

### Commenti supplementari inviati dalle Società Scientifiche

Alcune società scientifiche hanno riportato dei commenti ulteriori rispetto alle domande formulate con il questionario. Alcuni di questi commenti sono stati accolti nella stesura del documento finale.

#### *Cervice uterina*

- per quanto riguarda il basso punteggio ottenuto nella valutazione, SICPVC osserva che nello screening cervicale sono coinvolte diverse le categorie di professionisti: citopatologi, epidemiologi, ginecologi-colposcopisti, che dovrebbero lavorare assieme per ottenere il miglior risultato, e che il 4° aggiornamento delle linee guida è previsto per la fine del 2011. SICPCV precisa inoltre che: le voci bibliografiche riportate nelle linee guida sono 80; i capitoli sono 10 ed i primi due riguardano l'esame citologico e l'HPV test; è specificato l'impiego dell'HPV test nell'ASC-US e nel follow-up post-trattamento; è riportato in cosa consiste il follow-up post-trattamento; si riportano le metodiche di trattamento; si descrive l'importanza e la metodologia del controllo di qualità in colposcopia.
- SITI osserva che in Italia l'implementazione e i risultati dei programmi di screening appaiono molto disomogenei. Ritiene che almeno in parte ciò sia attribuibile alla mancata precisione nella definizione dei ruoli e delle responsabilità riguardanti la fase organizzativa dei programmi. Reputa che questa debba essere affidata ai dipartimenti di prevenzione, che vedono ad essi assegnati dal "sistema LEA" le competenze sottese al capitolo "Assistenza collettiva". SITI ricorda la competenza e il successo dei dipartimenti di prevenzione nella gestione di programmi complessi di chiamata attiva di grandi numeri di soggetti "sani", come i programmi vaccinali.

#### *Mammografico*

- GISMA osserva che la bibliografia relativa allo screening mammografico non è completa; che non è chiaro se il documento Gisma preso in considerazione sia quello relativo all'estensione delle fasce di età o quello degli indicatori; che alcuni documenti non sono nati per essere delle linee guida, e quindi il loro confronto con altri può essere discutibile.
- SIRM rileva qualche imprecisione circa il rischio ereditario e fornisce documenti aggiuntivi (aggiornamento FONCAM del 2008, pubblicato su *Attualità in senologia*; Consenso italiano ad *Attualità in senologia* 2007 e di EUSOMA 2010 sulle indicazioni alla RM). Aggiunge che sul CAD mammografico GISMA e SIRM si sono espressi con un documento sulla refertazione mammografica, mentre la relazione cita BIRADS americana come la sola

classificazione. Aggiunge che la classificazione R1-R5 delle linee guida europee è forse più idonea, e che un gruppo di lavoro GISMA sta redigendo un documento in proposito. SIRM allega inoltre una bibliografia aggiuntiva.

- SITI osserva che in Italia l'implementazione e i risultati dei programmi di screening appaiono molto disomogenei. Ritiene che almeno in parte ciò sia attribuibile alla mancata precisione nella definizione dei ruoli e delle responsabilità riguardanti la fase organizzativa dei programmi. Reputa che questa debba essere affidata ai dipartimenti di prevenzione, che vedono ad essi assegnati dal "sistema LEA" le competenze sottese al capitolo "Assistenza collettiva". SITI ricorda la competenza e il successo dei dipartimenti di prevenzione nella gestione di programmi complessi di chiamata attiva di grandi numeri di soggetti "sani", come i programmi vaccinali.

#### *Colon-retto*

- GISCOR osserva che nelle aree trattate, come riportato nella relazione, non vi sono grosse divergenze. Per quanto riguarda i test proposti, i documenti prendono in considerazione 3 tipi di test di primo livello, SOF sempre proposto annuale o biennale, FS a 5 anni e CS a 10 per lo più. Per quanto riguarda le scarse divergenze sulla fascia età: la differenza nel limitare l'età superiore a 74-75 o no è probabilmente determinata dal fatto che le linee guida siano riferite a uno screening organizzato oppure basato sul rapporto medico/paziente, in quest'ultimo caso con valutazione sul singolo paziente sull'opportunità o meno di proseguire i controlli di screening. La divergenza su costo del FIT è interessante e sarebbe da approfondire, probabilmente dovuta alla complessità della valutazione e a una differenza del sistema;
- SITI osserva che in Italia l'implementazione e i risultati dei programmi di screening appaiono molto disomogenei. Ritiene che almeno in parte ciò sia attribuibile alla mancata precisione nella definizione dei ruoli e delle responsabilità riguardanti la fase organizzativa dei programmi. Reputa che questa debba essere affidata ai dipartimenti di prevenzione, che vedono ad essi assegnati dal "sistema LEA" le competenze sottese al capitolo "Assistenza collettiva". SITI ricorda la competenza e il successo dei dipartimenti di prevenzione nella gestione di programmi complessi di chiamata attiva di grandi numeri di soggetti "sani", come i programmi vaccinali.