

ORIGINALE



Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di
AGRIGENTO

DELIBERAZIONE COMMISSARIO N. 747 DEL 19 APR. 2018

OGGETTO: Approvazione P.D.T.A. (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) dei tumori della mammella – Breast Unit A.S.P. Agrigento.

STRUTTURA PROPONENTE: U.O.S. Gestione del Rischio Clinico e della Qualità.

PROPOSTA N. 261 DEL 05-04-2018

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Dott. Girolamo Maurizio Galletto

IL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

Dott. Girolamo Maurizio Galletto

VISTO CONTABILE

Si attesta la copertura finanziaria:

() come da prospetto allegato (ALL. N. _____) che è parte integrante della presente delibera.

() Autorizzazione a portare ordine di spesa

C.E.

C.P.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

IL DIRETTORE UOC SEF e P.

IL DIRETTORE S.E.F. E PATRIMONIO

(Dr. Antonio Fiorentino)

Il Firmatario P. O.

Dott. Anna Maria Galateria Bato

Ai sensi della L. n.241/90 e della L.R. n.10/91, il sottoscritto attesta la regolarità della procedura seguita e la legittimità del presente atto.

Il Responsabile della Struttura Proponente

Dott. Girolamo Maurizio Galletto

Da notificare a: U.O.S. Gestione del Rischio Clinico e della Qualità

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA 06-04-2018

L'anno DEMILADIEOTTO il giorno DECIANNOVE del mese di APRILE nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

IL COMMISSARIO

Ing. Gervasio Venuti, nominato con decreto del Presidente della Regione Siciliana n.391/serv.1/S.G. del 01/08/2017, coadiuvato

dal Direttore Sanitario, dott. Silvio Lo Bosco, nominato con delibera n.37 del 31/08/2017

dal Direttore Amministrativo, dott. Francesco Paolo Tronca, nominato con delibera n. 63 del 13/09/2017

con l'assistenza del Segretario verbalizzante IL TITOLARE DI POSIZIONE ORGANIZIVA

UFFICIO DI SEGRETERIA, PROPOSTE

DI ATTI E ANUMA

Dott.ssa Patrizia Tedesco

- Visto il D.Lgs 502/92 e s.m.i. ;
- Vista la L. R. n. 5/2009;
- Visto l'Atto Aziendale di questa ASP, adottato con delibera n. 667 del 03/05/2017 ed approvato con D.A. n. 1082 del 30/05/2017, di cui si è preso atto con delibera n.816 del 09/06/17;
- Vista la nota Prot. n. 50359 del 22 Marzo 2018 con la quale il Dott. Antonio Savarino Specialista Oncologo e Coordinatore Breast Unit A.S.P. Ag chiede l'approvazione del P.D.T.A. (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) tumori della mammella – Breast Unit A.S.P. AG;
- Visto il parere favorevole del Gruppo di lavoro Progetto Breast Unit dell'A.S.P. di Agrigento del 06 Marzo 2018 che istituisce un Centro di senologia multidisciplinare come modello di assistenza specialistica multidisciplinare per la diagnosi , cura e riabilitazione psicofisica delle donne con tumori al seno;
- Visto il Documento P.D.T.A. “ Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale dei tumori della mammella – Breast Unit A.S.P. Agrigento;
- Visto il parere favorevole del Direttore Sanitario Aziendale Prof. Dott. Silvio Lo Bosco rilasciato in data 03 Aprile 2018 e apposto sulla nota sopra citata Prot. 50359 del 22/03/2018;
- Visto il parere favorevole del Dirigente Responsabile U.O.S. Gestione del Rischio Clinico e della Qualità Dott. Girolamo Maurizio Galletto rilasciato in data 05 Aprile 2018 e apposto sulla nota sopra citata Prot. 50359 del 22/03/2018;
- Ritenuto pertanto doversi adottare il Documento “ Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale “ (P.D.T.A.) tumori della mammella Breast Unit A.S.P. di Agrigento;
- Dato atto che il presente provvedimento viene adottato su proposta del Dirigente Responsabile della Struttura U.O.S. Gestione del Rischio Clinico e della Qualità che si assume la responsabilità sulla legittimità e regolarità delle procedure poste in essere per l'adozione dello stesso, in quanto conformi alla normativa vigente attinente alla fattispecie di che trattasi;
- Con il parere FAVOREVOLE del Direttore Sanitario
- Con il parere FAVOREVOLE del Direttore Amministrativo

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa e che si intendono qui integralmente trascritte:

- Adottare il documento P.D.T.A. “ Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale Tumori della mammella - Breast Unit A.S.P. AG“ ;
- Di trasmettere all'U.O.S. Comunicazione la Delibera e relativo allegato per la pubblicazione sul sito Web Aziendale;
- Di dare mandato al Dirigente Responsabile U.O.S. Gestione del Rischio Clinico e della Qualità di notificare al Dott. Antonio Savarino l'atto Deliberativo e il documento “ P.D.T.A. tumori della mammella – Breast Unit A.S.P. AG per gli adempimenti di merito;
- Di dichiarare il presente documento immediatamente esecutivo;

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Francesco Paolo Tronca

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Silvio Lo Bosco

IL COMMISSARIO
Ing. Gervasio Venuti

IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE
IL TITOLARE DI POSIZIONE ORGANIZZATIVA
UFFICIO DI SEGRETERIA, PROPOSTE
DI ATTI E ANOMIA
Dott.ssa Patrizia Tedesco



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento**

Tel. 0922 407111 * Fax 0922 401229
Partita IVA - Codice Fiscale: 02570930848



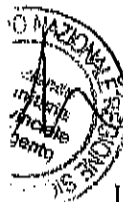
Presidio Ospedaliero di Canicatti
Contrada Giarre 92024 Canicatti
Tel. 0922 733111 * Fax 0922 733359
Ex A.U.S.L. n. 1 di AGRIGENTO
U.O. di Oncologia e Chemioterapia Antblastica
tel. 0922 733395 (C.U.P.) 733267- 733248 - 733353-
Fax 0922 733265 E-mail: antoninosavarino@libero.it
Responsabile: Dr. Antonino Savarino

Al Direttore Sanitario ASP Agrigento
Prof. Dr. Silvio Lo Bosco

Sede

Prot. n. 50359 del 22.03.2018

Oggetto: trasmissione PDTA tumori della Mammella – Breast Unit ASP AG -



Si trasmette, al fine di deliberarne l'adozione, il **PDTA tumori della Mammella – Breast Unit ASP AG -**.

Il PDTA è stato redatto dallo scrivente, in qualità di Coordinatore della Breast Unit, in collaborazione con il Gruppo di Lavoro del Progetto e con il Gruppo Interdisciplinare Cure, in osservanza a quanto previsto dalla Deliberazione del Commissario n. 858 del 29.12.2017 "Istituzione della Breast Unit dell'ASP di Agrigento e adozione di modelli organizzativi di Governance e di presa in carico delle pazienti"

Si precisa che il Gruppo di lavoro Breast Unit ha discusso e approvato il suddetto PDTA nella riunione operativa del 06.03.2018 convocata con lettera prot. n. 30846 del 19.02.2018.

Distinti Saluti

Canicatti li, 22.03.2018

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 3000902408 / I.O.M. (AG) 2384

Allegato

1) **PDTA tumori della Mammella – Breast Unit ASP AG**

L'ABBREVIARE FAVOREVOLE
NEL QUOTIDIANO DI COORDINAMENTO
Il Direttore Sanitario ASP AG
(Prof. Dr. Silvio Lo Bosco)

05-04-2018

A.S.P. AGRIGENTO
Sede - Direzione Generale
U.O.S. Oncologia e Chemioterapia
e Radioterapia
U. DINTINGENTE
Dot. G. Maurizio

03 APR 2018

Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento - Contrada Consolida - 92100 AGRIGENTO





**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento**

Tel. 0922 407111 * Fax 0922 401229

**Percorso
diagnostico-terapeutico- assistenziale
dei
TUMORI DELLA MAMMELLA
ASP Agrigento**

Anno 2018

Revisione Biennale

Approvato dai Componenti del Gruppo di Lavoro -Progetto Breast Unit-

(Riunione operativa del 06.03.2018)

Testo redatto dal Dr. Antonino Savarino, Coordinatore Breast Unit ASP Agrigento, in collaborazione con i Componenti del

Gruppo di Lavoro del Progetto Breast Unit.

Stampa: 10/03/2018
Firma: Dr. Antonino Savarino

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicattì
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300090240R - I.O.M. (AG) 2384

INDICE

1. Titolo del Documento, descrizione sintetica, gruppo lavoro, CAS, GIC

- 1.1 *Descrizione sintetica*
- 1.2 *Gruppo di lavoro*
- 1.3 *Centro accoglienza Senologica (CAS)*
- 1.4 *Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC)*

2. Informazioni relative al documento

- 2.1 *Periodo di validità e revisione*
- 2.2 *Revisioni*
- 2.3 *Obiettivi*
- 2.4 *Ambito di applicazione*
- 2.5 *Terminologia e abbreviazioni*

3. Contenuti del documento

- 3.1 *Generalità*
- 3.2 *Diagramma di flusso*
- 3.3 *Attività*
 - 3.3.1 *Primo contatto e avvio del PDTA (CAS)*
 - 3.3.2 *Approfondimento e completamento dell'iter diagnostico*
 - 3.3.3 *Definizione dell'iter terapeutico*
 - 3.3.4 *Gestione chirurgica*
 - 3.3.5 *Gestione Oncologica*
 - 3.3.6 *Gestione Radioterapica*
 - 3.3.7 *Gestione del follow up*
 - 3.3.8 *Gestione della riabilitazione*
 - 3.3.9 *Gestione della palliazione*

OTNEGIRGA 105 M 9.2 A
Presidio Ospedaliero Canicatti
ONIRAVARINO
DA 42A 105A 105A 105A
A885 105A 105A 105A

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300090240R - I.O.M. (AG) 2384





4. Percorso Clinico delle Strutture Operative

- 4.1 *Diagnostica Radiologica*
- 4.2 *Diagnostica Anatomopatologica*
- 4.3 *Trattamento Chirurgico*
- 4.4 *Trattamento Medico*
- 4.5 *Trattamento Radioterapico*
- 4.6 *Trattamento di Recupero e Riabilitazione*
- 4.7 *Trattamento PsicoOncologico*
- 4.8 *Descrizione Sintetica dei Trattamenti*

5. Responsabilità

6. Aspetti Etici

7. Strumenti di Gestione del documento

- 7.1 *Documenti correlati*
- 7.2 *Monitoraggio*
 - 7.2.1 *Attività di controllo*
 - 7.2.2 *Indicatori*

8. Modalità di implementazione

9. Bibliografia



A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300050240R - I.O.M. (AG) 2384



1. DOCUMENTO

Titolo: Percorso diagnostico terapeutico assistenziale dei tumori della mammella.



1.1. Descrizione sintetica

Il documento descrive la sequenza temporale e le responsabilità delle attività effettuate dai professionisti coinvolti nella cura dei tumori mammari ed è stato approvato dal Gruppo di Lavoro -Progetto Breast Unit- nel corso della riunione operativa del 06.03.2018.

1.2. Gruppo di Lavoro Progetto Breast Unit

Nome e cognome Struttura di appartenenza, Ruolo

Nome	Cognome	Ruolo	Approvazione
Antonino	Savarino	Coordinatore Breast Unit ASP Agrigento Dirigente Resp. U.O. Oncologia P.O. Canicatti	approvato
Alfredo	Butera	Direttore UOC Oncologia P.O. AG	approvato
Carmelo	Sciume'	Direttore UOC Chirurgia P.O. AG	approvato
Michele	Bono	Direttore UOC Radioterapia P.O. AG	approvato
Antonio	Garufò	Direttore UOC Medicina Nucleare P.O. AG	approvato
Marilena	Fiorino	Direttore UOC Anatomia Patologia P.O. Sciacca	approvato
Angelo	Trigona	Direttore UOC Radiologia P.O. AG	approvato
Antonio	Marotta	Direttore UOC Anestesiologia P.O. AG	approvato
Filippo	Barbera	Direttore UOC Radiologia P.O. Sciacca	approvato
Giuseppe	Tornambè	Direttore UOC Chirurgia P.O. Sciacca	approvato
Mauro	Zanghi	Direttore UOSD Chirurgia P.O. Canicatti	approvato
Calogero	Di Caro	Direttore UOS Anestesiologia P.O. Canicatti	approvato
Giovanni	Falcone	Dirigente Medico UOS Chirurgia P.O. Ribera	approvato



A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
ASP AG



Gaetano	Geraci	Direttore UOC Servizio Epidemiologia ASP AG	approvato
Valentina	Mularo	Dirigente Medico UOS Radiologia P.O. Canicatti	approvato
Renato	Leonardi	Dirigente Medico UOS Radiologia P.O. Canicatti	approvato
Luigi	Adamo	Dirigente Medico UOC Radiologia P.O. Sciacca	approvato
Domenico	Santangelo	Dirigente Medico UOS Oncologia P.O. Sciacca	approvato
Domenico	Romeo	Specialista Ambulatoriale Oncologo ASP Agrigento	approvato
Diletta	Tinaglia	Dirigente Medico UOSD Chirurgia P.O. Canicatti	approvato
Francesco	Buscaglia	Dirigente Medico UOC Chirurgia P.O. Agrigento	approvato
Mauro	Granata	Dirigente Medico UOS Anestesiologia P.O. Canicatti	approvato
Ida	D'Onofrio	Dirigente Medico UOC Radioterapia P.O. Agrigento	approvato
Angelo	Gambino	Direttore UOC Medicina Fisica e Riabilitativa PO Canicatti/Licata	approvato
Anna	Ricotta	I.P. esperta in senologia Oncologica UO Oncologia P.O. Canicatti	approvato
Salvatore	Bordonaro	I.P. sala operatoria P.O. Canicatti	approvato
Valeria	Marchica	Direttore FF UOC Servizio Psicologia ASP	approvato



1.3 Centro Unico di Accoglienza Senologica (CAS)

Personale Medico e di Comparto e Referenti Medici delle 3 sedi CAS

CAS Unico su 3 sedi	Personale	Infermiere Case Manager	Referente Medico
P.O. Canicatti	Dr Antonino Savarino, Dr Renato Leonardi, D.ssa Valentina Mularo, D.ssa Diletta Tinaglia Domenico Romeo + I.P. Case Manager + 1 IP	I.P. Anna Ricotta	Dr Antonino Savarino
P.O. Agrigento	Dr Francesco Buscaglia, Dr Riccardo Mandracchia, Dr Domenico Romeo + 1 I.P.	-----	Dr Francesco Buscaglia
P.O. Sciacca	Dr Luigi Adamo, Dr Domenico Santangelo + 1 I.P.	-----	Dr Domenico Santangelo

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 30090240R (I.O.M. (AG) 2384

15/05/2018
 pag. 15



1.4 Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC)

Nome e cognome Struttura di appartenenza, Ruolo, Mail

Nome	Cognome	Ruolo	Mail
Antonino	Savarino	Coordinatore Breast Unit ASP Agrigento	antoninosavarino@libero.it
Alfredo	Butera	Dirigente Resp. U.O. Oncologia P.O. Canicatti	butera.alfredo@tiscali.it
Francesco	Buscaglia	Direttore UOC Oncologia P.O. AG	buscagliafrancesco@libero.it
Michele	Bono	Dirigente UOC Chirurgia P.O. AG Direttore UOC Radioterapia P.O. AG	bonomichele@tiscali.it
Antonio	Garufò	Dirigente UOC Medicina Nucleare P.O. AG	mednucleare.ag@tin.it
Marilena	Fiorino	Dirigente UOC Anatomia Patologia P.O. Sciacca	marilena.fiorino@aspag.it
Giovanni	Falcone	Dirigente Medico UOS Chirurgia P.O. Ribera	giovanni.falcone@tiscali.it
Mauro	Zanghi	Dirigente Medico UOSD Chirurgia P.O. Canicatti	mauroetz@tin.it
Valentina	Mularo	Dirigente Medico UO Radiologia P.O. Canicatti	valentina78.m@virgilio.it
Riccardo	Mandracchia	Dirigente Medico UO Radiologia P.O. Canicatti	riccardo.mandracchia@aspag.it
Luigi	Adamo	Dirigente Medico UOC Radiologia P.O. Sciacca	luigiada2002@gmail.com
Domenico	Santangelo	Dirigente Medico UOS Oncologia P.O. Sciacca	domenico.sant@tiscali.it
Domenico	Romeo	Specialista Ambulatoriale Oncologo ASP Agrigento	romeo.ico@tiscali.it
Diletta	Tinaglia	Dirigente Medico UOSD Chirurgia P.O. Canicatti	diletta79d@libero.it
Mario	Mesiti	Chirurgo Oncoplastico Senologo Breast Unit ASP AG	mesitim@ymail.com
Mauro	Granata	Dirigente Medico UOS Anestesiologia P.O. Canicatti	maurogranata3@virgilio.it
Ida	D'Onofrio	Dirigente Medico UOC Radioterapia P.O. Agrigento	idado79@yahoo.it
Angelo	Gambino	Dirigente UOC Medicina Fisica e Riabilitativa PO Canicatti/Licata	angelogambino56@virgilio.it
Anna	Ricotta	I.P. esperta in senologia Oncologica UO Oncologia P.O. Canicatti	ricotta.anna@live.it
Giuliana	Gallo	PsicoOncologa UO Oncologia P.O. Canicatti	giuliana.gallo@virgilio.it



2. INFORMAZIONI RELATIVE AL DOCUMENTO

2.1 Periodo di validità e revisione

Il presente documento ha validità biennale dalla data di adozione, salvo che

C.E. 306950240R - I.O.M. (AG) 2384
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
Specialista in Oncologia
Dr. ANTONINO SAVARINO
Presidio Ospedaliero Canicatti
A.S.P. N. 201 AGRIGENTO

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 306950240R - I.O.M. (AG) 2384





mutate esigenze dell'Azienda o nuove necessità organizzative ne richiedano la modifica sostanziale o la revisione nei tempi più brevi. La richiesta di modifica può essere fatta dal coordinatore del gruppo di lavoro. Alla scadenza dei 2 anni dalla data di emissione, la revisione del documento viene effettuata dal coordinatore e dal gruppo di lavoro. Il presente documento è stato approvato dal Gruppo di Lavoro -Progetto Breast Unit- nella Riunione Operativa del 06.03.2018.

2.2 Revisioni

Revisione Periodica	Trattandosi revisione 0 non esistono modifiche da
Biennale	segnalare



2.3 Obiettivi

- Favorire la diagnosi precoce, garantire la completezza del percorso dello screening e l'integrazione dei trattamenti (chirurgia, chemioterapia e/o radioterapia) a tutte le pazienti con tumore della mammella attraverso l'attivazione di una equipe multidisciplinare che assista la donna nelle diverse fasi del percorso diagnostico terapeutico;
- Favorire una maggiore tempestività, appropriatezza e continuità dell'iter diagnostico e terapeutico e supportare l'attività di valutazione delle qualità;
- Monitorare i livelli di qualità dell'assistenza prestata;
- Assicurare la continuità ed il coordinamento del servizio erogato.

2.4 Ambito di applicazione

Il documento è stato redatto e condiviso da tutti i componenti del Gruppo di lavoro del Progetto Breast Unit ed è rivolto a tutte le pazienti affette da sospetto o



A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicattì
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300090240R - I.O.M. (AG) 2384

accertato tumore della mammella.



2.5 Terminologia ed abbreviazioni

Glossario

CAS	Centro Accoglienza Senologica
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
GIC	Gruppo Interdisciplinare Cure
MDM	Medical Discussion Multidisciplinary
B.U.	Breast Unit
TNM	Sistema di classificazione dei tumori: Tumori linfonodi Metastasi



3. CONTENUTI DEL DOCUMENTO

3.1 Generalità

Il carcinoma mammario è il tumore più frequente nel sesso femminile e rappresenta il 25% dei tumori che colpiscono le donne. Costituisce la prima causa di mortalità per tumore nel sesso femminile con un tasso di mortalità del 17% di tutti i decessi per causa oncologica. L'incidenza del tumore in Italia si stima sia intorno ai 50.000 casi/anno di cui l'80% in donne con età superiore ai 50 anni. Le società scientifiche indicano nella Breast Unit la modalità più appropriata attraverso cui gestire diagnosi e terapia.

La Breast Unit rappresenta un modello di assistenza specializzato nella diagnosi, cura e riabilitazione psicofisica delle donne affette da carcinoma mammario, dove la gestione del percorso della paziente è affidato ad un gruppo multidisciplinare di professionisti dedicati e con esperienza specifica in ambito senologico secondo le raccomandazioni europee EUSOMA. La Breast Unit riunisce funzionalmente tutte



COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300090240R - I.O.M. (AG) 2384
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
Presidio Ospedaliero Canicattì
A.S.P. N. 201 AGRIGENTO

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicattì
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300090240R - I.O.M. (AG) 2384



le unità operative ed i servizi coinvolti nella diagnosi e nella cura del carcinoma della mammella (radiodiagnostica, chirurgia dedicata che comprende anche la ricostruttiva, anatomia patologica, oncologia medica, radioterapia, medicina nucleare, fisiatria, psico oncologia).

Descrizione delle Strutture che svolgono attività diagnostico-terapeutica per la Breast Unit (BU) e Referenti delle Unità Operative dedicate:

A) Coordinamento e Direzione della Breast Unit (Dott. Antonino Savarino).

B) Le strutture individuate per lo svolgimento di attività diagnostica e terapeutica per la Breast Unit sono quelle ospedaliere e territoriali dotate delle necessarie professionalità ed in particolare:

1. Attività di Radiodiagnostica

- a. UO Radiologia P.O. di Agrigento (Referente Dr Angelo Trigona, Dr Riccardo Mandracchia)
- b. UO Radiologia P.O. di Canicatti /Licata (Referente Dr Renato Leonardi, D.ssa Valentina Mularo)
- 2. UO Radiologia P.O. di Sciacca/Ribera (Referente Dr Filippo Barbera, Dr Luigi Adamo)

3. Attività di Chirurgia

- a. UO Chirurgia P.O. di Agrigento (Referente Prof. Carmelo Sciumè, Dr Francesco Buscaglia)
- b. UO Chirurgia P.O. di Canicatti /Licata (Referente Prof Mario Mesiti, Dr Mauro Zanghi, D.ssa Diletta Tinaglia)
- 4. UO Chirurgia P.O. di Sciacca/Ribera (Referente Dr Giuseppe Tornambè,

UFFICIO REGIONALE DI COORDINAMENTO
ONCOLOGICO
REGIONE SICILIANA
P.O. 101/102/103/104/105/106/107/108/109/110/111/112/113/114/115/116/117/118/119/120/121/122/123/124/125/126/127/128/129/130/131/132/133/134/135/136/137/138/139/140/141/142/143/144/145/146/147/148/149/150/151/152/153/154/155/156/157/158/159/160/161/162/163/164/165/166/167/168/169/170/171/172/173/174/175/176/177/178/179/180/181/182/183/184/185/186/187/188/189/190/191/192/193/194/195/196/197/198/199/200/201/202/203/204/205/206/207/208/209/210/211/212/213/214/215/216/217/218/219/220/221/222/223/224/225/226/227/228/229/230/231/232/233/234/235/236/237/238/239/240/241/242/243/244/245/246/247/248/249/250/251/252/253/254/255/256/257/258/259/260/261/262/263/264/265/266/267/268/269/270/271/272/273/274/275/276/277/278/279/280/281/282/283/284/285/286/287/288/289/290/291/292/293/294/295/296/297/298/299/300/301/302/303/304/305/306/307/308/309/310/311/312/313/314/315/316/317/318/319/320/321/322/323/324/325/326/327/328/329/330/331/332/333/334/335/336/337/338/339/340/341/342/343/344/345/346/347/348/349/350/351/352/353/354/355/356/357/358/359/360/361/362/363/364/365/366/367/368/369/370/371/372/373/374/375/376/377/378/379/380/381/382/383/384/385/386/387/388/389/390/391/392/393/394/395/396/397/398/399/400/401/402/403/404/405/406/407/408/409/410/411/412/413/414/415/416/417/418/419/420/421/422/423/424/425/426/427/428/429/430/431/432/433/434/435/436/437/438/439/440/441/442/443/444/445/446/447/448/449/450/451/452/453/454/455/456/457/458/459/460/461/462/463/464/465/466/467/468/469/470/471/472/473/474/475/476/477/478/479/480/481/482/483/484/485/486/487/488/489/490/491/492/493/494/495/496/497/498/499/500/501/502/503/504/505/506/507/508/509/510/511/512/513/514/515/516/517/518/519/520/521/522/523/524/525/526/527/528/529/530/531/532/533/534/535/536/537/538/539/540/541/542/543/544/545/546/547/548/549/550/551/552/553/554/555/556/557/558/559/560/561/562/563/564/565/566/567/568/569/570/571/572/573/574/575/576/577/578/579/580/581/582/583/584/585/586/587/588/589/590/591/592/593/594/595/596/597/598/599/600/601/602/603/604/605/606/607/608/609/610/611/612/613/614/615/616/617/618/619/620/621/622/623/624/625/626/627/628/629/630/631/632/633/634/635/636/637/638/639/640/641/642/643/644/645/646/647/648/649/650/651/652/653/654/655/656/657/658/659/660/661/662/663/664/665/666/667/668/669/670/671/672/673/674/675/676/677/678/679/680/681/682/683/684/685/686/687/688/689/690/691/692/693/694/695/696/697/698/699/700/701/702/703/704/705/706/707/708/709/710/711/712/713/714/715/716/717/718/719/720/721/722/723/724/725/726/727/728/729/730/731/732/733/734/735/736/737/738/739/740/741/742/743/744/745/746/747/748/749/750/751/752/753/754/755/756/757/758/759/760/761/762/763/764/765/766/767/768/769/770/771/772/773/774/775/776/777/778/779/780/781/782/783/784/785/786/787/788/789/790/791/792/793/794/795/796/797/798/799/800/801/802/803/804/805/806/807/808/809/810/811/812/813/814/815/816/817/818/819/820/821/822/823/824/825/826/827/828/829/830/831/832/833/834/835/836/837/838/839/840/841/842/843/844/845/846/847/848/849/850/851/852/853/854/855/856/857/858/859/860/861/862/863/864/865/866/867/868/869/870/871/872/873/874/875/876/877/878/879/880/881/882/883/884/885/886/887/888/889/890/891/892/893/894/895/896/897/898/899/900/901/902/903/904/905/906/907/908/909/910/911/912/913/914/915/916/917/918/919/920/921/922/923/924/925/926/927/928/929/930/931/932/933/934/935/936/937/938/939/940/941/942/943/944/945/946/947/948/949/950/951/952/953/954/955/956/957/958/959/960/961/962/963/964/965/966/967/968/969/970/971/972/973/974/975/976/977/978/979/980/981/982/983/984/985/986/987/988/989/990/991/992/993/994/995/996/997/998/999/1000/1001/1002/1003/1004/1005/1006/1007/1008/1009/1010/1011/1012/1013/1014/1015/1016/1017/1018/1019/1020/1021/1022/1023/1024/1025/1026/1027/1028/1029/1030/1031/1032/1033/1034/1035/1036/1037/1038/1039/1040/1041/1042/1043/1044/1045/1046/1047/1048/1049/1050/1051/1052/1053/1054/1055/1056/1057/1058/1059/1060/1061/1062/1063/1064/1065/1066/1067/1068/1069/1070/1071/1072/1073/1074/1075/1076/1077/1078/1079/1080/1081/1082/1083/1084/1085/1086/1087/1088/1089/1090/1091/1092/1093/1094/1095/1096/1097/1098/1099/1100/1101/1102/1103/1104/1105/1106/1107/1108/1109/1110/1111/1112/1113/1114/1115/1116/1117/1118/1119/1120/1121/1122/1123/1124/1125/1126/1127/1128/1129/1130/1131/1132/1133/1134/1135/1136/1137/1138/1139/1140/1141/1142/1143/1144/1145/1146/1147/1148/1149/1150/1151/1152/1153/1154/1155/1156/1157/1158/1159/1160/1161/1162/1163/1164/1165/1166/1167/1168/1169/1170/1171/1172/1173/1174/1175/1176/1177/1178/1179/1180/1181/1182/1183/1184/1185/1186/1187/1188/1189/1190/1191/1192/1193/1194/1195/1196/1197/1198/1199/1200/1201/1202/1203/1204/1205/1206/1207/1208/1209/1210/1211/1212/1213/1214/1215/1216/1217/1218/1219/1220/1221/1222/1223/1224/1225/1226/1227/1228/1229/1230/1231/1232/1233/1234/1235/1236/1237/1238/1239/1240/1241/1242/1243/1244/1245/1246/1247/1248/1249/1250/1251/1252/1253/1254/1255/1256/1257/1258/1259/1260/1261/1262/1263/1264/1265/1266/1267/1268/1269/1270/1271/1272/1273/1274/1275/1276/1277/1278/1279/1280/1281/1282/1283/1284/1285/1286/1287/1288/1289/1290/1291/1292/1293/1294/1295/1296/1297/1298/1299/1300/1301/1302/1303/1304/1305/1306/1307/1308/1309/1310/1311/1312/1313/1314/1315/1316/1317/1318/1319/1320/1321/1322/1323/1324/1325/1326/1327/1328/1329/1330/1331/1332/1333/1334/1335/1336/1337/1338/1339/1340/1341/1342/1343/1344/1345/1346/1347/1348/1349/1350/1351/1352/1353/1354/1355/1356/1357/1358/1359/1360/1361/1362/1363/1364/1365/1366/1367/1368/1369/1370/1371/1372/1373/1374/1375/1376/1377/1378/1379/1380/1381/1382/1383/1384/1385/1386/1387/1388/1389/1390/1391/1392/1393/1394/1395/1396/1397/1398/1399/1400/1401/1402/1403/1404/1405/1406/1407/1408/1409/1410/1411/1412/1413/1414/1415/1416/1417/1418/1419/1420/1421/1422/1423/1424/1425/1426/1427/1428/1429/1430/1431/1432/1433/1434/1435/1436/1437/1438/1439/1440/1441/1442/1443/1444/1445/1446/1447/1448/1449/1450/1451/1452/1453/1454/1455/1456/1457/1458/1459/1460/1461/1462/1463/1464/1465/1466/1467/1468/1469/1470/1471/1472/1473/1474/1475/1476/1477/1478/1479/1480/1481/1482/1483/1484/1485/1486/1487/1488/1489/1490/1491/1492/1493/1494/1495/1496/1497/1498/1499/1500/1501/1502/1503/1504/1505/1506/1507/1508/1509/1510/1511/1512/1513/1514/1515/1516/1517/1518/1519/1520/1521/1522/1523/1524/1525/1526/1527/1528/1529/1530/1531/1532/1533/1534/1535/1536/1537/1538/1539/1540/1541/1542/1543/1544/1545/1546/1547/1548/1549/1550/1551/1552/1553/1554/1555/1556/1557/1558/1559/1560/1561/1562/1563/1564/1565/1566/1567/1568/1569/1570/1571/1572/1573/1574/1575/1576/1577/1578/1579/1580/1581/1582/1583/1584/1585/1586/1587/1588/1589/1590/1591/1592/1593/1594/1595/1596/1597/1598/1599/1600/1601/1602/1603/1604/1605/1606/1607/1608/1609/1610/1611/1612/1613/1614/1615/1616/1617/1618/1619/1620/1621/1622/1623/1624/1625/1626/1627/1628/1629/1630/1631/1632/1633/1634/1635/1636/1637/1638/1639/1640/1641/1642/1643/1644/1645/1646/1647/1648/1649/1650/1651/1652/1653/1654/1655/1656/1657/1658/1659/1660/1661/1662/1663/1664/1665/1666/1667/1668/1669/1670/1671/1672/1673/1674/1675/1676/1677/1678/1679/1680/1681/1682/1683/1684/1685/1686/1687/1688/1689/1690/1691/1692/1693/1694/1695/1696/1697/1698/1699/1700/1701/1702/1703/1704/1705/1706/1707/1708/1709/1710/1711/1712/1713/1714/1715/1716/1717/1718/1719/1720/1721/1722/1723/1724/1725/1726/1727/1728/1729/1730/1731/1732/1733/1734/1735/1736/1737/1738/1739/1740/1741/1742/1743/1744/1745/1746/1747/1748/1749/1750/1751/1752/1753/1754/1755/1756/1757/1758/1759/1760/1761/1762/1763/1764/1765/1766/1767/1768/1769/1770/1771/1772/1773/1774/1775/1776/1777/1778/1779/1780/1781/1782/1783/1784/1785/1786/1787/1788/1789/1790/1791/1792/1793/1794/1795/1796/1797/1798/1799/1800/1801/1802/1803/1804/1805/1806/1807/1808/1809/1810/1811/1812/1813/1814/1815/1816/1817/1818/1819/1820/1821/1822/1823/1824/1825/1826/1827/1828/1829/1830/1831/1832/1833/1834/1835/1836/1837/1838/1839/1840/1841/1842/1843/1844/1845/1846/1847/1848/1849/1850/1851/1852/1853/1854/1855/1856/1857/1858/1859/1860/1861/1862/1863/1864/1865/1866/1867/1868/1869/1870/1871/1872/1873/1874/1875/1876/1877/1878/1879/1880/1881/1882/1883/1884/1885/1886/1887/1888/1889/1890/1891/1892/1893/1894/1895/1896/1897/1898/1899/1900/1901/1902/1903/1904/1905/1906/1907/1908/1909/1910/1911/1912/1913/1914/1915/1916/1917/1918/1919/1920/1921/1922/1923/1924/1925/1926/1927/1928/1929/1930/1931/1932/1933/1934/1935/1936/1937/1938/1939/1940/1941/1942/1943/1944/1945/1946/1947/1948/1949/1950/1951/1952/1953/1954/1955/1956/1957/1958/1959/1960/1961/1962/1963/1964/1965/1966/1967/1968/1969/1970/1971/1972/1973/1974/1975/1976/1977/1978/1979/1980/1981/1982/1983/1984/1985/1986/1987/1988/1989/1990/1991/1992/1993/1994/1995/1996/1997/1998/1999/2000/2001/2002/2003/2004/2005/2006/2007/2008/2009/2010/2011/2012/2013/2014/2015/2016/2017/2018/2019/2020/2021/2022/2023/2024/2025/2026/2027/2028/2029/2030/2031/2032/2033/2034/2035/2036/2037/2038/2039/2040/2041/2042/2043/2044/2045/2046/2047/2048/2049/2050/2051/2052/2053/2054/2055/2056/2057/2058/2059/2060/2061/2062/2063/2064/2065/2066/2067/2068/2069/2070/2071/2072/2073/2074/2075/2076/2077/2078/2079/2080/2081/2082/2083/2084/2085/2086/2087/2088/2089/2090/2091/2092/2093/2094/2095/2096/2097/2098/2099/2100/2101/2102/2103/2104/2105/2106/2107/2108/2109/2110/2111/2112/2113/2114/2115/2116/2117/2118/2119/2120/2121/2122/2123/2124/2125/2126/2127/2128/2129/2130/2131/2132/2133/2134/2135/2136/2137/2138/2139/2140/2141/2142/2143/2144/2145/2146/2147/2148/2149/2150/2151/2152/2153/2154/2155/2156/2157/2158/2159/2160/2161/2162/2163/2164/2165/2166/2167/2168/2169/2170/2171/2172/2173/2174/2175/2176/2177/2178/2179/2180/2181/2182/2183/2184/2185/2186/2187/2188/2189/2190/2191/2192/2193/2194/2195/2196/2197/2198/2199/2200/2201/2202/2203/2204/2205/2206/2207/2208/2209/2210/2211/2212/2213/2214/2215/2216/2217/2218/2219/2220/2221/2222/2223/2224/2225/2226/2227/2228/2229/2230/2231/2232/2233/2234/2235/2236/2237/2238/2239/2240/2241/2242/2243/2244/2245/2246/2247/2248/2249/2250/2251/2252/2253/2254/2255/2256/2257/2258/2259/2260/2261/2262/2263/2264/2265/2266/2267/2268/2269/2270/2271/2272/2273/2274/2275/2276/2277/2278/2279/2280/2281/2282/2283/2284/2285/2286/2287/2288/2289/2290/2291/2292/2293/2294/2295/2296/2297/2298/2299/2300/2301/2302/2303/2304/2305/2306/2307/2308/2309/2310/2311/2312/2313/2314/2315/2316/2317/2318/2319/2320/2321/2322/2323/2324/2325/2326/2327/2328/2329/2330/2331/2332/2333/2334/2335/2336/2337/2338/2339/2340/2341/2342/2343/2344/2345/2346/2347/2348/2349/2350/2351/2352/2353/2354/2355/2356/2357/2358/2359/2360/2361/2362/2363/2364/2365/2366/2367/2368/2369/2370/2371/2372/2373/2374/2375/2376/2377/2378/2379/2380/2381/2382/2383/2384/2385/2386/2387/2388/2389/2390/2391/2392/2393/2394/2395/2396/2397/2398/2399/2400/2401/2402/2403/2404/2405/2406/2407/2408/2409/2410/2411/2412/2413/2414/2415/2416/2417/2418/2419/2420/2421/2422/2423/2424/2425/2426/2427/2428/2429/2430/2431/2432/2433/2434/2435/2436/2437/2438/2439/2440/2441/2442/2443/2444/2445/2446/2447/2448/2449/2450/2451/2452/2453/2454/2455/2456/2457/2458/2459/2460/2461/2462/2463/2464/2465/2466/2467/2468/2469/2470/2471/2472/2473/2474/2475/2476/2477/2478/2479/2480/2481/2482/2483/2484/2485/2486/2487/2488/2489/2490/2491/2492/2493/2494/2495/2496/2497/2498/2499/2500/2501/2502/2503/2504/2505/2506/2507/2508/2509/2510/2511/2512/2513/2514/2515/2516/2517/2518/2519/2520/2521/2522/2523/2524/2525/2526/2527/2528/2529/2530/2531/2532/2533/2534/2535/2536/2537/2538/2539/2540/2541/2542/2543/2544/2545/2546/2547/2548/2549/2550/2551/2552/2553/2554/2555/2556/2557/2558/2559/2560/2561/2562/2563/2564/2565/2566/2567/2568/2569/2570/2571/2572/2573/2574/2575/2576/2577/2578/2579/2580/2581/2582/2583/2584/2585/2586/2587/2588/2589/2590/2591/2592/2593/2594/2595/2596/2597/2598/259



Dr Giovanni Falcone)

5. Attività di Anatomia Patologica

- a. UO P.O. di Sciacca (Referente D.ssa Marilena Fiorino)

6. Attività di Oncologia Medica

- a. UO P.O. di Agrigento (Referente Dr Alfredo Butera)
b. UO P.O. di Canicattì (Referente Dr Antonino Savarino)
c. UO P.O. di Sciacca (Referente Dr Domenico Santangelo)

7. Attività di Radioterapia

- a. UO P.O. di Agrigento (Referente Dr Dr Michele Bono, D.ssa Ida D'Onofrio)

8. Attività di Medicina Nucleare

- a. UO P.O. di Agrigento (Referente Dr Antonio Garufo, D.ssa Ilaria Gelo)

9. Attività di Fisioterapia

- a. UO P.O. di Canicattì/Licata (Referente Dr Angelo Gambino, fisioterapisti
Antonella Asaro e Fabiola D'angelo)



10. Attività di Psicologia Clinica

- a. UO Psicologia ASP (Referente D.ssa Valeria Marchica, D.ssa Giuliana Gallo)

11. Attività di Cure Palliative

- a. UO P.O. di Agrigento (Referente Dr Geraldo Alongi, D.ssa Enza Fabiano)

Strutture di Complementari alla Breast Unit:

1. Attività di Counseling Oncogenetico (D.ssa Moncada Alice).
2. Associazioni di Volontariato (AIL, LILT, AMICO)

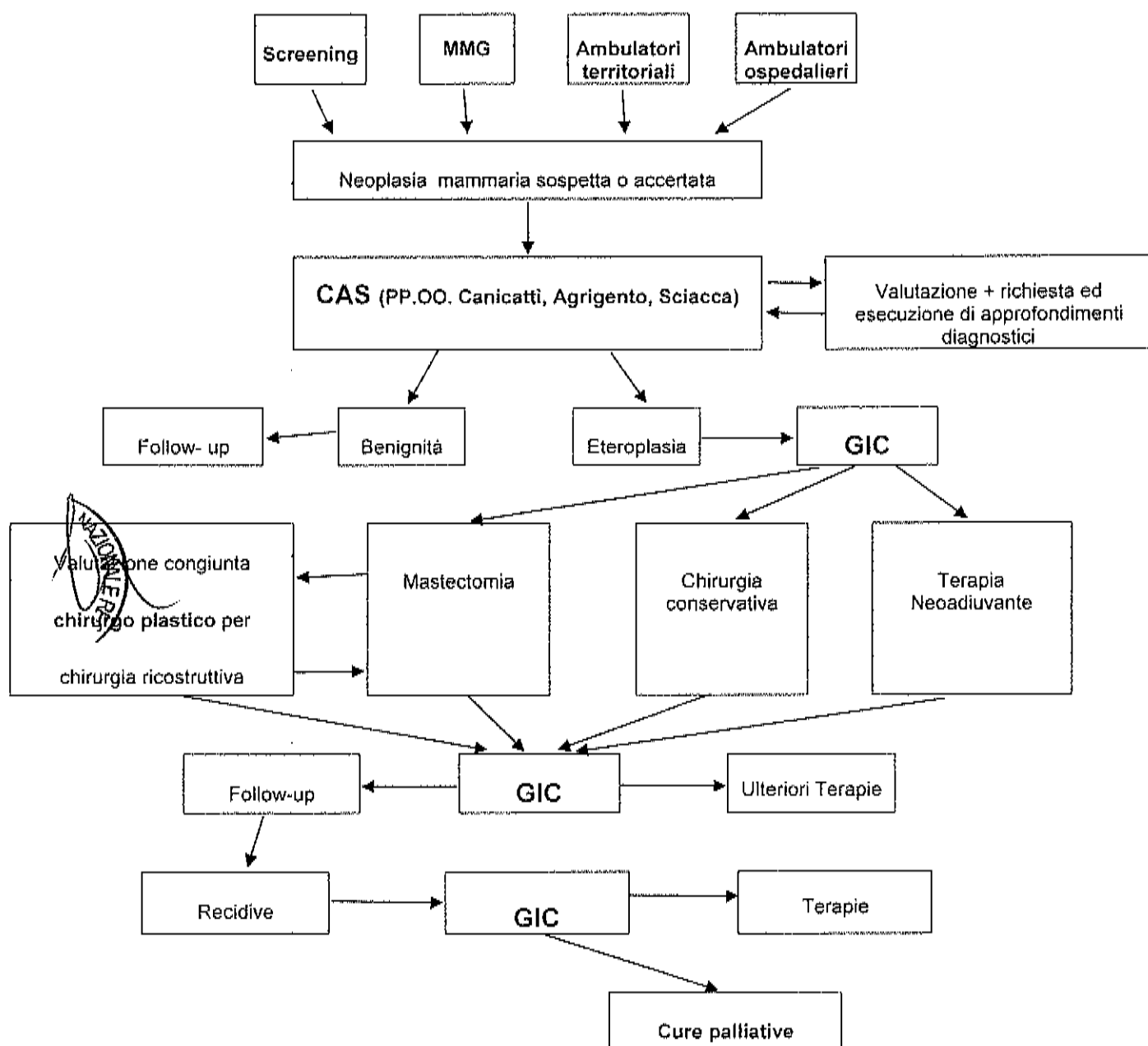
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
DR ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
Presidio Ospedaliero Canicattì
A.S.P. N. 201 AGRIGENTO

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicattì
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300090240R - I.O.M. (AG) 2384





3.2 DIAGRAMMA DI FLUSSO



A.S.F. N. 101 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300090240R - I.O.M. (AG) 2384

3.3 Attività

La ASP di Agrigento si è dotata, con Deliberazione Commissario n. 858 del 29.12.2017, istitutiva della Breast Unit Aziendale, di una modalità organizzativa finalizzata alla migliore gestione della patologia tumorale della mammella, che prevede un **Centro Accoglienza Senologica (CAS)** (unico su tre sedi) che rappresenta la struttura di riferimento della **Breast Unit (BU)**.

Il **Centro Accoglienza Senologica (CAS)** è la struttura di riferimento della Breast Unit. Esso svolge una importante funzione in termini di assistenza, orientamento e supporto per la paziente affetta da tumore della mammella. Il

CAS svolge, infatti, un duplice ruolo:

- Accoglie la paziente, informandola in merito ai servizi erogati, alle modalità di accesso, alle prenotazioni;
- Le mansioni svolte si effettuano anche sul versante amministrativo-gestionale lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico della paziente, prevedendo le seguenti principali attività:

- a) Esecuzione e prenotazione delle prestazioni diagnostiche preliminari;
- b) Verifica della presa in carico della paziente e della continuità assistenziale;
- c) Pre-ricovero;
- d) Attivazione del Gruppo Interdisciplinare Cure della Breast Unit;

Il **Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC)** riunisce al proprio interno medici di diversa specializzazione appartenenti a differenti Strutture Organizzative che, attraverso una visione complessiva della persona malata e dunque grazie all'interdisciplinarietà dell'approccio clinico, stabiliscono i percorsi di cura

COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300090240R - I.O.M. (AG) 2384

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicattì
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300090240R - I.O.M. (AG) 2384

appropriati.

3.3.1 *Primo contatto e avvio dei PDTA (CAS)*

Il PDTA ha inizio con una visita CAS, richiesta da un sanitario e prenotata con agenda dedicata, in caso di sicura o sospetta neoplasia mammaria.

Il sospetto diagnostico (documentato da almeno un accertamento di diagnostica per immagine) può essere individuato dal Medico di Medicina Generale oppure da altri Specialisti interni o esterni ai PP.OO.. La diagnosi può essere stata effettuata esternamente all'Azienda ASP oppure attraverso i programmi di screening dedicati.

Possono accedere al CAS tutte le donne con documentato sospetto o con diagnosi accertata di patologia oncologica della mammella.

Punto di accesso (CAS unico su tre sedi):

- Presidio Ospedaliero "Giovanni Paolo II" di Sciacca Via Via Pompei c/o U.O. di Oncologia (tel. 0925/962111)
- Presidio Ospedaliero "Barone Lombardo" di Canicatti via Giudice Saetta c/o U.O. Oncologia - Breast Unit (tel. 0922/733265).
- Presidio Ospedaliero "San Giovanni di Dio" di Agrigento c/da Consolida c/o U.O. di Oncologia (tel 0922/442111)

Modalità d'accesso delle pazienti al CAS:

- Dai centri di Screening le pazienti vengono inviate al CAS con richiesta SSN di visita generale senologica e prenotazione diretta in agenda unica dedicata della Breast Unit;
- Dal MMG quando ritiene che vi sia una patologia oncologica mammaria presunta o accertata con richiesta SSN di visita generale senologica e prenotazione CUP in agenda unica dedicata della Breast Unit;

STAMPATO IN AGRIGENTO
DA ORDINE DEL DIRETTORE
DIRETTORE
DIRETTORE
DIRETTORE

DA ORDINE DEL DIRETTORE
DIRETTORE
DIRETTORE

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 200090240R - T.O.M. (AG) 2384

- Dagli ambulatori specialistici della ASP con richiesta SSN di visita generale senologica e prenotazione CUP in agenda unica dedicata della Breast Unit;
- Direttamente dai Medici CAS con richiesta SSN di visita generale senologica e prenotazione in agenda unica dedicata della Breast Unit..



Presso il Centro Accoglienza Senologica devono essere sempre disponibili almeno un Clinico (Oncologo o Chirurgo), un Radiologo ed un Infermiere, esperti in senologia oncologica.

Il **Medico**, con provata esperienza in campo della patologia neoplastica mammaria, valuterà la paziente e la sua documentazione ed in caso di conferma del sospetto clinico, ne definirà il percorso diagnostico più adeguato eseguendo o programmando gli accertamenti diagnostici preliminari. Redigerà su apposita scheda anamnesi, esame obiettivo, accertamenti presenti e proposta di strategia terapeutica, da discutere in sede di Gruppo interdisciplinare Cure. Nel caso di proposta chirurgica attiverà il pre-ricovero, in modo da poter fornire in sede di GIC anche i rischi anestesiológicos. Il Medico CAS svolgerà funzione di interfaccia tra la paziente ed altri servizi coinvolti nella strategia diagnostico-terapeutica. In collaborazione con il personale infermieristico del CAS, programmerà l'eventuale passaggio al pre ricovero per la valutazione della compatibilità clinica al percorso chirurgico individuato. In caso di negatività oncologica, dimetterà la paziente dal percorso e si occuperà della eventuale programmazione del follow up, se necessario.



Il Medico CAS ha il compito di:

- raccogliere un'accurata anamnesi della paziente e, se indicato, organizzare e/o eseguire opportuni approfondimenti diagnostici, raccogliere la

COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
Presidio Ospedaliero Canicattì
A.S.P. N. 201 AGRIGENTO

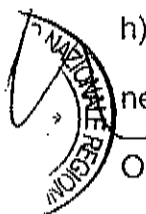
A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicattì
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300050240R - I.O.M. (AG) 2384





documentazione completa delle eventuali comorbidità della paziente, raccogliere una adeguata anamnesi familiare per eventuale invio a consulenza genetica.

- b) raccogliere informazioni riguardo la patologia corrente ed eventualmente organizzare ulteriori approfondimenti diagnostici necessari;
- c) effettuare la visita e valutare la possibilità di eseguire una stadiazione completa della patologia neoplastica come da protocollo
- e) attivare altri servizi (psico-oncologia, assistenti sociali, fisioterapia, educazione alimentare, ...) qualora ne individui la necessità;
- f) attivare nei casi eleggibili il pre-ricovero e l'inserimento in waiting list;
- g) redigere una proposta di trattamento chirurgico da presentare alla discussione multidisciplinare (GIC);
- h) inviare al GIC le pazienti che potrebbero richiedere un trattamento neoadiuvante o di prima linea per il successivo affidamento al Servizio di Oncologia Medica "Dedicato" della Breast Unit;
- i) redigere un verbale di visita su cartella dedicata.



L'accoglienza della paziente è prevalentemente gestita dal **personale infermieristico**, il quale individua eventuali fragilità in ambito sociale, economico e psicologico. La documentazione clinica del paziente, durante il progresso del percorso diagnostico, sarà aggiornata dal personale infermieristico del CAS. Il personale infermieristico garantisce il supporto all'attività medica durante la visita ed il colloquio e provvede alla prenotazione della paziente agli approfondimenti richiesti dal Medico in corso di visita CAS.

La prima fase di contatto con il CAS può terminare in una delle tre ipotesi sotto riportate:

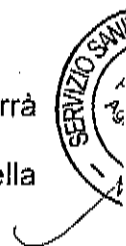
- 1) Se la paziente è **affetta da tumore della mammella e candidabile a**



OSPEDALIERO N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicattì
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.F. 300090240R - I.O.M. (AG) 2384

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicattì
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.F. 300090240R - I.O.M. (AG) 2384

ricevere un trattamento medico neoadiuvante o di I linea, verrà prenotata dal CAS al GIC e poi al DH oncologico di riferimento della Breast Unit;



- 2) Se la paziente è affetta da tumore della mammella e candidabile a ricevere un trattamento chirurgico, verrà inserita nella *waiting list* e prenotata per le attività di pre ricovero presso la Chirurgia di Riferimento della Breast Unit ;
- 3) Tutti i casi che al termine del percorso descritto risulteranno essere **non ascrivibili a patologia oncologica** saranno gestiti dal punto di vista amministrativo come qualsiasi altra visita senologica ambulatoriale.

Tutti i casi sono meritevoli di discussione collegiale per un inquadramento diagnostico terapeutico ottimale; la paziente verrà quindi inviata al GIC pre-trattamento.



3.3.2 Approfondimento e completamento dell'iter diagnostico

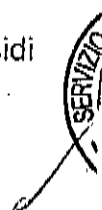
APPROFONDIMENTO RADIOLOGICO

Nel presidi Ospedalieri di Agrigento, Canicatti e Sciacca sono presenti servizi di Radiologia Diagnostica che forniscono conferma strumentale ai casi, con sospetto diagnostico per tumore alla mammella, presentatesi al CAS. Presso la Breast Unit di Canicatti vengono, poi, eseguiti anche gli agoaspirati e le agobiopsie mammarie. I Medici dei Servizi di Radiodiagnostica partecipano al GIC pre e post operatorio e danno il proprio contributo nella gestione delle pazienti in fase di follow up.

Per quanto attiene al flusso diagnostico nel percorso CAS sono garantite per la Breast Unit:

- a. numero 3 RMN mammarie settimanali prenotabili c/o presidi

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SARARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300090240R - I.O.M. (AG) 2384



REGIONE SICILIANA
ASL 1 AGRIGENTO

- b. Ospedalieri di Agrigento, Canicattì e Sciacca;
numero 10 mammografie settimanali prenotabili c/o presidi Ospedalieri di Agrigento, Canicattì e Sciacca ;
- c. numero 4 agobiopsie ecoguidate settimanali prenotabili c/o U.O. Oncologia P.O. Canicattì;
- d. numero 10 ecografie mammarie settimanali prenotabili c/o presidi Ospedalieri di Agrigento, Canicattì e Sciacca;

PSICONCOLOGIA

Nel caso in cui se ne ravveda la necessità, verrà offerta una presa in carico psiconcologica, attraverso un primo colloquio psicologico clinico. Sarà a carico degli Specialisti Psiconcologi la valutazione della tipologia e durata della presa in carico, così come eventuale integrazione e supporto ad altri Centri Specialistici.

REGIONE SICILIANA
ASL 1 AGRIGENTO

A seconda delle peculiarità di ciascuna paziente e della sua situazione familiare, verranno effettuati interventi diversificati nel prosieguo dei trattamenti: valutazioni psicodiagnostiche e colloqui psicologici clinici, psicoterapie individuali e di gruppo, sedute di Training Autogeno ed interventi psico educazionali.

PRERICOVERO

Nel caso si preveda un intervento chirurgico verrà effettuata un'attività di prericovero. Le pazienti prenotate accedono al pre-ricovero nella data comunicata dal personale ambulatoriale CAS. Vengono sottoposte all'esecuzione degli esami di laboratorio e strumentali routinari, in base al protocollo aziendale vigente. Completati gli esami, viene programmata la visita anestesiologicala e le eventuali consulenze ritenute necessarie. Al termine dell'accertamento diagnostico, dopo il giudizio di operabilità da parte degli anestesisti, con assegnazione della valutazione ASA, l'utente viene programmata per l'intervento.

REGIONE SICILIANA
ASL 1 AGRIGENTO

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicattì
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.F. 300099240R - I.O.M. (AG) 2384

In caso di ulteriori richieste di esami ematologici (eccetto il profilo glicemico) o di necessità di consulenze specialistiche, l'utente accederà presso il servizio Pre-ricoveri per l'esecuzione di quanto richiesto nei tempi e nei modi indicati dal personale del CAS. A percorso ultimato, in tutti i casi in cui il quadro clinico sia giudicato idoneo all'intervento prospettato, la paziente sarà informata dal chirurgo sul tipo di intervento cui verrà sottoposta, i benefici e gli eventuali rischi correlati, al fine di ottenere il consenso. Alla paziente, terminate tutte le valutazioni necessarie, verrà comunicata dal personale del pre ricovero la data dell'intervento che coinciderà nella quasi totalità dei casi al ricovero.

Attività infermieristica di pre-ricovero:

Una infermiera si occupa delle visite in pre-ricovero e dell'effettuazione degli esami previsti per le utenti che effettuano gli esami pre ricovero:

- Programmazione/esecuzione esami ematologici, ECG;
- Invio in radiologia per RX;
- Fissare su agenda visita anestesiologicala.

L'infermiera, durante la mattinata, invia le pazienti ad eseguire la consulenza anestesiologicala e le accoglie al ritorno verificando se sono stati prescritti eventuali esami di laboratorio o consulenze varie di controllo. Se vengono richiesti ulteriori accertamenti provvederà ad effettuare le richieste, avvisando anche telefonicamente la paziente circa la data e l'orario. L'infermiera deve aggiornare quotidianamente la waiting list in modo tale che siano presenti tutte le informazioni necessarie al chirurgo per la programmazione degli interventi. Deve inviare il giorno prima del ricovero le pazienti in medicina nucleare ad eseguire l'infoscintigrafia quando è necessaria.

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 380090240R - I.O.M. (AG) 2384

3.3.3 Definizione dell'iter terapeutico

A seguito della visita CAS si "portano" in discussione i casi pre-intervento, dopo aver valutato anche le comorbidità ed il rischio ASA con gli anestesisti (pre-ricovero già eseguito nei casi in cui le problematiche internistiche possano condizionare le scelte chirurgiche).

Al termine o nel corso del percorso CAS le pazienti possono essere inserite in Waiting List con l'appropriato codice di priorità (classe "A" intervento entro 30 gg, classe "B" entro 60 gg, classe "P" intervento da programmare al termine di consulenze, terapie o altri casi). È fondamentale per una corretta discussione che il Medico CAS fornisca una corretta documentazione (anche fotografica) e completa (ad esempio con la stadiazione quando è previsto). Altra possibilità è che il Medico CAS proponga in discussione una paziente candidabile a trattamento medico neoadiuvante o di I linea e che terminato il trattamento medico possa essere inviata a chirurgia.

La BU prevede la discussione di tutti i casi che dovranno essere trattati, mediante incontri con tutti i professionisti competenti sulla gestione del tumore mammario. Il GIC è composto da Radiologi dedicati, Chirurghi senologi, Anatomopatologici, Oncologi Medici, Radioterapisti, Anestesisti, Infermieri Professionali Dedicati, Fisiatri, Psicologi e qualsiasi altro professionista sia ritenuto necessario per una ottimale gestione del caso. Al GIC pre-operatorio si discutono tutte le pazienti che hanno terminato il percorso diagnostico al CAS e per le quali sia opportuno un indirizzo terapeutico chirurgico. Il GIC esprime parere dirimente sulla strategia terapeutica appropriata alla diagnosi della paziente in fase pre-operatoria, e fornisce indicazioni specifiche sulla progressione delle cure necessarie in fase post-operatoria (terapia medica,

radioterapia, riabilitazione, follow up). Tutte le decisioni vengono prese con l'assenso consapevole ed informato della paziente e terranno conto della sua età biologica, del quadro clinico e delle sue preferenze. La valutazione si conclude con la produzione di una relazione che riassume la strategia terapeutica adottata sulla paziente e la presa in carico da parte della Struttura Operativa per il ricovero. Viene compilato un referto su Cartella Dedicata che prevede l'inserimento dei nomi dei medici presenti, un riassunto della storia clinica della paziente e l'indirizzo terapeutico scelto in ambito multidisciplinare.

Dopo la discussione GIC, a percorso chirurgico definito, si inseriscono le pazienti nei programmi operatori (inizialmente 1 seduta operatoria il venerdì di ogni settimana ore 8-14 e 14-18).

Si comunica in forma scritta (fax o web) al Servizio di Anatomia Patologica ed a vari servizi di Radiologia e Anestesiologia la lista operatoria della settimana successiva per l'opportuna organizzazione. La paziente viene dunque convocata per la presentazione del programma previsto dalla discussione collegiale, se ne richiede il consenso firmato e si redige la cartella clinica. Quando necessario viene visitata dal chirurgo plastico.

Criteri di scelta del tipo di chirurgia.

La chirurgia sarà aderente nelle sue indicazioni alle linee guida nazionali.

Chirurgia conservativa:

- Intervento di biopsia diagnostica con o senza reperimento.
- Intervento di ampia resezione con o senza reperimento, con o senza biopsia del linfonodo sentinella. Particolare attenzione viene riservata all'esito estetico (oncoplastica, rimodellamento, simmetrizzazione contestuale o differita).

OTMEPIRDA ROS M. R. S. A
Presidio Ospedaliero Canicattì
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300090240R - I.O.M. (AG) 2384

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicattì
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300090240R - I.O.M. (AG) 2384



Chirurgia demolitiva:

- Mastectomia semplice.
- Mastectomia con ricostruzione (Nipple Sparing, Skin Sparing, Skin reducing) con utilizzo di skin expanders o protesi definitive nei casi selezionati.

Chirurgia dell'ascella:

- Biopsia del linfonodo sentinella con es. istologico estemporaneo/definitivo
- Dissezione ascellare nel caso di linfonodo sentinella metastatico o linfadenopatia nota a priori.



La programmazione degli interventi chirurgici verrà effettuata in base alla tabella di programmazione della sala operatoria ed ai criteri clinici. Tutte le pazienti da operare saranno, in atto, ricoverate presso la l'U.O. di Chirurgia del P.O. "Barone Lombardo" di Canicatti ove è allocata la Breast Unit e ove è attiva una Chirurgia dedicata ai tumori della mammella che viene effettuata dal Prof Mario Mesiti (o da altro Chirurgo Senologo dedicato con documentata formazione nella terapia chirurgica dei Tumori della mammella (almeno 50 interventi per tumore della mammella/anno)) collaborato dai Chirurghi del Core Team della Breast Unit. A tutte le utenti verrà consegnata apposita modulistica con le informazioni necessarie per la degenza. A programma operatorio settimanale completato, l'infermiera del CAS si occupa di:

- Controllare che vi sia la documentazione necessaria in cartella clinica.
- Telefonare alle pazienti per confermare data intervento.
- Faxare alla sala operatoria, al Reparto di degenza, all'anatomia patologica, al Servizio Anestesiologia ecc. il programma operatorio settimanale fornito dal Medico.



REGIONE LOMBARDA
ASL 101 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300090240R - I.O.M. (AG) 2384

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300090240R - I.O.M. (AG) 2384

Il giorno precedente al ricovero invia documentazione clinica presso il reparto previsto per la degenza.



3.3.4 Gestione chirurgica

A pieno regime, nel corso della seduta operatoria deve essere possibile l'esecuzione dell'esame istologico estemporaneo per la valutazione dei margini di resezione e del linfonodo sentinella. In una prima fase, a causa delle carenze attuali di personale medico e di comparto, la sala operatoria è organizzata in 1 seduta operatoria il venerdì di ogni settimana (ore 8-14 e 14-18). E' prevista nel tempo l'implementazione dell'attività operatoria. Per gli interventi che richiedono ricostruzione è necessaria la presenza del Chirurgo plastico. Non essendo presente all'interno della nostra ASP una UO di chirurgia Plastica, sarà attivata una convenzione o previsto un contratto libero professionale o di mero rimborso con uno specialista in chirurgia plastica con documentata competenza nella chirurgia ricostruttiva della mammella, al fine di avere questa figura professionale, quando necessario. Al termine degli interventi chirurgici viene compilato l'atto operatorio ed il chirurgo predispone già la lettera di dimissione con le successive indicazioni per la paziente. Copia dell'atto operatorio, della lettera di dimissione e dell'esame istologico saranno inseriti in apposita cartella della Breast Unit. La consegna alla paziente dell'esame istologico definitivo avviene dopo discussione GIC.



3.3.5 Gestione Oncologica

In seguito alla decisione collegiale di effettuare trattamento medico, l'oncologo che fa parte del Core Team della Breast Unit, effettua una prima visita ove predispone, se necessaria, l'effettuazione di ulteriori esami di stadiazione ed informa la paziente riguardo la terapia prevista ed eventuali tossicità ad essa

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicattì
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300090240R - I.O.M. (AG) 2384



correlate. In collaborazione con il personale **dell'ambulatorio Accessi Vascolari** del P.O. di Canicatti, effettua inoltre una valutazione del patrimonio venoso della paziente, nel caso in cui siano previste terapie infusionali, per eventuale indicazione a posizionamento di un Catetere Venoso Centrale (CVC). Inoltre l'Oncologo pianifica, se necessario e non ancora effettuato in precedenza, l'attivazione di consulenza genetica, colloqui psicooncologici, corsi di educazione alimentare, visita fisiatrica...). L'Oncologo inoltre illustra, con l'aiuto dell'Infermiera, le modalità di accesso al DS oncologico e programma l'avvio del trattamento chemioterapico. In caso di prescrizione di terapia ormonale ed al termine del programma chemioterapico, programma invece il successivo controllo inserendo la paziente nel percorso di follow up.

3.6 Gestione Radioterapica

Il servizio di Radioterapia assicura l'individuazione di un medico radioterapista di riferimento che è dedicato alla patologia mammaria nella misura almeno del 60% della propria attività. Questo specialista partecipa alle riunioni del GIC. In caso di indicazione alla Radioterapia sul data-base della Breast Unit viene organizzata la prima visita radioterapica con l'indicazione del Centro di Radioterapia che effettuerà la presa in carico della paziente. A cura del Centro di Radioterapia, saranno poi successivamente effettuate tutte le procedure previste (prima visita, centratura, trattamento radiante, stampa di documento – per la paziente, il GIC ed il Medico di famiglia – riassuntivo del trattamento effettuato, aggiornamento del data-base), al termine delle quali la paziente viene riavviata alla GIC per il prosieguo di eventuali altre terapie e/o per il follow up. Nell'UOC di Radioterapia vengono applicati i seguenti protocolli di trattamento radiante:

- **Pazienti a medio e alto rischio, a seconda della sicurezza sui margini**



chirurgici: protocollo di irradiazione whole breast (45 Gy + concomitant boost, "field in field", sul letto operatorio a dosi variabili (10-13 Gy), 26 sedute in totale.

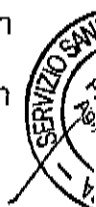
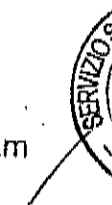
- Possibilità di utilizzo, dopo valutazione radioterapica ed in casi selezionati, anche del frazionamento "tradizionale", 50 Gy in 25 sedute + boost 10-20 Gy in 5-10 sedute.
- Possibilità di utilizzo, in casi selezionati, di schema di ipofrazionamento secondo protocollo START A - START B (40 Gy in 15 sedute)
- **Trattamenti palliativi:** possibilità di varie schedule, da 10 sedute (30 Gy) fino alla seduta unica (8 Gy).

3.3.7 Gestione del follow up

Il follow up viene effettuato dagli Oncologi Medici che fanno parte del Core Team della Breast Unit.

Prevede:

- a) **Esame clinico** ogni 4-6 mesi per i primi due anni a partire dal termine della chemioterapia (se effettuata) o dall'inizio del trattamento ormonale e successivamente ogni sei mesi fino al completamento dei cinque anni di follow up. Successivamente al quinto anno, o comunque al termine della terapia ormonale adiuvante (laddove sia prevista per un periodo di tempo più lungo), è possibile demandare il successivo follow up al medico curante. (
- b) **Rx mammografia con Ecografia mammaria** ed ascellare annuali.
- c) Nelle pazienti in trattamento con Tamoxifene è indicato un periodo di **controllo ginecologico**.
- d) Nelle pazienti in trattamento con inibitori dell'aromatasi, è opportuno un periodico controllo della densità minerale ossea mediante **Densitometria** ed un



AS.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300090240R - I.O.M. (AG) 2384

AS.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300090240R - I.O.M. (AG) 2384

periodo di controllo dell'assetto lipidico.

e) Durante le visite di follow up si porrà particolare attenzione alla valutazione dello **stile di vita della paziente**, e se necessario, si suggeriranno modificazioni dello stesso.

In caso di comparsa di **sintomatologia specifica**, verranno programmati **accertamenti orientati alle esigenze cliniche**: TC torace e addome, Scintigrafia Ossea total body, TC o RMN encefalo, PET total body.

Nelle pazienti affette da carcinoma mammario con **mutazione BRCA 1-2** è sempre indicata la RMN mammaria annuale in aggiunta alla RX mammografia;

verranno inoltre discusse con la paziente le indicazioni a chirurgia profilattica mammaria ed ovarica.

3.8 Gestione della riabilitazione

Tutti i casi trattati da un punto di vista riabilitativo sono stati preventivamente valutati in sede GIC, nelle cui riunioni è prevista la presenza del Fisiatra/fisioterapista. Il trattamento prevede:

- Visita fisiatrica con un ambulatorio presso i locali Breast Unit con frequenza iniziale di una mattina a settimana (9-12). Per tutti i casi aventi necessità di tipo riabilitativo, verrà redatto un progetto di recupero funzionale individuale.
- Trattamento riabilitativo svolto secondo quanto stabilito dal relativo progetto di recupero funzionale, effettuato da personale della Medicina Fisica Riabilitativa presso le strutture dedicate della ASP.

3.3.9 Gestione della palliazione

È disponibile presso l'Hospice di Agrigento il Servizio di Terapia Antalgica per ottimizzazione delle terapie nelle pazienti che ne avessero necessità, mediante

COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300090240R - I.O.M. (AG) 2384

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300090240R - I.O.M. (AG) 2384

la prenotazione di visita che avviene tramite Tel./fax.

Durante il percorso della malattia si cercherà il più possibile di mantenere rapporto costante di aggiornamento anche dal Medico di Medicina Generale, al fine di poter avviare sistemi di supporto domiciliare laddove necessario, sia durante la terapia attiva che al momento della cessazione dei trattamenti specifici in favore di una terapia di supporto esclusiva. E' prevista inoltre una collaborazione attiva con le associazioni che offrono un servizio di terapia di supporto domiciliare mediante segnalazione per la presa in carico di pazienti off therapy (per esempio SAMOT, ...).

4 Percorso Clinico delle Strutture Operative

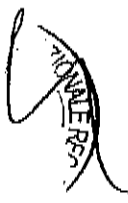
4.1 Diagnostica Radiologica

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

- **sospetto clinico di carcinoma** (nodulo, retrazione-ispessimento cute-capezzolo, Paget ecc.): la mammografia (MX), preferibilmente digitale con tecnica FFDM, è indagine di elezione e preliminare a qualsiasi ulteriore test diagnostico. Da associare ad ecografia (US) nell'ambito della tripla diagnostica (MX+US+FNAC/B) o in caso di MX non risolutiva (es. densità diffusa o focale). In casi selezionati utile completamento diagnostico con Mammografia 3D-Tomosintesi ed agobiopsie VABB guidate in eco/stereotassi o Tomobiopsy. US esame preliminare in donna giovane (specie se a basso

 sospetto clinico), in gravidanza o allattamento; Risonanza magnetica (MRM)) da riservare a strutture altamente specialistiche quali dovrebbero essere quelle che comprendono una Breast Unit, secondo protocolli validati e continuamente aggiornati alla luce delle nuove conoscenze e tecnologie, in grado di gestire l'eventuale successivo iter diagnostico;

- **sospetto clinico di carcinoma in portatrici di protesi:** sarebbe opportuno che tale tipologia di soggetti (portatrici di protesi) fossero studiate in ambienti specifici e dotati di MRM per la particolare validità diagnostica di tale esame nella specifica popolazione. MX ed US, sebbene raccomandate, possono presentare, in particolare la prima, evidenti limitazioni diagnostiche;

 • **dolore/tensione** generalizzato ciclico e non: preliminare valutazione clinica ed anamnestica. MX può essere indicata in rapporto all'età, alla storia familiare/personale; US non indicata di routine;

- **flogosi acuta:** US indicata come primo esame in particolare per valutare eventuali ascessi e come supporto per manovre interventistiche. MX nel sospetto clinico o strumentale di carcinoma;

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

- **stadiazione pre terapia:** MX ed US indicate per stadiazione locale. MRM indicata nel sospetto (non certezza) clinico/strumentale di multicentricità/multifocalità o bilateralità e nel monitoraggio della chemioterapia neoadiuvante per carcinomi localmente avanzati. CT total body

e scintigrafia ossea, o se del caso PET nei tumori con elevata probabilità di metastasi a distanza, Rx mirati per metastasi a distanza solo su decisione multidisciplinare.

• **follow-up** di pz con neoplasia: MX annuale (eventuale associazione US). MRM a chiarimento di specifici problemi; PET nella valutazione della risposta metabolica alla terapia e caratterizzazione di lesioni dubbie alle altre indagini. La mammografia rappresenta sicuramente l'esame strumentale principale per la diagnosi di neoplasia mammaria, eventualmente integrata con ecografia mammaria e con lo studio ecografico dei cavi ascellari pre-operatoria.

Il mammografo digitale deve prevedere le seguenti caratteristiche:

- ingrandimenti diretti con microfuoco
- Tomosintesi e/o dual energy
- supporti stereotassici per agobiopsie
- monitor dedicati per la refertazione, con possibilità' di rielaborazione dati (post-processing)

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

La RMN mammaria è da considerare una metodica integrata nella ricerca di un carcinoma occulto, nella stadiazione loco-regionale (multicentricità, multifocalità, infiltrazione del muscolo pettorale, linfonodi regionali), in caso di neoplasia localmente avanzata o di chemioterapia neo-adiuvante. Tale metodica è anche l'indagine più sensibile per valutare l'estensione del tumore invasivo ed ha permesso di evidenziare altri focolai neoplastici inattesi nel 16% delle pazienti.

In uno studio prospettico, la RMN mammaria ha evidenziato un tumore della mammella controlaterale nel 3.1% di donne a cui era stato diagnosticato un tumore della mammella ma in cui sia l'esame clinico che la mammografia della mammella controlaterale erano negativi. La RMN deve possedere i seguenti requisiti:

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

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

Una stadiazione pre-operatoria con esami strumentali (ecografia epatica, rx torace, scintigrafia ossea) **non è strettamente necessaria** in assenza di sintomi e/o segni di malattia sistemica **nelle pazienti a basso rischio** di recidiva (N-).

Nelle pazienti a più alto rischio di recidiva (N+, T3-T4) o con segni clinici o di laboratorio sospetti per la presenza di localizzazioni secondarie è indicata una stadiazione biochimica e strumentale completa con marcatori tumorali (CEA, CA 15-3), radiografia standard o TC del torace, ecotomografia o TC o RMN epatica e scintigrafia ossea.

4.2 Diagnostica Anatomopatologica

Modalità Operative Patologia Mammaria

Diagnosi pre-operatoria

La diagnosi pre-operatoria si basa sull'esecuzione di esame citologico mediante

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300090260R - I.O.M. (AG) 2384

ago-aspirato su guida clinica / ecografica / stereotassica e/o esame istologico
mediante core-biopsy su guida ecografica /stereotassica o mediante biopsia con
sistema VABB su guida stereotassica o su guida ecografica.



Per le pazienti con lesioni operabili viene effettuata una visita collegiale GIC preoperatorio a cui partecipano radiologo – anatomo-patologo e chirurgo in cui si valuta la strategia chirurgica. Per le pazienti non operabili (causa dimensioni della lesione o per scadute condizioni cliniche) viene effettuata una visita collegiale GIC in cui si valuta se effettuare una terapia medica. Tali pazienti giungono alla visita collegiale GIC con determinazione assetto recettoriale e HER2 (valutazione di HER2 effettuata se età < 80 aa) e posizionamento di clip se ipotizzabile chemioterapia neo-adiuvante.

Modalità di invio del pezzo operatorio

Per garantire una corretta valutazione dei parametri morfologici, immunofenotipici e molecolari, indispensabili per la definizione del successivo protocollo terapeutico, è necessario che il campione chirurgico sia sottoposto ad un processo di fissazione immediata, adeguata e completa. Per ottenere ciò il campione chirurgico giunge fresco nel più breve tempo possibile (massimo entro 30. minuti dalla asportazione) al Laboratorio di Anatomia Patologica. Il pezzo operatorio perviene integro (non sezionato), con gli opportuni reperi (fili di sutura, clips, ecc.) o su supporto cartaceo e/ o su griglia radiologica, con indicazione dei margini che ne permettano il corretto orientamento. **Qualora non sia possibile inviare immediatamente il campione chirurgico al Laboratorio di Anatomia Patologica**, esso va posto nel più breve tempo possibile (tassativamente entro 30 minuti dalla asportazione) in adeguato contenitore con quantità sufficiente di formalina neutra tamponata al 10% (pH intorno a 7) previo sezionamento della



A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 30009240R - L.O.M. (AG) 2384



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

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

Campionamento

Il campionamento per l'esame istologico viene eseguito a fresco oppure dopo fissazione in formalina. La tecnica di campionamento e il numero di prelievi/inclusioni necessari nel singolo caso varieranno necessariamente in funzione:

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

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

- un'accurata misura del diametro massimo della lesione,

- un dettagliato esame dello stato dei margini di resezione chirurgica e - quando

COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300000240R - I.O.M. (AG) 2384

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300000240R - I.O.M. (AG) 2384

neoplasia per ottenere una adeguata fissazione. Il campione chirurgico viene completamente immerso in una quantità di fissativo idoneo al volume del pezzo stesso. La prima operazione eseguita quando il pezzo operatorio giunge in Anatomia Patologica consiste nella valutazione macroscopica estemporanea dei margini di resezione chirurgica e successiva comunicazione al chirurgo dell'esito.

Esame macroscopico

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

A - Esame "esterno"

Fornisce i seguenti dati:

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

B - Marcatura dei margini chirurgici con inchiostro di china

I margini di resezione dei campioni chirurgici vengono marcati con inchiostro di china per una loro successiva corretta identificazione e valutazione istologica. Viene effettuata una valutazione macroscopica dello stato dei margini intraoperatoria, in modo da consentire un'eventuale radicalizzazione in corso di intervento chirurgico.

C - Sezionamento

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

possibile – la distanza microscopica della lesione da essi.

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

A - CONSIDERAZIONI GENERALI

- Per campioni di dimensioni contenute (indicativamente fino a 5-7 cm di asse maggiore) o, in presenza di lesioni non palpabili e/o non visibili macroscopicamente (ad es. calcificazioni), è preferibile l'inclusione totale in blocchi ordinari mediante prelievi sequenziali.

- In caso di lesioni multiple macroscopicamente sospette, ciascuna di esse andrà campionata. E' buona norma campionare anche il tessuto apparentemente sano interposto per verificare istologicamente che le lesioni siano effettivamente separate.

- Quando presente, il capezzolo deve essere incluso in toto in due o più frammenti mediante taglio longitudinale/i, perpendicolare/i alla cute, più il prelievo di una "rondella" di tessuto alla base del capezzolo, mediante due sezioni parallele al piano cutaneo, che consentiranno di valutare la regione dei dotti galattofori.

- Campionamento dei linfonodi ascellari: tutti i linfonodi devono essere prelevati e inclusi in toto per esame istologico.

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

- Nodulesctomie/Biopsie chirurgiche "diagnostiche";

- Escissioni Terapeutiche / Quadrantectomie (Chirurgia mammaria conservativa);

- Come già indicato quando le dimensioni del pezzo asportato lo consentono o in

presenza di lesioni non palpabili e/o non visibili macroscopicamente (ad es. calcificazioni) la procedura ottimale è l'inclusione in toto in blocchi ordinari sequenziali. Nei casi con diagnosi preoperatoria di DCIS o con sospetto di DCIS (calcificazioni) – in cui le dimensioni radiologiche spesso "sottostimano" la reale estensione della lesione – è opportuno che il campionamento comprenda le estremità (ad es. prossimale e distale) del target radiologico ma anche il tessuto apparentemente sano circostante. Per quanto concerne la valutazione dei margini di exeresi, il campionamento dovrà necessariamente comprendere il punto di minor distanza tra anomalia mammografica e margine di resezione. Sono altresì indicati ulteriori campionamenti mirati delle rimanenti superfici di exeresi. **In caso di mancato riscontro delle microcalcificazioni al momento dell'esame microscopico, i blocchi paraffinati potranno essere radiografati per confermare la presenza del target radiologico e allestire nuove sezioni a livelli più profondi.**

• In caso di lesioni palpabili o visibili macroscopicamente, il campionamento potrà essere mirato ed effettuato mediante prelievi in blocchi radiali ("radial block") secondo i piani ortogonali dello spazio (superiore-inferiore, mediale-laterale, superficiale-profondo). In caso di piccole escissioni sarà possibile comprendere la lesione e i margini di resezione in un'unica inclusione; per interventi più ampi sarà necessario utilizzare più inclusioni, campionando separatamente i vari margini. Per ogni neoplasia mammaria, quando le dimensioni lo consentono, vanno ottenute almeno 3 inclusioni, comprendendo in alcuni prelievi l'interfaccia con il parenchima non neoplastico.

- Allargamenti (Ri-escissioni)

• Il pezzo chirurgico di un allargamento o ri-escissione per margini positivi, deve

essere orientato per permettere la campionatura mirata in relazione al/i margine/i riscontrato/i precedentemente positivo/i ed effettuare lo studio dello stato del/i nuovo/i margine/i della ri-escissione.

- Nel caso si rilevi ancora tumore residuo la ricostruzione delle reali dimensioni della lesione è difficile. Tuttavia, a tal fine è buona norma campionare separatamente il tessuto adiacente alla cavità chirurgica dell'escissione precedente e quello a distanza dalla cavità. In tal modo sarà possibile almeno una ricostruzione parziale delle dimensioni e si potrà valutare se si tratta di lesione singola o multifocale.

Mastectomia

Ogni lesione neoplastica, quando le dimensioni lo consentono, va campionata con almeno 3 inclusioni, comprendendo in alcuni prelievi l'interfaccia con il parenchima non neoplastico. Eventuali rapporti del tumore con cute, capezzolo e fascia/muscolo pettorale vanno valutati mediante prelievi mirati. Devono essere inoltre prelevate tutte le lesioni macroscopicamente sospette, specificandone la topografia. Buona norma effettuare alcuni prelievi random, su ogni quadrante, anche in caso di tessuto apparentemente indenne.

- Come per gli interventi conservativi di grandi dimensioni, in caso di mastectomie effettuate per lesioni non palpabili e/o non visibili (in genere DCIS) si raccomanda il campionamento selettivo delle aree corrispondenti alle anomalie mammografiche segnalate nei referti delle precedenti indagini radiologiche, sulla scorta dei quali potranno essere selezionate le zone topografiche su cui concentrare il campionamento.

- In caso di vicinanza macroscopica della lesione al margine profondo (ad es. fascia/muscolo pettorale) o superficiale (versante cutaneo) nei casi di

mastectomia senza asportazione della cute sovrastante la lesione è consigliabile marcare e campionare tali margini.

- Margine areolare nella mastectomia "Nipple Sparing"

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

L'esame istopatologico può essere eseguito mediante:

- sezioni coronali (perpendicolari all'asse del capezzolo) ottenute sezionando il versante verso la mammella del frammento discoidale "a piatto" (con recupero del "vero margine" mediante ulteriori sezioni sino quasi ad esaurimento del frammento);

- sezioni sagittali (parallele all'asse del capezzolo) dal versante verso il capezzolo a quello mammario, l'intero frammento discoidale va sezionato in fette di 3-5 mm di spessore, interamente incluse.

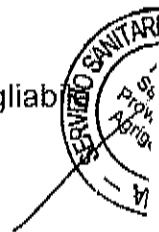
- Esame della mammella

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

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

OTINGIRDA 101 M. 9.2.4
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 30009/2402 - I.O.M. (AG) 2384

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 30009/2402 - I.O.M. (AG) 2384



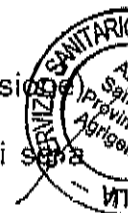
Diagnosi postoperatoria

Nella diagnosi post-operatoria è fondamentale il referto Anatomico-Patologico per le indicazioni terapeutiche e per il follow-up. Il referto contiene tutte le informazioni richieste come da check-list da linee guida GIPaM.

CHECK LIST DIAGNOSI MICROSCOPICA CARCINOMA MAMMARIO INFILTRANTE

- Istotipo (sec. WHO 2012),
 - Grado istologico (sec. Elston et al. 1991): grado #,
 - Invasione vascolare peritumorale (non evidente, presente),
 - Invasione vascolare peritumorale massiva,
 - Invasione perineurale peritumorale,
 - Focolai multipli di carcinoma invasivo (focolai distinti separati da parenchima sano)
 - Carcinoma in situ peritumorale*: (% , istotipo, grado nucleare)
- segnalare la presenza di estesa componente intraduttale (quando CDIS >25%)
- Presenza o assenza di necrosi (necrosi assente, necrosi presente centrale tipo comedo; necrosi presente focale)
 - Dimensioni microscopiche della componente invasiva:
 - Sede (viene indicato il quadrante in caso di mastectomia)
 - Microcalcificazioni (stromali/endoluminali/vascolari)
 - Valutazione microscopica dei margini di resezione con le seguenti definizioni:
- 1) MARGINE POSITIVO (presenza di china sulla lesione), specificando:
 - a) di quale margine/i si tratta,
 - b) se si tratta di un focolaio unico o multiplo di invasione,
 - c) l'eventuale presenza di componente in situ sul margine.

2) MARGINE/I INDENNE/I DA INVASIONE (non si osserva china sulla lesione) specificando la misura della distanza della lesione dai margini campionati se a meno di 1 cm (compresa la distanza dall'eventuale componente in situ).



- Parenchima esente da neoplasia
- Staging (pT sec. TNM 2010 VII edizione).

CHECK-LIST DIAGNOSI MICROSCOPICA CARCINOMA MAMMARIO IN SITU

- Tipo di neoplasia
- Classificazione DIN secondo Tavassoli
- Istotipo prevalente
- Calcificazioni valutate microscopicamente
- Necrosi: (necrosi assente, necrosi presente centrale tipo comedo; necrosi presente focale)
- Estensione massima misurabile microscopicamente: mm
- Valutazione microscopica dei margini di resezione con le seguenti definizioni:



1) MARGINE POSITIVO (presenza di china sulla lesione), specificando:

- a) di quale margine/i si tratta,
- b) se si tratta di un focolaio unico o multiplo.

2) MARGINE/I INDENNE/I DA INVASIONE (non si osserva china sulla lesione) specificando la misura della distanza della lesione da tutti i margini campionati se a meno di 1 cm.

- Microinvasione (≤ 1 mm): assente/presente e specificare se sono multipli focolai.
- Grading nucleare (sec. Linee Guida Europee 2006)
- Altre lesioni.

REFERTAZIONE dei FATTORI PROGNOSTICO/PREDITTIVI determinati con

OTNEPISSE 102 M 92 A
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 30009/249R - I.O.M. (AG) 2384

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 30009/249R - I.O.M. (AG) 2384



METODICA IMMUNOISTOCHIMICA

Nel referto si indica:

Recettori per gli estrogeni (ER) : positivo nel #% delle cellule neoplastiche.

Recettori per il progesterone (PgR): positivo nel #% delle cellule neoplastiche.

Controlli di qualità: Ogni vetrino utilizzato per la determinazione dei recettori include anche parenchima mammario non neoplastico da utilizzare come controllo interno. In caso di biopsie si aggiunge un frammento di neoplasia positivo che funge da controllo.

Ki- 67 : positivo nel # % delle cellule neoplastiche.

Valutazione immunoistochimica di HER-2:

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

Raccomandazioni ASCO/CAP 2013; Consensus AIOM-SIAPEC 2014: Best

possible care in Breast Cancer (BICE); GIPAM 2014.

Controlli di qualità: Ogni vetrino utilizzato per la determinazione per la determinazione HER2 con il kit Herceptest include un frammento di parenchima mammario 3+ positivo come controllo per la procedura analitica impiegata.

PROTOCOLLO DIAGNOSTICO PER IL LINFONODO SENTINELLA

METODO DI INVIO

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

RIDUZIONE MACROSCOPICA

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

MODALITÀ DI ESECUZIONE

Esame esclusivamente in paraffina: il LS è fissato in formalina ed incluso in paraffina. Ciascun LS deve essere prelevato in maniera indipendente per l'esame microscopico. Per diagnosticare un LS macroscopicamente metastatico è sufficiente una singola sezione in E&E, senza ricorso al "multistep sectioning" ed all'immunoistochimica. L'immunoistochimica per le citocheratine è opzionale.

Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300050240R - T.O.M. (AG) 2384

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300050240R - T.O.M. (AG) 2384



 Secondo quanto indicato dalle linee guida Europee. Se dall'esame delle sezioni in E&E non si identificano lesioni metastatiche, è consigliabile procedere ad approfondimento IIC con citocheratine ad ampio spettro su almeno 3 sezioni, a diversi livelli di taglio. L'immunoistochimica per le citocheratine, raramente necessaria per l'identificazione delle macrometastasi, è utile per la diagnosi delle micrometastasi e delle ITC ed è raccomandabile nelle metastasi da carcinomi lobulari potendo talora essere di ausilio anche nell'identificazione di macrometastasi. Qualora vi siano indicazioni di patologia di altra natura, il linfonodo esce dal protocollo.

VALUTAZIONE MACROSCOPICA

Linfonodo Sentinella

 Linfonodo "sentinella" è esaminato (sec. protocollo di trattamento linfonodo sentinella SIAPEC-IAP -2006), su sezioni in paraffina condotte ad intervalli di 100 microns fino ad esaurimento del materiale incluso ed esame microscopico condotto su 20 sezioni colorate con ematossilina ed eosina e mediante immunocolorazioni con anticorpi antipancitocheratina AE1-AE3 su sezioni scelte dall'anatomo - patologo. A questo punto si raccolgono due sezioni parallele, una per EE e una di riserva "bianca" per eventuali colorazioni di ICC (nei CLI e nei casi dubbi o in caso di inaspettati linfomi). In tutto si avranno 20 E&E, e 20 sezioni bianche e materiale esaurito.

Il referto microscopico dovrebbe comprendere:

- il numero totale dei SN ricevuti e quindi esaminati;
- metastasi macroscopica se presente;
- il numero di linfonodi con malattia metastatica;
- l'entità dell'interessamento metastatico espresso in mm, soprattutto per le

micrometastasi, e con le categorie pN del TNM VII edizione 2010.

Se si osservano diversi foci metastatici all'interno di un linfonodo, dovrebbe essere preso in considerazione il più ampio. Usando le categorie del TNM VII edizione 2010 deve essere usato il suffisso (sn) nel caso che lo stato linfonodale sia stato determinato unicamente sulla base della biopsia del SN (cioè senza dissezione ascellare).

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

Linfonodi Ascellari

- Numero totale di linfonodi esaminati: #
- Numero di linfonodi metastatici: #
- Estensione extracapsulare: #
- Linfonodi-Staging (pN sec. TNM VII edizione 2010): #

4.3 Trattamento Chirurgico

a) Malattia non invasiva

• Duttale Tipo ad alta malignità Alto grado (DIN 3)

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

intervento, salvo casi particolari da valutare in ambito multidisciplinare. La biopsia del linfonodo sentinella è consigliata per il rischio della presenza di microinvasione.

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

- Lesioni unifocali e multifocali: resezione ampia o quadrantectomia, con orientamento e radiografia del pezzo operatorio per valutare la presenza e la corrispondenza delle microcalcificazioni riscontrate all'esame mammografico.
- Lesioni multicentriche: mastectomia nipple o skin sparing con risparmio del complesso areola capezzolo e valutazione istologica intraoperatoria e poi definitiva del tessuto retroareolare: la presenza di tessuto neoplastico in tale sede impone infatti la rimozione del complesso areola capezzolo
- Margini di resezione: liberi da malattia. In caso contrario va eseguito un ulteriore intervento, salvo casi particolari da valutare in ambito multidisciplinare. La biopsia del linfonodo sentinella è consigliata in caso di mastectomia per lesioni estese, dato il rischio della presenza di microinvasione e l'impossibilità di eseguire la biopsia del linfonodo sentinella dopo mastectomia

Neoplasia intraepiteliare lobulare LIN

- Tipo ad alta malignità Alto grado (LIN 3)

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

• Margini di resezione: liberi da malattia. In caso contrario va eseguito un ulteriore intervento, salvo casi particolari da valutare in ambito multidisciplinare. La biopsia del linfonodo sentinella è consigliata per il rischio della presenza di microinvasione.

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

• Lesioni unifocali e multifocali: resezione ampia o quadrantectomia, con orientamento e radiografia del pezzo operatorio per valutare la presenza e la corrispondenza delle microcalcificazioni riscontrate all'esame mammografico.

• Lesioni multicentriche: mastectomia nipple o skin sparing con risparmio del complesso areola capezzolo e valutazione istologica intraoperatoria e poi definitiva del tessuto retroareolare: la presenza di tessuto neoplastico in tale sede impone infatti la rimozione del complesso areola capezzolo

• Margini di resezione: liberi da malattia. In caso contrario va eseguito un ulteriore intervento, salvo casi particolari da valutare in ambito multidisciplinare. La biopsia del linfonodo sentinella è consigliata in caso di mastectomia per lesioni estese, dato il rischio della presenza di microinvasione e l'impossibilità di eseguire la biopsia del linfonodo sentinella dopo mastectomia.

Queste neoplasie non sono palpabili pertanto vengono eseguite:

• Resezione ghiandolare o quadrantectomia su repere, orientamento e radiografia del pezzo operatorio per valutare la presenza e la corrispondenza delle micro calcificazioni e/o di eventuale clip metallica lasciata in sede in corso della precedente procedura bioptica.

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

• Tecnica di reperation: uso del filo guida metallico posizionato sotto guida

strumentale il giorno dell'intervento.

4.3.2 Malattia Invasiva

a) Carcinoma infiltrante (duttale lobulare) operabile

La terapia si basa su resezione parziale o quadrantectomia quando l'estensione della malattia, anche se multifocale, sia entro i limiti anatomici di una chirurgia conservativa. Il rapporto tra il volume mammario e l'ampiezza dell'intervento deve essere favorevole all'asportazione completa della neoplasia con un risultato cosmetico accettabile. In caso di neoplasia ≥ 3 cm di diametro clinico o radiologico con possibilità di terapia chirurgica conservativa impedita dalle dimensioni del tumore, va considerata una chemioterapia neoadiuvante. Per resezione ampia o tumorectomia allargata si intende l'asportazione di una porzione di tessuto mammario comprendente il tumore ed un margine non inferiore al centimetro di parenchima circostante macroscopicamente sano. Su questo argomento non vi è un accordo unanime, ma una recente meta analisi sembrerebbe portare alla conclusione che margini liberi da neoplasia (assenza di cellule tumorali dal margine chinato) siano sufficienti. Si tende comunque ad avere margini di circa 5 mm di tessuto sano alla valutazione macroscopica intraoperatoria, anche se in caso di assenza di cellule tumorali dal margine chinato all'istologico definitivo non si dà indicazione a re-escissione chirurgica. E' da preferire un'incisione radiale, comprendente una losanga di cute, in caso di lesione superficiale. Il pezzo chirurgico viene orientato fissandolo su un cartoncino sterile e mandato al patologo per la valutazione dei margini. Una valutazione macroscopica viene eseguita estemporaneamente nei casi di neoplasie palpabili. La mastectomia è riservata a carcinomi estesi oltre un

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

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

La biopsia del linfonodo sentinella va eseguita in tutti i casi. Sono una controindicazione assoluta il carcinoma infiammatorio, l'adenopatia ascellare con agoaspirato C5, pazienti sottoposte a chemioterapia neoadiuvante con precedente coinvolgimento linfonodale (C5). **La tecnica che si preferisce è basata sul tracciante radioattivo** legato a microaggregati di albumina umana iniettati in prossimità del tumore (sottocute, oppure area peritumorale); sono accettabili le tecniche che utilizzano la fluorescenza con indocianina o il colorante vitale patent blu (anche se probabilmente meno precise). In presenza di adenopatie ascellari con agoaspirato positivo per cellule tumorali si esegue la dissezione ascellare totale del I e II livello; nel caso di evidenza di metastasi al III livello si completa la dissezione asportando i linfonodi di tale livello. La procedura è la stessa in caso di linfonodo sentinella non "migrato" o non identificato, evenienza molto rara. In caso di presenza nel linfonodo sentinella di ITC o di

Spazio riservato per
firma e data del medico
chirurgo
A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300090240R - I.O.M. (AG) 2384

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300090240R - I.O.M. (AG) 2384

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

Ricostruzione mammaria dopo patologia oncologica

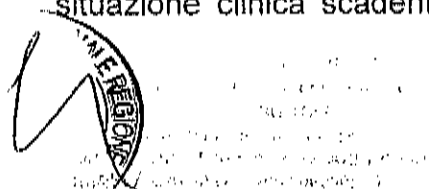
Ricostruzione dopo chirurgia conservativa: La ricostruzione viene attuata, a seconda delle quantità di tessuto asportato e della sede, mediante rimodellamento del parenchima residuo o applicando le varie tecniche di mastoplastica.

Ricostruzione dopo mastectomia:

- Ricostruzione con materiale protesico in due tempi, immediata o differita mediante espansore e successivo impianto di protesi con eventuale intervento di simmetrizzazione della mammella contro laterale (mastopessi o mastoplastica riduttiva o additiva).
- Ricostruzione con materiale autologo, lembi di vicinanza, lembo peduncolato muscolo-cutaneo di grandorsale, lembo Tram, lembi liberi (DIEP) che consentono un'adeguata ricostruzione del mantello cutaneo, più eventualmente espansore e/o protesi.

Indicazioni lembi peduncolati: presenza di tessuto compromesso dalla radioterapia: si potrebbe optare per una ricostruzione con lembi peduncolati come il Tram o di Gran Dorsale o lembi liberi.

Controindicazioni all'esecuzione di ricostruzione con lembi peduncolati: situazione clinica scadente della paziente, presenza di cicatrici nelle aree dei



A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicattì
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300090240R - I.O.M. (AG) 2384

lombi da scolpire, scarsa aspettativa di vita.



Ricostruzione complesso Areola/Capezzolo

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

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

Lipofilling

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

b) Malattia localmente avanzata

Il Carcinoma della Mammella Localmente Avanzato (LABC) e il Carcinoma Infiammatorio della Mammella (IBC) pur essendo due entità nosologiche distinte sostenute da una diversa biologia e con differenti modalità di presentazione clinica, richiedono entrambe, per un trattamento quanto più efficace possibile, una discussione collegiale alla presenza di un gruppo multidisciplinare integrato che comprende la figura dell'oncologo medico, del radiologo, del chirurgo e del radioterapista. Da un punto di vista prettamente clinico sia il tumore della mammella localmente avanzato che il tumore della mammella infiammatorio, possono essere definiti come tumori che pur non essendo metastatici alla loro presentazione, risultano comunque funzionalmente non operabili, cioè non radicalmente asportabili per le loro dimensioni o per la loro estensione ai linfonodi.



Stampa illeggibile (probabilmente un timbro di protocollo o data).

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300090248R - I.O.M. (AG) 2384



ascellari (clinico N+). Questi tumori, anche in presenza di una chirurgia apparentemente radicale, presentano una alta percentuale di recidive sia locali che metastatiche e un basso indice di sopravvivenza se trattati con i soli trattamenti loco regionali (Chirurgia + Radioterapia). Allo scopo sia di ottenere un minore tasso di recidive locali che per abbassare le probabilità di una ripresa a distanza è consigliabile nella maggior parte dei casi proporre alla paziente una **"Terapia Primaria" detta anche "Terapia Neo-Adiuvante"** (chemio o ormonoterapia). Tale terapia viene proposta alle pazienti con lo scopo di ridurre la malattia e renderla operabile come pure viene proposta alle pazienti affette da tumori operabili ma candidate alla mastectomia per rendere la chirurgia meno invasiva e poter effettuare una terapia chirurgica conservativa. Il posizionamento di un marcatore radioopaco nella sede del tumore prima della chemioterapia neoadiuvante è associato con un miglior controllo locale, in virtù di una più precisa individuazione della sede tumorale al momento della successiva escissione chirurgica. Anche il posizionamento di clips chirurgiche sul letto operatorio, secondo linee guida codificate, in corso di chirurgia conservativa ne rende più agevole l'identificazione per una più efficace la somministrazione del boost radioterapico.

4.4 Trattamento Medico

Classificazione biomolecolare

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

"luminali A": neoplasie con espressione dei recettori ormonali, a prognosi

favorevole;

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

All'interno di questi sottotipi esiste un'elevata eterogeneità. Alla luce delle nuove conoscenze patologiche e molecolari vi è una definizione di ulteriori sottotipi di carcinoma mammario. La presenza di questi diversi sottotipi contraddistinti da una diversa biologia molecolare e da un diverso comportamento clinico ha poi permesso di mostrare una diversa sensibilità agli agenti chemioterapici e alle terapie target. Nella pratica clinica, la valutazione immunoistochimica dello stato dei recettori ormonali, del Ki67 e di HER2, permette di identificare i 4 sottogruppi fenotipici di carcinoma mammario che presentano una "relativa" corrispondenza con le 4 derivate dai profili di espressione genica. I gruppi immunofenotipici di rilevanza clinica e con implicazioni terapeutiche importanti, anche a livello di terapia adiuvante, sono:

1. **-luminali A**: recettori ormonali positivi, HER2 negativo e bassa attività proliferativa (di cui fanno parte frequentemente alcuni istotipi speciali quali carcinoma tubulare, carcinoma lobulare tipo classico);
2. **-luminali B/ HER2 negativi**: recettori ormonali positivi, HER2 negativo ed alta attività proliferativa;
3. **-luminali B/HER2 positivi**: recettori ormonali positivi, HER2 over-espresso

Stampato in data 20/05/2019
da: [illegibile]
per: [illegibile]
pag. 50

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300090240R - I.O.M. (AG) 2384

Negli stadi III del tumore mammario è prevista una stadiazione completa con TC torace+ TC addome e scintigrafia ossea. In caso che tali esami risultino dubbi viene eseguita FDG-PET di approfondimento diagnostico.

4.4.3 TRATTAMENTO

Carcinoma duttale in situ (DCIS)

Il trattamento del DCIS ha come obiettivo quello di prevenire l'insorgenza di lesioni invasive. Studi clinici hanno dimostrato in pazienti con positività per i recettori ormonali che l'utilizzo del tamoxifene 20mg al die per 5 anni porta ad un beneficio in termini di riduzione del rischio di recidiva ipsilaterale invasiva che di carcinoma mammario controlaterale. Valutando adeguatamente rischi e benefici è proponibile tale trattamento.

Carcinoma lobulare in situ (LCIS)

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

Carcinoma microinvasivo (T1 mic)

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

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicattì
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300090240R - I.O.M. (AG) 2384

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicattì
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300090240R - I.O.M. (AG) 2384

(score 3+ delle reazioni di immunoistochimica) o amplificato, qualsiasi valore attività proliferativa;

4. **-HER2 positivi (non luminali):** HER2 over-espresso (score 3+ delle reazioni di immunoistochimica) o amplificato (FISH o altre metodiche) ed entrambi i recettori ormonali negativi;

5. **-tripli negativi:** assenza di espressione dei recettori ormonali e negatività di HER2. All'interno del sottogruppo "triplo negativo" sono compresi alcuni istotipi speciali come il midollare tipico e l'adenoidocistico, a basso rischio di ripresa. Analisi retrospettive hanno associato i quattro sottotipi a differenze in sopravvivenza libera da malattia, sedi di ripresa di malattia e sopravvivenza globale.

4.4.2 Fattori Prognostici

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

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

STADIAZIONE

Negli stadi I-II non è prevista una stadiazione.

Unità Operativa di Oncologia
Presidio Ospedaliero Canicattì
Via S. Maria 100 - 91012 Canicattì (AG)
Tel. 0922/860000 - 860001 - 860002
Fax 0922/860003 - 860004 - 860005

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicattì
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 506090240R - I.O.M. (AG) 2384

Carcinoma infiltrante operabile

Chemioterapia

Il trattamento CT adiuvante viene preso in considerazione in base alla riduzione del rischio di recidiva, tenendo conto sia di fattori legati alla paziente (età, comorbilità, volontà della paziente) sia di fattori legati alla neoplasia (dimensioni della neoplasia, numero linfonodi metastatici, grading, attività proliferativa, istologia, stato recettori ormonali, stato di Her2). Gli schemi di chemioterapia che vengono maggiormente utilizzati, dati i vantaggi offerti in termini di DFS e in OS, sono quelli contenenti antracicline e taxani, in sequenza (AC/EC_taxolo settimanale o FEC100 > TXT100 o Taxolo settimanale). Lo schema TC (taxotere-ciclofosfamide) viene utilizzato, anche se meno routinariamente, in pazienti con controindicazioni a trattamenti con antracicline. Le pazienti sono sottoposte a regolare controllo ecocardiografico pre-CT e al termine del trattamento con antracicline

Immunoterapia adiuvante (Trastuzumab)

In seguito a riscontro di positività immunoistochimica (3+), oppure un'amplificazione con esame FISH, su esame istologico, viene impostata terapia adiuvante con trastuzumab settimanale o trisettimanale per 1 anno come da LG.

Le pazienti sono sottoposte a monitoraggio ecocardiografico regolare prima di iniziare trastuzumab e successivamente ogni 3-4 mesi.

Ormonoterapia

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

PAZIENTI IN PREMENOPAUSA/PERIMENOPAUSA

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

PAZIENTI IN POST MENOPAUSA

La terapia ormonale adiuvante deve comprendere gli antiaromatasi. Tale strategia terapeutica prevede la proposta sia di IAs per 5 aa sia la strategia switch con tamoxifene per 2-3 aa e a seguire IAs per 3-2 aa. Viene proposta una terapia con solo tamoxifene 20 mg per 5 aa nel caso di controindicazione a IAs o per rifiuto/intolleranza da parte della paziente. Durante la somministrazione della terapia ormonale adiuvante, con IAs, viene monitorata periodicamente la mineralizzazione ossea tramite densitometria ossea, secondo le LG e viene monitorato l'assetto lipidico cercando di consigliare alla paziente di aderire a stili di vita che prevedano un regime dietetico equilibrato.

Terapia medica in fase avanzata

Prima linea Her2 negativo

- Pazienti ormonoresponsive, è indicata una endocrinoterapia o eventualmente nuovi approcci terapeutici con OT e inibitori di mTOR (afinitor) o con inibitori delle chinasi4/& ciclina dipendenti (Palbociclib, Ribociclib)
- Pazienti FIT non ormonoresponsive sono candidate a monochemioterapie (Taxani, antracicline liposomali, vinorelbina, Capecitabina). La polichemioterapia è indicata in caso di crisi viscerale.

- Prima linea Her2 positivo

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300090240R - I.O.M. (AG) 2284

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300090240R - I.O.M. (AG) 2284

9 - In tali pazienti, se non controindicazioni dal punto di vista cardiologico, viene proposta una terapia standard di combinazione con doppio blocco HER2 Trastuzumab + Perjeta + chemioterapia (docetaxel trisettimanale o taxolo settimanale).

- In base al carico di malattia presente e alle condizioni cliniche, in tali pazienti è anche proponibile un trattamento endocrino + trastuzumab

2° linea HER 2 positivo

- dopo un trattamento con trastuzumab alla progressione di malattia è proponibile una combinazione con Trastuzumab-emasine (TDM-1) o Lapatinib (Tyverb) e Capecitabina (xeloda).

4.5 Trattamento Radioterapico

a) Carcinoma lobulare in-situ

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

b) Carcinoma duttale in-situ:

Nel DCIS dopo chirurgia conservativa è indicata la RT sull'intera mammella residua (categoria di evidenza 1 del NCCN). Non vi è nessuna evidenza scientifica di livello 1 che identifichi un sottogruppo di pazienti a rischio limitato, tale da non trarre beneficio dalla RT postoperatoria. Frazionamento, dosi e tecniche: E' indicata l'irradiazione di tutta la mammella, senza inclusione nel target né della cute né delle stazioni linfonodali, (come indicato nel documento AIRO: La Radioterapia dei Tumori della mammella. Indicazioni e criteri guida)

Frazionamento, dose e tecnica

12 Si utilizza sia il frazionamento standard con una dose totale di 50 Gy /2Gy die in 25 frazioni e somministrazione del boost sul letto con dose totale di 10-16 Gy/

2Gy die in 5-8 frazioni. Alcuni Centri di Radioterapia, in presenza di casi a basso rischio, non effettuano il boost. Si adotta l'ipofrazionamento moderato in presenza di clips chirurgiche. 50Gy /2,5 Gy die sul letto chirurgico, 45 Gy sul parenchima mammario residuo, per un totale di 20 sedute. Sono stati pubblicati due studi prospettici di fase I/II sulla RT ipofrazionata, comprendenti casistiche di DCIS puro oppure di carcinoma invasivo e duttale in situ, i cui risultati in termini di controllo locale e di tossicità, sebbene preliminari, sembrano promettenti. Le tecniche utilizzate sono: Campi tangenziali filtrati con cuneo compensatore o campi field in field con utilizzo di MCL.

Si considera la possibilità di omettere la RT soltanto nelle forme con rischio di recidiva molto basso: T unicentrico, di basso grado e con margini negativi adeguati, che siano almeno ≥ 3 mm; tale opzione deve essere opportunamente discussa e condivisa con la paziente. Nei casi che presentano microcalcificazioni, la resezione completa dovrebbe essere documentata con la radiografia.

c) Carcinoma infiltrante dopo chirurgia conservativa

La radioterapia è parte integrante del trattamento conservativo e fattori che la controindichino, controindicano l'intera strategia. L'irradiazione dell'intero parenchima mammario (la cute non è parte del volume bersaglio a meno di un suo coinvolgimento da parte della neoplasia) va considerato come lo standard nell'approccio conservativo del carcinoma della mammella.

Frazionamento, dose e tecniche:

È indicata l'irradiazione di tutta la mammella, (senza inclusione nel target della cute) e delle stazioni linfonodali, nei casi clinici previsti (come indicato nel documento AIRO). Si utilizza sia il frazionamento standard con una dose totale di 50 Gy /2Gy die in 25 frazioni e somministrazione del boost sequenziale sul letto

chirurgico, con dose totale di 10-16 Gy/ 2Gy die in 5-8 frazioni , in relazione ai margini chirurgici. Si adottano schemi di ipofrazionamento, in presenza di clips chirurgiche la cui equivalenza, in termini di efficacia, tossicità e risultato cosmetico emerge dai risultati a lungo termine di diversi studi prospettici randomizzati. Le tecniche di trattamento previste sono: Campi tangenziali filtrati con cuneo compensatore o campi field in field con utilizzo di MCL.

Per quanto riguarda l'irradiazione delle **stazioni linfonodali**, trova quindi una forte raccomandazione, nelle pazienti con 4 o più linfonodi ascellari positivi, sottoposte a chirurgia conservativa, l'irradiazione dei linfonodi infra/sovraclavari omolaterali. Dosi e frazionamento delle stazioni linfonodali: frazionamento convenzionale 2 Gy/fr/die/ 5 fr/sett. Dose totale 50 Gy. La Radioterapia dei linfonodi della catena mammaria interna è indicata in presenza di un documentato interessamento degli stessi agli accertamenti diagnostici. Per quanto riguarda l'irradiazione dei linfonodi ascellari, si resta in attesa di evidenze scientifiche attualmente in corso.

e) Radioterapia dopo mastectomia

L'irradiazione della parete toracica e delle stazioni di drenaggio linfonodale è indicata nei seguenti casi:

- a) Nei T3N+ e nei T4 qualsiasi N. Nei T3N0, in base ai fattori di rischio, il trattamento potrebbe essere somministrato sulla sola parete toracica o non essere effettuato
- b) Tumore di qualsiasi dimensione con estensione alla parete toracica, al muscolo pettorale, alla cute, indipendentemente dallo stato linfonodale
- c) Tumore di dimensioni fino a 5 cm (T1-2) con metastasi ai linfonodi ascellari in numero uguale o superiore a 4.

d) Presenza di margini positivi, soprattutto in presenza di altri fattori di rischio, anche se i dati della letteratura non sono conclusivi.

Nelle pazienti con malattia T1-2 e un numero di linfonodi positivi da 1 a 3, sono stati identificati fattori prognostici (età inferiore a 40-45 anni, dimensioni tumorali uguali-superiori a 3,5-4 cm, negatività recettoriale, presenza di invasione linfovaskolare, grading elevato, rapporto tra numero di linfonodi positivi e numero di linfonodi escissi -nodal ratio- superiore al 20%-25%) in presenza dei quali, senza RT, il rischio di recidiva locoregionale può superare il 20%, con conseguente impatto negativo sulla sopravvivenza globale. Pertanto, pur in assenza di risultati di studi clinici randomizzati, si suggerisce di informare adeguatamente la paziente sull'indicazione ad un trattamento radiante postoperatorio. Nelle pazienti con malattia T 1-2 e un numero di linfonodi positivi da 1 a 3, il rischio di recidiva loco-regionale è compreso tra il 13% e il 16% e non vi è sufficiente evidenza per raccomandare l'impiego routinario di un trattamento radiante postoperatorio. Dopo RT la riduzione del rischio relativo di recidiva loco-regionale è della stessa entità in pazienti con 1-3 o 4 o più linfonodi positivi, ma il vantaggio assoluto è inferiore nel primo gruppo, a causa del minor rischio di recidiva. Di contro, il trattamento radiante postoperatorio ha determinato, in alcune serie, un maggior vantaggio in termini di sopravvivenza globale in pazienti con 1-3 linfonodi positivi, a più basso rischio di sviluppare metastasi a distanza, rispetto a quelle con 4 o più linfonodi positivi. Sono stati identificati fattori prognostici che, in pazienti N1 possono aumentare il rischio di recidiva al di sopra del 20% e avere un impatto sulla sopravvivenza globale:

- dimensioni tumorali superiori a 3,5-4 cm,
- assenza di recettori per gli estrogeni,

Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300090240R - I.O.M. (AG) 2384

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300090240R - I.O.M. (AG) 2384

- presenza di invasione linfovaskolare,

- età inferiore a 40-45 anni,

- numero di linfonodi escissi e percentuale di linfonodi positivi superiore o uguale 20-25%.

Pertanto, tenendo presente che l'argomento è ancora controverso, pur in assenza di risultati di studi clinici randomizzati specificamente disegnati per questo sottogruppo di pazienti, in presenza dei fattori di rischio sopra indicati, alcuni autori suggeriscono di proporre e discutere con la paziente la possibilità di effettuare un trattamento radiante postoperatorio.

In ultimo, per quanto riguarda i linfonodi della catena mammaria interna non vi è ancora sufficiente evidenza per raccomandarne o sconsigliarne l'irradiazione.

Frazionamento, dose e tecnica: Si utilizza sia il frazionamento standard con una dose totale di 50 Gy /2Gy die in 25 frazioni.

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

Timing dei trattamenti adiuvanti

Quando indicata, la chemioterapia adiuvante dovrebbe precedere la radioterapia complementare. Un approccio concomitante può essere pianificato solo nel caso in cui la paziente venga sottoposta a chemioterapia secondo lo schema CMF, anche se presso il nostro Centro si preferisce posticipare la Radioterapia dopo la chemioterapia. La radioterapia dovrebbe iniziare entro 3/4 settimane dalla fine della chemioterapia. Per quanto riguarda la sequenza ottimale ormonoterapia/radioterapia entrambi i trattamenti possono essere somministrati

contemporaneamente.

Malattia loco regionale

La recidiva loco regionale isolata dovrebbe essere considerata come un nuovo tumore primitivo quindi con un approccio terapeutico ad intento curativo. Se possibile la raccomandazione è effettuare l'escissione radicale della recidiva tumorale. Nei pazienti che non hanno eseguito la radioterapia post-operatoria, la radioterapia sulla parete toracica e, eventualmente sui linfonodi loco-regionali, in relazione al caso clinico, dovrebbe seguire l'intervento chirurgico. Nei tumori precedentemente irradiati il valore di una nuova radioterapia è ancora oggetto di studio; comunque la re-irradiazione su aree limitate della parete toracica può essere effettuata dopo un'attenta valutazione del rapporto rischio/beneficio, tenendo in considerazione la durata del periodo libero da radioterapia, l'intensità dei cambiamenti strutturali post-radioterapia ed il rischio di ripresa di malattia locoregionale. I pazienti inoperabili possono, se possibile, essere sottoposti a radioterapia radicale sulla parete toracica e linfonodi regionali. Comunque in queste pazienti la terapia sistemica primaria con l'intento di ridurre le dimensioni del tumore e renderlo operabile, rappresenta la prima scelta di trattamento.

Carcinoma infiammatorio

L'approccio terapeutico prevede una Preoperative Systemic Therapy (PST) seguita, se possibile, da mastectomia radicale modificata. La RT postoperatoria è sempre indicata. In pazienti che non rispondono al trattamento sistemico preoperatorio deve essere considerato un trattamento radiante seguito, in caso di risposta, da mastectomia. I volumi di irradiazione sono rappresentati dalla parete toracica o dalla mammella, senza esclusione della cute, se la paziente non è

OTUSOROA 100 M 9.2 A
dott. Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.P. 300090240R - I.O.M. (AG) 2384

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.P. 300090240R - I.O.M. (AG) 2384

stata operata, e dai linfonodi loco-regionali a comprendere, secondo alcuni autori anche i mammari interni. In un recente "Consensus Statement" viene raccomandato un aumento di dose fino a 66 Gy in sottogruppi a rischio particolarmente elevato: età inferiore a 45 anni, margini chirurgici positivi o prossimi, 4 o più linfonodi ascellari positivi, malattia poco responsiva alla PST.

Frazionamenti non convenzionali, impiegati al fine di vincere la radioresistenza di questo tumore, sono consigliabili al momento solo nell'ambito di studi controllati.

Radioterapia dopo chemioterapia neoadiuvante

L'assenza di studi prospettici rende difficoltosa la definizione di precise indicazioni al trattamento postoperatorio in questa categoria di pazienti; in letteratura esistono esclusivamente studi retrospettivi o basati su analisi di sottogruppi di casistiche provenienti da studi prospettici disegnati per valutare l'efficacia di diversi schemi chemioterapici e non specificatamente per definire il ruolo della RT post-operatoria. Si deve aggiungere poi che gli schemi di terapia medica utilizzati negli studi disponibili non includevano farmaci di introduzione più recente e ampiamente utilizzati nella pratica clinica corrente.

Malattia iniziale (IIA, IIB) o localmente avanzata operabile (T3N1)

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

stato dei linfonodi ascellari prima dell'inizio della PST, per evitare che eventuali risposte al trattamento neoadiuvante possano portare a scelte terapeutiche non adeguate allo stadio iniziale di malattia. I recenti risultati di un'analisi combinata degli studi NSABP 18 e 27 suggeriscono di valutare le indicazioni alla RT e la scelta dei volumi in base alla risposta alla PST, risultata il più importante fattore di rischio per il controllo locale di malattia. Pertanto, dopo chirurgia conservativa il trattamento radiante è sempre indicato con volumi che variano a seconda della positività linfonodale. Dopo mastectomia, la parete toracica e i drenaggi linfonodali dovrebbero essere irradiati in presenza di linfonodi patologici, mentre la RT potrebbe essere omessa se si ottiene una RC sia sul T che sull'N. Nei casi in cui la malattia residua sia solo a livello mammario l'indicazione alla RT dovrebbe tener conto della eventuale presenza di altri fattori di rischio (estensione della malattia residua, età giovane, presenza di invasione linfovaskolare, assenza di recettori ormonali, margini positivi o entro 1-2 mm) .

Malattia localmente avanzata inoperabile

Comprende gli stadi IIIA (ad eccezione dei tumori T3N1), IIIB e IIIC. Si tratta di una situazione clinica ad alto rischio di ripresa di malattia sia a livello loco-regionale che a distanza. Negli ultimi anni la prognosi è migliorata in maniera significativa grazie all'efficacia della terapia multimodale, che è in grado di offrire una probabilità di controllo locale dell'80% o più. Nei casi in cui il trattamento sistemico preoperatorio (che può prevedere anche l'impiego del trastuzumab nei tumori HER2 positivi) consente di ottenere l'operabilità, è sempre indicata la RT postoperatoria, estesa alla parete toracica (o mammella nei casi sottoposti a chirurgia conservativa) e ai drenaggi linfonodali. Nei casi non responsivi o in progressione dopo PST, e quindi non operabili, la RT può essere effettuata con

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300090240R - I.O.M. (AG) 2384

intento palliativo.

Carcinoma Occulto

In pazienti nelle quali gli esami di diagnostica strumentale non abbiano permesso di documentare la presenza del tumore primitivo, si suggerisce, a seconda dello stadio di malattia:

T0N1: trattamento dell'N: dissezione ascellare, trattamento del T: mastectomia o RT whole breast. Si suggerisce la dose di 50 Gy con frazionamento convenzionale o dose equivalente con schemi ipofrazionati.

T0N2-3: terapia sistemica neoadiuvante seguita da chirurgia. La RT postoperatoria segue le indicazioni riportate precedentemente in relazione al tipo di chirurgia demolitiva o conservativa.

Controindicazioni al trattamento radiante:

Nell'ambito della programmazione di un approccio conservativo dovranno essere tenute in debita considerazione le controindicazioni all'approccio conservativo specifiche per la radioterapia:

- Gravidanza
- Assoluta impossibilità a mantenere la posizione (supina o prona) individuata per l'esecuzione del trattamento
- Alcune malattie del collagene quali lupus, sclerodermia, dermatomiosite se in fase quiescente rappresentano una controindicazione relativa, se in fase attiva rappresentano una controindicazione assoluta, per l'amplificazione delle tossicità segnalate (l'artrite reumatoide non è considerata controindicazione al trattamento)

• Pregressa irradiazione della parete toracica (neoplasie della regione

mediastinica e/o di altri volumi toracici).

4.6 Trattamento di Recupero e Riabilitazione

Riabilitazione dopo chirurgia sulla mammella

Tra le principali problematiche di interesse riabilitativo nelle pazienti operate per carcinoma mammario ci sono sicuramente la limitazione funzionale e articolare scapolo-omerale, le neuropatie periferiche, il linfedema e le linfangiti. In particolare, la limitazione articolare può essere causata dal dolore conseguente all'intervento o da un atteggiamento di difesa che la paziente assume anche inconsciamente nei confronti della parte operata, talvolta favoriti da precedenti sindromi dolorose a carico della spalla; il mantenimento nel tempo della rigidità articolare e della conseguente alterazione posturale possono portare ad un'alterazione permanente della biomeccanica della spalla. Il linfedema rappresenta una delle complicanze più temute per il decorso cronico progressivo, l'esordio anche tardivo e la necessità di numerosi e ripetuti cicli di linfodrenaggio associati ad elastocompressione per il suo contenimento. Fortunatamente, nel corso degli ultimi anni, tali problematiche sono molto diminuite grazie al sempre più frequente ricorso ad interventi chirurgici di tipo conservativo. La riabilitazione della donna operata al seno per carcinoma mammario prevede l'elaborazione da parte del Fisiatra del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) che tiene conto della situazione premorbosa, della rilevazione standardizzata dei diametri degli arti superiori, dell'eventuale presenza di complicanze (paralisi del nervo toracico lungo, sieroma, linfangite, linfedema, rigidità di spalla, algoneurodistrofia), e si articola, a seconda degli obiettivi riabilitativi identificati, in interventi di rieducazione motoria (Kinesiterapia).

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300090246R - I.O.M. TAG 2384

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300090246R - I.O.M. TAG 2384

segmentaria passiva, attiva assistita ed educativa dell' arto superiore interessato ed in particolare della spalla), linfo-drenaggio e bendaggi elastocompressivi per il linfedema, Counselling Fisiatrico e Fisioterapico nei confronti delle pazienti stesse, dei loro familiari con istruzioni per la prevenzione del linfedema e le attività motorie ritenute più idonee. Appare opportuno valutare tutte le pazienti operate al seno attraverso la segnalazione del Reparto Chirurgia al servizio di Fisiatria. La fisioterapista, dedicata al percorso in oggetto, concorda, prima delle dimissioni, un appuntamento che coincide con il primo controllo chirurgico. Tale incontro riveste significato di screening/triage riabilitativo oltre che di informazione-prevenzione. Durante la seduta vengono fornite informazioni utili alla prevenzione del linfedema, alla cura della cute e della cicatrice, all'utilizzo corretto dell'arto superiore nel periodo post-operatorio. Vengono inoltre insegnati semplici esercizi per il mantenimento della mobilità scapolo-omeroale da effettuare giornalmente. La fisioterapista effettua una valutazione della mobilità della spalla e della scapola ricercando eventuali deficit nervosi periferici e rileva le misure della circonferenza dell'arto superiore. Al termine della seduta viene fornito un opuscolo in cui sono riportate le indicazioni e gli esercizi spiegati. In presenza di qualsiasi cenno di complicanze relative a dolore, riduzione della mobilità, presenza di aderenze della cicatrice o segni di linfedema, la fisioterapista invia la paziente a visita fisiatrica, previa richiesta del medico curante, codice di priorità B, presso la sede del Servizio di Fisiatria competenza territoriale in relazione al domicilio della paziente. Dalla visita fisiatrica scaturisce, come già enunciato, il Progetto Riabilitativo Individuale che, sulla base delle valutazioni cliniche effettuate, definisce gli obiettivi del trattamento ed i relativi programmi comprendenti generalmente interventi di linfo-drenaggio e di

Rieducazione Motoria (Kinesiterapia passiva, attiva assistita ed attiva). Viene inoltre impostato un programma di auto trattamento per la prevenzione o gestione delle complicanze. La presa in carico da parte dell'equipe riabilitativa consente di monitorare la paziente nel tempo e di impostare e modulare il trattamento, in funzione delle complicanze che possono insorgere legate all'intervento, ai trattamenti radianti, all'evoluzione della malattia. A tale scopo, sono previste visite di controllo e follow up a distanza oltre alla disponibilità della struttura riabilitativa ad effettuare visite fisiatriche al bisogno con accesso prioritario.

4.7 Trattamento PsicoOncologico

Percorso psicologico nelle diverse fasi della neoplasia mammaria

La neoplasia mammaria può impattare significativamente sulla sfera psicologica affettiva, familiare e sessuale della paziente determinando, durante le diverse fasi della malattia oncologica, livelli di distress psicologico più o meno severi. Il distress psicologico è determinato sia dal confronto con una malattia che rappresenta una minaccia per la vita sia dagli esiti dei trattamenti oncologici che, a breve e a lungo termine, possono mettere in discussione l'identità femminile della donna. "L'intervento psicologico è mirato a favorire il processo di accettazione e adattamento alla patologia, facilitando la relazione terapeutica con l'equipe curante, sostenendo il paziente sul piano emotivo, promuovendo l'assunzione di responsabilità individuale nel processo decisionale, ma contemporaneamente, sostenendo l'assunzione delle responsabilità di cura da parte dell'equipe. Solo in tal modo si può ottenere una relazione buona, ove esista uno scambio autentico, una reale condivisione delle scelte terapeutiche, pur mantenendo ruoli chiari e definiti: medico, infermiere, paziente. Lo psicologo

Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300056240R - I.C.M. (AG) 2384

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicattì
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300056240R - I.C.M. (AG) 2384

contribuisce, dunque, alla realizzazione di un modello di cura che comprenda l'ascolto, maggiore attenzione alle esigenze personali e alla sofferenza emotiva del paziente, rendendolo più partecipe al proprio percorso terapeutico. Ugualmente elevato si manifesta il fenomeno del distress nei familiari e nei caregivers delle pazienti. Diversi studi hanno rilevato una relazione del distress psicologico con il peggioramento della qualità della vita, con l'aumento del rischio di disagio psichico nella famiglia, con la riduzione dell'aderenza ai trattamenti ormonali, con l'alterazione della relazione medico-paziente, con l'aumento dei tempi di recupero di riabilitazione e di degenza, con una minore efficacia biologica della terapia, con una riduzione della sopravvivenza ed un maggiore rischio di ricorrenza. Il benessere psicologico può inoltre essere correlato all'abilità degli operatori di dare informazioni chiare, sollecite e modulate sul bisogno di sapere delle donne, riguardo alla malattia, alle procedure diagnostiche, alle opzioni terapeutiche e alle loro conseguenze ed un giudizio ponderato sulle aspettative e sulla qualità della vita. Tale abilità permette alle pazienti di partecipare alla scelta tra diverse strategie chirurgiche, tra trattamenti chemioterapici di uguale efficacia in fase avanzata di malattia ed alla scelta tra trattamenti aggressivi di seconda linea ed il riferimento ai centri di cure palliative. Gli studi hanno messo in evidenza, inoltre, la difficoltà di rilevare routinariamente i problemi psicologici da parte degli operatori medici, in quanto non formati a tali aspetti. La "fatica" psicologica viene sottostimata e, quindi, difficilmente trattata. Altro dato di evidenza è la consapevolezza sempre più alta della "reale" sofferenza psicologica da parte delle pazienti e dei loro familiari e, quindi, la richiesta di supporto psicologico. Il supporto psicologico è un'indicazione del Piano Oncologico Nazionale 2011-2013. Il supporto psicologico alle donne con

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia

COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 30090240R - T.O.M. (AG) 2384

SEP 10 1964

- 07 SERVIZIO SANITARIO

[illegible]

CONDIZIONE	PROCEDURE	MODALITA' DI ACCESSO	TEMPI PREVISTI DI ACCESSO
STADIO 0	Chirurgia +/- Radioterapia +/- Ormonoterapia	Discussione GIC: Chirurgo, Radiologo, Anatomo Patologo. A chiamata per gli altri Specialisti del GIC Chirurgia: U.O. Chirurgia sede (in atto P.O. Canicatti) Prenotazione da parte del chirurgo al momento alla consegna dell'es. Biptico. Comunicazione telefonica al paziente della data di prericovero e della data del ricovero per l'intervento a prericovero completato Eventuale attivazione della consulenza di chirurgia plastica in caso di necessità di particolari tecniche di oncoplastica o se indicato intervento ricostruttivo o di simmetrizzazione mammaria controlaterale. Prenotazione diretta cartacea/telefonica. Terapia chirurgica: Chirurgia mammaria conservativa o demolitiva (con biopsia del LS in DIN 3 o DIN estesi) Discussione dei casi in GIC: Chirurgo, Radiologo, Anatomo Patologo, Oncologo, Radioterapista, fisiatra e definizione del percorso terapeutico con elaborazione di un referto cartaceo o informatizzato (Data Breast) del GIC da consegnare al paziente e al MMG Oncologia Il CAS Oncologico del P.O. di Canicatti, dove viene effettuato fisicamente il GIC, provvede a inviare i pazienti al CAS di appartenenza geografica mediante prenotazione telefonica. Comunicazione telefonica al paziente della data di Visita Oncologica/Visita CAS Consegna dell'esame Istologico al paziente ed inizio del percorso stabilito dal GIC. Terapia medica (il trattamento endocrino adiuvante può essere preso in considerazione in caso di positività recettoriale) -D.H. di Oncologia di tutte le Sedi ASP. Radioterapia: S.C. Radioterapia P.O. Agrigento: Prenotazione da parte del Radioterapista, successivamente alla visita GIC della data di consulenza Radioterapica e comunicazione telefonica della stessa al paziente. Trattamento radioterapico su volume mammario nella chirurgia conservativa con schedula ipofrazionata o standard in relazione a presenza di clips chirurgiche	30 giorni ± 10 g tempo di attesa per l'intervento chirurgico Visita programmata nel corso del prericovero Quando disponibile istologico definitivo (10 giorni ± 5) 7 gg per inizio trattamento CT in DH due settimane per la visita di consulenza dalla data della visita GIC e 40-50 giorni dalla chirurgia per l'inizio della radioterapia, se non prevista chemioterapia

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
 Presidio Ospedaliero Canicatti
 Dr. ANTONINO SAVARINO
 Specialista in Oncologia
 COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
 C.E. 300090240R - I.O.M. (AG) 2384

STADIO I

Chirurgia +/-

Radioterapia

+/-

Chemioterapia

+/-

Ormonoterapia

Discussione GIC: Chirurgo, Radiologo, Anatomo Patologo. A chiamata per gli altri Specialisti del GIC

Chirurgia:

U.O Chirurgia sede (in atto P.O. Canicatti)
Prenotazione da parte del chirurgo al momento alla consegna dell'es. biotico o al momento del GIC in pazienti in cui è prevista chemioterapia neoadiuvante

Comunicazione telefonica al paziente della data di prelicovero e della data del ricovero per l'intervento a prelicovero completato

Eventuale attivazione della consulenza di chirurgia plastica in caso di necessità di particolari tecniche di oncoplastica o se indicato intervento ricostruttivo o di simmetrizzazione mammaria controlaterale
Prenotazione diretta cartacea/telefonica

Terapia chirurgica Chirurgia mammaria conservativa o demolitiva con biopsia del LS se citologia linfonodale (qualora eseguita) è negativa per metastasi. Dissezione ascellare differita se linfonodo sentinella macro-metastatico con invasione della capsula e sempre nel macrometastatico dopo mastectomia.

Discussione dei casi in GIC: Chirurgo, radiologo, Anatomo Patologo, Oncologo, Radioterapista, CPSE CPSI e definizione del percorso terapeutico con elaborazione di un referto cartaceo o informatizzato (DataBreast) del GIC da consegnare al paziente e al MMG

Oncologia

Il CAS Oncologico del P.O. Di Canicatti, dove viene effettuato fisicamente il GIC, provvede a inviare i pazienti ai CAS di appartenenza geografica, mediante prenotazione telefonica.

Comunicazione telefonica al paziente della data di Visita Oncologica/visita CAS Consegna dell'esame istologico al paziente ed inizio del percorso stabilito dal GIC.

Terapia medica (il trattamento sistemico adiuvante con la terapia endocrina e/o con la polichemioterapia +/- terapia biologica con trastuzumab viene preso in considerazione dopo attenta valutazione dei fattori prognostici e predittivi di risposta ai trattamenti, delle comorbidità e della preferenza della paziente)

-D.H. di Oncologia di tutte le Sedi ASP.

Radioterapia:

S.C.Radioterapia P.O. Agrigento :

Prenotazione da parte del Radioterapista, successivamente alla visita GIC della data di consulenza Radioterapica e comunicazione telefonica della stessa al paziente.

Trattamento radioterapico su volume mammario nella chirurgia conservativa con schedula ipofrazionata o standard in relazione a presenza di clips chirurgiche

30 giorni $\pm$ 10 g tempo di attesa per l'intervento chirurgico

Visita programmata nel corso del prelicovero

Quando disponibile istologico definitivo (10 giorni $\pm$ 5)

7 gg per inizio trattamento CT in DH

due settimane per la visita di consulenza dalla data della visita GIC e 40-50 giorni dalla chirurgia per l'inizio della radioterapia, se non prevista chemioterapia

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 3006907405 - I.C.M. (AG) 2384

41 STADIO I W	Chirurgia +/- Radioterapia +/- Chemioterapia (neoadiuvante o adiuvante) +/- Ormonoterapia	Discussione GIC: Chirurgo, Radiologo, Anatomo Patologo. A chiamata per gli altri Specialisti del GIC Chirurgia: U.O. Chirurgia sede (in atto P.O. Canicatti) Prenotazione da parte del chirurgo al momento alla consegna dell'es. Biptico o al momento del GIC in pazienti in cui è prevista chemioterapia neoadiuvante Comunicazione telefonica al paziente della data di pericovero e della data del ricovero per l'intervento a pericovero completato Eventuale attivazione della consulenza di chirurgia plastica in caso di necessità di particolari tecniche di oncoplastica o se indicato intervento ricostruttivo o di simmetrizzazione mammaria controlaterale Prenotazione diretta cartacea/telefonica Terapia chirurgica Chirurgia mammaria conservativa o demolitiva con biopsia del LS, se citologia linfonodale (qualora eseguita) è negativa per metastasi. Dissezione ascellare differita se linfonodo sentinella macro-metastatico con invasione della capsula e sempre nel macrometastatico dopo mastectomia. Discussione dei casi in GIC: Chirurgo, radiologo, Anatomo Patologo, Oncologo, Radioterapista, CPSE CPSI e definizione del percorso terapeutico con elaborazione di un referto cartaceo o informatizzato (Data Breast) del GIC da consegnare al paziente e al MMG Oncologia Terapia medica: Il CAS Oncologico del P.O. di Canicatti, dove viene effettuato fisicamente il GIC, provvede a inviare i pazienti ai CAS di appartenenza geografica, mediante prenotazione telefonica. Comunicazione telefonica al paziente della data di Visita Oncologica/visita CAS Consegna dell'esame istologico al paziente ed inizio del percorso stabilito dal GIC. Terapia medica (il trattamento sistemico adiuvante con la terapia endocrina e/o con la polichemioterapia +/- terapia biologica con trastuzumab viene preso in considerazione dopo attenta valutazione dei fattori prognostici e predittivi di risposta ai trattamenti, delle comorbilità e della preferenza della paziente). -D.H. di Oncologia di tutte le Sedi ASP Radioterapia S.C. Radioterapia P.O. Agrigento: Prenotazione da parte del Radioterapista, successivamente alla visita GIC, della data di consulenza Radioterapica e comunicazione telefonica della stessa al paziente. Trattamento radioterapico su volume mammario nella chirurgia conservativa con schedata ipofrazionata o standard in relazione a presenza di clips chirurgiche	30 giorni $\pm$ 10 g tempo di attesa per l'intervento chirurgico Visita programmata nel corso del pericovero Quando disponibile istologico definitivo (10 giorni $\pm$ 5) 7 gg per inizio trattamento CT in DS due settimane per la visita di consulenza dalla data della visita GIC e 40-50 giorni dalla chirurgia per l'inizio della radioterapia, se non prevista chemioterapia
------------------------------------	---	---	---

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300099240R - 10.17.17 (AG) 2384

 STADIO IV	Chemioterapia +/- Ormonoterapia +/- Terapie a bersaglio molecolare +/- Radioterapia	Terapia medica: Il CAS Oncologico del P.O. Canicatti, dove in atto, viene effettuato fisicamente il GIC, provvede a inviare i pazienti ai CAS di appartenenza geografica, mediante prenotazione telefonica. Comunicazione telefonica al paziente della data di Visita Oncologica/visita CAS. La scelta della terapia sistemica viene effettuata in base alle caratteristiche cliniche della malattia metastatica: malattia indolente o malattia aggressiva; delle caratteristiche biologiche (in particolare dello stato recettoriale e espressione HER 2) e della preferenza della paziente. D.S. di Oncologia di tutte le Sedi ASP Radioterapia: S.C. Radioterapia P.O. Agrigento: Prenotazione diretta da parte della segreteria della visita di consulenza e comunicazione telefonica al paziente della data e/o allo Specialista che invia il paziente qualora non sia stata effettuata la visita GIC Trattamento sintomatico su sede metastatica	7 gg per inizio trattamento CT in DS 1 settimana
STADIO IV unfit	Presa in carico cure palliative	Prenotazione telefonica da GIC o prenotazione diretta da Medico Cure Palliative durante GIC	1 settimana

5. Responsabilità

È responsabilità di ogni professionista effettuare le attività descritte nel percorso per le rispettive competenze. È responsabilità del coordinatore del Gruppo di lavoro l'effettuazione delle attività di monitoraggio previste.

6. Aspetti etici

Definire un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale consente di favorire l'integrazione fra i vari professionisti coinvolti nel processo di cura assicurando omogeneità di comportamento. Nella gestione di casi complessi il lavoro in gruppo e la condivisione dei processi e degli obiettivi di cura favorisce migliori risultati di salute. Definire un percorso di cura ha anche la finalità di favorire equità nell'accesso ai servizi da parte dei pazienti.

Presidio Ospedaliero Canicatti
 Dr. ANTONINO SAVARINO
 Specialista in Oncologia
 COORDINATORE BREAST UNIT/ASP AG
 C.E. 300090240R - I.O.M. (AG) 2384

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
 Presidio Ospedaliero Canicatti
 Dr. ANTONINO SAVARINO
 Specialista in Oncologia
 COORDINATORE BREAST UNIT/ASP AG
 C.E. 300090240R - I.O.M. (AG) 2384

7. STRUMENTI DI GESTIONE DEL DOCUMENTO

7.1 Documenti correlati

- AIOM Linee Guida, Neoplasie della mammella. Edizione 2017. Disponibile online: www.aiom.it
- NCCN Guide Lines for treatment of cancer by site: Breast cancer. Version 3.2017. disponibile online: www.nccn.org

7.2 Monitoraggio

7.2.1 Attività di controllo

Il percorso di cura verrà sottoposto ad almeno 2 audit clinici nel periodo di validità del documento, nel corso dei quali verranno valutati i risultati raggiunti, quelli raggiungibili "a isorisorse" e quelli da raggiungere "non a isorisorse".

7.2.2 Indicatori

a) Indicatori di Processo

- Frequenza degli incontri multidisciplinari (> 2/mese)
- Nuove pazienti valutate nelle Riunioni Multidisciplinari (> 150/anno)
- Intervallo fra diagnosi definitiva e intervento chirurgico (entro 21 giorni dalla prescrizione in almeno l'80% dei casi, entro 30 giorni nel 100% dei casi)
- Tempo di attesa del referto istologico completo (< 20 giorni in almeno l'80% dei casi)
- Intervallo fra diagnosi definitiva ed inizio terapia medica primaria (< 14 giorni in almeno il 90% dei casi)
- Intervallo tra intervento chirurgico ed inizio della terapia medica adiuvante (< 5 settimane in almeno 80% dei casi)
- Intervallo tra intervento chirurgico conservativo ed inizio della radioterapia nelle pazienti non sottoposte a chemioterapia adiuvante (< 90 giorni in almeno 80% dei casi)
- Intervallo tra il termine della chemioterapia adiuvante ed inizio della radioterapia complementare (< 30 giorni in almeno 80% dei casi)
- Pazienti perse al follow-up dei primi 5 anni (<5%)

b) Indicatori Clinici

- Intervento Chirurgico conservativo nei casi pT1 (> 85%)
- Margini indenni (> 1mm) all'intervento chirurgico definitivo (> 95%)
- Numero Linfonodi ascellari asportati > 10 in caso di svuotamento ascellare (> 95%)

01/02/2018
Dr. ANTONINO SAYARINO

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicattì
Dr. ANTONINO SAYARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300090240R - I.O.M. (AG) 2384

- Non dissezione ascellare nei carcinomi duttali in situ (escluso linfonodo sentinella) (>99%)
- Tasso di identificazione del linfonodo sentinella in sala operatoria (>90%)
- Pazienti con carcinoma mammario con recettori ormonali positivi, non a rischio minimo di recidiva, alle quali viene prescritta terapia ormonale adiuvante per 5 anni (>80%)
- Pazienti non ormonoresponsive a cui viene offerto un trattamento chemioterapico (> 80%)
- Pazienti con tumori unicentrici superiori a cm. 2.5 di diametro che ricevono una terapia medica prechirurgica (> 70%)

c) Indicatori di esito

- Recidive intramammarie dopo chirurgia conservativa (< 5% a 5 anni)
- Intervallo libero da malattia per stadio
- Sopravvivenza globale per stadio

8. Modalità di implementazione

Il documento sarà pubblicato nell'area intranet dell'Azienda. Sarà inoltre distribuito a tutte le Strutture Organizzative coinvolte nel processo e sarà presentato nei dipartimenti interessati in occasione delle riunioni di Dipartimento.

9. Bibliografia

- 1 EUSOMA. Multidisciplinary aspects of quality assurance in the diagnosis of breast disease (Perry NM eds.). revised EUSOMA position paper *Eur J Canc* 2001; 37: 159-172.
- 2 Wells CA, Amendoeira I, Bellocq JP, Bianchi S, Boecker W, Borisch B, Bruun Rasmussen B, Callagy GM, Chmielik E, Cordoba A, Csemi G, Decker T, DeGaetano J, Drijkoningen M, Ellis IO, Faverly DR, - Grazio S, Grabau D, Heikkilä P, Iacovou E, Jacquemier J, Kaya H, Kulka J, Lacerda M, Liepniece-Karele I, Martinez-Penuela J, Quinn CM, Rank F, Regitnig P, Reiner A, Sapino A, Tot T, Van Diest PJ, Varga Z, Wesseling J, Zolota V, Zozaya-Alvarez E (2013). S2: Pathology update. *Quality assurance guidelines for pathology*. In: *European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth edition*, Supplements. Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L (eds.). European Commission, Office for Official Publications of the European Union, Luxembourg, pp. 73-120.
- 3 Taffurelli M, Pellegrini A, Ghignone F, Santini D, Zanotti S, Serra M. Positive predictive value of breast lesions of uncertain malignant potential (B3): Can we identify high risk patients? The value of a multidisciplinary team and implications in the surgical treatment. *Surg Oncol* 2016; 25: 119-122.
- 4 Lee CH, Carter D, Philpotts LE, Couce ME, Horvath LJ, Lange RC, Tocino I. Ductal carcinoma in situ diagnosed with stereotactic core needle biopsy: can invasion be predicted? *Radiology* 2000; 217(2): 466-70.
- 5 Ministero della Salute. *Documento del Gruppo di lavoro per la definizione di specifiche modalità organizzative e assistenziali della rete dei centri di senologia*. Roma, maggio 2014 (www.anisc.org/website/wp-content/uploads/2014/05/Documento-Ministeriale-27-Maggio-2014.pdf)
- 6 Associazione Senonetwork Italia OnLus. *Core curriculum Infermiere di Senologia*. Maggio 2014. (<http://www.senonetwork.it/pagina/show/17>)
- 7 Taffurelli M, Montroni I, Santini D, Zamagni C, Fiacchi M, Zanotti S, Pellegrini A, Ugolini G. The Neoadjuvant Net: a patient- and surgeon- friendly device to facilitate safe breast-conserving surgery in patients who underwent neoadjuvant treatment. *Breast* 2012; 21: 499-502.

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300082402 - (031) 2384

- 8 Takamoto K, Shimazu K, Naoi Y, Shimomura A, Shimoda M, Kagara N, Kim SJ, Tamaki Y, Noguchi S. One-Step Nucleic Acid Amplification Assay for Detection of Axillary Lymph Node Metastases in Breast Cancer Patients Treated with Neoadjuvant Chemotherapy. *Ann Surg Oncol*. 2016; 23: 78-86.
- 9 Unione Internazionale per il Controllo del Cancro (UICC). *TNM Classificazione dei tumori maligni*, 8^a edizione (acura di J.D. Brierley, M.K. Gospodarowicz, C. Wittekind; tr. it. di A. Carbone e R. Zanetti). Raffaello Cortina Editore, Milano 2017.
- 10 Ogston KN, Miller ID, Payne S, Hutcheon AW, Sarkar TK, Smith I, Schofield A, Heys SD. A new histological grading system to assess response of breast cancers to primary chemotherapy: Prognostic significance and survival. *Breast*. 2003; 12: 320-327.
- 11 AIOM-SIAPEC-IAP. *Consensus Workshop e Raccomandazioni sull'impiego delle diverse metodiche per la determinazione dello stato di HER2 nel carcinoma mammario e nel carcinoma gastrico*. Effetti editore (www.siapec.it/content/file/2785/CP_Catania%20DEF.pdf).
- 12 Pinder SE, Provenzano F, Earl H, Ellis IO. Laboratory handling and histology reporting of breast specimens from patients who have received neoadjuvant chemotherapy. *Histopathology*. 2007; 50: 409-417.
- 12 The University of Texas. MD Anderson cancer center. *Breast Residual cancer Burden*. (<https://www.mdanderson.org/for-physicians/clinical-tools-resources/clinical-calculators/residual-cancer-burden.html>).
- 13 Wells C.A. *Quality assurance guidelines for pathology*. In: *European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis, Fourth Edition*. 2006; 221-311.
- 14 *Requisiti minimi e standard di refertazione per carcinoma della mammella*, SIAPEC Piemonte - Rete Oncologica, 2009.
- 15 Ministero della Salute: *Linee Guida: Tracciabilità, raccolta, trasporto, conservazione e archiviazione di cellule e tessuti per indagini diagnostiche di anatomia patologica*. Maggio 2015.
- 16 *Protocol for the examination of specimens from patients with invasive carcinoma of the breast*, College of American Pathologist (CAP) 2016.
- 17 Elston CW, Ellis IO. Pathological prognostic factors in breast cancer: experience from a large study with long-term follow-up. *Histopathol* 1991; 19: 403-410.
- 18 Sobin L, Gospodarowicz M, Wittekind Ch (eds). *UICC TNM classification of malignant tumours, 7th edition*. John Wiley and Sons Inc., New York, 2010.
- 19 *WHO Classification of Tumours of the Breast*. Edited by Lakhani SR, Ellis IO, Schnitt SJ, Tan PH, van de Vijver MJ. Lyon, France: IARC press 2012.
- 20 *Pathology reporting of breast disease*. NHSBSP Pub. N° 58. January 2005.
- 21 West NR et al.: Tumor-Infiltrating lymphocytes predict response to anthracycline-based chemotherapy in estrogen receptor-negative breast cancer. *Breast Cancer Research* 2011, 13: R126.
- 22 Dieci M.V. et al: Prognostic value of tumor-infiltrating lymphocytes on residual disease after primary chemotherapy for triple-negative breast cancer: a retrospective multicenter study. *Annals of Oncology* 2014; 25: 611-618.
- 23 Taffurelli M, Montroni I, Santini D, Fiacchi M, Zanotti S, Ugolini G, Serra M, Rosati G. Effectiveness of sentinel lymph node intraoperative examination in 753 women with breast cancer: are we overtreating patients? *Ann Surg*. 2012; 255: 976-80.
- 24 Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM). *Linee guida delle neoplasie della mammella - edizione 2016*, aggiornamento 19 ottobre 2016, p. 131-133. (<http://www.aiom.it/professionisti/documenti-scientifici/linee-guida/1,413,1,>).
- 25 Goldhirsch A, Winer EP, Coates AS, Gelber RD, Piccart-Gebhart M, Thürlimann B, Senn H-J Panel members. Personalizing the treatment of women with early breast cancer: highlights of the St Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2013. *Ann Oncol* 2013; 24: 2206-2013. <http://www.oncoconferences.ch/dynasite.cfm?dsid=500320>
- 26 Coates AS, Winer EP, Goldhirsch A, Gelber RD, Gnant AM, Piccart-Gebhart M, Thürlimann B, Senn H-J Panel members. Tailoring therapies - improving the management of early breast cancer: St Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2015. *Ann Oncol* 2015; 26: 1533-1546. <http://www.oncoconferences.ch/Consensus2015>
- 27 Curigliano G, Burstein HJ, Winer EP, Gnant M, Dubsy P, Loibl S, Colleoni M, Regan MM, Piccart-Gebhart M, Senn H-J, Thürlimann B, on behalf of the Panel Members of the St. Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2017. 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* 2017; 28: 1700-1712. <http://www.oncoconferences.ch/dynasite.cfm?dsid=501605>

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
 Presidio Ospedaliero Canicatti
 D. ANTONIO SAVARNO
 Specialista in Oncologia
 COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
 C.E. 300090240R - I.O.M. (AG) 2584

- 28 Yang WJ, Dryden MJ, Gwyn K, Whitman GJ, Theriault R. Imaging of breast cancer diagnosed and treated with chemotherapy during pregnancy. *Radiology* 2006; 239: 52-60.
- 29 Javrozoglou I, Vrekoussis T, Kontosolis E, Dousias V, Zervoudis S, Stathopoulos EN, Zoras O, Paraskevaides E. Breast cancer during pregnancy. A mini-review. *Eur J Surg Oncol* 2008; 34: 837-843.
- 30 Gentilini O, Cremonesi M, Toesca A, Colombo N, Peccatori F, Sironi R, Sangalli C, Rotmensz N, Pedrolì G, Viale G, Veronesi P, Galimberti V, Goldhirsch A, Veronesi U, Paganelli G. Sentinel lymph node biopsy in pregnant patients with breast cancer. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* 2010; 37: 78-83.
- 31 Stensheim H, Møller B, van Dijk T, Fosså SD. Cause-specific survival for women diagnosed with cancer during pregnancy or lactation: a registry-based cohort study. *J Clin Oncol* 2009; 27: 45-51.
- 32 Minicozzi P, Cirilli C, Federico M, Capocaccia R, Budroni M, Candela P, Falcini F, Fusco M, Giacomini A, La Rosa F, Traina A, Tumino R, Sant M. Differences in stage and treatment of breast cancer across Italy point to inequalities in access to and availability of proper care. *Tumori* 2012; 98: 204-209.
- 33 De Bock GH, Bonnema J, van der Hage J, Kievit J, va de Velde CJ. Effectiveness of routine visits and routine tests in detecting isolated locoregional recurrences after treatment for early-stage invasive breast cancer: a meta-analysis and systematic review. *J Clin Oncol* 2004; 22: 4010-4018.
- 34 Khatcheressian JL, Hurley P, Bantug E, et al; American Society of Clinical Oncology. Breast cancer follow-up and management after primary treatment: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol* 2013; 31: 961-5.
- 35 NCCN Clinical Practice Guidelines In Oncology (NCCN Guidelines®). Breast Cancer. Version 2.2016. <http://www.nccn.org/>. Ultimo accesso 03/09/2016.
- 36 Senkus E, Kyriakides S, Ohno S, et al. ESMO Guidelines Committee. Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2015; 26 (suppl. 5): v8-30.
- 37 Linee guida Neoplasie della mammella. Edizione 2015. <http://www.aiom.it/>. Ultimo accesso 03/09/2016.
- 38 Runowicz CD, Leach CR, Henry NL, et al. American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. *J Clin Oncol* 2016; 34: 611-35.
- 39 Smith IL, Dowsett M, Yap YS, et al. Adjuvant aromatase inhibitors for early breast cancer after chemotherapy-induced amenorrhoea: caution and suggested guidelines. *J Clin Oncol* 2006; 24: 2444-2447.
- 40 Runowicz CD, Leach CR, Henry NL, Henry KS, Mackey HT, Cowens-Alvarado RL, Cannady RS, Pratt-Chapman ML, Edge SB, Jacobs LA, Hurria A, Marks LB, LaMonte SJ, Warner E, Lyman GH, Ganz PA. American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. *J Clin Oncol*. 2016; 34: 611-635.
- 41 Stubblefield MD. Cancer rehabilitation. *Semin Oncol*. 2011; 38: 386-393.
- 42 Harris SR, Schmitz KH, Campbell KL, McNeely ML. Clinical practice guidelines for breast cancer rehabilitation: syntheses of guideline recommendations and qualitative appraisals. *Cancer*. 2012; 118 (suppl. 8): 2312-2324.
- 43 American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Survivorship Guidelines, Endorsements and Adaptations: Summary of Recommendations. American Society of Clinical Oncology, 2014.
- 44 McNeely ML, Campbell K, Ospina M, et al. Exercise interventions for upper-limb dysfunction due to breast cancer treatment. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; 6: CD005211.
- 45 Michelini S, Campisi C, Ricci M, Gasbarro V, Cestari M, Mattassi R, Molisso A, Zanetti L, Allegra C, Cavezzi A, Aiello A, Conte M, Palumbo M, Ghilardini R, Rocco V, Failla D. Linee Guida italiane sul linfedema. *Eur Med Phys* 2007; 43 (suppl. 1): 1-4.
- 46 Mohler ER, Babak M. Clinical staging and conservative management of peripheral lymphedema. In Strada EA, Portenoy RK. Psychological, rehabilitative, and integrative therapies for cancer pain. Jun 2016. *MJHS Hospice and Palliative Care*, NYC UpToDate 1-22.
- 47 Ay AA, Kutun S, Cetin A. Lymphoedema after mastectomy for breast cancer: importance of supportive care. *S Afr J Surg* 2014; 52: 41-44.
- 48 Rebegea L, Firescu D, Dumitru M, Anghel R. The incidence and risk factors for occurrence of arm lymphedema after treatment of breast cancer. *Chirurgia (Bucur)* 2015; 110: 33-37.
- 49 DiSipio T, Rye S, Newman B, Hayes S. Incidence of unilateral arm lymphoedema after breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol* 2013; 14: 500-515.
- 50 Das N, Baumgartner RN, Riley EC, Pinkston CM, Yang D, Baumgartner KB. Treatment-related risk factors for arm lymphedema among long-term breast cancer survivors. *J Cancer Surviv* 2015; 9: 422-430.
- 51 Ezzo J, Manheimer E, McNeely ML, Howell DM, Weiss R, Johansson KI, Bao T, Bily L, Tuppo CM, Williams AF, Karadibak D. Manual lymphatic drainage for lymphedema following breast cancer treatment. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 21: 5.
- 52 Capanna R, Piccioli A, Di Martino A, Daolio PA, Ippolito V, Maccauro G, Piana R, Ruggieri P, Gasbarrini A, Spinelli MS, Campanacci DA; Italian Orthopaedic Society Bone Metastasis Study Group. A.S.P. N. 201 AGRIGENTO

Presidio Ospedaliero Canicatti
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AG
C.E. 300090240R - I.C.M. (AG) 2384

Management of long bone metastases: recommendations from the Italian Orthopaedic Society Bone metastasis study group. *Expert Rev Anticancer Ther* 2014; 14: 1127-1134.

53 New PW, Marshall R, Stubblefield MB, Scivoletto G. Rehabilitation of people with spinal cord damage due to tumor: literature review, international survey and practical recommendations for optimizing their rehabilitation. *J Spinal Cord Med* 2016, April 18.

54 Fortin CD, Voth J, Jaglal SB, Craven BC. Inpatient rehabilitation outcomes in patients with malignant spinal cord compression compared to other non-traumatic spinal cord injury. A population based study. *J Spinal Cord Med* 2015; 38: 754-764.

55 Menning S, de Ruiter MB, Veltman DJ, Koppelmans V, Kirschbaum C, Boogerd W, Reneman L, Schagen SB. Multimodal MRI and cognitive function in patients with breast cancer prior to adjuvant treatment--the role of fatigue. *Neuroimage Clin* 2015; 7: 547-554.

56 Bower JE, Bak K, Berger A, Breitbart W, Escalante CP, Ganz PA, Schnipper HH, Lacchetti C, Ligibel JA, Lyman GH, Ogaily MS, Pirl WF, Jacobsen PB. Screening, assessment, and management of fatigue in adult survivors of cancer: an American Society of Clinical oncology clinical practice guideline adaptation. *J Clin Oncol*. 2014; 32: 1840-1850. American Society of Clinical Oncology

57 Elkins G, Fisher W, Johnson A. Mind body therapies in integrative oncology. *Curr Treat Options Oncol* 2010; 11: 128-140.

58 Chaoul A, Milbury K, Sood, AK, Prinsloo S, Cohel L. Mind-body practices in cancer care. *Curr Oncol Rep*. 2014; 16: 417.

59 Horneber M, Bueschel G, Dennert G, Less D, Ritter E, Zwahlen M. Integr Cancer Ther How many cancer patients use complementary and alternative medicine: a systematic review and metaanalysis *Integr Cancer Ther* 2012, 11: 187-203.

60 Hui D, Bruera E. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. *Nat Rev Clin Oncol* 2016; 13:159-171.

61 Ferrell BR, Temel JS, Temin S, et al. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol* 2017; 35: 96-112.

62 Quill TE1, Abernethy AP. Generalist plus specialist palliative care--creating a more sustainable model. *N Engl J Med* 2013; 368: 1173-1175.

63 Hui D, Bruera E. Models of integration of oncology and palliative care. *Ann Palliat Med* 2015;4: 89-98.

64 Glare PA, Semple D, Stabler SM, Saltz LB. Palliative care in the outpatient oncology setting: evaluation of a practical set of referral criteria. *J Oncol Pract* 2011; 7: 366-370.

65 Linee Guida AIOM. *Terapia del dolore in Oncologia*. A cura di: Maltoni M, Caraceni A, Pignatelli A, Tamburini E, Tassinari D, Trentin L, Zagonel V. Capitolo: "Cure palliative precoci in presenza di dolore difficile" Ed 2016, pp. 53-55.

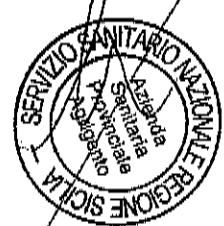
66 Glare PA, Chow K. Validation of a Simple Screening Tool for Identifying Unmet Palliative Care Needs in Patients With Cancer. *J Oncol Pract* 2015 Jan; 11: e81-6. doi: 10.1200/JOP.2014.001487. Epub 2014 Nov 12.

67 Hui D, Mori M, Watanabe SM, et al. Referral criteria for outpatient specialty palliative cancer care: an international consensus. *Lancet Oncol* 2016; 17: e552-e559.

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicattì
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AGI
C.E. 300090240R - I.D.M. (AG) 2384

A.S.P. N. 201 AGRIGENTO
Presidio Ospedaliero Canicattì
Dr. ANTONINO SAVARINO
Specialista in Oncologia
COORDINATORE BREAST UNIT ASP AGI
C.E. 300090240R - I.D.M. (AG) 2384

721



h)



h)

PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione, su conforme relazione dell'addetto, è stata pubblicata all'albo pretorio on line dell'ASP di Agrigento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n.30 del 03/11/93 e dell'art. 32 della Legge n. 69 del 18/06/09 e s.m.i., dal _____ al _____

L'Incaricato

Il Funzionario Delegato
Il Titolare di Posizione Organizzativa
Ufficio di Segreteria, Proposte di atti e Anuma
Dott.ssa Patrizia Tedesco

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

DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

Dell'Assessorato Regionale della Salute ex L.R. n. 5/09 trasmessa in data _____ prot. n. _____

SI ATTESTA

Che l'Assessorato Regionale della Salute:

- 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 19 APR. 2018

Agrigento, lì

~~IL FUNZIONARIO INCARICATO~~
~~IL TITOLARE DI POSIZIONE ORGANIZZATIVA~~
UFFICIO DI SEGRETERIA, PROPOSTE
DI ATTI E ANUMA
Patrizia Tedesco

REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

- Revoca/annullamento in autotutela con provvedimento n. _____ del _____
- Modifica con provvedimento n. _____ del _____

Agrigento, lì

IL FUNZIONARIO INCARICATO