



S.S. FORMAZIONE PERMANENTE E AGGIORNAMENTO



Evento Formativo Residenziale

**PROGRAMMA REGIONALE DI SCREENING PER IL CERVICOCARCINOMA
PREVENZIONE SERENA – WORKSHOP 2017**

Paola Garutti

Ferrara

Clinica Ostetrica e Ginecologica
Azienda Ospedaliero Universitaria

**Gruppo di Lavoro Regione Emilia-Romagna
Controllo di Qualità dello Screening**



Primo livello

Commenti

Adesione totale:

differenze tra centri e età
fattori multipli?

Tempi lettura

Screening Pap test

Screening HPV

% HPV test positivi

% HPV persistenti a un anno

Protocollo: invio al secondo livello per HPV persistente ad un anno senza Pap test

Protocollo: il colposcopista ripete il Pap test

HPV test fuori screening

HPV test fuori screening?

Tali test compaiono nel nomenclatore tariffario delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e possono essere prescritti dal medico di medicina generale, dallo specialista convenzionato pubblico ed ospedaliero, dal medico dei consultori familiari, **solo in presenza di un sospetto diagnostico che dovrà essere indicato in modo inequivocabile.**

La loro prescrizione non è consentita con finalità di prevenzione secondaria dei tumori, e non sono accettate prescrizioni indicanti diciture come “controllo”, o simili, come definito dalla circolare della Direzione Sanità, prot. n. 6368/DA2005 del 22.02.2010.

Possono **comunque** essere prescritte alle persone **in follow-up clinico**, o in quelle a rischio di cancro ereditario, seguendo, in quest'ultimo caso, i criteri definiti dalle linee guida adottate da centri di riferimento regionali per le neoplasie ereditarie e sindromi correlate, o alle persone per le quali la somministrazione del test è prevista dalla normativa vigente (es. in caso di adozione di minore).

I test di screening non sono erogabili, con finalità di prevenzione secondaria dei tumori, in strutture non integrate nel programma “Prevenzione Serena”, sia dal punto di vista organizzativo sia informatico. **Le Aziende sanitarie sono tenute a limitare l'erogazione di questi esami solo nei casi previsti.**

Utilizzo di HPV test fuori screening non facilmente controllabile !

Secondo Livello

Commenti

Adesione alla colposcopia:

alta inizio, in calo negli HPV persistenti

Tempi per colposcopie :

Superiori allo standard e differenze x centri.

I colposcopisti

Individuazione dei colposcopisti?

Ruolo: diagnosi e/o trattamenti e/o Follow-up?

Raccolta dati?

Qualità della colposcopia

Adesione al protocollo

Chi sceglie i colposcopisti dello screening e loro ruolo?

Per ciascuno dei sei Programmi Locali di Screening sarà identificato un centro di colposcopia per la diagnosi e il trattamento delle lesioni pre-invasive e invasive del collo dell'utero. I sei centri, sotto la loro diretta responsabilità e coordinamento operativo, potranno identificare sedi di colposcopia nel territorio del Programma Locale di Screening al fine di favorire l'accesso della popolazione ai test di

Rischio di avere colposcopisti con **competenza diversa:**

Solo colposcopia

Solo terapia

A volte terapia fatta da non-colposcopisti

N° colposcopie /aa/colposcopista variabile (altre attività oltre la colposcopia)

Dati del secondo livello?

Il sistema informativo per lo screening del carcinoma del collo dell'utero integra le informazioni citopatologiche, di laboratorio, colposcopiche e istologiche tra di loro e con i dati relativi al trattamento e al follow up, attraverso l'implementazione di una evoluzione del sistema già in uso, integrandolo con il Dipartimento della Rete Oncologica e con il Fascicolo Sanitario Elettronico.

Primo livello



Secondo livello

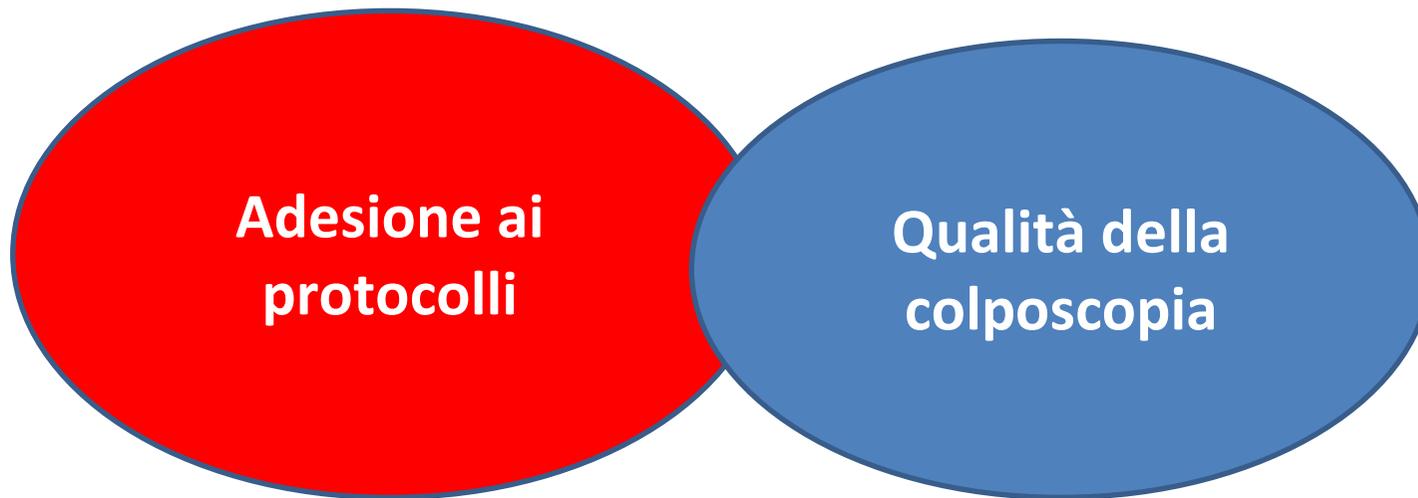
Importanza raccolta dati

Un sistema efficiente per raccogliere i dati nell'intero programma di screening è sinonimo di un grande impegno di tutto il sistema screening e di una buona cultura tra gli operatori

- Chi immette i dati nel secondo livello?
- Di cosa ha bisogno il colposcopista ?
 - L'informatizzazione semplificata
 - se automatica e simultanea *potrebbe migliorare* l'omogeneizzazione dei comportamenti ?

Adesione al protocollo e qualità della colposcopia ?

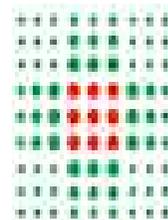
screening. Le strutture identificate devono operare in base agli stessi protocolli e standard dei centri di colposcopia di riferimento. I centri di colposcopia e trattamento



Biopsie e accertamenti in corso di colposcopia

- **La colposcopia = diagnosi finale precisa**
che permetta un follow-up preciso in base al rischio individuato al tempo 0
- In caso contrario le donne vengono tenute in controllo in un **flusso anomalo imprecisato**
per uno screening non è funzionale!

Cosa succede nella pratica clinica?



APPLICAZIONI E CRITICITA' DEL PROTOCOLLO SUL FOLLOW UP DOPO COLPOSCOPIA

Esperienza della regione Emilia Romagna nello screening HPV

**Paola Garutti 1,
Paolo Cristiani 2,
Fausto Boselli 3,
Alice Poggi¹**

1 Clinica Ostetrica-Ginecologica, Azienda Ospedaliero-
Universitaria di Ferrara;
2 Consultori Familiari, AUSL di Bologna;
3 Clinica Ostetrica-Ginecologica, Azienda Ospedaliero-
Universitaria di Modena.

Working Group dello screening cervicale della Regione Emilia-Romagna

Alessandro Lauri (Piacenza)
Luigi Lombardozzi (Parma)
Andrea De Ioris (Parma)
Cinzia Campari (Reggio Emilia)
Paola Carunchio (Reggio Emilia)
Maria Dirce Vezzani (Modena)
Aldo De Togni (Ferrara)
Caterina Palmonari (Ferrara)

Debora Canuti (Romagna)
Anna Maria De Nuzzo (Romagna)
Andrea Amadori (Romagna)
Evandro Nigrisoli (Romagna)
Stefano Ferretti (RER)
Priscilla Sassoli De Bianchi (RER)
Lauro Bucchi (Istituto Tumori di Meldola)
Paolo Giorgi Rossi (RER)

Cosa pensano i colposcopisti?

Obiettivo

Verificare l'adesione al "Protocollo diagnostico-terapeutico dello screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero 2014"

tra i colposcopisti della regione Emilia-Romagna dopo l'avvio del programma di screening con HPV test (anno 2015).



Materiali e Metodi

- Intervista guidata con 11 quesiti
- Tot colposcopisti: 78
- Hanno risposto: **68** (87%)

	Tot	Rispondenti	%
Reggio Emilia	14	13	93%
Modena	12	9	75%
Parma	8	7	87.5%
Piacenza	5	3	60%
Bologna	6	6	100%
Imola	3	1	33%
Ferrara	14	14	100%
Romagna	16	15	94%

Durante la colposcopia :



	Si		No	altro
Esegui sempre lo studio del canale se GSC non visibile	49	72%	13	6 (9%)
Esegui sempre la biopsia nei G1	51	75%		
Esegui sempre la biopsia nei G2	63	93%		
Esegui sempre la biopsia nei casi dubbi	15	22%		
In caso di biopsia fai				
Un prelievo	24	35%		
Più di un prelievo	27	40%		
Altro: Secondo tipo, necessità, estensione, ecc	16	23%		1 (2%)

Survey RER 2017



GISCi 2017
CONVEGNO
NAZIONALE
 Ferrara 14-16 Giugno

*Lo screening HPV come modello:
 tra innovazione tecnologica e nuovi
 modelli organizzativi in sanità pubblica*



Quali feedback dai risultati della survey ?

Focus 3: il secondo livello dello screening

Paola Garutti
 Clinica Ostetrica e Ginecologica
 Ferrara
 (Direttore: Prof Pantaleo Greco)





Grading 1
10.413 casi

No biopsia

2.020



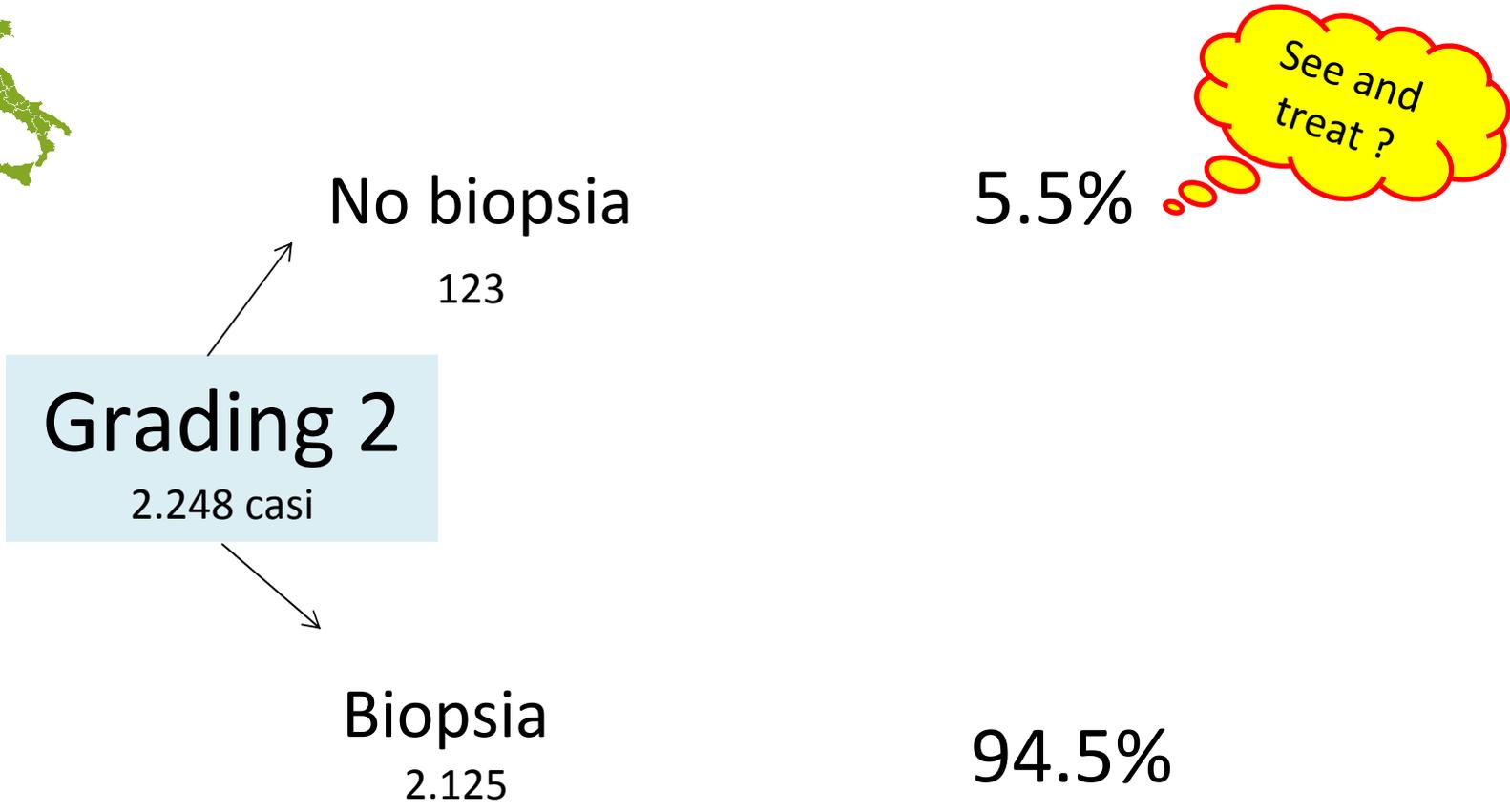
19.4%

Biopsia

8.393

80.6%

Impressione colposcopica
Sensibilità 0.95 (0.29-1.00)
Specificità 0.42 (0.12-0.88)



Adesione ai protocolli.

Di cosa si deve convincere il colposcopista ?

- Razionale basato sulle evidenze e sulla esperienza
- Adesione utile per:
 - Standardizzare i comportamenti
 - Flusso informativo
 - Verificare la sua validità in itinere
 - *Aspetti medico-legali*
- *Colposcopia deve generare una diagnosi*

Cosa succede nella pratica clinica?

Aree di indagine

1. Percorso post colposcopia negativa
2. Percorso post CIN1 non trattato
3. Percorso post CIN 2-3 trattati

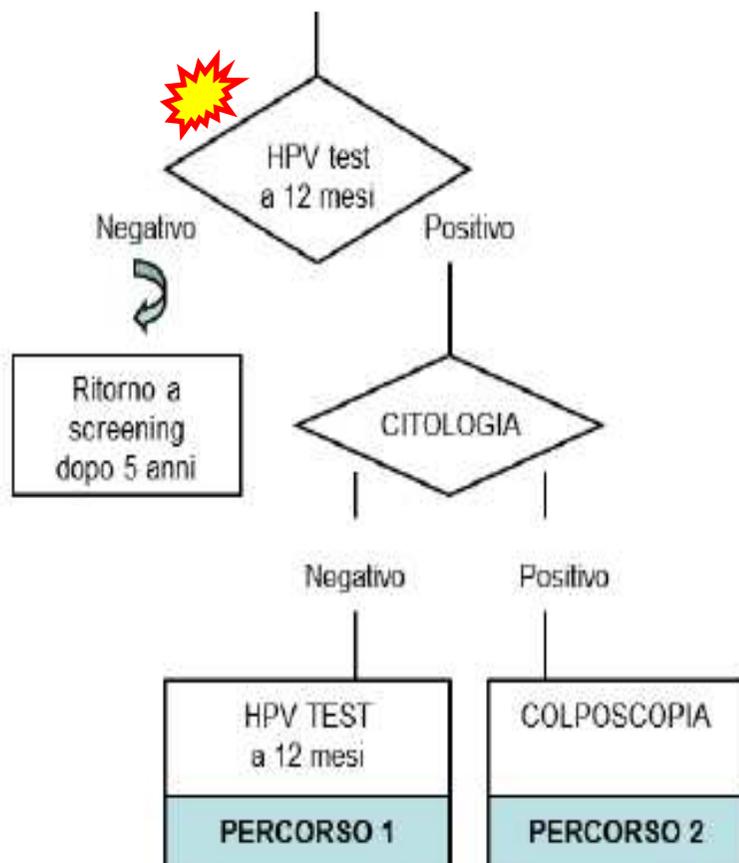


1. PERCORSO POST COLPOSCOPIA NEGATIVA

DONNA CON HPV TEST POSITIVO E PAP TEST POSITIVO



Citologia ASC US - LSIL
Colposcopia negativa



Dopo colposcopia neg in
ASC US-LSIL preferisci:

HPV test a 1 anno	32	47%
Cotest a 1 anno	19	28%
Colposcopia +Test a 1 anno	0	-
Controllo a 6 mesi	15	22%
altro	2	3%

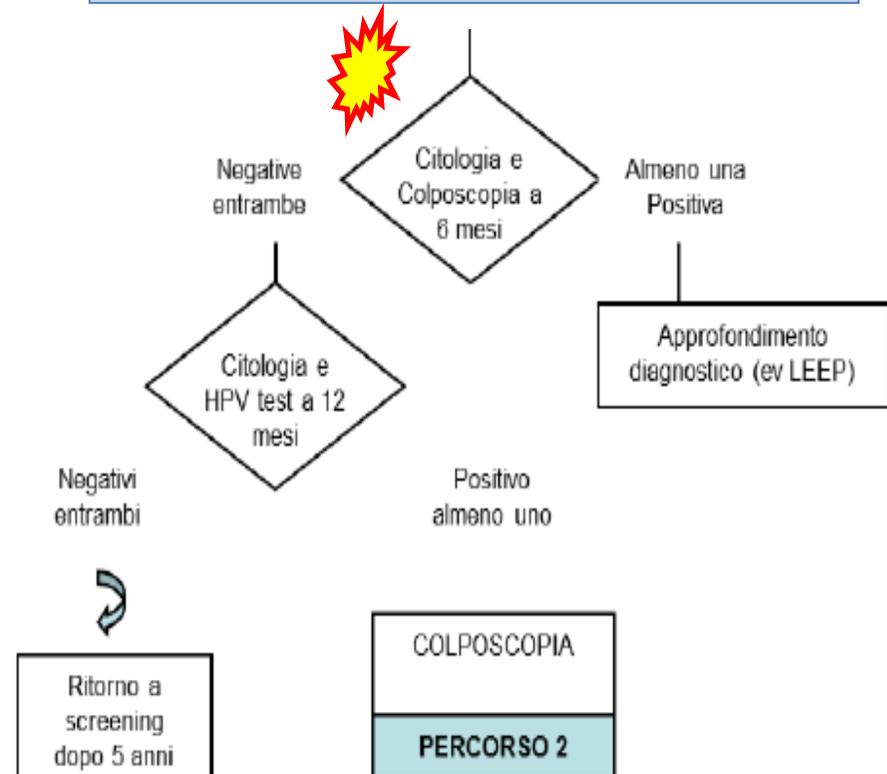
DONNA CON HPV TEST POSITIVO E PAP TEST POSITIVO



Dopo colposcopia neg in ASC H+ preferisci:

Pap + colposcopia a 6 mesi	23	34%
Cotest + colposcopia a 6 mesi	23	34%
Controllo a 3 mesi	16	23%
altro	6	9%

Citologia ASC H+ Colposcopia negativa

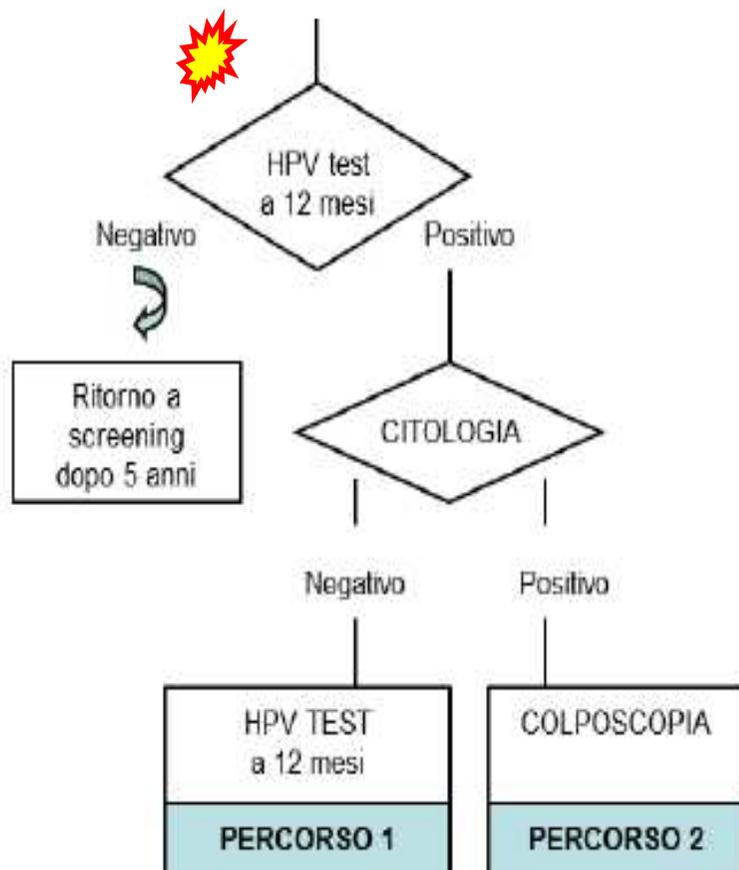


2. Percorso post-CIN 1 non trattato

DONNA CON HPV TEST POSITIVO E PAP TEST POSITIVO



Citologia ASC US - LSIL
diagnosi CIN1



Dopo CIN 1 in ASC US-LSIL
preferisci:

HPV test a 1 anno	19	28%
Cotest a 1 anno	18	26%
Colposcopia + test a 1 anno	12	18%
Controllo a 6 mesi	16	24%
Altro	3	4%

3. PERCORSO POST TRATTAMENTO HSIL (CIN 2-3)



FOLLOW-UP DI CIN 2-3 DOPO IL TRATTAMENTO

CIN 2-3 trattate

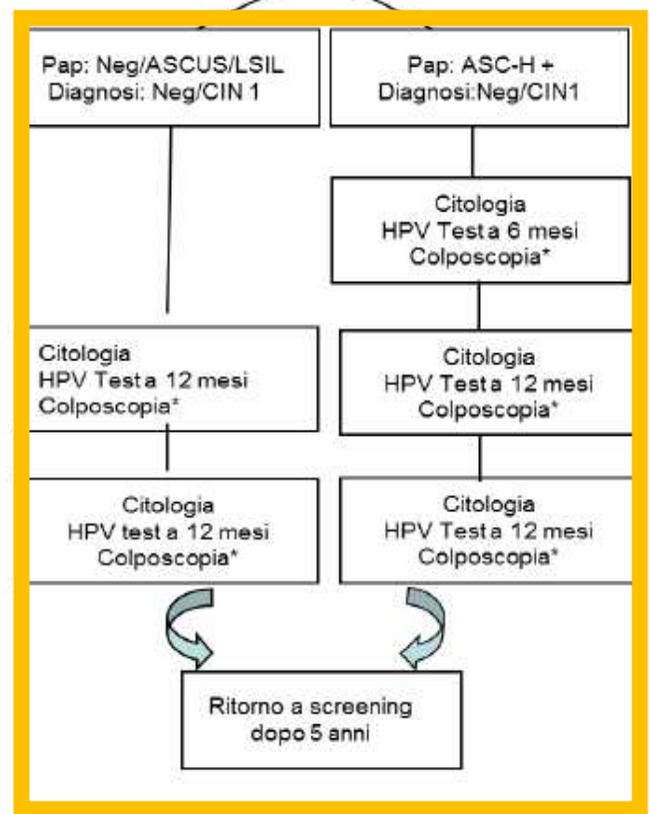
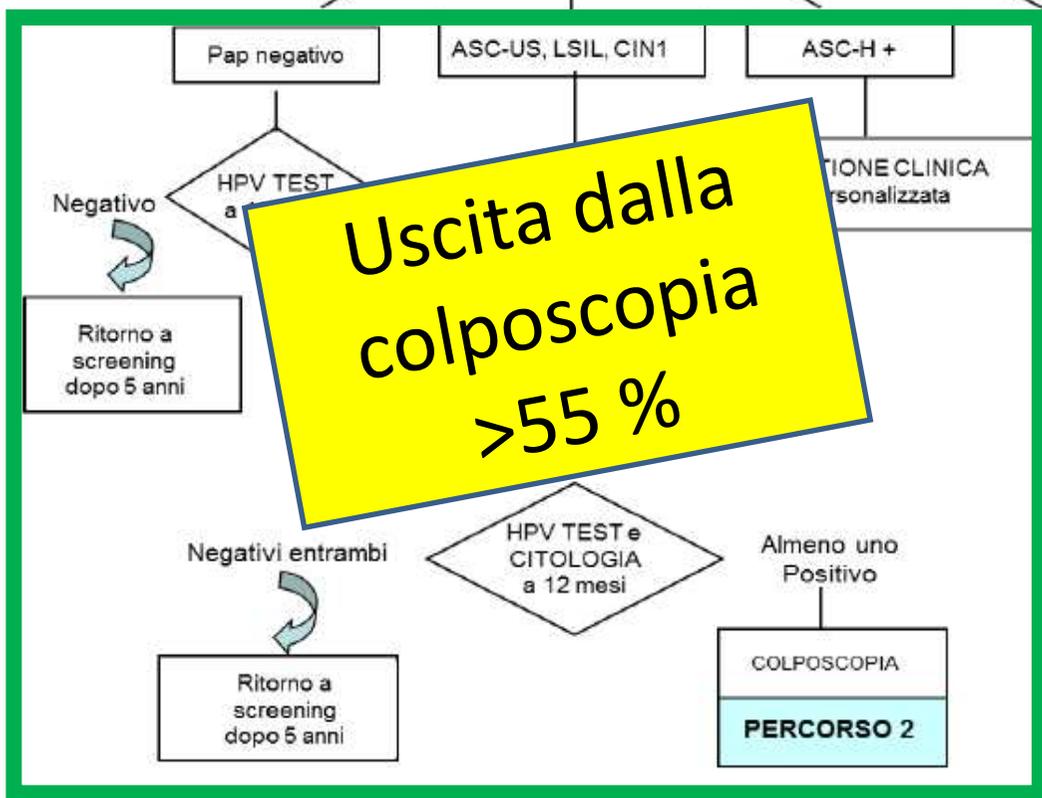
PERCORSO 5

Recidiva: trattamento

HPV test negativo

* Colposcopia
Citologia
HPV Test a 6 mesi

HPV test positivo



NOTA : * la colposcopia post trattamento a 6 mesi, ha lo scopo di verificare gli esiti dell'intervento chirurgico e non ha un significato nella prevenzione oncologica. Qualora si decida di non effettuarla, è tuttavia necessaria in caso di positività di uno dei test (citologia o HPV TEST). Nei controlli successivi la colposcopia deve essere eseguita se uno dei due test è positivo. Qualora necessaria per motivi clinici, non di prevenzione oncologica, può essere effettuata tenendo conto delle esigenze clinico-organizzative del secondo livello.

CIN 2-3 trattate



A 6 mesi dal trattamento di CIN 2-3 dai
indicazioni differenziate:

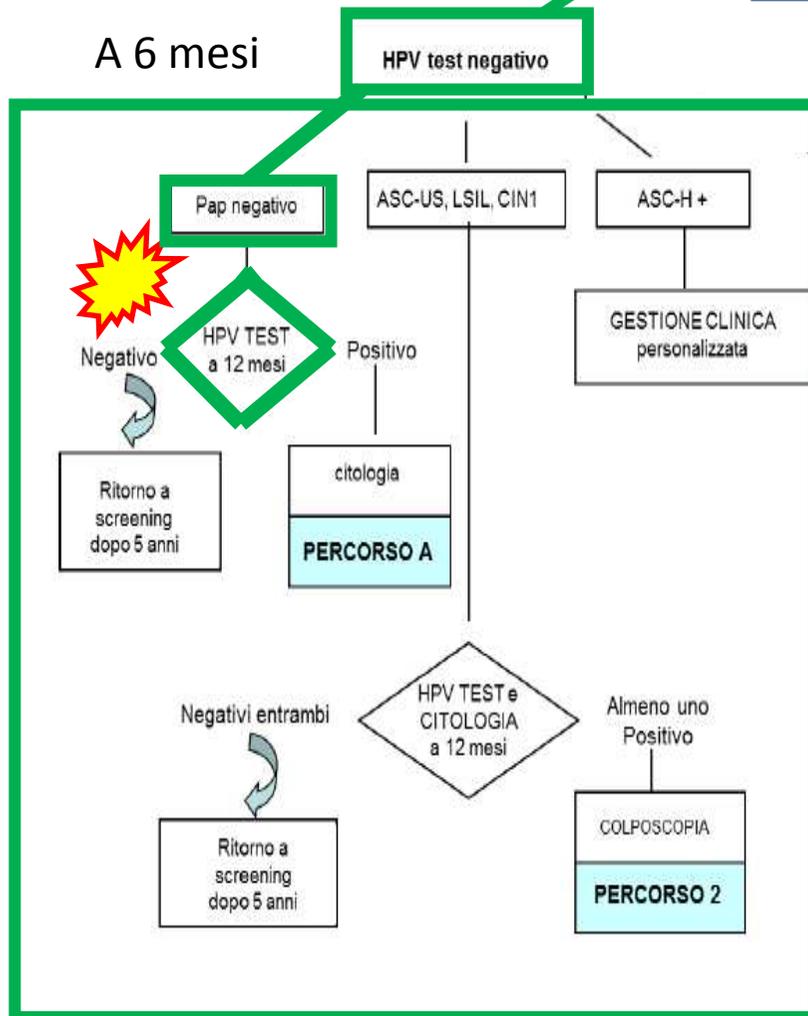
In base all'esito di HPV test	18	26%
In base al grado istologico o ai margini ecc.	21	31%
Sempre in colposcopia indipendentemente da criteri selettivi	17	25%
Altro	12	18%



**CIN 2-3
trattate**

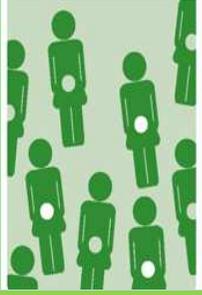
Recidiva:
trattamento

A 6 mesi



Nelle donne con HPV test negativo e Pap test negativo a 6 mesi preferisci:

HPV test dopo 1 anno	19	28%
Cotest dopo 1 anno	19	28%
Colposcopia +test dopo 1 anno	25	37%
Altro: a 6 mesi	4 (+1)	6% (7%)



GISCi 2017
CONVEGNO
NAZIONALE
Ferrara 14-16 Giugno

*Lo screening HPV come modello:
tra innovazione tecnologica e nuovi
modelli organizzativi in sanità pubblica*



Quali feedback dai risultati della survey ?

Focus 3: il secondo livello dello screening

Paola Garutti
Clinica Ostetrica e Ginecologica
Ferrara
(Direttore: Prof Pantaleo Greco)





Dati survey GISCI
2017

Gestione CIN2



Osservazione
163

8.6%

CIN2
1.905

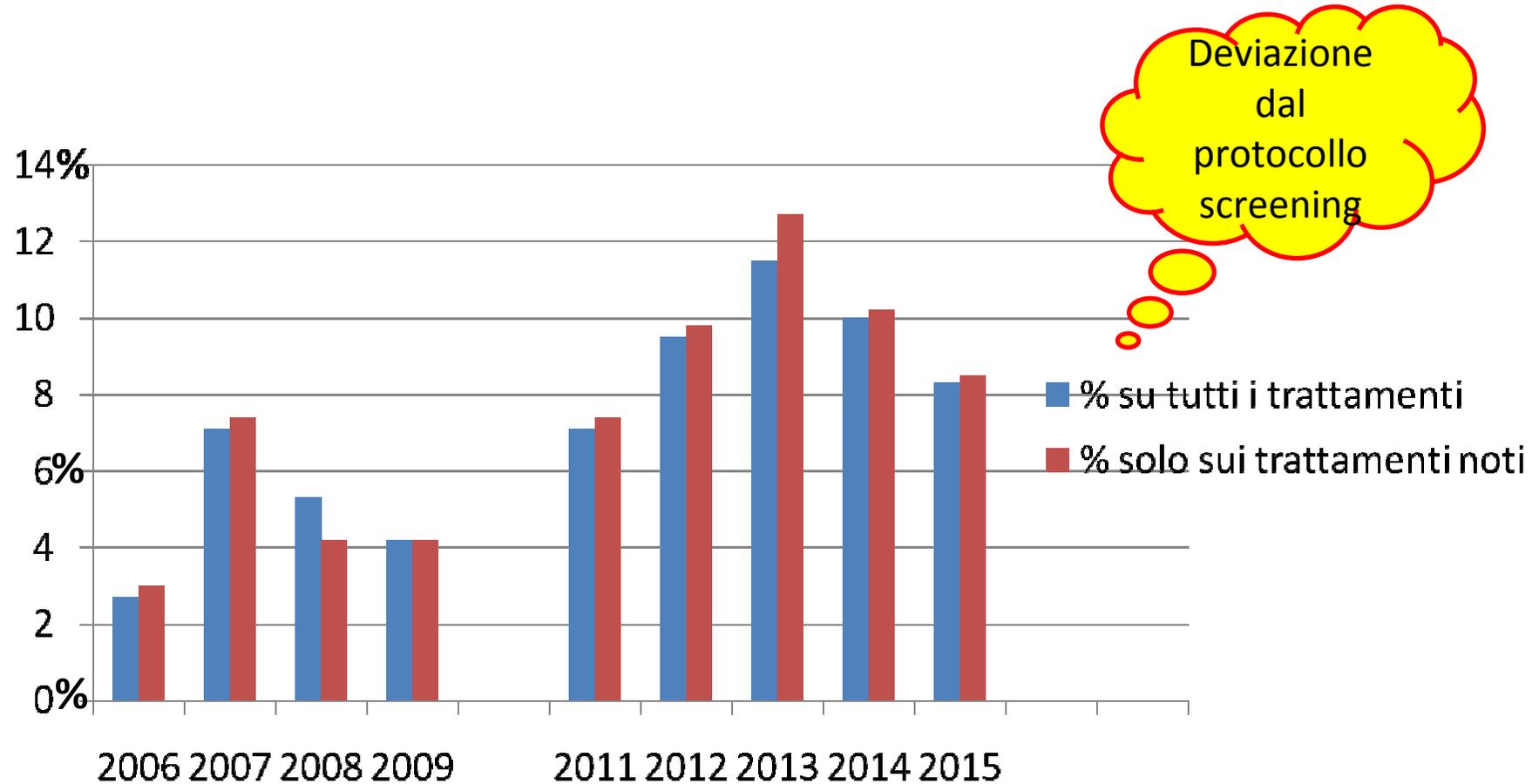
Trattamento
Chirurgico
1.742

Laser 47	}	Ablativo	3.6%	
Radiofrequenza 15				62
Radiofrequenza 1.285	}	Escissionale	96%	
Lasercono 134				1.674
Misto 52				
Lama fredda 203				
Isterectomia 6	}	Demolitivo	0.4%	
		6		

222 Trattamento eseguito ma non noto: escluse



Trend di CIN 2 non trattate



Dati survey GISCI 2017

Formazione

Un Invito
Speciale per Te

Test di Controllo di Qualità
in colposcopia
Online



Screening Oncologici Regione Emilia Romagna

Portale INTERNET

WWW.COLPOSCOPIA-EMILIAROMAGNA.IT

Ricerca



Screening Piemonte

- 😊 Excellent
- 😐 Average
- 😞 Poor

Grazie !