Con il Patrocinio di

Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento

LILT

GISCi

Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma

# CONVEGNO NAZIONALE 2013

*LO SCREENING CERVICALE TRA PRESENTE E FUTURO*
*ACCOMPAGNARE IL CAMBIAMENTO*
23-24 Maggio 2013

## GIORNATA PRECONGRESSUALE

22 Maggio 2013

**Workshop GISCi interdisciplinare**

*Citologia Colposcopia e Istologia nello screening con HPV primario*

**Workshop ONS**
Osservatorio Nazionale Screening

*Citologia Colposcopia e Istologia nello screening con HPV primario*

**Venerdì 24 Maggio 2013**

**Lavori Gruppo "Approfondimenti Diagnostici e Terapia"(II Livello)**

**Moderatori: P. Raggi, L. Viberti**

***L'adesione ai protocolli diagnostico-terapeutici: quale spazio per la personalizzazione nell'ambito dei programmi di screening***

**B. Ghiringhello, T. Maggino**

Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino

# TEST HPV (dati aggiornati al 7/5/13)

| | TOTALE test eseguiti | POS (%) | NEG (%) |
|---|---|---|---|
| 2010 | 6671 | 409 (6,13) | 6261 (93,9) |
| 2011 | 12421 | 842 (6,78) | 11579 (93,2) |
| 2012 | 9509 | 817 (8,59) | 8692 (91,4) |
| 2013 | 4595 | 491 (10,7%) | 4096 (89,3%) |
| TOT | 37305 | 2920 (7,8%) | 34385 (92,%) |

NB nel numero totale sono comprese le ripetizioni del test dopo 1 anno

# PERIODO DI RIFERIMENTO
## MARZO 2010- MAGGIO 2013
### (I livello, I livello di pz in fu, ripetizioni ad 1 anno, prelievi in colposcopia)

| NUMERO TEST HPV | TEST HPV POSITIVO | TEST HPV NEGATIVO |
|---|---|---|
| 37305 | 2920 (7,8%) | 34385 (92,%) |

**1508 (51,64%)**
**TEST HPV+**
**CITO –**

**68 (2,32%)**
**TEST HPV+**
**CITO INAD**

**554 (18,97%)**
**TEST HPV+**
**CITO +**

**INVIO A 1 ANNO**

**INVIO IN COLPOSCOPIA**

# Ripetizione ad 1 anno (Doppio test HPV)

## PERIODO DI RIFERIMENTO

## MARZO 2010- MAGGIO 2013

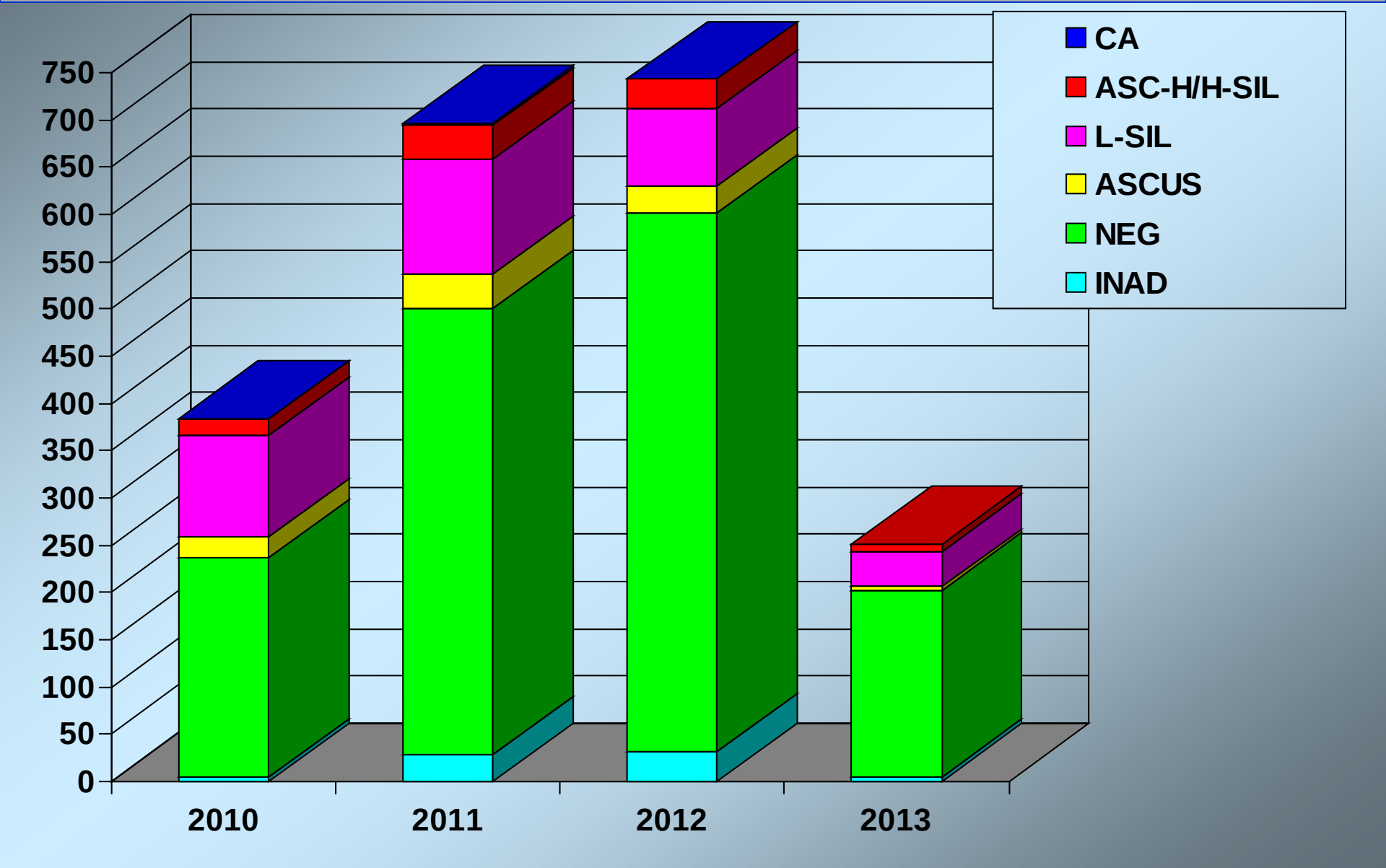
| TOT DOPPIO TEST HPV | TEST HPV POSITIVO | TEST HPV NEGATIVO |
|---|---|---|
| 791 | 483 | 308 |

INVIO IN COLPOSCOPIA

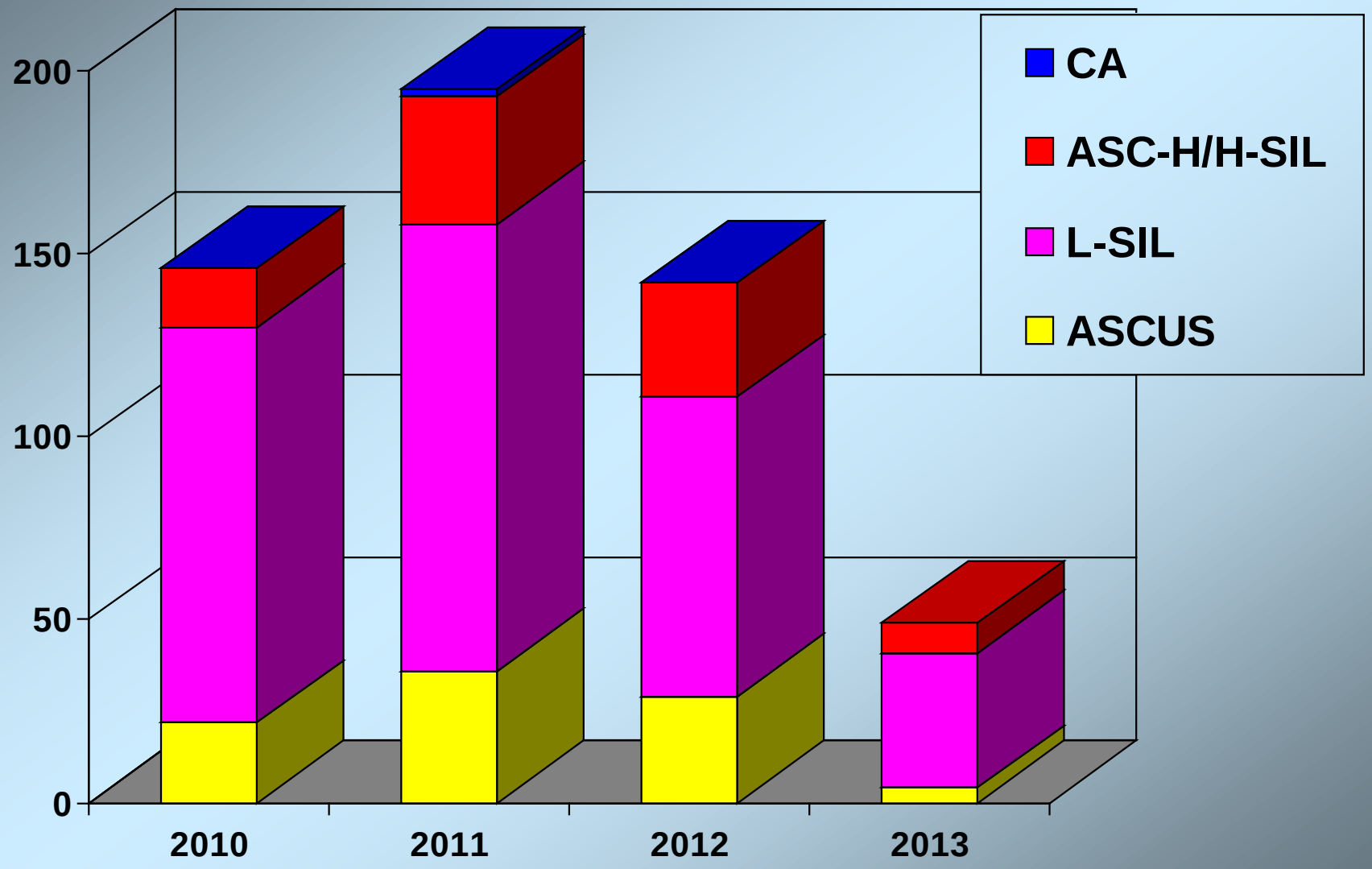
INVIO A 3 ANNI

**271 (56,10%) TEST HPV+ CITO –**

# DIAGNOSI I LIVELLO PILOTA

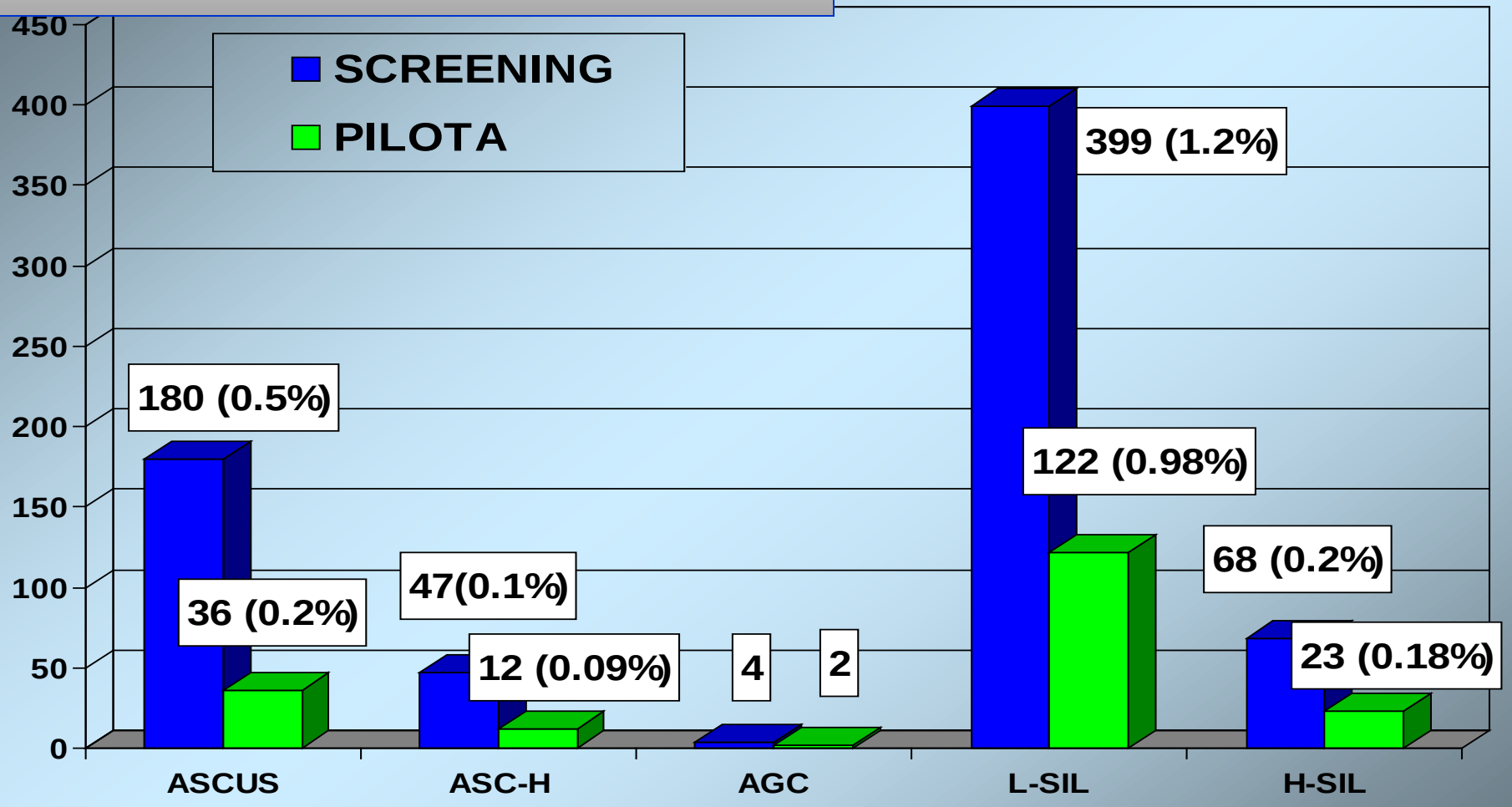


# **DIAGNOSI I LIVELLO PILOTA** (solo positivi)



# DISTRIBUZIONE DIAGNOSI I LIVELLO (anno 2011)

Tot casi screening 31960
Totale casi pilota 12421




**Per L-SIL p= 0,022 $X^2$ = 5,238**

**La differenza dell'incidenza di L-SIL tra screening e Pilota è statisticamente significativa**

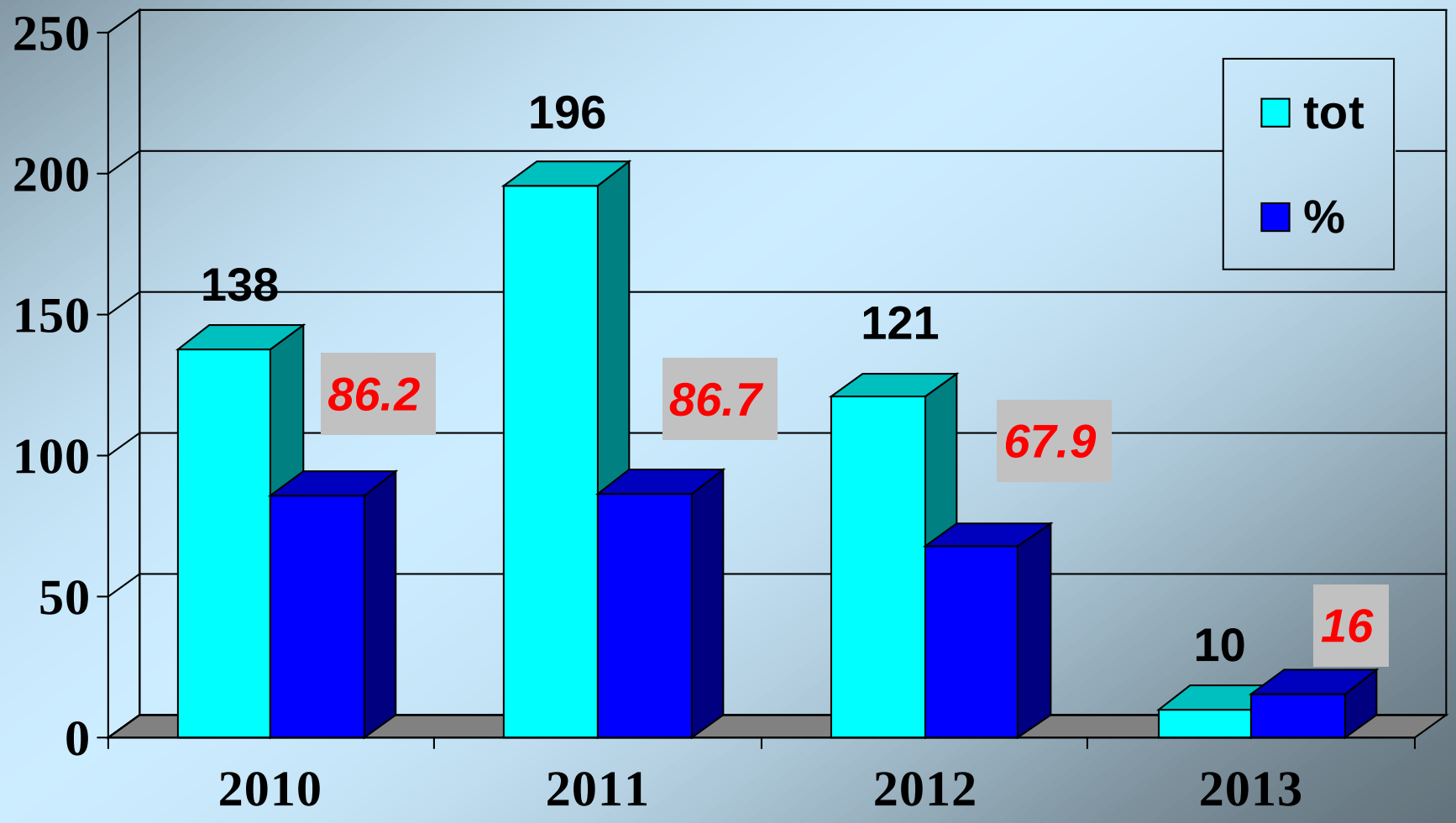
# Compliance alla colposcopia per L-SIL al I livello (2011)

| | |
|---|---|
| **SCREENING NO PILOTA (399 casi)** | **346 (86.71%)** |
| **SCREENING PILOTA (122 casi)** | **110 (90.16%)** |

**p= 0,39 $X^2$ = 0,726**

**La differenza della compliance alla colposcopia tra screening e Pilota non è statisticamente significativa**

# Compliance alla colposcopia per L-SIL al I livello (2011) (PILOTA)



# TIPO DI PRELIEVO per DIAGNOSI DI I LIVELLO L-SIL

Nello screening NO PILOTA solo casi di prima diagnosi di L-SIL al I livello

| | SCREENING NO PILOTA (2011) (tot casi 399, colpo 346) | | SCREENING PILOTA (2011) (tot casi 122, colpo 110) | | SCREENING PILOTA (2010-2012) (tot casi 312, colpo 271) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Grado colposcopico | G0 (154) | GX-0/X (44) | G0 (41) | GX-0/X *(10)* | G0 *(107)* | GX-0/X *(24)* |
| TIPO PRELIEVO | | | | | | |
| Curettage cervicale | 17 *(11.03%)* | 2 *(4.54%)* | *36* *(87.80%)* | *9* *(90%)* | 98 *(83.17%)* | 17 *(70.83%)* |
| Biopsie multiple | | | *4* *(9.75%)* | | 8 *(7.47%)* | 4 *(16.66%)* |
| BM vag | | | *1* *(2.43%)* | *1* *(10%)* | *1* *(0.93%)* | *1* *(4.16%)* |

# TIPO DI PRELIEVO per DIAGNOSI DI I LIVELLO L-SIL

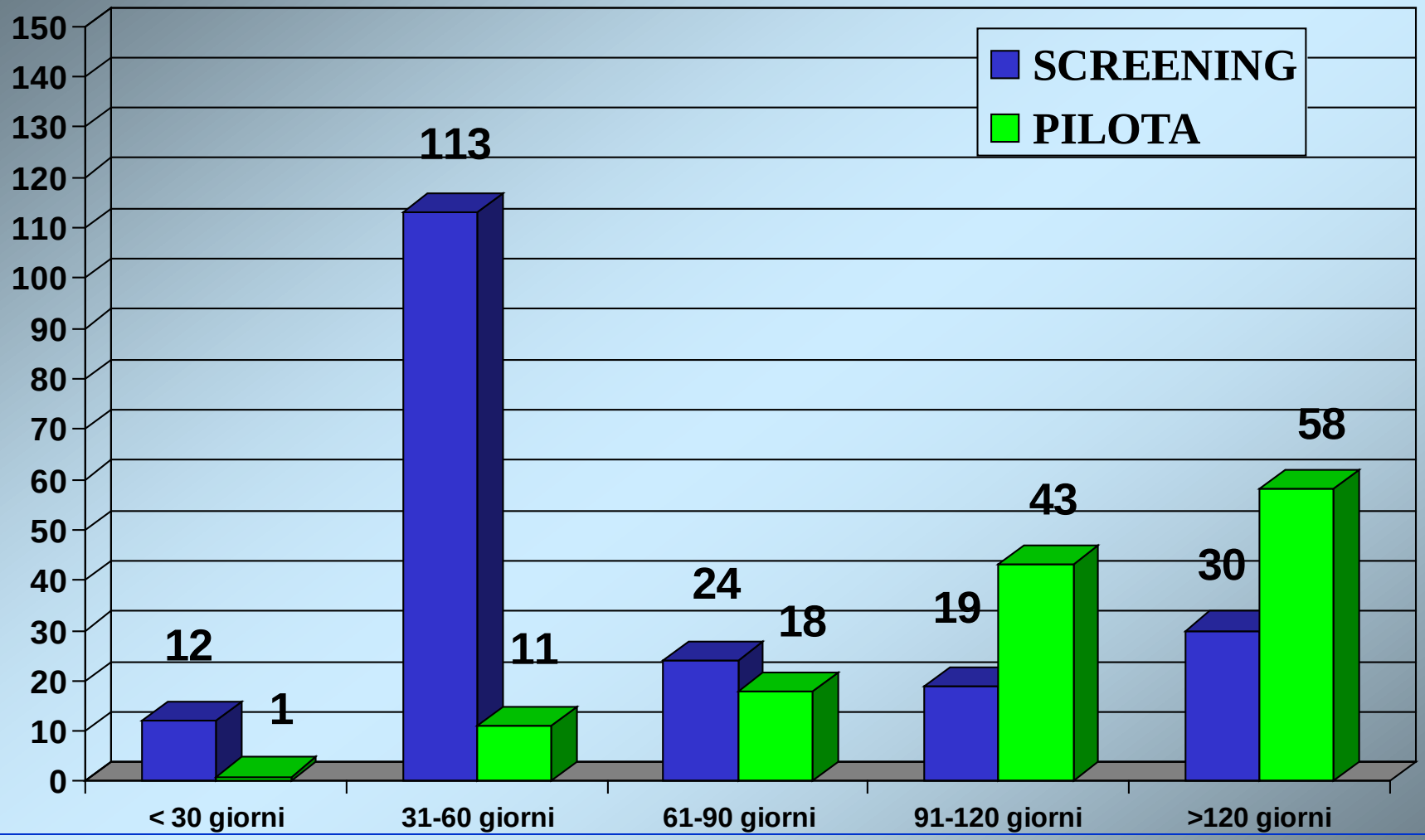
Nello screening NO PILOTA solo casi di prima diagnosi di L-SIL al I livello

| | SCREENING NO PILOTA (2011) (tot casi 399, colpo 346) | | SCREENING PILOTA (2011) (tot casi 122, colpo 110) | |
|---|---|---|---|---|
| Grado colposcopico | G0 (154) | GX-0/X (44) | G0 (41) | GX-0/X *(10)* |
| L-SIL | 154 | 44 | 41 | 10 |
| | 2 cur negativi | 17 cur con 3 ECV | 5 H-SIL | 2-SIL |
| H-SIL | 0/198 (0%) | | 7/51 (14%) | |

**P< 0,05 $X^2$ = 201,6**

**La differenza della percentuale di lesioni di alto grado in pz con colposcopia G0-G0/X screening e Pilota è statisticamente significativa (maggiore incidenza di H-SIL nel pilota)**

# INTERVALLO DI INVIO IN COLPOSCOPIA PER L-SIL




**$p < 0,05$ $X^2 = 102,89$**

**La differenza di tempo di invio in colposcopia tra Pilota e screening è statisticamente significativa (Pilota con intervallo di invio maggiore) ***

# INTERVALLO DI INVIO IN COLPOSCOPIA PER L-SIL

**$p < 0,05$ $X^2 = 102,89$**

**La differenza di tempo di invio in colposcopia tra Pilota e screening è statisticamente significativa (Pilota con intervallo di invio maggiore) ***

*

- Le pazienti con lesioni da ASC+ in su vengono contattate direttamente e inviate in colposcopia entro i 60 giorni, indipendentemente dal tipo di screening e con priorità assoluta rispetto alle altre lesioni.
- Le altre pazienti seguono un iter con prenotazione tramite agende.
- I posti riservati al test Pilota sono limitati e afferiscono ad un settore di colposcopia dove vengono effettuati anche i follow up.
- Pertanto, paradossalmente, gli L-SIL del Pilota vedono tempi più lunghi di invio in colposcopia.

# L-SIL I livello, colpo G0

| CITOLOGIA II LIVELLO | ISTOLOGIA | | | | | | TOT |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | INAD | NEG | L-SIL | H-SIL | ATIPIA NAS | CIN NAS | |
| INAD | | | | | | | |
| NEG | 4 | 47 | 2 | | | | 53 |
| L-SIL | | 41 | 4 | | 2 | 2 | 49 |
| ASC-H | | 1 | | | | | 1 |
| H-SIL | | 1 | | 4 | | | 5 |

# L-SIL I livello, colpo GX-0/X

| CITOLOGIA II LIVELLO | ISTOLOGIA | | | | | | TOT |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | INAD | NEG | L-SIL | H-SIL | ATIPIA NAS | CIN NAS | |
| INAD | | 1 | | | | | 1 |
| NEG | | 1 | 1 | | | | 2 |
| L-SIL | 1 | 16 | | 1 | | | 18 |
| ASC-H | | | | | | 1 | 1 |
| H-SIL | | | 1 | | | 1 | 2 |

# L-SIL I livello, colpo G0
## DOPPIO TEST HPV POSITIVO

| CITOLOGIA II LIVELLO | ISTOLOGIA | | | | | | TOT |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | INAD | NEG | L-SIL | H-SIL | ATIPIA NAS | CIN NAS | |
| INAD | | 1 | | | | | 1 |
| NEG | | 1 | 1 | | | | 2 |
| L-SIL | 1 | 16 | | 1 | | | 18 |
| ASC-H | | | | | 1 | | 1 |
| H-SIL | | | 1 | | | 1 | 2 |

# L-SIL I livello, colpo GX-0/X
## DOPPIO TEST HPV POSITIVO

| CITOLOGIA II LIVELLO | ISTOLOGIA | | | | | | TOT |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | INAD | NEG | L-SIL | H-SIL | ATIPIA NAS | CIN NAS | |
| INAD | | | | | | | |
| NEG | | 4 | | | 1 | | 5 |
| L-SIL | | 2 | | | | | 2 |
| ASC-H | | 1 | | | | | 1 |
| H-SIL | | | | | | | |

# Follow up di L-SIL, colpo G 0

| ISTOLOGIA | FOLLOW UP | |
|---|---|---|
| NEGATIVO (90 casi) | 22 NEGATIVI | |
| | 3 LESIONI DI BASSO GRADO | |
| | 4 LESIONI DI ALTO GRADO | 3 CONFERMATE SU RFQ |
| CIN LG (5 casi) | 1 negativo | |
| | 1 LESIONE DI BASSO GRADO | |
| CIN HG (6 casi) | 1 NEGATIVO | |
| | 1 L-SIL | |
| | 1 LESIONE DI ALTO GRADO | 1 CONFERMATA SU RFQ |
| ATIPIA NAS (2 casi) | 1 LESIONE DI BASSO GRADO (VAIN) | |
| | 1 LESIONE DI ALTO GRADO | 1 CONFERMATA SU RFQ |

# Follow up di L-SIL, colpo G X-0/X

| ISTOLOGIA | FOLLOW UP | |
|---|---|---|
| NEGATIVO (18 casi) | 4 NEGATIVI | |
| | 1 LESIONE DI BASSO GRADO | |
| CIN LG (2 casi) | 1 LESIONE DI BASSO GRADO | |
| | 1 LESIONE NON GRADUABILE | CONFERMATA SU RFQ |
| CIN HG (1 casi) | 1 LESIONE DI ALTO GRADO | CONFERMATA SU RFQ |
| CIN NAS (2 casi) | 1 LESIONE DI BASSO GRADO | CONFERMATA SU RFQ |
| | 1 LESIONE DI ALTO GRADO | CONFERMATA SU RFQ |

# Follow up di L-SIL

## DOPPIO TEST HPV POSITIVO

| Grado colposcopico | ISTOLOGIA | FOLLOW UP |
|---|---|---|
| G 0 | NEGATIVO (37 casi) | 1 LESIONE NON GRADUABILE |
| | CIN LG (2 casi) | NO FU |
| | CIN HG (1 caso) | 1 ATIPIA NAS (p 16 positiva) |
| | ATIPIA NAS (1 caso) | 1 NEGATIVO |
| | | |
| G 0/X | NEGATIVO (1 caso) | 1 ASC-H (CIN TEC POS), ISTO NEG |
| | ATIPIA NAS (1 caso) | 1 NEGATIVO |

# PROPOSTA DI CODIFICA ISTOLOGICA IN AMBITO DI SCREENING

**Questa è la codifica in uso attualmente a Torino…..**

| | |
|---|---|
| 1 | INADEGUATO |
| 2 | EPITELI NORMALI |
| 3 | ALT. FLOGISTICHE, DISTROFIE, LES BENIGNE |
| 4 | ATIPIA DI INCERTO SIGNIFICATO |
| 5 | COILOCITOSI SENZA CIN |
| 6 | DISPLASIA LIEVE (CIN 1) |
| 7 | DISPLASIA MODERATA (CIN 2) |
| 8 | DISPLASIA GRAVE (CIN 3) |
| 9 | CARCINOMA IN SITU (CIN 3) |
| 10 | CIN NON ALTRIMENTI SPECIFICABILE |
| 11 | CA SQUAMOSO INVASIVO |
| 12 | DISPLASIA GHAINDOLARE |
| 13 | ADENOCARCINOMA COLLO |
| 14 | ADENOCARCINOMA ENDOMETRIO |
| 15 | CA INVASIVO DI ALTRI ISTOTIPI O NAS |
| 16 | ALTRO |

**Questa è la codifica in uso attualmente a Torino…..**

**Sarebbe utile una revisione della stessa…..**

**Accorpare CIN 3 e Carcinoma in situ**

**Creare la codifica per Carcinoma microinvasivo**

**Creare la codifica per Adenocarcinoma in situ**

# L-SIL (marzo 2010-luglio 2012)

Casi: 281/1622
Casi in colposcopia: 208

| ISTO | N° | % |
|---|---|---|
| NO | 1 | 0,4 |
| NEG/INAD | 141 | 67,7 |
| LSIL | 39 | 18,7 |
| HSIL | 27 | 12,9 |
| TOT | 208 | |

| DIAGNOSI ISTOLOGICA | CITOLOGIA DI II livello | | | |
|---|---|---|---|---|
| | NEG | ASC-US LSIL | ASC-H HSIL | TOT |
| NO | 0 | 1 | 0 | 1 |
| NEG/INAD | 69 | 71 | 1 | 141 |
| LSIL | 3 | 35 | 1 | 39 |
| HSIL | 3 | 14 | 10 | 27 |
| TOT | 75 | 121 | 12 | 208 |

# L-SIL (marzo 2010-luglio 2012)

Casi: 281/1622
Casi in colposcopia: 208

| ISTO | 2010 (107) | | 2011 (114) | | 2012 (49) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| NO | 1 | 1,06 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| NEG/INAD | 66 | 70,2 | 69 | 67,6 | 6 | 50 |
| LSIL | 19 | 20,2 | 19 | 18,6 | 1 | 8,3 |
| HSIL | 8 | 8,5 | 14 | 13,7 | 5 | 41,6 |
| TOT | 94 | | 102 | | 12 | |

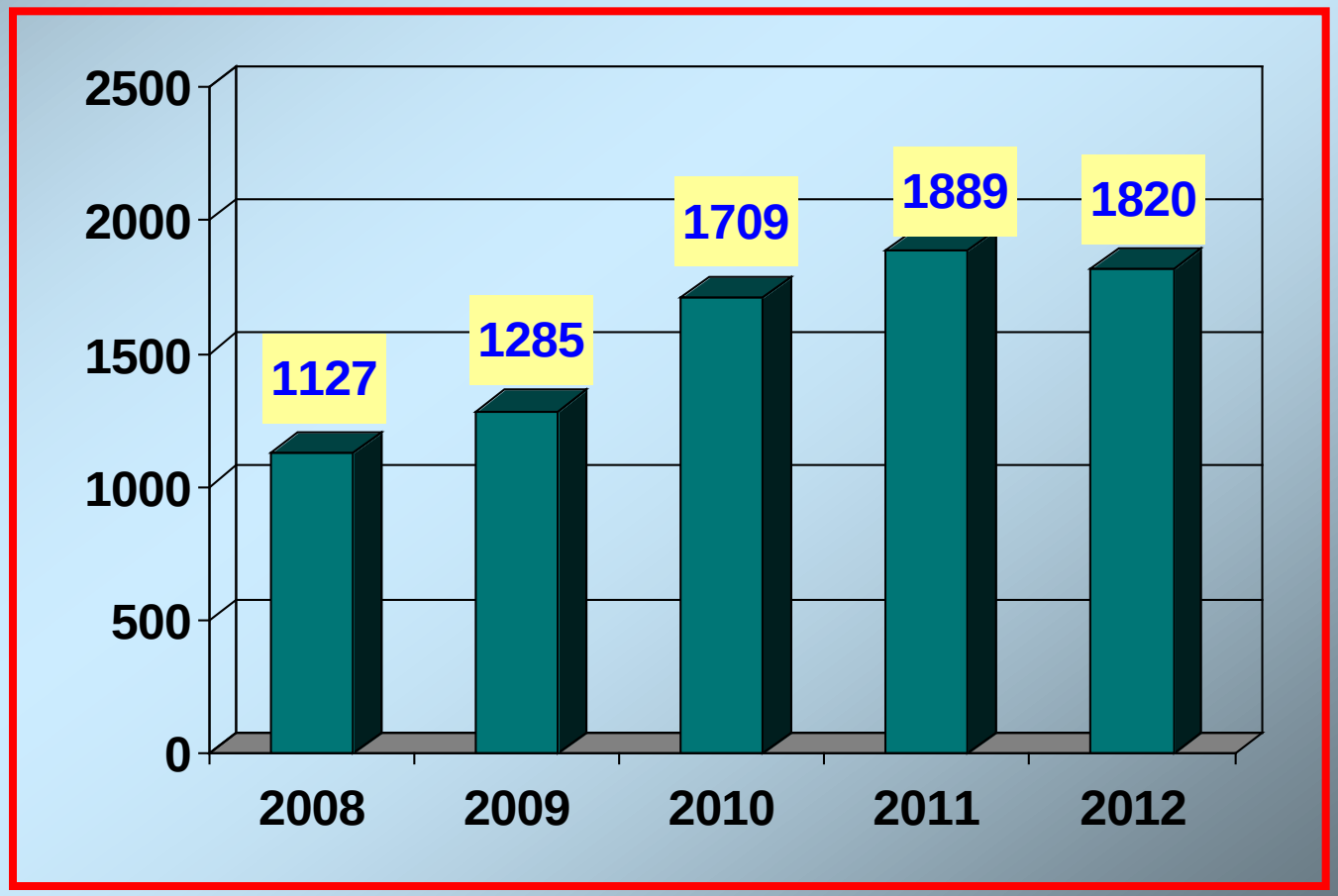
# L-SIL (marzo 2010-luglio 2012)

Casi: 281/1622
Casi in colposcopia: 180

| | N° CASI | % SU TEST + | N° SU TOT TEST | % | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2010 | 107/391 | *27,3* | 107/6671 | *1,6* | 9 mesi |
| 2011 | 114/698 | *16,3* | 114/12421 | *0,9* | 12 mesi |
| 2012 | 49/494 | *9,9* | 49/9509 | *0,5* | 7 mesi |

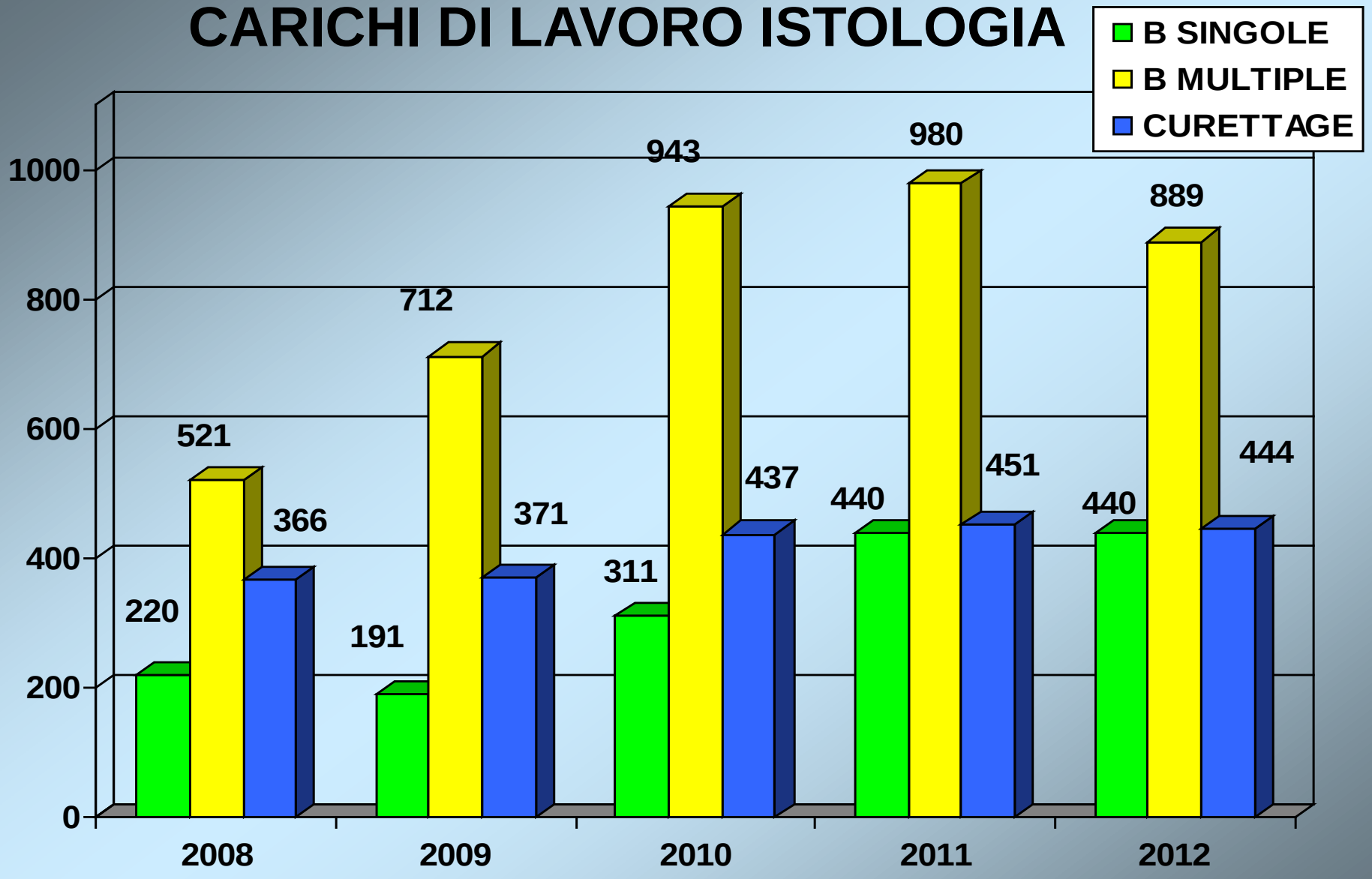
# CARICHI DI LAVORO ISTOLOGIA

| | |
|---|---|
| 2008 | 1127 |
| 2009 | 1285 |
| 2010 | 1709 |
| 2011 | 1889 |
| 2012 | 1820 |




2012: PREVISIONE ANNO INTERO

# CARICHI DI LAVORO ISTOLOGIA




2012: PREVISIONE ANNO INTERO

# Casi di colposcopia in una “giornata tipo”

| | N° | % |
|---|---|---|
| **BM singole** | **3/18** | **16** |
| **BM multiple** | **5/18** | **27** |
| **Curettage endocervicale** | **10/18** | **55** |

| | Diagnosi | p16 neg | p16 pos | TOT |
|---|---|---|---|---|
| Curettage da solo | Inadeguato | na | na | 10 |
| | Negativo | 241 | 4 | 245 |
| | Displasia nas | 3 | 9 | 12 |
| | Displasia LG o ECV | 17 | 8 | 25 |
| | Displasia HG/carcinoma | 0 | 18 | 18 |
| Curettage con BMS | Inadeguato | na | na | 1 |
| | Negativo | 160 | 1 | 161 |
| | Displasia nas | 0 | 21 | 21 |
| | Displasia LG o ECV | 6 | 3 | 9 |
| | Displasia HG/carcinoma | 0 | 42 | 42 |
| | | | | **544** |

# TIPO PRELIEVO

| I LIVELLO | BIOPSIA SINGOLA | BIOPSIA VAGINA SINGOLA | BIOPSIE MULTIPLE | CURETTAGE ENDOCERVICALE |
|---|---|---|---|---|
| ASC-US | | | 14 *(5,9%)* | 21 *(8,9%)* |
| ASC-H | | | 12 *(5,1%)* | 3 *(1,2%)* |
| L-SIL | 15 *(6,4%)* | 5 *(2,1%)* | 63 *(26,9%)* | 70 *(29,9%)* |
| H-SIL | | | 28 *(11,9%)* | 3 *(1,2%)* |

# III) ESPLICITAZIONE DELLE FINALITA' PER CUI E' ESEGUITO CIASCUN ESAME

# CURETTAGE ENDOCERVICALE A SCOPO "MAPPATURA" -STADIAZIONE DI ESTENSIONE -DELLA LESIONE E OBIETTIVO FINALE

# MASSIMO RISPARMIO DI TESSUTO IN TERAPIA E FOLLOW UP

*R. VOLANTE, 2003*

# CURETTAGE ENDOCERVICALE
# OBIETTIVO INTERMEDIO:
# MAPPATURA DI LESIONE

*SPECIFICITA' DI SEDE DI LESIONE E NON DI GRADO O TIPO ISTOLOGICO (NON AUMENTO DI SENSIBILITA' DEL CYTOBRUSH MA CAPACITA' DI SPECIFICITA' DI SEDE)*

*R. VOLANTE, 2003*

**CONOSCENZA COMUNE DI TALE FINE**

**DELLA ESIGUITA' DEL MATERIALE INTRINSECA AL PRELIEVO**

**DEL VALORE INDICATIVO DI ASSENZA/PRESENZA DI LESIONE**

**DELLA NECESSITA' DI APPROFONDIMENTI DIAGNOSTICI IN PRESENZA DI LESIONE**

*R. VOLANTE, 2003*

# LETTERATURA

*PER QUANTO RIGUARDA IL GRADO DI LESIONE E TIPIZZAZIONE ISTOLOGICA NON DATI DI EVIDENZA SULL'EFFETTIVO INCREMENTO DI SENSIBILITA'/SPECIFICITA'*

*APPORTATO DAL CURETTAGE RISPETTO AL CYTOBRUSH*

**Williams 2000, Moniak 2000, Badauf 1999, Fine 1998, Nowakowska 1999, Denehy 1997, Mogensen 1997**

*R. VOLANTE, 2003*

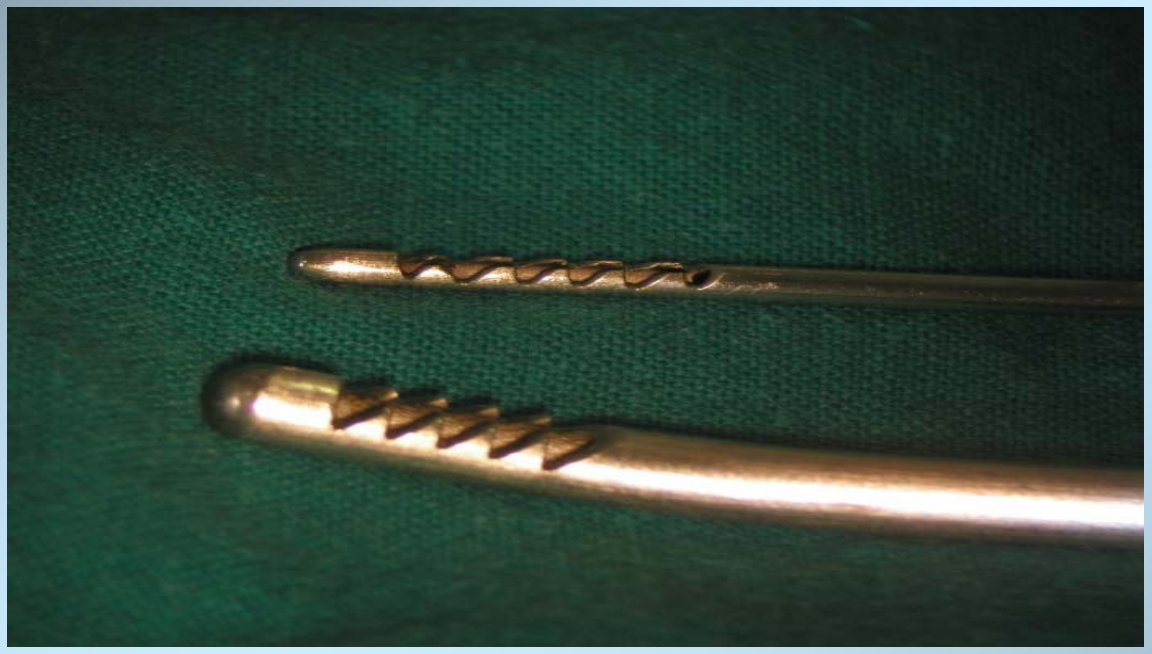
# LETTERATURA

PERSISTE SOSTANZIALE CONCORDIA NEL RUOLO SULLA MODULAZIONE DELL'INTERVENTO TERAPEUTICO E NEL FOLLOW UP PER LESIONE SQUAMOSA

Nowakowska 1999, Fine 1998, Prevost 1997

*R. VOLANTE, 2003*

# STRUMENTO CURETTE DI NOVAK



R. VOLANTE, 2003

# I° SURVEY NAZIONALE GISCI II LIVELLO (1998)

IL CURETTAGE NEGATIVO NON E' SUFFICIENTE NEL FOLLOW UP DEI CASI CON CONIZZAZIONE A MARGINI LIBERI PER ESCLUDERE CON SICUREZZA LA PERSISTENZA DI LESIONE (49 CASI, DENEHY 1999)

ESTREMA PRUDENZA NEL DECIDERE PER TERAPIA CONSERVATIVA

CONSENSO INFORMATO CON NOTA INFORMATIVA ACCURATA DI LETTERATURA + CASISTICA DEL CENTRO

- 31 CENTRI RISPONDENTI
- CURETTAGE INDICATO COME STRUMENTO SPECIFICO PER LA DIAGNOSTICA ENDOCANALARE NEL 90% DEI CASI
- NEL 50% LO STRUMENTO USATO E' LA CURETTE DI NOVAK

R. VOLANTE, 2003

## *American Society for Colposcopy and Cervical Pathology 2007*

# IN DONNE CON L-SIL

| | |
|---|---|
| **NO GRAVIDANZA, NO LESIONI VISIBILI** → | **CURETTAGE PREFERIBILE** |
| **COLPOSCOPIA NON SODDISFACENTE** → | **CURETTAGE PREFERIBILE** |
| **LESIONE IDENTIFICATA E COLPOSCOPIA SODDISFACENTE** → | **CURETTAGE ACCETTABILE** |

**American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology Screening Guidelines for the Prevention and Early Detection of Cervical Cancer**

*Am J Clin Pathol* 2012;137:516-542
DOI: 10.1309/AJCPTGD94EVRSJCG

REVIEWS Oncology www.AJOG.org

## 2006 consensus guidelines for the management of women with abnormal cervical cancer screening tests

Thomas C. Wright Jr, MD; L. Stewart Massad, MD; Charles J. Dunton, MD; Mark Spitzer, MD; Edward J. Wilkinson, MD; Diane Solomon, MD, for the 2006 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology–sponsored Consensus Conference

American Journal of Obstetrics & Gynecology
OCTOBER 2007

### RECOMMENDED MANAGEMENT OF WOMEN WITH LSIL

Colposcopy is recommended for managing women with LSIL, except in special populations (see following text). (AII) Endocervical sampling is preferred for nonpregnant women in whom no lesions are identified (BII) and those with an unsatisfactory colposcopy (AII), but is acceptable for those with a satisfactory colposcopy and a lesion identified in the transformation zone. (CII) Acceptable

**-Campionamento endocervicale preferibile in donne non gravide in cui non si identifica nessuna lesione (BII)**

**- Campionamento endocervicale preferibile in donne non gravide in cui la colposcopia non è idonea (AII)**

**- Campionamento endocervicale accettabile in donne con colposcopia idonea e lesione identificata nella zona di trasformazione (CII)**

**A: buone prove di efficacia e beneficio clinico sostanziale a sostegno della raccomandazione**

**B: prove di efficacia moderata e limitato beneficio clinico a sostegno della raccomandazione**

**C: prove insufficienti a sostegno o contro della raccomandazione, che però si basa su altri fattori**

**II** = almeno un trial clinico non randomizzato, studi analitici di coorte o caso-controllo

SOGC JOINT CLINICAL PRACTICE GUIDELINE

No. 284, December 2012

# Colposcopic Management of Abnormal Cervical Cytology and Histology

**Recommendations**

5. A woman with persistent ASCUS/LSIL or ASCUS HR-HPV positive cytology should be referred for colposcopy as directed by provincial/territorial guidelines. (III-A)
6. A colposcopically identified lesion should be biopsied. (III-C)
7. If no lesion is identified, biopsies of the transformation zone should be considered. (III-C)

**Se nessuna lesione viene identificata alla colposcopia, dovrebbero essere effettuati campionamenti bioptici della zona di trasformazione**

**III** = raccomandazione basata su opinioni di autorità rispettate, fondate su esperienza clinica, studi descrittivi o report di comitati di esperti

**C** = prova conflittuale, che non consente di formulare una raccomandazione sicura pro o contro

**Table 1. Key to evidence statements and grading of recommendations, using the ranking of the Canadian Task Force on Preventive Health Care**

| Quality of evidence assessment* | | Classification of recommendations† | |
|---|---|---|---|
| I: | Evidence obtained from at least one properly randomized controlled trial | A. | There is good evidence to recommend the clinical preventive action |
| II-1: | Evidence from well-designed controlled trials without randomization | B. | There is fair evidence to recommend the clinical preventive action |
| II-2: | Evidence from well-designed cohort (prospective or retrospective) or case–control studies, preferably from more than one centre or research group | C. | The existing evidence is conflicting and does not allow to make a recommendation for or against use of the clinical preventive action; however, other factors may influence decision-making |
| II-3: | Evidence obtained from comparisons between times or places with or without the intervention. Dramatic results in uncontrolled experiments (such as the results of treatment with penicillin in the 1940s) could also be included in this category | D. | There is fair evidence to recommend against the clinical preventive action |
| | | E. | There is good evidence to recommend against the clinical preventive action |
| III: | Opinions of respected authorities, based on clinical experience, descriptive studies, or reports of expert committees | L. | There is insufficient evidence (in quantity or quality) to make a recommendation; however, other factors may influence decision-making |

*The quality of evidence reported in these guidelines has been adapted from The Evaluation of Evidence criteria described in the Canadian Task Force on Preventive Health Care.[55]

†Recommendations included in these guidelines have been adapted from the Classification of Recommendations criteria described in the Canadian Task Force on Preventive Health Care.[55]

GroupHealth.

**Cervical Cancer Screening Guideline**

**Most Recent Guideline Approval Date:** August 2012

Se la giunzione non è visibile, biopsiare ogni lesione visibile ed effettuare curettage


- **U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) 2012,** at http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspscerv.htm
  Moyer VA; on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for cervical cancer: recommendations from the U.S. Preventive Services Task Force [published online ahead of print March 14, 2012]. *Ann Intern Med.* 2012 Jun 19;156(12):880-891.

- **American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) 2006**
  Wright TC, Jr., Massad LS, Dunton CJ, Spitzer M, Wilkinson EJ, Solomon D; 2006 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology-sponsored Consensus Conference. 2006 consensus guidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasia or adenocarcinoma in situ. *Am J Obstet Gynecol.* 2007 Oct;197(4):340-345.

  Wright TC, Jr., Massad LS, Dunton CJ, Spitzer M, Wilkinson EJ, Solomon D; 2006 ASCCP-Sponsored Consensus Conference. 2006 consensus guidelines for the management of women with abnormal cervical screening tests. *J Low Genit Tract Dis.* 2007 Oct;11(4):201-222.

- **National Comprehensive Cancer Network (NCCN) 2012,** at www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/cervical_screening.pdf (Requires registration and log-in.)

- **American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) 2009**
  ACOG Practice Bulletin no. 109: Cervical cytology screening. *Obstet Gynecol.* 2009;114:1409-1420.

- **American Cancer Society, ASCCP, and American Society for Clinical Pathology 2012**
  Saslow D, Solomon D, Lawson HW, et al; ACS-ASCCP-ASCP Cervical Cancer Guideline Committee. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. *CA Cancer J Clin.* 2012 May-Jun;62(3):147-172.

| | COSTO UNITARIO (EURO) | VOLUME | COSTO COMPLESSIVO (EURO) |
|---|---|---|---|
| Colposcopia (personale+materiale+strumenti) | 27,41 | 2.840 | 77.844,40 |
| Thin Prep (vial+allestimento+lettura) | 16,96 | 2.840 | 48.166,40 |
| Costi fissi | | | 15.568,88 |
| Centralino II Livello | | | 57.600,00 |
| Biopsie | | 1.200 | 38.277,80 |
| Lettura istologici | 26,46 | 1.200 | 31.753,30 |
| Totale | 94,79 | 2.840 | 269.210,78 |

**Tabella 3.10.** Costo totale del secondo livello.

Dopo tanti
nostri eroi
far "gratta

G. Alfonso,
E. Allia,
S. Arnaud,
MT. Benenti,
V. Buratti,
P. Burlo,
A. Coccia ,
C. Deambrogio,
L. Di Marco,
C. Fiorito ,
B. Ghiringhello,
A. Giglio Tos,
P. Luparia,
L. Macrì,
F. Maletta,
D. Maso,
S. Privitera,
A. Sapino,
M. Verga

usciranno i
oscopie e a
donne?