

Allegato A

PROGETTO DI SCREENING PER LA PREVENZIONE DEL CARCINOMA DELLA MAMMELLA

Background Epidemiologico

Esclusi i carcinomi della cute, In Italia i cinque tumori più frequentemente diagnosticati tra le donne, sono il tumore della mammella (29%), il tumore del colon-retto (13%), il tumore del polmone (6%), il tumore della tiroide (5%) e quello del corpo dell'utero (5%).

Il carcinoma della mammella è il tumore più frequente nelle donne. Mentre la mortalità è in calo, l'incidenza è in costante aumento, forse per la maggiore diffusione della diagnosi precoce. La probabilità di ammalarsi aumenta progressivamente con l'età e dato il continuo invecchiamento della popolazione residente, i casi di questa malattia sono aumentati. La riduzione della mortalità, accanto ad un costante aumento dell'incidenza, verosimilmente dipende dal miglioramento della possibilità di cura, soprattutto per le lesioni diagnosticate precocemente. Uno studio scientifico del 2005 ha stimato che circa il 45% della riduzione della mortalità osservata negli ultimi 10-20 anni nei principali Paesi occidentali, Italia compresa, è associato all'effetto dello screening mammografico, inteso in senso lato (sia come programmi organizzati che come controlli mammografici periodici effettuati su base spontanea. Il restante 55% sembrerebbe invece dipendere dagli effetti delle terapie adiuvanti (chemioterapia e ormonoterapia).

L'obiettivo principale dei programmi di screening mammografico e di tutti i programmi organizzati di diagnosi precoce dei tumori della mammella è diminuire la mortalità specifica per cancro della mammella nella popolazione invitata ad effettuare controlli periodici. Grazie all'anticipazione diagnostica non solo si possono ridurre i tassi di malattia diagnosticata in stadio avanzato, ma si può decisamente migliorare la qualità di vita delle pazienti, favorendo la diffusione di trattamenti di tipo conservativo.

L'offerta della mammografia attraverso un programma organizzato rivolto in modo attivo a tutta la popolazione favorisce l'equità di accesso anche per le donne più svantaggiate o meno consapevoli dell'importanza della prevenzione secondaria.

Caratteristiche generali del programma

Popolazione bersaglio

L'intervallo per le mammografie è stabilito ogni due anni per la popolazione target.

La popolazione target da invitare nel biennio è rappresentata dalle donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni residenti nella ASL di Nuoro (dati Istat al 1° gennaio 2015) corrispondente a 22.013 donne (11.006 per anno).

Sistemi di rilevazione e monitoraggio

I sistemi di rilevazione e monitoraggio delle attività devono gestire:

- l'invio delle lettere d'invito (interfacciato con l'anagrafe assistiti) e dei solleciti
- l'accettazione delle donne
- l'effettuazione delle mammografie, la registrazione degli esami e la registrazione dei risultati
- i dati dei soggetti con esito negativo (produzione di lettere di risposta)
- gli approfondimenti diagnostici (invito, registrazione, esito dei singoli esami effettuati)
- i risultati istologici delle biopsie e degli interventi chirurgici
- valutazione del programma secondo gli indicatori epidemiologici.

Modalità di invito

L'invito alla partecipazione allo screening avviene mediante lettera personalizzata inviata per posta alle donne da sottoporre a test con indicazione del giorno, ora, sede, in cui verrà effettuato il prelievo.

Le utenti non rispondenti al primo invito verranno sollecitate con una seconda lettera.

Modalità organizzative del programma di screening mammografico

Il programma di screening mammografico è un percorso, non una prestazione. Nello specifico, si rivolge a donne sane e prive di sintomi a cui si deve garantire un percorso diagnostico necessario e il trattamento dei casi di tumore identificati mediante screening ma anche i reinviti periodici a cadenza biennale nella restante popolazione sana.

Per quanto riguarda le modalità organizzative del programma dello screening mammografico è obbligatorio seguire le Linee Guida concernenti la prevenzione, la diagnostica e l'assistenza in oncologia, pubblicate nella Gazzetta Ufficiale il 2 maggio 2001 (n. 100, S.O.), con indicazioni relative alle procedure cliniche e alla valutazione della qualità del trattamento emerse da studi più recenti.

Gestione del I° livello

- ❖ è necessario prevedere una corretta informazione alla donna sui vantaggi e limiti dello screening
- ❖ la mammografia di 1° livello dello screening deve essere sempre eseguita da personale tecnico di radiologia adeguatamente formato in screening
- ❖ è obbligatoria una doppia lettura dell'esame mammografico, con eventuale discussione tra i radiologi o il giudizio da parte di un terzo radiologo nei casi discordanti, per incrementare il tasso diagnostico e ridurre quello dei richiami ad approfondimenti di 2° livello.
- ❖ I radiologi che operano nel programma di screening devono leggere almeno 5.000 mammografie per anno ed essere dedicati all'attività senologica per almeno il 50% della loro attività

Gestione del II° livello

- ❖ Struttura senologica di secondo livello presso cui eseguire esami di approfondimento per sospetta presenza di tumore al seno emersa dall'esame mammografico di 1° livello

- ❖ con adeguati strumenti tecnologici (ecografo, mammotome, tomosintesi, str. per biopsia)
- ❖ presenza di personale esperto e competente in senologia (radiologi senologi, tecnici di radiologia, infermieri professionali)
- ❖ U.O. di Anatomia Patologica per la lettura dei preparati citologici (su agoaspirato) e istologici (su biopsie e trattamenti chirurgici)
- ❖ Strutture chirurgiche, radioterapiche e oncologiche in grado di garantire diagnosi e terapie adeguate a tutte le donne che verranno indirizzate in seguito allo screening.

Azioni da intraprendere

Dovrà essere avviata la campagna di informazione prevista al fine di favorire la consapevolezza della popolazione nei confronti della prevenzione. Vi è la necessità di potenziare l'informazione che abbia come obiettivo una adesione consapevole fondata sul "convincimento senza amplificare i vantaggi né nascondere i rischi", come suggerito dall'Osservatorio Nazionale Screening. Dovranno essere coinvolti tutti gli organi di informazione locali (carta stampata, radio-tv, siti web).

Dovranno essere adottati nuovi metodi di contatto e di recupero dei *non responders* allo screening organizzato, in particolare attraverso l'apporto dei Medici di Medicina Generale, ma anche attraverso le associazioni di volontariato, i servizi sociali e gli Enti locali.

Al fine di assicurare la qualità del programma di screening è di fondamentale importanza la formazione continua del personale con la previsione di momenti comuni rivolti alle differenti figure professionali coinvolte e momenti differenziati, con impronta teorico pratica, per le singole categorie di personale.

Per assicurare continuità, dato il notevole carico di lavoro, si rende necessario prevedere che le ore di lavoro prestate dal personale medico e tecnico in esclusiva per lo screening della mammella vengano retribuite in straordinario attingendo dai fondi screening.