

## Tariffa €31,80 per donna sottoposta a screening

esecuzione del prelievo citologico:	24%
lettura del test:	44%
richiami secondo livello:	8% (€2,54)
gestione e valutazione:	24%

$$\text{€}2,54 \times 60.000 \text{ aderenti} = \text{€}152.640,00$$

### **1800 II livelli (3%):**

3600 colposcopie (2 x caso)

3600 esami citologici

2520 biopsie (0,70 x caso)

1200 ore colposcopista (3 colposcopie /ora)

2440 ore ostetrica

126 ore patologo

504 ore tecnico x biopsie

84 ore amministrativo x biopsie

DGR 111-3632 all. A

- Orari riservati, concordati e assicurati per l'esecuzione del II livello
- II livello entro 4 sett dal referto del I livello
- Tempo d'attesa per donna  $< 45'$
- Inserimento dati esecuzione II livello  $< 2\text{gg}$
- Esito cito-istologico  $85\% < 15\text{gg}$   
 $100\% < 21\text{gg}$
- Consegna raccomandazioni conclusive  $< 30\text{gg}$
- Orari riservati, concordati e assicurati per la consegna delle raccomandazioni conclusive
- Inserimento dati  $< 2\text{gg}$  dalla consegna delle raccomandazioni  
 $< 60\text{gg}$  dal II livello

# GISCi

## Gruppo di lavoro II livello screening

## Gestione della attività colposcopica nel programma di screening

A cura di:

Angelo Baldoni - Rita Buoso - Stefano Ciatto - Gian Piero Fantin  
Bruno Ghiringhello - Anna Iossa - Giovanni Maina - Gioia Montanari - Patrizio Raggi -  
Francesco Rivasi - Renza Volante - Paolo Zola

Coordinatori : Stefano Ciatto - Renza Volante  
Coordinatori gruppo di Lavoro II livello screening: G.P. Fantin. B.Ghiringhello

2006

# **SOMMARIO DEGLI STANDARD**

## PER GARANTIRE CHE LE DONNE SIANO ADEGUATAMENTE INFORMATE SULLA COLPOSCOPIA E IL TRATTAMENTO

- A ogni donna dovrebbe essere data informazione scritta e orale prima e dopo il prelievo citologico e prima della colposcopia (**95%**)
- Il counseling deve essere disponibile come parte integrante della colposcopia
- Le donne devono ricevere un invito redatto in modo adeguato comprendente un nome da poter contattare, un numero di telefono e gli orari ambulatoriali
- Le informazioni relative alla visita e ai risultati degli accertamenti dovrebbero essere comunicati alla donna entro 4 settimane (**pratica ottimale 90%**) o entro 8 settimane (**standard minimo 100%**)
- Tutte le donne che necessitano di un trattamento devono essere informate della sua necessità e deve essere registrato il loro consenso scritto o orale (**100%**)

## PER OFFRIRE UN CONTESTO AMBULATORIALE ADEGUATO

- Deve essere disponibile un' area privata con spogliatoio. Deve essere disponibile una toilette
- E' necessario un ambulatorio specifico stabilmente dedicato alla colposcopia (**100%**).
- Devono essere disponibili bevande rinfrescanti
- La sala d'attesa e l'area per eventuali periodi di osservazione breve devono essere separati
- Nell'ambulatorio deve esserci un lettino ginecologico ed un colposcopio.
- Devono essere disponibili apparecchiature appropriate per la sterilizzazione in accordo con le raccomandazioni locali e nazionali in tema di salute e sicurezza.
- Nelle unità che offrano solo un servizio diagnostico deve essere disponibile l'invio automatico a una unità che possa erogare il trattamento, se necessario.
- Se viene impiegata terapia laser o diatermia, devono essere disponibili in sede istruzioni adeguate per la sicurezza, e tutto lo staff deve essere ben addestrato a realizzarle, e in ogni ambulatorio devono essere disponibili istruzioni per l'emergenza.
- Deve essere prontamente disponibile l'attrezzatura adeguata per la rianimazione, e il personale coinvolto nell'assistenza alle pazienti deve essere addestrato al suo uso.

## PER FORNIRE PERSONALE ADEGUATO

- Tutti i servizi devono avere un colposcopista titolare di appropriata competenza, che dirige il servizio con un team di specialisti dedicati all'unità di colposcopia. Il colposcopista titolare deve avere compiti ben definiti.
- Per ogni servizio ci devono essere almeno 2 infermiere
- Le infermiere che eseguono in prima persona la colposcopia devono essere assistite da un'altra infermiera diplomata .
- L'ambulatorio deve avere adeguato e dedicato supporto amministrativo



## **PER GARANTIRE UNA APPROPRIATA E ADEGUATA RACCOLTA DATI**

- Devono essere disponibili hardware e software adeguati per facilitare la raccolta dei dati
- La verifica (audit) multidisciplinare deve essere parte integrante del servizio

## PER RIDURRE LA MANCATA RISPOSTA ALL'INVITO

- Devono essere disponibili protocolli scritti per la gestione dei casi che non si presentano agli appuntamenti.
- Il tasso di mancata risposta deve essere inferiore al 15%

# PER RIDURRE LA MANCATA DIAGNOSI DI CARCINOMI INIZIALI

- Tutte le donne che necessitano di un trattamento debbono avere avuto una valutazione colposcopica (**100%**)
- Si raccomanda una biopsia escissionale (**95%**) quando:
  - a) l'immagine colposcopica indica una anomalia di alto grado
  - b) una immagine colposcopica di basso grado è associata ad una displasia grave o lesione più grave alla citologia
  - c) la lesione risale nel canale cervicale (in questi casi deve essere escissa una porzione sufficiente del canale cervicale).
- Il motivo per cui non si esegue una biopsia deve essere registrato (**100%**).
- Prima di trattare con metodi distruttivi bisogna avere messo in atto tutte le misure, compresa la biopsia, per escludere una invasione (**100%**)

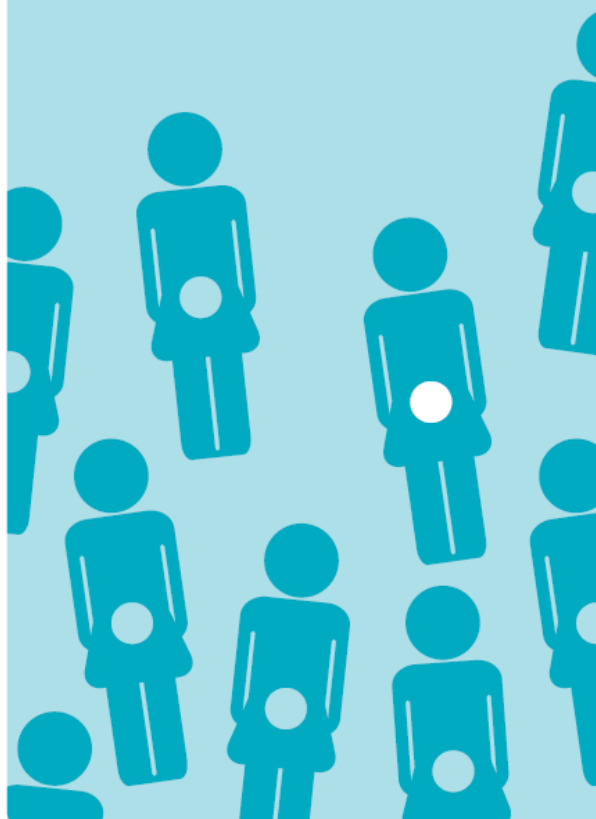
## PER MANTENERE ADEGUATI LIVELLI DI COMPETENZA

- Tutti i colposcopisti operativi debbono poter dimostrare di aver ricevuto un training adeguato .
- I colposcopisti debbono esaminare almeno 50 nuovi casi con citologia anormale ogni anno

## PER AUMENTARE LA QUALITÀ, L'ACCURATEZZA E LA TEMPESTIVITÀ DELLA DIAGNOSI

- .....
- .....
- Le donne dovrebbero essere inviate a colposcopia dopo 3 citologie inadeguate consecutive.
- .....

## INDICAZIONI PER IL PRELIEVO CITOLOGICO NELLO SCREENING PER IL CARCINOMA CERVICALE



A cura del Gruppo Comunicazione GISCI  
Sottogruppo del Gruppo di lavoro "Organizzazione e Valutazione"  
(Referente Anna Iossa)

**Componenti:**

Silvia Brezzi ASL di Viterbo; Adriana Bruno ASL RM D; Debora Canuti ASL di Rimini; Carla Cogo, Istituto Oncologico Veneto, IRCCS, Padova; Anna Iossa, CSPO Istituto Scientifico Prevenzione Oncologica Firenze; Gioia Montanari Centro Prevenzione Oncologica Piemonte, Torino; Luisa Soldati ASL di Brescia; Franca Parisio ASO O.I.R.M. - Sant'Anna, Torino; Vanda Pironi ASL di Mantova.

Si ringraziano per il contributo alle revisioni del documento:

- I coordinatori dei Gruppi GISCI Organizzazione e Valutazione, 1° livello e 2° livello
- Francesca Carozzi, CSPO Istituto Scientifico Prevenzione Oncologica Firenze
- Annarosa Del Mistro, Istituto Oncologico Veneto, IRCCS, Padova

Documento approvato al Convegno Nazionale GISCI 2006  
(Roma, 20 - 21 Aprile 2006)  
Ultimo aggiornamento marzo 2007 (Sezioni 4.3 e 4.4)

GISCI 2005 - 2008

Segretario Nazionale: Paolo Dalla Palma

**Comitato di Coordinamento:**

Gruppo di lavoro "Organizzazione e Valutazione":

Carla Cogo - Paolo Giorgi Rossi

Gruppo di lavoro "Test di Primo Livello":

Maria Luisa Schiboni - Galliano Tinacci

Gruppo di lavoro "Approfondimenti Diagnostici e Terapia":

Bruno Ghiringhello - Gian Piero Fantin

Le figure 1-8 sono state riprodotte da Branca et al 1994 (in Bibliografia 5.1). Si ringrazia la prof.ssa Margherita Branca per l'autorizzazione all'uso delle immagini.

**Progetto grafico:**

EVIDENZIA immagine&comunicazione - Belluno

**Per comunicazioni:**

Segreteria GISCI

Via del Pratellino, 7 - 50131 Firenze

Tel. +39 055 55374 211 - Fax +39 055 55374 209

s.kom@cspo.it - www.gisci.it

# **CONTROLLO DI QUALITÀ IN CITOLOGIA CERVICO-VAGINALE DI PREVENZIONE SERENA (1992-2005).**

CPO - Quaderno n° 13 - Gennaio 2007

Tramite le riunioni del gruppo del Controllo di Qualità interlaboratori, con la revisione collegiale dei preparati, vi è stata una riduzione dei richiami alla ripetizione del Pap test e di invii al secondo livello colposcopico, con beneficio in termini di costi e di “stress psicologico” per le donne convocate dallo screening



# Problemi del Follow-up delle CIN trattate

1. Pap test: limiti di sensibilità e specificità
2. Pap + colpo: ↑ costi; ↑ carico II° livello
3. Tests diagnostici: Quali?

Costa S, GISCi 2004

Nobbenhuis MAE, 2001

Bollen LJM et al, 1999

"Le gestione del Follow-up dei casi trattati"

GR Montanari, CPO Piemonte- 2006