

Responsabilità

Qualifica	Nome
Direttore Generale	<i>Antonio BRAMBILLA</i>
Direttore Sanitario	<i>Paola COSTANZO</i>
Direttore SC Direzione Sanitaria Presidi Ospedalieri ASL AL e Coordinatore CAS aziendali	<i>Simone PORRETTO</i>
Direttore Dipartimento Strutturale Chirurgico	<i>Franco MONTEFIORE</i>
Direttore Dipartimento Strutturale Medico	<i>Gianfranco GHIAZZA</i>
Coordinatore GIC aziendale	<i>Maria Grazia PACQUOLA</i>
Responsabile SC Di.P.Sa.	<i>Maria Elisena FOCATI</i>
Responsabile SSA Comunicazione, URP, Formazione	<i>Francesca CHESSA</i>
Referente Aziendale per la Rete Oncologica	<i>Roberta BUOSI</i>
Direttore Dipartimento Rete Oncologia Piemonte e valle d'Aosta	<i>Oscar BERTETTO</i>

Data di approvazione	Febbraio 2019
Periodicità di revisione	Ogni due anni e al bisogno in caso di sostanziali cambiamenti dell'assetto organizzativo Aziendale o di LG
Data prossima revisione	Dicembre 2020
Modalità di diffusione interna	Pubblicazione intranet aziendale, incontri con Responsabili SC/SS e Coordinatori infermieristici e conformemente ai piani di comunicazione concordati con Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta
Copia cartacea presso la Direzione Dipartimento Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta	

Composizione GIC

Strutture	Referente
Radiologia	<i>Carmen AMBROGGI</i>
Radioterapia*	<i>Paola FRANZONE (ASO AL)</i>
Oncologia	<i>Marco GALLIANO</i>
Chirurgia	<i>Francesco MILLO</i>
Anatomia Patologica	<i>Francesca TAVA</i>
Cure palliative*	<i>Antonella CREMONTI</i>
Chirurgia plastica e ricostruttiva*	<i>Renzo PANIZZA</i>
Medicina nucleare*	<i>Alfredo MUNI (ASO AL)</i>
Infermiere	<i>Lorella RAGALZI</i>
Psicologo*	<i>Daria UBALDESCHI</i>
Nutrizionista*	<i>Stefania LINGUA</i>
Genetista*	<i>Carlotta VACCARI</i>
Fisiatra*	<i>Sabrina FERRARI</i>
Fisioterapista*	<i>Monica BUZZI</i>

- Come prevede il Regolamento aziendale del G.I.C. (Delibera n. 282 del 29/04/2016),agli incontri programmati per la discussione dei casi clinici partecipano i case manager, i referenti di specialità ed anche ad altre figure professionali che sono coinvolte nella gestione del paziente. La presenza di alcuni referenti (*) è sempre auspicata ma può essere richiesta specificamente se il/i casi da discutere lo richiedono.
- Alcuni dei referenti indicati nella composizione del G.I.C.(Delibera n. 282 del 29/04/2016) per i tumori della mammella (Genetista*) svolgono la loro attività grazie alla collaborazione e al contributo che il Terzo settore offre alla Breast Unit dell'ASL AL. La loro lunga collaborazione, l'esperienza accumulata e il profilo professionale acquisito, in ottemperanza a quanto indicato dalla Rete oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta , li colloca come referenti del Gruppo di cura.

GIC - regolamento

Coordinatore	Maria Grazia Pacquola, Chirurgo P.O. Tortona, tel 0131-865318, fax 0131-865597, mail mpacquola@aslal.it
Segreteria	P.O. Tortona, SSD di Senologia tel 0131-865318, fax 0131-865597
Sede dell'incontro	Sala multimediale sede ASL AL Alessandria
Periodicità dell'incontro e orario	Settimanale 16.30-18.30
Modalità di refertazione	Cartella informatizzata su MED OFFICE
Descrizione sintetica del funzionamento	Delibera n. 282 del 29/04/2016 Adempimenti DGR n.51-2485 del 23.11.2015- Approvazione Regolamento Aziendale Centro Accoglienza Servizi (CAS) e Regolamento Aziendale Gruppi Interdisciplinari di Cura (GIC): struttura, organizzazione, compiti, funzioni e nomina componenti.
Descrizione del percorso assistenziale	L'infermiere GIC mantiene un ruolo attivo nel percorso terapeutico assistenziale agendo interdisciplinariamente e collaborando con il case manager. Si occupa della gestione della documentazione clinica, curando la compilazione della cartella infermieristica e tenendo archivio dei casi; garantisce che gli approfondimenti diagnostici richiesti dal GIC vengano trasmessi al CAS, mantiene contatti con l'equipe del CAS per la condivisione delle informazioni favorendo così una relazione terapeutica infermiere-paziente. Valuta (ri-valuta) globalmente il paziente e si preoccupa di discutere nuovamente il caso al GIC, a seguito di rivalutazione strumentale, per definirne i successivi snodi terapeutici. Effettua attività di ricerca infermieristica, affiancata a quella medica, quale momento indispensabile per la qualità delle prestazioni.

Contesto epidemiologico, clinico e servizi disponibili

Descrizione del bacino di utenza	La popolazione residente nei 195 comuni che costituiscono il territorio dell'ASL AL
Numero di abitanti del bacino di utenza	circa 445.000 abitanti
Distribuzione dei CAS nel bacino di utenza	5 afferenti all' ASL AL e 1 Azienda Sanitaria Ospedaliera AL
Distribuzione dei GIC nel bacino di utenza (GIC di riferimento)	1 GIC ASL AL per ciascuna tipologia di tumore

Neoplasie di pertinenza del GIC

Neoplasia
Mammaria

TUMORE MAMMARIO

Descrizione sintetica dell'iter diagnostico

Il modello organizzativo adottato per la Sanità dalla Regione Piemonte è quello Hub-Spoke e per quanto riguarda il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale dei tumori della mammella sono stati identificati:

- Centro Hub: S.S.D. di Senologia con sede al P.O. di Tortona, che ha tutti i requisiti essenziali per trattare le neoplasie della mammella e che è responsabile di tutte le procedure diagnostiche, terapeutiche, riabilitative, formative e di ricerca clinica;

-Centri Spoke: sono collegati all'Hub, vi si effettuano esami di screening, esami diagnostici strumentali, visite senologiche.

I centri Spoke dell'Asl AL hanno sede nei presidi ospedalieri di :

Acqui Terme, Casale Monferrato, Novi Ligure, Ovada, Tortona, Valenza, *Alessandria Poliambulatorio Patria

In tutti si eseguono le mammografie di primo livello dello screening.

In quattro di questi (Acqui T., Casale M.to, Novi L., Tortona) si eseguono gli accertamenti di secondo livello dello screening (ingrandimenti mammografici, ecografie, prelievi cito e microistologici con ago tranciante, mammografie ed ecografie cliniche, visite senologiche); in uno di questi (Tortona) si eseguono gli approfondimenti di terzo livello: biopsie stereotassiche per cluster di microcalcificazioni, biopsie vacuum-assisted, la RMN senza e con mezzo di contrasto può essere eseguita nel presidio ospedaliero di Novi Ligure.

Quando una donna (o un uomo) si rivolge ad una Unità di Senologia può ricevere cinque possibili diagnosi:

- nessuna patologia
- patologia benigna senza rischio evolutivo
- patologia benigna a rischio evolutivo
- sospetto cancro della mammella
- cancro della mammella

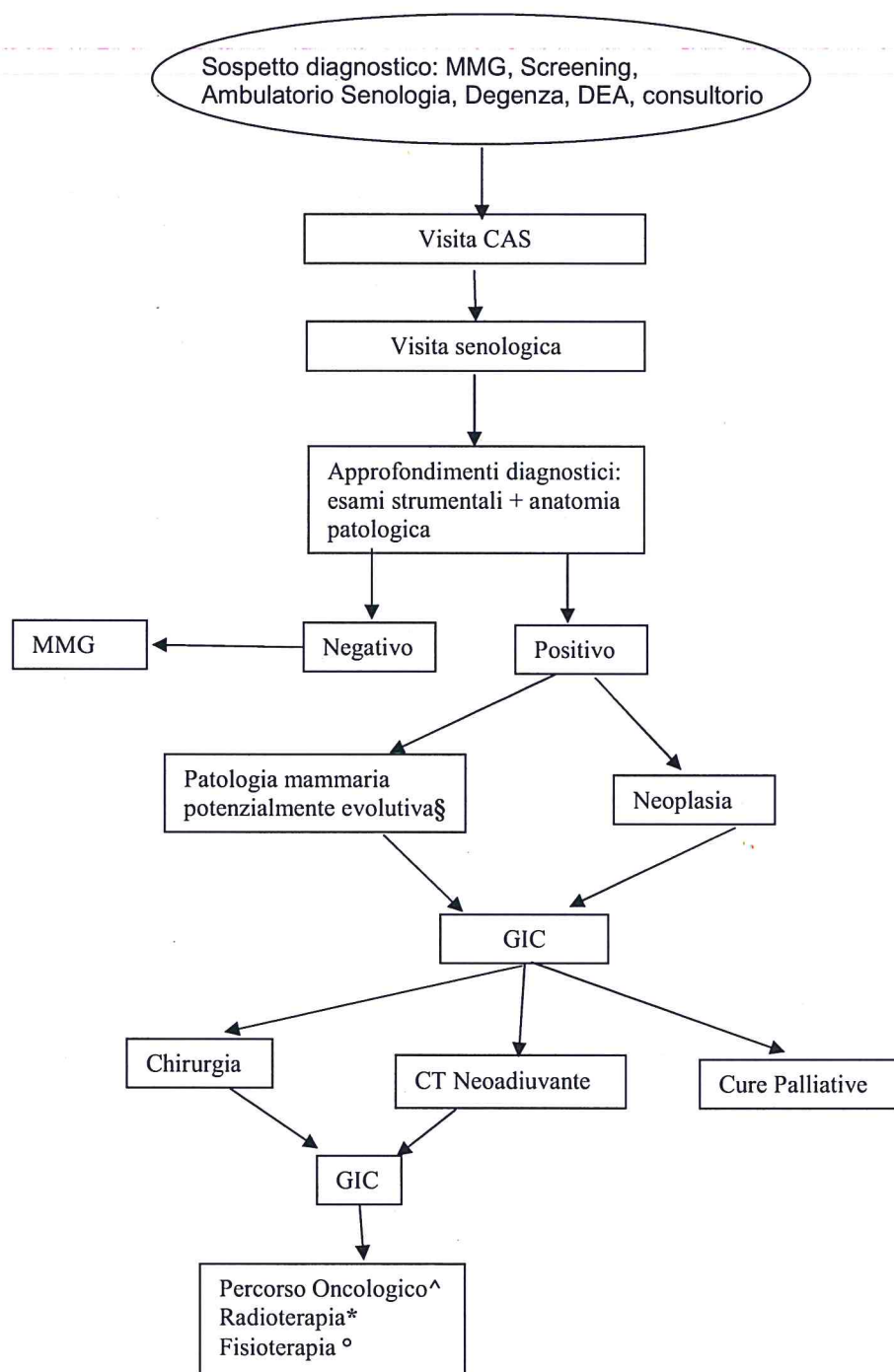
Gli strumenti clinico-strumentali per arrivare ad una di queste possibili diagnosi sono:

- esame obiettivo
- mammografia
- ecografia
- risonanza magnetica nucleare
- esame citologico/core biopsy

A mammografia negativa la paziente viene rinviata al curante (o al case manager) con referto redatto dal medico dell'ambulatorio di Senologia con le indicazioni sul follow-up da seguire

In presenza di una possibile o sospetta lesione neoplastica della mammella l'impiego dell'esame clinico, dell'imaging (mammografia, ecografia, RMN) e dell'esame cito-istologico (tripletta diagnostica classica) è considerato il gold standard per la formulazione di una proposta diagnostica adeguata e affidabile.

I tempi di espletamento di ogni fase della tripletta diagnostica sono quelli indicati dalle linee guida nazionali sui tempi d'attesa.



§ La patologia potenzialmente evolutiva può essere discussa in sede GIC proprio per la difficoltà tuttora presenti nel proporre una scelta terapeutica interventistica oppure attendista (wait and see) dovuta all'assenza di linee guida condivise dalle Società scientifiche

^ La S.S. attività supporto oncologico e breast unit Tortona è responsabile della terapia oncologica della S.D. di Senologia e segue i protocolli AIOM 2018 e le Consensus Conference nazionali e internazionali accreditate.

La somministrazione della terapia può avvenire anche nei Day Hospital oncologici che afferiscono ai CAS satelliti per rendere un miglior servizio logistico ai pazienti che risiedono sul territorio dell'ASL AL.

*Il Servizio di Radioterapia di riferimento è presso l'ASO AL; si allega il protocollo seguito

° Ogni paziente operata per neoplasia mammaria riceve un opuscolo con consigli su comportamenti virtuosi ed esercizi di riabilitazione del cingolo scapolare. La visita fisiatrica viene prevista in pre-operatorio in presenza di problemi articolari significativi, in post-operatorio per le dissezioni ascellari sintomatiche (ipomobilità dolorosa), per le ricostruzioni con espansore/protesi sintomatiche ((ipomobilità dolorosa), in presenza comunque di sintomatologia dolorosa e di linfedema post-operatorio. La responsabilità del percorso riabilitativo è di competenza del Servizio di Riabilitazione del P.O. di Tortona, con la possibilità di eseguire i trattamenti nelle sedi periferiche di Riabilitazione, più vicine all'abitazione dei pazienti. Ogni paziente incontra la psicologa che la segue con colloqui personali durante tutto il percorso di cura e anche di follow up qualora ce ne fosse richiesta.

Quando si presenta un caso sospetto per patologia neoplastica:

- Si invia la/il paziente al CAS satellite di riferimento zonale che lo registra, attribuisce l'esenzione temporanea 048 e ne invia segnalazione al CAS Hub del P.O. di Tortona (vedi regolamento aziendale)
- Il CAS Hub raccoglie i casi segnalati dai CAS satelliti e settimanalmente li invia al responsabile della SSD di Senologia di Tortona che, in quanto referente del GIC per il trattamento delle neoplasie della mammella, valuta i casi per vedere se sono disponibili tutte le informazioni cliniche e strumentali necessarie per proporlo alla discussione GIC oppure se è necessario implementarle secondo le flow-chart diagnostiche
- In sede di G.I.C. si procede alla discussione dei casi, ognuno dei quali è presentato dal case manager, con proposta finale di cura, costruita collegialmente, che viene successivamente comunicata alla paziente dal case manager, secondo il regolamento GIC aziendale. Il paziente viene pertanto informato circa la strategia terapeutica concordata al GIC mediante la consegna del referto della visita collegiale, una copia del quale viene inviato anche al medico curante.

Si prevede, secondo le indicazioni della Rete oncologica regionale, che le visite GIC siano due/tre: una prima dell'intervento chirurgico, una dopo l'esito istologico completo per programmare le terapie successive, una in caso di ripresa di malattia durante il follow-up. Qualora la scelta terapeutica sia di tipo neo-adiuvante, la rivalutazione al termine della cura viene fatta in sede di GIC.

- Le tabelle successive indicano i criteri in base ai quali le donne afferiscono ai controlli e agli esami strumentali previsti per garantire prevenzione e diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

• ETA'

Meno di 40 anni

Nessun controllo preventivo programmato se non nelle donne ad alto rischio (vedi tabella dedicata)

Fra 40 e 50 anni

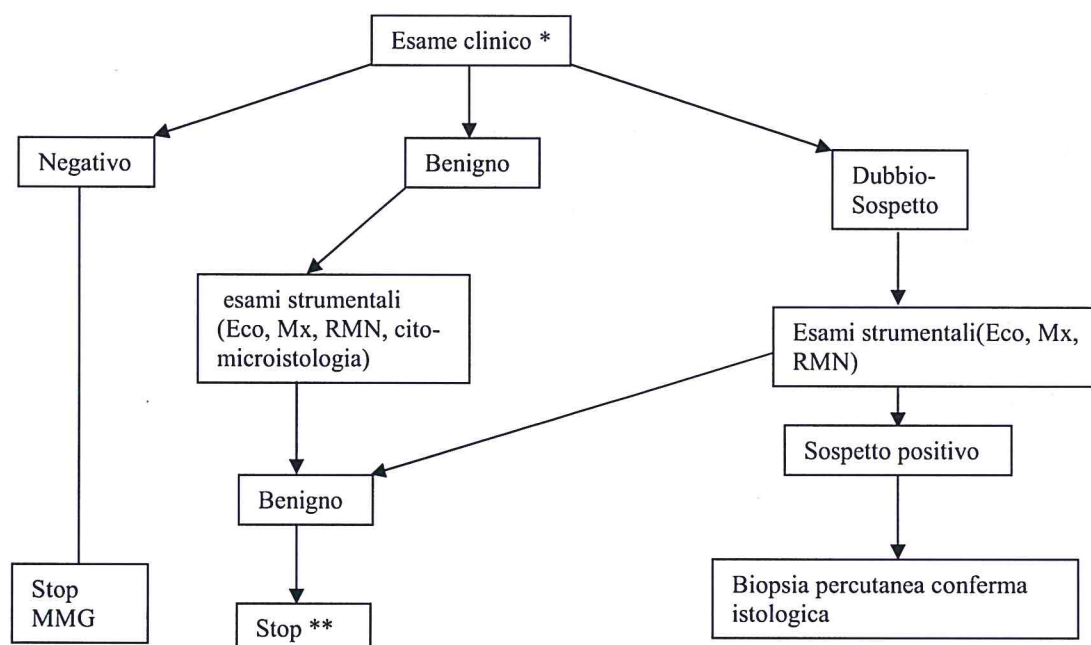
- Mammografia con periodicità di 12-14 mesi
- Esame clinico ed ecotomografia possono integrare validamente la mammografia
- mammografia in screening dai 45 anni con cadenza annuale su richiesta diretta al numero verde

Dai 50 anni in poi

- Mammografia con periodicità di 12-24 mesi
- Si raccomanda partecipazione a programma di screening "Prevenzione Serena"

Dopo i 70 anni
Mammografia ogni 2 anni

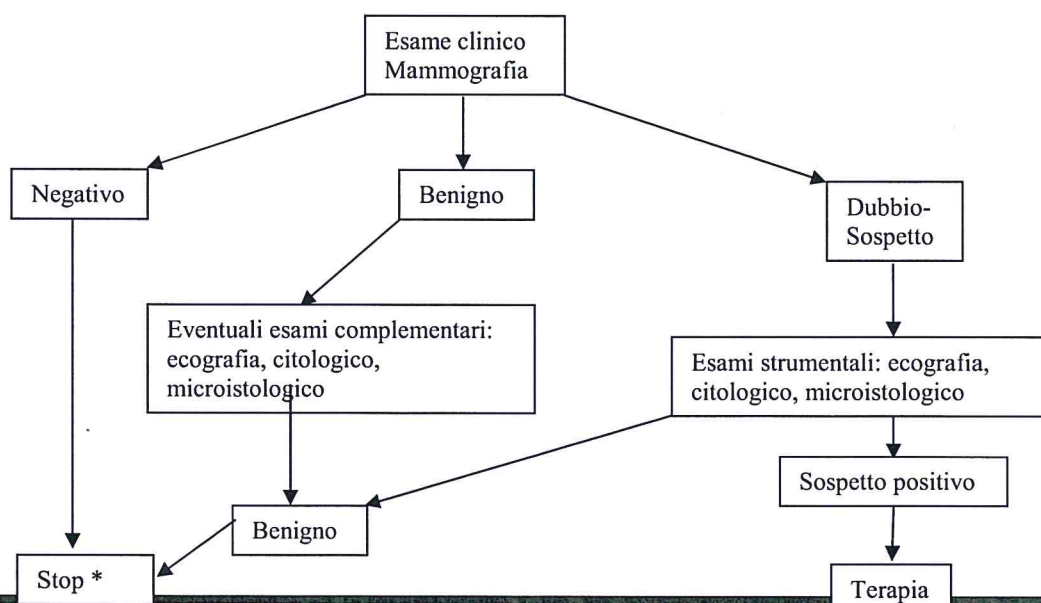
Donne Sintomatiche < 40 anni



*Durante la visita il clinico spesso effettua a un'"ecografia senologica" con l'obiettivo di aggiungere conferme alla diagnosi di negatività e per selezionare i casi effettivamente problematici a cui va data risposta multidisciplinare

** in questi casi viene considerato un follow-up clinico strumentale che ha lo scopo di monitorare nel tempo la stabilità del quadro clinico soprattutto in riferimento alle dimensioni della lesione benigna identificata. La periodicità del follow up è di solito semestrale e successivamente, in presenza di stabilità, annuale o biennale

Donne Sintomatiche > 40 anni



* in questi casi viene considerato un follow-up clinico strumentale che ha lo scopo di monitorare nel tempo la stabilità del quadro clinico soprattutto in riferimento alle dimensioni della lesione benigna identificata. La periodicità del follow up è di solito semestrale e successivamente, in presenza di stabilità, annuale o biennale.

La possibilità di accedere allo screening inizia all'età di 45 anni con richiesta da parte delle donne al numero verde 800008141

• DONNE A RISCHIO

Storia personale:

- neoplasia ovarica
- Terapia ormonale sostitutiva > 5 anni
- Radioterapia toracica

Storia familiare:

- Più di due parenti di 1° grado con neoplasia mammaria e/o ovarica
- Parenti di 1° grado con tumore mammario maschile

PROPOSTA DI CONTROLLI

- Inizio controlli clinico strumentali a 30 anni
- RMN (Risonanza magnetica) come indagine di prima istanza, insieme a visita senologica, ecografia e mammografia secondo le linee guida di Rete oncologica regionale

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

- Attraverso consulenza genetica e prelievo sierologico per mutazioni di geni (BRCA1-BRCA2)

La consulenza genetica è garantita dalla presenza di una consulente genetista che incontra i pazienti una volta al mese in ambulatorio di Senologia P.O. Tortona per avviare il counselling e predisporre gli accertamenti sierologici se indicati

In base alle nuove evidenze scientifiche il test del BRCA viene proposto anche alle donne con tumore della mammella triplo negativo, poiché il 15-20% dei casi hanno mutazioni germline del BRCA, che risulta essere fattore predittivo di risposta ad alcuni trattamenti.

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Donne sintomatiche prima dei 40 anni	Visita CAS	Impegnativa MMG o medico specialista (vedi regolamento aziendale CAS)	Entro 7 giorni dalla segnalazione
	Visita senologica	Impegnativa del CAS o MMG	Codice di priorità U o B*
	ecografia mammaria,	impegnativa interna	Codice di priorità U o B
	RMN con mdc,	impegnativa interna o del MMG	Codice di priorità B*
	prelievo cito/microistologico	Impegnativa interna o del MMG	Codice di priorità U o B*
	Visita GIC	Segnalazione al referente GIC	Entro una 10 giorni lavorativi dalla segnalazione

Donne sintomatiche dopo i 40 anni	Visita CAS	Impegnativa MMG o medico specialista	Entro 7 giorni dalla segnalazione
	Visita senologica	Impegnativa del CAS o MMG	Codice di priorità U o B*
	ecografia mammaria,	impegnativa interna o del MMG	Codice di priorità U o B*
	Mammografia	impegnativa interna o del MMG	Codice di priorità U o B*
	RMN con mdc,	impegnativa interna o del MMG	Codice di priorità B*
	Visita GIC	Segnalazione al referente GIC	Entro 10 giorni lavorativi dalla segnalazione
Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Donne asintomatiche in screening 45-69 anni	Visita senologica	Seduta di secondo livello dello screening	Tempi previsti per il richiamo
	Visita CAS	impegnativa interna	Entro 7 giorni dalla segnalazione
	Mammografia I livello	Lettera d'invito	Non applicabile
	Accertamenti di II livello	Convocazione telefonica da parte del centro di screening	Codice di priorità B*
Donne con storia personale e familiare alto rischio	Visita senologica	Impegnativa MMG	Codice di priorità B *
	counseling genetico	Impegnativa interna	Codice di priorità D*
	RMN con mdc	Impegnativa interna	Codice di priorità D*
	mammografia	Impegnativa interna	Codice di priorità U o B*
	ecografia	Impegnativa interna	Codice di priorità U o B*
Donne 70enni e oltre	Visita CAS	Impegnativa MMG o medico specialista (vedi regolamento aziendale CAS)	Codice di priorità U o B*
	Visita senologica	Impegnativa interna	Codice di priorità U o B*
	mammografia	Impegnativa interna o del MMG	Codice di priorità U o B*
	ecografia	Impegnativa interna o del MMG	Codice di priorità U o B*
	prelievo cito/microistologico	Impegnativa interna o del MMG	Codice di priorità U o B*

* Codici di priorità:

U – entro 3 giorni

B – entro 10 giorni

D – entro 30 giorni

P - entro 6 mesi

Descrizione sintetica dei trattamenti

SE LA PAZIENTE DEVE ESSERE SOTTOPOSTA AD INTERVENTO CHIRURGICO, VIENE INSERITA NELLA LISTA D'ATTESA UNICA AZIENDALE (FACENTE CAPO ALLA S.S.D. DI SENOLOGIA SEDE NEL P.O. DI TORTONA), SECONDO L'APPROPRIATO CODICE DI PRIORITÀ (I CODICI SONO A= 30 GIORNI; B= 60 GIORNI; C=90 GIORNI; D= 180 GIORNI). Presso l'ASLAL il trattamento chirurgico di tutte le pazienti avviene presso la S.S.D. di Senologia con sede a Tortona. I case manager che operano negli ambulatori senologici dei centri spoke interagiscono con il Responsabile della BU al fine di organizzare le sedute operatorie, sempre nel pieno rispetto della lista d'attesa unica.

Nella cura del cancro della mammella gli strumenti terapeutici appartengono a cinque ambiti diversi:

- chirurgia
- radioterapia
- chemioterapia
- ormonoterapia
- terapia biologica

La sequenza con cui vengono somministrati dipende da vari fattori:

- dimensioni e sede della neoplasia in rapporto alla mammella
- modo di presentazione della neoplasia
- caratteristiche patologiche
- PS e comorbidità
- età e opinione informata della donna

Ci sono casi in cui la Chirurgia viene dopo la terapia medica (chemioterapia, ormonoterapia) per ridurre le dimensioni della malattia, il coinvolgimento dei piani superficiali e dei linfonodi.

Patologia mammaria con potenziale evolutivo

Nell'ambito della Patologia mammaria benigna vengono sottoposti a Trattamento chirurgico le seguenti patologie:

Galattoforiti

Sono infezioni della mammella a partenza dai dotti galattofori retroareolari

Secrezioni ematiche dal capezzolo

Sono sostenute nella maggior parte dei casi da proliferazioni papillari intraduttali. L'esame citologico del liquido ed eventualmente la galattografia (incanalamento del dotto che sanguina con sonde sottilissime, introduzione di mezzo di contrasto iodato, esecuzione di mammografia mirata alla zona retroareolare) consentono di diagnosticare la presenza della lesione papillare e porre l'indicazione all'exeresi.

Fibroadenomi

Quando a rapida crescita o superiori ai 3 cm.

Cisti papillari o papillomi periferici

Sono formazioni cistiche all'interno delle quali proliferano formazioni polipoidi solide. Comportano un rischio lievemente aumentato di sviluppare un carcinoma mammario, soprattutto quando sono associati ad iperplasia atipica.

Adenomi del capezzolo

Sono lesioni benigne proliferative a partenza dai grossi dotti collettori retroareolari. Possono deformare il profilo del capezzolo, talvolta eroderlo conferendo un aspetto simil-pagetoide, dovuto però ad intensa reazione flogistica, proliferativa, fibrosa.

Iperplasia duttale atipica (DIN1b), Iperplasia lobulare atipica (LIN2)

Sono lesioni identificate dalla mammografia e dall'ecografia, diagnosticate in corso di biopsie mininvasive, che hanno un potenziale evolutivo neoplastico legato alle caratteristiche istologiche; a tutt'oggi si ritiene utile

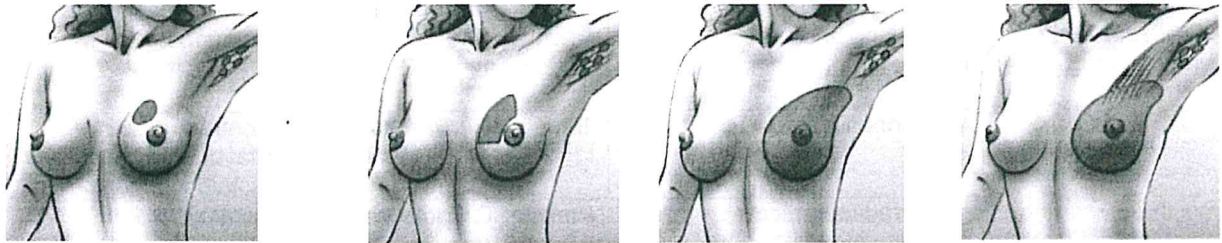
sottoporle ad intervento chirurgico resettivo a scopo preventivo. Sono lesioni che vengono anche identificate come "lesioni a rischio" a cui proporre anche cure chemiopreventive attualmente in fase di sperimentazione clinica.

Patologia mammaria maligna

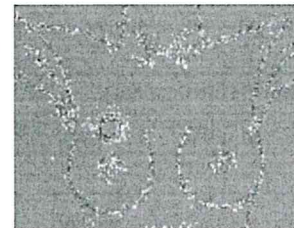
La Chirurgia è diventata sempre meno invasiva e rispettosa dell'integrità fisica della donna, pur assicurando un controllo locale adeguato della malattia secondo il principio del "minimo trattamento efficace".

E ciò mediante

- ampie exeresi al posto della mastectomia radicale ormai nell'80% dei casi



- biopsia del linfonodo-sentinella in tutti i cancri fino a 5 cm di diametro con dissezione ascellare solo nei casi di metastasi, secondo le indicazioni contenute nel Documento di consenso del Gruppo di studio della rete oncologica regionale (2018)



- Mastectomie "conservative" con tecniche mutuare dalla Chirurgia plastica e ricostruttiva estetica (Skin sparing mastectomy, Nipple sparing, rimodellamenti ghiandolari, posizionamento di espansori/protesi in collaborazione con il chirurgo plastico che entra a far parte dell'equipe di cura attraverso una convenzione fra ASL AL e ASO AL, che prevede visite interdisciplinari e interventi chirurgici programmati mensili

Interventi chirurgici in Senologia:

- resezione mammaria
- enucleoresezione
- ampia exeresi
- mastectomia sottocutanea con/senza risparmio del complesso areola-capezzolo
- mastectomia totale
- biopsia del linfonodo sentinella
- dissezione ascellare (l'indicazione a questo intervento è attualmente in fase di revisione)
- posizionamento di espansore sottomuscolare seguito poi da sostituzione con protesi definitiva abitualmente dopo 6/12 mesi in collaborazione con il consulente di Chirurgia plastica e ricostruttiva dell'ASO di Alessandria
- tecniche di chirurgia oncoplastica nella parte demolitiva e in quella di rimodellamento ghiandolare

La scelta della tecnica da utilizzare viene guidata dal tipo di lesione (dimensioni e rapporto con la taglia della mammella, evolutività, caratteristiche istologiche, sede), età della paziente, storia personale e familiare, consenso e condivisione delle scelte con la paziente.

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Lesione a potenziale evolutivo	Enucleoresezione/Resezione mammaria	Ricovero programmato in day/week surgery S.S.D. Senologia previa impegnativa MMG	entro 60 giorni dalla comunicazione della diagnosi
Neoplasia mammaria localizzata ad un quadrante	Ampia exeresi+biopsia del linfonodo sentinella, eventuale dissezione ascellare, rimodellamenti ghiandolari con tecniche di oncoplastica	Visita GIC Ricovero programmato in week surgery S.S.D. Senologia	entro 30 giorni dalla comunicazione della diagnosi
	Visita oncologica	Impegnativa interna	entro 7 giorni lavorativi dall'esame istologico definitivo
	Visita radioterapica	Presso SC Radioterapia ASO AL, tramite CAS	entro 7 giorni lavorativi dalla visita oncologica
Neoplasia mammaria multicentrica	Mastectomia+biopsia del linfonodo sentinella, eventuale dissezione ascellare+ ricostruzione	Ricovero programmato in week surgery S.S.D. Senologia	entro 30 giorni dalla comunicazione della diagnosi
	Visita oncologica	Impegnativa interna	entro 7 giorni lavorativi dall'esame istologico definitivo
	Visita radioterapica	Presso SC Radioterapia ASO AL, tramite CAS	entro 7 giorni lavorativi dalla visita oncologica
tumore di 2 cm o superiore, operabile con tecnica conservativa ma ad alto rischio di ricaduta (tumori triplo negativi, Ki-67 elevato)	Discussione GIC preoperatorio posizionamento repere	tramite CAS Radiologia ASL-AL	entro 7 gg dalla visita CAS entro 5 gg dalla discussione GIC
	CT neoadiuvante *	DH Oncologia	entro 15 gg dalla discussione GIC
tumore localmente avanzato inoperabile sec metodologia conservativa (T3/T4 o N +)	Discussione GIC preoperatorio	Tramite CAS	entro 7 gg dalla visita CAS
	Stadiazione: TC T +AC con mdc TC encefalo se sintomi	Radiologia ASL-AL	Entro 30 gg dalla visita CAS
	SOTB nei casi N2 o paz sintomatiche	Med Nucleare ASO-AL	Entro 30gg dalla visita CAS
	Se N+ Biopsia del LNF	Radiologia	Contestuale alla biopsia del T alla

			diagnosi
	CT neoadiuvante *	DH Oncologico	entro 7 gg dalla stadiazione

Stadiazione pre-CH:

per le pazienti in stadio clinico I o II di malattia non è necessario procedere con stadiazione strumentale per la ricerca di lesioni a distanza, mentre è suggerita nei casi di malattia clinica in stadio III o nei casi di carcinoma infiammatorio o ancora in pazienti con sintomi sospetti (compresi anormali valori di laboratorio) che potrebbero essere riferiti a metastasi occulte.

La stadiazione prevede l'esecuzione della RMN con mdc secondo le indicazioni del Documento di consenso della Rete oncologica regionale.

Durante gli interventi chirurgici è presente il patologo per garantire l'esame estemporaneo su:

- margini di exeresi adeguati
- linfonodo sentinella con ricerca di macrometastasi la cui presenza può indicare la dissezione ascellare contestuale

A tutte le pazienti candidate al trattamento neoadiuvante viene:

- eseguito prelievo microistologico completo di Fattori Prognostici. (Documento di consenso GdS mammella Rete oncologica (2018))
- posizionato di un repere sul T
- biopsia linfonodale in caso di LNF sospetti

Solitamente il trattamento prende in considerazione l'uso di antracicline e taxani sec LG AIOM 2018, e nelle pazienti HER 2 + l'aggiunta di trastuzumab.

Nelle pazienti ER+ con tumori localmente avanzati l'uso dell'ormonoterapia in neoadiuvante viene proposto in base alle comorbidità e età della paziente. (AIOM 2018)

Al termine del trattamento neoadiuvante il caso viene rivalutato al GIC per la ri-valutazione chirurgica

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Recidiva locale mammella omolaterale o controlaterale	RX torace Ecografia addome	Radiologia ASL-AL	20 gg dalla visita oncologica
	SOTB se sintomi	Med Nucleare ASO-AL	30 gg dalla visita oncologica
Recidiva cutanea	Discussione GIC	tramite CAS	entro 7 gg dalla stadiazione
	Visita Senologica	Breast Unit - Tortona	entro 7 gg dal GIC
	Trattamento RT	Radioterapia ASO-AL	entro 20 gg dal GIC
MTS a distanza *	TC T+ AC con mdc	Radiologia ASL-AL	20 gg dalla visita

	TC encefalo se sintomi		oncologica
	SOTB	Med Nucleare	30 gg dalla visita oncologica
	GIC	tramite CAS	entro 7 gg dalla stadiazione
	Trattamento sistemico	DH Oncologico	entro 15 gg dal GIC
	Trattamento RT palliativo	Radioterapia ASO-AL	entro 20 gg dal GIC

* di norma, quando possibile, si propone rebiopsia di almeno una delle sedi metastatiche per una rivalutazione dei fattori prognostici

Follow up *

Responsabile del follow-up è il responsabile della S.S. Supporto oncologico e Breast Unit Tortona ; le procedure possono essere espletate anche nei Day Hospital oncologici che fanno riferimento ai CAS satelliti per rendere un miglior servizio logistico ai pazienti che abitano sul territorio dell'ASL AL

Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
<i>Esame clinico senologico</i>	Semestrale per i primi due anni poi annuale per almeno 5 anni nei casi a prognosi favorevole; semestrale per tutti i 5 anni nei casi ad alto rischio	Ambulatorio senologico/ambulatorio oncologico della Breast Unit almeno per 10 anni, nei casi a basso rischio dopo 5 anni anche in collaborazione con il MMG
<i>Mammografia +ecografia mammaria</i>	Annuale per almeno 5 anni nei casi a basso rischio, per 10 anni nei casi al alto rischio	Radiologie della ASL AL o convenzionate
Esami ematochimici per valutare il quadro metabolico [^]	Semestrali per i primi due anni poi annuali nei casi a basso rischio	Laboratorio analisi ASL AL o convenzionati
Rx torace	Su indicazione clinica	Radiologie della ASL AL o convenzionate
Ecografia addome superiore e inferiore	Su indicazione clinica	Radiologie della ASL AL o convenzionate
Tac total body, Scintigrafia ossea, PET, RMN	Su indicazione clinico-strumentale	Radiologie della ASL AL o convenzionate
Valutazioni specialistiche neurologiche,cardiologiche, reumatologiche,ginecologiche e,ortopediche	Su indicazione clinica e strumentale	Servizi presenti nei P.O. Spoke e Hub dell' ASL AL
Valutazione del quadro metabolico	Al primo controllo clinico semestrale, successivi controlli personalizzati in collaborazione con lo studio regionale su follow-up e stili di vita	Ambulatorio senologico P.O. Tortona, Servizio di Dietologia medica P.O. Casale M.to [°]

* Lo schema del follow-up adottato è quello indicato dalle linee guida AIOM, integrato con i documenti di indirizzo elaborati dal Gruppo di Studio della Rete oncologica del Piemonte e della Valle D'Aosta pubblicati sul sito della Rete stessa (si allega quanto contenuto nel D.D. 904 del 31-10-2014)

° Per migliorare l'offerta di supporto al miglioramento degli stili di vita sarà un obiettivo da perseguire l'estensione dello studio regionale su Follow-up e Stili di vita nei Centri Spoke in cui viene espletato il follow-up delle donne affette da cancro alla mammella

^ l'esecuzione degli esami ematochimici viene prevista per il monitoraggio del quadro metabolico (glicemia, eventualmente Hb glicata, dosaggio del colesterolo totale, HDL, trigliceridi) il cui ruolo nell'aumentare il rischio di recidiva neoplastica e nel ridurre l'efficacia della terapia oncologica soprattutto ormonosoppressiva è di recente ma validata acquisizione nella letteratura scientifica.

Altre procedure correlate al follow up

Consegna lettera informativa per il curante con le indicazioni sulle procedure indicate	<i>SI (testo stilato dalla Rete oncologica regionale)</i>
Consegna lettera informativa per il paziente all'inizio e/o al termine del follow up specialistico	<i>SI (testo stilato dalla Rete oncologica regionale)</i>
Consegna della programmazione del follow up	<i>SI</i>
Disponibilità alla valutazione urgente in caso di sospetto diagnostico e modalità di contatto diretto con il centro specialistico	<i>SI attraverso chiamata al numero telefonico del CAS (vedi tabelle PDTA CAS), ambulatorio di Senologia tel 0131-865318 dal lunedì al venerdì Ore 8.00-17.00</i>

Il testo delle lettere a cui si fa riferimento nello specchio sopra riportato è presente nei documenti della Rete oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta, pubblicato sul sito, scaricabile e utilizzabile.

