



REGIONE SICILIANA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
ENNA

DELIBERA N. .....982.....  
DEL .....30 Giu 2021.....

OGGETTO: Approvazione PDTA – Percorso Diagnostico Terapeutico Senologia

U.O.C. PROPONENTE : U.O.C. COORDINAMENTO STAFF AZIENDALI

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE N. .....486476.....  
DEL .....30/06/2021.....

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Coll. Amministrativo

Dott.ssa Anna Maria Rita Balistreri

*Anna Maria Rita Balistreri*

IL DIRIGENTE RESPONSABILE

U.O.C. Coordinamento Staff Aziendali

Avv. Giuseppe Capizzi

IL DIRETTORE DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO  
Dott.ssa Ornella Monasteri

S.E.F.P.

Si attesta la copertura finanziaria e la compatibilità con il bilancio di previsione vigente.

[ ] come da prospetto allegato (ALL. N. \_\_\_\_\_) che è parte integrante della presente delibera.

[ ] Autorizzazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ C.E. / C.P. \_\_\_\_\_

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

IL DIRETTORE DEL S.E.F.P.

DATA RICEZIONE DELLA PROPOSTA PRESSO U.O.C. STAFF \_\_\_\_\_

## PREMESSO

**Che** l'Assessorato della Salute della Regione Siciliana con D.A. n.831/2019 ha approvato il Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale (PDTA) per la prevenzione, diagnosi e trattamento del tumore della mammella nella Regione Siciliana secondo il testo allegato a tale Decreto;

**Che** il suddetto Decreto Assessoriale fa obbligo alle Aziende Sanitarie e alle strutture private accreditate di adottare formalmente un proprio percorso diagnostico terapeutico, dandone comunicazione al competente Assessorato della Salute

**Che** questa Azienda Sanitaria in conformità a quanto previsto dal succitato D.A. n.831/2019 ha elaborato un apposito percorso diagnostico terapeutico in senologia

**Che** tale percorso formativo, nel testo allegato alla presente deliberazione per formarne parte integrante e sostanziale, va formalmente adottato con il presente Atto Deliberativo;

30 GIU 2021

l'anno duemila ventuno il giorno ..... del mese di ..... nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

### IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Francesco Iudica, nominato con Decreto Presidenziale n. 189/serv./S.G. del 04/04/2019,  
coadiuvato dal Direttore Amministrativo, Dott.ssa Sabrina Cillia e dal Direttore Sanitario, Dott. Emanuele Cassare e con l'assistenza del Segretario Verbalizzante

### VISTI

- ✓ La Legge Regionale 5 /2009 e s.m.i;
- ✓ L'Atto Aziendale adottato con delibera n. 902 del 19/06/2020
- ✓ Il D.A. n.831/2019 Assessorato della Salute.

### VISTI I SEGUENTI ALLEGATI ALLA PRESENTE DELIBERAZIONE

1. Percorso Diagnostico Terapeutico Senologia ASP di Enna

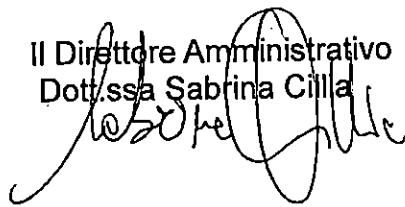
**Dato atto** che il Direttore della U.O.C. che propone il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo ed utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 3 del D.L. 23 ottobre 1996, come modificato dalla L. 20 dicembre 1996 n. 639, e che lo stesso è stato predisposto nel rispetto della Legge 6 novembre 2012 n. 190 – Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione – nonché nell'osservanza dei contenuti del Piano aziendale della prevenzione della corruzione 2019/2021;

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

## DELIBERA

1. **Di Approvare** il Percorso Diagnostico Terapeutico Senologia ASP di Enna nel testo che, allegato alla presente deliberazione, ne costituisce parte integrante e sostanziale”;
2. **Di trasmettere** il Piano di cui al punto 1 all'Assessorato della Salute della Regione Siciliana – Servizio 4 Programmazione ospedaliera – Dipartimento pianificazione Strategica;
3. **Di Trasmettere** il PDTA di cui al punto 1 alle Strutture Aziendali interessate
4. **Di dare** al presente atto immediata esecutività al fine di consentire l'immediata applicazione aziendale del PDTA.

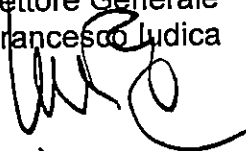
Il Direttore Amministrativo  
Dot.ssa Sabrina Cilla



Il Direttore Sanitario  
Dr. Emanuele Cassarà



Il Direttore Generale  
Dr. Francesco Iudica



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE

*Luisa Tranchida*



## PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione, su conforme relazione dell'addetto, è stata pubblicata in copia all'Albo Pretorio informatico dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n° 30/93 s.m.i., e dell'art. 32 della L. n. 69 del 18/06/2009

dal 04 LUG 2021

al 18 LUG 2021

L'incaricato

PER DELEGA DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
IL Dirigente U.O.C. COORD. STAFF

Notificata al Collegio Sindacale il ..... con nota prot. n° .....

### DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

dell'Assessorato Regionale Sanità ex L.R. n° 5/09 trasmessa in data \_\_\_\_\_ prot. n° \_\_\_\_\_

SI ATTESTA

che l'Assessorato Regionale Sanità:

- ha pronunciato l'**approvazione** con provvedimento n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- ha pronunciato l'**annullamento** con provvedimento n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

come da allegato.

Delibera divenuta esecutiva per decorrenza del termine previsto dall'art. 16 della L.R. n° 5/09 dal \_\_\_\_\_

### DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

- esecutiva ai sensi dell'art. 65 della L.R. n° 25/93, così come modificato dall'art. 53 della L.R. n° 30/93 s.m.i., per decorrenza del termine di 10 gg. di pubblicazione all'Albo, dal \_\_\_\_\_

- immediatamente esecutiva dal 30 GIU 2021

Enna li,

IL FUNZIONARIO INCARICATO

### REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

- Revoca/annullamento in autotutela con provvedimento n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- Modifica con provvedimento n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Enna li,

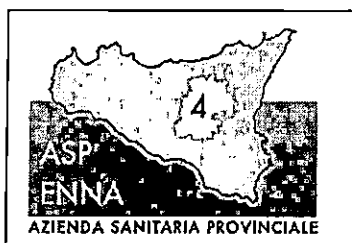
IL FUNZIONARIO INCARICATO



## PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO SENOLOGIA ASP ENNA


(ricepimento D.A. 831/2019 Approvazione PDTA per la prevenzione, diagnosi e trattamento del tumore della mammella nella regione siciliana")

	Nome/Funzione	Data	Firma
<b>Redazione</b>	Dott.ssa <b>Daniela Sambataro</b> Direttore UOC Oncologia Enna	28/06/2021	
	Dott. <b>Salvatore Rizza</b> Dirigente medico UOC Chirurgia Enna	28.6.2021	
	Dott.ssa <b>Teresa Bizzini</b> Resp. UOS Senologia Enna	28.06.21	
	Dott.ssa <b>Carmela Emmanuele</b> Direttore UOC Anatomia ed Istologia Patologia Enna	29/06/2021	
	Dott. <b>Ivan Vicari</b> Direttore UOS Riabilitazione Enna	29.06.2021	
	Dott.ssa <b>Serena Castorina</b> Dirigente medico UOSD Medicina nucleare	29/06/21	
<b>Verifica formale</b>	Dott. <b>Pierfranco Mirabile</b> Dirigente UOS Qualità e Rischio Clinico	29/06/2021	
<b>Approvazione</b>	Dott. <b>Emanuele Cassarà</b> Direttore Sanitario Aziendale	30.06.2021	
<b>Adozione</b>	Dott. <b>Francesco Iudica</b> Direttore Generale	30.6.2021	



## Sommario

INTRODUZIONE.....	3
1. SCOPO .....	4
2. CAMPO DI APPLICAZIONE: .....	4
3. SCHEDA DI REGISTRAZIONE DELLE MODIFICHE .....	4
4. DEFINIZIONI e acronimi .....	4
5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ .....	5
6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ .....	6
6.1 ORGANIZZAZIONE.....	6
6.2 ATTIVITÀ.....	6
6.2.1 PERCORSO DI RADIODIAGNOSTICA E SCREENING MAMMOGRAFICO.....	6
6.2.2 AMBULATORIO DI SENOLOGIA ONCOLOGICA .....	9
6.2.3 PERCORSO PER LA VALUTAZIONE DELLE DONNE AD ALTO RISCHIO EREDO FAMILIARE PER TUMORE ALLA MAMMELLA .....	9
6.2.4 COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI .....	10
6.2.6 STADIAZIONE.....	12
6.2.7 BIOPSIA LINFONODO SENTINELLA.....	12
6.2.8 CHIRURGIA.....	13
6.2.9 PROBLEMATICHE RIABILITATIVE E PROTOCOLLO TERAPEUTICO POST-MASTECTOMIA.....	16
6.2.10 RADIOTERAPIA .....	19
6.2.11 ONCOLOGIA MEDICA.....	20
6.2.12 CURE PALLIATIVE.....	31
6.2.13 FOLLOW UP.....	31
7. INDICATORI DI PROCESSO E DI ESITO .....	32
8. BIBLIOGRAFIA .....	32
9. ALLEGATI.....	32
10. DIAGRAMMA DI FLUSSO.....	33

	<p>Azienda Sanitaria Provinciale Enna</p> <p>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO SENOLOGIA ASP ENNA</p>	<p>Rev.0.0</p> <p>28/06/2021</p> <p>Pagina 3 di 35</p>
--	--	--

## INTRODUZIONE

Il carcinoma della mammella è il tumore più frequentemente diagnosticato nelle donne in Italia in tutte le fasce di età e rappresenta il 29% di tutte le diagnosi tumorali. Tra i fattori di rischio: età, fattori riproduttivi, fattori ormonali, fattori dietetici e metabolici, pregressa radioterapia a livello toracico, precedenti displasie o neoplasie mammarie, familiarità ed ereditarietà. Grazie allo screening e alla maggior consapevolezza delle donne, la maggior parte dei tumori maligni mammari è diagnosticata in fase iniziale quando il trattamento chirurgico può essere più spesso conservativo e la terapia adottata più efficace permettendo di ottenere sopravvivenze a 5 anni molto elevate. Il trattamento prevede una strategia integrata loco-regionale e terapia sistemica. Nel 6-7% dei casi il tumore alla mammella si presenta metastatico già alla diagnosi.

Grazie ai progressi diagnostico-terapeutici, alla disponibilità di nuovi farmaci antitumorali, alle migliori terapie di supporto e alla migliore integrazione delle terapie sistemiche con le terapie locali, la sopravvivenza globale delle pazienti con malattia metastatica (circa 37.000 oggi in Italia) è notevolmente aumentata.

I casi di carcinoma della mammella attesi in Italia nel 2020 sono 55000, e considerando il gradiente Nord Sud, i casi attesi in Sicilia sono 123 per 100000 abitanti.

Il tasso di incidenza cresce, mentre il tasso di mortalità diminuisce.

Come effetto dell'aumento di incidenza e della sopravvivenza aumenta il numero dei casi prevalenti.

La provincia di Enna con una popolazione di 158183 (2021) abitanti è la provincia siciliana con minore consistenza demografica. Con un territorio di 2574 Km<sup>2</sup>, prettamente collinare, ha una densità di 66,9 abitanti per km<sup>2</sup>, poco meno di 1/3 rispetto alla media nazionale. Dei venti comuni presenti sul territorio, solo due (Enna e Piazza Armerina) contano più di ventimila abitanti per un tasso di urbanizzazione (29,2%) molto più basso della media italiana (53,2%).

Enna presenta una quota elevata di persone con età maggiore di 65 anni (24%).

La provincia di Enna è carente dal punto di vista della dotazione infrastrutturale, con un indicatore più che dimezzato rispetto al valore italiano.

Così come riportato nell'atto del 18 dicembre 2014 relativo alla Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, una ottimale organizzazione della rete di strutture di senologia deve essere disegnata sulla base delle esigenze del territorio, tenendo conto non solo del bacino di utenza, ma anche della configurazione del territorio stesso.

Al fine di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità, sicurezza ed accessibilità si rende necessario, in considerazione della strategia ottimale di diagnosi e trattamento, della presenza delle professionalità sanitarie, della tipologia del territorio, istituire il Gruppo Oncologico Multidisciplinare di Senologia, e definire il percorso diagnostico - terapeutico della donna con sospetto o con diagnosi di carcinoma della mammella ASP Enna coerentemente con le indicazioni del D.A.



n 831/2019 "Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale per la prevenzione, diagnosi e trattamento del tumore della mammella nella regione Siciliana".

## 1. SCOPO

- Standardizzare il percorso di presa in carico e gestione della donna con sospetto e/o diagnosi di neoplasia della mammella.
- Agevolare l'accesso al PDTA .
- Ridurre i tempi di attesa prima visita e i tempi intercorrenti tra i vari step del percorso diagnostico e terapeutico.
- Contenere il rischio clinico.
- Accompagnare la paziente durante tutto il percorso diagnostico terapeutico.
- Ottimizzare le risorse attraverso scelte diagnostiche e terapeutiche appropriate e condivise dal team multidisciplinare.
- Migliorare la qualità di vita e il grado di soddisfazione del paziente durante l'iter diagnostico terapeutico.

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente documento si applica presso l'Ospedale Umberto I di Enna a

- Donne età compresa tra 50 e 69 anni inserite nel programma di screening;
- Donne asintomatiche al di fuori della fascia target;
- Donne con sospetto di neoplasia maligna;
- Donne con neoplasia maligna accertata;
- Donne ad alto rischio familiare e/o con variante patogenetica BRCA 1-2

## 3. SCHEDA DI REGISTRAZIONE DELLE MODIFICHE

Revisione	Data	Motivo dell'aggiornamento
0.0	28/06 /2021	Prima emissione del documento

## 4. DEFINIZIONI E ACRONIMI

PDTA percorso diagnostico terapeutico assistenziale  
 FDG fluoro deossiglucosio  
 GOMS Gruppo Oncologico Multidisciplinare di Senologia  
 TRSM Tecnico di Radiologia  
 BLS biopsia linfonodo sentinella  
 RIS-PACS Radiology Information System - Picture Archiving and Communication System  
 RM risonanza magnetica  
 TIL tumor infiltrating lymphocyte







ER recettore estrogenico

PgR recettore progestinici,

ASCO American Society of Clinica Oncology

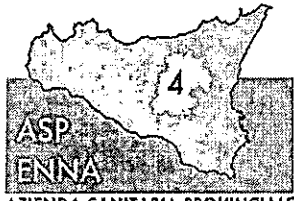
DCIS Carcinoma duttale in situ

RT radioterapia

CT chemioterapia

### 5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

	Radiologo senologo	Radiologo	Medico nucleare	Chirurgo	Anatomo patologo	Oncologo	farmacista	psicologo	Fisiatra	Infermiere
Convocazione per screening	R									
Indagini di I e II livello	R									
Linfonodo sentinella			C	R	C					
Diagnosi cito-istologica				C	R					
Stadiazione periferica		R								
Diagnosi clinica				R		R				
Valutazione clinica e definizione del piano di trattamento	R			R		R				
Intervento chirurgico			C	R						
Terapia medica (neoadiuvante/adiuvante)	I			I		R	C			
Follow up chirurgico				R		I			I	
Valutazione ed eventuale terapia riabilitativa				C					R	
Prenotazione visite/interventi ed approfondimenti diagnostici	C		C	C		C		C		R
Gestione complessiva del paziente e dei bisogni										R
Valutazione psicologica e psicoemotiva e presa in carico	C			C		C		R		
Discussione casi clinici, situazioni organizzative e criticità emerse	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R

	<p style="text-align: center;">Azienda Sanitaria Provinciale Enna</p> <p style="text-align: center;"><b>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO SENOLOGIA ASP ENNA</b></p>	<p style="text-align: right;">Rev.0.0</p> <p style="text-align: right;">28/06/2021</p> <p style="text-align: right;">Pagina 6 di 35</p>
--	---	---

## **6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ**

### **6.1 ORGANIZZAZIONE**

Il Gruppo Oncologico Multidisciplinare di senologia (GOMS) è composto da:

- coordinatore gruppo multidisciplinare senologia;
- radiologo senologo;
- radiologo;
- oncologo;
- anatomo patologo;
- medico nucleare;
- chirurgo;
- farmacista;
- psicologo;
- fisiatra;
- infermiere di senologia oncologica (**Case manager**).

Il GOMS, durante il meeting settimanale, discute i casi clinici ed identifica eventuali criticità e/o azioni di miglioramento.

#### **COORDINATORE**

Il Coordinatore è responsabile dell'approccio multidisciplinare, coordina il meeting settimanale, promuove la formazione, la partecipazione a studi clinici e la ricerca.

### **6.2 ATTIVITÀ**

#### **6.2.1 PERCORSO DI RADIODIAGNOSTICA E SCREENING MAMMOGRAFICO**

L'obiettivo principale dei programmi di screening e di tutti i programmi organizzati di diagnosi precoce dei tumori della mammella è diminuire la mortalità specifica per cancro della mammella nella popolazione invitata ad effettuare controlli periodici. Grazie alla diagnosi precoce non solo si possono ridurre i tassi di malattia diagnosticata in stato avanzato, ma si può decisamente migliorare la qualità di vita delle pazienti, favorendo la diffusione di trattamenti di tipo conservativo.

È fondamentale considerare l'approccio multidisciplinare come elemento imprescindibile per la diagnosi e cura di queste pazienti al fine di garantire l'accesso uniforme alle terapie, la migliore cura in tutte le fasi della malattia dalla diagnosi al follow-up e favorire un coordinamento e condivisione tra i servizi e le unità operative ospedaliere e territoriali coinvolte nel PDTA.

Il Percorso Diagnostico Terapeutico della mammella è costituito da tre fasi:

- Diagnostica
- Trattamento, riabilitazione e follow-up





-cure palliative

## FASE DIAGNOSTICA

Per quanto riguarda la fase diagnostica avviene attraverso due percorsi secondo modalità differenti:

1) **PERCORSO DI SCREENING MAMMOGRAFICO ORGANIZZATO**: prevede un invito attivo, ogni due anni, a tutte le donne residenti nell' Asp 4 di Enna, in una fascia di età compresa tra i 50 ed i 69 anni. Lo screening rappresenta lo strumento di base per il reclutamento ed il coinvolgimento della popolazione target mediante un complesso percorso organizzativo, realizzato presso la nostra ASP in ottemperanza al D.A.n.1845 del 18.09.2012.

La struttura operativa è identificata presso l'Unità Operativa di Screening Mammografico che opera sotto il controllo della Direzione Generale e Sanitaria in sinergia con il Centro Gestionale Screening.

Le donne vengono invitate attivamente a partecipare allo screening mammografico utilizzando il database gestionale dedicato agli screening oncologici "DEDALUS Arianna", che gestisce l'archivio anagrafico della popolazione target, donne esenti da accertata patologia oncologica mammaria, di età compresa tra i 50 e i 69 anni, residenti nel territorio provinciale di Enna. L'aggiornamento periodico dell'anagrafe configurata nel software è di pertinenza del Settore Informatico Aziendale CED.

La persona che aderisce all'invito si presenta previo appuntamento concordato telefonicamente tramite il numero verde del call center del Centro Gestionale Screening.

Il test di primo livello viene eseguito presso l'Unità Operativa Semplice di Senologia dell'Ospedale Umberto I° di Enna.

Lo strumento con cui viene effettuato lo screening è il test mammografico di primo livello.

Nel caso in cui il Test generi una risposta negativa (assenza di patologia neoplastica sospetta) questa viene comunicata alla donna a mezzo lettera e la stessa verrà richiamata dopo due anni per il controllo successivo.

In caso di rilievi patologici o sospetti per patologia neoplastica, la donna viene richiamata dai medici della U.O. di Screening per sottoporsi ad esami di approfondimento di I e II livello ed **inviata presso l'ambulatorio di senologia oncologica**.

Le donne sottoposte ad intervento chirurgico per patologia neoplastica usciranno dal percorso di screening organizzato per dieci anni per intraprendere un **PERCORSO SENOLOGICO DEDICATO**.

2) **PERCORSO DEDICATO SENOLOGICO** è un'attività diagnostica rivolta alle donne che per età non rientrano nei programmi di screening organizzato, alle donne sintomatiche di qualsiasi età, alle donne in follow-up dopo intervento di carcinoma mammario, alle donne con alto rischio eredo-familiare.

E' basato sulla partecipazione spontanea al test mammografico o all'esame ecografico (con prescrizione medica per il tramite del CUP ) per garantire una diagnosi precoce anche alle donne che per età non rientrano nei programmi di screening.

Al termine del Test se l'esito è negativo la Paziente viene rinvia al medico curante con il referto radiologico;



se l'esito della mammografia è sospetto o positivo si procede con gli approfondimenti diagnostici opportuni (ecografia, RM prelievi microistologici) ed inviata presso l'ambulatorio di senologia oncologica.

#### MODALITA' DI ACCESSO agli accertamenti diagnostici

L'accesso avviene con prenotazione tramite CUP. I tempi d'attesa vanno modulati con criterio di priorità:

Mammografia	con classe di priorità	D	massimo	60	giorni
Mammografia	con classe di priorità	B	massimo	15	giorni
Mammografia	con classe di priorità	U	massimo	10	giorni
Mammografia	clinica positiva e approfondimento		massimo	7	giorni

Devono essere inoltre rispettati i criteri di appropriatezza diagnostica.

La donna asintomatica nella fascia di età dello screening che intende sottoporsi a controlli mammografici e si presenta al CUP va indirizzata al Centro Screening presso il P.O. Umberto I.

Le donne asintomatiche fuori fascia di età di screening si presenta al CUP con richiesta medica di mammografia, nella quale sia indicato che l'esame ha finalità di tipo preventivo.


I controlli mammografici non sono previsti per le donne con età inferiore ai 40 anni, se non nei gruppi ad elevato rischio familiare (programma di sorveglianza per i soggetti portatori di mutazione dei geni BRCA1 e/o BRCA2) e nelle Pazienti con storia personale di carcinoma della mammella.

#### Follow-up in Donne operate

Per follow-up oncologico si intende la sorveglianza clinico-strumentale dei pazienti sottoposti a trattamento radicale e quando non presentano sintomi di ripresa di malattia. La paziente seguita presso l'ambulatorio di senologia oncologica, prenoterà gli esami mammografici tramite CUP.

La RM mammaria sarà effettuata solo nei casi per i quali vi siano precise indicazioni ed in particolare sospetto di multifocalità, non correlazione tra le dimensioni del tumore e le tecniche di imaging tradizionale, se la RM può modificare le modalità di trattamento, carcinoma lobulare o dopo chemioterapia neoadiuvante, diagnosi differenziale di lesioni pericistrici, ricerca di carcinoma mammario occulto, sospetto clinico in donne con protesi mammaria. In particolare la RM non può essere considerata un esame sostitutivo del prelievo ago-biottico.

Il completamento dell'iter diagnostico è da considerarsi concluso con il raggiungimento della diagnosi pre-operatoria positiva e non è pertanto opportuno procedere, in fase pre-operatoria, alla ripetizione degli esami diagnostici già effettuati. Infine, il referto diagnostico deve essere redatto in maniera chiara e deve riportare sia il motivo dell'esame che le conclusioni diagnostiche.

	<p style="text-align: center;">Azienda Sanitaria Provinciale Enna</p> <p style="text-align: center;"><b>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO SENOLOGIA ASP ENNA</b></p>	<p style="text-align: right;">Rev.0.0</p> <p style="text-align: right;">28/06/2021</p> <p style="text-align: right;">Pagina 9 di 35</p>
--	---	---

### **6.2.2 AMBULATORIO DI SENOLOGIA ONCOLOGICA**

Responsabile dell'ambulatorio di senologia è il chirurgo senologo. La paziente con sospetto di neoplasia mammaria afferisce da:

- Specialisti territoriali
- Ambulatorio MMG
- Specialisti ospedalieri
- Accesso spontaneo
- Unità Operativa di Senologia

La visita verrà prenotata dal CUP presso l'ambulatorio di senologia oncologica CON IMPEGNATIVA PER visita senologica chirurgica.

La visita chirurgica verrà effettuata **entro 7 giorni lavorativi**.

In ambulatorio il medico responsabile effettuerà anamnesi fisiologica, oncologica familiare, patologica. Confermato il sospetto, case manager procederà con la prenotazione di esami diagnostici di I livello mammografia e/o ecografico, che verranno effettuati **entro 3 giorni lavorativi**.

Se il test di I livello è negativo la paziente verrà inviata al MMG con il referto radiologico.


Se l'esito dell'esame di I livello è sospetto o positivo verrà avviato il programma di approfondimento diagnostico di II livello (RMN, galattografia, prelievo microistologico). L'esito degli esami di II livello pervengono all'ambulatorio di senologia e se il sospetto è confermato si discuterà il caso durante il meeting multidisciplinare (chirurgo – oncologo – senologo) per le opportune decisioni diagnostico-terapeutiche. Se l'esame è negativo si programmeranno controlli in ambulatorio di senologia oncologica o si invia all'attenzione del medico di medicina generale.

### **6.2.3 PERCORSO PER LA VALUTAZIONE DELLE DONNE AD ALTO RISCHIO EREDO FAMILIARE PER TUMORE ALLA MAMMELLA**

Anche se la maggior parte dei tumori della mammella insorge in maniera sporadica circa un 20% riconosce una predisposizione familiare mentre un 5-10% una predisposizione ereditaria. Quest'ultimi tumori vedono coinvolti in particolare il gene BRCA1 ed il gene BRCA2. Le donne portatrici di una mutazione a carico di uno di questi geni hanno un rischio circa 6 o 7 volte maggiore di quello della popolazione generale di sviluppare un tumore della mammella nel corso della vita e generalmente in un'età più giovanile rispetto a quella in cui si manifesta il tumore mammario cosiddetto sporadico. Tale condizione si trasmette con modalità autosomica dominante, pertanto i figli dei soggetti affetti presentano un rischio a priori del 50% di ereditare la mutazione familiare e quindi risultano a rischio di sviluppare neoplasie.

**Per tali motivazioni si rende necessario garantire a tali donne ad alto rischio eredo-familiare per tumore alla mammella una presa in carico complessiva.**



	<p>Azienda Sanitaria Provinciale Enna</p> <p>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO SENOLOGIA ASP ENNA</p>	<p>Rev.0.0</p> <p>28/06/2021</p> <p>Pagina 10 di 35</p>
--	--	---

Per le donne ad alto rischio familiare si avvierà la consulenza genetica; per le donne con variante patogenetica BRCA 1 e BRCA 2 accertata si attiva il Percorso Diagnostico Terapeutico ed il programma di sorveglianza con i tempi e le modalità approvati con decreto assessoriale n.32 del 15.01.2019 presso i centri di riferimento ivi individuati.

Verranno inviate a consulenza genetica le donne con storia personale di :

- carcinoma mammario e carcinoma ovarico;
- Donna con carcinoma mammario < 36 anni;
- Donna con carcinoma mammario triplo negativo < 60 anni;
- Donna con carcinoma mammario bilaterale < 50 anni

Storia personale di: carcinoma mammario < 50 anni e familiarità di primo grado per:

- Carcinoma mammario < 50 anni;
- Carcinoma ovarico non mucinoso o borderline a qualsiasi età;
- Carcinoma mammario bilaterale;
- Carcinoma mammario maschile;

Storia personale di carcinoma mammario > 50 anni e familiarità per carcinoma mammario, ovarico in 2 o più parenti in primo grado tra loro (di cui uno in primo grado con lei);

Storia familiare di: Variante patogenetica nota in un gene predisponente in un familiare


#### **6.2.4 COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI**

Il **sospetto diagnostico** viene comunicato alla paziente dal primo specialista relativamente alle specifiche competenze.

**La diagnosi definitiva ed il relativo piano di trattamento verranno preventivamente discussi dagli specialisti coinvolti (chirurgo, oncologo e radiologo senologo) dopodiché la paziente verrà convocata presso l'ambulatorio di senologia oncologica dove l'equipe comunicherà la diagnosi ed il piano di trattamento con relative tempistiche e proporrà anche la presa in carico da parte dello psicologo.**

Durante la riunione multidisciplinare si definisce il percorso diagnostico terapeutico per il quale la paziente affronterà esami diagnostici e trattamenti come previsto da linee guida nazionali ed internazionali. Si definisce la modalità di stadiazione, la necessità di intervento chirurgico di prima istanza o l'avvio a chemioterapia neoadiuvante, o ancora se le condizioni cliniche non permettono alcun trattamento si avvierà alle cure palliative domiciliari.



	<p style="text-align: center;">Azienda Sanitaria Provinciale Enna</p> <p style="text-align: center;">PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO SENOLOGIA ASP ENNA</p>	<p style="text-align: right;">Rev.0.0</p> <p style="text-align: right;">28/06/2021</p> <p style="text-align: right;">Pagina 11 di 35</p>
--	--	--

## PSICO-ONCOLOGIA

Le neoplasie mammarie si differenziano dalle altre patologie neoplastiche poiché attivano vissuti emotivi, sovente faticosamente gestibili, legati al cambiamento della percezione della propria femminilità. I cambiamenti fisici secondari alle cure e all'intervento, possono causare un'alterazione dell'immagine corporea, anche nei casi di un intervento conservativo: la donna sovente riferisce la sensazione di sentirsi lesa o addirittura "mutilata" nel distretto corporeo che rimanda maggiormente alla dimensione della femminilità.

Questi aspetti incidono significativamente sull'identità della paziente e, se non adeguatamente affrontati, possono indurre vissuti depressivi e difficoltà relazionali, che si riflettono anche all'interno delle relazioni di coppia e/o familiari, alterando gli equilibri preesistenti alla diagnosi.

La consulenza psicologica comprende una valutazione diagnostica della condizione di disagio per indirizzare l'eventuale trattamento ed è la prima risposta a livello individuale e familiare, nelle differenti fasi che definiscono, progressivamente, il percorso diagnostico e terapeutico, nei differenti servizi (Radiologia, Senologia, Oncologia Medica, Radioterapia e Genetica Medica).

Si attiva, **su invio del medico specialista o su richiesta della paziente**, in qualunque fase del percorso di diagnosi e di cura, con l'obiettivo primario di valutare ed attivare adeguate risorse cognitive, emotive e relazionali finalizzate alla gestione del distress psicologico, al mantenimento od al miglioramento dell'aderenza alle terapie mediche e della qualità della vita.


### 6.2.5 ANATOMIA PATOLOGICA

I prelievi effettuati devono pervenire al laboratorio di Anatomia patologica, adeguatamente fissati secondo procedure standard, con foglio di richiesta per Esame Citologico/Agobioptico con le generalità della paziente, richiedente, ora e data prelievo e dettagliate notizie clinico-anamnestiche (soprattutto sede della lesione, presenza o meno di calcificazioni, eventuali trattamenti ecc.).

L'esame citologico o istologico verrà eseguito dai Patologi, che provvedono alla definizione anche delle caratteristiche biologiche con Immunoistochimica su specifica richiesta dei clinici, nei casi ove è proponibile un trattamento medico primario o esclusivo, nei tempi sotto-indicati tranne che per i casi di particolare complessità diagnostica:

- Tempo di attesa per Esame Citologico/Istologico + Profilo Biologico: **8 giorni lavorativi**



	<b>Azienda Sanitaria Provinciale Enna</b> <b>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO SENOLOGIA ASP</b> <b>ENNA</b>	Rev.0.0 28/06/2021 Pagina 12 di 35
--	---	--

L'esame istologico della biopsia valuterà i parametri morfologici (carcinoma in situ versus invasivo, istotipo, grading, eventuale invasione linfo-vascolare, TILs) e i parametri prognostico/predittivi con metodica immunoistochimica (determinazione dei recettori estro/progestinici, HER2 e Ki67) ed eventuale metodica CISH per i casi di HER2 a positività dubbia (score 2+).

L'esito dell'esame Citologico/Istologico verrà inviato al medico responsabile dell'ambulatorio di senologia in maniera cartacea (fino all'attivazione della firma digitale) che provvederà in maniera adeguata ad informare la paziente.

### ***Esame istologico del campione chirurgico Intervento conservativo o mastectomia***

L'esame istologico del campione chirurgico mammario deve comprendere tutte le informazioni macroscopiche e microscopiche necessarie per la diagnosi:

- 1) La tipologia del prelievo (quadrantectomia; mastectomia)
- 2) La modalità di invio del pezzo operatorio (a fresco; fissato in formalina)
- 3) La lateralità e l'orientamento del pezzo;
- 4) La descrizione macroscopica;
- 5) La diagnosi istologica: eventuale multifocalità; carcinoma in situ versus invasivo, oppure entrambe le neoplasie; istotipo, grading, invasione linfo-vascolare; presenza o assenza di infiltrato linfocitario; eventuale invasione della cute e/o del complesso areola/capezzolo qualora asportato; margini di resezione chirurgica.
- 6) I parametri prognostico/predittivi con immunoistochimica (determinazione dei recettori estro-progestinici; HER2; Ki67);
- 7) La stadiazione TNM;
- 8) La valutazione del linfonodo sentinella (qualora asportato) secondo i protocolli condivisi.

### ***Dopo terapia neoadiuvante***

L'esame istologico deve stabilire se c'è stata una risposta patologica completa, parziale o assente. Le procedure di esame macroscopico e il campionamento non differiscono, nella sostanza, da quelli utilizzati per le quadrantectomie/ampie escissioni o mastectomie. Se la neoplasia è ancora identificabile macroscopicamente, il campionamento è identico a quello usato per il carcinoma mammario non trattato.


### **6.2.6 STADIAZIONE**

Per la stadiazione sono richiesti: rx torace, ecografia addome, scintigrafia ossea; in caso di pazienti con malattia ad alto rischio, TC total body e scintigrafia ossea t.b.

PET con FDG e RMN addome verranno effettuati solo come approfondimento diagnostico.





	Azienda Sanitaria Provinciale Enna <b>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO SENOLOGIA ASP          ENNA</b>	Rev.0.0 28/06/2021 Pagina 13 di 35
--	---	--

### **6.2.7 BIOPSIA LINFONODO SENTINELLA**

L'imaging linfoscintigrafico preoperatorio, sia con modalità planare che con tecnica SPECT/TC, ha lo scopo di studiare il drenaggio linfatico del tumore, individuare le stazioni linfoghiandolari a rischio di metastasi (ascellari e della catena mammaria interna), ed individuare nell'ambito di ognuna di essa il/i Linfonodo/i Sentinella.

**La linfoscintigrafia può essere eseguita il pomeriggio precedente l'intervento chirurgico (15-18 ore prima "2-day protocol") oppure il giorno stesso (3-6 ore prima "1-day protocol").**

**Dopo la riunione multidisciplinare, il chirurgo concorda con il medico di medicina nucleare la data dell'esecuzione della procedura**

#### **Indicazioni:**

1. Nel carcinoma mammario stadio clinico I-II e linfonodi clinicamente negativi o con linfonodi clinicamente sospetti, ma con agoaspirato negativo.

L'applicazione della tecnica per neoplasie più voluminose (T3-T4) è controversa. Sono presenti in letteratura limitate evidenze scientifiche che riportano valori di accuratezza accettabili in termini di "False Negative Rate" (FNR), anche per i tumori  $\geq 5$  cm. Pertanto, in considerazione del basso livello di evidenza, gli esperti dell'ASCO non raccomandano l'utilizzo routinario della Biopsia del Linfonodo Sentinella (BLS) nei T3-T4. Tuttavia, gli stessi esperti sottolineano che è possibile offrire la tecnica della BLS nel singolo paziente appartenente a questa categoria quando, sulla base del giudizio clinico espresso in un contesto multidisciplinare, i benefici attesi dall'esame superino per importanza i potenziali limiti della metodica se applicata a questo sottogruppo di pazienti.


2. Nel Carcinoma duttale "in situ" (DCIS) in previsione di un intervento di mastectomia. È controverso se applicare la BLS nelle pazienti con DCIS quando viene programmata una chirurgia conservativa (BCS). Gli esperti dell'ASCO suggeriscono che è possibile offrire in queste pazienti la BLS, quando l'esame obiettivo e/o l'imaging sono altamente sospetti per una forma invasiva, o nel caso di una estesa massa all'imaging ( $\geq 5$  cm).

La BLS può essere anche offerta alle pazienti con pregressa biopsia diagnostica o escissionale e nelle pazienti con pregresso intervento chirurgico mammario e/o ascellare.

In pazienti cN0, la biopsia del linfonodo sentinella come unica modalità di stadiazione dopo terapia sistemica neoadiuvante può essere presa in considerazione

Per quanto riguarda la procedura e la tecnica di individuazione scintigrafica del linfonodo sentinella si rimanda alle linee guida procedurali dell'Associazione Italiana di Medicina Nucleare (AIMN).



	Azienda Sanitaria Provinciale Enna <b>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO SENOLOGIA ASP          ENNA</b>	Rev.0.0 28/06/2021 Pagina 14 di 35
--	---	--

Le **controindicazioni** all'esecuzione della linfoscintigrafia sono:

- Forme infiammatorie di tumore della mammella
- Presenza di infezione locale o franco processo infiammatorio nel sito di somministrazione del radiofarmaco.
- Incapacità del paziente a cooperare con la procedura
- La presenza di linfonodi ascellari palpabili rappresenta una controindicazione relativa essendo il 40% dei pazienti indenni da malattia linfonodale metastatica. La BLS potrebbe essere applicata in questi pazienti dopo esame ecografico ed eventuale valutazione citologica/bioptica. In ogni caso nel corso della ricerca radioguidata del Linfonodo Sentinella, la presenza intraoperatoria di linfonodi ascellari palpabili implica la loro rimozione chirurgica e valutazione istopatologica, anche (e soprattutto) nel caso non risultassero radioattivi.
- La gravidanza è una controindicazione relativa, non assoluta per la bassa dose di esposizione al feto.

#### **6.2.8 CHIRURGIA**

**L'indicazione al trattamento** chirurgico primario del carcinoma mammario verrà data dopo discussione multidisciplinare. Al termine di ogni riunione multidisciplinare viene redatto verbale con le indicazioni di percorso terapeutico.

La paziente che deve effettuare intervento chirurgico, verrà convocata entro **7-10 giorni** dalla riunione multidisciplinare per il pre-ricovero, durante il quale si effettueranno gli esami propedeutici l'intervento chirurgico e per il ricovero durante il quale verrà effettuato l'intervento chirurgico.


**Il tempo di attesa dell'intervento chirurgico risponde a necessità di valutazione e definizione dei criteri di intervento ed è anche indirizzato a consentire la compliance della paziente verso il percorso proposto e valutarne l'impatto emotivo.**

**Il Chirurgo Senologo** durante la visita presso l'ambulatorio di senologia oncologica, in possesso della diagnosi istologica e della decisione diagnostico terapeutica presa durante la riunione multidisciplinare, illustra alla paziente le possibili opzioni terapeutiche, fornendo le spiegazioni relative all'intervento chirurgico alla quale verrà sottoposta. Questo colloquio iniziale viene eseguito quando necessario in presenza del **Chirurgo Plastico** convenzionato e viene concordata la data dell'intervento. A conclusione della visita viene redatta per il **Medico Curante** relazione clinica completa con le date previste per il proseguimento dell'iter diagnostico terapeutico. Verrà inoltre consegnato e spiegato alla paziente il consenso informato che potrà leggere a casa e che la paziente consegnerà al momento del pre-ricovero.

**Tutte le pazienti che ne fanno richiesta possono eseguire la ricostruzione mammaria. Il chirurgo valuterà l'opportunità di differire il trattamento ricostruttivo in funzione della necessità di radioterapia post chirurgica.**

Il chirurgo, lì dove indicato, coinvolge il medico di medicina nucleare e si programma la data della biopsia del linfonodo sentinella.



	<p>Azienda Sanitaria Provinciale Enna</p> <p><b>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO SENOLOGIA ASP ENNA</b></p>	<p>Rev.0.0</p> <p>28/06/2021</p> <p>Pagina 15 di 35</p>
--	---	---

**Il case manager** riceverà i dati della paziente e si premurerà di accogliere la paziente e di seguirla nelle varie fasi dal pre-ricovero ai controlli ambulatoriali. **L'assistenza infermieristica** peri-operatoria di reparto avviene in conformità ai protocolli infermieristici in uso.

**Il trattamento chirurgico** della neoplasia mammaria si articola a seconda dello stadio e delle caratteristiche istologico e molecolari, delle condizioni generali della paziente, sentito il parere della stessa, tenuto conto delle linee guida sul trattamento chirurgico. (ALGORITMO 1,2)

La chirurgia per il trattamento delle neoplasie mammarie comprende:

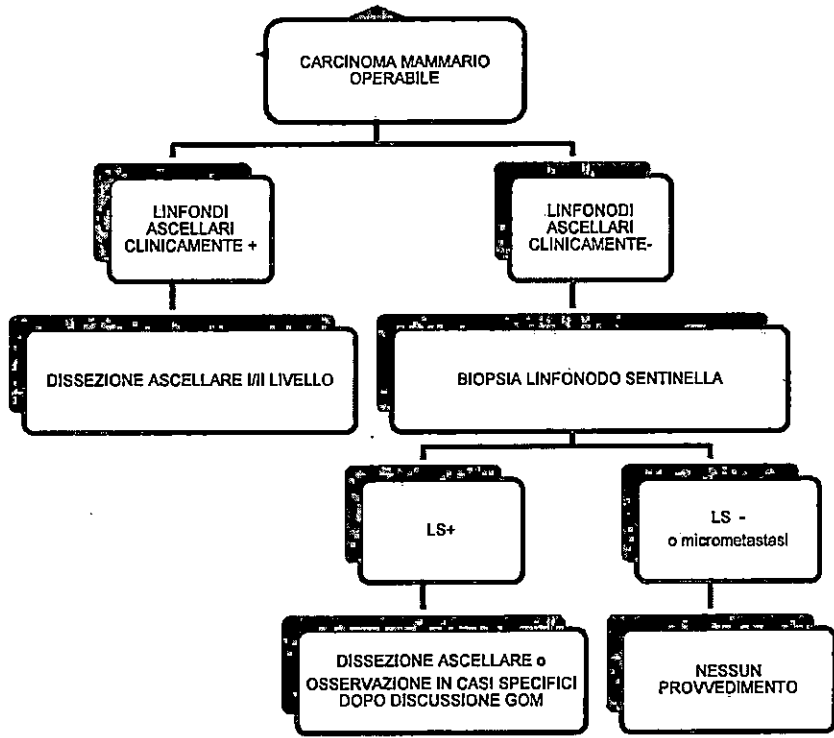
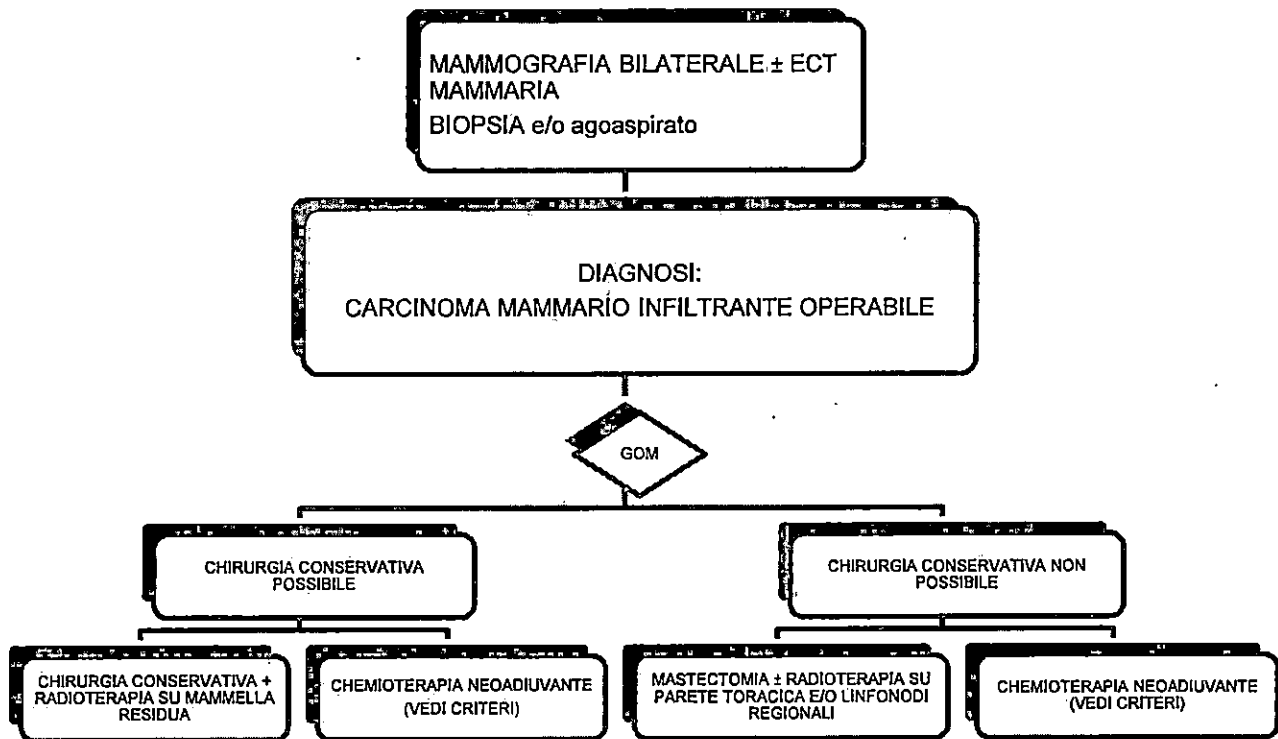
- chirurgia conservativa della mammella (quadrantectomia, tumorectomia);
- chirurgia conservativa dell'ascella: biopsia del linfonodo sentinella, con esame intraoperatorio dove indicato;
- chirurgia radioguidata o con reperi metallici per le lesioni infra-cliniche o le microcalcificazioni neoplastiche;
- chirurgia conservativa della mammella con tecniche oncoplastiche;
- chirurgia demolitiva della mammella: mastectomia semplici e mastectomia con conservazione del complesso areola capezzolo;
- chirurgia plastica e plastico/ricostruttiva in uno o più tempi con protesi e/o reti, con espansore;
- chirurgia conservativa (quadrantectomia) o demolitiva della mammella (mastectomia conservativa o radicale) e/o dell'ascella dopo chemioterapia neoadiuvante nei casi localmente avanzati e lì dove indicata la chemioterapia neoadiuvante;
- chirurgia dell'ascella a scopo di stadiazione (dissezione ascellare o sampling linfonodale) nei casi con metastasi al linfonodo sentinella o metastasi ascellari cliniche, associata alla chirurgia mammaria;
- chirurgia minivasiva e video assistita con ricostruzione mammaria;
- chirurgia profilattica (mastectomia bilaterale) di "riduzione del rischio" con ricostruzione protesica (immediata o in due tempi) nelle donne con mutazione genetica BRCA1 e 2 e nelle donne ad alto rischio eredo familiare.

Chirurgia plastica

**Qualora necessario, il Chirurgo richiede la valutazione fisiatrica in fase di valutazione e/o nell'immediato post operatorio.**



**ALGORITMO 1: CARCINOMA MAMMARIO OPERABILE**





### **6.2.9 PROBLEMATICHE RIABILITATIVE E PROTOCOLLO TERAPEUTICO POST-MASTECTOMIA.**

Questa patologia richiede un intervento pluridisciplinare che vede in prima linea numerosi specialisti, tra cui il medico e il terapista della riabilitazione per prevenire, eliminare o contenere le complicanze che conseguono al trattamento chirurgico, chemioterapico, e radioterapico.

L'approccio riabilitativo non si può fermare soltanto a risolvere una limitazione funzionale, ma deve coinvolgere tutto il corpo e non può trascurare pure i frequenti problemi di natura psicologica che insorgono dopo l'intervento. Gli esiti della mastectomia in relazione al periodo trascorso dall'intervento, vengono solitamente distinti in:

- precoci
- tardivi.

Gli **esiti precoci** più importanti riportati in letteratura sono:

patologie cicatriziali:

- aderenza
- retrazione
- scapola alata
- disturbi della sensibilità:
- limitazioni funzionali scapolo-omerale
- retrazione dei muscoli flessori del braccio:
- stasi linfatica

*Esiti che determinano deficit delle funzionalità:*

- retrazione cicatriziale scapola alata rigidità articolare
- retrazione muscoli flessori del braccio
- **retrazione cicatriziale:** dovuta: alla ipertrofia della cicatrice, alla brevità dell'incisione ascellare.


E' causa di limitazione della abduzione della spalla.

Massaggio di scollamento.

**Scapola alata:** da lesione transitoria o permanente del n. toracico lungo. Limita di molto il meccanismo articolare della spalla.

La scapola alata si può presentare :

- a- addotta e intraruotata per prevalenza dei romboidi sui trapezi
- b- addotta ed extraruotata per prevalenza dei trapezi.

	Azienda Sanitaria Provinciale Enna <b>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO SENOLOGIA ASP          ENNA</b>	Rev.0.0 28/06/2021 Pagina 18 di 35
--	---	--

Questi disturbi diminuiscono a paziente supino perchè la scapola viene fissata dal peso del corpo. Anche se perfettamente indicati gli esercizi secondo Kabat, questi risultano non graditi dalle pazienti per cui si ricorre ad esercizi analitici attivi-assistiti.

**Interessamento del plesso brachiale:**

ad essere interessati sono le radici del tronco primario superiore C5-C6 normalmente con disturbi regredibili in qualche mese. **Lesioni del nervo intercosto-brachiale:** da origine ad una sintomatologia che interessa la regione ascellare, la faccia postero-mediale del braccio, la parete laterale del torace. E' caratterizzata da parestesie, ipo-iperestesia, sensazione di gonfiore. Normalmente in 1. anno la sintomatologia scompare, altrimenti: TENS

**Limitazione articolare della spalla:** retrazione dei muscoli flessori del braccio.

*Esiti che non determinano deficit funzionale:*

aderenze cicatriziali

stasi linfatica

disturbi sensitivi.

**aderenza cicatriziale:** limita lo scorrimento della cicatrice sui tessuti sottostanti.

E' conseguenza del trauma esercitato sulle strutture mioarticolari della spalla durante le manovre chirurgiche e può trovare una spiegazione nel riflesso nocicettivo di Sherrington secondo cui in risposta ad uno stimolo nocivo esercitato su un arto, si verifica una contrazione dei mm. flessori ed una inibizione degli estensori proporzionale all'intensità dello stimolo.

**stasi linfatica precoce:** dovuta ad adattamento della circolazione linfatica alla nuova situazione creatasi con la dissezione ascellare.

**n.b.** La stasi linfatica viene misurata in 7 punti: mano, polso, 3inf e 3sup. avambraccio, gomito, 3inf.e 3 sup braccio.

**Esiti tardivi:**

**Lesioni plesso brachiale:** per la sclerosi dei tessuti connettivali che circondano il plesso nervoso.

Contrariamente a quello che avviene nelle lesioni precoci, le alterazioni più gravi riguardano i contingenti radicolari più bassi C6-C7-D1.


Terapia: elettrostimolazione associata a facilitazioni secondo Kabat.

**Linfedema :**

metodo di valutazione = misurazione clinica

Lieve inf. a 2cm.



	Azienda Sanitaria Provinciale Enna <b>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO SENOLOGIA ASP          ENNA</b>	Rev.0.0 28/06/2021 Pagina 19 di 35
--	---	--

medio tra 2-4 cm.

grave > 4 cm.

ecografia: distanza cute-fascia; distanza fascia-osso

- **pressoterapia**
- **elettrostimolazione drenante**
- **drenaggio linfatico manuale**
- **compressione elastica**

Linfodrenaggio manuale secondo Leduc: si parte dal drenaggio dei gangli linfatici del collo e terminata questa fase, si passa allo svuotamento dell'arto edematoso.

Parte integrante e obbligatoria del trattamento rimane la compressione elastica per almeno 6 ore giornaliere che però non tutte le pazienti gradiscono.

**Linfedema del seno:** è difficilmente apprezzabile, la sua frequenza è tra il 30-56%

**Lesione nervo toracico lungo:** 5-30%

Si riscontra più frequentemente negli interventi conservativi: Il danno può essere transitorio o permanente. Il danno transitorio nel giro di alcuni mesi, recupera.

Con l'EMG è possibile studiare la conduzione motoria del n.toracico lungo stimolandolo al punto di ERB e registrando la risposta motoria evocata dal m.dentato anteriore.

Questa indagine oltre ad evidenziare la rigenerazione nervosa, ci permette di distinguere la denervazione parziale da quella completa.

La derivazione ad ago del muscolo dentato, mette invece in evidenza la presenza di eventuale attività spontanea da denervazione e fornisce informazioni sulla entità e sulla qualità del reclutamento attivo.


Con la derivazione ad ago del muscolo dentato in caso di lesioni del nervo, si osservano fibrillazioni.

1. Bilancio articolare della spalla.
2. Bilancio forza muscolare del cingolo e in particolare del dentato anteriore.

#### **Terapia:**

- facilitazione del reclutamento unità motorie del dentato;  
mantenimento o recupero art. scapolo-omerale;
- normo-estensibilità dei mm. prevalenti ovvero degli adduttori della scapola.;  
controllo dolore articolare e muscolare;
- recupero della funzionalità nelle ADL.
- Per il raggiungimento di questi obiettivi ci si avvale dei seguenti *strumenti riabilitativi*:



	Azienda Sanitaria Provinciale Enna <b>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO SENOLOGIA ASP          ENNA</b>	Rev.0.0 28/06/2021 Pagina 20 di 35
--	---	--

- facilitazione neuro muscolare del mm.dentato anteriore
- mobilizzazione passiva del cingolo
- stretching dei muscoli accorciati
- elettroterapia antalgica tipo TENS
- linfodrenaggio manuale
- massaggi di scollamento della cicatrice chirurgica.

Da quanto sopra descritto, si comprende che i **tempi dell'intervento riabilitativo**, sono possibili in tutte le fasi del percorso: dalla valutazione preoperatoria, che spesso evidenzia assetti posturali scompensati per atteggiamenti di difesa, ansia, turbe psicologiche. alle prime fasi del decorso post-operatorio per la prevenzione delle aderenze cicatriziali e dei conseguenti disturbi del circolo linfatico, alle settimane che seguono per il recupero e mantenimento del tono muscolare e per la correzione dei vizi posturali, terapia occupazionale per il reinserimento anche in ambito lavorativo e nel quotidiano domestico.

#### **6.2.10 RADIOTERAPIA**

La radioterapia post-operatoria, riduce il rischio di recidiva locoregionale e migliora la sopravvivenza.

**E' considerata parte integrante del trattamento conservativo e trova indicazione al fine di sterilizzare eventuali focolai neoplastici sub clinici.**

- le pazienti con carcinoma invasivo della mammella sottoposte a chirurgia conservativa,
- le pazienti con carcinoma invasivo della mammella sottoposte a mastectomia,
- le pazienti con carcinoma duttale in situ

**verranno inviate al Centro di Radioterapia, dopo l'intervento chirurgico, previa discussione multidisciplinare dopo l'esito istologico e consulto del radioterapista, al quale verrà preventivamente inviata relazione clinica.**


**La visita verrà programmata dal case manager, alla dimissione, presso l'UO Radioterapia di San Cataldo, fatta salva la libertà di scelta della paziente di rivolgersi ad altra struttura.**

Verranno, altresì, inviate a valutazione radioterapica le pazienti con metastasi da carcinoma della mammella al fine del controllo dei sintomi, ridurre il rischio di frattura per le lesioni ossee, decompressione midollare per le metastasi midollari, controllo dei sintomi nel caso di metastasi cerebrali; eventuale trattamento nel caso di patologia oligo-metastatica.

Nelle pazienti non candidate a chemioterapia la RT dovrebbe iniziare dopo la guarigione della ferita chirurgica o comunque non oltre le 12 settimane dalla chirurgia.





	<p>Azienda Sanitaria Provinciale Enna</p> <p>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO SENOLOGIA ASP ENNA</p>	<p>Rev.0.0</p> <p>28/06/2021</p> <p>Pagina 21 di 35</p>
--	--	---

Nelle pazienti che ricevono chemioterapia adiuvante la radioterapia è posticipata a 30-40 giorni dal termine del trattamento sistemico (consigliabile entro 6 mesi dalla chirurgia).

### **6.2.11 ONCOLOGIA MEDICA**

La presa in carico del paziente con diagnosi di neoplasia della mammella o sospetto di neoplasia mammaria avviene nell' ambulatorio di oncologia, con impegnativa per visita oncologica e prenotazione diretta dopo la discussione multidisciplinare o tramite CUP o prenotazione diretta da parte di altro specialista e verrà effettuata entro 7 giorni lavorativi.

Durante la visita il medico oncologo, dopo aver identificato la paziente, redige la **RELAZIONE ONCOLOGICA** nelle parti relative a:

- dati anagrafici
- diagnosi (se già effettuata) o sospetto diagnostico,
- anamnesi familiare, fisiologica e patologica,
- anamnesi oncologica,
- data della visita,
- nome del medico che effettua la visita,
- diario della visita,
- esame obiettivo,
- conclusioni con la sintesi del piano diagnostico terapeutico e eventuale richiesta di ulteriori esami e consulenze.
- Data e firma.

La corretta redazione con la compilazione delle informazioni negli spazi appositamente dedicati della relazione oncologica, permette di condividere ed utilizzare i dati, quando il paziente si trova nello step successivo del percorso, identifica il medico che ha effettuato la visita.

Durante la visita ambulatoriale si definisce il percorso terapeutico oncologico, la necessità di ulteriori indagini diagnostiche, per il completamento dello studio del caso clinico, l'identificazione della strategia di cura e l'integrazione con chirurgia e radioterapia così come definite durante il meeting multidisciplinare.

Durante la visita verrà valutato lo stato nutrizionale e le condizioni cliniche della paziente per valutare il rapporto rischio /beneficio.

In base alla strategia diagnostico-assistenziale delineata ed alle condizioni cliniche del paziente, il dirigente medico identificherà il regime assistenziale nel cui contesto verranno erogate le prestazioni sanitarie necessarie:

- setting ambulatoriale (diagnostica non invasiva e terapia antitumorale orale);
- setting di day-service e/o day-hospital (diagnostica invasiva di bassa complessità e terapia iniettiva);
- setting di degenza ordinaria (diagnostica invasiva di alta complessità, gestione delle complicanze della

*[Handwritten signature]*

patologia tumorale e /o della terapia erogata, somministrazione di terapia iniettiva di alta complessità).  
 Delineata la strategia terapeutica, verrà compilato, datato e firmato l'apposito modulo piano diagnostico – terapeutico oncologia (vedi allegato)

Il Dirigente Medico informa il paziente e ottiene il consenso scritto (vedi allegato) all' erogazione delle procedure diagnostiche e /o terapeutiche

Il trattamento medico verrà effettuato, in accordo alle linee guida AIOM, ESMO, NCCN.

La gestione dei farmaci è condivisa con UFA Farmacia Umberto I ASP Enna.

### CARCINOMA DUTTALE E LOBULARE IN SITU

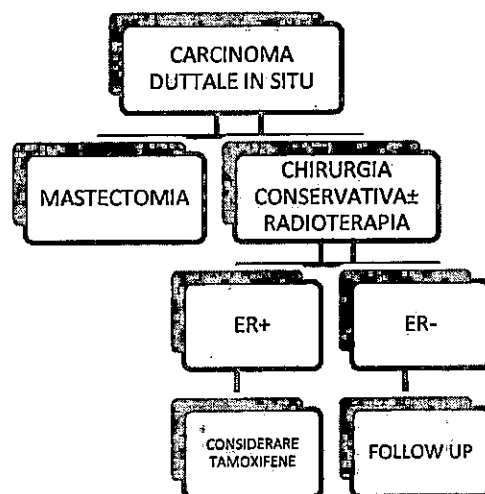
Il DCIS è una lesione pre-invasiva che rappresenta un precursore non obbligato del carcinoma infiltrante della mammella.

La terapia standard è la chirurgia, non esistono studi randomizzati per il confronto tra mastectomia e chirurgia conservativa associata a radioterapia, tuttavia poiché questo approccio è considerato equivalente per la malattia infiltrante, è indicato anche per la malattia in situ.

Nelle pazienti con DCIS e recettori estrogenici positivi, dopo chirurgia conservativa e radioterapia può essere preso in considerazione il trattamento con tamoxifene.

Il carcinoma lobulare in situ non è più stadiato come pTis e viene considerato un marcatore di rischio più che un precursore di malattia infiltrante. Le opzioni terapeutiche possono essere: sorveglianza, chemio-prevenzione, consultazione multidisciplinare per riduzione chirurgica del rischio con mastectomia profilattica bilaterale (algoritmo 2)

### ALGORITMO 2: CARCINOMA DUTTALE IN SITU



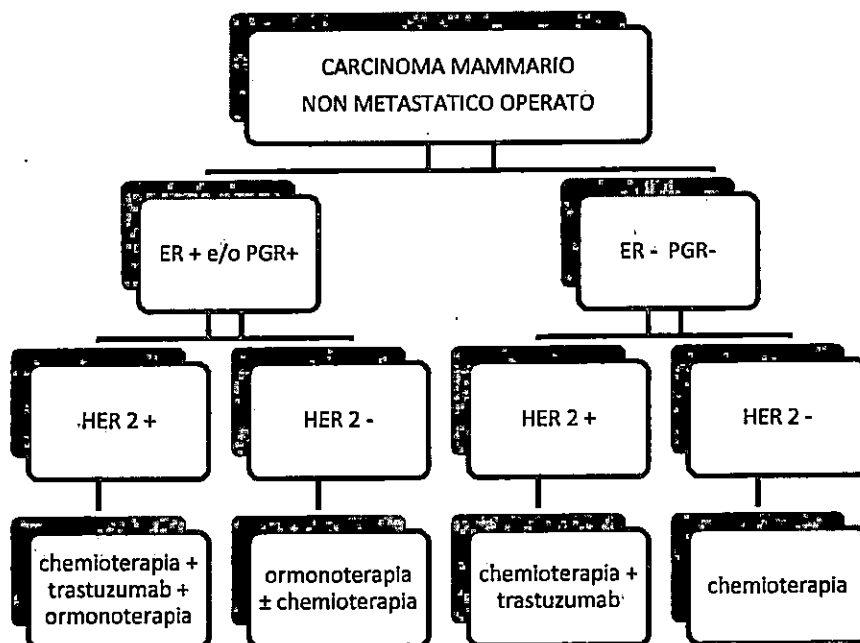


## TRATTAMENTO ADIUVANTE

Il trattamento sistemico adiuvante determina una riduzione del rischio di recidiva e di morte. La scelta dipende dallo stadio di malattia (TNM) e da parametri istologici e molecolari (ER, PgR, HER 2, Ki 67, Grading, invasione vascolare, infiltrato linfocitario peritumorale), profili di espressione genica e viene intrapreso dopo attenta valutazione dei parametri che caratterizzano la malattia e valutazione clinica della paziente (età, stato nutrizionale, rapporto rischio /beneficio, comorbidità, preferenze della paziente). Fattori predittivi sono stato dei recettori ormonali e di HER2. I protocolli vengono scelti sulla base delle più recenti linee guida (AIOM, ESMO, NCCN) e le evidenze scientifiche pubblicate.

Sulla base dell'immunohistochimica possono essere identificati sottogruppi, nei quali sono differenti le indicazioni terapeutiche sistemiche adiuvanti (ALGORITMO 3)

## ALGORITMO 3: CARCINOMA MAMMARIO NON METASTATICO OPERATO

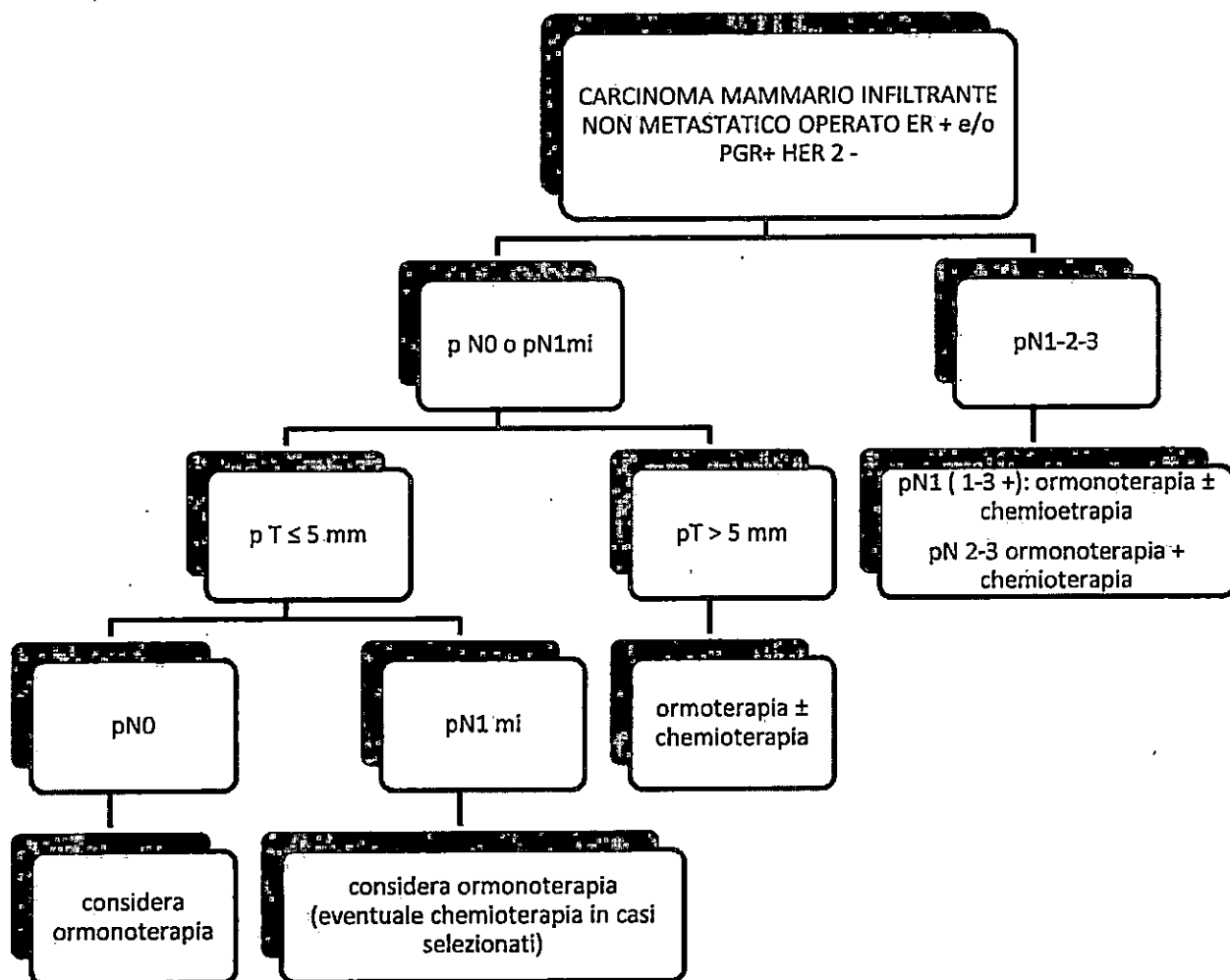


### LUMINALI A

Il sottotipo luminale A si caratterizza per tumori di basso grado, buona prognosi, elevata sensibilità all'endocrino-terapia ed una minore sensibilità alla chemioterapia, la terapia cardine è rappresentata dalla terapia endocrina, con l'aggiunta della chemioterapia in casi selezionati. (ALGORITMO 4)

#### ALGORITMO 4:

#### CARCINOMA MAMMARIO INFILTRANTE NON METASTATICO OPERATO ER + e/o PGR+ HER 2 -



### Luminal B (HER 2 negativi)

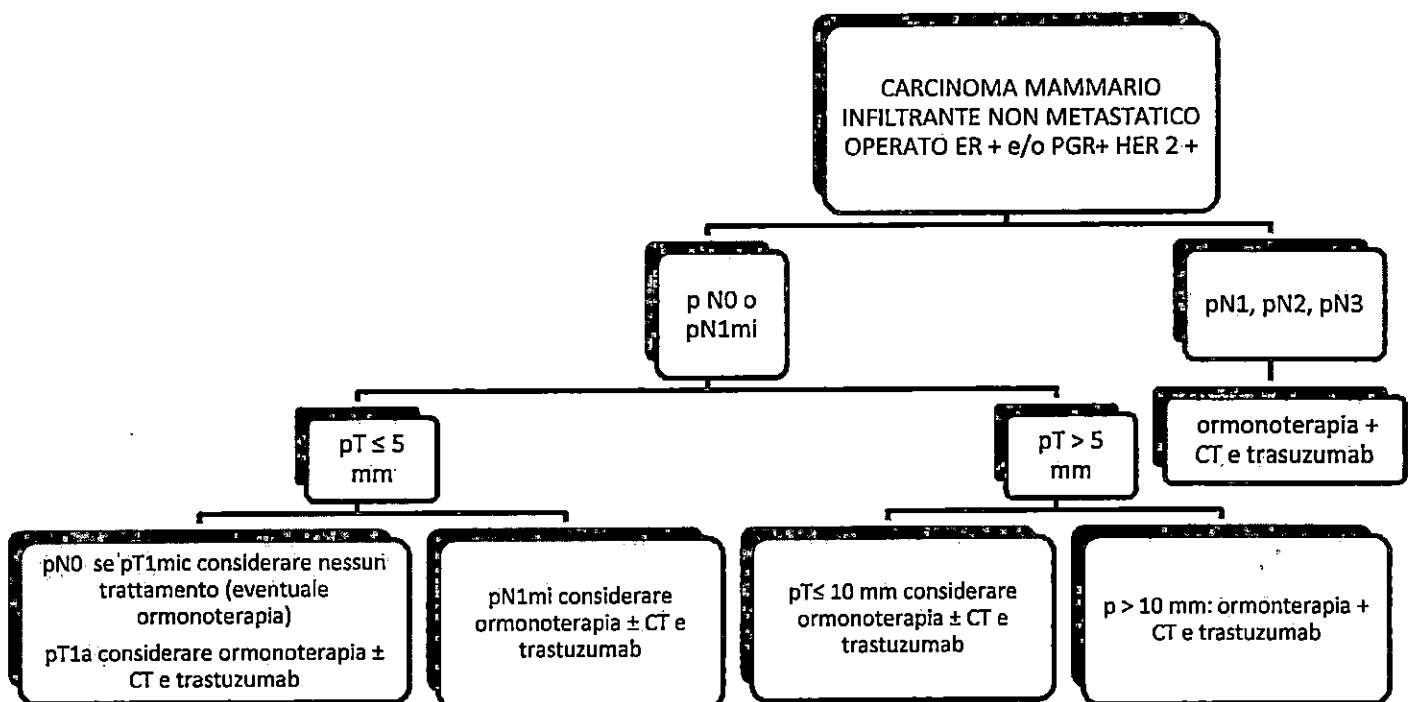
I tumori luminali B si caratterizzano per un fenotipo più aggressivo rispetto ai luminali A caratterizzandosi più frequentemente da tumori ad alto grado ed essendo associati a prognosi peggiore il trattamento cardine è rappresentato dalla chemioterapia in aggiunta alla terapia endocrina, da valutare sulla base degli altri fattori di ricaduta (T e N), dell'età della paziente e delle comorbidità.

### Luminali B (HER2 positivi)

Il trattamento cardine è rappresentato dalla chemioterapia più trastuzumab in aggiunta all'ormonoterapia adiuvante, tale trattamento è indicato nei tumori con T > 1 cm, oppure con linfonodi ascellari positivi; nei tumori piccoli (pT1a e pT1b) e pN0/pN1mi non esistono ad oggi dati prospettici derivati da studi randomizzati relativi al beneficio del trastuzumab adiuvante. Si può prendere in considerazione l'aggiunta della chemioterapia e del trastuzumab all'ormonoterapia, tenendo presente anche il grading, il Ki 67, l'età e le comorbidità della paziente (ALGORITMO 5).

#### ALGORITMO 5:

#### CARCINOMA MAMMARIO INFILTRANTE NON METASTATICO OPERATO ER + e/o PGR+ HER 2 +



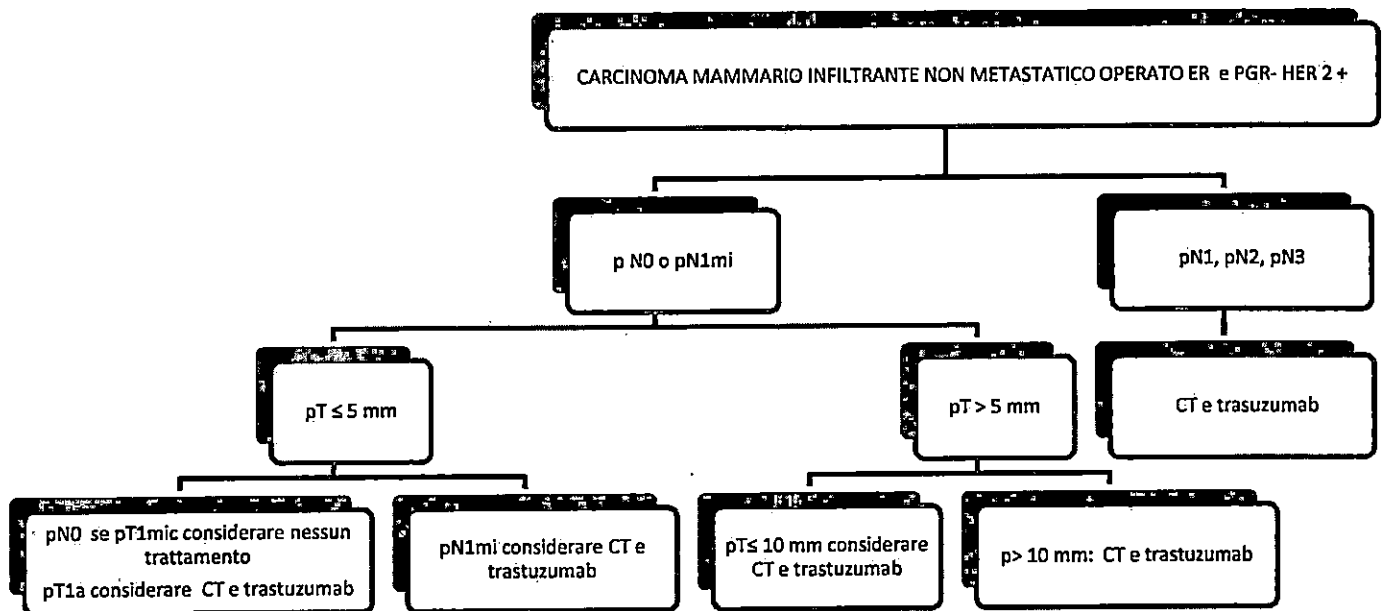
*Devo*

### HER 2 positivi (non luminali)

Il trattamento cardine è rappresentato dalla chemioterapia più trastuzumab; tale trattamento è indicato nei tumori con dimensioni del T superiore ad un centimetro oppure con linfonodi ascellari positivi. Nei tumori piccoli pT1a e pT1b si può prendere in considerazione l'aggiunta della chemioterapia e del trastuzumab all'ormonoterapia, tenendo presente anche il grading, il Ki 67, l'età e le comorbidità della paziente (ALGORITMO 6)

#### ALGORITMO 6:

#### CARCINOMA MAMMARIO INFILTRANTE NON METASTATICO OPERATO ER e PGR - HER 2 +



*Handwritten signature*

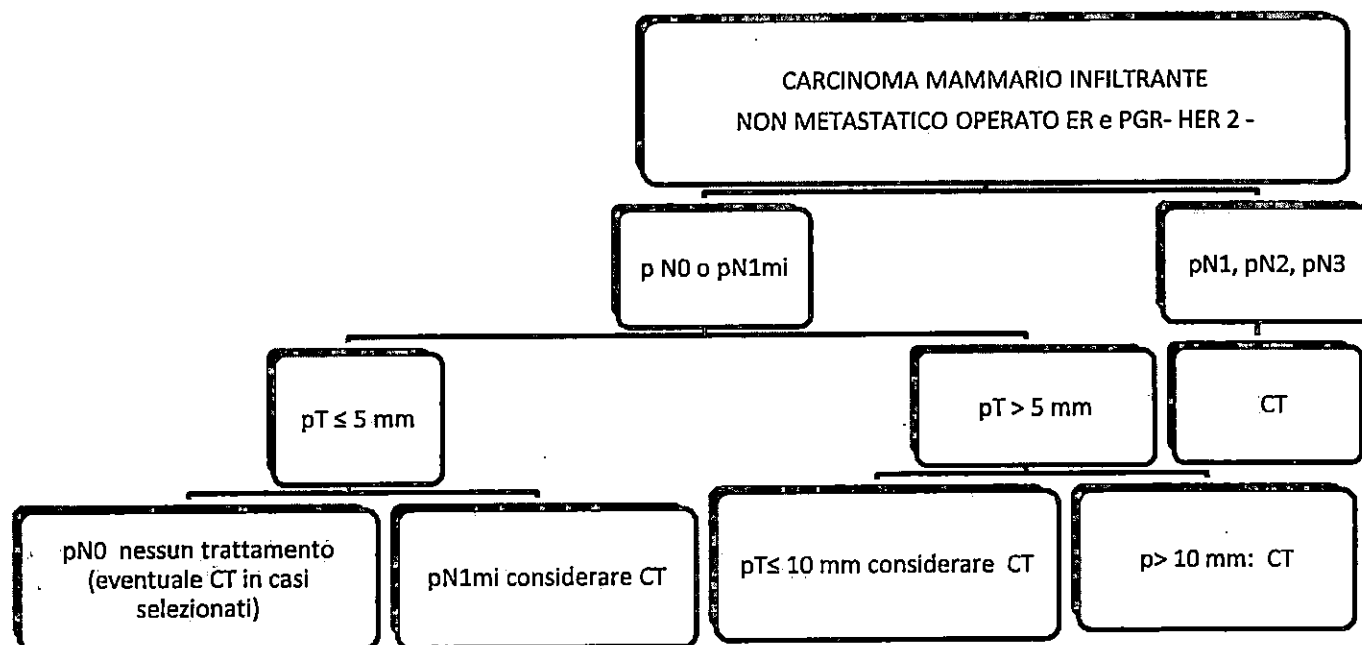


## TRIPLO NEGATIVI

Il trattamento cardine è rappresentato dalla chemioterapia. Nei tumori pT1a con pN0/pN1mi la chemioterapia adiuvante può essere presa in considerazione se G3 o Ki 67 elevato (ALGORITMO 7)

### ALGORITMO 7:

#### CARCINOMA MAMMARIO INFILTRANTE NON METASTATICO OPERATO ER e PGR - HER 2 -




## TRATTAMENTO NEOADIUVANTE

Il trattamento neoadiuvante è un trattamento chemioterapico che precede l'intervento chirurgico e viene intrapreso nelle seguenti condizioni:

1) pazienti con carcinoma della mammella inoperabile:

- Carcinoma infiammatorio della mammella
- Linfonodi bulky o cN2
- cN3
- cT4

	<p>Azienda Sanitaria Provinciale Enna</p> <p>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO SENOLOGIA ASP ENNA</p>	<p>Rev.0.0</p> <p>28/06/2021</p> <p>Pagina 28 di 35</p>
--	--	---

- 2) possibilità di determinare downstaging della neoplasia primitiva consentendo un trattamento conservativo, in pazienti candidate a trattamento demolitivo d'emblée;
- 3) possibilità di consentire una valutazione prognostica sulla base della risposta patologica dopo trattamento sistemico neoadiuvante.
- 4) pazienti con carcinoma della mammella operabile, la terapia preoperatoria è da preferire:
  - HER 2+ e triplo negativo, se  $cT \geq 2$  o  $cN \geq 1$
  - Pazienti nelle quali la chirurgia definitiva deve essere dilazionata
- 5) possibilità di calibrare il trattamento post-operatorio sulla base della presenza di malattia residua dopo trattamento neoadiuvante

Il trattamento sistemico neoadiuvante nel carcinoma mammario HR+/HER2- si basa su chemioterapia oppure in casi selezionati, su ormonoterapia.

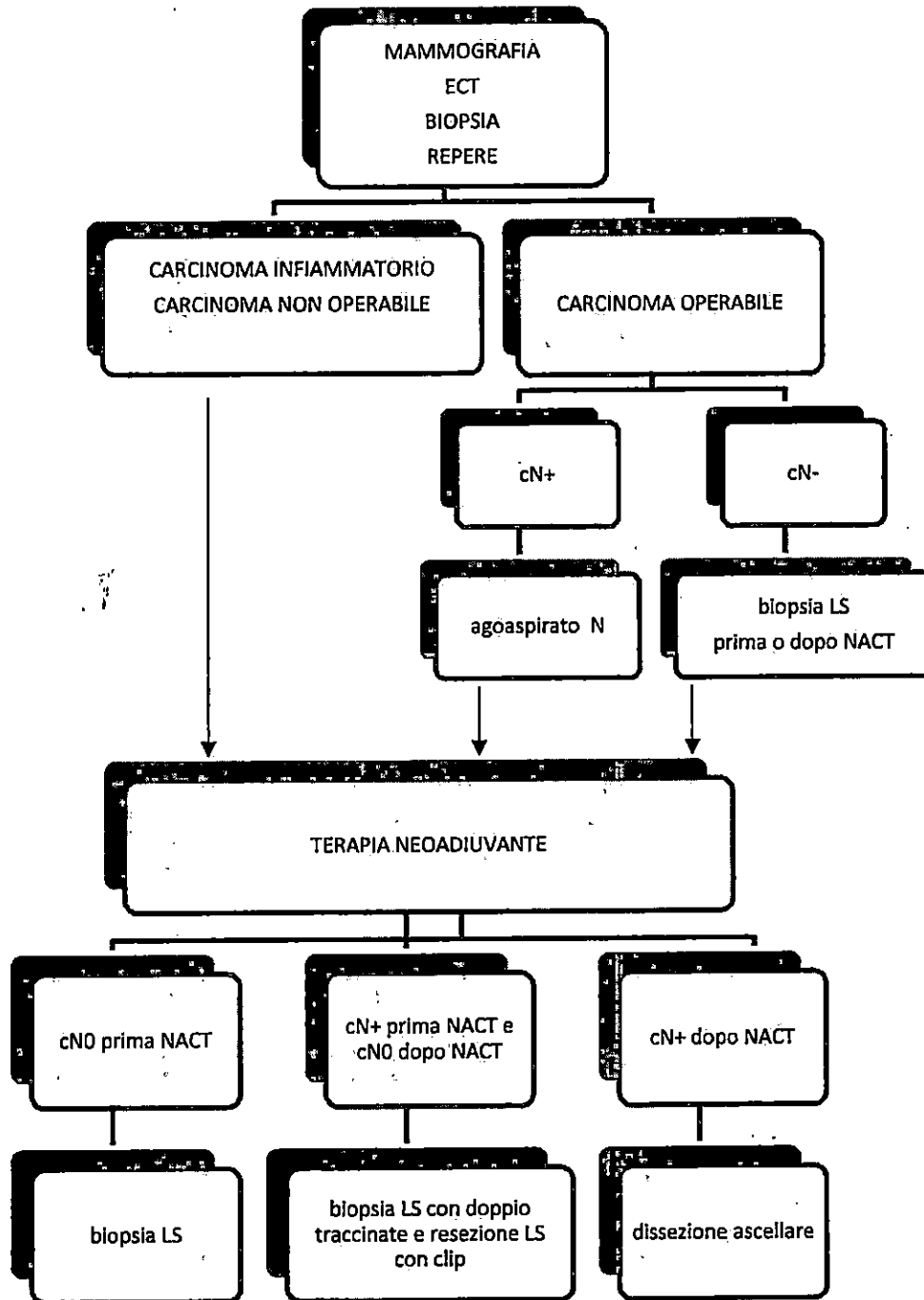
Nel carcinoma mammario HER2 positivo, il trattamento si basa su chemioterapia in associazione ad agenti anti HER2.

Nel carcinoma triplo negativo si basa su chemioterapia (ALLEGATO 8)






**ALGORITMO 8: CARCINOMA MAMMARIO NON METASTATICO: TERAPIA NEOADIUVANTE**



*[Handwritten signature]*

	Azienda Sanitaria Provinciale Enna <b>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO SENOLOGIA ASP          ENNA</b>	Rev.0.0 28/06/2021 Pagina 30 di 35
---	---	--

## ORMONOTERAPIA ADIUVANTE

L'ormonoterapia adiuvante è indicata in tutti i pazienti con tumori ormono-responsivi intendendo per questi la presenza di almeno ER  $\geq$  1% o PgR  $\geq$  1%.

La scelta dell'ormonoterapia dipende dallo stato menopausale e dal rischio di recidiva della paziente.

Nelle pazienti in pre-menopausa o peri-menopausa il ruolo del tamoxifene 20 mg os/die per 5 anni è assodato.

L'aggiunta della soppressione ovarica ottenibile con LH-RHa dovrebbe essere valutata in base al rischio.

Il trattamento con inibitore dell'aromatasi può essere preso in considerazione rispetto al tamoxifene.

Da valutare la terapia ormonale extended in base al rapporto rischio/beneficio.

Nelle donne in post-menopausa dovrebbe essere presa in considerazione la terapia con inibitori dell'aromatasi, in caso fosse controindicata o nelle donne con gravi tossicità può essere presa in considerazione la terapia con tamoxifene.

## CHEMIOTERAPIA

La chemioterapia utilizzata nel trattamento adiuvante o neoadiuvante prevede regimi di polichemioterapia in quanto dati derivati dagli studi clinici e meta-analisi dimostrano che sono superiori alla monochemioterapia in termini di disease free survival o overall survival. I regimi di chemioterapia includono antracicline, ciclofosfamide e taxani. L'aggiunta del platino in regimi di neoadiuvante può essere presa in considerazione.

Nelle pazienti con carcinoma mammario HER 2 positivo candidate a chemioterapia adiuvante, in aggiunta alla chemioterapia è pratica clinica assodata considerare il trastuzumab per un anno.

Recenti evidenze hanno considerato possibilità di de-escalation del trattamento adiuvante, ad esempio la possibilità di utilizzo di regimi privi di antracicline.

Di recente acquisizione in caso di tumore ad alto rischio la possibilità di aggiungere nei tumori HER 2 positivi il pertuzumab o neratinib

## RECIDIVA LOCO-REGIONALE

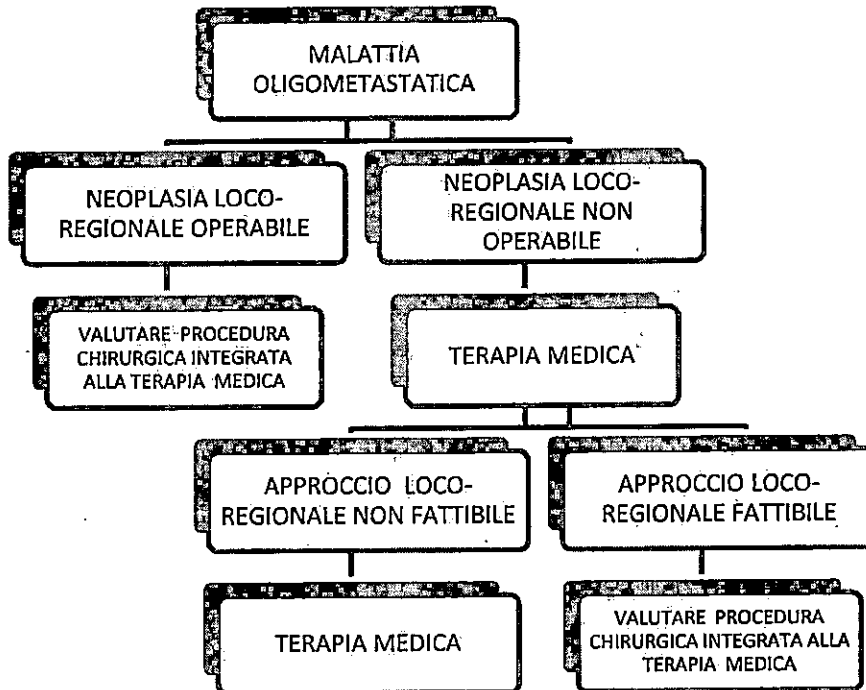
La recidiva loco-regionale viene trattata, previa eventuale ulteriore caratterizzazione isto-molecolare, con un approccio integrato (chirurgico – sistemico – radioterapico), che dipende dai trattamenti già effettuati, dalle caratteristiche ed estensione di malattia.

## CARCINOMA MAMMARIO OLIGO METASTATICO

Nel trattamento della malattia oligometastatica, può essere preso in considerazione il trattamento loco-regionale integrato alla terapia sistemica (ALGORITMO 9)



## ALGORITMO 9: CARCINOMA MAMMARIO OLIGO METASTATICO



## CARCINOMA DELLA MAMMELLA METASTATICO

Il carcinoma della mammella si presenta metastatico all'esordio nel 7% dei casi.

Il percorso diagnostico-terapeutico prevede una biopsia mammaria per una caratterizzazione istomolecolare, lì dove possibile anche una valutazione istologica della sede metastatica, e quindi una stadiazione di malattia con TC encefalo, collo, torace e addome con e senza mdc e scintigrafia ossea t.b. Eventuale PET e RMN nei casi di dubbio diagnostico.

Il trattamento del carcinoma metastatico della mammella metastatico viene effettuato in base alle caratteristiche patologiche (istologiche e molecolari) e cliniche della paziente. (LINEE GUIDA AIOM 2020, ESMO 2020, NCCN VERSIONE 4.2021).

L'obiettivo del trattamento può essere palliativo, aumento di disease free survival, aumento della overall survival; miglioramento della qualità di vita.

La scelta della terapia sistemica tiene conto delle caratteristiche biologiche della malattia e della paziente. La chemioterapia da sola o in associazione a farmaci anti HER2 rappresenta la prima opzione nei tumori triple negative o HER 2 positivi rispettivamente; nei tumori triplo negative ed espressione di PD-L1, si considera l'aggiunta di Atezolizumab alla chemioterapia.



Nella malattia che esprime i recettori ormonali, il trattamento di prima scelta è rappresentato dalla endocrinoterapia + CD 4/6 inibitore, solo nei casi con crisi viscerale è indicata la chemioterapia d'embée.

### 6.2.12 CURE PALLIATIVE

La paziente con malattia per la quale non è possibile intraprendere alcun trattamento specifico o le cui caratteristiche cliniche non permettono alcun trattamento specifico, verrà avviata alle cure palliative in regime di ricovero presso l'Hospice o assistenza domiciliare.

### 6.2.13 FOLLOW UP

Per follow-up oncologico si intende la sorveglianza clinico-strumentale dei pazienti sottoposti a trattamento radicale, senza sintomi di ripresa di malattia

Il follow up della paziente viene programmato al termine del trattamento, la finalità di questo è la diagnosi precoce di recidive loco-regionali o a distanza.

I programmi di follow up prevedono la visita clinica e la mammografia. In assenza di sospetti clinici o di programmi personalizzati, il cosiddetto follow up intensivo non dovrebbe essere preso in considerazione; in particolare l'uso di indagini strumentali, quali la radiografia del torace, la ecografia dell'addome, la TC encefalo torace e addome con e senza mdc, la TC-PET con FDG, la scintigrafia ossea t.b., CEA e CA 15.3, non dovrebbero far parte delle indagini routinarie in assenza di sospetto clinico.

**Il follow up verrà gestito in ambulatorio di oncologia dall'oncologo medico presso l'ospedale Umberto I. I protocolli di follow-up oncologici indicano tipologia e cadenza degli esami di controllo.**

Nello specifico gli esami loco-regionali previsti per le donne operate per neoplasia mammaria sono i seguenti:

A) primi due anni: anamnesi ed esame obiettivo ogni 3-6 mesi; RX Mammografia dopo 12 mesi da quella diagnostica (dopo almeno almeno 6 mesi dalla RT in caso di chirurgica conservativa), quindi annuale.

B) 3°, 4° e 5° anno: anamnesi ed esame obiettivo ogni 6-12 mesi; Rx Mammografia annuale

C) oltre i 5 anni: anamnesi ed esame obiettivo annuale; RX Mammografia annuale;


D) dopo i 10 anni: RX Mammografia ogni due anni di età se la donna ha più di 50 anni.

E' fortemente auspicabile che, dopo i 5 anni dall'intervento chirurgico, le pazienti con età superiore a 50 anni vengano reinserite nel programmi screening mammografico.

L'integrazione con la TC torace e addome annuale può essere effettuata per le pazienti con stadio  $\geq$  III o caratteristiche istologiche aggressive.

	3 mesi	6 mesi	9 mesi	12 mesi	15 mesi	18 mesi	24 mesi	30 mesi	36 mesi	42 mesi	48 mesi	54 mesi	60 mesi
mammografia				X			X		X		X		X
Visita clinica	X	X	X	X	X	X	X		X		X		X



	<p style="text-align: center;">Azienda Sanitaria Provinciale Enna</p> <p style="text-align: center;"><b>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO SENOLOGIA ASP ENNA</b></p>	<p style="text-align: right;">Rev.0.0</p> <p style="text-align: right;">28/06/2021</p> <p style="text-align: right;">Pagina 33 di 35</p>
--	---	--

## 7. INDICATORI DI PROCESSO E DI ESITO

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO
	Percentuale di casi con tempo tra la diagnosi/stadiazione e inizio terapia medica neoadiuvante (dove indicata) inferiore o uguale a 14 giorni	90%
	Percentuale di casi con tempo tra l'intervento chirurgico e inizio terapia medica adiuvante (dove indicata) inferiore o uguale a 8 settimane	80%
Processo	n. casi operati / n. casi diagnosticati/	80%
Processo	n. di casi trattati in oncologia / n. casi diagnosticati	80%
Processo	n. di casi avviati a follow up / n. casi trattati	100%

**Frequenza della rilevazione:** Semestrale

**Responsabilità della rilevazione:** UOC Oncologia Enna


In caso di valori fuori dall'atteso è necessario valutare le motivazioni/possibili cause ed individuare le azioni correttive.

Gli indicatori, eventuali non conformità, le relative motivazioni/possibili cause e le azioni correttive vanno inviati all'UOS Qualità e Rischio clinico.

## 8. BIBLIOGRAFIA

- D.A. n831/2019 "Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale per la prevenzione, diagnosi e trattamento del tumore della mammella nella regione Siciliana"
- AIOM Linee guida 2020
- LINEE GUIDA AIMN 2018
- ESMO Guidelines
- NCCN Guidelines Version 4.2021
- Laura Biganzoli, Fatima Cardoso b, Marc Beishon et al. The requirements of a specialist breast cancer. The Breast 51 2020, 65-84
- Højgaard L, Lowenberg B, Selby P et al. The European cancer patient's Bill of rights, update and implementation 2016. ESMO Open 2017;1(6):e000127
- Prades J, Remue E, van Hoof E, Borrás JM. Is it worth re-organising cancer services on the basis of multidisciplinary teams (MDTs)? A systematic review of the objectives and organisation of MDTs and their impact on patient outcomes. Health Pol 2015;119(4):464e74
- Cardoso F, Cataliotti L, Costa A, Knox S, Marotti L, Rutgers E, et al. European Breast Cancer Conference manifesto on breast centres/units. Eur J Canc 2017;72:244e50.
- EUSOMA. The requirements of a specialist breast unit. Eur J Canc 2000;36: 2288e93.
- Cardoso F, Senkus E, Costa A, Papadopoulos E, Aapro M, Andre F. 4th ESO- ESMO international consensus guidelines for advanced breast cancer (ABC 4). Ann Oncol 2018;29(8):1634e57.
- Paluch-Shimon S, Cardoso F, Sessa C, Balmana J, Cardoso MJ, Gilbert F, et al. Prevention and screening in BRCA mutation carriers and other breast/ ovarian hereditary cancer syndromes: ESMO Clinical Practice Guidelines for cancer prevention and screening. Ann Oncol 2016;27(suppl 5):v103e10.
- Korde LA, Zujewski JA, Kamin L, Giordano S, Domchek S, Anderson WF, et al. Multidisciplinary meeting on male breast cancer: summary and research recommendations. J Clin Oncol 2010;28(12):2114e22
- Banks I, Welier D, Ungan M, Selby P, Aapro M, Beishon M, et al. ECCO essential requirements for quality cancer care: primary care. Crit Rev Oncol Hematol 2019;142:187e99.

*D. Sc.*

	<b>Azienda Sanitaria Provinciale Enna</b> <b>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO SENOLOGIA ASP</b> <b>ENNA</b>	Rev.0.0 28/06/2021 Pagina 34 di 35
--	---	--

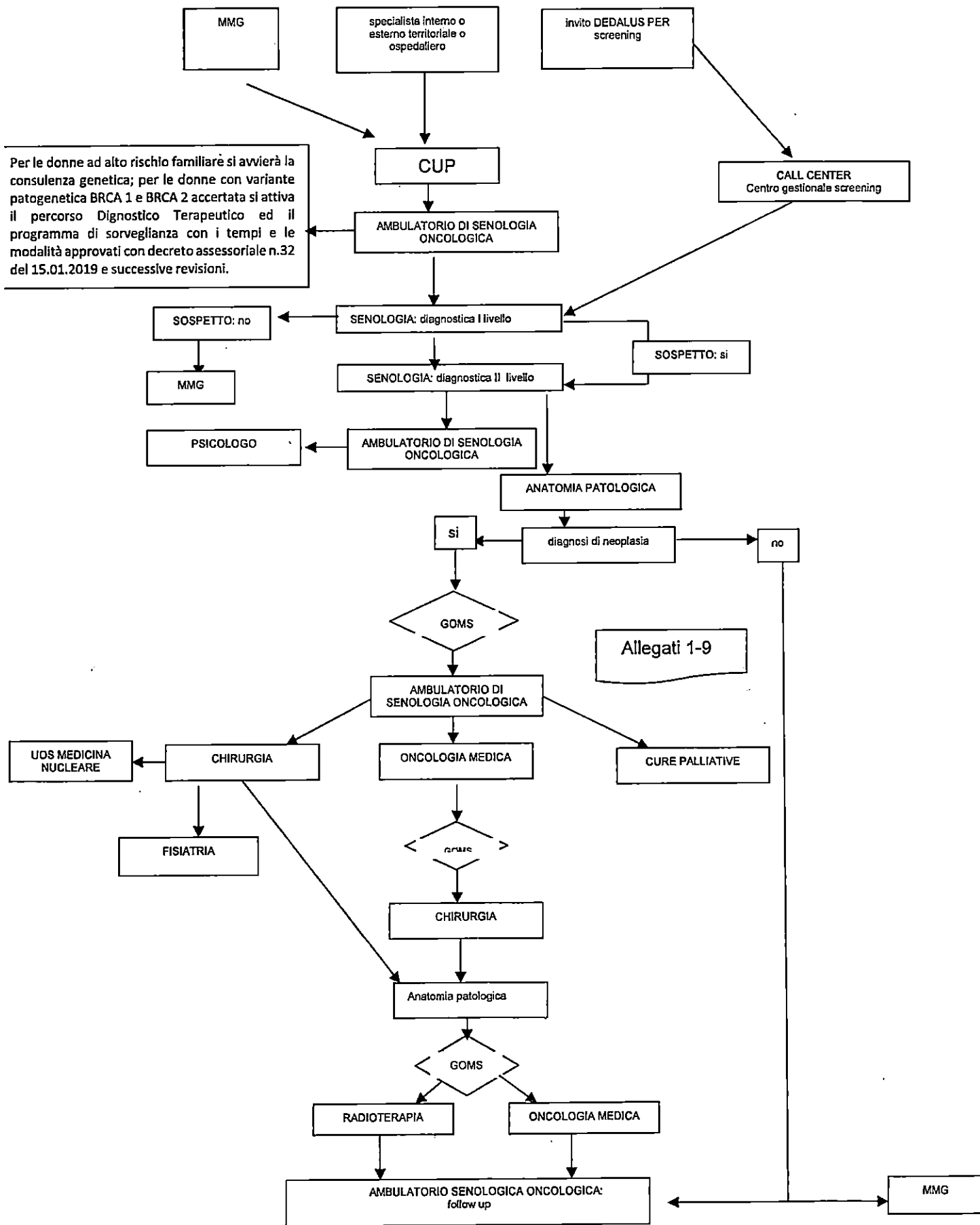
- European Oncology Nursing Society (EONS). Cancer nursing curriculum 2013. fourth ed. 2013.
- Voigt B, Grimm A, Lossack M, Klose P, Schneider A, Richter-Ehrenstein C. The breast care nurse: the care specialist in breast centres. Int Nurs Rev 2011;58(4):450e3.
- Biganzoli L, Wildiers H, Oakman C, Marotti L, Loibl S, Kunkler I, et al. Management of elderly patients with breast cancer: updated recommendations of the international society of geriatric oncology (SIOG) and European society of breast cancer specialists (EUSOMA). Lancet Oncol 2012;13(4).
- National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology for genetic/familial high-risk assessment: breast and ovarian.
- Cherny NI, Dafni U, Bogaerts J, Latino NJ, Pentheroudakis G, Douillard JY, et al. ESMO-magnitude of clinical benefit Scale version 1.1. Ann Oncol 2017;28(10):2340e66.
- Curigliano, G., Burstein, H.J., Winer, E., Gnant, M., Dubsky, P., Loibl, S., et al. De-escalating and escalating treatments for early-stage breast cancer: the St. Gallen International Expert Consensus Conference on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2017. Ann Oncol 28 (8), 1700e1712.
- Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano; 18 dicembre 2014.

## 9. ALLEGATI

1. relazione oncologica
2. scheda riunione multidisciplinare
3. database excel pazienti GOMS
4. piano diagnostico terapeutico oncologia



**10. DIAGRAMMA DI FLUSSO:**



	<p style="text-align: center;">ASP ENNA OSPEDALE UMBERTO I UOC ONCOLOGIA MEDICA "Maurizio Cammarata"</p> <p style="text-align: center;"><a href="mailto:oncologia.umberto@asp.enna.it">oncologia.umberto@asp.enna.it</a> tel. 0935 516452 tel. 0935 516186 dalle 12:00 alle 13:00</p>	<p style="text-align: right;">Rev.0.0 28/06/2021 Pagina 1 di 2</p>
--	---	--

### RELAZIONE ONCOLOGICA

<b>Nome</b>			
<b>Nato/a il</b>		a	<b>Anni</b>
<b>Residenza</b>			
<b>Telefono</b>			
<b>e-mail</b>		<b>CF</b>	
<b>care-giver</b>		<b>Tel.</b>	
<b>Medico Curante</b>			
<b>DIAGNOSI</b>			
<b>Profilo istologico - molecolare</b>			
<b>ANAMNESI FISIOLÓGICA</b>			
<b>ANAMNESI PATOLOGICA</b>			
<b>ALLERGIE</b>			
<b>ANAMNESI FAMILIARE ONCOLOGICA</b>			
<b>ANAMNESI ONCOLOGICA</b>			
<b>Data visita</b>			
<b>medico</b>			
<b>CONCLUSIONI</b>			

Dott.





Azienda Sanitaria Provinciale Enna

**SCHEDA RIUNIONE  
MULTIDISCIPLINARE  
SENOLOGIA**

Rev.0.0

28/06/2021

Pagina 1 di 1

NOME		DATA DI NASCITA	
DIAGNOSI			
ANAMNESI PATOLOGICA			
MOTIVO			
DECISIONE			
PIANO OPERATIVO			
MEDICI	NOME	FIRMA	

Enna,



**ASP ENNA**  
**OSPEDALE UMBERTO I**  
**UOC ONCOLOGIA MEDICA**  
**"Maurizio Cammarata"**  
  
oncologia.umberto@asp.enna.it  
 tel. 0935 516452  
 tel. 0935 516186 dalle 12:00 alle 13:00

Rev.0.0  
 28/06/2021  
 Pagina 1 di 1

## PROPOSTA DIAGNOSTICO-TERAPEUTICA ONCOLOGIA MEDICA

DEGENZA	DH	DS	FILE F
---------	----	----	--------

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	DATA DI COMPILAZIONE	GRADO DI PRIORITÀ

Età	< 70 anni	PS (ECOG-WHO)	
	> 70 anni	PS (ECOG-WHO)	
ADL			
IADL			
G8			

Diagnosi	
Comorbidità	
MOTIVO DEL RICOVERO	
Setting diagnostico-terapeutico	a) primaria <input type="checkbox"/> b) adiuvante <input type="checkbox"/> c) della fase avanzata (fini curativi) <input type="checkbox"/> d) della fase avanzata (fini palliativi) <input type="checkbox"/> f) terapia di supporto <input type="checkbox"/> g) stadiazione <input type="checkbox"/>

PROGRAMMA DIAGNOSTICO - TERAPEUTICO

Data approvazione	DIRIGENTE MEDICO	DIRETTORE