



**Percorso di Salute  
Diagnostico  
Terapeutico Assistenziale**

**Tumori della Mammella**

**Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta**

## SOMMARIO

1.	<b>Introduzione e presentazione del Documento</b>	<b>Pag.3</b>
2.	<b>Redazione</b>	<b>Pag.3</b>
3.	<b>Lista di distribuzione</b>	<b>Pag.3</b>
4.	<b>Gruppo di Lavoro e Coordinamento</b>	<b>Pag.4</b>
5.	<b>Glossario, terminologia e abbreviazioni</b>	<b>Pag.7</b>
6.	<b>Scopo</b>	<b>Pag.8</b>
7.	<b>Analisi del problema oggetto del PSDTA</b>	<b>Pag.8</b>
8.	<b>Letteratura scientifica di riferimento</b>	<b>Pag.9</b>
9.	<b>Contesto organizzativo di riferimento in cui si sviluppa il PSDTA</b>	<b>Pag.9</b>
10.	<b>Criteri di ingresso</b>	<b>Pag.9</b>
11.	<b>Descrizione dello sviluppo complessivo del PSDTA</b>	<b>Pag.10</b>
12.	<b>Rappresentazione in forma sintetica del PSDTA</b>	<b>Pag.11</b>
13.	<b>Diffusione ed implementazione del PSDTA</b>	<b>Pag.17</b>
14.	<b>Verifica dell'applicazione ed indicatori</b>	<b>Pag.18</b>
15.	<b>Aggiornamento</b>	<b>Pag.19</b>
16.	<b>Archiviazione</b>	<b>Pag.19</b>
17.	<b>Riferimenti bibliografici</b>	<b>Pag.19</b>
18.	<b>Allegati</b>	<b>Pag.19</b>

## 1. INTRODUZIONE E PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

La condivisione di percorsi di salute diagnostici terapeutici e assistenziali (PSDTA) rappresenta un elemento fondamentale di governance delle Reti Oncologiche. Tale processo mira a garantire qualità ed efficienza della gestione delle patologie oncologiche e a rendere omogeneo su tutto il territorio della Rete il percorso della paziente, garantendo l'effettiva presa in carico dei bisogni "globali" del paziente. La definizione del PSDTA garantisce anche una corretta allocazione di risorse indispensabile per rendere governabile il sistema ed il miglioramento costante dell'offerta terapeutica attraverso il monitoraggio di indicatori e procedure di audit interni ed esterni.

## 2. REDAZIONE

La stesura del PSDTA "matrice" (o PSDTA Regionale) è delegata dall'Assessorato alla Salute delle Regioni Piemonte e Valle d'Aosta alla Rete Oncologica. La Rete definisce, sulla base delle evidenze scientifiche disponibili, la sequenza delle procedure necessarie perché la gestione della patologia sia omogenea su tutto il territorio e abbia caratteristiche di qualità, efficienza, appropriatezza, multidisciplinarietà e multiprofessionalità.

Alle Direzioni Aziendali è affidato il compito di descrivere il PSDTA così come viene applicato localmente e di garantire che le procedure indicate siano disponibili, accessibili e dotate delle caratteristiche richieste.

La verifica della adeguatezza del percorso viene effettuata annualmente attraverso:

- la compilazione dei moduli inclusi nel presente documento
- la restituzione dei dati indicati come "indicatori"
- lo svolgimento di audit specifici e l'analisi della documentazione clinica disponibile

Data stesura primo documento	01/02/2023
Numero della revisione	
Data di Revisione	

## 3. LISTA DISTRIBUZIONE

---

Strutture di cure primarie delle ASL regionali e per loro tramite ai MMG

---

Aziende Sanitarie : Direttori Generali e Direttori Sanitari

---

Direttori di UOC e USD e Responsabili delle funzioni interessate : Responsabili Breast Units, Responsabili CAS e GIC con preghiera di diffusione, CPO

---

Organizzazioni di Volontariato (ODV) di riferimento per patologia e territorio

---

Istituzioni : Ordine dei Medici, Ordine Professioni Sanitarie, Ordine Farmacisti, Ordine Psicologi, Ordine Assistenti Sociali

---

#### 4. GRUPPO DI LAVORO E COORDINAMENTO

##### COORDINATORI

Cognome	Nome	Ruolo	Sede
Biglia	Nicoletta	Ginecologia	AO Ordine Mauriziano di Torino
Castellano	Isabella	Anatomia Patologica	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
La Porta	Maria Rosa	Radioterapia	ASL TO 4
Montemurro	Filippo	Oncologia	IRCSS Candiolo

##### REVISORI

Cognome	Nome	Ruolo	Sede
Gennari	Alessandra	Oncologia	AOU Maggiore della Carità di Novara
Numico	Gianmauro	Oncologia	AO S. Croce e Carle di Cuneo

##### GRUPPO DI LAVORO

Cognome	Nome	Ruolo	Sede
Barone	Carla	Oncologia	ASL TO 5
Beano	Alessandra	Oncologia	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
Bruna	Paolo	Oncologia	ASL CN 1
Chilà	Giovanna	Oncologia	IRCSS Candiolo
Cosentino	Cristina	Oncologia	ASL Alessandria
Cursio	Olga Elisabetta	Oncologia	AUSL VDA
Dionisio	Rossana	Oncologia	AO Ordine Mauriziano di Torino
Garzoli	Elisabetta	Oncologia	ASL VCO
Giacobino	Alice	Oncologia	ASL Biella
Manzin	Enrica	Oncologia	ASL TO 4
Minischetti	Monica	Oncologia	Presidio Ospedaliero Cottolengo
Montrucchio	Gabriella	Oncologia	ASL TO 3
Rigon	Elisa	Oncologia	ASL Novara
Torazzo	Renata	Oncologia	ASL VC
Turletti	Anna	Oncologia	ASL Città di Torino
Vandone	Anna Maria	Oncologia	ASL CN 2
Vanella	Paola	Oncologia	AO S. Croce e Carle di Cuneo
Vincenti	Maura	Oncologia	AO SS Antonio, Biagio e C. Arrigo Alessandria

Zucchini	Giorgia	Oncologia	ASL CN 2
Arrondini	Marisa	Anatomia Patologica	ASL NO Borgomanero
Bagnato	Rosaria	Anatomia Patologica	ASL VCO
Comello	Erika Giovanna	Anatomia Patologica	ASL TO 4
D'Andrea	Mariangela	Anatomia Patologica	ASL Biella
Guzzetti	Stefano	Anatomia Patologica	ASL Città di Torino
Marchiò	Caterina	Anatomia Patologica	IRCSS Candiolo
Pietribiasi	Francesca	Anatomia Patologica	ASL TO 5
Pittaro	Alessandra	Anatomia Patologica	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
Sciancalepore	Grazie	Anatomia Patologica	AO S. Croce e Carle di Cuneo
Scatolini	Maria	Anatomia Patologica	Fondazione Edo Tempia
Balinetti	Daniela	Assistente Sociale	Unione Industriale di Torino
Giribaldi	Paola	Assistente Sociale	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
Perugini	Lorella	Assistente Sociale	ASL VC
Ala	Ada	Chirurgia	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
Bortolini	Massimiliano	Chirurgia	ASL Biella
Massaza	Lauretta	Chirurgia	ASL Biella
Mondini	Guido	Chirurgia	ASL TO 4
Ratto	Enrico	Chirurgia	ASL Alessandria
Pretato	Tania	Chirurgia	AOU Maggiore della Carità di Novara
Stancampiano	Pietra	Chirurgia	ASL VCO
Seghesio	Raffaele	Chirurgia	ASL CN 2
Ferrando	Pietro Maria	Chirurgia plastica	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
Grilz	Gretha Lucina	Laura Chirurgia plastica	Presidio Ospedaliero Cottolengo
Zingarelli	Enrico Maria	Chirurgia plastica	AO SS Antonio, Biagio e C. Arrigo di Alessandria
Durando	Antonio	Chirurgia ginecologica	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
Droz	Blanc	Chirurgia toracica	AUSL VDA
Rando	Giancarlo	Fisiatra	ASL CN 2
Acquadro	Lorena	Fisioterapista	ASL Biella
Alessandria	Paola	Fisioterapista	Presidio Ospedaliero Cottolengo
Vaisitti	Cinzia	Fisioterapista	ASL TO 3

Pasini	Barbara	Genetica Medica	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
Baù	Maria Grazia	Ginecologia	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
Principe	Ernesto	Ginecologia	AO S. Croce e Carle di Cuneo
Roagna	Riccardo	Ginecologia	AO Ordine Mauriziano di Torino
Sgandurra	Paola	Ginecologia	IRCSS Candiolo
Campagna	Luciana	Ginecologia/Ostetricia	ASL TO 3
Distratis	Vincenzo	Ginecologia/Ostetricia	ASL Città di Torino
Garetto	Alessio	Ginecologia/Ostetricia	ASL CN 1
Reggiani	Rita	Infermiera	AO Ordine Mauriziano di Torino
Rinarelli	Maria Teresa	Infermiera	IRCSS Candiolo
Bovero	Andrea	Psicologo	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
Colombari	Patrizia	Psicologo	ASL VC
Gonella	Marco	Psicologo	ASL Città di Torino
Bagnera	Silvia	Radiologia	ASL TO 4
Gambaro	Anna Clelia Lucia	Radiologia	AOU Maggiore della Carità di Novara
Luparia	Andrea	Radiologia	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
Zanon	Eugenio	Radiologia	Presidio Ospedaliero Cottolengo
Bagnasacco	Paolo	Radioterapia	ASL Biella
Ballarè	Andrea	Radioterapia	ASL VCO
Cellini	Lisa	Radioterapia	AO Ordine Mauriziano di Torino
De Liguoro	Mario	Radioterapia	ASL AT
Gruppuso	Valentina	Radioterapia	AUSL VDA
Sola	Barbara	Radioterapia	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
Giordano	Livia	SSD Epidemiologia Screening CRPT	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

**Associazioni pazienti che hanno contribuito :**

- **aBRCA dabra**
- **A.N.D.O.S. - Associazione Nazionale Donne Operate al Seno Torino**
- **Associazione Mimosa Amici del Dh oncologico di Borgomanero**
- **Associazione Dragonette Torino**
- **F.A.V.O. Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia**
- **Mettiamoci le Tette**
- **Associazione Noi Come Te**
- **S.I.D.E.O. Solidarietà Internazionale Donne con Esperienza Oncologica**

## 5. GLOSSARIO, TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONE

Termine	Significato
<b>CAS</b>	Centro Accoglienza e Servizi. Nel modello organizzativo della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, il CAS è la struttura deputata alla presa in carico iniziale di un paziente con sospetto di neoplasia. Predisposti gli esami diagnostici essenziali sulla base del sospetto, il CAS indirizza il paziente verso il Gruppo Interdisciplinare Cure specialistico
<b>GIC</b>	Gruppi Interdisciplinari Cure. Nel modello organizzativo della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, i GIC sono gruppi multispecialistici che prendono in carico il paziente con diagnosi oncologica e mettono a punto il programma terapeutico, secondo lo stato dell'arte
<b>Centri di Senologia</b>	GIC mammella con assetto e risorse conformi a specifici criteri identificati dalla D.G.R. N. 38-852 del 29/12/2014. I Centri di Senologia si ispirano al modello della Breast Unit
<b>Breast Unit</b>	Termine anglosassone per identificare le strutture multidisciplinari integrate per la cura del tumore della mammella. Nate nel mondo anglosassone, si sono via via consolidate come modello ideale per la presa in carico delle pazienti con carcinoma della mammella ed attualmente sono normate da regolamenti come ad esempio i Criteri EUSOMA (Biganzoli et al, Breast 51;65, 2020)
<b>EUSOMA</b>	European Society of Breast Cancer Specialists
<b>Stadio</b>	E' una misura riassuntiva dell'entità di malattia, che combina il diametro tumorale (T), con lo stato dei linfonodi ascellari omolaterali (N) e la presenza o meno di metastasi sistemiche (M). Nella malattia non metastatica, si distingue in stadio clinico (desunto dagli esami diagnostici) e stadio patologico, desunto dall'esito dell'esame istopatologico definitivo
<b>Prevenzione primaria</b>	Azioni e misure adatte a ridurre l'incidenza di una certa patologia, agendo, ad esempio, sui fattori di rischio modificabili
<b>Prevenzione secondaria</b>	Azioni e misure adatte all'identificazione dei tumori in fase asintomatica, in modo da consentire terapie più tempestive ed efficaci
<b>Prevenzione terziaria</b>	Azioni e misure adatte, in pazienti che hanno già subito un intervento per tumore e sono liberi da malattia, ad intercettare ricadute operabili, o a diagnosticare una ricaduta metastatica
<b>MMG</b>	Medico di Medicina Generale
<b>RM</b>	Risonanza magnetica nucleare
<b>BIRADS</b>	Sistema per il reporting standardizzato dell'imaging senologico
<b>IORT</b>	Intra operative radiation therapy
<b>HER2</b>	Prodotto dell'oncogene HER2. Alterato in circa il 15% dei carcinomi della mammella, è sia prognostico che predittivo dell'efficacia di una terapia mirata con anticorpi monoclonali. Viene valutato con metodica immunisto chimica e considerato positivo se il risultato dell'analisi ha un valore 3+ su una scala da 0 a 3+. In caso di risultati dubbi, viene valutato con metodica citogenetica volta a contare direttamente le copie del gene (amplificazione genica)
<b>TNBC</b>	Tumore della mammella triplo-negativo. Sottotipo di tumore della mammella caratterizzato dalla non espressione dei recettori ormonali e di HER2
<b>ER</b>	Recettore estrogenico. Viene valutato sulle cellule tumorali con esame immunisto chimico e riportato come proporzione di cellule con nuclei positivi
<b>PGR</b>	Recettore per il progesterone. Viene valutato sulle cellule tumorali con esame immunisto chimico e riportato come proporzione di cellule con nuclei positivi

<b>Grading</b>	Sistema per classificare il grado di deviazione del tessuto tumorale dal tessuto normale di origine. Ha un impatto prognostico ben definito
<b>TMMP</b>	Test Molecolare Multigenico Prognostico. E' un test aggiuntivo che valuta l'espressione simultanea di più geni del tumore e che consente stime prognostiche e, in alcuni casi, del beneficio atteso dalla chemioterapia, più accurate rispetto agli esami di profilo oncologico tradizionali
<b>PFS</b>	Soppressione della funzione ovarica. Ablazione della produzione di estrogeni da parte dell'ovaio nella donna in pre-menopausa, che può essere ottenuta tramite ovariectomia, irradiazione delle ovaie o, più comunemente, con farmaci
<b>DCIS</b>	Proliferazione neoplastica mammaria che si sviluppa esclusivamente all'interno dei dotti mammari. Per tale ragione presenta solo un rischio di recidiva locale, ma non di disseminazione metastatica

## 6. SCOPO

Obiettivo del PSDTA è garantire a tutte le pazienti affette da tumore della mammella un iter personalizzato in tutte le fasi della malattia, attraverso un continuum di azioni basate sulle più recenti evidenze scientifiche e sui bisogni del singolo paziente, con l'obiettivo di ottenere la migliore sopravvivenza e qualità di vita del paziente.

## 7. ANALISI DEL PROBLEMA OGGETTO DEL PSDTA

Si stima che nel 2020 siano stati diagnosticati in Italia circa 55.000 nuovi casi di carcinomi della mammella (inclusi circa 500 casi di tumore in maschi). È la neoplasia più diagnosticata nelle donne, e rappresenta circa 1/3 delle neoplasie maligne femminili.

Il trend di incidenza del tumore della mammella in Italia appare in leggero aumento (+0,3% per anno) mentre continua a calare, in maniera significativa, la mortalità (-0,8% per anno).

Anche nel 2020 in Italia il carcinoma mammario ha rappresentato la prima causa di morte per tumore nelle donne, con circa 12.300 decessi, fra gli uomini le morti sono state 150 (ISTAT, dati disponibili at <http://dati.istat.it/>).

Rappresenta il 28% delle cause di morte oncologica prima dei 50 anni, il 21% tra i 50 e i 69 anni ed il 14% dopo i 70 anni. La mortalità appare in calo in tutte le classi di età, soprattutto nelle donne con meno di 50 anni, la sopravvivenza a 5 anni delle donne con tumore della mammella in Italia è pari all'87%. In Italia vivono oltre 830.000 donne che hanno avuto una diagnosi di neoplasia mammaria.

La riduzione della mortalità a cui si è assistito negli ultimi anni, può infatti essere riconducibile non solo ai progressi terapeutici, ma anche all'anticipazione diagnostica, in risposta alla maggiore adesione ai programmi di screening e ad un approccio multidisciplinare verso il malato.

## 8. LETTERATURA SCIENTIFICA DI RIFERIMENTO

- Linee guida dell'Associazione Italiana Oncologia Medica (AIOM), versione 2021 disponibile sul sito [www.aiom.it](http://www.aiom.it)
- <http://dati.istat.it/>
- Regione Piemonte, DGR 23/1/2015, n. 1-924 Integrazioni alla D.G.R. 1-600 del 19.11.2014 "Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale" (BURP 4S2 29/01/2015)
- Biganzoli L, Cardoso F, Beishon M, et al. The requirements of a specialist breast centre . The Breast 2020, 51:65-84
- D.G.R. Piemonte n. 71-7681 del 29 marzo 2019
- D.G.R. Piemonte 9-3819 del 24.09.2021: " Decreto del Ministero della Salute, 18 maggio 2021, inerente a Modalità di riparto e requisiti di utilizzo del fondo per i test genomici per il carcinoma mammario ormonoresponsivo in stadio precoce"

## 9. CONTESTO ORGANIZZATIVO DI RIFERIMENTO IN CUI SI SVILUPPA IL PSDTA

In Piemonte nel 2018 sono stati stimati 4.350 nuovi casi di carcinoma della mammella. Nel 2018 (ISTAT, ultimo anno disponibile) i decessi sono stati 1.134. La sopravvivenza a 5 anni delle donne con tumore della mammella è dell'88%. Le donne vive dopo questa diagnosi nell'ambito del territorio piemontese sono 64.700 (anno 2015).

La Regione Piemonte ha inoltre individuato con delibera del 23 novembre 2015 (D.G.R.51-2485/2015, "Individuazione dei centri HUB nell'ambito del dipartimento della Rete Oncologica"):

- **Centri HUB:** centri sovraordinati, con maggiore specializzazione diagnostica e terapeutica, identificati sulla base di specifiche caratteristiche e competenze
- **Centri Spoke:** strutture di primo livello, generalmente i dipartimenti oncologici intraospedalieri, con possibilità di assistenza qualificata completa che copra la massima parte della diagnosi e cura delle principali patologie oncologiche con la stessa qualità di prestazione degli HUB

Il modello organizzativo generale di presa in carico in atto in Regione Piemonte prevede la presenza di Centri Accoglienza e Servizi (**CAS**) e Gruppi Interdisciplinari Cure (**GIC**) in modo da garantire un rapido accesso a pazienti con sospetto diagnostico ed un efficiente indirizzamento verso i relativi GIC di riferimento per il prosieguo dell'iter terapeutico-assistenziale. In adeguamento a quanto sancito dalla Conferenza Stato Regioni del 18 Dicembre 2014, i GIC senologici (**Centri di Senologia**) devono ispirarsi alle "**Breast Unit**", modello organizzativo multidisciplinare fortemente improntato alla presenza di specialisti e strutture dedicati, in toto o per quota definita del loro impegno professionale, al percorso delle pazienti con carcinoma della mammella in modo integrato in ciascun passo dello stesso. I Centri di Senologia devono progressivamente adeguarsi ai criteri EUSOMA.

## 10. CRITERI DI INGRESSO

Sono inclusi in questo PSDTA tutti i pazienti con sospetto clinico o diagnosi di carcinoma mammario in situ o invasivo, e i soggetti portatori di mutazione BRCA1 e BRCA2.

Nel percorso PSDTA sono coinvolti :

- Dipartimento di Prevenzione
- Distretti Sanitari
- Medici di famiglia / Case della salute
- Servizi di cure domiciliari e palliative
- Hospice
- Strutture di riabilitazione
- Reti Ospedaliere
- Servizi sociali ospedalieri e territoriali
- Progetto Protezione Famiglie Fragili
- Associazioni di pazienti e di volontari

## 11. DESCRIZIONE DELLO SVILUPPO COMPLESSIVO DEL PSDTA

### Prevenzione primaria

I fattori di rischio principali per lo sviluppo di una neoplasia della mammella sono:

- Età: la curva di incidenza cresce esponenzialmente sino alla menopausa (intorno a 50-55 anni) e poi rallenta con un plateau dopo la menopausa, per poi riprendere a salire dopo i 60 anni.
- 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; la nulliparità, una prima gravidanza a termine dopo i 30 anni, il mancato allattamento al seno.
- Fattori ormonali: incremento del rischio nelle donne che assumono terapia ormonale sostitutiva durante la menopausa; aumentato rischio nelle donne che assumono contraccettivi orali. L'incremento del rischio sembra essere proporzionale al tempo di esposizione allo stimolo ormonale
- Fattori dietetici e metabolici: elevato consumo di alcool e di grassi animali, basso consumo di fibre vegetali, obesità
- Pregressa radioterapia (a livello toracico e specialmente se prima dei 30 anni d'età).
- Precedenti displasie o neoplasie mammarie
- Familiarità ed ereditarietà: il 5-7% delle neoplasie mammarie risulta legato 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%.

### Prevenzione secondaria

E' rappresentata dal programma di screening. Lo screening si rivolge a persone apparentemente non ammalate ed è volto all'identificazione precoce del tumore della mammella. La diagnosi di un tumore in basso **stadio**, che è il principale scopo dello screening del carcinoma della mammella, consente interventi meno demolitivi, terapie meno aggressive ed una prognosi *quoad vitam* migliore.

### Prevenzione terziaria

E' rappresentata dai programmi di follow-up dei pazienti liberi da malattia dopo i trattamenti, ma anche dai percorsi riabilitativi oncologici volti a ridurre le probabilità di sviluppo di disabilità correlate con la malattia o i trattamenti.

### Prevenzione socio assistenziale

La Rete oncologica Piemonte e Valle d'Aosta tutela i propri assistiti con l'erogazione, di fronte al solo sospetto diagnostico, dell'esenzione ticket 048. La richiesta dell'invalidità civile precocemente nell'iter diagnostico e, ove necessario, l'attivazione del Progetto Protezione Famiglie Fragili, costituiscono determinanti supporti socio assistenziali per il malato, soprattutto in caso di malattia in stadio avanzato in persone a rischio socio-assistenziale.

Attività	Descrizione	Timing richiesto
<b>Visita CAS</b>	<p>Le prestazioni fornite dal CAS sono le seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutazione medica, che può essere a sua volta centralizzata oppure eseguita da specialisti diversi secondo il modello dei CAS “delocalizzati”. Il medico provvede a definire e richiedere i successivi accertamenti</li> <li>• Valutazione infermieristica: con definizione del fabbisogno assistenziale, psicologico e sociale</li> <li>• Gestione amministrativa: rilascio dell’esenzione 048 temporanea o definitiva; organizzazione del percorso diagnostico richiesto dal medico</li> </ul> <p>Il CAS è poi responsabile di raccogliere gli esiti degli accertamenti eseguiti, comunicarli al paziente e provvedere alla presentazione della documentazione al GIC</p>	<i>La visita CAS va erogata entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta</i>
<b>Definizione diagnostica della lesione mammaria</b>	<p>Nel processo di diagnosi e stadiazione locale della neoplasia devono essere disponibili le seguenti modalità diagnostiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rx mammografia digitale/tomosintesi</li> <li>• Ecografia della regione mammaria e dei linfonodi</li> <li>• RMN della mammella con mdc</li> <li>• Prelievo in stereotassi o tomosintesi con Core Needle Biopsy o Vacuum Assisted Breast Biopsy</li> <li>• Esame istologico con definizione dei parametri predittivi (Grading, ER, PGR, Ki67, HER2)</li> </ul>	
<b>Stadiazione sistemica</b>	<p>Nelle pazienti con neoplasia in stadio I e II in cui il rischio di riscontrare metastasi asintomatiche a distanza mediante scintigrafia ossea, ecografia epatica e radiografia del torace è basso vi è indicazione alla sola stadiazione loco-regionale. Nello stadio II gli esami di stadiazioni vanno definiti in base alle caratteristiche di aggressività della malattia.</p> <p>L’esecuzione di TC del torace, ecografia o TC dell’addome e di una scintigrafia scheletrica è indicata nelle pazienti a più alto rischio di malattia metastatica asintomatica all’esordio: positività clinica dei linfonodi ascellari, tumori di grandi dimensioni (superiori a 5 cm) e biologia aggressiva. La PET-TC con FDG è indicata solo come approfondimento diagnostico nei casi in cui le metodiche convenzionali risultino inconclusive (Allegato 1).</p> <p>Tutte le pazienti pre-menopausali con diagnosi di neoplasia della mammella candidate a terapie potenzialmente gonadotossiche devono essere informate sul rischio di infertilità legato ai trattamenti. Le pazienti desiderose di attuare possibili interventi di preservazione della fertilità devono essere inviate per counselling presso un centro specializzato</p>	
<b>GIC</b>	<p>Il Gruppo Interdisciplinare Cure rappresenta il momento di valutazione multidisciplinare pre- e postoperatoria del caso nel suo complesso, portando alla definizione di una strategia diagnostica e terapeutica condivisa. Il GIC deve prevedere la partecipazione di tutti gli specialisti necessari per una completa valutazione del caso, di seguito elencati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chirurgo / Senologo</li> <li>• Radiologo</li> <li>• Radioterapista</li> <li>• Oncologo Medico</li> <li>• Anatomopatologo</li> <li>• Infermiere</li> </ul>	<i>Il GIC deve avere luogo entro 4 settimane dalla visita CAS.</i>

	<p>Altri membri che devono garantire la disponibilità alla partecipazione su richiesta sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chirurgo Plastico</li> <li>• Genetista</li> <li>• Farmacista</li> <li>• Medico Nucleare</li> <li>• Fisiatra</li> <li>• Dietologo</li> <li>• Psicologo</li> <li>• Palliativista/Terapista del dolore</li> </ul> <p>In caso di non disponibilità di qualcuna delle discipline richieste è necessario far riferimento al GIC di un altro centro (possibilmente l'hub di riferimento territoriale). Nel regolamento del GIC, oltre agli specialisti che partecipano, devono essere descritte le periodicità degli incontri, le modalità di svolgimento e di refertazione. In seguito alla discussione multidisciplinare viene redatta una relazione scritta con le indicazioni terapeutiche stabilite e lo specialista a cui il caso viene affidato. La proposta è in seguito condivisa con la paziente nel rispetto delle rispettive caratteristiche cliniche e preferenze.</p> <p>La discussione interdisciplinare è obbligatoria per l'impostazione iniziale delle terapie e necessaria ogni qualvolta si ravvisi un problema clinico complessivo che richieda più competenze</p>	
<p><b>Counselling genetico</b></p>	<p>In conformità alla D.G.R. Piemonte n. 71-7681 del 29 marzo 2019, in cui viene raccomandata la disponibilità di un data base per la valutazione degli outcome principali, le pazienti che presentano caratteristiche cliniche e familiari di potenziale predisposizione ereditaria vengono inviate alla struttura di genetica medica di riferimento per la ricerca delle mutazioni BRCA e BRCA-like (Allegato 2).</p> <p>In caso di positività dovranno essere messe in atto le seguenti misure:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discussione in GIC delle opzioni di prevenzione di seconde neoplasie;</li> <li>• Avvio del follow up intensivo;</li> <li>• Convocazione dei familiari a rischio per l'esecuzione del test: in caso di positività anche i soggetti sani devono essere sottoposti alle stesse procedure dei soggetti con neoplasia attiva.</li> </ul> <p>Nelle pazienti in cui è stata posta l'indicazione a eseguire test genetico per mutazione BRCA, l'esito del test deve essere disponibile al momento della pianificazione chirurgica</p>	

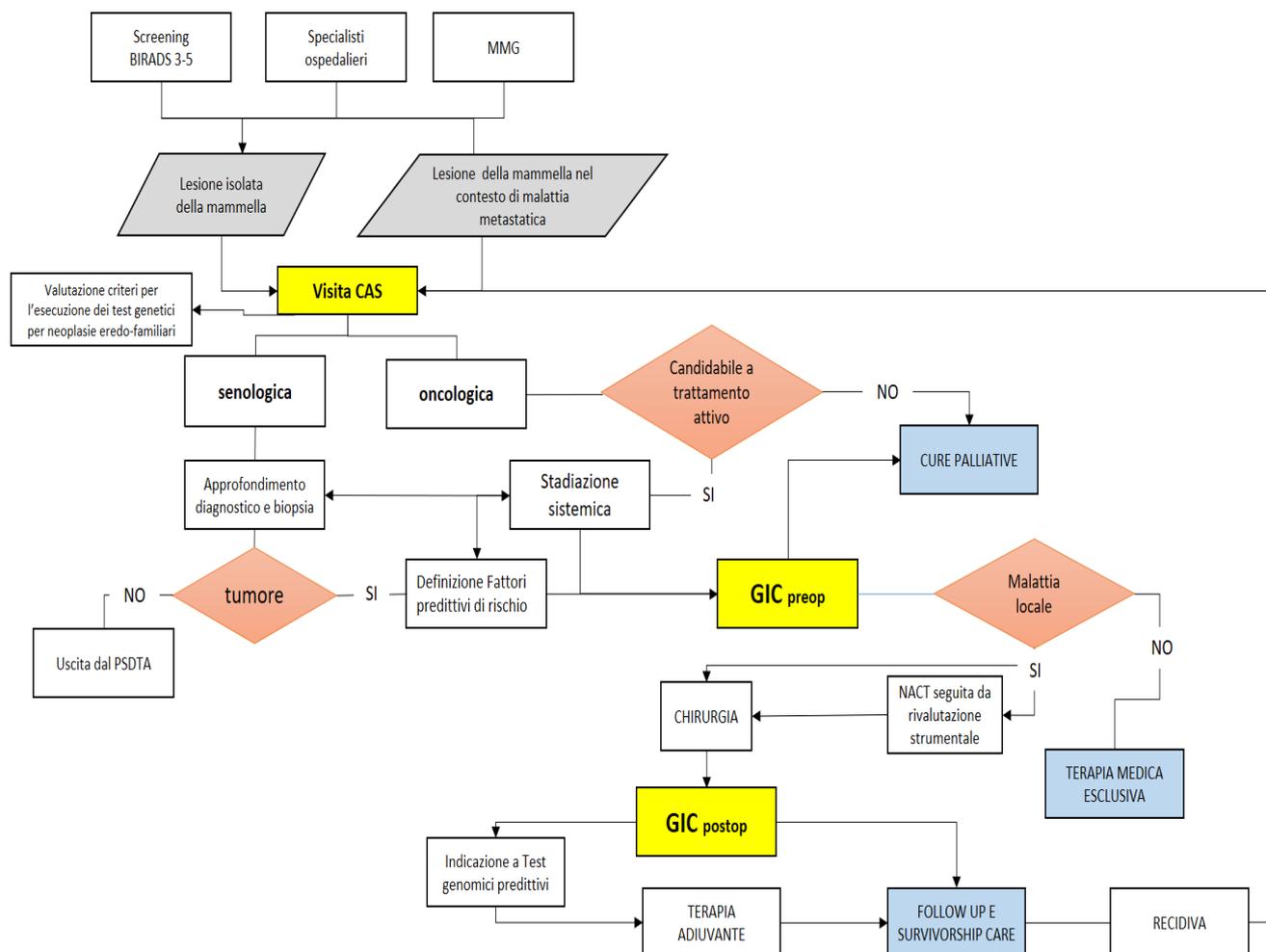
<b>Chemioterapia di induzione (NACT)</b>	<p>È indicata nei casi di carcinoma mammario localmente avanzato (stadio IIB-III e carcinoma infiammatorio) indipendentemente dal sottotipo, nel carcinoma mammario HER2 positivo o triplo negativo (TNBC) in alcune pazienti in stadio clinico I e in pazienti in stadio II. In caso di trattamento neoadiuvante, è indicato lo studio clinico/radiologico ed eventualmente biptico dei linfonodi ascellari clinicamente e radiologicamente sospetti, oltre a una adeguata stadiazione sistemica di malattia pre- e post-trattamento.</p> <p>Vi è inoltre indicazione, in caso di lesioni mammarie uniche, a reperaggio della lesione con clip o tatuaggio.</p> <p>Il trattamento chemioterapico neoadiuvante viene scelto sulla base delle caratteristiche biologiche della malattia (ER, PgR, Ki67, HER2), dell'efficacia dimostrata nell'ambito degli studi clinici e delle indicazioni delle principali società scientifiche di oncologia medica (Allegato 3).</p> <p>Le pazienti affette da malattia HER2 positiva devono ricevere un trattamento comprendente farmaci anti-HER2. Nelle pazienti con malattia triplo negativa (TNBC) può essere presa in considerazione una chemioterapia che preveda il carboplatino (obbligatoria nei casi BRCA1/BRCA2 positivi).</p> <p>In caso di terapia neoadiuvante, è consigliabile effettuare tutta la chemioterapia prima dell'intervento.</p> <p>In pazienti selezionate (malattia ormonoresponsiva di basso grado o con basso rischio dopo esecuzione di test genomico, post-menopausali), inoperabili alla diagnosi oppure con controindicazioni alla chirurgia e/o alla chemioterapia, può essere proposta una terapia ormonale ad intento neoadiuvante, con lo scopo di convertire i tumori non operabili in operabili e di aumentare la probabilità di una chirurgia conservativa per le pazienti candidate alla mastectomia al momento della diagnosi</p>	<p><i>Timing tra GIC ed inizio CT neoadiuvante deve essere &lt; 3 settimane</i></p>
<b>Rivalutazione strumentale</b>	<p>Il monitoraggio della risposta alla terapia neoadiuvante viene effettuato tramite esame clinico periodico della paziente.</p> <p>Al termine del trattamento neoadiuvante, è prevista una ristadiatione locale mediante gli stessi esami strumentali utilizzati nella prima fase stadiativa. In caso di progressione clinica o strumentale di malattia, durante o al termine del trattamento medico, il caso viene discusso in sede multidisciplinare per eventuale anticipo della fase chirurgica o passaggio ad altro trattamento sistemico.</p> <p>Al completamento del programma di terapia neoadiuvante in sede multidisciplinare viene valutata la risposta clinico-strumentale e si discutono l'approccio chirurgico più adeguato e le eventuali procedure ricostruttive</p>	
<b>Chirurgia</b>	<p>La chirurgia della mammella dovrebbe essere effettuata in Centri di Senologia multidisciplinari, certificati o comunque deliberati dalle regioni, di alto volume (&gt; 150 casi) perché questo è associato ad un aumento delle terapie conservative, a una diminuzione delle ri-escissioni, dei trattamenti inappropriati, delle riammissioni in ospedale, del ritardo dell'inizio della terapia adiuvante e ad un aumento della sopravvivenza. Nelle pazienti con carcinoma invasivo stadio I-II (e in casi selezionati più avanzati) la chirurgia conservativa associata alla radioterapia della mammella (whole breast irradiation) rappresenta comunemente il trattamento di prima scelta. La mastectomia trova applicazione quando l'approccio conservativo non è indicato o non è tecnicamente possibile, ovvero per desiderio della paziente.</p> <p>Nelle pazienti con carcinoma invasivo della mammella trattate con chirurgia conservativa e successiva radioterapia, un margine di resezione con "no ink on tumor" rispetto a margini di resezione più ampi, dovrebbe essere preso in considerazione come prima opzione, perché garantisce un buon controllo</p>	<p><i>L'intervento chirurgico deve essere effettuato entro 21 giorni dal completamento del trattamento neoadiuvante</i></p>

	<p>locale, diminuisce l'incidenza di riescissioni e contribuisce a migliorare l'outcome estetico.</p> <p>La biopsia del linfonodo sentinella (LS) rappresenta lo standard terapeutico secondo pratica clinica comune per le pazienti con carcinoma mammario stadio clinico I-II e linfonodi clinicamente negativi o con linfonodi clinicamente sospetti ma con successivo agoaspirato negativo (Allegato 4).</p> <p>Nelle pazienti con carcinoma mammario invasivo cT1-2, cN0 con macrometastasi in 1-2 linfonodi sentinella, sottoposte a chirurgia conservativa, trattate con radioterapia sulla mammella e terapia sistemica, l'omissione della dissezione ascellare può essere presa in considerazione. Nelle pazienti con carcinoma mammario invasivo cT1-2 cN0 con micro-metastasi nel linfonodo sentinella, l'omissione della dissezione ascellare dovrebbe essere presa in considerazione indipendentemente dal tipo di chirurgia mammaria.</p> <p>In pazienti cN0, la biopsia del linfonodo sentinella come unica modalità di stadiazione linfonodale dopo terapia sistemica neoadiuvante deve essere presa in considerazione come prima opzione. In pazienti cN1 prima della terapia sistemica neoadiuvante, e con successiva negativizzazione clinico-radiologica post-terapia, può essere presa in considerazione l'omissione dello svuotamento ascellare nel caso uno o più linfonodi sentinella, eventualmente identificati con doppio tracciante, risultino negativi.</p> <p>Laddove sia prevista una chirurgia demolitiva deve essere consultato un chirurgo plastico</p>	
<b>GIC POST-OP</b>	<p>I risultati dell'esame anatomopatologico e delle determinazioni di profilo biologico vengono ridiscussi dai membri della Breast Unit alla luce dell'esame istologico definitivo, completo di caratterizzazione molecolare. In questa sede vengono rivalutati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• adeguatezza dell'intervento,</li> <li>• necessità di ulteriori esami di stadiazione/approfondimento,</li> <li>• iter terapeutico post-chirurgico</li> </ul>	
<b>Test genomici predittivi</b>	<p>Nelle pazienti con carcinoma mammario ormonoresponsivo operato, l'utilizzo di test genomici può meglio definire il rischio di ricaduta.</p> <p>I criteri e le modalità di invio sono quelli esplicitati nella DGR Piemonte N.9-3819 del 24.09.2021: " Decreto del Ministero della Salute, 18 maggio 2021, inerente a Modalità di riparto e requisiti di utilizzo del fondo per i test genomici per il carcinoma mammario ormonoresponsivo in stadio precoce"</p>	
<b>Terapia adiuvante sistemica</b>	<p>Il ruolo del trattamento sistemico adiuvante dopo il trattamento chirurgico è ampiamente consolidato, in funzione della significativa riduzione del rischio di recidiva e di morte ottenuta con la polichemioterapia, con la terapia endocrina e con la terapia target. La decisione di quale o quali terapie utilizzare nella singola paziente richiede una attenta valutazione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fattori prognostici, che definiscono l'entità del rischio di ripresa di malattia;</li> <li>- Fattori predittivi di risposta a specifici trattamenti (ER, Pgr, HER2, Ki67);</li> <li>- Benefici attesi dal trattamento in termini di percentuale di beneficio assoluto ed effetti collaterali attesi;</li> <li>- Comorbidità della paziente;</li> <li>- Preferenza della paziente</li> </ul>	<i>La terapia adiuvante deve iniziare entro 45 giorni dalla chirurgia</i>
<b>Radioterapia</b>	<p>Il trattamento radiante sull'intero corpo mammario residuo viene da pratica clinica comune preso in considerazione nella maggior parte delle pazienti affette da carcinoma mammario invasivo sottoposte a chirurgia conservativa perché riduce il rischio di recidiva locale e di mortalità. In pratica clinica comune è possibile proporre a pazienti selezionate (a basso rischio) una PBI, cioè un trattamento radiante limitato al solo letto tumorale e al tessuto mammario immediatamente limitrofo. Le terapie ipofrazionate sono incoraggiate (Allegato 5).</p>	<i>La radioterapia deve essere effettuata entro 365 giorni dalla chirurgia</i>

	In situazioni particolari può essere discussa l'astensione dalla radioterapia (età, dimensioni, neoplasia...). - casi selezionati deve essere considerata la radioterapia ascellare (Allegato 6).	
<b>Riabilitazione</b>	In tutte la pazienti deve essere considerata la necessità di una valutazione fisiatrica a fini riabilitativi	
<b>Follow up e survivorship care</b>	<p>La gestione del follow up è di norma affidata al medico oncologo per mezzo di controlli clinico-strumentali programmati. Nei casi di carcinoma mammario a basso rischio–e dopo un anno dalla diagnosi, il follow up può essere gestito direttamente dal medico di medicina generale, in accordo con lo specialista oncologo. Nel caso si adotti questo approccio e comunque in tutti i casi in cui sia evidente un sospetto clinico di ripresa di malattia oppure sia necessario modificare il trattamento endocrino adiuvante è comunque necessario che la paziente sia riferita allo specialista oncologo.</p> <p>I pazienti sono valutati con visita ed anamnesi clinica ad intervalli periodici. Il follow up dovrebbe includere: educazione del paziente al riconoscimento dei sintomi di rilevanza oncologica, il counselling genetico (se impronta eredo-familiare), l'assunzione di stili di vita protettivi, il counselling per la salute sessuale e per la protezione della fertilità. Inoltre, è raccomandata la valutazione della salute dell'osso e gli interventi terapeutici anti-riassorbitivi nei casi di menopausa prematura, uso di inibitori dell'aromatasi, età &gt; 65 anni. La sorveglianza cardiologica è indicata in casi selezionati.</p> <p>È necessario prevedere, fin dalla visita CAS, l'accesso a strutture di riabilitazione in caso di rischio edema dell'arto superiore, disturbi muscolo-scheletrici della spalla, neuropatia periferica, fatigue, allo scopo di prevenirne l'insorgenza.</p> <p>Si raccomanda di fornire alla paziente, fin dall'inizio del periodo di follow up un piano di controlli che preveda:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la cadenza di visite ed esami</li> <li>• gli operatori coinvolti</li> <li>• le modalità di accesso in caso di sintomi o segni sospetti di ripresa di malattia</li> </ul> <p>Per le pazienti con diagnosi di carcinoma duttale in situ (DCIS) se non assumono terapia medica oncologica, il follow-up consiste generalmente in esame clinico-strumentale delle mammelle a cadenza annuale. Ulteriori controlli saranno prescritti se vi è necessità di rivalutare gli esiti chirurgici o della radioterapia</p>	<i>Una mammografia deve essere eseguita entro 18 mesi successivi alla chirurgia</i>
<b>Malattia metastatica</b>	<p>Nel contesto della malattia metastatica deve essere garantita la presa in carico oncologica per la stadiazione, il trattamento farmacologico, il controllo dei sintomi e la tempestiva transizione alle cure palliative.</p> <p>Su questa base, in accordo con le linee guida nazionali ed internazionali, deve essere impostato il trattamento più appropriato tra le varie opzioni (chemioterapia, ormodoterapia, terapie a bersaglio molecolare, immunoterapia).</p> <p>In casi particolari, in progressione di malattia alle terapie standard si può attivare il molecular tumor board.</p> <p>L'obiettivo del trattamento nella maggior parte dei casi di tumore mammario metastatico è il controllo della malattia. Vi è un numero limitato di pazienti (2-3%) per cui è possibile ottenere lunghe sopravvivenze o addirittura la guarigione. È questo il caso della malattia oligometastatica, nella quale può essere appropriato adottare strategie di trattamento integrato aggressive (terapia sistemica e terapia loco-regionale).</p> <p>La biopsia della lesione metastatica – quando fattibile – deve essere considerata, in quanto può aiutare a confermare la diagnosi di malattia metastatica (specialmente nel caso di singola metastasi), può identificare lesioni non maligne o un nuovo primitivo. Inoltre, siccome è riportata una variazione dello stato dei recettori nella metastasi rispetto al tumore primitivo, la biopsia del sito metastatico può fornire elementi utili per la scelta del</p>	

	<p>trattamento sistemico ottimale.</p> <p>Il trattamento con bifosfonati o denosumab viene preso in considerazione come pratica clinica assodata in caso di evidenza di metastasi ossee litiche o miste che necessitino di trattamento per la riduzione del rischio di eventi scheletrici avversi oppure in caso di ipercalcemia.</p>	
<b>Cure Palliative</b>	<p>Si raccomanda di eseguire un consulto specialistico di Cure Palliative in tutti i casi di malattia avanzata con forte carico di sintomi o condizioni generali compromesse (ECOG PS <math>\geq</math> 2) a prescindere dalle opportunità di trattamento attivo. Anche l'occorrenza ripetuta di eventi acuti che richiedano l'accesso alle strutture di emergenza e/o il ricovero ospedaliero costituiscono indicatori importanti della necessità di presa in carico di cure palliative.</p> <p>Nelle fasi più avanzate della malattia, qualora non vi sia più indicazione a trattamenti attivi, si raccomanda l'attivazione di una assistenza continuativa di Cure Palliative a domicilio o in struttura Residenziale dedicata.</p>	
<b>Medicina Territoriale</b>	<p>In tutte le fasi della malattia deve essere mantenuto un rapporto costante con i Medici di Medicina Generale e con le strutture territoriali che possono fornire un importante supporto complementare alla terapia principale.</p> <p>Questo è particolarmente importante nelle fasi di crescita non controllata della malattia</p>	
<b>Ruolo delle Organizzazioni di Volontariato (ODV)</b>	<p>La diagnosi di carcinoma mammario per la sua prevalenza rappresenta un problema non solo sanitario ma anche socio-economico: le associazioni di volontariato contribuiscono alla promozione di programmi di prevenzione, e sono di supporto nel percorso personale delle pazienti. La Regione Piemonte si avvale del loro contributo nel disegno e validazione del PSDTA per garantire l'umanizzazione del percorso e la garanzia della sua applicazione</p>	

## 12. RAPPRESENTAZIONE IN FORMA SINTETICA DEL PSDTA



## 13. DIFFUSIONE ED IMPLEMENTAZIONE DEL PSDTA

Per favorire l'implementazione del PSDTA si possono prevedere le seguenti attività:

- 1) diffusione attraverso il sito della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta;
- 2) eventi formativi ECM rivolti agli operatori sanitari coinvolti nel percorso di cura
- 3) diffusione brochure informative orientate all'utenza (esempio, versione semplificata tipo "flyer" del PSDTA);
- 4) pubblicazione del PSDTA sul sito aziendale;
- 5) altre iniziative promosse dalle Direzioni Aziendali volte a diffondere la cultura del miglioramento attraverso il PSDTA. Le Direzioni Aziendali provvederanno alla mappatura dei Servizi integrati nel PSDTA e a fornire i tempi di attesa per l'accesso agli stessi, oltre che, attraverso gli appositi strumenti a disposizione, di elaborare procedure per il monitoraggio degli indicatori;
- 6) Condivisione e coinvolgimento delle Organizzazioni di volontariato (ODV).

## 14. VERIFICA DELL'APPLICAZIONE ED INDICATORI

La verifica dell'applicazione dei PSDTA viene effettuata attraverso le autovalutazioni e gli audit.

Le autovalutazioni sono realizzate dal personale della struttura, gli audit interni da personale dell'organizzazione aziendale e quelli esterni da personale non appartenente all'organizzazione.

L'audit clinico è un processo di miglioramento della qualità che cerca di migliorare l'assistenza al paziente e gli esiti attraverso una revisione sistematica dell'assistenza rispetto a criteri precisi, e la realizzazione del cambiamento. Aspetti di struttura, processo ed esito vengono selezionati e valutati sistematicamente, in rapporto ad espliciti criteri. Dove è indicato, i cambiamenti vengono realizzati a livello individuale, di team o di servizio e vengono effettuati successivi monitoraggi per confermare il miglioramento dell'assistenza sanitaria erogata. (National Institute for Health and Clinical Excellence 2002).

Il processo dell'audit clinico può essere rappresentato come un ciclo, costituito da cinque passaggi chiave, gerarchicamente subordinati:

1. identificare l'ambito e lo scopo dell'audit clinico;
2. definire i criteri e gli strumenti per il monitoraggio degli indicatori;
3. osservare la pratica e raccogliere i dati;
4. confrontare i risultati con gli standard;
5. realizzare il cambiamento.

N°	Indicatore	Rif
1	Percentuale di nuovi casi operati per tumore della mammella sottoposti a chirurgia radicale e/o conservativa con visita CAS nei 60 giorni precedenti l'intervento	Regionale
2	Percentuale di nuovi casi operati per tumore della mammella sottoposti a chirurgia radicale e/o conservativa con visita GIC nelle 3 settimane precedenti l'inizio di terapia medica neoadiuvante	Regionale
3	Percentuale di nuovi casi operati per tumore della mammella sottoposti a chirurgia radicale e/o conservativa, che ha effettuato una mammografia nei 60 giorni precedenti l'intervento	Regionale
4	Percentuale di nuovi casi operati per tumore infiltrante della mammella sottoposti a chirurgia radicale e/o conservativa, che ha effettuato una terapia medica nei 45 giorni successivi l'intervento, escluse le pazienti sottoposte a terapia medica neoadiuvante e radioterapia esclusiva.	Regionale
5	Percentuale di nuovi casi operati per tumore infiltrante della mammella sottoposti a chirurgia conservativa e terapia medica adiuvante, che avviano un trattamento di radioterapia entro 365 giorni dall'intervento	Regionale
6	Percentuale di nuovi casi con tumore della mammella che effettuano almeno una mammografia nei 18 mesi successivi la data dell'intervento chirurgico eseguito durante il ricovero indice	Regionale

Gli indicatori proposti derivano dal set di indicatori definiti dai gruppi di lavoro regionali della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta che hanno elaborato i PSDTA, con alcune revisioni e integrazioni necessarie per renderli calcolabili centralmente attraverso l'uso integrato dei dati sanitari pseudonimizzati presenti nel datawarehouse del CSI Piemonte. Questi indicatori sono indicati nelle note come calcolabili a livello "Regionale". Gli indicatori proposti dai gruppi di lavoro non calcolabili centralmente sono riportati come disponibili solo a livello "Locale". Una parte di questi sarebbe calcolabile se opportunamente raccolti in modo standardizzato in tutti i centri regionali.

Tutti gli indicatori calcolabili a livello centrale saranno calcolati per l'intera regione, per ASL di residenza e per struttura che eroga la prestazione. I confronti tra centri e tra periodi di alcuni indicatori possono richiedere procedure statistiche di standardizzazione per renderli più confrontabili.

## 15. AGGIORNAMENTO

E' prevista una revisione biennale. In caso di novità importanti verranno effettuati aggiornamenti annuali.

## 16. ARCHIVIAZIONE

Si suggerisce fortemente l'archiviazione dei PSDTA su supporto informatico in modo da consentire l'immediata disponibilità ed accessibilità per la consultazione del personale.

## 17. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Per la definizione delle presenti linee di indirizzo sono stati utilizzati i seguenti documenti

- Direzione Generale della Programmazione sanitaria, Ministero della Salute. Monitoraggio e valutazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali, 2017.
- Linee di indirizzo nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per le demenze, Tavolo per il monitoraggio del recepimento ed implementazione del Piano Nazionale Demenze 5/07/2017.
- Ministero della Salute. Piano Nazionale Cronicità, 2017.
- PNLG. Manuale metodologico. Come produrre, diffondere e aggiornate raccomandazioni per la pratica clinica. Maggio 2002
- Raccomandazioni per la costruzione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PSDTA) e Profili Integrati di Cura (PIC) nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte, AReSS, 2007 [154]
- Ripa F. I percorsi diagnostici terapeutici assistenziali. In "Il bilancio sociale e il bilancio di missione come strumenti per il governo clinico-assistenziale ed economico". ASL Torino 4, maggio 2008. Pp 53-67

## 18. ALLEGATI

Gli allegati si riferiscono a specifiche procedure che possono essere soggette a frequenti aggiornamenti. Sono pubblicati sul sito delle Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta.

- Allegato 1 : Il percorso dalla diagnosi all'avvio del trattamento per neoplasia mammaria
- Allegato 2 : Analisi per la ricerca di mutazioni dei geni BRCA1-BRCA2
- Allegato 3 : Schemi di terapia neoadiuvante
- Allegato 4 : La chirurgia ascellare dopo chemioterapia neoadiuvante (NACT) nel carcinoma della mammella
- Allegato 5 : Ipofrazionamento nei tumori della mammella
- Allegato 6 : Irradiazioni delle stazioni linfonodali dell'ascella

La Rete Oncologica con i suoi Gruppi di Studio e/o in collaborazione con altre istituzioni produce documenti di indirizzo sulle seguenti tematiche, consultabili sul sito di Rete [www.reteoncologica.it](http://www.reteoncologica.it) :

- Assistenza infermieristica
- Assistenza psicologica e sociale
- Riabilitazione
- Nutrizione
- Gestione paziente anziano
- Cure palliative
- Problemi internistici del paziente oncologico
- Gestione farmaci
- Diagnostica anatomopatologica
- Raccomandazioni generali per le vaccinazioni nei pazienti oncologici pubblicate nel 2022