





Azienda Sanitaria Provinciale ASL AL

PLP ASL AL incontra PRP
Il Piano locale di Prevenzione ASL AL
incontra
il Piano Regionale di Prevenzione

Alessandria , 27 ottobre 2015

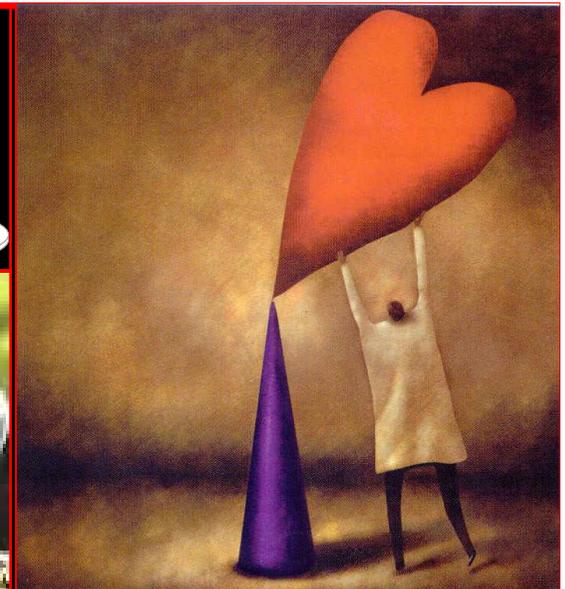


giancarlo faragli

prevenzione oncologica - aslal

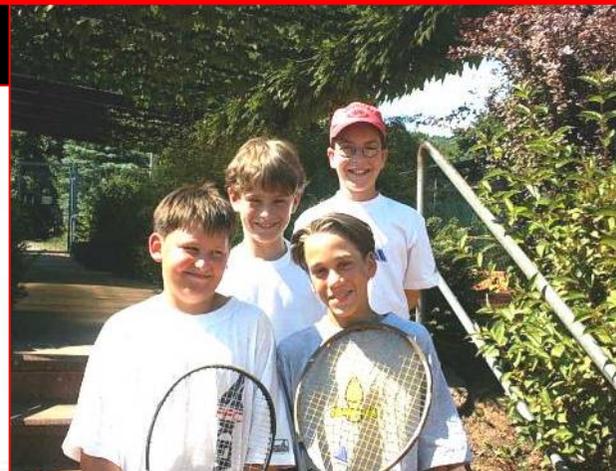
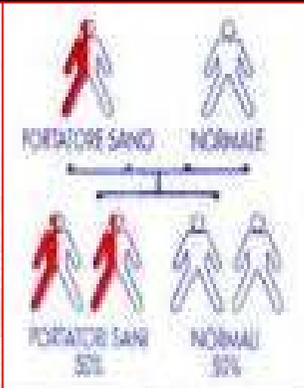
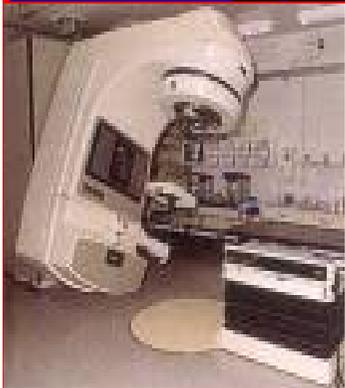
docente didattica integrata – Scuole di Specialità - DiSSal - UniGE





UVOS – Unità di Valutazione ed Organizzazione degli Screening Oncologici

ASL Alessandria
Azienda Ospedaliera Nazionale - Alessandria





mammografico

colorettale

cervicale

The background of the slide features four stylized silhouettes of people in a group conversation. From left to right: a woman on a mobile phone, a woman with a handbag, a woman gesturing with her hand, and a man with a shoulder bag. The silhouettes are rendered in shades of purple and blue.

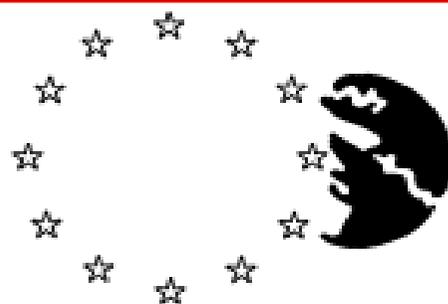
**Perché parlare
di tumori??????**

**Perché parlare di
screening?????**





Scopri di più su [www.italia.it](#)
Programma di promozione del turismo italiano
INFORMAZIONI: [www.italia.it](#)
INFORMAZIONI: [www.italia.it](#)
INFORMAZIONI: [www.italia.it](#)



L'EUROPA CONTRO IL CANCRO



PREVENZIONE SERENA

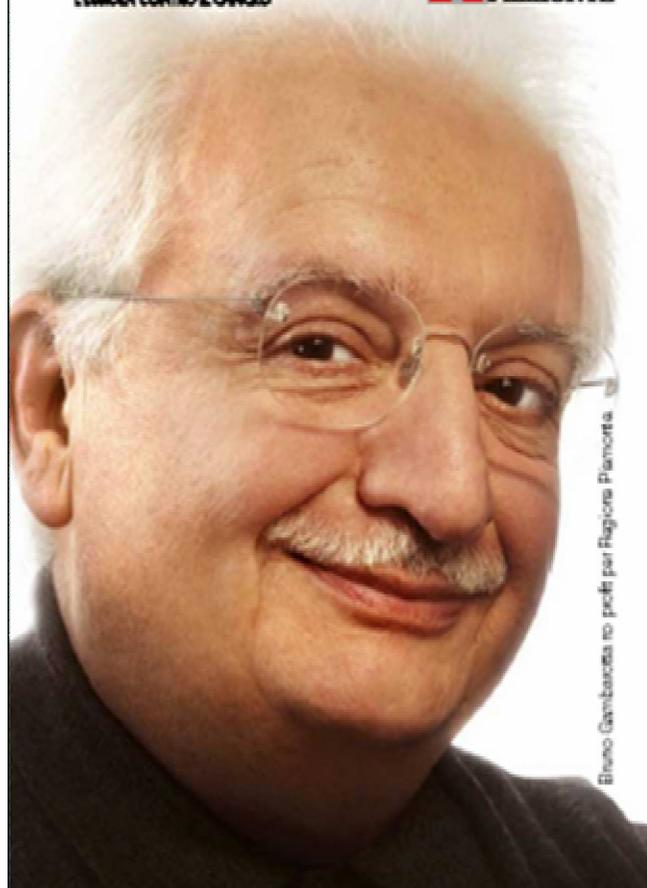


www.regione.piemonte.it/sanita





REGIONE
PIEMONTE

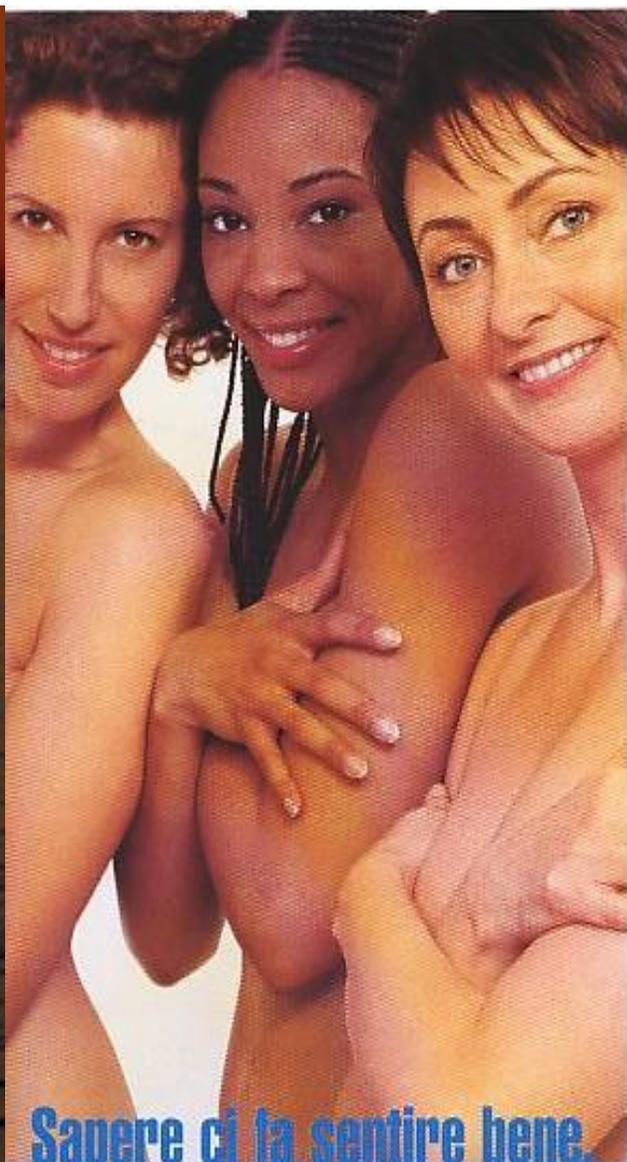


Bruno Cambasola: no profi per Regione Piemonte.

Ho ancora
voglia di mettermi
sotto esame.

Par la prevenzione del tumori intestinali

PREVENZIONE SERENA



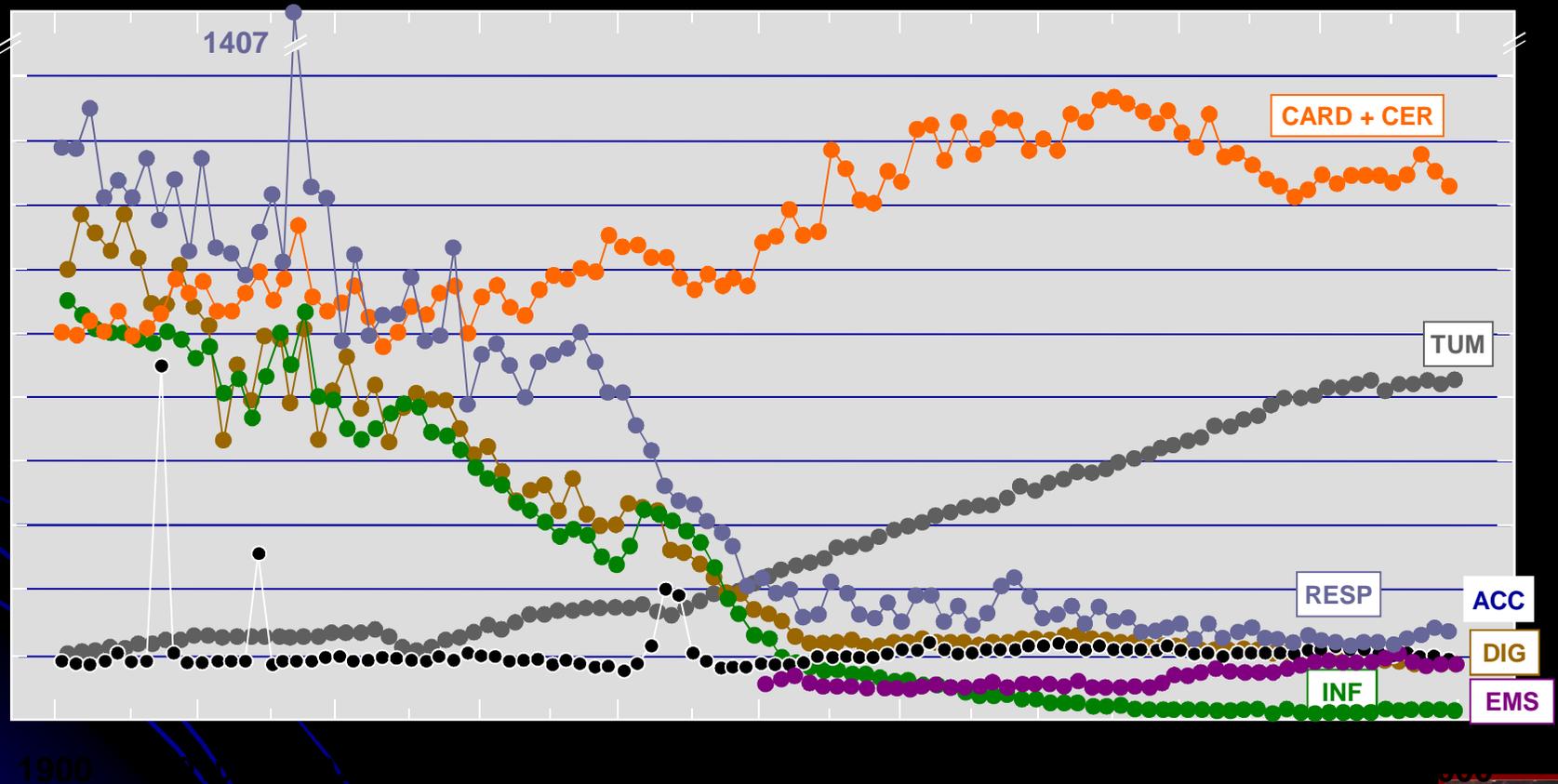
Sapere ci fa sentire bene.

PREVENZIONE SERENA

Programma di prevenzione dei tumori femminili.

REGIONE
PIEMONTE

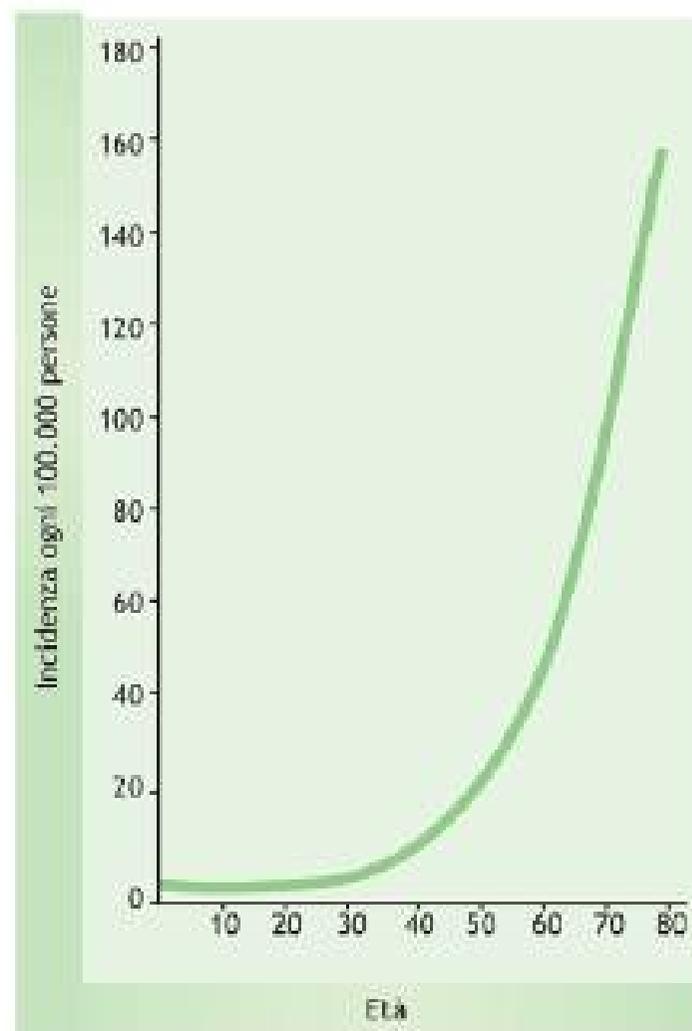
LA RIVOLUZIONE EPIDEMIOLOGICA DEL XX SECOLO



S. De Flora, A. Quaglia, C. Bennicelli e M. Vercelli, FASEB J., 2005
modificata da G. Faragli & S. De Flora, 2006



L'incidenza dei tumori aumenta con l'età



■ **Figura 12.1** Incidenza annuale del cancro in funzione dell'età. Il numero di nuovi casi è espresso in rapporto al numero totale di individui per ciascun gruppo d'età.



Una Azienda Sanitaria

Una Azienda Ospedaliera ASO

7 Distretti sanitari

366 Medici di famiglia

6 Centri di Endoscopia

5 Chirurgie

185 Farmacie

3 Anatomie Patologiche

5 Radiologie

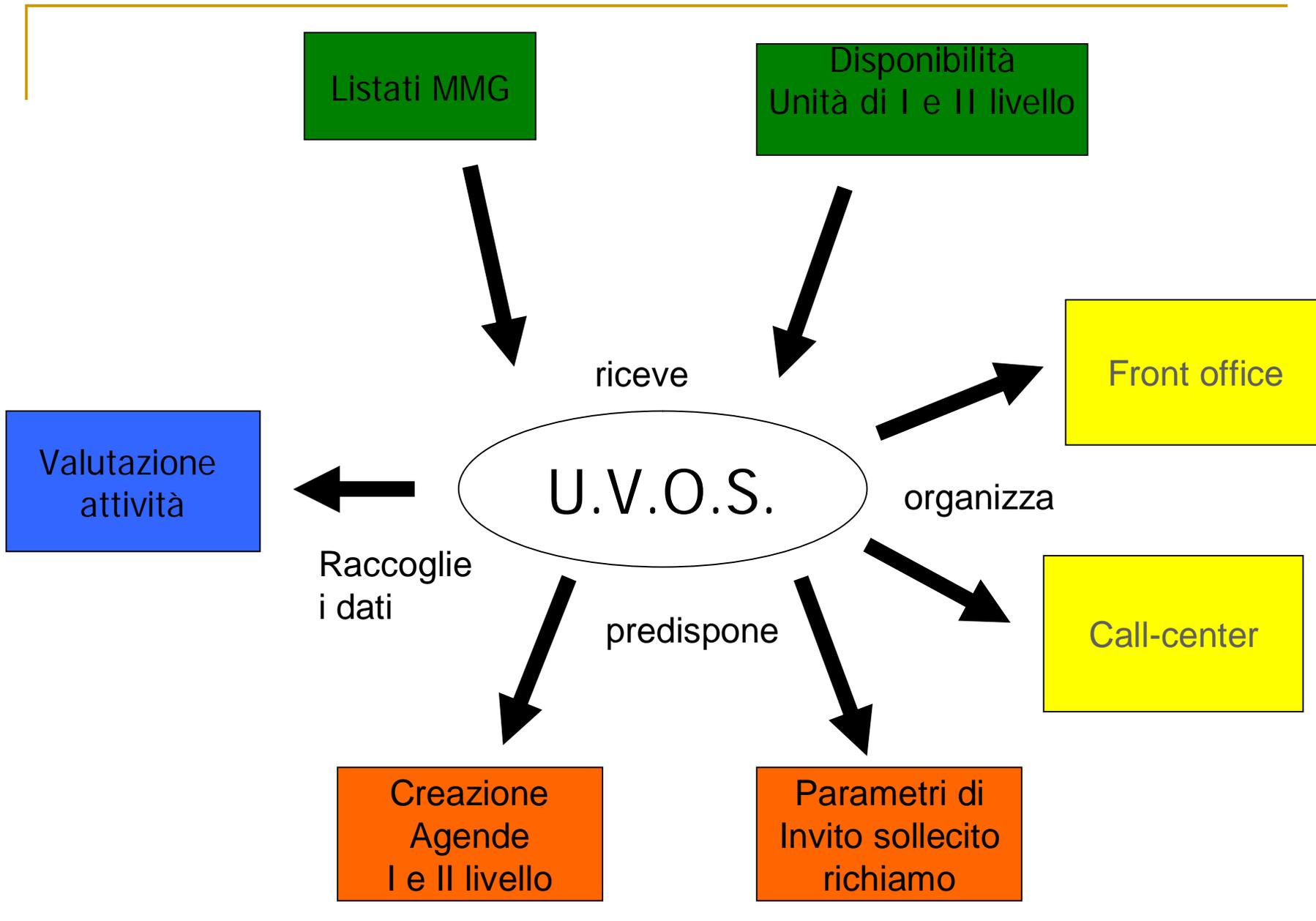
Tre Laboratori analisi

Una sede centrale di Unità di valutazione ed organizzazione per gli screening's con gruppi di lavoro decentrati

31 Sedi consultoriali

5 Ginecologie



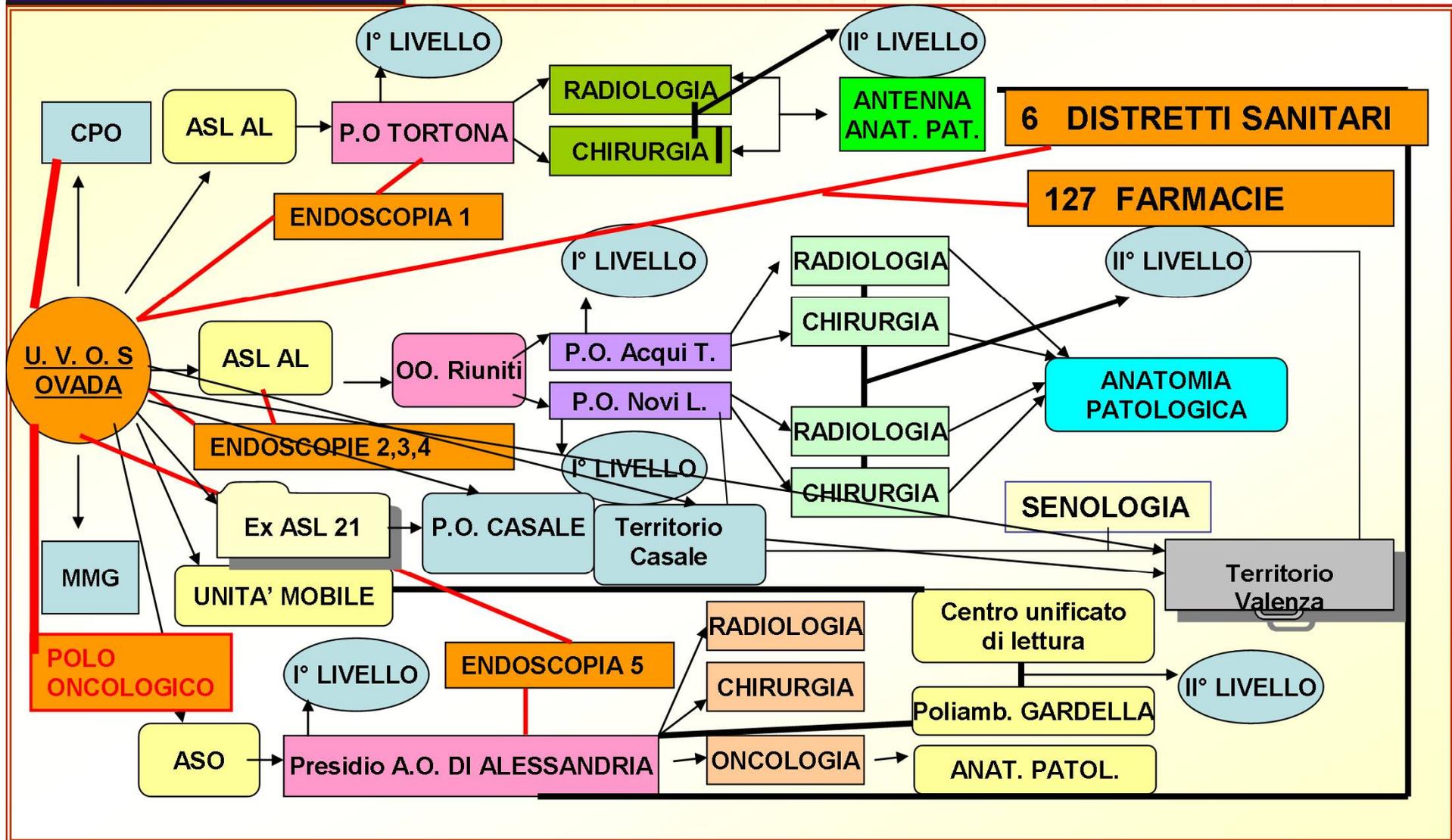




PREVENZIONE SERENA

Dipartimento Interaziendale di Prevenzione Secondaria dei Tumori

ASL AL - ASO Alessandria





**Popolazione:
445.674**

**Over 65 anni:
116.997
(26,3%)**

Distretti dell'ASL AL nella provincia di Alessandria





Gli *Stili di Vita* !!!!!

“I Geni caricano il
cannone,
gli Stili di vita
premono il grilletto”

Dr. Elliot Joslin

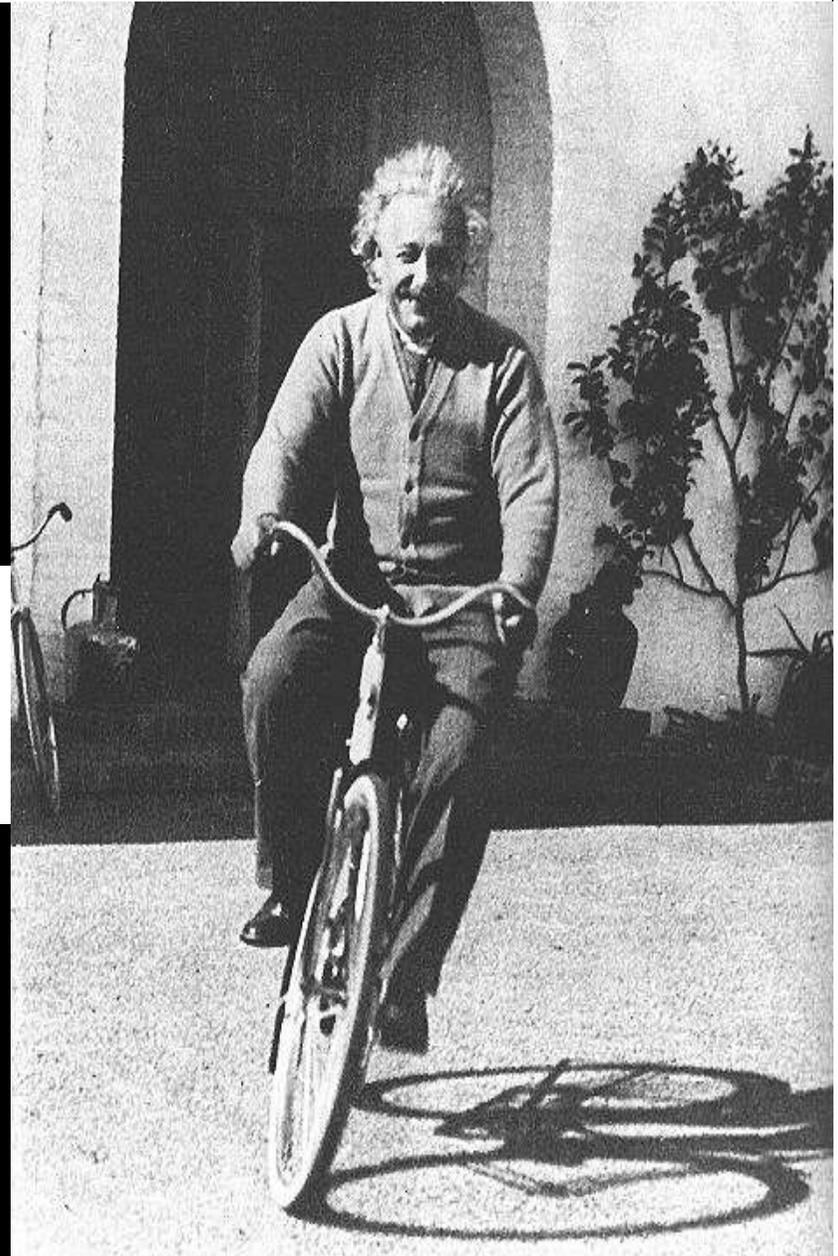
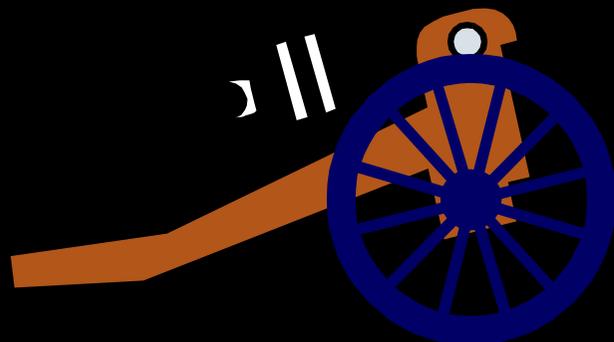
BRCA1

BRCA2

P53

PTEN

STK11



Prevenzione dei tumori

- **Lo stile di vita è fondamentale (secondo uno studio del World Cancer Fund britannico) migliorare la dieta e le proprie abitudini di vita ridurrebbe del 40% il rischio di tumori al seno e all'intestino.**
- **Una buona alimentazione potrebbe ridurre**
 - i tumori intestinali 43%**
 - cancro al seno 42%**
 - tumori a bocca, faringe e laringe 67%**
 - cancro all'esofago 75% se frutta, ortaggi, - alcool e peso corr.**
 - cancro allo stomaco 45% se - sale + frutta e ortaggi**
 - carcinoma pancreatico 41% se peso sotto controllo,**



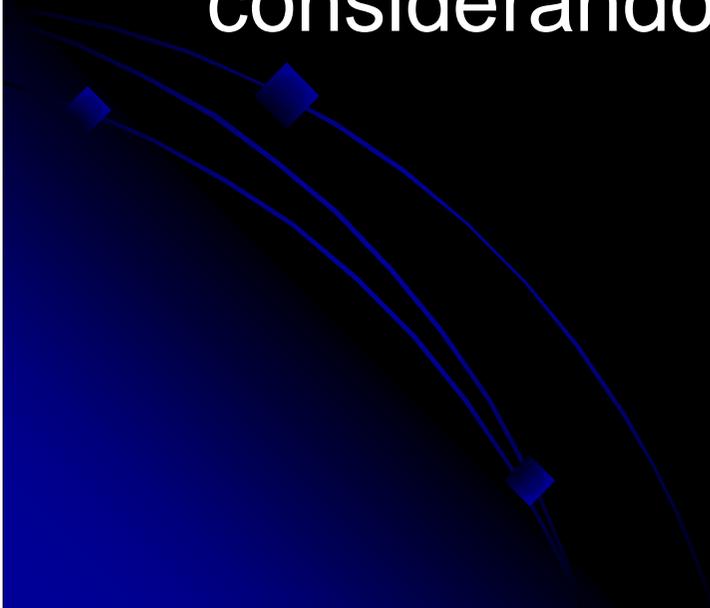
**Perché parlare di
screening?????**

Le probabilità

- **La probabilità di sviluppare un tumore nella vita è più elevata per gli uomini (45%) che per le donne (38%), ma le donne sviluppano più facilmente un K mammella prima dei 60 anni.**
- **Melanoma e prostata >diagnosi precoce**
- **Ovaio e pancreas + polmone > d. tardiva**

Il cancro è sempre di più una malattia cronica e tale va considerata anche dal punto di vista sociale

- Complessivamente, dal 1970 ad oggi, la mortalità si è ridotta del 24% considerando tutti i tipi di neoplasie.



Tipo di tumore	Maggiore sopravvivenza	Minore sopravvivenza
Esofago		●
Polmone		●
Pancreas		●
Mammella	●	
Corpo utero	●	
M.di Hodgkin	●	
Melanoma	●	
Prostata	●	
Stomaco		●
Testicolo	●	
Vescica	●	

Tavola riassuntiva di sopravvivenza per tipo di tumore in Italia

	Prevenzione	Diagnosi precoce	Terapia
Polmone	••••	•	•
Esofago	•••	•	•
Vescica	••	•	•
Gastrointest.	•	•	•
Utero	•	••••	•
Mammella	•	•••	••
Melanoma	•	••	••
Testicolo	•	•	••••
Leucemie e linfomi	•	•	••
Ovaio	•	•	••

Priorità nelle attuali strategie della lotta antitumorale per ottenere i risultati ottimali

Dissal – Faragli UniGe 2006

MEDICINA dei MALATI

La persona che sospetta/teme di avere una malattia si rivolge al medico.

Il medico è tenuto a fare “tutto il possibile” per porre o escludere una diagnosi.

Il medico non è tenuto a garantire il miglioramento o la guarigione.

MEDICINA dei SANI

I Servizi Sanitari invitano una popolazione SANA a sottoporsi ad un test per cercare un'eventuale malattia in fase pre-clinica.

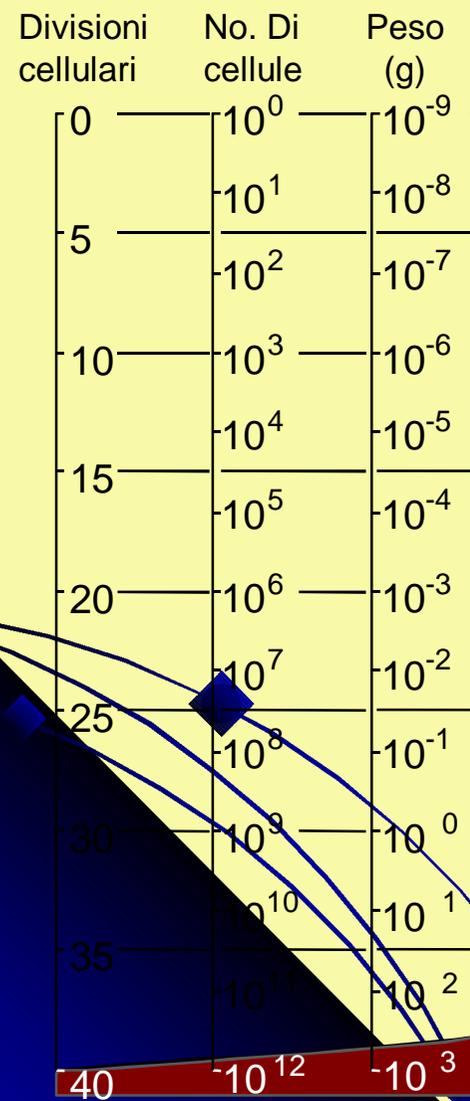
Non è possibile né giustificato fare “tutto il possibile” per confermare o escludere una malattia pre-clinica a TUTTI i sani.

I Servizi Sanitari DEVONO garantire il miglioramento o la guarigione..

CRESCITA DELLA MASSA NEOPLASTICA

PROCESSO DI CANCEROGENESI

STRATEGIE DI INTERVENTO



TOSSICOCINETICA E METABOLISMO
 DANNO E RIPARO DEL DNA
 INIZIAZIONE (giorni - settimane)
 PROMOZIONE (anni - decenni)
 PROGRESSIONE (~ 1 anno)
 INVASIONE



Dose espositiva
 Dose farmacologica
 Dose cellulare
 Dose bersaglio
 Dose molecolare

Ambiente e stile di vita
 PREVENZIONE PRIMARIA

Organismo ospite (chemio-prevenzione)
 PREVENZIONE SECONDARIA

TUMORE BENIGNO
 CANCRO
 METASTASI
 TERAPIA, RIABILITAZIONE e PREVENZIONE TERZIARIA

C H E M I O P R E V E N Z I O N E

MASSA NEOPLASTICA

STORIA NATURALE del CANCRO

MUTAZIONI GERMINALI O SOMATICHE

ALTERAZIONI METABOLICHE BIOCHIMICHE

LESIONI PREINVASIVE

MALATTIA INVASIVA ASINTOMATICA

MALATTIA INVASIVA SINTOMATICA

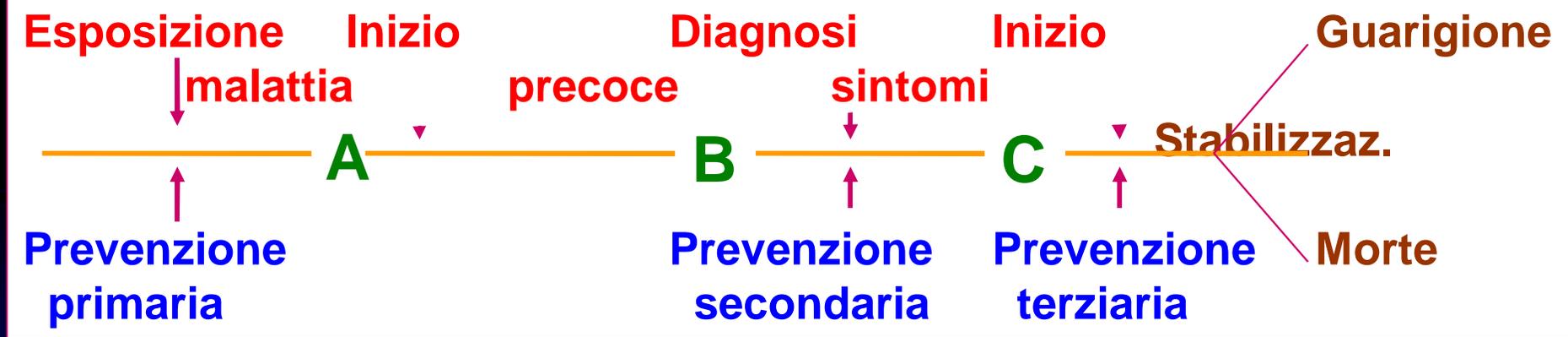
GUARIGIONE O DECESSO



Fasi della malattia

..... 8, 10 ANNI

..... 2, 3 ANNI



SCREENING

SCREENING ONCOLOGICI

mandato normativo forte

(LEA, Legge 138/2004)

Cos'è uno screening?

- **Messa in atto di determinate procedure diagnostiche per evidenziare una patologia quando questa è ancora ASINTOMATICA**
- **Può essere: di popolazione oppure opportunistico**

Screening

- **Organizzato:** programma con obiettivi dichiarati, in genere proposto da un'istituzione, per screening di provata efficacia, dotato di una rete organizzativa gestionale e di sistemi per la valutazione di processo e di risultato.
- **Agisce su una popolazione asintomatica invitata attivamente.**
 - *Specificità etica dello screening: "Nello screening il paziente che ricerca l'assistenza del medico, ma è il medico che ricerca chi ha bisogno della sua assistenza". (Mc Keownw, 1968)*
- **Opportunistico:** attività di prevenzione spontanea o nell'ambito di programmi basati su offerta del test di screening prescindendo da una serie di presupposti organizzativi (inviti, richiami, protocolli diagnostici e terapeutici e controlli di qualità)

Obiettivo dello screening oncologico



Diminuire la mortalità e/o l'incidenza di una neoplasia identificandola con un test in fase asintomatica e attivando percorsi diagnostico-terapeutici capaci di modificarne la storia naturale.

E' davvero così?

**La diagnosi precoce aumenta le
speranze di guarigione...**

**... oppure si tratta solo di
ANTICIPAZIONE DIAGNOSTICA?**

**Quello che ci interessa non è
trattare tumori che non
minacceranno mai la vita del
paziente**

**Quello che ci interessa è
salvare delle vite**



PROTOCOLLI DI SCREENING RACCOMANDATI DALLA COMMISSIONE
ONCOLOGICA NAZIONALE E DALLA COMMISSIONE EUROPEA
ADOTTATI DALLA REGIONE PIEMONTE PER I PROGRAMMI REGIONALI.

**Cancro della
mammella**



Mammografia ogni 2 anni tra
i 50-69 anni

Cancro del collo dell'utero



Pap-test ogni tre anni i 25-
64 anni

**Cancro del
colonretto**



Rettosigmoidoscopia 1 volta per i
58enni
FOBT ogni 2 anni tra i 59-69
anni

Per tutti

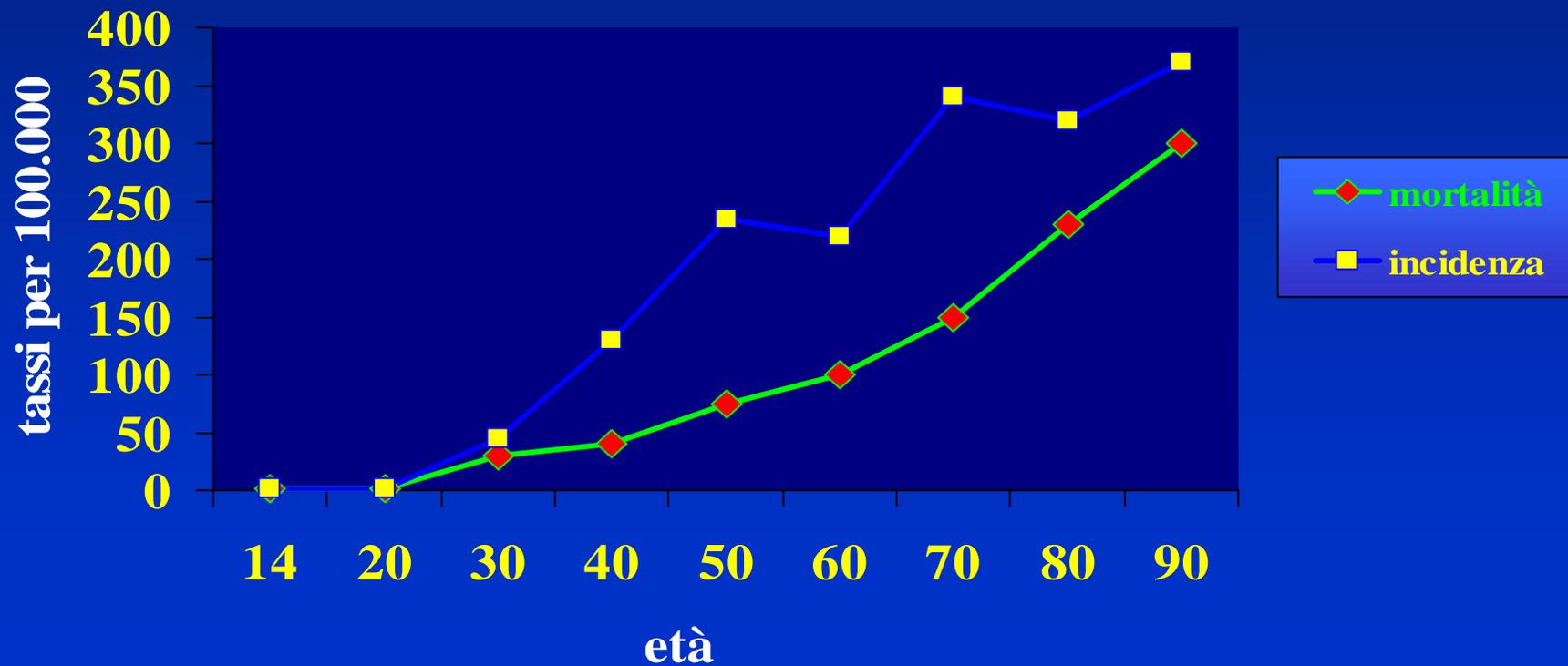


- Garanzia di:
1. copertura di tutta la popolazione
 2. Inviti attivi tramite lettera con offerta di appuntamento
 3. Controlli di qualità

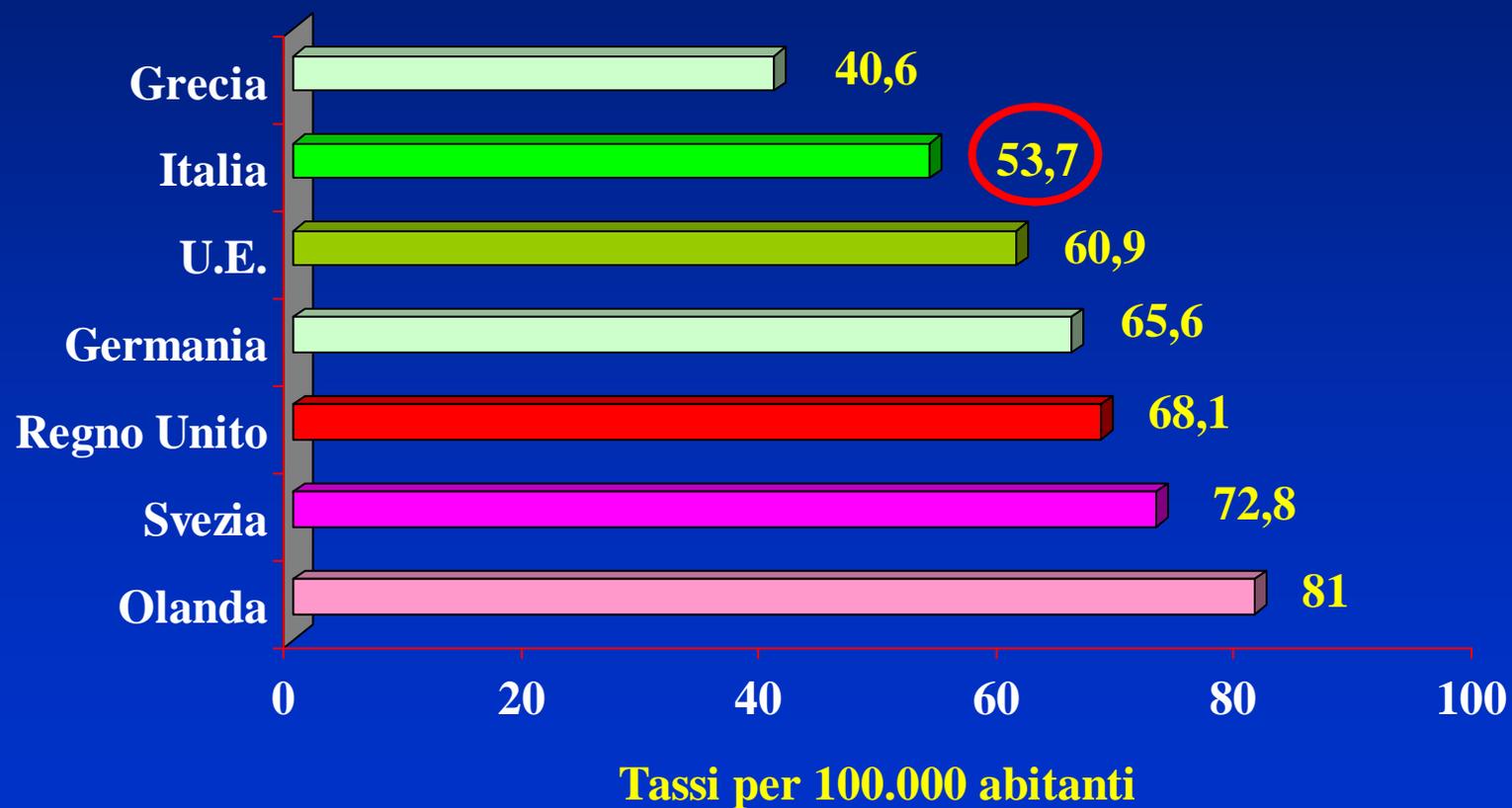


SCREENING MAMMOGRAFICO

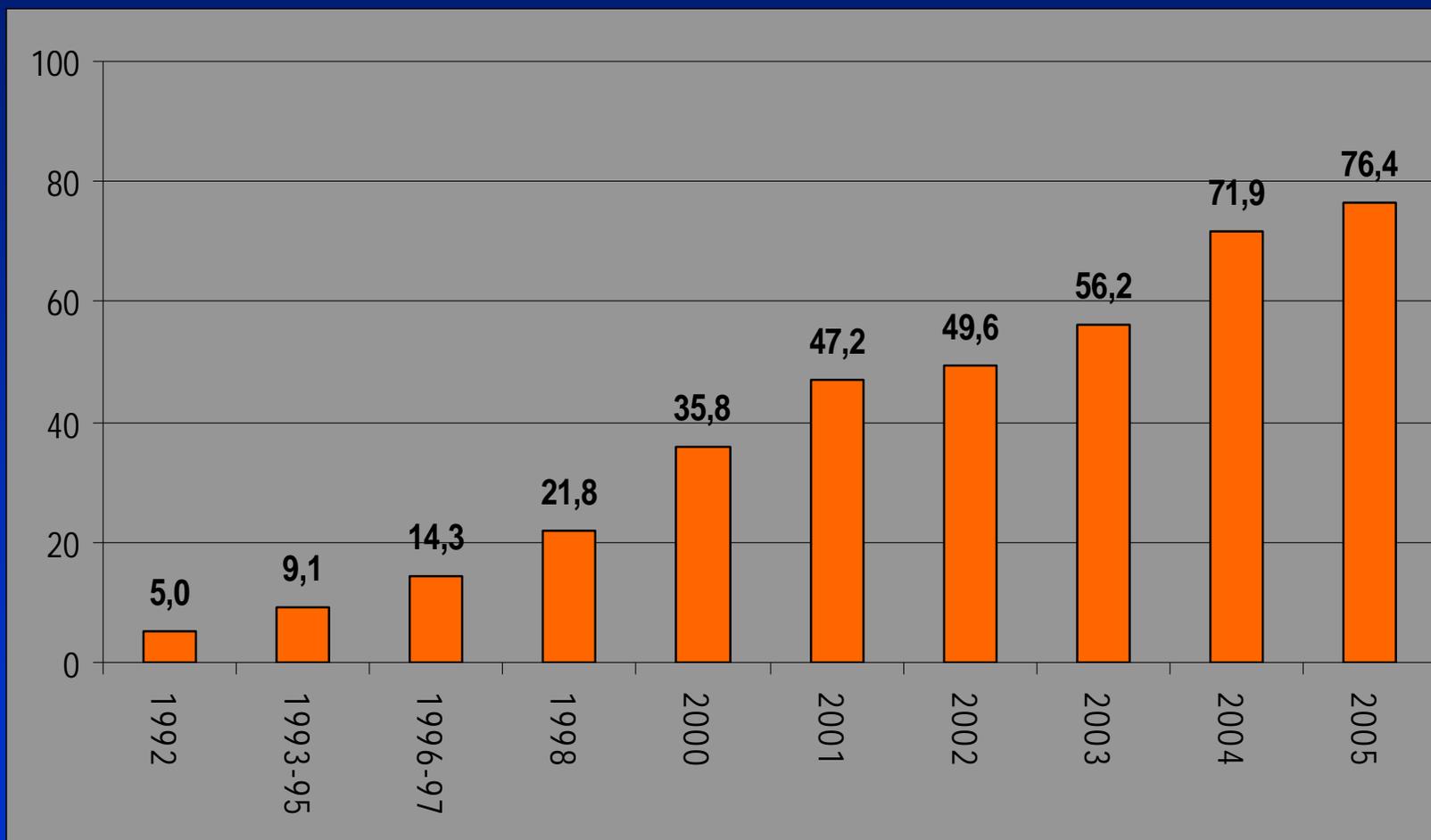
INCIDENZA DEL CARCINOMA DELLA MAMMELLA



INCIDENZA DEL CARCINOMA DELLA MAMMELLA NELL'UNIONE EUROPEA



Percentuale di donne inserite in un programma di screening sul totale delle donne italiane 50-69 anni (1992-2005)



MAMMOGRAFIA



I° livello:

Esecuzione Mammografia



Lettura in doppio



**Invio referto
se negativo**



**II° livello
se sospetto**

MAMMOGRAFIA

II° livello:

Chirurgo

Radiologo

Anatomo Patologo

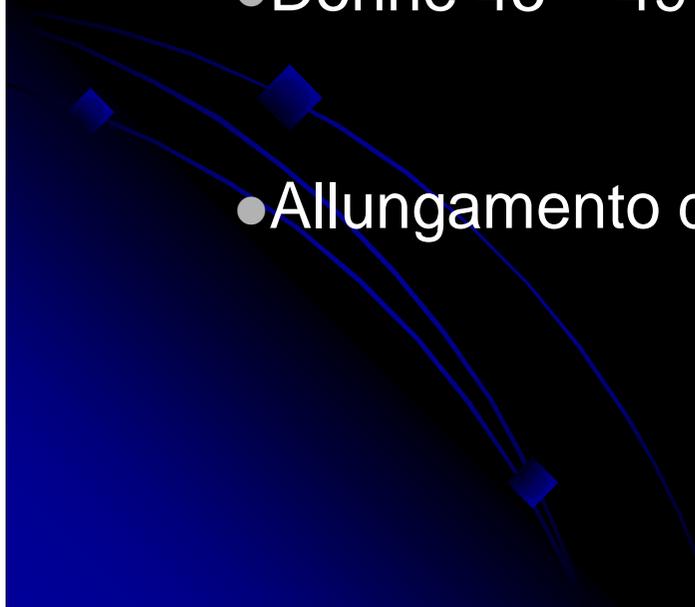
Equipe multidisciplinare

esami aggiuntivi

DIAGNOSI DEFINITIVA



Screening mammario

- Da tre anni:
 - Oltre alle donne 50 – 69 anni ogni 2 anni
 - Donne 45 – 49 per adesione spontanea
con chiamata annuale
 - Allungamento dai 70 ai 75 anni con cadenza biennale
- 

Nuova DGR 111

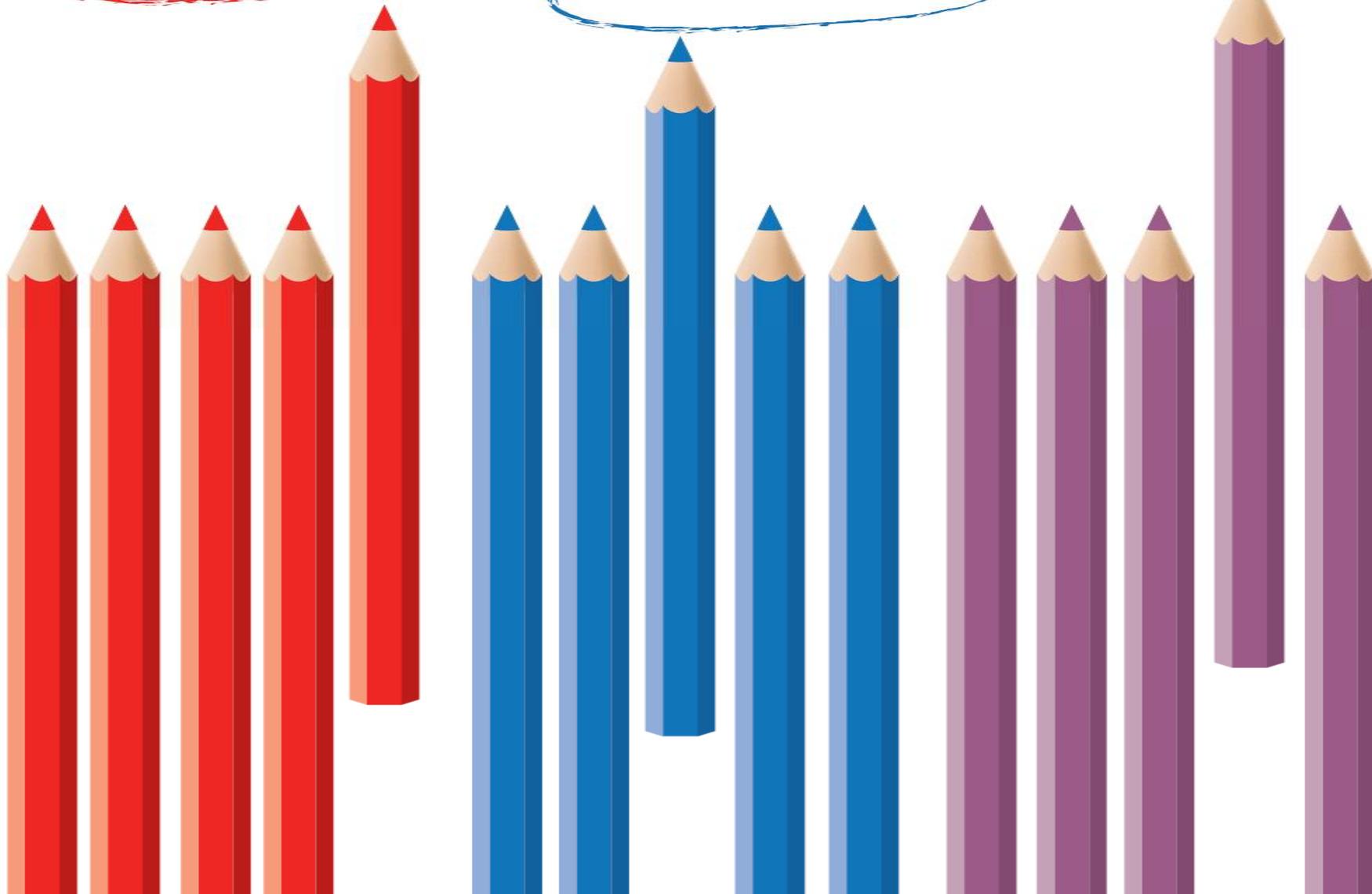
- Screening :
-le donne di età tra i 65 ed i 74 anni, che non abbiano effettuato almeno due pap test dopo i 50 anni, hanno diritto all'esecuzione del test presso i Centri di screening
- Hanno diritto ad effettuare la mammografia, su presentazione spontanea presso i Centri di screening, le donne di età compresa tra 45 e 49 anni (con cadenza annuale) e quelle di età tra 70 e 75 anni (con cadenza biennale)

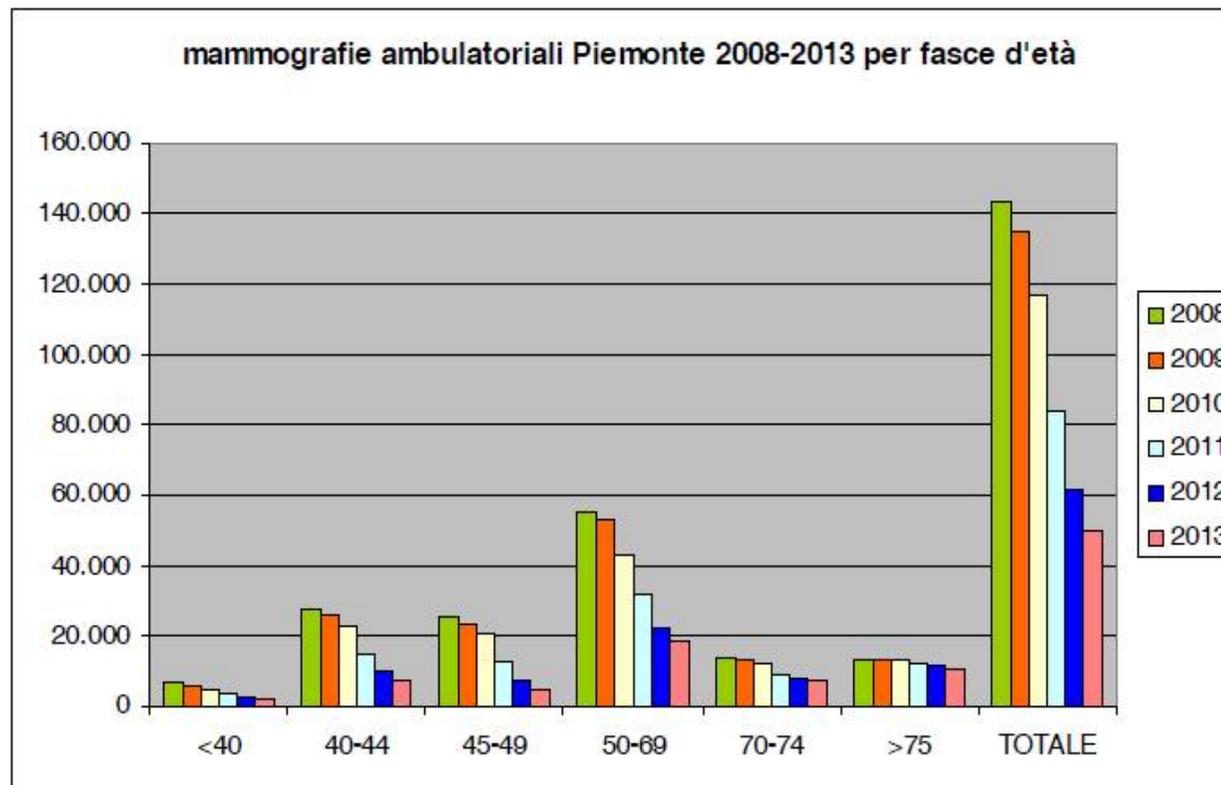
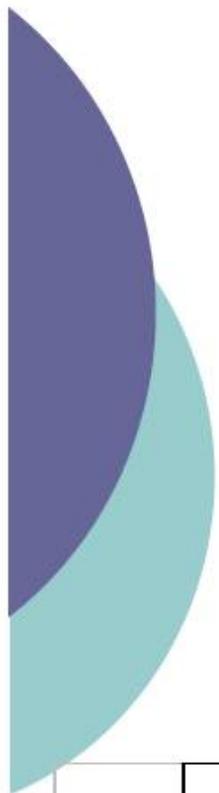
I NUMERI DEGLI SCREENING

mammografico

colorettale

cervicale





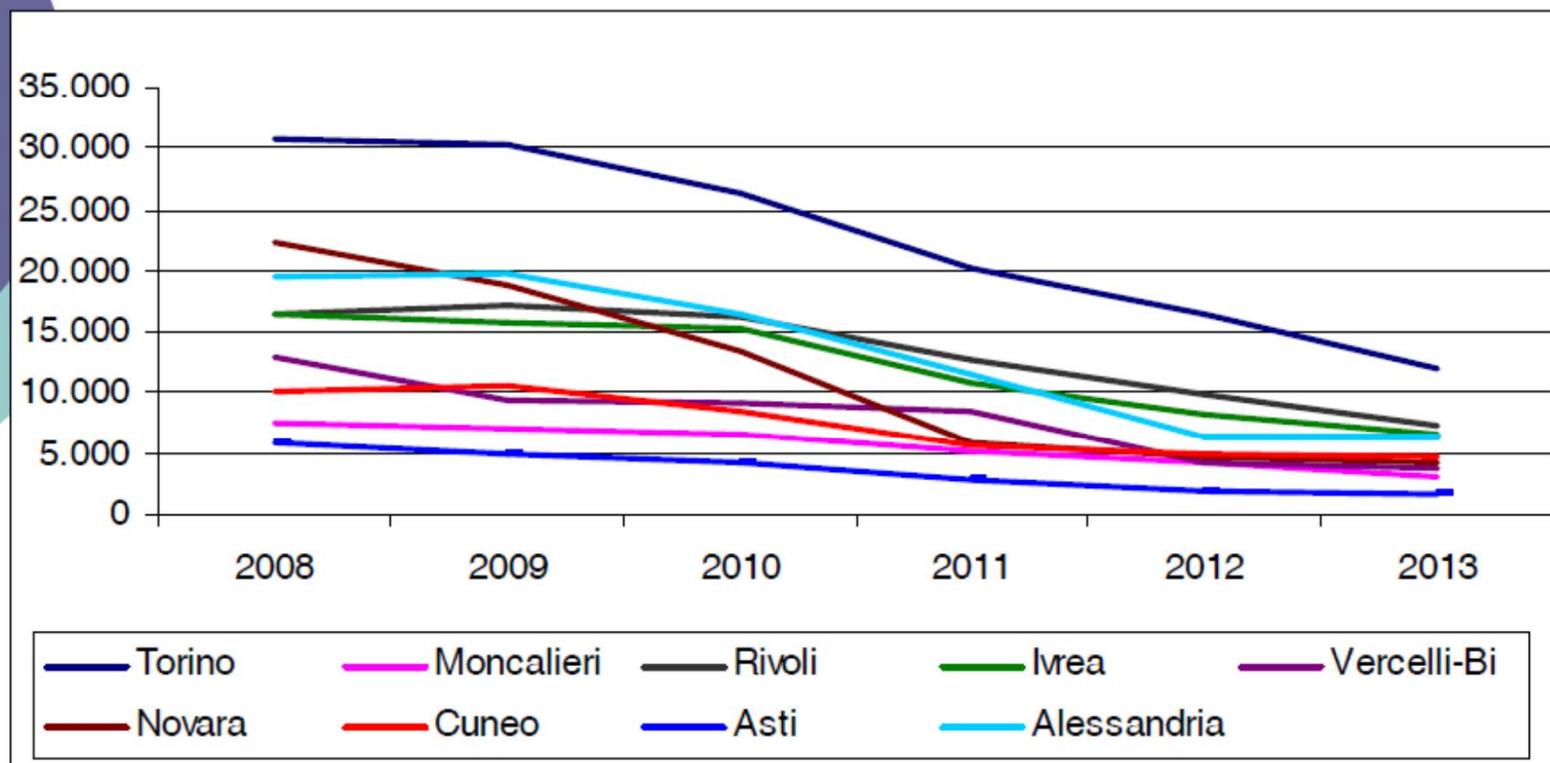
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	diminuzione per classe età 2008-2013
<40	6.877	6.022	5.038	3.361	2.240	1.800	73,8%
40-44	27.959	25.917	23.154	14.993	10.172	7.297	73,9%
45-49	25.488	23.452	20.540	12.607	7.367	4.822	81,1%
50-69	55.545	53.171	42.727	31.839	22.503	18.422	66,8%
70-74	14.135	12.995	12.064	9.209	7.952	6.969	50,7%
>75	13.229	13.234	13.231	11.827	11.275	10.536	20,4%
TOTALE	143.233	134.791	116.764	83.836	61.509	49.846	66,2%

Diminuzione del 65% del totale delle mammografie ambulatoriali dal 2008 al 2013.

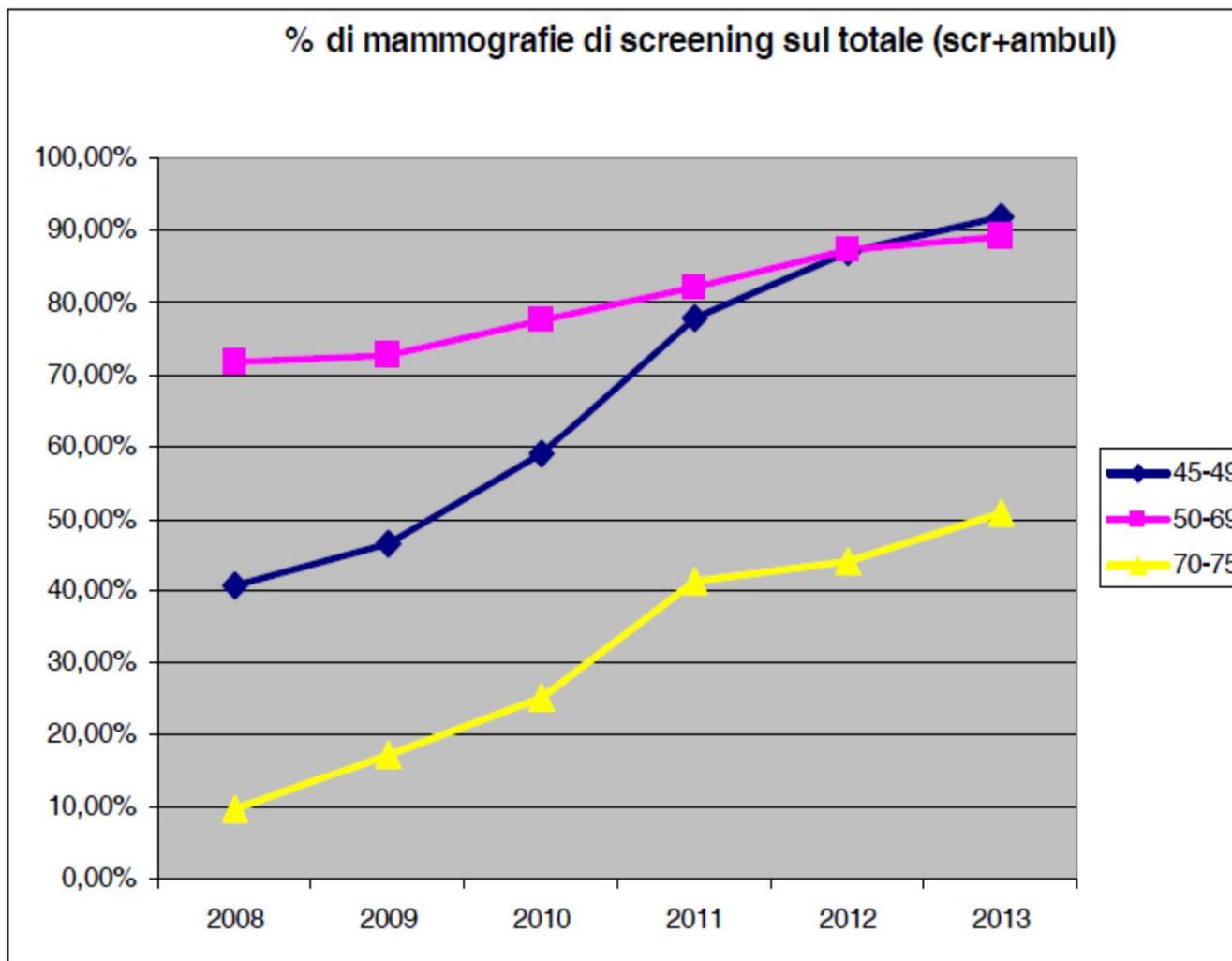
Nel 2013 la diminuzione rispetto all'anno precedente è del 19%

Nel 2013 il 77% delle mx ambulatoriali è erogato in strutture pubbliche

Mammografie ambulatoriali tutte le età per dipartimento

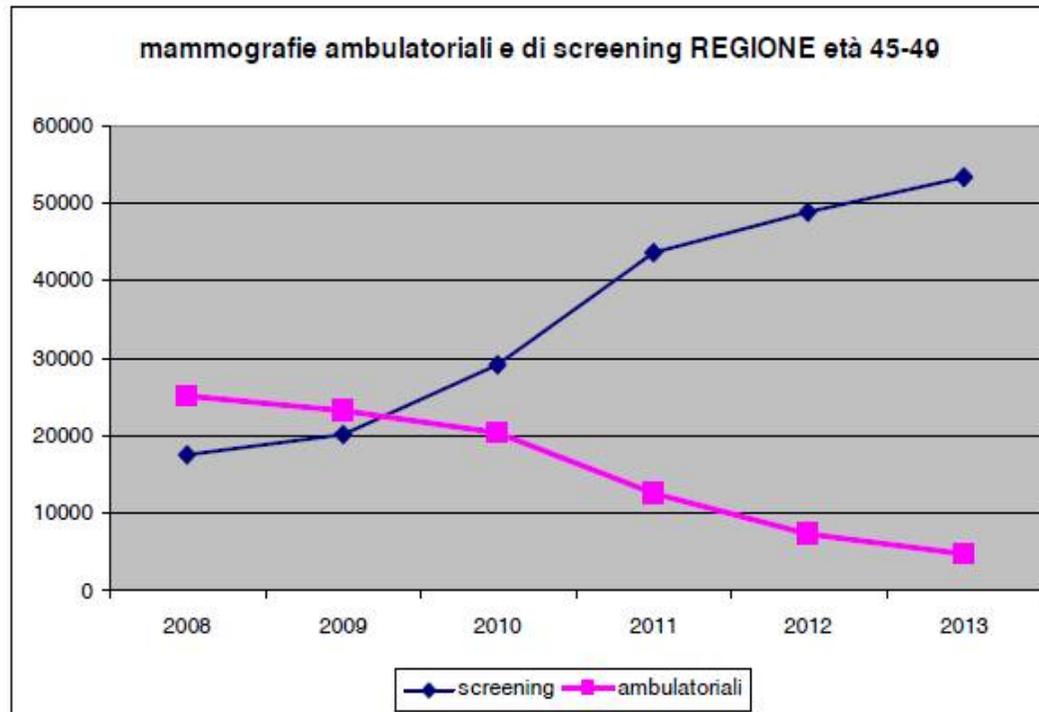


	Torino	Moncalieri	Rivoli	Ivrea	Vercelli-Bi	Novara	Cuneo	Asti	Alessandria	Regione
2008	30.827	7.550	16.407	16.408	12.836	22.232	10.217	5.798	19.603	141.878
2009	30.286	6.982	17.244	15.806	9.456	18.676	10.645	4.842	19.800	133.737
2010	26.375	6.461	16.271	15.213	9.057	13.354	8.463	4.114	16.553	115.861
2011	20.301	5.247	12.727	10.762	8.425	5.793	5.589	2.788	11.536	83.168
2012	16.439	4.311	9.910	8.157	4.329	4.771	4.999	1.802	6.364	61.082
2013	11.887	2.964	7.288	6.564	3.829	4.280	4.707	1.664	6.294	49.477





Età 45-49

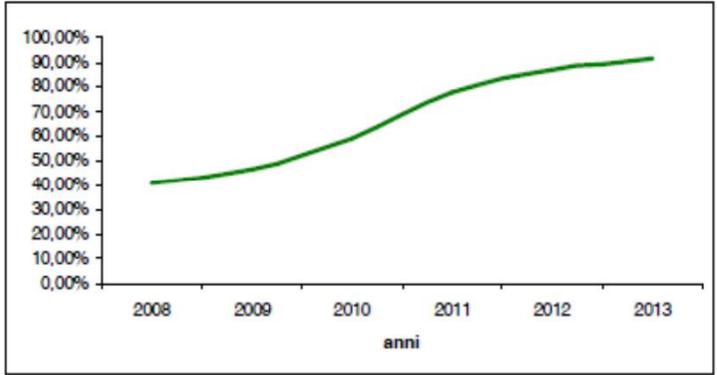
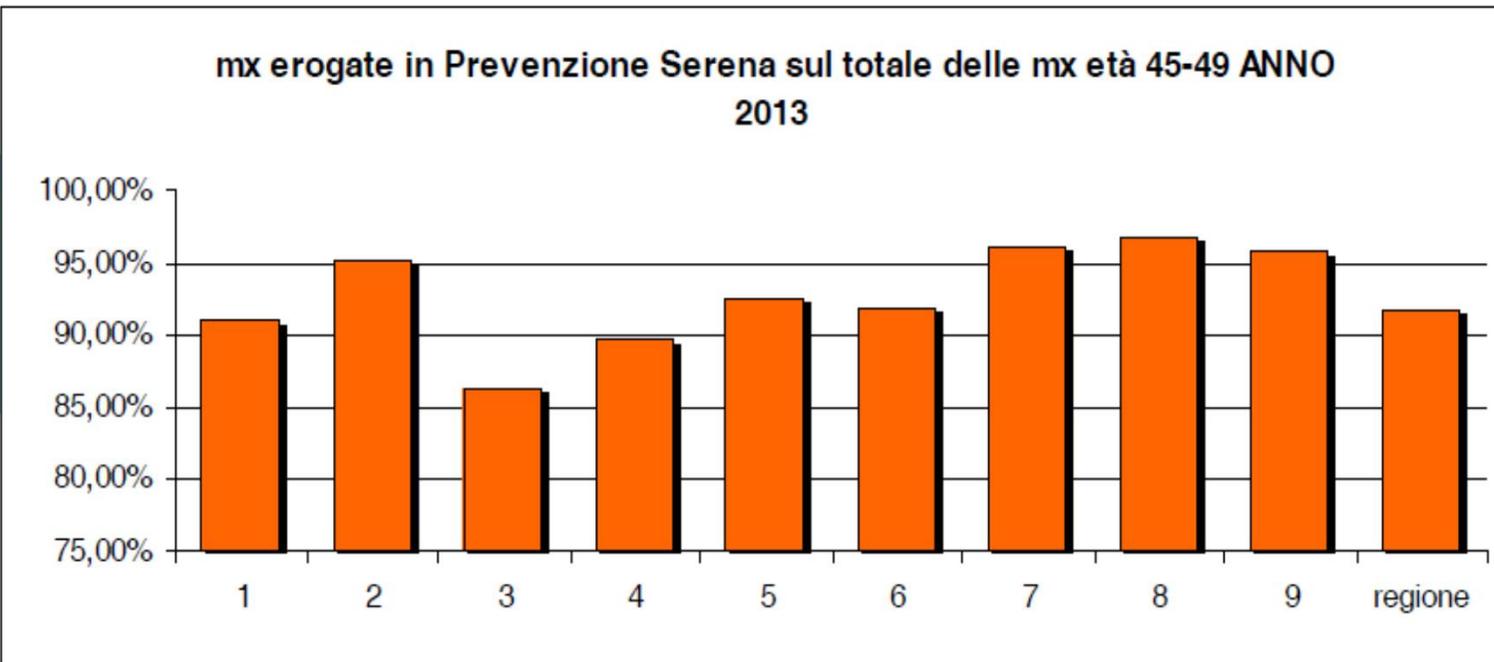


	screening	ambulatoriali	tot
2008	17449	25235	42684
2009	20228	23236	43464
2010	29240	20372	49612
2011	43539	12497	56036
2012	48895	7367	56262
2013	53267	4822	58089

Popolazione obiettivo 179.687



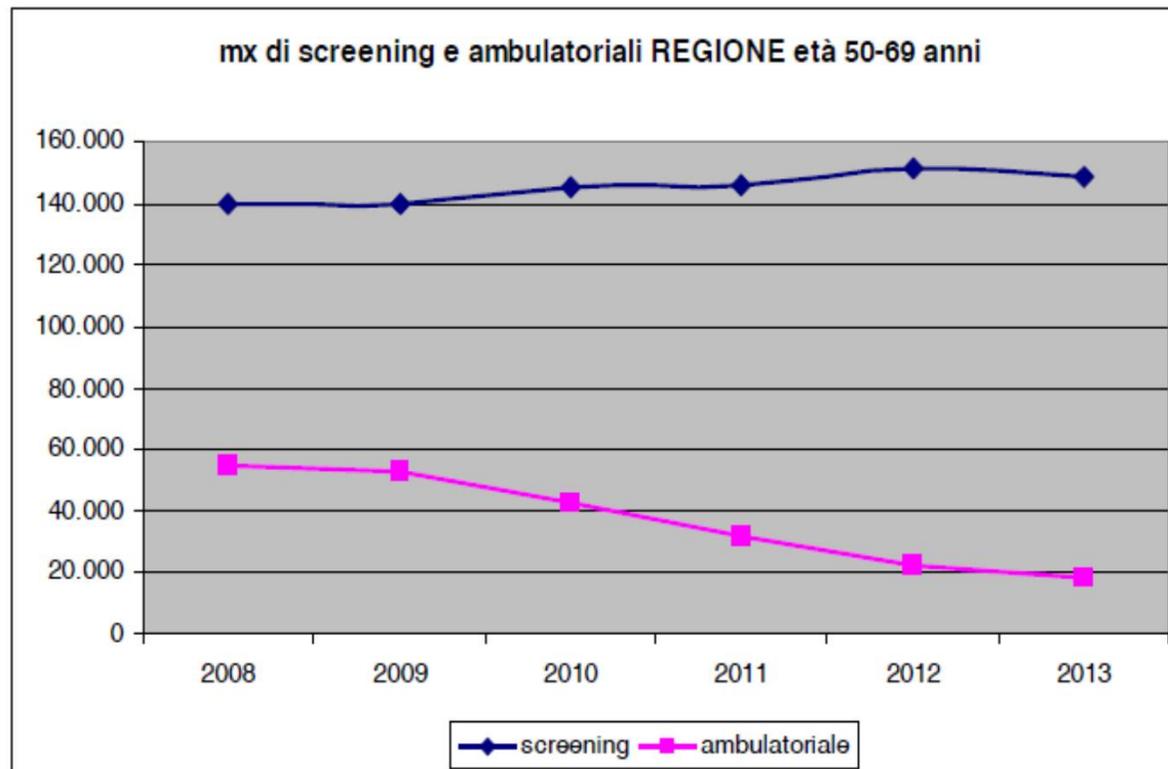
mx erogate in Prevenzione Serena sul totale delle mx età 45-49 ANNO 2013



dip	N°lettere
1	22
2	3091
3	0
4	0
5	3132
6	1002
7	-----
8	1690
9	402



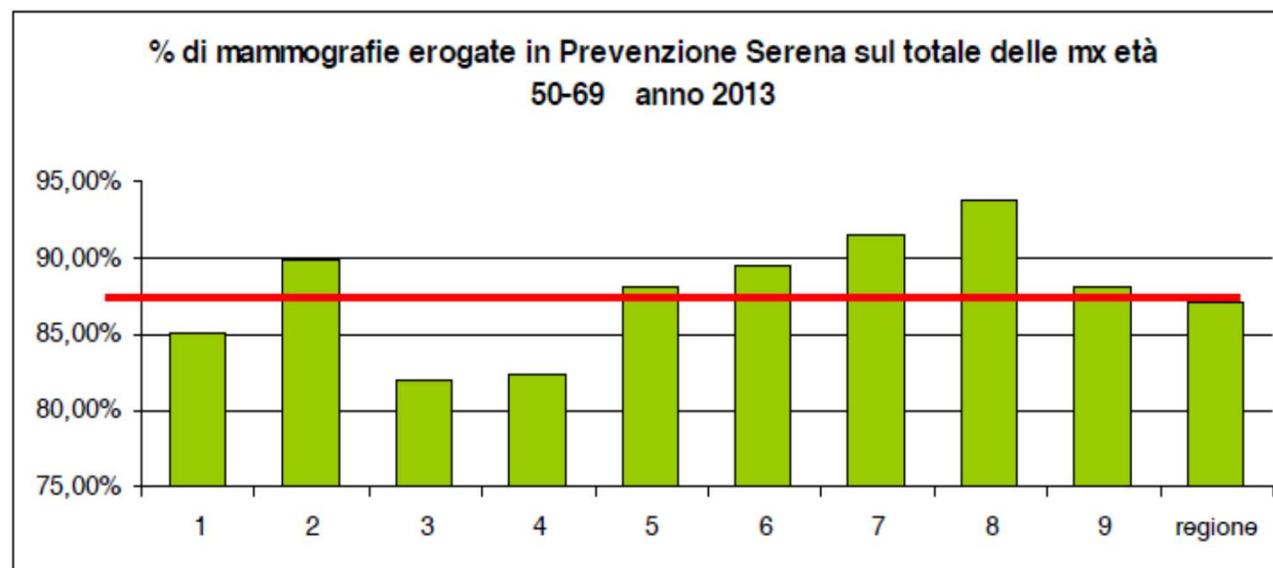
Età 50-69



	screening	ambulatoriale	totale
2008	139.456	54.954	194.410
2009	139.663	52.687	192.350
2010	144.879	42.338	187.217
2011	145.748	31.566	177.314
2012	151.339	22.328	173.667
2013	148.497	18.422	166.919



Età 50-69

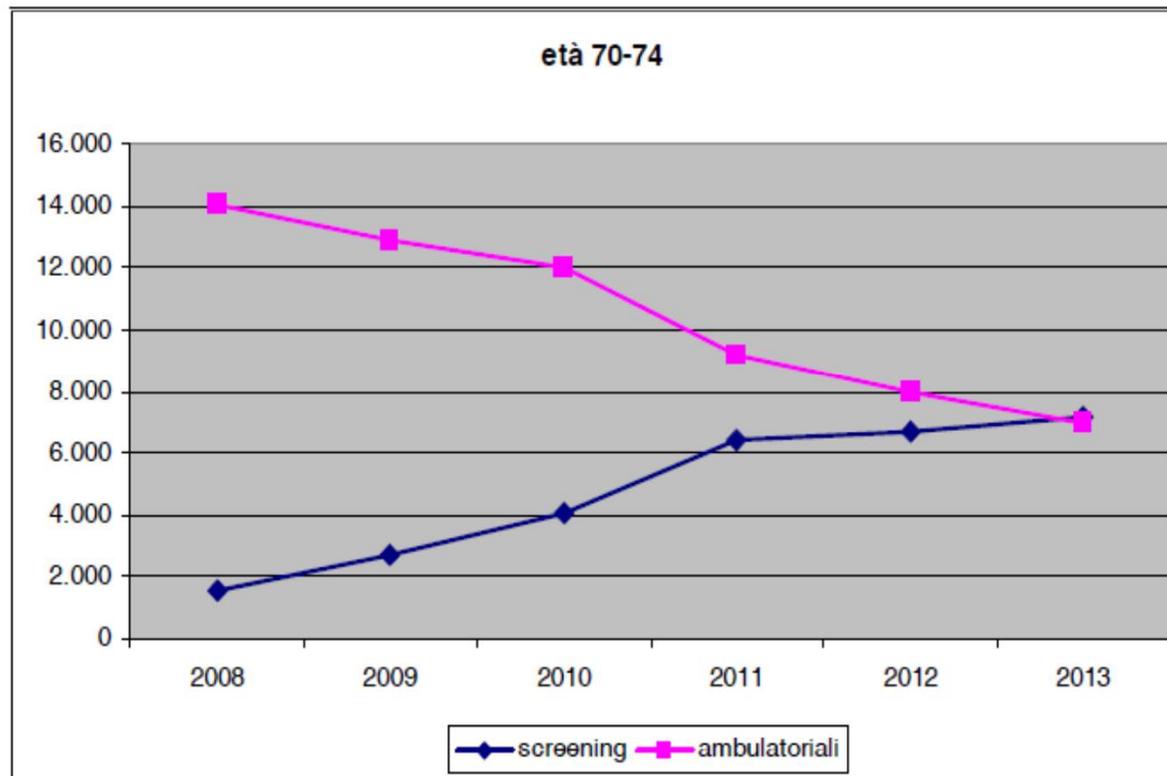


Dal 2008 al 2013 la percentuale regionale sul totale delle mx eseguite è aumentata di 17 punti percentuale

anno	screening	ambulatorio	totale
2013	148.497	18.422	166.919

Popolazione obiettivo
annua 295.155

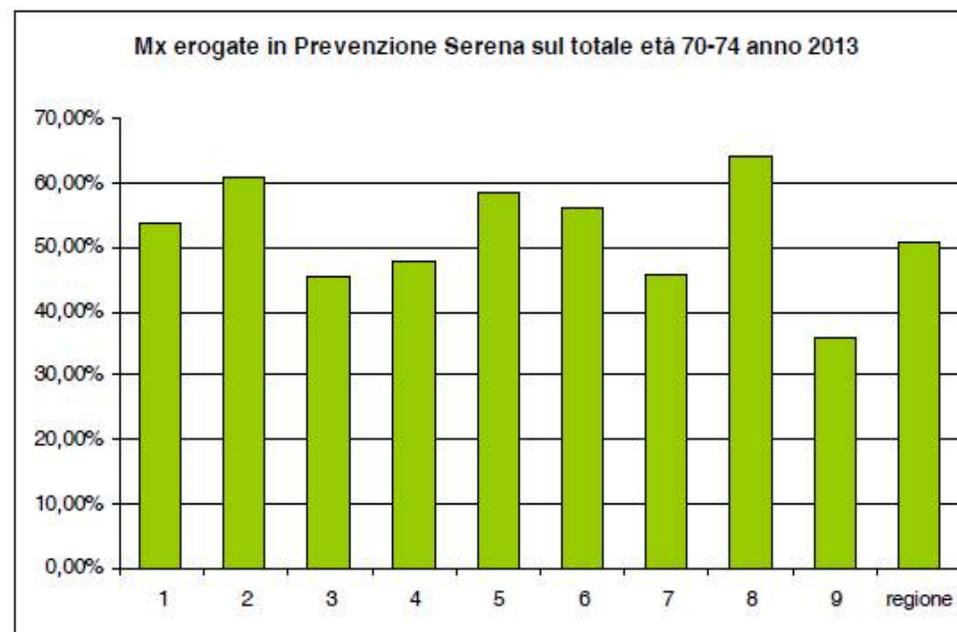
Età 70-74



	screening	ambulatoriali	totale
2008	1.528	14.034	15.562
2009	2.706	12.915	15.621
2010	4.070	12.001	16.071
2011	6.420	9.151	15.571
2012	6.674	7.952	14.626
2013	7.141	6.969	14.110



Età 70-74



	screening	ambulatoriali	totale
2008	1.528	14.034	15.562
2009	2.706	12.915	15.621
2010	4.070	12.001	16.071
2011	6.420	9.151	15.571
2012	6.674	7.952	14.626
2013	7.141	6.969	14.110

Popolazione obiettivo annua 68.719

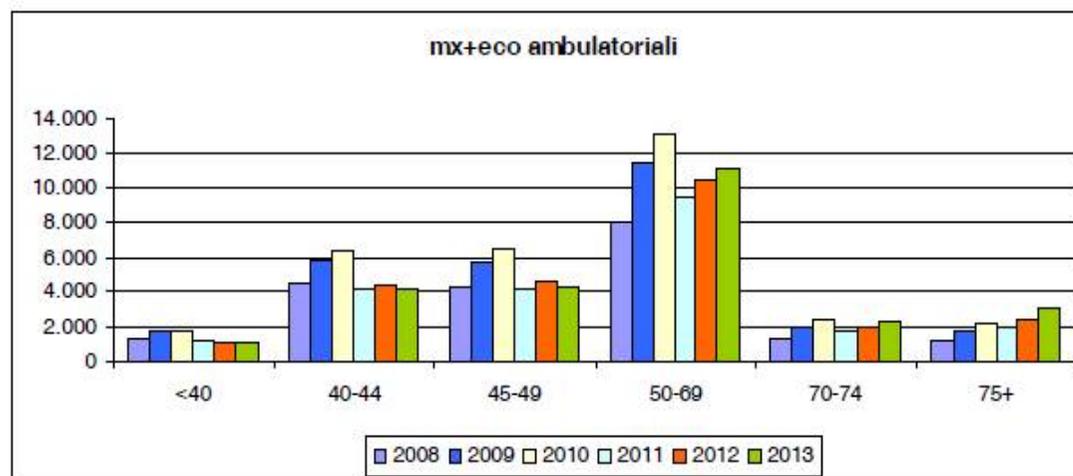
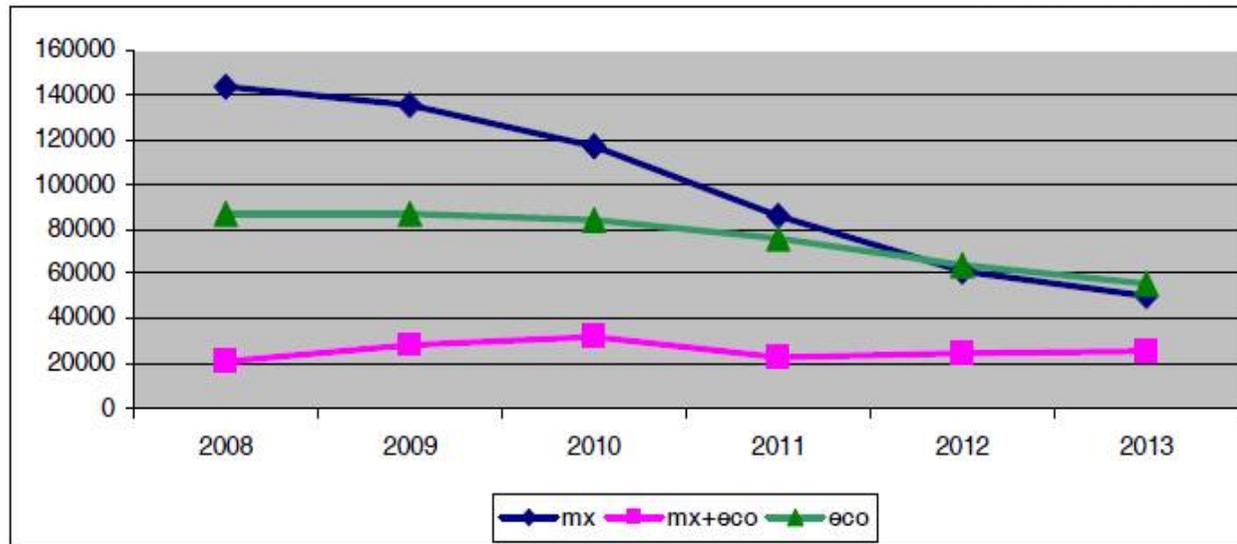
Mx, mx+eco, ecografie per fasce d'età e anno di erogazione

anno	esame	<40	40-44	45-49	50-69	70-74	75+	Totale
2008	mx	6.877	27.959	25.488	55.545	14.135	13.274	143.278
	mx+eco	1.330	4.575	4.213	8.049	1.368	1.158	20.693
	eco	27.633	15.695	12.676	22.749	3.790	3.948	86.491
	TOTALE 2008	35.840	48.229	42.377	86.343	19.293	18.380	250.462
2009	mx	6.022	25.917	23.452	53.171	12.995	13.304	134.861
	mx+eco	1.723	5.857	5.733	11.444	1.939	1.762	28.458
	eco	28.375	15.934	12.958	21.478	3.681	4.037	86.463
	TOTALE 2009	36.120	47.708	42.143	86.093	18.615	19.103	249.782
2010	mx	5.038	23.154	20.540	42.727	12.064	13.239	116.762
	mx+eco	1.797	6.346	6.523	13.109	2.322	2.193	32.290
	eco	26.204	15.718	12.655	21.072	3.839	4.377	83.865
	TOTALE 2010	33.039	45.218	39.718	76.908	18.225	19.809	232.917
2011	mx	3.361	14.993	12.607	31.839	9.209	11.827	83.836
	mx+eco	1.106	4.122	4.168	9.445	1.749	1.998	22.588
	eco	23.239	14.072	10.515	19.673	3.833	4.615	75.947
	TOTALE 2011	27.706	33.187	27.290	60.957	14.791	18.440	182.371
2012	mx	2.240	10.172	7.367	22.503	7.952	11.275	61.509
	mx+eco	1.010	4.397	4.596	10.535	1.996	2.404	24.938
	eco	19.340	10.701	8.198	17.415	3.628	5.008	64.290
	TOTALE 2012	22.590	25.270	20.161	50.453	13.576	18.687	150.737
2013	mx	1.800	7.297	4.822	18.422	6.969	10.536	49.846
	mx+eco	1.023	4.145	4.358	11.075	2.311	3.099	26.011
	eco	16.662	8.389	6.651	15.640	3.343	4.636	55.321
	TOTALE 2013	19.485	19.831	15.831	45.137	12.623	18.271	131.178

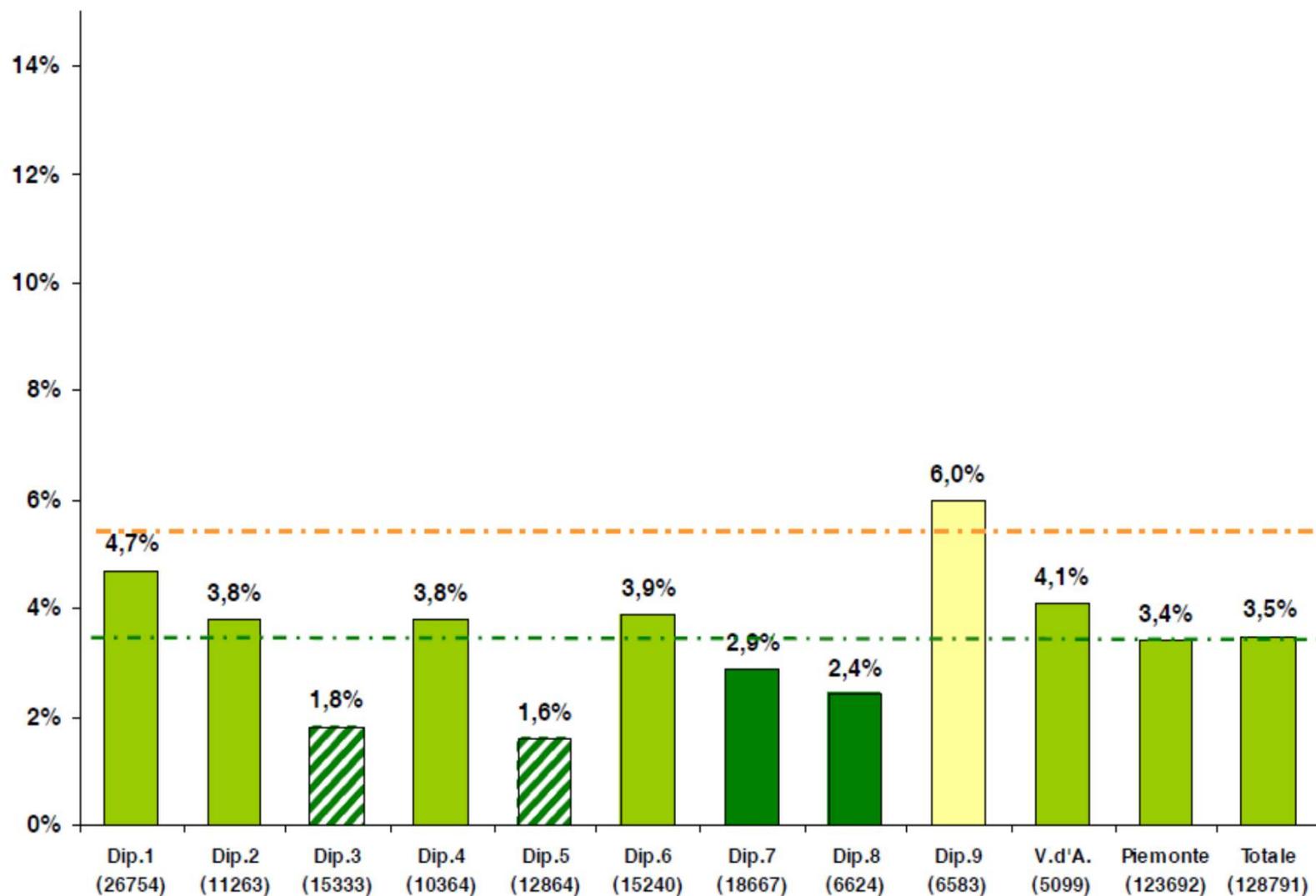
Altri esami



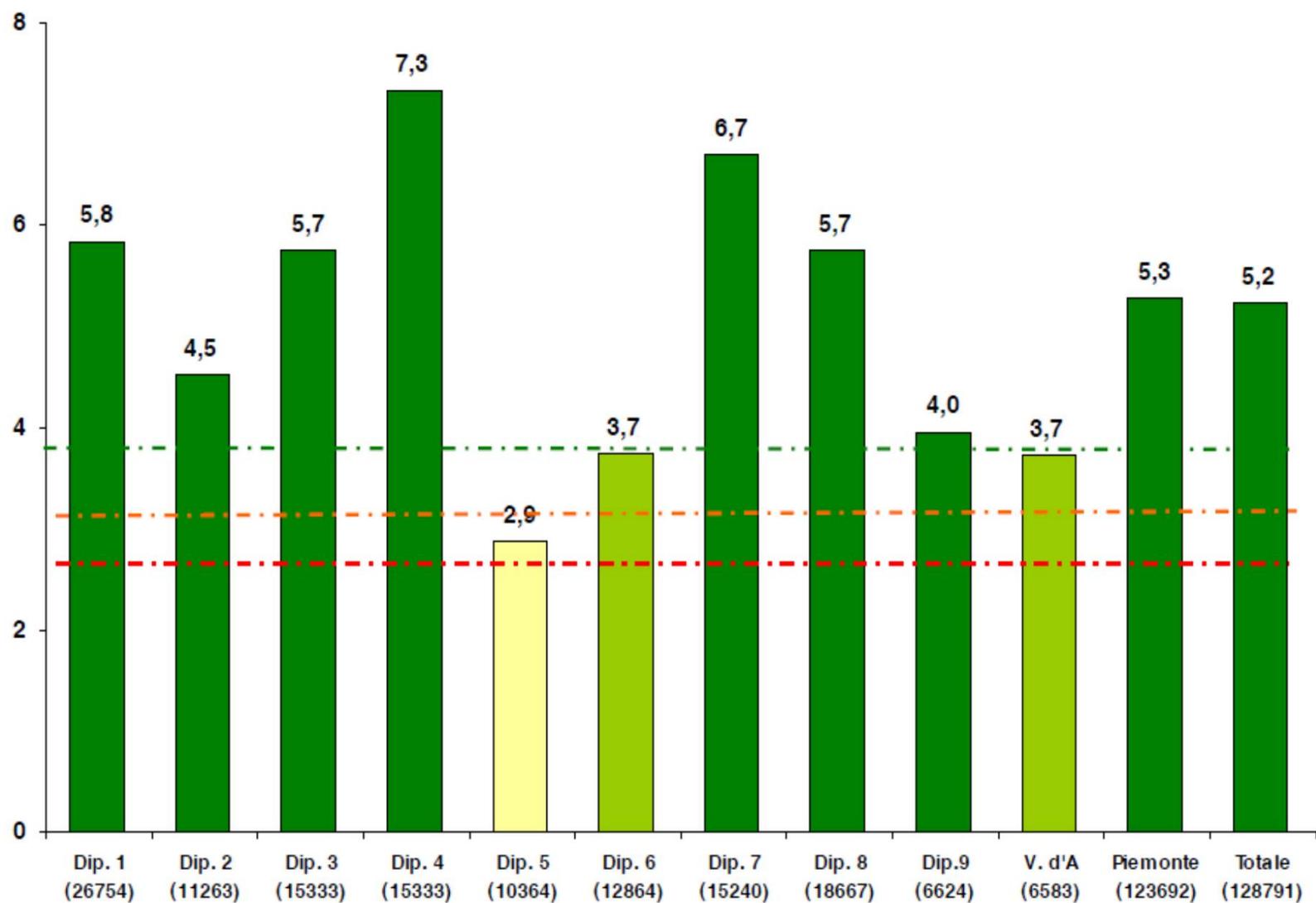
Altri esami



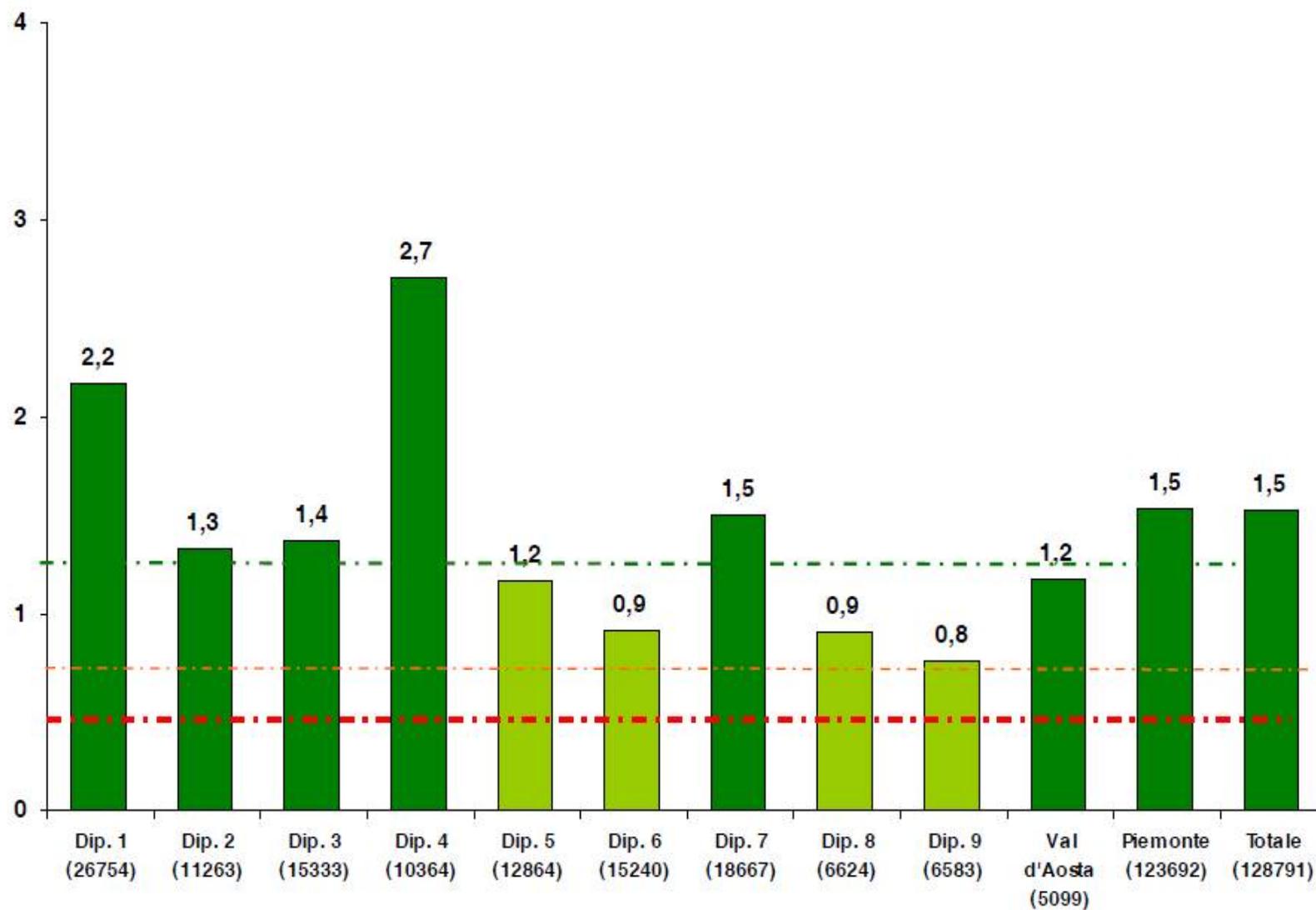
Tasso di richiami (x100) per dipartimento (Esami successivi al primo - 50-69enni - Anno 2013)



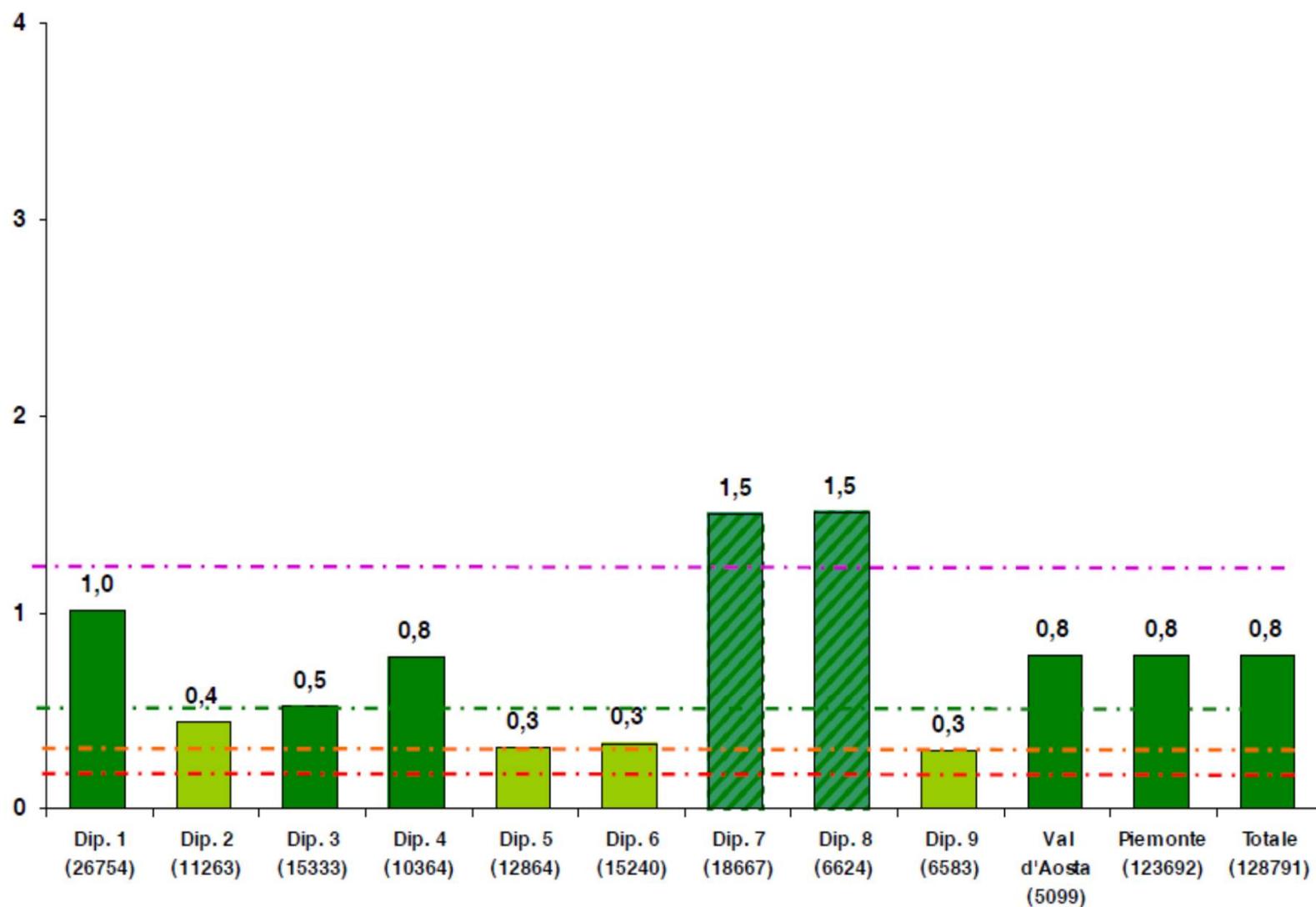
Tasso di identificazione totale (x1000) per dipartimento (Esami successivi al primo - 50-69enni - Anno 2013)



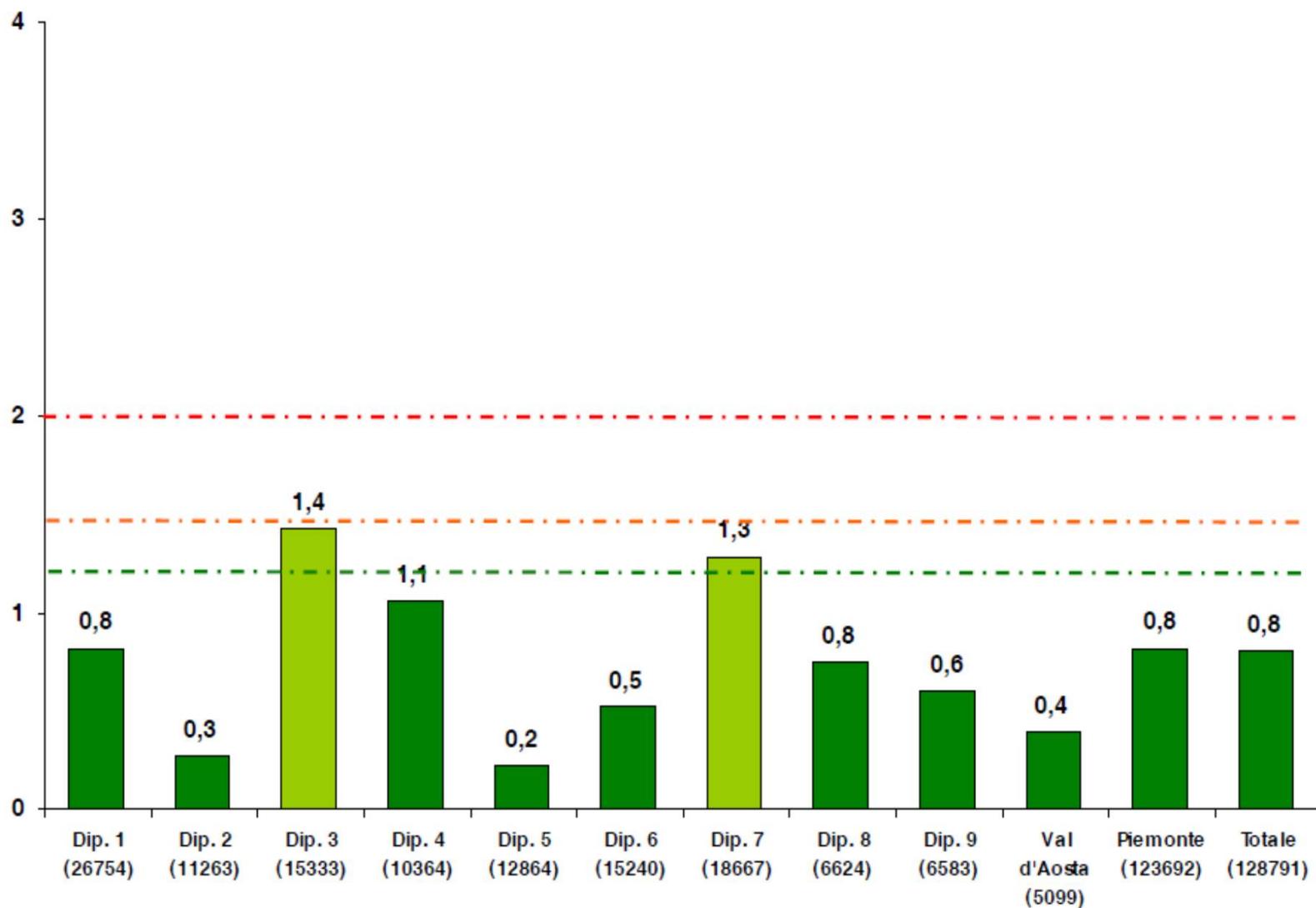
Tasso di identificazione ca. inv. $\leq 10\text{mm}$ ($\times 1000$) per dipart. (Esami successivi al primo - 50-69enni - Anno 2013)



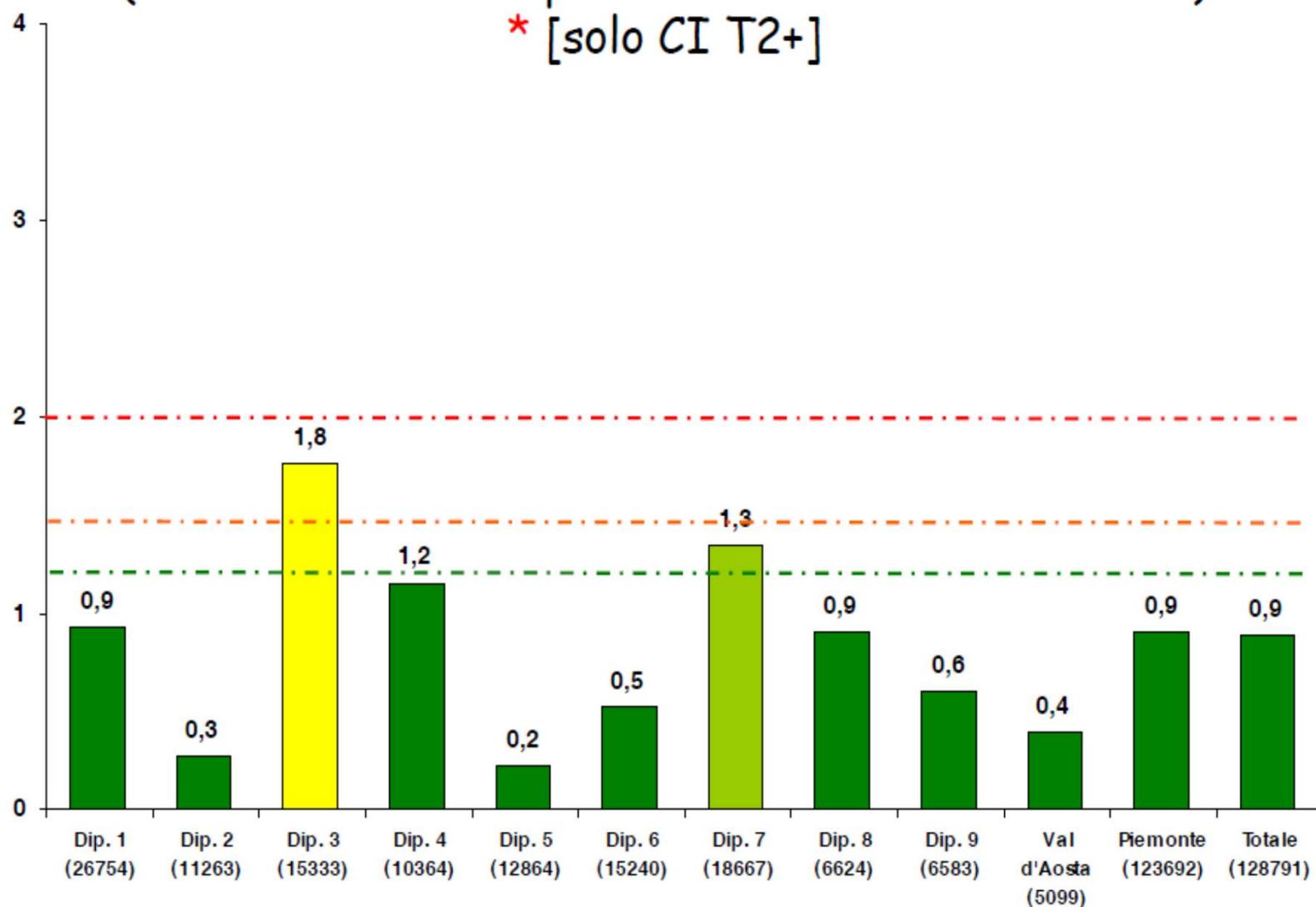
Tasso di identificazione ca. in situ (x1000) per dipart. (Esami successivi al primo - 50-69enni - Anno 2013)



Tasso di identificazione ca. inv. $\geq 20\text{mm}$ ($\times 1000$) per dipart. (Esami successivi al primo - 50-69enni - Anno 2013)

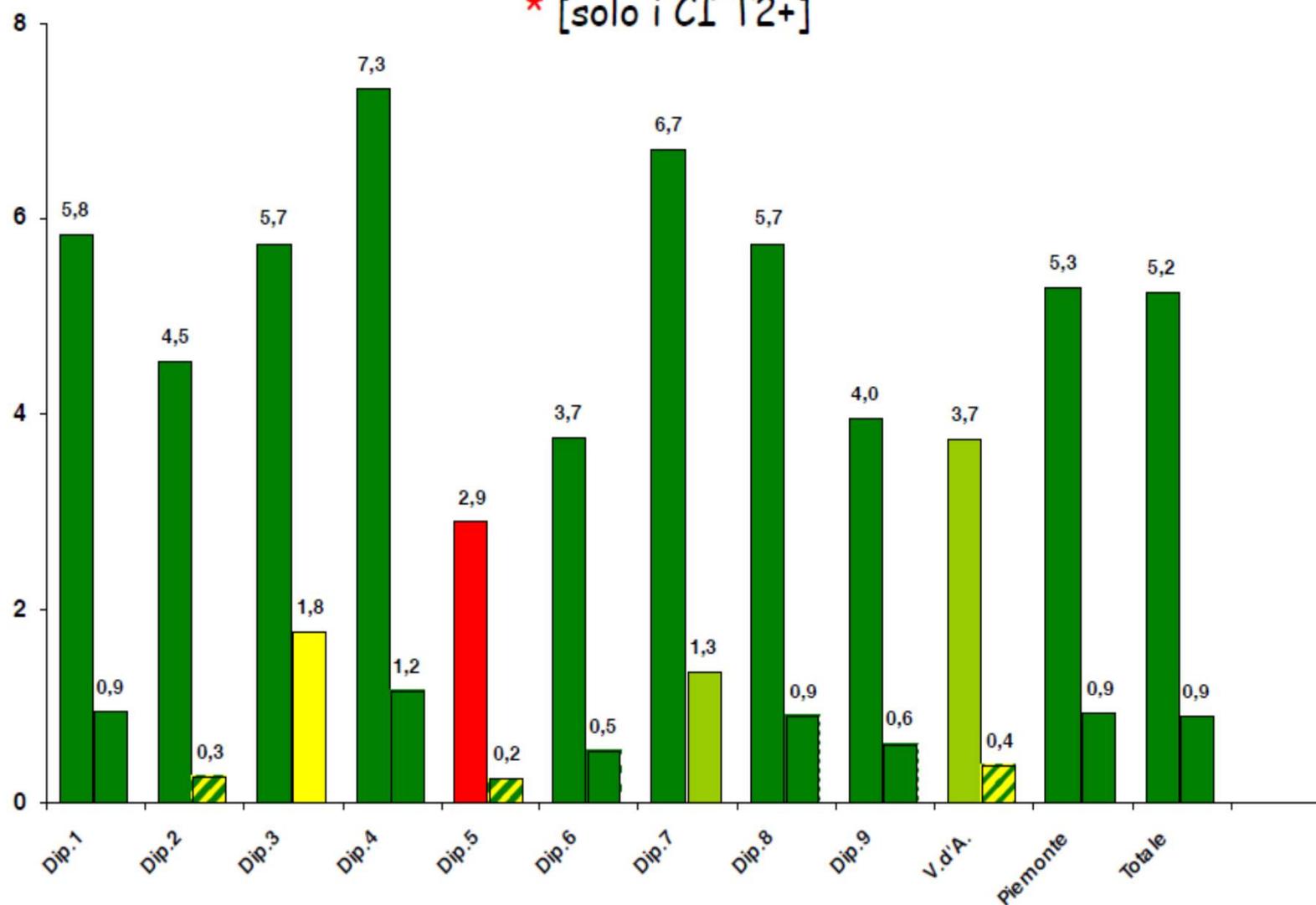


Tasso di ca. inv. $\geq 20\text{mm}$ SD+IC* (x1000) per dipart.
(Esami successivi al primo - 50-69enni - Anno 2013)
* [solo CI T2+]

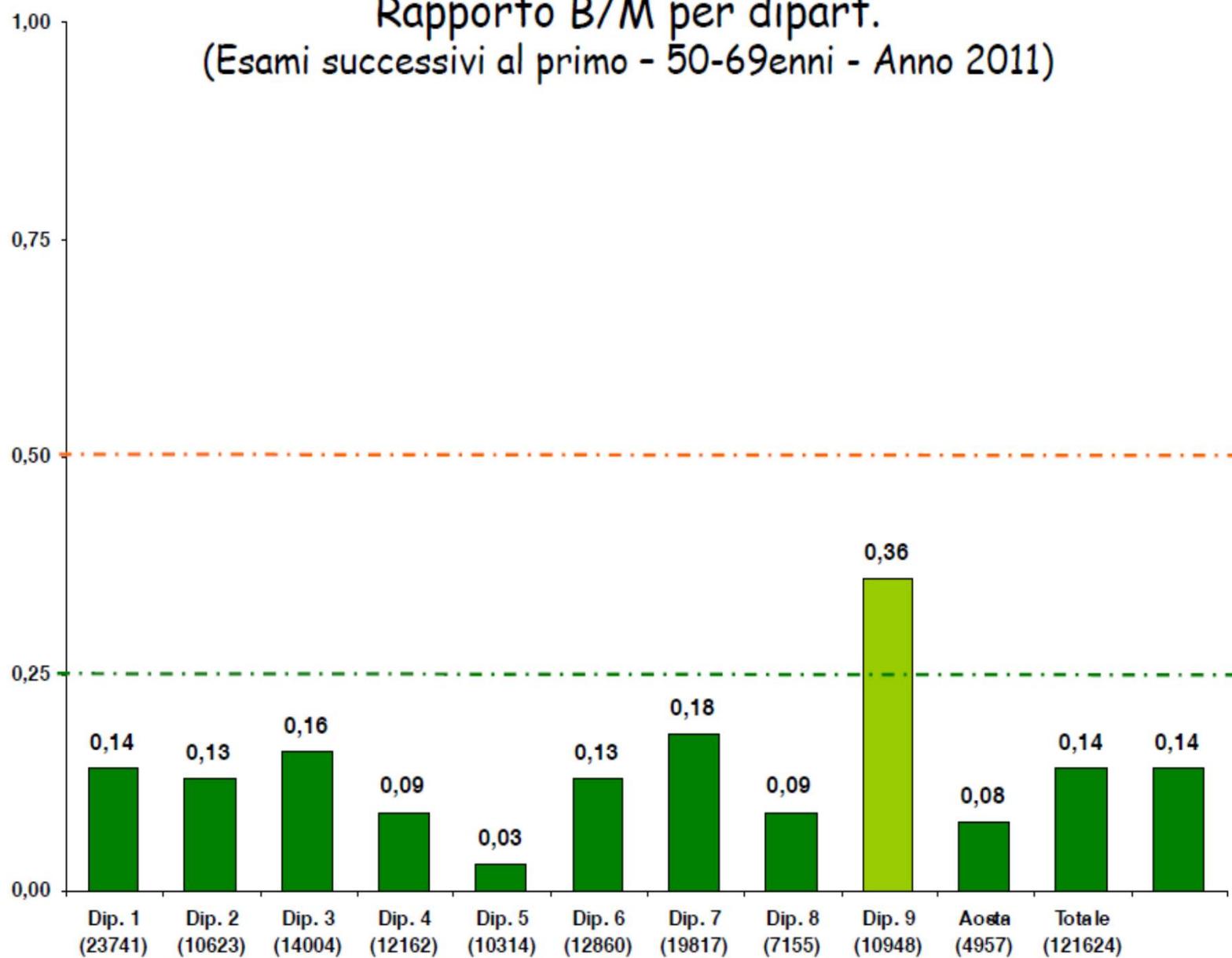


Tasso di ca. inv. $\geq 20\text{mm}$ SD e SD+IC* (x1000) per dipart.
 (Esami successivi al primo - 50-69enni - Anno 2013)

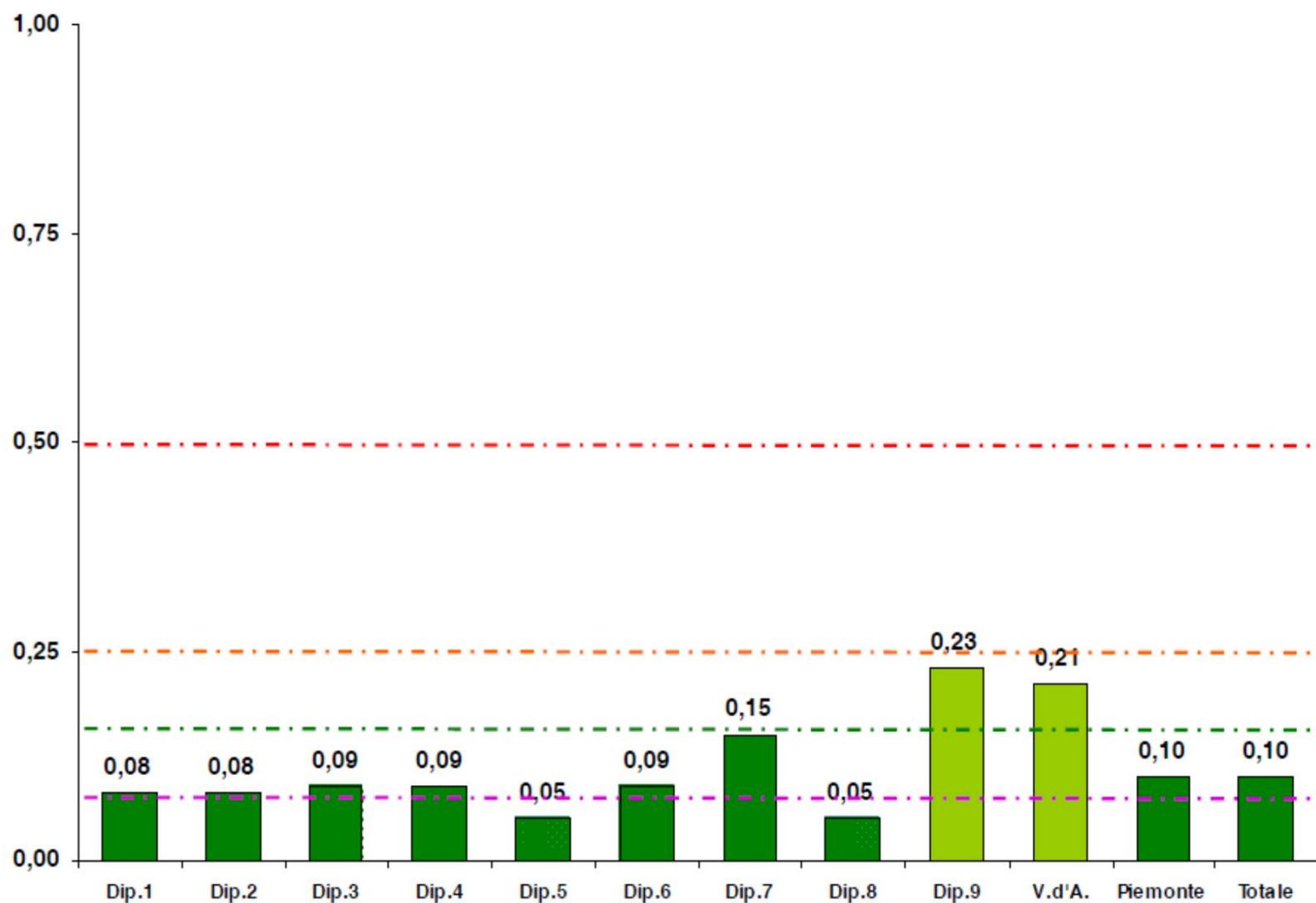
* [solo i CI T2+]



Rapporto B/M per dipart. (Esami successivi al primo - 50-69enni - Anno 2011)



Rapporto B/M per dipart. (Esami successivi al primo - 50-69enni - Anno 2013)



Screening : Obiettivi

Copertura da inviti

Grado con cui il programma è effettivamente esteso
alla popolazione bersaglio

Popolazione invitata + adesioni spontanee

Popolazione target

Copertura da esami (adesione)

Grado di adesione della popolazione al protocollo di screening

Numero di esami effettuati nell'anno di riferimento

Popolazione target annuale

Screening mammografico

- Età 50/69 anni

Invitate 27.585 donne

popolazione bersaglio 31.196 donne

copertura = 88.4%

donne aderenti (esami effettuati) 15.821

popolazione target annuale 31.196

adesione = 50.7 %

Screening mammografico

- Età 45/49 anni 18.588 donne

inviate circa 2000 lettere

Adesioni spontanee 1.541 donne

Invitate a round successivo annuale 5.576 donne

popolazione bersaglio 18.588 donne

copertura da esami = 24.4 %

donne aderenti 3.042

% donne esaminate rispetto all'invito = 54.6 %

Screening mammografico

- Età 45 / 75 anni

ad esclusione delle adesioni spontanee le donne invitate da Prevenzione Serena nel 2014 sono state 33.726

mammografie eseguite nel 2014
20.887 comprese le adesioni spontanee

Profilo diagnostico anno 2014

- Casi rilevati positivi: 143
- Lesioni benigne 35
- Lesioni intraepiteliali 3
- Carcinomi in situ 11
- Carcinoma microinvasivo 2
- Carcinoma invasivo 87
- Ignoto 5

Dimensioni

● Da 1 a 10 cm	42
● Da 11 a 20 cm	27
● Da 21 a 30 cm	13
● Oltre 31 cm	9
● Missing	52 (problemi di compilazione di SQTm)

Commento

- Se le donne giovani fossero invitate parteciperebbero alla prevenzione attiva.
- Se avessimo una maggiore disponibilità delle Radiologie potremmo chiamare di più ed avere una copertura ottimale.
- Se riuscissimo a riconvertire le mammografie “di prevenzione” ma ambulatoriali
- Se potessimo utilizzare Radiologi “dedicati” avremmo sicuramente risultati migliori in termini di qualità.



SCREENING CITOLOGICO

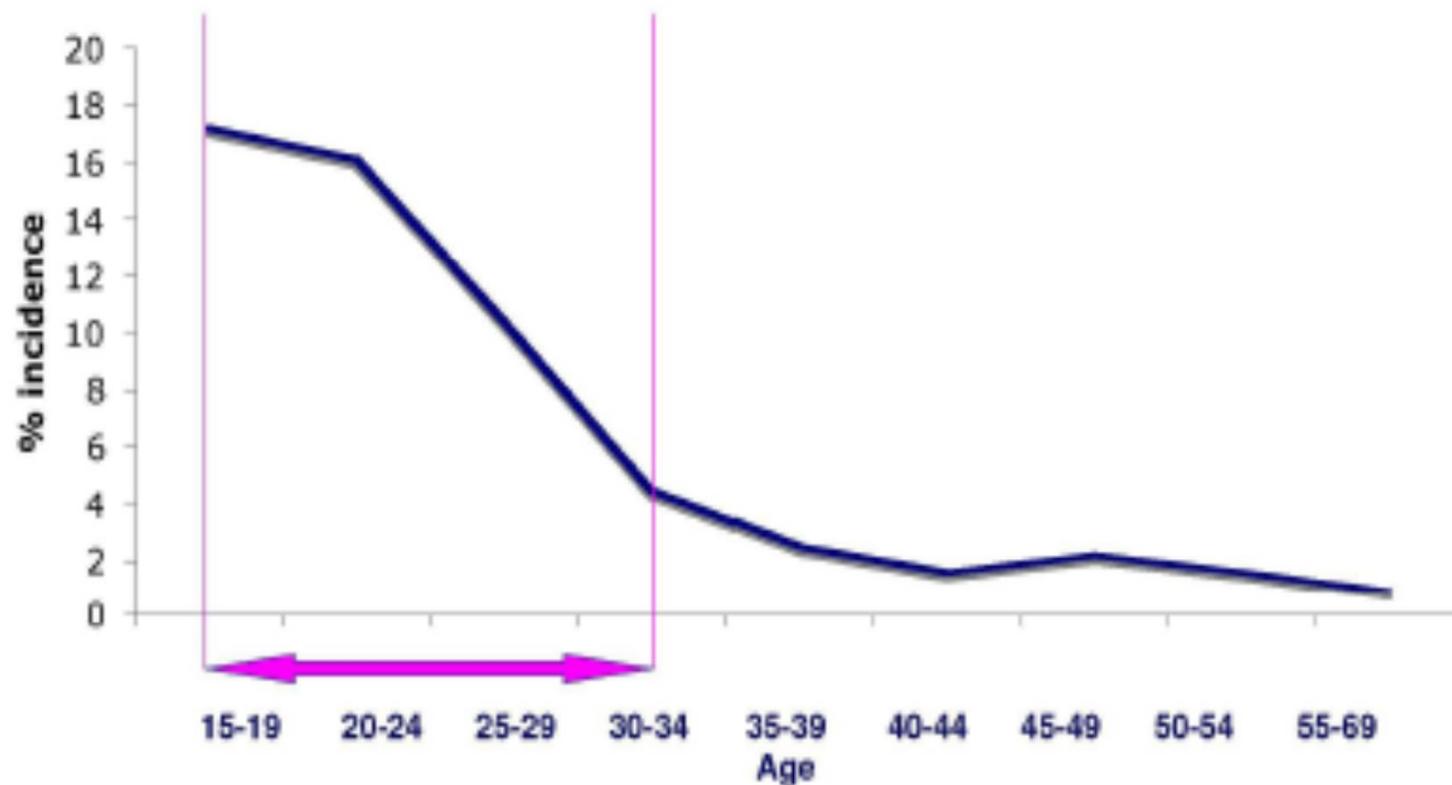
2° Big Killer femminile come tumore a livello mondiale

La mortalità per il tumore del collo dell'utero è più alta nei Paesi in via di sviluppo per la mancanza di programmi di screening efficaci

Infezione da HPV – Human Papilloma Virus – è la causa necessaria per lo sviluppo del Cancro alla Cervice Uterina

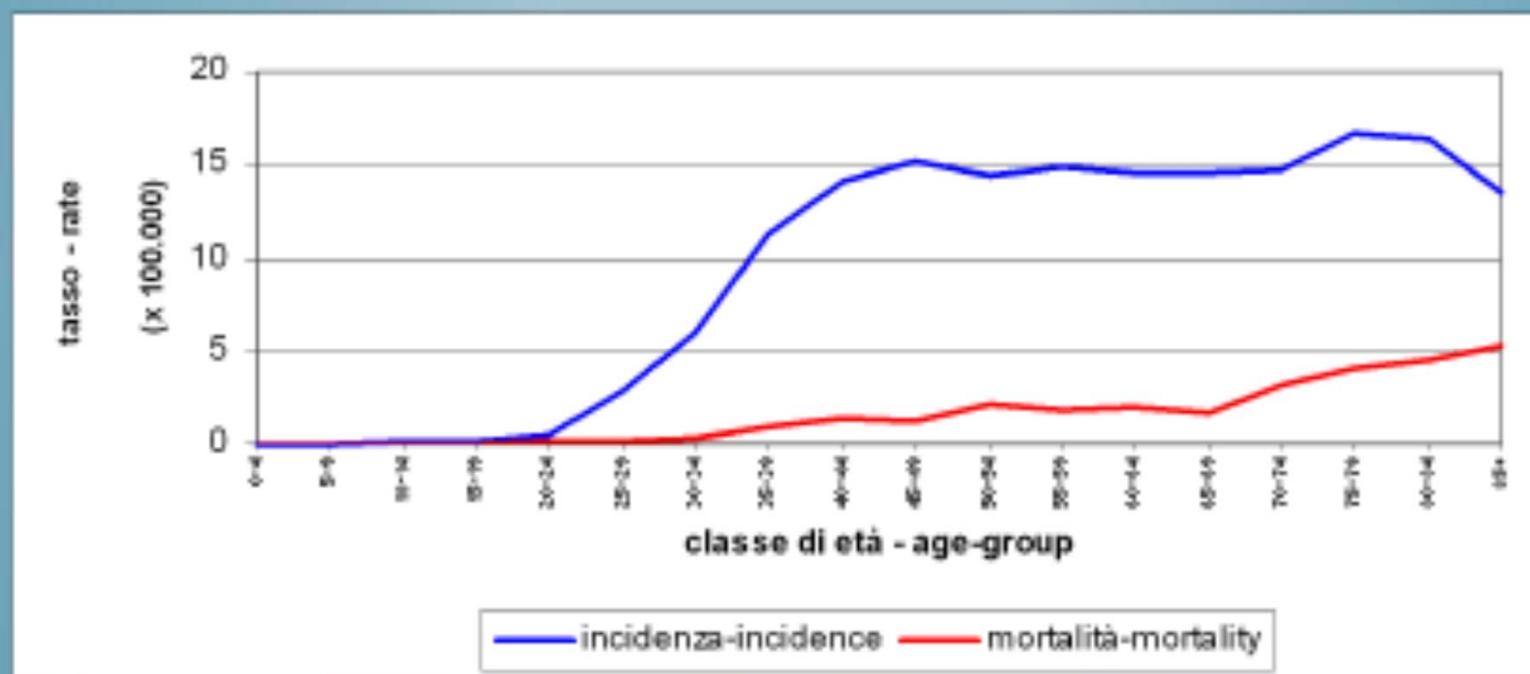
L'incidenza dell'infezione è maggiore nelle giovani donne

Incidence of oncogenic HPV by age



Baseman et al, J Clin Virol 2005, Bosch et al. J Natl Cancer Inst Monogr 2003

Tassi di incidenza e mortalità da carcinoma della cervice uterina per classi di età



Fonte: AIRT Working Group. Italian Cancer Figures - Report 2006. Incidence, mortality and estimates. Epidemiologia & Prevenzione. January-February 2006 (2).

PAP-TEST



I° livello:

Esecuzione Pap-test



Lettura in doppio



**Invio referto
se negativo**



**II° livello
se sospetto**

PAP-TEST

II° livello:

Eventuale Riesecuzione Pap-test



Colposcopia

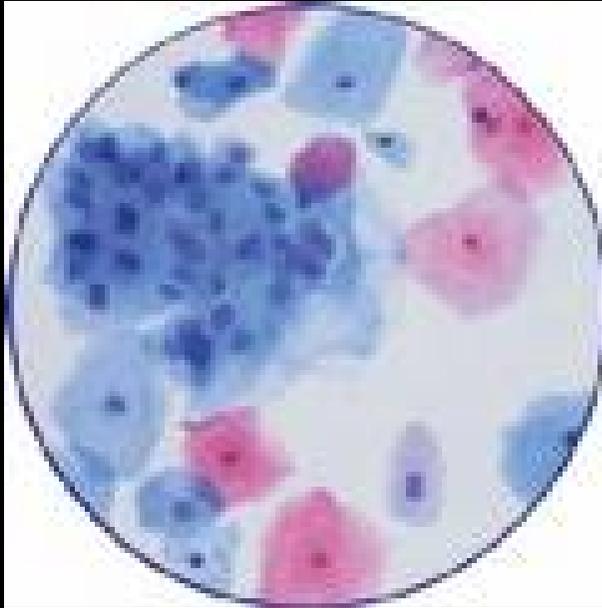


**Diagnosi
definitiva**

HPV



Tumore del collo dell'utero



1954: Papanicolaou inventa una colorazione su cellule esfoliate per valutare le anomalie cellulari.

Con il pap-test salverà la vita a milioni di donne

Tumore del collo dell'utero



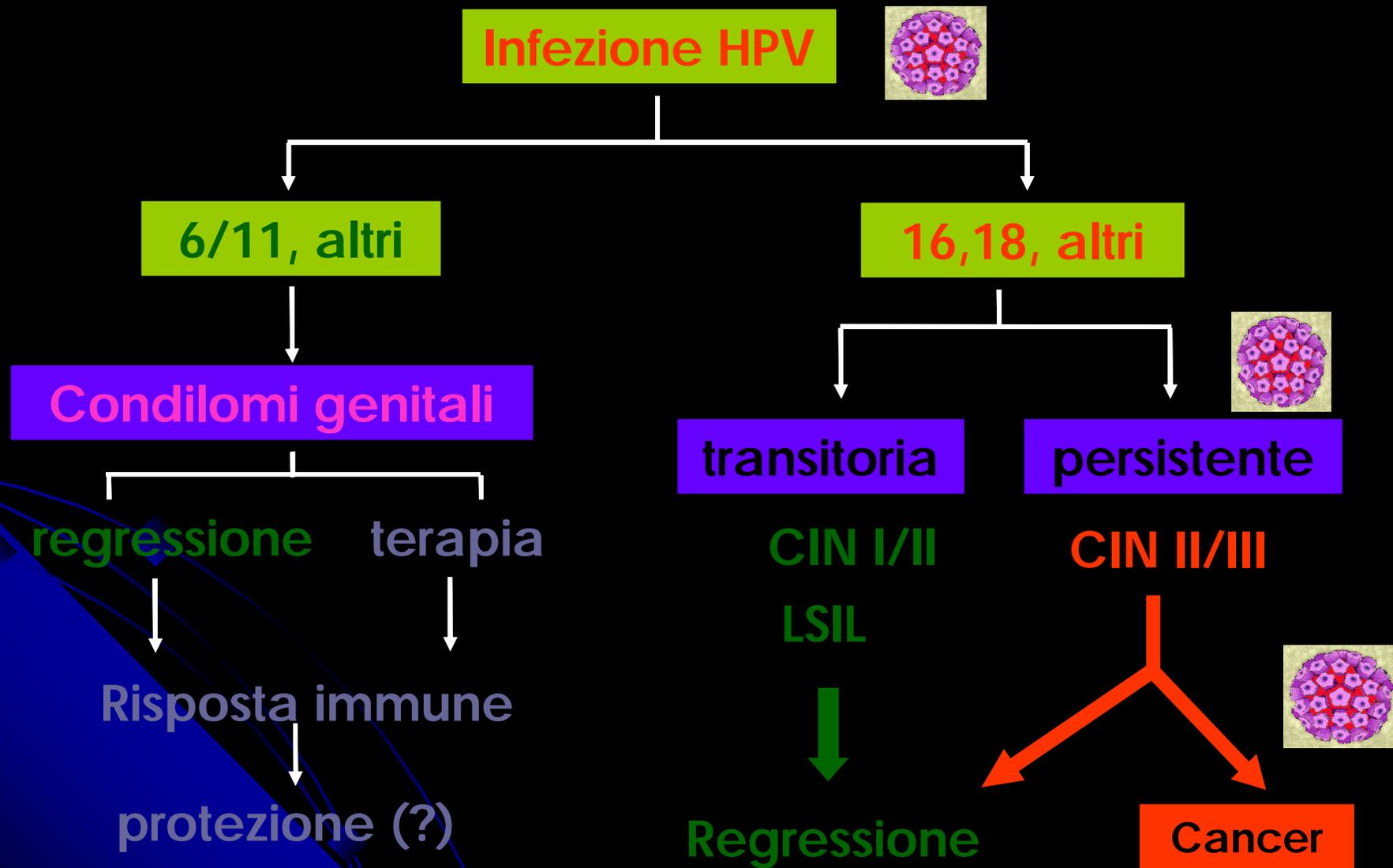
Con il pap-test è possibile attuare una **prevenzione secondaria** del tumore del collo dell'utero

Riduzione del 70% dei casi di cancro del collo dell'utero

Cervical Screening and HPV testing



Storia naturale dell'HPV e del cancro della cervice



Prevenzione primaria del tumore del collo dell'utero



VACCINO CONTRO L'HPV

Pap Test?

HPV?



Marjane Satrapi, 12

Marjane Satrapi, *Sans titre*, 2012. Photo de Jean-Philippe Humbert. Copyright Galerie Jérôme de Noirmont. © Marjane Satrapi

TRE TIPOLOGIE DI ASSISTITE

assistite <30 anni **PAP TEST**

assistite invitate ad effettuare il **PAP TEST**

assistite invitate ad effettuare il **TEST HPV**

*per le assistite oltre i 60 anni invito a test hpv
in modo che l'**ultimo test** prima di uscire dallo
screening per limite di età sia un **test hpv***

**Introduzione graduale del test su tutto
il territorio regionale entro 5 anni**

**Le donne tra 30 e 64 anni saranno invitate al test HPV
per quote progressivamente crescenti:**

1° anno 40%

2° anno 50%

3° anno 60%

**Le restanti donne sono invitate ad eseguire PAP test,
secondo le attuali procedure
e saranno quindi invitate ad eseguire il test HPV al successivo invito.**

LETTERA per assistite invitate per il **PAP TEST**

- I test di screening offerti da Prevenzione Serena sono il Pap test e il
- test per la ricerca del DNA di *Papillomavirus* umano (test HPV)

- Questo sarà probabilmente l'ultimo Pap test a cui lei sarà invitata,
- in quanto la Regione Piemonte sta gradualmente sostituendo il Pap
- test con **il test HPV** come test primario di screening per le donne di
- età compresa tra i 30 e i 64 anni. Per motivi tecnici e organizzativi
- non è possibile invitare subito tutte le donne della fascia di età
- indicata a sottoporsi al nuovo test. Quindi, per equità, si è utilizzato
- un **criterio casuale** di invito per suddividere le donne tra chi farà il
- test HPV subito e chi lo farà successivamente.

LE ASSISTITE **NON POSSONO CAMBIARE
IL TEST A CUI SONO STATE ASSEGNATE**

**LE ASSISTITE CHE PRENOTANO DA
CENTRALINO, PER ADESIONE SPONTANEA, O
PRIMA DELLA SCADENZA DEL ROUND,
SONO ASSEGNATE**

SEMPRE AL PAP-TEST

**A MENO CHE NON SIANO STATE GIA' "ASSEGNATE" DALLA
PROCEDURA DI RANDOMIZZAZIONE**

LETTERA per assistite invitate per il TEST HPV

Per le donne tra i 30 e i 64 anni è stato introdotto il **test HPV**, che a partire dal 2014 ha iniziato a sostituire gradualmente il Pap test come test primario di screening.

La ricerca scientifica ha dimostrato che per le donne tra i 30 e i 64 anni **lo screening con test HPV è più efficace dello screening basato su Pap test in quanto consente di individuare con maggiore anticipo eventuali lesioni pretumorali.**

Di conseguenza l'intervallo di tempo tra un test HPV negativo e il successivo è di **5 anni.**

Perchè HPV ogni 5 anni ?

Ma allora i Pap test che ho fatto finora sono stati poco utili ?



Marjane Satrapi, 12

Marjane Satrapi, Sans titre, 2012. Photo de Jean-Philippe Humbert. Copyright Galerie Jérôme de Noirmont. © Marjane Satrapi

dalla D.G.R.

“Il tumore della cervice uterina è riconosciuto come totalmente attribuibile all’infezione da papillomavirus umano”

“Oggi, le evidenze scientifiche internazionali dimostrano che uno screening con test clinicamente validati per il DNA di HPV oncogeni, effettuato ogni 5 anni, è più efficace dello screening basato sulla citologia, effettuato ogni tre anni ed assicura una maggiore protezione e sicurezza nelle donne fra i 30 e i 64 anni”

**Si prevede l'introduzione graduale del test
su tutto il territorio regionale
entro 5 anni dalla data di pubblicazione
del seguente atto (23 aprile 2013)**

**Ai fini della corretta operatività del programma
e perseguendo gli obiettivi di efficacia ed efficienza,
si ritiene necessario centralizzare
le letture dei test HPV in due centri regionali**

PERCHE' E' NECESSARIO GRADUARE LA NEOPLASIA INTRAEPITELIALE CERVICALE?



PERCHE' UN DIVERSO GRADO
SIGNIFICA UN DIVERSO
COMPORTAMENTO BIOLOGICO E
QUINDI UN DIVERSO
ATTEGGIAMENTO TERAPEUTICO

La vaccinazione HPV: come cambierà lo screening in epoca post vaccinale

Effetto vaccino su screening cervicale citologico

CITOLOGIA

- Diminuzione HSIL e in misura minore LSIL e ASCUS



Riduzione invii al secondo livello

ISTOLOGIA

- Diminuzione CIN2+



Riduzione trattamenti

- Diminuzione minore CIN1

Eliminare il Cancro alla Cervice Uterina

E' possibile!!

Cosa è importante

Screening

Nuove tecnologie

Informazione

**Cosa è disponibile/
in sviluppo**

Prevenzione serena

Vaccino

Malattia
Cause
Prevenzione

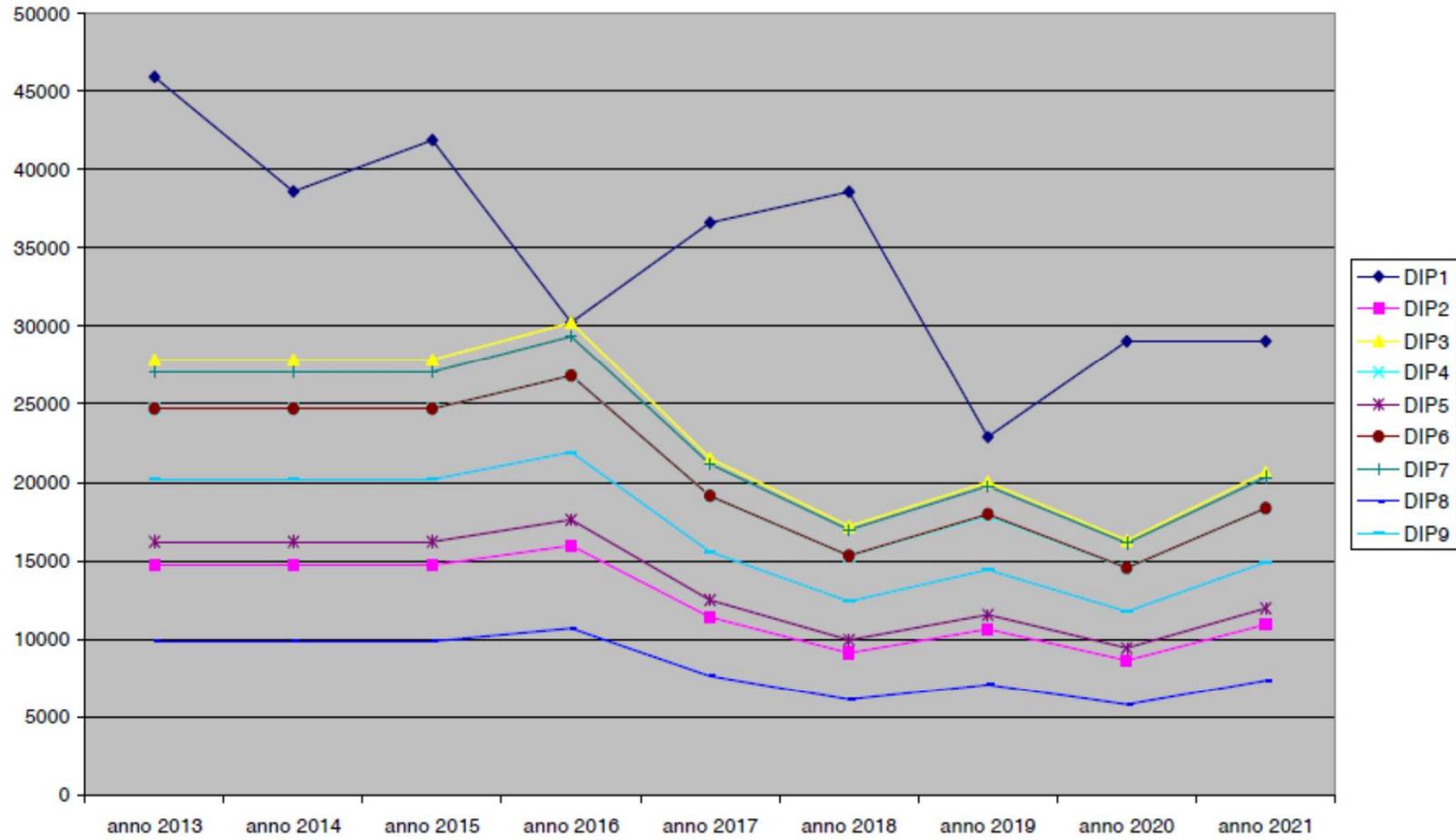
Cosa si deve fare

Garantire implementazione totale ed efficienza

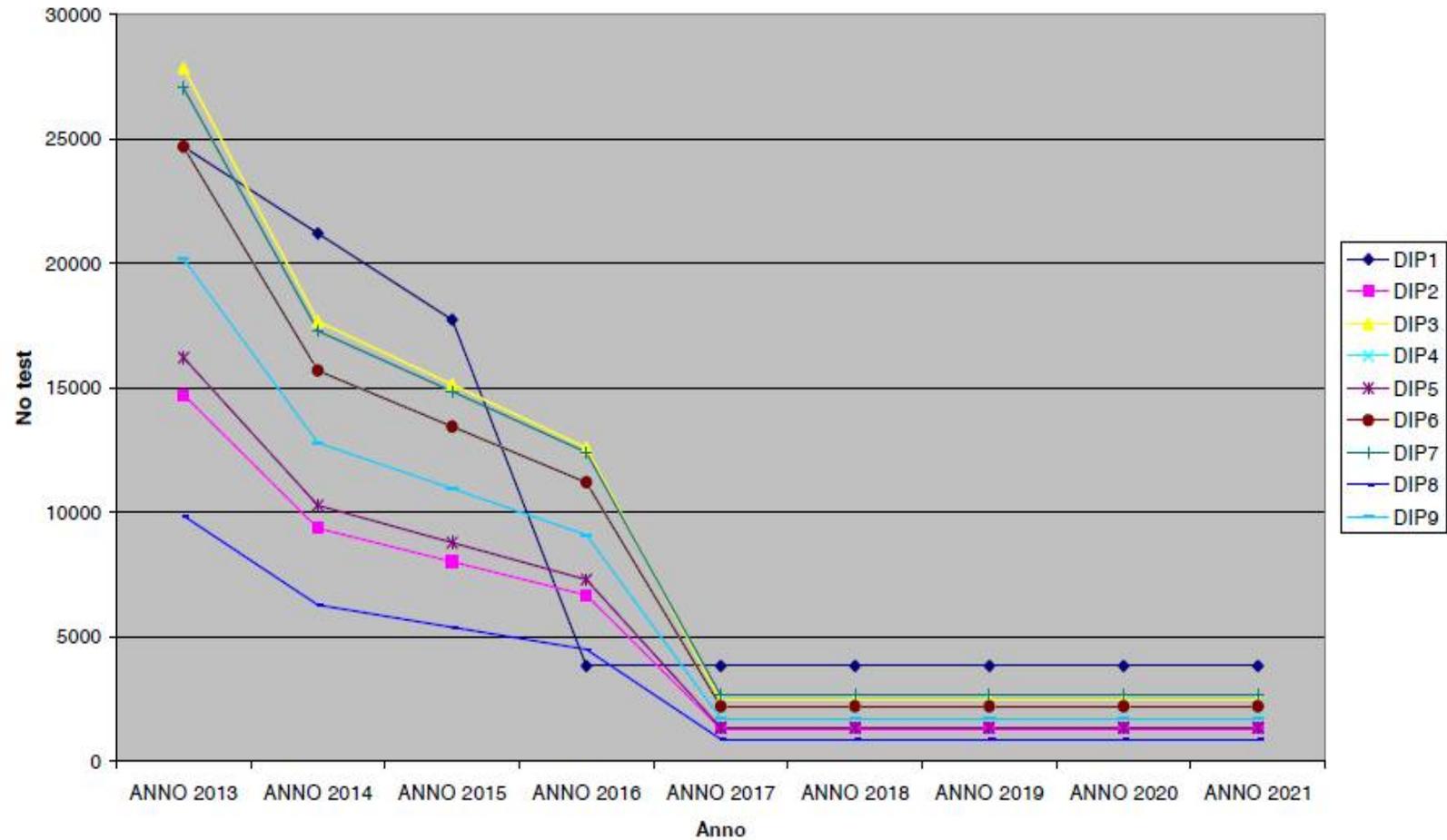
Garantire accesso

Campagna educativa

Prelievi previsti per anno e dipartimento



Numero atteso di citologici primari per anno e dipartimento



Screening : Obiettivi

Copertura da inviti

Grado con cui il programma è effettivamente esteso
alla popolazione bersaglio

Popolazione invitata + adesioni spontanee

Popolazione target

Copertura da esami (adesione)

Grado di adesione della popolazione al protocollo di screening

Numero di esami effettuati nell'anno di riferimento

Popolazione target annuale

Screening citologico

- Età 25/64 anni

Invitate 44.255 donne

popolazione bersaglio 39.949 donne

copertura = 110.8 %

donne aderenti (esami effettuati) 21.561

popolazione target annuale 39.949

adesione = 53.9 %

Screening citologico

- Dal dicembre 2014
riconversione su HPV test

Dati fino ad ottobre 2015:

Pap test effettuati = 9.733

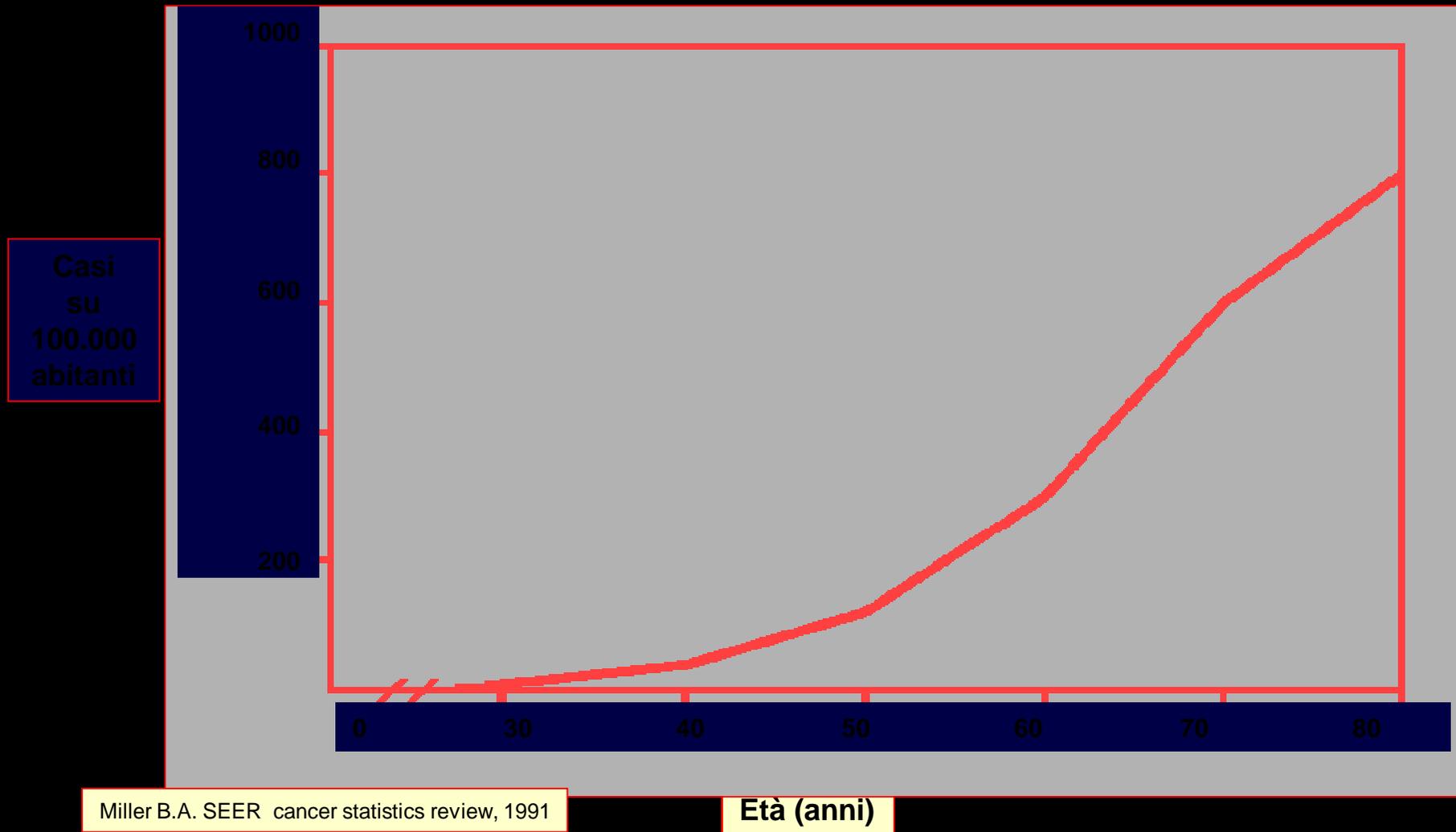
HPV test effettuati = 4.201

SCREENING

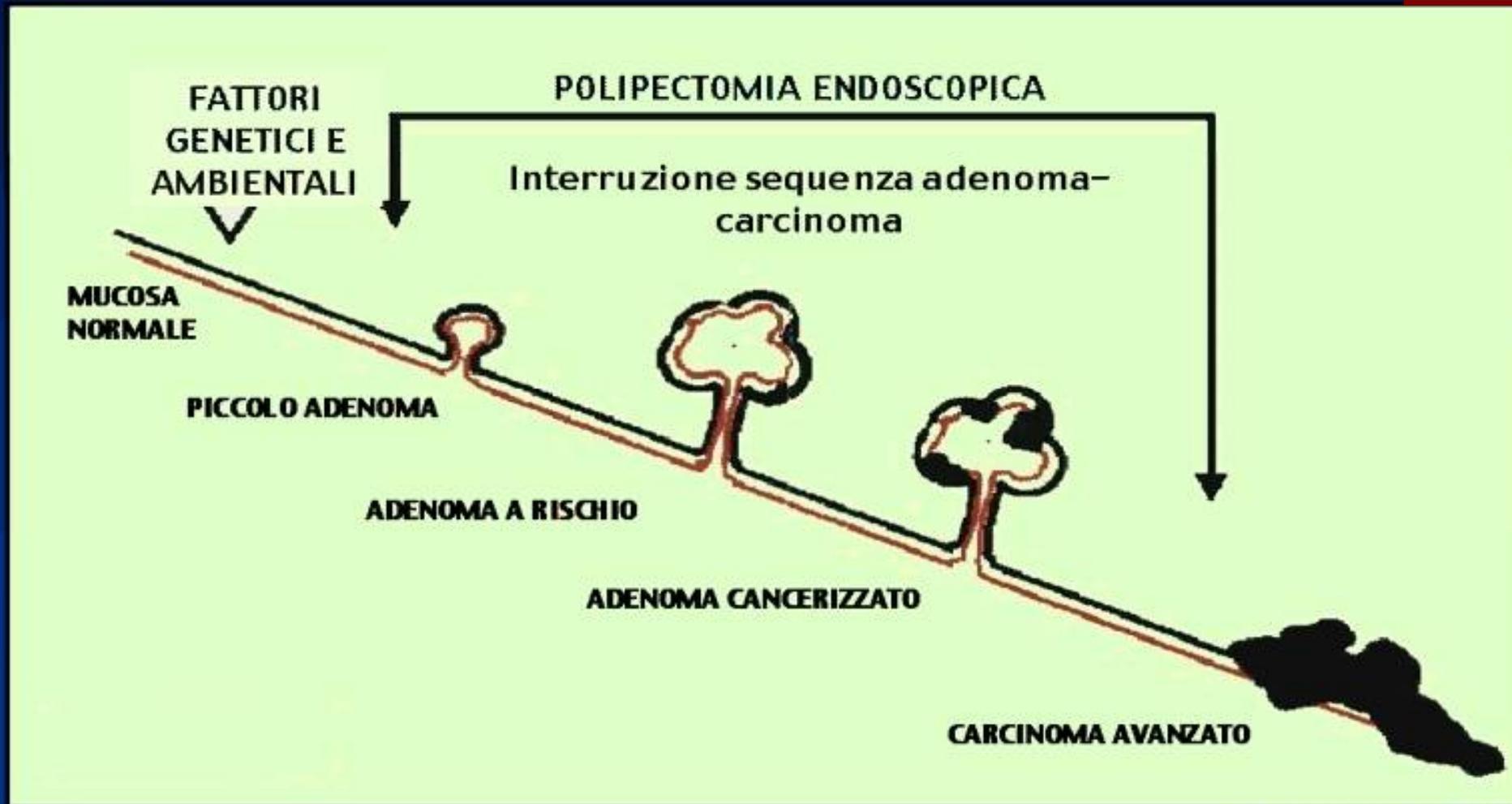
TUMORI

COLON RETTO

Distribuzione del cancro colorettae in base all'età



Storia naturale CCR: effetto della polipectomia endoscopica



Screening CCR 200

PROTOCOLLO DI SCREENING: ETA'

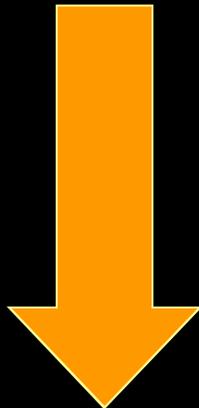
⇒ **ETA': 58 aa**

- > Solo 5% dei tumori prima dei 50 aa ed ulteriore 4 % tra 50 e 55 aa
- > Quindi >90% oltre 55 aa

40-49

50-59

60-69



8000 sigmoido

2000 sigmoido

1000 sigmoido

DIAGNOSI DI 1 CARCINOMA

*Ransohoff,
Jama 1993*



Corriere della Sera **Domenica 28 Febbraio 2010**

Salute

www.corriere.it/salute

Colon

La prevenzione
trascurata

Tumori del colon retto

Si può stimare che se in Piemonte il **25%** delle persone effettuasse il test nell'arco di **10 anni** sarebbe possibile prevenire fino a **1.150** nuovi casi di tumore ed evitare circa **633** morti.

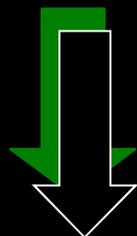
La copertura con FOBT permetterebbe di **evitare** altre **284** morti e di **prevenire** altri **188** casi

Tumori del retto colon

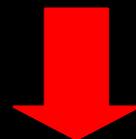
Diagnostica attraverso due procedure:

- **FS** **flesso sigmoidoscopia**
Una sola volta nella vita a 58 anni
- **FOBT (ricerca sangue occulto nelle feci)**
 - Popolazione tra 59 e 69 anni

**INVITO
A UOMINI E DONNE DI 58 ANNI DI ETÀ**



**ADERISCE:
esegue una FS**



**NON ADERISCE:
viene proposto lo
screening con FOBT**



**In caso di rifiuto
del FOBT riproposta
della FS un anno
dopo per 2 anni
consecutivi**



**In caso di
adesione: FOBT
con periodicità
biennale**



FS

**INVITO
UOMINI E DONNE 59 - 69 ANNI**

**ADERISCE:
esegue un FOBT**

**NON
ADERISCE**

**FOBT
POSITIVO**

**FOBT
NEGATIVO**

**REINVITO
FOBT
BIENNALE**

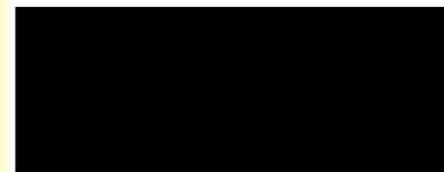
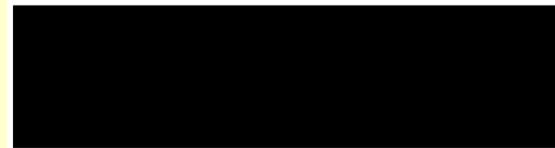
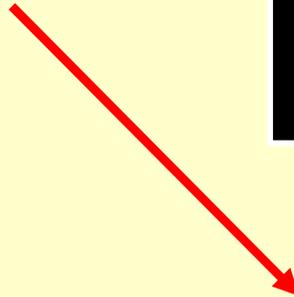
**Colonscopia totale con
eventuale follow-up
endoscopico per i
pazienti con adenomi
avanzati**

FOBT

PROTOCOLLO di SCREENING: INTERVALLO TRA I TEST

INTERVALLO TRA I TEST

***SIGMOIDOSCOPIA
ONCE-ONLY***



Efficacia

Lo screening con il

FOBT

Tumori invasivi in fase preclinica



RIDUZIONE DELLA MORTALITA' SPECIFICA

Efficacia

Lo screening con la

SIGMOIDOSCOPIA

Lesioni preinvasive



RIDUZIONE DELL'INCIDENZA DI TUMORI
INVASIVI E DELLA MORTALITA'

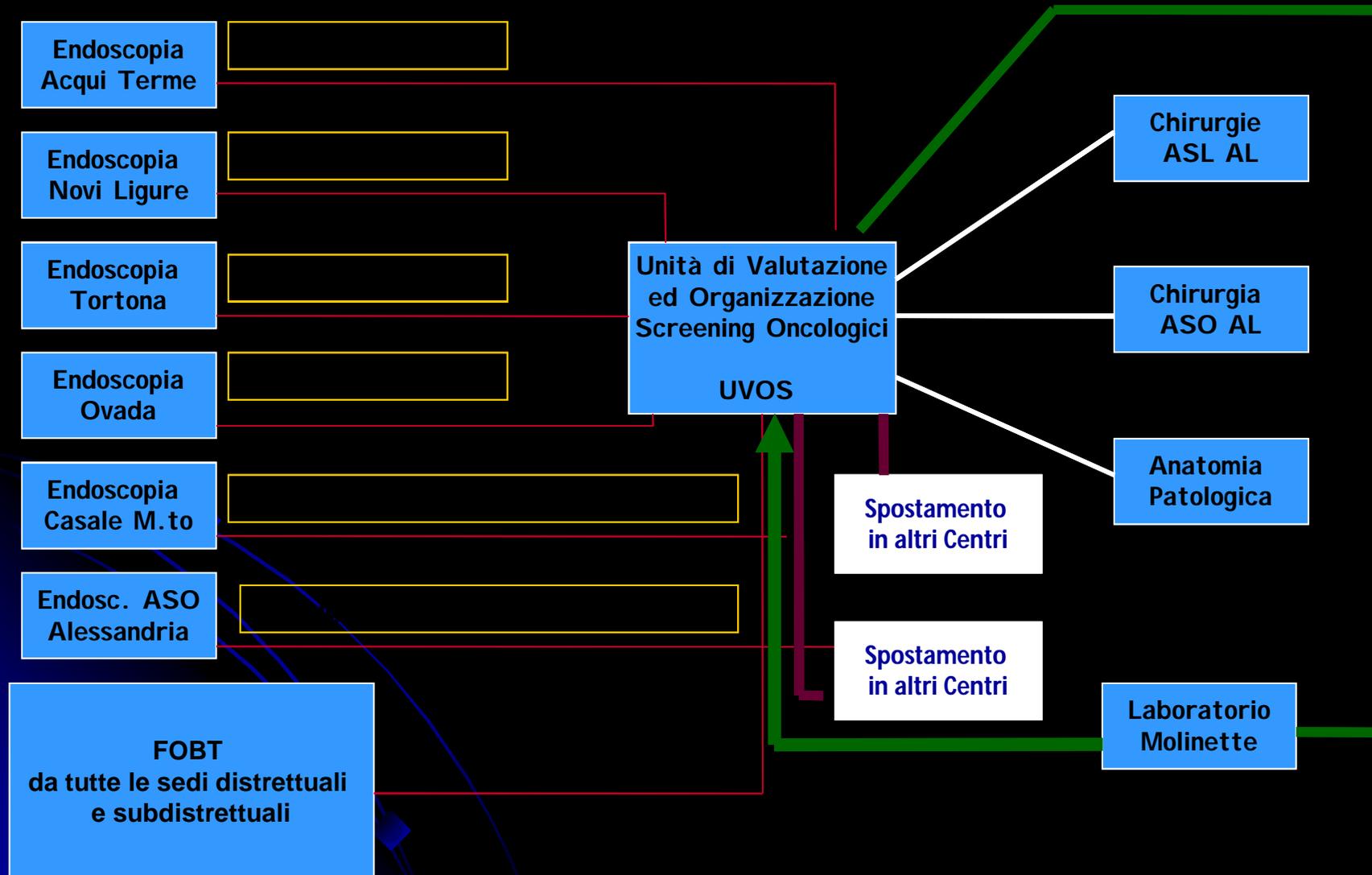
Tumori del colon retto

Sottoponendosi ad una sigmoidoscopia una volta nella vita si otterrebbe una riduzione del rischio di ammalarsi di tumore del grosso intestino mediamente del **45%**

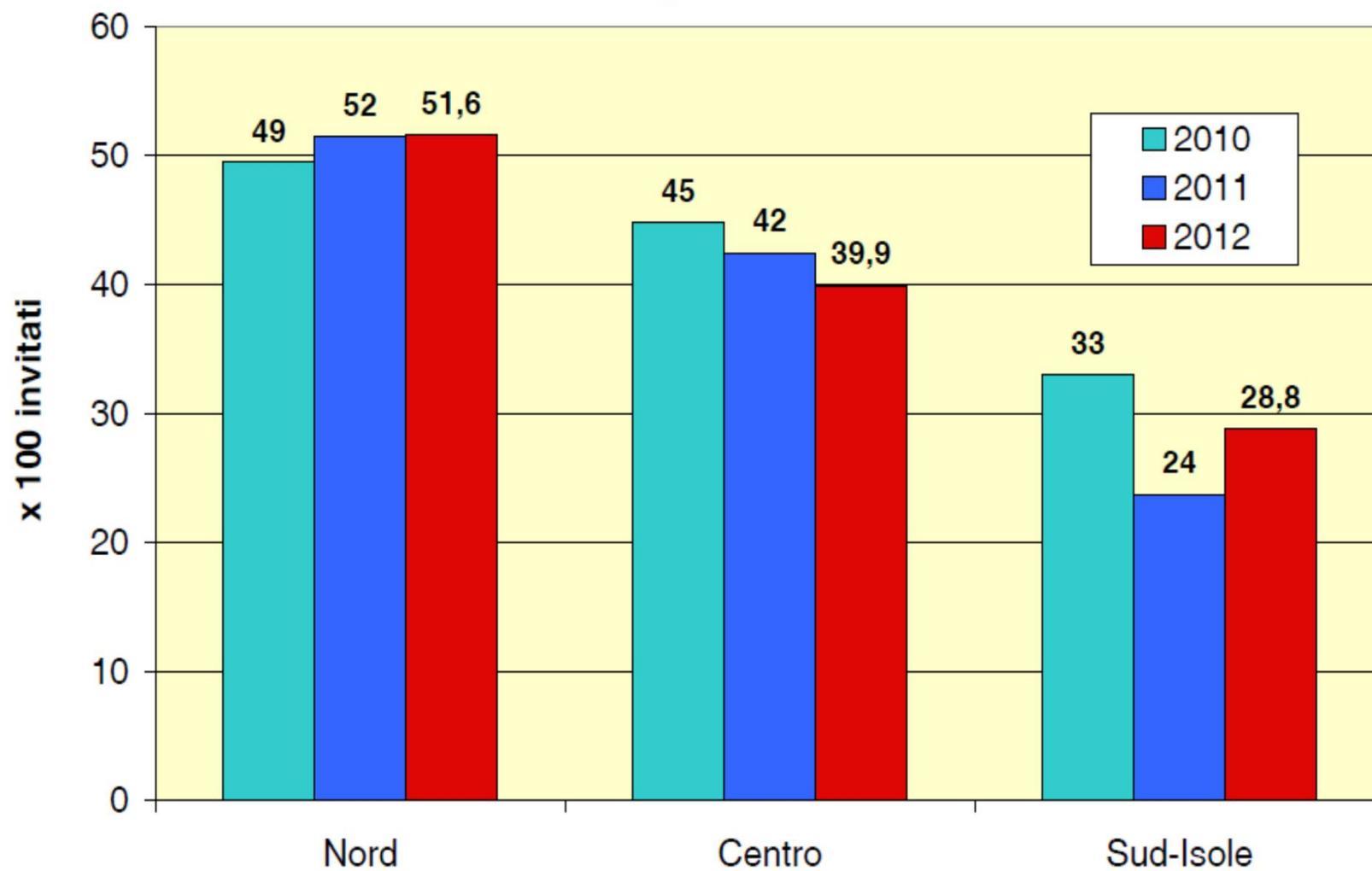
Criticità

- 2 Centri (Casale ed Alessandria ASO) non effettuano attività di 1° livello
- Alessandria ASO non effettua attività di 2° livello
- La FOBT positività risulta pari al 10% circa inducendo un alto numero di Colonscopie totali (2° livello)
- In caso di chiamata di tutti i FOBT non riusciremmo ad avere disponibilità per CT
- Se aumentasse l'adesione

Organizzazione territoriale



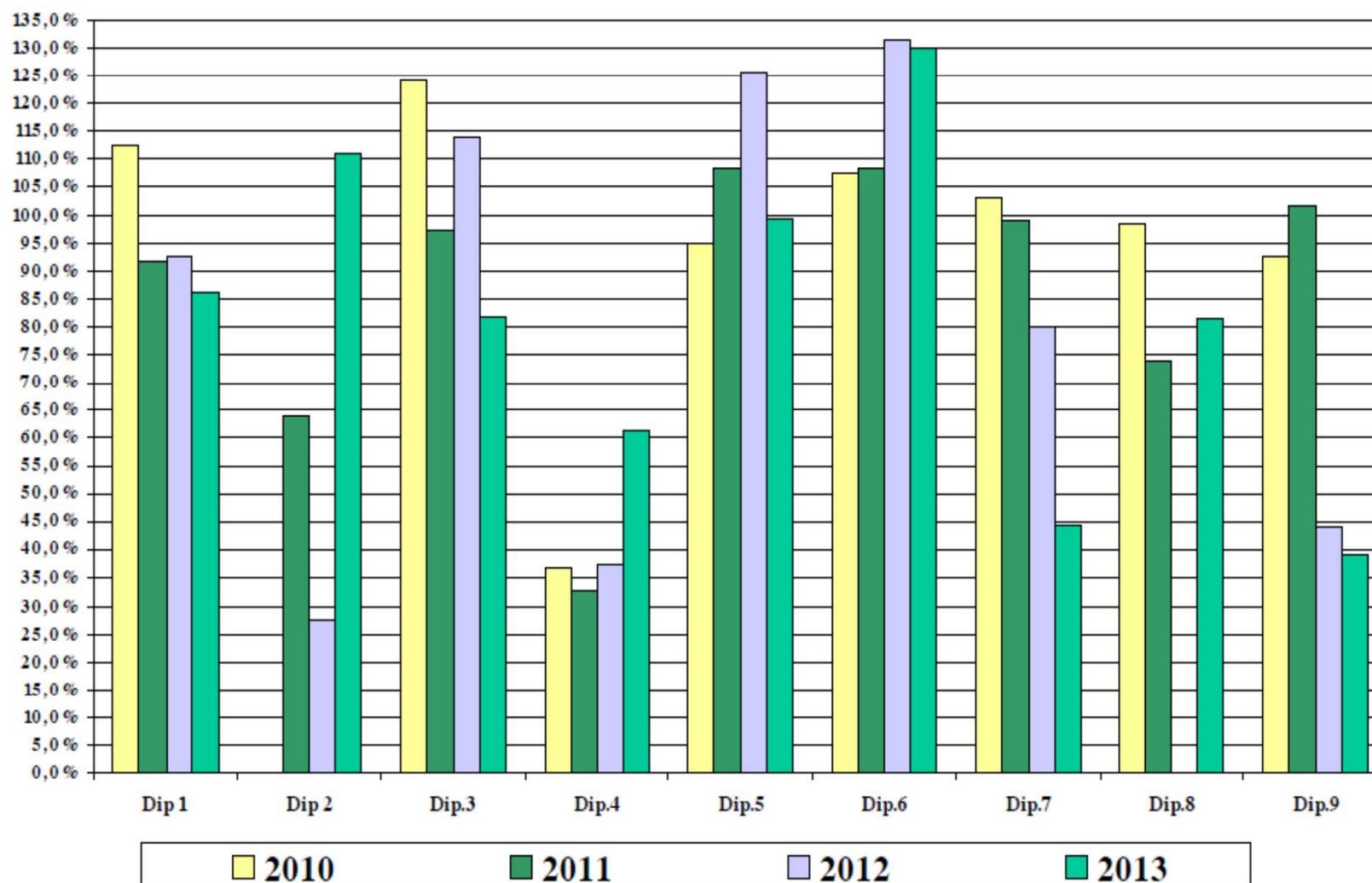
Adesione corretta per macroarea e anno



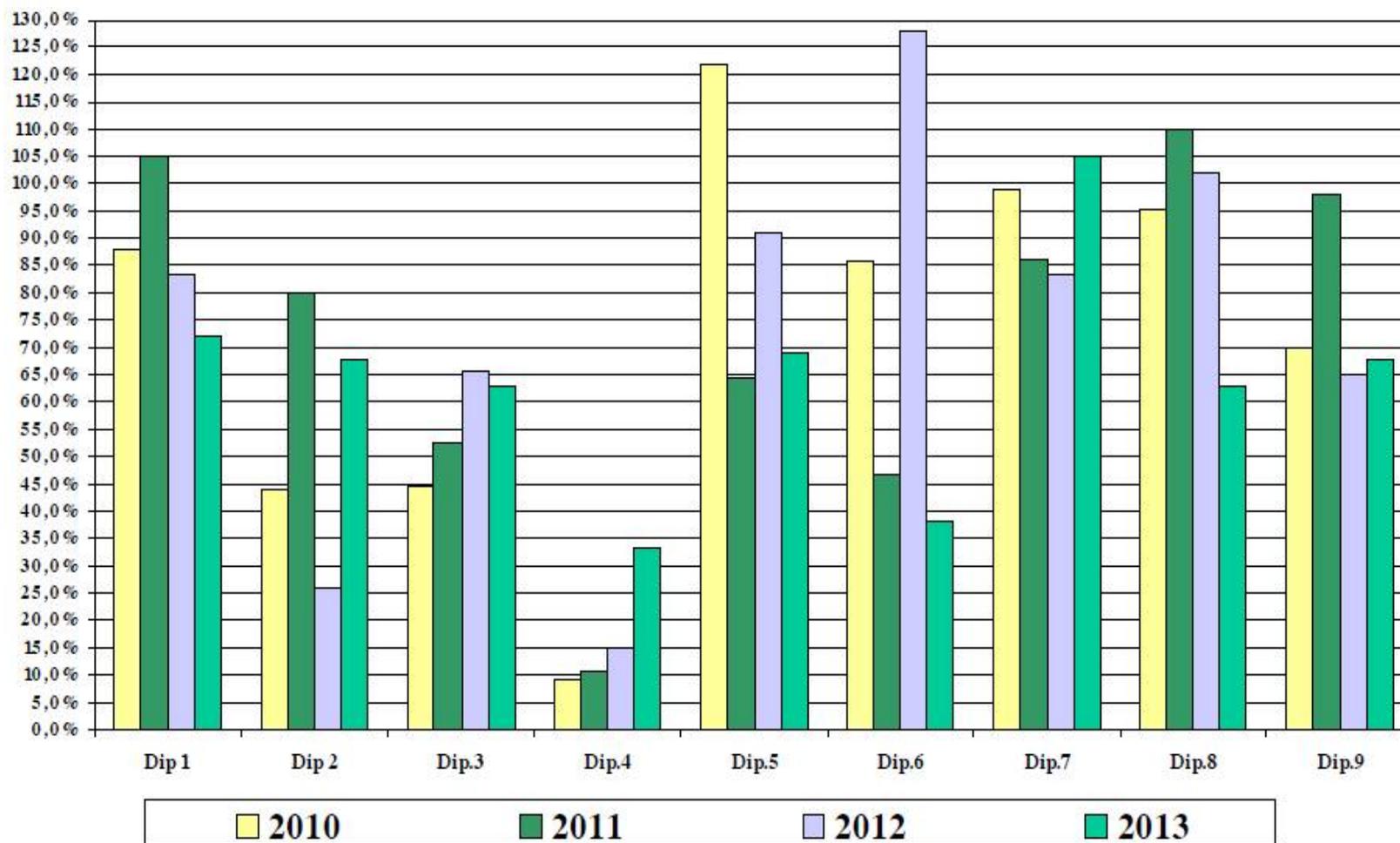
Da M.Zorzi, Giscor 2014

Trend copertura inviti anno 2010 – 2013

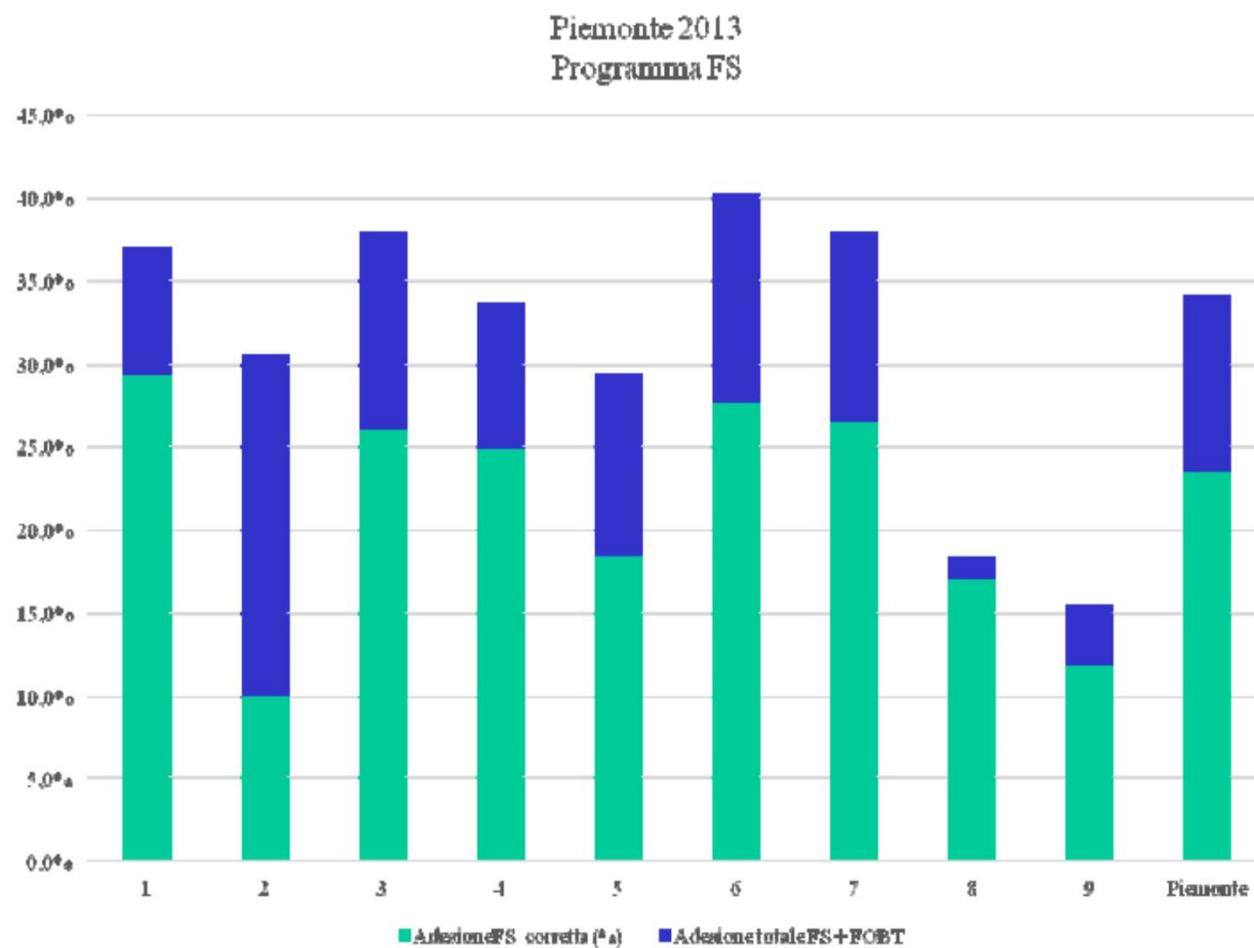
SIGMOIDOSCOPIA



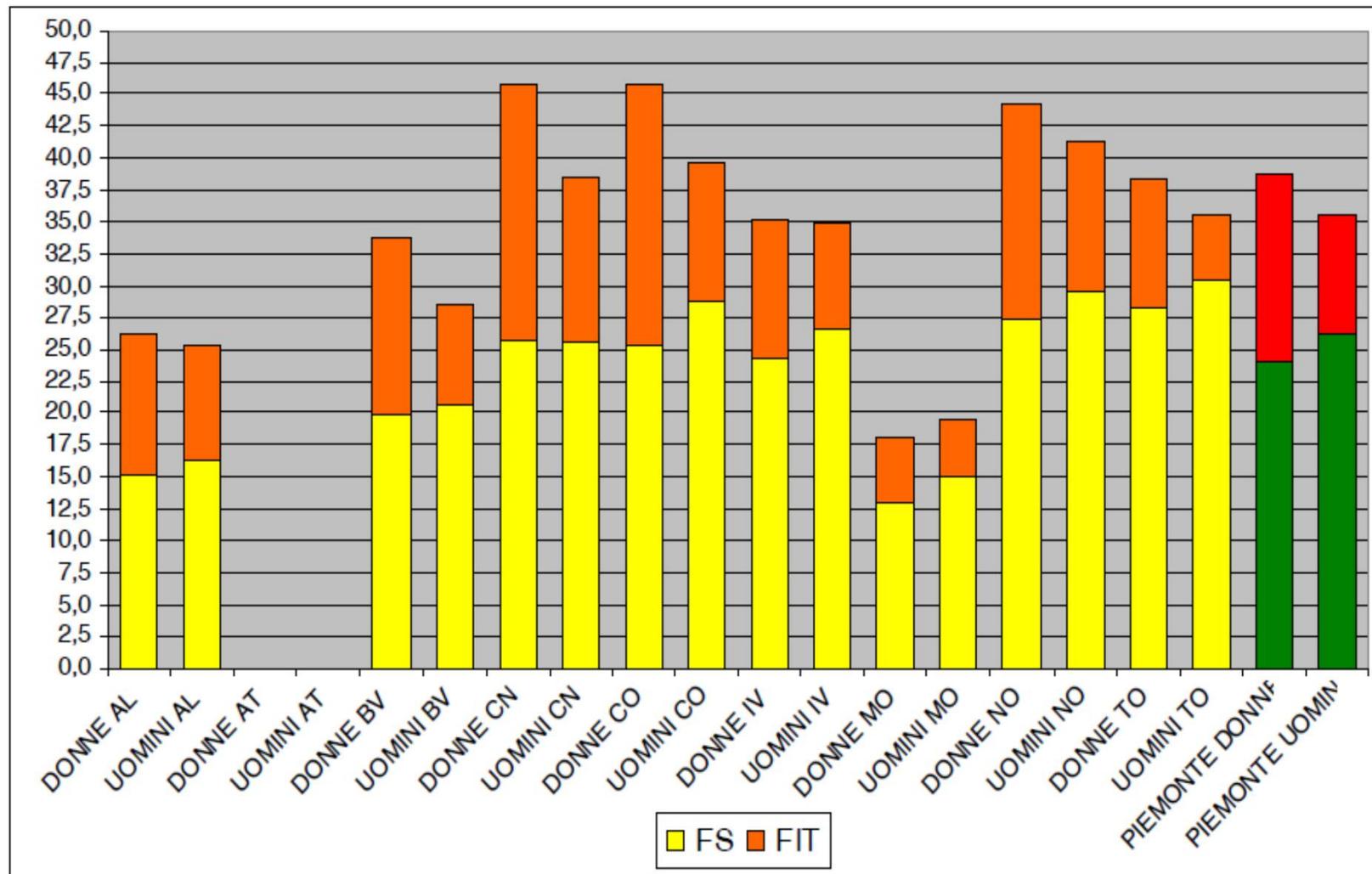
Trend copertura inviti 2010 – 2013 FOBT (Coorte)



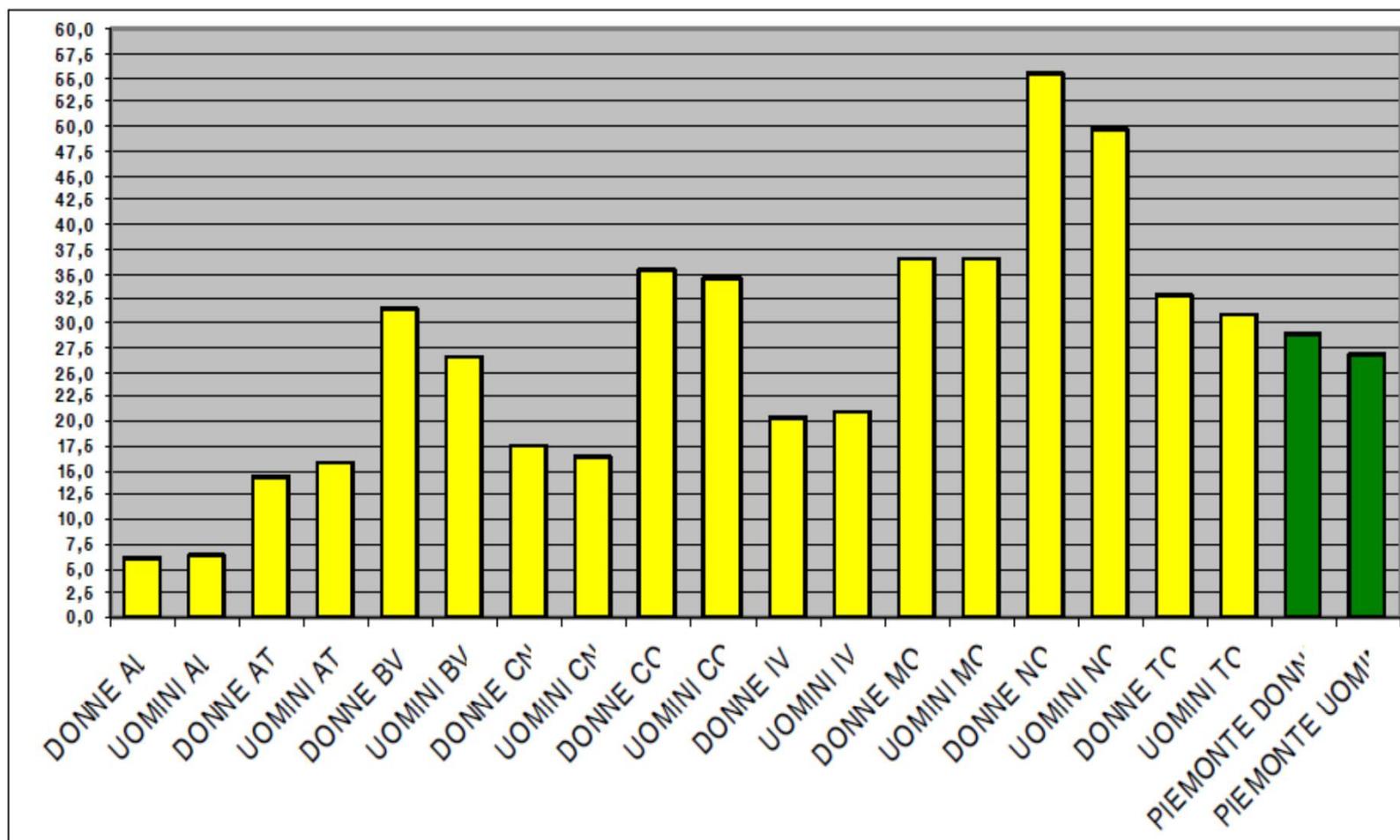
Piemonte - Adesione Programma FS per DIPARTIMENTO



COPERTURA da ESAMI - 2012



COPERTURA da esami (FS + FOBT) - 2013



Screening colorettaie

- FOBT popolazione invitabile 23.336
invitati 15.788

percentuale di copertura = 67.6%

- FS (58 anni) popol. invitabile 6.172
invitati 2.692 = 43.6%

Adesione totale di FOBT + FS = 26.4%

Screening colorettaie

Risultati 2014

- *Fobt positivi = 507*
- *Colonscopie eseguite come conseguenza di FOBT positivo 390 (77% di adesione alla colonscopia)*
- *Diagnosticati 18 casi di tumore maligno*

Screening colorettaie

2009 - 2014

Flesso sigmoidoscopia

- **Con la copertura media del 40% :**

- adenomi avanzati diagnosticati : 142

(con copertura del 100% avremmo diagnosticato 335 casi) quindi
non abbiamo diagnosticato 213 casi di adenoma avanzato

di questi 21 hanno quasi certamente cancerizzato.

avremmo avuto 25 cancri (10 diagnosticati) ma ...

15 ce li siamo persi

Screening colorettaie

2009 - 2014

FOBT

- **Con la copertura media del 65% :**
 - adenomi avanzati diagnosticati : 775(con copertura del 100% avremmo diagnosticato 1.192 casi) quindi
non abbiamo diagnosticato 417 casi di adenoma avanzato
di questi 42 hanno quasi certamente cancerizzato
avremmo avuto 172 cancri (112 diagnosticati) ma ...

60 ce li siamo persi

scostamenti

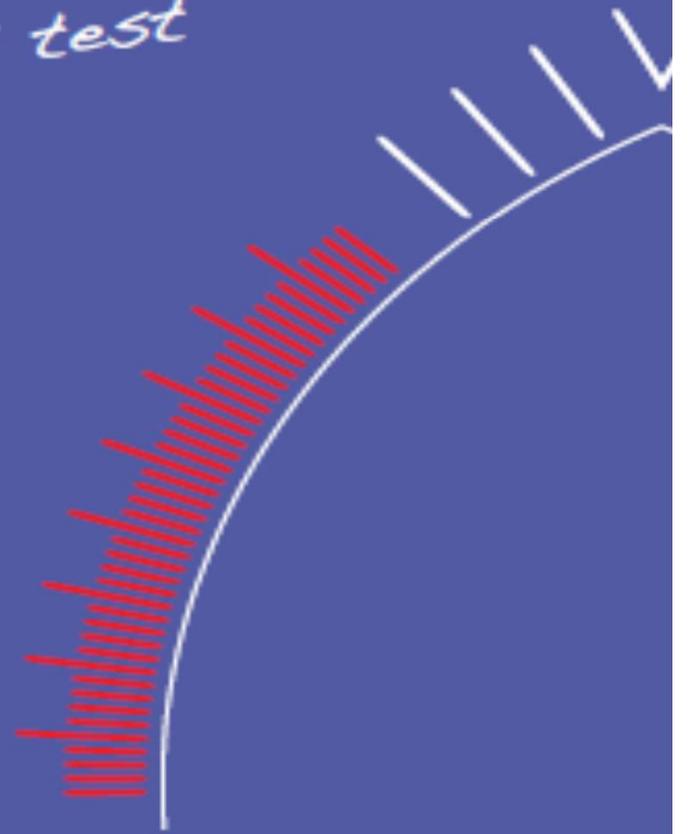
Anno 2014	Dipartimento 9	Regione
Mammella copertura inviti	88.4%	70,2 %
Mammella copertura esami	50.7%	47.0 %
Cervice copertura inviti	110.8%	78 %
Cervice copertura esami	43.7%	43,2 %
Colon retto copertura inviti	43.4%	80.2%
Colon retto copertura esami	27.1%	30.2 %

Fonte: baseline indicatori regionali 2014



*I programmi organizzati di screening
rappresentano una delle più vaste
esperienze della sanità pubblica di iniziativa
presenti oggi in Italia*

*Nel 2012 abbiamo superato due
importanti traguardi: oltre 10 milioni
di inviti, oltre 5 milioni di test*





Nel corso del 2013
gli inviti per i tre programmi
superano gli 11 milioni.
Più di 5 milioni e duecentomila
persone hanno eseguito
il test proposto.
Anche le popolazioni migranti
cominciano ad essere
invitate con regolarità



- Dipartimento Interaziendale di Prevenzione Oncologica
- Coordinamento Piano Locale di Prevenzione ASL AL
- Coordinamento endoscopico provinciale ASL AL



■ Laboratorio Analisi ASO AL

- **Progetto di Ricerca:**
Studio osservazionale sull'eventuale possibile utilizzo del marcatore tumorale M2-pK per la diagnosi precoce delle neoplasie del colon retto



PROGETTO DI RICERCA SULL' EVENTUALE E POSSIBILE UTILIZZO DI UN MARCATORE TUMORALE PER LA DIAGNOSI PRECOCE DEL TUMORE DEL COLON-RETTO.

**Coordinamento scientifico del progetto
Dipartimento Interaziendale di Prevenzione Oncologica**

dr. giancarlo faragli

Collaboratori

Dr. Gemme – Dr. Costa, Coordinamento Gastroenterologico provinciale.

Dr. Matarrese – Dr. Pastori, Tirocinanti e frequentatori dell'UVOS .

Dr. Guaschino – Dr.ssa Foco, Laboratorio Analisi dell'ASO Alessandria .

**Dr. Rabagliati – Dr.ssa Baiardi – Dr Bonomo,
Coordinamento del Piano Locale di Prevenzione.**

OBIETTIVO PRIMARIO

Dimostrare l'efficacia del Marcatore Fecale M2-PK e determinare la specificità, la sensibilità ed il valore predittivo su feci in assistiti, provenienti dallo screening, con esito del FOBT positivo e in pazienti con FOBT negativo.

Gruppo casi

■ **FOBT POSITIVI**

Hb tra 100 e 300

Hb tra 300 e 800

Hb tra 800 e 1.200

COLOSCOPIA come da protocollo screening

Richiesta di entrata nello studio

500 casi

Esito colon ; Esito M2pK ; dati utili per lo studio

■ Gruppo Controlli

FOBT < 100

Colonscopia negativa

■ Contattato da UVOS

■ Contattato da UVOS

m2pK

Esito nuovo marcatore

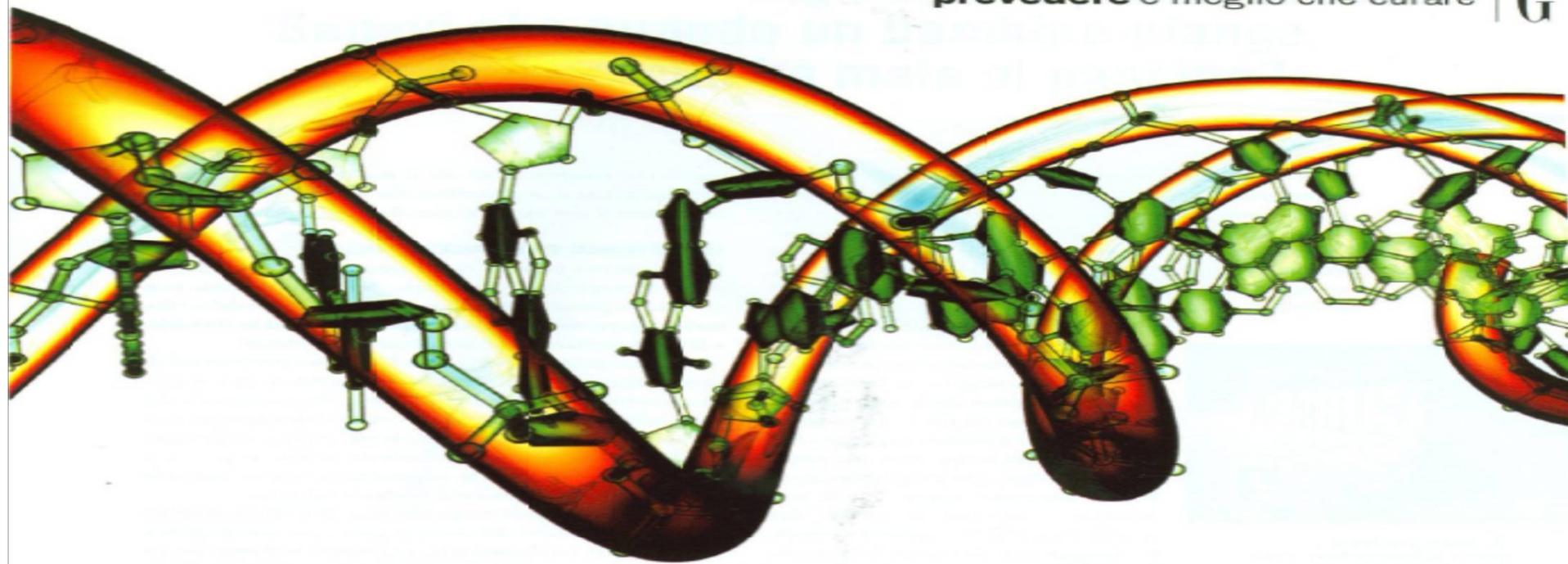
Valutazione dei dati in studio

Se negativo ricontattato

Follow – up a due/tre - cinque anni

L'Ospedale del futuro





LA MEDICINA DEL FUTURO HA BISOGNO DI GENI

GRAZIE ALL'ANALISI DEL DNA, OGGI SI PUÒ CONOSCERE IN ANTICIPO IL RISCHIO DI SVILUPPARE UNA MALATTIA. TROPPI ANSIA? FORSE, MA È (ANCHE) COSÌ CHE I RICERCATORI LAVORANO PER PROTEGGERE LA NOSTRA SALUTE

DI CHIARA BRUSA GALLINA

Nei geni si può leggere il futuro? Forse a qualcuno piacerebbe, altri ne sarebbero angosciati, ma c'è da stare tranquilli: la risposta è no. È sbagliato credere che analizzare il dna - magari utilizzando i diffusissimi test fai da te - sia come guardare nella sfera di cristallo per scoprire che cosa ci succederà, tra dieci o cinquant'anni. Però i "mattoncini" che conservano il nostro codice ereditario ci mettono in guardia dalle nostre debolezze e dai rischi che corriamo. Per farci cambiare, se necessario, stile di vita.

I TRE PILASTRI DELLO STAR BENE

Il 5 novembre è la Giornata per la Ricerca sul Cancro, organizzata dall'Airc (vedi pagina 100). Ed è proprio grazie al lavoro dei ricercatori che oggi sappiamo decifrare queste informazioni. Il 5-10 per cento dei tumori è di tipo familiare, cioè si eredita da parte di madre o di padre.

EPIDEMIOLOGIA MOLECOLARE: ... "-OMICA"

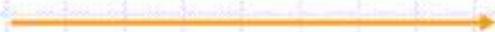
GENOMA



GENOMICA

↓ *Trascrizione*

mRNA



TRANSCRIPTOMICA

↓ *Tradotto*

PEPTIDE

↓ *"Splicing"*

PROTEINA



PROTEOMICA

↓ *Struttura/Attività*

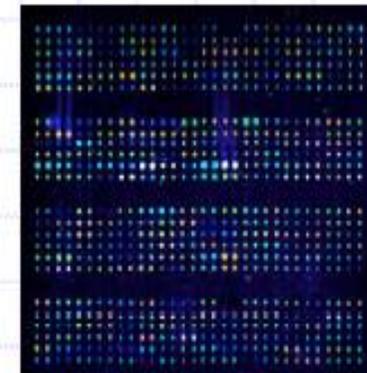
FENOTIPO



METABOLOMICA

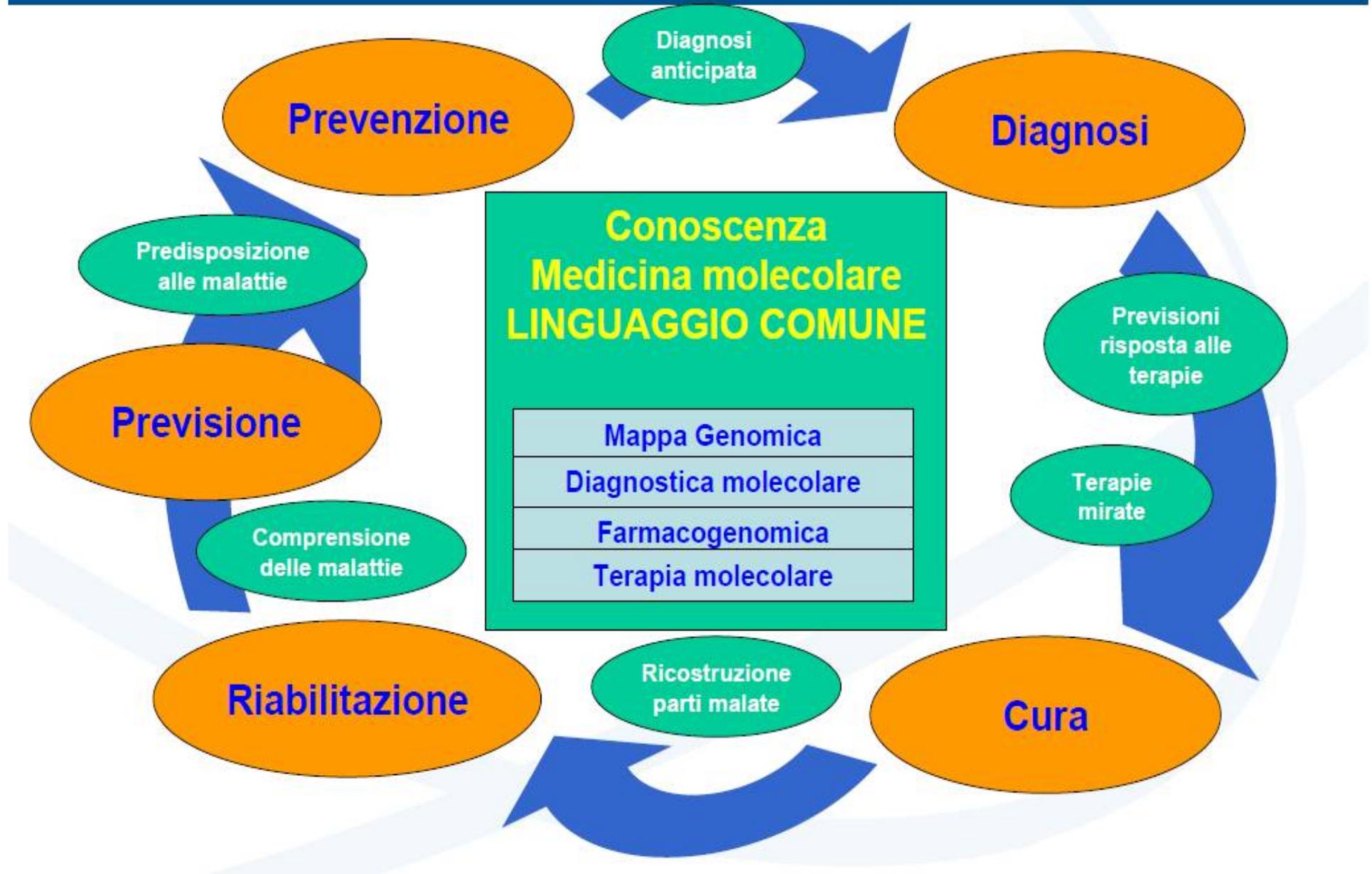


TRANSCRIPTOME



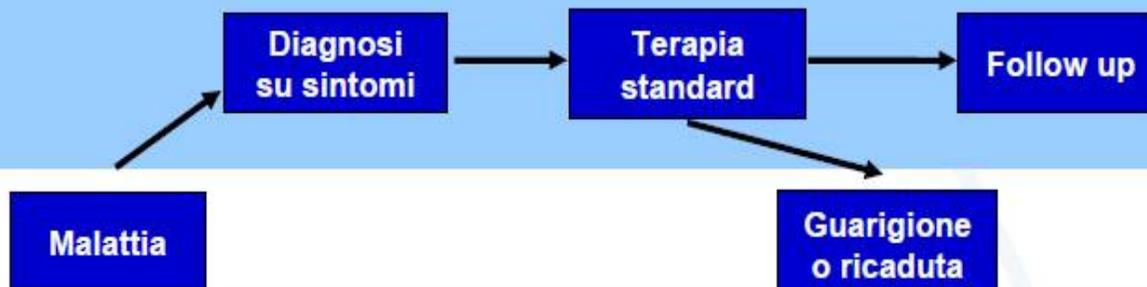
PROTEOME

La nuova medicina

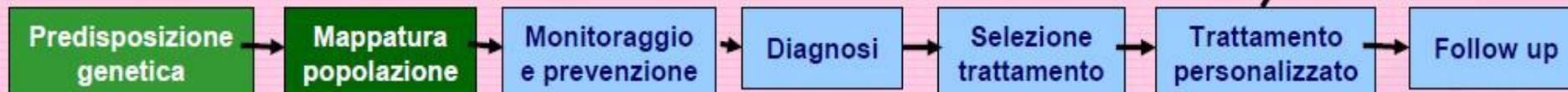


LA NUOVA MEDICINA: EVOLUZIONE DEL PARADIGMA

• MODELLO ATTUALE



• MODELLO FUTURO



Migliori
risultati

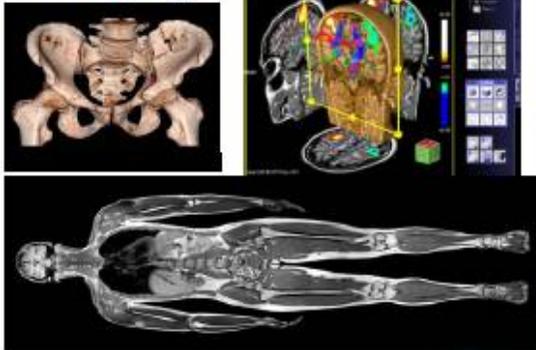
Trattamenti
sicuri

Cure efficienti
ed efficaci

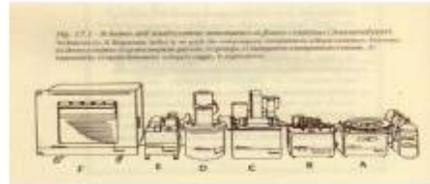
Da "MALATTIA AVANZATA" a "SALUTE PREVENTIVA"

Nuovi strumenti della scienza per la salute

Imaging



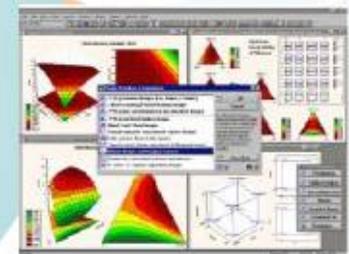
Chimica



Chirurgia conservativa, robotica

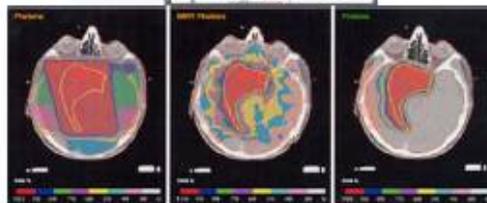
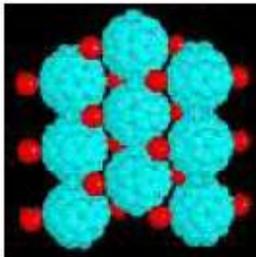


Terapie biologiche, geniche, GMP



Statistica

Nano Tecnologie



Radioterapia avanzata

prevenzione

predizione

diagnosi

terapia

riabilitazione

Genomica, proteomica...

Informatica



Un esempio della nuova medicina: da "malattia avanzata" a "salute preventiva": risultati attesi per le malattie cardiovascolari

Situazione asintomatica

Gestione semplice fattori di rischio

O
G
G
I

43%
sopravvivenza

Situazione sintomatica

Intervento & Diagnostica interventistica

Terapia farmacologica

Imaging tradizionale (anatomica e fisiologica)

D
O
M
A
N
I

Profilo genetico e intervento sui
fattori di rischio

85%
sopravvivenza

Biomarcatori, proteomica, metabolomica, ...

Diagnostica non invasiva e Imaging molecolare

Farmacogenomica e terapie mirate personalizzate

Gestione di malattia IT based

Monitoraggio remoto

“E se la strada è in salita,
è perché sei destinato ad
arrivare in alto !”

(A. Pavan)





Grazie per l'attenzione

gfaragli@aslal.it

-

g.faragli@mediacomm.it