

GRUPPO DI STUDIO TUMORI DELLA MAMMELLA



COMMISSIONE VALUTAZIONE PDTA MAMMELLA

PREMESSA

Pensiamo non sia facile uniformare i PDTA, però crediamo, alla luce del lavoro svolto, che si possa arrivare ad un documento unico, condiviso da tutti, sulle indicazioni del quale ogni centro possa avere una base sulla quale lavorare.

Riportiamo la richiesta di molti centri di dotarsi di un PDTA più completo e articolato rispetto al modello proposto dalla Rete.

Sicuramente vanno eliminati i “volumi” che invece riteniamo estremamente utili per una consultazione interna affinché tutti gli operatori del centro interessato sappiano cosa fare e come muoversi rispettando le regole date.

Ci scusiamo se abbiamo omissso o interpretato erroneamente qualche dato, non era ovviamente nostro intento.

Bagnato Rosaria
Gambaro Giuseppina
Pramaggiore Paolo
Vincenti Maura
Zanon Eugenio

BREAST UNIT PIEMONTE

Torino Nord (Centri previsti: 2)

- Presidio Cottolengo
- ASL TO4 - Ospedale di Ivrea

Torino Ovest (Centri previsti: 3)

- A.O. Mauriziano - centro sottoposto a monitoraggio per i prossimi 24 mesi
- IRCCS di Candiolo
- ASL TO3 - Ospedale di Rivoli - centro sottoposto a monitoraggio per i prossimi 24 mesi

Torino Sud-Est (Centri previsti: 2)

- A.O.U. Città della Salute e della Scienza: necessità di integrazione tra le unità operative della stessa disciplina che concorrono all'attuale GIC; centro sottoposto a monitoraggio per i prossimi 24 mesi
- ASL TO5 - Ospedale di Moncalieri quale sede definitiva (ad oggi, Ospedale di Chieri) - centro sottoposto a monitoraggio per i prossimi 24 mesi

BREAST UNIT PIEMONTE

Piemonte Nord-Est (Centri previsti: 3)

- A.O.U. Maggiore della Carità di Novara
- ASL VCO e ASL NO: unico centro con accordo interaziendale che preveda sede e costituzione di un unico GIC - centro sottoposto a monitoraggio per i prossimi 24 mesi
- ASL BI

Piemonte Sud-Ovest (Centri previsti: 3)

- A.O. S. Croce e Carle di Cuneo
- ASL CN1 - Ospedale di Savigliano
- ASL CN2 - Ospedale di Alba

Piemonte Sud-Est (Centri previsti 3)

- A.O. SS Antonio, Biagio e C. Arrigo di Alessandria - centro sottoposto a monitoraggio per i prossimi 24 mesi
- ASL AT - Ospedale Cardinale Massaia
- ASL AL - Ospedale di Tortona

Caratteristiche votate dal Gruppo di studio tumori mammari tra quelle proposte

- 1) procedure essenziali iter diagnostico (26/26)**
- 2) discussione GIC pre-post e ricadute malattia (26/26)**
- 3) follow-up: periodicità e tipologia esami (25/26)**
- 4) offerte counseling fisioterapico, psico-oncologico e genetico (18/26)**
- 5) descrizione percorso assistenziale e ruolo dell'infermiere (17/26)**
- 6) tempi previsti di accesso nelle varie fasi del PDTA (9/26)
- 7) stadiazione pre-operatoria (5/26)
- 8) disponibilità chirurgia ricostruttiva (3/26)
- 9) SDO unificata (2/26)

A completamento della risposte va precisato che:

al punto 1) è stato proposto di comprendere anche la stadiazione pre-operatoria al punto 8) di segnalare anche la presenza o meno della radioterapia e oncologia.

Per quanto riguarda il punto 9) crediamo sia importante, nonostante la bassa votazione, proporlo come progetto di Rete. Questo anche in considerazione della discussione avvenuta in aula alla scorsa riunione dove è stata esplicitata l'importanza di arrivare a SDO unificate e alla possibilità di archiviazione delle schede GIC negli applicativi aziendali con disponibilità di visualizzazione i referti GIC da parte di tutti gli operatori per la verifica della Rete.

BREAST UNIT IN PIEMONTE
(vengono indicate le sedi riconosciute dalla rete oncologica)

	Pagine PDTA
AO Alessandria	5
AO Cuneo	23
AO Mauriziano	fogli excel
AOU Città della Salute	29
AOU Novara	15
ASL AL (Ospedale di Tortona)	13
ASL AT	17
ASL BI	6
ASL CN1 (Ospedale di Savigliano)	40
ASL CN2 (Ospedale di Alba)	5
ASL TO3 (Ospedale di Rivoli)	8
ASL TO4 (Ospedale di Ivrea)	47
ASL TO5 (Ospedale di Moncalieri)	18
ASL VCO-ASLNO*	7
Candiolo	13
Cottolengo	146

PROCEDURE ESSENZIALI ITER DIAGNOSTICO

PDTA	Agoaspirato/biopsia su noduli sospetti (R3-R4-R5/U3-U4-U5)	Agoaspirato su linfonodi sospetti	Biopsia stereotassica su microcalcificazioni	Stadiazione preoperatoria (AIOM 2016)
AO Alessandria	Non citati	Non citato	Non citata	SI
AO Cuneo	SI (categorie non citate)	Non citato	SI	Non citata
Ao Mauriziano	Non citati	Non citato	Non citata	Non citata
AOU CdS	SI (categorie non citate)	SI	SI	rimanda ad allegato non presente
AOU Novara	SI	SI	SI	citata
ASL AL	SI (categorie non citate)	SI	non citata	non citata
ASL AT	SI (categorie non citate)	SI	SI	si discosta: Rx torace ed ECO addome
ASL BI	SI (categorie non citate)	SI	SI	si discosta: Rx torace ed ECO addome
ASL CN1	SI	Non citato	SI	Non citata
ASL CN2				
ASL TO3	Non citati	Non citato	Non citata	si discosta: per stadio IA-IIA Rx torace + ECO addome + esami ematochimici
ASL TO4	SI (categorie non citate)	SI	SI	SI
ASL TO5	SI (categorie non citate)	Non citato ma eseguito	SI	si discosta: Rx torace ed ECO addome
ASL VCO-ASLNO*	SI	Non citato ma eseguito	SI	SI
Candiolo	SI (categorie non citate)	Non citato ma eseguito	Non citata	SI
Cottolengo	SI (categorie non citate)	SI	SI	SI

VALUTAZIONE GIC PRE E POSTOPERATORIO

PDTA

VALUTAZIONE GIC

AO Alessandria	SIA PRE-CHE POST
AO Cuneo	SIA PRE-CHE POST
Ao Mauriziano	PRE?? SI PER IL POST
AOU CdS	SIA PRE-CHE POST
AOU Novara	QUASI TUTTI I CASI SIA PRE-CHE POST
ASL AL	SIA PRE-CHE POST
ASL AT	SIA PRE-CHE POST
ASL BI	SIA PRE-CHE POST
ASL CN1	SIA PRE-CHE POST
ASL CN2	SIA PRE-CHE POST
ASL TO3	SIA PRE-CHE POST
ASL TO4	SIA PRE-CHE POST
ASL TO5	SIA PRE-CHE POST
ASL VCO-ASLNO*	SIA PRE-CHE POST
Candiolo	SIA PRE-CHE POST
Cottolengo	SIA PRE-CHE POST

VALUTAZIONE GIC IN CASO DI RIPRESA DI MALATTIA

PDTA

VALUTAZIONE NEL GIC

AO Alessandria	NON CITATO
AO Cuneo	NON CITATO
Ao Mauriziano	NON CITATO
AOU CdS	NON CITATO
AOU Novara	NON CITATO
ASL AL	NON CITATO
ASL AT	NON CITATO
ASL BI	SI (MA NON CITATO)
ASL CN1	SI
ASL CN2	NON CITATO
ASL TO3	NON CITATO
ASL TO4	NON CITATO
ASL TO5	SI
ASL VCO-ASLNO*	SI (MA NON CITATO)
Candiolo	NON CITATO
Cottolengo	SI

RM e fattori prognostici per pazienti in neoadiuvante

PDTA	RM	Fattori prognostici	Note
AO Alessandria	No	No	
AO Cuneo	Si	Si	
Ao Mauriziano	Si	Si	
AOU CdS	Si	Si	
AOU Novara	si	No	
ASL AL	No	No	
ASL AT	No	No	
ASL BI	No	No	
ASL CN1	Si	No	
ASL CN2	No	No	
ASL TO3	Si	No	
ASL TO4	Si	Si	
ASL TO5	Si	Si	
ASL VCO-ASLNO*	non citato ma eseguito	non citato ma eseguito	* PDTA interaziendale
Candiolo	No	No	
Cottolengo	Si	Si	

COUNSELING - FISIOTERAPICO - PSICO-ONCOLOGICO - GENETICO

PDTA	COUNSELING FISIOTERAPICO	COUNSELING PSICONCOLOGICO	COUNSELING GENETICO
AO Alessandria	SI	SI	?
AO Cuneo	SI	SI	CUNEO
Ao Mauriziano	SI	SI	TORINO
AOU CdS	SI	SI	TORINO
AOU Novara	SI	SI	?
ASL AL	SI (RESPONSABILE IN CENTRO DI TORTONA)	SI	CONSULENTE GENETISTA E TORTONA
ASL AT	SI	SI	TORINO
ASL BI	SI	SI	TORINO
ASL CN1	SI	SI	SI DOVE?
ASL CN2	SI	SI	?
ASL TO3	SI	SI	?
ASL TO4	SI	SI	?
ASL TO5	SI	SI	TORINO
ASL VCO-ASLNO*	VERBANIA/BORGOMANERO	SI	CONSULENTE GENETISTA A VERBANIA
Candiolo	SI	SI	TORINO
Cottolengo	SI	SI	TORINO

Descrizione percorso assistenziale e ruolo dell'infermiere

PDTA	PERCORSO ASSISTENZIALE	RUOLO INFERMIERE
AO Alessandria	No	No
AO Cuneo	Si	Si
Ao Mauriziano	Si(citato percorso)	Si
AOU CdS	Si	Si
AOU Novara	si	si
ASL AL	No	si
ASL AT	No	si
ASL BI	No	No
ASL CN1	No	No
ASL CN2	Si	Si
ASL TO3	MANCA PDTA	MANCA PDTA
ASL TO4	Si	Si
ASL TO5	Si	Si
ASL VCO-ASLNO*	Si	Si
Candiolo	Si	Si
Cottolengo	Si	Si

REPORT FOLLOW-UP

-PDTA AO Alessandria:

- °Esame clinico-> nei primi 2 aa ogni 3-6 mesi, dal 2° al 5° anno ogni 6 mesi, dopo il 5° anno annuale.
- °Mx-> a 6 mesi dal termine RT adiuvante e 9 mesi dalla chirurgia, successivamente ogni 12 mesi.
- °Visita Chirurgia Plastica->ogni 2 mesi 1° anno, successivamente ogni 2 anni.
- °Visita RT-> a 6 mesi dal termine del trattamento.
- °MOC nei pz. in terapia con AI: basale ed ogni 2 anni se alterazioni.
- °Colesterolo e Trigliceridi nei pz. in terapia con AI a cadenza annuale.
- °RMN mammaria se BRCA172
- ° No consegna lettera MMG e Pz.
- °Si disponibilità alla Visita urgente in caso di sospetta recidiva.

-PDTA AO CUNEO:

- °Visita Medica->ogni 3-6 mesi nei primi 3 anni, successivamente ogni 6-12 mesi x 2 anni, poi annuale.
- °Mx_a 6 mesi dal termine RT e 9-12 mesi dalla chirurgia, successivamente annuale.
- °Visita Ginecologica->se in terapia con Tamoxifene periodicamente
- °Consulto genetico se familiarità per neoplasie mammarie ed ovariche
- °Ematochimici (Colesterolo e Trigliceridi)-> annuale se in terapia con AI
- °MOC-> se AI basale e successivamente ogni 12-18 mesi se osteoporosi
- °Ecocardiogramma*Visita Ginecologica ogni 6 mesi e fino a 24 mesi dopo Trastuzumab, se somministrate anche Antracicline proseguono fino al 5° anno.
- Si invio scheda di follow-up al MMG
- Si lettera al pz.
- Si disponibilità alla Visita Urgente in caso di sospetta recidiva.

REPORT FOLLOW-UP

-PDTA MAURIZIANO:

°Visita medica: ogni 6 mesi per 5 anni (programmazione scadenze esami successivi: mammografia/Rx annuale)

° Invio ad ambulatori specialistici dedicati: in caso di familiarità neoplastica (ambulatorio BRCA); ambulatorio menopausa per pazienti oncologiche in caso di sintomi da menopausa e/o rischio osteoporotico; ambulatorio di fisioterapia se riduzione funzionalità braccio; ambulatorio di psicologia se disagio psicologico; ambulatorio dietologia se difficoltà nel mantenimento del peso corporeo.

°In caso di sospetto di ripresa di malattia visita CAS per programmazione ristadiatione

-PDTA TORINO CITTA' DELLA SALUTE:

°Esame clinico-> ogni 4-6 mesi per i primi 2 anni, successivamente ogni 6 mesi fino al 5° anno

°Mx+Etg mammaria+cavi ascellari->annuale

°RMN mammaria in base a raccomandazioni radiologiche

°Visita Ginecologica-> se in terapia con Tamoxifene periodicamente

°MOC->se in terapia con AI controllo periodico

°Colesterolo e Trigliceridi-> se in terapia con AI controllo periodico

°Valutazione e consigli sullo stile di vita

°Esami strumentali TC, PET, Scintigrafia solo se sintomi

Non specificato se lettere ai MMG e pz.

REPORT FOLLOW-UP

-PDTA ASO NOVARA:

- °Esame clinico: ogni 6 mesi per 5 anni, successivamente annuale fino al 10° anno
 - °Mx ad 1 anno dalla chirurgia e 6 mesi dalla RT, successivamente annuale
 - °Visita Ginecologica annuale
 - °Dosaggi ormonali periodici se AI ed eta < 60 aa
 - °MOC basale e successivamente su indicazione del reumatologo
 - °Ecocardiogramma a 6 mesi dalla CT e successivamente annuale per 2-3 anni, poi ogni 3-5 anni
 - °RMN mammaria se BRCA 1/2
- Si lettera al MMG

-PDTA ASL AL:

- °Esame Clinico:ogni 6 mesi per i primi 2 anni, successivamente annuale fino al 5° anno se prognosi favorevole, semetralex5 anni nelle pz. ad alto rischio
 - °MX+ETG mammaria: annuale per 5 anni se basso rischio;per 10 anni se alto rischio.
 - °Ematochimici-> in pz. ad alto rischio a cadenza semestrale nei primi due anni, successivamente annuali.
 - °Esami strumentali ->solo su indicazione clinica
 - °Si consegna lettera al MMG ed al pz.
- Si disponibilità alla Visita Urgente in caso di sospetta recidiva

REPORT FOLLOW-UP

-PDTA ASTI:

- °Mx ad 1 anno dalla radiografia diagnostica ed a 6 mesi dalla RT, successivamente annuale per 10 anni
 - °Visita Chirurgica a 6 mesi dalla chirurgia, successivamente annuale per 5 anni
 - °Visita RT a 6 mesi dal trattamento, successivamente a cadenza annuale a seconda del grado di rischio
 - ° Visita Oncologica-> a 3 mesi dal termine della CT e successivamente a cadenza a seconda del rischio.
- Si consegna lettera al MMG ed al pz.
Si alla disponibilità alla visita urgente in caso di sospetta recidiva

-PDTA ASL BIELLA:

- °Visita Medica a rotazione (Oncologia-Radioterapia-Chirurgia)->ogni 3 mesi nel 1° anno, ogni 6 mesi dal 2° al 5° anno, dopo il 5° anno affido al MMG
 - °MX+ETG mammaria->annuale
 - °Esami strumentali ed Ematochimici->solo in base al sospetto clinico
 - °Visita Ginecologica+Eco TV-> annuale se pz. in terapia con Tamoxifene
 - °MOC-> se in terapia con AI ogni 12-24 mesi
 - °Ecocardiogramma->annuale per i primi due anni se somministrata Ct con Antracicline e Trastuzumab
- Si consegna lettera al MMG
No consegna lettera al pz
No consegna del programma di follow-up
Si alla disponibilità alla visita urgente in caso di sospetta recidiva

REPORT FOLLOW-UP

-PDTA CUNEO 1:

- °Raccomandazioni rete oncologica regione Piemonte
- °Fino al 5° anno gestito da ginecologi/oncologi
- °dal 5° anno dai medici di MMG
- °In caso di recidiva restazione clinico-patologica

-PDTA CUNEO-2:

- °Esame clinico-> ogni 3-6 mesi per 5 anni, successivamente per tutta la durata della OT
- °Moc -> basale e successivamente biennale se terapia con AI
- °Non chiaro quando Mx ed Eco mammaria
- °Consigli sulla prevenzione e stili di vita
- Si lettere MMG e pz.
- Si disponibilità Visite urgenti in sospetto di recidiva

REPORT FOLLOW-UP

-PDTA TO3:

°Esame clinico: ogni 3-6 mesi per 3 anni, successivamente ogni 6-12 mesi per 2 anni , dopo il 5° anno annuale fino al 10° anno se OT estesa, altrimenti affido al MMG dopo il 5° anno.

°Mx annuale

°MOC ogni 12-18 mesi se AI

°Visita Ginecologica ed Eco TV se sintomi in corso di terapia con TAM

°esami strumentali se presenza di sintomi

Si lettere al MMG e pz.

Si disponibilità alle Visite urgenti

-PDTA ASL TO4:

°Ogni 3-6 mesi per i primi 3 anni, ogni 6-12 mesi fin al 5° anno e successivamente con cadenza annuale

°Rx mmagrafia + eventuale ECO ogni 12 mesi

°RMN mammaria: ogni anno nelle pazienti BRCA mutate

°Visita ginecologica ed eventuale ECO pelvica: ogni anno nelle pazienti che assumono Tamoxifene

°MOC e controllo colesterolo e trigliceridi: periodicamente nelle pazienti che assumono Inibitori dell'Aromatasi

° Restadiazione in caso di sospetto di recidiva

°Ecocardiogramma in pazienti con pregresso trattamento con Antracicline e/o Trastuzumab a 6 mesi dal termine della chemioterapia, poi ogni 12 mesi per 2-3 anni, quindi ogni 3-5 anni

REPORT FOLLOW-UP

-PDTA ASL TO5:

molto descrittivo

Si consegna lettera al MMG ed al pz.

Si alla disponibilità alla Visita urgente in caso di sospetta recidiva

Si specifica che vengono seguite per il follow-up le Linee Guida AIOM e NCCN

Non ho trovato specificato nel dettaglio cosa si propone

-ASLVCO-ASLNO (interaziendale):

°Visita Clinica ogni 6 mesi per 5 anni, poi annuale fino al 10° anno; dopo affido al MMG

°Mx ad 1 anno dalla diagnosi e 6 mesi dopo termine RT , successivamente annuale

°Visita Ginecologica+Eco Tv annuali

° Se terapia con AI ed età <60 aa dosaggi ormonali periodici

°MoC basale se terapia con AI

°profilo lipidico annuale se terapia con AI

° Se somministrata terapia con Antracicline e Trastuzumab: Ecocardiogramma a 6 mesi dal termine CT e annuale per 2-3 anni, successivamente ogni 3-5 anni

°Se BRCA 1/2 RMN mammaria in sostituzione di Mx.

° Esami strumentali sono in presenza di sintomi

Si lettere al MMG ed al pz.

Si disponibilità alla visita urgente in caso di sospetta recidiva

REPORT FOLLOW-UP

-PDTA CANDIOLO:

°Esame clinico peso e BMI: ogni 6 mesi fino al 5° anno, dopo 5 anni affido al MMG, continua follow-up annuale se OT estesa

°Mx ->annuale

°MOC-> ogni 18-24 mesi se AI o LHRH analoghi

°profilo lipidico-> annuale se AI

Si lettere MMG e pz.

Si disponibilità alla visita urgente in caso di sospetta recidiva

-PDTA TO COTTOLENGO:

Follow-up fino al 5° anno, se OT prolungata fino al 10° anno:

°Esame Clinico->ogni 6 mesi per 5 anni

° Mx+Etg mammella+cavi ascellari->ad 6 mesi dal termine RT, 9-12 mesi dalla chirurgia, successivamente ogni 12 mesi

° MOC-> se in terapia con AI basale e ogni 18-24 mesi se osteoporosi

°Eco Tv+Visita Ginecologica-> se terapia con Tamoxifene ogni 12 mesi

°Ecocardiogramma-> se terapia con Antracicline e Trastuzumab ogni 12 mesi

°Colesterolo e Trigliceridi->ogni 12 mesi per 5 anni se AI

°Ematochimici e Markers tumorali se stadi II e III

°consigliata supplementazione VIT.D

° Esami strumentali solo se sintomi

SI lettere MMG e pz.

Si disponibilità alla Visita urgente in caso di sospetta recidiva

OSSERVAZIONI

La valutazione di un percorso unico per tutti, senza tenere conto degli approcci terapeutici pensiamo sia molto difficile.

Sarebbe da ripensare e rivalutare forse il processo inverso intrapreso negli anni scorsi, di partire dal percorso clinico uguale per tutti e di arrivare all'organizzazione calata in ciascuna realtà.

Sarebbe auspicabile che ognuno si dotasse e producesse alla Rete i propri percorsi clinici con gli snodi terapeutici ben definiti e condivisi specie nelle Breast Unit miste e distribuite su diversi territori inoltre sarebbe importante che nel PDTA Regionale si tenesse conto degli indicatori a cui siamo chiamati a rispondere come da richiesta della Rete.

Per il follow-up andrebbe rivalutato se il documento e la raccomandazione di Rete espressi come GIC regionale, sono stati condivisi nei vari centri e se la modulistica sia per il follow-up che per i GIC PRE POST e Ripresa di malattia sono stati inseriti come modulistica aziendale.

Bagnato Rosaria
Gambaro Giuseppina
Pramaggiore Paolo
Vincenti Maura
Zanon Eugenio