



INTEGRAZIONE TRA GINECOLOGO E PROGRAMMI DI SCREENING

C. Zanardi - Bologna

SCREENING DEL CERVICOCARCINOMA

- **Quante donne fanno il pap test ?**
- **Quante lo fanno con regolarità ?**
- **Quali differenze tra l'assetto organizzato e quello spontaneo ?**

I canali di accesso al test di screening

SPONTANEO

- **Specialista di fiducia**
- **Acquisto di Prestazioni (Visita+PapTest+Colposcopia)**
- **Ogni ?**

ORGANIZZATO

- **Lettera del programma alla Popolazione 25-64**
- **Inserimento nel Programma regionale**
- **Ogni 3 anni**

Quante donne hanno eseguito il test di screening per neoplasia cervicale all'interno di un programma organizzato e quante come prevenzione individuale?

- Le linee guida europee e italiane raccomandano l'implementazione dei programmi di screening organizzati basati sull'invito attivo da parte della ASL e l'offerta di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito ove necessario.
- Accanto a questa modalità organizzativa, rimane presente anche una quota non trascurabile di screening spontaneo, caratterizzato da un intervento su iniziativa spontanea o su consiglio medico.

Quali fonti per conoscere la copertura reale ?

- **Survey GISCi/GISMa**
(per la popolazione servita dai programmi- non dà informazioni sulla eventuale sovracopertura)
- **Indagine ISTAT Multiscopo**, 2000 (e 2005)
(nel 2000 poco rappresentativa a livello regionale / subregionale)
- **Archivi delle prestazioni ambulatoriali**
(per la parte “spontanea” non sempre attendibili o completi)
- **Indagini “ad hoc”**
(questionari sondaggi nazionali / locali / interviste telefoniche su abitudini preventive)

SORVEGLIANZA PASSI



PROGRESSI DELLE AZIENDE SANITARIE PER LA SALUTE IN ITALIA

Il Sistema PASSI stima l'adesione al test di screening al di fuori o all'interno dei programmi organizzati mediante un indicatore Proxy (aver pagato o meno l'esame)



Prepared

Journal of Epidemiology and Community Health
1997, 51, 100-104
© 1997 British Medical Association
All rights reserved

BMJ 1997;51:100-104

Original Paper

Interaction of Spontaneous and Organised Screening for Cervical Cancer in Turin, Italy

G. Ronco,¹ N. Segna,¹ L. Giordano,¹ S. Filati,¹ C. Scaioni,¹ A. Potti¹ and R. Volante¹

Torino 1997

- **Nel 1986 il 48% delle donne torinesi non aveva mai effettuato un pap test.**
- **Nel 1997 la copertura complessiva (organizzato + spontaneo) era stata stimata intorno al 74% (71%- 78%) (G. Ronco et al, 1997).**
 - **Il 17% della copertura era attribuibile allo screening organizzato.**
 - **Il 61% delle non aderenti aveva avuto un pap test nei tre anni precedenti.**
 - **Il 49% delle aderenti aveva avuto un test spontaneo nei tre anni precedenti.**

LO SCREENING CERVICALE

Risultati principali 2008-2015

Anno attività	2008-2010	2011-2013	2014	2015
Numero di donne che hanno fatto screening	4.219.044	4.703.882	1.569.674	1.624.676
Proporzione di donne che hanno aderito all'invito	40,1%	40,9%	40,5%	39,8%
Lesioni con istologia CIN2+ individuate	13.419	14.417	4.840	

OSSERVATORIO
NAZIONALE
SCREENING

Periodo 2003-2004

colposcopie n. 2640

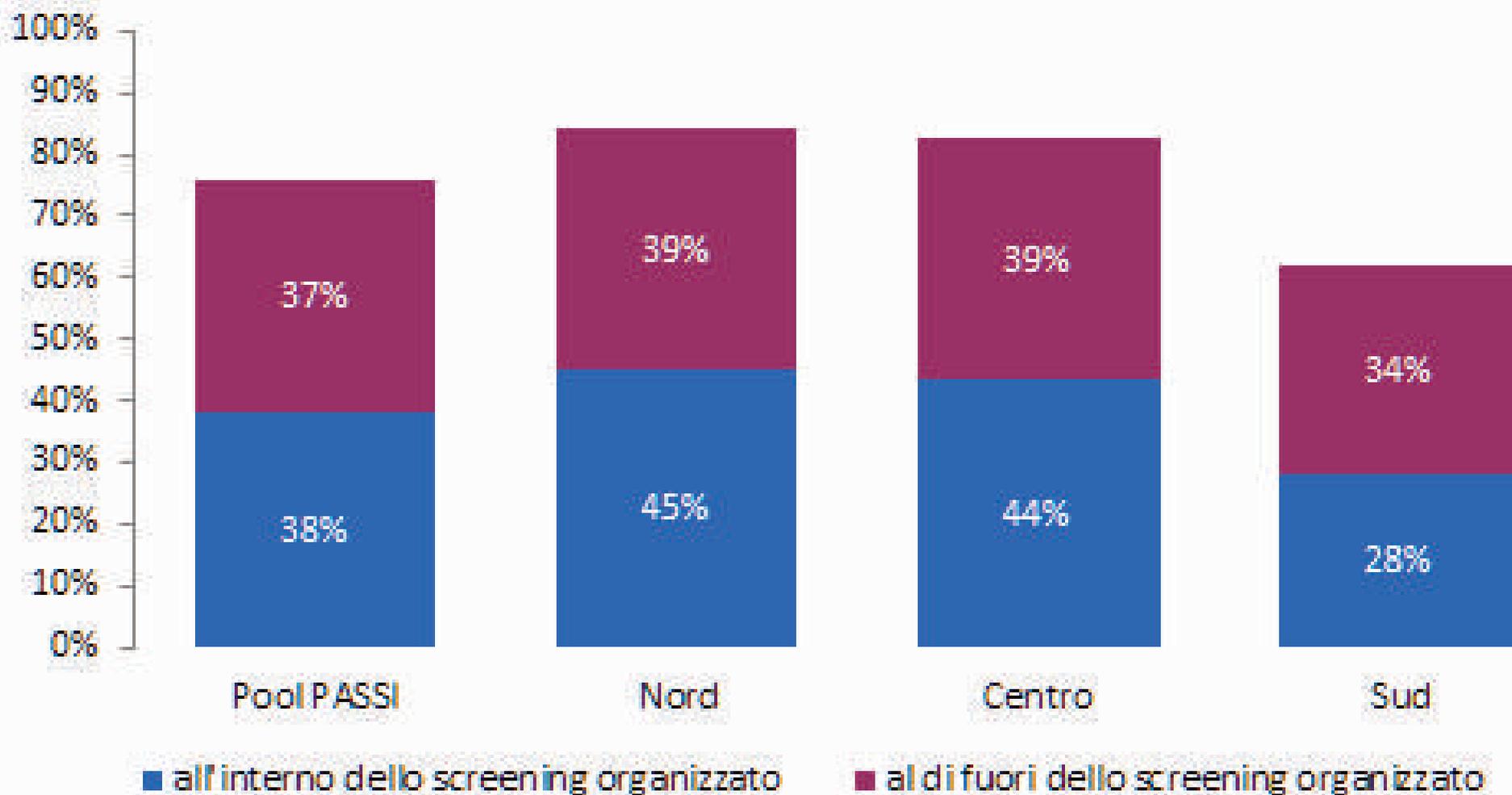
Diagnosi istologica	N.	%
CIN 1	42	35.6
CIN 2	23	19.5
CIN 3	50	42.4
Ca. microinvasivo	2	1.7
Ca. invasivo	1	0.8
Totale	118	100

Range età: 20 – 58
(età media: 34.2)

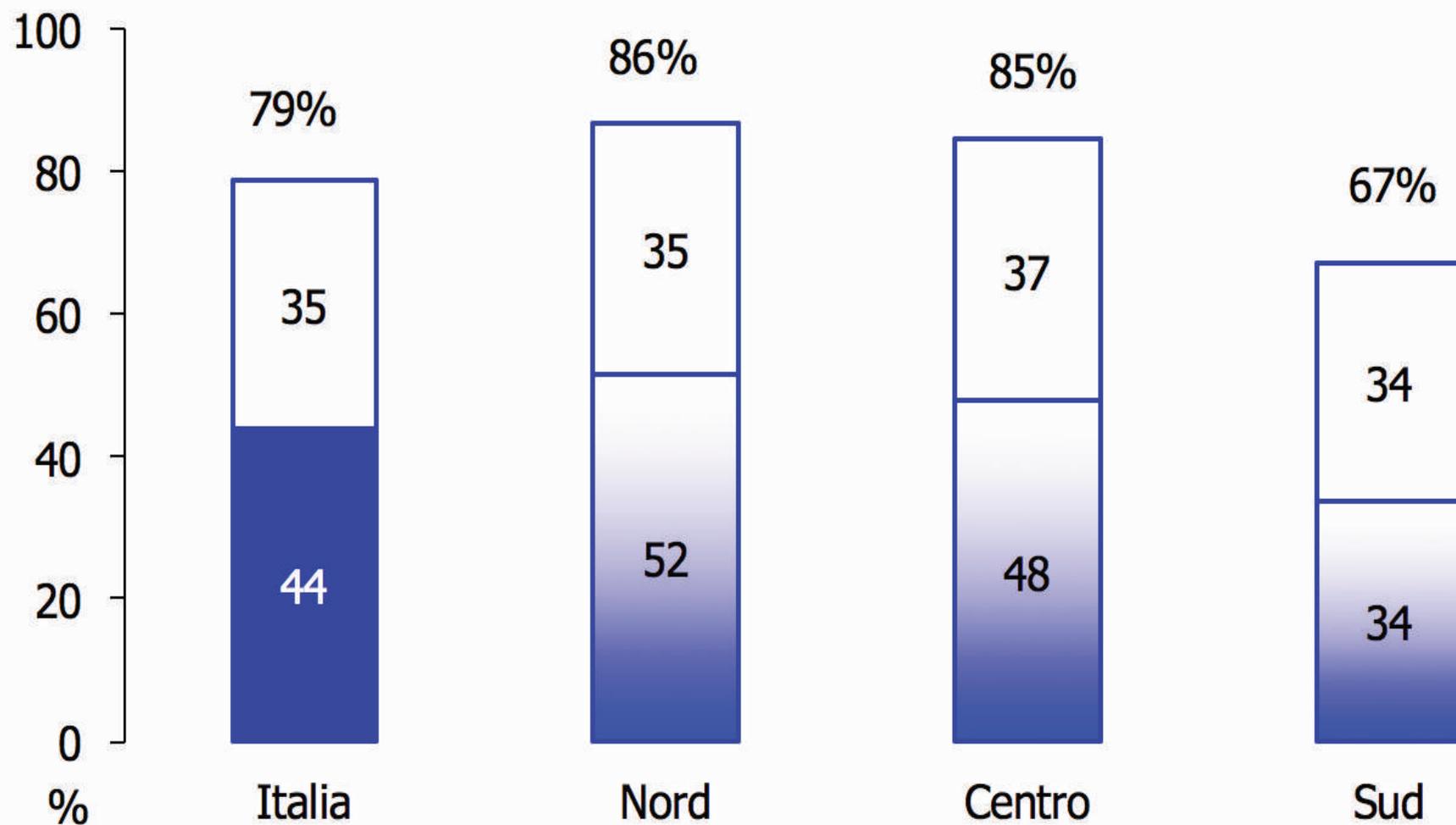
Test di screening per neoplasia cervicale eseguito negli ultimi tre anni - Donne 25-64enni

*Prevalenze per macroarea geografica di residenza -
Passi 2009-12*

Pool Asl: 76,1% (75,6-76,5%)



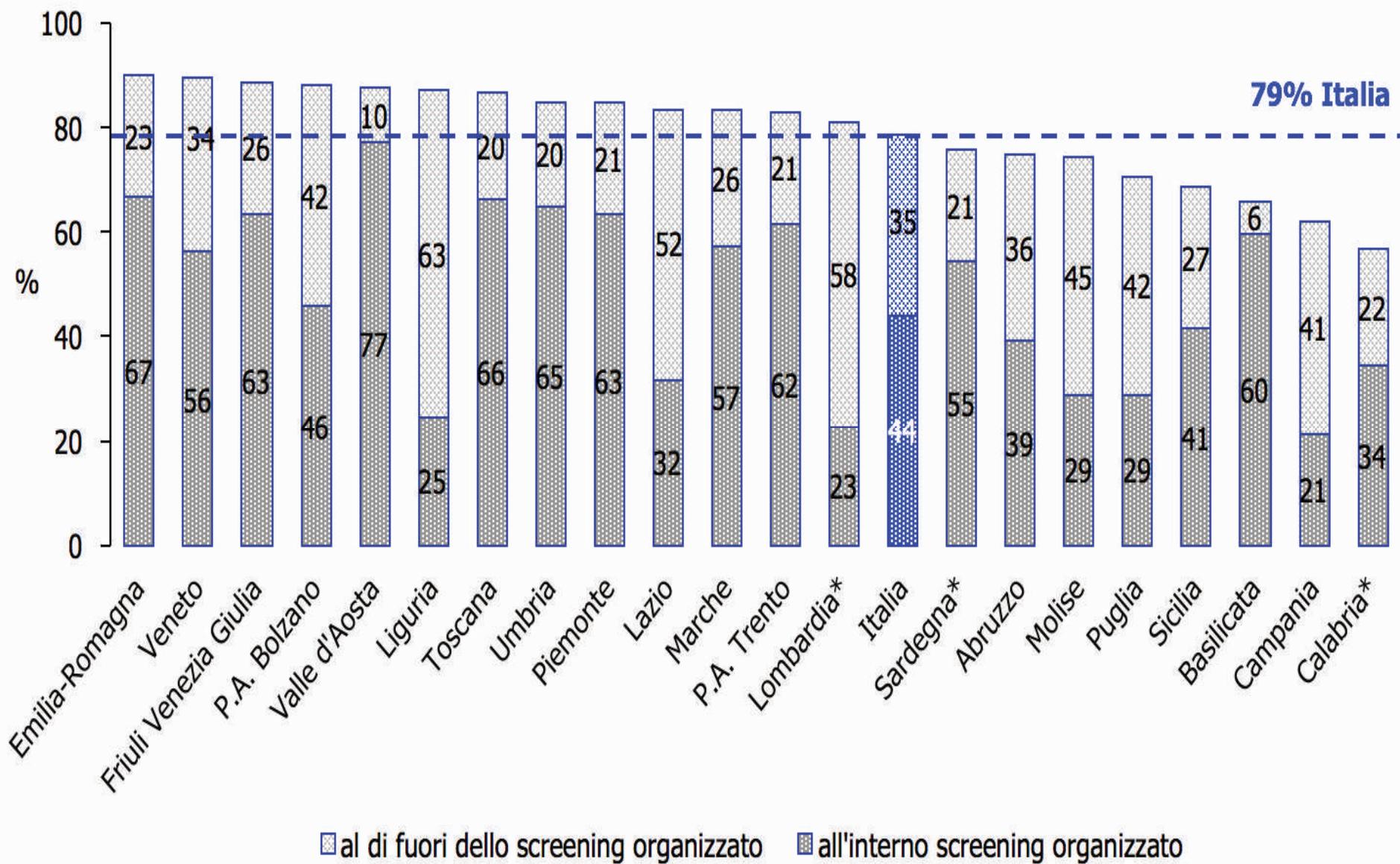
*Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati (%) donne 25-64enni
Passi 2013-15 (n. 43.515)*



- al di fuori dei programmi di screening
- all'interno dei programmi di screening

Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati (%) donne 25-64enni

Passi 2013-15 (n. 43.515)



SCREENING SPONTANEO E ORGANIZZATO

1. La questione è che, a fronte dello sviluppo dei programmi di screening si assiste alla persistenza dell'accesso a prestazioni sanitarie come il pap test che vengono prescritti al di fuori dei programmi di screening ma con finalità preventive e con periodicità anche diverse da quelle raccomandate nell'ambito dei programmi di screening.
2. Il modello di accesso alla prevenzione attraverso canali diversi dallo screening, preesistente al modello dello screening istituzionale ed organizzato "competete" per un target di popolazione che ha la stessa (o più estesa) fascia d'età di quella che lo screening laddove presente, invita o almeno dovrebbe invitare.
3. Nonostante il recente sviluppo dei programmi di screening si assiste tuttavia alla persistenza di ciò che alcuni hanno definito "doppio binario" .

- Questa attività di diagnosi precoce organizzata convive (come ci conferma regolarmente anche la sorveglianza Passi) con un'attività spontanea, cioè con test eseguiti in strutture private o comunque senza rispettare gli intervalli e le fasce d'età individuati come ottimali.
- Questa probabilmente è la sfida più importante che i programmi organizzati devono affrontare: riuscire a convincere (anche con atti legislativi) tanto la comunità sanitaria quanto le singole persone che l'attività organizzata è meglio della pratica spontanea, perché ha più controlli di qualità e rappresenta un migliore utilizzo delle risorse.
- Quello che sta avvenendo nello screening cervicale è paradigmatico: al posto del glorioso pap test i programmi si stanno via via spostando sull'utilizzo dell'Hpv come test primario.

Marco Zappa - direttore dell'Osservatorio nazionale screening (2016)

Ci sono possibilità di integrazione tra screening spontaneo e organizzato?

- **L'integrazione dello screening spontaneo con quello organizzato consentirebbe alla donna con accesso spontaneo le stesse garanzie di 'trattamento'**
- **Perché l'attività spontanea in Italia è molto diffusa e nonostante la diffusione dei programmi molte donne non rispondono all'invito (38,59%)**

Perché ipotesi di integrazione screening spontaneo e organizzato

Azienda 10 di Firenze: un esempio di integrazione

Presupposti all'integrazione



- Al laboratorio del programma di screening organizzato affluiscono la maggior parte dei test spontanei effettuati dai ginecologi e tutti i test effettuati presso i consultori dell'Azienda 10.**
- I prelevatori che portano i test al laboratorio aderiscono ai protocolli del programma di screening e partecipano ai controlli di qualità annuali del prelievo**

Il modello dell'azienda 10 di Firenze

VANTAGGI

- **Non si invitano donne già coperte da un test, che verosimilmente non risponderebbero all'invito con risparmio delle risorse**
- **Garanzia di presa in carico della donna per tutto il percorso diagnostico terapeutico**
- **Garanzia di qualità del percorso**

Convenzione A.G.E.O.

*La tua nuova polizza
di Responsabilità
Civile Professionale*



PAP-TEST ?

HPV-DNA TEST ?

Cancro del collo dell'utero

- La storia delle pazienti con cancro del collo uterino mette in evidenza che nel 55-65% dei casi non è mai stato effettuato un pap-test o che i prelievi erano troppo distanziati nel tempo.
- Il 30-40% delle donne con cancro invasivo hanno avuto risposte di pap-test normali con prelievi effettuati a intervalli regolari da 1 a 3 anni.
- Non meno del 5% dei carcinomi invasivi sono osservati in donne, nelle quali la prestazione medica è risultata inadeguata a fronte di un pap-test anormale

Sunghy et al. Cancer 2000. 88-9

Shyk et al. Obstet. Gynecol. 1989. 74

Kinney W. Et al. Obstet. Gynecol. 2001; 97

Enquête nationale d'Eurogin 1995, échantillon

SENSITIVITY OF THE PAP SMEAR

THIS META-ANALYTICAL REVIEW CONCLUDED THAT "DESPITE THE DEMONSTRATED ABILITY OF CERVICAL CYTOLOGICAL SCREENING IN REDUCING CERVICAL CANCER, THE CONVENTIONAL PAP TEST IS LESS SENSITIVE THAN IT IS GENERALLY BELIEVED TO BE." THE REPORT FOUND THAT IN MANY SETTINGS THE SENSITIVITY OF THE PAP SMEAR FOR CIN LESIONS IS CLOSE TO 50%.

•Duke University Association for Health Care Policy and Research (AHCPR) Report: Evaluation of Cervical Cytology, 1999.

HPV-DNA TEST: falsi negativi

- **Kaiser Permanente : 31% di casi con cervicocarcinoma**
- **ARTISTIC Trial Study Group : 25% di casi con cervicocarcinoma**
- **Trial TOMBOLA : 23% con lesioni cervicali di alto grado**
- **Clinica Mangiagalli (MI) : 14.2% con lesioni cervicali di alto grado**

- Occorre essere molto attenti sull'affidabilità di un singolo HPV test: rimandare a distanza di 3-5 anni una donna con HPV DNA test negativo comporta un rischio reale di mancare una possibile lesione di alto grado o un cancro invasivo.
- Certo il Pap test, come qualsiasi altro test di screening (incluso l'HPV test), può dare risultati falsi negativi: ma se correttamente eseguito e processato funziona ancora molto bene e resta sempre il test di screening più efficace della storia della medicina moderna.
- Le politiche basate sui test HPV non intendono infatti abolire la citologia, bensì effettuarla solo nelle pazienti HPV positive, mentre il nostro pensiero è che il Pap test debba continuare ad essere offerto a tutte le donne indistintamente.

L'ESAME COLPOSCOPICO È CONSIDERATO A LIVELLO NAZIONALE ED INTERNAZIONALE UN'INDAGINE DI SECONDO LIVELLO.

INFATTI VENGONO INDIRIZZATE ALLA COLPOSCOPIA TUTTE LE DONNE CHE PRESENTANO UN PAP-TEST ANORMALE O RISULTANO POSITIVE ALL' HPV-DNA TEST PER CEPPI VIRALI AD "ALTO RISCHIO".

INDICAZIONI DELLA COLPOSCOPIA

Tab.4.2 Attendibilità della colposcopia e della citologia, sole o in associazione, nella diagnosi del carcinoma preclinico.

AUTORE	DIAGNOSI		
	Colposcopica corretta %	Citologica corretta %	Combinata corretta %
Limburg, 1958	97,0	89,0	99,4
Navratil, 1964	79,1	87,0	98,8
Gonzalez Merlo, 1966	90,0	74,0	99,9
Lagrutta, 1966	96,9	85,8	—
Coppleson e Reid, 1967	92,0	93,0	98,0
Cope, 1969	95,0	90,0	95,0
Kolstad, 1971	94,0	82,6	—
Coupez, Carrera e Dexeus, 1974	94,1	91,0	98,9

(Da Stetanon [60])

**LA SENSIBILITÀ DELL'ESAME COLPOSCOPICO È DI CIRCA
IL 90% E LA SUA SPECIFICITÀ PUÒ ARRIVARE ALL'85%**

BIBLIOGRAFIA

- De Palo G.: Manuale di colposcopia e patologia del tratto genitale inferiore. 1994 Masson, Milano.
 - Peroni M.: Colposcopia e fisiopatologia cervico-vaginale Testo Atlante 1991 Arti grafiche
- Piccoli R, Boselli F, Santoro M.G.: La terapia chirurgica ginecologica ambulatoriale 1997 E.L.I. Ed. Internazionali
 - Singer A., Monagan JM.: Lower genital tract precancer: colposcopy, pathology and treatment
 - Blackwell Science, Inc 1995.
- Boselli F., De Martis S.: Colposcopia In: "Diagnosi precoce della neoplasia cervicale: attualità e prospettive"

Critical Medicine Publishing Ed. 2001.

VANTAGGI DELLA COLPOSCOPIA

- *localizzazione della lesione*
- *valutazione della dimensione, sede, estensione, morfologia*
- *biopsie mirate*
- *scelta corretta del trattamento*

INDICAZIONI DELLA COLPOSCOPIA

- VALUTAZIONE DELLE PAZIENTI CON CITOLOGIA ANORMALE
- BIOPSIA MIRATA
- GUIDA ALL'APPROCCIO TERAPEUTICO IN CASO DI CIN
- GUIDA ALLA NORMALIZZAZIONE CERVICALE
- ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO SU PAZIENTI SINTOMATICHE
- ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO SU PAZIENTI ASINTOMATICHE A
COMPLEMENTO DELLA VISITA GINECOLOGICA
- DIAGNOSTICA DELLE INFEZIONI VIRALI
- CONTROLLO DELLA CIN IN GRAVIDANZA

Associazione
Ginecologi
Extra
Ospedalieri

WWW.
AGEO
-federazione
.it



A.G.E.O.

Associazione Ginecologi Extra Ospedalieri

SITO INTERNET:

www.ageo-federazione.it

Segreteria AGEO: Tel. 051 470416

Fax 051 473911

Copertura screening cervicale

Periodo 2014-2017



Italia
n = 55086

	%	IC95% inf	IC95%sup
Copertura screening cervicale totale	79.3	78.8	79.7
Copertura screening cervicale organizzato	45.3	44.8	45.8
Copertura screening cervicale spontaneo	33.4	32.9	33.9

Anno attività	2009-2011	2012-2014	2015	2016
Numero di donne che hanno fatto screening	4.523.802	4.329.572	1.717.150	1.734.224
Proporzione di donne che hanno aderito all'invito	40,1%	40,9%	41,5%	40,5%
Lesioni con istologia CIN2+ individuate..	12.641	14.417	4.627	4466