



# Regione Lombardia

---

DECRETO N. 1623

Del 10/02/2025

---

Identificativo Atto n. 96

DIREZIONE GENERALE WELFARE

Oggetto

RETE REGIONALE DEI CENTRI DI SENOLOGIA - BREAST UNITS NETWORK: APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO TECNICO PER LA GESTIONE DELLA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CON NEOPLASIA MAMMARIA PER LA STADIAZIONE E IL FOLLOW UP, AI SENSI DELLA DGR N. XII/3458 DEL 25/11/2024.

L'atto si compone di \_\_\_\_\_ pagine di cui  
\_\_\_\_\_ pagine di allegati parte integrante



## Regione Lombardia

### IL DIRETTORE GENERALE

**RICHIAMATI** i seguenti decreti della Direzione Generale Welfare:

- Decreto n. 18447 del 17/12/2019 e successive modifiche e integrazioni (Decreto n. 14505 del 11/10/2022 e Decreto n. 17313 del 29/11/2022) che ha riattivato, secondo la nuova governance, la Rete Oncologica Lombarda - ROL prevedendo al suo interno la Commissione Tecnica "Rete Breast Unit";
- il Decreto n. 8756 del 10/06/2024 che approva l'ultimo aggiornamento dell'elenco delle Strutture sanitarie pubbliche e private accreditate e a contratto che appartengono alla Rete regionale dei Centri di Senologia;

**RICHIAMATA** la DGR n. XI/7755 del 28/12/2022 "*Rete Oncologica Lombarda – Determinazioni in merito alla gestione della persona a rischio e/o con tumore della mammella*" che ha approvato il documento «*PDTA-R gestione della persona a rischio e/o con tumore della mammella*» predisposto dalla Commissione Tecnica "Breast Unit" della Rete Oncologica Lombarda – ROL;

**RICHIAMATA**, in particolare, la DGR n. XII/3458 del 25/11/2024 "*Determinazioni in ordine alla Rete regionale lombarda dei Centri di Senologia – Breast Units Network: monitoraggio degli indicatori di percorso e presa in carico per la stadiazione ed il follow up dei pazienti con neoplasia mammaria*" che, tra le altre determinazioni, nell'ambito delle iniziative volte a migliorare la presa in carico dei pazienti affetti da carcinoma mammario:

- incarica la Commissione tecnica "Breast Unit" della ROL di predisporre un documento contenente le raccomandazioni per la stadiazione ed il follow up dei pazienti con neoplasia mammaria, che dettagli ulteriormente e approfondisca quanto già indicato nel documento «*PDTA-R gestione della persona a rischio e/o con tumore della mammella*» - di cui alla DGR n. XI/7755/2022 sopra richiamata - al fine di standardizzare un percorso clinico/strumentale omogeneo e razionale per la presa in carico per almeno 5 anni dei pazienti che, in Lombardia, si ammaleranno di tumore al seno a partire dall'esame istologico, sia per il periodo pre intervento che per il follow-up;
- dà mandato alla Direzione Generale Welfare di approvare il documento tecnico in argomento con proprio provvedimento;



## Regione Lombardia

**VISTO** il documento “*Gestione della presa in carico dei pazienti con neoplasia mammaria per la stadiazione e il follow up*” predisposto dalla Commissione tecnica “Breast Unit” della ROL;

**DATO ATTO** che il documento in questione intende definire un percorso appropriato, omogeneo e razionale per la presa in carico dei pazienti affetti da carcinoma mammario, seguiti dai Centri di Senologia lombardi;

**DATO ATTO** che l’obiettivo prioritario del percorso qui delineato è migliorare la gestione dei pazienti attraverso un approccio integrato tra i vari Servizi, assicurando una programmazione coordinata e la contestuale prenotazione dei diversi controlli per almeno cinque anni dalla diagnosi;

**CONSIDERATO** che il documento tecnico in questione assolve nei contenuti e nella finalità, il mandato della DGR n. XII/3458 del 25/11/2024;

**RITENUTO**, quindi, di dare attuazione alla disposizione della DGR XII/3458 del 25/11/2024 sopra evidenziata, approvando il documento tecnico “*Gestione della presa in carico dei pazienti con neoplasia mammaria per la stadiazione e il follow up*” predisposto dalla Commissione tecnica “Breast Unit” della ROL – di cui all’Allegato parte integrante del presente provvedimento;

**VISTI:**

- la legge regionale n. 20/2008, nonché i provvedimenti organizzativi dell’XI legislatura;
- la legge regionale n. 33/2009 e s.m.i. “*Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità*”;

**DECRETA**

1. di approvare, in attuazione della DGR XII/3458 del 25/11/2024 il documento tecnico “*Gestione della presa in carico dei pazienti con neoplasia mammaria per la stadiazione e il follow up*” predisposto dalla Commissione tecnica “Breast Unit” della ROL – di cui all’Allegato parte integrante del presente provvedimento;
2. di attestare che il presente provvedimento non comporta ulteriori spese a carico del Bilancio regionale, in quanto trattasi di un efficientamento organizzativo finalizzato ad una migliore presa in carico dei pazienti affetti da carcinoma mammario;



## Regione Lombardia

3. di attestare che il presente atto non è soggetto agli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 26 e 27 del D. Lgs 33/2013.

Il Direttore Generale  
MARIO GIOVANNI MELAZZINI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

# GESTIONE DELLA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CON NEOPLASIA MAMMARIA PER LA STADIAZIONE E IL FOLLOW UP

Il presente documento intende definire un percorso appropriato, omogeneo e razionale per la presa in carico dei pazienti affetti da carcinoma mammario, seguiti dai Centri di Senologia di Regione Lombardia, non è pertanto una linea guida regionale, ma è basato sulle linee guida esistenti. L'obiettivo prioritario è migliorare la gestione dei pazienti attraverso un approccio integrato tra i vari servizi, assicurando una programmazione coordinata e la contestuale prenotazione dei diversi controlli per almeno cinque anni dalla diagnosi.

## Introduzione

In Italia, il carcinoma mammario rappresenta la neoplasia più frequentemente diagnosticata (55.900 nuovi casi nell'anno 2023 oltre alla patologia in situ) e la prima causa di morte per tumore nel sesso femminile (15.500 decessi nel 2022). Tuttavia, grazie allo screening mammografico, alla diagnosi precoce e alla larga applicazione di efficaci trattamenti adiuvanti, la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari all'88%. Incidenza e sopravvivenza così alte giustificano l'elevata prevalenza, con 834.200 donne vive in Italia nel 2020 dopo una diagnosi di carcinoma mammario. Di queste, oltre 241.000 sono donne che hanno ricevuto una diagnosi da meno di 5 anni e circa 192.000 sono donne con una diagnosi ricevuta da 5-10 anni.

I nuovi casi incidenti in Lombardia nel 2023 sono circa 11.000, mentre i prevalenti a 5 anni dalla diagnosi sono all'incirca 50.000.

**TABELLA 1 - Numero e proporzione di donne vive nel 2020 in base al tempo trascorso dalla diagnosi di carcinoma mammario (2)**

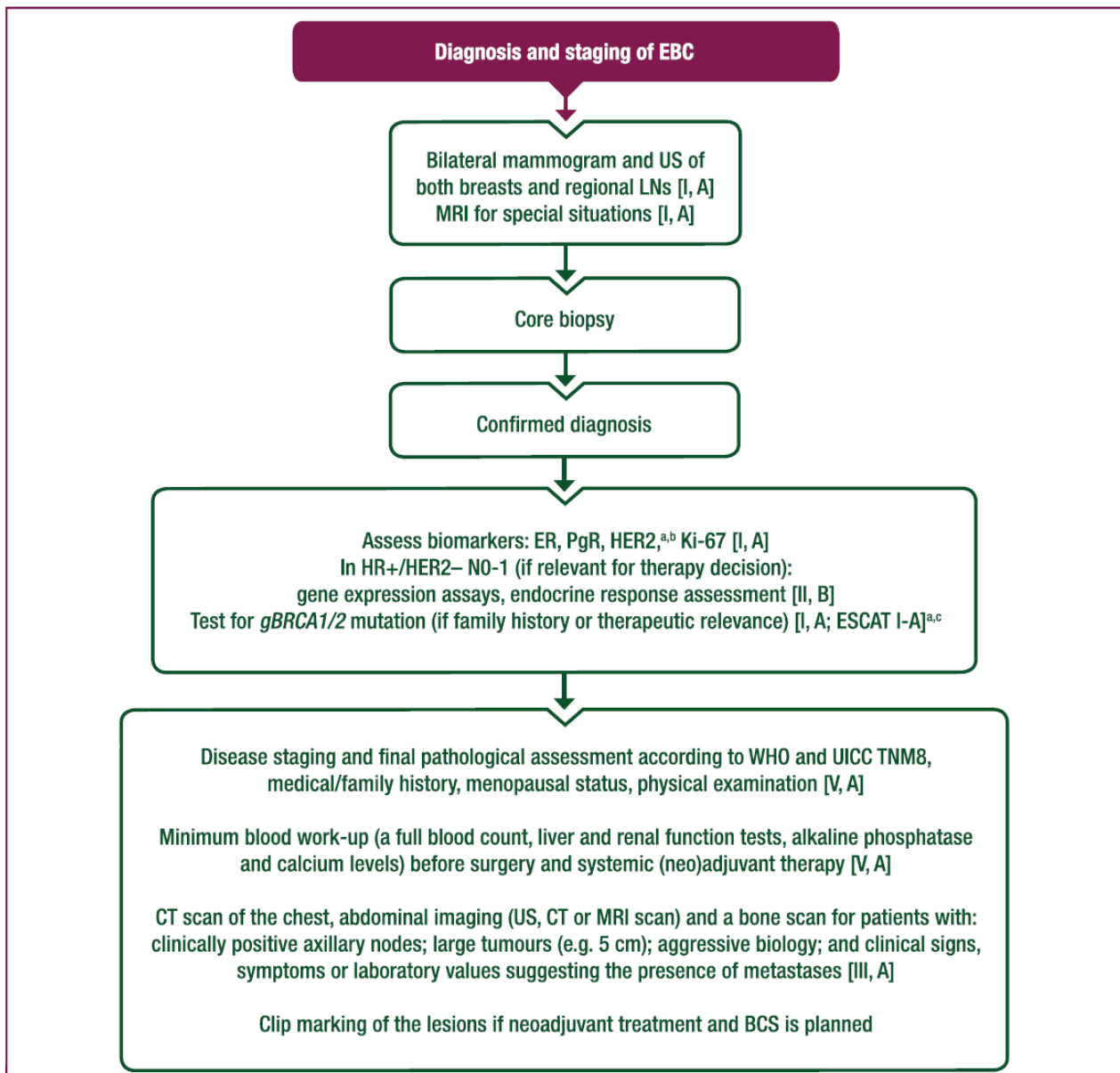
Tempo trascorso dalla diagnosi	Numero donne vive nel 2020	Proporzione
≤2 anni	116.782	14%
2 - ≤5anni	125.123	15%
5 - ≤10 anni	191.855	23%
10 - ≤15 anni	150.148	18%
15 - ≤20 anni	91.757	11%
>20 anni	141.806	17%

Fonte: Gori S, Zambelli A, Angiolini C, *Follow-up del carcinoma mammario: perché è necessario avviare un Consensus nel 2024*. AboutOpen

Il rischio di recidiva dopo trattamento primario (chirurgia +/- terapia medica +/- radioterapia) varia in rapporto allo stadio e alla biologia della malattia. Generalmente le ricadute avvengono nei primi anni di follow-up.

Per la stadiazione iniziale di malattia dopo diagnosi di neoplasia mammaria, le Linee Guida sono abbastanza standardizzate sugli esami da utilizzare.

### Esami per la stadiazione iniziale del carcinoma mammario – Linee Guida ESMO 2024



Fonte: Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow up. *Annals of Oncology* (2023).

Diverso è invece il discorso per il follow up, per il quale le evidenze scientifiche risalgono a studi condotti più di 20 anni fa e quindi si riferiscono ad un contesto per molti aspetti differente rispetto all'attuale in termini di approcci terapeutici alla ripresa di malattia.

Gli obiettivi del follow-up sono:

- l'individuazione di recidive locali o tumori mammari controlaterali potenzialmente curabili;
- la valutazione ed il trattamento degli effetti collaterali dei trattamenti in corso e la promozione della qualità di vita dei pazienti;
- la promozione dell'aderenza ai trattamenti adiuvanti impostati;
- l'individuazione di eventuali secondi tumori.

In assenza di evidenze scientifiche validate e di studi clinici recenti, le Linee Guida AIOM, ESMO e ASCO, in ambito di sorveglianza oncologica, danno indicazioni all'esecuzione di un esame obiettivo a intervalli ripetuti e di una mammografia annuale, in assenza di sintomi, indipendentemente dal rischio di ripresa del singolo paziente.

### Raccomandazioni AIOM per il follow up del tumore mammario in fase precoce

Qualità delle prove	Raccomandazione clinica	Forza della raccomandazione
Molto bassa	Nel programma di follow-up del carcinoma mammario operato l'esame obiettivo può essere eseguito ogni 3-6 mesi durante i primi 3 anni, quindi ogni 6-12 mesi per i 2 anni successivi e quindi annualmente.	Condizionata a favore
Bassa	Nel programma di follow-up del carcinoma mammario operato la mammografia, per la ghiandola residua e/o controlaterale, dovrebbe essere eseguita con regolarità e a cadenza annuale	Forte a favore
Alta	In assenza di sospetti clinici individuali o di programmi personalizzati, il cosiddetto follow-up "intensivo" non dovrebbe essere raccomandato. In particolare, l'uso di indagini strumentali quali la radiografia del torace, l'ecografia addominale, la TC encefalo-torace-addome, la TC-PET con FdG, la scintigrafia ossea, come anche la determinazione dei marcatori tumorali (CEA, CA 15.3), non dovrebbe fare parte delle indagini routinarie di follow-up in assenza di sospetto clinico di ripresa di malattia	Condizionata a sfavore
Alta	Nei casi di trattamento adiuvante con <i>antiaromatasi</i> , dovrebbe essere valutata la salute dell'osso, con mineralometria ossea e test endocrinologici e considerata la terapia con antiassorbitivi ossei (denosumab/bifosfonati) per ridurre il rischio di eventi fratturativi durante il trattamento antiestrogenico	Forte a favore
Bassa	Nei casi di trattamento (neo)adiuvante a base di <i>trastuzumab</i> , la sorveglianza della funzionalità cardiaca dovrebbe essere eseguita prima dell'inizio del trattamento e quindi ogni 3-4 mesi durante la terapia e a 18 e 24 mesi dall'inizio della cura	Condizionata a favore
Alta	In caso di trattamento con tamoxifene, la valutazione ginecologica iniziale e quindi a cadenza annuale dovrebbe essere raccomandata, associando l'ecografia transvaginale solo in casi selezionati	Forte a favore

Non esiste, inoltre, una soglia d'età dei pazienti tale da suggerire l'eventuale sospensione della Rx-mammografia, che viene quindi raccomandata per tutti i pazienti sopravvissuti con una ragionevole aspettativa di vita e con stato di validità/indice di comorbilità tali da permettere l'aderenza alla procedura. L'indicazione all'ecografia mammaria oggi, in relazione soprattutto alla necessità di

monitoraggio ascellare, è incrementata, mentre l'utilizzo della Risonanza Magnetica è da prevedere solo in casi selezionati (mammella densa, presenza di protesi, alto rischio, dubbi mammografici, ecc.).

**TABLE 2. Society Recommendations for Breast Cancer Surveillance After Breast Cancer Treatment**

Guideline Organization	Imaging Modality and Frequency		
	Mammography	MRI	Ultrasound
American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology (2015) <sup>1</sup>	Annual mammography	Only if patient meets high-risk criteria	Not specified
American College of Radiology/Society of Breast Imaging (2023) <sup>79</sup>	Annual mammography	Annual for those with dense <sup>a</sup> breasts or age of diagnosis <50 years	Consider ultrasound or contrast-enhanced mammography if cannot undergo MRI
American Society of Breast Surgeons (2019) <sup>80</sup>	Annual mammography	Access to annual for those with dense breasts or age of diagnosis <50 years	Access to annual imaging if diagnosed before age 50 years or dense breasts when recommended by physician
European Society for Medical Oncology (2024) <sup>49</sup>	Annual mammography	When needed	When needed
National Comprehensive Cancer Network (2024) <sup>81</sup>	Annual mammography (initiation 6-12 months after radiation therapy)	May be considered as an option in patients with high lifetime risk >20% of developing a second primary cancer	Not specified
National Institute for Health and Care Excellence <sup>82</sup>	Annual for at least 5 years after treatment and then every 3 years	In women who remain at high risk of breast cancer and have a family history: Offer annually to all women 30-49 years who remain at high risk Offer for women ≥50 years if have dense breasts	Do not routinely use

Abbreviation: MRI, magnetic resonance imaging.

<sup>a</sup>As defined by the American College of Radiology Breast Imaging Reporting and Data System in women with either heterogeneous or extremely dense breast tissue seen on mammography.<sup>83</sup>

Fonte: *Enhancing Early-Stage Breast Cancer Survivorship Am Soc Clin Oncol Educ Book 44:e432564 May 2024*

Da queste indicazioni sono esclusi le pazienti ad alto rischio eredo-familiare affetti da carcinoma mammario, per i quali sono richiesti percorsi dedicati che comprendano anche la gestione dei familiari sani e mutati. Per questa tipologia di pazienti e i loro familiari vanno considerate le indicazioni della DGR n. XI/7755 del 28 dicembre 2022 - che aggiorna la DGR n. X/5119 del 29 aprile 2016 - la quale prevede che gli stessi siano presi in carico dagli ambulatori per la gestione dei pazienti ad alto rischio delle Breast Unit della Rete Oncologica Lombarda, in collaborazione con le Unità di Consulenza Genetica Ospedaliera (CGO), in un contesto multidisciplinare e multiprofessionale.

Le raccomandazioni indicate dalla Linee Guida nazionali e internazionali trovano scarsa applicazione nella pratica clinica, ove si tende invece ad attuare un follow up personalizzato dei pazienti sulla base del loro rischio di ricaduta, diverso per tipo istologico e stadio di malattia. Caratteristiche del tumore della mammella considerate rilevanti per classificare le pazienti ad alto rischio di ripresa sono l'istologia nel caso di malattie HER2 positiva e tripla negativa e, per le neoplasie luminali, la dimensione del tumore, la presenza di linfonodi interessati dalla malattia e l'indice di proliferazione. A titolo esemplificativo, si riporta la tabella del PDTA di Regione Lombardia per l'individuazione del rischio nei tumori luminali.

Vengono avviate al test genomico le pazienti a rischio intermedio che non rientrano nelle seguenti caratteristiche:

<b>BASSO RISCHIO</b>	<b>ALTO RISCHIO</b>
Le seguenti 5 caratteristiche	Almeno 4 delle seguenti caratteristiche
G1	G3
T1 (a - b)	T3 - T4
Ki 67 < 20%	KI67 > 30%
ER >80%	ER <30%
N negativo	N positivo (> 3 linfonodi non indicazione al test)
In caso di T1 a non è indicato l'accesso al test in presenza di almeno altri 2 parametri favorevoli	

La pratica degli oncologi medici di richiedere un follow-up personalizzato in alcune situazioni ad alto rischio di recidiva si basa sulla convinzione che l'anticipazione della diagnosi, resa possibile dai trattamenti oggi disponibili, possa aumentare la sopravvivenza di queste pazienti. Non esistono in letteratura, tuttavia, trial randomizzati recenti che valutino l'efficacia di un follow-up più intensivo in pazienti trattati con i farmaci attualmente disponibili o con le moderne metodiche diagnostiche. Soltanto lo studio osservazionale di Schumacher, pubblicato nel 2022, documenta un vantaggio clinicamente significativo in termini di sopravvivenza nelle donne con carcinoma mammario triplo negativo ed HER2 positivo sottoposte a follow-up strumentale anche se asintomatiche.

La necessità di esami diagnostici si presenta inoltre in caso di sospetto clinico, per la gestione degli effetti collaterali dei trattamenti o delle complicanze, per la gestione di patologie associate, nonché per il monitoraggio della malattia metastatica. Il carcinoma mammario metastatico, infatti, grazie alle nuove opportunità terapeutiche, sta assumendo sempre più spesso le caratteristiche di una malattia "cronica". In Lombardia si stima che siano circa 9.000 (il 6%-7% di tutte le pazienti prevalenti) le donne con tumore al seno metastatico.

La diagnosi si accompagna a un percorso diagnostico-terapeutico complesso, con implicazioni in vari ambiti della vita quotidiana e un conseguente aumento della necessità di una presa in carico specifica di queste pazienti, che devono essere seguite nei loro bisogni clinici e socioassistenziali. Si ritiene, quindi, necessario identificare un modello organizzativo di presa in carico che garantisca l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni diagnostico-terapeutiche in modo puntuale e appropriato.

Le tempistiche necessarie al monitoraggio delle terapie, delle complicanze o della malattia avanzata vengono stabilite dai clinici sulla base delle esigenze personalizzate di ogni singolo caso, così come la tipologia di esame strumentale selezionato.

Gli esami strumentali maggiormente richiesti includono: ecografia addominale, radiografia toracica, TAC encefalo-torace-addome, scintigrafia ossea, PET, mammografia, ecografia mammaria, risonanza magnetica mammaria e MOC.

Per assicurare una presa in carico efficace dei pazienti affetti da carcinoma mammario per almeno 5 anni dalla diagnosi, è fondamentale che nella Rete dei Centri di Senologia di Regione Lombardia vengano predisposte agende dedicate, con l'obiettivo di rendere i percorsi di cura più omogenei e tempestivi.

Gli esami e le loro indicazioni all'esecuzione sono riportati in tabella

### Indicazioni per l'esecuzione degli esami previsti per il follow-up del carcinoma mammario

Esame	Indicazioni
Visita clinica	ogni 4 – 6 mesi in base a necessità clinica
Mammografia	a cadenza annuale per tutti i casi prevalenti; ove possibile da eseguirsi con Tomosintesi in modalità combinata MG sintetica+Tomosintesi, i metastatici richiedono valutazione dedicata
Ecografia mammaria	a integrazione della mammografia (anche in tomosintesi), e a giudizio del radiologo, nei seni densi, per la valutazione dei cavi ascellari o in presenza di un sospetto clinico/diagnostico
Rx torace	Sospetto clinico in particolare nei casi ad alto rischio, controllo di tossicità o copatologie, monitoraggio della malattia metastatica
Ecografia addominale	Sospetto clinico in particolare nei casi ad alto rischio, controllo di tossicità o copatologie, monitoraggio della malattia metastatica
Tac encefalo, torace, addome	Sospetto clinico in particolare nei casi ad alto rischio, controllo di tossicità o copatologie, monitoraggio della malattia metastatica
Scintigrafia ossea	Sospetto clinico in particolare nei casi ad alto rischio, monitoraggio della malattia metastatica
PET total body	Sospetto clinico non diagnosticabile con la TAC, gestione della malattia metastatica dove la PET è l'unico esame a monitorare il target di patologia
RMN mammaria	Solo al momento della diagnosi, per sospetto di plurifocalità, istotipo lobulare, indicazione alla neoadiuvante ecc.

L'uscita dal follow-up gestito dal Centro di Senologia, con rientro nel programma di screening regionale con protocollo dedicato (mammografia annuale), avverrà con indicazione da parte del professionista che ha in carico il follow-up della donna verso il Centro Screening di ATS, che attiverà agende dedicate presso gli erogatori. L'oncologo/radioterapista disporrà previa valutazione del caso il ritorno in screening dopo:

- 1 anno dalla diagnosi nei Carcinomi Duttali in Situ (DCIS)
- 5 anni dalla diagnosi o al termine dell'ormono terapia adiuvante nei restanti tumori invasivi

Le specifiche operative del passaggio verso il programma di screening, così come le indicazioni per la valutazione del rientro in screening in funzione del rischio, saranno dettagliati in un ulteriore atto regionale; si ritiene tuttavia che la maggior parte dei casi, caratterizzati da un profilo di rischio basso-intermedio, potrebbero essere riassorbiti dallo screening al termine dei 5 anni.

## BIBLIOGRAFIA

I Numeri del Cancro, AIOM AIRTUM, anno 2023

Linee guida AIOM Carcinoma Mammario in Stadio Precoce, edizione 2023

NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Breast Cancer, Version 4. 2024

Loibl S, André F, Bachelot T. et al. Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow up. *Annals of Oncology* (2023). CrossRef (Accessed January 10, 2024)

Cardoso F, Kyriakides S, Ohno S, et al. Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2019;30: 1194–220

Khatcheressian JL, Hurley P, Bantug E, et al; American Society of Clinical Oncology. Breast cancer follow-up and management after primary treatment: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol.* 2013;31(7): 961-965. CrossRef PubMed

Cardoso F, Paluch-Shimon S, Senkus E, et al. 5th ESO-ESMO international consensus guidelines for advanced breast cancer (ABC 5). *Ann Oncol* 2020;31: 1623–49

Cardoso F, Paluch-Shimon S, Schumacher-Wulf E, et al. 6th and 7th International consensus guidelines for the management of advanced breast cancer (ABC guidelines 6 and 7). *Breast* 2024; 76:103756

Runowicz CD, Leach CR, Henry NL, et al. American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology breast Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. *J Clin Oncol.* 2016;34(6):611-635. CrossRef PubMed

Natoli C, Brocco D, Sperduti I. et al. “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. CrossRef PubMed

Ghezzi P; The GIVIO Investigators. Impact of follow-up testing on survival and health-related quality of life in breast cancer patients. A multicenter randomized controlled trial. *JAMA.* 1994;271(20):1587-1592. CrossRef PubMed 29

Gori S, Zambelli A, Angiolini C, Follow-up del carcinoma mammario: perché è necessario avviare un Consensus nel 2024. *AboutOpen* | 2024; 11: 10-17

Rosselli Del Turco M, Palli D, Cariddi A, Ciatto S, Pacini P, Distante V. Intensive diagnostic follow-up after treatment of primary breast cancer. A randomized trial. National Research Council Project on Breast Cancer follow-up. *JAMA.* 1994 May 25;271(20):1593-7. CrossRef PubMed

Zamagni C, Gion M, Mariani L, et al. CA15.3 and 18-FDG PET in the follow-up of early breast cancer (BC) patients (pts): A prospective, multicentric, randomized trial—KRONOS patient-oriented new surveillance study Italy. *J Clin Oncol.* 2017;35(15\_suppl):TPS11627. CrossRef

Geurts SME, De Vegt F, Siesling S et al (2012) Pattern of follow-up care and early relapse detection in breast cancer patients. *Breast Cancer Res Treat* 136:859–868. <https://doi.org/10.1007/s10549-012-2297-9> 10

Saltbæk L, Horsboel TA, Ofersen BV et al (2020) Patterns in detection of recurrence among patients treated for breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 184:365–373. <https://doi.org/10.1007/s10549-020-05847-4> 11

Beltran-Bless A-A, Alshamsan B, Alzahrani MJ et al (2023) Regularly scheduled physical examinations and the detection of breast cancer recurrences. *Breast* 69:274–280. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2023.03.004>

Role of [18F]FDG PET/CT in patients with invasive breast carcinoma of no special type: Literature review and comparison between guidelines. *Breast*. 2024 Sep 12:78:103806. doi: 10.1016/j.breast.2024.103806

Vaz SC, Woll JPP, Cardoso F, et al. Joint EANM-SNMMI guideline on the role of 2- [18F]FDG PET/CT in no special type breast cancer : (endorsed by the ACR, ESSO, ESTRO, EUSOBI/ESR, and EUSOMA). *Eur J Nucl Med Mol Imaging* 2024

Sheffield KM A real-world US study of recurrence risks using combined clinicopathological features in HR-positive, HER2-negative early breast cancer. *Future Oncol* . 2022 Jul;18(21):2667-2682. doi: 10.2217/fon-2022-0310. Epub 2022 May 25

DGR n° XI/ 7755 del 28/12/2022 - PDTA Gestione della Persona a rischio e/o con tumore della mammella RETE ONCOLOGICA LOMBARDA-Anno 2022

Surveillance Imaging vs Symptomatic Recurrence Detection and Survival in Stage II-III Breast Cancer (AFT-01) Schumacher JR, *JNCI J Natl Cancer Inst* (2022) 114(10): djac131

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

<https://acsearch.acr.org/docs/3178300/Narrative/> ACR Appropriateness Criteria®: Imaging after Breast Surgery, 2022

Jung Hyun Yoon, MD, PhD1, Eun-Kyung Kim, MD, PhD2 , Ga Ram Kim, MD, PhD1, Kyunghwa Han, PhD3 ,Hee Jung Moon, MD, PhD. Mammographic Surveillance After Breast-ConservingTherapy: Impact of Digital Breast Tomosynthesis and ArtificialIntelligence–Based Computer-Aided Detection. *AJR* 2022; 218:42–51. doi.org/10.2214/AJR.21.26506