



Edizione 2020

**Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)
per il Tumore della Mammella**



In tabella 1 sono riportate le figure professionali ed unità Operative Complesse (UOC) o Semplici (UOS) deputate all'accoglienza, Presa in Carico ed Assistenza.

ACCOGLIENZA	Personale infermieristico Psiconcologo (ove disponibile)	UOC/UOS Oncologia Medica
	Volontari (se presenti)	Servizio civile –Progetto Informacancro- Altre associazioni
PRESA IN CARICO	Oncologi Medici-Dirigenti I livello Chirurghi Senologi	UOC/UOS Oncologia Medica UOC/UOS Chirurgia Senologica
	ASSISTENZA	Oncologi Medici-Dirigenti I livello Chirurghi Senologi Radioterapisti Psiconcologi
<i>Rete Interna ai centri della Rete Oncologica Campana o esterna ai centri</i>	Assistenti in Formazione (nelle strutture universitarie o in Rete Formativa)	Day Hospital Ricovero Ordinario
	Personale infermieristico	
	Farmacisti	Farmacia/ UOC/UOS Oncologia
	Personale infermieristico	Medica Unità di Manipolazione di Chemioterapici Antineoplastici (UMACA/UFA)
	Personale Dedicato	UOC/UOS Chirurgia Senologica UOC/UOS Anatomia Patologica UOC/UOS/UOS Genetica UOC/UOS Radiodiagnostica UOC/UOS Medicina Nucleare UOC/UOS Radioterapia UOC/UOS Fisioterapia UOC/UOS Ginecologia Ostetrica

Brevi note epidemiologiche

Fattori di rischio

Il tumore della mammella rappresenta il primo tumore della donna, sia a livello nazionale che regionale, anche se l'analisi viene condotta per fasce di età; infatti nella fascia di età 0/49 anni in Italia il tumore della mammella costituisce il 41% di tutti i tumori, in Campania il 34%; nella fascia 50/69 anni in Italia il 35%, in Campania il 30,8%; infine nella fascia di età uguale o maggiore di 70 anni in Italia costituisce il 22% di tutti i tumori ed in Campania il 20,2%.

Il rischio di sviluppare un cancro della mammella aumenta con l'aumentare dell'età, con una probabilità di sviluppo di cancro al seno del 2,4% fino a 49 anni (1 donna su 42), del 5,5% tra 50 e 69 anni (1 donna su 18) e del 4,7% tra 70 e 84 anni (1 donna su 21); tale andamento è legato sia alla storia endocrinologica della donna, sia alla presenza e alla copertura dei programmi di screening mammografico. Tra i fattori di rischio fin'ora identificati i principali sono rappresentati da:

- Fattori riproduttivi- una lunga durata del periodo fertile, con un menarca precoce e una menopausa tardiva e quindi una più lunga esposizione dell'epitelio ghiandolare agli stimoli proliferativi degli estrogeni ovarici; ancora tra i rischi legati a fattori riproduttivi vanno annoverati la nulliparità, una prima gravidanza a termine dopo i 30 anni, il mancato allattamento al seno;
- Fattori ormonal- incremento del rischio di sviluppare un cancro al seno è stato evidenziato in donne che assumono terapia ormonale sostitutiva durante la menopausa, specie se basata su estroprogestinici sintetici ad attività androgenica;
- Fattori dietetici e metabolici -l'elevato consumo di alcool e di grassi animali ed il basso consumo di fibre vegetali sembrerebbero essere associati ad aumentato rischio di carcinoma mammario. Stanno inoltre assumendo sempre più importanza la dieta, i comportamenti che conducono all'insorgenza di obesità in post menopausa e la sindrome metabolica.
- Precedenti displasie o neoplasie mammarie;
- Familiarità ed ereditarietà - anche se la maggior parte di carcinomi mammari sono forme sporadiche, una percentuale tra il 5 ed il 7% risulta essere legata a fattori ereditari, 1/4 dei quali determinati dalla mutazione di due geni, BRCA 1 e/o BRCA 2. Nelle donne portatrici di mutazioni del gene BRCA 1 il rischio di ammalarsi nel corso della vita di carcinoma mammario è pari al 65% e nelle donne con mutazioni del gene BRCA 2 pari al 40%.

Incidenza

Il numero di nuovi casi annui di cancro in Italia è 147,7 per 100.000 donne¹ con un numero di cancro atteso nel 2019 di 53.000 casi. La Campania presenta tutt'ora un tasso di incidenza di oltre 20 punti percentuali in meno, 119,2 per 100.000 donne², con un numero di 4.040 nuovi casi attesi nel 2019. Tale differenziale si conferma anche nelle analisi condotte per fasce di età: fascia 0-49 anni: Italia 53,9 - Campania 49,6; fascia 50-69 anni: Italia 276,5 - Campania 214,6; età uguale o maggiore di 70 anni: Italia 313- Campania 249.

Sia in Italia che in Campania l'andamento temporale³ è in incremento, con un aumento annuo dello 0,3 % in Italia e dello 0,4% in Campania, con entrambi i valori statisticamente significativi.

Mortalità

Anche per la mortalità il carcinoma mammario rappresenta la prima causa di morte per tumore nelle donne, con un tasso annuo, in Italia, di 35,9 decessi per 100.000 donne¹ ed un numero di decessi rilevati nel 2015 di 12.312; in Campania i decessi annui per tumore della mammella sono di 33 per 100.000² donne, con un numero di 973 decessi registrati nel 2015. Va evidenziato che, considerati gli oltre 20 punti percentuali di incidenza in meno registrati in Campania rispetto all'Italia, il differenziale nei tassi di mortalità di appena 3 punti percentuali in meno della Campania rispetto all'Italia non è proporzionato alla differenza dei valori di incidenza rilevati; ciò rimanda ad una sopravvivenza significativamente più bassa in Campania. Sia in Italia che in Campania l'andamento della mortalità³ è in decremento negli anni con una variazione percentuale annua di - 0,6% sia in Italia che in Campania.

Sopravvivenza

La sopravvivenza per tumore della mammella⁴ a 5 anni dalla diagnosi. è pari all'87% in Italia; tale sopravvivenza non presenta eterogeneità elevata tra fasce di età: 91% nelle donne giovani (15-44 anni), 92% tra le donne in età 45-54 anni, 91% tra le donne in età 55-64, 89% tra le donne in età 65-74 anni, leggermente inferiore, 79%, tra le donne anziane (75+). In Campania la sopravvivenza a cinque anni è pari all'83,8%⁴. Come per le altre regioni del Sud Italia, il differenziale negativo del sud Italia a cinque anni dalla diagnosi si mantiene anche a cinque anni dopo il primo anno di sopravvivenza (Italia 89% VS Sud-Isole 86%) ed a cinque anni dopo cinque anni di sopravvivenza (Italia 90% VS Sud-Isole

¹ Dati AIRTUM 2009/2013 - tasso standardizzato su popolazione europea 2013.

² Dati Registro Tumori Regione Campania - tasso standardizzato su popolazione europea 2013.

³ I Tumori in Italia – Trend 2003/2014 – AIRTUM 2019

⁴ La sopravvivenza per cancro in Italia – dati Airtum 2016

86%). Tali dati evidenziano la presenza di criticità non soltanto nella fase iniziale di anticipazione diagnostica, ma anche lungo l'intero percorso diagnostico-clinico- assistenziale.

Percorsi diagnostico clinici delle pazienti residenti in Regione Campania

Nel triennio 2016/2018 sono state trattate chirurgicamente per tumore della mammella 12.129 donne⁵; di queste 10.688 (88,12% della casistica) sono state trattate in 93 diverse strutture regionali di diagnosi e cura e 1.441 (11,88 % della casistica) sono state trattate in ulteriori 171 diverse strutture extraregionali. La Rete Oncologica Regionale ha identificato soltanto 22 strutture regionali abilitate ad entrare in Rete per la chirurgia dei tumori della mammella. (vedi mappa regionale)

PERCORSO PER SEGMENTAZIONE

- Screening senologico per Persone asintomatiche
- Diagnostico/Stadiativo per Persone con nodulo mammario
- Terapeutico per Persone con neoplasia mammaria accertata ed in fase precoce
- Terapeutico per Persone con neoplasia mammaria accertata ed in fase localmente avanzata
- Terapeutico per Persone con neoplasia mammaria accertata ed in fase metastatica
- Follow-up per Persone con patologia mammaria pregressa

SCREENING SENOLOGICO PER PERSONE ASINTOMATICHE

Lo screening è una attività di prevenzione secondaria periodica rivolta a donne asintomatiche al fine di effettuare una diagnosi di carcinoma mammario in stadio precoce e, quindi, offrire trattamenti meno aggressivi, con l'obiettivo di ridurre la mortalità da carcinoma mammario. La mammografia è tuttora ritenuto il test più efficace di screening. La modalità organizzata, di popolazione, è preferibile rispetto a quella spontanea e la tecnica digitale (digital mammography, DM) è da preferire alla mammografia analogica (film-screen). Sarà una procedura aggiornata dalle strutture territoriali e rivolta a tutte le

⁵ Razionale scientifico Rete Oncologica Regione Campania – DCA 58 del 04/07/2019



donne comprese nella fascia di età compresa tra i 45 - 69 anni con cadenza biennale. Il piano Nazionale Italiano di Prevenzione 2005-2007 (PNP) suggerisce, inoltre, alle regioni di valutare l'estensione dell'invito anche alle donne con fasce di età compresa tra i 45 e i 49 anni con cadenza annuale nonché alle donne con fascia di età compresa tra i 70 e i 74 anni. Per le donne con età compresa tra i 40 e i 44 anni, invece, la mammografia andrà valutata prendendo in considerazione sia il profilo di rischio individuale che la densità del tessuto mammario.

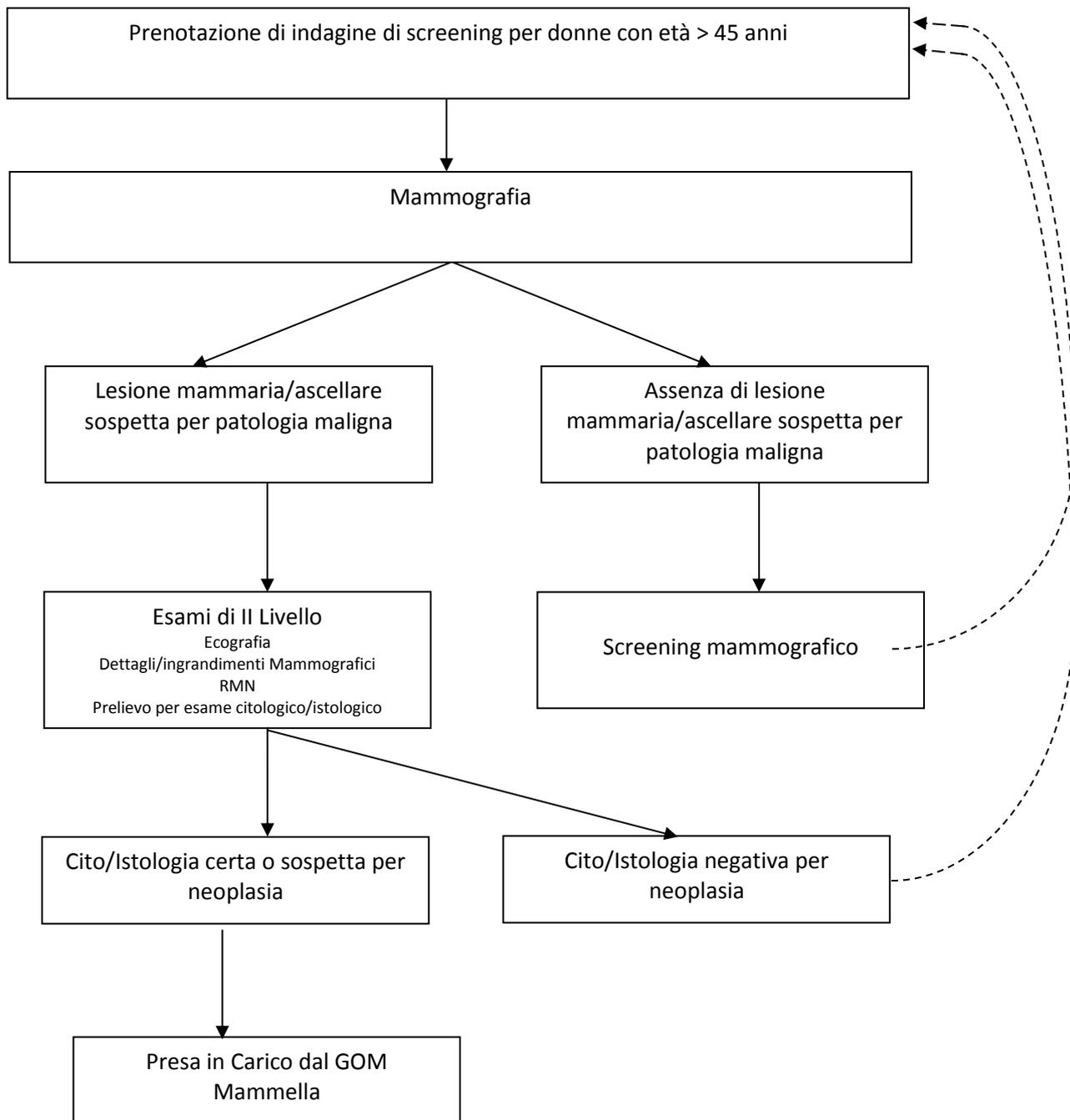
L'utilizzo della tomosintesi (*digital breast tomosynthesis*, DBT) nello screening della popolazione generale è oggetto di studi. I risultati sono promettenti ed è verosimile la sua adozione come strumento di screening generalizzato nei prossimi anni. Grazie alla sua capacità di ottenere ricostruzioni tridimensionali, infatti, la DBT consente il superamento di alcune limitazioni della DM causate da sovrapposizioni strutturali con risultante riduzione dei falsi negativi e falsi positivi.

Con lo scopo di garantire il raggiungimento del completamento dell'esecuzione delle Procedure a tutta la popolazione individuata, i centri di II livello della Rete potranno mettere a disposizione le proprie risorse umane e strumentali del caso. Di seguito in Fig.1 si propone il Percorso Assistenziale cui fare riferimento. La paziente sarà contattata dalla propria ASL di residenza o dal proprio MMG, con le tempistiche sopra descritte, per recarsi a praticare lo screening presso un centro di I livello della Rete.

Le pazienti 'positive' al test di screening saranno richiamate per esami di approfondimento presso le strutture identificate dalla ASL di residenza. Gli esami di II livello includeranno, a seconda dei casi: ecografia, dettagli/ingrandimenti mammografici, RMN con mdc, prelievo con ago per citologia o istologia. Gli esami di II livello potranno essere effettuati anche presso il CORP/CORPUS di riferimento, quando necessario.

Le pazienti che al termine dell'approfondimento avranno una diagnosi citologica/istologica certa o sospetta per neoplasia mammaria saranno presi in carico dal Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM) specifico per la patologia tumorale mammaria e saranno inviate presso il CORP/CORPUS di riferimento per il percorso di Diagnostico/Stadiativo ed, eventualmente, Terapeutico.

Fig.1 Percorso di Screening Senologico per Persone Asintomatiche

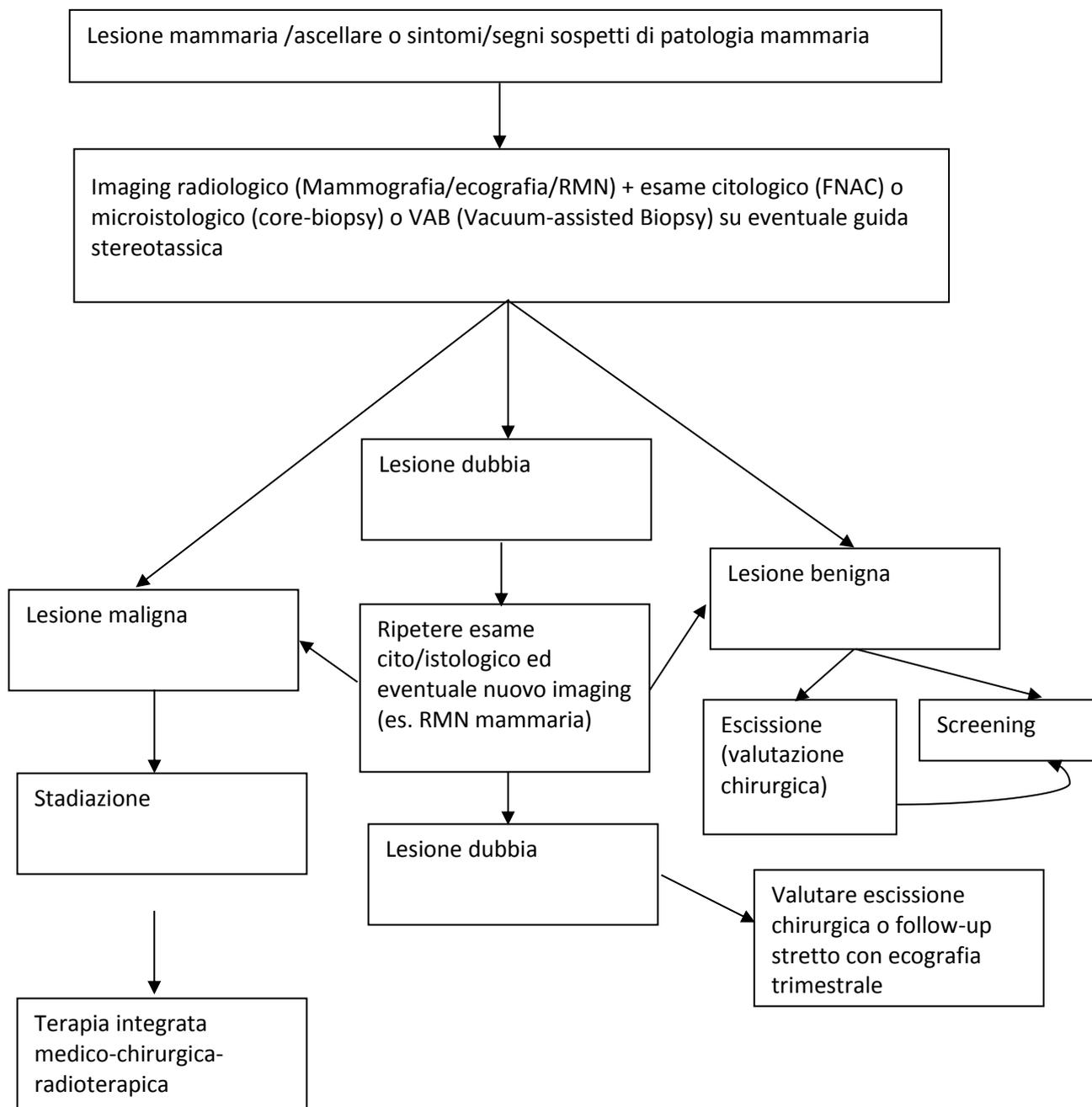


PERCORSO DIAGNOSTICO/STADIATIVO PER PERSONE CON NODULO MAMMARIO

Donne ed uomini di almeno 18 anni, con una lesione mammaria di incerta natura e/o con sintomi ad essa collegati (es. secrezione dal capezzolo, dolore mammario) afferiranno autonomamente od opportunamente indirizzate dal proprio MMG o altro medico specialista di riferimento presso un centro oncologico di I o II livello della Rete per la gestione diagnostico-terapeutica del caso. I casi accertati andranno poi indirizzati al Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM) specifico per la patologia tumorale mammaria. Il/la paziente effettuerà la prima visita necessaria per l'inquadramento del problema presso un ambulatorio dedicato alla patologia mammaria entro 7 giorni dalla prenotazione. La Presa in Carico del paziente nella sua globalità prevede l'integrazione di più professionisti (chirurgo senologo, radiologo, radiologo interventista, genetista, anatomo-patologo, oncologo, radioterapista e psicologo). L'infermiere Case-Manager incaricato dal GOM si occuperà della prenotazione degli esami radiologici e/o cito/istologici necessari per la diagnosi, in Rete interna alla struttura o di indirizzare, su indicazione degli specialisti del GOM, il cittadino presso le strutture della Rete Oncologica Regionale.

- Nel caso in cui gli approfondimenti diagnostici risultino negativi per malignità, le pazienti di sesso femminile e nella fascia di età appropriata saranno reindirizzate al percorso di screening per la diagnosi precoce delle malattie mammarie come previsto dalle linee guida più attuali (vedi Fig.1). Tutti gli altri saranno reindirizzati al MMG.
- I casi dubbi o d'incerta interpretazione saranno sottoposti agli approfondimenti che saranno ritenuti più opportuni caso per caso (vedi Fig.2).

Fig.2. Percorso diagnostico per Persone con nodulo mammario/sintomi di sospetto



- Nel caso in cui gli esami diagnostici confermino il sospetto di malignità, il/la paziente sarà sottoposta agli opportuni esami clinico-strumentali di stadiazione, riportati in figura 3, conformemente a quanto previsto dalle più recenti linee guida nazionali ed internazionali (AIOM, NCCN, ESMO), sulla base dello stadio TNM, al fine di impostare il più adeguato percorso terapeutico. Tali esami potranno essere praticati presso i centri di I e II livello della Rete, su indirizzo del GOM responsabile della Presa in Carico.

L'esame obiettivo, un emocromo completo con formula e un profilo biochimico completo andrebbero eseguiti in tutte le pazienti con tumore della mammella operato al fine di verificarne l'idoneità a ricevere il trattamento programmato e ad escludere od accertare comorbidità.

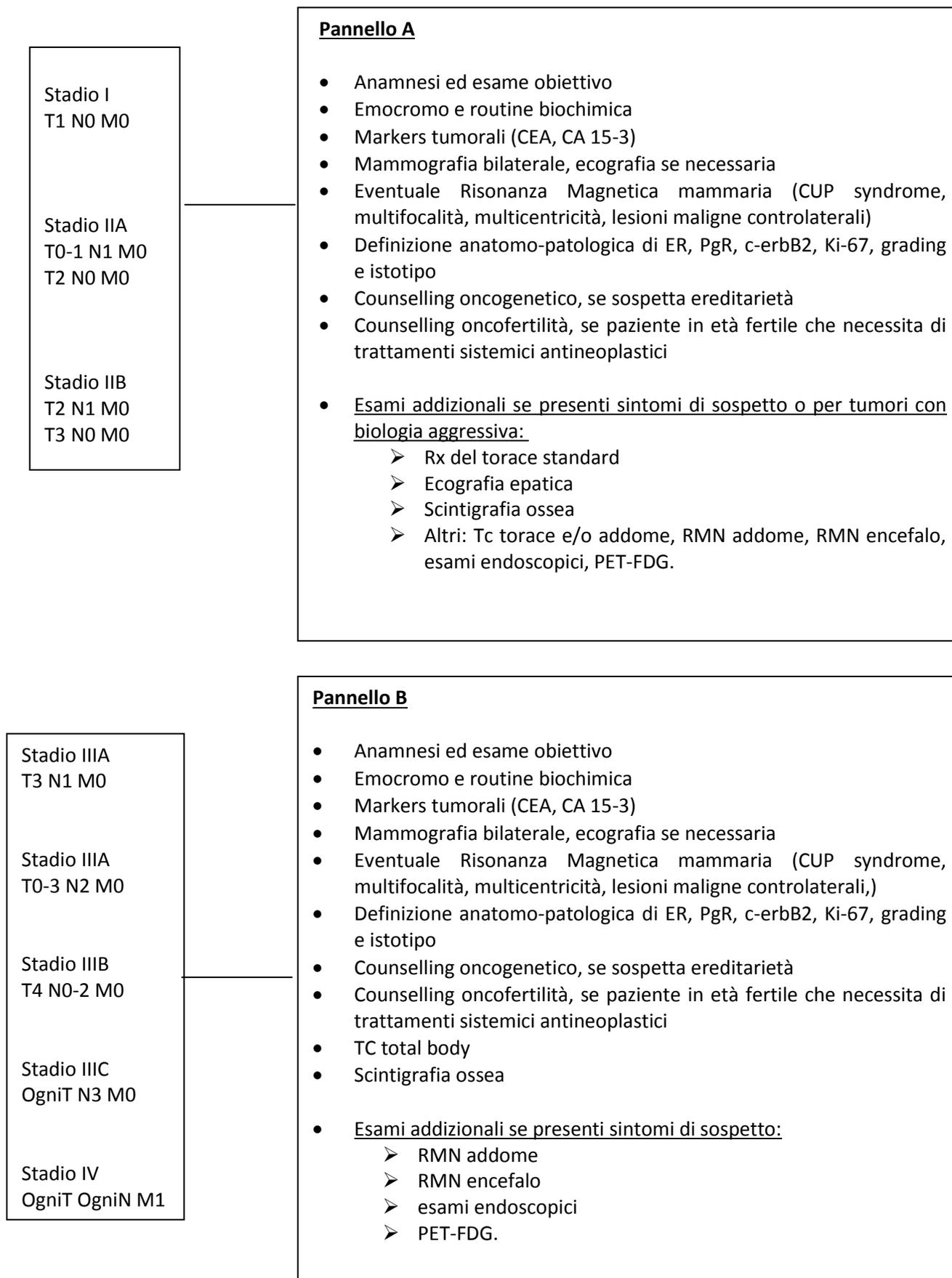
La RM mammaria non è raccomandata come indagine mandatoria di complemento a mammografia ed ecografia mammaria in pazienti con diagnosi di carcinoma mammario.

Nelle pazienti con carcinoma mammario in stadio I e II, il rischio di riscontrare metastasi asintomatiche a distanza mediante scintigrafia ossea, ecografia epatica e radiogramma del torace è talmente basso che vi è indicazione alla sola stadiazione locoregionale.

Pertanto, una stadiazione preoperatoria sistemica con esami strumentali può essere omessa in assenza di sintomi e/o segni di malattia sistemica nelle pazienti con minore probabilità di malattia metastatica all'esordio (stadio I-II asintomatico) (figura 3 Pannello A). L'esecuzione di esami aggiuntivi di stadiazione negli stadi I e II (es: TC del torace, ecografia o TC dell'addome, scintigrafia ossea, altro) è indicata nelle pazienti sintomatiche o che presentano segni clinici o di laboratorio suggestivi per la presenza di metastasi, o, su giudizio clinico, in caso di biologia tumorale aggressiva (figura 3 Pannello A).

Queste ultime indicazioni valgono anche per pazienti in stadio clinico III o IV (figura 3 Pannello B).

Fig. 3 Percorso di Stadiazione per tumore della mammella accertato



PERCORSO TERAPEUTICO PER PERSONE CON NEOPLASIA MAMMARIA ACCERTATA ED IN FASE PRECOCE

La terapia del tumore della mammella differisce a seconda dello stadio di malattia (malattia localizzata suscettibile di trattamento chirurgico radicale, malattia in fase localmente avanzata non suscettibile di un approccio chirurgico radicale up-front e malattia avanzata). I percorsi sono stati indicati secondo l'iter previsto dalle principali linee guida nazionali (AIOM) ed internazionali (ESMO, ASCO, NCCN) e saranno aggiornate nel tempo secondo la loro evoluzione.

In caso di diagnosi istologica di carcinoma mammario localizzato (Stadio I, II e in casi selezionati il IIIA) il percorso prevede il ricorso diretto all'intervento chirurgico andrà eseguito entro i 20-30 giorni successivi al completamento della fase diagnostico-stadiativa nei centri di I fascia per la patologia oncologica mammaria (figura 4-A). Fanno eccezione i sottotipi HER2+ e Triplo-negativo che, anche se operabili, ma con dimensioni ≥ 2 cm, seguono il percorso della malattia inoperabile (Figura 5).

Il referto istologico definitivo dovrà essere reso disponibile entro 14 giorni circa dall'intervento chirurgico.

Qualora l'intervento chirurgico sia stato effettuato direttamente nel centro di II livello, spetterà al Case Manager prenotare al momento della disponibilità dell'esame istologico una nuova visita, che possibilmente, dovrebbe essere erogata entro 7 giorni, in modo tale che il GOM possa pianificare il successivo percorso terapeutico o follow-up.

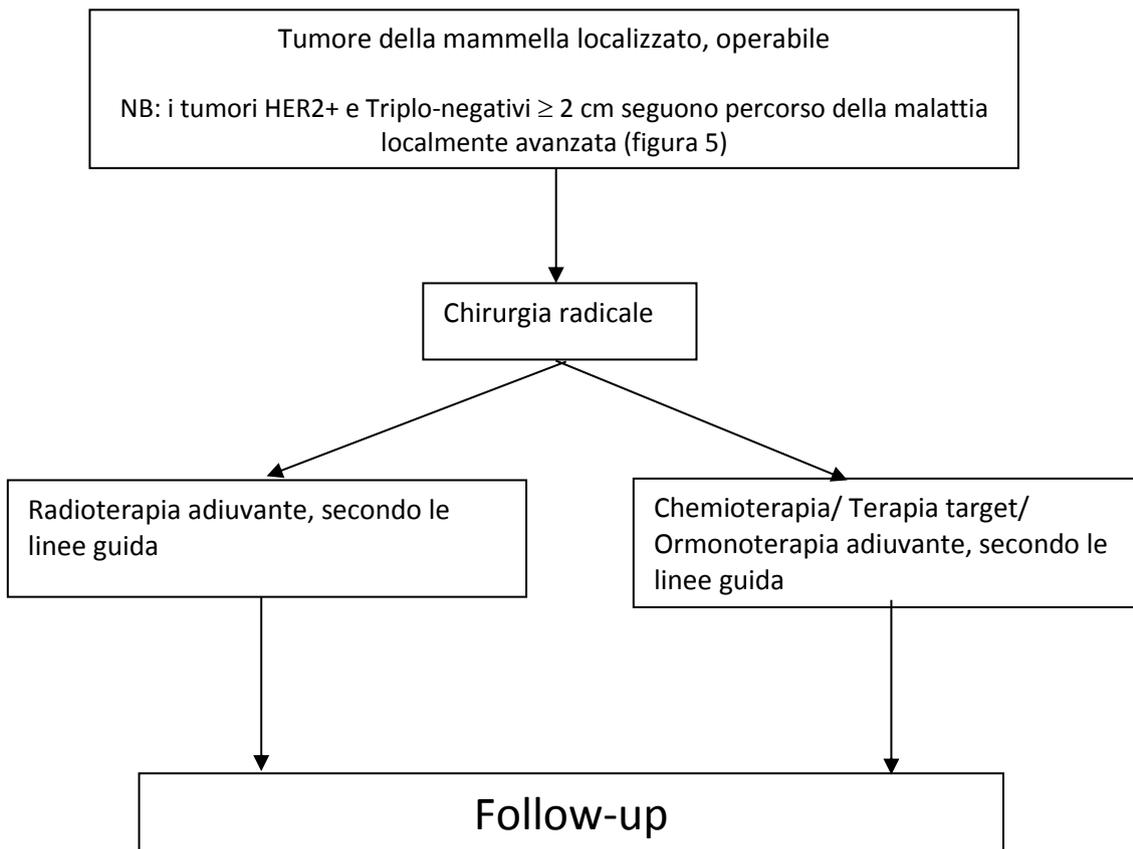
Nel caso in cui l'intervento fosse effettuato presso strutture esterne al Centro di II livello, la Presa in Carico dovrà comunque essere erogata entro 7 giorni dal primo contatto presso un GOM della Rete.

La gestione medica e radioterapica andrà effettuata nei centri di I e II livello, su indicazione del GOM della Presa in Carico.

L'inizio di una eventuale terapia sistemica (chemioterapia, ecc.) dovrà avvenire entro 30-60 giorni dall'intervento chirurgico.

La figura 4 sintetizza il percorso terapeutico da seguire nel caso in cui venga diagnosticato un tumore della mammella in fase precoce di malattia.

Fig. 4-A Percorso per la terapia del tumore mammario in fase precoce



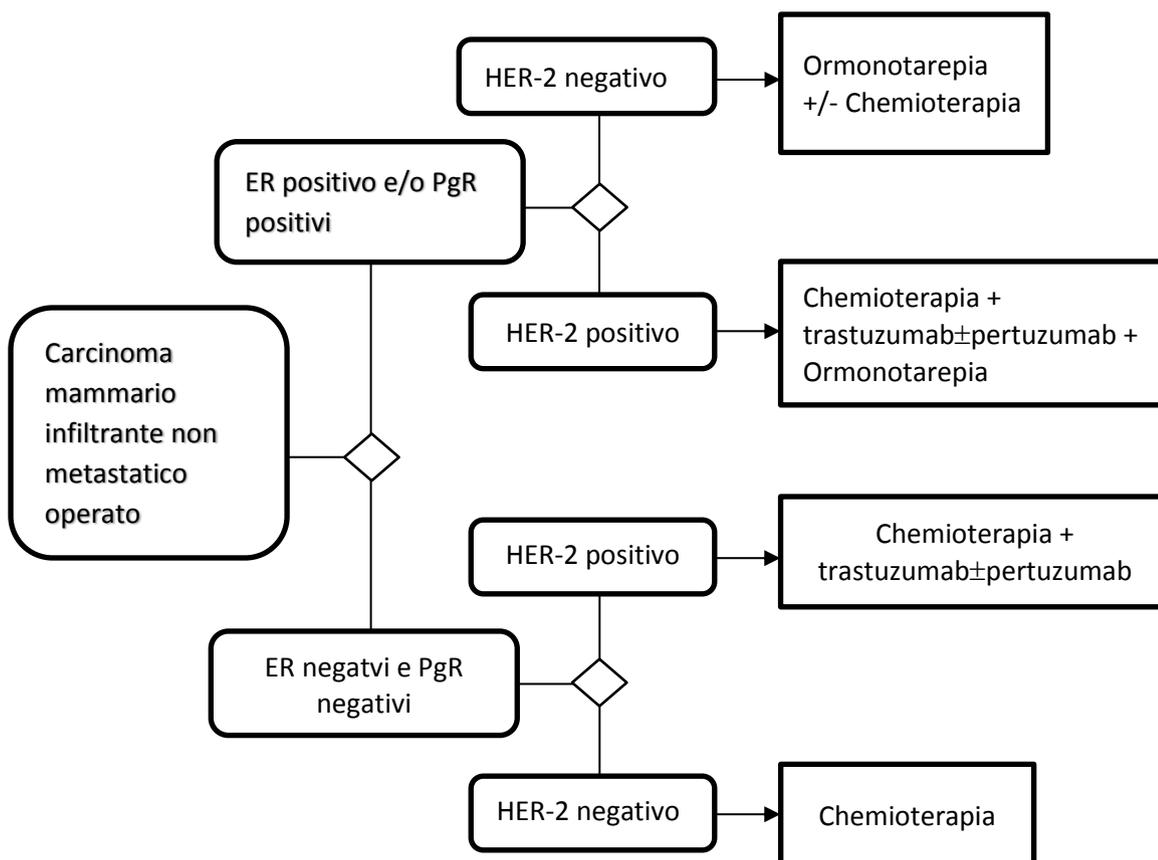
Il trattamento sistemico adiuvante deve essere preso in considerazione dopo il trattamento chirurgico in funzione della significativa riduzione del rischio di recidiva e di morte ottenuta con la polichemioterapia, con la terapia endocrina e con la terapia biologica (trastuzumab±pertuzumab).

La decisione di quale o quali terapie utilizzare nella singola paziente richiede una attenta valutazione di *fattori prognostici* che definiscono l'entità del rischio di ripresa di malattia e *fattori predittivi* di risposta a specifici trattamenti (ER, HER2), nonché dei *benefici* attesi dal trattamento in termini di percentuale di beneficio assoluto ed effetti collaterali attesi.

Altresì bisogna valutare anche le comorbidità della paziente ed eventuali preferenze della stessa.

La figura 4-B sintetizza il percorso terapeutico da adottare nella gestione del carcinoma mammario in fase precoce valutando i fattori predittivi di risposta al trattamento.

Fig. 4-B Percorso per la terapia del Tumore Mammario in fase precoce:
Trattamento in base ai fattori predittivi



PERCORSO TERAPEUTICO PER PERSONE CON NEOPLASIA MAMMARIA ACCERTATA ED INFASE LOCALMENTE AVANZATA

In caso di carcinoma mammario localmente avanzato non suscettibile di approccio chirurgico ab-inizio (per le dimensioni e/o per la presenza di N2/N3 clinico) il trattamento sistemico neoadiuvante ha la finalità di permettere la successiva chirurgia.

L'approccio terapeutico neoadiuvante va impiegato, come già detto, anche in caso di tumori HER2+ e Triplo-negativi ≥ 2 cm, anche se operabili, al fine di garantire le massime probabilità di guarigione alle pazienti. È, infine, consigliato per ridurre l'estensione della chirurgia in tumori operabili candidati alla mastectomia.

Una chirurgia conservativa può essere presa in considerazione per le pazienti che ottengono un'ottima risposta dopo trattamento neoadiuvante, tranne che nelle pazienti con mastite carcinomatosa nelle quali l'eventuale chirurgia, qualora fattibile, sarà sempre la mastectomia associata a dissezione ascellare.

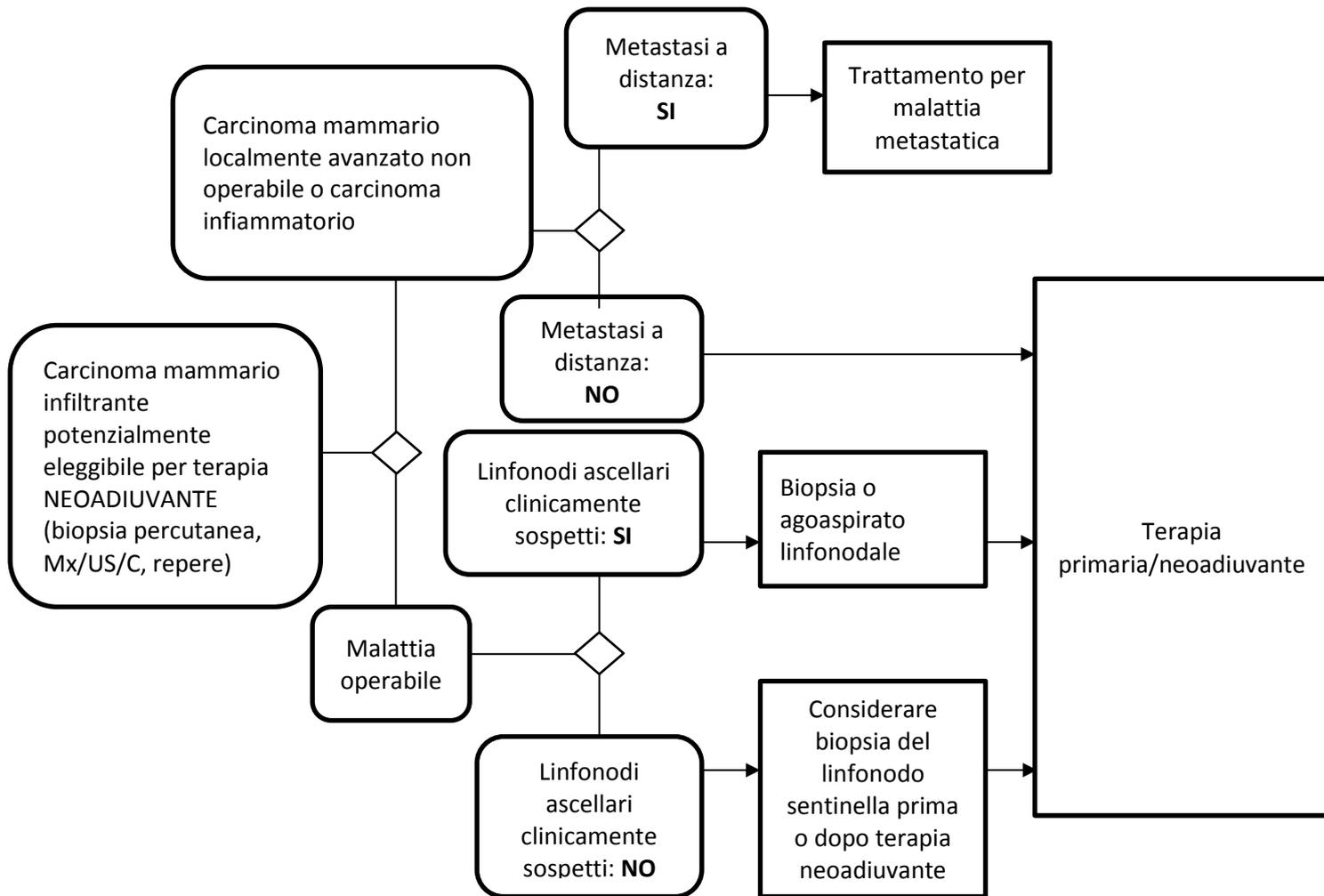
Tipicamente, il trattamento neoadiuvante ha assunto la forma di chemioterapia (eventualmente associata a farmaci biologici), sebbene vi sia un crescente interesse a espandere il ruolo della terapia endocrina neoadiuvante in alcuni sottogruppi di pazienti con malattia endocrino-sensibile.

A rigor di logica va sottolineato che, sebbene originariamente sviluppata per pazienti con carcinoma mammario localmente avanzato non operabile, la terapia sistemica neoadiuvante viene ora frequentemente somministrata a pazienti con tumori operabili, nel tentativo di migliorare gli esiti cosmetici e le complicanze chirurgiche.

Inoltre, nei casi di pazienti affette da carcinoma triplo negativo (TNBC) o HER2+ l'approccio sistemico neoadiuvante è fortemente incoraggiato e oramai routinariamente effettuato sia perché queste pazienti sono di norma candidate a un trattamento chemioterapico post-chirurgico e secondariamente perché, in virtù della loro biologia di base, questi sottotipi tumorali sono particolarmente sensibili alla chemioterapia e alla terapia biologica.

La figura 5 sintetizza il percorso terapeutico da adottare nella gestione del carcinoma mammario localmente avanzato e, più, in generale, dei tumori candidati alla terapia neoadiuvante.

Fig. 5 Percorso terapeutico per tumore della mammella localmente avanzato o in cui ci sia indicazione per la terapia neoadiuvante (tumori HER2+ e Triplo-negativi ≥ 2 cm; tumori candidati a mastectomia)



PERCORSO TERAPEUTICO PER PERSONE CON NEOPLASIA MAMMARIA ACCERTATA ED INFASE METASTATICA

Solo il 5% circa dei tumori della mammella si presenta metastatico *de novo*, mentre la maggior parte delle diagnosi di malattia metastatica viene effettuata durante il follow-up successivo a trattamenti per la malattia localizzata. Il rischio di recidiva nel tempo dipende principalmente dallo stadio alla diagnosi e dal sottotipo molecolare. Quest'ultimo si associa abitualmente anche ad un diverso *pattern* di siti metastatici (maggior rischio di metastasi ossee nelle neoplasie ER+/HER2-, maggior rischio di metastasi viscerali nei tumori *triple-negative*, maggior rischio di metastasi cerebrali nei tumori HER2-positivi).

Il trattamento del tumore mammario metastatico si prefigge essenzialmente di prolungare la sopravvivenza, ridurre o ritardare la comparsa dei sintomi, migliorare la qualità della vita.

La scelta della terapia sistemica tiene conto di tutte queste caratteristiche, ma in primis delle caratteristiche biologiche di malattia, in particolare dello stato dei recettori ormonali e di HER2: questi sono ad oggi gli unici due fattori predittivi validati nel tumore mammario.

La chemioterapia da sola o in associazione a farmaci biologici anti-HER2 rappresenta la prima opzione terapeutica nei tumori triple-negative o HER2+, rispettivamente. Nella malattia che esprime i recettori ormonali (sottogruppi Luminali) il trattamento di prima scelta è rappresentato dalla terapia endocrina +/- farmaci biologici (CDK4/6 inibitore); solo nei casi con crisi viscerale è indicata la chemioterapia d'emblée.

La figure 6-A,B,C sintetizzano il percorso terapeutico *sommario* da seguire per il carcinoma mammario metastatico.

Figura 6-A Percorso terapeutico per tumore della mammella metastatico

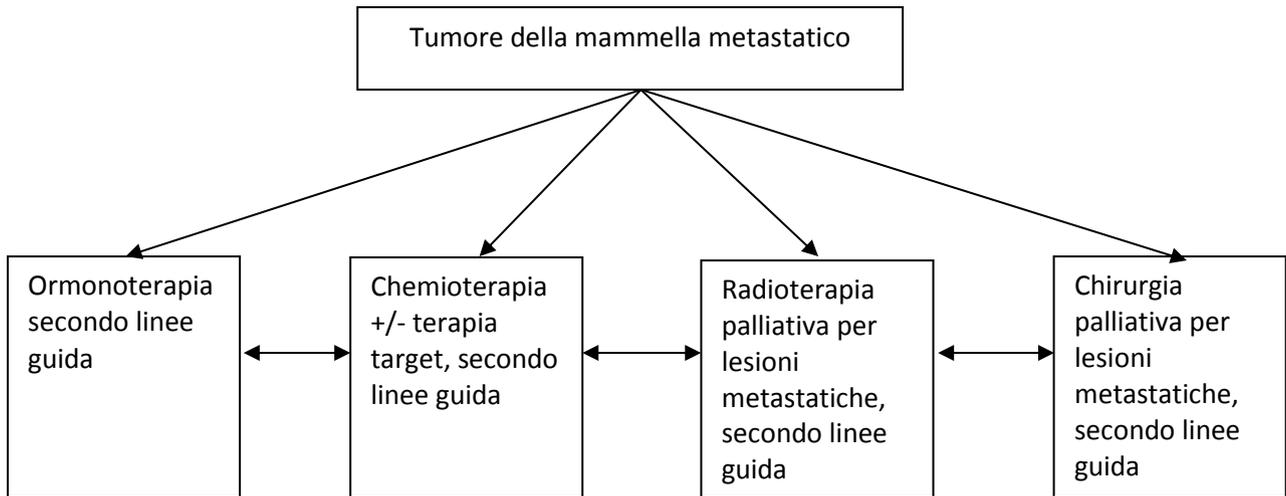


Figura 6-B Percorso terapeutico per tumore della mammella metastatico Her-2 positivo

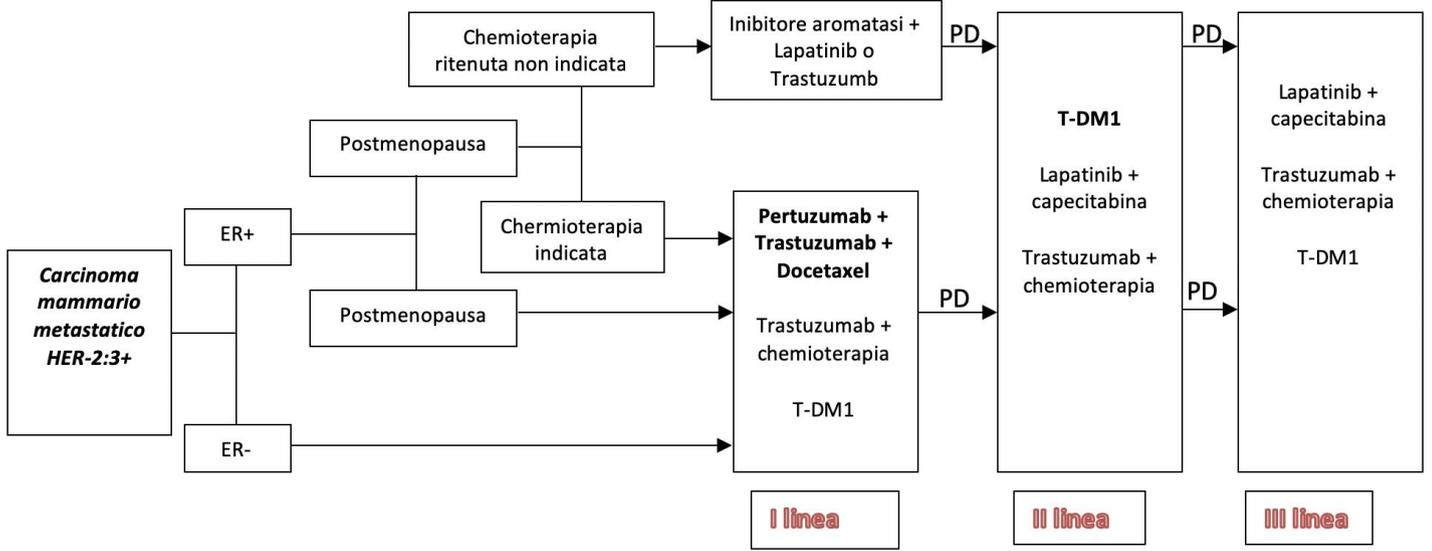
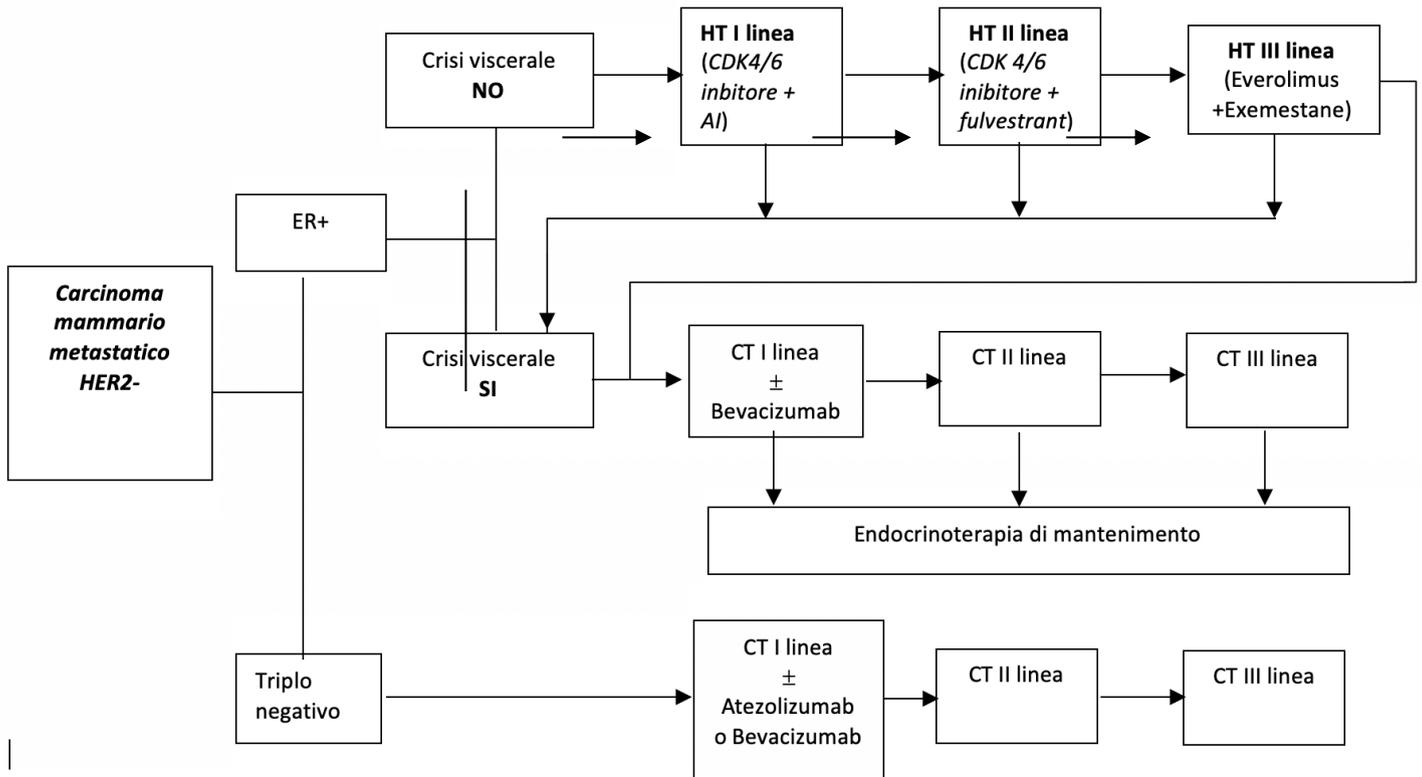


Figura 6-C Percorso terapeutico per tumore della mammella metastatico Her-2 negativo



PERCORSO FOLLOW-UP ER PERSONE CON NEOPLASIA MAMMARIA PREGRESSA

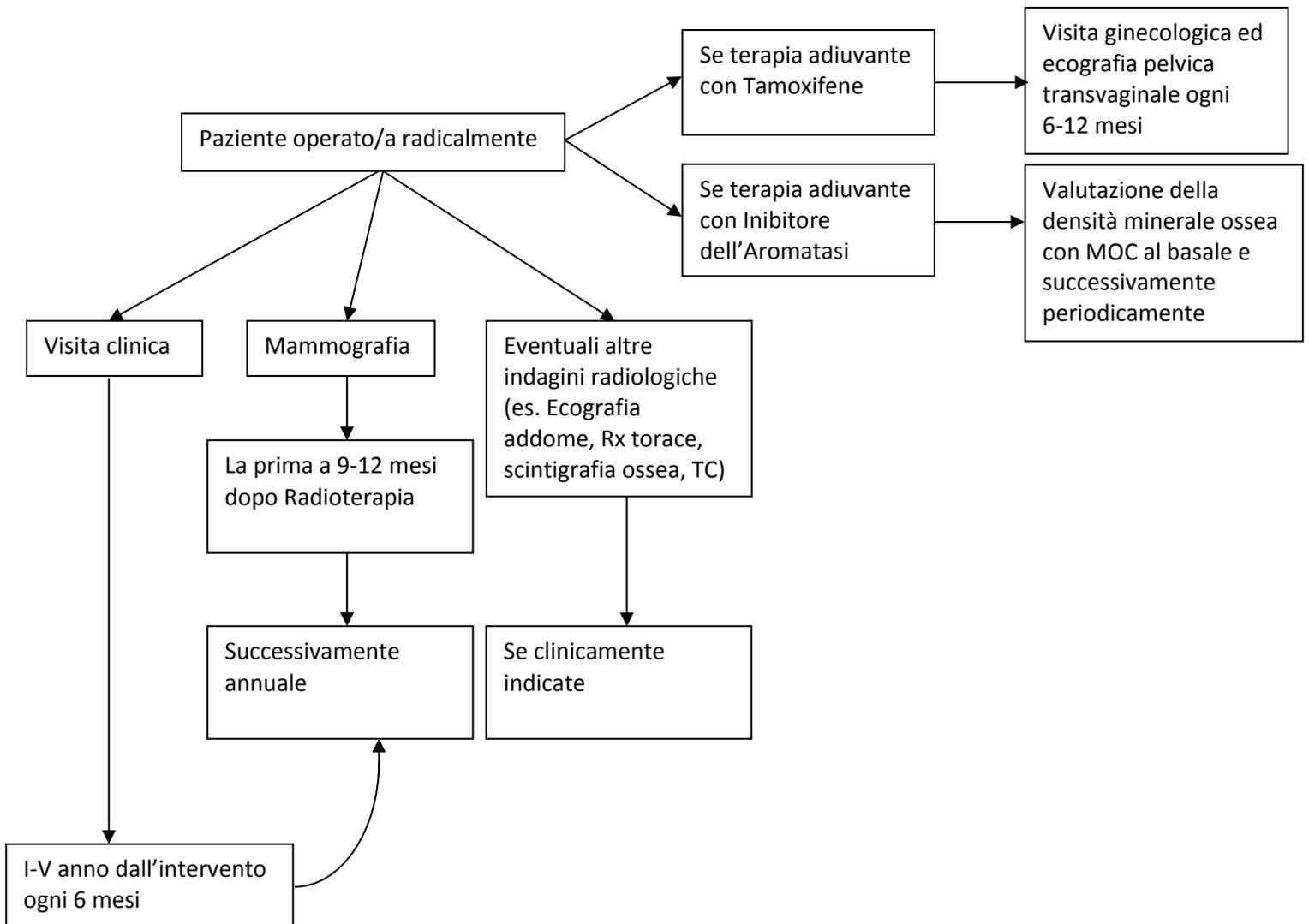
Qualora la malattia fosse suscettibile di trattamento chirurgico radicale, al termine della gestione terapeutica multidisciplinare del caso, il/la paziente rientrerà in un adeguato percorso di *follow-up* clinico-strumentale dedicato per i successivi 10 anni, ai fini dell'individuazione precoce di eventuali recidive locali o a distanza (vedi Fig.7). Nel programma di follow up del carcinoma mammario operato l'esame obiettivo può essere eseguito ogni 3-6 mesi durante i primi 3 anni e quindi ogni 6-12 mesi per i due anni successivi e quindi annualmente. Nel programma di follow up del carcinoma mammario operato la mammografia, per la ghiandola residua e/o controlaterale, dovrebbe essere eseguita con regolarità e a cadenza annuale.

In assenza di sospetti clinici individuali o di programmi personalizzati, il cosiddetto follow-up "intensivo" non dovrebbe essere raccomandato. In particolare, l'uso di indagini strumentali quali la radiografia del torace; l'ecografia addominale, la TC encefalo-torace-addome; la TC-PET con FdG; la scintigrafia ossea, come anche la determinazione dei marcatori tumorali (CEA, CA-15.3) non dovrebbero fare parte delle indagini routinarie di follow up in assenza di sospetto clinico di ripresa.

In caso di recidiva il/la paziente sarà opportunamente rivalutata dall'Oncologo Medico al fine di definire il più opportuno percorso terapeutico, in accordo a quelle che saranno le più aggiornate linee guida del momento. Ai fini della stadiazione e del successivo percorso terapeutico del caso, si rimanda ai rispettivi PDTA in precedenza illustrati.

Tali percorsi saranno modificati nel tempo al fine di garantire il rispetto delle più aggiornate linee guida nazionali ed internazionali del caso.

Fig. 7 Percorso di follow-up per paziente con pregressa patologia mammaria

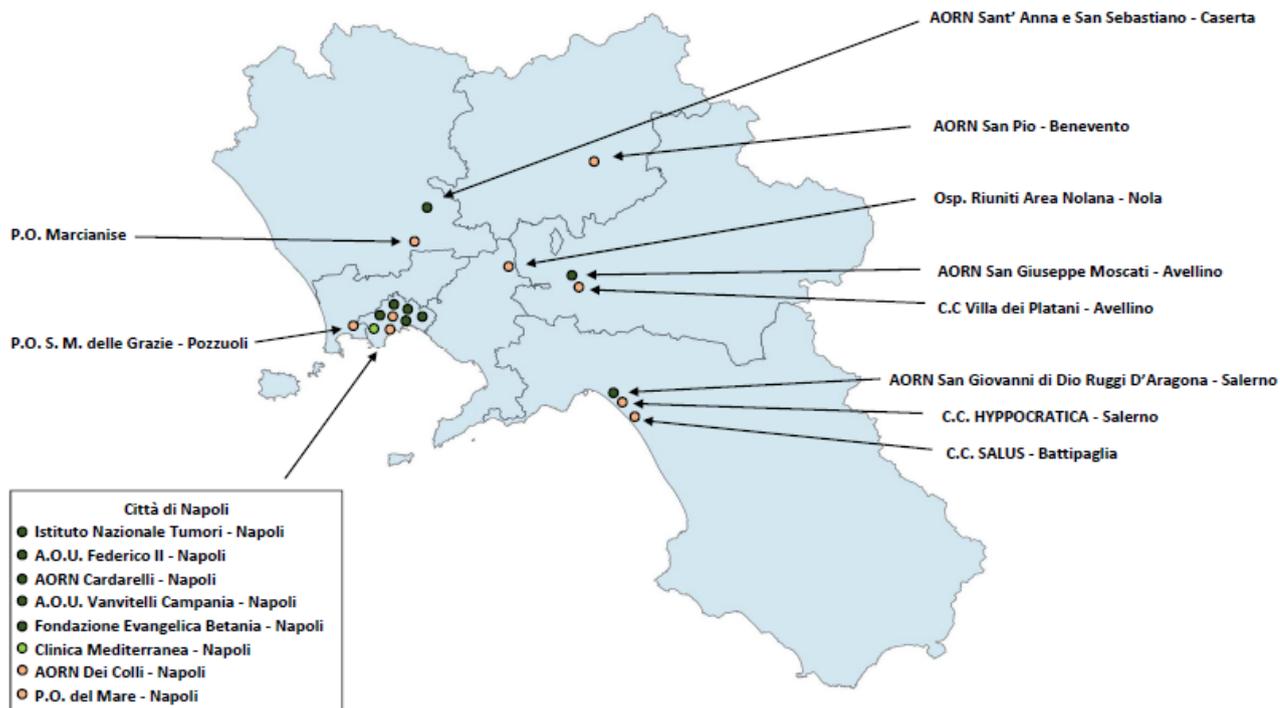


Per il presente PDTA si è tenuto conto delle più recenti linee guida nazionali (AIOM) ed internazionali (ESMO, NCCN).

RETE ONCOLOGICA CAMPANIA - PDTA Tumore della Mammella

Strutture regionali abilitate ad entrare in rete

- Rete – cut off > 150
- Rete – cut off 120/149
- Osservazione per triennio 2019/2021



Tempi di presa in carico (in giorni lavorativi)

- Il primo accesso al GOM per tumore della mammella avverrà tramite prenotazione effettuata dal MMG o altro medico specialista attraverso il sistema informatico della Rete Oncologica Campana
- La prima visita da parte del GOM che prende in carico la paziente sarà erogata **entro 7 giorni lavorativi**.
- Il GOM si riunirà per la discussione dei casi clinici **almeno una volta a settimana**
- **Entro ulteriori 15 giorni** dalla prima visita dovrà essere completata la stadiazione strumentale del tumore, qualora non già disponibile al momento della prima visita.
- Qualora una diagnosi di certezza istologica non fosse stata eseguita prima della Presa in Carico da parte del GOM, intervento chirurgico sarà effettuato **entro i 30 giorni successivi** alla visita multidisciplinare che ne avrà posto l'indicazione.
- Il referto istologico sarà disponibile **entro 15 giorni dall'intervento**.
- Il *Case Manager* incaricato dal GOM si occuperà della prenotazione degli esami radiologici e/o istologici necessari per la diagnosi, ricorrendo alle risorse interne aziendali, o provvederà ad indirizzare, su indicazione degli specialisti del GOM, la paziente presso altre Istituzioni appartenenti alla Rete Oncologica Campana.
- Se la procedura diagnostica è condotta internamente al CORPUS, sarà cura del *Case Manager* recuperare il referto e prenotare **entro 7 giorni** dalla disponibilità del referto una nuova visita.
- Al completamento della fase diagnostico-stadiativa il GOM definirà e programmerà il prosieguo del percorso clinico; se ritenuto opportuno il CORP/CORPUS farà riferimento alla Rete Oncologica per una *second opinion*.
- L'inizio di un'eventuale chemioterapia o altra terapia sistemica prevista dovrà avvenire **entro entro 15 giorni** in casi di malattia avanzata e/o localmente avanzata; **entro 30-40 giorni** in caso di chemioterapia adiuvante successiva ad intervento chirurgico per malattia localizzata. La radioterapia andrebbe iniziata alla guarigione chirurgica e/o entro i 4-5 mesi dalla chirurgia o a 21 gg dalla fine della chemioterapia.

Piano di revisione del PDTA

Coordinamento piano PDTA ROC	Sandro Pignata
Primi estensori	S De Placido, M De Laurentis, F. Ciardiello, V Ravo, S Falivene M Rinaldo
Seconda valutazione	Tutti i referenti per la ROC dei CORP-CORPUS e ASL
Terza valutazione	Componenti dei team multidisciplinari nei CORP-CORPUS e ASL identificati dai referenti della ROC
Note Epidemiologiche a cura:	M. Fusco: Coordinamento registri Tumori della Campania
Associazioni pazienti	FAVO
Società Scientifiche	Rappresentanze regionali AIOM, CIPOMO con coordinamento della revisione da parte di C Savastano, G Colantuoni

Percorsi suggeriti dalle Associazioni Pazienti aderenti a FAVO Campania da sviluppare nella ROC prima della prossima revisione annuale del PDTA

PDTA Mammella	<ul style="list-style-type: none"> - si suggerisce di identificare un percorso preciso ed omogeneo riguardo il primo accesso (preferibilmente attraverso il proprio MMG). - si suggerisce di utilizzare i criteri previsti nel DL 38/2010 per identificare in appropriatezza i percorsi di Cure Palliative domiciliari e/o accesso in Hospice - si auspica, attraverso lo strumento del PDTA, una promozione della cultura del rispetto del fine vita evitando trattamenti oncologici nella fase terminale della malattia e/o in contemporanea alle CP/Hospice
------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------