

Webinar GISCi/ONS, 18 giugno 2020

“Riflessioni sui dati della Survey 2018 e sulla ripartenza dello screening 2020 in epoca di COVID-19”.

CHAT: Domande e Risposte

	Autore	Domanda	Relatore	Risposta	Discussant	Risposta
1	Cinzia Campari, Reggio Emilia	Non è reale l'estensione massima del 100%. Lo abbiamo detto l'anno passato al GISCi. Il calcolo è prospettico	Manuel Zorzi, Padova	Condivido l'obiezione. Tuttavia, anche al di là delle probabili (inevitabili) approssimazioni, valori di estensione che superano di molto il 100% sottendono uno sbilanciamento degli inviti con reale rischio di vuoti di attività negli anni successivi. E' importante che i programmi tengano monitorato questo andamento.	Paolo Giorgi Rossi, Reg. Emilia	La copertura sull'anno diventerà sempre più uno strumento di monitoraggio interno del carico di lavoro. La copertura di popolazione (quante persone hanno ricevuto l'invito nei 5 anni precedenti) o di round è quella che ha un reale impatto sulla salute. L'ambito temporale così dilatato rischia però di non rendere facile l'attribuzione di responsabilità: sarà sempre colpa dei DG precedenti...
2	M. Donata Giaimo, Perugia	Adesione maggiore al test HPV rispetto al Pap Test, in particolare al Sud. Potrebbe essere motivato dall'età delle donne? le donne che sono sottoposte al PAP sono più giovani	Manuel Zorzi, Padova	Sicuramente l'età delle donne invitate spiega in parte l'adesione maggiore all'HPV osservata complessivamente. Inoltre, sia al Sud che al Nord, lo screening HPV è più diffuso in regioni che storicamente hanno adesioni più elevate.		
3	Anna Gillio Tos, Torino	A cosa può essere dovuta la variabilità che si osserva nella positività ad HPV e nell'invio in colposcopia anche tra regioni che invitano le stesse fasce di età?	Francesca Carozzi, Firenze	Probabilmente a più fattori: - differente prevalenza di HPV tra aree geografiche - variabilità importante nella interpretazione della citologia di triage (valori 20 - 75%); i valori più alti si osservano nelle regioni del Sud ma anche il Nord ha valori elevati. Poiché tutti i programmi usano test HPV validati per lo screening, sarebbe fondamentale un confronto sui risultati delle Veq (possibilmente la stessa per tutti i programmi)		

4	Alberto Bellomi, Mantova	Tra ritardi e molteplicità di dati, risulta difficile avere indicazioni. La distinzione tra hpv e pap test deve fermarsi al primo livello, al secondo livello arriva sempre comunque una diagnosi citologica. Bisogna migliorare la citologia abolendo le diagnosi incerte anche con l'aiuto di test biologici sul vetrino	Francesca Carozzi, Firenze	E' vero sarebbe importante discutere i dati della survey più recente; all'inizio del programma HPV si era definito di presentare ogni anno i dati di prevalenza HPV e citologia di triage dell'anno precedente, mentre i dati di VPP e DR sarebbero stati mostrati complessivamente dopo 2 anni. Così è stato fino alla survey del Convegno di Roma nel 2017.	Paolo Giorgi Rossi, Reg. Emilia	La riduzione delle ASC-US è un fatto consolidato nel triage. Nelle donne giovani la citologia ha un problema di specificità, forse esacerbato dal passaggio rapido a fase liquida indotto dal passaggio ad HPV per uniformare la modalità di prelievo. La perdita di specificità però si manifesta soprattutto con un aumento di L-SIL. Visti i protocolli attuali mi preoccupa più un aumento di L-SIL che di ASC-US, dove si applica il triage. Inoltre abbiamo quasi una metà delle colposcopie in cui non c'è una diagnosi citologica o meglio la citologia è negativa... In questi casi il tasso biotico è molto variabile. I ginecologi dovrebbero elaborare comportamenti uniformi...
5	Silvia Cristina, Novara	Nel 2017 i Pap test nelle donne giovani venivano letti in tutte le anatomie patologiche e quindi non sarebbe corretto parlare di 1 dei 2 centri piemontesi	Paola Armaroli, Torino	Nella seconda parte della relazione si presentavano i dati su citologia nelle 25-30enni in programmi che avevano pressoché completato la transizione ad HPV nelle adulte. In Piemonte sono stati inclusi 2 PROGRAMMI. Nella relazione non si faceva riferimento ai 2 centri di lettura, bensì ai 2 programmi (entrambi afferenti allo stesso centro di lettura per le donne adulte) i cui Pap test come detto da Silvia Cristina, venivano letti dalle rispettive anatomie patologiche.		
6	Maria De Nuzzo, Ravenna	Cosa fare nelle donne con età 64 anni che sono ancora positive dopo richiamo in colposcopia negativa con approfondimenti negativi	Patrizio Raggi, Roma	Questo è un punto molto caldo, ma la risposta è tuttora in via di elaborazione all'interno della comunità scientifica. L'argomento è infatti oggetto di valutazione per la stesura, attualmente in corso, delle nuove Linee Guida secondo il percorso metodologico previsto dall'Istituto Superiore di Sanità.	Paolo Giorgi Rossi, Reg. Emilia	Comunque lo screening finisce solo quando una donna è negativa al test che usiamo per lo screening, secondo linee guida Europee e Italiane.

7	Maria De Nuzzo, Ravenna	Una riflessione: nello screening con hpv il colposcopista si fida di più?	<p>Mario Preti, Torino</p> <p>Patrizio Raggi, Roma</p>	<p>Il colposcopista ha la maggiore sicurezza di un test molto sensibile e deve impegnarsi per identificare le lesioni colposcopiche, che con l'arrivo delle coorti vaccinate saranno ancor più difficili da identificare (numero ridotto di casi e quadri colposcopici più sfumati con la ridotta prevalenza di HPV 16/18)</p> <p>Concordo in tutto con quanto scritto dal dott Preti. Dovremmo affinare di molto la nostra diagnostica.</p>	Paolo Giorgi Rossi, Reg. Emilia	La mia impressione è che si fidi del VPN, ma che ci sia molta disomogeneità di comportamento nelle colpo dopo doppio HPV positivo e cito negativa.
8	Maria De Nuzzo, Ravenna	Dove inserire la biopsia conica nella scheda GISCi?	Paola Armaroli, Torino	Se sono diagnostico non preceduto da biopsia o se preceduto da biopsia negativa, inserire in Tabella trattamenti- colonna See and treat o BMS negativa. Altrimenti nella colonna relativa all'esito della biopsia precedente, nella Tabella trattamenti.		
9	Daniela Gnesutta, Udine	Che adesione avete avuto post covid, alla ripartenza?	Priscilla Sassoli De Bianchi, Bologna	In Emilia-Romagna il timore del contagio ha fatto rinviare lo screening ad alcune donne contattate telefonicamente in maggio. I primi inviti postali sono ripartiti in giugno, pertanto è presto per poter avere i dati di adesione, molto probabilmente la riduzione o meno sarà legata alla diffusione del virus	Paolo Giorgi Rossi, Reg. Emilia	Anedddotica anche da altri screening fa vedere un calo di adesione, da quantificare...
10	Antonella Gambarà, Parma	Problema del prelievo di un campione rappresentativo con l'autoprelievo e del prelievo di un campione unico in fase liquida?	Ubaldo Passamonti, Perugia	L'autoprelievo determina la raccolta del materiale organico che si deposita in area cervico vaginale, dove con le cellule si deposita muco e virus. Non ha nulla a che fare con la "rappresentatività" del citologico	Paolo Giorgi Rossi, Reg. Emilia	La ricerca del virus non necessita di un campione rappresentativo. Per questo il test è molto più sensibile ma molto meno specifico.

11	Laura Anelli, Roma	Perché l'autoprelievo in Umbria è stato abbandonato?	Ubaldo Passamonti, Perugia	Non è stato abbandonato, aspettiamo che il nuovo corso regionale ci dia un "segno" per procedere all'implementazione		
12	Daniela Loche, Torino	Quando un prelievo è inadeguato?	Ubaldo Passamonti, Perugia	Quando la determinazione analitica in PCR determina un "invalido" (di solito dipende dal campione) o un "fallito" (di solito è un problema tecnico).	Paolo Giorgi Rossi, Reg. Emilia	Invalido vuol dire che il test non trova DNA ospite, dunque non c'erano cellule o il DNA è stato degradato.
13	Daniela Loche, Torino	Vi possono essere dei falsi negativi per autoprelievo?	Ubaldo Passamonti, Perugia	In ogni determinazione analitica è inevitabile che ci siano. Anche con il prelievo assistito da operatore questa eventualità non si può escludere con alcuni sistemi analitici. Le cause sono numerose dal prelievo, al valore soglia, all'errore analitico, ecc.	Paolo Giorgi Rossi, Reg. Emilia	Certamente. Con i test PCR (gli unici che hanno una sensibilità non-inferiore su autoprelievo rispetto a prelievo clinico) i negativi per assenza di materiale risulteranno invalidi. I falsi negativi per altri motivi sono simili a quelli dell'HPV con prelievo clinico.
14	Luisa Paoni, Sassari	In Sardegna non è ancora attivo l'HPV test. Come si potrebbe evitare la fase del cotesting nel II livello?	Mario Preti, Torino	Si dovrebbero pianificare i percorsi territoriali e di laboratorio per arrivare all'HPV test primario, evitando il co-testing	Paolo Giorgi Rossi, Reg. Emilia	Non mi è chiara la domanda. Se si intende come si può fare a rimanere senza HPV test e solo con citologia ancora per molto, credo che la risposta sia che si dovrebbe evitare. A parte il ruolo come test di primo livello, metodi senza HPV nel follow up sono subottimali e rischiano un uso inappropriato della colposcopia.