

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ED ASSISTENZIALE DELLE PAZIENTI CON PATOLOGIA DELLA MAMMELLA

	Nominativo	Funzione	Data	Firma
Gruppo di lavoro	Francesca Pietribiasi	Responsabile GIC Aziendale Resp SSVD Anatomia Patologica		
	Carla Barone	Componente Direttore SC Oncologia		
	Marcella Sussio	Componente Dirigente SC Ostetricia Ginecologia		
	Consuelo Cuccorese	Componente Dirigente SC Ostetricia Ginecologia		
	Giorgio Bonazzi	Componente Dirigente SC Chirurgia		
	Mauro Paracchini	Componente Dirigente SC Ostetricia Ginecologia		
	Carlo Eugenio Vaudagna	Componente Dirigente SC Radiologia		
	Elisa Guasti	Componente Dirigente SC Radiologia		
	Maria Teresa Civiero	Componente CPSI SC Ostetricia Ginecologia		
Verifica / approvazione	Pierino Panarisi	Direttore di Presidio		
	Paolo Buffa	Direttore Dip. Area chirurgica		
	Claudio Marengo	Direttore Dip. Area medica		
	Pierluigi Montironi	Direttore Dip. Materno Infantile		
Supervisione	G. Coppola	Coordinatore GdL Procedure, protocolli e PDTA		
Validazione	L. Bernini	Direttore Sanitario d'Azienda		

Revisione	Data	Motivo modifiche
0	Giugno 2016	Stesura

Qualifica	Nominativo	Firma
Direttore Generale	Dott. Massimo UBERTI	
Referente aziendale per la Rete Oncologica		
Direttore Dipartimento Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta	Dott. Oscar BERTETTO	

Specialisti annessi al GIC con intervento a chiamata:

Anna Maria Burato - Terapia antalgica e cure palliative

Giovanni Bertuccio – Medicina Nucleare

Guido Barberis- Geriatria

Raffaella Fornero – Psiconcologia

Marina Tosco – Psiconcologia

Gianluca Patrito – Fisiatria

Arcangelo Garofalo – Fisiatra

Barbara Quercia – Fisioterapia

Amelia Pilone –Dietista

Gabriella Giletta – Assistente Sociale

Rita Malorno-Assistente Sociale

Specialisti extra ASL:

Maria Alessandra Bocchiotti – Chirurgia Plastica (A.O.U. Città della Salute e della Scienza)

Elisabetta Baglioni – Chirurgia Plastica (A.O.U. Città della Salute e della Scienza)

Marco Gatti – Radioterapia (IRCC Candiolo)

Nadia Rondi – Radioterapia (A.O.U. Città della Salute e della Scienza)

INDICE

1	<i>Premessa</i>	2
1.1	CONTESTO EPIDEMIOLOGICO	2
1.2	CENTRO ACCOGLIENZA E SERVIZI (CAS)	2
1.3	GRUPPO INTERDISCIPLINARE CURE (GIC).....	3
2	<i>Scopo</i>	4
3	<i>Campo di applicazione</i>	4
4	<i>Responsabilità</i>	4
5	<i>Definizione ed acronimi</i>	4
6	<i>Documenti di riferimento</i>	4
7	<i>Modalità operative</i>	5
7.1	FLOW CHART.....	5
7.2	DIAGNOSI PREOPERATORIA /DISCUSSIONE GIC /COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI CON PRESA IN CARICO DAL CAS E STADIAZIONE PRE-CHIRURGICA.....	8
7.2.1	Diagnosi preoperatoria	8
7.2.1.1	Diagnosi preoperatoria tramite programma di <i>Prevenzione Serena</i>	8
7.2.1.2	Diagnosi preoperatoria in pazienti extra-screening.....	8
7.2.2	DISCUSSIONE GIC.....	9
7.2.3	COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI CON PRESA IN CARICO DAL CAS E STADIAZIONE PRE-CHIRURGICA.....	9
7.2.3.1	Prericovero.....	10
7.3	FASE TERAPEUTICA: IL TRATTAMENTO CHIRURGICO.....	11
7.3.1	CHIRURGIA CONSERVATIVA	11
7.3.2	BIOPSIA LINFONODO SENTINELLA.....	11
7.3.3	DISSEZIONE ASCELLARE (DA) DOPO LINFONODO SENTINELLA (LS)	12
7.3.4	RICOSTRUZIONE.....	12
7.3.5	DIMISSIONE	12
7.3.6	VALUTAZIONE FISIATRICA	12
7.3.7	CONSEGNA ESAME ISTOLOGICO.....	12
7.4	LA TERAPIA MEDICA ADIUVANTE	13
7.4.1	Terapia medica – CDIS.....	13
7.4.2	Terapia medica – carcinoma microinvasivo T1 mic.....	13
7.4.3	Terapia medica – CLIS.....	13
7.4.4	Terapia medica (chemio e/o endocrinoterapia) adiuvante – Carcinoma invasivo.....	13
7.4.5	Utilizzo di difosfonati o affini in adiuvante.....	15
7.4.6	Chemioterapia neoadiuvante o primaria.....	15
7.5	RADIOTERAPIA.....	15
7.6	CURE PALLIATIVE.....	16
7.7	TRATTAMENTO PSICOLOGICO.....	16
8	<i>Follow up</i>	17
9	<i>Indicatori di processo e di esito</i>	17
10	<i>Modalità di verifica</i>	17
11	<i>Revisioni e diffusione</i>	17
12	<i>Allegati</i>	18

1 Premessa

Tra le donne, il tumore della mammella è il più frequente, rappresentando il 29% di tutti i tumori.

Si stima che nel 2016 verranno diagnosticati in Italia circa 48.000 nuovi casi di carcinomi della mammella femminile.

La sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi, indipendentemente da altre comorbidità, è in moderato e costante aumento da molti anni (78% per le donne ammalate dal 1990 al 1992, 87% dal 2005 al 2007), attribuibile ad una più alta sensibilità dei test di screening, e quindi all'anticipazione diagnostica, ed anche al miglioramento dei trattamenti adiuvanti.

1.1 CONTESTO EPIDEMIOLOGICO

L'ASL TO5 comprende un territorio di 795 Km² di superficie con una popolazione di 310.307 abitanti (rilevazione al 31.12.2014)

I comuni che afferiscono all'Azienda sanitaria sono suddivisi in quattro distretti:

- *Distretto di Chieri (n. 25 comuni, 103.543 abitanti)*

Albugnano, Andezeno, Arignano, Baldissero Torinese, Berzano S. Pietro, Buttigliera d'Asti, Cambiano, Castelnuovo Don Bosco, Cerreto d'Asti, Chieri, Isolabella, Marentino, Mombello, Moncucco, Montaldo, Moriondo, Passerano Marmorito, Pavarolo, Pecetto Torinese, Pino d'Asti, Pino Torinese, Poirino, Pralormo, Riva presso Chieri, Santena

- *Distretto di Carmagnola (n. 8 comuni, 53.111 abitanti)*

Carignano, Carmagnola, Castagnole P.te, Lombriasco, Osasio, Pancalieri, Piobesi T.se, Villastellone.

- *Distretto di Moncalieri (n. 3 comuni, 76.939 abitanti)*

La Loggia, Moncalieri, Trofarello

- *Distretto di Nichelino (n. 4 comuni, 76.714 abitanti)*

Candiolo, Nichelino, None, Vinovo

Sono inoltre presenti tre presidi ospedalieri:

- *Ospedale Maggiore di Chieri*
- *Ospedale San Lorenzo di Carmagnola*
- *Ospedale Santa Croce Moncalieri*

1.2 CENTRO ACCOGLIENZA E SERVIZI (CAS)

I Centri Accoglienza e Servizi (CAS) sono strutture operative con compiti di informazione ed accoglienza dei nuovi pazienti oncologici, nonché con compiti amministrativo- gestionali e di supporto al percorso diagnostico-terapeutico di tutti i pazienti oncologici.

Essi devono orientare e supportare l'ingresso dei nuovi pazienti, indirizzarli ai Gruppi Interdisciplinari Cure (GIC), assicurarne la presa in carico iniziale ed il mantenimento in carico al termine di ogni ciclo terapeutico, e tenere traccia dell'intero percorso diagnostico-terapeutico.

Il CAS è il punto di riferimento per il paziente oncologico, e riveste, in dettaglio, le seguenti funzioni:

- a. informazione:
- b. accoglienza:
- c. amministrative-gestionali:
- d. supporto al percorso diagnostico-terapeutico

Accesso al CAS

Il paziente oncologico può entrare nel percorso diagnostico terapeutico con le seguenti modalità:

1. accesso al CAS su richiesta del medico di medicina generale (MMG)
2. il MMG invia direttamente il paziente allo specialista d'organo del GIC
3. nell'ambito di un ricovero, nel caso in cui al paziente venga diagnosticata una patologia neoplastica
4. nel caso in cui, a seguito di un accesso al DEA, venga diagnosticata una patologia neoplastica
5. in seguito a programmi di screening
6. in seguito a visita da specialista esterno all'ASL

Il PDTA della patologia mammaria inizia con la presa in carico del paziente da parte del CAS aziendale che:

- accoglie il paziente direttamente su richiesta del MMG
- riceve comunicazione con nominativo paziente da:
 - specialista d'organo del GIC
 - medico di altra Struttura Ospedaliera

- medico di DEA
- programma di screening
- ambulatorio di senologia
- specialista libero professionista

Per le caratteristiche geografiche e di distribuzione di popolazione l'ASL TO5 ha previsto per l'organizzazione dei percorsi della Rete Oncologica una struttura a *CAS liquido*.

L'organizzazione, gli orari di apertura e il personale inserito nei CAS dell'ASL TO 5, pubblicati sul sito internet www.reteoncologica.it, sono descritti in un documento inviato alla Rete Oncologica a firma della Direzione Generale.

IMPORTANTE
<p>Il CAS sarà coinvolto durante tutto il percorso ogni volta che si rendesse necessario:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ prenotare una visita ⇒ prenotare un esame diagnostico ⇒ comunicare al paziente le date di visite, esami ed interventi ⇒ effettuare visita di rivalutazione ⇒ fornire informazioni in merito a servizi erogati e modalità di accesso

1.3 GRUPPO INTERDISCIPLINARE CURE (GIC)

Il GIC è il garante della qualità ed appropriatezza delle prestazioni erogate ed assicura la continuità e la tempestività assistenziale nel corso dell'intero processo, attraverso la valutazione congiunta dei casi e consulti periodici nel corso della pianificazione dei trattamenti.

Sono inoltre programmati periodicamente incontri volti alla valutazione delle criticità organizzative.

Nello specifico il team multidisciplinare:

- a. assicura l'adesione alle Linee Guida a garanzia di livelli uniformi di qualità del servizio offerto e nel rispetto dei tempi d'attesa per le prestazioni erogate nelle varie sedi
- b. garantisce adeguati controlli di qualità delle attrezzature
- c. promuove la formazione e l'aggiornamento dei professionisti
- d. raccoglie i dati clinici delle pazienti

Di seguito vengono riassunte le informazioni relative al GIC aziendale:

Coordinatore	Dott.ssa Francesca Pietribiasi ASL TO5 - Ospedale Santa Croce – ANATOMIA PATOLOGICA Moncalieri telefono: 0116930472 e.mail: pietribiasi.francesca@aslto5.piemonte.it
Sede dell'incontro	Via VITTIME DI BOLOGNA 20 1° PIANO Moncalieri
Periodicità incontro	SETTIMANALE
Modalità di refertazione	SCHEDE CONDIVISE FORMATO WORD
Descrizione sintetica del funzionamento	L'incontro settimanale vede la partecipazione di tutti i componenti del GIC (gruppo di lavoro) Vengono discussi tutti i casi pre e post-operatori
Descrizione del percorso assistenziale	L' infermiera annota i dati delle pazienti pre-operatorie per contattarle per appuntamento visita CAS; richiede esenzione 048; invita i MMG alla visita CAS della loro assistita; registra le prestazioni. Nel nostro PDTA il ruolo dell' infermiera GIC e CAS è rivestito dalla stessa persona. Contatta gli specialisti annessi al GIC tramite comunicazione telefonica o posta elettronica

Il Referente GIC per patologia, così come comunicato alla Rete Oncologica, coordina il gruppo multidisciplinare formalizzato da Delibera del Direttore Generale dell'Asl TO5 ed ha la responsabilità del controllo e dell'applicazione del presente percorso.

2 Scopo

Lo scopo del presente documento è quello di rispondere alle direttive della rete oncologica regionale, di definire un percorso condiviso per l'assistenza e la cura delle pazienti affette da carcinoma della mammella.

3. Campo di applicazione

Il percorso si applica a tutte le pazienti che afferiscono all' unità e deve essere diretto a tutti gli operatori che trattano le pazienti con patologia mammaria.

4 Responsabilità

La responsabilità circa il controllo e l'applicazione del presente percorso è del referente del GIC coinvolto. Le indicazioni descritte nel presente documento devono essere seguite da tutto il personale coinvolto, nel rispetto delle specifiche competenze e responsabilità

5 Definizione ed acronimi

GIC: gruppo interdisciplinare cure;

CAS: centro accoglienza servizi;

MMG: medico di medicina generale

US: unità di senologia

MX: mammografia,

ECM: educazione continua medicina;

GIPaM: gruppo italiano dei patologi della mammella

SIAPEC: società italiana di anatomia patologica

RM: risonanza magnetica

SQTM: Scheda computerizzata per il controllo della Qualità del Trattamento del carcinoma Mammario

ROLL: localizzazione radioguidata di lesioni occulte

mts: metastasi

LFNS: linfonodo sentinella

ITC: cellule tumorali isolate

HER: gene HEr2

CT: chemioterapia

TC: taxani e ciclofosfamide

CMF: (ciclofosfamide, metotrexate e 5-fluorouracile)

TCH: taxani, ciclofosfamide, herceptin

LIN: neoplasia intralobulare

LN: linfonodo

EBCTCG: Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group

RT: radioterapia

AIOM: associazione italiana oncologi medici

NCCN: national comprehensive cancer network

CPSI :

6 Documenti di riferimento

Le linee guida a cui si fa riferimento sono NCCN, ESMO, AIOM, SAN GALLO, GIPaM ASCO (sempre aggiornate) oltre ai documenti e raccomandazioni della Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta ai documenti di Senonetwork.

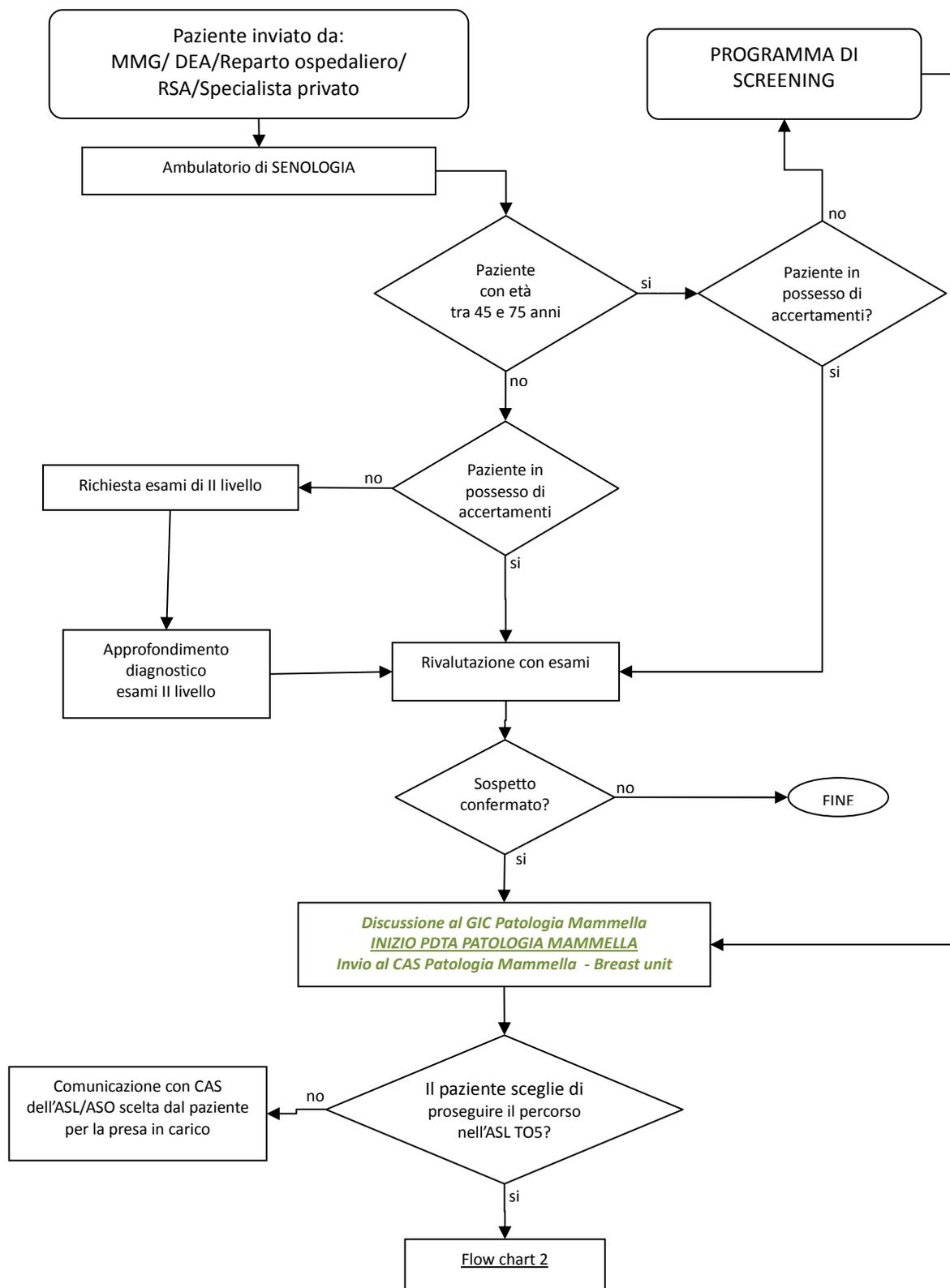
7 *Modalità operative*

7.1 **FLOW CHART**

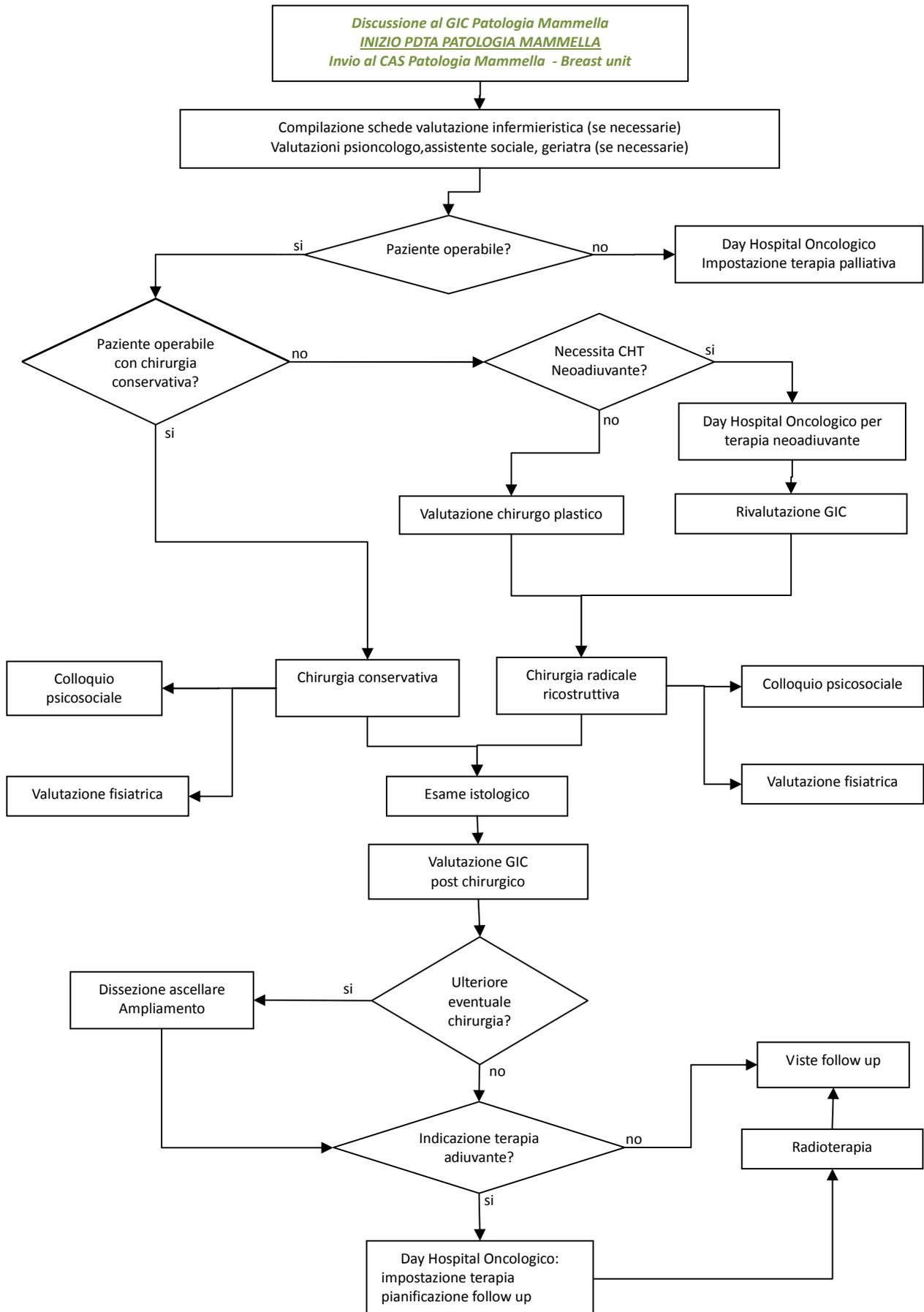
Flow chart 1 – Diagnosi e stadiazione

Flow chart 2 – Percorso terapeutico

Flow chart 1 – Diagnosi e stadiazione



Flow chart 2 – Percorso terapeutico



7.2 DIAGNOSI PREOPERATORIA /DISCUSSIONE GIC /COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI CON PRESA IN CARICO DAL CAS E STADIAZIONE PRE-CHIRURGICA

7.2.1 Diagnosi preoperatoria

7.2.1.1 Diagnosi preoperatoria tramite programma di *Prevenzione Serena*

La diagnosi radiologica ed istologica viene effettuata nell' ambito del programma di Prevenzione Serena per la fascia di età 45-75 anni, con implicita l'esenzione "D05".

L' accertamento diagnostico di II livello (due sessioni settimanali, il martedì ed il giovedì c/o il Servizio di Radiologia dell' Ospedale S. Croce di Moncalieri) prevede l'esecuzione, oltre che di approfondimenti radiologici, come ingrandimenti ed ecografie, di prelievi per l' esame citologico e/o istologico della lesione.

Radiologo del GIC

Visita la paziente

Illustra il reperto mammo/ecografico, raccoglie il consenso informato ed effettua i prelievi:

- 1) materiale da secrezioni spontanee del capezzolo o mediante "scraping" da lesioni della cute dell' areola o del capezzolo
- 2) materiale mediante agoaspirazione con ago sottile (FNA) sotto guida ecografica o stereotassica di lesioni cistiche o solide della mammella, con allestimento e valutazione dell'idoneità del materiale da parte di citotecnica formata.
- 3) materiale con "core-biopsy" (ago 14-16 gauge) su guida clinica nelle lesioni palpabili della mammella, o sotto guida ecografica o stereotassica nelle lesioni non palpabili, per poter anche valutare, qualora necessari, i marcatori biologici prognostico-predittivi (recettori ormonali, indice di proliferazione, sovraespressione del c-erb)

In caso si decida di sottoporre la paziente a prelievo "vacuum assisted", generalmente per focolai di piccole dimensioni di microcalcificazioni di tipo intermedio o per distorsioni, la paziente viene inviata alla radiologia della Città della Salute e della Scienza.

Citotecnica

Allestisce i preparati (strisci e citoincluso), effettua una colorazione rapida e valuta l' adeguatezza del materiale negli agoaspirati con ago sottile

Personale infermieristico

Supporta il medico radiologo nell' esecuzione dei prelievi.

Rilascia alla paziente, una volta effettuati gli accertamenti diagnostici, un modulo prestampato (allegato 1) nel quale è comunicata la data del colloquio con il medico senologo, durante il quale verrà consegnato il referto (generalmente il venerdì della settimana successiva al prelievo).

Comunica successivamente, per telefono, l'ora precisa della consegna.

7.2.1.2 Diagnosi preoperatoria in pazienti extra-screening

Per le pazienti extrascreening viene programmata mammografia extra ASL in centri di riferimento (prossima convenzione con Città della Salute), attualmente presso altri centri accreditati. L'ecografia e gli accertamenti cito-microistologici vengono effettuati presso l'ambulatorio centralizzato aziendale di senologia il lunedì e il venerdì 8.30-12.30.

Ginecologo/chirurgo senologo del GIC

Visita la paziente

Effettua ecografia mammaria

Illustra il reperto mammo/ecografico, raccoglie il consenso informato ed effettua i prelievi:

1. materiale da secrezioni spontanee del capezzolo o mediante "scraping" da lesioni della cute dell' areola o del capezzolo
2. materiale mediante agoaspirazione con ago sottile (FNA) sotto guida ecografica di lesioni cistiche o solide della mammella .
3. materiale con "core-biopsy" (ago 14-16 gauge) su guida clinica nelle lesioni palpabili della mammella, o sotto guida ecografica nelle lesioni non palpabili, per poter anche valutare i marcatori biologici prognostico-predittivi (recettori ormonali, indice di proliferazione, sovraespressione del c-erb)
4. allestisce i preparati (strisci e citoincluso)

5. Redige scheda di visita senologica

Personale infermieristico

Supporta il medico senologo nell' esecuzione dei prelievi e invia il materiale tramite fattorino interno all'anatomia patologica

Prenota un nuovo appuntamento per il ritiro dell'esame cito/ istologico (entro 10 gg).

Nel caso in cui il medico senologo ritenga esserci alto sospetto di neoplasia maligna (categorie radiologiche R4-R5, U4-U5 o lesioni localmente avanzate) viene inviata richiesta al CAS che rilascia l'attestazione di "ESENZIONE PROVVISORIA 048"

7.2.2 DISCUSSIONE GIC

I risultati degli approfondimenti di II livello, sia di screening che extra-screening, vengono tutti discussi in ambito GIC e i referti dei casi da sottoporre a trattamento (chirurgico o medico primario), insieme a copia dei radiogrammi, vengono consegnati il venerdì successivo presso l' ambulatorio centralizzato aziendale di senologia, situato al Distretto di Moncalieri (Via Vittime di Bologna 20).

Qualora ritenuta opportuna, viene programmata la RM mammaria presso centri di riferimento (generalmente c/o la radiologia della Città della Salute e della Scienza)

L'esito dei casi risultati negativi, che quindi rientrano nel programma di screening, vengono invece inviati per posta ordinaria direttamente da parte del programma di Prevenzione Serena.

Il GIC si riunisce una volta alla settimana, il lunedì pomeriggio dalle h. 14.00 alle h. 17.00. Parte degli incontri (1/3 circa) è accreditata con ECM secondo il modello di formazione sul campo. Alle riunioni partecipano tutti i componenti del GIC compresa la CPSI.

Vengono discussi tutti i casi di nuova diagnosi in **fase pre-chirurgica** con la compilazione di una scheda (allegato 2), secondo il modello condiviso nell'ambito della rete oncologica regionale, che viene consegnata alla paziente nel momento in cui viene comunicata la diagnosi.

Dopo l'esecuzione di eventuali ulteriori approfondimenti clinico/strumentali (es. RM) o nel caso di pazienti che sono state sottoposte a trattamenti neoadiuvanti, il caso torna al GIC per l'aggiornamento della discussione e della scheda, prima delle indicazioni terapeutiche definitive.

Vengono inoltre discussi tutti i **casi post-chirurgici**, per la scelta del tipo di trattamento adiuvante, o eventuali altri trattamenti chirurgici (radicalizzazione o dissezioni ascellari in casi selezionati). Anche in questo caso viene compilata una scheda GIC (allegato 3).

Poiché il GIC postchirurgico avviene in assenza della paziente, la proposta del tipo di trattamento adiuvante è solo indicativa, con conferma e impostazione del tipo di schema da parte dell' oncologo nel momento in cui vedrà la paziente durante la prima visita oncologica.

Tutti i casi vengono inseriti nel database SQTM.

In caso di **recidiva, il caso torna in discussione GIC**, con rivalutazione degli esami precedenti e della terapia effettuata.

7.2.3 COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI CON PRESA IN CARICO DAL CAS E STADIAZIONE PRE-CHIRURGICA

Ad ogni paziente vengono dedicati 45 minuti per la comunicazione e per la presa in carico in ambiente dedicato e consentendo la presenza di un accompagnatore.

Ginecologo/chirurgo senologo

Comunica la diagnosi, visita la paziente e propone il percorso terapeutico, redige la cartella clinica e compila le richieste degli esami di stadiazione.

Illustra alla paziente l'intervento chirurgico previsto avvalendosi di disegni e schemi (chirurgia conservativa o radicale, ricostruzione, biopsia del linfonodo sentinella, eventuale dissezione ascellare ecc.) con l'ausilio di materiale cartaceo informativo (allegato 4) ed i relativi vantaggi e svantaggi in base alle dimensioni della neoplasia e della mammella, all'istotipo, all'età del soggetto ed alle sue condizioni generali, al fine di giungere ad una decisione condivisa.

Raccoglie il consenso informato su modulo aziendale apposito (allegato 5)

Compila le richieste necessarie per tipologia di intervento scelto (traccia carbone, roll, rx pezzo operatorio, linfo-scintigrafia)

Prospetta alla paziente la visita oncologica se prevista terapia neoadiuvante nei casi discussi in GIC.

Personale infermieristico

E' presente alla visita CAS e al momento della comunicazione della diagnosi prendendo in carico la paziente

da quel momento fino al follow up; facilita la comunicazione integrandosi con il chirurgo nel caso si colgano difficoltà nella comprensione della terminologia medica.

Consegna attestato di esenzione 048.

Assicura la continuità assistenziale, occupandosi delle prenotazioni e dell'invio delle pazienti alle visite c/o le altre strutture aziendali; inoltre illustra alle pazienti le varie procedure diagnostiche e terapeutiche, garantendo sostegno emotivo e adeguato counselling; segue la parte amministrativa di registrazione della prestazioni CAS. Fornisce supporto telefonico in caso di chiarimenti circa le varie fasi del percorso diagnostico terapeutico.

Per le pazienti che decidono di farsi operare presso l'ASL TO5, l'infermiera procede con:

- 1) la prenotazione dell'intervento
- 2) la compilazione di:
 - scheda infermieristica per l'invio allo psicologo e/o all'assistente sociale (Scheda complessità psicologica) (Allegato 6)
 - scheda valutazione geriatrica – per pazienti con età > 75 (Allegato 7)
 - moduli inerenti il ricovero
- 3) la prenotazione di:
 - esami di stadiazione: ematochimici preoperatori, Ca 15-3 e CEA, ECG, RX torace (tutte le pz), ecografia epatica e scintigrafia ossea (se stadio superiore al primo); tali esami hanno una tempistica breve (entro 10 gg lavorativi al massimo cercando di rispettare le esigenze delle pazienti) e vengono effettuati all'interno della aslto5 o in centri convenzionati esterni per RM addominali e/o toraciche e/o PET
 - reperaggio radiologico in caso di lesione non palpabile (US ed MX) con traccia di carbone – ROLL eseguita il giorno prima dell'intervento presso il P.O. di Moncalieri
 - linfoscintigrafia per la ricerca del linfonodo sentinella eseguita in regime ambulatoriale il giorno precedente il ricovero
 - consulenza chirurgia plastica (se prospettata chirurgia radicale con ricostruzione)
 - incontro di gruppo con la psico-oncologa e con l'assistente sociale.
- 4) la consegna delle indicazioni alla preparazione all'intervento (allegato 8).
- 5) la consegna di promemoria scritto degli esami e consulenze prenotate.

7.2.3.1 Prericovero

In un'unica giornata la paziente effettua presso il presidio ospedaliero di Carmagnola gli esami ematochimici, l'ECG, l'Rx torace e l'ecografia addominale (se richiesta), la visita anestesiológica e la consulenza psicosociale.

La data dell'intervento verrà comunicata telefonicamente dopo che l'anestesista ha dato l'idoneità all'intervento.

Psicologa – Assistente sociale (accoglienza psicosociale pre-operatoria)

Le pazienti in attesa di effettuare l'intervento chirurgico vengono inviate dall'infermiera dell'Unità Senologica alla psiconcologa e all'assistente sociale che conducono un incontro di gruppo, nella stessa mattinata in cui le pazienti effettuano visita anestesiológica e altri esami pre-ricovero. Gli obiettivi generali del gruppo di accoglienza sono il contenimento e la condivisione dell'ansia pre-operatoria, dare informazioni riguardo agli aiuti disponibili e alle prestazioni fruibili dalle pazienti e dal loro nucleo familiare per affrontare meglio la malattia. L'Assistente Sociale consegna la scheda denominata "Note informative, principali prestazioni assistenziali e previdenziali in favore dei pazienti oncologici e delle loro famiglie". Alle pazienti vengono inoltre fornite le indicazioni su come contattare le psiconcologhe e le assistenti sociali per eventuali altri colloqui o presa in carico.

Un obiettivo più specifico riguarda invece le situazioni di "complessità", rilevate precedentemente dall'infermiera attraverso la compilazione della specifica scheda. In tali casi le schede dalle quali è emersa la presenza di indicatori di fragilità (presenza di minori, familiari con disabilità fisica o psichica, nuclei monoparentali, famiglie con precedenti esperienze traumatiche) vengono inviate e analizzate insieme alla psiconcologa e all'assistente sociale prima del colloquio allo scopo di condividere tra operatori una maggiore attenzione verso le situazioni più a rischio e adottare verso di esse interventi di supporto più mirati. Le pazienti che presentano condizioni di "complessità" verranno infine ricontattate telefonicamente dalla psiconcologa, a distanza di circa un mese, allo scopo di creare un buon clima di "alleanza" e favorire

una presa in carico psicologica.

L'intervento sociale verrà modulato rispetto ad ogni singola situazione.

7.3 FASE TERAPEUTICA: IL TRATTAMENTO CHIRURGICO

Dal 1° aprile 2015 l'intervento viene eseguito presso il reparto di chirurgia del presidio ospedaliero di Carmagnola ; nei pazienti con alto rischio anestesiológico (ASA > 3) l'intervento viene effettuato presso il reparto di chirurgia o di ginecologia (a secondo dei posti letto disponibili) del presidio ospedaliero di Chieri che ha a disposizione la rianimazione.

Le pazienti si ricoverano il giorno stesso dell'intervento. La prima paziente in lista operatoria si ricovera alle h. 7.00, le successive ad orari concordati a seconda della tipologia di attività della sala operatoria.

Il numero di pazienti operate per seduta varia da uno (mastectomia totale con ricostruzione e rimodellamento controlaterale o mastectomia bilaterale) ad un massimo di quattro (interventi di tipo conservativo).

7.3.1 CHIRURGIA CONSERVATIVA

L'intervento chirurgico conservativo viene di norma effettuato nei T1, nei T > 2 cm in presenza di mammella voluminosa o in caso di chemioterapia neoadiuvante con buona risposta radiologica/clinica.

Ginecologo/ chirurgo senologo (equipe costituita sempre da due operatori dedicati)

Effettuano l'intervento chirurgico e seguono il paziente nel postoperatorio. Orienta il pezzo con punti di reperi concordati e non seziona il pezzo. Compila la richiesta di esame istologico specificando anche l'ora di escissione della lesione. Il pezzo operatorio viene inviato al radiologo/senologo per rx pezzo (se deciso durante il GIC, per lesioni non palpabili e/o microcalcificazioni) in reparto radiologia presidio ospedaliero di Carmagnola.

Successivamente un autista porta immediatamente il pezzo a fresco in anatomia patologica al presidio ospedaliero di Moncalieri. Non viene mai richiesto ed eseguito esame istologico intraoperatorio per lesioni di diametro inferiore a 10 mm.

Radiologo senologo

Effettua la lastra del pezzo in due proiezioni, conferisce direttamente in sala operatoria con il chirurgo dando indicazioni per eventuali ampliamenti.

Redige il referto che allega a copia delle lastre che vengono inviate con il pezzo operatorio all'anatomo patologo

Personale infermieristico

Prende in carico il paziente e si occupa dell'assistenza infermieristica pre e post operatoria

Anatomo-patologo

prende nota dell' ora di arrivo del pezzo operatorio; preleva immediatamente un frammento rappresentativo della lesione, per la valutazione immunoistochimica dei marcatori prognostico-predittivi e procede alla fissazione in formalina fredda per 24 ore seguita da fissazione in alcool 95 per due ore.

Il resto del pezzo chirurgico viene sezionato e posto in formalina neutra tamponata.

Il giorno successivo viene ultimato il campionamento.

7.3.2 BIOPSIA LINFONODO SENTINELLA

E' eseguita in caso di neoplasia con conferma cito-istologica (C5-B5) e in assenza di mts accertate.

E' eseguita anche nei C4-B4 in caso di lesioni U5-R5

E' eseguita in caso di carcinoma in situ G3 esteso o se programmata la mastectomia

L'esame estemporaneo intraoperatorio non viene eseguito routinariamente, ma solo su richiesta del Chirurgo, in casi selezionati e discussi al GIC, e con tecnica del "touch imprint".

Non viene mai eseguito l' esame al criostato.

Medico di medicina nucleare

Prepara il referto della linfoscintigrafia il giorno precedente presso la medicina nucleare del presidio ospedaliero di Moncalieri e lo consegna alla paziente.

La paziente consegnerà tale esame al personale sanitario il giorno dell'intervento.

Chirurgo/senologo

Il giorno dell'intervento non appena indotta l'anestesia inocula in sede periareolare il colorante vitale (BLUE-

DYE) e successivamente controlla l'avvenuta migrazione del colorante ai dotti collettori del linfonodo.

7.3.3 DISSEZIONE ASCELLARE (DA) DOPO LINFONODO SENTINELLA (LS)

Per le pazienti sottoposte a chirurgia conservativa e che eseguiranno la radioterapia complementare, in casi selezionati, in base al T, al G, all'età della pz, alla presenza o assenza di invasione vascolare, può essere omessa la dissezione anche in caso di metastasi in uno o due LFNS

Non si procede alla dissezione ascellare in casi di micrometastasi o ITC nel linfonodo sentinella.

Generalmente si esegue dissezione linfonodale di I-II-III livello in presenza di metastasi linfonodali > 2 mm se associata alla mastectomia, ma tale indicazione è stata di recente rivista e si lascia aperta la possibilità dell'omissione in caso di presenza di parametri di basso rischio.

7.3.4 RICOSTRUZIONE

La ricostruzione viene proposta a tutte le pazienti candidate a chirurgia radicale e sottoposte quindi a "nipple-areola sparing", "skin sparing" o "skin reducing" mastectomy.

Nella maggior parte dei casi viene posizionato un espansore sottomuscolare, qualora possibile si procede a posizionamento di una protesi definitiva in prima istanza.

Il tempo ricostruttivo viene pianificato ed eseguito dall'equipe di chirurgia plastica della Città della Salute e della Scienza di Torino, che si occupa delle successive visite di controllo per l'espansione tissutale e programma la ricostruzione definitiva.

Chirurgo plastico

Visita la paziente collegialmente con il chirurgo/ginecologo senologo presso l'ambulatorio di senologia previo accordo telefonico.

Pianifica l'intervento e prescrive i presidi necessari per ricostruzione

Personale infermieristico

Invia per email al personale di sala operatoria e al personale amministrativo della SC Approvvigionamenti e Logistica richiesta di protesi/espansori/matrice dermica necessari all'intervento

Chirurgo/ ginecologo senologo

Procede con la chirurgia demolitiva concordata con chirurgo plastico

Chirurgo plastico

Procede con la ricostruzione

7.3.5 DIMISSIONE

La dimissione avviene il mattino successivo al giorno dell'intervento (ONEDAY surgery) in caso di chirurgia conservativa senza dissezione,; in caso di mastectomia il ricovero dura da 2 a 3 gg.

Alla dimissione dal reparto il medico dimettente prescrive la terapia del dolore e la terapia antibiotica se necessaria. Programma le medicazioni postoperatorie presso c/o l'ambulatorio di senologia aziendale dopo 2 giorni se presente drenaggio o 4 gg senza drenaggio. In caso di intervento ricostruttivo le medicazioni vengono effettuate presso l'ambulatorio di chirurgia plastica della Città della Salute.

7.3.6 VALUTAZIONE FISIATRICA

E' prevista la consulenza fisiatrica in reparto entro due giorni dall'intervento chirurgico per tutte le pazienti sottoposte a chirurgia radicale e/o dissezione ascellare in regime di ricovero ordinario da parte della fisiatria del presidio ospedaliero di Carmagnola.

Per le pazienti sottoposte a chirurgia conservativa e/o biopsia del LS in regime di day surgery, nella lettera di dimissione viene indicata data di visita fisiatrica a distanza di una settimana dall'intervento presso l'ambulatorio di fisiatria del presidio ospedaliero di Carmagnola.

In caso di necessità di intervento fisioterapico si lascia alla paziente la libertà di scegliere in quale distretto dell'asl appoggiarsi per tale trattamento.

Le pazienti con complicanze tardive (linfedema dell'arto, limitazioni funzionali articolari della spalla, ecc.) devono prenotare una "Visita Fisiatrica" con impegnativa medica c/o SRRF e verranno inserite in una lista d'attesa preferenziale dedicata dell'ambulatorio linfo-oncologico.

7.3.7 CONSEGNA ESAME ISTOLOGICO

Per quanto riguarda la **diagnosi anatomopatologica**, si fa riferimento ai protocolli di diagnosi macroscopica

e di campionamento e di diagnosi microscopica prodotti dal gruppo di lavoro GIPaM della SIAPEC aggiornato al 2015 (www.siapec.it), condivisi a livello nazionale e con l'emissione di un referto a "check list".

Alla ricezione dell'esame istologico il caso viene discusso in ambito GIC, durante il quale:

-si valuta l'eventuale necessità di re-intervento chirurgico

-si pianificano le terapie adiuvanti

-si prenota il primo appuntamento per la visita oncologica (durante la quale si prenoterà la visita radioterapica)

Personale infermieristico

Contatta la paziente per la consegna dell'esame istologico che viene eseguita dal medico chirurgo/ginecologo senologo presso l'ambulatorio di senologia.

Durante tale incontro viene consegnato libretto informativo sulla "prevenzione dei tumori e delle recidive con lo stile di vita" e viene rilasciata una locandina di invito alla partecipazione ad incontri informativi relativi a tale argomento organizzati nell'asl.

Se necessari approfondimenti di biologia molecolare (FISH per HER2), durante il GIC si compila l'impegnativa mutualistica (con ricettario dell'ambulatorio)

Anatomo patologo

Si occupa successivamente dell'invio della richiesta e del materiale all'anatomia patologica della Città della Salute e della Scienza.

L'esito di tale approfondimento viene inviato al Servizio di Anatomia Patologica di Moncalieri che lo trasmette all'Oncologia.

7.4 LA TERAPIA MEDICA ADIUVANTE

Personale infermieristico

Durante la visita oncologica compilerà la scheda di valutazione del patrimonio venoso della paziente (Allegato 8) e provvederà a prenotare le eventuali prestazioni richieste dall'oncologo:

- in caso di trattamento chemioterapico con antracicline:
 - o ECG, ecocardiografia, visita cardiologica quando necessaria in base a comorbidità
- in caso di prescrizione di ormonoterapia con Tamoxifene:
 - o visita ginecologica con eco TV

Nel caso sia indicata chemioterapia, verrà dato un appuntamento per l'inizio trattamento e si informerà la paziente circa l'organizzazione del Day Hospital

La visita radioterapica di pressoché tutte le pazienti, viene prenotata dal servizio di oncologia c/o i centri convenzionati di riferimento, in base alla residenza e alle esigenze delle pazienti

Tempistica:

- Tempo fra richiesta e visita oncologica o radioterapica: < 15 gg
- Tempo fra completamento trattamento chirurgico e inizio chemioterapia: <6-8 settimane.

7.4.1 Terapia medica – CDIS

Dopo chirurgia (ed eventuale ampliamento se margini positivi) e radioterapia, nel CDIS R+ esteso e G2-3 si può considerare l'ormonoterapia adiuvante con tamoxifene 5 anni per ridurre la recidiva invasiva ipsilaterale e il tumore invasivo controlaterale.

7.4.2 Terapia medica – carcinoma microinvasivo T1 mic

In caso di T1mic, associato per lo più a CDIS, raccomandiamo l'esecuzione della biopsia del linfonodo sentinella; se R+ e linfonodo sentinella negativo raccomandiamo tamoxifene adiuvante 5 anni

7.4.3 Terapia medica – CLIS

Dopo chirurgia nel CLIS non raccomandiamo l'utilizzo di terapia ormonale adiuvante

7.4.4 Terapia medica (chemio e/o endocrinoterapia) adiuvante – Carcinoma invasivo

Per istotipi speciali a buona prognosi R+ (tubulare/cribriforme, mucinoso "puro", papillare) se T < 1 cm e N neg non raccomandiamo alcun trattamento medico, se T > 1 cm e N neg raccomandiamo sola terapia ormonale, valutiamo chemioterapia solo se N+

Per istotipi speciali tripli negativi intrinseci (adenoideocistico, midollare) non raccomandiamo la chemioterapia adiuvante salvo N+

Per la scelta della miglior terapia postoperatoria nella pratica clinica facciamo riferimento alle linee guida AIOM 2016 e alla relazione ASCO 2013 del Prof DiLeo "Adjuvant chemotherapy in 2013: Which patient? What regimen?"

Per stratificare il rischio di recidiva e modulare l'utilizzo dei trattamenti postoperatori, oltre alla stadiazione TNM di pT e pN, utilizziamo la suddivisione in sottotipi intrinseci (surrogati del profilo di espressione genica) sulla base del profilo di immunoistochimica che considera i recettori ormonali, l'HER2, il Ki-67 (Perou CM et al Nature 2000;406:747-52; Cheang MCU. et Al. JNCI 101(10) 736).

Nei casi dubbi per indicazione a chemioterapia (luminal A like con T elevato ed N+ o Luminal B "borderline") utilizziamo il test genomico Endopredict il cui utilizzo gratuito è vincolato alla disponibilità di kit concessi dalla Rete Oncologica Piemontese

Vengono individuati con l'immunoistochimica i seguenti sottogruppi sui quali viene proposta la terapia adiuvante:

Luminal A-like (recettori ormonali positivi con RPg>20%, HER2 neg, Ki-67 <15-20%)

Nel basso rischio in premenopausa viene proposta sola terapia ormonale 5 anni con tamoxifene, in post menopausa si propone tamoxifene 5 anni o Tamoxifene 2-3 anni e switch ad IA per 2-3 anni

Nell'alto rischio in base a T, N e grading proponiamo l'utilizzo di Endopredict, se disponibile

Nell'alto rischio in cui proponiamo chemioterapia proponiamo lo schema TC o il CMF se la paziente rifiuta l'alopecia

Nell'alto rischio in premenopausa e sempre se si esegue chemioterapia, si propone in associazione al tamoxifene la soppressione ovarica 3-5 anni LHRH analogo

In premenopausa e perimenopausa nelle donne ad alto rischio candidate a soppressione ovarica consideriamo l'utilizzo di IA associato a LHRHanalogo con attento monitoraggio dei parametri di attività ovarica

Nell'alto rischio in postmenopausa proponiamo IA upfront 5 anni

Dopo 5 anni di tamoxifene nelle donne ancora in premenopausa o perimenopausa consideriamo terapia estesa con ulteriori 5 anni di tamoxifene

Dopo 5 anni di tamoxifene se la paziente è andata in menopausa consideriamo fortemente terapia estesa con ulteriori 2-3 o 5 anni di IA in particolare se pN+; dopo 5 anni di tamoxifene e LHRHanalogo se la paziente è andata in menopausa consideriamo fortemente terapia estesa con ulteriori 5 anni di IA

Luminal B-like HER2 neg (recettori + ma PgR<20%, Ki67>15-20% HER2 neg o G3)

In questi casi si tiene comunque conto dei fattori T ed N e viene proposta chemioterapia: nelle pazienti a basso rischio TC o CMF e, nell'alto rischio, sequenziale antraciclina taxano

Si associa ormonoterapia con Tamoxifene in premenopausa, in postmenopausa switch con IA dopo 2-3 anni di Tamoxifene) o IA upfront in particolare se pN+ o utilizzo di chemioterapia adiuvante, nell'alto rischio in premenopausa si associa LHRHanalogo 3-5 anni.

La terapia ormonale estesa (vedi sopra) viene considerata nei casi a rischio intermedio alto anche in considerazione dell'applicazione della chemioterapia adiuvante e in ogni caso attentamente discussa con la paziente

Luminal B-like HER2 + (recettori +)

In questi casi si tiene comunque conto dei fattori T ed N e viene proposta chemioterapia come per le pazienti HER2 positive (vedi sotto).

Per la terapia ormonale valgono le stesse considerazione del Luminal B HER2 neg

HER2 + (recettori negativi, HER2+)

Nelle pazienti a basso rischio (in relazione a T ed N) gli schemi sono T+H o TC+H o TCH

Nelle pazienti ad alto rischio sequenziale antraciclina Taxano e Trastuzumab e se la paziente è cardiopatica lo schema di scelta è TCH.

Il Trastuzumab è sempre somministrato concomitante a taxano

Nelle pazienti con pT1a/b e pN0/mic si discute l'utilizzo di trastuzumab

Nelle pazienti HER2 2+ con FISH amplificata in < 10% della popolazione cellulare non si utilizza Trastuzumab

Al termine della chemioterapia si associa ormonoterapia come sopra

Triple negative

Nel basso rischio TC o CMF e nell'alto rischio sequenziale antraciclina taxano. Non si associa alcuna ormonoterapia

7.4.5 Utilizzo di difosfonati o affini in adiuvante

Nelle pazienti in postmenopausa con DXA indicativa di osteoporosi candidate a terapia ormonale con inibitori aromatasici e già adeguatamente poste in supplementazione calciovitaminica proponiamo acido zoledronico semestrale allo scopo di prevenire le fratture osteoporotiche

7.4.6 Chemioterapia neoadiuvante o primaria

Si distinguono

1. Tumori localmente avanzati non operabili (IIIB, IIIC, carcinoma infiammatorio). Se la paziente è giudicata non suscettibile di intervento chirurgico quale primo trattamento in quanto non operabile in modo radicale (per le dimensioni e/o per la presenza di N2/N3 clinico). Il trattamento primario ha la finalità di permettere la successiva chirurgia, che, nel caso della mastite carcinomatosa, sarà sempre la mastectomia associata a dissezione ascellare omolaterale. Una chirurgia di tipo conservativo può essere presa in considerazione per le pazienti che ottengono una ottima risposta dopo il trattamento primario.
2. Tumori operabili ma candidati alla mastectomia (stadi I, II, IIIA). Nel 20-30% delle pazienti la CT può permettere di convertire l'intervento demolitivo in conservativo. Il posizionamento del repere deve essere sempre effettuato se il fine è la conservazione e viene posizionato o prima della chemioterapia o alla constatazione della risposta in itinere.

Prima della CT viene eseguita core biopsy del T per la definizione di

- Istotipo
- Recettori ormonali
- Ki-67, stato di Her2
- Grading

Vengono considerati predittivi di risposta l'elevata espressione recettoriale, il Ki-67 elevato, l'istotipo duttale. Nel caso di recettori fortemente espressi, Ki-67 basso, istotipo lobulare e in presenza di HER2 negatività, in genere non viene proposta chemioterapia neoadiuvante per la scarsa entità della risposta. Vengono effettuati 6-8 cicli di chemioterapia contenenti antraciclina e taxano con intervento entro 5 settimane dal termine della CT.

Il Trastuzumab viene utilizzato, nelle pazienti HER2 +, nella chemioterapia primaria nel caso di HER2 + concomitante con il taxano.

Tutto il programma di chemioterapia viene eseguito quale terapia neoadiuvante (no CT dopo l'intervento).

Nel caso di progressione della neoplasia mammaria durante la neoadiuvante viene effettuato il cambio precoce dello schema CT (da antraciclina a taxano) o la chirurgia (se progressione in corso di taxano).

La RMN mammaria mdc viene effettuata prima e dopo la chemioterapia primaria/neoadiuvante allo scopo di valutare al meglio l'estensione basale e la risposta al trattamento primario.

La chirurgia che segue la chemioterapia primaria deve essere sempre eseguita sulla base della risposta ottenuta eccetto che nel carcinoma infiammatorio che indipendentemente dalla risposta è candidato alla mastectomia.

Per quanto riguarda il trattamento dell'ascella:

- Se cN0 al basale si può considerare la biopsia del linfonodo sentinella prima della chemioterapia
- Se cN+ al basale con FNA + e risposta clinica completa dopo chemioterapia proponiamo la biopsia del linfonodo sentinella; se la biopsia del linfonodo sentinella ha esito positivo la paziente deve essere sottoposta a dissezione ascellare
- Se cN+ al basale con FNA+ e persistenza di malattia ascellare la paziente deve essere sottoposta a dissezione ascellare

7.5 RADIOTERAPIA

Per permettere una corretta programmazione del trattamento, è necessario che le pazienti siano sottoposte a valutazione radioterapica già al momento in cui viene formulato il programma di terapia adiuvante. Per tale motivo dopo la chirurgia conservativa l'oncologo medico provvederà a richiedere consulenza radioterapica appena disponibile il referto istologico.

La prima visita radioterapica verrà eseguita entro 15 giorni dalla richiesta.

Tempistica:

- Radioterapia adiuvante nelle pazienti non sottoposte a chemioterapia: inizio entro 60 giorni

dalla visita radioterapica, entro 90 giorni dalla diagnosi istologica

- Radioterapia adiuvante nelle pazienti sottoposte a chemioterapia: inizio entro 35 giorni dopo l'ultimo ciclo di trattamento medico.

Indicazioni dopo chirurgia conservativa

E' dimostrato che il trattamento adiuvante nelle pazienti sottoposte a chirurgia conservativa riduce significativamente il rischio di ripresa locale della malattia con risultati sovrapponibile a quelli postmastectomia.

- Ca duttale in situ G1 (lesione o area > 1 cm)
- Ca duttale in situ G2 e 3
- Ca duttale infiltrante e lobulare infiltrante
- La RT non è indicata nel LIN

Dopo chirurgia conservativa e LN sentinella positivo non sottoposta a dissezione ascellare il radioterapista terrà conto della specifica situazione nel programmare i campi di radioterapia

Indicazioni dopo mastectomia

- Ca duttale e lobulare infiltrante > 5 cm
- Infiltrazione della cute o fascia pettorale o muscolo
- Positività del margine di resezione
- > 3 linfonodi ascellari interessati da metastasi

Considerati i dati della metanalisi dell'EBCTCG pubblicati (Lancet 19/3/14) verrà sollecitato il trattamento radioterapico anche nelle donne sottoposte a mastectomia con 1-3 LND positivi

Radioterapia sulle stazioni linfonodali

- pT1-3 pN2 o pN3a e pT4N0

RT sulle stazioni linfonodali infraclavari

- cN2b

RT sulle stazioni linfonodali mammarie interne

Volumi, dose e frazionamento

- 45-50 Gy in 18-25 frazioni su parenchima mammario residuo
- Previsto sovradosaggio su letto chirurgico nelle pazienti con età inferiore a 50 anni e in caso di margine inadeguato: 16 Gy in 8 frazioni

La radioterapia non rappresenta più una controindicazione assoluta alla ricostruzione.

In assenza di radioterapia il secondo tempo ricostruttivo può essere effettuato dopo 4-6 mesi dal precedente intervento.

Nei casi in cui alla mastectomia deve seguire un ciclo di radioterapia, si informa la paziente dei maggiori rischi di complicanze e di peggiori esiti estetici e le si propone l'iperestensione dell'espansore tissutale durante il ciclo terapeutico, con un secondo tempo ricostruttivo dopo circa 12 mesi dal 1° intervento.

7.6 CURE PALLIATIVE

Le pazienti in fase avanzata di malattia che necessitano di terapia del dolore e/o cure palliative verranno indirizzate all'ambulatorio di Cure Palliative per trattamenti inerenti o per la presa in carico definitiva nel caso non fossero più previsti trattamenti attivi antitumorali.

Comunque le pazienti potranno fare riferimento, al bisogno, all'ambulatorio ed il Day Hospital dell'Oncologia Medica, anche per periodi prolungati, su indicazione ed in collaborazione con il palliativologo. In questa fase della malattia l'Assistente Sociale collabora con il Servizio di Cure Palliative per l'impostazione di un percorso di sostegno e di accompagnamento della persona malata e della sua rete di riferimento.

7.7 TRATTAMENTO PSICOLOGICO

Il nominativo della paziente in recidiva, in accordo con la stessa, viene segnalato all'Assistente Sociale del CAS per la valutazione di eventuali interventi assistenziali, previdenziali o di sostegno, in collaborazione con i Servizi territoriali ed il Volontariato.

E' possibile attivare la presa in carico della paziente con patologia mammaria e/o del suo nucleo familiare in qualunque fase del suo percorso di cura: diagnosi, terapia attiva, follow-up, off-therapy, (terapia palliativa, cure di fine vita e sostegno al lutto).

Insieme alla paziente si pianifica il possibile trattamento, che può includere interventi psicoeducazionali, colloqui di sostegno con presa in carico continuativa per gestire gli aspetti traumatici e la sofferenza emozionale correlati all'esperienza di malattia.

L'intervento psiconcologico prevede anche colloqui psicoterapeutici e l'utilizzo di approcci integrati con tecniche a mediazione corporea (mindfulness, EMDR). La presa in carico psicologica riguarda anche il familiare/caregiver che necessita di sostegno o che manifesti sintomi di disagio e anche per eventuale supporto al lutto.

8 Follow up

Si seguono le indicazioni delle linee guida AIOM e NCCN e si aderirà alle raccomandazioni della rete oncologica piemontese, anche rispetto all'adozione di stili di vita corretti nelle pazienti portatrici di sindrome metabolica.

I casi vengono inseriti nel **database SQTM** (prevalentemente quelli di screening) e quindi soggetti a valutazioni con indicatori di qualità (diagnosi e trattamento).

Nel dettaglio:

- si procede alla consegna lettera informativa per il curante con le indicazioni sulle procedure indicate (Allegato 4)
- si procede alla consegna lettera informativa per il paziente all'inizio e/o al termine del follow up specialistico (Allegato 11)
- si procede alla consegna della programmazione del follow up con aggiornamento appuntamento successivo (Allegato 12)
- si mantiene la disponibilità alla valutazione urgente in caso di sospetto diagnostico previo contatto telefonico (ambulatorio senologia)

9 Indicatori di processo e di esito

In attesa di una scelta univoca da parte della Rete Oncologica, per monitorare il percorso descritto sono stati presi in considerazione i seguenti indicatori:

- 1) **DIAGNOSI:** proporzione di casi di carcinoma mammario (invasivo o intraduttale) con una diagnosi pre-operatoria definitiva (C5 o B5)

Standard minimo $\geq 80\%$; standard ottimale $\geq 90\%$

- 2) **TEMPI DI ATTESA:** inizio trattamento entro 30 gg dall'indicazione terapeutica (da scheda GIC) esclusi i casi che vanno in RM (effettuata fuori sede)

Standard minimo $\geq 75\%$; standard ottimale $\geq 90\%$

- 3) **CHIRURGIA:** unico intervento chirurgico per il trattamento del carcinoma invasivo (escludendo interventi ricostruttivi)

Standard minimo $\geq 80\%$; standard ottimale $\geq 90\%$

10 Modalità di verifica

Il CPO Piemonte attraverso il database SQTM procedere all'estrazione dei dati a livello aziendale e li comunica in forma aggregata su base regionale durante il Workshop annuale

11 Revisioni e diffusione

Periodicità revisione:

Il presente documento viene revisionato con cadenza annuale e in ogni caso si rendessero necessarie modifiche organizzative e/o diagnostiche

Modalità di diffusione interna:

- sito intranet

12 Allegati

Allegato 1 : Scheda consegna esame prevenzione serena

Allegato 2: Scheda GIC pre-chirurgica

Allegato 3: Scheda GIC post-chirurgica

Allegato 4 : Scheda descrizione intervento

Allegato 5: Scheda consenso informato intervento chirurgico

Allegato 6: Scheda per invio psicologo e assistente sociale

Allegato 7: Scheda valutazione geriatria

Allegato 8: Informazioni relative al ricovero per interventi chirurgici mammari

Allegato 9: Scheda valutazione dolore

Allegato 10: Scheda patrimonio venoso

Allegato 11: Scheda rete follow up paziente

Allegato 12: Visita follow up

