



ARCS
Azienda Regionale
di Coordinamento
per la Salute

Rete Oncologica: Filiera Mammella (Rete Senologica Regionale)

Sommario

| | |
|--|----|
| Normativa di riferimento..... | 3 |
| <i>Normativa nazionale</i> | 3 |
| <i>Normativa regionale</i> | 3 |
| Premessa e dati epidemiologici | 4 |
| La filiera Mammella in regione (Rete Senologica Regionale) | 5 |
| <i>Oggetto</i> | 5 |
| <i>Finalità e obiettivi</i> | 5 |
| <i>Elementi Costitutivi</i> | 6 |
| <i>Strumenti</i> | 7 |
| <i>Standard strutturali ed organizzativi</i> | 7 |
| <i>Monitoraggio e condivisione dei dati</i> | 8 |
| <i>Informazione e comunicazione</i> | 8 |
| <i>Coordinamento della filiera mammella</i> | 8 |
| <i>Formalizzazione dei documenti operativi</i> | 9 |
| Presenza in carico delle pazienti | 10 |
| <i>Programma di screening regionale</i> | 10 |
| <i>Unità Senologiche Aziendali</i> | 11 |
| <i>Associazioni delle pazienti</i> | 11 |
| Percorso di cura..... | 13 |
| <i>Fase degli accertamenti e della diagnosi</i> | 13 |
| <i>Comunicazione della diagnosi</i> | 13 |
| <i>Trattamento</i> | 14 |
| <i>Fase chirurgica</i> | 14 |
| <i>Fase medica/oncologica</i> | 14 |
| <i>Fase della riabilitazione e follow-up</i> | 14 |
| <i>Cure palliative</i> | 15 |

Normativa di riferimento

Normativa nazionale

Decreto legge 13 settembre 2012, convertito con la legge 8 novembre 2012, n. 189 recante: «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute».

Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano Rep. Atti n°185/CSR del 18 dicembre 2014, recante *“Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia”*.

Decreto Ministero Salute 2/4/2015, n.70, pubblicato sulla G.U. n.127 del 4/6/2015, con il quale è stato formalizzato il *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”*.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 di *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*.

Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il *Patto per la salute per gli anni 2019-2021* (rep. atti n. 209/CSR del 18 dicembre 2019).

Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il *Piano nazionale della prevenzione 2020-2025* (rep. atti n. 127/CSR del 6 agosto 2020).

Normativa regionale

Delibera di Giunta regionale n. 2.830 del 28 ottobre 2005 *“Programma di screening mammografico per la regione Friuli Venezia Giulia – approvazione”*.

Delibera di Giunta regionale n. 2.049 del 29 novembre 2019 *Recepimento accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano n. 59/csr del 17 aprile 2019 concernente “Revisione delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni per la rete oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e post con l'attività territoriale” e istituzione della rete oncologica del Friuli Venezia Giulia*.

Legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22 recante *Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006*.

Delibera di Giunta regionale n. 2.139 del 12 dicembre 2019 *“Recepimento dell'accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente “Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della Rete dei Centri di Senologia” e linee regionali di attuazione”*.

Premessa e dati epidemiologici

Il cancro al seno costituisce la patologia tumorale più frequente nelle donne, rappresentando la seconda causa di morte in Europa. La Risoluzione del Parlamento europeo sul cancro al seno nell'Unione europea [2002/2279(INI)], indicando la lotta al cancro della mammella come una delle priorità della politica sanitaria degli Stati membri, ha affermato che ogni donna deve aver accesso a uno screening, a cure e a una post-terapia di qualità. Chiede inoltre che tutte le donne affette da carcinoma della mammella abbiano il diritto ad essere curate da un'équipe inter-disciplinare, invitando gli Stati membri a sviluppare una rete capillare di centri di senologia certificati e inter-disciplinari, elencandone i criteri di qualità.

In Italia il tumore della mammella costituisce la prima causa di morte nella fascia di età compresa tra i 35 e i 50 anni, con una notevole variabilità geografica tra nord e centro/sud. L'incidenza e la prevalenza sono in aumento, per l'individuazione precoce dei tumori e per l'aumento della durata di vita delle pazienti.

È dimostrato che un approccio multi-disciplinare e multi-professionale aumenta le probabilità di sopravvivenza e la qualità di vita delle pazienti, secondo un modello che prevede l'attivazione di percorsi dedicati che permettano la presa in carico della donna con neoplasia della mammella, sia in fase terapeutica che riabilitativa¹.

Le Unità Senologiche (Breast-Unit nella letteratura anglosassone) rappresentano il modello clinico organizzativo che mette al servizio della donna competenze specifiche e tecnologie avanzate, in una logica di sistema integrato.

In Italia il carcinoma della mammella è il tumore più frequente nel sesso femminile e in Friuli Venezia Giulia l'incidenza è superiore rispetto alla media nazionale con 170 nuovi casi annui ogni 100.000 donne (la media nazionale è di 146). Nel 2019 si è registrato un numero totale di 1.776 interventi chirurgici (di cui 1.563 primi interventi) distribuiti all'interno del territorio regionale.

Indicatori statistici dimostrano un costante aumento della probabilità di sopravvivenza dopo la malattia nelle donne del Friuli Venezia Giulia: +9% dopo 5 anni dalla diagnosi. Tuttavia ogni anno più di 300 decessi sono causati dalla neoplasia (oltre 12.000 in Italia).

¹ Laura Biganzoli, Fatima Cardoso, Marc Beishon, David Cameron, Luigi Cataliotti, Charlotte E. Coles, Roberto C. Delgado Bolton, Maria Die Trill, Sema Erdem, Maria Fjell, Romain Geiss, Mathijs Goossens, Christiane Kuhl, Lorenza Marotti, Peter Naredi, Simon Oberst, Jean Palussière, Antonio Ponti, Marco Rosselli Del Turco, Isabel T. Rubio, Anna Sapino, Elzbieta Senkus-Konefka, Marko Skelin, Berta Sousa, Tiina Saarto, Alberto Costa, Philip Poortmans.

The requirements of a specialist breast centre. *The Breast*, Volume 51, 2020, Pages 65-84.

La filiera Mammella in regione (Rete Senologica Regionale)

Oggetto

La filiera Mammella della Rete Oncologica nasce con l'obiettivo di garantire, sull'intero territorio regionale, l'assetto organizzativo più idoneo ad affrontare la patologia tumorale della mammella, dalla diagnosi precoce ai percorsi di cura, riabilitazione e follow-up. L'assetto organizzativo deve permettere il massimo delle opportunità clinico-assistenziali alle cittadine in termini di:

- migliore assistenza possibile, indipendentemente dall'area territoriale, dall'età della persona e dalla sua situazione sociale, economica e culturale;
- possibilità d'accesso alle migliori cure, secondo quanto stabilito dalle linee guida nazionali e internazionali accreditate e condivise dalle società scientifiche.

Finalità e obiettivi

La costituzione della rete senologica regionale assume particolare importanza, quale modalità organizzativa in grado di mettere in relazione i diversi professionisti, a vario titolo coinvolti sia a livello territoriale che ospedaliero. Si pone l'obiettivo di garantire una presa in carico complessiva della persona colpita dalla patologia al fine di favorire la diagnosi precoce, aumentare le probabilità di sopravvivenza e la qualità della vita della paziente.

La filiera Mammella della rete oncologica nasce con le seguenti finalità:

- garantire appropriatezza dei trattamenti e alti livelli di qualità nell'erogazione delle attività da parte dei nodi della filiera;
- migliorare gli esiti delle cure;
- perseguire alti livelli di qualità percepita dai cittadini;
- assicurare i flussi informativi regionali e nazionali per garantire dati omogenei per l'effettuazione delle valutazioni di performance dei servizi offerti e di costo/efficacia, attraverso azioni di benchmark nazionali e sovra-nazionali;
- favorire l'acquisizione di competenze professionali adeguate alla gestione del paziente con patologia tumorale mammaria, da parte degli operatori coinvolti ai vari livelli, attraverso l'attuazione di iniziative formative comuni su tutto il territorio regionale.

Obiettivi comuni e generali della filiera Mammella sono i seguenti:

- garantire la continuità assistenziale e l'integrazione operativa tra servizi territoriali e strutture ospedaliere, ottimizzando al massimo tempi e modalità di intervento con l'applicazione di protocolli diagnostico-terapeutici assistenziali e riabilitativi condivisi su tutto il territorio regionale;
- favorire l'integrazione interdisciplinare e interprofessionale;
- diffondere le buone pratiche cliniche;



- definire criteri di appropriatezza del setting assistenziale in relazione alle prestazioni erogate con la centralizzazione dei pazienti negli ospedali HUB (*"il paziente giusto, nel posto giusto, nel tempo giusto"*);
- garantire la sicurezza delle cure tramite standard strutturali e qualitativi, l'efficacia dei trattamenti, l'efficienza nell'utilizzo delle risorse e la qualità delle prestazioni erogate in base al principio del rispetto dei volumi minimi di casistica da trattare;
- perseguire l'innovazione clinico-professionale e organizzativo-gestionale valorizzando le professionalità del sistema e la collaborazione con le altre istituzioni di ricerca;
- contribuire a riqualificare l'offerta sanitaria per rendere più efficace la spesa sanitaria e sociosanitaria e assicurare la sostenibilità del Servizio sanitario regionale;
- proporre strumenti informativi comuni per consentire il lavoro in rete e il collegamento tra le strutture regionali;
- assicurare i flussi informativi regionali e nazionali;
- favorire l'acquisizione di competenze professionali adeguate alla gestione del paziente nei diversi livelli di cura e assistenza, da parte degli operatori coinvolti ai vari livelli, attraverso l'attuazione di iniziative formative comuni su tutto il territorio regionale;
- individuare indicatori per valutare l'appropriatezza organizzativa, dei trattamenti, degli esiti delle cure, dei livelli di qualità erogati dai nodi delle reti e della qualità percepita dai cittadini ed effettuare le valutazioni di performance dei servizi offerti e di costo/efficacia.

Elementi Costitutivi

La rete senologica regionale si avvale di strutture o nodi che articolati e integrati funzionalmente tra loro, tramite percorsi e modalità operative definite, garantiscono la presa in carico complessiva del paziente con tumore alla mammella sull'intero territorio regionale. L'organizzazione della rete si fonda sull'individuazione di tre bacini d'utenza che fanno riferimento ai tre presidi ospedalieri hub.

- Gli elementi costitutivi della RSR sono
- Il Gruppo di coordinamento della RSR
- Il programma di Screening per la prevenzione del tumore della mammella in Friuli Venezia Giulia
- Le Unità Senologiche Aziendali
- Le Associazioni dei pazienti

La Rete dei Centri di Senologia Regionale (RCS) e le Unità Senologiche, affiancando l'attività di screening regionale, nasce con lo scopo di migliorare e rendere omogenei i percorsi di diagnosi precoce, di terapia (chirurgica, ricostruttiva, farmacologica e radioterapica), di riabilitazione e di follow-up adottando gli standard definiti dai documenti politici di indirizzo nazionali² e regionali³, e i principi espressi dal Progetto Senonetwork.

² Rep. Atti n°185/CSR 18 dicembre 2014 "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia"

³ DGR n°2139 12 dicembre 2019 "Recepimento dell'accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della Rete dei Centri di Senologia" e linee regionali di attuazione"

Strumenti

La filiera Mammella si avvale dei seguenti strumenti comuni:

- Sistema informatico che permetta la condivisione delle informazioni cliniche (repositori aziendale) e dell'imaging (PACS regionale) fra le strutture che hanno in carico la stessa paziente;
- Percorsi assistenziali (PDTA) che permettano di assicurare la presa in carico della paziente nelle varie fasi di malattia e negli specifici setting sull'intero territorio regionale;
- Telemedicina quale strumento di consulto, registrazione, trasmissione a distanza di parametri e/o di immagini diagnostiche e archiviazione delle stesse;
- Prestazioni innovative e pacchetti di prestazioni, anche orientate ad assicurare la continuità assistenziale;
- Sistema di monitoraggio con indicatori per misurare:
 - tempistiche
 - esiti delle cure
 - umanizzazione.

Standard strutturali ed organizzativi

Le linee guida europee sullo screening e la diagnosi del tumore al seno (European guidelines on breast cancer screening and diagnosis) pubblicate dall'Iniziativa della Commissione europea sul cancro al seno (European Commission Initiative on Breast Cancer – 28 maggio 2020), e le indicazioni e gli standard dell'European Society of Breast Cancer Specialists – Eusoma definiscono i gold standards qualitativi e quantitativi di struttura, di personale e di tecnologia.

Nello specifico la filiera dovrà definire e standardizzare nei termini dall'appropriatezza e dell'equità:

- modalità e fasi del programma di screening regionale
- standard strutturale e organizzativo delle unità senologiche regionali
- standard e *clinical competence* del team multidisciplinare, anche allargato
- standard tecnologici per:
 - diagnostica radiologica
 - medicina nucleare
 - anatomia patologica
 - radioterapia
 - oncologia medica
- standard terapeutici
- standard amministrativi

Ogni Unità senologica dichiara le linee guida di riferimento adottate e le declina in un PDTA Aziendale

- oncologiche



- chirurgiche
- radioterapiche

Monitoraggio e condivisione dei dati

È necessaria una continuità informativa fra i diversi nodi della filiera (referral da spoke a hub), tra strutture diverse anche per ambiti (ospedale/territorio) e una continuità organizzativa che permetta il coordinamento dei percorsi di cura e della presa in carico.

Attraverso la Programmazione e Controllo di ARCS viene garantita la gestione del cruscotto direzionale e il monitoraggio degli indicatori e degli esiti che alimentano i flussi informativi regionale e nazionale.

Gli indicatori utilizzati e i relativi standard di riferimento devono interessare tutte le componenti della filiera nei diversi *setting* ospedalieri e territoriali, esperienze e indicatori già condivisi nel Nuovo Sistema di Garanzia coordinato dal Ministero della Salute, nel Piano Nazionale Esiti (PNE) coordinato da AGENAS e in progetti attivi tra Regioni quale il Network delle Regioni coordinato dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

Informazione e comunicazione

È necessario promuovere percorsi di comunicazione efficace con l'obiettivo di sensibilizzare le donne ad aderire ai programmi di screening proposti per la prevenzione e la diagnosi precoce.

Oltre che attraverso la carta dei servizi, gli opuscoli informativi, i siti web e i social è auspicabile che le campagne di informazione vengano svolte anche tramite il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e delle Farmacie presenti nel territorio.

Coordinamento della filiera mammella

La Delibera di Giunta n. 2.139/2019 ha disposto l'attivazione di un gruppo regionale che disciplini con apposito documento la Rete Senologica Regionale (RSR FVG) e ne proponga, in accordo con la cabina di regia di ARCS, il Responsabile della stessa.

Il coordinamento della Filiera Mammella della Rete Oncologica Regionale (Rete Senologica Regionale) definisce, all'interno della cornice delle "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative e assistenziali della rete dei Centri di senologia" della Conferenza Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 18 dicembre 2014, dai principi espressi dal Progetto Senonetwork Italia e dalle evidenze derivanti dalla letteratura scientifica nazionale e internazionale, il modello organizzativo, gli standard di cura, strutturali e professionali e i livelli di responsabilità all'interno della filiera.

Il coordinamento della filiera Mammella si realizza in due momenti/livelli. Il primo è interno alle aziende sanitarie ed è rappresentato dalle Unità Senologiche Aziendali. La composizione deve prevedere almeno le seguenti professionalità, secondo la numerosità che ogni azienda riterrà più opportuna:

- Radiologo senologo
- Chirurgo senologo
- Oncologo
- Chirurgo plastico
- Anatomopatologo
- Medico di medicina generale
- Infermiere
- Tecnico di radiologia
- Fisioterapista
- Psico-oncologo
- Palliativista

Il secondo è di valenza regionale ed è nominato da ARCS scegliendo fra i professionisti individuati dalle aziende sanitarie in modo da assicurare la presenza delle stesse professionalità sopra citate e l'equilibrio di rappresentanza territoriale. A livello di coordinamento regionale è anche assicurata la rappresentanza delle associazioni dei pazienti. Fra i componenti ARCS individua il coordinatore clinico della filiera.

Formalizzazione dei documenti operativi

I documenti prodotti dalle varie unità senologiche, interne a ogni macro-area, vengono adottati su indicazione del Direttore della struttura di coordinamento di riferimento, una volta approvati dallo specifico gruppo regionale di coordinamento. Tali documenti vengono trasmessi formalmente, con nota a firma del Direttore sanitario di ARCS, alle Direzioni sanitarie aziendali degli enti del SSR che sono responsabili della loro applicazione.

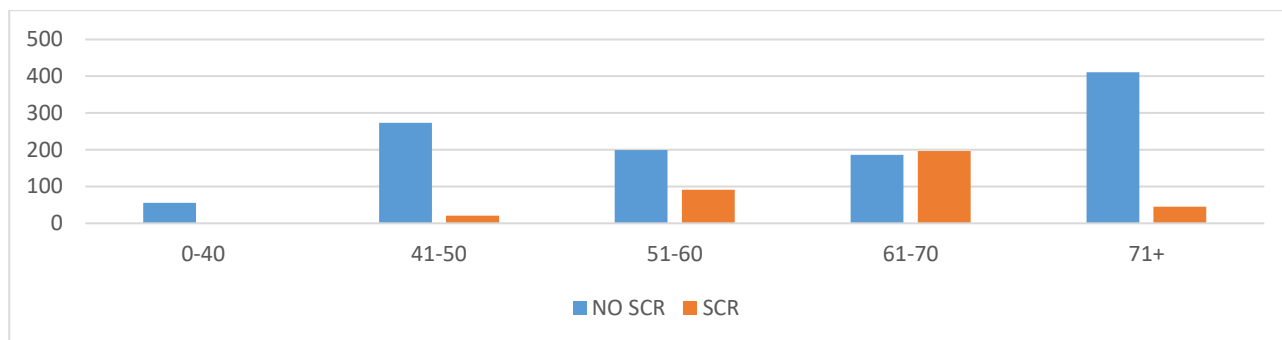
La trasparenza dei percorsi trova riscontro nella pubblicazione dei documenti all'interno della sezione del sito di ARCS dedicata alle reti cliniche.

Presenza in carico delle pazienti

Programma di screening regionale

Con il DPCM 29/11/2001 i programmi di screening mammografico (PSM) sono inclusi nei Livelli essenziali di assistenza, attuati in ragione dell'impatto del cancro e delle evidenze di efficacia di tali tipi di intervento. Si tratta di un intervento attivo di prevenzione secondaria, avviato in Regione Friuli Venezia Giulia nel 2005 con la DGR 2.830 del 28.10.2005.

Il monitoraggio del Programma di Screening si basa sugli standard di riferimento europei e con i valori attesi indicati nei manuali GISCI, GISMA e GISCOR e nei rapporti dell'Osservatorio Nazionale Screening. L'analisi dei dati regionali più recenti evidenzia come i casi identificati dallo screening e non, nell'anno 2019, abbiano portato a un numero considerevole di interventi chirurgici, suddivisi per classe d'età e struttura, anche al di fuori dello screening.



Il programma è strutturato su due livelli:

- **1° livello:** comprende le fasi di invito ed esecuzione della mammografia come previsto dalla delibera regionale;
- **2° livello:** comprende gli esami di approfondimento (altre proiezioni mammografiche, ecografia, risonanza mammaria, tomo-sintesi, prelievi citologici e istologici, ecc.), che eventualmente portano al trattamento e/o il follow-up che vengono effettuati presso i centri identificati all'interno delle Unità Senologiche Aziendali.

Le diverse fasi del percorso del programma di screening sono definite per:

- accesso allo screening regionale
- gestione delle chiamate al primo livello
- esclusione allo screening
- esecuzione della mammografia
- sedi di esecuzione della mammografia
- refertazione della mammografia
- esito della mammografia
- gestione delle donne impossibilitate ad accedere all'Unità Mobile
- gestione dei richiami tecnici al primo livello
- invio al centro di secondo livello (radiologia)

Unità Senologiche Aziendali

Ogni Azienda costituisce formalmente una Unità Senologica (Breast Unit) con mandato di tradurre all'interno del presidio ospedaliero di appartenenza, tenendo conto del contesto epidemiologico e territoriale, il modello clinico-organizzativo individuato per la gestione delle pazienti con neoplasia della mammella.

La nozione di Unità senologica comprende le diverse componenti e competenze che vengono attivate per assicurare a ogni donna la presa in carico attiva in ogni fase del percorso, dalla prevenzione, alla diagnosi, al trattamento e al follow-up. L'Unità Senologica è composta dalle competenze (divise in core e non-core) che esprimono i professionisti per le seguenti funzioni:

- Radiologia
- Oncologia
- Anatomia Patologica
- Chirurgia mammaria
- Chirurgia Plastica
- Radioterapia
- Ginecologo
- Palliativista
- Altri professionisti in consulenza

Ogni Unità Senologica:

- Garantisce la presa in carico sia Hub che Spoke, laddove è presente una funzione oncologica;
- Applica le Linee Guida di riferimento per ogni fase diagnostica e terapeutica;
- Garantisce l'attività chirurgica in una o più sedi, sulla base della casistica ed estensione del territorio, in modo da garantire i volumi per sede e per primo operatore;
- Garantisce il trattamento radioterapico presso il centro hub per tale funzione;
- Garantisce il percorso di chemioterapia (adiuvante o successiva) nella sede più prossima alla sede di funzione oncologica;
- Garantisce la Chirurgia ricostruttiva/plastica.

Associazioni delle pazienti

Le Associazioni delle pazienti possono offrire supporto ai PDTA in ambito senologico nei vari *step* e nei diversi *setting* di cura e *advocacy* a livello istituzionale, a garanzia dell'equità dell'offerta diagnostica e terapeutica su tutto il territorio regionale, nonché nella rilevazione del gradimento degli utenti sulle prestazioni offerte e sulla qualità percepita.

In particolare:

- Sostengono la Regione nel promuovere l'adesione al programma di screening del tumore al seno;



- Collaborano al fatto che ad ogni persona affetta da tumore alla mammella, venga riconosciuto il diritto a⁴:
 - un'assistenza adeguata e qualificata da parte del personale medico in ambulatori e ospedali adeguatamente attrezzati e organizzati;
 - l'informazione e consulenza comprensibile, competente e adeguata da parte del medico prima, durante e dopo la terapia;
 - l'autodeterminazione dopo aver ricevuto un'informazione globale;
 - la documentazione e la consultazione sul trattamento ricevuto;
 - la riservatezza e alla protezione dei dati;
 - presentare denuncia;
 - un consulto in caso di diagnosi di cancro.

⁴ Risoluzione del Parlamento europeo sul cancro al seno nell'Unione Europea (2002/2279 INI)

Percorso di cura

Il percorso di cura, in linea con le linee guida più recenti nelle diverse discipline, deve articolarsi, nelle Unità Senologiche della Regione, in modo da garantire il migliore livello possibile di appropriatezza nell'applicazione e nella sorveglianza di procedure omogenee in tutte le fasi del percorso, dalla prevenzione, alla diagnosi, alla riabilitazione e follow-up.

L'accesso al percorso può avvenire per screening, rischio eredo-familiare, può essere spontaneo o per problemi clinici. Il percorso di cura fornito dalla rete regionale delle Unità senologiche deve rispettare le linee guida attualmente in vigore nelle diverse discipline e, indipendentemente dal punto di accesso, garantire in modo condiviso il migliore livello di appropriatezza nell'applicazione e nella sorveglianza di procedure comuni in tutte le fasi del percorso (PDTA).

Fase degli accertamenti e della diagnosi

È necessario che il processo diagnostico, lo standard di personale medico, tecnico e di assistenza, l'accuratezza e l'appropriatezza del percorso e l'equità del trattamento siano offerte anche al di fuori del percorso di screening. La rete deve definire le modalità di accesso al percorso e di segnalazione della paziente al team di cura nelle diverse forme possibili.

Indipendentemente dalla sede di esecuzione della mammografia (screening o esame opportunistico) la paziente deve ricevere eguale trattamento nella gestione della fase diagnostica necessaria.

Per le donne sintomatiche, l'accesso al percorso diagnostico è regolato su criteri clinici e deve comprendere tutti gli accertamenti necessari a definire la diagnosi, con modalità: URGENTE (entro 24-72 ore) o URGENTE DIFFERIBILE (entro 7 giorni dalla prescrizione).

Il servizio di Anatomia Patologica entra negli accertamenti di secondo livello, nei casi in cui vengano effettuati prelievi citologici e/o istologici. L'Anatomia Patologica è ulteriormente coinvolta in tutti i casi in cui, in seguito agli approfondimenti diagnostici, venga proposto un piano terapeutico comprendente l'intervento chirurgico.

Comunicazione della diagnosi

È auspicabile che, già al momento della diagnosi o nelle fasi immediatamente successive, il team discuta il caso in un meeting dedicato. Il meeting, da svolgersi almeno settimanalmente, è il momento in cui avviene la valutazione multidisciplinare pre e post-operatoria del caso nel suo complesso e la formulazione della strategia terapeutica, con indicazioni specifiche per la chirurgia, la terapia medica, la radioterapia, la terapia riabilitativa e il follow-up. Delle decisioni assunte nel corso del meeting multidisciplinare deve essere mantenuta adeguata documentazione.

Le varie proposte vanno condivise con la paziente nel rispetto delle rispettive caratteristiche cliniche e preferenze. Ogni paziente deve inoltre essere edotta su tutte le opzioni ricostruttive compatibili con il tipo di malattia, le sue caratteristiche anatomiche, i suoi desideri e preferenze.

Trattamento

Generalmente l'approccio terapeutico nel carcinoma mammario è rappresentato dalla chirurgia e dalle procedure di stadiazione e caratterizzazione biologica. A giudizio clinico, la terapia chirurgica può essere preceduta da una terapia medica neo-adiuvante in rapporto alla biologia del tumore, al peso della malattia (ev metastatica), ai sintomi, alle comorbidità, ai fattori socioeconomici e alle preferenze del paziente.

È necessario definire celermente il percorso della paziente con una precoce stadiazione.

Fase chirurgica

L'approccio terapeutico primario, generalmente rappresentato dalla chirurgia, può essere preceduto, nei casi indicati, da un trattamento medico neo-adiuvante finalizzato a rendere possibile la terapia chirurgica in pazienti che al momento della diagnosi non ne hanno i requisiti e di consentire comunque un approccio chirurgico più conservativo possibile.

Le modalità del trattamento chirurgico primario e della stadiazione della lesione si sviluppano sulla base delle relative linee guida accreditate, in considerazione del tipo istopatologico di lesione, dell'estensione (stadio) della malattia e di eventuale terapia medica neo-adiuvante.

La diagnosi anatomo-patologica sui campioni operatori deve essere eseguita in riferimento ai protocolli e alle linee guida accreditate a livello nazionale e internazionale e in coerenza con gli standard di riferimento.

Fase medica/oncologica

Il trattamento sistemico adiuvante deve essere preso in considerazione dopo il trattamento chirurgico, in considerazione della significativa riduzione del rischio di recidiva e di morte ottenuta. Per terapie adiuvanti si intendono chemioterapia, ormonoterapia, terapia a bersaglio molecolare o la combinazione di queste terapie. La scelta terapeutica più appropriata per ogni singolo paziente verrà basata sulle numerose opzioni terapeutiche di dimostrata efficacia nell'ambito degli studi clinici e condivisi dalle società scientifiche.

Fase della riabilitazione e follow-up

Gli obiettivi della valutazione fisiatrica e le indicazioni del percorso riabilitativo vengono identificate all'interno delle specifiche situazioni anatomiche e cliniche per ogni singola paziente. Se ci sono indicazioni al trattamento riabilitativo, il team multidisciplinare deve fornire alle pazienti un adeguato

programma di riabilitazione e le indicazioni sullo stile di vita. Inoltre, deve essere favorita un'adeguata educazione sanitaria.

L'organizzazione del follow-up è in carico al team multidisciplinare, che condivide con il MMG le informazioni sul decorso del periodo post-operatorio delle pazienti. Si rende necessario che la filiera individui un percorso organizzato, in collaborazione con il programma di screening mammografico, nel quale la paziente venga reinserita qualora si trovi ancora nell'età interessata, al termine del periodo di follow-up attivo condotto all'interno del PDTA.

Nelle pazienti a rischio aumentato su base eredo-familiare, il follow-up dovrà essere integrato con gli esami previsti dal protocollo di sorveglianza per lo specifico profilo di rischio.

Cure palliative

Numerose evidenze attestano che va privilegiata l'integrazione del percorso oncologico con le Cure palliative specialistiche precoci per tutti i casi per i quali la situazione clinica è tale da giustificare la scelta. È importante che il team multidisciplinare e il team della palliazione individuino gli indicatori che facilitano lo "screening palliativo".

Nelle situazioni che lo richiedono, deve essere garantita la presa in carico globale della paziente e della famiglia attraverso l'integrazione delle due équipes, quella oncologica e quella palliativa (di cui fa parte anche il medico di medicina generale), in modo da garantire la continuità dell'assistenza, dall'ospedale al territorio.