

Screening mammografico dopo la pandemia: indicazioni ad interim per la riorganizzazione dei programmi

Marzia Muzi, Lauro Bucchi, Francesca Caumo, Silvia Deandrea, Vania Galli, Gisella Gennaro, Stefano Trazzi,
per il Comitato di Coordinamento GISMa 2018-2021

Background

Lo scenario epidemiologico determinato dalla pandemia da SARS-CoV2 ha interessato anche l'attività di prevenzione associata ai programmi di screening, sia a livello nazionale che globale [1]. In Italia i programmi di screening sono stati interrotti nei mesi di marzo e aprile 2020, e successivamente riavviati adottando le misure di carattere organizzativo e procedurale necessarie ad assicurare l'attività assistenziale nelle massime condizioni di sicurezza possibile per utenti e personale.

In base ai dati pubblicati nel terzo rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) [2], nel 2020 si è registrata complessivamente una riduzione di più di 90.000 inviti, pari a -26,6% rispetto al 2019; sono state oltre 750.000 le donne che non hanno eseguito la mammografia di screening nel 2020, con una riduzione complessiva del 37,6% rispetto all'anno precedente, e grande variabilità tra le regioni. Considerando inoltre i tre quadrimestri del 2020, il "Rapporto Ripartenza" dell'ONS evidenzia come la riduzione degli esami eseguiti sia stata del 53,6% nel primo periodo (compatibile con i due mesi di lockdown), ma come il numero di mammografie effettuate si sia mantenuto inferiore agli stessi periodi dell'anno precedente anche nel secondo e nel terzo quadrimestre (-27,1% e -23,7% rispettivamente). Ciò significa che al ritardo dovuto ai mesi di sospensione dei programmi di screening è stato accumulato ulteriore ritardo, anche se a velocità inferiore. Mediamente nel 2020 è stato accumulato un ritardo-equivalente di 4,5 mesi, ossia come se i programmi di screening fossero stati sospesi per 4,5 mesi anziché i 2 mesi di chiusura effettiva. Va sottolineato nuovamente come il dato del ritardo accumulato sia molto variabile tra le regioni, con molte regioni che hanno parzialmente recuperato il ritardo dei primi mesi del 2020, mentre altre hanno continuato ad incrementarlo.

Il mancato recupero degli esami di screening non effettuati nella fase iniziale della pandemia e il successivo incremento del ritardo sono attribuibili a due fattori:

1. La riduzione del numero di mammografie effettuate in un'ora per poter applicare le misure di sicurezza per il contenimento della pandemia (uso dei dispositivi individuali, distanziamento in sala d'attesa).
2. La riduzione del tasso di adesione dovuta alla preoccupazione da parte della popolazione invitata di un'esposizione al virus dovuta alla partecipazione al programma di screening.

Scopo del documento

Scopo del presente documento è dare indicazioni sui criteri da adottare per condurre in modo efficace l'attività di screening mammografico nel rispetto delle misure di contenimento della pandemia, senza accumulare ulteriori ritardi. Il documento si pone in una prospettiva di medio-lungo termine, in questo senso è un complemento al precedente documento GISMa "Vademecum per la gestione e il monitoraggio

per la ripartenza dei programmi di screening” [3] che poneva l’accento sulla ripartenza dopo l’interruzione e sugli indicatori quali/quantitativi. Dati i rapidi e continui mutamenti del quadro epidemico, sia rispetto alla natura del virus (varianti) sia rispetto alla diffusione delle vaccinazioni, si ritiene che le presenti indicazioni possano essere successivamente ampliate, aggiornate oppure modificate, anche in funzione di nuove evidenze emerse da indagini in corso sul territorio promosse da GISMa e ONS ed evidenze dalla letteratura.

Criteria per la riorganizzazione dei programmi di screening

Strutture erogatrici

Le misure da adottare per limitare la diffusione del virus SARS-CoV2 all’interno dei programmi di screening devono tener conto delle caratteristiche della struttura che eroga le prestazioni di screening. Se lo screening è effettuato presso un ospedale esisterà molto probabilmente un servizio di triage prima di far accedere i pazienti alla struttura di cui anche i programmi di screening possono beneficiare; tuttavia sarà necessario evitare che il percorso delle donne invitate per l’esame di screening intersechi quello di potenziali pazienti positivi al COVID. Se invece l’attività di screening si svolge presso un distretto sanitario o su unità mobile, potrebbe essere necessario attivare le misure di contenimento del virus (misura della temperatura, domande su sintomi e stato di salute, verifica del corretto uso della mascherina) all’interno del servizio di screening stesso.

Per tutte le strutture erogatrici devono essere previsti: 1) l’incremento della capacità produttiva attraverso l’estensione degli orari di apertura degli ambulatori su sette giorni con orario flessibile (08.00-20.00), anche negli orari prefestivo, festivo e serale, da stabilire con i responsabili di struttura ed eventualmente anche ricorrendo a prestazioni aggiuntive; 2) la riprogrammazione delle agende di prenotazione, che dovranno possibilmente essere confermate mediante servizio di *recall* telefonico secondo un protocollo operativo aziendale (v. paragrafo successivo).

Gestione degli spazi

Nell’anno trascorso abbiamo sperimentato come il contenimento della diffusione del virus possa avvenire efficacemente adottando misure abbastanza semplici quali il distanziamento tra le persone, l’uso della mascherina, l’igiene delle mani. Il recupero del ritardo da parte dei programmi di screening deve avvenire nel rispetto di queste misure, che devono essere adattate agli spazi di ciascun centro di screening. L’accesso alle sale d’attesa deve essere controllato in modo da non creare assembramenti. Una drastica riduzione del numero di inviti non è una buona soluzione in quanto impedisce il recupero degli esami di screening non eseguiti e causa un incremento del ritardo, e contemporaneamente non garantisce il distanziamento tra le persone. Modifiche alla lettera di invito come quelle suggerite dal Gruppo Comunicazione Interscreening [4] circa la necessità di rispettare il più possibile l’orario dell’appuntamento, insieme a modifiche organizzative come l’identificazione di una figura incaricata di ad accogliere le donne invitate e a farle attendere fuori della sala d’attesa fino al momento dell’esame, possono essere misure efficaci nel contenere i rischi e garantire al contempo un buon flusso di esami. Dovrebbe infine essere evitato l’overbooking, facendo degli sforzi per contattare telefonicamente le donne invitate ed ottenere la conferma dell’appuntamento. In questo modo si potrebbe eseguire lo stesso numero di mammografie in

un'ora di quanto si faceva prima della pandemia, senza aumentare il rischio di assembramento nelle sale d'attesa.

Priorità degli inviti

E' auspicabile che i principi alla base della definizione dell'ordine di priorità di chiamata, sia nel proseguimento dell'attività programmata per il 2021 che per il recupero 2020, siano definiti a livello nazionale e applicati in modo omogeneo a livello regionale o locale. Le indicazioni fornite per la ripartenza [3,5] nei primi mesi dopo la ripresa potrebbero essere rivisitate sulla base delle mutate condizioni epidemiologico/organizzative e delle evidenze di letteratura disponibili sull'impatto di diverse strategie di recupero [6]. E' ora anche necessario ridurre l'impatto in termini di equità del ritardo della chiamata nei soggetti per cui l'invito è più "difficile" dal punto di vista organizzativo, come le donne non aderenti ai round precedenti.

Tempo necessario ad eseguire la mammografia

Il tempo necessario ad eseguire la mammografia è circa lo stesso richiesto prima della pandemia, con un leggero incremento dovuto all'uso dei dispositivi di protezione individuali (DPI) da parte del personale tecnico (TSRM), dispositivi che rendono un po' più complesso il posizionamento della mammella per l'acquisizione di mammografie di qualità ottenute in condizioni di sicurezza. La sanificazione del mammografo dopo l'esame è la stessa che si farebbe in condizioni normali.

E' compito e competenza dei professionisti, a cui è affidata l'organizzazione del processo screening, definire un l'intervallo-slot tra appuntamenti che permetta di poter correttamente espletare tutte le azioni utili a produrre mammografie sicure e di qualità considerando tutte le variabili specifiche del contesto locale:

- popolazione bersaglio e sua adesione attesa
- overbooking (se previsto)
- round di screening prevalente (primo esame o esami successivi)
- elementi del percorso di responsabilità del TSRM oltre all'esecuzione dell'esame: anamnesi, scheda eredo-familiare quando prevista, controllo dati, firma consensi, risposte ai quesiti che le donne frequentemente pongono
- procedure di protezione covid (sanificazione, cambio DPI)
- dotazioni di mammografi
- personale TSRM ed eventuale personale di supporto per la sanificazione o l'accettazione
- tempi macchina-turni disponibili
- percorsi puliti o misti covid
- capienza sale d'attesa

A livello locale tutti i professionisti coinvolti dovrebbero partecipare attivamente a questa valutazione.

È in corso un'indagine conoscitiva a cura di GISMa-ONS finalizzata all'acquisizione di dati relativi alle tempistiche degli esami di screening in epoca pandemica. Questa indagine permetterà l'acquisizione delle ulteriori informazioni necessarie per una più corretta valutazione delle tempistiche degli esami di screening in epoca covid. Tuttavia, allo stato attuale delle conoscenze è già possibile dire che intervalli tra un appuntamento e il successivo superiori ai 15 minuti, quando non determinati da eccezionali situazioni

strutturali delle sale d'attesa o dei percorsi, visto il rodaggio ormai avanzato dei protocolli di sanificazione e protezione, appaiono non giustificati a fronte della necessità di recupero dei test evidenziabile nella maggior parte delle regioni italiane.

Vaccinazioni anti-covid e mammografia di screening

A seguito della vaccinazione di massa contro il virus COVID-19 si sono verificati dei casi di linfadenopatia ascellare (presenza di masse linfonodali) in donne che hanno eseguito la mammografia di screening pochi giorni dopo la somministrazione del vaccino [7]. Questo ha sollevato dubbi tra le donne invitate per lo screening che avevano schedato in concomitanza l'appuntamento per la vaccinazione e anche tra gli operatori sanitari circa l'opportunità di eseguire comunque la mammografia oppure riprogrammare l'esame di screening, in particolare nel Regno Unito dove questo problema è stato evidenziato per la prima volta.

Le donne devono essere consapevoli della possibilità di linfadenomegalia ascellare a seguito della vaccinazione COVID-19 e degli effetti che questa può avere sullo screening mammografico (richiamo al II livello). Per prevenire questa evenienza, al momento dello screening può essere utile che il TSRM annoti se la donna ha ricevuto una recente vaccinazione COVID-19 e il lato dell'inoculo del vaccino, al fine di facilitare l'interpretazione dei risultati dello screening. L'eventuale decisione di ritardare lo screening mammografico dovrebbe essere presa individualmente, in base alle necessità cliniche, facendo comunque riferimento a un professionista sanitario di fiducia come il proprio Medico di Medicina Generale.

Il ruolo delle istituzioni

Il piano di recupero delle prenotazioni di screening già attivato, anche se "a macchia di leopardo", su scala nazionale, dal mese di maggio 2020, deve necessariamente tenere conto delle realtà locali/regionali ma necessita di un coordinamento a livello regionale al fine di monitorare il recupero del ritardo accumulato dai singoli programmi e pianificare le attività di recupero. Tuttavia, la fotografia della situazione attuale che emerge dal territorio mette in risalto il fatto che, pur essendosi alcune regioni già dotate di raccomandazioni adattabili alle esigenze delle varie strutture presenti nel territorio, molte non hanno regolamentato la fase di riorganizzazione degli screening oncologici, lasciando all'iniziativa dei responsabili dei singoli programmi scelte di tipo organizzativo-procedurale che in diverse realtà appaiono poco efficaci nel garantire il recupero del ritardo accumulato. Al fine di ottimizzare la pianificazione della fase di recupero è quindi auspicabile che le regioni rinforzino il confronto con l'ONS attraverso i coordinamenti regionali e che vi sia una stretta collaborazione tra Ministero della Salute, ONS, le società scientifiche e le articolazioni regionali responsabili degli indirizzi delle attività di screening (es. unità di crisi istituita o assessorati).

Conclusione

I programmi di screening mammografico dovrebbero essere pienamente riavviati con l'obiettivo di coprire la fascia di popolazione target, adottando tutte le misure organizzative per ottimizzare il numero di esami eseguiti (es. telefonate per avere la conferma della partecipazione) azzerando il rischio di diffusione del virus (controllo della temperatura, accesso controllato alla sala d'attesa, igiene delle mani, mascherina indossata in modo corretto). Al di là di questo obiettivo primario, la necessità di fronteggiare questa

emergenza rappresenta un'occasione per il sistema sanitario di riflettere su una migliore organizzazione degli screening – che da decenni viaggiano a due velocità nel nostro Paese – anche tramite un potenziamento delle risorse economiche, umane e tecnologiche. E' plausibile che, terminata l'emergenza, i programmi di screening potrebbero essere molto diversi da come eravamo abituati: la situazione attuale potrebbe dare modo di rivedere alcuni aspetti dell'organizzazione del processo di screening mammografico, come per esempio le modalità di contatto con l'utenza e quelle comunicative. E' quindi utile, e non solo necessario, cogliere le opportunità di innovazione e crescita professionale che possono scaturire da un evento che ha causato una perturbazione delle modalità organizzative consuete.

Bibliografia

1. Breast Screening Working Group (WG2) of the Covid-19 and Cancer Global Modelling Consortium, Figueroa JD, Gray E, Pashayan N, Deandrea S, Karch A, Vale DB, Elder K, Procopio P, van Ravesteyn NT, Mutabi M, Canfell K, Nickson C. The impact of the Covid-19 pandemic on breast cancer early detection and screening. *Prev Med.* 2021 Oct;151:106585.
2. Rapporto sui ritardi accumulati dai programmi di screening Italiani in seguito alla pandemia da Covid 19. Terzo Rapporto aggiornato al 31 Dicembre 2020.
https://www.osservatorionazionale screening.it/sites/default/files/allegati/Rapporto%20ripartenza-12_20.pdf
3. Vademecum per la gestione e il monitoraggio per la ripartenza dei programmi di screening.
https://www.gisma.it/documenti/news/Screening_Mammografico_vademecum.pdf
4. Presupposti per una strategia di comunicazione coordinata e condivisa a supporto della ripresa dell'erogazione dei programmi di screening.
https://www.osservatorionazionale screening.it/sites/default/files/allegati/Presupposti%20strategia%20comunicazione_12.06.20.pdf
5. Raccomandazioni ONS per la riapertura dei programmi di screening.
[https://www.osservatorionazionale screening.it/sites/default/files/allegati/Indicazioni%20Ripartenza%20ONS_27-04%20\(1\).pdf](https://www.osservatorionazionale screening.it/sites/default/files/allegati/Indicazioni%20Ripartenza%20ONS_27-04%20(1).pdf)
6. Kregting LM, Kaljouw S, de Jonge L, Jansen EEL, Peterse EFP, Heijnsdijk EAM, van Ravesteyn NT, Lansdorp-Vogelaar I, de Kok IMCM. Effects of cancer screening restart strategies after COVID-19 disruption. *Br J Cancer.* 2021 Apr;124(9):1516-1523. doi: 10.1038/s41416-021-01261-9. Epub 2021 Mar 15. Erratum in: *Br J Cancer.* 2021 Jul;125(1):145.
7. Mahase E. Covid-19: Schedule breast screening before vaccine or 4 to 6 weeks after to avoid false positives, says guidance. *BMJ* 2021;372:n617