

**GISCi - Convegno Nazionale 2014**

Firenze, 12-13 giugno 2014



**Friuli Venezia Giulia:  
perché restare al pap test**

**Antonella Franzo**

Regione FVG

# Il contesto regionale

Regione FVG: 1.200.000 abitanti

Popolazione target screening cervice: 330.000  
donne 25-64 anni

6 aziende sanitarie



# Prima dell'avvio dello screening

- Copertura pap test circa 40%
- Uso improprio del pap test e della colposcopia

**Dal 1999: avvio programma regionale di screening a parità di risorse**

# Il protocollo

- **Pap test triennale** dai 25 ai 64 anni
- **HR-HPV test** utilizzato nel triage dell'ASC-US e nel follow up post-trattamento

# Caratteristiche del programma regionale

**Coordinamento unico regionale** che garantisce:

- protocolli e modelli di refertazione (citologica, istologica e colposcopica) omogenei
- sistema informativo unico
- gestione inviti e spedizione lettere centralizzata
- formazione del personale
- valutazione del programma

# I centri del programma attuale

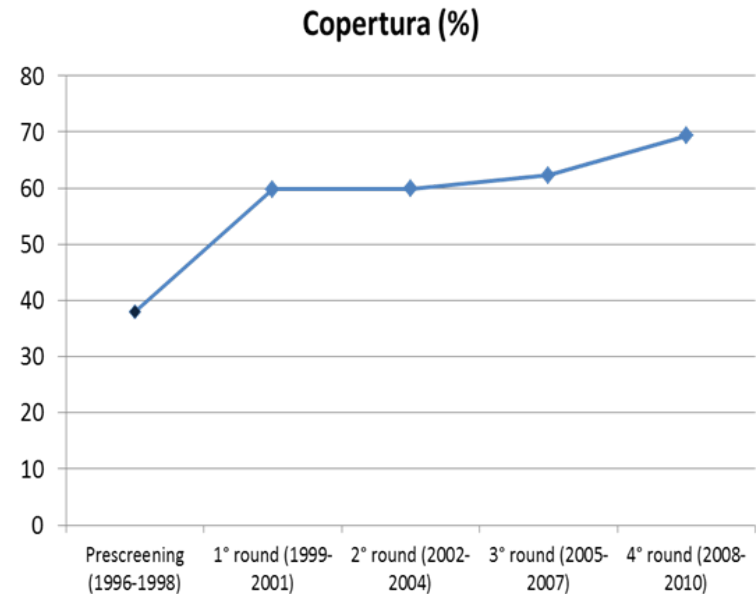
- 40 centri prelievo presso consultori, distretti, ospedali
- 5 centri per la refertazione cito-istologica
- 3 centri per la lettura del test HPV
- 9 ambulatori di colposcopia (con 12 colposcopisti)

# Adesione all'invito e copertura

L'adesione all'invito si attesta intorno al 60% a livello regionale.

La copertura della popolazione 25-64 (pap test di screening e non) rilevata dai SI ha raggiunto il 70%.

Secondo PASSI la copertura si avvicina al 90%.



# Esiti pap test+trriage e referral rate

Su 62.225 aderenti al pap test nel 2012

**1,5%** casi positivi con invio diretto in colposcopia (910)

**1,3%** casi con citologia ASCUS e triage HPV (828)

Adesione HPV test 93% (770)

HPV positivi 48% (368)

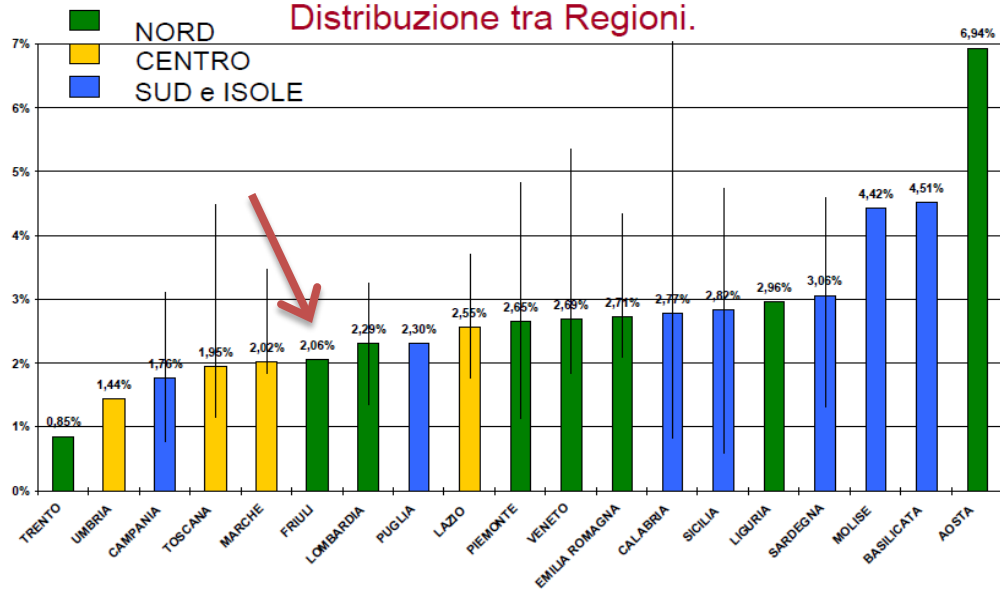
Totale invio in colposcopia:

**2% delle screenate**

Proporzione di donne invitate in colposcopia  
Referral rate invio per tutte le cause.

Survey su attività 2011

Distribuzione tra Regioni.

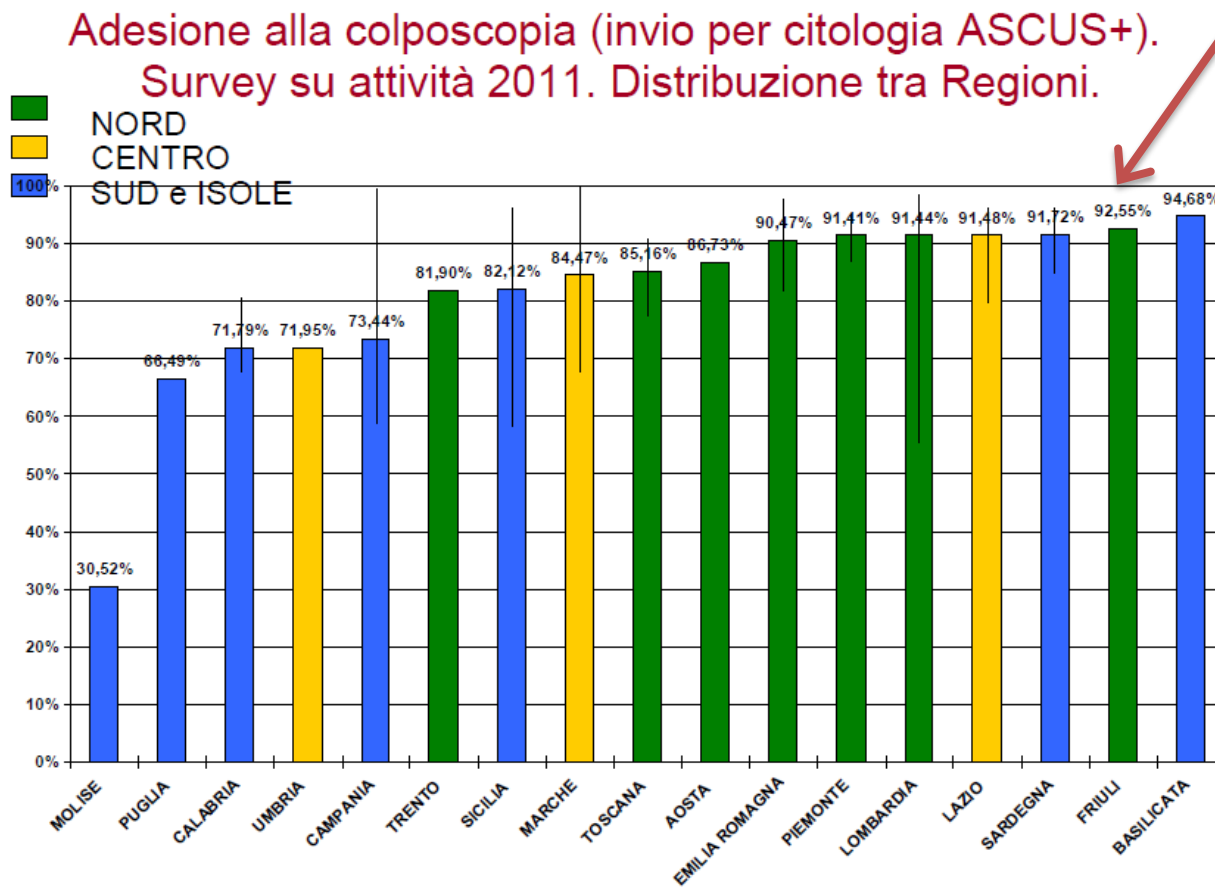




# Adesione secondo livello

Adesione 2102 alla colposcopia per cit. > ASCUS (invio diretto) **87,0%**

Adesione 2012 alla colposcopia per cit. ASCUS con HPV positivo **92,7%**



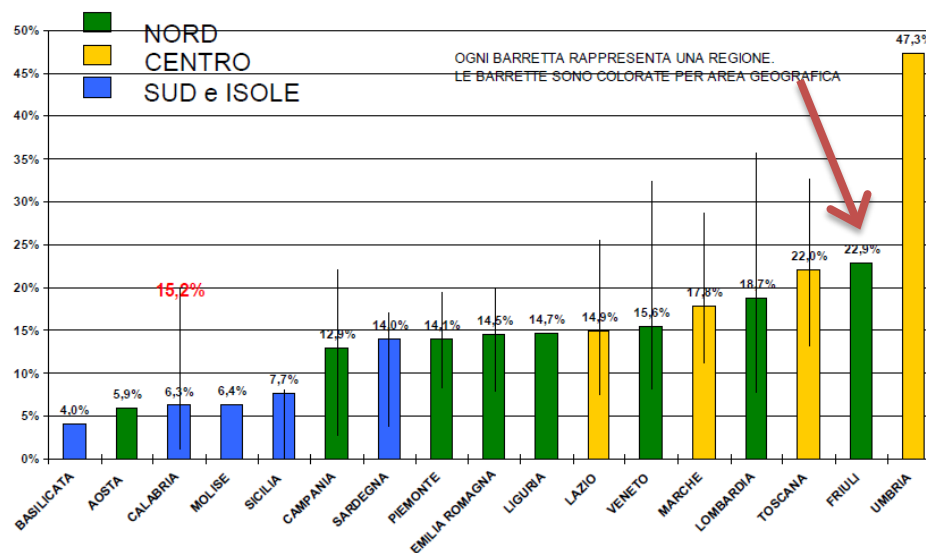
# Valore predittivo positivo della citologia

Nel 2012 VPP (citologia + triage) = **21,3%**

VPP Citologia >ASC-US **23,5%**

VPP ASC-US con triage **16,3%**

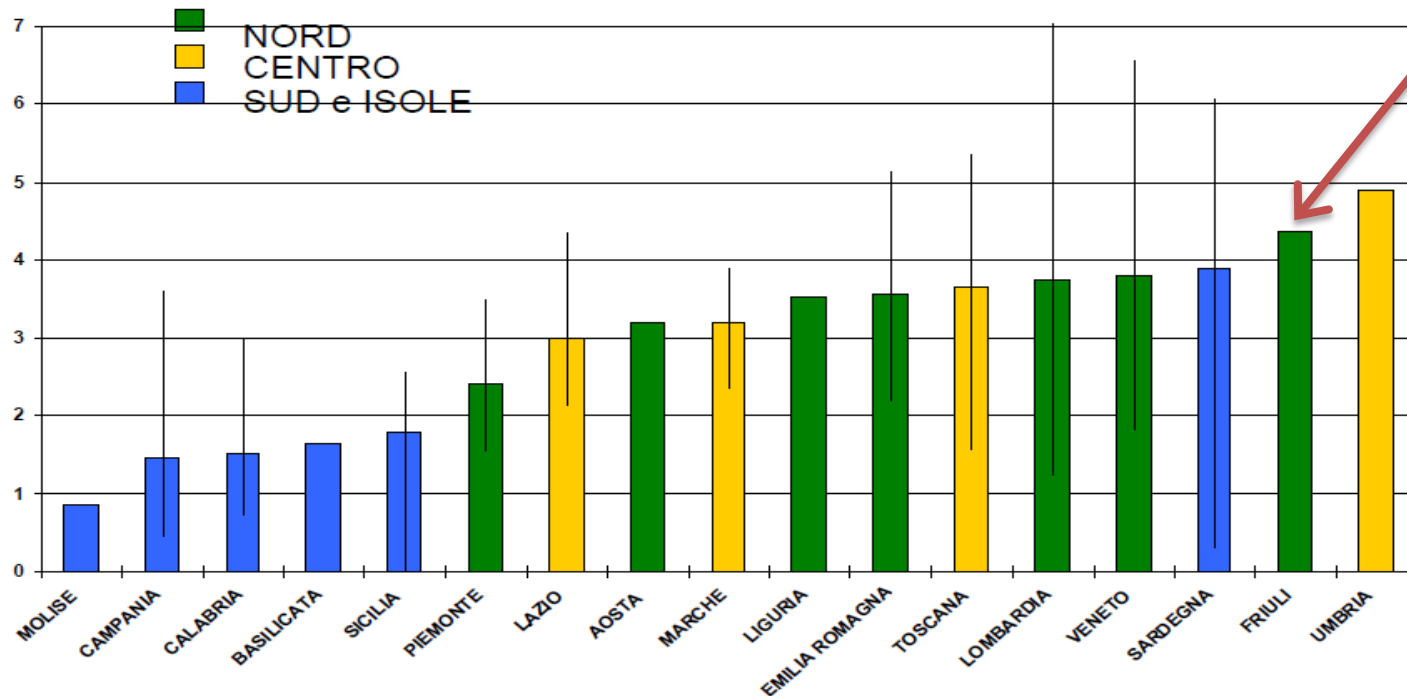
**VPP per presenza di istologia CIN2+  
di invio in colposcopia per citologia ASCUS+  
Survey su attività 2011. Distribuzione tra Regioni.**



# Detection Rate CIN2+

Nel 2012 DR **4,5** casi su 1000 donne screenate

Tasso di identificazione (o Detection Rate) di CIN 2+ con conferma istologica nella survey relativa all'attività 2011 per 1000 donne screenate



# Tempi di attesa

**Tempi per la refertazione del pap test:**

**88,6%** entro 21 gg

**Tempi per l'esecuzione della colposcopia:**

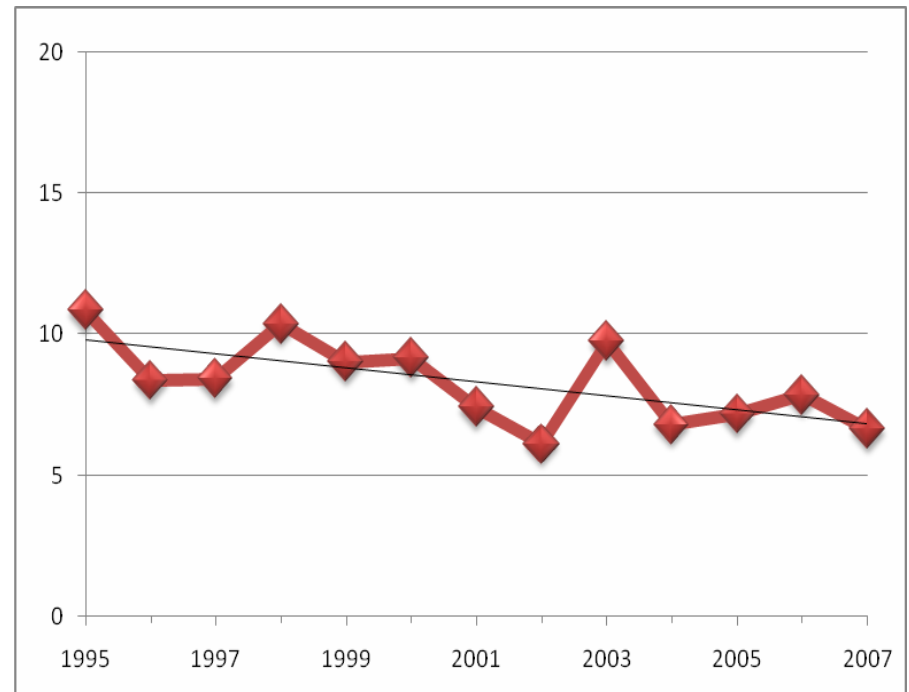
**81,1 %** entro 8 settimane

# Incidenza del carcinoma della cervice in FVG

Circa 60 nuovi casi  
all'anno

Mediamente in calo negli  
anni 1995-2007 i tassi di  
incidenza

**Tasso di incidenza standardizzato x  
100.000 ab.**

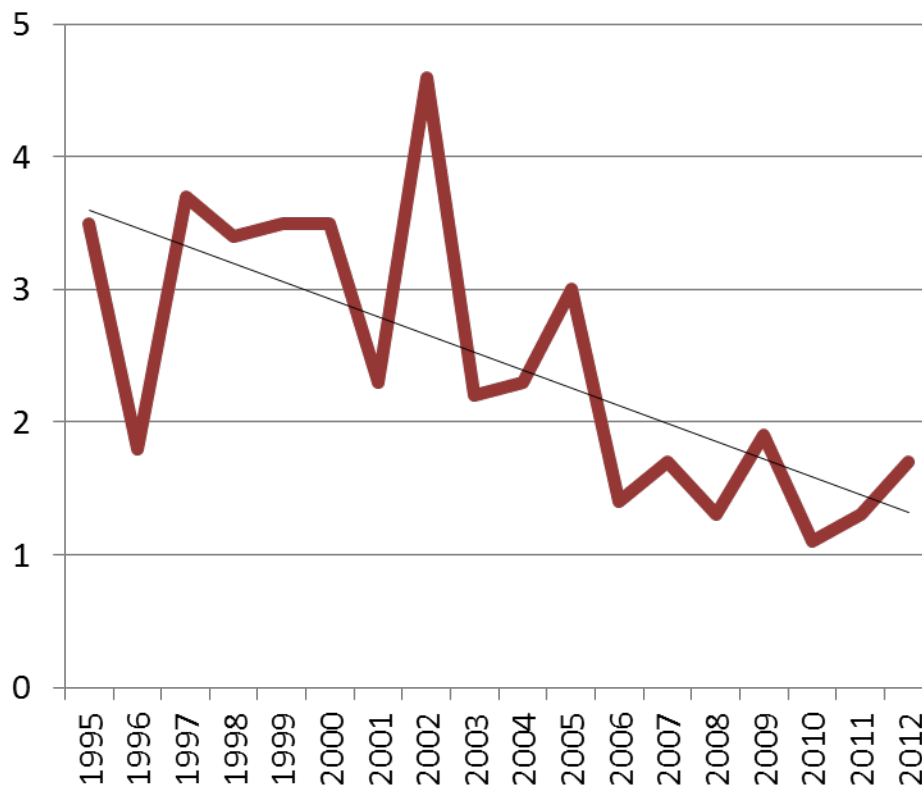


# Mortalità per carcinoma della cervice in FVG

Circa 10 decessi all'anno

Mediamente in calo negli anni 1995-2012 i tassi di mortalità standardizzati

**Tasso di mortalità standardizzato x  
100.000 ab.**



# Perché restare al pap test

**E' difficile decidere di cambiare qualcosa che funziona**

- Il protocollo è ben consolidato
- Gli indicatori di processo del programma di screening sono soddisfacenti
- I tassi di incidenza e mortalità per tumore invasivo della cervice sono in calo

## Perché restare al pap test

### **Il passaggio allo screening con HPV comporta alcune criticità:**

- Complessità dei protocolli (necessità di triage citologico, richiamo a 1 anno donne HPV+/PAP-)
- Donne giovani (<30/35 anni): doppio percorso
- Aspetti organizzativi (centralizzazione refertazioni, riconversione attività di lettura della citologia)



## Perché restare al pap test

### **L'adozione dell'HPV test può complicare l'integrazione tra screening organizzato e spontaneo**

- Finanziaria 2001 (Legge Veronesi)
- Intervallo quinquennale può aumentare il rischio di eseguire esami (pap test e HPV test) fuori screening
- Necessario far precedere una adeguata formazione degli operatori interni e professionisti esterni (ginecologi, MMG)
- Importanza della comunicazione rivolta alle donne

## Perché restare al pap test

### **Le conoscenze sono in rapida evoluzione:**

- Possibili ulteriori modifiche dei protocolli ottimali
- Nei prossimi anni sarà necessario integrare al meglio i programmi di vaccinazione e di screening per ottimizzare l'uso delle risorse (protocolli diversi per le vaccinate?)
- Utilizzo del self sampling

# Perché restare al pap test

## Aspetti legati ai costi

- Progettare e organizzare la riconversione richiede risorse
- Il costo del singolo round con HPV è più alto
- Va considerato il costo dell'adeguamento del sistema informativo
- I costi del test HPV dipendono da dimensioni della gara, competitività tra nuovi test

E' necessario un investimento iniziale da parte della regione

# Perché cambiare

**I vantaggi dello screening con HPV test primario sono ormai assodati**

- Solide evidenze a favore di una maggiore efficacia
- Minori costi nel medio-lungo periodo
- Intervallo quinquennale più comodo per le donne
- Può aumentare l'adesione
- Può risolvere il problema della carenza di citologi e di ostetriche

# La scelta della regione FVG

# DGR 2305/2013

## Linee per la gestione del SSR nel 2014

### 1. LO SCENARIO

La gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2014 è caratterizzata e influenzata principalmente dai seguenti elementi:

a) Consistente riduzione del finanziamento del SSR

b) Presenza delle seguenti norme nazionali vincolanti per la Regione e per le Aziende:

- DL 6-7-2012 n. 95 convertito con Legge n. 135 del 7-8-2012 "spending review"
- DL 13-9-2012 n. 158 "Decreto Balduzzi", convertito con legge n. 189 del 8-11-2012
- DL 18-10-2012, n. 179 "Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese"

Tali norme prevedono tra l'altro:

- attuazione da parte della Regione di specifici interventi quali la riduzione dei posti letto ospedalieri al 3,7 per 1000 abitanti;
- rideterminazione delle tariffe;
- riduzione o mantenimento di alcune specifiche voci di spesa (farmaci, acquisto di beni e servizi, personale).

#### *Screening oncologici*

Proseguiranno i programmi come da indicazioni dei piani nazionali specifici e delle linee guida europee, con obiettivi di miglioramento delle performance in termini di copertura della popolazione target e di criteri di qualità.

## La scelta della regione FVG

Il passaggio al test HPV come test primario, considerata la bassa incidenza della malattia e il buon funzionamento del programma attuale, non è stato considerato prioritario

## La scelta della regione FVG

- Previsto entro il 2014 l'avvio di una valutazione del passaggio al test HPV come test di screening primario
- Forte interesse per lo studio di protocolli nelle vaccinate (nel 2018 in FVG la prima coorte di vaccinate dovrebbe iniziare lo screening) e per l'uso dell'autoprelievo