

Responsabilità

Nel caso di PDTA di area saranno indicate le Direzioni di tutte le Aziende coinvolte nel percorso

Qualifica	Nome	Firma
Direttore Generale	Dr. Massimo VEGLIO	
Direttore Sanitario di Azienda	Dr. Mario TRAINA	
Direttore Sanitario di Presidio	Dr.ssa Maria Cristina FRIGERI	
Responsabile di Qualità	Dr. Luciano VERO	
Dirigente Di.P.Sa.	Dr.ssa Maria Iris GRASSI	
Coordinatore GIC aziendale	Dr. ssa Cinzia ORTEGA	
Referente Aziendale per la Rete Oncologica	Dr. ssa Cinzia ORTEGA	
Direttore Dipartimento Rete Oncologia Piemonte e valle d'Aosta	Dr. Oscar Bertetto	

Data di approvazione	30.11.2018
Periodicità di revisione	Annuale
Data prossima revisione	Dicembre 2019
Modalità di diffusione interna	Intranet ASL CN2
Copia cartacea presso la Direzione Dipartimento Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta	

Composizione GIC

Indicare con le discipline che intervengono al GIC a chiamata, non in modo regolare

Strutture	Referente	Firma
Oncologia	Dr.ssa Cinzia ORTEGA	
Oncologia	Dr. Federico CASTIGLIONE	
Oncologia	Dr.ssa Veronica PRATI	
Chirurgia	Dr. ssa Loredana DEFILIPPI	
Chirurgia	Dr. Raffaele SEGHESSIO	
Anatomia Patologica	Dr.ssa Natalia DOGLIANI	
Radiologia	Dr. Michele LOBELLO	
Radiologia	Dr.ssa Silvana CAPPELLO	
Radioterapia	Dr.ssa Claudia FILLINI	
Anestesia-Cure Palliative	Dr. Salvatore DISANTO	
RRF	Dr. Giancarlo RANDO	
Psicologia	Dott.ssa Maria Grazia CIOFANI	
Infermiera Oncologia	Bruna GRASSO	

RRF	Eugenia CIRIOTTI	
-----	------------------	--

GIC - regolamento

Coordinatore	<i>Dr. ssa Cinzia ORTEGA, SC Oncologia</i> cortega@aslcn2.it
Segreteria	<i>CAS c/o SC Oncologia, sedi di Alba e di BRA</i> cas@aslcn2.it
Sede dell'incontro	<i>Sala GIC c/o SC Oncologia, Alba</i>
Periodicità dell'incontro e orario	Settimanale, giovedì ore 08:30
Modalità di refertazione	<i>Referto su software aziendale per la refertazione ambulatoriale (MEDsOFFICE)</i>
Descrizione sintetica del funzionamento	GIC pre e post chirurgico con documentazione clinica: la documentazione clinica di tutte le pazienti candidate ad intervento chirurgico ed a trattamenti post-chirurgici viene raccolta il giorno che precede la riunione GIC. In caso di ripresa di malattia e/o in casi complessi, l'iter diagnostico terapeutico viene discusso nella stessa riunione GIC. L'inserimento della prenotazione della visita GIC avviene ad opera della segreteria CAS, previa impegnativa dematerializzata, sul software aziendale MEDsOFFICE. L'iter diagnostico-terapeutico condiviso dai membri del GIC viene formalizzato con referto ambulatoriale e illustrato alla paziente in sede di successiva visita (oncologica o chirurgica a seconda dell'iter terapeutico da proporre). I membri del GIC, inoltre, effettuano periodicamente una valutazione dell'aggiornamento dei dati di letteratura con discussione degli stessi.
Descrizione del percorso assistenziale	Lo Specialista che effettua la visita CAS, programma, se ritiene indicato, la valutazione GIC. Sono attive due figure infermieristiche, una in Chirurgia ed una in Oncologia (quest'ultima referente GIC), che facilitano la continuità del processo di cura. L'infermiere del GIC, al fine di garantire la continuità assistenziale, riceve comunicazioni dall'infermiera CAS delle eventuali problematiche relative alla persona assistita, discutendo le eventuali criticità e l'eventuale necessità di invio alla valutazione psicologica, socio-assistenziale o oncogeriatrica. L'infermiere GIC inoltre coordina gli atti del percorso di stadiazione, controllandone la tempistica ed informando i pazienti sulle preparazione e modalità di esecuzione degli esami e programma l'eventuale posizionamento del Catetere Venoso Centrale (CVC) utile per l'avvio delle chemioterapie. L'infermiere GIC, infine cura i contatti con le diverse equipe assistenziali in base alla specifiche necessità della paziente durante il percorso terapeutico (fisioterapia, terapia antalgica, cardiologia, etc). Il ruolo dettagliato dell'infermiere GIC è definito dal documento "Profilo di posto" stilato dal Gruppo di Studio degli Infermieri della Rete Oncologica ed ad esso il presente PDTA fa riferimento. Il ruolo dell'Infermiere durante il percorso chirurgico ed il trattamento medico oncologico (dal punto di vista sia pratico sia relazionale), stilato dal Gruppo di Studio degli Infermieri della Rete Oncologica, è al momento della compilazione del presente PDTA in

fase di approvazione e ad esso il presente PDTA farà riferimento.

Carcinoma della mammella operabile

Lo Specialista sulla base degli esami diagnostici, richiede un consulto GIC prechirurgico ed attiva il prericovero. Nel caso in cui preveda un intervento demolitivo e la paziente sia interessata alla ricostruzione, richiede la consulenza del chirurgo plastico.

Il GIC prechirurgico, in base agli esami preoperatori di stadiazione locale conferma o varia l'iter terapeutico proposto dallo Specialista.

Nell'ambito della visita GIC, inoltre, è prevista la consulenza Fisiatrica e Fisioterapica per impostare un eventuale programma riabilitativo post chirurgico

Consegna esame istologico. Non appena arriva l'esito dell'esame istologico definitivo ed i fattori prognostici, l'anatomo-patologo programma un consulto GIC post-chirurgico per la decisione sui trattamenti postoperatori.

La *stadiazione sistemica* di malattia con esami strumentali viene effettuata nelle pazienti a basso rischio di recidiva (stadio I-II) solo se sussiste un sospetto clinico di malattia metastatica (sulla base dei sintomi o degli esami di laboratorio). Nelle pazienti a più alto rischio di recidiva (stadio III) o con segni clinici o di laboratorio sospetti per la presenza di localizzazioni secondarie viene effettuata una stadiazione strumentale Rx torace o TC del torace con mdc, ecotomografia o TC con mdc o RMN epatica, e scintigrafia ossea TB. La FDG PET/TC può essere utilizzata come approfondimento in tutte le situazioni in cui gli esami di stadiazione standard risultino equivoci e/o sospetti.

La comunicazione dell'iter postchirurgico alla paziente avviene tramite visita oncologica ambulatoriale successiva al GIC.

Il campionamento della neoplasia e la fissazione del prelievo biotico vengono eseguiti secondo le seguenti modalità:

1. prelievi microistologici (gauge non superiore a 18), da fissare in formalina neutra tamponata;
2. almeno due core (in due aree diverse del tumore); ideale 1 core per quadrante di tumore.

NB. se il trattamento viene deciso dopo l'esito istologico della *core biopsy* e si ha a disposizione un solo frustolo con la lesione, ripetere i prelievi prima del trattamento per avere più materiale a disposizione;

La refertazione istologica della biopsia (core-biopsy e Tomo biopsy) utilizza la seguente check list diagnostica che comprenda come requisiti minimi:

- Numero di frustoli diagnostici.
- Area del prelievo occupata dal carcinoma invasivo (%).
- Istotipo.
- Grado nucleare.
- Cellularità del carcinoma invasivo.
- Presenza di carcinoma in situ.
- Infiltrato linfocitario stromale espresso in % rispetto alle cellule stromali complessive intra-tumorali (nei carcinomi TN e Her 2 pos) (*opzionale*).

- Determinazione dei Fattori prognostici-predittivi.

In seguito alla diagnosi radiologica e biotipica di carcinoma mammario infiltrante (B5b), viene avviata in automatico la determinazione dei fattori prognostici – predittivi nelle seguenti condizioni cliniche candidate a terapia primaria:

Tumori di istotipo NST e/o di grado intermedio-alto con T > 2 cm indipendentemente dallo stato linfonodale, con T1-2 N1-2, la neoplasia mammaria localmente avanzata stadio IIIB e IIIC, non operabile, il Carcinoma infiammatorio e la Mastite carcinomatosa.

Con l'esito dei fattori prognostici-predittivi, l'indicazione a un trattamento CT neoadiuvante va confermato in ambito multidisciplinare.

La refertazione istologica del pezzo operatorio utilizza la seguente check list diagnostica che comprenda come requisiti minimi:

- Istotipo

- Grado istologico (sec. Elston ed Ellis, 1991): grado # (score /9, mitosi 1, formazione di tubuli 1, pleomorfismo cellulare 1), # differenziato.

- Mitosi: #/10 HPF (diametro di campo mm.0,65 sec. WHO 2012).

- Invasione vascolare: non evidente - focale - estesa.

- Focolai multipli di carcinoma invasivo (focolai distinti separati da parenchima sano):

- Carcinoma in situ peritumorale: %, di grado #, tipo #, necrosi comedonica #, microcalcificazioni #.

- Dimensioni componente invasiva:

- Dimensioni totali (componente invasiva più componente in situ): diametro massimo mm. #.

- Reazione infiammatoria stromale / Infiltrato linfocitario (Tumor Infiltrating Lymphocytes, TIL): brisk/non brisk

- Sede:

- Capezzolo e quadrante sottoareolare:

- Valutazione microscopica dei margini di resezione (specificare la distanza minima del margine/i più vicino/i e di quale margine si tratta): margine di exeresi il più vicino alla neoplasia invasiva, alla distanza minima di mm. #; margine di exeresi il più vicino alla neoplasia intraduttale, alla distanza minima di mm. #.

- Cute #.

- Parenchima esente da neoplasia:

- Staging pT (sec. AJCC 8a edizione, 2017): pT#.

- Staging pN (sec. AJCC 8a edizione, 2017): pN#.

Numero totale di linfonodi esaminati:

Numero di linfonodi metastatici:

Estensione extracapsulare: non evidente- focale – estesa

Lo studio del linfonodo sentinella viene eseguito in regime estemporaneo intraoperatorio con metodica OSNA (One Step acid Nucleic Amplification: sonda mRNA citocheratina 19).

- Determinazione dei Fattori prognostici-predittivi.

Recettore per l'estrogeno (ER alfa, clone EP1, ditta DAKO): % delle cellule neoplastiche.

Recettore per il progesterone (clone PgR 1294, ditta DAKO): % delle cellule neoplastiche.

Marker di proliferazione cellulare Ki-67 (clone Mib 1): % delle cellule neoplastiche.

Cerb-B2 (Hercept Test DAKO): Score 0/1, 2, 3 /NEGATIVO, E-QUIVOCO, POSITIVO.

Analisi FISH con metodica HER2 IQFISH pharmaDx DAKO:
Il pattern del gene HER2 (Gruppo 1, Gruppo 2, Gruppo 3, Gruppo 4, Gruppo 5) corrisponde alla classificazione secondo Linee Guida ASCO-CAP 2018.

Carcinoma della mammella localmente avanzato

Il paziente viene valutato in visita GIC multidisciplinare per eventuali trattamenti preoperatori.

Il paziente che alla valutazione in sede di visita GIC risulta eleggibile ad un trattamento ormonale neoadiuvante proseguirà il suo percorso in regime ambulatoriale, con rivalutazioni GIC multidisciplinari periodiche. Nel corso delle suddette rivalutazioni, qualora il paziente fosse considerato eleggibile ad intervento chirurgico, l'infermiera GIC programmerà il ricovero.

Il paziente che alla valutazione in sede di visita GIC risulta eleggibile a chemioterapia +/- agenti biologici neoadiuvante, proseguirà il suo percorso in regime di Day Hospital (DH) o Ambulatoriale. Al termine del trattamento chemioterapico prescritto, l'Oncologo richiederà gli esami di ristadiazione e la successiva visita GIC per la programmazione dell'intervento chirurgico.

La risonanza magnetica mammaria non è raccomandata come indagine mandatoria di complemento a mammografia ed ecografia mammaria in pazienti con diagnosi di carcinoma della mammella.

LA RM mammaria costituisce la metodica più sensibile per la valutazione di:

-istotipo lobulare

-stadiazione loco-regionale (multicentricità, multifocalità, infiltrazione del muscolo pettorale, linfonodi regionali)

-tumore residuo dopo chemioterapia neoadiuvante;

E' inoltre da considerarsi una metodica integrata nella diagnosi differenziale tra cicatrice e recidiva nella ricerca di un carcinoma occulto.

A partire dal 2019 sarà possibile effettuare presso la nostra struttura l'Rx mammografia con mezzo di contrasto, nuova metodica comparabile alla RMN in termini di sensibilità e specificità nello studio preoperatorio delle pazienti con lesione mammaria.

Detto esame si effettua previa somministrazione endovenosa di m.d.c. iodato (analogo a quello della TC) sfruttando il suo accumulo nelle aree di neoangiogenesi tumorali. La mammografia con algoritmo di sottrazione spettrale esalta le suddette aree e pertanto trova indicazione nella stadiazione preoperatoria, nel monitoraggio della risposta alla chemioterapia adiuvante, nella diagnosi di lesioni occulte satelliti e nello studio dei seni densi.

Una volta stabilita in sede di GIC l'indicazione all'esame, viene prenotato direttamente dalla radiologia, previa acquisizione di anamnesi allergica, valutazione della funzionalità renale, così come per ogni esame contrastografico.

Il referto viene consegnato entro 48 ore.

Nella stessa seduta in caso di evidenza di lesioni occulte, viene effettuato secondo look ecografico per eventuale biopsia.

Carcinoma della mammella metastatico

Il paziente con carcinoma mammario metastatico di nuova diagnosi, effettuerà una visita GIC multidisciplinare durante la quale verrà concordato l'iter diagnostico-terapeutico.

Successivamente il paziente verrà seguito dall'Oncologia in regime DH o ambulatoriale in base alla terapia prescritta e ridiscusso in GIC in caso di particolari criticità insorte durante il percorso terapeutico oncologico.

Cure Palliative

I criteri per l'attivazione di programmi di Cure Palliative sono i seguenti:

- diagnosi di neoplasia inoperabile, localmente avanzata e/o metastatica
- sintomi non controllati
- avvio a trattamenti medici, radioterapici o chirurgici a scopo palliativo

Modalità di attivazione delle Cure Palliative: al momento della segnalazione al Centro Accoglienza Servizi (CAS) di un paziente con malattia metastatica o localmente avanzata da parte dello specialista d'organo e dei medici di medicina generale, l'infermiere e il medico del CAS contatteranno, secondo le modalità ben specificate nel PDTA aziendale, la rete aziendale di Cure Palliative.

- Al momento della visita interdisciplinare GIC sarà attivata la partecipazione del medico palliativista di riferimento per i pazienti con i criteri identificati.
- Se non già precedentemente noti al CAS e al GIC, gli oncologi e/o gli altri specialisti richiederanno la consulenza palliativa per i pazienti in possesso dei criteri sopracitati, oppure richiederanno la presa in carico da parte della rete di cure palliative per i pazienti non più suscettibili di trattamenti attivi (deve essere documentata la comunicazione al paziente e al familiare che non vi è più indicazione a proseguire terapie antitumorali).
- La presa in carico da parte della rete di cure palliative potrà avvenire nei diversi setting: ambulatoriale, ricovero diurno, ricovero ordinario.

Consulenza genetica

In corso di prima visita oncologica o durante il follow-up viene valutata l'indicazione alla consulenza genetica.

Si ritiene opportuno inviare alla consulenza genetica oncologica la donna che presenti almeno uno dei seguenti criteri :

1. Storia personale o familiare di carcinoma mammario
2. Mutazione nota in un gene predisponente (*BRCA1*, *BRCA2*, *P53*, *PTEN*, ecc.);
3. Maschio con carcinoma mammario;
4. Donna con carcinoma mammario e carcinoma ovarico;
5. Donna con carcinoma mammario < 36 anni;

	6. Donna con carcinoma mammario triplo negativo < 60 anni; 7. Donna con carcinoma ovarico sieroso di alto grado a qualsiasi età; 8. Donna con carcinoma mammario bilaterale < 50 anni; 9. Donna con carcinoma mammario < 50 anni e almeno 1 parente di primo grado con: - Carcinoma mammario < 50 anni; - Carcinoma ovarico non mucinoso o borderline a qualsiasi età; - Carcinoma mammario bilaterale; - Carcinoma mammario maschile; 10. Donna con carcinoma mammario > 50 anni e storia familiare di carcinoma mammario o ovarico in 2 o più parenti in primo grado* tra loro (di cui uno in primo grado con lei*). 11. Donna con carcinoma ovarico e almeno un parente di primo grado* con: - Carcinoma mammario < 50 anni; Carcinoma ovarico a qualsiasi età; Carcinoma mammario bilaterale; <i>*Presenza di un familiare di primo grado (genitore, fratello/sorella, figlio/a) con le caratteristiche di malattia specificate. Per il lato paterno della famiglia, considerare anche familiari di secondo grado (nonna, zie).</i> Solo se il risultato è informativo, il test genetico può essere esteso agli altri membri della famiglia che desiderino effettuarlo, a partire dai 18 anni di età. Non è indicata l'esecuzione del test nei minorenni, poiché l'aumento del rischio di tumori inizia con l'età adulta. In caso di mutazioni di significato incerto non si deve proporre l'estensione del test ai familiari del caso indice, se non nell'ambito di progetti di ricerca e la proposta di sorveglianza deve essere basata sulla storia familiare o su altri fattori di rischio accertati.
--	--

Contesto epidemiologico, clinico e servizi disponibili

Specifico per patologia

Descrizione del bacino di utenza	<i>Comprensorio Alba-Bra</i>
Numero di abitanti del bacino di utenza	171.263 residenti (al 31/12/2016); il 37% della popolazione risiede in comuni medio-piccoli (<3000 abitanti)
Distribuzione dei CAS nel bacino di utenza	CAS c/o Oncologia, sedi Alba e Bra
Distribuzione dei GIC nel bacino di utenza (GIC di riferimento)	GIC mammella Alba

Neoplasie di pertinenza del GIC

Neoplasia
Carcinoma non metastatico della mammella
Carcinoma metastatico della mammella

Descrizione sintetica dell'iter diagnostico

Gli esami essenziali per la singola patologia sono quelli riportati dalle linee guida AIOM versione 2017. Per le procedure di I livello già presenti nel PDTA CAS (laboratorio, radiologia ecc) non ripetere l'inserimento. Indicare solo le procedure considerate essenziali e le modalità di accesso. Nella colonna "condizione" è possibile ma non necessario specificare lo stadio o le caratteristiche del paziente in cui la procedura viene richiesta. Nella colonna "modalità di accesso" vanno indicate la sede in cui si effettua la procedura e le modalità di prenotazione (telefonica, richiesta cartacea, ecc.). Se il GIC comprende più patologie dovrà essere compilata una tabella per patologia.

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Sospetto o diagnosi di carcinoma della mammella	Mammografia/Ecografia mammaria (in fase di diagnosi)	- Programma di screening - Visita senologica - Prenotazione da parte del CAS	7 giorni
	Risonanza Magnetica Nucleare della Mammella	- S.C. Radiologia IRCCS Candiolo - Prenotazione da parte del CAS o G.I.C	14 giorni
	Mammografia con mdc	-S.C Radiologia -Prenotazione da parte del G.I.C	7 giorni
	Biopsia	- S.C. Radiologia - Prenotazione da parte del CAS o G.I.C o Chirurgia	7 giorni
	Esame istologico ed immunoistochimico (ER, PgR, HER2, Ki67). Infiltrato linfocitario	- S.C. Anatomia Patologica - Prenotazione da parte del CAS o G.I.C	7-14 giorni
	Analisi citogenetiche	- S.C. Anatomia Patologica - Prenotazione da parte del CAS o G.I.C	2 settimane
Carcinoma della mammella operabile, stadio III o con sospetto clinico di metastasi sistemiche	Rx Torace	- S.C. Radiologia - Impegnativa dematerializzata - Prenotazione da parte del CAS o G.I.C	2 giorni
	Eco Addome	- S.C. Radiologia - Impegnativa dematerializzata - Prenotazione da parte del CAS o G.I.C	7 giorni
	Scintigrafia ossea TB	- S.C. Medicina Nucleare IRCCS Candiolo o Medicina Nucleare Ospedale Cuneo - Impegnativa interna dematerializzata - Prenotazione da parte del CAS o G.I.C	14 giorni
Carcinoma localmente avanzato o sospetto di	TC torace+addome con m.d.c.	- S.C. Radiologia - Impegnativa interna dematerializzata - Prenotazione da parte del	7-10 giorni

metastasi sistemiche		CAS o G.I.C	
	PET T.B.	- Medicina Nucleare IRCCS Candiolo o Medicina Nucleare Ospedale di Cuneo - Impegnativa interna dematerializzata - Prenotazione da parte del CAS o G.I.C	2 settimane
Carcinoma della mammella metastatico	Rx Torace	- S.C. Radiologia - Impegnativa interna dematerializzata - Prenotazione da parte del personale amministrativo DH, Ambulatoriale	1 giorno
	Eco Addome	- S.C. Radiologia - Impegnativa interna dematerializzata - Prenotazione da parte del personale amministrativo DH, Ambulatoriale	7 giorni
	Scintigrafia ossea	- S.C. Medicina Nucleare IRCCS o Medicina Nucleare Cuneo - Impegnativa interna dematerializzata - Prenotazione da parte del personale amministrativo DH, Ambulatoriale	14 giorni
	TC torace+addome con m.d.c.	- S.C. Radiologia - Richiesta interna dematerializzata - Prenotazione da parte del personale amministrativo DH, Ambulatoriale	7-10 giorni
	PET T.B.	- Medicina Nucleare – IRCCS Candiolo o medicina Nucleare Cuneo - Impegnativa interna dematerializzata - Prenotazione da parte del personale amministrativo DH, Ambulatoriale	1-2 settimane

Descrizione sintetica dei trattamenti

I trattamenti per la singola patologia sono quelli riportati dalle linee guida AIOM versione 2017. Indicare solo le procedure considerate essenziali e le modalità di accesso. Non è richiesto di specificare i dettagli dei trattamenti (ad es tipo di chirurgia, schedula di radioterapia o schema di chemioterapia). Nella colonna “condizione” è possibile ma non necessario specificare lo stadio o le caratteristiche del paziente in cui la procedura viene richiesta. Nella colonna “modalità di accesso” vanno indicate la sede in cui si effettua la procedura e le modalità di prenotazione (telefonica, richiesta cartacea, ecc.). Se il GIC comprende più patologie dovrà essere compilata una tabella per patologia.

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Carcinoma operabile	Intervento chirurgico conservativo, dissezione del linfonodo sentinella/dissezione ascellare	- Visita senologica CAS - Visita GIC	15 giorni
	Mastectomia con dissezione del linfonodo sentinella/dissezione ascellare	- Visita senologica CAS - Visita GIC	15 giorni
	Ricostruzione mammaria immediata	Visita senologica CAS + visita chirurgia plastica prima	4 settimane dalla visita CAS
	Ricostruzione mammaria differita	Visita chirurgia plastica	1 anno
	Terapia medica adiuvante	-Visita GIC mammella post-operatoria con impostazione iter terapeutico -Avvio terapia in regime di DH o Ambulatoriale	3 settimane dall'intervento chirurgico 7-10 giorni dalla visita oncologica successiva al GIC
	Radioterapia postoperatoria	Visita GIC mammella post-operatoria	7-14 giorni
Carcinoma della mammella candidato a terapia pre-chirurgica (neo-adiuvante)	Chemioterapia +/- agenti biologici	-Visita GIC mammella con impostazione iter terapeutico -Avvio terapia in regime di DH o Ambulatoriale -Visita GIC per programmazione intervento a metà iter terapeutico	7-10 giorni dalla visita GIC con impostazione dell'iter terapeutico
Carcinoma della mammella metastatico	Chemioterapia +/- agenti biologici; Ormonoterapia a prescrizione ospedaliera; Sostanze coadiuvanti per il trattamento della malattia oncologica (es. bifosfonati)	-Visita GIC mammella o visita CAS oncologica con impostazione iter terapeutico -Avvio terapia in regime di DH o Ambulatoriale.	7-10 giorni dalla visita GIC o dalla prima visita oncologica
Prevenzione dello stravasamento di chemioterapia (sia in ambito adiuvante che metastatico)	Posizionamento catetere venoso centrale	Prenotazione tramite il personale infermieristico di DH e Ambulatoriale	10 giorni
Distress psicologico	Percorso psicologico: Diversi autori rilevano che 1/3	Prenotazione tramite CAS Ambulatori di Psicologia	Entro 15 giorni

globalmente inteso (processo di adattamento inappropriato, adherence carente, coping inadeguato, diniego, sindrome ansioso-depressiva, isolamento sociale, ...).	dei pazienti identificati nello screening come bisognosi di un intervento psicologico, rifiutano l'aiuto proposto. [Worden e Weisman (1984) Hoffman e McCarthy (2009), Morasso (2009), Salander (2009)] Previo consenso, il/la paziente e/o familiari vengono inviati a consulenza psicologica per pianificare eventuale supporto alla diagnosi e/o durante il trattamento.	Area Critica presso ospedali Alba e Bra (mgciofani@aslcn2.it)	
Linfedema, problemi cicatriziali e motori dell'arto superiore	Counselling fisioterapico pre- e immediato post – intervento (paziente già discussa in GIC) Visita fisiatrica (paziente già discussa in GIC) Presa in carico riabilitativa per la prevenzione del linfedema e per il trattamento post – chirurgico dell'arto superiore omolaterale, della spalla, dei tessuti e delle cicatrici. (secondo le linee guida) Visita fisiatrica e presa in carico riabilitativa per la prevenzione del linfedema e per il trattamento post – radioterapia dell'arto superiore omolaterale, della spalla, dei tessuti e delle cicatrici. (secondo le linee guida)	Richiesta diretta della SOC Chirurgia-Senologia alla SOC Medicina Fisica e Riabilitazione Prenotazione tramite CAS Prenotazione tramite l' Ambulatorio di Riabilitazione Linfologica Oncologica Prenotazione tramite CAS Prenotazione tramite l' Ambulatorio di Riabilitazione Linfologica Oncologica	Da 15 giorni prima dell'intervento a 1 giorno dopo l'intervento 7 – 10 giorni dall'intervento Entro 10 giorni dalla prima visita fisiatrica Entro una settimana dalla fine del trattamento radioterapico
Linfedema conclamato e sue complicanze in esiti di linfadenectomia ascellare	Visita fisiatrica e presa in carico riabilitativa (secondo le linee guida)	Prenotazione tramite CAS Prenotazione tramite l' Ambulatorio di Riabilitazione Linfologica Oncologica Prenotazione tramite ambulatorio senologico, oncologico, altri specialisti, MMG	Da tempo zero a massimo 10 giorni
Familiarità	Consulenza genetica	Prenotazione tramite CAS o tramite il MMG o a cura del paziente	20-30 giorni

Follow up

Le procedure indicate e la loro periodicità devono essere quelle delle linee guida AIOM versione 2017

E' necessario inserire non soltanto le procedure finalizzate alla diagnosi di ripresa di malattia ma anche gli interventi utili alla riabilitazione, al controllo delle tossicità tardive e all'educazione alla salute. Se il GIC comprende più patologie dovrà essere compilata una tabella per patologia.

Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
<i>Esame clinico, peso, altezza, BMI, promozione salute (stili di vita)</i>	Primi 5 anni dopo l'intervento: ogni 3-6 mesi. Dal 6° anno dall'intervento chirurgico: dimissione dalla fase specialistica con affido al Medico di Medicina Generale o controllo annuale per altri 5 anni se paziente in terapia ormonale estesa. Per queste pazienti la dimissione dalla fase specialistica con affido al Medico di Medicina Generale avviene dall'11° anno dall'intervento chirurgico	Ambulatori di oncologia medica
<i>Mammografia</i>	Annuale	Radiologia
<i>Osteodensitometria</i>	Ogni 18-24 mesi in pazienti in trattamento con LH-RH analoghi e o con inibitori dell'aromatasi	Radiologia
<i>Profilo lipidico (colesterolemia totale ed HDL, trigliceridemia)</i>	Annuale in pazienti in trattamento con inibitori dell'aromatasi	Laboratorio Analisi
<i>Follow-up psicologico</i>	La cadenza dei colloqui e la durata del trattamento vengono stabilite secondo le condizioni del paziente e nel rispetto degli standard professionali di riferimento.	Ambulatori di Psicologia Area Critica presso ospedali Alba e Bra (mgciofani@aslcn2.it).
<i>Follow – up linfologico</i>	Ogni 2 – 6 mesi, secondo le condizioni della paziente, fino a 60 mesi dall'intervento	Ambulatorio di Riabilitazione Linfologica Oncologica SOC Medicina Fisica e Riabilitativa

Altre procedure correlate al follow up

Consegna lettera informativa per il Medico di Medicina Generale con le indicazioni sulle procedure indicate	<i>SI alla sospensione del follow-up vengono specificate nella lettera di refertazione le procedure da seguire (esame clinico ogni 6-12 mesi e mammografia annuale)</i>
Consegna lettera informativa per il paziente all'inizio e/o al termine del follow up specialistico	<i>SI. La paziente riceve copia della lettera di refertazione indirizzata al MMG</i>
Consegna della programmazione del follow up	<i>SI. Nella lettera di refertazione all'inizio del programma di follow-up</i>
Disponibilità alla valutazione urgente in caso di sospetto diagnostico e modalità di contatto diretto con il centro specialistico	<i>SI. Mediante segnalazione al CAS da parte del MMG</i>

Cure Palliative

I criteri per l'attivazione di programmi di Cure Palliative sono i seguenti:

- diagnosi di neoplasia inoperabile, localmente avanzata e/o metastatica
- sintomi non controllati
- avvio a trattamenti medici, radioterapici o chirurgici a scopo palliativo

Modalità di attivazione delle Cure Palliative:

- Al momento della segnalazione al Centro Accoglienza Servizi (CAS) di un paziente con malattia metastatica o localmente avanzata da parte dello specialista d'organo e dei medici di medicina generale, l'infermiere e il medico del CAS contatteranno, secondo le modalità ben specificate nel PDTA aziendale, la rete aziendale di Cure Palliative.
- Al momento della visita interdisciplinare GIC sarà attivata la partecipazione del medico palliativista di riferimento per i pazienti con i criteri identificati.
- Se non già precedentemente noti al CAS e al GIC, gli oncologi e/o gli altri specialisti richiederanno la consulenza palliativa per i pazienti in possesso dei criteri sopracitati, oppure richiederanno la presa in carico da parte della rete di cure palliative per i pazienti non più suscettibili di trattamenti attivi (deve essere documentata la comunicazione al paziente e al familiare che non vi è più indicazione a proseguire terapie antitumorali).
- La presa in carico da parte della rete di cure palliative potrà avvenire nei diversi setting: ambulatoriale, ricovero diurno, ricovero ordinario.

NB: Il servizio di Oncogeriatría attivo presso la ns ASL valuta le indicazioni terapeutiche in relazione alle fragilità del paziente anziano (cfr PDTA Oncogeriatría) con età maggiore o uguale 75 anni ed il test Q8 con score < o uguale a 14.