



S.S. FORMAZIONE PERMANENTE E AGGIORNAMENTO

Evento Formativo Residenziale

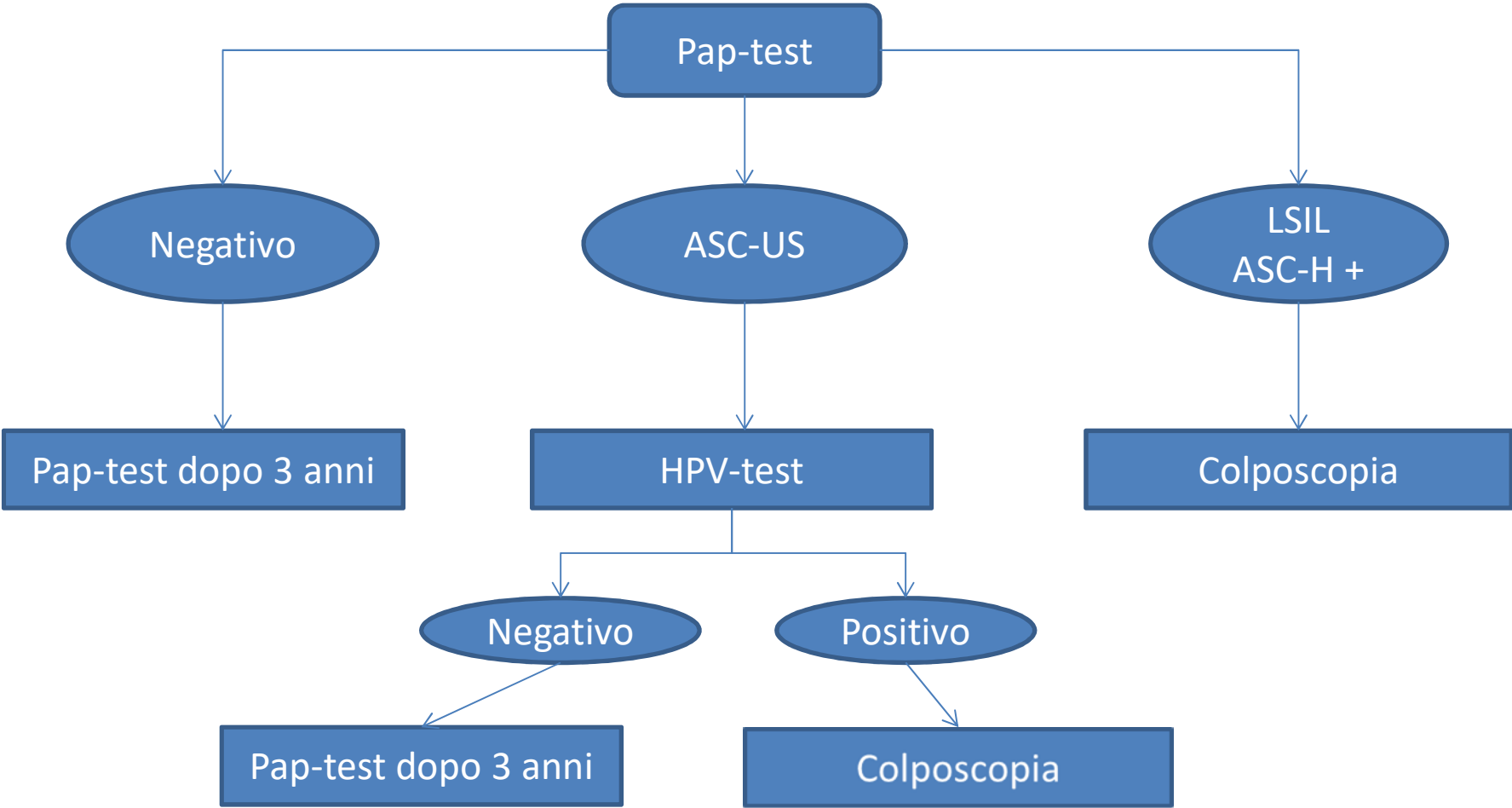
**PROGRAMMA REGIONALE DI SCREENING PER IL CERVICOCARCINOMA
PREVENZIONE SERENA – WORKSHOP 2021**

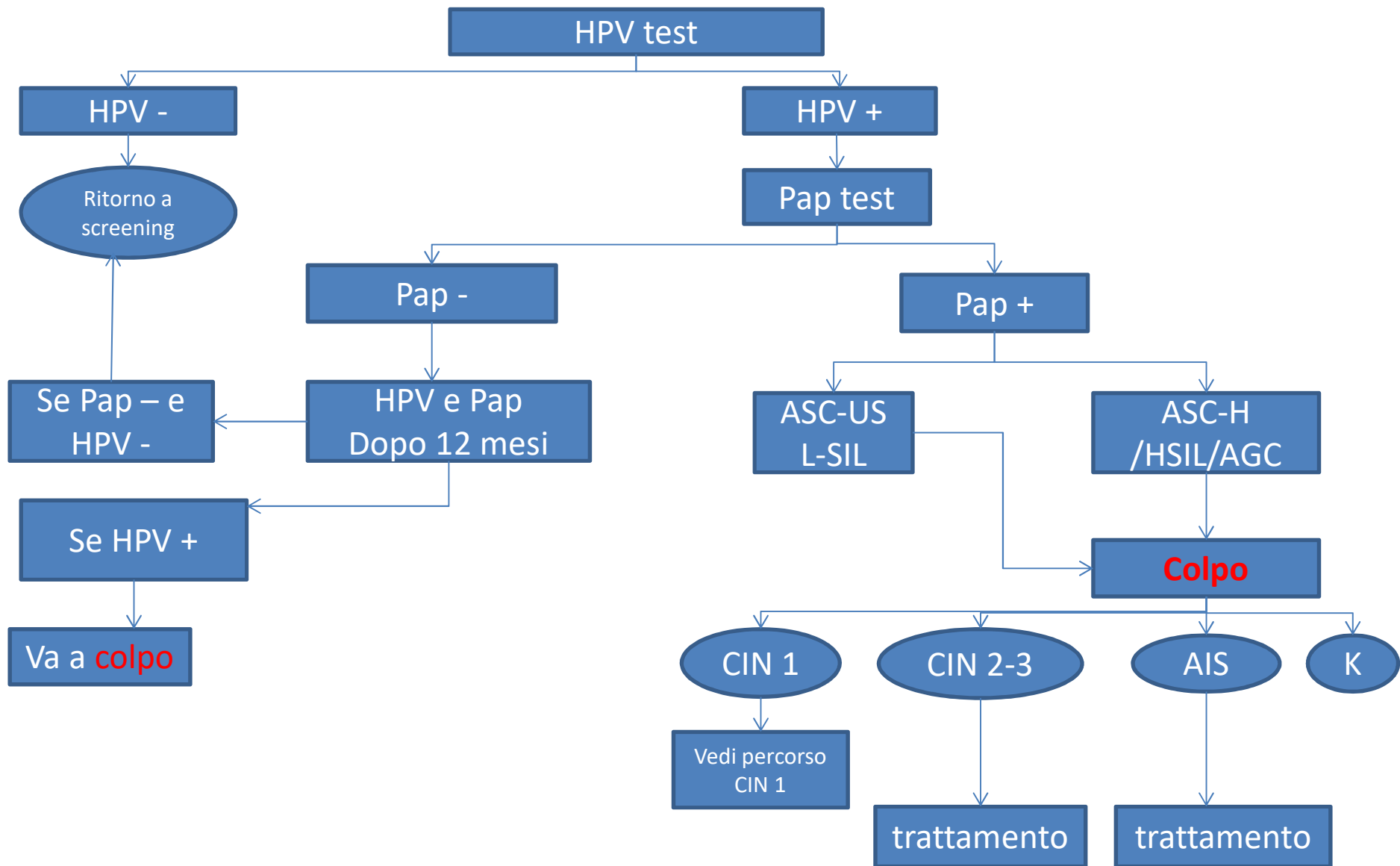
IL PUNTO DI VISTA DAL II LIVELLO

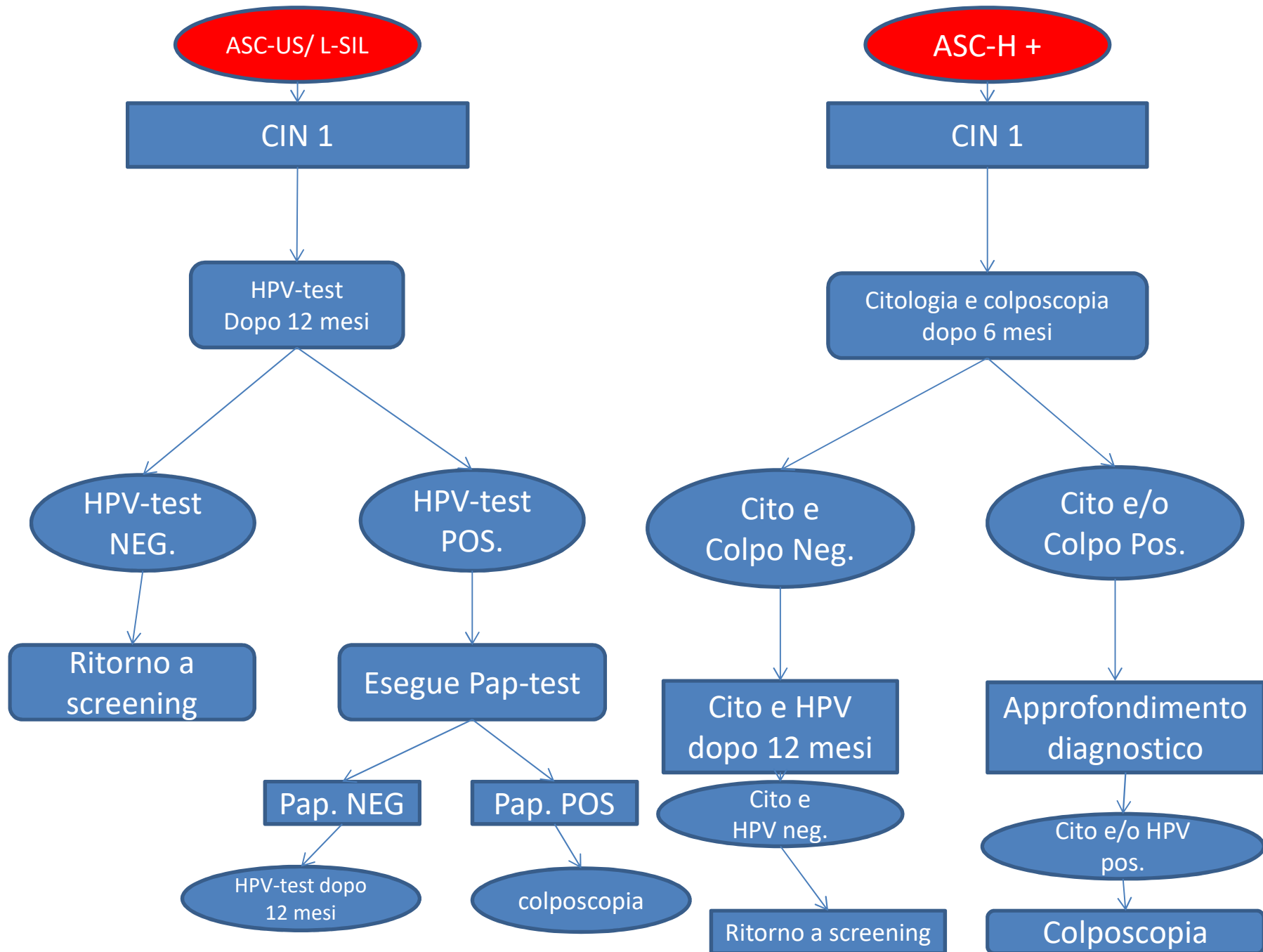
M. Barbero, M. Villa

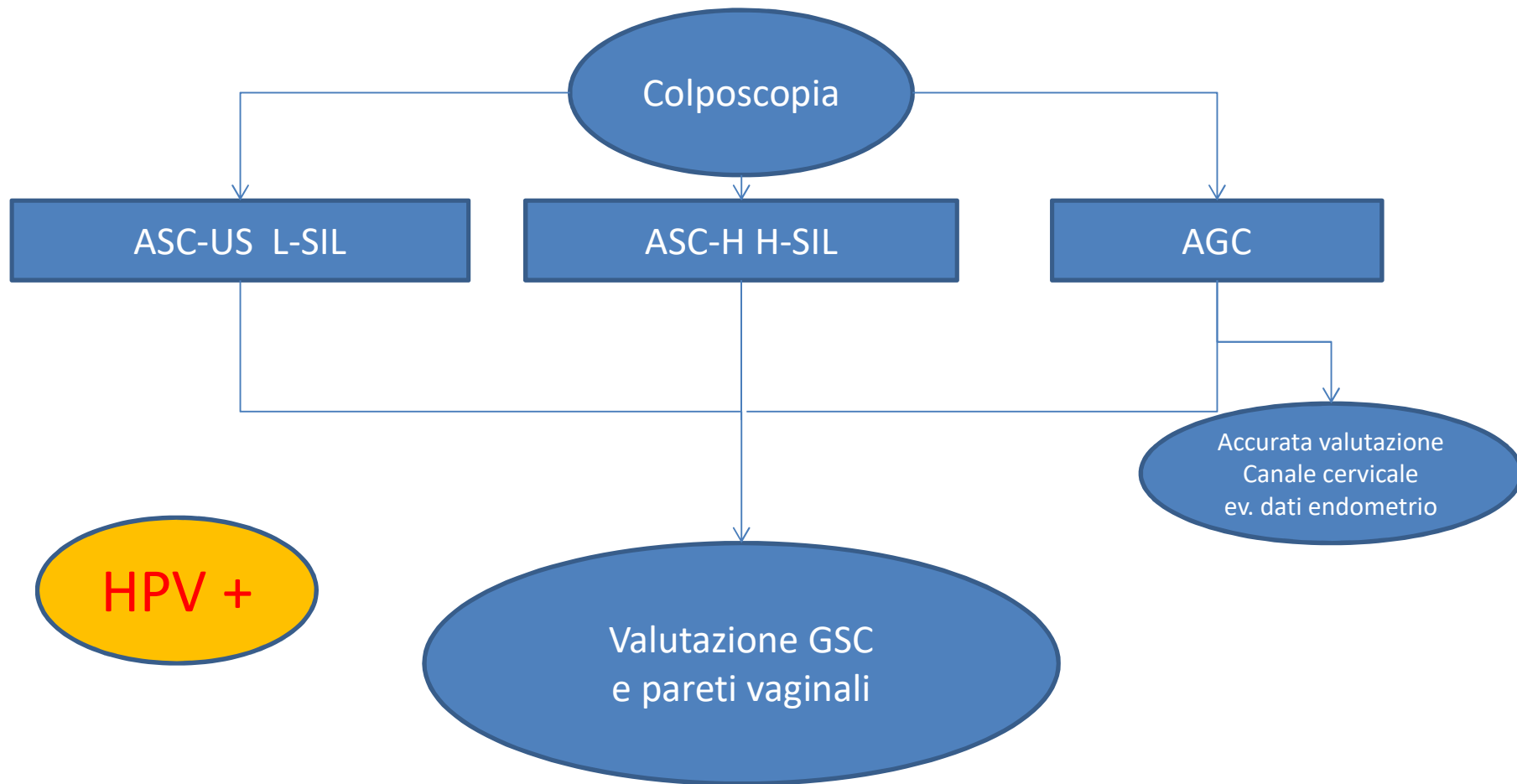
S.C. Ginecologia e Ostetricia – ASL AT

Screening 25-29 anni

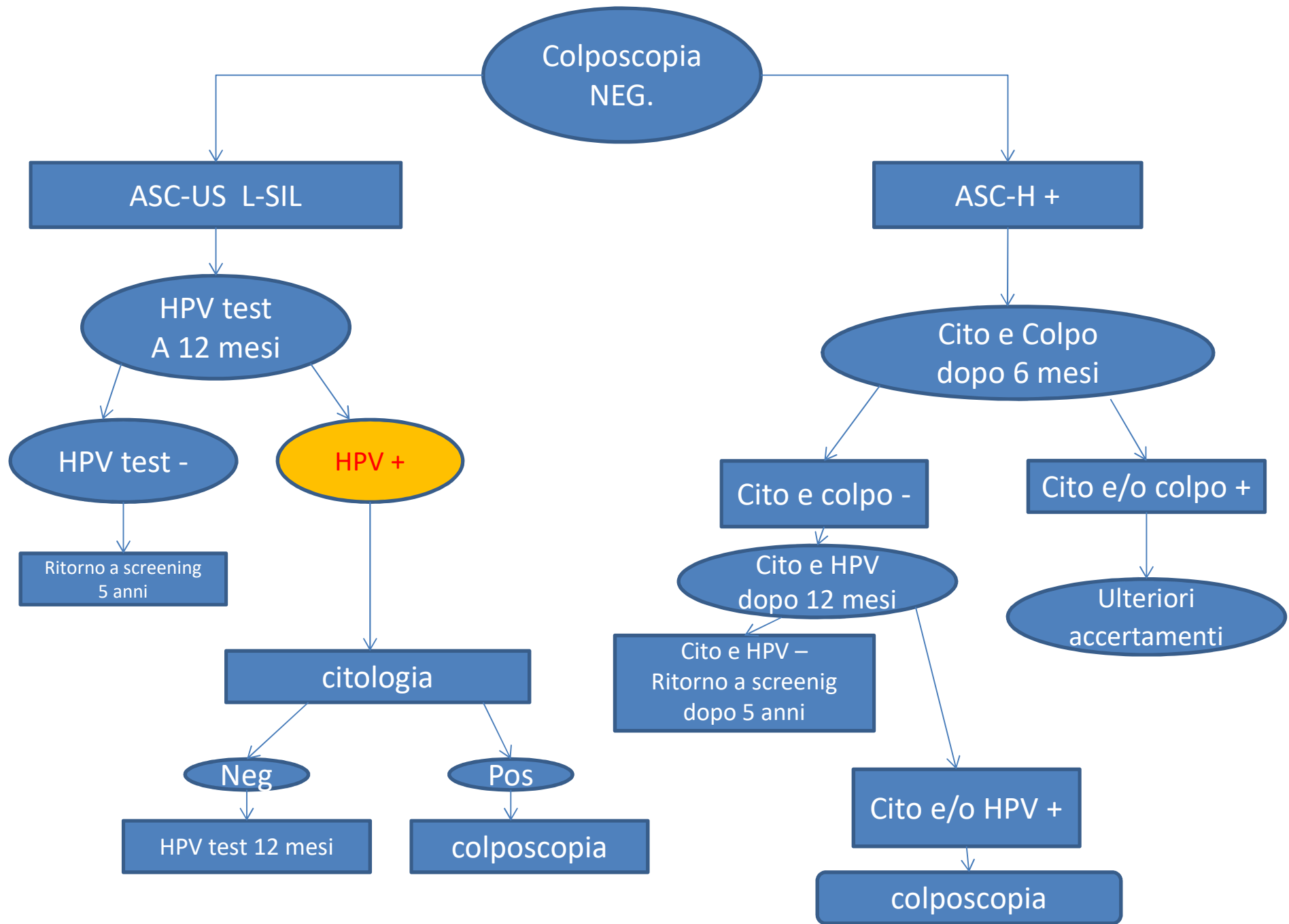


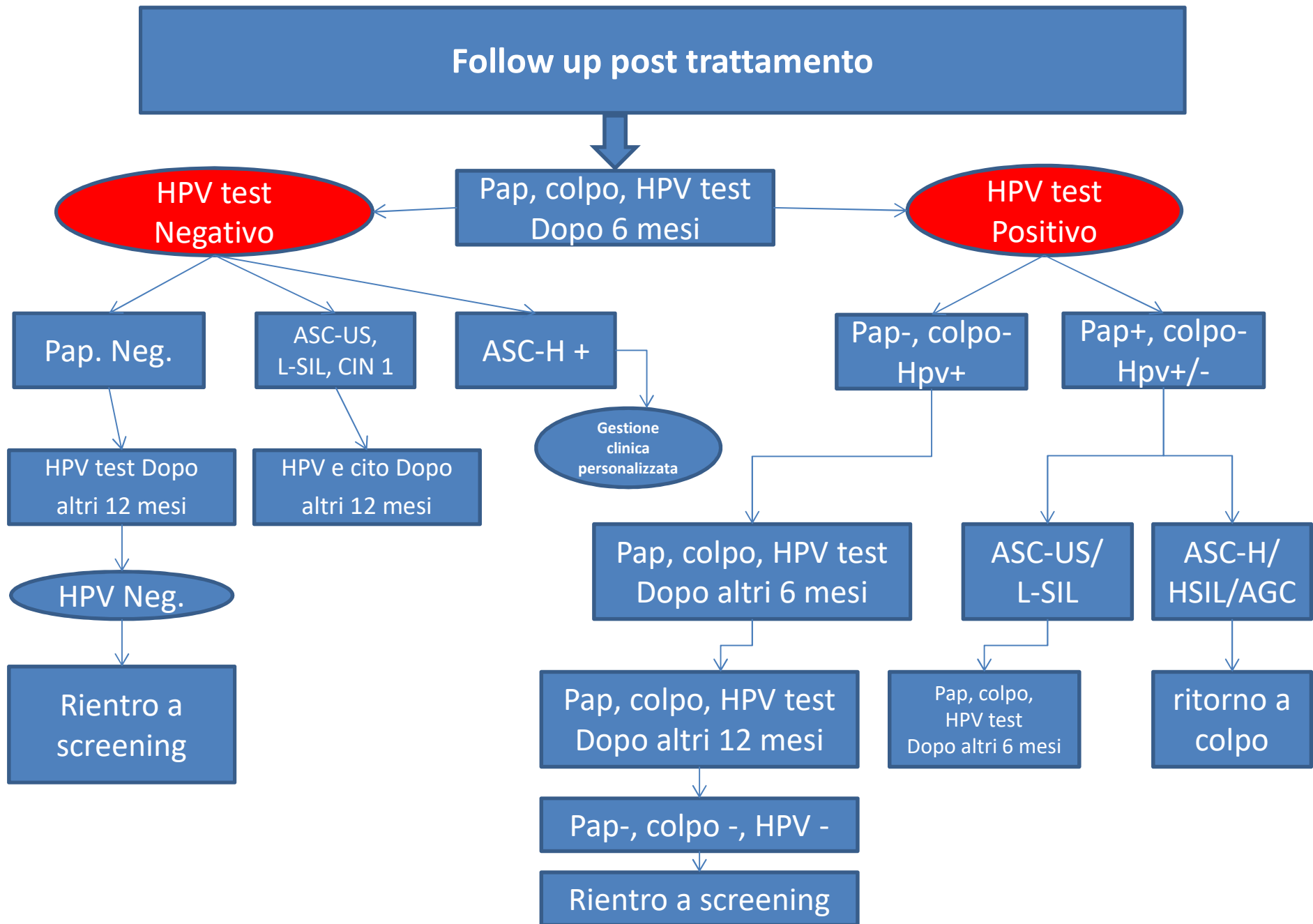


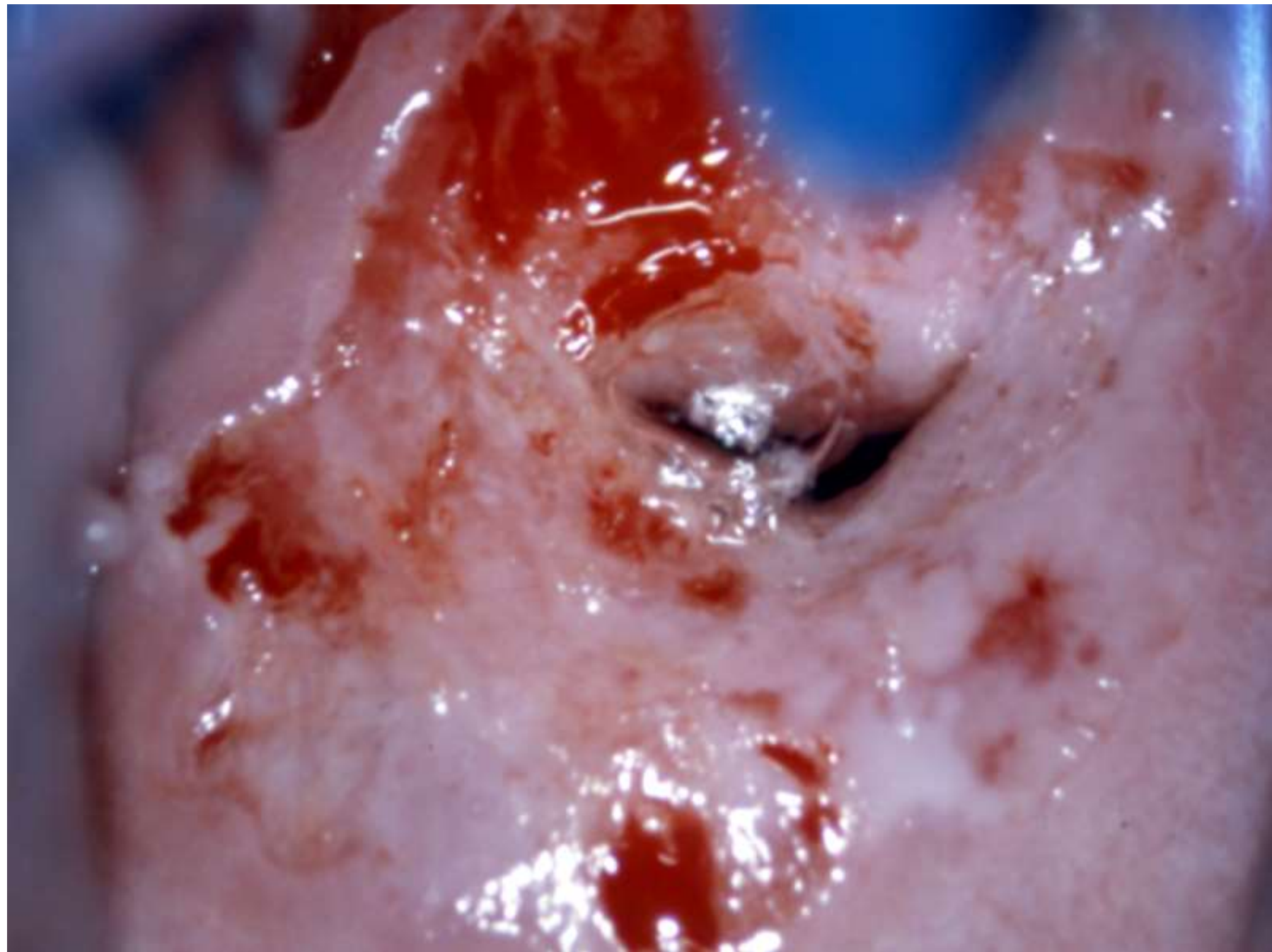




La biopsia deve essere mirata;
In alcuni casi può essere utile il curettage del c.c.
In alcuni casi può essere utile una escissione diagnostica

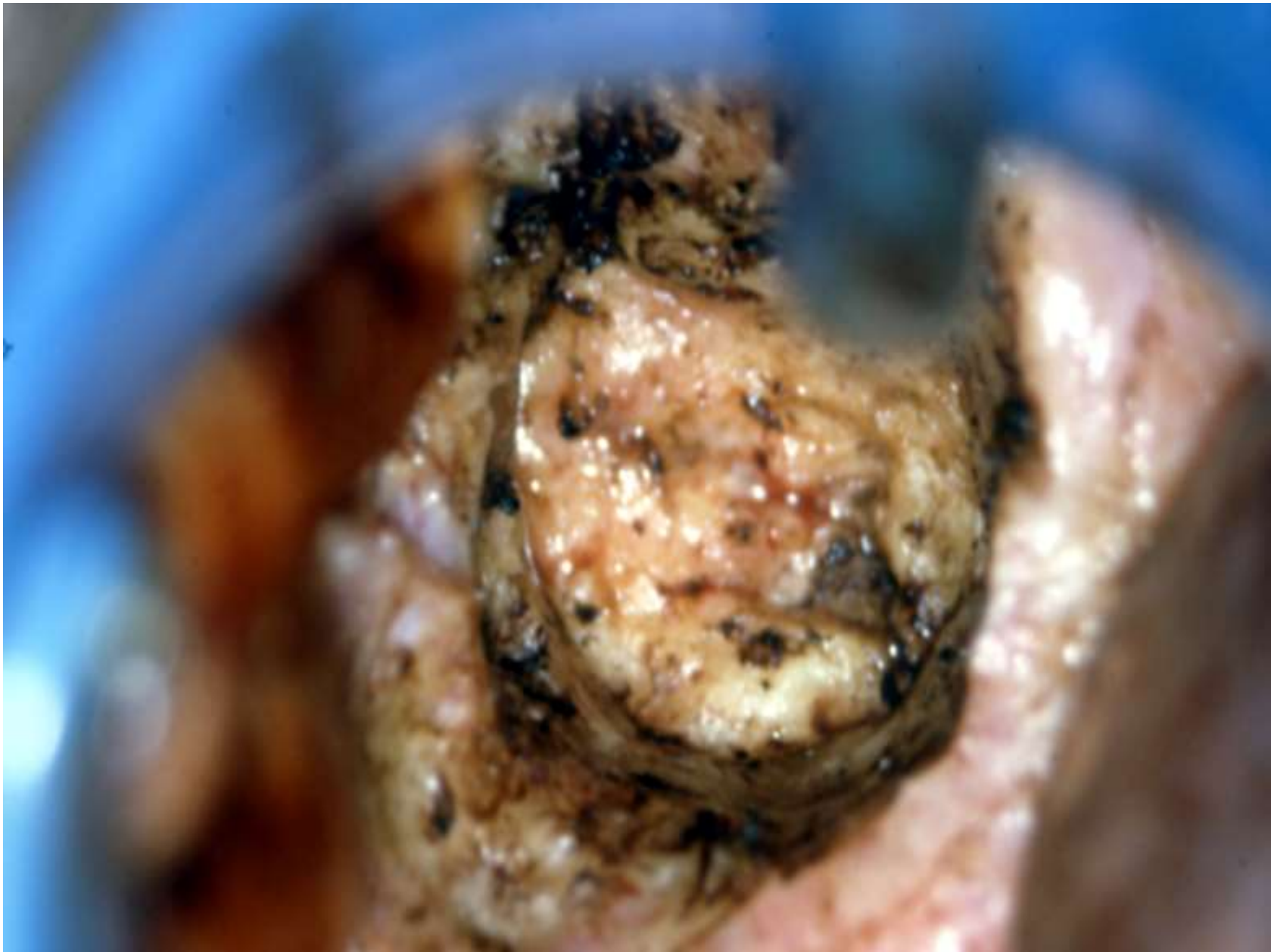






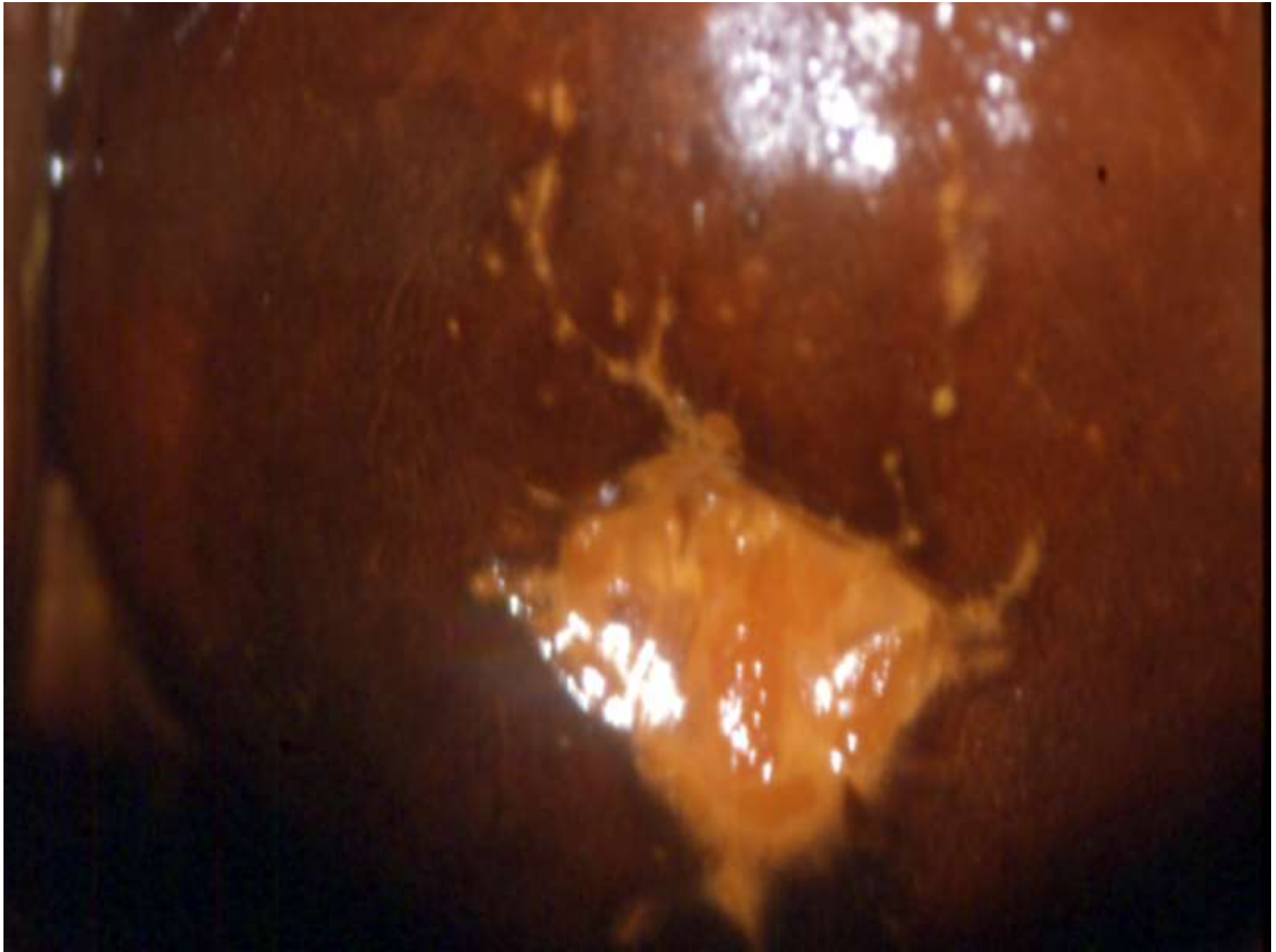


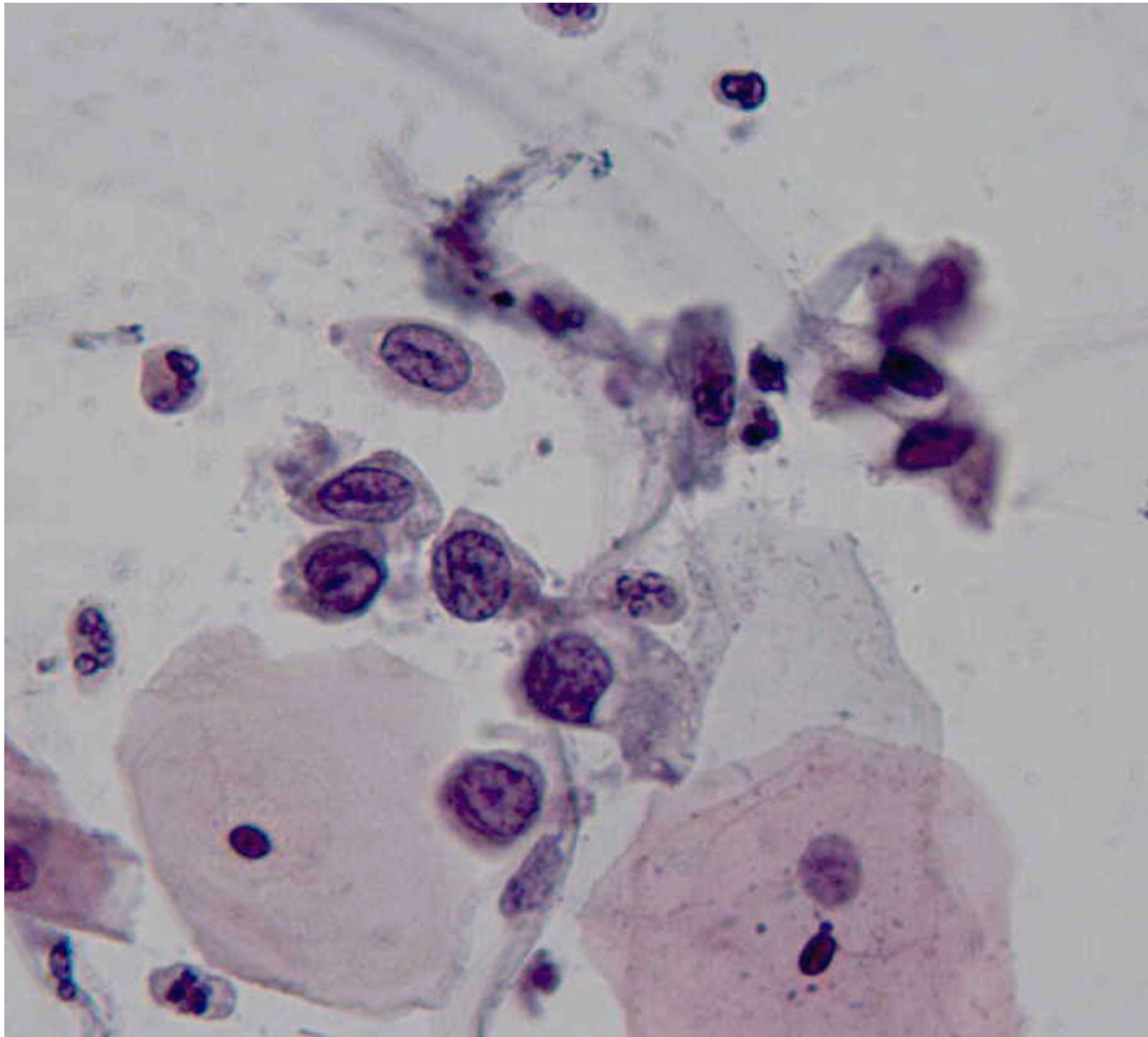




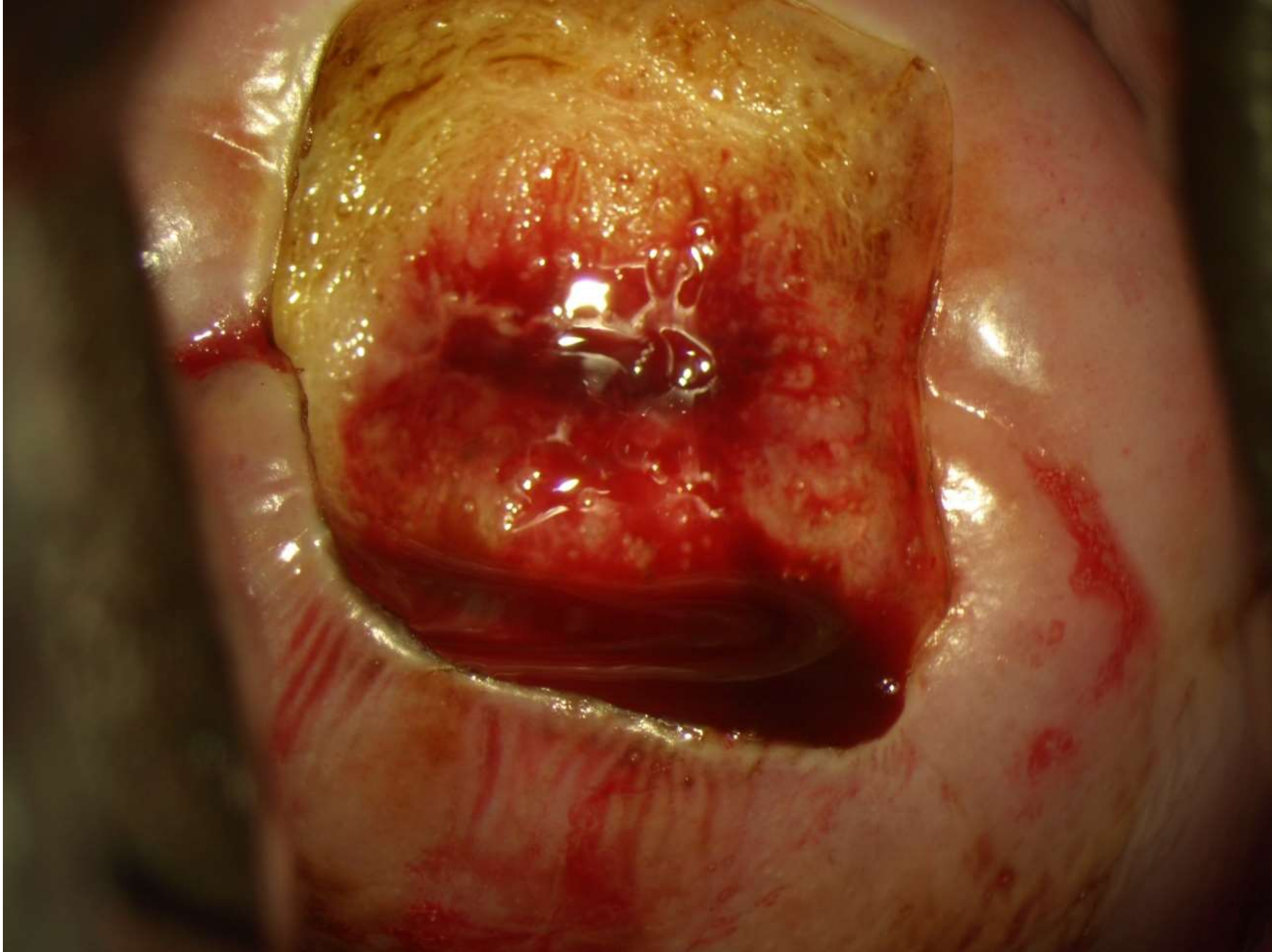


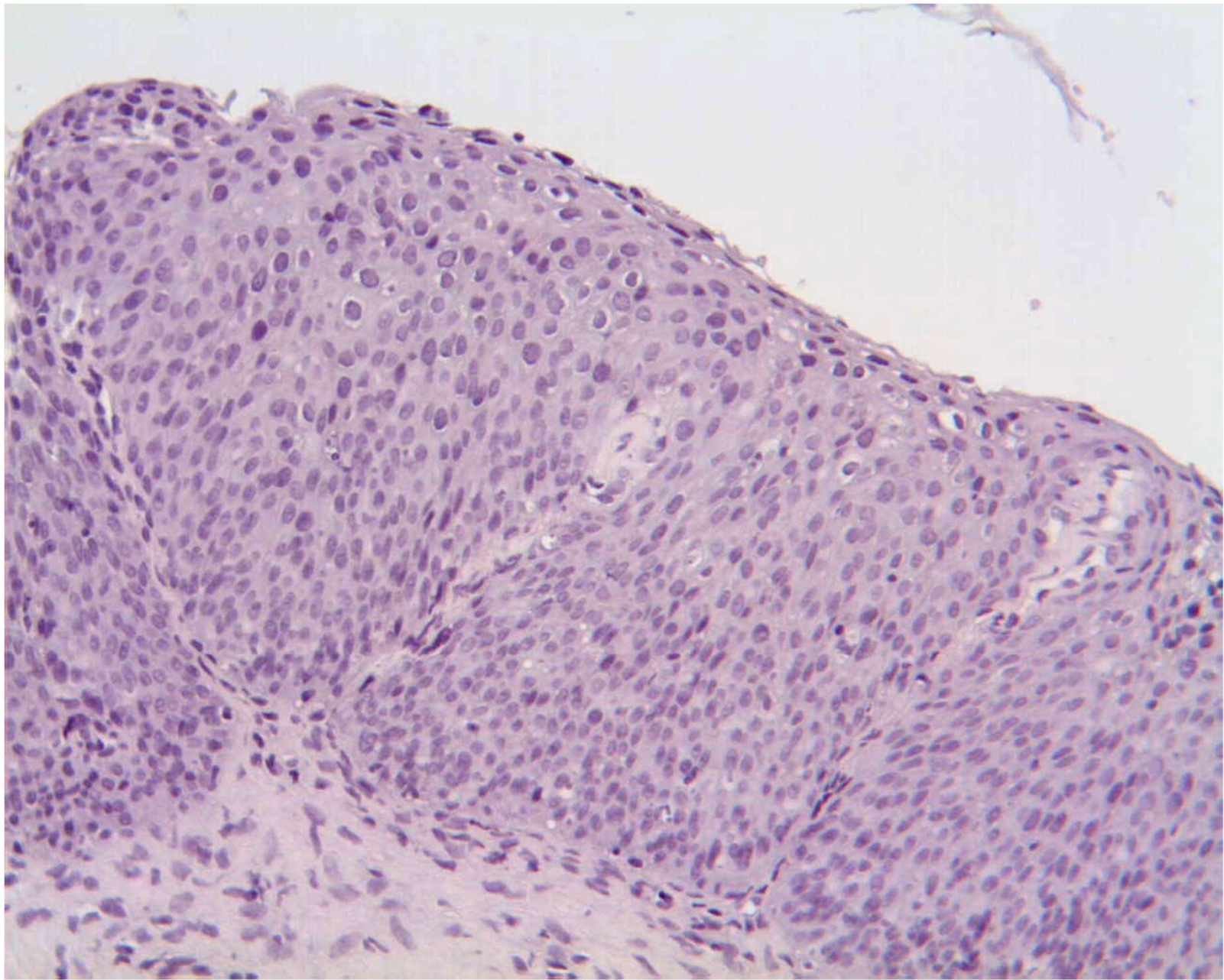














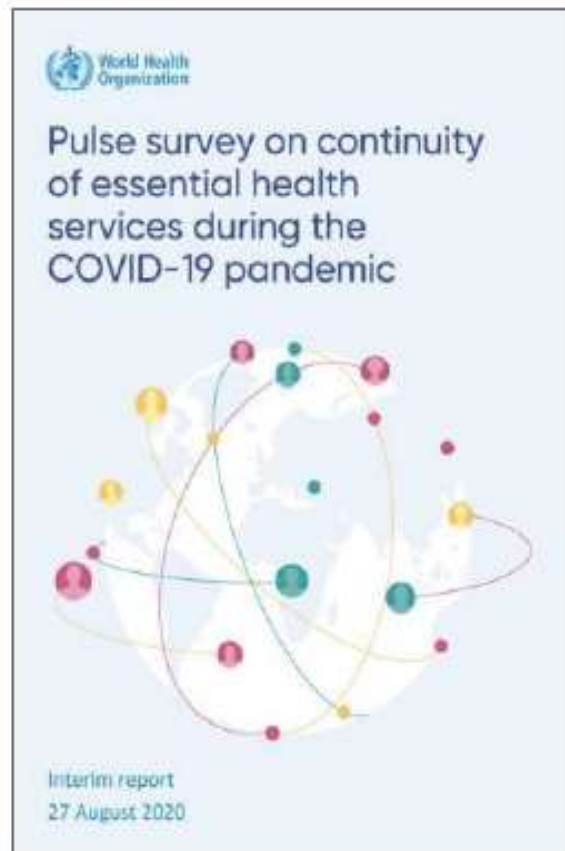
Screening oncologico organizzato e pandemia

La Pandemia COVID-19 ha richiesto nel marzo 2020 una risposta immediata in un momento in cui la durata della crisi non poteva essere prevista e la natura dell'agente patogeno era ancora ampiamente sconosciuta

Nella maggior parte dei contesti c'è stata una sospensione dei servizi di screening, limitata nel tempo

Ci si aspetta che queste interruzioni si traducano in un eccesso di diagnosi di cancro avanzato e morti nei prossimi anni

Global Disruptions of Cancer Screening & Treatment During the Covid-19 Pandemic



- A rapid assessment of 155 countries conducted by the World Health Organization found most countries reported postponement of public screening programs for NCDs (77%), and 55% reported disruptions in cancer diagnosis and treatment

Le specificità dello Screening cervicale

La prevenzione del cancro cervicale ha caratteristiche uniche e vista la lunghissima fase pre-invasiva , ci si aspetta che il cancro cervicale sia meno colpito da ritardi nello screening legati a COVID rispetto ai tumori del seno o del colon-retto.

Nella maggior parte dei casi, lo screening del cancro cervicale funziona prevenendo lo sviluppo del cancro identificando e trattando la malattia precancerosa.

L'attivazione da molti anni dello screening del cancro cervicale e l'introduzione della vaccinazione HPV hanno diminuito l'onere assoluto della malattia ben al di sotto di quello di mammella e colon.

Ciononostante, l'attuale situazione legata al COVID minaccia di deragliare la strategia globale dell'OMS per accelerare l'eliminazione del cancro cervicale come problema di salute pubblica

Recovery strategies following COVID-19 disruption to cervical cancer screening and their impact on excess diagnoses

Alejandra Castanon,[✉] Matejka Rebolj,[#] Francesca Pesola,[#] and Peter Sasieni

Table 1

Excess cancers due to delays in screening. Scenario comparison.

	Scenario 1 ^a	Scenario 2 ^b
Total population in England	14,677,008	14,677,008
Population affected by delayed screening	10,699,491 ^c	1,522,219 ^d
Excess cervical cancers	630	632
Rate of excess cervical cancer per 100,000 screened women	5.9	41.5
Rate of excess cervical cancer per 100,000 population	4.3	4.3

^aScenario 1 considers a rolling delay of 6 months for all women in England over one screening cycle.

^bScenario 2 assumes women who experience COVID-19-related disruptions to screening have a 36- or 60-month (depending on age) delay to their screening.

Strategia ideale di recupero e risorse limitate

- Idealmente, i programmi risolverebbero l'arretrato dello screening espandendo temporaneamente la capacità
- Concentrarsi sul ripristino del servizio senza considerare come meglio indirizzare la capacità, corre il rischio di sovraccaricare il sistema senza riuscire a massimizzare i risultati desiderati di prevenzione del cancro.
- Durante la fase di recupero , occorre dare la priorità a coloro che sono più a rischio per cercare di minimizzare/ridurre le conseguenze a lungo termine del Covid 19 sulla prevenzione oncologica
- Dare priorità a risorse limitate richiede dei compromessi, e questi compromessi sono sempre associati a costi di opportunità.
- Dare la priorità a chi ha un rischio più alto può richiedere un aumento dell'intervallo tra gli screening per alcune donne a basso rischio.

Definire le migliori strategie di recupero

- Lo screening ha caratteristiche organizzative complesse e occorre implementare strategie di recupero che siano efficienti ed eque
- La definizione dei protocolli dello screening si basa su una serie di raccomandazioni - sulla fascia d'età target, l'intervallo di screening e il follow-up clinico dopo un risultato positivo - che bilancia la minimizzazione del rischio di malattia per la popolazione di malattia con l'impatto sulle risorse, i costi e la qualità della vita.



La ripartenza degli screening in risposta all'interruzione del COVID-19 richiede le stesse considerazioni, ma devono essere presi in considerazione i cambiamenti nella disponibilità delle risorse, di personale e/o nella volontà e capacità delle donne di sottoporsi allo screening.

Cervical screening during the COVID-19 pandemic: optimising recovery strategies

www.thelancet.com/public-health Vol 6 July 2021

Alejandra Castanon, Matejka Rebolj, Emily Annika Burger*, Inge M C M de Kok*, Megan A Smith*, Sharon J B Hanley*, Francesca Maria Carozzi†, Stuart Peacock†, James F O'Mahony

	Principles	Advantages	Disadvantages
Risk-based triage			
Age	Deprioritise women in age groups in which risk of cancer from missed screens is low	Age can be identified at point of care or from screening registry; administratively simple	Age-based stratification might be a crude prioritisation tool for older women (aged 50–70 years) at elevated risk
Previous screen history	Deprioritise women with a previous negative test by extending the interval between screening tests	Capacity targeted to women whose most recent test was positive and who are under surveillance	Risks associated with interval extensions will depend on the primary screening modality, test sensitivity achieved, programme intervals, and disease incidence; screening history might be difficult to ascertain in settings without screening registries
HPV vaccination status	Deprioritise women who are vaccinated against HPV	Enables risk stratification of well screened women	Difficult to ascertain in countries without screening or vaccination registries, or in countries where registries are not linked; the number of women eligible for deintensification might be low
Preservation of service			
Women with suspected high-grade or invasive disease on previous screen	Deprioritise colposcopy capacity for individuals referred with suspected low-grade abnormalities or for women who are HPV-positive to types other than 16 and 18 without high-grade cytology	Degree of risk (high) ascertained	Colposcopy services might be slower to recover than primary screening; requires the capacity to identify and actively invite those women who test positive at screening for further assessment or strong provider-level follow-up protocols
Medical history	Prioritise immune-suppressed women	Can be established at point of care	Might be more difficult to ascertain in non-primary care-based health systems
Awareness campaigns			
Age	Target awareness campaign by age group	Enables effective media buying and development of material for promotional campaigns	Engaging women in the recovery phase will be challenging and will probably require thoughtful communication strategies
Geographical location	Target awareness campaign to women in areas of high deprivation	Can be identified by postcode; enables effective media buying and development of material for promotional campaigns	Might miss particular ethnic groups with high economic status but low participation in screening
Screening innovations			
HPV self-sampling	Offer HPV self-sampling instead of in-clinic appointments to all women or to women in high-risk categories	Can overcome socioeconomic and COVID-19-related barriers to screen; can allow women in the shielding category to safely screen at home	Regulatory approval not yet in place in some countries; there might be insufficient laboratory capacity for additional preanalytical processes and shortage of reagents and consumables

Strategies are not exclusive of each other. HPV=human papillomavirus.

Potential recovery strategies

Ottimizzare il recupero con strategie mirate: strategia di recupero basata sul rischio

Modificato, da Castanon, A et al - The Lancet PH 2021

Priorità per la chiamata attiva allo screening

- Tempo trascorso dal test precedente (realisticamente possibile per i ns sistemi informativi)
- Dare priorità all'età
 - x età a maggior rischio di ca (australia)
 - donne che hanno superato l'età massima di screening per un test di 'uscita' (di solito all'età di 60 o 65 anni) a causa dei ritardi legati al COVID-19 può fornire importanti guadagni nel mitigare l'eccesso di cancro
- Stato Vaccinale : se sono disponibili informazioni sulla vaccinazione, priorità alle donne non vaccinate di età inferiore ai 50 anni, poiché la differenza di rischio di cancro cervicale tra le coorti vaccinate e non vaccinate è così grande
- Donne con richiamo ravvicinato : le donne che erano sotto sorveglianza perché avevano un test positivo ma con un rischio insufficiente per l'invio immediato in colposcopia prima dell'inizio della pandemia.
- Allungamento intervallo di screening: una piccola estensione dell'intervallo di screening: Un allentamento temporaneo della frequenza dello screening per dare priorità alla copertura (VPP Neg HPV vs PAP)

Priorità per il follow-up

- dare priorità di rischio sulla base alle notizie cliniche presenti nei data base (difficile da realizzare per l'invito di screening ma ottimale per il follow-up)

Personalizzazione dell'invito sulla base del rischio individuale

Cervical screening during the COVID-19 pandemic: optimising recovery strategies

Alejandra Castanon, Matejka Rebolj, Emily Annika Burger, Inge M C M de Kok*, Megan A Smith*, Sharon J B Hanley*, Francesca Maria Carozzi†, Stuart Peacock†, James F O'Mahony*

Garantire il Follow-up e trattamento

- Strategie per assicurare visite di follow-up e trattamento tempestivo e adeguato dei pazienti con lesioni di alto grado/cancro durante le varie fasi della pandemia
- Strategie per assicurare adeguato follow-up alle donne con citologia positiva e colposcopia negativa
- Invito prioritario alle donne che erano sotto sorveglianza perché avevano un test positivo ma un rischio insufficiente per meritare una colposcopia prima dell'inizio della pandemia
- Priorità sulla base della storia di screening
- **Monitorare le liste di attesa**

Italia: Programmi di screening in era Covid 19

- In programmi di screening sono stati interrotti da marzo a maggio 2020 e questo ha determinato pesanti ritardi nell'erogazione dei test di primo livello, come per tutte le altre attività sanitarie.
- Già nel lockdown di marzo 2020 si sono date indicazioni di mantenere attivi i servizi di secondo livello
- Riattivazione dei programmi entro maggio-giugno 2020
- Laddove i servizi sono ripresi, la capacità può essere ridotta a causa della necessità del distanziamento sociale e del tempo aggiuntivo associato all'uso dei dispositivi di protezione personale.

Screening cervicale e Pandemia Confronto 2020 vs 2019

- 1.279.608 donne inviate in meno (-33%)
- 669.742 test erogati in meno (-43,4%)
- Partecipazione ridotta del 15%
- 5,2 mesi standard di ritardo nell'erogazione dei test
- Stimate 2.782 lesioni cin2+ che potrebbero aver subito ritardo diagnostico

Impatto Pandemia sulle lesioni cervicali

- Il numero di lesioni non diagnosticate è stimato pari a 2.782.
- Si tratta quasi completamente di CIN2 e CIN3, le lesioni target dello screening cervicale e che mediamente il tempo necessario affinché una lesione CIN3 progredisca a cancro è di diversi anni.
- Molte CIN2 regrediscono spontaneamente e si può assumere che la gran parte si presentino uguali ad un successivo o ritardato screening.
- Il trattamento delle lesioni CIN3 rispetto a quelle CIN2 non implica una maggiore invasività del trattamento e non comporta alcun peggioramento nella prognosi e di fatto il ritardo diagnostico è clinicamente rilevante solo quando una lesione precancerosa si trasforma in lesione invasiva.
- Una stima più accurata dell'impatto dell'interruzione dei programmi di screening si potrà misurare quando sarà disponibile la distribuzione degli stadi dei casi screen detected nel 2020 in confronto agli anni precedenti.

Considerazioni Conclusive

- L'attività di screening è ripresa in una certa misura sia a livello internazionale che Italiano , ma le successive ondate di infezioni di coronavirus in tutta la popolazione continuano a creare problemi:
 - In Italia Il ritardo continua ad accumularsi anche se con velocità decrescente.
 - Forte disomogeneità nel recupero tra regioni
- Le misure di performance che si basano esclusivamente sul ripristino dei volumi di test ai livelli pre-pandemici, poiché saranno meno efficaci nel mitigare l'eccesso di diagnosi di cancro. Inoltre, esse potrebbero esacerbare le disuguaglianze preesistenti nell'accesso allo screening cervicale ignorando il profilo di rischio di coloro che partecipano
- Cogliere le opportunità per migliorare la resilienza degli screening e per costruire modelli innovativi e servizi migliori che utilizzino sempre di più le nuove tecnologie a partire dagli inviti
- Tenere sotto controllo i tempi di attesa dei secondi e terzi livelli
- L'impatto è difficile da valutare , per lo screening cervicale probabilmente l'impatto sarà minore rispetto agli altri due screening . Per la cervice per valutare l'impatto reale occorrerà avere la Survey 2020 e 2021 che però avremo a fine del 2022 e 2023 !!!!!
- Vaccinazione HPV : fondamentale avere alte coperture e recupero delle non vaccinate