5					2	1
Lombardia	15					1	1
Marche	5						
Molise	1			1	1	1	1
Piemonte	9					5	
Puglia	0						
Sardegna	8	1				3	
Sicilia	9	1		1		4	1
Toscana	12					1	4
Trentino	1						
Umbria	1						1
Valle d'Aosta	1						
Veneto	21					4	
TOTALE	126	9	0	3	3	29	15

I numeri

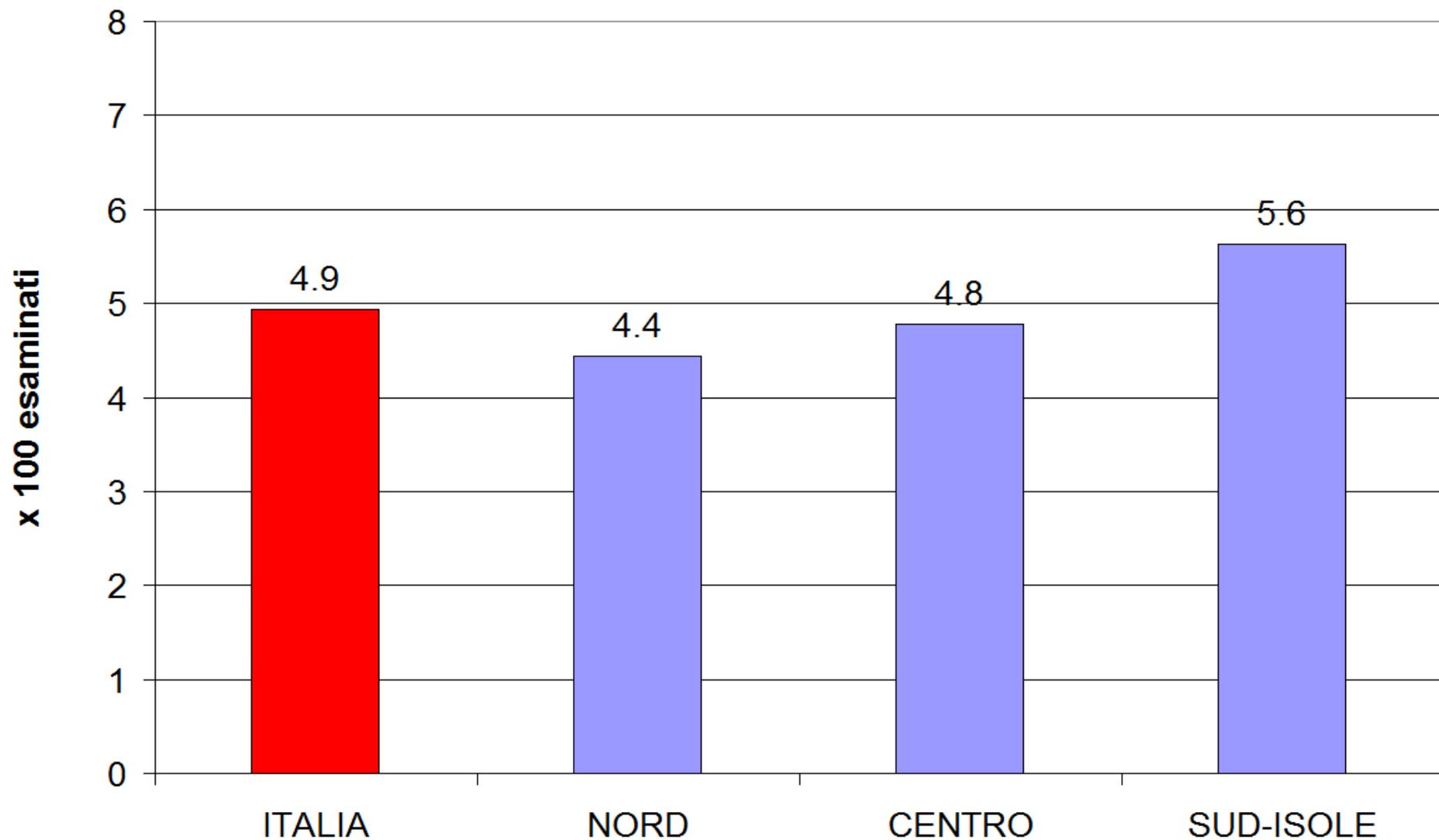
circa 23 colon per un carcinoma , nei primi esami,
cica 36 colon per ogni carcinoma negli esami successivi

	Primi esami	Es. successivi	Totale
Screenati	779.190	1.555.328	2.334.518
Positivi	46.585	72.366	118.951
Colonscopie eseguite	34.143	58.378	92.521
Carcinomi	1.497	1.625	3.122
di cui adenomi cancerizzati	29,8%	19,4%	24,4%
Adenomi avanzati	7.266	10.253	17.519
Carcinomi stadiati	67,4%	71,3%	69,5%
	NORD	CENTRO	SUD-ISOLE
Screenati	1.501.138	507.303	326.077

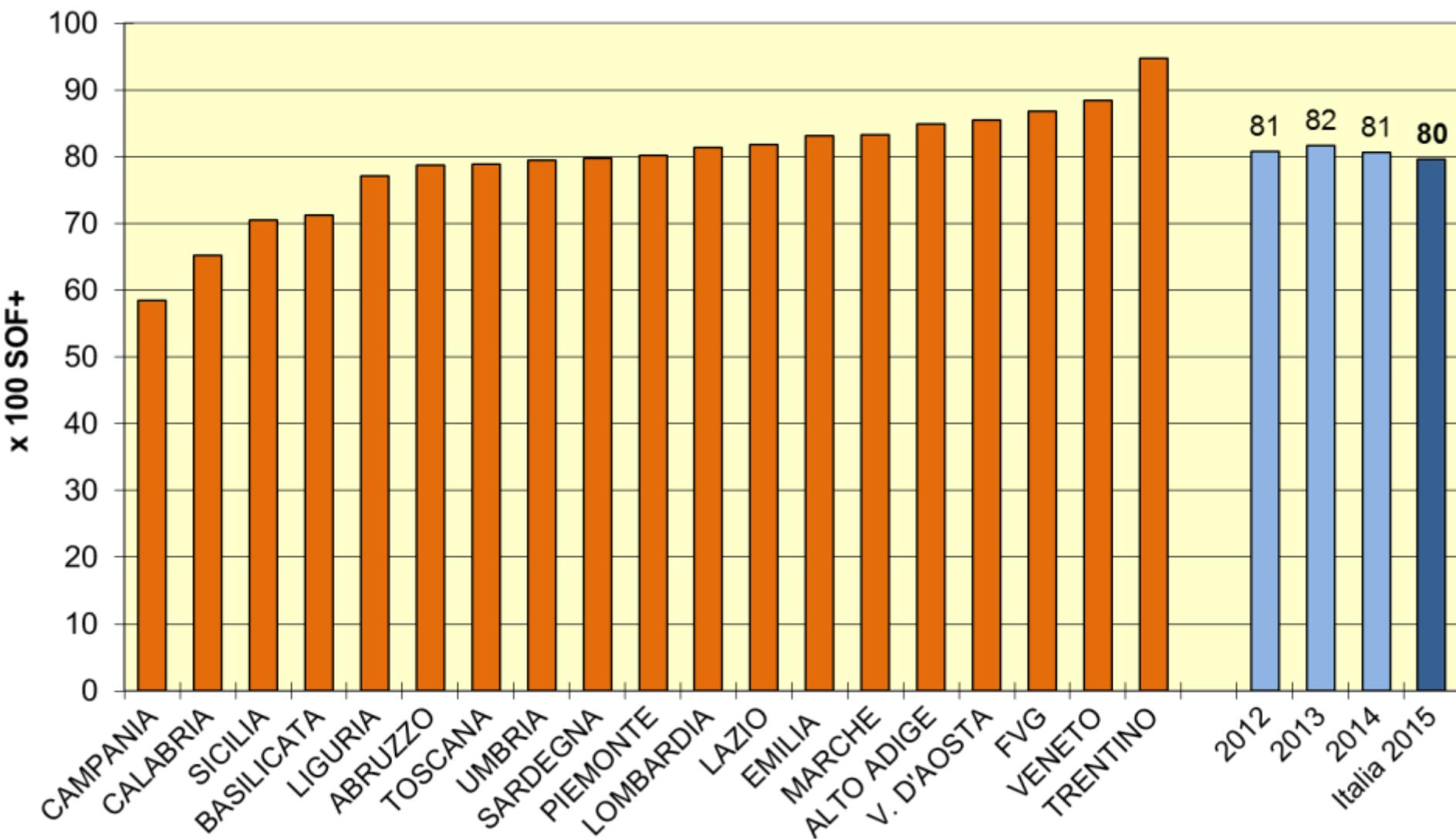
Tassi standardizzati di positività al sangue occulto primi esami



Tassi standardizzati di positività al sangue occulto esami successivi

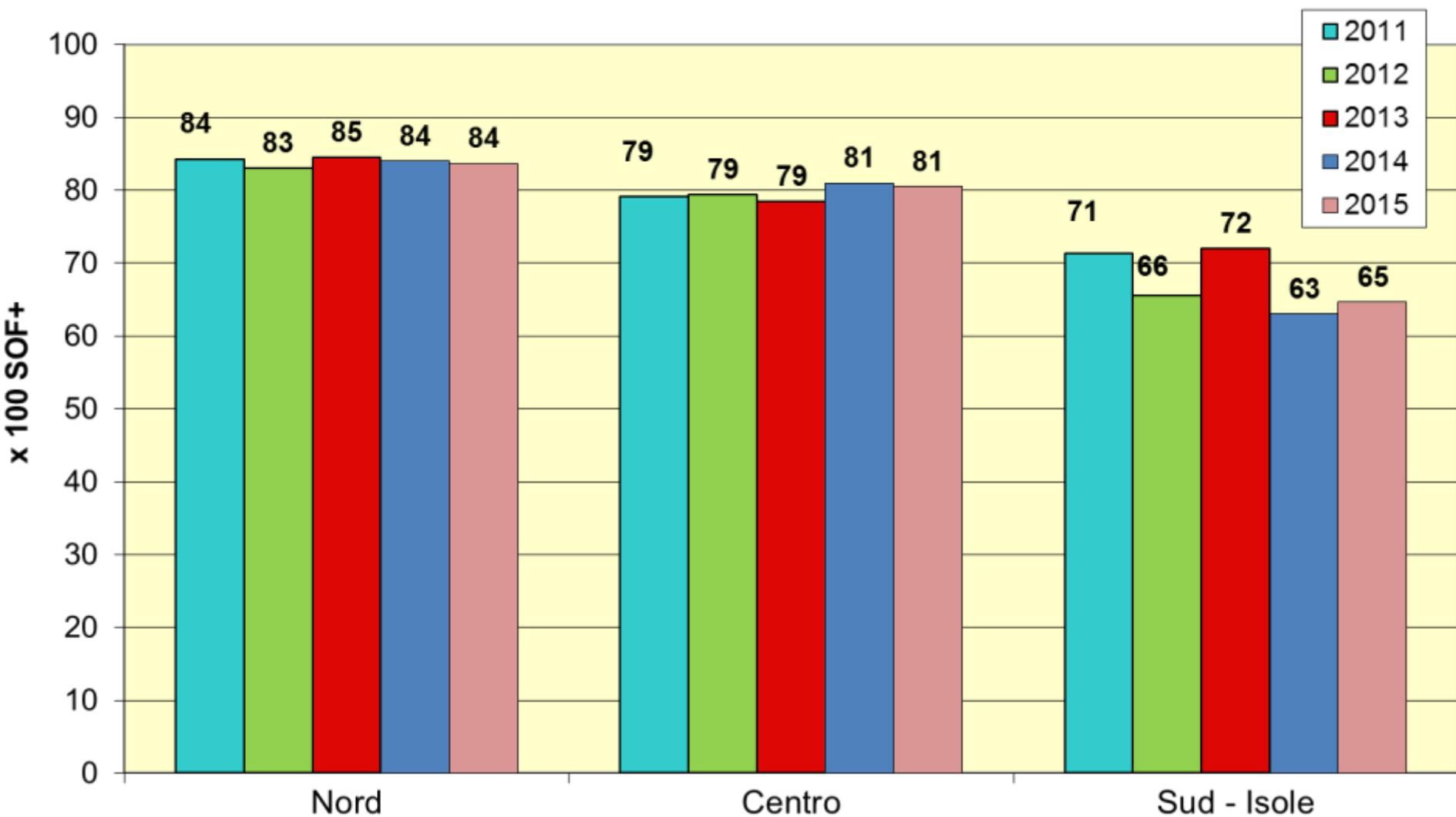


Adesione alla colonscopia



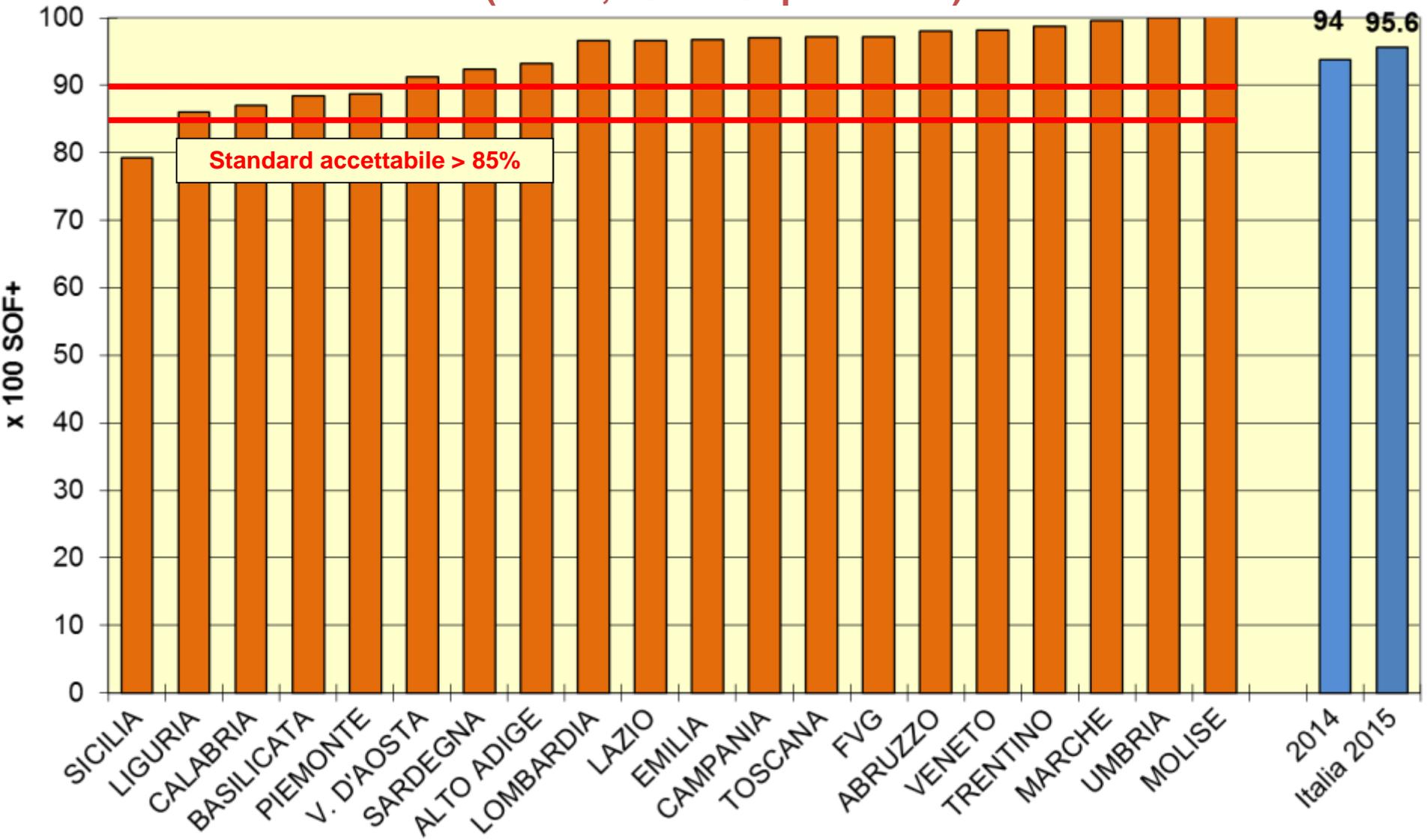
Standard accettabile > 85%, desiderabile > 90%

Adesione alla colonscopia per macroarea e anno



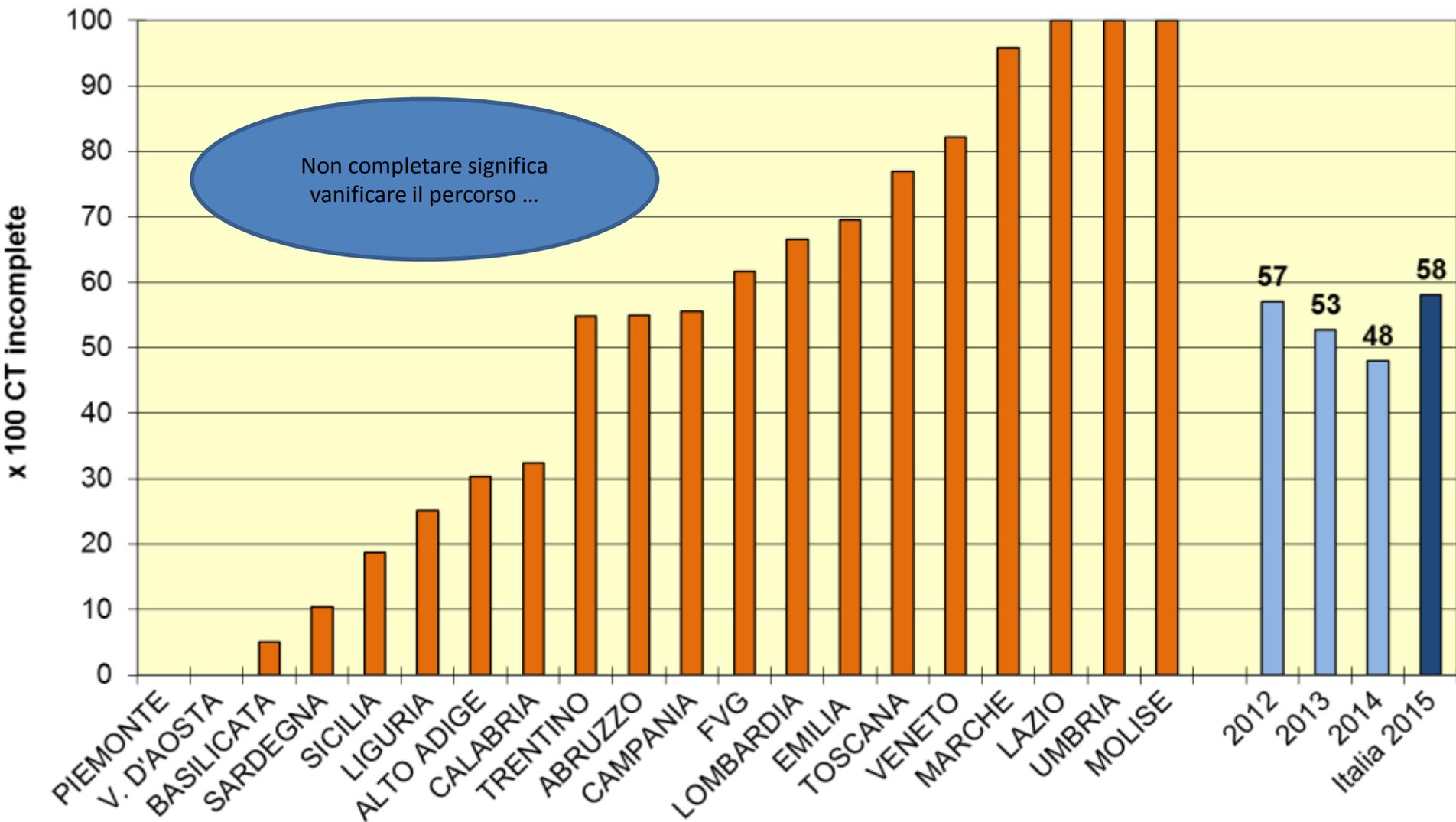
Colonscopia complete*

(media, 10° e 90° percentile)

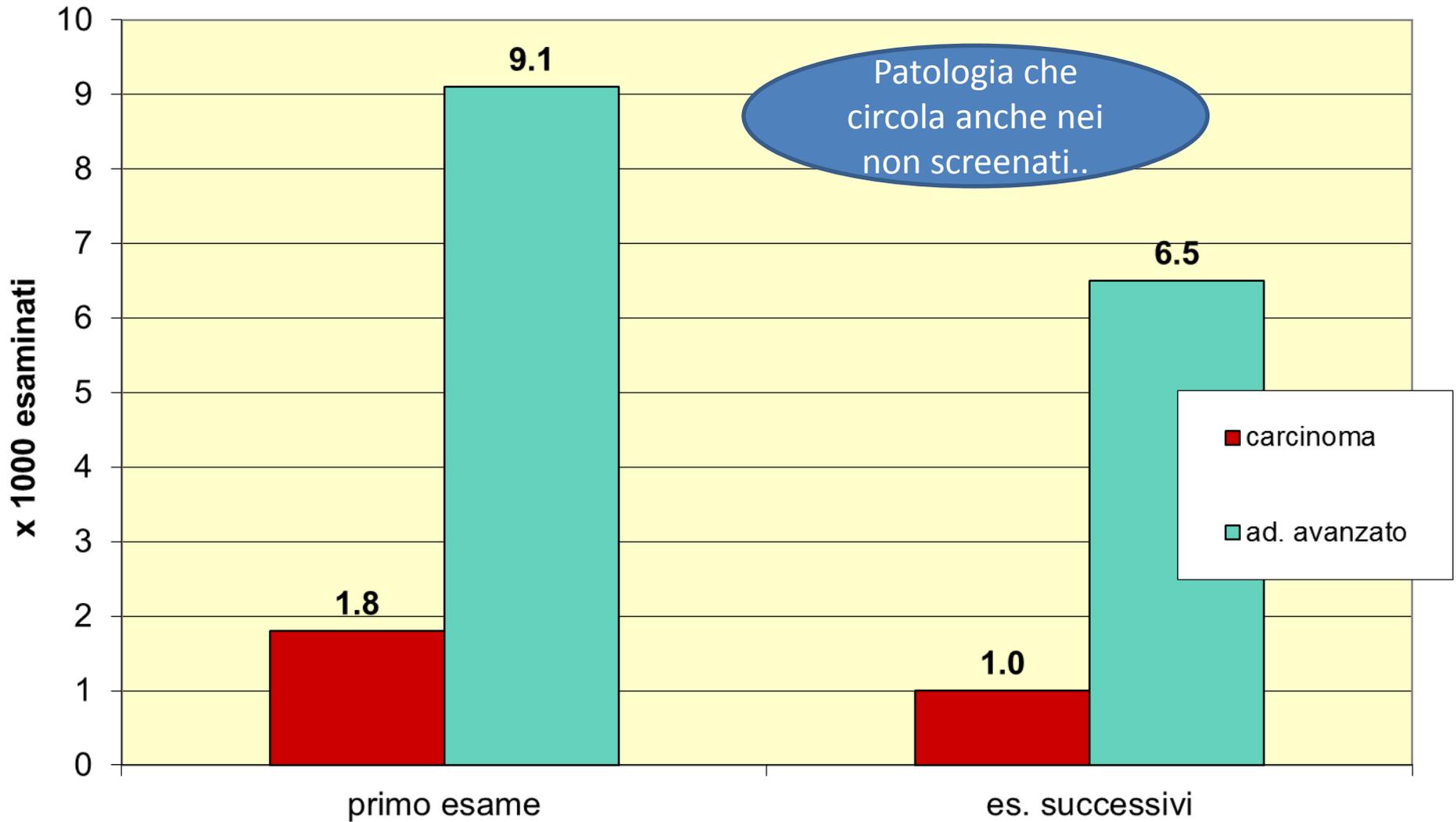


* Includere colonscopie completate in momenti successivi ma comunque entro i 6 mesi dalla colonscopia indice

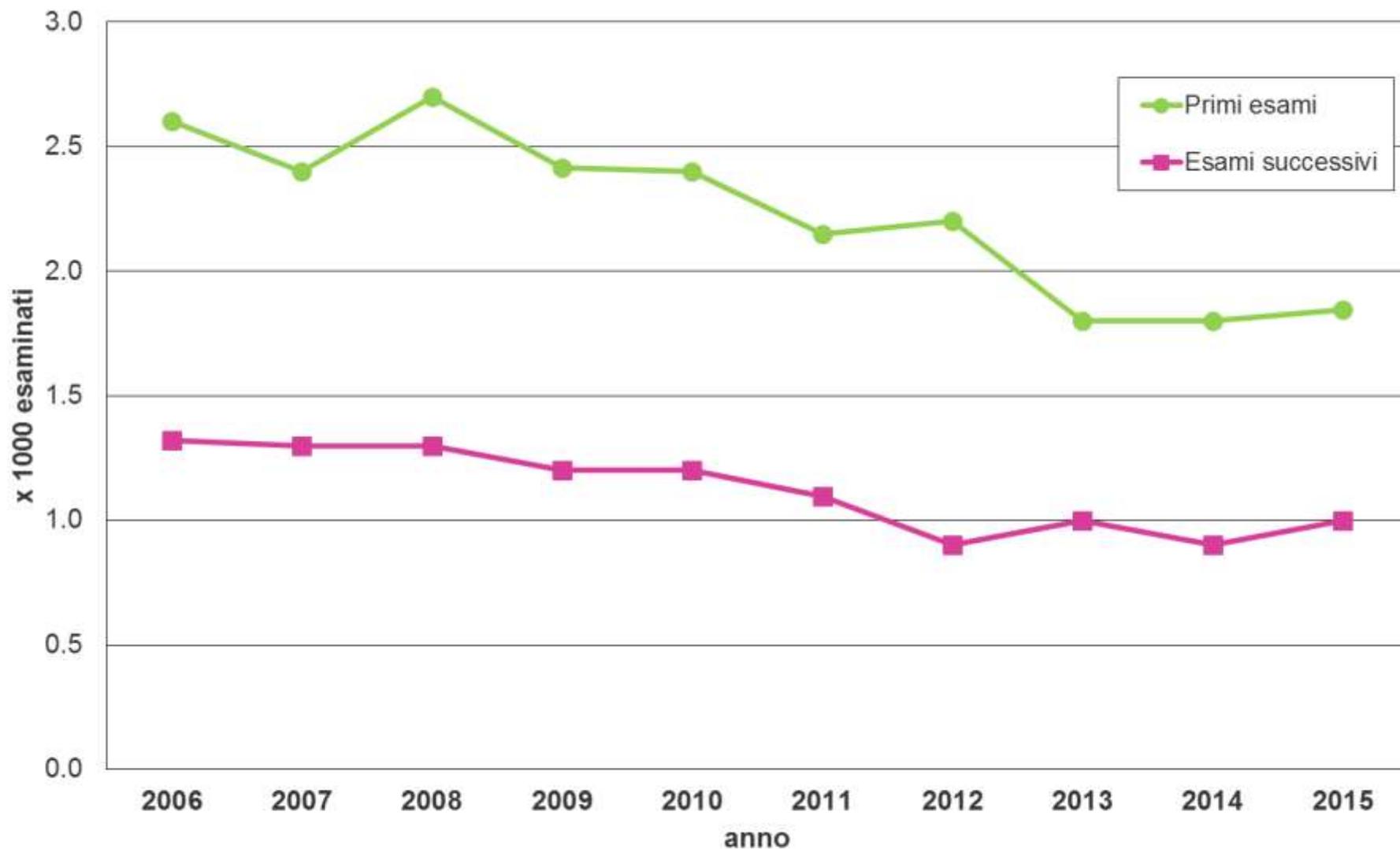
Colonscopie incomplete che vengono completate



Tassi di identificazione 2015

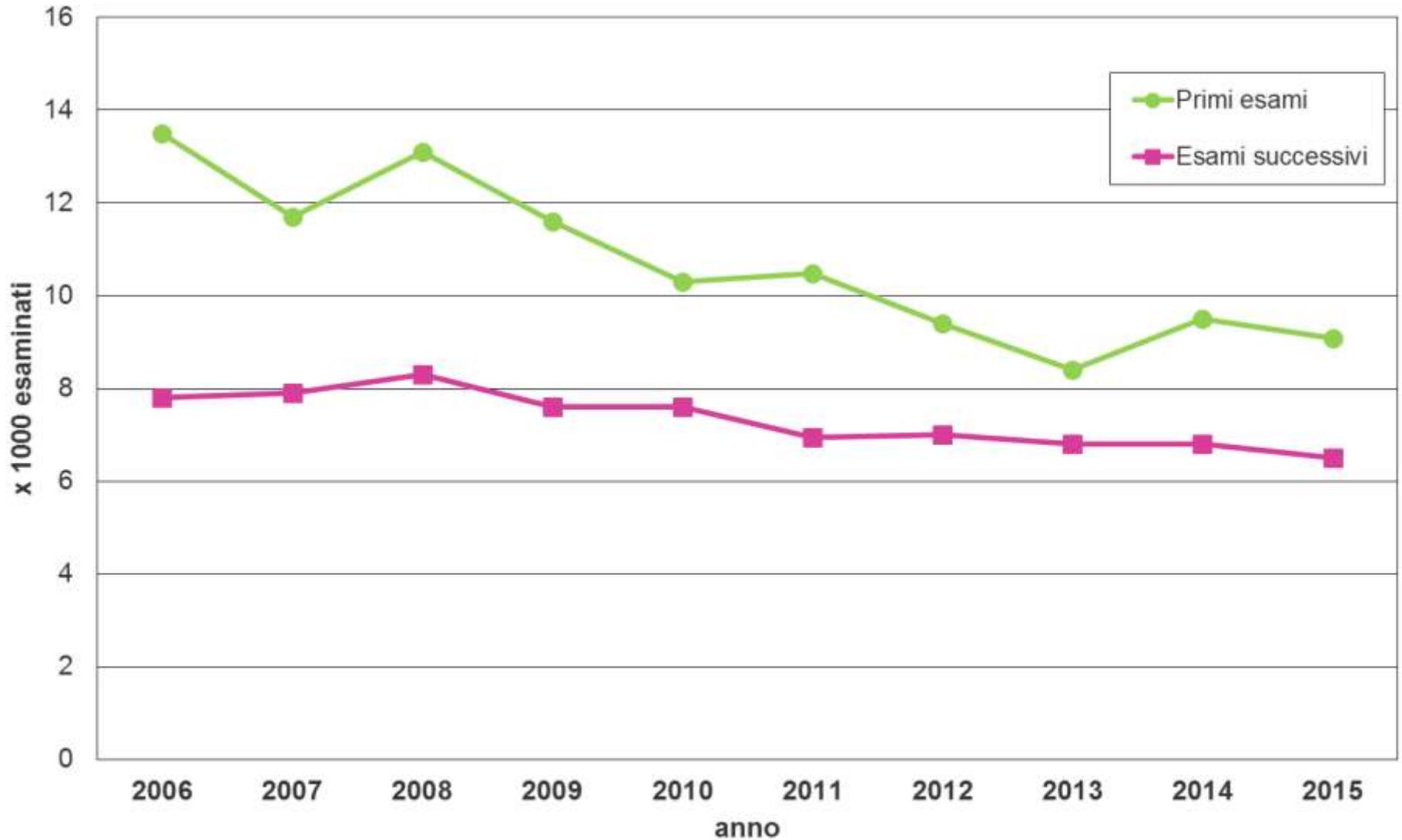


Tasso st. di identificazione di carcinoma ITALIA, Trend 2006 - 2015



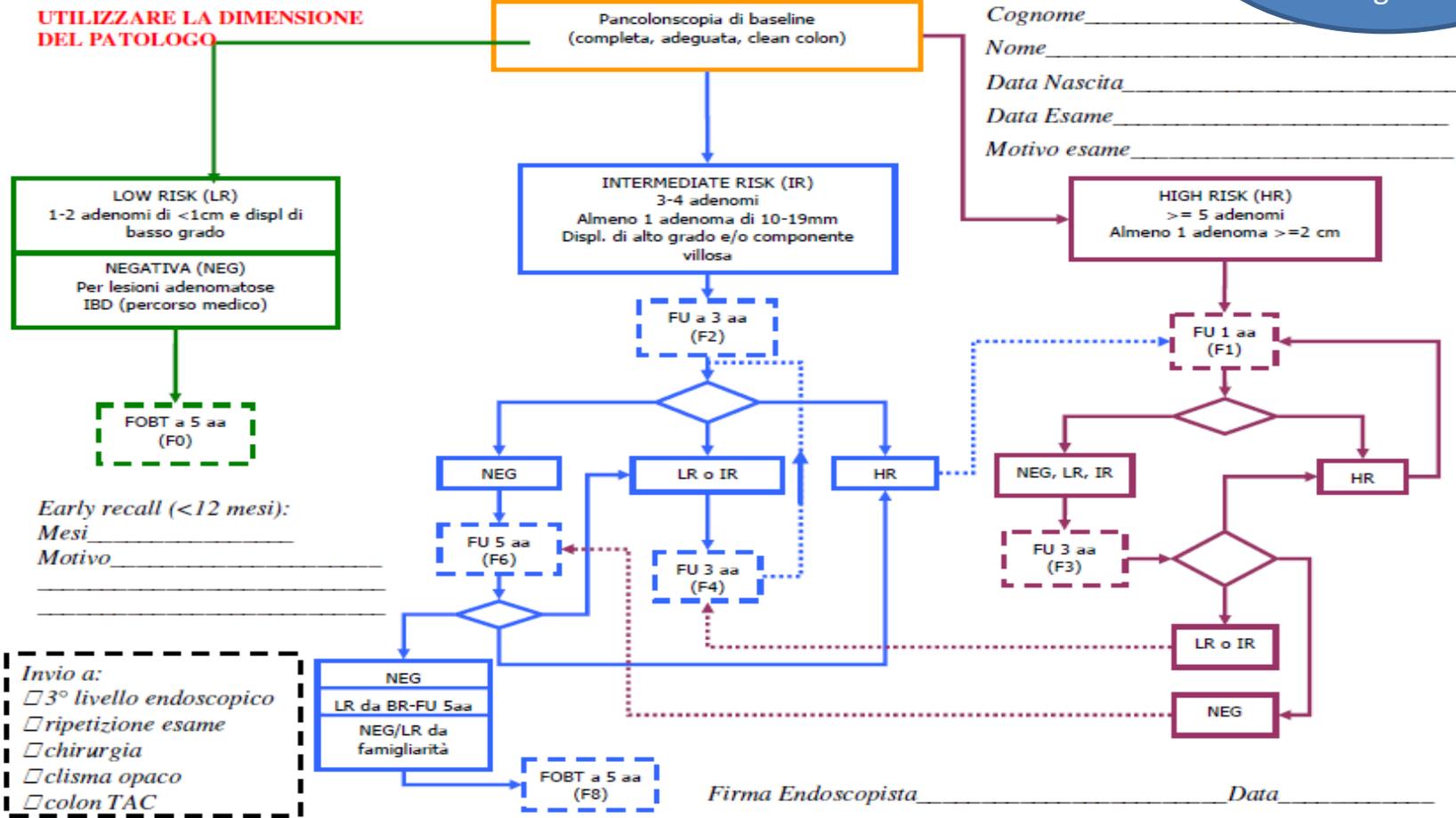
Tasso st. di identificazione di adenoma avanzato

ITALIA, Trend 2006 - 2015



Management degli adenomi... Follow-up (LG europee 2009)

Non tutti i programmi garantiscono il FUP gestito

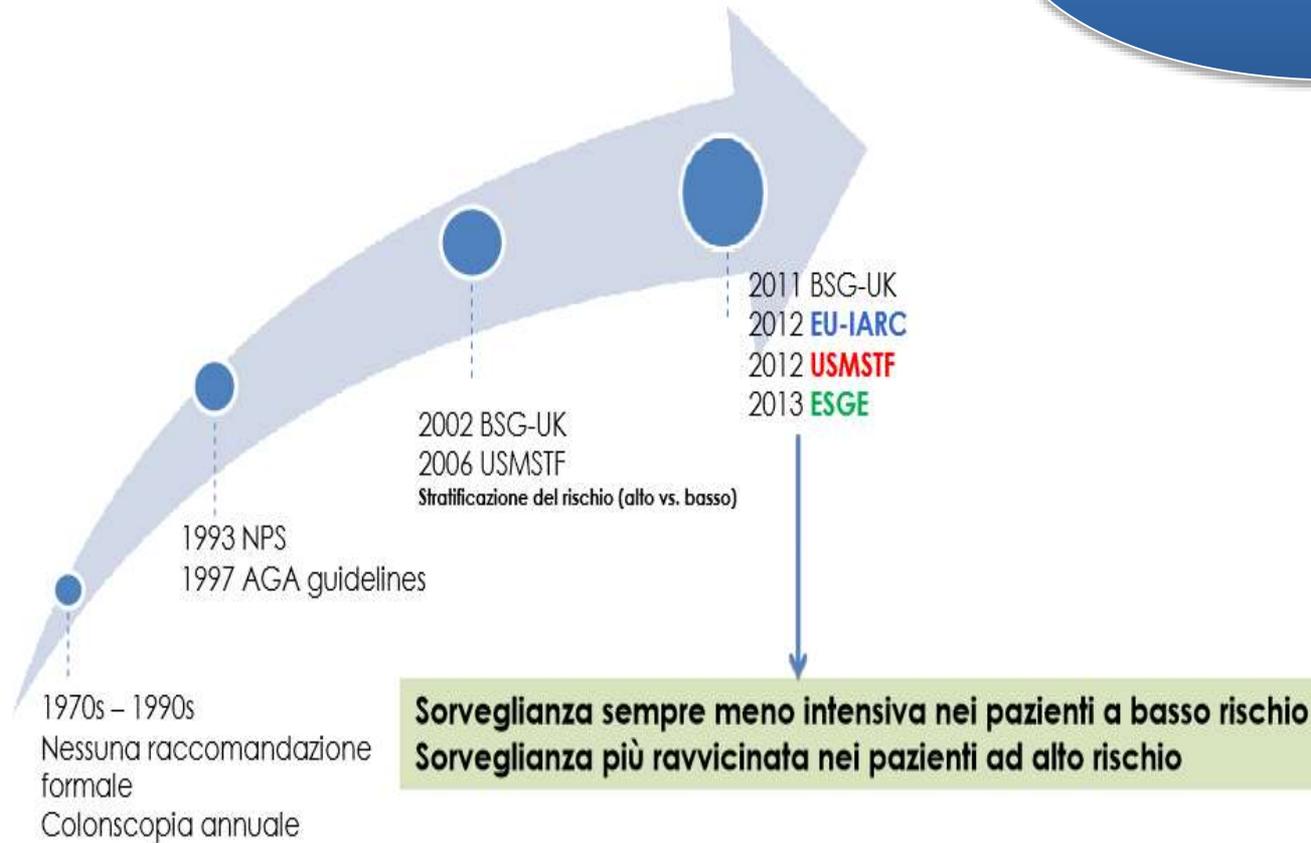


Da LG Europee 1° Ed, modificato ASL di Mantova, - Autore del modello : Cinzia Campari

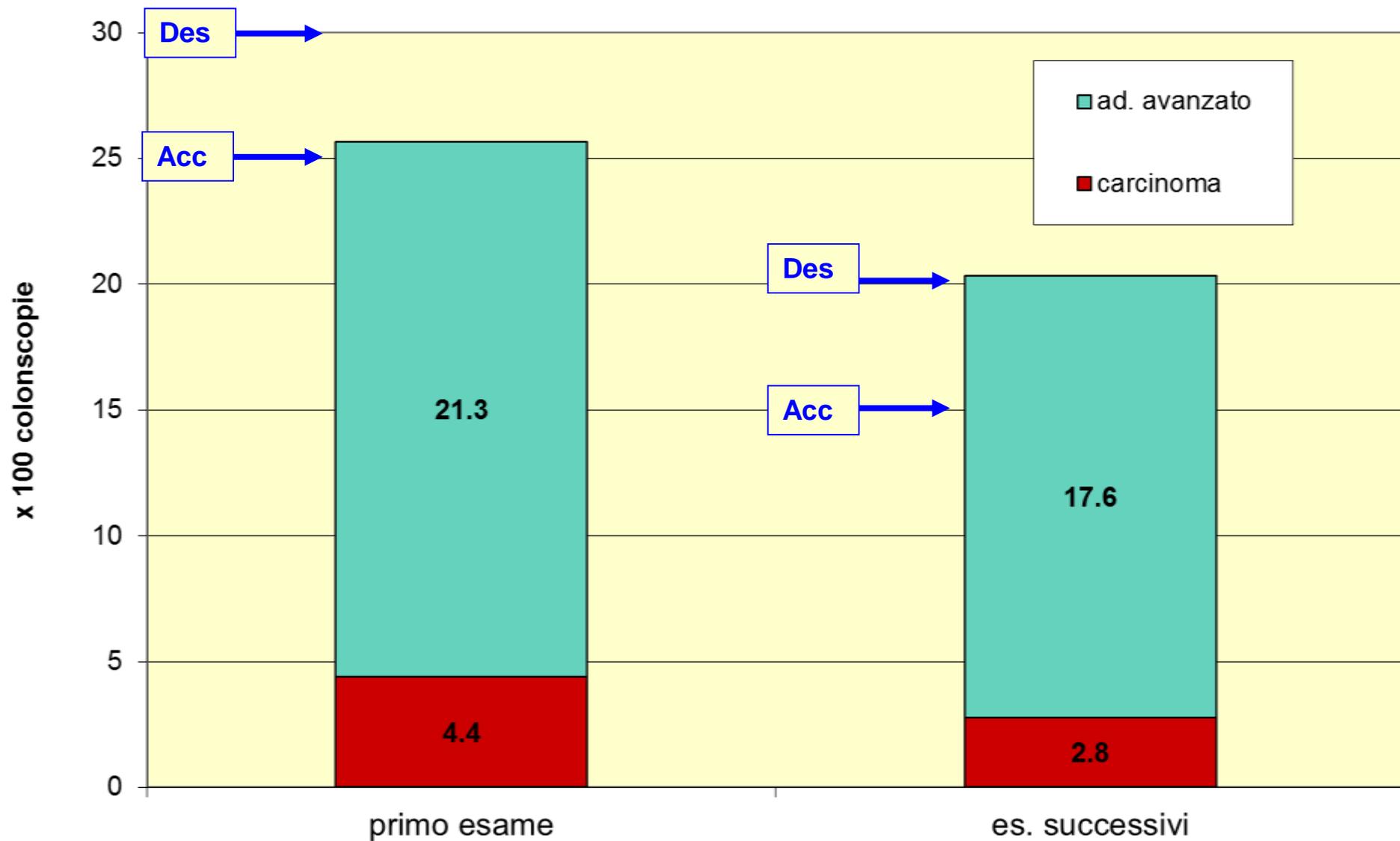


Il percorso deve garantire il management della popolazione ad aumentato rischio (screening tailored)

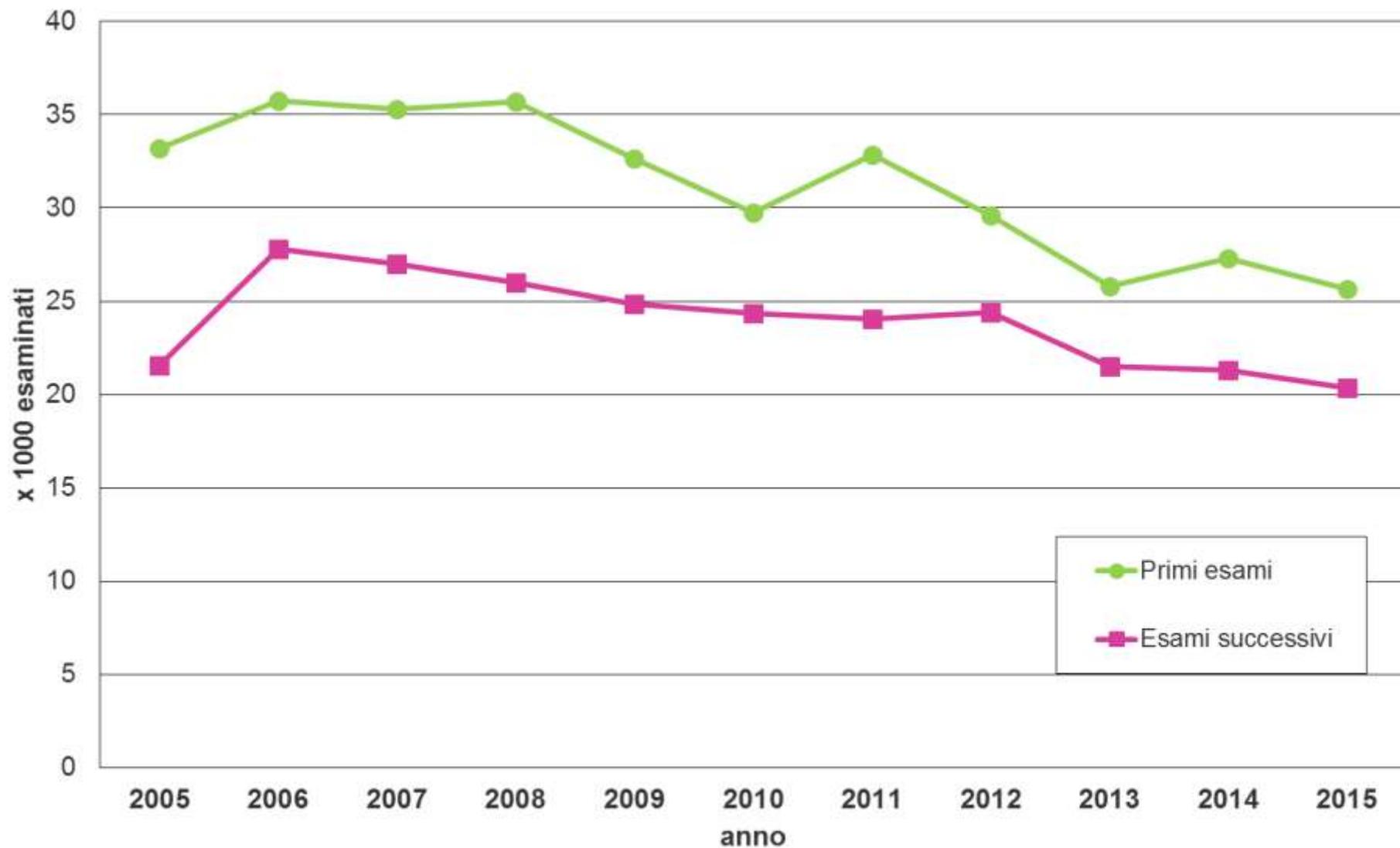
Sorveglianza: evoluzione nel tempo



Valore Predittivo Positivo del SOF+ alla colonscopia



VPP del SOF+ per carcinoma e adenoma avanzato. ITALIA, Trend 2005 - 2015



Distribuzione per stadio alla diagnosi

(solo casi con stadio noto = 70%)

Stadio	Programmi SOF	
	Primi esami (n=1010)	Es. successivi (n=1159)
I	32,2	40,2
I*	22,3	13,4
II	15,7	20,7
III-IV	29,8	25,6

* adenomi cancerizzati trattati con sola resezione endoscopica

Qualche riflessione sui dati del Veneto, applicando tassi e percentuali della rilevazione 2016 (grazie Chiara)

- Al primo test di screening, servono 26,8 colonscopie per diagnosticare un cancro;
- Ai test successivi, servono 40 colonscopie per ogni cancro individuato;
- Tenuto conto dei non rispondenti alla colonscopia:
 - 1) al primo test si perdono 1 cancro e 7 adenomi avanzati;
 - 2) al test successivo si perdono 1,6 tumori e 15,5 adenomi avanzati

Nella popolazione non responder circolano 384 tumori che emergeranno con la clinica...



alla lettura.....



Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica

a cura del Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità

Malattie e condizioni di salute ▾ Vivere in salute ▾ Governance sanitaria ▾

Indice A-Z ▾



La sorveglianza Passi

Indicatori Passi: screening per il cancro del colon-retto

Definizioni operative

Persona che ha effettuato lo screening per il cancro del colon-retto, con il test del Sangue occulto fecale (Sof) è una persona in età per cui lo screening è raccomandato (tra 50 e 69 anni), che dichiara di avere effettuato, a scopo preventivo, un test del sangue occulto nelle feci (Sof, conosciuto anche come Fobt, acronimo dalla denominazione inglese), entro l'intervallo raccomandato, cioè gli ultimi 2 anni.

Persona che ha effettuato lo screening per il cancro del colon-retto, con l'esame endoscopico (colonscopia o retto-sigmoidoscopia) è una persona in età per cui lo screening è raccomandato (tra 50 e 69 anni), che dichiara di avere effettuato, a scopo preventivo, in assenza cioè di sintomi o disturbi, una colonscopia o una rettosigmoidoscopia, negli ultimi 5 anni.

Persona che ha effettuato lo screening per il cancro del colon-retto, con il Sof o l'esame endoscopico (colonscopia o retto-sigmoidoscopia) è una persona in età per cui lo screening è raccomandato (tra 50 e 69 anni) che dichiara di aver effettuato, a scopo preventivo, il Sof negli ultimi 2 anni oppure un esame endoscopico (colonscopia o rettosigmoidoscopia) negli ultimi 5 anni.

News

16/11/2017 - Nuovi dati dal territorio e l'integrazione tra le sorveglianze

9/11/2017 - World Diabetes Day 2017: donne e diabete

[le altre](#)

I dati per l'Italia

- attività fisica
- sovrappeso e obesità
- consumo di frutta e verdura
- consumo di alcol
- abitudine al fumo
- fumo passivo
- smettere di fumare
- rischio cardiovascolare
- diabete
- sicurezza stradale
- alcol e guida
- sicurezza domestica
- sicurezza sul lavoro

Passi

Che cos'è Passi

- informazioni generali
- ultimi aggiornamenti
- archivio

I temi indagati

- dati e impatto sulla salute
- focus

La comunicazione di Passi

- pubblicazioni nazionali

pubblicazioni regionali e di asl





Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica

a cura del Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità

Malattie e condizioni di salute ▾ Vivere in salute ▾ Governance sanitaria ▾

Indice A-Z ▾

Screening oncologici

Informazioni generali

News

- ultimi aggiornamenti
- archivio

Aspetti epidemiologici

Documenti

Link

In Italia

- efficacia screening mammografico
- mammografia e cancri intervallo
- investire nella comunicazione

screening oncologici

Efficacia dello screening del colon-retto: i risultati di uno studio in Toscana

L'attivazione di programmi organizzati di screening oncologici di popolazione riduce la mortalità per tumore. Lo sottolineano in particolare i risultati di uno studio sullo screening del colon-retto condotto in Toscana dall'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica di Firenze (Ispo). La ricerca è stata pubblicata sul Journal of the National Cancer Institute.

Diversi studi randomizzati hanno dimostrato l'efficacia del test del sangue occulto nelle feci per la riduzione della mortalità per tumore colon-rettale. Tuttavia, l'impatto di un programma di screening di popolazione non era ancora mai stato oggetto di valutazione. Per questo, i ricercatori dell'Ispo hanno esaminato i tassi di mortalità per tumore del colon-retto relativi al periodo 1985-2006 in due aree geografiche nelle Province di Firenze e Prato. Nelle due zone i programmi di screening per il carcinoma del colon-retto sono stati avviati in tempi diversi: nell'area Empoli-Mugello nei primi anni Ottanta; nel resto delle province di Firenze e Prato, invece, nei primi mesi del 2000.

Nel complesso, tra il 1985 e il 2006, si è registrato un calo maggiore (13%) nella mortalità per tumore del colon-retto nell'area Empoli-Mugello rispetto al resto delle Province di Firenze e Prato. Nell'area Empoli-Mugello, dove sin dai primi anni Ottanta sono state sottoposte al test del sangue occulto fecale circa 17.500 persone ogni anno, si è riscontrato un calo annuale nel tasso

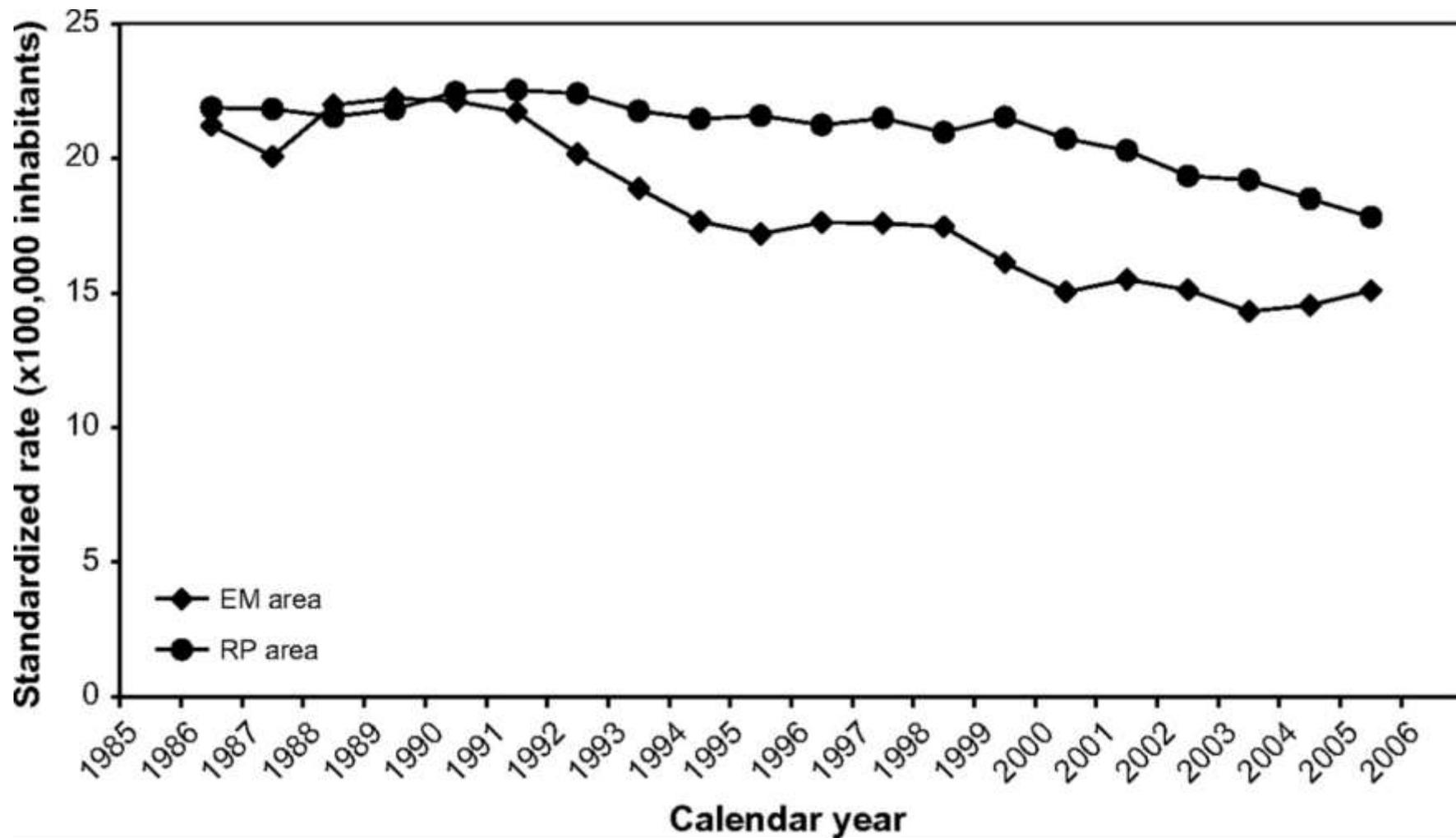
News

15/12/2016 - On line il rapporto Ons 2016

(12 maggio 2016) Test Hpv validati per lo screening cervicale

le altre





From: Colorectal Cancer Mortality in Two Areas of Tuscany With Different Screening Exposures

J Natl Cancer Inst. 2008;100(24):1818-1821. doi:10.1093/jnci/djn404

J Natl Cancer Inst | © The Author 2008. Published by Oxford University Press.

Colorectal Cancer Mortality in Two Areas of Tuscany With Different Screening Exposures

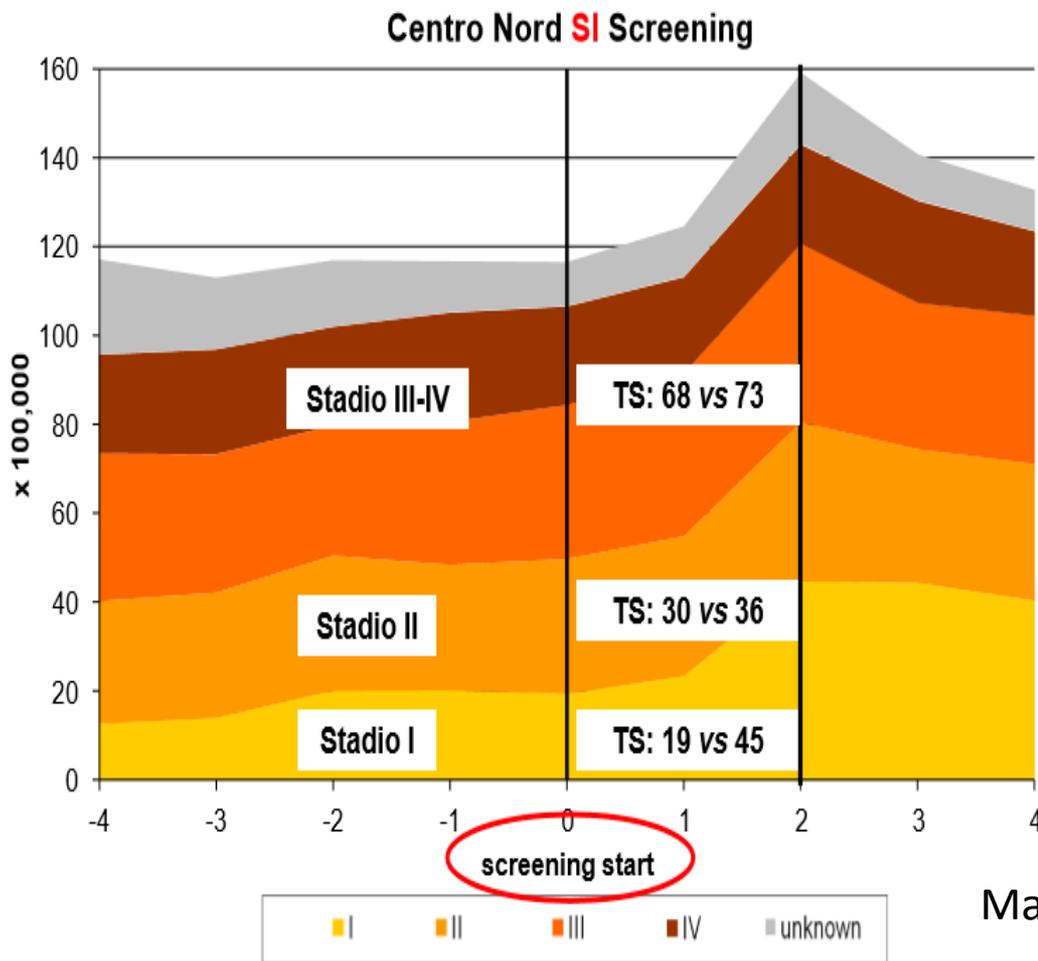
Adele Seniori Costantini Adele Seniori Costantini Andrea Martini Donella Puliti Stefano Ciatto Guido Castiglione Grazia Grazzini Marco Zappa

JNCI: Journal of the National Cancer Institute, Volume 100, Issue 24, 17 December 2008, Pages 1818–1821. In conclusione, gli autori dicono che:

In conclusion, our results support the hypothesis that the observed difference in colorectal cancer mortality is due to earlier exposure to fecal occult blood test screening.

Questo in accordo con gli studi randomizzati danesi e britannici degli anni 1996 e 2002

Studio Impatto: trend per stadio



Manuel Zorzi

Long-term performance of colorectal cancer screening programmes based on the faecal immunochemical test.

Zorzi M¹, Hassan C², Capodaglio G³, Fedato C⁴, Montaguti A⁴, Turrin A⁴, Rosano A¹, Monetti D¹, Stocco C¹, Baracco S¹, Russo F⁴, Repici A⁵, Rugge M⁶.

⊕ Author information

Abstract

BACKGROUND: The long-term performance of colorectal cancer (CRC) screening programmes based on a 2-year faecal immunochemical test (FIT) is still unclear.

METHODS: In a sample of 50 to 69-year-olds repeatedly screened with the FIT (OC-Hemodia latex agglutination test; cut-off: 20 µg haemoglobin/g faeces), we examined: (1) the FIT positivity rate, the CRC and advanced adenoma detection rate and the FIT's positive predictive value (PPV) for advanced neoplasia, at each round of screening and (2) the cumulative CRC and advanced adenoma detection rate after five rounds of FIT.

RESULTS: Over 12 years (2002-2014), 123 347 individuals were administered the FIT up to six times, and 781 CRCs and 4713 advanced adenomas were diagnosed. The CRC and advanced adenoma detection rates declined substantially from the first to the third (rate ratio (RR) 0.25, 95% CI 0.20 to 0.32) and second (RR 0.51, 95% CI 0.47 to 0.56) rounds, respectively, and then remained stable. The PPV for advanced neoplasia dropped by 18% in the second round (RR 0.82, 95% CI 0.77 to 0.89), with no further reduction thereafter due to a concomitant decline in the FIT positivity rate (RR first to sixth rounds: 0.56, 95% CI 0.53 to 0.60). The cumulative CRC and advanced adenoma detection rates over five consecutive rounds were 8.5‰ (95% CI 7.8 to 9.2), and 58.9‰ (95% CI 56.9 to 61.0), respectively.

CONCLUSIONS: Repeated FIT significantly reduces the burden of colorectal disease while facilitating an efficient use of colonoscopy resources. The cumulative detection rate after five rounds of FIT is similar to primary screening with colonoscopy, supporting the need to account for the cumulative sensitivity of repeated FITs when evaluating the test's efficacy.

In Italia, c'è chi può fare queste considerazioni, c'è chi deve ancora cominciare...la forbice del Paese nei LEA



lo screening è un setting opportunistico per.....



Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica

a cura del Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità

Malattie e condizioni di salute ▾ Vivere in salute ▾ Governance sanitaria ▾

Indice A-Z ▾



bollettino epidemiologico nazionale

settembre 2013

Studio sprint: *trial* di intervento su fumo e attività fisica nel contesto dello screening per il cervico-carcinoma

Bollettino epidemiologico nazionale

Il ben

• chi siamo

• La storia del Ben

Bollettini precedenti

• 2017

• 2016

• archivio

Istruzioni per gli autori

ben@iss.it

Elisabetta Chellini¹, Giuseppe Gorini¹, Livia Giordano², Emanuela Anghinoni³, Anna Iossa¹, Giulia Carreras¹, Alessandro Coppo², Cristina Bellati², Elisa Grechi⁴, Fiorella Talassi³ e il Gruppo di lavoro SPRINT*

¹Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO), Firenze;

²Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO), Torino;

³AUSL Mantova;

⁴Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, Firenze

SUMMARY (*Sprint Study: intervention trial on counselling for smoking cessation and physical activity delivered during cervical cancer screening practice*) - The SPRINT study is a randomized controlled trial designed to evaluate a counselling intervention on smoking cessation (SC) and physical activity carried out with 1,100 voluntary randomly selected women attending Cervical Cancer Screening Program in Florence, Turin and Mantua. The counselling was tailored according to the Prochaska-Di Clemente's motivational stages of change. Women in preparation stage of change for SC more than doubled their likelihood of quitting at 6-month follow-up. Results suggest that screening offers a good opportunity to contact and effectively act on a high number of smoking women to carry out effective health promotion.

Key words: smoking cessation; counselling; women's health e.chellini@ispo.toscana.it





*Salute e tradizione:
ricette di famiglia,
per vivere in salute*

• • •

Il percorso del progetto Diana 5
nella Provincia di Mantova



Ci sono patologie, come quelle cardiovascolari, che vengono percepite come eminentemente maschili e che, in realtà colpiscono in misura eguale, se non maggiore, anche le donne. Per questo stiamo realizzando un'indagine che servirà a conoscere il grado di percezione del rischio cardio vascolare nella popolazione femminile della provincia di Mantova e ad attuare una valutazione, per indirizzare le future strategie di prevenzione.

La ringraziamo fin d'ora per il tempo che vorrà dedicarci per contribuire alla nostra iniziativa, compilando questo questionario anonimo, che potrà consegnare al Consultorio quando effettuerà il pap-test di screening.

1 **Età: (in anni compiuti)** _____

2 **Comune di residenza** _____

3 **Situazione lavorativa**

1) Lavora

2) In pensione

4 **Lavoro prevalente**

- 1) In cerca di occupazione
- 2) Casalinga
- 3) Impiegata/insegnante
- 4) Imprenditrice/Libero professionista
- 5) Dirigente

- 6) Operaia
- 7) Agricoltore
- 8) Commerciante
- 9) Artigiana
- 10) Altro

5 **Titolo di studio**

- 1) Nessun titolo
- 2) Licenza elementare
- 3) Licenza media inferiore

- 4) Scuola o corso professionale
- 5) Diploma scuola media superiore
- 6) Laurea

6 **Nella sua famiglia ci sono stati casi di: (più di una risposta)**

- 1) malattie cardiovascolari prima di 55 anni nell'uomo
- 2) malattie cardiovascolari prima di 65 anni nella donna
- 3) ipertensione arteriosa in famiglia
- 4) diabete mellito

7 **Numero di gravidanze:** _____

8 **Durante la gravidanza ha sofferto di: (più di una risposta)**

- 1) Iperensione arteriosa
- 2) Alterata tolleranza ai carboidrati (iperglicemia)

9 **È attualmente in menopausa ?**

[SI]

[NO]

10 **Soffre attualmente di: (più di una risposta)**

- 1) Iperensione arteriosa (se valori di pressione sistolica maggiori di 140 mmHg)
- 2) Diabete mellito
- 3) Ipercolesterolemia (colesterolemia totale maggiore 200 mg%)
- 4) Disturbi cardiovascolari (coronaropatia, fibrillazione, scompenso cardiaco, ecc.)

11 **Sta assumendo qualcuno di questi farmaci? (più di una risposta)**

- 1) No
- 2) Apparato gastrointestinale e metabolismo
- 3) Sistema cardiovascolare
- 4) Psicofarmaci
- 5) Sistema genito-urinario ed ormoni sessuali
- 6) Preparati-ormonali sistemici esclusi ormoni sessuali
- 7) Farmaci antineoplastici ed immunomodulanti
- 8) Sistema muscolo-scheletrico
- 9) Sistema nervoso
- 10) Sistema respiratorio



12 **Quale tra le seguenti malattie Le incute maggiori timori per la sua salute? (una sola risposta)**

- 1) tumore polmone
- 2) tumore ovaio
- 3) alzheimer
- 4) ictus
- 5) AIDS
- 6) Infarto cardiaco
- 7) tumore mammella

13 **Quali tra questi considera il principale fattore di rischio per il cuore? (una sola risposta)**

- 1) sedentarietà
- 2) alimentazione scorretta
- 3) colesterolo elevato
- 4) fumo
- 5) pressione alta
- 6) sovrappeso/obesità
- 7) familiarità

14 **Esegue qualcuno dei seguenti controlli?**

	mai	saltuariamente	alle scadenze previste	ogni anno
1) mammografia				
2) pap test				
3) sangue nelle feci				

15 **Esegue qualcuno dei seguenti controlli?**

	mai	saltuariamente	periodicamente	ogni anno
1) colesterolo o trigliceridi				
2) glicemia				
3) sangue nelle feci				
4) pressione arteriosa				

16 **Controlla il suo peso?**

[SI]

[NO]

17 **Si considera una persona attenta alla propria salute:**

molto	abbastanza	poco	per nulla

18 **Fumo (sigarette o sigari)**

Mai fumato	Ex fumatore	Fumatore

19 **Nell'ultima settimana quante volte ha mangiato i seguenti alimenti?**

	mai	1 volta	2-3 volte	4-5 volte	tutti i giorni
1) frutta					
2) verdura					
3) carne					
4) pesce					

20 **Beve vino o birra?**

[SI]

[NO]

21 **Nell'ultima settimana ha praticato attività motorie?**

	mai	1 volta	2-3 volte	4-5 volte	tutti i giorni
1) Camminata(almeno mezz'ora)					
2) Corsa/bicicletta (almeno mezz'ora)					
3) Piscina/palestra (almeno un'ora)					
4) Uno sport					

22 **Conosce la sua attuale circonferenza addominale?**

[SI] cm. _____

[NO]

23 **Prima di oggi aveva mai effettuato questa misura?**

[SI]

[NO]

VACCINAZIONI? Parliamone...



Sistema Socio Sanitario
Regione
Lombardia
ATS Val Padana
ASST Mantova

COSA È VERO

- ▶ L'attuale riduzione delle coperture vaccinali ha provocato la ricomparsa di alcune malattie e e potrebbe portare al ritorno di patologie ormai assenti dal nostro Paese.
- ▶ La sicurezza dei vaccini è documentata da milioni di dosi somministrate e dalla costante attività di sorveglianza dei possibili eventi avversi: gli effetti collaterali gravi da vaccino hanno una frequenza estremamente più bassa di quelli delle malattie da cui proteggono.
- ▶ La malattia impegna il sistema immunitario molto di più della corrispondente vaccinazione.



COSA È FALSO

- ▶ I vaccini possono indebolire il sistema immunitario e portare alla comparsa di malattie
- ▶ I vaccini contengono sostanze tossiche e pericolose come mercurio, formaldeide, alluminio.
- ▶ I vaccini, in particolare quello contro Morbillo, Parotite e Rosolia (MPR), causano l'autismo. Lo studio che riportava questo legame è stato dimostrato e l'autore è stato radiato dall'albo dei medici del Regno Unito.
- ▶ A causa del decreto sull'obbligo aumentano i vaccini somministrati ai bimbi nel primo anno di vita. Il decreto non modifica il calendario vaccinale, le immunizzazioni e la scansione temporale restano le stesse.
- ▶ Esistono degli esami che possono predire eventuali effetti collaterali dei vaccini: non esiste nessun test in grado di fare questo.



Fonte: Istituto Superiore Sanità, 14 luglio 2017 - sito Internet: www.salute.gov



Il Decreto-Legge 7 giugno 2017, n. 73 - Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, secondo le indicazioni del Calendario allegato al Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale in vigore (età 0-16 anni) e in riferimento alla coorte di appartenenza, **dichiara**:

Obbligatorie

- ▶ anti-poliomielitica
- ▶ anti-difterica
- ▶ anti-tetanica
- ▶ anti-epatite B
- ▶ anti-pertosse
- ▶ anti-Haemophilus influenzae tipo B
- ▶ anti-morbillo
- ▶ anti-rosolia
- ▶ anti-parotite
- ▶ anti-varicella

Consigliate

- ▶ anti-meningococcica B
- ▶ anti-meningococcica C
- ▶ anti-pneumococcica
- ▶ anti-influenzale per il periodo invernale (perché cambiano i virus circolanti ogni anno ed ogni anno ci si deve vaccinare)
- ▶ vaccinazione contro HPV (Papilloma virus) gratuita agli adolescenti, maschi e femmine

LE VACCINAZIONI POSSONO ESSERE PRENOTATE TELEFONICAMENTE ED ESEGUITE NEGLI AMBULATORI VACCINALI DELL'ASST DI MANTOVA

AMBULATORI VACCINALI

- ▶ **Asola**, via Schiantarelli 3 | 0376 331058 | polovaccinale.asola@asst-mantova.it
- ▶ **Castiglione delle Stiviere**, via Ordanino 11 | 0376 331225 | polovaccinale.castiglione@asst-mantova.it
- ▶ **Mantova**, via Trento 6 | 0376 334606 | polovaccinale.mantova@asst-mantova.it
- ▶ **Ostiglia**, via Belfanti 1 | 0386 302061 | polovaccinale.ostiglia@asst-mantova.it
- ▶ **Poggio Rusco**, via Massarani 29 | 0376 331381 | polovaccinale.ostiglia@asst-mantova.it
- ▶ **Suzzara**, via Cadorna 2 | 0376 331425 | polovaccinale.suzzara@asst-mantova.it
- ▶ **Vladana**, via De Gasperi 7 | 0375 789811 | polovaccinale.vladana@asst-mantova.it

INFO

VUOI SAPERNE DI PIÙ?

Chiedi al tuo medico, al pediatra, al tuo farmacista o ai poli vaccinali della ASST di residenza.

Puoi leggere e scaricare documenti ed informazioni sui siti internet:

www.asst-mantova.it
visitando la sezione "per il cittadino" - sottosezione "vaccinazioni"

www.ats-valpadana.it
visitando la sezione "approfondimenti" - sottosezione "vaccinazioni"



- Ricerca
- Nuova Ricerca
- Invito
- Anagrafe
- Questionario Stili di Vita**
- Anamnesi familiare
- Esclusione
- Sospensione
- Contatti telefonici
- Storici

56
PID:39475
Round:4

Sollecito, 05/10/2017 10.37
Centro: Farmacia MANTOVA

Salva Stampa Annulla Elimina

Data compilazione: 21
 Compilatore: v

Peso (kg)
 Altezza (m)
 BMI (Kg/m2) ed è

Ha l'abitudine di fare la prima colazione? n.d. No Si

Quante volte alla settimana consuma pesce?

Quante volte alla settimana consuma salumi?

Quante volte alla settimana consuma carne?

Quanta frutta e/o verdura mangia mediamente al giorno? Indicare il numero di porzioni giornaliere complessive (frutta + verdura)

Abitualmente fa attività fisica? - indicare il N° di ore a settimana

leggera (es. una passeggiata a piedi di almeno 1 km) n.d. No Si

fino al punto di sudare un po' (es. corsa, passeggiate in bicicletta, giardinaggio) n.d. No Si

che richiede allenamenti intensivi (es. palestra, piscina) n.d. No Si

Con quale frequenza consuma

Vino?	<input checked="" type="radio"/> n.d.	<input type="radio"/> Tutti i giorni	<input type="radio"/> 1-3 volte settimana	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Mai
Birra?	<input checked="" type="radio"/> n.d.	<input type="radio"/> Tutti i giorni	<input type="radio"/> 1-3 volte settimana	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Mai
Bibite Gassate?	<input checked="" type="radio"/> n.d.	<input type="radio"/> Tutti i giorni	<input type="radio"/> 1-3 volte settimana	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Mai
Superalcolici?	<input checked="" type="radio"/> n.d.	<input type="radio"/> Tutti i giorni	<input type="radio"/> 1-3 volte settimana	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Mai

Lei Attualmente Fuma?

n.d. No, non ho mai fumato No, ma ho fumato in passato Sì (indicare quante sigarette in media fuma al giorno)

In futuro ha intenzione di smettere di fumare? n.d. No Sì

Quale è il suo attuale stato civile? v

Quale è il suo titolo di studio conseguito? v

Quale è la sua condizione lavorativa attuale? v

E' disponibile ad essere contattato telefonicamente da operatori dell'ATS Val Padana per un'indagine più approfondita sul suo stile di vita? n.d. No Sì

Telefono 1: v

Telefono 2:

Note

EFFETTUAZIONE DI UNA FMECA PER LO SCREENING COLON RETTO (stralcio esemplificativo)

MACROATTIVITA' 4 (note di contesto: Processo identico per i due territori considerati)

Microattività	Resp. Microatt.	Possibili errori	Cause identificate	Effetti/ conseguenze	Azioni migliorative	G	F	R	IPR
Il cittadino consegna i campioni di feci in farmacia	Farmacia	Mancato rispetto del tempo massimo previsto tra il campionamento e la consegna in farmacia della provetta risulta scaduta	Non sufficiente spiegazione da parte del farmacista che consegna la provetta	Non affidabilità dell'esito dell'esame	Migliorare la comunicazione tra farmacista e utenti dello screening, mettere sempre la data di riempimento di materiale sulla provetta/ foglio per un controllo da parte del farmacista eo del laboratorio; Mancato ritiro della provetta da parte del farmacista se si accorge delle anomalie	10	1	5	50
		Ritardo nella consegna della provetta da parte del cittadino (la provetta inutilizzata resta a casa del cittadino e all'atto del campionamento	Errore umano per trascuratezza			10	1	5	50

MACROATTIVITA' 5 (note di contesto: Processo identico per i due territori considerati)

Microattività	Resp. Microatt.	Possibili errori	Cause identificate	Effetti/ conseguenze	Azioni migliorative	G	F	R	IPR
In farmacia passano regolarmente vettori che trasportano le provette ai laboratori	Vettori di trasporto	Perdita di provette durante il trasporto	Mancata allocazione specifica durante il trasporto delle provette	Mancato invio dell'esito dello screening all'utente	Tracciabilità in ogni momento delle provette (farmacia, vettori, laboratorio). Per CR tale attività sarà implementata in analogia a Mn	2	1	10	20

FMECA = Failure Mode and Effects Analysis



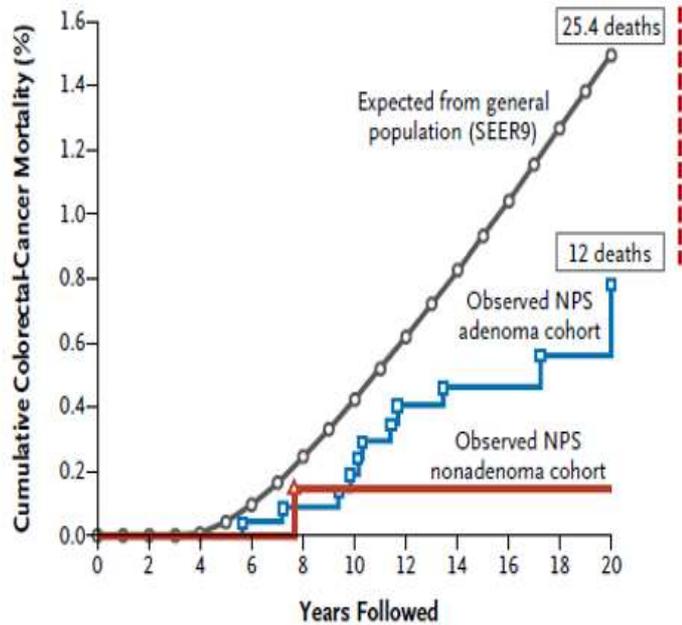
non dimentichiamoci.....

Sorveglianza post-polipectomia: la polipectomia ha un razionale?

la mortalità dei pazienti con adenomi è inferiore rispetto a quella della popolazione generale dopo 20 anni di follow up

Colonoscopic Polypectomy and Long-Term Prevention of Colorectal-Cancer Deaths

Zauber AG et al. New Engl J Med 2012



No. at Risk						
Adenoma	2602	2358	2100	1808	1246	461
Nonadenoma	773	733	678	632	420	164

La polipectomia si associa a una riduzione del 53% della mortalità per cancro coloretale



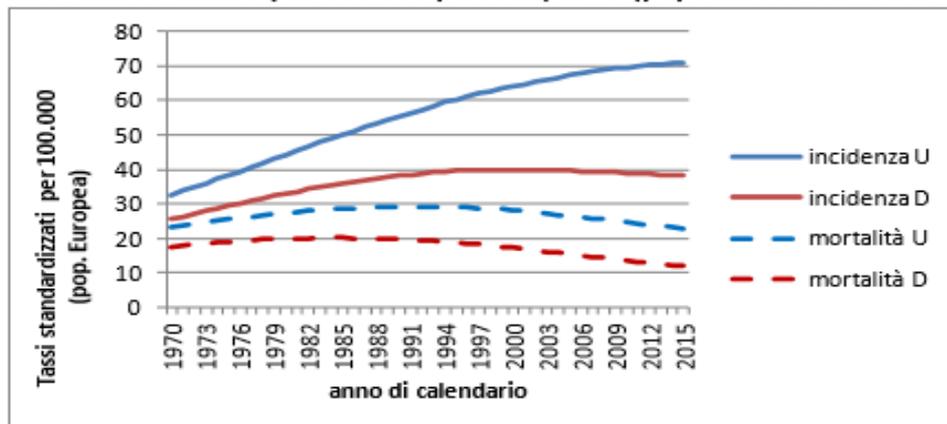
SI

Preoccupiamoci dei non aderenti alla sorveglianza

...

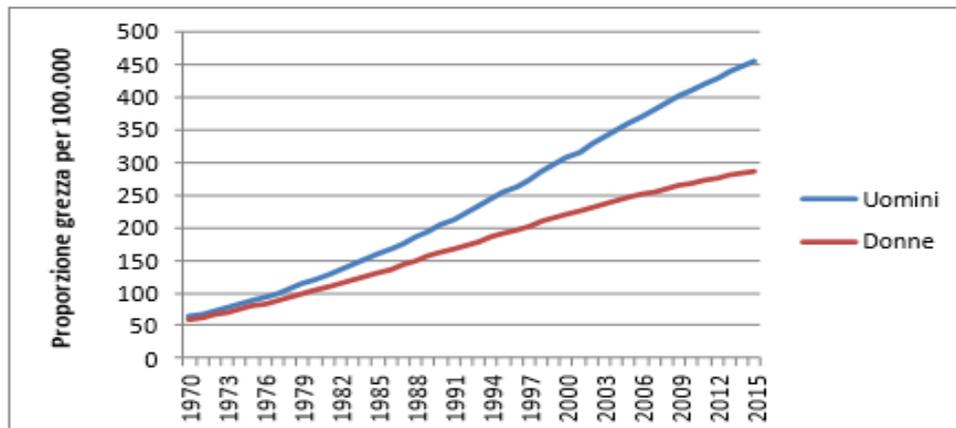


Figura 1: stime di incidenza e mortalità per tumore del colon-retto in Italia negli uomini e nelle donne. Tassi standardizzati per 100.000 persone/anno (popolazione standard europea), età 0-99 anni.



Preoccupiamoci
dei NON aderenti
al test

Figura 2: stime di prevalenza per tumore del colon-retto in Italia negli uomini e nelle donne. Proporzioni grezze per 100.000 abitanti, età 0-99 anni. (La prevalenza è espressa come proporzione grezza poiché fornisce informazioni sul reale carico sanitario della patologia oncologica)



Preoccupiamoci
delle Regioni che
«faticano» ad
organizzarsi...



EMANUELA ANGHINONI , PAOLA CASSONI, ROMANO SASSATELLI, TIZIANA RUBECA,
CARLO SENORE, GRAZIA GRAZZINI, CINZIA CAMPARI, ELIO MATTEI,
CESARE HASSAN, VINCENZO MATARESE, FRANCESCO BIANCO

- 1. Valutazione delle modalità organizzative degli screening con particolare attenzione alle risorse e alle funzioni –survey in corso .**
Materiali informativi per gli operatori e per l'utenza, aggiornamento del manuale delle 100 domande
Correlazione dei risultati della survey sulle modalità organizzative con gli indicatori di valutazione dei programmi di screening
 - 2. Il gruppo del 1° livello ha concluso nel 2017 l'aggiornamento alla GUIDA-FIT-Hb. Nel 2018 i laboratori che lo vorranno dovranno accreditare il test FIT con la ISO15189 , si aprirà un forum sul sito GISCoR per confronto/supporto ai laboratoristi che vorranno accreditarsi.**
 - 3. Il gruppo del 2° livello intende: far tradurre documento ESGE Indicatori Qualità Colonscopia. Promuovere uno studio sulla sorveglianza per polipi ad alto rischio. Studiare la relazione tra qualità colonscopia e cancro nei FIT+ dopo colonscopia negativa. Valutare la variabilità adenomi avanzati/adenomi non avanzati**
 - 4. Il gruppo trattamento e follow up ha elaborato un questionario da proporre ai servizi di endoscopia . Un questionario di valutazione su una serie di argomenti dai quali ne conseguono importanti decisioni circa i trattamenti delle lesioni diagnosticate e conseguenti follow up. Tuttavia vi è una notevole eterogeneità che necessita di una messa a punto tenendo conto delle varie linee guida e delle realtà di lavoro a loro volta molto diverse tra loro**
- .. e poi...
- Protocollo d'intesa con Federfarma, attenzione ai programmi del SUD Italia, site visit con ONS.... e poi ancora.. rivediamo il manuale degli indicatori?

Ci potete trovare sul web:

www.giscor.it