



S.S. FORMAZIONE PERMANENTE E AGGIORNAMENTO

Evento Formativo Residenziale

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



Approccio tailored basato sul rischio: Il livello PDTA



Sergio Macchioni - Mario Preti
Dipartimento di Scienze Chirurgiche
Università degli Studi di Torino

Equal Management of Equal Risks



MODIFICATORI DI RISCHIO:
 -FUMO DI SIGARETTA
 -ETA'
 -VACCINO ANTI HPV
 - IMMUNODEPRESSIONE
 - PREGRESSE NEOPLASIE INTRAEPITELIALI/INVASIVE DEL BASSO TRATTO GENITALE

	SCREENING			COLPOSCOPIA		TRATTAMENTO
RISCHIO DI CIN3+	RESCREENING A 5 ANNI	RESCREENING A 3 ANNI assimilabile al rischio della citologia negativa	RESCREENING A 1 ANNO assimilabile al rischio di un primo HPV test positivo	COLPOSCOPIA assimilabile al rischio della citologia LSIL	COLPOSCOPIA O TRATTAMENTO assimilabile al rischio della citologia ASC-H	TRATTAMENTO IMMEDIATO rischio assimilabile a HSIL hrHPV+
	<0,15% a 5 anni	0,15-0,54% a 5 anni	Da 0,55% a 5 anni a <4% di rischio immediato	4-24% di rischio immediato	25-59% di rischio immediato	≥60% di rischio immediato



Risk stratification

- Risk stratification is a broadly used term, but we define it as the **ability of a test or model to separate** those at high risk of disease from those at low risk

Follow-up Testing After Colposcopy: Five-Year Risk of CIN 2+ After a Colposcopic Diagnosis of CIN 1 or Less

Hormuzd A. Katki, PhD,¹ Julia C. Gage, PhD, MPH,¹
Mark Schiffman, MD, MPH,¹ Philip E. Castle, PhD, MPH,²
Barbara Fetterman, SCT (ASCP),³ Nancy E. Poitras, PMP,³
Thomas Lorey, MD,³ Li C. Cheung, MS,⁴
Tina Raine-Bennett, MD, MPH,⁵ and Walter K. Kinney, MD⁶



© 2013, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology
Journal of Lower Genital Tract Disease, Volume 75, Number 5, 2013, S69–S77

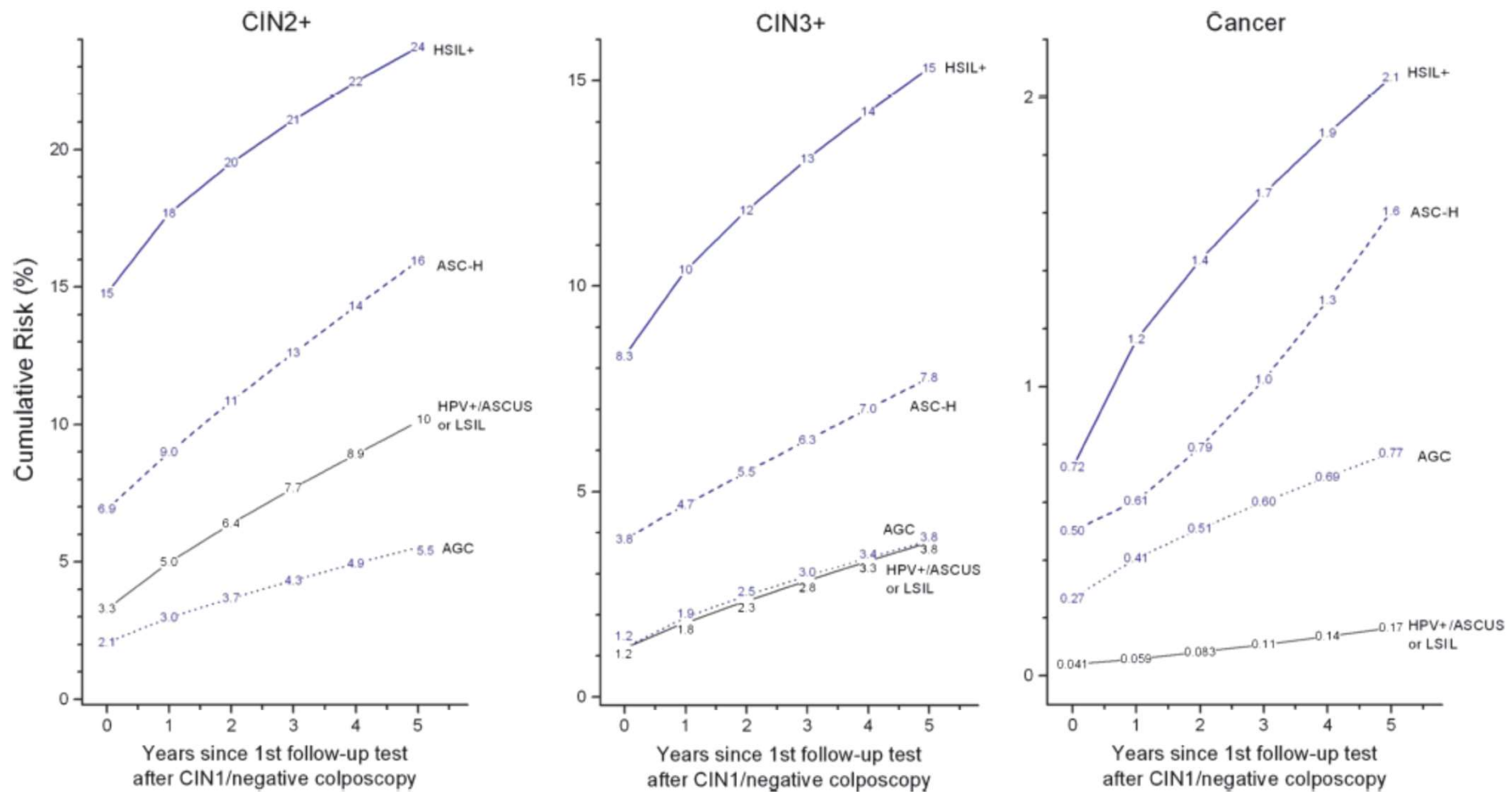


Figure 2. Cumulative risks of CIN 2+ (left panel), CIN 3+ (middle panel), and cancer (right panel) after CIN 1/negative colposcopy given antecedent HSIL+, ASC-H, AGC, and HPV-positive/ASC-US or LSIL, among women aged 25 years and older. Note that the y axes have different scales for different panels.

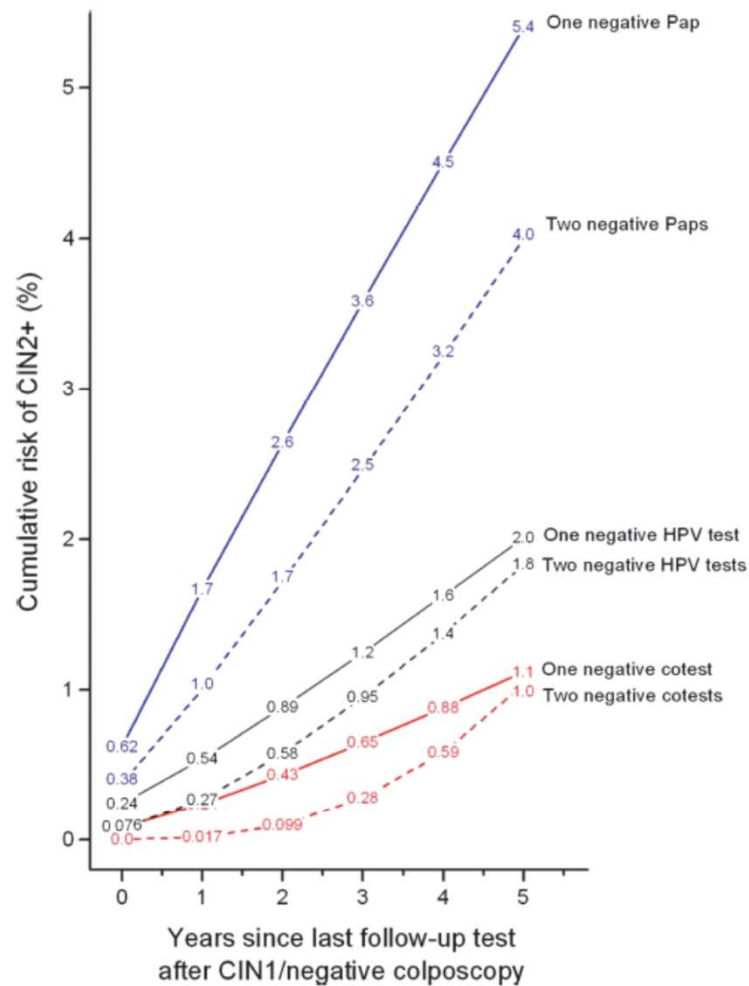


Figure 3. Cumulative risks of CIN 2+ after CIN 1/negative colposcopy given subsequent (consecutively) negative follow-up test(s), among women aged 25 years and older with antecedent HPV-positive/ASC-US or LSIL. The negative Pap test curves are for all Pap results alone regardless of HPV test results and the HPV-negative test curves are for all HPV results alone regardless of Pap test results. A "negative cotest" means testing both HPV-negative and Pap-negative.



GESTIONE AMBULATORIALE DELLE PATOLOGIE CERVICO-VAGINALI

PDTA.A909.E055

Rev. 0

PDTA

14.05.2021

Pagina 1 di 43

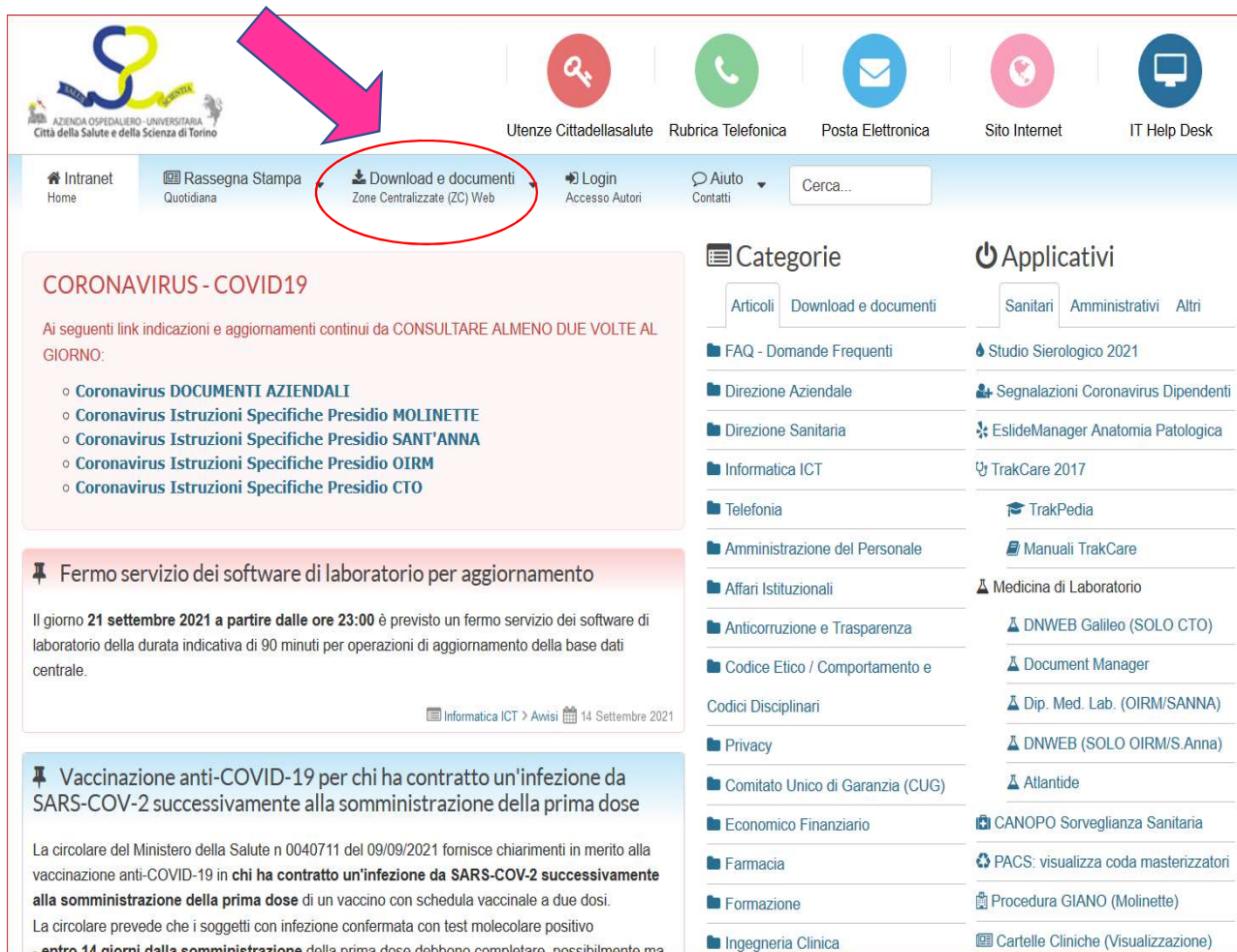
Nome e Cognome	Struttura di appartenenza	Ruolo			
Amaroli Paola	SSD Epidemiologia Screening - CRPT	Componente	Micheletti Leonardo	Ginecologia e Ostetricia 1 U	Componente
Bevilacqua Federica	Ginecologia e Ostetricia 1 U	Componente	Paruccia Emanuela	Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri	Componente
Biasio Marisa	Direzione Sanitaria Presidio S.Anna	Componente	Plazzotta Claudio	Direzione Sanitaria Presidio S.Anna	Componente
De Marco Laura	SSD Epidemiologia Screening – CRPT	Componente	Preti Mario	Ginecologia e Ostetricia 1 U	Coordinatore del gruppo di lavoro
Gallio Nicolò	Ginecologia e Ostetricia 1 U	Componente	Rizzolo Raffaella	SSD Epidemiologia Screening - CRPT	Componente
Giordano Livia	SSD Epidemiologia Screening - CRPT	Componente	Rosso Stefano	SSD Registro Tumori Piemonte	Componente
Gollo Evelina	SC Anestesia e Rianimazione 4	Componente	Privitera Sebastiana	Anatomia ed Istologia Patologica 1 U	Componente
Larato Cristina	SSD Epidemiologia Screening - CRPT	Componente	Serafini Paola	DiPSa	Componente
Macchioni Sergio	Ginecologia e Ostetricia 3	Componente	Sparacello Vitale	Ambulatori dipartimentali –Percorsi ambulatoriali Ginecologia e Ostetricia	Componente
Macri Luigia	Anatomia ed Istologia Patologica 2 U	Componente	Borrelli Giovanni		
Masuelli Giulia	Ginecologia e Ostetricia 2 U	Componente	Cambria Monica	Qualità, Risk Management e Accreditamento	Supporto alla stesura del documento

Ha collaborato alla stesura del documento e si ringrazia per il prezioso contributo la Dott.ssa Ferrara Lorenza - Servizio di riferimento regionale di Epidemiologia per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle malattie infettive (SEREMI).

IL PDTA “GESTIONE AMBULATORIALE DELLE PATOLOGIE CERVICO-VAGINALI” è disponibile dal 28/06/ 2021 su Intranet.

Percorso:

- 1) <http://intranet.cittadellasalute.to.it/>
- 2) Download e documenti (Zone Centralizzate ZC Web)
- 3) S03 Qualità, Risk Management e Accreditemento
- 4) OIRM-S.ANNA
- 5) **AREA GINECOLOGICA**



The screenshot displays the Intranet interface of the Azienda Ospedaliero-Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino. A pink arrow points to the 'Download e documenti' menu item in the top navigation bar, which is circled in red. Below the navigation bar, the main content area features a 'CORONAVIRUS - COVID19' section with a list of links for various COVID-19 documents. To the right, there are sections for 'Categorie' and 'Applicativi' with various service links. A notice about a software service stoppage is also visible.

Download e documenti
Zone Centralizzate (ZC) Web

CORONAVIRUS - COVID19
Ai seguenti link indicazioni e aggiornamenti continui da CONSULTARE ALMENO DUE VOLTE AL GIORNO:

- o Coronavirus DOCUMENTI AZIENDALI
- o Coronavirus Istruzioni Specifiche Presidio MOLINETTE
- o Coronavirus Istruzioni Specifiche Presidio SANT'ANNA
- o Coronavirus Istruzioni Specifiche Presidio OIRM
- o Coronavirus Istruzioni Specifiche Presidio CTO

Fermo servizio dei software di laboratorio per aggiornamento
Il giorno **21 settembre 2021 a partire dalle ore 23:00** è previsto un fermo servizio dei software di laboratorio della durata indicativa di 90 minuti per operazioni di aggiornamento della base dati centrale.

Vaccinazione anti-COVID-19 per chi ha contratto un'infezione da SARS-COV-2 successivamente alla somministrazione della prima dose
La circolare del Ministero della Salute n 0040711 del 09/09/2021 fornisce chiarimenti in merito alla vaccinazione anti-COVID-19 in **chi ha contratto un'infezione da SARS-COV-2 successivamente alla somministrazione della prima dose** di un vaccino con schedula vaccinale a due dosi. La circolare prevede che i soggetti con infezione confermata con test molecolare positivo - **entro 14 giorni dalla somministrazione della prima dose** debbono completare, possibilmente ma

Categorie
Articoli | Download e documenti

Applicativi
Sanitari | Amministrativi | Altri

- FAQ - Domande Frequenti
- Direzione Aziendale
- Direzione Sanitaria
- Informatica ICT
- Telefonia
- Amministrazione del Personale
- Affari Istituzionali
- Anticorruzione e Trasparenza
- Codice Etico / Comportamento e Codici Disciplinari
- Privacy
- Comitato Unico di Garanzia (CUG)
- Economico Finanziario
- Farmacia
- Formazione
- Ingegneria Clinica

- Studio Sierologico 2021
- Segnalazioni Coronavirus Dipendenti
- EslideManager Anatomia Patologica
- TrakCare 2017
- TrakPedia
- Manuali TrakCare
- Medicina di Laboratorio
- DNWEB Galileo (SOLO CTO)
- Document Manager
- Dip. Med. Lab. (OIRM/SANNA)
- DNWEB (SOLO OIRM/S.Anna)
- Atlantide
- CANOPO Sorveglianza Sanitaria
- PACS: visualizza coda masterizzatori
- Procedura GIANO (Molinette)
- Cartelle Cliniche (Visualizzazione)

	GESTIONE AMBULATORIALE DELLE PATOLOGIE CERVICO-VAGINALI	PDTA.A909.E055	Rev. 0
	PDTA	14.05.2021	Pagina 1 di 43

OBIETTIVI

- 1. Uniformare i comportamenti dei professionisti** nella gestione delle donne con patologia cervico-vaginale afferenti sia dal Primo livello dello screening (Prevenzione Serena), che da Attività ambulatoriali od Ospedaliere interne o esterne all'Azienda Città della Salute
 - Effettuazione della stratificazione del rischio individuale
 - Pazienti con HPV test primario e citologia di triage
 - Pazienti con citologia come test primario
 - Esiti invio in colposcopia (citologia/HPV test/istologia)
 - Gestione del follow-up delle pazienti trattate con esito di invio e/o istologico
 - Trattamento HSIL/AGC/AIS
 - Acquisizione di adeguato consenso informato alle procedure diagnostiche e terapeutiche

Torino, Italy



GESTIONE AMBULATORIALE DELLE PATOLOGIE CERVICO-VAGINALI

PDTA.A909.E055

Rev. 0

PDTA

14.05.2021

Pagina 1 di 43

La scheda colposcopica



Principali differenze tra la terminologia 2011 IFPC e 2017 ASCCP

	IFPC 2011	ASCCP 2017
Visualizzazione cervice	Adeguate/Inadeguata	Completamente visibile SI/NO
Giunzione squamo colonnare (GSC)	Completamente/Parzialmente/Non visibile	Completamente visibile SI/NO
Zona di trasformazione	Tipo 1, 2, 3	Non utilizzata
Reperti colposcopici anormali	Grade 1 (minor)	Reperti di basso grado
	Grade 2 (major)	Reperti di alto grado
Tipo di escissione	Tipo 1, 2, 3	Non utilizzata

Reperti colposcopici

	BASSO GRADO	ALTO GRADO	
Epitelio Bianco	Epitelio bianco sottile Epitelio bianco a rapida scomparsa	Epitelio bianco ispessito Sbocchi ghiandolari ispessiti Epitelio bianco a rapida comparsa/lenta scomparsa	
Vascularizzazione	Mosaico regolare Punteggiatura regolare	Mosaico irregolare Punteggiatura irregolare	
Margini	Margini irregolari Margini rilevati/papillari	Margini netti Inner border sign Ridge sign	
Sospetta neoplasia invasiva	Vasi atipici Ulcerazione	Necrosi Lesione esofitica	
Miscellanea	Polipo (esocervicale o endocervicale) Zona di trasformazione congenita	Flogosi Esiti di trattamento	Stenosi Condilomatosi Anomalia Congenita

Raccomandazioni conclusive

Raccomandazioni conclusive			
COLPOSCOPIA (+/-Pap Test o HPV Test)	1A	6M	3M
BMS/CURETTAGE	IMMEDIATA	6M	3M
CO-TEST IN TERRITORIO	1A		
SCREENING IN TERRITORIO	3A	1A	
RIVALUTAZIONE DOPO TERAPIA	ANTIINFIAMMATORIA	ESTROGENICA LOCALE	
CONIZZAZIONE	RF	LASER	BISTURI
	AMBULATORIALE	SALA OPERATORIA	
ALTRO TRATTAMENTO	_____		
ALTRA INDICAZIONE	_____		

Nuovo questionario procedura colposcopia TrakCare



InterSystems®
TrakCare

Torino, Italy



GESTIONE AMBULATORIALE DELLE PATOLOGIE CERVICO-VAGINALI

PDTA.A909.E055

Rev. 0

PDTA

14.05.2021

Pagina 1 di 43

Gestione AGC e AIS

 <p>AGENZIA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA Carlo Poma, Selezione del la.S. di Tortona</p>	GESTIONE AMBULATORIALE DELLE PATOLOGIE CERVICO-VAGINALI	PDTA.A909.E055	Rev. 0
	PDTA	<i>14.05.2021</i>	Pagina 1 di 43

- AGC ha un sottostante di circa 4% di AIS e adenocarcinoma del 2%
- **L'incidenza di AIS è in aumento** negli ultimi anni (6,6/100.000 donne anno)
- **L'età mediana è di 35 anni** e tra i 30 e 39 anni l'incidenza sale a 11,2/100.000
- Nel 55,5% dei casi di AIS coesiste una lesione squamosa quasi sempre di alto grado (HSIL)



GESTIONE AMBULATORIALE DELLE PATOLOGIE CERVICO-VAGINALI

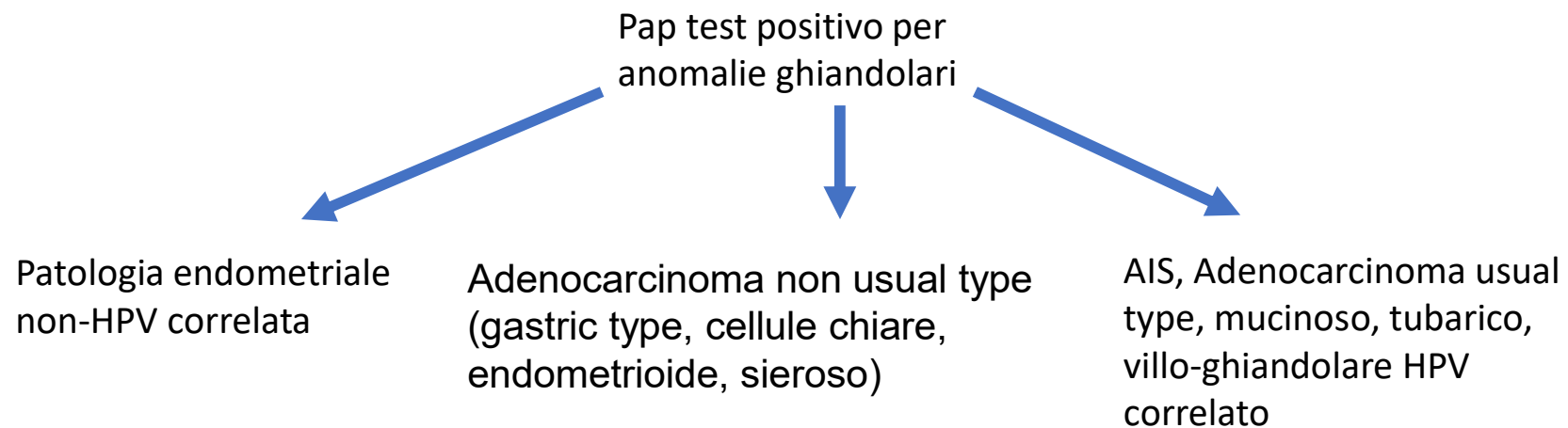
PDТА.A909.E055

Rev. 0

PDТА

14.05.2021

Pagina 1 di 43



HPV TEST NEGATIVO

HPV TEST POSITIVO

- ✓ Possibilità di **lesioni “a salto” (multifocali)** con focolai di lesioni ghiandolari separate da epitelio normale



GESTIONE AMBULATORIALE DELLE PATOLOGIE CERVICO-VAGINALI

PDТА.A909.E055

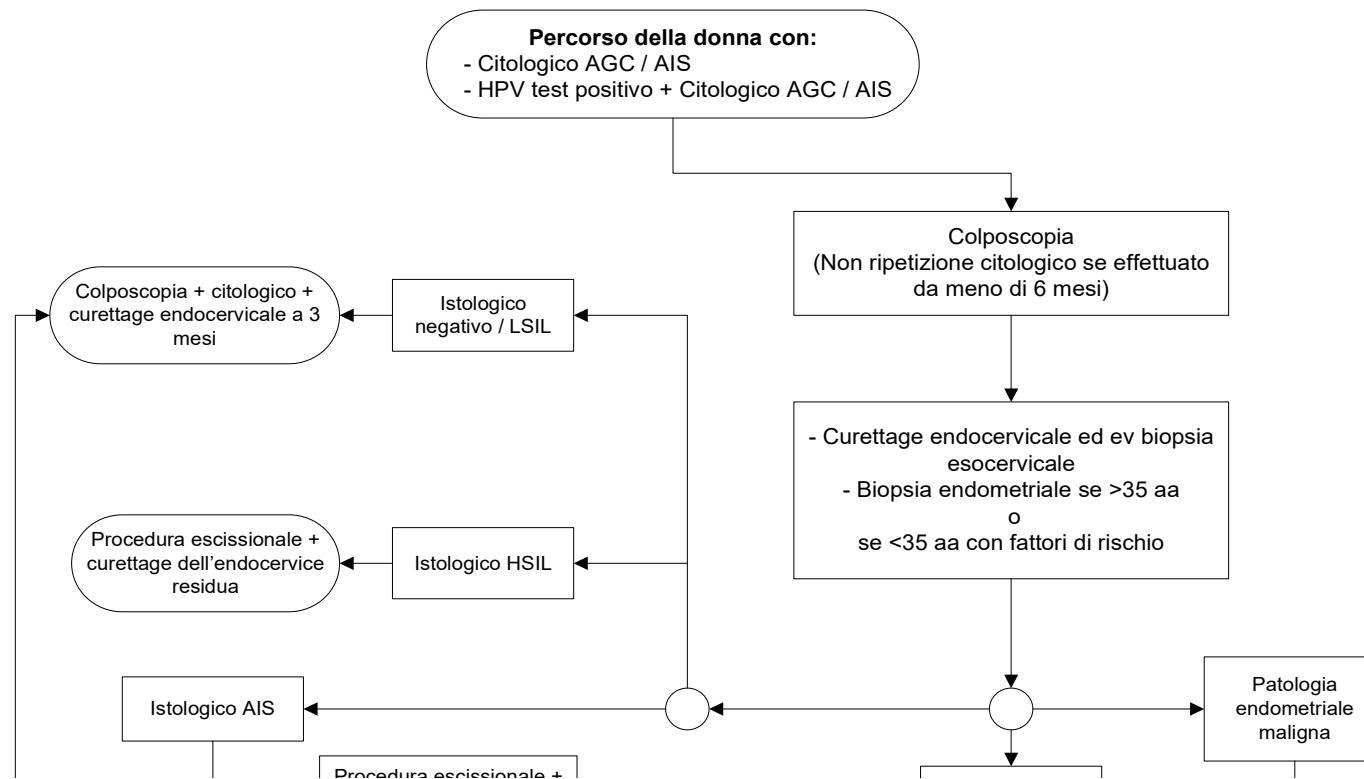
Rev. 0

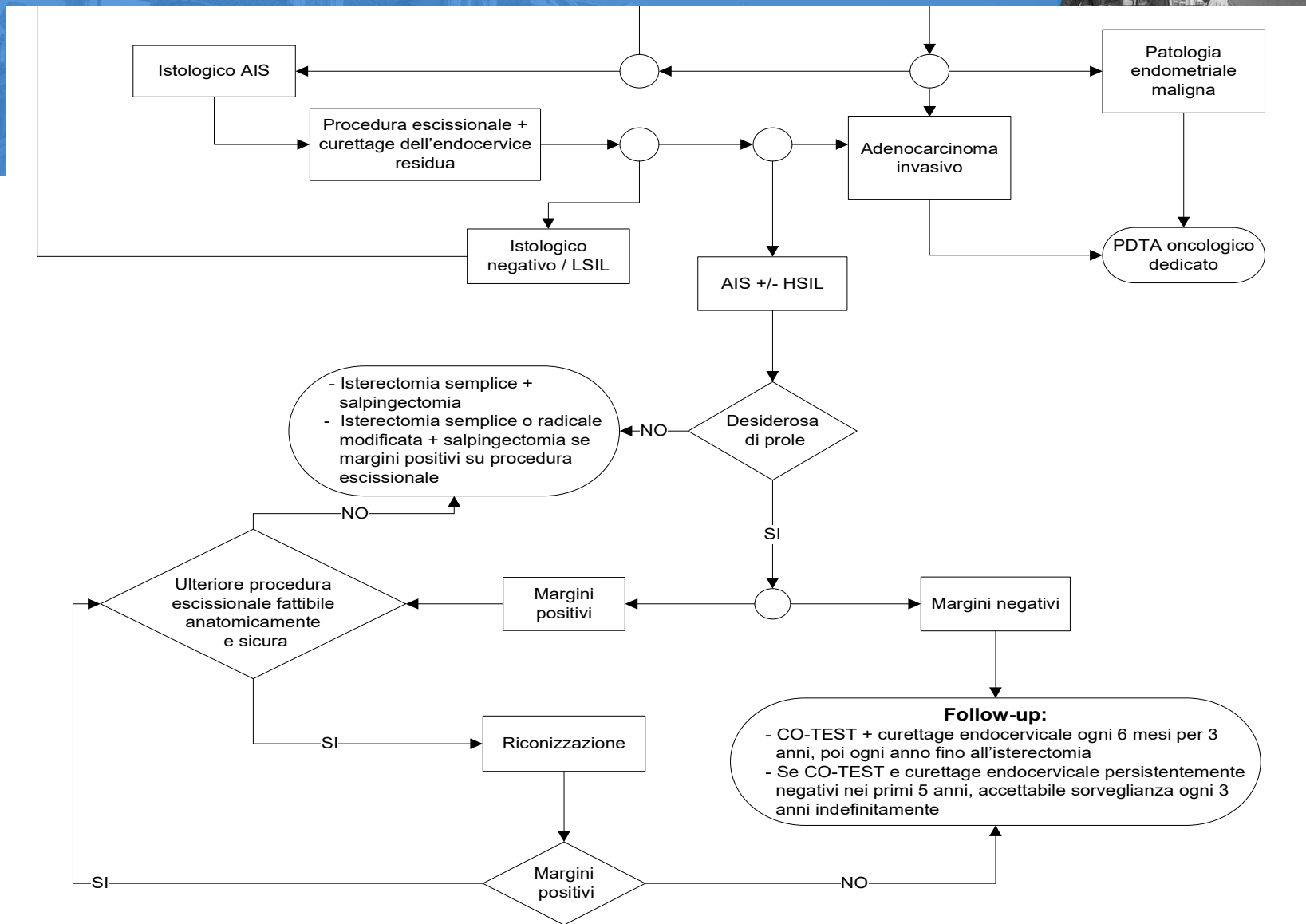
PDТА

14.05.2021

Pagina 1 di 43

Percorso 3





	GESTIONE AMBULATORIALE DELLE PATOLOGIE CERVICO-VAGINALI	PDTA.A909.E055	Rev. 0
	PDTA	14.05.2021	Pagina 1 di 43

Il trattamento **CONSERVATIVO** (conizzazione) deve:

- ✓ eseguito mediante escissione con RF o a lama fredda e da mani esperte
- ✓ pezzo operatorio unico, con margini leggibili (non bruciati), e che comprenda il canale cervicale



La lunghezza del cono (OUE-margine endocervicale) deve essere da 10 mm in donne desiderose di prole, a 18 – 25 mm in tutte le altre pazienti

Non è accettabile la doppia escissione che avviene talvolta nelle conizzazione in lesioni di tipo squamoso (“top hat”)



	GESTIONE AMBULATORIALE DELLE PATOLOGIE CERVICO-VAGINALI	PDTA.A909.E055	Rev. 0
	PDTA	14.05.2021	Pagina 1 di 43

L'esame istologico **DEVE**:

- ✓ Confermare la diagnosi e l'estensione dell'AIS
- ✓ Escludere invasione stromale
- ✓ Valutare ev. coesistente lesione squamosa

Il **curettaggio endocervicale** da eseguire al termine della procedura escissionale sull'endocervice residua può essere utile nella **gestione conservativa** dell'AIS dopo escissione

Lo **stato dei margini** è un parametro di fondamentale importanza nell'AIS. E' infatti un predittore di malattia persistente/recidiva con il 2% di recidive in caso di margini negativi e il 19% con margini positivi

	GESTIONE AMBULATORIALE DELLE PATOLOGIE CERVICO-VAGINALI	PDTA.A909.E055	Rev. 0
	PDTA	<i>14.05.2021</i>	Pagina 1 di 43

In caso di donna desiderosa di prole con **trattamento conservativo** con stato dei **margini negativo e curettage post procedura negativo**, si entra nel follow up

- Il follow-up deve prevedere un **controllo di Cotest e sampling endocervicale ogni 6 mesi per tre anni**
- Successivamente, se sempre negativo, Cotest e sampling endocervicale ogni anno fino all'esecuzione dell'isterectomia
- Per le pazienti negative dal sesto anno con Cotest e curettage è accettabile sorveglianza ogni tre anni indefinitamente

Torino, Italy



GESTIONE AMBULATORIALE DELLE PATOLOGIE CERVICO-VAGINALI

PDTA.A909.E055

Rev. 0

PDTA

14.05.2021

Pagina 1 di 43

Gestione ASC-H e HSIL

Equal Management of Equal Risks



MODIFICATORI DI RISCHIO:
 -FUMO DI SIGARETTA
 -ETA'
 -VACCINO ANTI HPV
 - IMMUNODEPRESSIONE
 - PREGRESSE NEOPLASIE INTRAEPITELIALI/INVASIVE DEL BASSO TRATTO GENITALE

	SCREENING			COLPOSCOPIA	TRATTAMENTO	
RISCHIO DI CIN3+	RESCREENING A 5 ANNI	RESCREENING A 3 ANNI assimilabile al rischio della citologia negativa	RESCREENING A 1 ANNO assimilabile al rischio di un primo HPV test positivo	COLPOSCOPIA assimilabile al rischio della citologia LSIL	COLPOSCOPIA O TRATTAMENTO assimilabile al rischio della citologia ASC-H	TRATTAMENTO IMMEDIATO rischio assimilabile a HSIL hrHPV+
	<0,15% a 5 anni	0,15-0,54% a 5 anni	Da 0,55% a 5 anni a <4% di rischio immediato	4-24% di rischio immediato	25-59% di rischio immediato	≥60% di rischio immediato



GESTIONE AMBULATORIALE DELLE PATOLOGIE CERVICO-VAGINALI

PDTA.A909.E055

Rev. 0

PDTA

14.05.2021

Pagina 1 di 43

- **Tutte** le donne inviate in colposcopia per citologia ASC-H o HSIL che evidenzino un quadro colposcopico anormale **devono** essere sottoposte ad esame istopatologico mediante **biopsia mirata** sulla lesione di maggior grado
- In caso di **mancata visibilità** della GSC andrà eseguito un **curettaggio endocervicale** eccetto che durante la gravidanza



GESTIONE AMBULATORIALE DELLE PATOLOGIE CERVICO-VAGINALI

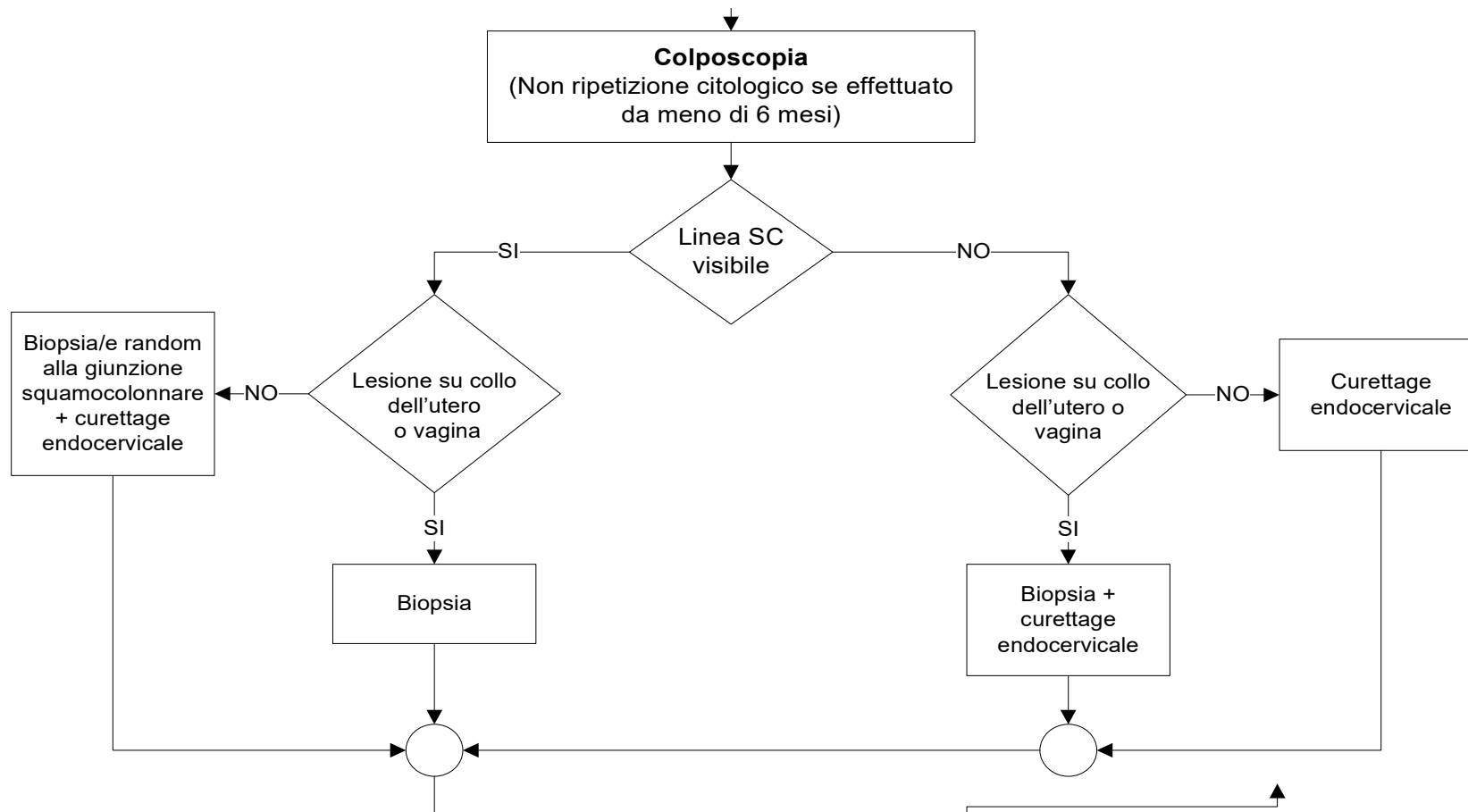
PDTA.A909.E055

Rev. 0

PDTA

14.05.2021

Pagina 1 di 43

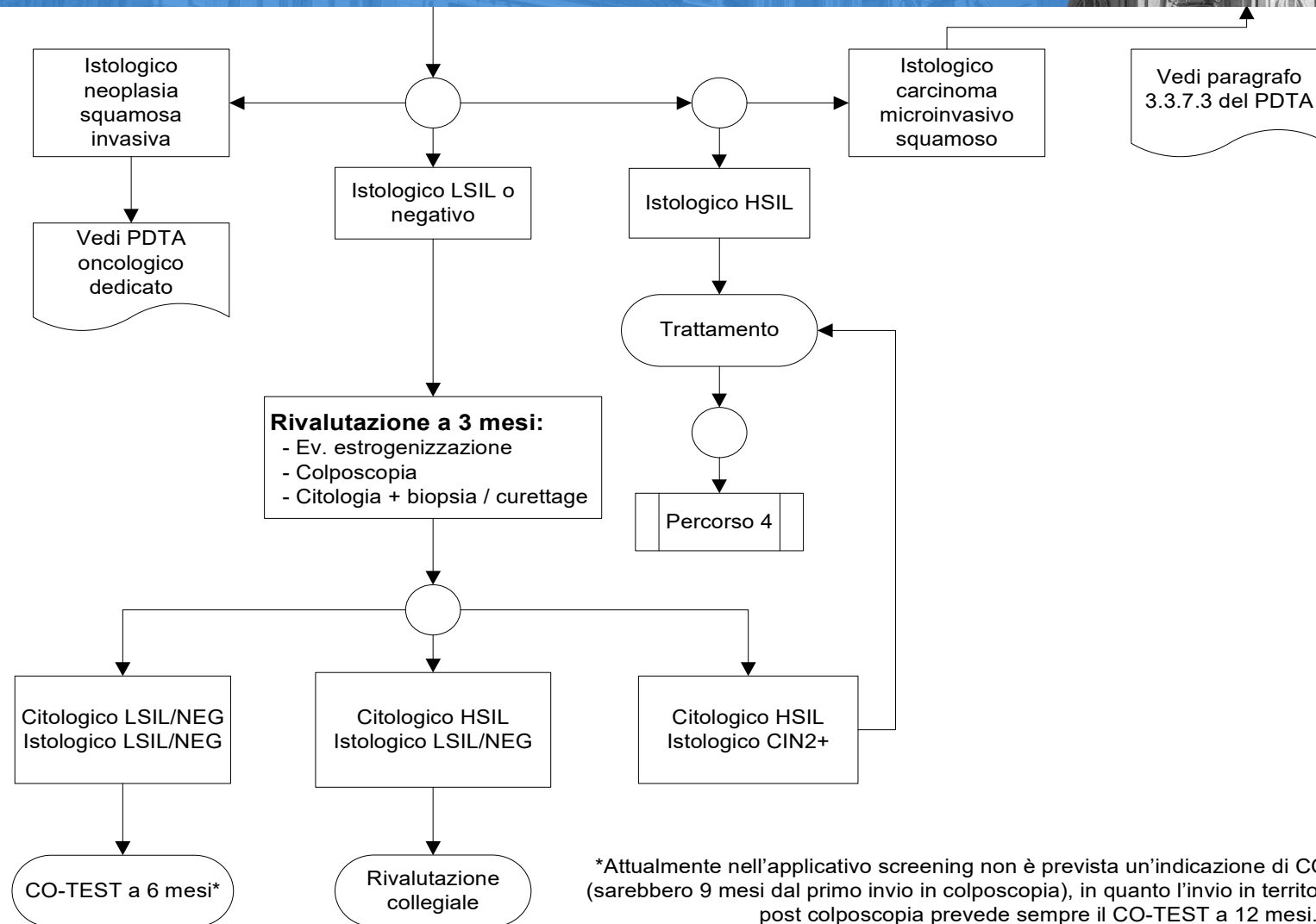


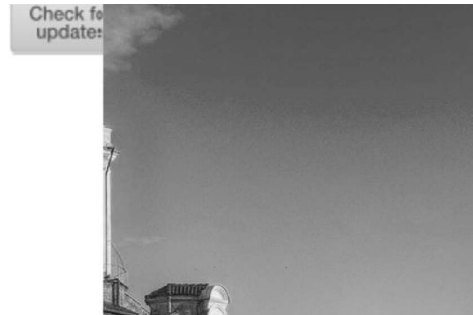


GESTIONE AMBULATORIALE DELLE PATOLOGIE CERVICO-VAGINALI

PDTA.A909.E055

Rev. 0





Accepted Article

Absolute risks of cervical precancer among women who fulfil exiting guidelines based on HPV and cytology cotesting

Rebecca Landy^{1,2}, Mark Schiffman², Peter D. Sasieni³, Li C. Cheung², Hormuzd A. Katki², Greg Rydzak⁴, Nicolas Wentzensen², Nancy E. Poitras⁵, Thomas Lorey⁵, Walter K. Kinney⁶, Philip E. Castle⁷

1: Centre for Cancer Prevention, Wolfson Institute of Preventive Medicine, Queen Mary University of London, London, UK

2: Division of Cancer Epidemiology and Genetics, National Cancer Institute, National Institutes of Health, DHHS, Bethesda, MD, USA

3: Faculty of Life Sciences & Medicine, School of Cancer & Pharmaceutical Sciences, Guys Cancer Centre, Guys Hospital, King's College London, London SE1 9RT, UK

4: Information Management Services Inc., Calverton, MD, USA

5: Regional Laboratory, Kaiser Permanente Northern California, Berkeley, CA, USA

6: Division of Gynecologic Oncology, Kaiser Permanente Medical Care Program, Oakland, CA, USA (contributions before retirement)

7: Albert Einstein College of Medicine, Bronx, NY, USA

Novelty and Impact (75 words, currently 75):

Cervical screening exiting guidelines are based on modelling and expert opinion; there have been no risk estimates among women eligible for exiting in the cotesting era. Five-year risks of CIN3 following one, two, and three consecutive negative cotests among women aged 55-64 years were 0.034% (1 CIN3 in 2,941 women), 0.041% (1 CIN3 in 2,420 women), and 0.016% (1 CIN3 in 6,250 women), respectively. The acceptable risk to exit cervical screening needs to be determined.



Novelty and Impact (75 words, currently 75):

Cervical screening exiting guidelines are based on modelling and expert opinion; there have been no risk estimates among women eligible for exiting in the cotesting era. Five-year risks of CIN3 following one, two, and three consecutive negative cotests among women aged 55-64 years were 0.034% (1 CIN3 in 2,941 women), 0.041% (1 CIN3 in 2,420 women), and 0.016% (1 CIN3 in 6,250 women), respectively. The acceptable risk to exit cervical screening needs to be determined.



S.S. FORMAZIONE PERMANENTE E AGGIORNAMENTO

Evento Formativo Residenziale

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



Approccio tailored basato sul rischio: Il livello PDTA



Sergio Macchioni - Mario Preti
Dipartimento di Scienze Chirurgiche
Università degli Studi di Torino