

PERCORSO PER LA SORVEGLIANZA A LUNGO TERMINE DELLA DONNA CON PREGRESSO TUMORE DELLA MAMMELLA

Sommario

<i>Il Follow-up del tumore della mammella</i>	2
Evidenze di letteratura	2
Caratterizzazione del rischio	2
Fattori di rischio istopatologici	3
<i>Il percorso per la sorveglianza a lungo termine della donna con pregressa diagnosi di tumore al seno</i>	4
Modalità organizzative per il rientro a screening	5
Monitoraggio del percorso	6
<i>Bibliografia</i>	7
<i>Allegati</i>	8

Il Follow-up del tumore della mammella

In Italia, secondo i dati dei Registri Tumori, nel 2020 risultano viventi circa 834.200 donne con una precedente diagnosi di tumore della mammella, pari al 43% della prevalenza complessiva del cancro tra le donne [1].

Dopo il trattamento conservativo, si osserva un picco di recidive loco-regionali omolaterali durante i primi 5 anni, in particolare nei primi 2 anni; in seguito, questo rischio diminuisce progressivamente. Questa tendenza temporale è simile a quella che si osserva per lo sviluppo di metastasi a distanza. Al contrario, il rischio di un nuovo tumore della mammella controlaterale primario aumenta nel tempo: la maggior parte di questi eventi si osserva dopo i primi 5 anni di follow-up. Anche le donne sottoposte a mastectomia unilaterale vanno incontro allo stesso tipo di rischio: con recidive loco regionali ipsilaterali a insorgenza più precoce e rischio di un nuovo tumore della mammella controlaterale a esordio successivo. Pertanto, l'incidenza complessiva di recidive loco-regionali e di nuovi tumori mammari mostra un tasso annuo costante dell'1,0-1,5% durante i 15-20 anni successivi alla diagnosi del primo tumore, con conseguente aumento continuo dell'incidenza cumulativa [2].

Attualmente le donne con pregresso tumore della mammella seguono percorsi di follow up oncologico non omogenei, come riportato da due survey nazionali [3-4]. Una survey indaga i programmi di screening [4]. Dai risultati emerge che poco più della metà dei programmi rispondenti alla survey prevedono una gestione attiva del follow up, mentre nei restanti casi le donne con pregresso tumore della mammella sono escluse dallo screening. Fra i programmi che hanno una gestione diretta del follow up, circa metà prevede il rientro a screening di almeno una parte delle pazienti per lo più dopo 10 anni. Pertanto, la periodicità dei controlli e l'invito attivo non sono garantiti con sistemi organizzativi omogenei e in molti casi non esistono sistemi di controllo di qualità di questa importante componente del processo.

Evidenze di letteratura

Ad oggi le raccomandazioni riguardanti il **follow up** delle donne con tumore della mammella non metastatico, prodotte da agenzie governative e società scientifiche internazionali e nazionali, possono essere sintetizzate nei seguenti punti:

- inizio dopo 6/12 mesi dalla diagnosi o dal trattamento;
- prevista la mammografia annuale, anche se alcune linee guida raccomandano (NICE, RCR) o consigliano (GISMa-SIRM, NABON-KISM) un intervallo biennale dopo i primi 5 anni dal trattamento o dopo i 60 anni di età (con rientro nel programma di screening);
- termine a 75 anni o quando l'aspettativa di vita è inferiore/uguale a 5 anni (CCMB; HAS);
- non è raccomandata l'ecografia se non in casi particolari o per approfondimenti;
- non è raccomandata la risonanza magnetica se non in casi particolari.

Le evidenze a supporto di tali raccomandazioni sono riportate nelle Tabelle 1 e 2. [5].

Caratterizzazione del rischio

Gli obiettivi delle strategie di follow-up dopo il trattamento primario del tumore mammario non metastatico sono rappresentati dalla diagnosi precoce delle recidive locali e regionali, dal monitoraggio degli effetti tardivi dei trattamenti eseguiti, dalla prevenzione delle recidive e dei secondi tumori. Più dibattuto il ruolo del follow-up per la diagnosi precoce delle riprese di malattia non loco regionale, seppure si stiano consolidando indicazioni in tal senso, vista anche la disponibilità di trattamenti efficaci, almeno per le forme a maggiore aggressività.

Al fine di individuare una strategia adeguata di sorveglianza post-trattamento, è necessario considerare che vari fattori possono influire sulla probabilità di recidiva loco-regionale, controlaterale ed a distanza.

Fattori di rischio istopatologici

- dimensione del tumore: le donne che hanno un tumore al seno più grande hanno un rischio maggiore di recidiva (dimensioni del tumore iniziale superiori ai 5 cm) per alta probabilità che sia associata un'eterogeneità microscopica (effetto principale su recidiva a distanza);
- coinvolgimento dei linfonodi ascellari (pN+) (effetto principale su recidiva a distanza);
- multifocalità, multicentricità, bilateralità (per possibile presenza di predisposizione genetica) (effetto principale su recidiva locale omo e controlaterale);
- istotipo lobulare infiltrante (focolai multicentrici) (effetto principale su recidiva locale omo e controlaterale);
- estesa componente intraduttale - ECIS (possibilità di malattia residua anche con margini negativi) (effetto prevalente su recidiva locale omo e controlaterale);
- presenza di evidente invasione linfovascolare - LVI (aumentata possibilità di diffusione peritumorale e a distanza) (effetto prevalente su recidiva a distanza);
- stato dei margini: l'interessamento dei margini di resezione ha evidenziato in molti studi un rischio di recidiva due o tre volte superiore rispetto alla presenza di margini indenni (effetto prevalente su recidiva locale omolaterale);
- grado istologico (in particolare G3) (effetto prevalente su recidiva a distanza);
- profilo biologico del tumore: il rischio di ripresa locale di malattia varia in rapporto alla aggressività del tumore (tumori HER2 positivi e triplo negativi) (effetto prevalente su recidiva a distanza).

Altri fattori di rischio per la ripresa di malattia sono rappresentati da:

- densità del seno (BI-RADS d);
- giovane età di comparsa della prima neoplasia;
- alto rischio eredo-familiare, con e senza mutazione BRCA1 e 2 accertate.

Nonostante il rischio cumulativo di recidiva raggiunga percentuali non trascurabili, è bene ricordare che tale rischio varia nel tempo, in funzione dello stadio alla diagnosi e delle caratteristiche biologiche della malattia.

Tale rischio è, nei primi 5 anni, da due a sei volte superiore rispetto alle donne che non hanno avuto un tumore mammario precedente ed è aumentato nelle donne portatrici di mutazioni germinali di BRCA1/2 ed altri geni implicati nei meccanismi di riparazione del DNA, che non abbiano effettuato mastectomia profilattica controlaterale.

Le caratteristiche biologiche del tumore sembrano associarsi ad un rischio di recidiva variabile nel tempo. I tumori HER2-positivi e Triplo negativi hanno, infatti, una probabilità di ricaduta, di norma, nettamente più elevata nei primi 2-3 anni, mentre i tumori luminali hanno una probabilità di ripresa minore ma più prolungata nel tempo.

I fattori di rischio per l'insorgenza di un secondo tumore mammario sono simili a quelli che hanno determinato il primo e questo sottolinea l'importanza, oltre ai programmi di follow-up, di interventi omogenei e sistematici di prevenzione primaria (riduzione all'origine di incidenza della patologia), secondaria (diagnosi precoce nuovi tumori) e terziaria (diagnosi precoce delle recidive).

Il percorso per la sorveglianza a lungo termine della donna con pregressa diagnosi di tumore al seno

Nella letteratura internazionale con “ritorno a screening” si intende l’adozione delle modalità di screening e degli intervalli previsti per la popolazione generale di quell’età.

Nello specifico, nel presente documento, per “ritorno a screening” si intende il passaggio per la donna con pregresso tumore alla presa in carico attiva, controllata e sistematica dei programmi di screening di popolazione.

Le donne con diagnosi di carcinoma in situ di tipo duttale, che non hanno eseguito mastectomia, rientrano a screening dopo 5 anni di follow-up, con periodicità di esame relativa all’età della donna. Le donne con diagnosi di carcinoma in situ di tipo lobulare continueranno invece fino a 74 anni il percorso di screening senza mai uscirne, in quanto non necessitano di controlli particolari.

Il medico oncologo, che ha in carico la paziente con pregresso tumore infiltrante all’interno del Centro di Senologia, deve effettuare, dopo 10 anni dalla diagnosi, la valutazione del rischio personale legato ad ogni caso di malattia, utilizzando i criteri della tabella 3a allegata, per definire il percorso della paziente in base alla categorizzazione del caso. Il concetto di rischio è infatti individuale e deriva dalla valutazione combinata di fattori quali: età, familiarità, caratteristiche del tumore e densità mammaria.

Per le pazienti con pregresso tumore infiltrante, quindi, la tipologia delle indagini e l’intervallo dell’effettuazione, non necessariamente sono quelli previsti per la popolazione generale comparabile per età [2, 6-8] ma devono essere definiti sulla base del profilo di rischio di ogni paziente, così come descritto nella tabella 3a, con particolare considerazione dei fattori che agiscono maggiormente sul rischio locale omo/controlaterale.

Pertanto, al momento della valutazione del singolo caso dopo 10 anni di follow-up, il medico oncologo, sulla base delle caratteristiche che definiscono il rischio di ripresa di malattia, fornisce le indicazioni per l’eventuale rientro, ossia l’invito attivo a eseguire l’esame radiologico in screening (mammografia/tomosintesi) a cadenza annuale o biennale, a seconda dei casi.

Qualora, il medico oncologo non riscontri condizioni adeguate al passaggio di presa in carico presso il servizio screening, la paziente continuerà ad essere seguita con follow up attivo dal Centro di Senologia, fino a successiva rivalutazione per il rientro a screening.

Le donne che hanno effettuato trattamenti e follow-up presso sedi extraregionali, o in modo autonomo, o perse al follow up nei 10 anni successivi alla diagnosi di tumore infiltrante al seno verranno reinserite nel programma di screening mammografico alla scadenza dei 10 anni dalla diagnosi direttamente dal Centro Screening che provvederà ad invitarle ad eseguire l’esame radiologico (mammografia/tomosintesi) all’undicesimo anno dalla diagnosi di tumore: per la donna rispondente all’invito, sarà il medico radiologo, contestualmente alla refertazione della mammografia, ad effettuare la valutazione per la definizione del rischio, utilizzando i criteri della tabella 3a allegata, e ad inviare al Centro Screening le informazioni per la successiva gestione della corretta periodicità di invito della donna (annuale o biennale) in base alla categorizzazione del caso. Per la donna non rispondente, non potendo disporre di una definizione del rischio, il Centro Screening manterrà la periodicità di invito relativa all’età della donna, fino ad un’eventuale sua adesione che renderà possibile la definizione corretta del profilo di rischio personale sulla base del quale si stabilirà la successiva periodicità di invito.

Per quanto riguarda le donne con precedente tumore mammario e alto rischio eredo-familiare, con e senza mutazione BRCA1 e 2 accertate (profilo 3), resta valido, fino a nuova revisione, il percorso di sorveglianza attivo presso il Centro Spoke, definito dal protocollo assistenziale nelle donne a rischio ereditario di tumore della mammella e/o ovaio della Regione Emilia-Romagna (DGR 220/2011 con relativo aggiornamento del 2016) [7, 8]. Si conferma pertanto il rientro a screening con mammografia /tomosintesi biennale per le donne in fascia 70-74 anni (tabella 3b). Fanno eccezione le donne con mutazione accertata, per le quali si decide che tra i 70 e i 74 anni proseguiranno la sorveglianza prevista dal protocollo sostituendo però la RMN con mammografia /tomosintesi annuale (tabella 3a).

Presso il Centro di Senologia continueranno ad essere seguite le donne con alcune condizioni cliniche che richiedono un percorso specifico di sorveglianza effettuata con visita medica ed ecografia annuale (fino ai 74 anni di età).

- donne con mastectomia bilaterale per patologia (tumori invasivi e in situ) con o senza protesi mammarie;
- donne con mastectomia bilaterale profilattica con o senza protesi mammarie.

Per le donne con mastectomia monolaterale per patologia invasiva e in situ con o senza protesi mammaria si prevede ecografia sulla mammella operata e mammografia controlaterale.

Se al momento della valutazione da parte dell'oncologo (trascorsi i 10 anni in follow up), la donna ha superato l'età da screening (>74 anni), farà riferimento al proprio Medico di Medicina Generale, per esecuzione di mammografia ogni 2 anni se l'aspettativa di vita non è inferiore/uguale a 5 anni. L'MMG dovrà essere coinvolto attivamente lungo tutto il percorso della paziente.

In sintesi, la proposta attiva ad eseguire esame radiologico gratuito da parte del programma di screening alle donne individuate in base ai criteri sopra definiti:

- riduce la probabilità di abbandono del percorso di sorveglianza negli anni da parte della donna alla quale, attraverso l'invito sistematizzato e con appuntamento prefissato spedito al domicilio (e su Fascicolo Sanitario Elettronico), si propone di aderire ai controlli programmati in base al suo profilo di rischio;
- raggiunge con la massima precisione le donne da reinvitare;
- solleva la donna da oneri burocratici e logistici;
- diminuisce le diseguaglianze di accesso garantendo maggiore equità.

Modalità organizzative per il rientro in screening

Come chiaramente definito dalla Delibera n. 345 del 12/03/2018 [9], la Regione Emilia-Romagna garantisce la presa in carico delle donne nel contesto dei Centri di Senologia, che ricomprendono le diverse competenze volte ad assicurare ad ogni donna la presa in carico attiva in tutte le fasi del percorso, dalla prevenzione, alla diagnosi, al trattamento e al follow-up, secondo un piano di cura personalizzato.

Il Centro di Senologia (CdS) si avvale di specialisti che collaborano all'interno di un gruppo multidisciplinare che **assume la responsabilità di ogni fase del percorso clinico della paziente**; inoltre, la necessaria **integrazione tra Centri di Senologia e Servizi di Screening deve essere funzionale ad assicurare la massima accessibilità al percorso diagnostico terapeutico assistenziale e di follow-up del tumore della mammella**, in base ai bisogni specifici della popolazione di riferimento.

Il "rientro a screening", inteso come affidamento della paziente alla gestione organizzata da parte del centro screening, è l'obiettivo da perseguire. A tal fine le Aziende sanitarie potranno avvalersi delle misure organizzative più conformi alla propria organizzazione e funzionalità dei servizi collegati al CdS, a condizione che siano rispettate le finalità del documento, le modalità e le tempistiche esplicitate nella tabella 3b, nonché il necessario monitoraggio.

Le Aziende sanitarie dovranno valutare l'impatto del nuovo percorso di rientro a screening, riorientando l'offerta dei servizi diagnostici dedicati alla sorveglianza di queste pazienti verso l'attività di screening.

Per il corretto ingresso della paziente nel percorso di rientro a screening è necessario che ogni donna, al termine dei primi 10 anni di follow up, abbia una valutazione del proprio rischio, compresa la densità che potrà essere valutata a partire dall'ultima mammografia disponibile. **La transizione della presa in cura dall'oncologo al centro screening prevede una visita di chiusura del follow up da parte dell'oncologo.** I nominativi delle pazienti valutate idonee a rientrare nel programma regionale screening verranno trasmessi ai servizi stessi, senza soluzione di continuità per la donna, per offrire una corretta programmazione degli inviti allo screening. La trasmissione ai centri screening dei nominativi delle pazienti, con relativa indicazione della categoria di sorveglianza sulla base della tabella 3b, dovrà essere tempestiva, preferibilmente informatizzata o, comunque, tracciabile.

Le modalità di lettura dell'esame radiografico ed i tempi per la refertazione resteranno quelli tipici dello screening: lettura in doppio e referto entro i 21 giorni dall'esecuzione dell'esame.

Nel caso di recidiva o nuovo tumore identificato nel corso della sorveglianza in screening, il caso sarà segnalato al Centro di Senologia per una rapida presa in carico, come previsto da specifica procedura operativa aziendale.

Al fine di evitare la mancata partecipazione della donna al programma di screening, va promossa la massima condivisione, tra i professionisti coinvolti, delle raccomandazioni individuate nel documento e, in particolare, si sottolinea il ruolo centrale dell'oncologo di riferimento in merito a una corretta, chiara e completa comunicazione alla paziente relativa alle motivazioni e modalità dell'invio al percorso di sorveglianza, sulla base della valutazione del profilo di rischio individuale. Deve essere inoltre curata, da parte di tutti i professionisti, l'integrazione continua con il Medico di Medicina Generale della paziente.

Prevenzione Primaria e promozione dei corretti stili di vita

All'interno di questo percorso, si propone anche di implementare una sistematica attività di counselling sui corretti stili di vita, come fortemente raccomandato in letteratura [10, 11] (tabella 4), per la prevenzione delle recidive, di nuovi tumori al seno e al fine di ridurre il rischio cardiovascolare, che nelle donne con precedente tumore della mammella è incrementato a causa delle pregresse terapie.

Tale attività va perseguita in ottica multidisciplinare, in collaborazione con i Medici di Medicina Generale adeguatamente formati per la promozione dei corretti stili di vita e sviluppata all'interno dei Centri di Senologia in un percorso in cui l'oncologo si fa carico del counselling durante il periodo di follow up e alla visita conclusiva dei 10 anni, sostenuto dagli specialisti radiologi e in particolare dalla figura dell'infermiere case manager. In tale modo la promozione di corretti stili di vita e le relative raccomandazioni sono inserite nella presa in carico della paziente fin dalle fasi iniziali estendendosi per tutto il periodo di follow up.

Monitoraggio del percorso

Al fine di monitorare il percorso e raccogliere informazioni utili per avviare iniziative di miglioramento, si daranno successivamente indicazioni ai programmi screening per la compilazione del debito informativo.

La predisposizione del percorso di rientro a screening deve essere completata in tutte le Aziende Sanitarie entro il 31/12/2024.

Bibliografia

1. I numeri del Cancro in Italia 2022.
https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2022/12/2022_AIOM_NDC-web.pdf
2. Bucchi L, Belli P, Benelli E et al (2016) Recommendations for breast imaging follow-up of women with a previous history of breast cancer: position paper from the Italian Group for Mammography Screening (GISMa) and the Italian College of Breast Radiologists (ICBR) by SIRM. *Radiol Med* 121: 891-896.
3. Natoli C, Brocco D, Sperduti I, Nuzzo A, Tinari N, De Tursi M, Grassadonia A, Mazzilli L, Iacobelli S, Gamucci T, Vici P, and the “FOLLOW-UP” Study Group. Breast Cancer “Tailored Follow-up” in Italian Oncology Units: A Web-Based Survey. *PLoS One*. 2014; Apr 8;9(4): e94063. Doi: [10.1371/journal.pone.0094063](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094063). PMID: 24714591; PMCID: PMC3979748.
4. Fedato C, Zorzi M, Guzzinati S, Tognazzo S, Orvieto E, Ruge M. Aderenza ai protocolli di follow-up nelle pazienti con diagnosi di tumore della mammella. Convegno GISMa 2016. www.gisma.it
5. Swinnen J, Keupers M, Soens J, Lavens M, Postema S, Van Ongeval C. Breast imaging surveillance after curative treatment for primary non-metastasised breast cancer in non-high-risk women: a systematic review. *Insights Imaging*. 2018; 9: 961-970.
6. “Il Protocollo Diagnostico-Terapeutico e Assistenziale per il carcinoma mammario della Regione Emilia-Romagna”. Collana Contributi n. 100. Regione Emilia-Romagna I edizione – anno 2018.
7. DGR 220/2011 “Rischio eredo-familiare per il carcinoma della mammella – Approvazione Linee Guida per le Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna.”
8. Protocollo assistenziale nelle donne a rischio ereditario di tumore della mammella e/o ovaio. Collana contributi n. 91. Regione Emilia-Romagna II edizione Anno 2016.
9. DGR 345/2018 “Definizione della Rete Regionale dei Centri di Senologia dell’Emilia-Romagna, in attuazione della DGR 2040/2015.”
10. American Institute for Cancer Prevention. How to Prevent Cancer: 10 Recommendations. Accessed July 13, 2021. <https://www.aicr.org/cancer-prevention/>
11. Codice Europeo contro il cancro. <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/it/>

Allegati

Tabella 1. Raccomandazioni sul follow up clinico

Ente	popolazione	follow up clinico
ACR	Stage I BC	Non presenti
ACS-ASCO	BC	Primi 3 aa dopo terapia primaria ogni 3/6 m; 3-5 aa ogni 6/12 m; poi annuale
AHS	early BC	Primi 2 aa ogni 6 m; poi annuale
BCMh-BCMA	include DCIS	Annuale
CAR		Annuale
CCMB		Primi 3 aa dopo terapia primaria ogni 3/6 m; 3-5aa ogni 6/12 m; poi annuale
DKG-DGGG		Non segnalato
ESMO		Primi 3 aa dopo terapia primaria ogni 3/6 m; 3-5 aa ogni 6/12 m; poi annuale
GISMa/SIRM		In donne con mastectomia raccomandato esame clinico del seno
HAS		Primi 2 aa dopo fine trattamento ogni 6m; poi annuale
KCE	DCIS/Early BC	Non raccomandato
NABON-KIMS		Non segnalato
NBOOCC	early BC	Primi 3 aa dopo terapia primaria ogni 3/6 m; 3-5 aa ogni 6/12 m; poi annuale
NCCN		Primi 3 aa dopo terapia primaria ogni 3/6 m; 3-5 aa ogni 6/12 m; poi annuale
NICE	DCIS/Early BC	Discutere con MMG
NZGG		Iniziato da uno specialist (incluso breast nurse) poi condiviso con MMG
RCR		Non presenti
AIOM		Primi 3 aa dopo terapia primaria ogni 3/6 m; 3-5 aa ogni 6/12 m; poi annuale

Tabella 2. Raccomandazioni sul follow up mammografico

Ente	Prima Mx	Frequenza	Fine	Ritorno a screening
ACR	6-12 m dopo RT	Primi 3aa Annuale; poi screening (3 aa)	Come screening	Sì dopo 3 aa
ACS-ASCO	≥6 m dopo RT	Annuale	Non segnalato	
AHS	12 m dopo diagnosi o ≥6 m dopo RT	Ogni 6-12m; annuale se Mx stabile	Non segnalato	
BCMh-BCMA	≥6 m dopo RT	Annuale	Non segnalato	
CAR	Non segnalato	Annuale	Non segnalato	
CCMB	12 m dopo diagnosi o ≥6m dopo RT	Annuale	Si può cessare se aspettativa di vita <5 aa	
DKG-DGGG	Dipende da tipo RT e chirurgia	Annuale	Non segnalato	
ESMO	Non segnalato	Annuale	Non segnalato	
GISMa/SIRM	12 m dopo trattamento	Annuale o biennale	Considerare dopo 75; almeno 10 aa dopo diagnosi	
HAS	12 m dopo diagnosi o ≥6 m dopo RT	Annuale	Rivalutare ogni 5 aa	
KCE	non specificato	Annuale	Non segnalato	
NABON-KIMS	+/-12 m dopo pre-operativa Mx or MRI	Primi 5aa annuale; poi se ≥60 biennale	Considerare dopo 75	Sì dai 60 ai 75, dopo 5 aa
NBOOCC	12 m dopo diagnosi	Annuale	Non segnalato	
NCCN	6-12 m dopo RT	Annuale	Non segnalato	
NICE	Non segnalato	Primi 5 aa annuale; poi screening (3aa) se in età target	73 aa	Sì dopo 5 aa
NZGG	12 m dopo diagnosi o ≥6m dopo RT	Ogni 6-12 m; annuale se Mx stabile	Non segnalato	
RCR	Non segnalato	Annuale, da riconsiderare dopo i 50; controlat 2/3 aa; ipsilat 1/3 aa	Controlat: 75 aa; ipsilat: considerare in base comorbidità	
AIOM	Non segnalato	Annuale	Mai	

Tabella 3a. Gestione della diagnosi precoce e follow-up per tumore della mammella dopo 10 anni dalla diagnosi

POPOLAZIONE femminile con pregresso K mammario	RISCHIO EREDO-FAM	MASTECTOMIA	TIPO TUMORE	DENS 4	rientro a SCREENING	45-49	50-69	70-74
infiltrante	Rischio 1/2	no	CA lobulare/multifocale/ECIS	qualsiasi	sì	M/T like SCR-A		
			altro tipo	4		M/T like SCR-A con densità 4 alla valutazione iniziale qualora la densità diminuisce, adeguare successivo follow up		
				1-2-3		M/T like SCR-A	M/T like SCR-B	
qualsiasi	Rischio 3 non mutata	no	qualsiasi	qualsiasi	70-74 anni	protocollo rischio eredo-familiare		M/T like SCR-B
		monolaterale	qualsiasi	qualsiasi	no	protocollo rischio eredo-familiare		M/T VE-B
	mutata	no	qualsiasi	qualsiasi	no	protocollo rischio eredo-familiare		prosegue sorveglianza precedente, sostituendo la RMN con M/T
		monolaterale	qualsiasi	qualsiasi	no	protocollo rischio eredo-familiare		prosegue sorveglianza precedente, sostituendo la RMN con M/T VE-A
	qualsiasi	bilaterale	qualsiasi	qualsiasi	no	VE-A		
	Rischio 1/2	monolaterale	qualsiasi	qualsiasi	no	M/T VE-A		

Legenda

A: annuale B: biennale

M/T like SCR: mammo /tomo like screening

MVE: mammo con visita ed ecografia

VE: ecografia con visita

RMN: risonanza magnetica nucleare

Tabella 3b. Gestione delle donne che proseguono il follow up nel programma di screening

POPOLAZIONE femminile con pregresso K mammario	RISCHIO EREDO-FAM	MASTECTOMIA	TIPO TUMORE	DENSITA'	rientro a SCREENING	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74
infiltrante	Rischio 1/2	no	CA lobulare/ multifocale/ECIS	qualsiasi	dopo 10 anni	Screening ANNUALE					
			altro tipo	4		Screening ANNUALE con densità 4 alla valutazione iniziale qualora la densità diminuisse, adeguare successivo follow up					
				1-2-3		Programma di screening					
in situ	Rischio 1/2	no	duttale	qualsiasi	dopo 5 anni	Programma di screening					
		no	lobulare	qualsiasi	subito	Programma di screening					
qualsiasi	Rischio 3 non mutata	no	qualsiasi	qualsiasi	70-74 anni	Protocollo rischio eredo-familiare					screening

Tabella 4. Raccomandazioni sulla promozione di stili di vita

Ente	Tipo raccomandazione	Contenuti
ACR	Non presente	
ACS-ASCO	Raccomandazioni specifiche per ogni fattore di rischio	Promozione stili di vita: prevenzione dell'obesità, nutrizione, attività fisica, cessazione del fumo
AHS	Raccomandato	Fa riferimento alle raccomandazioni dell'American Institute for Cancer Research
BCMh-BCMA	Raccomandato	Supporto alla vita salutare: per la prevenzione secondaria le pazienti dovrebbero ricevere rinforzi sull'importanza della dieta corretta, essere attive fisicamente, e mantenere un peso corporeo sano
CAR	Non presente	
CCMB	Non valutabile	
DKG-DGGG	Non valutabile	
ESMO	Raccomandazioni specifiche per fattore di rischio	<ul style="list-style-type: none"> - Regular exercise should be recommended to all suitable patients after treatment of breast cancer [II, B]. - Nutritional counselling should be recommended as part of the survivor care for all obese patients [III, B]. - The use of hormone replacement therapy increases the risk of recurrence and should be discouraged [I, A].
GISMa/SIRM	Non presente	Le raccomandazioni sono inserite nella presa in carico della paziente al momento dell'inizio della terapia, ma si estendono al follow up
HAS	Presente	
KCE	Presente	Incluso nel supporto psicologico e riabilitativo
NABON-KIMS	Non valutabile	
NBOOCC	Presente	Riportata nelle considerazioni aggiuntive del follow up la necessità di supportare le donne per mantenere dieta e attività fisica salutari e un peso corporeo sano
NCCN	Raccomandato	L'evidenza suggerisce che uno stile di vita attivo, una dieta sana, un consumo limitato di alcol e il raggiungimento e il mantenimento di un peso corporeo ideale (20-25 BMI) possono portare a risultati ottimali per il cancro al seno
NICE	Raccomandato	Raggiungere e mantenere un peso corporeo sano, limitare il consumo di alcol al di sotto delle 5 unità per settimana, attività fisica regolare e cessazione del fumo (fa riferimento a linee guida NICE su questi argomenti)
NZGG	Raccomandato in riferimento alla perdita di densità ossea	Raccomandazione su cessazione del fumo, dieta, attività fisica, peso corporeo, vitamina D e calcio
RCR	Non valutabile	
AIOM	Debole positiva, qualità evidenze bassa	Stile di vita protettivo, che comprenda interventi dietetici (per il controllo del sovrappeso/obesità) e l'esercizio fisico regolare