



# Protocol invitare-informare-programare a beneficiarelor

## Cuprins

Abrevieri .....	3
1. Preambul .....	4
2. Introducere .....	4
2.1. Scop.....	5
2.2. Metodologie de elaborare și revizie .....	5
3. Prevalența și povara cancerului de sân în România .....	7
4. Screeningul populațional.....	8
5. Programul național de screening pentru cancerul de sân .....	8
6. Standarde.....	9
7. Traseul invitării, informării, programării beneficiarelor PNS.....	20
8. Invitare la participare în program.....	22
9. Informare.....	24
10. Programare.....	24
Bibliografie .....	25

## Abrevieri

AMC	Asistentă medicală comunitară
MF	Medic de familie
MS	Ministerul Sănătății
OMS	Organizației Mondiale a Sănătății
PNS	Programului național de screening
RS	Registrul de screening
URM	Unitatea regională de management
UNS	Unitatea națională de management

## 1. Preambul

Protocolul invitare – informare – programare a beneficiarelor pentru Programul Național pentru Screeningul pentru Cancerul de Sân a fost elaborat în cadrul proiectului "Creșterea capacității instituționale și a competențelor profesionale ale specialiștilor din sistemul de sănătate în scopul implementării Programului Național de screening pentru cancerul de sân", contract de finanțare nr. POCU/259/4//9/120799 Cod SMIS: 120799 finanțat în cadrul Fondului Social European, Programul Operațional Capital Uman 2014-2020, Axa prioritară 4: Incluziunea socială și combaterea sărăciei, Prioritatea de investiții: Creșterea accesului la servicii accesibile, durabile și de înaltă calitate, inclusiv asistență medicală și servicii sociale de interes general implementat de Institutul Oncologic "Prof Dr. Ion Chiricuță" Cluj-Napoca în parteneriat cu Institutul Național de Sănătate Publică.

Protocolul urmărește stabilirea unor proceduri unitare pentru implementarea Programului Național de Screening pentru Cancerul de Sân care, pentru început, va fi implementat în Regiunile de dezvoltare Nord-Vest, Vest, Nord-Est și Sud-Est cu finanțare prin Programul Operațional Capital Uman proiectele "Fii responsabilă de sănătatea ta – programe regionale de prevenție, depistare precoce, diagnostic și tratament precoce al cancerului de sân - etapa II", AP 4/ PI 9.iv/ OS 4.9

## 2. Introducere

Cancerul de sân reprezintă o povară disproporționată a bolii și o problemă majoră de sănătate publică în România comparativ cu alte state membre ale Uniunii Europene. Acest profil epidemiologic este asociat cu un grad ridicat de utilizare a serviciilor medicale, în special la nivel de spital și tratament, dublat de pierderea productivității, invaliditate și decese premature, fapt care duce la o creștere semnificativă atât a costurilor directe, cât și a celor societale. Pentru a răspunde acestei probleme, Ministerul Sănătății (MS) a decis dezvoltarea și implementarea unui program național de screening populațional pentru cancerul de sân care să fie aliniat cerințelor Comisiei Europene din cadrul programului "Europa împotriva cancerului" și bazat pe "Ghidului European pentru asigurarea calității în screeningul și diagnosticarea cancerului de sân"<sup>1</sup>, actualizat prin suplimentul publicat în anul 2013.

---

<sup>1</sup> *European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth edition, Supplements. Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L (eds.). European Commission, Office for Official Publications of the European Union, Luxembourg, pp. XIV–XX.*

Designul, dezvoltarea și implementarea Programului național de screening (PNS) pentru cancerul de sân inițiat de MS se bazează pe experiența internațională acumulată prin implementarea de programe similare în alte țări. Analizele și cercetările efectuate au dovedit că succesul programului depinde de respectarea parcurgerii unor etape distincte, bine conturate: (1) faza anterioară planificării, (2) planificarea, (3) testarea fezabilității, (4) pilotare sau fază de probă, (5) extinderea de la faza pilot la cea de servicii, (6) funcționarea programului în totalitatea sa și (7) sustenabilitatea. Implementarea cu succes a unui program de screening de cancer necesită acceptare socială și asumare locală în contextul practicii bazate pe cele mai noi dovezi și verificarea în fiecare etapă de implementare a măsurii în care performanța este adecvată.

Prezentul protocol a fost elaborat în etapele pregătitoare ale programului și va fi pus în practică în faza de pilotare, de probă a programului. Pe parcursul implementării din această fază protocolul va fi monitorizat și evaluat cu regularitate, va fi adaptat în conformitate cu rezultatele acestor analize.

## **2.1. Scop**

Participarea femeilor programul de screening pentru cancerul mamar este un element cheie pentru succesul programului. Scopul acestui protocol este de a standardiza modalitatea prin care se realizează invitarea, informarea și programarea femeilor din grupul țintă la serviciile de screening. El se adresează tuturor persoanelor care sunt implicate în furnizarea serviciilor de screening pentru cancerul mamar. Utilizarea de protocoalele standardizate invitare, informare, programare va permite analiza cu regularitate a impactului pe care îl are modul de comunicare cu beneficiarele asupra ratelor de prezentare la screening și adaptarea lor în vederea asigurării ratelor de acoperire stabilite prin program.

## **2.2. Metodologie de elaborare și revizie**

Elaborarea protocolului de invitare-informare-programare al beneficiarelor face parte din proiectul "Creșterea capacității instituționale și a competențelor profesionale ale specialiștilor din sistemul de sănătate în scopul implementării Programului Național de screening pentru cancerul de sân" contract de finanțare nr. POCU/259/4/9/120799 Cod SMIS: 120799 finanțat în cadrul Fondului Social European, Programul Operațional Capital Uman 2014-2020, Axa prioritară 4: Incluziunea socială și combaterea sărăciei, Prioritatea de investiții: Creșterea accesului la servicii accesibile, durabile și de înaltă calitate, inclusiv asistență medicală și servicii sociale de interes general implementat de Institutul Oncologic "Prof Dr. Ion Chiricuță" Cluj-Napoca în parteneriat cu Institutul Național de Sănătate Publică. În cadrul proiectului, un grup de experți a realizat o analiză critică a literaturii de specialitate relevantă pentru această temă. Au fost luate în considerare doar publicațiile ce includ informații bazate pe dovezi, în principal din baza de date PUBMED și alte publicații disponibile gratuit pe internet.

Strategia de selectare a literaturii de specialitate relevante a luat în considerare următoarele variabile: perioada de timp, limba în care este publicat articolul, acoperirea geografică și cuvinte cheie relevante după cum urmează:

- Perioada de timp 2008 – 2018: a fost aleasă o perioadă de timp mai mare deoarece procedura de screening organizat pentru cancer de sân a fost introdusă cu mai mult timp în urmă în țările dezvoltate; au existat excepții în condițiile în care studiul are relevanță înaltă pentru proiect);
- Limba engleză/română: au fost alese cele două limbi deoarece marea majoritate a articolelor de specialitate sunt în limba engleză, limba română este limba țării în care se implementează proiectul și personalul care a efectuat cercetarea are cunoștințe avansate de înțelegere a limbii engleze și este vorbitor nativ de limbă română; au existat excepții în condițiile în care studiul are relevanță înaltă pentru proiect;
- Setting – România/Europa Centrală și de Est /Europa /SUA /Canada /Australia: au fost alese aceste țări / regiuni geografice deoarece acestea fie au similarități cu contextul local legat de probleme întâmpinate în introducerea procedurii de screening organizat pentru cancer de sân și modul în care au fost rezolvate, fie reprezintă exemple de bună practică consacrate pentru această procedură la nivel global; au existat excepții în condițiile în care studiul are relevanță înaltă pentru proiect;
- Cuvinte relevante pentru domeniul investigat – Breast cancer/Cancer de sân, Mamography/Mamografie, Screening/Depistare precoce, Breasts Cancer screening methodology / Metodologie de organizare a screeningului pentru cancer de sân, Burden of Disease/Povara bolii, Incidence/Incidență, Prevalence/Prevalență, Mortality/Mortalitate, Outcomes/Rezultate, Invitation/Invitare, Invitation letter/Scrisoare de invitare, Information, education, communication/Informare, educare, comunicare, Appointment/Programare, Scheduling, Call/Invitare, Recall/Rechemare, Reminder/Reamintire: au fost alese aceste cuvinte cheie deoarece aceste caracteristici sunt esențiale pentru scopul urmărit.

Pentru măsurarea puterii dovezilor și recomandărilor a fost utilizată scala GRADE.

În urma revizuirii literaturii de specialitate, experții au elaborat o primă variantă de lucru a Protocolului pentru invitare-informare-programare a beneficiarelor la programul național de screening pentru cancerul mamar. Această primă variantă de lucru a fost transmisă și discutată cu autorități profesionale recunoscute în domeniul comunicării și comunicării pentru sănătate. După încorporarea sugestiilor și recomandărilor lor, a fost elaborat o a doua variantă care a fost supusă dezbaterii publice prin publicare pe site-ul celor două instituții partenere și a Ministerului Sănătății. Forma rezultată în urma acestei dezbateri este Procolul care va fi utilizat în etapa de implementare a fazei pilot.

La finele perioadei de 2 ani a primei runde de screening se va efectua o cercetare privind eficacitatea protocolului. În funcție de rezultatele obținute se va proceda la modificările necesare asigurării unei participări a populației la programul de screening, conforme obiectivelor PNS.

### 3. Prevalența și povara cancerului de sân în România

Conform Globocan, cancerul de sân reprezintă una dintre principalele cauze ale prevalenței și mortalității la femei la nivel global. În Regiunea Europeană a Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), peste 150.000 de femei mor anual din cauza cancerului de sân ceea ce echivalează cu peste 400 de decese pe zi. De asemenea, peste 560.000 de cazuri noi de cancer de sân sunt descoperite anual în această regiune, ceea ce înseamnă că în fiecare minut este diagnosticată o femeie cu cancer de sân; în prezent peste 2 milioane de femei trăiesc cu acest tip de cancer. Există o mare variabilitate a poverii cancerului de sân în țările Europene atât din punct de vedere al incidenței și prevalenței cât și din punct de vedere al mortalității. România, comparativ cu alte state Europene prezintă valori relativ mici ale incidenței și prevalenței pentru cancer de sân și valori medii ale mortalității prin acest tip de cancer. Incidența cancerului de sân este în creștere în România urmând aceeași tendință ca și în statele Uniunii Europene și în statele membre ale regiunii Europene a OMS. Deși incidența cancerului de sân în România este la jumătate față de media Uniunii Europene, mortalitatea prin cancer de sân este aproximativ identică cu mortalitatea specifică pentru cancer de sân din statele membre ale Uniunii Europene și din statele regiunii Europene a OMS. Estimările Globocan<sup>2</sup> obținute prin extrapolarea datelor din Registrul regional de cancer din regiunea nord-vest, arată o valoare de 51,6 cazuri noi /100.000 femei pentru anul 2018. Estimările Globocan<sup>3</sup> pentru prevalența la 5 ani sunt de 35.298 femei cu cancer de sân în anul 2018. Anual există peste 25.000 de episoade de spitalizare continuă și peste 90.000 de episoade de spitalizare de zi pentru cancerul de sân<sup>4</sup>. Conform Globocan<sup>5</sup>, rata standardizată de mortalitate pentru cancer de sân este de 14.6 la 100.000 femei în anul 2018.

Chiar dacă rata de deces prin cancerul de sân la femeile peste 65 de ani din România este mai mică decât rata medie de deces prin cancer de sân la femeile cu aceeași vârstă din Uniunea Europeană, tendința este de creștere în România în timp ce în statele Uniunii Europene este în scădere constantă. Pentru femeile până în 65 de ani, rata de deces prin cancer de sân în România este mai mare decât în media Uniunii Europene, dar tendința este descrescătoare<sup>6</sup>. Conform Institute of Health Metrics and Evaluations, cancerul de sân reprezintă o problemă majoră de sănătate publică în România reprezentând prima cauză

---

<sup>2</sup> [https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-](https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2018&mode=cancer&mode_population=countries&population=900&populations=642&key=total&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&type_multiple=%257B%2522inc%2522%253Atrue%252C%2522mort%2522%253Afalse%252C%2522prev%2522%253Atrue%257D&orientation=horizontal&type_sort=0&type_nb_items=%257B%2522top%2522%253Atrue%252C%2522bottom%2522%253Afalse%257D&population_group_globocan_id=#collapse-group-0-4)

[bars?v=2018&mode=cancer&mode\\_population=countries&population=900&populations=642&key=total&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population\\_group=0&ages\\_group%5B%5D=0&ages\\_group%5B%5D=17&nb\\_items=10&group\\_cancer=1&include\\_nmsc=1&include\\_nmsc\\_other=1&type\\_multiple=%257B%2522inc%2522%253Atrue%252C%2522mort%2522%253Afalse%252C%2522prev%2522%253Atrue%257D&orientation=horizontal&type\\_sort=0&type\\_nb\\_items=%257B%2522top%2522%253Atrue%252C%2522bottom%2522%253Afalse%257D&population\\_group\\_globocan\\_id=#collapse-group-0-4](https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2018&mode=cancer&mode_population=countries&population=900&populations=642&key=total&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&type_multiple=%257B%2522inc%2522%253Atrue%252C%2522mort%2522%253Afalse%252C%2522prev%2522%253Atrue%257D&orientation=horizontal&type_sort=0&type_nb_items=%257B%2522top%2522%253Atrue%252C%2522bottom%2522%253Afalse%257D&population_group_globocan_id=#collapse-group-0-4)

<sup>3</sup> [https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-](https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2018&mode=cancer&mode_population=countries&population=900&populations=642&key=total&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&type_multiple=%257B%2522inc%2522%253Atrue%252C%2522mort%2522%253Afalse%252C%2522prev%2522%253Atrue%257D&orientation=horizontal&type_sort=0&type_nb_items=%257B%2522top%2522%253Atrue%252C%2522bottom%2522%253Afalse%257D&population_group_globocan_id=#collapse-group-0-4)

[bars?v=2018&mode=cancer&mode\\_population=countries&population=900&populations=642&key=total&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population\\_group=0&ages\\_group%5B%5D=0&ages\\_group%5B%5D=17&nb\\_items=10&group\\_cancer=1&include\\_nmsc=1&include\\_nmsc\\_other=1&type\\_multiple=%257B%2522inc%2522%253Atrue%252C%2522mort%2522%253Afalse%252C%2522prev%2522%253Atrue%257D&orientation=horizontal&type\\_sort=0&type\\_nb\\_items=%257B%2522top%2522%253Atrue%252C%2522bottom%2522%253Afalse%257D&population\\_group\\_globocan\\_id=#collapse-group-0-4](https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2018&mode=cancer&mode_population=countries&population=900&populations=642&key=total&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&type_multiple=%257B%2522inc%2522%253Atrue%252C%2522mort%2522%253Afalse%252C%2522prev%2522%253Atrue%257D&orientation=horizontal&type_sort=0&type_nb_items=%257B%2522top%2522%253Atrue%252C%2522bottom%2522%253Afalse%257D&population_group_globocan_id=#collapse-group-0-4)

<sup>4</sup> [http://drg.ro/inc/2018/t4\\_2018/DRG/01\\_National/IM\\_DRG\\_\\_\\_NATIONAL\\_\\_\\_1.4.2018\\_31.12.2018.pdf](http://drg.ro/inc/2018/t4_2018/DRG/01_National/IM_DRG___NATIONAL___1.4.2018_31.12.2018.pdf)

<sup>5</sup> [https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-](https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2018&mode=cancer&mode_population=countries&population=900&populations=642&key=asr&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&type_multiple=%257B%2522inc%2522%253Atrue%252C%2522mort%2522%253Atrue%252C%2522prev%2522%253Afalse%257D&orientation=horizontal&type_sort=0&type_nb_items=%257B%2522top%2522%253Atrue%252C%2522bottom%2522%253Afalse%257D&population_group_globocan_id=#collapse-group-0-4)

[bars?v=2018&mode=cancer&mode\\_population=countries&population=900&populations=642&key=asr&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population\\_group=0&ages\\_group%5B%5D=0&ages\\_group%5B%5D=17&nb\\_items=10&group\\_cancer=1&include\\_nmsc=1&include\\_nmsc\\_other=1&type\\_multiple=%257B%2522inc%2522%253Atrue%252C%2522mort%2522%253Atrue%252C%2522prev%2522%253Afalse%257D&orientation=horizontal&type\\_sort=0&type\\_nb\\_items=%257B%2522top%2522%253Atrue%252C%2522bottom%2522%253Afalse%257D&population\\_group\\_globocan\\_id=#collapse-group-0-4](https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2018&mode=cancer&mode_population=countries&population=900&populations=642&key=asr&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&type_multiple=%257B%2522inc%2522%253Atrue%252C%2522mort%2522%253Atrue%252C%2522prev%2522%253Afalse%257D&orientation=horizontal&type_sort=0&type_nb_items=%257B%2522top%2522%253Atrue%252C%2522bottom%2522%253Afalse%257D&population_group_globocan_id=#collapse-group-0-4)

<sup>6</sup> <http://data.euro.who.int/hfad/>

de mortalitate (8,68%) pentru femeile cu grupa de vârstă 15 - 49 ani și a treia cauză de mortalitate pentru femeile cu grupa de vârstă 50-69 ani, după infarctul miocardic acut și accidentele vasculare cerebrale. De asemenea, conform aceleiași surse, cancerul de sân reprezintă și a patra cauză de dizabilitate (4.22%) pentru femeile din România<sup>7</sup>.

Printre posibilele cauze care fac ca un cancer prevenibil și potențial curabil să aibă un impact atât de ridicat în mortalitatea la femei în România pot fi menționate:

- ✓ conștientizarea redusă a riscului de îmbolnăvire;
- ✓ lipsa screening-ului organizat pentru cancer de sân;
- ✓ prezentarea tardivă la medic;
- ✓ teama de un diagnostic nefast, prezentarea tardivă la medic;
- ✓ diagnosticul primar de cancer de sân stabilit în stadii avansate de boală;
- ✓ lipsa abordării terapeutice comprehensive și multidisciplinare a pacienților cu cancer de sân;
- ✓ posibilitățile reduse de acces la diagnostic și tratament;
- ✓ numărul scăzut de oncologi medicali și radioterapeuți raportat la povara bolii;
- ✓ lipsa echipelor multidisciplinare pentru managementul cancerului de sân (*cu mici excepții*);
- ✓ prezența punctuală a serviciilor de suport (*psihoterapie*) și a serviciilor paleative (*la domiciliu*).

#### 4. Screeningul populațional

Programele de screening organizat au scopul de a reduce mortalitatea prin cancer testând în totalitate de rutină un grup definit de populație la intervale regulate. Reducerea mortalității la nivelul întregii populații se atinge doar dacă acoperirea prin screening este mare, calitatea screeningului este bună și există servicii de urmărire.

#### 5. Programul național de screening pentru cancerul de sân

Programul național de screening pentru cancerul de sân urmărește scăderea ratei standardizate a mortalității prin cancer de sân la femeile din România cu 10% până în 2030. Scopul programului este de a asigura accesul echitabil al populației eligibile la servicii de screening de calitate pentru cancerul de sân prin implementarea PNS. Programul are drept obiective (1) creșterea capacității de management de PNS (dezvoltare, planificare, coordonare, bugetare, monitorizare și evaluare), (2) dezvoltarea infrastructurii de servicii de sănătate necesare implementării programului/ unitatilor furnizoare servicii, inclusiv unitati mobile/ acreditare (screening + teste diagnostice), (3) creșterea nivelului de informare, educare a populației în privința screeningului pentru cancerul de sân și (4) furnizarea efectivă de servicii în cadrul PNS. Pentru fiecare obiectiv sunt definite activități specifice, cu rezultate așteptate și indicatori de monitorizare specifici.

---

<sup>7</sup><https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>



## 6. Standarde

Prezentul protocol este dezvoltat din perspectiva respectării standardelor destinate asigurării calității serviciilor. Standardul reprezintă scopul asociat unei componente de program care trebuie îndeplinit pentru a realiza obiectivele PNS. Un standard este îndeplinit atunci când toate criteriile și elementele sale componente sunt atinse. Criteriile sunt componentele cheie care constituie un standard. Componentele individuale ale unui criteriu care descriu cerințele specifice ce trebuie îndeplinite constituie elementele criteriului respectiv.

Prezentul protocol este destinat respectării următoarelor standarde:

### 1. **Standard 1 - Standard privind accesul și participarea** – populația țintă eligibilă are nivele corespunzătoare de acces și participare la PNS.

Criterii:

1.1. Criteriul 1.1: Furnizorul maximizează participarea femeilor din grupa de vârstă țintă la screening și rescreening

Elemente:

- 1.1.1.  $\geq 70\%$  din femeile din grupa de vârstă 50 – 69 de ani au participat la screening în ultimele 24 de luni
- 1.1.2.  $\geq 75\%$  din femeile din grupa de vârstă 50 – 67 de ani care au participat la primul screening în cadrul PNS participă la rescreening în intervalul a 20 – 27 de luni de la prima testare
- 1.1.3. Dintre femeile din grupa de vârstă 50 – 67 ani care au participat la rescreening,  $\geq 85\%$  au fost la retestare într-un interval de timp de 20-27 de luni după primul episod de screening

1.2. Criteriul 1.2: Serviciile de screening pentru cancerul de sân sunt accesibile populației eligibile, inclusiv femei cu profil cultural și lingvistic divers și femei cu dizabilități, în special femei de etnie roma

Elemente:

- 1.2.1. Furnizorul monitorizează și raportează acoperirea la femeile cu vârsta cuprinsă între 50 și 69 de ani din grupele prioritare și, acolo unde rata de acoperire este mai mică de 70% implementează strategii specifice destinate încurajării participării la screening. Se va acorda atenție acoperirii echitabile cel puțin la următoarele grupuri prioritare:
  - Femei cu statut socio-economic scăzut
  - Femei cu nivel de educație scăzut
  - Femei din zone rurale izolate
  - Femei de etnie roma
  - Femei care nu au participat niciodată la PNS sau nu au fost testate în ultimii cinci ani

- Alte grupuri de femei a căror participare este cu mult sub nivelul de participare al populației generale la PNS
- 1.2.2. Sunt eligibile pentru a participa la PNS următoarele femei:
- Cu vârsta cuprinsă între 50 și 69 de ani
  - Sunt asimptomatice
  - Nu au avut o mamografie în ultimele 12 luni
  - Nu sunt însărcinate sau nu alăptează – femeile care alăptează și îndeplinesc celelalte criterii de participare vor putea face o mamografie în cadrul PNS la cel puțin 3 luni după ce au orpît alăptarea
  - Sunt eligibile pentru participarea în programele naționale de sănătate susținute de Ministerul Sănătății
  - Au mai mult de 5 ani de când au diagnosticate cu cancer e sân.
- 1.2.3. Barierele întâmpinate sau raportate de femei sunt abordate și sunt luate în considerare în planificările ulterioare
- 1.2.4. Mamografiile sunt efectuate în unități fixe sau mobile care îndeplinesc următoarele cerințe:
- 90% din femeile eligibile nu vor avea nevoie să călătorească mai mult de 60 de minute până la centrul primar de screening (fix sau mobil)
  - 95% din femeile eligibile nu vor avea nevoie să călătorească mai mult de 90 de minute până la centrul primar de screening (fix sau mobil)
  - 99% din femeile eligibile nu vor avea nevoie să călătorească mai mult de 120 de minute până la centrul primar de screening (fix sau mobil)
- 1.3. Criteriul 1.3: Furnizorul se asigură că serviciile oferite răspund nevoilor femeilor din grupele defavorizate
- Elemente:
- 1.3.1. Furnizorul se asigură că toți angajații cunosc și înțeleg principiile și prevederile legii antidiscriminare și a legii drepturilor pacientului și acestea sunt respectate în practica lor de zi cu zi.
- 1.3.2. Furnizorul se asigură că se consultă prerinodic cu reprezentante ale femeilor din grupele defavorizate pentru a asigura considerarea nevoilor lor specifice și pentru a stabili procese de monitorizare și evaluare corespunzătoare
- 1.4. Criteriul 1.4: Furnizorul se asigură că sunt recunoscute nevoile culturale ale fiecărei femei și familiei ei
- Elemente:
- 1.4.1. Pentru toate femeile, dar în special pentru cele aparținând grupelor defavorizate, furnizorul se asigură că toți angajații:
- Recunosc impactul pe care îl poate avea diversitatea practicilor și credințelor culturale asupra procesului de screening pentru cancerul de sân

- Respectă în practica lor identitatea fiecărei femei și membrilor familiei sau a persoanelor care le însoțesc și tratează cu respect credințele și valorile lor personale
- Sprijină fiecare femeie să aibă parte de sprijinul și reprezentarea celor care îi înțeleg cultura, nevoile și preferințele
- Își recunosc credințele, valorile și prejudecățile ce se pot manifesta în legătură cu apartenența etnică, cultura, credințele, orientarea sexuală, starea de sănătate și/sau disabilitatea femeilor cărora le furnizează servicii
- Asigură aranjamente alternative în cazul în care diferențele culturale ar putea aduce prejudicii
- Se asigură că propria practică este corespunzătoare din punct de vedere cultural în momentul în care supervizează alți angajați.

1.4.2. Furnizorul asigură funcționarea mecanismelor de feed back și existența unui sprijin pentru adaptabilitate culturală

1.4.3. Furnizorul respectă părerile și așteptările femeilor din grupele defavorizate în privința colectării și utilizării informațiilor personale legate de screeningul pentru cancerul de sân.

1.5. Criteriul 1.5 – Furnizorul stabilește relații cu medicii de familie și alt personal din asistența medicală primară din zona în care asigură servicii în cadrul PNS

Elemente:

1.5.1. Furnizorul sprijină schimbul de informații dintre listele medicilor de familie și registrul de screening dar în limita respectării principiilor de confidențialitate. Cu alte cuvinte, registrul de screening nu poate avea acces automat la datele femeilor de pe listele medicilor de familie fără ca ele să își fi dat consimțământul în acest sens sau dacă au refuzat transferul acestor date.

1.5.2. Dacă femeia și-a dat consimțământul, furnizorul informează medicul ei de familie (MF) sau asistentul medical comunitar (AMC) despre rezultatele screeningului și a evaluărilor suplimentare, dacă este cazul, în perioadele de timp specificate de protocoale.

1.5.3. Furnizorul sprijină rolul MF/AMC în cadrul PNS, în particular în:

- Evidențierea beneficiilor și limitărilor asociate mamografiei de screening pentru femeile eligibile
- Identificarea și invitarea femeilor eligibile
- Raportarea rezultatelor
- Confirmarea eligibilității femeilor și a datelor lor de contact
- Înurajarea femeilor pentru a participa în rundele viitoare de screening
- Oferirea de informații și sprijin pentru femei.

1.5.4. Furnizorul asigură:

- Informarea MF/AMC în privința programului, încurajarea și menținerea suportului lor pentru program
- Oportunități pentru instruirea și îmbunătățirea abilităților MF/AMC privind PNS în așa fel încât ei să promoveze în mod activ programul
- Distribuirea de resurse educative și de promovare către furnizorii și practicienii relevanți
- Existența de relații eficiente de lucru destinate acoperirii echitabile în rândul populației roma
- Includerea în seminarele informative destinate MF/AMC de informații privitoare la modalitățile cele mai eficiente de informare, suport și recrutare a femeilor aparținând grupurilor defavorizate
- Disponibilitatea de informații suficiente privitoare la modalitățile cele mai eficiente de informare, suport și recrutare a femeilor cu dizabilități
- Furnizarea de informații privind trimiteri necorespunzătoare și diferența dintre mamografia de screening și cea de diagnostic
- Accesul MF/AMC la date despre numărul femeilor din practica lor care participă la BNS (rapoarte regulate cu femeile care au fost la screening, rezultatele testării)

1.5.5. UMR are un angajat care are responsabilitatea de a menține contactul regulat (cel puțin anual) și legătura cu MF/AMC și furnizorii de servicii de screening din regiune (poate fi realizat prin întâlniri față-în-față, buletine informative etc.)

1.5.6. Femeie care vin la testare dar nu au un medic de familie sau nu au legătură cu un AMC (sau nu doresc să numească un MF/AMC) sunt încurajate să numească unul sau să se înscrie pe lista unui MF și le sunt oferite datele de contact ale medicului/medicilor de familie care are/au cabinet/e la nivel local sau în apropiere.

1.6. Criteriu 1.6: Există o colaborare regională pentru a promova participarea informată în BNS

Elemente:

1.6.1. Furnizorul asigură ca strategiile să:

- fie bazate pe dovezi, să urmeze standarde de bună practică și să menționeze cerințe etice
- se contreze npe femile din grupurile prioritare
- să ia în considerare întregul traseu de screening
- recunoască diversitatea practicilor culturale
- respectă alegerea femeii de a lua în mod informat decizia de a nu participa la program

1.6.2. Furnizorul asigură:

- Folosirea unor forumuri publice corespunzătoare pentru a oferi informații corecte despre screening

- legături și colaborări cu organizații cheie, stakeholderi, reprezentanți ai comunităților și alte grupuri pe care să îi sprijine pentru a încuraja femeile eligibile și familiile lor pentru participarea la BNS
- identificarea de organizații cheie, grupuri și comunități cărora să le asigure asistență pentru promovarea mesajelor cheie
- distribuția de resurse educaționale privind BNS către femei în locurile în care funcționează centre primare de screening și alte puncte de interes din comunități

1.7. Criteriu 1.7 – Furnizorii de servicii de screening și furnizorii de servicii de suport lucrează în parteneriat pentru a oferi serviciile din cadrul BNS

Elemente:

1.7.1 Managerii UMR și furnizorii de servicii de suport (CC și IT) trebuie să:

- Se întâlnească o dată la cel puțin șase luni pentru a discuta problemele relevante ale activității lor
- Organizeze anual întâlniri de analiză și planificare comună, cu atenție specială pentru programările pentru unitățile mobile, problemele de recrutare și retenție a personalului și indicatorii de performanță ai programului.

1.7.2 Furnizorii de servicii de suport trebuie să fie implicați activ împreună cu cei care furnizează serviciile de screening în asigurarea succesului programului și menținerea încrederii femeilor, inclusiv:

- acordarea de suport pentru serviciile destinate femeilor identificate ca având nevoie de sprijin sau ca urmare a solicitării UMR
- implicarea și sprijinirea femeilor care au confirmat dar nu s-au prezentat la programare, care nu au răspuns la invitație sau la care UMR a făcut o solicitare în acest sens.

1.8. Criteriu 1.8: Furnizorul are protocoale și proceduri pentru managementul programărilor și rechemări

Elemente:

1.8.1. Procesul de programare este inițiat după ce femeia a fost identificată și inclusă în Registrul de screening (RS)

1.8.2. Furnizorul asigură ca procesul de programare să includă:

- În cadrul telefonului de confirmare a participării la PNS obținerea de informații pentru completarea înregistrării femeii în RS: telefon de contact + număr de rezervă, numele MF pe a cărui listă este inclusă, existența în comunitate a unui AMC, acordul pentru comunicarea cu MF, orice nevoi speciale
- informarea femeii despre numele furnizorului, unde este furnizat serviciul, programul de funcționare și despre orice informație relevantă necesară înainte de a participa la o mamografie de screening

- furnizarea de informații despre cum să-și schimbe programarea, dacă este necesar
- furnizarea de formulare de consimțământ, după caz
- furnizarea broșurii de informare despre program
- furnizarea chestionarului privind factorii de risc personali

1.8.3 Pentru femeile care își mută domiciliul, furnizorul asigură:

- respectarea cerințelor privind gestionarea datelor personale
- pentru femeile care se mută în perioada evaluare, păstrarea legăturii cu centrul de evaluare unde a început investigațiile suplimentare până la stabilirea diagnosticului și, în caz de diagnostic pozitiv, intrarea în programul de tratament
- femeile care sunt în termen de cinci ani de la un diagnostic de cancer la sân în cadrul PNS, nu sunt transferate până nu revin la program.

1.8.4 Furnizorul se asigură că femeia nu mai este chemată pentru repetarea screeningului de rutină și că, dacă este cazul, este informată despre consecințe, atunci când:

- are un diagnostic pozitiv de cancerul de sân și este trimisă pentru tratament
- solicită în mod activ să nu fie chemată din nou la PNS
- nu se încadrează în intervalul de vârstă eligibil
- este decedată
- nu reușește sau refuză să participe sau să finalizeze o evaluare
- în mod repetat (de cel puțin trei ori) nu participă la programările de screening confirmate, dacă în opinia UMR încercările suplimentare de a programa o testare ar fi inutile
- nu poate fi contactat de furnizor după ce toate eforturile rezonabile au fost făcute folosind gama de mijloace disponibile pentru UMR.

## 2. Standard 2 – Centrarea pe beneficiară

Programul este orientat înspre femeie și toate femeile sunt informate și sprijinite în mod corespunzător.

2.1. Criteriul 2.1 Furnizorul oferă femeilor informații și resurse bazate și dovezi și coerente  
Elemente:

2.1.1. Informațiile scrise care au fost aprobate de unitatea națională de screening și sunt în concordanță cu politicile naționale și mesajele cheie (consultați anexa D: Mesaje cheie pentru ....) sunt disponibile tuturor femeilor în formatul cel mai potrivit pentru nevoile lor și familiilor lor, pe tot parcursul screeningului și evaluării și includ:

- scopul screeningului
- repetarea screeningului
- probabilitatea rechemării pentru evaluare

- riscurile de rezultate false pozitive, rezultate fals negative sau diagnostic în exces
- investigațiile care pot fi solicitate
- beneficiile, limitările și riscurile investigațiilor
- rezultatele posibile ale evaluării.

2.1.2. Furnizorii se asigură că:

- Strategiile regionale / locale ale posturilor de radio și media tipărită sunt în relație de complementaritate cu toate activitățile media pe plan național
- Chiar dacă poate exista și promovare pentru care se plătește, accentul la nivel regional va fi pus pe acoperirea neplătită, inclusiv interviuri și comunicate de presă
- se acordă prioritate acoperirii mass-media eficiente adresată femeilor din grupurile prioritare ale PNS
- interențțiile în mass-media sunt discutate cu Unitatea Națională de Screening pentru a asigura un management eficient
- orice comunicare cu mass-media cu privire la PNS, inițiată de furnizori de servicii de screening (de exemplu, un comunicat de presă) necesită aprobarea prealabilă în scris de către Unitatea Națională de Screening, care o va examina în termen de 48 de ore, dacă este posibil.
- acolo unde este convenit, anunțuri de rutină sau repetarea anunțurilor de poate face fără aprobare suplimentară (de exemplu, programul unității mobile).

2.1.3. Furnizorul este obligat să se asigure ca toate comunicările privitoare la activitățile PNS (inclusiv materiale educaționale, comunicare media de promovare și semnalizarea, dar excluzând scrisorile pe antetul PNS):

- respectă Manualul de identitate vizuală identitatea vizuală și include sigla PNS - alte logo-uri nu le vor fi plasate pe materiale decât în cazul în care Unitatea Națională de Screening (UNS) a dat o aprobare explicită
- sunt aprobate de Unitatea Națională de Screening, care va examina materialul în termen de 10 zile lucrătoare, ori de câte ori este posibil.

2.2. Criteriu 2.2 Furnizorul asigură existența formularelor de consimțământ ale femeilor pe întregul parcurs de screening

Elemente:

2.2.1. Furnizorul se asigură că obținerea consimțământului informat respectă următoarele principii:

- Consimțământul este obținut pentru toate manevrele pentru care reglementările solicită acest lucru.
- Sunt oferite femeilor informații complete, corecte și echilibrate în așa fel încât ea are posibilitatea de a lua o decizie în deplină cunoștințe de cauză.

- Consimțământul este dat în mod voluntar.
- Femeia are capacitate de consimțământ
- Femeile trebuie să știe că au dreptul de a nu-și da consimțământul și să își retragă consimțământul în orice moment.

2.2.2. Furnizorul asigură existența unui consimțământ scris al femeilor care:

- sunt la prima testare de screening în cadrul programului
- fac proceduri diagnostice invazive
- pentru anunțarea MF/AMC privitor la participarea femeii în PNS și a rezultatelor primului test de screening mamografic
- pentru solicitarea de către furnizor a unor informații relevante de la alți furnizori de servicii de sănătate
- participă în cercetări (dacă este solicitată de un comitet de etică și/sau Unitatea Națională de Management – UNM)
- au implanturi de sân și mamografii.

2.2.3. Furnizorul asigură obținerea și înregistrarea consimțământ verbal de la toate femeile pentru:

- Mamografii de screening subsecvente
- pentru anunțarea MF/AMC privitor la participarea femeii în rundele subsecvente ale PNS și a rezultatelor testele subsecvente de screening mamografic
- evaluare de nivel 1
- prezența participanților la programe de instruire în timpul furnizării serviciilor de screening și efectuarea serviciilor de către aceștia.

2.2.4. Furnizorul informează toate femeile în scris (denumit use of information notification) despre scopul, utilizarea și cei ce vor avea acces la informațiile personale colectate.

2.2.5. Femeilor li se oferă oportunitatea de a pune întrebări în privat înainte de a-și da consimțământul pentru orice procedură. Sunt disponibile resurse umane cu pregătire medicală care pot răspunde întrebărilor medicale pe care le au femeile și că toate femeile primesc înainte de fiecare rundă de screening versiunea cea mai recentă a broșurii de informare privind PNS, aprobată de UNM.

2.3. Criteriul 2.3 – Furnizorul se asigură că fiecare femeie beneficiază de sprijinul necesar pentru a avea acces și participa în program într-o măsură rezonabilă, indiferent de nevoile ei culturale și preferințele personale

Elemente:

2.3.1. Furnizorul informează fiecare femeie care participă la PNS în privința dreptului de a fi însoțite de una sau mai multe persoane la testare, cu excepția situațiilor în care le poate fi periclitată siguranța personală



- 2.3.2. Furnizorul asigură ajutor din partea angajaților oricărei femei care solicită asistență în vederea obținerii de sprijin.
- 2.3.3. Furnizorul asigură ca în cadrul procesului de programare, femeia este întrebată dacă are vreo deficiență, disabilitate sau nevoi/cerințe speciale de care va trebui să se țină seamă în timpul testării în așa fel încât:
- Serviciile de traducere și orice alt tip de servicii suplimentare de care are nevoie femeia sunt organizate înainte de ca ea să meargă la centrul primar de screening sau centrul de evaluare
  - Femeile cu disabilități sunt încurajate să meargă pentru testare la o unități fixe care sunt mai bine echipate pentru a asigura accesul și timp suplimentar și au loc și pentru însoțitori.
  - Femeile cu implante mamare au nevoie de o durată mai mare pentru testare
- 2.3.4. Asistenta/operator ia legătura cu fiecare femeie care este rechemată pentru evaluare suplimentară și asigură că:
- Sprijinul on-line/telefonice și asistență cu aranjamentele practice necesare este furnizat fiecărei femei care este rechemată pentru evaluare suplimentară
  - Urmărire pentru femei care au nevoie de suport – acolo unde sprijinul pentru urmărire se limitează la convorbirea telefonică, asistenta/operator trebuie să cunoască despre rețelele de suport care funcționează la nivel local
  - Întregul suport oferit de asistenta/operator trebuie să fie documentat în fișa femeii.
- 2.3.5. Furnizorul trebuie să asigure asistentei/operator un spațiu privat în care aceasta să discute cu apelantele, inclusiv o linie telefonică corespunzătoare.
- 2.4. Criteriul 2.4 – screeningul, evaluarea și trimiterea la tratament trebuie să facă parte dintr-un continuum de-a lungul căruia femeia este constant informată
- Elemente:
- 2.4.1. Femeile sunt informate despre timpul de așteptare de care poate fi nevoie în momentul în care se prezintă la o testare/consultație programată
- 2.4.2. Protocoalele referitoare la atitudinea și comportamentul angajaților față de femei și membri de familie/însoțitori sunt respectate
- 2.4.3. Fiecărei femei i se explică în mod clar și complet procedura înainte de mamografia de screening, inclusiv nevoia de o compresie adecvată și avantajul acestei manevre în sensul creșterii calității imaginii obținute și reducerii dozei de radiații.
- 2.4.4. Cu fiecare femeie înainte de terminarea efectuării testării, s-a discutat despre modul și intervalul de timp în care va fi notificată de rezultatul testării
- 2.4.5. Furnizorul se asigură, în momentul efectuării mamografiei, că femeile au fost informate și au înțeles că peste doi ani vor fi re-invitate la testare.
- 2.4.6. Furnizorii se asigură că, în momentul screeningului, fiecare femeie este informată și a înțeles că, dacă înainte de momentul în care va primi următoarea scrisoare de

invitație la screening apar simptome la nivelul sânilor, trebuie să solicite o consultație la medicul lor de familie.

2.4.7. Fiecare femeie rechemată pentru evaluare este informată despre nevoia de a se prezenta la un centru de evaluare de asistenta/operator cât mai repede după testare.

2.4.8. Femeile diagnosticate cu cancer trebuie să discute cu oncologul despre opțiunile de tratament împreună cu asistenta/operator. Trebuie să fie disponibile materiale informative specifice aprobate de UNM.

2.4.9. Femeia primește o listă cu medicii oncologi care lucrează în zona ei de domiciliu.

2.4.10. Centrul implementează un protocol de trimitere pentru tratamentul subsecvent toate femeile diagnosticate cu cancer de sân. Centrul se asigură că toate trimiterile la clinicieni care tratează cancerul de sân includ:

- Rezultatele testelor și diagnosticul
- Acces la imagini
- Acces la raportul anatomo-patologic
- Acces la recomandările echipei multidisciplinare sau a fișei de evaluare
- O cerere pentru informare corespunzătoare privind urmărirea.

2.5. Criteriul 2.5 – Spațiul privat personal al fiecărei femei este respectat în cadrul fiecărui serviciu care i se furnizează

Elemente:

2.5.1. Furnizorul are politici și protocoale care asigură protecția intimității personale pentru fiecare femeie care participă la program.

2.5.2. Furnizorii au protocoale pentru conversațiile telefonice, transmiterea de informații prin mesaje sms sau email și/sau contact personal cu femeile, care țin cont de principiile respectului, sensibilității și adecvării culturale.

2.5.3. În cazul transmiterii de informații prin mesaje sms sau email, reprezentantul furnizorului trebuie să:

- Se asigure că sunt transmise doar informații privitoare la notificări non-clinice care pot include reamintiri de programări, confirmări de programări și follow-up pentru programările fără prezentare
- Nu transmită informații despre rezultate sau informații clinice

2.5.4. În cazul unui conversații telefonice, informația este transmisă doar femeii în cauză și reprezentantul furnizorului trebuie să:

- Identifice femeia cu numele ei întreg
- Dacă răspunde o altă persoană, li se spune că este vorba despre o discuție personală
- Se prezintă cu nume, rol și loc de muncă
- Conformă data de naștere a femeii

Membri de familie pot fi folosiți pentru traducere în cazul femeilor care nu vorbesc limba română doar pentru transmiterea de informații non-clinice

- 2.5.5. Dacă angajații PNS lasă mesaje scrise personale pentru femeile care au familiile acestea trebuie transmise în plicuri închise pe care scrie "Confidențial"
- 2.5.6. Tuturor femeilor trebuie să li se ofere o robă sau halat pentru durata screeningului sau evaluării.
- 2.5.7. Furnizorul are un protocol privind accesul femeii la fișa sa personală.

### 3. Standardul 3: Promptitudinea

Serviciile de screening și evaluare sunt furnizate femeilor într-un mod prompt și eficient.

#### 3.1. Criteriu 3.1 – Furnizorul asigură parcurgerea de către femei a întregului parcurs de screening în timp util

Elemente:

- 3.1.1. Țintă:  $\geq 90\%$  din femei sunt programate pentru o mamografie de screening în 60 de zile de la data primirii invitației (numai în cazul programării la unități fixe)
- 3.1.2. Țintă:  $> 90\%$  din femei au o notificare referitoare la rezultatul testării în intervalul a 10 zile lucrătoare de la efectuarea mamografiei, în cazul unui rezultat negativ.

#### 3.2. Criteriu 3.2 - Furnizorul asigură parcurgerea de către femei a întregului parcurs de evaluare în timp util

Elemente:

- 3.2.1. Țintă:  $\geq 90\%$  sunt programate pentru evaluare în următoarele 15 zile lucrătoare după efectuarea mamografiei finale. În cazul în care prima încercare de contact a eșuat, pentru realizarea programării se fac cel puțin 3 apeluri telefonice urmate de trimiterea unei scrisori.
- 3.2.2. Țintă: tuturor femeilor care nu au nevoie de biopsie pentru evaluare, primesc rezultatul final în intervalul a 5 zile lucrătoare de la data vizitei.
- 3.2.3. Țintă:  $\geq 90\%$  din puncțiile biopsii transcutanate (nivel 2 de evaluare) sunt efectuate în intervalul a cinci zile lucrătoare după data primei vizite de evaluare.
- 3.2.4. Țintă: la  $\geq 90\%$  din femeile care au nevoie de o biopsie chirurgicală (nivel 3 de evaluare) intervenția a fost efectuată în intervalul a 20 de zile lucrătoare din momentul în care au fost anunțate că au nevoie de intervenție.
- 3.2.5. Țintă:  $\geq 80\%$  din rezultatele puncțiilor biopsie transcutanate (nivel 2 de evaluare) sunt transmise la URM în intervalul a 3 zile lucrătoare după ce laboratorul care efectuează analiza a primit eșantionul.
- 3.2.6. Țintă:  $\geq 90\%$  din rezultatele histopatologice scrise ale puncțiilor biopsie transcutanate (nivel 2 de evaluare) și ale biopsiilor deschise (nivel 3 de evaluare) sunt primite de UMR în intervalul a cinci zile lucrătoare din momentul în care laboratorul a primit eșantionul.
- 3.2.7. Țintă:  $\geq 90\%$  din femei primesc rezultatele în intervalul a cinci zile lucrătoare din momentul efectuării puncției biopsie transcutanate finale.

- 3.2.8. Țintă: în cazul în care diagnosticul este cel de cancer, la  $\geq 90\%$  din femei se efectuează intervenția chirurgicală inițială în intervalul a 31 de zile calendaristice din momentul în care s-a luat decizia finală privind tratamentul.

## 7. Traseul invitării, informării, programării beneficiarelor PNS

La programul de screening pentru cancerul de sân vor participa femeile din grupa de vârstă 50 – 69 ani. Testul efectuat va fi mamografia.

Mamografiile vor fi efectuate în **centre de screening primare**. Acestea vor fi de două tipuri: fixe și mobile. Femeile la care mamografia efectuată într-un centru primar nu permite diagnosticul de absență de cancer, au nevoie de efectuarea de investigații suplimentare (tehnic, acest rezultat se numește negativ, este cel bun dar din discuțiile cu femei din grupul țintă a rezultat faptul că termenul negativ este perceput ca rău, din acest motiv încerc să îl evit – poate nu este relevant pentru această prezentare). Aceste investigații suplimentare se fac în **centre de evaluare** care sunt localizate în capitala de județ (dar nu în toate capitalele de județ, sigur în toate capitalele de județ care sunt și capitale de regiuni).

Pe lângă centrele în care se furnizează servicii medicale de screening (mamografii și investigații suplimentare) funcționarea programului se bazează pe funcționarea **call centerului** și a unei **platforme informatice integrate**.

Managementul programului se va face la nivel de regiune de dezvoltare (cele 8) de către o **unitate de management regională**.

Participarea se va face pe bază de **scrisoare de invitație personală**.

**Platforma informatică** va adăposti **registru screening** (bază de date cu toate femeile beneficiare ce include la început adresa, apoi nr de telefon și toate rezultatele de pe parcursul femeii; cazurile diagnosticate cu cancer vor fi incluse automat în registrul de cancer).

Unitatea de management regională (UMR) va trimite prin poștă scrisoarea de invitație care va menționa și programarea pentru testare. Femeia va trebui să confirme programarea sau să solicite o altă programare. Confirmarea se va face la nr tel al call centrului (CC) care va transfera automat apelul la UMR (pentru a nu crea confuzii, femeia va comunica direct cu programul doar printr-un singur număr de telefon, cel al CC).

1. Femeia **confirmă** programarea sau obține o altă programare - Sistemul va genera automat un telefon/sms reminder cu câteva zile înainte de data programării.

1.1. Femeia **se prezintă la testare** la data la care a fost programată/reprogramată

- 1.1.1. Rezultatul testului este negativ (deci bun, femeia nu are cancer) – rezultatul testului se comunică prin scrisoare la femeie (în max **2 săptămâni după data testării**) împreună cu recomandările privind participarea la următoarea rundă de screening – peste 2 ani + info pentru un stil de viață sănătos
- 1.1.2. Rezultatul este neconcludent , deci femeia trebuie să revină pentru investigații suplimentare – acest rezultat este comunicat femeii prin telefon de către un operator specializat din call center. Se face programarea pentru investigații suplimentare la centrul de evaluare (din capitala de județ sau regiune, în funcție de domiciliul femeii). Comunicarea rezultatului pozitiv se face în max 2 săptămâni, cât mai repede posibil. Programarea pentru investigații suplimentare nu trebuie să se facă la mai mult de **3 săptămâni** de la data testării.

- 1.2. Femeia **a confirmat** participarea la data programată **dar nu s-a prezentat la testare**. Femeia va fi rechemată – va fi contactată telefonic pentru reconfirmarea participării la screening și reprogramare, după care va intra în ciclul normal.

## 2. Femeia **nu confirmă** participarea la screening

- 2.1. Femeia **nu a confirmat** participarea dar **se prezintă la testare** la data programată. Se va face testarea, va continua cu ciclul obișnuit.
- 2.2. Femeia nu a confirmat și nu s-a prezentat la testare la data programată. Se confirmă adresa +/- tel la medicul/medicii de familie cu praxis în zona de domiciliu sau primăria localității de domiciliu. CC apelează telefonic femeia pentru a afla motivul lipsei de răspuns.
  - 2.2.1. Femeia nu a confirmat și nu s-a prezentat la testare pentru că **nu a primit scrisoare de invitare și nu se prezintă la testare**. Se retrimite invitația de participare, prin poștă cu o nouă programare.
  - 2.2.2. Femeia nu a confirmat și nu s-a prezentat la testare pentru că este indecisă în privința participării. Se informează și consiliază telefonic de CC.
    - 2.2.2.1. Dacă femeia ia decizia de participare se reprogramează și intră în ciclul normal.
    - 2.2.2.2. Dacă femeia ia decizia de a nu participa, comunicarea cu ea va fi reluată la următoarea rundă de screening.

Programarea la testare se va face pe criterii geografice. Medicul/medicii de familie, medicii ginecologi și celelalte categorii profesionale implicate în screening cu praxiz în zonele geografice vizate și primăriile respective vor fi informați despre calendarul screeningului din teritoriul lor. Tot cilul va fi susținut de activități de IEC coresăunzătoare.

## 8. Invitare la participare în program

Programul național de screening pentru cancerul de sân se adresează femeilor cu vârsta cuprinsă între 50 și 69 de ani. În cadrul programului testarea folosită pentru depistarea cancerului de sân este mamografia digitală, efectuată din doi în doi ani. Participarea femeilor din grupul țintă la program se face pe bază de invitație scrisă, transmisă prin poștă. Costurile testării mamografice inițiale și, acolo unde va fi necesar, costurile investigațiilor suplimentare necesare pentru stabilirea unui diagnostic vor fi suportate integral de PNS, fără coparticipare din partea femeii. Cazurile negative vor participa din doi în doi ani la runde succesive de screening din cadrul PNS. Cazurile pozitive vor intra în programul național de oncologie și vor fi urmărite prin intermediul Registrului de cancer.

PNS va fi gestionat la nivel național pe bază regională, prin intermediul Unităților regionale de management (URM), așa cum este descris în Metodologia de screening fundamentat.

Intrarea femeilor din grupul țintă în PNS se face prin intermediul Registrului de screening (RS).

Registrul de screening este o bază de date care include femeile din categoria de vârstă 50 – 69 de ani și care nu au niciunul din criteriile de eliminare din screening.

În fiecare an, vor intra în RS femeile care împlinesc vârsta de 50 de ani în anul respectiv și vor ieși din RS cele care au implinit vârsta de 69 de ani și care au dezvoltat un criteriu de eliminare. Femeile care au fost diagnosticate cu cancer mamar pe parcursul procesului de screening vor fi introduse într-o categorie specială a RS destinată acestor femei.

Inițial RS va fi populat prin transferul de date din registrul de evidență a populației +/- listele medicilor de familie, alte surse de date, conform instrucțiunilor Ministerului Sănătății. Datele inițiale vor cuprinde CNP, adresa. Cu ocazia confirmării participării la program se înregistrează date suplimentare: telefon, numele medicului de familie +/- a asistentei medicale comunitare, acordul de comunicare cu MF/AMC.

PNS va folosi următoarea matrice de comunicare:

Scenariu	Contact	In timp	Metoda
Confirmarea programării	Femeie	Cu cinci zile lucrătoare înainte de programare	Prin telefon, scrisoare, SMS/text sau e-mail

Nu s-a prezentat la programarea din cadrul screeningului	Femeie și/sau GP/PCP	Femeia – 10 zile lucrătoare de la programarea medicului de familie – după trei programări la care nu a participat	Prin telefon sau scrisoare/e-mail de rechemare
Solicită să nu participe în cadrul programului de screening	GP/PCP		Prin scrisoare
Rezultate negative în cadrul screeningului	Femeia	10 zile lucrătoare de la data efectuării screeningului	Prin scrisoare
Rezultate negative în cadrul screeningului	GP/PCP	10 zile lucrătoare de la data efectuării screeningului	Prin scrisoare – prin e-mail, fax sau expediere electronică
Rechemarea pentru evaluarea anomaliilor identificate în cadrul screeningului	Femeia	După citirea finală a mamografiei și oferirea posibilității de reprogramare în 15 zile lucrătoare după mamografia finală de screening	Prin telefon sau scrisoare de rechemare
Rechemarea pentru evaluarea anomaliilor identificate în cadrul screeningului	GP/PCP	Cât mai curând posibil, după citirea finală a mamografiei	Scrisoare – prin fax sau expediere electronică
Confirmarea programării pentru evaluare	Femeia	Cu 1-2 zile înainte de evaluare	Prin telefon sau text/email
Nu s-a prezentat la programarea pentru evaluare	Femeia și GP/PCP	Femeia – o zi (următoarea zi lucrătoare) Medic de familie – după trei încercări	Prin telefon sau scrisori de rechemare
Diagnosticul de cancer	Femeia	Informată în cadrul clinicii de diagnostic	Consultație față în față
Diagnosticul de cancer	Femeia (rural sau urban)	Dacă s-a solicitat, să fie informată de către medicul de familie, care trebuie să colaboreze cu	Consultație față în față

		radiologul sau chirurgul	
Diagnosticul de cancer	GP/PCP	Imediat după ce s-a vorbit cu femeia	Telefonic sau prin scrisoare

Invitarea inițială se face printr-o scrisoare de invitare care se transmite prin poștă. UNM va transmite către URM modele de scrisoare de invitare (exemplificare în Anexa x). În scrisoare va fi menționată data programării inițiale pentru mamografie la centrul primar de screening selectat cu respectarea cerinței specifice 1.2.4.

## 9. Informare

Informarea populației despre cancerul de sân și PNS se face prin intermediul campaniilor IEC naționale și locale, cu ocazia interacțiunii femeii cu PNS și cu ajutorul unui call center.

Informațiile diseminate prin media

## 10. Programare

Programarea femeilor la testarea inițială și la toate investigațiile suplimentare se face prin intermediul unei aplicații specializate gestionate la nivelul fiecărei regiuni de către URM. Dezvoltarea aplicației asigură respectarea standardelor acestei activități – cerințe specifice 1.1.1, 1.1.2, 1.1.3, 1.2.4, 3.1.1, 3.2.1, 3.2.3, 3.2.8.

Programările trebuie să țină cont de nevoile speciale pe care le pot avea unele femei (disabilități pentru care sunht preferabile centrele primare fixe, prezența unui traducător, prezența unor implante mamare).

Pentru asigurarea programărilor, UMR trebuie să aibă procedurile necesare pentru a avea acces la datele actualizate privind orarul de funcționare al centrelor primare și a centrelor de evaluare



## Bibliografie

1. ACPSEM. 2007. Interim Recommendations for a Digital Mammography Quality Assurance Programme. Mascot: Australia: Australasian College of Physical Scientists and Engineers in Medicine.
2. ACR. 1999. Mammography Quality Control Manual. Reston, Virginia: American College of Radiology.
3. ACR–AAPM–SIIM. 2012. Practice Guideline for Determinants of Image Quality in Digital Mammography. Reston, Virginia: American College of Radiology, American Association of Physicists in Medicine and the Society for Imaging Informatics in Medicine.
4. ACR–AAPM–SIIM. 2012. Technical Standard for Electronic Practice or Medical Imaging. Reston, Virginia: American College of Radiology, American Association of Physicists in Medicine and the Society for Imaging Informatics in Medicine.
5. BCSPAG. 1995. A Summary of Interim Recommendations to the Director-General of Health from the Breast Cancer Screening Policy Advisory Group. Recommendation 6.
6. Blanks S, Moss R. 1996. Monitoring the performance of breast screening programmes. *Journal of Medical Screening* 3(2): 79–84.
7. BreastScreen Australia. 2013. National Accreditation Standards. Canberra, Australia: BreastScreen Australia.
8. Britton PD, McCann J. 1999. Needle biopsy in the NHS Breast Screening Programme 1996/1997: how much and how accurate? *The Breast* 8: 5–11.
9. Brunton M, Jordon C, Campbell I. 2005. Anxiety before, during, and after participation in a population-based screening mammography programme in Waikato Province, New Zealand. *New Zealand Medical Journal* 118(1209).
10. DICOM. 2005. DICOM Strategic Document v5.1. Rosslyn, Virginia: Digital Imaging and Communication in Medicine.
11. Heggie J, McLean ID, Herley J, et al. 2012. ACPSEM Position Paper: Recommendations for a Digital Mammography Quality Assurance Program, v3. Mascot, Australia: Australasian College of Physical Scientists and Engineers in Medicine.
12. HQSC. 2012. New Zealand Health and Disability Services: National reportable events policy 2012. Wellington: Health Quality and Safety Commission New Zealand.
13. Health and Disability Services Act 1993, section 25.
14. Health and Disability Commissioner (Code of Health and Disability Services Consumers' Rights) Regulations 1996.
15. Health (Retention of Health Information) Regulations 1996, sections 5 and 6(1).

16. HPFNZ. 2012. Nga Kaiakatanga Hauora mo Aotearoa: Health Promotion Competencies for Aotearoa–New Zealand. Auckland : Health Promotion Forum of New Zealand – Runanga Whakapiki ake i te Hauora o Aotearoa.
17. IARC. 2002. Breast Cancer Screening. Lyon: International Agency for Research on Cancer, WHO.
18. IARC. 2002. IARC Handbooks of Cancer Prevention: Volume 7 – Breast cancer screening. Lyon: International Agency for Research on Cancer, WHO. 110 BreastScreen Aotearoa National Policy and Quality Standards.
19. Ministry of Health. 2002. Reducing Inequalities in Health. Wellington: Ministry of Health.
20. Ministry of Health. 2003. New Zealand Health and Disability System Quality Improvement Strategy. Wellington: Ministry of Health.
21. Ministry of Health. 2012. Cancer Patient Survival Change over Time Update. Wellington: Ministry of Health.
22. Ministry of Health. 2012. Cancer: Selected sites 2009, 2010, 2011. Wellington: Ministry of Health.
23. Ministry of Health. 2013. Guide to Eligibility for Publicly Funded Personal Health and Disability Services in New Zealand. Wellington: Ministry of Health. URL: [www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/eligibility-publicly-funded-health-services/guide-eligibility-publicly-funded-health-services-0](http://www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/eligibility-publicly-funded-health-services/guide-eligibility-publicly-funded-health-services-0) (accessed May 2013).
24. Ministry of Health, University of Otago. 2010. The Burden of Cancer: New Zealand 2006. Wellington: Ministry of Health.
25. National Health Committee. 2003. Screening to Improve Health in New Zealand: Criteria to assess screening programmes. Wellington: National Health Committee.
26. National Panel to Review Breast Biopsy Errors. 2012. Report of the National Panel to Review Breast Biopsy Errors. Wellington: Ministry of Health
27. NEMA. 2006. Manufacturers of Displays and Workstations Labeled for Final Interpretation and Template for Manufacturers of Hardcopy Output Devices Labeled for Final Interpretation in Full Field Digital Mammography. Rosslyn, Virginia: National Electrical Manufactures Association.
28. National Screening Unit. 2005. Improving Quality: A framework for screening programmes in New Zealand. Wellington: National Screening Unit.
29. National Screening Unit. 2010. National Screening Unit: Incident management. Wellington: National Screening Unit.
30. National Screening Unit. 2010. National Screening Unit: Strategic plan 2010 to 2015. Wellington: National Screening Unit.
31. New Zealand Guidelines Group. 2009. Management of Early Breast Cancer: Evidence-based best practice guidelines. Wellington: New Zealand Guidelines Group.
32. New Zealand Health Information Service. Guide to Data Requirements. Wellington: Ministry of Health.

33. NHSBSP. 2005. Guidelines for Pathology Reporting in Breast Disease. Sheffield, UK: National Health Science Breast Screening Programme. Publication number 58.
34. NHSBSP. 2005. Quality Assurance Guidelines for Mammography. Sheffield, UK: National Health Science Breast Screening Programme. Publication number 63.
35. NHSBSP. 2005. Quality Assurance Guidelines for Medical Physics Sciences. Sheffield, UK: National Health Science Breast Screening Programme. Publication number 33.
36. NHS Cancer Screening Programmes. 2007. Good Practice Guide No 9: Reporting, recording and auditing B5 core biopsies with normal/benign surgery. Sheffield, UK: NHS Cancer Screening Programmes.
37. ORS. 2010. Code of Safe Practice for the Use of X-rays in Medical Diagnosis (CSP-5). Christchurch: Office of Radiation Safety.
38. Perry NM, Broeders M, de Wolf C, et al (eds). 2006. European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis (4th edition). Luxembourg: European Communities. BreastScreen Aotearoa National Policy and Quality Standards 111
39. RANZCR. 2012. Guidelines for Quality Control Testing for Digital (CR DR) Mammography, v 3. Sydney, NSW: Royal Australian and New Zealand College of Radiologists.
40. RANZCR. 2012. Standards of Practice for Diagnostic and Interventional Radiology, v 9.2. Sydney, NSW: Royal Australian and New Zealand College of Radiologists.
41. Skegg DC, Paul C, Benson-Cooper D, et al. 1988. Mammographic screening for breast cancer: prospects for New Zealand. *New Zealand Medical Journal* 101: 531–3.
42. Wells CA. 1995. Quality assurance in breast cancer screening cytology: a review of the literature and a report on the UK National Cytology Scheme. *European Journal of Cancer* 31A: 273–80.
43. Wells CA, Perera R, White FE, et al. 1999. Fine needle aspiration cytology in the UK Breast Screening Programme: a national audit of results. *The Breast* 8: 261–6.
44. WHO. 1986. Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion. URL: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en>.

