



# **Gestione del passaggio da 3 a 5 anni dello screening cervicale**

***Cinzia Campari – Azienda USL di Reggio Emilia***

# **Punto di partenza: indicazioni del protocollo/delibera regionale/locale**

- Fascia di età per offerta del PAP test triennale dai 25 anni, supporto di allestimento
- Fascia di età per offerta HPV quinquennale
- Protocollo da adottare
- Tempistica di riconversione (es 3 anni)

# **Programmi consolidati**

## **Obiettivo organizzativo e gestionale: transizione «controllata» al fine di**

- 1.garantire la qualità del percorso, con sostanziale continuità del servizio → invitare le donne a scadenza
- 2.mantenere volumi di attività monitorati e oscillazioni moderate/gestite
- 3.implementare gradualmente le nuove attività
- 4.adeguare/riconvertire progressivamente le attività in essere

# Esempio

Popolazione bersaglio 120.000

1. Coorte con 3.000 donne per aa nascita (donne a scadenza)
2. HPV da 34 aa +
3. Adesione 1° livello 50%

			0° aa	1° aa	2° aa	3° aa	4° aa	5° aa	6° aa	7° aa
0° aa	PAP TEST	25-33 aa	9.000			9.000			9.000	
	HPV TEST	34-64 aa	31.000					31.000		
1° aa	PAP TEST	25-33 aa		9.000			9.000			9.000
	HPV TEST	34-64 aa		31.000					31.000	
2° aa	PAP TEST	25-33 aa			9.000			9.000		
	HPV TEST	34-64 aa			31.000					31.000
			40.000	40.000	40.000	9.000	9.000	40.000	40.000	40.000
test/aa	PAP TEST		4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500
	HPV TEST		15.500	15.500	15.500	-	-	15.500	15.500	15.500

# «Rimodulare su 5 anni parte della popolazione bersaglio a scadenza»

			inviti/aa	test/aa
Pap test (round 3 aa)	25-64 aa	120.000	40.000	20.000
Pap test (round 3 aa)	25-33 aa	27.000	9.000	4.500
HPV test (round 5 aa)	34-64 aa	93.000	18.600	9.300
		120.000	27.600	13.800

**Modello di transizione con offerta HPV  
a popolazione bersaglio crescente ed  
età decrescente,  
con marginali quasi-costanti**

## **Indicatori per una previsione di impatto (es.)**

1. Adesione 1° livello (50%)
2. Positività al test HPV (7%)
3. Invio HPV 12 mesi 65% - invio colpo (35%)
4. Adesione HPV12 (85%)
5. Positività HPV12 (50%) con lettura pap
6. Invio in colposcopia da Pap test (3%)
7. Adesione alla colposcopia (85%)
8. Donne attese/ora nel consultorio (5,4)

# Pianificazione degli inviti

inviti			HPV in bersaglio crescente			tutte le donne 34+ effettuano HPV				
			0° aa	1° aa	2° aa	3° aa	4° aa	5° aa	6° aa	7° aa
0° aa	PAP TEST	25-50 aa	26.000			9.000			9.000	
	HPV TEST	51-64 aa	14.000			17.000		13.682		
	HPV 12			319			387		311	
1° aa	PAP TEST	25-47 aa		23.000			9.000			9.000
	HPV TEST	48-64 aa		17.000			14.000		16.613	
	HPV 12				387			319		378
2° aa	PAP TEST	25-41 aa			16.000			9.000		
	HPV TEST	42-64 aa			24.000			7.000		23.454
	HPV 12					546			159	
inviti			40.000	40.319	40.387	26.546	23.387	30.000	26.084	32.832



# Volumi di attività

test/aa	PAP TEST		13.000	11.500	8.000	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500
	HPV TEST		7.000	8.771	12.329	8.964	7.329	10.611	8.707	12.048
	PAP TEST	trriage	490	730	1.004	827	654	859	781	982
	ore di attività consuoriali									
			3.794	3.889	3.951	2.647	2.312	2.958	2.590	3.246
	Invio colposcopia									
		PAP TEST	390	345	240	135	135	135	135	135
		HPV TEST	172	344	458	440	336	389	403	448
			562	689	698	575	471	524	538	583

## Considerazioni

1. Inserimento di altre variabili per ottimizzare le stime:
  - slittamento della casistica HPV12+ cito-, l'entrata immediata in coorte delle 25enni
  - % ripetizioni immediate, triage dell'ASCUS
  - numero di colposcopie indotte dal follow up (correzione del 10-15%)
  - Numero di citologici eseguiti nel 2° livello e dall'adozione dei protocolli di follow up

## Considerazioni

2. Valutazione di altri scenari MACRO: utilizzo di altre variabili al posto dell'età (es: area geografica, sedute dedicate, numero definito di test HPV) → attenta valutazione dell'impatto MICRO
3. Smoothing: anticipo/ritardo governato dell'invito



# **Programmi che devono iniziare lo screening cervicale o che hanno una bassa estensione**

**In quanto tempo invitare la popolazione bersaglio?**

**Adottare tempistiche di arruolamento differenti per le 2 modalità?**

Piani di valutazione:

- organizzativo
- risorse
- politica sanitaria

# Una possibile strategia (esemplificata) - 1

1. Lo screening si base su 2 modalità con 2 round differenti: 3 e 5 anni → Far coincidere le tempistiche di arruolamento di tutta la popolazione bersaglio al round più breve (3 anni) → inviti/anno =  $1/3$  della popolazione bersaglio (se vi sono donne con scadenze definite, rispettarle)

(NB: se una donna non invitata per motivi gestionali chiede di partecipare assecondare possibilmente la richiesta)

## Una possibile strategia (esemplificata) - 2

2. Con quali priorità di invito procedere nell'arco dei 3 anni (es: rispetto all'età)? → da un punto di vista organizzativo e valutativo la situazione ottimale è una popolazione mista in ciascun anno (→ 1/3 della popolazione per ciascun anno di età), ma:
- non dobbiamo rischiare di far uscire donne dalla coorte senza invito → garantire invito alle 63-64-enni nel 1° anno
  - incentivare da subito l'adesione delle giovani → garantire invito alle 25-enni

## Una possibile strategia (esemplificata) - 3

3. Quale test offrire per non indurre «sbilanciamenti» nella progressione degli inviti? Adottare un modello di transizione con offerta HPV a popolazione bersaglio crescente ed età decrescente, con marginali quasi-costanti
4. In assenza di indicatori locali, utilizzare le stime di programmi vicini, della propria regione o il dato nazionale (con precauzione vista la variabilità tra programmi)

Grazie