Spunti per la discussione

Ripetizioni citologia

- 2.1%, molto basso, quasi tutto dovuto a inadeguati:
- Vera e completa applicazione del TBS2001.

Referral rate

- Qualche outlier
- In generale piuttosto alto rispetto alla media italiana:
  - Maggiore prevalenza? (dati prevalenza HPV confermano in parte)
  - Minore specificità del Pap test?
- Ma il triage con HPV chi lo fa?

VPP

- VPP per ASC-US?
- Alcuni outlier…
- Chi fa il triage?
- Potrebbe essere utile a qualcuno?
- In alcuni programmi, sicuramente le donne avrebbero un vantaggio.

Detection rate

- Sopra la media nazionale:
  - Conferma alta prevalenza
  - Conferma alta sensibilità dei programmi
  - Facciamo lo stesso sforzo per omogeneizzare i criteri che si fanno per il Pap test?
- Molta differenza fra primi esami e successivi: prova diretta di efficacia

Concordanza cito istologica

- Unica regione che non ha più altro nell’invio in coloscopia!
- VPP alto per ASC-US (6%)
- Tasso bioptico piuttosto alto (>60%)

Impatto screening organizzato

- 95-96 (prima multiscopo ISTAT copertura Emilia Romagna già >75%) incidenza ca invasivi 16.2/100.000
- 2006-07 (multiscopo ISTAT copertura RER 88%) ca invasivi 8.2/100.000
- Lo screening ORGANIZZATO ha dimezzato le donne non coperte (senza considerare le non screenabili) e ha dimezzato l'incidenza.

PASSI

- In tutte le altre regioni c’è un gradiente inverso nelle donne che fanno il Pap nei programmi (più ricche hanno meno probabilità di farlo nei programmi)
  - Il programma garantisce il Pap alle donne meno abbienti
  - Lo spontaneo “segue” le donne abbienti
- In RER non c’è gradiente:
  - Il programma è la prevenzione di tutti
  - Lo spontaneo è una scelta di poche donne molto abbienti (che non sanno quello che si perdono!)

Spunti per la discussione (2)

Come gestire il passaggio all'HPV

- Problemi organizzativi
- Problemi di costi
- Problemi di protocolli (nelle donne giovani).
- Test di uscita per le >50 anni

Problemi organizzativi

- Protocolli complessi
- Difficile gestione dell’interazione con lo spontaneo: in donne HPV negative qualsiasi esame nei primi tre anni può solo fare danni, da ripetere almeno dopo 5 anni!
- Gestire due protocolli per donne giovani e meno giovani?

Problemi di costi

- HPV + triage citologico costa meno (o uguale) se intervallo a 5 anni ripetto al Pap test (Accetta, 2010)
- Il vantaggio economico si ha per riduzione dei costi di personale
- La manodopera di citolettori non è flessibile.
- In passaggio da Pap a HPV dovrebbe essere graduale e seguire una riconversione del pesonale

Come?

Iniziare con le fasce di età dove funziona meglio?

Iniziare con i programmi già in shortage di personale?

Strategie poco RER…

Che fare delle donne giovani nello screening con HPV

Alzare il cut off: dati NTCC

Women aged 25–34					
No valid test	22	0	0	0	0
<0.30	4488	0	0	0	0
0.30–0.99	1520	0	0	0	0
1.00–1.99	9	89	12	1	0
2.00–3.99	5	78	9	0	1
4.00–9.99	7	65	14	2	0
≥10	36	417	98	41	23
Total	6087	649	133	44	24

Non riduce il sovra trattamento

Che fare? Ora, non ci sono soluzioni

In futuro

Trovare un biomarcatore che permetta di distinguere le CIN2 progressive (trattamento immediato) da quelle non progressive (follow up)