



A.S.L. TO4

Azienda Sanitaria Locale

**Percorso
diagnostico-terapeutico-assistenziale
TUMORI DELLA MAMMELLA**

**ASL TO 4
(Ciriè, Chivasso, Ivrea)**

1 gennaio 2019

Revisione periodica biennale

P.D.T.A. Centro Accoglienza Servizi (C.A.S.)

Responsabilità

Qualifica	Nome	Firma
Direttore Generale	Dott. Lorenzo Ardisson	
Direttore Sanitario Aziendale	Dott.ssa Sara Marchisio	
Dirigente Servizi Infermieristici	Dott.ssa Clara Occhiena	
Direttore Dipartimento Oncologico	Dott. Lodovico Rosato	
Coordinatore CAS aziendale	Dott. Giorgio Vellani	
Referente Medico	Dott. Giorgio Vellani	
Referente Infermieristico	C.P.S.E. Gianna Regis	
Referente Amministrativo	Michele Versace	
Referente Aziendale per la Rete Oncologica	Dott. Lodovico Rosato	
Responsabile S.S. Qualità	Dott. Salvatore Di Gioia	
Referente Aziendale per gli indicatori	Dott. Angelo Scarcello	
Direttore Dipartimento Rete Oncologia Piemonte e Valle D'Aosta	Dott. Oscar Bertetto	

Responsabilità CAS Aziendale - ASLTO4

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott. Giorgio Vellani Direttore S.C. Oncologia dell'ASL TO4 - Ospedale di Ivrea	
Referente Infermieristico	Gianna Regis Coordinatrice Percorso Oncologico ASL TO4 C.P.S.E. S.C. Oncologia / SSD Ematologia - Ospedale di Ivrea	
Referente Amministrativo	Michele Versace Coadiutore Amministrativo ASL TO4	

Il CAS Aziendale dell'ASL TO4 si articola su tre sedi di cui si riporta l'organizzazione:

Responsabilità CAS – sede di Ivrea/Cuornè

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott. Sebastiano Bombaci Responsabile S.S.D. DH di Oncologia Ospedale di Ivrea	
Referente Infermieristico	Gianna Regis Coordinatrice Percorso Oncologico ASL TO4 C.P.S.E. S.C. Oncologia / SSD Ematologia - Ospedale di Ivrea	
Referente Amministrativo Ivrea	Rosaria Mione Assistente Amministrativo – Ospedale di Ivrea	
Referente Amministrativo Cuornè	Piera Traina Assistente Amministrativo – Ospedale di Cuornè	

Responsabilità CAS – sede di Chivasso

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott.ssa Enrica Manzin Responsabile S.S. DH di Oncologia Ospedale di Chivasso	

Referente Infermieristico	Katia Barberis C.P.S.I. DH Oncologia dell'Ospedale di Chivasso	
Referente Amministrativo	Lidia Nigro Coadiutore Amministrativo – Ospedale di Chivasso	

Responsabilità CAS – sede di Ciriè / Lanzo

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott.ssa Lucia Grassi Responsabile S.S. DH di Oncologia Ospedale di Ciriè/Lanzo	
Referente Infermieristico	Gianna Rocchia C.P.S.E. DH Oncologia dell'Ospedale di Ciriè	
Referente Amministrativo	Michele Versace Coadiutore Amministrativo – Ospedale di Ciriè	

Responsabilità CAS liquido Tumori Colon-Retto / Stomaco

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott. Luca Panier Suffat S.C. Chirurgia Ivrea	
Referente Infermieristico	Daniela Anzini C.P.S.E. Area Chirurgica dell'Ospedale di Ivrea	
Referente Amministrativo	Rosaria Mione Assistente Amministrativo – Ospedale di Ivrea	

Responsabilità CAS liquido Tumori Ematologici

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott. Roberto Freilone S.S.D. Oncoematologia Chivasso-Ciriè-Ivrea	
Referente Infermieristico	Luca basso della Concordia C.P.S.E. D.H. Oncoematologico dell'Ospedale di Chivasso	
Referente Amministrativo	Michele Versace Coadiutore Amministrativo – Ospedale di Ciriè	

Responsabilità CAS liquido Tumori Mammella

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott. Guido Mondini S.C. Chirurgia Ivrea	
Referente Infermieristico	Chiara Perri C.P.S.I. Area Chirurgica dell'Ospedale di Ivrea Donatella Salvetti C.P.S.I. Screening Mammografico – SSD Senologia di Strambino	
Referente Amministrativo	Rosaria Mione Assistente Amministrativo – Ospedale di Ivrea Maria Grosso Assistente Amministrativo – Screening mammografico – SSD Senologia di Strambino	

Responsabilità CAS liquido Tumori Pelle

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott.ssa Franca Garetto S.C. Chirurgia Ivrea / Cuorgnè	
Referente Infermieristico	Loretta Verneti C.P.S.I. DS chirurgico dell'Ospedale di Ivrea	
Referente Amministrativo	Piera Traina Assistente Amministrativo – Ospedale di Cuorgnè	

Responsabilità CAS liquido Tumori Testa/Collo

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott. Libero Tubino S.C. ORL ospedale di Chivasso/Ivrea	
Referente Infermieristico	Patrizia Iannarone C.P.S.I. Coordinatrice Dipartimento Chirurgico ASL TO4	
Referente Amministrativo	Lidia Nigro Coadiutore Amministrativo – Ospedale di Chivasso	

Responsabilità CAS liquido Tumori Tiroide

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
-----------	----------------------------------	-------

Referente Medico	Dott. Ivan Iettini S.C. Chirurgia Ivrea	
Referente Infermieristico	Daniela Anzini C.P.S.E. Area Chirurgica dell'Ospedale di Ivrea	
Referente Amministrativo	Rosaria Mione Assistente Amministrativo – Ospedale di Ivrea	

Responsabilità CAS liquido Tumori Urologici

Qualifica	Nome e struttura di appartenenza	Firma
Referente Medico	Dott. Carlo Baima S.C. Urologia Ciriè / Ivrea / Chivasso	
Referente Infermieristico	Gianfranco Coppa Boli C.P.S.I. Area Chirurgica dell'Ospedale di Ivrea	
Referente Amministrativo	Michele Versace Coadiutore Amministrativo – Ospedale di Ciriè	

Data di approvazione	30/12/2018
Periodicità di revisione	biennale
Data prossima revisione	entro il 31/12/2020
Modalità diffusione interna	Sito Internet aziendale www.aslto4.piemonte.it > I servizi dell'ASL > CAS/ tumori > PDTA per patologia. Copia cartacea presso Direzione Generale
Modalità diffusione esterna	Sito Internet aziendale www.aslto4.piemonte.it > I servizi dell'ASL > CAS/ tumori > PDTA per patologia
Rete Oncologica	Sito Internet del Dipartimento Rete Oncologica Piemonte e Valle D' Aosta: www.reteoncologica.it > area cittadini > Centro Accoglienza e Servizi (CAS) > Torino Nord > ASL TO4 Copia cartacea presso Direzione Dipartimento Rete Oncologica

Composizione delle Strutture afferenti al CAS sede di Ivrea/Cuorgnè

Strutture	Sede	Nome responsabili
Direzione Medica di Presidio	Ospedale di Ivrea	Dr.ssa Maria Cristina Bosco
Direzione Distretto Ivrea	Poliambulatorio "Comunità", Via N. Ginzburg 7/9, Ivrea	Dr.ssa Paolina Di Bari
Direzione Distretto Cuorgnè	Piazza G. Viano "Bellandy" 1, Cuorgnè	Dr.ssa Lavinia Mortoni
Anatomia Patologica	Ospedale Ivrea	Dr Renzo Orlassino
Anestesia e Rianimazione	Ospedale di Ivrea	Dr Bruno Scapino
Breast Unit	Ospedale di Ivrea	Coordinatore Dr Guido Mondini
Centro Trasfusionale	Ospedale di Ivrea	
Chirurgia Generale	Ospedale di Ivrea / Cuorgnè	Dr Lodovico Rosato
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	Ospedale di Ivrea: Convenzione con ASL TO2	Consulente Dr.ssa Federica Bergamin
Chirurgia Toracica	Ospedale di Ivrea: Convenzione con ASL TO2 e Città della Salute	Consulente Dr Diego Fontana Consulente Dr Pierluigi Filosso
Cure palliative	Ospedale di Ivrea / Hospice Salerano	Dr Giovanni Bersano
Dermatologia	Ospedale Ivrea	Dr Massimo Daly
Dietologia	ospedale di Ivrea	Dr.ssa Francesca Lorenzin
Ematologia	Ospedale di Ivrea	Dr Roberto Freilone
Gastroenterologia	Ospedale di Ivrea	Dr. Franco Coppola
Ginecologia	Ospedale di Ivrea	Dr Fabrizio Bogliatto
Laboratorio Analisi	Ospedale di Ivrea	Dr Antonio Alfano
Medicina Nucleare	Ospedale Ivrea	Dr Giovanni Cornaglia
Neurologia	Ospedale di Ivrea/Chivasso	Dr Claudio Geda
Oncodermatocirurgia	Ospedale di Cuorgnè	Dr.ssa Franca Garetto
Oncologia Medica	Ospedale Ivrea	Dr. Giorgio Vellani
ORL	Ospedale di Ivrea/Chivasso	Dr Libero Tubino
Patologia Oncologica Tiroidea	Ospedale di Ivrea: Convenzione con Ospedale Mauriziano	Consulente Dr Maurilio Deandrea
Pediatria	Ospedale di Ivrea	Dr Alessandro Vigo
Psicologia della Salute degli Adulti	Ospedale di Ivrea	Dr.ssa Silvana Faccio
Radiodiagnostica	Ospedale di Ivrea	Dr.ssa Lionella Lovato
Radioterapia	Ospedale di Ivrea.	Dott.ssa Maria Rosa La Porta
Senologia/screening mammografico	Centro Screening Mammografico - SSD di Senologia di Strambino	Dr Sebastiano Patania
Servizio Cure Domiciliari	Ivrea / Ciriè	Dr Carlo Bono
Servizio Sociale Ospedaliero	Responsabile SSD ASL TO4 Ospedale di Ivrea	Dr.ssa Rossana Bazzano Dr.ssa Maria Buttaccio Tardio
Terapia antalgica	Ospedale di Ivrea	Dr Massimo Vallero
Urologia	Ospedale di Ivrea	Dr Luca Bellei

Composizione delle Strutture afferenti al CAS sede di Chivasso

Strutture	Sede	Nome responsabili
Direzione Medica di Presidio	Ospedale di Chivasso	Dr Alessandro Girardi
Direzione Distretto Chivasso / San Mauro	Chivasso: Via Po 11 San Mauro Torinese: Via Speranza 31	Dr Mauro Trioni
Direzione Distretto Settimo Torinese	Via Leini 70, Settimo Torinese	Dr Giovanni Caruso
Anatomia Patologica	Ospedale Ivrea	Dr Renzo Orlassino
Anestesia e Rianimazione	Ospedale di Chivasso	Dr Enzo Castenetto
Breast Unit	Ospedale di Ivrea / Ospedale di Chivasso	Coordinatore Dr Guido Mondini
Centro Trasfusionale	Ospedale di Ivrea	
Chirurgia Generale	Ospedale di Chivasso	Dr.ssa Adriana Ginardi
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	Ospedale di Ivrea: Convenzione con ASL TO2	Consulente Dr.ssa Federica Bergamin
Chirurgia Toracica	Ospedale di Chivasso: Convenzione con ASL TO2 e Città della Salute	Consulente Dr Diego Fontana Consulente Dr Pierluigi Filosso
Cure palliative	Ospedale di Chivasso / Hospice Foglizzo	Dr Giovanni Bersano
Dermatologia	Ospedale Ivrea	Dr Massimo Daly
Dietologia	ospedale di Chivasso	Dr.ssa Francesca Lorenzin
Ematologia	Ospedale di Chivasso	Dr Roberto Freilone
Gastroenterologia	Ospedale di Chivasso	Dr. Franco Coppola
Ginecologia	Ospedale di Chivasso	Dr. Luciano Leidi
Laboratorio Analisi	Ospedale di Chivasso	Dr. Antonio Alfano
Medicina Nucleare	Ospedale Ivrea	Dr. Giovanni Cornaglia
Neurologia	Ospedale di Chivasso/Ivrea	Dr Claudio Geda
Oncodermatocirurgia	Ospedale di Cuornè	Dr.ssa Franca Garetto
Oncologia medica	Ospedale di Chivasso	Dr. Giorgio Vellani
ORL	Ospedale di Chivasso	Dr Libero Tubino
Patologia Oncologica Tiroidea	Ospedale di Ivrea: Convenzione con Ospedale Mauriziano	Consulente Dr Maurilio Deandrea
Pediatria	Ospedale di Chivasso	Dr Fabio Stefano Timeus
Psicologia della Salute degli Adulti	Ospedale di Chivasso	Dr.ssa Silvana Faccio
Radiodiagnostica	Ospedale di Chivasso	Dr.ssa Francesca Bisanti
Radioterapia	Ospedale di Ivrea	Dr.ssa Maria Rosa La Porta
Senologia/screening mammografico	Centro Screening Mammografico - SSD di Senologia di Strambino	Dr Sebastiano Patania
Servizio Cure Domiciliari	Chivasso – Settimo – San Mauro	Dr.ssa Carla Bena
Servizio Sociale Ospedaliero	Responsabile SSD ASL TO4 Ospedale di Chivasso	Dr.ssa Rossana Bazzano Dr.ssa Stefania Spinardi
Terapia antalgica	Ospedale di Chivasso	Dr.ssa Paola Bagnasacco
Urologia	Ospedale di Chivasso	Dr Salvatore Treffiletti

Composizione delle Strutture afferenti al CAS sede di Ciriè / Lanzo

Strutture	Sede	Nome responsabili
Direzione Medica di Presidio	Ospedale di Ciriè	Dr Angelo Scarcello
Direzione Distretto Ciriè	Via G. Mazzini 13, Ciriè	Dr.ssa Marisa Spaccapietra
Anatomia Patologica	Ospedale Ivrea	Dr Renzo Orlassino
Anestesia e Rianimazione	Ospedale di Ciriè	Dr Giuseppe Roberti
Breast Unit	Ospedale di Ivrea	Coordinatore Dr Guido Mondini
Centro Trasfusionale	Ospedale di Ivrea	
Chirurgia generale	Ospedale di Ciriè	Dr Eraldo Personnettaz
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	Ospedale di Ivrea: Convenzione con ASL TO2	Consulente Dr.ssa Federica Bergamin
Chirurgia Toracica	Ospedale di Chivasso: Convenzione con ASL TO2 e Città della Salute	Consulente Dr Diego Fontana Consulente Dr Pierluigi Filosso
Cure palliative	Ospedale di Lanzo / Hospice Lanzo	Dr Giovanni Bersano
Dermatologia	Ospedale Ivrea	Dr Massimo Daly
Dietologia	Ospedale di Ciriè	Dr.ssa Francesca Lorenzin
Ematologia	Ospedale di Ciriè/Lanzo	Dr Roberto Freilone
Gastroenterologia	Ospedale di Ciriè/Lanzo	Dr. Franco Coppola
Ginecologia	Ospedale di Ciriè	Dr Mario Gallo
Laboratorio Analisi	Ospedale di Ciriè	Dr Antonio Alfano
Medicina Nucleare	Ospedale di Ivrea	Dr Giovanni Cornaglia
Neurologia	Ospedale di Ciriè	Dr Diego M. Papurello
Oncodermatocirurgia	Ospedale di Cuornè	Dr.ssa Franca Garetto
Oncologia medica	Ospedale di Ciriè	Dr. Giorgio Vellani
ORL	Ospedale di Chivasso	Dr Libero Tubino
Patologia Oncologica Tiroidea	Ospedale di Ivrea: Convenzione con Ospedale Mauriziano	Consulente Dr Maurilio Deandrea
Pediatria	Ospedale di Ciriè	Dr Adalberto Brach
Psicologia della Salute degli Adulti	Ospedale di Ciriè/Lanzo	Dr.ssa Silvana Faccio
Radiodiagnostica	Ospedale di Ciriè	Dr Aldo Cataldi
Radioterapia	Ospedale di Ivrea	Dr.ssa Maria Rosa La Porta
Senologia/screening mammografico	Centro Screening Mammografico - SSD di Senologia di Strambino	Dr Sebastiano Patania
Servizio Cure Domiciliari	Ciriè - Lanzo	Dr Ferdinando Di Maso
Servizio Sociale Ospedaliero	Responsabile SSD ASL TO4 Ospedale di Ciriè / Lanzo	Dr.ssa Rossana Bazzano
Terapia antalgica	Ospedale di Ciriè	Dr Giuseppe Roberti
Urologia	Ospedale di Ciriè	Dr Daniele Griffa

Contesto epidemiologico

Descrizione del bacino di utenza	L'ASL TO4 si estende dalla cintura torinese verso la Valle d'Aosta nella zona a nord e verso la Francia nella zona a ovest. Comprende 177 comuni, ai quali si aggiunge la frazione Rivodora del comune di Baldissero Torinese, suddivisi in 5 distretti sanitari. L'ASL TO 4 confina con AUSL Valle D'Aosta, ASL Biella, ASL Vercelli, ASL Città di Torino, ASL TO3, ASL Asti
Numero abitanti del bacino di utenza	Al 31/12/2017: 516.255 residenti e 178 Comuni
Organizzazione ospedaliera e territoriale	5 Ospedali: - Ospedale di Chivasso, Corso Galileo Ferraris 3, tel. 011 9176666 - Ospedale di Ciriè, Via Battitore 7/9, tel. 011 92171 - Ospedale di Ivrea, Piazza della Credenza 2, tel. 0125 4141 - Ospedale di Cuorgnè, Piazza Mussatti 5, tel. 0124 654111 - Ospedale di Lanzo, Via Marchesi della Rocca 30, tel. 0123 300611 5 sedi principali di Distretto: 1. Distretto Ciriè, Via G. Mazzini 13, tel. 011 9217530-532 2. Distretto Chivasso – San Mauro – Chivasso, Via Po 11, tel. 011 9176526 – San Mauro Torinese, Via Speranza 31, tel. 011 8212403 3. Distretto Settimo Torinese, Via Leinì 70, tel. 011 8212226 4. Distretto Ivrea, Poliambulatorio "Comunità", Via N. Ginzburg 7/9, tel. 0125 414449/537 5. Distretto Cuorgnè, piazza G. Viano "Bellandy" 1, tel. 0124 654125
Numero di nuovi casi/anno con tumore afferente all'azienda (potenziale utenza CAS)	Nell'ASL TO4, su una popolazione di circa 520.000 residenti, la potenziale utenza per le tre principali neoplasie è di: – 510 nuovi casi di tumore del colon retto, – 500 nuovi casi per tumore della mammella, – 415 nuovi casi di tumore del polmone. Il sistema informatico aziendale (Trakcare) consente di valutare l'incidenza per gruppi di patologie neoplastiche che afferiscono all'ASL TO4

Centro Accoglienza Servizi: modalità di accesso e di funzionamento

SEDE	– Ivrea/Cuornè, – Chivasso, – Ciriè-Lanzo Centri HUB per patologia oncologica: Urologica (SC Urologia Ciriè, Ivrea); Colon Retto / Stomaco, Tirolide, Mammella e Cute (SC Chirurgia Ivrea/Cuornè); Testa Collo (SC ORL Chivasso); Oncoematologia (SSD Ematologia Ciriè, Ivrea, Chivasso)
Descrizione del CAS di CHIVASSO Sede: Ospedale di Chivasso, Corso Galileo Ferraris n° 3	Referente Clinico: Dr.ssa Enrica Manzin Referente Infermieristico: CPSI Katia Barberis Referente Amministrativo: Sig.ra Lidia Nigro Psiconcologo: Dr.ssa Amanda Panebianco Assistente Sociale: Dr.ssa Spinardi Stefania Contatti: CAS Chivasso: ricevimento, piano terra Edificio Monumentale Ospedale di Chivasso, da lunedì a venerdì 8.30–12.30/14.00-15.30; Tel. 0119176 481/137; e-mail: cas.chivasso@aslto4.piemonte.it C.A.S. Tumori Testa-Collo: Centro di Riferimento (HUB) c/o SC di Otorinolaringoiatria (Direttore: Dr Libero Tubino); accesso diretto dall'ambulatorio di ORL – tel. 0119176444. C.A.S. Tumori Ematologici: Centro di Riferimento (HUB) c/o S.S. di Oncoematologia (Responsabile: Dr Roberto Freilone); accesso diretto dall'ambulatorio di Oncoematologia: da lunedì a venerdì 8.30–12.30/14.00-15.30 / tel. 0119176 481/137; e-mail: oncologia.chivasso@aslto4.piemonte.it
Descrizione del CAS di CIRIÈ / LANZO Sede: Ospedale di Ciriè, Via Battitore n°7/9 - 10073 Ospedale di Lanzo, Via Marchesi della Rocca n° 30 - 10074	Referente Clinico: Dr.ssa Lucia Grassi Referente Infermieristico: CPSE Gianna Rocchia Referente Amministrativo: Sig. Michele Versace Psiconcologo: Dr.ssa Barbara Salvino Assistente Sociale: Dr.ssa Rossana Bazzano Contatti: CAS Ciriè: ricevimento, III piano ospedale di Ciriè, da lunedì a venerdì 8.30 – 12.30; Tel. 0119217943 (dalle 11.30 alle 13.30); e-mail: cas.cirie@aslto4.piemonte.it CAS Lanzo: ricevimento, II piano ospedale di Lanzo, il martedì e mercoledì 8.30 – 12.30. Tel 0123300658; e-mail: cas.cirie@aslto4.piemonte.it C.A.S. Tumori Urologici: Centro di Riferimento (HUB) c/o SC di Urologia Ciriè/ Ivrea; Referenti Dr Carlo Baima e Dr Daniele Griffa; accesso diretto dall'ambulatorio di Urologia – tel. 0119217463; cbaima@aslto4.piemonte.it, dgriffa@aslto4.piemonte.it C.A.S. Tumori Ematologici: Centro di Riferimento (HUB) c/o SS di Oncoematologia (Responsabile: Dr Roberto Freilone); accesso diretto dall'ambulatorio di Oncoematologia; da lunedì a venerdì 9.30–13.00; tel. 0123300675; cas.cirie@aslto4.piemonte.it
Descrizione del CAS di IVREA / CUORGNE' Sede: Ospedale di Ivrea, Piazza della Credenza n° 2 - 10015 Ospedale di Cuornè, Piazza Mussatti n° 5 - 10082	Referente clinico: Dr Sebastiano Bombaci Referente Infermieristico: CPSE Gianna Regis Referente Amministrativo: Sig.ra Rosaria Mione Psiconcologo: Dr.ssa Daniela Bardelli Assistente Sociale: Dr.ssa Maria Buttaccio Tardio Contatti: CAS Ivrea: ricevimento, I piano sotto ospedale di Ivrea blocco G, da lunedì a venerdì 9.00–12.30/14.30-16.00; telefono: 0125414229; e-mail: cas.ivrea@aslto4.piemonte.it CAS sede Cuornè: ricevimento, III piano ospedale di Cuornè, martedì, mercoledì e giovedì 9.00–13.00; telefono: 0124654221; e-mail: dhmultispecialistico.cuorgne@aslto4.piemonte.it C.A.S. Tumori Colon-retto / Stomaco: Centro di riferimento (HUB) c/o SC Chirurgia Ivrea (Direttore: Dr Lodovico

	Rosato, irosato@aslto4.piemonte.it / Referente: Dr Luca Panier Suffat, lpannersuffat@aslto4.piemonte.it; accesso diretto da CUP, Endoscopia, Ambulatorio di Chirurgia, Coloproctologia, Gastroenterologia, Oncologia- tel 0125414328/243/292; CAS Tumori Mammella (breast unit): Centro di Riferimento (HUB) c/o SC di Chirurgia Ivrea (Direttore: Dr Ludovico Rosato / Coordinatore Breast Unit Dr Guido Mondini, gmondini@aslto4.piemonte.it / Responsabile SSD Screening: Dr Sebastiano Patania, spatania@aslto4.piemonte.it); accesso diretto da CUP, Screening Mammografico sede di Strambino - Ambulatorio di Chirurgia Senologica, 0125414328/243/292/605, Oncologia tel 0125414229 CAS Tumori Ematologici: Centro di Riferimento (HUB) c/o SS di Oncoematologia (Responsabile Dr Roberto Freilone) con accesso diretto dall'ambulatorio di Oncoematologia. Telefono: 0125414229 C.A.S Tumori Tiroide: Centro di Riferimento (HUB) c/o SC di Chirurgia Ivrea (Direttore: Dr, Ludovico Rosato / Referente Dr Ivan Lettini, ilettini@aslto4.piemonte.it); accesso diretto da CUP, ambulatorio di Endocrinochirurgia e Endocrinologia – tel. Tel 0125 414328/243/292 C.A.S. Tumori della Pelle: Centro di Riferimento (HUB) c/o SC di Chirurgia Ivrea (Direttore: Dr, Ludovico Rosato / Referente Dr.ssa Franca Garetto, fgaretto@aslto4.piemonte.it). SEDE: Ospedale di Cuorgnè, con accesso diretto da CUP, ambulatorio di Chirurgia, Dermatocirurgia e Dermatologia – tel. 0124654277/216/284/283 C.A.S Tumori Urologici: Centro di Riferimento (HUB) c/o SC di Urologia Ciriè/Ivrea , Referenti: Dr Luca Bellei, lbellei@aslto4.piemonte.it, Dr Massimo Ollino, mollino@aslto4.piemonte.it; accesso diretto dall'ambulatorio di urologia tel. 0125/414922
Prenotazione visita CAS	Prenotazione visita diretta presso i CAS
Chi può prenotare Visita e con quali modalità	- Medico di Medicina Generale (MMG) tramite impegnativa intestata al paziente, - Specialista / medico che effettua la diagnosi / Componente del GIC / Screening tramite impegnativa intestata al paziente, - Altra S.C. (paziente ricoverato), tramite richiesta interna intestata al paziente, - Dipartimento di Emergenza e Accettazione (D.E.A.), tramite richiesta interna intestata al paziente,
Modalità di erogazione 0.48	Presso i tre principali punti CAS di Ivrea/Cuorgnè, Ciriè/Lanzo, Chivasso e il Centro Screening di Strambino è presente un operatore amministrativo abilitato al rilascio dell'esenzione ticket 0.48 per patologia oncologica. Questa deve essere prescritta dal Medico che effettua la visita CAS ed è opportuno che la richiesta venga annotata anche sul referto della visita CAS (... in data odierna, si rilascia contestuale esenzione 048"), L'operatore amministrativo, ricevuta la richiesta redatta dal medico CAS, inserisce i dati nel sistema e, contestualmente, rilascia la relativa certificazione dell'esenzione, che è immediatamente valida.
Registro degli accessi CAS	Tutte le prestazioni CAS vengono registrate e refertate con Trakcare® con firma digitale del medico CAS. Al paziente vengono rilasciate tre copie: una da portare al proprio Medico di Medicina Generale, una da consegnare all'Amministrativo del CAS che rilascia l'esenzione 0.48 e una a uso personale del paziente
Archivio esami istologici	Tutti gli esami istologici vengono archiviati nelle schede oncologiche, visualizzabili sul sistema informatico Trakcare e disponibili, inoltre, presso l'archivio della S.C. Anatomia Patologica.
Compilazione scheda complessità	A cura dell'infermiere durante la prima visita CAS, se il paziente è disponibile a compilarla in quel momento
Compilazione scheda G8 per i pazienti	non effettuata perché presso l'ASL TO4 è assente il servizio di oncogeriatría

Nell'ambito della visita CAS le tre figure (medico, infermiere, amministrativo) che vi partecipano assolvono ai seguenti compiti:

○ **Valutazione medica**

Lo specialista che visita il paziente effettua:

- Inquadramento clinico e diagnostico in applicazione del PDTA specifico di patologia.
- Redige il referto della visita CAS (codice 89.05) che viene consegnato al paziente in tre copie: una da portare al MMG che lo ha in cura, una da consegnare all'Amministrativo del CAS che rilascia l'esenzione 0.48 e una a uso personale del paziente.
- Attribuzione del codice di esenzione 0.48 in caso di patologia oncologica accertata o fortemente sospetta.
- Indirizza il caso al GIC di riferimento appena è completato il percorso diagnostico e sono disponibili le informazioni sufficienti per impostare il programma terapeutico secondo il PDTA in uso.
- Procede alla compilazione diretta delle richieste, se sono indicate prestazioni in regime ambulatoriale.
- Informa e indirizza il paziente, nel rispetto delle sue decisioni, presso i Centri di Riferimento (Hub) Aziendali (Allegato A della DGR 51 -2485 del 23/11/2015). Qualora le cure non possano essere garantite nell'ambito del Dipartimento Oncologico dell'ASL TO4, indirizza il paziente presso i Centri di Riferimento della Rete Oncologica Regionale prendendo i necessari contatti.
- Si accerta che il percorso di cura proposto, accettato e condiviso dal paziente, sia coordinato, appropriato e tempestivo,
- Affida il paziente al Servizio di Cure Palliative, qualora le condizioni cliniche riscontrate non consentano di proseguire il percorso diagnostico-terapeutico.

○ **Valutazione infermieristica**

L'infermiere che partecipa attivamente alla visita CAS¹ si cura di:

- Compilare, durante il colloquio a cui è presente sempre anche il Medico, la scheda di valutazione bio-psico-sociale e quella di fragilità familiare. Questa attività deve essere svolta con il consenso del paziente, il quale deve esser disponibile a collaborare in questo contesto.
- Contattare direttamente l'Assistente Sociale di riferimento, se dal colloquio emergessero criticità in ambito sociale; ovvero la Psicologa, se, invece, si evidenziassero problematiche di tipo psicologico. Nell'ASL TO4 è attivo in modo uniforme su tutto il territorio il Progetto Protezione Famiglia. Se dalla compilazione dell'apposita scheda emergono delle fragilità familiari, viene contattato il Referente che valuta la strategia migliore per la presa in carico.
- Compilare la scheda di valutazione del patrimonio venoso che viene predisposta all'inizio del percorso o, più specificatamente, quando si prospetta un utilizzo importante e prolungato della terapia infusionale. In questo caso, attiva le procedure per il posizionamento di un catetere venoso centrale.

○ **Valutazione amministrativa**

L'operatore amministrativo è parte attiva nell'ambito della visita CAS. Egli svolge le seguenti funzioni garantendo che il percorso avvenga in modo rapido e senza interruzioni:

- Inserimento dei dati del paziente sulla scheda di Trakcare
- Rilascio dell'Esenzione Ticket 0.48
- Prenotazione delle prestazioni previste
- Prenotazione della visita successiva
- Registrazione delle procedure pendenti e avviso al paziente
- Riferimento per eventuali ulteriori richieste telefoniche o dirette da parte dell'utenza, secondo gli orari e le modalità stabilite.

¹ La Rete Oncologica ha predisposto un documento consultabile nel sito: <http://www.reteoncologica.it/area-operatori/infermieri/linee-di-indirizzo-e-documenti/2332-scheda-profilo-competenze-infermiere-del-centro-accoglienza-servizi-cas>

Modalità di programmazione di esami e procedure

Procedure	Sede e denominazione del Servizio	Modalità di accesso e prenotazione
Esami di Laboratorio	Laboratorio Analisi ASL TO 4 Sede: Ivrea, Chivasso, Lanzo, Ciriè Cuorgnè, Rivarolo, Castellamonte, Caluso, Settimo, Caselle	Accesso diretto. Il paziente si reca presso Centri Prelievi con impegnativa prescritta durante la visita CAS, senza prenotazione
Radiologia Tradizionale	Servizio di Radiodiagnostica ASL TO4: – Ivrea Ospedale e Poliambulatorio, – Ospedale Chivasso, – Ospedale Lanzo, – Ospedale Ciriè, – Ospedale Castellamonte, – Ospedale Cuorgnè, – Poliambulatorio Caluso, – Ospedale Settimo	Rx torace: previsti giorni predefiniti senza prenotazione. Altre Rx tradizionali: vengono prenotate direttamente dal personale amministrativo del CAS
Attività agobiottica microinterventistica	S.C. Anatomia Patologica ASL TO4 Servizio di Radiologia ASL TO4 Sedi Ivrea, Chivasso e Ciriè	Gli esami vengono prenotati direttamente dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica. prioritariamente utilizzando i posti dedicati ai pazienti oncologici.
Ecografia	Servizio di Radiodiagnostica ASL TO4: – Ospedale Ivrea, – Ospedale Chivasso, – Ospedale Lanzo, – Ospedale Ciriè, – Ospedale Cuorgnè.	Gli esami vengono prenotati direttamente dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS, prioritariamente utilizzando i posti dedicati ai pazienti oncologici.
TC	Servizio di Radiodiagnostica ASL TO4: – Ospedale Ivrea, – Ospedale Chivasso, – Ospedale Ciriè, – Ospedale di Cuorgnè.	Gli esami vengono prenotati direttamente dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. La richiesta è un'impegnativa che contiene le indicazioni anamnestiche generali (allergie, comorbidità, diabete, terapie assunte, valore della creatininemia), note anamnestiche specifiche, in particolare il sospetto clinico e il quesito diagnostico, prioritariamente utilizzando i posti dedicati ai pazienti oncologici.
RMN	Servizio di Radiologia ASL TO4 Ospedale di Chivasso	Gli esami vengono prenotati direttamente dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. Alla richiesta è associata impegnativa con indicazioni anamnestiche generali (allergie, comorbidità, diabete, terapie assunte, valore della creatininemia), note anamnestiche specifiche, in particolare il sospetto clinico e il quesito diagnostico. Tale richiesta prevede anche un questionario dicotomico, riservato a diversi quesiti (presenza di pacemaker e di dispositivi metallici, claustrofobia), compilato e firmato dal paziente. Prioritariamente utilizzando i posti dedicati ai pazienti oncologici.
Radiodiologia interventistica	Servizio di Radiodiagnostica ASL TO4 / TO2 / Città della Salute: – Ospedale Ciriè, – Ospedale Chivasso, – Ospedale Ivrea, – San Giovanni Bosco di Torino – Ospedale Molinette di Torino	Tali esami sono valutati congiuntamente con il Radiologo che valuta la fattibilità delle procedure. Se confermata l'indicazione, si effettua la prenotazione da parte del medico del CAS tramite ricetta elettronica.
PET/TC con FDG e Colina, Gallio	ASL VDA, Città della Salute, Istituti privati convenzionati	Esame direttamente prenotato dal medico del CAS. Viene rilasciato al paziente un promemoria contenente la sede dell'esame, il giorno, l'ora le modalità di preparazione.
Scintigrafia ossea	Servizio di Medicina Nucleare ASL TO4, presso l'Ospedale di Ivrea	Esame prenotato direttamente dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS, prioritariamente utilizzando i posti dedicati ai pazienti oncologici.
ECG	Cardiologia ASL TO 4: Sede Ivrea, Chivasso, Lanzo, Ciriè, Cuorgnè	Esame effettuato con accesso diretto, senza prenotazione con ricetta elettronica firmata dal medico del CAS.
Ecocardiogramma	Cardiologia ASL TO 4 Sede Ivrea, Chivasso, Lanzo/Ciriè, Cuorgnè	Esame prenotato direttamente dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS, prioritariamente utilizzando i posti dedicati ai pazienti oncologici.
Endoscopia digestiva	Servizio di Gastroenterologia ASL TO4, Ivrea, Cuorgnè, Chivasso, Ciriè e Endoscopia Chirurgica Ivrea	Esami prenotati direttamente dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. Prioritariamente utilizzando i posti dedicati ai pazienti

	ERCP c/o l'ospedale di Ivrea e, in casi particolari, c/o Ospedale "G. Bosco"	oncologici. Vi sono dei posti dedicati.
Colonscopia virtuale	Servizio di Radiodiagnostica ASL TO4: – Ospedale Ciriè, – Ospedale Chivasso, – Ospedale Ivrea.	Prenotazione concordata direttamente tra il medico CAS e il medico Radiologo. Si redige ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. Viene rilasciato al paziente un promemoria contenente la sede dell'esame, il giorno, l'ora, le modalità di preparazione
Broncoscopia	Servizio Pneumologia sede di Lanzo Servizio Endoscopia Chirurgia di Ivrea Per esami di secondo livello: Broncologia/Pneumologia dell'Ospedale San Luigi di Orbassano e San G. Bosco di Torino	Prenotazione concordata direttamente tra il medico CAS e il medico endoscopista. Si redige ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. Viene rilasciato al paziente un promemoria contenente la sede dell'esame, il giorno, l'ora, le modalità di preparazione
Spirometria	Servizio Pneumologia ASL TO4 Sede Chivasso, Lanzo, Ivrea	Esame prenotato direttamente dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS.
Posizionamento di catetere venoso centrale / PICC	Servizio anestesia: – Ospedale Chivasso – Ospedale Ciriè/Lanzo – ospedale Ivrea/Cuornè	La procedura è richiesta dal medico del CAS e prenotata dall'infermiere previa ricetta elettronica. Il paziente, ricevute le informazioni relative a procedura, indicazioni cliniche e possibili rischi, esprime il suo consenso o il diniego. Devono essere raccolte alcune note anamnestiche: allergie, comorbidità, terapie assunte, valore della coagulazione, Rx o TC torace). Nella sede di Ivrea il posizionamento del CVC PORT è preceduto da una visita anestesiológica. Il PICC è posizionato solo a Chivasso e a Ivrea. Al paziente viene comunicato l'appuntamento.
Visita Chirurgica	S.C. di Chirurgia: - Ospedale di Chivasso - Ospedale di Ciriè - Ospedale di Ivrea - Ospedale di Cuornè - Poliambulatorio di Caluso - Poliambulatorio di Rivarolo	Visita urgente con accesso diretto. Visite differibili prenotate dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS.
Visita Dermatocirurgica	S.C. di Chirurgia: – Ospedale di Ivrea – ospedale di Cuornè	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS.
Visita Senologia Chirurgica	S.C. di Chirurgia dell'Ospedale di Ivrea	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS.
Visita Endocrino Chirurgica	S.C. di Chirurgia dell'Ospedale di Ivrea	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS.
Visita Oncologica	S.C. di Oncologia: Sedi: Chivasso, Ivrea/Cuornè, Lanzo/Ciriè	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS.
Visita Radioterapica	Radioterapia ASL TO4 sede di Ivrea	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS.
Visita dietologica	Servizio Dietologia ASL TO4 Sedi: Chivasso, Ivrea/Cuornè, Lanzo/Ciriè	Visita prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Visita terapia antalgica	Servizio anestesia: Ospedale Chivasso Ospedale Ciriè/Lanzo Ospedale Ivrea/Cuornè	Visita urgente con accesso diretto. Visita programmata, prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Visita Cardiologica	Cardiologia ASL TO 4 Sede Ivrea, Chivasso, Lanzo/Ciriè, Cuornè	Esami prenotati dal personale amministrativo del CAS previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. Vi sono dei posti dedicati.
Visita Diabetologica	Diabetologia ASL tO4 Sede Ivrea, Chivasso, Lanzo/Ciriè, Cuornè	Visita prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Visita Pneumologica	Servizio Pneumologia ASL TO4 Sede Chivasso, Lanzo, Ivrea	Visita prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Visita Ematologica	S.S. Ematologia Sede Chivasso, Lanzo, Ivrea	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta

		elettronica firmata dal medico del CAS. e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Visita ORL	S.C. ORL sede Chivasso	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Visita ginecologica	S.C. Ginecologia Sede Ivrea, Chivasso, Ciriè	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Visita Urologica	S.C. Urologia Sede Ivrea, Chivasso, Ciriè	Visita urgente con accesso diretto. Visita differibile prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS. e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente.
Altre procedure	Presso varie sedi ASL	Visita prenotata dal personale amministrativo previa ricetta elettronica firmata dal medico del CAS e i riferimenti dell'appuntamento sono, successivamente, comunicati al paziente

Modalità di accesso ai GIC

GIC	SEDE	Modalità Prenotazione
Mammella	Ivrea: venerdì dalle 14.30 presso CAS Oncologico: Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: due martedì alterni al mese al mese dalle ore 14.30	Prenotati dalle sedi CAS: Screening mammografico di Strambino, Diagnostica mammografica di Ivrea, Oncologia Ivrea – Ciriè - Chivasso, Chirurgia Ivrea - Chivasso.
Stomaco/Colon Retto	Incontro settimanale, il mercoledì, c/o studio medici Radioterapia, Ivrea GIC plenario, ogni primo martedì del mese per discussione di casi di particolare rilevanza clinica e per aspetti organizzativi, c/o studio medici reparto di Chirurgia di Ivrea. Ciriè: due martedì alterni al mese dalle ore 14.30 Chivasso: quindicinale, giovedì dalle 14.30	Prenotati c/o Radioterapia di Ivrea o CAS Oncologico sede di Chivasso, Ciriè
Gastrointestinali (esofago, Epatocarcinomi, Pancreas)	Ivrea: mercoledì dalle 14.30 Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: due martedì alterni al mese dalle ore 14.30	Prenotati c/o Radioterapia di Ivrea Prenotati c/o CAS Oncologico sede di Chivasso e di Ciriè
Toraco-Polmonare	Ivrea: lunedì dalle 14.30 Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: due martedì alterni al mese dalle ore 14.30	Prenotati c/o Radioterapia/CAS oncologico di Ivrea Prenotati al CAS Oncologico di Chivasso e di Ciriè
Urologici	Ivrea: giovedì dalle 14.30 Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: 1° e 3° martedì del mese dalle ore 14.30	Prenotati c/o Radioterapia di Ivrea Prenotati al CAS Oncologico sede di Chivasso Prenotati al CAS Oncologico sede di Ciriè
Ginecologico	Torino presso Ospedale Gradenigo come GIC Interaziendale due martedì alterni al mese alle ore 14.30 Ivrea: lunedì dalle 14.30 Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: due martedì alterni al mese dalle ore 14.30	Prenotati presso la Ginecologia di Ivrea Prenotati c/o Radioterapia di Ivrea Prenotati al CAS Oncologico sede di Chivasso e di Ciriè
Testa-collo	Ivrea: martedì dalle 14.30 Chivasso: a giovedì alterno (preferibilmente 1° e 3° giovedì del mese) dalle 14.30	Prenotati c/o Radioterapia di Ivrea Prenotati al CAS Oncologico sede di Chivasso
Tumori cutanei	Ivrea: il 1° e 3° mercoledì dalla 12.00 in Dermatologia Cuorgnè: 2° e 4° giovedì del mese dalle 14.00	Prenotati al CAS di Ivrea e Cuorgnè
Tiroide	Ivrea: l'ultimo venerdì di ogni mese	Prenotati al CAS Tiroide
Ematologici	Ivrea: mercoledì dalle 14.30 Chivasso: giovedì dalle 14.30 Ciriè: lunedì dalle 14.30	Prenotati c/o CAS ematologico di Ivrea, Chivasso e Ciriè
Sarcomi, Neuroendocrini, Tumori rari	Ivrea: il mercoledì dalle 14.30 Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: 3° martedì del mese dalle ore 14.30	Prenotati c/o Radioterapia/Cas oncologico di Ivrea Prenotati al CAS Oncologico sede di Chivasso e di Ciriè
GIC Neuro-oncologici	Ivrea: lunedì dalle 14.30 Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: 3° martedì del mese dalle ore 14.30	Prenotati c/o Radioterapia/CAS oncologico di Ivrea Prenotati al CAS Oncologico sede di Chivasso e di Ciriè
Cure Palliative	Ivrea: lunedì dalle 14.30 Chivasso: 1° e 3° giovedì del mese dalle 14.30 Ciriè: 3° martedì del mese dalle ore 14.30	Prenotati c/o CAS oncologico di Ivrea Prenotati al CAS Oncologico sede di Chivasso e di Ciriè

Invio presso i Servizi Sociali

Criteri	Segnalazione diretta all'Assistente Sociale Ospedaliera o, attraverso la mini équipe, segnalazione al Progetto Protezione Famiglia.
Modalità invio	Tutte le figure operanti all'interno del CAS (medico, infermiere, amministrativo), possono, qualora se ne ravvisi la necessità sulla base dell'apposita scheda compilata dall'infermiere, informare il paziente sulla possibilità di accesso al Servizio Sociale Ospedaliero (SSO). Il SSO, acquisita la segnalazione, provvederà alla presa in carico in sede di mini équipe. Qualora necessario, in collaborazione con l'associazione FARO, per il Distretto Ciriè/Lanzo, con l'associazione SAMCO, per il Distretto di Chivasso/Settimo, e con l'Associazione Orizzonte, per il Distretto Ivrea/Cuorgné, si attiverà il Progetto Protezione Famiglia. Se non attivabile il Progetto Protezione Famiglia, il paziente viene inviato esclusivamente al Servizio Sociale Ospedaliero
Registrazione dell'intervento e modalità di presa in carico	In caso di consenso positivo, la persona da assistere viene segnalata attraverso l'apposito modulo di richiesta. La presa in carico deve essere segnalata anche ai Servizi Sociali e alle Strutture Semplici Cure Domiciliari territorialmente competenti e al Medico di Medicina Generale a cura del CAS.

Invio presso il Servizio Psicologia della Salute degli Adulti – Ambulatorio di Psiconcologia

Criteri	– Invio da parte degli operatori sanitari – Libero accesso Somministrazione della scheda di complessità che indica la priorità di presa in carico
Modalità invio	– Libero accesso: contatto diretto con l'ambulatorio da parte dell'utente – Invio effettuato da operatore: Se la persona da assistere concorda con la necessità di presa in carico psicologica, contattare l'ambulatorio di Psicologia Oncologica oppure fornire al paziente il riferimento telefonico affinché possa prendere contatto direttamente
Registrazione dell'intervento e modalità di presa in carico	L'intervento viene registrato nel percorso del sistema informatico aziendale a cui è abbinata una cartella elettronica del servizio dove vengono registrati i dati specifici del colloquio. Si effettuano prese in carico sia dei pazienti sia dei <i>caregivers</i> con format adeguato secondo le esigenze. In presenza di progetti attivi vengono proposti anche interventi di gruppo

Invio presso il servizio di Cure Palliative

Criteri	L'Unità di Cure Palliative viene ordinariamente attivata alla fine del percorso di trattamento attivo (chemio e/o radioterapico, chirurgico). Può, tuttavia, essere interessata alla gestione del caso clinico qualora la neoplasia sia in stadio avanzato già alla diagnosi (MTS viscerali e ossee) o qualora siano presenti sintomi di difficile gestione o si ritenga necessaria l'assistenza domiciliare per la gestione degli stessi
Modalità invio	L'attivazione dell'Unità Operativa di Cure Palliative (UOCP) avviene tramite: – richiesta di consulenza di Cure Palliative, se il paziente è ricoverato presso uno dei Presidi Ospedalieri dell'ASL TO4; – partecipazione alla seduta GIC da parte del palliativista, avvisato, anche telefonicamente, per tempo; – invio del paziente a visita ambulatoriale di Cure Palliative, se il paziente ha ancora autonomia sufficiente.
Registrazione dell'intervento e modalità di presa in carico	Il palliativista registrerà il proprio intervento tramite: – referto su Trakcare, se il paziente è visitato in ambito ambulatoriale o di degenza ospedaliera; - referto su cartella ADI, se il paziente è visitato a domicilio.

Gruppo Interdisciplinare Cure (G.I.C.) Mammella

Responsabilità Aziendale

Qualifica	Nome	Firma
Direttore Generale	Dr Lorenzo Ardisson	
Direttore Sanitario Aziendale	Dr.ssa Sara Marchisio	
Direttore Dipartimento Oncologico	Dr Lodovico Rosato	
Coordinatore CAS aziendale	Dr Giorgio Vellani	
Dirigente SITRA	Dr.ssa Clara Occhiena	
Responsabile Qualità	Dr Salvatore Di Gioia	
Referente Aziendale per la Rete Oncologica	Dr Lodovico Rosato	
Referente Aziendale per gli indicatori	Dott. Angelo Scarcello	
Direttore Dipartimento Rete Oncologia Piemonte e Valle D'Aosta	Dr Oscar Bertetto	

Data di approvazione	30/12/2018
Periodicità di revisione	biennale
Data prossima revisione	entro il 31/12/2020
Modalità diffusione interna	Sito Internet aziendale www.aslto4.piemonte.it > I servizi dell'ASL > CAS/ GIC/tumori > PDTA per patologia. Copia cartacea presso Direzione Generale
Modalità diffusione esterna	Sito Internet aziendale www.aslto4.piemonte.it > I servizi dell'ASL > CAS/ GIC/tumori > PDTA per patologia
Rete Oncologica	Copia cartacea presso Direzione Dipartimento Rete Oncologica

Composizione GIC mammella

Strutture	Referente	Firma
Coordinazione GIC	Dr.ssa Maria Rosa La Porta mlaporta@aslto4.piemonte.it	
Anatomia Patologica	Dr Renzo Orlassino (<i>Referente</i>) rorlassino@aslto4.piemonte.it Dr.ssa Erika Comello ecomello@aslto4.piemonte.it Dr.ssa Rossella Elena Fanara rfanara@aslto4.piemonte.it	
Chirurgia Senologica	Dr Guido Mondini (<i>Referente</i>) gmondini@aslto4.piemonte.it Dr.ssa Adriana Ginardi aginardi@aslto4.piemonte.it Dr Roberto Scala rscala@aslto4.piemonte.it Dr.ssa Franca Garetto fgaretto@aslto4.piemonte.it	
Coordinatore infermieristico	CPSE Gianna Regis (<i>referente</i>) gregis@aslto4.piemonte.it CPSI Chiara Perri cperri@alice.it	
Cure Palliative	Dr Giovanni Bersano gbersano@aslto4.piemonte.it	
Dietologia	Dr.ssa Francesca Lorenzin florenzin@aslto4.piemonte.it	
Oncologia	Dr.ssa Enrica Manzin (<i>referente</i>) emanzin@aslto4.piemonte.it Dr Sebastiano Bombaci lsbombaci@aslto4.piemonte.it Dr.ssa Angelica Hotca ahotca@aslto4.piemonte.it Dr Giorgio Vellani gvellani@aslto4.piemonte.it Dr.ssa Lucia Grassi lgrassi@aslto4.piemonte.it Dr.ssa Erica Gaudino egaudino@aslto4.piemonte.it	
Psiconcologia	Dr.ssa Daniela Bardelli (<i>referente</i>) dbardelli@aslto4.piemonte.it Dr.ssa Amanda Panebianco apanebianco@aslto4.piemonte.it Dr.ssa Barbara Salvino bsalvino@aslto4.piemonte.it	
Radiologia	Dr Sebastiano Patania (<i>referente</i>) spatania@aslto4.piemonte.it Dr.ssa Silva Bagnera sbagnera@aslto4.piemonte.it Dr Piero Brachet Cota Dr.ssa Carla Berrino cberrino@aslto4.piemonte.it Dr.ssa Claudia Tibaldi ctibaldi@aslto4.piemonte.it Dott.ssa Roberta Ferraro Coordinatore TSRM Screening Mammografico. rferraro@aslto4.piemonte.it	
Radioterapia	Dr.ssa Maria Rosa la Porta (<i>referente</i>) mlaporta@aslto4.piemonte.it Dr Domenico Cante dcante@aslto4.piemonte.it	
Recupero Funzionale	Dr Mario Zerbini (<i>referente</i>) mzerbini@aslto4.piemonte.it Dr.ssa Antonella Castiglione acastiglione@aslto4.piemonte.it Dr.ssa Ornella Bertone obertone@aslto4.piemonte.it Dr.ssa Nadia Battaglini nbattaglini@aslto4.piemonte.it	
Terapia Antalgica	Dr Massimo Vallero mvallero@aslto4.piemonte.it	

GIC - regolamento

Coordinatore	Dott.ssa Maria Rosa La Porta Tel.0125 414239. mail: mlaporta@aslto4.piemonte.it
Segreteria	CAS Oncologia P.O. Ivrea. Tel. 0125 414229 Breast Unit P.O. Ivrea Tel. 0125 414243 Centro Screening - S.S.D. Senologia, Strambino Tel. 0125 414639
Sede dell'incontro	GIC postoperatorio: P.O. Ivrea c/o S.C. Oncologia P.O. Ciriè/Lanzo c/o S.S. Oncologia P.O. Chivasso c/o S.S. Oncologia GIC preoperatorio c/o Centro Screening di Strambino - S.S.D. Senologia
Periodicità dell'incontro e orario	Ivrea settimanale, venerdì dalle 14,30 Ciriè/Lanzo: mensile 3° martedì dalle ore 14,30 Chivasso: quindicinale, giovedì dalle 14,30 Centro Screening di Strambino - S.S.D. Senologia, settimanale, giovedì dalle ore 14.30
Modalità di refertazione	Refertazione scritta su Trackcare, con modalità indicata dalla Rete Oncologica, e copia stampata e firmata dai presenti. Il referto è stampato in tre copie: una è destinata al Medico di Medicina Generale, una personale per il paziente e una allegata alla cartella clinica
Descrizione sintetica del funzionamento	Il caso clinico viene portato in discussione al GIC da uno dei componenti, in presenza dei rappresentanti delle varie discipline. Si valuta la documentazione clinica /diagnostica a disposizione e, se necessario, si provvede a richiedere ulteriori approfondimenti. Stabilito l'iter terapeutico, si provvede a redigere un referto informatizzato (Trakcare), firmato da tutti i componenti del GIC, da consegnare al paziente. Nella sede di Strambino sono effettuate le visite GIC per definire il programma terapeutico preoperatorio, mentre in quella di Ivrea sono effettuate le visite GIC per definire il programma terapeutico postoperatorio.
Descrizione del percorso assistenziale	Il percorso assistenziale in ambito GIC è curato particolarmente dalla figura dell'infermiere che partecipa attivamente al percorso di cura del paziente. Questi, dopo la valutazione effettuata dal CAS e sulla scorta anche di quelle informazioni, viene accompagnato nel suo percorso di cura, in collaborazione con il personale infermieristico dei Servizi e dei Reparti di degenza. L'infermiere del GIC è, nel nostro caso, anche componente di équipe di reparti di degenza a grosso impatto assistenziale: chirurgia e oncologica. L'infermiere valuta le necessità assistenziali anche al momento della dimissione affinché il periodo di convalescenza venga svolto a domicilio del paziente con la dovuta assistenza di supporto o presso una RSA, se presenti problematiche o fragilità familiari.
Medico Medicina Generale	Il Medico di Medicina Generale che assiste il paziente è parte attiva del GIC. Egli può partecipare su richiesta del paziente o sua personale ad ogni fase di elaborazione del gruppo di lavoro del GIC
Associazioni di Volontariato	Le Associazioni di volontariato svolgono un ruolo attivo nella sede dello screening e nei reparti chirurgici, supportando con la loro presenza i pazienti. Su richiesta del paziente possono essere coinvolte nel gruppo di lavoro del GIC anche rappresentanti di Associazioni di Volontariato
Verifiche, audit e piani di miglioramento	Con scadenza semestrale il Dipartimento Oncologico dell'ASL TO4 convoca i componenti dei GIC al fine di verificare i risultati in base agli indicatori dati, la corretta applicazione dei PDTA e delle linee guida. Viene predisposto, altresì, un piano di miglioramento per assolvere alle limitazioni evidenziate. Di questi incontri viene redatto apposito verbale. Tra i Componenti del GIC si svolgono audit per monitorare e valutare gli indicatori o specifiche criticità

Contesto epidemiologico, clinico e servizi disponibili

Descrizione del bacino di utenza	L'ASL TO4 si estende dalla cintura torinese verso la Valle d'Aosta nella zona a nord e verso la Francia nella zona a ovest. Comprende 177 comuni, ai quali si aggiunge la frazione Rivodora del comune di Baldissero Torinese, suddivisi in 5 distretti sanitari. L'ASL TO 4 confina con AUSL Valle D'Aosta, ASL Biella, ASL Vercelli, ASL Città di Torino, ASL TO3, ASL Asti
Numero di abitanti del bacino di utenza	Al 31/12/2017: 516.255 residenti e 178 Comuni
Distribuzione dei CAS nel bacino di utenza	CAS unico con 3 sedi: Ospedale Ciriè-Lanzo, Ospedale di Chivasso, Ospedale di Ivrea CAS Mammella presso Chirurgia dell'Ospedale di Ivrea – Centro Hub e presso Centro Screening – SSD Senologia di Strambino
Distribuzione dei GIC nel bacino di utenza	GIC unico con 4 sedi: P.O. Ivrea (post operatori), P.O. Chivasso P.O. Ciriè-Lanzo, Centro Screening - S.S.D. Senologia Strambino (preoperatori)

Neoplasie di pertinenza del GIC

Neoplasie della mammella

Descrizione sintetica dell'iter diagnostico

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Sospetto carcinoma mammario	I pazienti accedono al CAS per la programmazione degli accertamenti necessari per l'iter diagnostico e stadiazione.	<u>Screening:</u> – S.S.D. Senologia Strambino – S.C. Radiologia Ivrea – S.C. Radiologia Chivasso – S.C. Radiologia Ciriè <u>CAS Oncologia:</u> – S.C. Oncologia Ivrea – S.S. Oncologia Chivasso – S.S. Oncologia Ciriè /Lanzo – CAS presso Chirurgia dell'Ospedale di Ivrea – Centro Hub tumori della mammella Visita senologica chirurgica S.C. Chirurgia P.O. Ivrea	Richiesta dematerializzata Le tempistiche rispettano i criteri di U (entro le 48 ore) o B (entro 15 gg) indicati sull'impegnativa Accesso diretto
Carcinoma mammario (stadio 0-I-II) in assenza di sintomi e/o segni di malattia sistemica.	– Rx mammografia bilaterale/eco mammaria – Agoaspirato/Agobiopsia mammaria su noduli sospetti (R3-R4-R5/U3-U4-U5) – Agoaspirato su linfonodi sospetti – Agobiopsia stereotassica su microcalcificazioni (tru-cut-VABB) – RM in casi selezionati:(in particolare se prevista neoadiuvante) – Stadiazione pre-operatoria (AIOM 2017) – Emocromo – Profilo biochimico completo – Rx torace	S.S.D. Senologia Strambino S.C. Radiologia Ivrea S.C. Radiologia Chivasso S.C. Radiologia Ciriè/Lanzo 2)Prenotazione diretta da CAS 3)Visita senologica chirurgica S.C. Chirurgia P.O. Ivrea	Le tempistiche rispettano i criteri di U (entro le 48 ore) o B (entro 15 gg) indicati sull'impegnativa Accesso diretto qualora sia presente lo Specialista al momento dell'accesso della paziente. Il tempo di refertazione di ago-aspirato / agobiopsia è 5-6 gg lavorativi. 5 -8 gg 3-4 gg
Carcinoma mammario (stadio III) o con segni clinici o di laboratorio sospetti per localizzazioni secondarie	– Rx mammografia bilaterale/eco mammaria + eco linfonodi – Agoaspirato/Agobiopsia mammaria su ulteriori nodularità sospette omolateralmente e controlateralmente alla mammella interessata dal Ca (R3-R4-R5/U3-U4-U5) – Agoaspirato su linfonodi sospetti – Agobiopsia stereotassica su microcalcificazioni sospette omolateralmente o controlateralmente alla mammella interessata dal Ca (tru-cut-VABB) – Agoaspirato/Agobiopsia mammaria+ev.le determinazione fattori prognostici. – RM in casi selezionati:(in particolare se prevista neoadiuvante) – Stadiazione pre-operatoria (AIOM 2017)	1)S.S.D. Senologia Strambino S.C. Radiologia Ivrea S.C. Radiologia Chivasso S.C. Radiologia Ciriè 2)CAS Oncologia S.C. Oncologia Ivrea S.S. Oncologia Chivasso S.S. Oncologia Ciriè /Lanzo 3)Visita senologica chirurgica S.C. Chirurgia Ivrea S.S. Medicina Nucleare Ivrea	Prestazioni di imaging entro 48 ore ed approfondimento agobiopsico garantito entro 5 gg 5-8 gg esami di stadiazione richiesti tramite CAS 3-4 gg 7-10 gg

	– Emocromo – Profilo biochimico completo – TAC torace + addome totale con mdc – Scintigrafia ossea – PET può essere utilizzata come approfondimento in tutte le situazioni in cui gli esami di stadiazione standard risultano equivoci o sospetti	Prenotazione telefonica direttamente dal CAS	7-10 gg
--	---	--	---------

Descrizione sintetica dei trattamenti

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
STADIO 0	Chirurgia +/- Radioterapia +/- Ormonoterapia	Visita CAS Discussione GIC: Chirurgo, Radiologo, Anatomo Patologo. A chiamata per gli altri Specialisti del GIC Chirurgia: S.C. Chirurgia sede di Ivrea, Centro Hub S.C. Chirurgia sede di Chivasso Prenotazione informatizzata su Trakcare da parte del chirurgo al momento alla consegna dell'esame Bioptico. Comunicazione telefonica al paziente della data di prericovero e della data del ricovero per l'intervento a pre -ricovero completato Eventuale attivazione della consulenza di chirurgia plastica in caso di necessità di particolari tecniche di oncoplastica o se indicato intervento ricostruttivo o di simmetrizzazione mammaria controlaterale. Prenotazione diretta cartacea/telefonica. Terapia chirurgica: Chirurgia mammaria conservativa o demolitiva con biopsia del LS (in DIN 3 o DIN estesi) Discussione dei casi in GIC: Chirurgo, Radiologo, Anatomopatologo, Oncologo, Radioterapista, CPSE CPSI e definizione del percorso terapeutico con elaborazione di: -Referto informatizzato (Trakcare) del GIC da consegnare al paziente e al MMG Oncologia Terapia medica: Il CAS Oncologico del P.O. di Ivrea, dove viene effettuato fisicamente il GIC , provvede a inviare i pazienti ai CAS di appartenenza geografica , mediante prenotazione telefonica. Comunicazione telefonica al paziente della data di Visita Oncologica/visita CAS. Consegna dell'esame istologico al paziente ed inizio del percorso stabilito dal GIC. Terapia medica (il trattamento endocrino adiuvante può essere preso in considerazione in caso di positività recettoriale) D.H. di Oncologia di tutte le Sedi ASLTO4. Radioterapia: S.C. Radioterapia Ivrea : Prenotazione da parte del Radioterapista, successivamente alla visita GIC, della data di consulenza Radioterapica e comunicazione telefonica della stessa al paziente. Trattamento radioterapico su volume mammario nella chirurgia conservativa con schedula ipofrazionata o standard in relazione alla presenza	30 giorni g tempo di attesa per l'intervento chirurgico Visita programmata nel corso del prericovero Quando disponibile istologico definitivo (10 giorni ±5) 7-10 gg visita di consulenza oncologica dopo GIC 10-15 gg per la visita e 40-50 gg dalla chirurgia per l'inizio della radioterapia

		di clips chirurgiche	
STADIO I	Chirurgia +/- Radioterapia+/- Chemioterapia +/- Ormonoterapia	Visita CAS Discussione GIC :Chirurgo, Radiologo, Anatomo Patologo. A chiamata per gli altri Specialisti del GIC Chirurgia: S.C. Chirurgia sede di Ivrea, Centro Hub S.C. Chirurgia sede di Chivasso Prenotazione informatizzata su Trakcare da parte del chirurgo al momento alla consegna dell'es. Bioptico. Comunicazione telefonica al paziente della data di prericovero e della data del ricovero per l'intervento a pre -ricovero completato Eventuale attivazione della consulenza di chirurgia plastica in caso di necessità di particolari tecniche di oncoplastica o se indicato intervento ricostruttivo o di simmetrizzazione mammaria controlaterale. Prenotazione diretta cartacea/telefonica Terapia chirurgica Chirurgia mammaria conservativa o demolitiva con biopsia del LS se citologia linfonodale (qualora eseguita) è negativa per metastasi. Dissezione ascellare se citologia linfonodale positiva. In caso di dissezione invio alla S.C. Recupero e rieducazione funzionale, mediante appuntamento telefonico. Discussione dei casi in GIC: Chirurgo, Radiologo, Anatomopatologo, Oncologo, Radioterapista, CPSE CPSI e definizione del percorso terapeutico con elaborazione di: Referto informatizzato (Trakcare) del GIC da consegnare al paziente e al MMG Oncologia Terapia medica: Il CAS Oncologico del P.O. Di Ivrea, dove viene effettuato fisicamente il GIC, provvede a inviare i pazienti ai CAS di appartenenza geografica, mediante prenotazione telefonica. Comunicazione telefonica al paziente della data di Visita Oncologica/visita CAS Consegna dell'esame istologico al paziente ed inizio del percorso stabilito dal GIC. Terapia medica (il trattamento sistemico adiuvante con la terapia endocrina e/o con la polichemioterapia +/- terapia biologica con trastuzumab viene preso in considerazione dopo attenta valutazione dei fattori prognostici e predittivi di risposta ai trattamenti, delle comorbidità e della preferenza della paziente) -D.H. di Oncologia di tutte le Sedi ASLTO4. Radioterapia: S.C. Radioterapia Ivrea : Prenotazione da parte del Radioterapista, successivamente alla visita GIC della data di consulenza Radioterapica e comunicazione telefonica della stessa al paziente. Trattamento radioterapico su volume mammario nella chirurgia conservativa con schedula ipofrazionata o standard in relazione a presenza di	30 giorni tempo di attesa per l'intervento chirurgico Visita programmata nel corso del prericovero Quando disponibile istologico definitivo (10 giorni ±5) 7 gg per inizio trattamento CT in DH 10-15 gg per la visita e 40-50 gg dalla chirurgia per l'inizio della radioterapia, se non prevista chemioterapia.

		clips chirurgiche	
STADIO II	Chirurgia +/- Radioterapia+/- Chemioterapia (neo-adiuvante o adiuvante)+/- Ormonoterapia	Visita CAS Discussione GIC: Chirurgo, Radiologo, Anatomo Patologo. A chiamata per gli altri Specialisti del GIC Chirurgia: S.C. Chirurgia sede di Ivrea, Centro Hub S.C. Chirurgia sede di Chivasso Prenotazione informatizzata su Trakcare da parte del chirurgo al momento alla consegna dell'es. Bioptico o al momento del GIC in pazienti in cui è prevista chemioterapia neoadiuvante Comunicazione telefonica al paziente della data di prericovero e della data del ricovero per l'intervento a pre -ricovero completato Eventuale attivazione della consulenza di chirurgia plastica in caso di necessità di particolari tecniche di oncoplastica o se indicato intervento ricostruttivo o di simmetrizzazione mammaria controlaterale Prenotazione diretta cartacea/telefonica Terapia chirurgica mammaria conservativa o demolitiva con biopsia del LS se citologia linfonodale (qualora eseguita) è negativa per metastasi. Dissezione ascellare differita se linfonodo sentinella macro-metastatico con invasione della capsula e sempre nel macro- metastatico dopo mastectomia o nella positività della citologia linfonodale. <u>In caso di dissezione invio alla S.C. Recupero e rieducazione funzionale, mediante appuntamento telefonico.</u> Discussione dei casi in GIC: Chirurgo, Radiologo, Anatomopatologo, Oncologo, Radioterapista, CPSE CPSI e definizione del percorso terapeutico con elaborazione di: -Referto informatizzato (Trakcare) del GIC da consegnare al paziente e al MMG Oncologia Terapia medica: Il CAS Oncologico del P.O. Di Ivrea, dove viene effettuato fisicamente il GIC, provvede a inviare i pazienti ai CAS di appartenenza geografica, mediante prenotazione telefonica. Comunicazione telefonica al paziente della data di Visita Oncologica/visita CAS Consegna dell'esame istologico al paziente ed inizio del percorso stabilito dal GIC. Terapia medica (il trattamento sistemico neo/adiuvante con la terapia endocrina e/o con la polichemioterapia +/- terapia biologica con trastuzumab viene preso in considerazione dopo attenta valutazione dei fattori prognostici e predittivi di risposta ai trattamenti, delle comorbidità e della preferenza della paziente). D.H. di Oncologia di tutte le Sedi ASLTO4. Radioterapia S.C. Radioterapia P.O. Ivrea :Prenotazione da parte del Radioterapista, successivamente alla visita GIC, della data di consulenza Radioterapica e comunicazione telefonica della stessa al paziente. Trattamento radioterapico su volume mammario nella chirurgia conservativa con schedula ipofrazionata o standard in relazione a presenza di clips chirurgiche e/o parete toracica	30 giorni tempo di attesa per l'intervento chirurgico Visita programmata nel corso del prericovero Quando disponibile istologico definitivo (10 giorni ±5 7 gg per inizio trattamento CT in DH 10-15 gg per la visita e 40- 50 gg dalla chirurgia per l'inizio della radioterapia, se non prevista chemioterapia

STADIO III	Chirurgia +/- Radioterapia+/- Chemioterapia (neo-adiuvante o adiuvante) +/- Ormonoterapia	Visita CAS Discussione GIC: Chirurgo, Radiologo, Anatomo Patologo. A chiamata per gli altri Specialisti del GIC Chirurgia: S.C. Chirurgia sede di Ivrea, Centro Hub S.C. Chirurgia sede di Chivasso Prenotazione informatizzata su Trakcare da parte del chirurgo al momento alla consegna dell'es. Biottico o al momento del GIC in pazienti in cui è prevista chemioterapia neoadiuvante Comunicazione telefonica al paziente della data di prericovero e della data del ricovero per l'intervento a pre -ricovero completato Eventuale attivazione della consulenza di chirurgia plastica in caso di necessità di particolari tecniche di oncoplastica o se indicato intervento ricostruttivo o di simmetrizzazione mammaria controlaterale. Chirurgia mammaria conservativa o demolitiva nello stadio IIIA con dissezione ascellare nel N2a Chirurgia demolitiva (se tecnicamente possibile con intento radicale) nello stadio IIIB ad eccezione del T4d (carcinoma infiammatorio), con dissezione ascellare da valutare nel N2a Chirurgia mammaria conservativa o demolitiva nello stadio IIIC senza dissezione ascellare, con lo scopo di controllo locale della malattia. In caso di dissezione invio alla S.C. Recupero e rieducazione funzionale, mediante appuntamento telefonico. Discussione dei casi in GIC: Chirurgo, Radiologo, Anatomopatologo, Oncologo, Radioterapista, CPSE CPSI e definizione del percorso terapeutico con elaborazione di: Referto informatizzato (Trakcare) del GIC da consegnare al paziente e al MMG Oncologia Il CAS Oncologico del P.O. di Ivrea, dove viene effettuato fisicamente il GIC, provvede a inviare i pazienti ai CAS di appartenenza geografica, mediante prenotazione telefonica. Comunicazione telefonica al paziente della data di Visita Oncologica/visita CAS Consegna dell'esame istologico al paziente ed inizio del percorso stabilito dal GIC. Terapia medica il trattamento sistemico neo/adiuvante con la terapia endocrina e/o con la polichemioterapia +/- terapia biologica con trastuzumab viene preso in considerazione dopo attenta valutazione dei fattori prognostici e predittivi di risposta ai trattamenti, delle comorbidità e della preferenza della paziente). D.H. di Oncologia di tutte le Sedi ASLTO4. Radioterapia: S.C. Radioterapia P.O. Ivrea: Prenotazione da parte del Radioterapista, successivamente alla visita GIC della data di consulenza Radioterapica e comunicazione telefonica della stessa al paziente.	30 giorni tempo di attesa per l'intervento chirurgico Visita programmata nel corso del prericovero Quando disponibile istologico definitivo (10 giorni ±5) 7 gg per inizio trattamento CT in DH 10-15 gg per la visita e 40-50 gg dalla chirurgia per l'inizio della radioterapia se non prevista chemioterapia

		Trattamento radioterapico su volume mammario e/o parete toracica e/o sui linfonodi locoregionali con schedula standard	
STADIO IV	Chemioterapia+/- Ormonoterapia+/- Radioterapia	La paziente con riscontro di K mammella stadio IV di nuova diagnosi viene esclusa dal percorso chirurgico (unica eccezione è il caso della malattia oligometastatica) e riferita allo specialista oncologo. Se non ha avuto precedenti accessi eseguirà visita CAS per la pianificazione degli eventuali ulteriori accertamenti diagnostici e successiva valutazione GIC, se ritenuto necessario. Nel caso in cui il riscontro di recidiva viene accertato in pazienti già note, in corso di follow-up, viene attivato il GIC se lo specialista oncologo ritiene sia necessaria una valutazione collegiale. Visita CAS Discussione GIC: Oncologo, Radioterapista. A chiamata per gli altri Specialisti del GIC Terapia medica: I pazienti effettuano visita CAS presso i CAS di appartenenza geografica, mediante prenotazione telefonica. Discussione GIC: Oncologo, Radioterapista a chiamata per gli altri Specialisti del GIC Comunicazione telefonica al paziente della data di Visita Oncologica e/o radioterapica. La scelta della terapia sistemica viene effettuata in base alle caratteristiche cliniche della malattia metastatica: malattia indolente o malattia aggressiva; delle caratteristiche biologiche (in particolare dello stato recettoriale e espressione HER 2) e della preferenza della paziente. D.H. di Oncologia di tutte le Sedi ASLTO4. Radioterapia: S.C. Radioterapia P.O. Ivrea: Trattamento sintomatico su sede metastatica	7 giorni per inizio trattamento CT in DH 1 settimana
STADIO IV unfit	Presa in carico cure palliative	La paziente con riscontro di K mammella stadio IV unfit di nuova diagnosi, se non ha avuto precedenti accessi, eseguirà visita CAS per la pianificazione degli eventuali ulteriori accertamenti diagnostici ancora ritenuti necessari e successiva valutazione GIC con il collega palliativista per la presa in carico. Nel caso di pazienti già seguite dal servizio di oncologia viene contattato il medico palliativista per attivazione GIC. Prenotazione telefonica o prenotazione diretta da Medico Cure Palliative durante GIC	3-5 gg

Follow up

Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
ESAME CLINICO	Ogni 3-6 mesi per i primi 3 anni; poi, ogni 6-12 mesi fino al quinto anno e, successivamente, con cadenza annuale fino ai 6 anni. Il follow-up è, quindi, demandato al medico di famiglia con indicazione a eseguire annualmente Rx mammografia. In casi selezionati trattamenti di ormonoterapia fino ai 10 anni o in pazienti particolarmente a rischio di recidiva il follow-up viene modificato sia nelle cadenze delle visite sia nella durata dello stesso.	Ambulatorio Oncologia tutte le sedi ASL TO4 Prenotazione informatizzata diretta presso segreterie oncologia con impegnativa dematerializzata dell'Oncologo o del Curante S.C. Radioterapia* S.C. Chirurgia:** Ambulatorio chirurgia senologica
RX MAMMOGRAFIA + eventuale. Eco mammaria e/o eco linfonodi	Ogni 12 mesi	S.C. Radiologia:tutte le sedi dell'ASLTO4
RMN mammaria	Ogni anno nelle pazienti BRCA 1/2 mutate	S.C. Radiologia Chivasso ASLTO4
Visita ginecologica ed eventuale eco pelvica	Ogni anno nelle pazienti che assumono tamoxifene	S.C. Ginecologia degli ospedali di Ivrea, Chivasso, Ciriè
Densitometria ossea e controllo periodico dei livelli colesterolo e trigliceridi	Periodicamente nelle pazienti che assumono gli Inibitori dell'Aromatasi (IA)	S.S. Medicina Nucleare P.O. Ivrea
- TAC torace + addome totale con mdc - Scintigrafia ossea - PET total body	Al bisogno in pazienti con sintomatologia sospetta per localizzazione secondarie	- S.C. Radiologia :tutte le sedi dell'ASLTO4 - S.S. Medicina Nucleare P.O. Ivrea - IRMET/ Medicina Nucleare AUSL VDA
Ecocardiogramma	In pazienti con pregresso trattamento con antracicline e/o trastuzumab a 6 mesi dal termine CT, poi ogni 12 mesi per 2 o 3 anni, quindi ogni 3-5 anni	S.C. Cardiologia: P.O. Ivrea, P.O Ciriè

Altre procedure correlate al follow-up

Consegna lettera informativa per il curante con le indicazioni sulle procedure indicate	SI :Referto cartaceo Trakcare
Consegna lettera informativa per il paziente all'inizio e/o al termine del follow up specialistico	NO
Consegna della programmazione del follow-up	NO
Disponibilità alla valutazione urgente in caso di sospetto diagnostico e modalità di contatto diretto con il centro specialistico	SI : prenotazione CAS e GIC

*Il follow-up presso la S.C. di Radioterapia viene svolto una volta all'anno per i primi 5 anni (compatibilmente si cerca di alternarsi con gli appuntamenti programmati in Oncologia). Previsto RX Torace di controllo a 3 mesi dal termine del trattamento ed RX mammografia annuale.

** S.C. Chirurgia (ambulatorio chirurgia senologica) : controlli previsti fino a guarigione della ferita chirurgica e a dodici mesi (visita clinica) per controllo esiti in terapia conservativa e fino a conclusione dell'iter ricostruttivo, se posizionati espansori o protesi mammarie

Modalità di invio per la consulenza genetica

La consulenza genetica viene effettuata dopo valutazione del rischio tramite invio, con impegnativa dematerializzata, al Consulente genetista S.C. genetica Medica U- presidio Molinette AUO Città della salute e della Scienza per avviare il *counseling* e predisporre gli accertamenti sierologici, se indicati.

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PTDA) Mammella (*in extenso*)

1. DIAGNOSTICA RADIOLOGICA

1.1. Accertamento diagnostico e stadiazione

In accordo con le principali Società Scientifiche Nazionali (SIRM, FONCAM) e Internazionali (RCR, ACR) i protocolli diagnostici da applicare presso le strutture eroganti prestazioni di senologia diagnostica, al fine di coniugare efficacia ed efficienza nelle principali situazioni cliniche nel rispetto dell'evoluzione delle conoscenze e delle tecnologie, sono i seguenti:

- Sospetto clinico di carcinoma (nodulo, retrazione-ispessimento della cute e/o del capezzolo, Paget ecc.):
 - La mammografia (MX), preferibilmente digitale con tecnica FFDM, è indagine di elezione e preliminare a qualsiasi ulteriore test diagnostico. Da associare a ecografia (US) nell'ambito della tripletta diagnostica (MX+US+FNAC/B) o in caso di mammografia non risolutiva (es. densità diffusa o focale). In casi selezionati utile completamento diagnostico con Mammografia 3D-Tomosintesi e agobiopsie VABB guidate in eco/stereotassi o Tomobiopsy;
 - L'ecografia è esame preliminare in donna giovane (specie se a basso sospetto clinico), in gravidanza o allattamento;
 - La risonanza magnetica mammaria (RMM) e la scintigrafia (MN) da riservare a strutture altamente specialistiche quali dovrebbero essere quelle che comprendono una Breast Unit, secondo protocolli validati e continuamente aggiornati alla luce delle nuove conoscenze e tecnologie, in grado di gestire l'eventuale successivo iter diagnostico.
- Sospetto clinico di carcinoma in portatrici di protesi: sarebbe opportuno che tale tipologia di soggetti (portatrici di protesi) fossero studiate in ambienti specifici e dotati di RMM per la particolare validità diagnostica di tale esame nella specifica popolazione. Mammografia e ecografia, sebbene raccomandate, possono presentare, in particolare la prima, evidenti limitazioni diagnostiche.
- Dolore/tensione generalizzato ciclico e non:
 - preliminare valutazione clinica e anamnestica;
 - La mammografia può essere indicata in rapporto all'età, alla storia familiare/personale;
 - L'ecografia non è indicata di routine.
- Flogosi acuta:
 - Ecografia indicata come primo esame, in particolare per valutare eventuali ascessi e come supporto per manovre interventistiche;
 - Mammografia nel sospetto clinico o strumentale di carcinoma.
- Secrezione:

preliminare valutazione clinica e anamnestica. In caso di sospetto clinico è indicata MX, es. citologico del secreto ed eventuale galattografia. Non evidenza clinica per US che può risultare indicata nell'impossibilità ad eseguire galattografia. RMM ancora in fase di validazione in questa situazione clinica.
- Stadiazione pre terapia:

MX ed US indicate per stadiazione locale. RMM indicata nel sospetto (non certezza) clinico/strumentale di multicentricità/multifocalità o bilateralità e nel monitoraggio delle chemioterapia neoadiuvante per carcinomi localmente avanzati. CT *total body* e scintigrafia ossea, o se del caso PET nei tumori con elevata probabilità di metastasi a distanza, Rx mirati per metastasi a distanza solo su decisionalità multidisciplinare.

- follow-up di paziente con neoplasia:

MX annuale (eventuale associazione US). RMM a chiarimento di specifici problemi; PET nella valutazione della risposta metabolica alla terapia e caratterizzazione di lesioni dubbie alle altre indagini.

La mammografia rappresenta sicuramente l'esame strumentale principale per la diagnosi di neoplasia mammaria, eventualmente integrata con ecografia mammaria e con lo studio ecografico dei cavi ascellari pre-operatoria. Il mammografo digitale deve prevedere le seguenti caratteristiche:

- Tomosintesi – tomobiopsy in stereotassi;
- sistema di localizzazione stereotassica per biopsie vuoto-assistite e/o localizzazione prechirurgica;
- sistema CAD (computer aided detection);
- dual Energy;
- monitor dedicati per la refertazione, con possibilità di rielaborazione dati (post-processing).

L'ecografia deve essere eseguita con ecografo di ultima generazione e con sonde dedicate ad alta frequenza ($\geq 10\text{MHz}$). E' preferibile che sia previsto un programma di rielaborazione immagini in 3D. Deve, inoltre, prevedere moduli Eco-Colordoppler e possibilmente anche di elastosonografia.

La RMN mammaria è da considerare una metodica integrata nella ricerca di un carcinoma occulto, nella stadiazione loco-regionale (multicentricità, multifocalità, infiltrazione del muscolo pettorale, linfonodi regionali), in caso di neoplasia localmente avanzata o di chemioterapia neo-adiuvante. E' anche l'indagine più sensibile per valutare l'estensione del tumore invasivo e permette di evidenziare altri focolai neoplastici inattesi nel 16% delle pazienti. In uno studio prospettico, la RM mammaria ha evidenziato un tumore della mammella controlaterale nel 3.1% di donne in cui sia l'esame clinico sia la mammografia della mammella controlaterale erano negativi. La RM deve possedere i seguenti requisiti:

- intensità di campo 1.5-3 Tesla;
- bobine dedicate;
- sequenze dedicate per spettroscopia;
- sistema di biopsie vuoto-assistite RM guidate;
- sistema di localizzazione stereotassica per biopsie vuoto-assistite e/o localizzazione prechirurgica.

Tali metodiche strumentali devono inoltre consentire la possibilità di effettuare procedure interventistiche di caratterizzazione cito-istologica e di localizzazione prechirurgica.

Una stadiazione pre-operatoria con esami strumentali (ecografia epatica, rx torace, scintigrafia ossea) non è strettamente necessaria in assenza di sintomi e/o segni di malattia sistemica nelle pazienti a basso rischio di recidiva (N-). Nelle pazienti a più alto rischio di recidiva (N+, T3-T4) o con segni clinici o di laboratorio sospetti per la presenza di localizzazioni secondarie è indicata una stadiazione biochimica e strumentale completa con marcatori tumorali (CEA, CA 15-3), radiografia standard o TC del torace, ecotomografia o TC o RMN epatica e scintigrafia ossea.

2. DIAGNOSTICA ANATOMOPATOLOGICA

2.1 Diagnosi pre-operatoria

La diagnosi pre-operatoria si basa sull'esecuzione di esame citologico mediante ago-aspirato su guida clinica / ecografica / stereotassica e/o esame istologico mediante core-biopsy su guida ecografica / stereotassica o mediante biopsia con sistema VABB su guida stereotassica o su guida ecografica.

Al GIC collegiale preoperatorio - presenti radiologo, anatomopatologo e chirurgo – se si valuta la lesione operabile, si definisce la strategia chirurgica. In caso di non operabilità (causa dimensioni della lesione o per scadute condizioni cliniche) viene effettuata una visita collegiale GIC in cui si valuta se effettuare una terapia medica. Tali pazienti giungono alla visita collegiale GIC con determinazione assetto recettoriale e HER2 (valutazione di HER2 effettuata se età < 80 aa.) e posizionamento di clip, se ipotizzabile chemioterapia neo-adiuvante.

2.2 Modalità di invio del pezzo operatorio

Per garantire una corretta valutazione dei parametri morfologici, immunofenotipici e molecolari, indispensabili per la definizione del successivo protocollo terapeutico, è necessario che il campione chirurgico sia sottoposto a un processo di fissazione immediata, adeguata e completa.

Per ottenere ciò il campione chirurgico giunge fresco nel più breve tempo possibile (massimo entro 30 minuti dall'asportazione) al Laboratorio di Anatomia Patologica.

Il pezzo operatorio perviene integro (non sezionato), con gli opportuni reperi (fili di sutura, clips, ecc.) o su supporto cartaceo e/o su griglia radiologica, con indicazione dei margini che ne permettano il corretto orientamento.

Qualora non sia possibile inviare immediatamente il campione chirurgico al Laboratorio di Anatomia Patologica, esso va posto nel più breve tempo possibile (tassativamente entro 30 minuti dalla asportazione) in adeguato contenitore con quantità sufficiente di formalina neutra tamponata al 10% (pH intorno a 7) previo sezionamento della neoplasia per ottenere una adeguata fissazione.

Il campione chirurgico viene completamente immerso in una quantità di fissativo idoneo al volume del pezzo stesso.

In alternativa è possibile confezionare mediante metodica sottovuoto il campione operatorio che andrà poi posto in frigorifero a 4° C e trasportato a temperatura controllata nel più breve tempo possibile presso la S.C. Anatomia Patologica ASLTO4.

In caso di lesioni non palpabili i radiogrammi del pezzo operatorio sono visualizzabili mediante sistema informatico Trakcare.

2.3 Esame macroscopico

L'esame macroscopico permette una descrizione, il più possibile dettagliata, del campione chirurgico pervenuto.

A - Esame "esterno"

Fornisce i seguenti dati:

- le tre dimensioni del pezzo operatorio inviato,
- le due dimensioni della cute quando compresa nell'exeresi (specificando l'eventuale presenza di areola e capezzolo),
- il peso,
- indicazione sull'orientamento del pezzo operatorio,
- presenza di reperi (lesioni non palpabili),
- in caso di neoplasia, distanza da cute a letto della neoplasia.

B - Marcatura dei margini chirurgici con inchiostro di china

I margini di resezione dei campioni chirurgici vengono marcati con inchiostro di china per una loro successiva corretta identificazione e valutazione istologica.

Viene effettuata una valutazione macroscopica dello stato dei margini intraoperatoria, in modo da consentire un'eventuale radicalizzazione in corso di intervento chirurgico.

C - Sezionamento

Viene eseguito il più precocemente possibile dal momento della ricezione in Anatomia Patologica (sia che il campione arrivi a fresco, sia che arrivi in formalina o sottovuoto).

La fissazione viene effettuata in formalina per un tempo non inferiore alle 24 ore per qualsiasi campione chirurgico e non superiore alle 72 ore (ottimale 24-48h).

Nella descrizione si annotano:

- numero, dimensioni e sede (quadranti in caso di mastectomia o in relazione ai margini in caso di chirurgia conservativa) delle lesioni individuate e il loro rapporto con i reperi (lesioni non palpabili);
- distanza della lesione dal margine di exeresi più vicino (in caso di chirurgia conservativa);
- aspetto della/e lesione/i: consistenza, colore, margini, eventuale riscontro macroscopico di necrosi, emorragia, calcificazioni;
- nel caso di pregressa procedura agobiottica mediante sistema VABB va, possibilmente, identificato e descritto il sito biottico.

D - Esame radiologico del materiale chirurgico

Per lesioni non palpabili/calcificazioni il pezzo giunge posizionato su griglia radiologica ed è possibile visionare i radiogrammi eseguiti su sistema informatico Trakcare per poter effettuare i prelievi in corrispondenza delle aree di interesse radiologico.

2.4 Campionamento

Il campionamento per l'esame istologico viene eseguito a fresco oppure dopo fissazione in formalina o sottovuoto.

La tecnica di campionamento e il numero di prelievi/inclusioni necessari nel singolo caso varieranno necessariamente in funzione:

- Dimensioni del pezzo chirurgico;
- Estensione e caratteristiche clinico-radiologiche della lesione: neoplasia palpabile (opacità, addensamento, distorsione) vs neoplasia non palpabile/calcificazioni.

E' indispensabile che, a prescindere dalle variabili intrinseche in ogni procedura di campionamento, vengano raggiunti come obiettivi minimi assoluti:

- un'accurata misura del diametro massimo della lesione;
- un dettagliato esame dello stato dei margini di resezione chirurgica e - quando possibile - la distanza microscopica della lesione da essi.

Presupposto necessario per il raggiungimento di tali obiettivi è che il campione chirurgico in esame sia unico, integro (non tagliato) e ben orientabile mediante reperi.

A - CONSIDERAZIONI GENERALI

- Per campioni di dimensioni contenute (indicativamente fino a 5-7 cm di asse maggiore) o, in presenza di lesioni non palpabili e/o non visibili macroscopicamente (ad es. calcificazioni), è preferibile l'inclusione totale in blocchi ordinari mediante prelievi sequenziali.
- In caso di lesioni multiple macroscopicamente sospette, ciascuna di esse andrà campionata. E' buona norma campionare anche il tessuto apparentemente sano interposto per verificare istologicamente che le lesioni siano effettivamente separate.
- Quando presente, il capezzolo deve essere incluso in toto in due o più frammenti mediante taglio longitudinale/i, perpendicolare/i alla cute, più il prelievo di una "rondella" di tessuto alla base del capezzolo, mediante due sezioni parallele al piano cutaneo, che consentiranno di valutare la regione dei dotti galattofori.
- Campionamento dei linfonodi ascellari: tutti i linfonodi devono essere prelevati e inclusi in toto per esame istologico.

B - RACCOMANDAZIONI SPECIFICHE IN RELAZIONE AI DIFFERENTI TIPI DI CAMPIONE CHIRURGICO

- Nodulesctomie/Biopsie chirurgiche "diagnostiche":
- Escissioni Terapeutiche / Quadrantectomie (Chirurgia mammaria conservativa):
 - Come già indicato quando le dimensioni del pezzo asportato lo consentono o in presenza di lesioni non palpabili e/o non visibili macroscopicamente (ad es. calcificazioni) la procedura ottimale è l'inclusione in toto in blocchi ordinari sequenziali.
 - Nei casi con diagnosi preoperatoria di DCIS o con sospetto di DCIS (calcificazioni) – in cui le dimensioni radiologiche spesso "sottostimano" la reale estensione della lesione – è opportuno che il campionamento comprenda le estremità (ad es. prossimale e distale) del target radiologico ma anche il tessuto apparentemente sano circostante. Per quanto concerne la valutazione dei margini di exeresi, il campionamento dovrà necessariamente comprendere il punto di minor distanza tra anomalia mammografica e margine di resezione. Sono altresì indicati ulteriori campionamenti mirati delle rimanenti superfici di exeresi. In caso di mancato riscontro delle microcalcificazioni al momento dell'esame microscopico, i blocchi paraffinati potranno essere radiografati per confermare la presenza del target radiologico e allestire nuove sezioni a livelli più profondi.
 - In caso di lesioni palpabili o visibili macroscopicamente, il campionamento potrà essere mirato ed effettuato mediante prelievi in blocchi radiali ("radial block") secondo i piani ortogonali dello spazio (superiore-inferiore, mediale-laterale, superficiale-profondo). In caso di piccole escissioni sarà possibile comprendere la lesione e i margini di resezione in un'unica inclusione; per interventi più ampi sarà necessario utilizzare più inclusioni, campionando separatamente i vari margini. Per ogni neoplasia mammaria, quando le dimensioni lo consentono, vanno ottenute almeno 3 inclusioni, comprendendo in alcuni prelievi l'interfaccia con il parenchima non neoplastico.
- Allargamenti (Ri-escissioni)
 - Il pezzo chirurgico di un allargamento o ri-escissione per margini positivi deve essere orientato per permettere la campionatura mirata in relazione al/i margine/i riscontrato/i precedentemente positivo/i ed effettuare lo studio dello stato del/i nuovo/i margine/i della ri-escissione.
 - Nel caso si rilevi ancora tumore residuo la ricostruzione delle reali dimensioni della lesione è difficile. Tuttavia, a tal fine è buona norma campionare separatamente il tessuto adiacente alla cavità chirurgica dell'escissione precedente e quello a distanza dalla cavità. In tal modo sarà

possibile almeno una ricostruzione parziale delle dimensioni e si potrà valutare se si tratta di lesione singola o multifocale.

○ Mastectomia

- Ogni lesione neoplastica, quando le dimensioni lo consentono, va campionata con almeno 3 inclusioni, comprendendo in alcuni prelievi l'interfaccia con il parenchima non neoplastico. Eventuali rapporti del tumore con cute, capezzolo e fascia/muscolo pettorale vanno valutati mediante prelievi mirati. Devono essere inoltre prelevate tutte le lesioni macroscopicamente sospette, specificandone la topografia. Buona norma effettuare alcuni prelievi random, su ogni quadrante, anche in caso di tessuto apparentemente indenne.
- Come per gli interventi conservativi di grandi dimensioni, in caso di mastectomie effettuate per lesioni non palpabili e/o non visibili (in genere DCIS) si raccomanda il campionamento selettivo delle aree corrispondenti alle anomalie mammografiche segnalate nei referti delle precedenti indagini radiologiche, sulla scorta dei quali potranno essere selezionate le zone topografiche su cui concentrare il campionamento.
- In caso di vicinanza macroscopica della lesione al margine profondo (ad es. fascia/muscolo pettorale) o superficiale (versante cutaneo) nei casi di mastectomia senza asportazione della cute sovrastante la lesione è consigliabile marcare e campionare tali margini.

○ Margine areolare nella mastectomia "Nipple Sparing"

Per l'esame istologico del parenchima retroareolare (intraoperatorio e/o definitivo), è necessario che il chirurgo invii separatamente il frammento discoidale prelevato direttamente dal pezzo operatorio. Tale frammento (di spessore 0,5-1 cm) va marcato sul versante verso il capezzolo ("vero margine") con filo-repere o con clip metallica. Il frammento discoidale retroareolare, in genere unico, viene misurato (diametro massimo e spessore) e il versante verso il capezzolo ("vero margine") deve essere chinato.

L'esame istopatologico può essere eseguito mediante:

- sezioni coronali (perpendicolari all'asse del capezzolo) ottenute sezionando il versante verso la mammella del frammento discoidale "a piatto" (con recupero del "vero margine" mediante ulteriori sezioni sino quasi ad esaurimento del frammento);
- sezioni sagittali (parallele all'asse del capezzolo) dal versante verso il capezzolo a quello mammario, l'intero frammento discoidale va sezionato in fette di 3-5 mm di spessore, interamente incluse.

○ Esame della mammella

La mammella (senza il disco retroareolare, se già inviato per l'esame intraoperatorio al congelatore o inviato a parte qualora non sia stato effettuato l'esame intraoperatorio), viene inviata al Laboratorio di Anatomia Patologica con fili di repere per permetterne l'orientamento.

E' importante che la richiesta di esame istologico riporti esattamente la sede (quadrante) della lesione o le sedi in caso di lesioni multiple .

2.5 Diagnosi postoperatoria

Nella diagnosi post-operatoria è fondamentale il referto Anatomico-Patologico per le indicazioni terapeutiche e per il follow-up. Il referto contiene tutte le informazioni richieste come da check-list da linee guida GIPAM condivise con la Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d' Aosta.

CHECK LIST DIAGNOSI MICROSCOPICA CARCINOMA MAMMARIO INFILTRANTE:

Istotipo (sec. WHO 2012);

- Grado istologico (sec. Elston et al. 1991): grado #;
- Invasione vascolare peritumorale (non evidente, presente);
- Invasione vascolare peritumorale massiva;
- Invasione perineurale peritumorale;
- Focolai multipli di carcinoma invasivo (focolai distinti separati da parenchima sano);
- Carcinoma in situ peritumorale*: (% , istotipo, grado nucleare) segnalare la presenza di estesa componente intraduttale (quando CDIS >25%);
- Presenza o assenza di necrosi (necrosi assente, necrosi presente centrale tipo comedo; necrosi presente focale);
- Dimensioni microscopiche della componente invasiva;
- Sede (viene indicato il quadrante in caso di mastectomia);
- Microcalcificazioni (stromali/endoluminali/vascolari);

- Valutazione microscopica dei margini di resezione con le seguenti definizioni:
 - 1) MARGINE POSITIVO (presenza di china sulla lesione), specificando:
 - a) di quale margine/i si tratta,
 - b) se si tratta di un focolaio unico o multiplo di invasione,
 - c) l'eventuale presenza di componente in situ sul margine.
 - 2) MARGINE/I INDENNE/I DA INVASIONE (non si osserva china sulla lesione), specificando la misura della distanza della lesione dai margini campionati se a meno di 1 cm (compresa la distanza dall'eventuale componente in situ);
- Parenchima esente da neoplasia
- Staging (pT sec. TNM 2017 VIII edizione).

CHECK-LIST DIAGNOSI MICROSCOPICA CARCINOMA MAMMARIO IN SITU:

- Tipo di neoplasia;
- Classificazione DIN secondo Tavassoli;
- Istotipo prevalente;
- Calcificazioni valutate microscopicamente;
- Necrosi: (necrosi assente, necrosi presente centrale tipo comedo; necrosi presente focale);
- Estensione massima misurabile microscopicamente: mm;
- Valutazione microscopica dei margini di resezione con le seguenti definizioni:
 - 1) MARGINE POSITIVO (presenza di china sulla lesione), specificando:
 - a) di quale margine/i si tratta,
 - b) se si tratta di un focolaio unico o multiplo.
 - 2) MARGINE/I INDENNE/I DA INVASIONE (non si osserva china sulla lesione) specificando la misura della distanza della lesione da tutti i margini campionati se a meno di 1 cm.
- Microinvasione (≤ 1 mm): assente/presente e specificare se sono multipli focolai.
- Grading nucleare (sec. Linee Guida Europee 2006)
- Altre lesioni.

2.6 REFERTAZIONE dei FATTORI PROGNOSTICO/PREDITTIVI determinati con METODICA IMMUNOISTOCHEMICA

Nel referto si indica:

Recettori per gli estrogeni (**ER**) (clone SP1, ditta Ventana): positivo nel #% delle cellule neoplastiche.

Recettori per il progesterone (**PgR**) (clone PR1E2, ditta Ventana): positivo nel #% delle cellule neoplastiche.

Controlli di qualità:

Ogni vetrino utilizzato per la determinazione dei recettori include anche parenchima mammario non neoplastico da utilizzare come controllo interno.

In caso di biopsie si aggiunge un frammento di neoplasia positivo che funge da controllo.

Ki- 67 (clone MIB-1, ditta Dako): positivo nel # % delle cellule neoplastiche.

Raccomandazioni ASCO/CAP 2013; Consensus AIOM-SIAPEC 2014: Best possible care in Breast Cancer (BICE); GIPAM 2014.

Controlli di qualità:

Ogni vetrino utilizzato per la determinazione per la determinazione HER2 con il kit Herceptest include un frammento di parenchima mammario 3+ positivo come controllo per la procedura an Pathway anti-HER-2/neu (4B5) ditta VENTANA

- 0 Negativo: assenza di colorazione della membrana delle cellule di carcinoma invasivo, o colorazione incompleta debolissima / appena percettibile in $\leq 10\%$ delle cellule.
- 1+ Negativo: colorazione della membrana incompleta debolissima / appena percettibile in $>10\%$ delle cellule di carcinoma invasivo.
- 2+ Equivoco:
 - colorazione della membrana cellulare completa, debole – moderata, in $>10\%$ delle cellule di carcinoma invasivo;
 - colorazione della membrana cellulare incompleta (baso-laterale o laterale), moderata / intensa in $>10\%$ delle cellule di carcinoma invasivo (istotipo micro papillare).
- 3+ positivo: colorazione della membrana cellulare completa, intensa, in $>10\%$ delle cellule di carcinoma invasivo.
- Indeterminato

(Raccomandazioni ASCO / CAP 2013; Consensus AIOM / SIAPEC 2014; Best possible care in Breast Cancer (BICE); GIPaM 2014).

Esame con metodica FISH eseguito in convenzione presso l' Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino.

Il Servizio partecipa a controlli di qualità nazionali (progetto SIAPEC-RETE ONCOLOGICA Regione Piemonte) e internazionali (UK-NEQAS)

2.7 PROTOCOLLO DIAGNOSTICO PER IL LINFONODO SENTINELLA (LS)

METODO DI INVIO

Ogni singolo LS deve essere posto in idoneo contenitore, etichettato e inviato immediatamente al laboratorio di Anatomia Patologica. Nel caso non fosse possibile, il prelievo va conservato in adeguato quantitativo di formalina neutra tamponata al 10%.

RIDUZIONE MACROSCOPICA

I linfonodi con diametro >5 mm, vanno sezionati lungo l'asse minore, a intervalli di circa 1-2 mm, per una più esaustiva valutazione della capsula e del seno marginale (sede preferenziale di ITC), e inclusi in toto, possibilmente in un'unica biocassetta, avendo l'accortezza di poggiare le superfici di taglio così ottenute, sempre nel medesimo verso (eventualmente anche con l'ausilio di spugnette). Tale materiale deve esser incluso dal tecnico rispettando l'orientamento delle sezioni effettuate dal patologo. I LS di diametro <5 mm vanno tagliati a metà in senso longitudinale e inclusi interamente.

MODALITÀ DI ESECUZIONE

Esame esclusivamente in paraffina: il LS è fissato in formalina e incluso in paraffina. Ciascun LS deve essere prelevato in maniera indipendente per l'esame microscopico. Per diagnosticare un LS macroscopicamente metastatico è sufficiente una singola sezione in E&E, senza ricorso al "multistep sectioning" e all'immunoistochimica. L'immunoistochimica per le citocheratine è opzionale, secondo quanto indicato dalle linee guida Europee. Se dall'esame delle sezioni in E&E non si identificano lesioni metastatiche, è consigliabile procedere ad approfondimento IIC con citocheratine ad ampio spettro su almeno 3 sezioni, a diversi livelli di taglio.

L'immunoistochimica per le citocheratine, raramente necessaria per l'identificazione delle macrometastasi, è utile per la diagnosi delle micrometastasi e delle ITC ed è raccomandabile nelle metastasi da carcinomi lobulari potendo, talora, essere di ausilio anche nell'identificazione di macrometastasi.

Qualora vi siano indicazioni di patologia di altra natura, il linfonodo esce dal protocollo.

VALUTAZIONE MACROSCOPICA

○ Linfonodo sentinella

Linfonodo "sentinella" è esaminato (sec. protocollo di trattamento linfonodo sentinella proposto SIAPEC-IAP -2006), su sezioni in paraffina condotte a intervalli di 100 microns fino ad esaurimento del materiale incluso ed esame microscopico condotto su 20 sezioni colorate con ematossilina ed eosina e mediante immunocolorazioni con anticorpi antipancitoccheratina AE1-AE3 su sezioni scelte dall'anatomopatologo.

A questo punto, si raccolgono due sezioni parallele, una per EE e una di riserva "bianca" per eventuali colorazioni di ICC (nei CLI e nei casi dubbi o in caso di inaspettati linfomi). In tutto si avranno 20 E&E, e 20 sezioni bianche e materiale esaurito. Il referto microscopico dovrebbe comprendere:

- il numero totale dei SN ricevuti e quindi esaminati;
- metastasi macroscopica se presente;
- il numero di linfonodi con malattia metastatica;
- l'entità dell'interessamento metastatico espresso in mm, soprattutto per le micrometastasi, e con le categorie pN del TNM VIII edizione 2017.

Se si osservano diversi foci metastatici all'interno di un linfonodo, dovrebbe essere preso in considerazione il più ampio. Usando le categorie del TNM VIII edizione 2017, deve essere utilizzato il suffisso (sn) nel caso che lo stato linfonodale sia stato determinato unicamente sulla base della biopsia del SN (cioè senza dissezione ascellare);

- si esplicita il protocollo usato e se la positività è stata verificata solo sulla base della E&E o dell'immunoistochimica con anticorpi antipancitoccheratina;
- le cellule isolate tumorali, se riscontrate, sono riportate nel referto.

○ LINFONODI ASCELLARI

- Numero totale di linfonodi esaminati: #
- Numero di linfonodi metastatici: #
- Estensione extracapsulare: #
- Linfonodi-Staging (pN sec. TNM VIII edizione 2017): #

3. TRATTAMENTO CHIRURGICO

3.1 Malattia non invasiva

3.1.1. Neoplasia intraepiteliale duttale (DIN)

Tipo ad alta malignità Alto grado (DIN 3)

- Lesioni unifocali e multifocali: resezione ampia o quadrantectomia, con orientamento e radiografia del pezzo operatorio per valutare la presenza e la corrispondenza delle microcalcificazioni riscontrate all'esame mammografico.
- Lesioni multicentriche: mastectomia *nipple* o *skin sparing* con risparmio del complesso areola capezzolo e valutazione istologica intraoperatoria e, poi, definitiva del tessuto retroareolare. La presenza di tessuto neoplastico in tale sede impone, infatti, la rimozione del complesso areola capezzolo.

Margini di resezione liberi da malattia. In caso contrario va eseguito un ulteriore intervento, salvo casi particolari da valutare in ambito multidisciplinare.

La biopsia del linfonodo sentinella è consigliata per il rischio della presenza di microinvasione.

Tipo a bassa - media malignità (DIN 1 DIN 2):

- Lesioni unifocali e multifocali: resezione ampia o quadrantectomia, con orientamento e radiografia del pezzo operatorio per valutare la presenza e la corrispondenza delle microcalcificazioni riscontrate all'esame mammografico.
- Lesioni multicentriche: mastectomia *nipple* o *skin sparing* con risparmio del complesso areola capezzolo e valutazione istologica intraoperatoria e, poi, definitiva del tessuto retroareolare. La presenza di tessuto neoplastico in tale sede impone, infatti, la rimozione del complesso areola capezzolo.

Margini di resezione liberi da malattia. In caso contrario va eseguito un ulteriore intervento, salvo casi particolari da valutare in ambito multidisciplinare.

La biopsia del linfonodo sentinella è consigliata in caso di mastectomia per lesioni estese, dato il rischio della presenza di microinvasione e l'impossibilità di eseguire la biopsia del linfonodo sentinella dopo mastectomia

3.1.2. Neoplasia intraepiteliale lobulare LIN

Tipo ad alta malignità Alto grado (LIN 3)

- Lesioni unifocali e multifocali: resezione ampia o quadrantectomia, con orientamento e radiografia del pezzo operatorio per valutare la presenza e la corrispondenza delle microcalcificazioni riscontrate all'esame mammografico.
- Lesioni multicentriche: mastectomia *nipple* o *skin sparing* con risparmio del complesso areola capezzolo e valutazione istologica intraoperatoria e, poi, definitiva del tessuto retroareolare: la presenza di tessuto neoplastico in tale sede impone, infatti, la rimozione del complesso areola capezzolo.

Margini di resezione liberi da malattia. In caso contrario va eseguito un ulteriore intervento, salvo casi particolari da valutare in ambito multidisciplinare.

La biopsia del linfonodo sentinella è consigliata per il rischio della presenza di microinvasione.

Tipo a bassa - media malignità (LIN 1 LIN 2):

- Lesioni unifocali e multifocali: resezione ampia o quadrantectomia, con orientamento e radiografia del pezzo operatorio per valutare la presenza e la corrispondenza delle microcalcificazioni riscontrate all'esame mammografico.
- Lesioni multicentriche: mastectomia *nipple* o *skin sparing* con risparmio del complesso areola capezzolo e valutazione istologica intraoperatoria e, poi, definitiva del tessuto retroareolare: la presenza di tessuto neoplastico in tale sede impone, infatti, la rimozione del complesso areola capezzolo

Margini di resezione liberi da malattia. In caso contrario va eseguito un ulteriore intervento, salvo casi particolari da valutare in ambito multidisciplinare.

La biopsia del linfonodo sentinella è consigliata in caso di mastectomia per lesioni estese, dato il rischio della presenza di microinvasione e l'impossibilità di eseguire la biopsia del linfonodo sentinella dopo mastectomia.

Queste neoplasie non sono palpabili, pertanto, vengono eseguite resezione ghiandolare o quadrantectomia su repere, orientamento e radiografia del pezzo operatorio per valutare la presenza e la corrispondenza delle micro calcificazioni e/o di eventuale clip metallica, lasciata in sede in corso della precedente procedura biotica.

Margini di resezione liberi da malattia. In caso contrario va eseguito un ulteriore intervento, salvo casi particolari da valutare in ambito multidisciplinare.

Tecnica di *reperage*: uso del filo guida metallico posizionato sotto guida strumentale il giorno dell'intervento.

3.2 Malattia invasiva

3.2.1. Carcinoma infiltrante (duttale lobulare) operabile

La terapia si basa su resezione parziale o quadrantectomia, quando l'estensione della malattia, anche se multifocale, sia entro i limiti anatomici di una chirurgia conservativa. Il rapporto tra il volume mammario e l'ampiezza dell'intervento deve essere favorevole all'asportazione completa della neoplasia con un risultato cosmetico accettabile. In caso di neoplasia ≥ 3 cm di diametro clinico o radiologico con possibilità di terapia chirurgica conservativa impedita dalle dimensioni del tumore, va considerata una chemioterapia neoadiuvante.

Per resezione ampia o tumorectomia allargata si intende l'asportazione di una porzione di tessuto mammario comprendente il tumore e un margine non inferiore al centimetro di parenchima circostante macroscopicamente sano. Su questo argomento non vi è un accordo unanime, ma una recente metanalisi sembrerebbe portare alla conclusione che margini liberi da neoplasia (assenza di cellule tumorali dal margine chinato) siano sufficienti (Houssami). Si tende, comunque, ad avere margini di circa 5 mm di tessuto sano alla valutazione macroscopica intraoperatoria, anche se in caso di assenza di cellule tumorali dal margine chinato all'istologico definitivo non si dà indicazione a re-escissione chirurgica.

E' da preferire un'incisione radiale, comprendente una piccola losanga di cute, in caso di lesione superficiale. Il pezzo chirurgico viene orientato fissandolo su un cartoncino sterile e mandato al patologo per la valutazione dei margini. Una valutazione macroscopica è eseguita estemporaneamente nei casi di neoplasie palpabili.

La mastectomia è riservata a carcinomi estesi oltre un quadrante, multicentrici, multifocali estesi o con sospetto radiologico o ecografico di multicentricità, e a tutte le situazioni nelle quali la chirurgia conservativa esiti in un risultato cosmetico scarso. Si adotta la tecnica della mastectomia totale con biopsia del linfonodo sentinella e/o dissezione ascellare, se necessaria (positività citologica di linfonodi sospetti all'ETG preoperatoria). Attualmente, quando tecnicamente possibile e l'esame estemporaneo del tessuto retroareolare è negativo si preferisce eseguire la mastectomia "*nipple sparing*" che garantisce risultati estetici decisamente migliori.

La ricostruzione mammaria è il completamento della mastectomia, da proporre sempre nel corso dello stesso intervento demolitivo, a eccezioni dei casi destinati a trattamento radioterapico (in questi casi viene presa in considerazione una ricostruzione differita con lembi o con protesi dopo *lipofilling*).

La biopsia del linfonodo sentinella è ancora la procedura standard. Sono una controindicazione assoluta il carcinoma infiammatorio, l'adenopatia ascellare con agoaspirato C5, pazienti sottoposte a chemioterapia neoadiuvante con precedente coinvolgimento linfonodale (C5). La tecnica che si preferisce è basata sul tracciante radioattivo legato a microaggregati di albumina umana iniettati in prossimità del tumore (sottocute, oppure area peritumorale); in alcuni Centri viene utilizzato il colorante vitale patent blu, accettabile ma meno preciso.

In presenza di adenopatie ascellari con agoaspirato positivo per cellule tumorali si esegue la dissezione ascellare totale del I e II livello: nel caso di evidenza di metastasi al III livello si completa la dissezione asportando i linfonodi di tale livello. La procedura è la stessa in caso di linfonodo sentinella non "migrato" o non identificato, evenienza molto rara.

In caso di presenza nel linfonodo sentinella di ITC o di micrometastasi (< 2 mm) non si esegue la dissezione linfonodale ascellare completa. Nel caso di macrometastasi del linfonodo sentinella nella terapia conservativa il caso viene discusso al GIC per indicazioni ad eseguire la dissezione ascellare (fino a pT2, pazienti candidate a chemioterapia e a radioterapia) mentre la dissezione è eseguita in caso di macrometastasi al linfonodo sentinella in pazienti sottoposte a mastectomia

3.2.2. Ricostruzione mammaria dopo patologia oncologica

Ricostruzione dopo chirurgia conservativa

La ricostruzione viene attuata, a seconda delle quantità di tessuto asportato e della sede, mediante rimodellamento del parenchima residuo o applicando le varie tecniche di mastoplastica.

Ricostruzione dopo mastectomia

Ricostruzione con materiale protesico in due tempi, immediata o differita mediante espansore e successivo impianto di protesi con eventuale intervento di simmetrizzazione della mammella contro laterale (mastopessi o mastoplastica riduttiva o additiva)

Ricostruzione con materiale autologo, lembi di vicinanza, lembo peduncolato muscolo-cutaneo di grandorsale, lembo Tram, lembi liberi (DIEP) che consentono un'adeguata ricostruzione del mantello cutaneo, più eventualmente espansore e/o protesi.

Indicazione ai lembi peduncolati è la presenza di tessuto compromesso dalla radioterapia (si potrebbe optare per una ricostruzione con lembi peduncolati come il Tram o di Gran Dorsale o lembi liberi).

Controindicazioni, invece, la situazione clinica scadente della paziente, la presenza di cicatrici nelle aree dei lembi da scolpire, la scarsa aspettativa di vita.

Ricostruzione complesso Areola/Capezzolo

- Capezzolo: mediante lembi cutanei scolpiti in corrispondenza della sede di impianto o mediante innesto di porzione del capezzolo contro laterale.
- Areola: mediante tatuaggio .

La ricostruzione del complesso areola/capezzolo viene effettuata quando il trattamento ricostruttivo della mammella sia stato ultimato e il suo risultato si possa considerare stabilizzato.

Lipofilling

Innesto di tessuto adiposo autologo utile per ammorbidire le cicatrici dei pregressi interventi, per mascherare i margini protesici, per migliorare la qualità della cute irradiata per la presenza di cellule staminali mesenchimali.

3.2.3. Malattia localmente avanzata

Il Carcinoma della Mammella Localmente Avanzato (LABC) e il Carcinoma Infiammatorio della Mammella (IBC), pur essendo due entità nosologiche distinte sostenute da una diversa biologia e con differenti modalità di presentazione clinica, richiedono entrambe, per un trattamento quanto più efficace possibile, una discussione collegiale nell'ambito di un gruppo multidisciplinare che comprende la figura dell'oncologo medico, del radiologo, del chirurgo e del radioterapista. Da un punto di vista prettamente clinico, sia il tumore della mammella localmente avanzato sia il tumore della mammella infiammatorio possono essere definiti come tumori che, pur non essendo metastatici alla loro presentazione, sono funzionalmente non operabili, cioè non radicalmente asportabili per le loro dimensioni o per la loro estensione ai linfonodi ascellari (clinico N+). Questi tumori, anche in presenza di una chirurgia apparentemente radicale, presentano un'alta percentuale di recidive sia locali sia metastatiche e un basso indice di sopravvivenza, se sottoposti a i soli trattamenti locoregionali (Chirurgia + Radioterapia). Sia per ottenere un minore tasso di recidive locali sia per abbassare le probabilità di una ripresa a distanza è consigliabile, nella maggior parte dei casi, proporre alla paziente una "Terapia Primaria" detta anche "Terapia Neo-Adiuvante" (chemio o ormonoterapia). L'obiettivo è quello di ridurre la malattia e renderla operabile, come pure portare ad una terapia chirurgica conservativa le pazienti inizialmente candidate a mastectomia.

Il posizionamento di un marcatore radiopaco nella sede del tumore prima della chemioterapia neo-adiuvante è associato a un miglior controllo locale, in virtù di una più precisa individuazione della sede tumorale al momento della successiva escissione chirurgica. Anche il posizionamento di clips chirurgiche sul letto operatorio, secondo linee guida codificate, in corso di chirurgia conservativa ne rende più agevole l'identificazione per una più efficace somministrazione del *boost* radioterapico.

4. TRATTAMENTO MEDICO

4.1 INCIDENZA E MORTALITA'

Il carcinoma mammario è la neoplasia più diagnosticata nelle donne, in cui circa un tumore maligno ogni tre (29%) è un tumore mammario. I tumori della mammella rappresentano il tumore più frequentemente diagnosticato tra le donne sia nella fascia d'età 0-49 anni (41%), sia nella classe d'età 50-69 anni (36%), sia in quella più anziana 70 anni (21%). Le differenze tra macro-aree osservate nel periodo 2006-2009 mostrano una maggiore incidenza al Nord (124,9 casi/100.000 abitanti) rispetto al Centro (100,3 casi/100.000 abitanti) e al Sud-Isole (95,6 casi/100.000 abitanti)

Dati relativi al 2013 indicano che il carcinoma mammario rappresenta la prima causa di morte per tumore nelle donne, con circa 12.500 decessi, al primo posto anche in diverse età della vita, rappresentando il 28% delle cause di morte oncologica prima dei 50 anni, il 21% tra i 50 e i 69 anni e il 14% dopo i 70 anni. Dalla fine degli anni Ottanta si osserva una moderata, ma continua tendenza alla diminuzione della mortalità per carcinoma mammario (-1,6%/anno), attribuibile all'efficacia dello screening, almeno in alcune fasce d'età, e ai progressi terapeutici (in particolar modo alle terapie multimodali).

4.2 CLASSIFICAZIONI

Il carcinoma della mammella è una malattia eterogenea e pazienti con tumori apparentemente simili per caratteristiche clinico-patologiche possono presentare un decorso clinico diverso. In seguito alle indagini di biologia molecolare sono stati individuati quattro sottotipi di carcinomi invasivi:

- “**luminali A**”: neoplasie con espressione dei recettori ormonali, a prognosi favorevole;
- “**luminali B**”: neoplasie che, pur possedendo l'espressione dei recettori ormonali, hanno un rischio di recidiva elevato, a causa dell'elevato indice proliferativo correlato ad alta espressione dei geni di proliferazione;
- “**HER2**”: presenza di espressione di HER2;
- “**basal like**”: neoplasie caratterizzate dalla assenza di espressione dei recettori ormonali e di HER2 e da una aumentata espressione delle citocheratine (mioepiteliali) basali (CK5/6 e CK 17).

All'interno di questi sottotipi esiste un'elevata eterogeneità. Alla luce delle nuove conoscenze patologiche e molecolari vi è una definizione di ulteriori sottotipi di carcinoma mammario.

La presenza di questi diversi sottotipi contraddistinti da una diversa biologia molecolare e da un diverso comportamento clinico ha poi permesso di mostrare una diversa sensibilità agli agenti chemioterapici e alle terapie target. Nella pratica clinica, la valutazione immunoistochimica dello stato dei recettori ormonali, del Ki67 e di HER2, permette di identificare i 4 sottogruppi fenotipici di carcinoma mammario che presentano una “relativa” corrispondenza con le 4 derivate dai profili di espressione genica.

I gruppi immunofenotipici di rilevanza clinica e con implicazioni terapeutiche importanti, anche a livello di terapia adiuvante, sono:

1. **-luminali A**: recettori ormonali positivi, HER2 negativo e bassa attività proliferativa (di cui fanno parte frequentemente alcuni istotipi speciali quali carcinoma tubulare, carcinoma lobulare tipo classico);
2. **-luminali B/ HER2 negativi**: recettori ormonali positivi, HER2 negativo ed alta attività proliferativa;
3. **-luminali B/HER2 positivi**: recettori ormonali positivi, HER2 over-espresso (score 3+ delle reazioni di immunoistochimica) o amplificato, qualsiasi valore di attività proliferativa;
4. **-HER2 positivi (non luminali)**: HER2 over-espresso (score 3+ delle reazioni di immunoistochimica) o amplificato (FISH o altre metodiche) ed entrambi i recettori ormonali negativi;
5. **-tripli negativi**: assenza di espressione dei recettori ormonali e negatività di HER2. All'interno del sottogruppo “triplo negativo” sono compresi alcuni istotipi speciali come il midollare tipico e l'adenoidocistico, a basso rischio di ripresa. Analisi retrospettive hanno associato i quattro sottotipi a differenze in sopravvivenza libera da malattia, sedi di ripresa di malattia e sopravvivenza globale.

4.3 FATTORI PROGNOSTICI

Esistono fattori validati che si sono dimostrati essere importanti dal punto di vista prognostico ed utili nella scelta del tipo di trattamento quali:

- Dimensioni del tumore
- Stato dei linfonodi ascellari
- Grado istologico
- Attività proliferativa (Ki67)
- Tipo istologico
- Invasione vascolare
- Stato di HER-2
- Stato dei recettori ormonali
- Età della paziente (< 35 anni: prognosi peggiore)

4.4 STADIAZIONE

Negli stadi I-II non è prevista la stadiazione strumentale, mentre negli stadi III è prevista completa con TC torace + addome e scintigrafia ossea. Qualora tali esami risultino dubbi viene eseguita FDG-PET di approfondimento diagnostico.

4.5 TRATTAMENTO

4.5.1 Carcinoma duttale in situ (DCIS)

Il trattamento del DCIS ha l'obiettivo di prevenire l'insorgenza di lesioni invasive. Studi clinici hanno dimostrato in pazienti con positività per i recettori ormonali che l'utilizzo del tamoxifene 20 mg die per 5 anni

porta a un beneficio in termini di riduzione del rischio di recidiva ipsilaterale invasiva e di carcinoma mammario controlaterale. Valutando adeguatamente rischi e benefici è proponibile tale trattamento.

4.5.2 Carcinoma lobulare in situ (LCIS)

Tenuto conto del risultato di alcuni studi clinici, dell'assenza di dati circa i vantaggi di sopravvivenza globale, valutando adeguatamente rischi e benefici, è proponibile alle pazienti con positività per i recettori ormonali il trattamento con tamoxifene 20 mg/die per 5 anni. La variante istologica Pleomorfa del LCIS ha un potenziale di evolvere verso il carcinoma infiltrante simile a quella del DCIS, si è deciso di trattare tale forma, come riportato nelle LG, alla stessa stregua del DCIS.

4.5.3 Carcinoma microinvasivo (T1 mic)

Il Carcinoma mammario microinvasivo (pT1mic) ha una componente infiltrante di dimensioni microscopiche ≤1 mm. Il carcinoma microinvasivo spesso si associa al carcinoma duttale in situ. La prognosi è usualmente molto buona. In accordo con le LG non è prevista terapia sistemica (CT) adiuvante. In base ai recettori ormonali è proponibile ormonoterapia.

4.5.4 Carcinoma infiltrante operabile

Chemioterapia

Il *trattamento chemioterapico* adiuvante viene preso in considerazione in base alla riduzione del rischio di recidiva, tenendo conto sia di fattori legati alla paziente (età, comorbidità, volontà della paziente) sia di fattori legati alla neoplasia (dimensioni della neoplasia, numero linfonodi metastatici, grading, attività proliferativa, istologia, stato recettori ormonali, stato di Her2).

Gli schemi di chemioterapia che vengono maggiormente utilizzati, dati i vantaggi offerti in termini di DFS e in OS, sono quelli contenenti antracicline e taxani, in sequenza (AC/EC ↔ taxolo settimanale o FEC100 ↔ TXT100 o Taxolo settimanale). Lo schema TC (taxotere-ciclofosfamide) viene utilizzato, anche se meno routinariamente, in pazienti con controindicazioni a trattamenti con antracicline. Le pazienti sono sottoposte a regolare controllo ecocardiografico pre-CT e al termine del trattamento con antracicline

Immunoterapia adiuvante (Trastuzumab)

In seguito a riscontro di positività immunoistochimica HER2 (3+), oppure un'amplificazione con esame FISH, su esame istologico, viene impostata terapia adiuvante con trastuzumab settimanale o trisettimanale per un anno come da LG. Le pazienti sono sottoposte a monitoraggio ecocardiografico regolare prima di iniziare trastuzumab e successivamente ogni 3-4 mesi. In caso di utilizzo di schema chemioterapico tipo TC (taxotere-ciclofosfamide) il trastuzumab viene eseguito al termine dei 4 cicli di TC.

Ormonoterapia

Il trattamento di endocrinoterapia viene riservato alle pazienti con recettori ormonali positivi.

PAZIENTI IN PREMENOPAUSA/PERIMENOPAUSA

Come da LG per tali pazienti viene proposta OT con tamoxifene per la durata di 5 anni. Solo in caso di tossicità da tamoxifene o utilizzo controindicato, nelle donne in premenopausa valutiamo l'ipotesi di trattamento con LH-RH analogo in combinazione con IAs per 5 anni.

PAZIENTI IN POST MENOPAUSA

La terapia ormonale adiuvante deve comprendere gli antiaromatasi. Tale strategia terapeutica prevede la proposta sia di IAs per 5 anni sia la strategia *switch* con tamoxifene per 2-3aa e a seguire IAs per 3-2 anni. Viene proposta una terapia con solo tamoxifene 20 mg per 5 anni nel caso di controindicazione a IAs o per rifiuto/intolleranza da parte della paziente.

Durante la somministrazione della terapia ormonale adiuvante con IAs, viene monitorata periodicamente la mineralizzazione ossea tramite densitometria ossea, secondo le LG e viene monitorato l'assetto lipidico cercando di consigliare alla paziente di aderire a stili di vita che prevedano un regime dietetico equilibrato.

Terapia medica in fase avanzata

- Prima linea Her2 negativo
 - Pazienti FIT e/o con grosso carico di malattia, a esordio metastatico è proponibile una terapia di combinazione con schedule preferenzialmente contenenti antracicline o taxani.
 - Pazienti non FIT e/o con basso carico di malattia sono proponibili monochemioterapie (Taxani, antracicline liposomali, Vinorelbina, Capecitabina).

- Nelle pazienti oligometastatiche e/o con malattia metastatica su tessuti molli/osso, se ormonoresponsive, è proponibile una endocrinoterapia o eventualmente nuovi approcci terapeutici con OT e inibitori di mTOR (afinitor), associazione di ormonoterapia con inibitori delle cicline.
- Prima linea Her2 positivo
 - In tali pazienti, se non controindicazioni dal punto di vista cardiologico, viene proposta una terapia standard di combinazione con doppio blocco HER2 Trastuzumab + Pertuzumab + chemioterapia (docetaxel trisettimanale o taxolo settimanale).
 - In base al carico di malattia presente e alle condizioni cliniche, in tali pazienti è anche proponibile un trattamento endocrino + trastuzumab
- 2° linea HER 2 positivo
dopo un trattamento con trastuzumab alla progressione di malattia è proponibile una combinazione con trastuzumab-emtastina (TDM-1) o Tyverb e capecitabina o in casi selezionati, Tyverb+ormonoterapia (IAs).

5. TRATTAMENTO RADIOTERAPICO

5.1 Carcinoma lobulare in-situ

L'unico trattamento locale attualmente consigliato è l'escissione chirurgica. Non vi è indicazione alla RT complementare

5.2 Carcinoma duttale in-situ :

Nel DCIS dopo chirurgia conservativa è indicata la RT sull'intera mammella residua in particolare nelle pazienti a rischio intermedio /alto, si può discutere con la paziente nel basso rischio. Si utilizza sia il frazionamento standard con una dose totale di 50 Gy / 2Gy die in 25 frazioni e somministrazione del *boost* sul letto con dose totale di 10-16 Gy / 2Gy die in 5-8 frazioni in relazione allo stato dei margini, sia l'ipofrazionamento 45 + 10 Gy boost concomitante in 20 sedute o omettere il boost nel basso rischio.

5.3 Carcinoma infiltrante dopo chirurgia conservativa

La radioterapia è parte integrante del trattamento conservativo e i fattori che la controindichino controindicano l'intera strategia.

L'irradiazione dell'intero parenchima mammario (la cute non è parte del volume bersaglio a meno di un suo coinvolgimento da parte della neoplasia) va considerato come lo standard nell'approccio conservativo del carcinoma della mammella.

Frazionamento, dose e tecniche:

E' indicata l'irradiazione di tutta la mammella, (senza inclusione nel target della cute) e delle stazioni linfonodali nei casi clinici previsti (come indicato nel documento AIRO)

Si utilizza sia il frazionamento standard con una dose totale di 50 Gy / 2Gy die in 25 frazioni sia somministrazione del boost sequenziale sul letto chirurgico, con dose totale di 10-16 Gy / 2Gy die in 5-8 frazioni, in relazione ai margini chirurgici.

Si adottano schemi di ipofrazionamento, in presenza di clips chirurgiche, la cui equivalenza, in termini di efficacia, tossicità e risultato cosmetico, emerge dai risultati a lungo termine di diversi studi prospettici randomizzati.

Presso la nostra struttura si adotta il seguente regime di ipofrazionamento con boost concomitante: 50Gy / 2,5 Gy die sul letto chirurgico, 45 Gy sul parenchima mammario residuo, in 20 sedute.

Le tecniche di trattamento prevedono campi tangenziali filtrati con cuneo compensatore o campi field in field con utilizzo di MCL.

Per quanto riguarda l'irradiazione delle stazioni linfonodali, tutte le indicazioni fornite dalla letteratura derivano da dati storici degli studi randomizzati e delle metanalisi, che dimostrano che dopo mastectomia la recidiva si manifesta principalmente sulla parete toracica (60-80%) e sui linfonodi sovraclaveari (20-40%). Ampie casistiche più recenti hanno inoltre confermato che, in termini di ricaduta loco-regionale, i linfonodi sovraclaveari e infraclaveari sono quelli più frequentemente interessati, mentre il tasso di recidiva osservato a carico dei linfonodi ascellari di I-II livello è stato minimo (< 2% a 10 anni) e non associato a particolari

fattori di rischio. Da questi dati, pertanto, possiamo estrapolare le indicazioni per l'irradiazione alle stazioni linfonodali sia dopo chirurgia conservativa sulla mammella sia dopo mastectomia completa.

Per i linfonodi ascellari (I e II livello) la radioterapia non è indicata, se la dissezione ascellare è adeguata o in presenza di linfonodo sentinella positivo micrometastatico. In presenza di macrometastasi a carico del linfonodo sentinella alcuni autori hanno suggerito un ruolo della RT estesa alle stazioni linfonodali regionali in alternativa alla linfadenectomia.

Lo studio AMAROS è uno studio di non-inferiorità ideato per dare una risposta a questo quesito. I risultati a 5 anni indicano un eccellente controllo loco-regionale e nessuna differenza significativa in termini di DFS, ma il limitato numero di eventi (ricadute) e il breve follow-up rendono tale studio statisticamente sottopotenziato.

La radioterapia sui livelli ascellari I-II non è, pertanto, attualmente da considerarsi un'alternativa equipollente alla chirurgia. Nella recente Consensus di St. Gallen 2015, gli esperti hanno discusso circa l'approccio terapeutico da adottare nelle pazienti con macrometastasi in 1-2 linfonodi sentinella. La maggioranza concordava nella omissione della dissezione ascellare qualora sia stata pianificata una radioterapia a campi tangenti standard e ancor di più qualora sia stata pianificata una radioterapia con campi tangenziali ad includere parte della regione ascellare (High Tangents). Sono necessari ulteriori studi, al momento appena ideati o iniziati, per definire la RT ottimale per le pazienti con linfonodo sentinella positivo, sottoposte alla sola SNLB.

Per i linfonodi sopra-infraclaveari omolaterali (III-IV livello ascellare) la radioterapia è da prevedere in caso di positività linfonodale a tale livello, nei casi di tumore avanzato (T3/T4), nei tumori T1/2 con più di 4 linfonodi positivi in ascella. Da considerare nei tumori T1/2 con 1-3 linfonodi positivi in ascella in pazienti ad alto rischio (almeno 2 fattori: età <45 anni, T ≥ 3 cm, Recettori negativi, LVI+, G3, Nratio > 20-25%. (LG AIRO 2013), ECE (LG AIRO 2015). Nei T3N0, in base ai fattori di rischio, il trattamento potrebbe essere somministrato sulla sola parete toracica o non essere effettuato (LG AIRO 2013).

Per i linfonodi delle catene mammarie interne la radioterapia è argomento molto controverso. E' indicata solo in caso di positività clinica, mentre la posizione non è unanime in caso di negatività clinica degli stessi. E' bene, comunque, sottolineare che dati a lungo termine di studi in cui venivano irradiati gli IMN hanno mostrato una maggiore cardiotossicità probabilmente anche in relazione all'impiego di tecniche di irradiazione obsolete rispetto a quelle ad oggi in uso, che consentono un maggior risparmio degli organi a rischio. Trova, quindi, una forte raccomandazione, nelle pazienti con quattro o più linfonodi ascellari positivi, sottoposte a chirurgia conservativa, l'irradiazione dei linfonodi infra/sovracaveari omolaterali.

Dosi e frazionamento delle stazioni linfonodali: frazionamento convenzionale 2 Gy/fr/die/ 5 fr/sett. Dose totale 50 Gy.

5.4 Radioterapia dopo mastectomia

La pubblicazione della meta-analisi dell'EBCTCG condotta su circa 20000 donne, la metà delle quali con linfonodi positivi e con un follow-up di 20 anni, conferma che il beneficio assoluto di riduzione di mortalità determinato dal trattamento radiante post-mastectomia è controbilanciato da un incremento del rischio di mortalità per altre cause, principalmente cardiovascolari. Nella conclusione della metanalisi il bilancio globale dei benefici e dei rischi è sfavorevole per le donne con basso rischio di recidiva e per le anziane mentre è favorevole per le donne più giovani con alto rischio di recidiva.

I fattori che contribuiscono all'elevata incidenza di recidiva nelle pazienti ad alto rischio includono alcune caratteristiche tumorali quali: dimensione del tumore, grado istologico, presenza di invasione vascolare e/o linfatica, estensione dell'interessamento linfonodale, stato recettoriale e alcuni parametri biologici insiti nel tumore. Nonostante l'efficacia della chemioterapia nelle donne ad alto rischio (neoplasie avanzate e multiplo interessamento linfonodale), la parete toracica e la regione clavicolare sono le sedi più frequentemente interessate dalle recidive (>20%).

Le indicazioni alla radioterapia post mastectomia sulla parete toracica sono rappresentate oggi da:

- infiltrazione della cute, e/o al muscolo pettorale;
- carcinoma infiammatorio;
- margini positivi;
- tumore di dimensioni >5 cm;
- interessamento linfonodale di ≥4 linfonodi.

Si suggerisce tale indicazione anche alle pazienti con tumori pT1-2 con 1-3 linfonodi ascellari positivi, con profilo biologico sfavorevole.

L'analisi della letteratura di questi ultimi anni ha permesso di identificare fattori prognostici sfavorevoli, quali: età ≤ 40-45 anni, dimensioni tumorali ≥ 3,5-4 cm, negatività recettoriale, presenza di invasione linfovaskolare, estensione extracapsulare nella metastasi linfonodale, grading elevato, rapporto tra numero di linfonodi positivi e numero di linfonodi escissi (*nodal ratio*) >20-25%, in presenza dei quali, il rischio di

recidiva loco-regionale, senza RT, può superare il 20%, con conseguente impatto negativo sulla sopravvivenza globale. Tuttavia, la maggior parte dei lavori sull'argomento pubblicati in letteratura negli ultimi anni sono retrospettivi ed eterogenei per numero di pazienti, periodo analizzato, schemi di terapia sistemica adiuvante, volumi radioterapici.

Le tecniche utilizzate consistono in campi tangenziali filtrati con cuneo compensatore in casi di residuo mammario, o campi diretti di elettroni. Qualora sia prevista l'irradiazione della catena mammaria interna, si utilizza la tecnica IMRT (radioterapia a intensità di dose modulata).

5.5 Timing dei trattamenti adiuvanti

La sequenza ottimale tra radioterapia e chemioterapia nell'associazione radiochemioterapica non è ancora stata sufficientemente testata in studi clinici controllati. Concordemente, si conviene che l'inizio della chemioterapia non dovrebbe essere ritardato dall'esecuzione della radioterapia. È prassi consolidata che nei casi ad alto rischio di metastasi la chemioterapia precede la radioterapia. Si raccomanda che il trattamento radiante post-chirurgico venga iniziato possibilmente non oltre le 12 settimane in assenza di chemioterapia, o dopo circa 4 settimane dal termine della chemioterapia adiuvante (consigliabile entro 7 mesi dalla chirurgia), quando eseguita. In generale, si ritiene utile iniziare la RT nel più breve tempo possibile, pur non essendo identificabile una soglia limite. Una recente analisi retrospettiva non ha, infatti, dimostrato un peggioramento del controllo locale o della sopravvivenza globale anche oltre le 24 settimane. In alcune indicazioni cliniche è possibile una associazione concomitante di chemioterapia e radioterapia. Da evitare la concomitanza tra radioterapia e schemi chemioterapici contenenti farmaci cardiotossici. La radioterapia può essere somministrata in concomitanza con il Trastuzumab in quanto non sembra incrementare la tossicità acuta. Non vi sono dati conclusivi per quanto riguarda la tossicità tardiva.

5.6 Malattia locoregionale

La recidiva locoregionale isolata dovrebbe essere considerata come un nuovo tumore primitivo e, quindi, trattata con un approccio terapeutico a intento curativo. La raccomandazione è di effettuare, se possibile, l'escissione radicale della recidiva tumorale. Nei pazienti che non hanno eseguito la radioterapia post-operatoria, la radioterapia sulla parete toracica e, eventualmente, sui linfonodi loco-regionali, in relazione al caso clinico, dovrebbe seguire l'intervento chirurgico.

Nei tumori precedentemente irradiati il valore di una nuova radioterapia è ancora oggetto di studio. Comunque, la re-irradiazione su aree limitate della parete toracica può essere effettuata dopo un'attenta valutazione del rapporto rischio/beneficio, tenendo in considerazione la durata del periodo libero da radioterapia, l'intensità dei cambiamenti strutturali post-radioterapia e il rischio di ripresa di malattia locoregionale.

I pazienti inoperabili possono, se possibile, essere sottoposti a radioterapia radicale sulla parete toracica e linfonodi regionali. In queste pazienti, comunque, la terapia sistemica primaria, con l'intento di ridurre le dimensioni del tumore e renderlo operabile, rappresenta la prima scelta di trattamento.

5.7 Carcinoma infiammatorio

L'approccio terapeutico prevede una *Preoperative Systemic Therapy* (PST) seguita, se possibile, da mastectomia radicale modificata.

La RT postoperatoria si deve eseguire estesa alla parete toracica e ai drenaggi linfonodali. In pazienti che non rispondono al trattamento sistemico preoperatorio deve essere considerato un trattamento radiante seguito, in caso di risposta, da mastectomia.

I volumi di irradiazione sono rappresentati dalla parete toracica o dalla mammella, senza esclusione della cute, se la paziente non è stata operata, e dai linfonodi loco-regionali a comprendere, secondo alcuni autori, anche i mammari interni.

In un recente "Consensus Statement" viene raccomandato un aumento di dose fino a 66 Gy in sottogruppi a rischio particolarmente elevato: età inferiore a 45 anni, margini chirurgici positivi o prossimi, 4 o più linfonodi ascellari positivi, malattia poco responsiva alla PST. Frazionamenti non convenzionali, impiegati al fine di vincere la radioresistenza di questo tumore, sono consigliabili al momento solo nell'ambito di studi controllati.

5.8 Radioterapia dopo chemioterapia neoadiuvante

L'assenza di studi prospettici rende difficoltosa la definizione di precise indicazioni al trattamento post-operatorio in questa categoria di pazienti. In letteratura esistono esclusivamente studi retrospettivi o basati su analisi di sottogruppi di casistiche provenienti da studi prospettici disegnati per valutare l'efficacia di diversi schemi chemioterapici e non specificatamente per definire il ruolo della RT post-operatoria. Si deve

aggiungere, poi, che gli schemi di terapia medica utilizzati negli studi disponibili non includevano farmaci di introduzione più recente e ampiamente utilizzati nella pratica clinica corrente.

5.9 Malattia in stadio clinico II (T1/T2 N1; T2/T3 N0)

La maggior parte degli studi prospettici di PST "*Preoperative Systemic Therapy*" - non sono stati disegnati per valutare il ruolo della RT postoperatoria. In pazienti non candidate a un intervento di chirurgia conservativa per le dimensioni del tumore, il trattamento chemioterapico preoperatorio può essere proposto allo scopo di ridurre il volume neoplastico ed evitare una mastectomia. L'indicazione al trattamento radiante postoperatorio e i volumi di irradiazione dipendono dall'estensione iniziale di malattia e dal tipo di chirurgia (conservativa o mastectomia).

Si ritiene, quindi, opportuna la valutazione clinico-strumentale dello stato dei linfonodi ascellari prima dell'inizio della PST, per evitare che eventuali risposte al trattamento neoadiuvante possano portare a scelte terapeutiche non adeguate allo stadio iniziale di malattia. Il trattamento radiante delle stazioni linfonodali potrebbe essere indicato in presenza di linfonodi patologici dopo chemioterapia neoadiuvante. Nelle pazienti con stadio clinico iniziale cT3N0 con risposta patologica completa, l'indicazione alla RT sulle stazioni linfonodali dovrebbe tener conto della eventuale presenza di altri fattori di rischio quali: giovane età, presenza di invasione linfovaskolare, assenza di recettori ormonali, etc.

5.10 Malattia in stadio clinico III (N2; T3N1; T4)

Si tratta di una situazione clinica ad alto rischio di ripresa di malattia sia a livello loco-regionale sia a distanza. In tale tipologia di pazienti il rischio di recidiva locoregionale risulta essere rilevante anche in presenza di risposta patologica completa dopo chemioterapia neoadiuvante. Il trattamento radiante delle stazioni linfonodali dovrebbe, quindi, essere effettuato in tutte le pazienti, indipendentemente dalla risposta alla chemioterapia.

5.11 Carcinoma occulto

Le opzioni terapeutiche sono rappresentate dalla mastectomia o dall'irradiazione della mammella in toto. Non esistono studi prospettici che confrontino mastectomia e radioterapia; entrambi i trattamenti consentono di ottenere il controllo locale nel 75-100% dei casi.

Relativamente alla metodologia del trattamento radiante i dati di letteratura riflettono estrema eterogeneità nei volumi di irradiazione utilizzati (mammella +/- drenaggi linfonodali), nel frazionamento convenzionale vs ipofrazionamento e nella dose ottimale da somministrare (50 Gy in 25 frazioni vs 60 Gy in 30 o dosi equivalenti in ipofrazionamento). Dosi più elevate non hanno dimostrato un superiore controllo locale a scapito di un significativo aumento della tossicità.

6. TRATTAMENTO DI RECUPERO E RIABILITAZIONE

Tra le principali problematiche d'interesse riabilitativo nelle pazienti operate per carcinoma mammario ci sono sicuramente la limitazione funzionale e articolare scapolo-omeroale, le neuropatie periferiche, il linfedema e le linfoangiti. In particolare, la limitazione articolare può essere causata dal dolore conseguente all'intervento o da un atteggiamento di difesa che la paziente assume, anche inconsciamente, nei confronti della parte operata, talvolta, favoriti da precedenti sindromi dolorose a carico della spalla. Il mantenimento nel tempo della rigidità articolare e della conseguente alterazione posturale possono portare a un'alterazione permanente della biomeccanica della spalla.

Il linfedema rappresenta una delle complicanze più temute per il decorso cronico e progressivo, l'esordio anche tardivo e la necessità di numerosi e ripetuti cicli di linfo-drenaggio associati a elastocompressione per il suo contenimento. Fortunatamente, nel corso degli ultimi anni, tali problematiche sono molto diminuite grazie al sempre più frequente ricorso a interventi chirurgici di tipo conservativo.

La struttura complessa di Recupero e Rieducazione Funzionale segue in molteplici sedi dell'ASL TO 4 le donne operate al seno sia per la Breast Unit di Ivrea sia in altri reparti chirurgici, anche extra-aziendali.

La riabilitazione della donna operata al seno per carcinoma mammario prevede l'elaborazione da parte del Fisiatra del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) che tiene conto della situazione pre-morbosa, della rilevazione standardizzata dei diametri degli arti superiori, dell'eventuale presenza di complicanze (paralisi del nervo toracico lungo, sieroma, linfoangite, linfedema, rigidità di spalla, algoneurodistrofia) e si articola, a

seconda degli obiettivi riabilitativi identificati, in interventi di rieducazione motoria (kinesiterapia segmentaria passiva, attiva assistita ed educativa dell'arto superiore interessato e, in particolare, della spalla), linfodrenaggio e bendaggi elastocompressivi per il linfedema, *counselling* fisiatrico e fisioterapico nei confronti delle pazienti stesse, dei loro familiari con istruzioni per la prevenzione del linfedema e le attività motorie ritenute più idonee.

Da quando è stata istituita la Breast Unit all'Ospedale di Ivrea, a fronte dell'elevato numero di pazienti operate, si è condiviso con il reparto di chirurgia una modalità operativa che consente di valutare tutte le pazienti operate al seno in tale sede grazie alla segnalazione al Servizio di Recupero e Rieducazione Funzionale (RRF) dal reparto di Chirurgia stesso il giorno prima dell'intervento delle donne in lista operatoria. La fisioterapista, dedicata al percorso in oggetto, concorda, prima delle dimissioni, un appuntamento nell'ambito di un ambulatorio denominato "Scuola del braccio" che coincide con il primo controllo chirurgico. Tale incontro riveste significato di screening/triage riabilitativo oltre che di informazione-prevenzione.

Durante la seduta vengono fornite informazioni utili alla prevenzione del linfedema, alla cura della cute e della cicatrice, all'utilizzo corretto dell'arto superiore nel periodo post-operatorio. Vengono, inoltre, insegnati semplici esercizi per il mantenimento della mobilità scapolo-omero da effettuare giornalmente. La fisioterapista effettua una valutazione della mobilità della spalla e della scapola ricercando eventuali deficit nervosi periferici e rileva le misure della circonferenza dell'arto superiore. Al termine della seduta viene fornito un opuscolo in cui sono riportate le indicazioni e gli esercizi spiegati. In presenza di qualsiasi cenno di complicanze relative a dolore, riduzione della mobilità, presenza di aderenze della cicatrice o segni di linfedema, la fisioterapista invia la paziente a visita fisiatrica, previa richiesta del medico curante, codice di priorità B, presso la sede del Servizio RRF di competenza territoriale in relazione al domicilio della paziente. Dalla visita fisiatrica scaturisce, come già enunciato, il Progetto Riabilitativo Individuale che, sulla base delle valutazioni cliniche effettuate, definisce gli obiettivi del trattamento ed i relativi programmi comprendenti generalmente interventi di linfodrenaggio e di Rieducazione Motoria (Kinesiterapia passiva, attiva assistita ed attiva). Viene, inoltre, impostato un programma di auto trattamento per la prevenzione o la gestione delle complicanze. La presa in carico da parte dell'equipe riabilitativa consente di monitorare la paziente nel tempo e di impostare e modulare il trattamento in funzione delle complicanze che possono insorgere legate all'intervento, ai trattamenti radianti, all'evoluzione della malattia. A tale scopo, sono previste visite di controllo e follow-up a distanza oltre alla disponibilità della struttura riabilitativa a effettuare visite fisiatriche al bisogno con accesso prioritario.

Si è condiviso con il reparto di Chirurgia di Ivrea una modalità operativa per la valutazione delle donne operate. Il giorno dell'intervento il reparto di chirurgia invia segnalazione mediante fax al servizio RRF di Via Jervis per appuntamento all'ambulatorio denominato "scuola del braccio" riservato a pazienti con esiti di mastectomia, mastectomia con impianto di espansore, mastectomia o quadrantectomia + dissezione cavo ascellare. In presenza di complicanze riscontrate dalla fisioterapista dedicata la paziente verrà inviata a visita fisiatrica. Per quanto riguarda le pazienti residenti c/o gli altri distretti della TO4, viene eseguita segnalazione da parte della fisioterapista per prenotazione di visita fisiatrica c/o la sede di appartenenza.

Sono, infine, attualmente allo studio iniziative di attività motoria non sanitaria in collaborazione tra la Riabilitazione e la struttura di Promozione della Salute da proporre alle donne operate al seno.

7. PERCORSO PSICOLOGICO NELLE DIVERSE FASI DELLA NEOPLASIA MAMMARIA

a cura della S.S. Psicologia della salute degli Adulti

La neoplasia mammaria può impattare significativamente sulla sfera psicologica, affettiva, familiare e sessuale della paziente, determinando, durante le diverse fasi della malattia oncologica, livelli di distress psicologico più o meno severi.

Il distress psicologico è determinato sia dal confronto con una malattia che rappresenta una minaccia per la vita sia dagli esiti dei trattamenti oncologici che, a breve e a lungo termine, possono mettere in discussione l'identità femminile della donna.

"L'intervento psicologico è mirato a favorire il processo di accettazione e adattamento alla patologia, facilitando la relazione terapeutica con l'equipe curante, sostenendo il paziente sul piano emotivo, promuovendo l'assunzione di responsabilità individuale nel processo decisionale, ma contemporaneamente, sostenendo l'assunzione delle responsabilità di cura da parte dell'equipe. Solo in tal modo si può ottenere una relazione buona, ove esista uno scambio autentico, una reale condivisione delle scelte terapeutiche, pur mantenendo ruoli chiari e definiti: medico, infermiere, paziente. Lo psicologo contribuisce, dunque, alla

realizzazione di un modello di cura che comprenda l'ascolto, maggiore attenzione alle esigenze personali e alla sofferenza emotiva del paziente, rendendolo più partecipe al proprio percorso terapeutico" (PDTA in Psicologia Oncologica - ARESS, Regione Piemonte - 2009).

Ugualmente elevato si manifesta il fenomeno del *distress* nei familiari e nei *care givers* delle pazienti. Diversi studi hanno rilevato una relazione del *distress* psicologico con il peggioramento della qualità della vita, con l'aumento del rischio di disagio psichico nella famiglia, con la riduzione dell'aderenza ai trattamenti ormonali, con l'alterazione della relazione medico-paziente, con l'aumento dei tempi di recupero di riabilitazione e di degenza, con una minore efficacia biologica della terapia, con una riduzione della sopravvivenza ed un maggiore rischio di ricorrenza.

Il benessere psicologico può, inoltre, essere correlato all'abilità degli operatori di dare informazioni chiare, sollecite e modulate sul bisogno di sapere delle donne, riguardo alla malattia, alle procedure diagnostiche, alle opzioni terapeutiche e alle loro conseguenze e un giudizio ponderato sulle aspettative e sulla qualità della vita. Tale abilità permette alle pazienti di partecipare alla scelta tra diverse strategie chirurgiche, tra trattamenti chemioterapici di uguale efficacia in fase avanzata di malattia e alla scelta tra trattamenti aggressivi di seconda linea e il riferimento ai centri di cure palliative.

Gli studi hanno messo in evidenza, inoltre, la difficoltà di rilevare routinariamente i problemi psicologici da parte degli operatori medici, in quanto non formati a tali aspetti. La "fatica" psicologica viene sottostimata e, quindi, difficilmente trattata.

Altro dato di evidenza è la consapevolezza sempre più alta della "reale" sofferenza psicologica da parte delle pazienti e dei loro familiari e, quindi, la richiesta di supporto psicologico.

Il supporto psicologico è un'indicazione del Piano Oncologico Nazionale 2011-2013 e del PDTA in Psicologia Oncologica (ARESS, Regione Piemonte, 2009)

Il supporto psicologico alle donne con carcinoma mammario è mirato a favorire la *compliance* e l'*adherence* alle terapie, a un miglioramento della qualità di vita e a un reinvestimento della progettualità a lungo termine. La costruzione del "percorso di riferimento" è caratterizzata dall'obiettivo di appropriatezza degli interventi essenziali e dalla ricerca di ottimizzazione dei processi.

E' opinione fortemente condivisa che ogni paziente oncologico possa avere benefici da un sostegno psicologico. Tuttavia, in relazione alla realtà attuale e, in particolare, rispetto al numero disponibile nelle ASR piemontesi di specialisti psicologi che possano contribuire al processo di cura del paziente oncologico, non si ritiene sostenibile che tutti i soggetti affetti da patologia neoplastica si possano avvalere di un intervento psiconcologico; si ritiene fondamentale e irrinunciabile, comunque, l'intervento dello Psiconcologo in tutti i casi definibili come "**complessi**". (PDTA in Psicologia Oncologica - ARESS, REGIONE PIEMONTE – 2009)

Il percorso psicologico per le pazienti con cancro della mammella nelle diverse fasi di malattia prevede:

- la presenza di uno psicologo adeguatamente formato in psicologia oncologica tra i costituenti del GIC;
- la rilevazione precoce del *distress* psicologico della paziente (o del *care-giver*) in tutte le diverse fasi della malattia (primo accesso presso la struttura, fase pre e postoperatoria, fase dei trattamenti medici, fase di follow-up, fase terminale) e a ogni cambiamento nello stato di malattia (remissione, ripresa, progressione). La rilevazione viene effettuata attraverso la scheda di complessità del PDTA;
- invio allo Psiconcologo delle pazienti con evidenza di complessità. Lo Psiconcologo proporrà un percorso di sostegno psicologico con livelli di intervento differenziati sulla base delle complessità evidenziate (supporto psicologico o psicoterapeutico individuale, di gruppo, di coppia, familiare) durante tutte le fasi della malattia.

Inoltre:

- nel corso della degenza ospedaliera avviene una presa di contatto con le donne a cui viene distribuito materiale informativo sul possibile percorso assistenziale psicologico;
- allo Screening Mammografico, durante il colloquio di comunicazione della diagnosi, la psicologa affianca il chirurgo.

8. ATTIVITA' DI VOLONTARIATO NELL'AMBITO DELLA BREAST UNIT "OVIDIO PAINO" ASL TO4

La Breast Unit "Ovidio Paino" dell'ASL TO4 riceve il contributo dell'Associazione "Donna Oggi e Domani" (A.D.O.D.) – Onlus.

L'ADOD è un'associazione di volontariato (presente nel territorio eporediese dal 1997), volta a sensibilizzare la popolazione ai temi di prevenzione oncologica e a sostenere le donne nel percorso di diagnosi e cura del

tumore alla mammella. E' composta da un cospicuo numero di associate e di volontarie attive (tutte specificatamente formate).

L'attività delle volontarie A.D.O.D. nell'ambito delle sedi aziendali ASLTO4 si svolge al Centro di Screening Mammografico di Strambino, all'Ospedale di Ivrea (presso la S.C. di Radiologia, la S.C. di Chirurgia e la S.C. di Radioterapia) e prevede: l'accoglienza delle donne che afferiscono ai servizi, la distribuzione di materiale divulgativo sulla prevenzione ai tumori; un supporto psicologico alle donne in situazioni delicate quali l'attesa durante gli approfondimenti diagnostici, durante le fasi antecedenti alla comunicazione della diagnosi, nel periodo post-operatorio e durante i trattamenti in radioterapia (fornendo informazioni orientative, momenti di colloquio e di svago con l'offerta del tè).

Inoltre l'Associazione A.D.O.D.:

- promuove eventi per la divulgazione dell'importanza della prevenzione senologica quali le Giornate di Prevenzione del Tumore alla mammella (realizzate nel 2017 e nel 2012 a Ivrea e nel 2013 a Lanzo T.se, con la possibilità di visite senologiche ed ecografie mammarie gratuite);
- organizza Conferenze ed Incontri Divulgativi sia ambito senologico sia su temi importanti per la salute delle donne quali la Menopausa, l'Osteoporosi, l'Alimentazione e l'Attività Fisica;
- promuove corsi di cucina preventiva e lezioni di panificazione con lo chef Giovanni Allegro (docente di cucina preventiva presso la scuola "Cascina Rosa" della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano e collaboratore degli studi epidemiologici DIANA);
- partecipa e promuove manifestazioni (quali "Pranzi/Cene Benefiche", eventi per "L'Ottobre Rosa"- Mese internazionale della prevenzione al tumore al seno), utili per la raccolta fondi da destinare in ambito senologico.

L' A.D.O.D. partecipa alle giornate di formazione organizzate dalla Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta (dal 2008), è affiliata all'Associazione Europa Donna Italia (dal 1998) ed è parte integrante della Breast Unit "Ovidio Paino" dell'ASLTO4.

9. INDICATORI MONITORAGGIO RETE ONCOLOGICA

indicati dal Gruppo Periplo

INDICATORI DI STRUTTURA:

- 1) 150 casi/anno per struttura e 50 interventi/anno per chirurgo
- 2) Presenza di un documento aziendale di costituzione di Breast Unit

INDICATORI DI PERCORSO:

- 3) % di pazienti con valutazione istologica preoperatoria
- 4) % delle pazienti dei casi con discussione multidisciplinare entro 25 gg dalla data della biopsia
- 5) % delle pazienti con il trattamento previsto dal Gruppo Multidisciplinare garantito entro 30gg se chirurgico, 15gg se terapia medica neoadiuvante (calcolato dal momento dell'indicazione multidisciplinare)
- 6) % di pazienti con tumore stadio IIIB/IIIC in terapia neoadiuvante
- 7) % di pazienti con TNM, HR, HER2, Ki67, VI e con TIL nei casi triplo negativi
- 8) % di pazienti che ha eseguito RT dopo mastectomia nei pN2
- 9) % di pazienti che ha eseguito RT entro 12/16 settimane dalla chirurgia (esclusi i pazienti avviati a chemioterapia adiuvante)
- 10) % documentata dei pazienti in carico alla struttura discussi multidisciplinariamente
- 11) % di pazienti con intervallo chirurgia-chemioterapia <= 8 settimane

INDICATORI DI ESITO:

- 12) % di pazienti vive a 5 anni
- 13) % di pazienti N0 vive a 5 anni
- 14) % di pazienti cN0 e Ca invasivo con SLB
- 15) % di pazienti in CT 30gg ante mortem

INDICATORI DI APPROPRIATEZZA:

- 16)% di pazienti con RMN mammaria preoperatoria
- 17)% di pazienti con scintigrafia ossea ripetuta prima di 12 mesi dall'intervento

18)% di pazienti N0 stadiate con TAC, PET, Scintigrafia

10. LINEE GUIDA DI RIFERIMENTO

Linee Guida AIOM, 2017
Collegio Italiano Senologi, Linee Guida 2016
Consensus per l'irradiazione delle stazioni linfonodali mammarie, giugno 2016
Linee Guida AIRO, 2013
NCCN 2018
Linee Guida GIPAM, 2015,
Linee Guida SIRM, 2017

Testo redatto dalla Dr.ssa Maria Rosa La Porta, Referente GIC dell'ASL TO4, dal Dr Mondini Guido, Coordinatore Breast Unit "Ovidio Paino", dal Dr Rosato Lodovico, Direttore Dipartimento Oncologico ASL TO4, dal Dr Giorgio Vellani, Referente CAS Aziendale ASL TO4, in collaborazione con tutti i componenti del GIC

FLOW-CHART

La flow-chart di seguito presentata illustra graficamente i momenti fondamentali dello sviluppo del PDTA.



