

Screening mammografico: una risorsa strategica

Patrizia Lattuada

Per rendere più efficace la lotta al tumore della mammella è necessario uniformare l'accesso allo screening mammografico, che nel nostro paese presenta significative differenze tra Nord e Sud. Inoltre, considerare anche il profilo di rischio individuale della donna renderebbe più appropriata la scelta dell'iter diagnostico

Il tumore della mammella è una neoplasia che cresce abbastanza lentamente: raggiunge la dimensione di 1 cm (circa 1 miliardo di cellule) in 8-10 anni.

Con gli strumenti diagnostici a disposizione si individuano neoplasie di dimensioni molto ridotte (anche pochi millimetri) e si effettuano interventi chirurgici per tumori di dimensioni <1 cm. In questi casi il trattamento si rivela sostanzialmente risolutivo, ma anche nelle situazioni a possibile rischio di recidiva, l'utilizzo dopo chirurgia di terapie mediche (ormonoterapia, chemioterapia, ecc) contribuisce alla guarigione. Per le sue caratteristiche di storia naturale il tumore al seno, a differenza di altre neoplasie, è candidato a programmi di prevenzione secondaria. Con tali premesse è ovvio quanto uno screening organizzato sia un'opportunità e una risorsa strategica per la diagnosi precoce e la riduzione del rischio di mortalità. I dati infatti hanno dimostrato l'efficacia dei programmi di screening (mammografia biennale) nella popolazione femminile da 50 a 69 anni: nelle donne che vi partecipano si evidenzia una riduzione di mortalità fino al 50%.

■ Stato dell'arte

In termini di programmi di screening per il tumore della mammella in Italia sono molti i progressi che si registrano, anche se resta ancora molto da fare. Secondo i dati del 2008, raccolti dall'Osservatorio Nazionale Screening e dal Gruppo Italiano Screening Mammografico, su circa 3.700.000 donne (popolazione bersaglio annuale), 2.400.000 sono state invitate a sottoporsi a mammografia, con un'adesione del 55%. Questo significa che oltre 1/3 delle

donne candidate non viene invitato a fare la mammografia.

Permane un forte squilibrio di offerta fra il Centro-Nord e il Sud: la copertura teorica è vicina al 100% al Nord e al Centro, mentre non supera il 70% al Sud (anche se va segnalato che cinque anni fa era il 10%). Rimane forte lo squilibrio anche in termini di adesione: il 61% delle donne del Nord e il 57% del Centro ha aderito all'invito. Nel Sud solo il 35% delle donne invitate a sottoporsi a mammografia ha effettuato l'esame, una percentuale significativamente inferiore alla soglia di accettabilità. Inoltre al Sud, rispetto al Centro-Nord, sono molto di più le donne richiamate per un approfondimento, un'eventuale lesione viene identificata più tardi e si ricorre meno spesso alla chirurgia conservativa.

■ Criticità e possibili soluzioni

Molteplici sono le ragioni di queste differenze territoriali. In primis un limite organizzativo legato al numero di inviti inviati per l'esame mammografico, che mostrano forti contrasti tra il Nord e il Sud del Paese.

Inoltre, non tutti i centri sono dotati di adeguate attrezzature, come il mammografo digitale, che garantisce accuratezza e precisione delle immagini superiori alla tradizionale apparecchiatura. Al limite organizzativo c'è da sommare quello culturale: le donne del meridione non sono adeguatamente informate sui vantaggi dello screening mammografico organizzato. Per questo è importante che aumenti l'impegno istituzionale per una comunicazione più capillare e uniforme.

Un programma di screening non si esaurisce però in un atto isolato, ma è un percorso complesso dove inter-

vengono diverse professionalità, la cui preparazione e formazione è fondamentale per incrementare il tasso di identificazione di tumori precoci e ridurre quello dei richiami ad effettuare un secondo test.

Per migliorare la qualità sarebbe opportuno anche considerare il profilo di rischio individuale di ogni donna, ai fini della scelta della tipologia dell'esame da eseguire e della sua cadenza.

Per esempio in occasione della prima mammografia, ogni donna, attraverso una puntuale raccolta anamnestica (personale e familiare) e la valutazione dell'esame, potrebbe essere classificata in base al profilo di rischio. Potrebbero essere così definite le donne a rischio "normale", che seguirebbero lo screening "tradizionale", mentre quelle a rischio intermedio o elevato verrebbero inviate a un programma di prevenzione personalizzato.

Un momento delicato è la possibilità della chiamata al test di secondo livello, per l'inevitabile carico di ansia che comporta. In questo percorso sarebbe necessario un sistema organizzato di qualità che garantisca che il numero delle chiamate (in cui è insito il rischio di falsi positivi) sia il minore possibile. Nei casi sospetti il percorso di screening prevede accertamenti complessi (ecografia, RMN, ago aspirazione, biopsia): la struttura ospedaliera dovrebbe essere in grado di erogare tempestivamente l'esame più appropriato.

Tale percorso dovrebbe essere comunicato alle donne in sede di screening mammografico, per renderle consapevoli delle diverse fasi dell'iter diagnostico e terapeutico.