

IL CARCINOMA MAMMARIO

Percorso clinico-organizzativo



ASL RIETI

Introduzione

Il carcinoma della mammella è la principale causa di morte nelle donne fra i 35 e i 54 anni. Il tasso di sopravvivenza a cinque anni nelle pazienti con tumore della mammella può superare l'80% in caso di diagnosi precoce e trattamento adeguato.

Il rapporto 2006 dei registri tumori italiani riportano un incremento del tasso di incidenza (cioè del numero di nuovi tumori scoperti ogni anno), mentre a partire dalla prima metà degli anni '90 si è osservata una riduzione dei tassi standardizzati di mortalità.

Il percorso clinico organizzativo per il K mammario nasce al fine di garantire la maggiore attenzione possibile in termini di diagnosi ed adeguato trattamento.

Le necessità

Le procedure assistenziali e terapeutiche per il K mammario nella nostra provincia si sono sempre basate e costruite non sulla base della fornitura di rapporti buona volontà e di disponibilità individuale che prescindevano da aspetti strutturali organizzati. Peraltro le lunghe liste di attesa necessarie per l'accesso ai servizi diagnostici favorivano non solo mobilità passiva verso i grandi centri universitari romani/umbri/abruzzesi, ma anche ingresso tardivo a procedure assistenziali terapeutiche.

Il percorso clinico-organizzativo del K mammario ha rappresentato l'ingresso della nostra azienda nella metodologia del governo clinico intesa come sviluppo dell'eccellenza e garanzia dell'appropriatezza come espressione di "*diritto procedurale assistenziale*"

La definizione del percorso clinico ha consentito di riprogettare l'approccio diagnostico-terapeutico al problema di salute secondo le più recenti evidenze scientifiche e fornite da più settori disciplinari in un ottica di miglioramento continuo.

L'attivazione del GICO (Gruppo Interdisciplinare Cure Oncologiche) del carcinoma della mammella costituisce il fulcro della riprogettazione organizzativa che, unito all'obiettivo di garantire la diagnostica di primo e secondo livello (Esame clinico, mammografia, ecografia mammaria e citoaspirato e agobiopsia per microistologia) in un unico accesso ambulatoriale, costituisce un elemento di eccellenza per il Dipartimento Oncologico.

Il percorso clinico-organizzativo del carcinoma della mammella e l'istituzione del GICO per il carcinoma mammario vogliono rappresentare per la nostra azienda il modello di riferimento per il futuro sviluppo del Dipartimento Oncologico nella gestione di tutte le patologie oncologiche di elevata complessità.

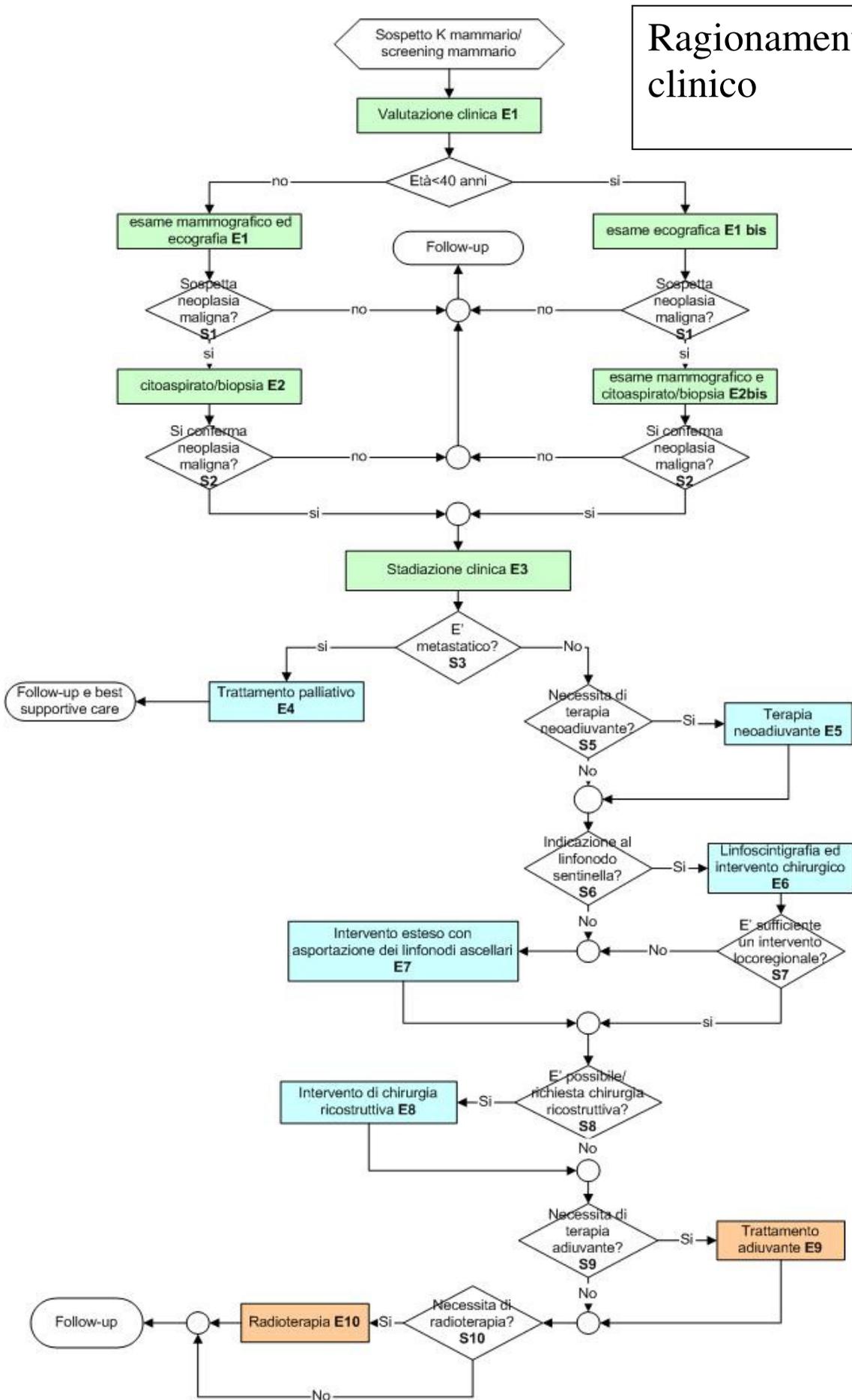
Le modalità

Nel dipartimento oncologico afferiscono varie figure professionali: Anatomopatologo, Chirurgo, Oncologo, Radiologo e Radioterapista. Nella definizione del percorso ogni figura è stata rappresentata da un referente che a loro volta hanno espresso un leader in funzione della competenza per patologia. Il leader ha guidato la formulazione del ragionamento clinico supportato da un "facilitatore". Il facilitatore, rappresentato da un dirigente dell'Unità Operativa dell'Audit Clinico e Sistemi Informativi Sanitari, ha avuto il compito di favorire la definizione degli aspetti procedurali supportando il gruppo di lavoro.

Conseguenze

Il GICO effettua riunioni settimanali che ha permesso di:
impostare il piano terapeutico della paziente affetta da Carcinoma della mammella in un'ottica multidisciplinare condivisa fra tutti gli attori coinvolti nel processo di cura;
uniformare l'approccio terapeutico e contestualmente personalizzare le cure;
garantire un rapido e facilitato accesso a tutte le necessità diagnostiche terapeutiche;
aumentare l'adesione delle pazienti al piano di trattamento (riduzione della mobilita' passiva dei pazienti oncologici)

Ragionamento clinico



Legenda flow-chart

E1 e E1bis : Un esame mammografico a scopo preventivo è consigliabile, a partire dai 40 anni, tramite l'esecuzione appunto di una mammografia bilaterale ogni 12-18 mesi, soprattutto nelle donne con una familiarità per K mammario.

Nelle donne portatrici della mutazione BRCA1 e 2 i controlli mammografici andrebbero iniziati più precocemente (30 anni).

I Programmi di Screening promossi dal SSN prevedono l'esecuzione gratuita di una mammografia ogni due anni nel range di età compreso tra 50 e 69 anni.

I reperti dubbi o sospetti in mammografia sono rappresentati da:

- 1) Opacità asimmetriche
 - lesioni rotondeggianti
 - lesioni stellate/ spiculate
 - opacità asimmetriche aspecifiche in “aree proibite”
- 2) Alterazioni della struttura armonica
 - distorsioni architetturali
- 3) Microcalcificazioni con o senza massa tumorale associata.
- 4) Anomalie nella zona del capezzolo o retroareolari.

In caso di sospetto clinico di K mammario in una donna con età < 40 anni, si esegue in prima istanza una ecografia mammaria.

I reperti dubbi o sospetti in ecografia sono rappresentati da:

- Formazione a limiti sfumati, irregolari, ipoecogena con attenuazione posteriore del fascio ultrasonoro
- Formazione solida ecostrutturalmente disomogenea e/o con margini polilobati

E2, E2bis: nel caso di una donna con età < 40 anni anche se la mammografia non conferma il sospetto di lesione maligna si esegue comunque un citoaspirato. Nei restanti casi citoaspirato e/o biopsia (tru-cut) su un nodulo ecograficamente rilevabile. Biopsia vacuum-assistita con guida stereotassica su raggruppamenti microcalcifici evidenziati alla mammografia

E3: La stadiazione strumentale preoperatoria si e si avvale di:

- Rx torace,
- eco epatica e/o TC torace addome,
- scintigrafia ossea total-body,
- marcatori tumorali,
- esami ematochimici di routine (sempre eseguiti)

In base alla stadiazione si può valutare meglio il percorso terapeutico della paziente: in assenza di metastasi a distanza si decide per l'intervento chirurgico immediato o per la chemioterapia neoadiuvante, come meglio precisato in seguito

E4 La chirurgia palliativa:

mastectomia palliativa, intervento su metastasi vertebrali con compressione spinale, metastasi viscerali singole (fegato, polmone), fratture patologiche, versamenti pleurici o pericardici, metastasi cerebrali uniche.

La radioterapia palliativa ha un ruolo nel tumore primitivo non operabile, nelle metastasi ossee dolorose, litiche miste o a rischio di frattura, nelle metastasi cerebrali sintomatiche, come consolidamento dopo intervento di decompressione vertebrale, dopo intervento di fratture patologiche e nella sindrome mediastinica.

Lo scopo del trattamento medico della malattia metastatica è palliativo e gli obiettivi sono: il prolungamento della sopravvivenza e il miglioramento dei sintomi che vanno bilanciati però con una adeguata qualità di vita e con una tossicità accettabile.

Il trattamento si avvale come nella terapia adiuvante, della chemioterapia dell'ormonoterapia e del Trastuzumab, nelle pazienti Her 2/neu positive.

La scelta del trattamento è in funzione di diversi fattori: la positività o meno dei recettori, la presenza di malattia aggressiva o indolente, di metastasi viscerali multiple e lo stato menopausale. In caso di trattamento chemioterapico la scelta di prima linea è su regimi a due farmaci contenenti taxani e/o antracicline

La terapia ormonale è indicata nelle pazienti con recettori positivi e con malattia indolente.

La terapia radiometabolica con stronzio 89 nelle metastasi ossee diffuse ha un ruolo nella palliazione del dolore.

I bifosfonati vengono usati nelle pazienti con metastasi osteolitiche o miste e nell'ipercalcemia.

S5, E5: L'uso della chemioterapia preoperatoria nei tumori operabili può essere consigliato nelle pazienti che desiderino una chirurgia conservativa e che non possono effettuarla d'emblée per le dimensioni della neoplasia (>3cm).

Il regime chemioterapico ottimale non è noto ma la percentuale di risposte cliniche complete è superiore nei regimi contenenti taxani e antracicline.

Nelle pazienti che presentano una aumentata espressione del Her 2/neu è possibile, alla luce degli ultimi studi, valutare l'utilizzo del Trastuzumab in aggiunta alla chemioterapia.

S6,S7; E6,E7: Le attuali opzioni chirurgiche comprendono l'approccio conservativo (principalmente ampia resezione locale o quadrantectomia + radioterapia) e la mastectomia radicale modificata.

In tutti i casi di carcinoma infiltrante della mammella di diametro fino a 3 cm (in dipendenza della grandezza del seno) con linfonodi ascellari clinicamente negativi c'è indicazione alla valutazione del linfonodo sentinella. La tecnica più comunemente usata per identificare il linfonodo sentinella prevede l'impiego di un tracciante radioattivo che viene inoculato al massimo 24 ore prima dell'intervento per lo più per via sottodermica (o perilesionale) in corrispondenza della lesione mammaria nei casi in cui questa sia palpabile. Per i carcinomi infiltranti non palpabili l'inoculo viene eseguito sulla proiezione cutanea determinata per via ecografica o mammografica o per via ecoguidata o stereotassica nell'inoculo perilesionale. Il linfonodo, successivamente prelevato durante l'intervento chirurgico viene sottoposto a valutazione istologica e qualora sia positivo costringe ad effettuare un intervento di dissezione ascellare.

S8, E8: L'indicazione alla ricostruzione dopo mastectomia dipende da diversi fattori (S9, E11): dalla qualità di pelle presente sulla parete toracica e dallo stato del muscolo pettorale dall'eventuale indicazioni a terapie associate (radioterapia, chemioterapia) dal volume e/o dalla forma della mammella che deve essere ricostruita

La ricostruzione può essere eseguita, o almeno iniziata, già nel corso dell'intervento di mastectomia, cioè contestualmente all'asportazione del tumore.

La ricostruzione immediata evita o almeno riduce il senso di mutilazione, e fa risparmiare un intervento chirurgico. La tecnica che utilizza un espansore temporaneo, oggi fra le più diffuse, prevede infatti due tempi chirurgici: il primo di impianto ed il secondo di sostituzione, dopo almeno

quattro, cinque mesi, con una protesi definitiva. Nella ricostruzione immediata l'impianto dell'espansore viene effettuato già nel corso dell'intervento di asportazione del seno ma è sempre possibile realizzarla anche in tempi successivi: in questo caso di ricostruzione cosiddetta differita, oltre all'operazione demolitiva, saranno però necessari due ulteriori interventi. Altra possibilità è la ricostruzione tramite trasposizione del muscolo retto addominale, soluzione che garantisce un immediato ed unico intervento.

S9,E9 Lo scopo della chemioterapia adiuvante è quello di ridurre il rischio di ripresa di malattia e di morte indipendentemente dallo stato menopausale, dall'età e dallo stato recettoriale, anche se il beneficio assoluto è proporzionale al rischio di ripresa di malattia e diminuisce con l'aumentare dell'età. Gli schemi terapeutici sono quelli contenenti taxani e/o antracicline; deve essere iniziata entro 30-40 giorni dall'intervento e 4-6 cicli di terapia sono considerati lo standard. Gli schemi polichemioterapici sono più efficaci della monoterapia.

L'aggiunta di una immunoterapia con trastuzumab nelle pazienti Her 2 positive determina un sicuro beneficio in termini di rischio di recidiva. Allo stato attuale non è però ancora definito il miglior modo di somministrazione del farmaco (concomitante o sequenziale alla chemioterapia) e la sua durata (1 o 2 anni).

La ormonoterapia adiuvante è indicata in tutte le pazienti con recettori estrogenici positivi (>10% delle cellule positive), indipendentemente dallo stato linfonodale, dall'età, dallo stato menopausale e dall'utilizzo o meno della chemioterapia, mentre non trova nessuna indicazione nei tumori con recettori ormonali negativi. La durata deve essere di almeno 5 anni e, se associata a chemioterapia, va iniziata al termine di quest'ultima. La scelta della terapia si basa sulle Linee Guida di Saint Gallen (Annals of Oncology Advance Access published September 7, 2005).

S10, E10 La radioterapia della mammella viene effettuata mediante due campi tangenziali alla parete toracica con una dose complessiva di 50 GY in 5 settimane più una dose supplementare di 10 Gy sul letto operatorio. Le aree linfonodali vengono trattate ove vi sia l'indicazione clinica. Grazie ai sistemi di pianificazione tridimensionali la radioterapia viene eseguita con tecnica conformazionale. L'erogazione della dose di radiazioni viene controllata da computer; ciò permette un trattamento personalizzato garantendo al tempo stesso il massimo risparmio degli organi sani adiacenti

Follow-up Il follow up prevede :

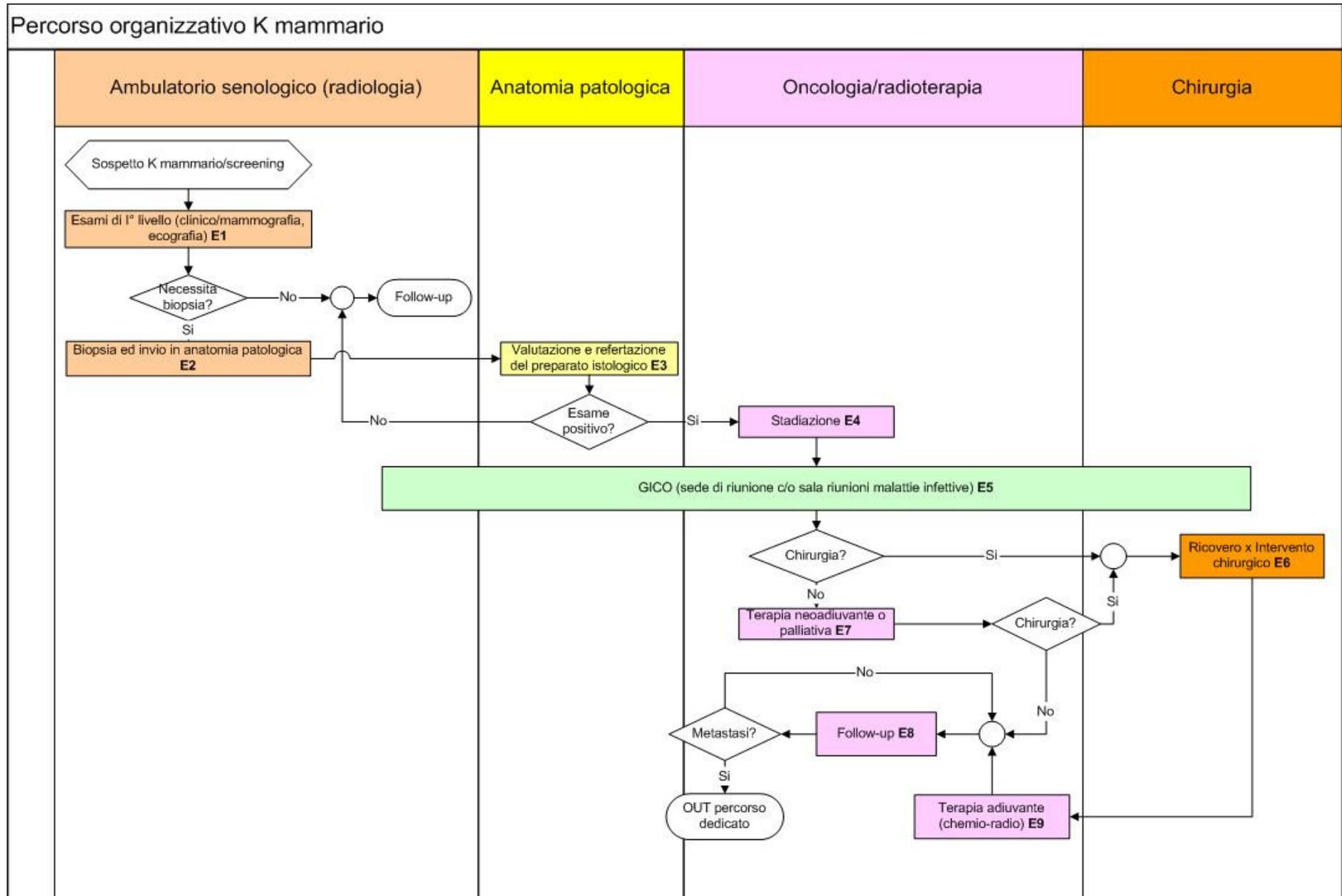
Rx mammografia annuale

una visita medica ogni 3-6 mesi nei primi tre anni e ogni 6-12 mesi nel 4° e 5 anno, poi un controllo clinico annuale.

Spesso però nella maggior parte dei centri vengono eseguiti un Rx torace ed una ecografia epatica ogni 6 mesi associate agli esami ematochimici di routine ed ai marcatori tumorali, anche se non sono chiari i reali benefici della anticipazione diagnostica in termini di sopravvivenza e qualità di vita.

Best supportive care

Le cure palliative prevederebbero l'esistenza di una Assistenza domiciliare integrata in stretta collaborazione con l'Hospice, il medico di famiglia, un medico specialista per la gestione della terapia di supporto uno psicologo e una associazione di volontariato per il sostegno al paziente e alla sua famiglia. Attualmente la scarsa disponibilità di personale non consentono una completa realizzazione di tali servizi.



Legenda

E1, E2: ambulatorio senologico.

La donna accede all'ambulatorio senologico e compila i moduli per il consenso informato e viene sottoposta alla raccolta dei dati anamnestici, all'esame clinico, mammo e/o ecografico ed eventuale citospirato ecoguidato e viene aperta una cartella senologica. Qualora si ravvisasse la necessita di un prelievo microbiotico su guida stereotassica viene concordato un appuntamento entro la settimana successiva. Il prelievo cito/istologico viene recapitato all'U.O. di Anatomia Patologica dall'infermiera dell'U.O. di Senologia. Entro 10 giorni dal prelievo l'esito dello stesso viene ritirato a cura del personale dell'U.O. di Senologia e comunicato alla donna previa convocazione telefonica. La paziente riceve una relazione clinica di quanto eseguito e viene aggiornata la cartella senologica. Qualora la paziente decida di proseguire il percorso clinico successivo presso la nostra struttura le viene richiesta una opzione circa la chirurgia presso la quale eseguire l'intervento e comunicata la data e l'ora dell'appuntamento presso l'Ambulatorio Oncologico.

CHI	ATTIVITA' MEDICHE	Medico radiologo: esame obiettivo ed anamnesi. Esecuzione della mammografia o di ulteriori esami ritenuti necessari
	ATTIVITA' INFERMIERISTICHE	Infermiere senologia: collabora alle indagini e agli interventi strumentali Case Manager: riceve la paziente inviata dalla senologia e si relaziona con il Cup e con le altre strutture coinvolte nel Percorso
	ALTRI collaboratori	Personale tecnico: Eseguo le indagini strumentali. Personale amministrativo: si relaziona col Cup, gestisce archivio ed appuntamenti
COSA	ESAMI ED INTERVENTI	Mammografia: è l'esame cardine di screening Ecografia: viene eseguita a completamento dell'esame mammografico se necessario Prelievo cito/istologico - Microbiopsia Reperage pre-operatorio di lesioni non palpabili
	INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE ALLA PAZIENTE E ALLA FAMIGLIA	Informazione alla paziente del risultato della valutazione e programmazione dei successivi atti ritenuti necessari
DOCUMENTI	DOCUMENTAZIONE CLINICA DA PRODURRE	Consensi informati Cartella senologica Relazione per la paziente
OBIETTIVI	TRAGUARDI SANITARI	Screening e definizione della patologia neoplastica

E3: valutazione e refertazione del preparato istologico

Il prelievo citologico o istologico della lesione viene recapitato all'U.O. di Anatomia Patologica, correttamente e univocamente identificato ed accompagnato dal modulo di richiesta contenente la sede e le caratteristiche della lesione stessa e le notizie clinico-anamnestiche. I campioni vengono presi in consegna ed accettati mediante un codice identificativo. Il materiale viene immediatamente colorato od incluso in paraffina. I vetrini cito od istologici vengono osservati al microscopio dal Patologo che emette una diagnosi utilizzando le categorie diagnostiche attualmente accettate che prevedono, accanto all'esplicitazione del referto, un sistema di sigle da C1 a C5 per i preparati citologici o la nomenclatura attualmente accettata dalla WHO per i preparati istologici. In quest'ultimo caso il Patologo potrà determinare mediante metodica immunohistochimica la presenza dei recettori ormonali (ER e PR), l'indice di proliferazione (KI-67) e la presenza di un oncogene (Her2/neu) per l'eventuale target-therapy. Il referto viene consegnato all'ambulatorio Senologico

CHI	ATTIVITA' MEDICHE	Medico Patologo: Analisi del modulo di richiesta contenente i dati clinico anamnestici della donna. Controllo del materiale inviato (numero dei vetrini e le provette univocamente identificati). Colorazione dei preparati (citologici) e processazione ed inclusione in paraffina per il materiale bioptico. Visione dei preparati al microscopio e formulazione di una diagnosi per categorie diagnostiche (citologia) e secondo la nomenclatura vigente per i preparati istologici con eventuale determinazione recettoriale e dei fattori prognostici. Refertazione
	ALTRI collaboratori	Personale tecnico: Esegue l'allestimento dei preparati . Personale amministrativo: Gestisce le procedure di accettazione e trascrive il referto Ausiliario: Invio del referto in Senologia per la comunicazione della diagnosi alla donna
COSA	ESAMI ED INTERVENTI	Valutazione del prelievo istologico
DOCUMENTI	DOCUMENTAZIONE CLINICA DA PRODURRE	Referto dell'esame del preparato cito/istologico
OBIETTIVI	TRAGUARDI SANITARI	Definizione delle caratteristiche istologiche della neoplasia

E4: Stadiazione

La donna accede all'Ambulatorio Oncologico inviata dall'Ambulatorio Senologico secondo le disponibilità concordate (Mercoledì e Venerdì dalle h.14.30 alle h. 15 ; nei casi più urgenti previa contatto telefonico). In questo 1° accesso la donna è sottoposta a valutazione clinica e viene informata dell'iter diagnostico che percorrerà. Viene aperta la cartella oncologica cartacea ed informatizzata ed aggiornata quella senologica. L'ambulatorio oncologico organizza le procedure di stadiazione della malattia prenotando i relativi accertamenti presso le varie strutture e comunica alla donna il calendario degli appuntamenti stessi. Al termine della stadiazione l'ambulatorio oncologico pianifica l'incontro del GIC

CHI	ATTIVITA' MEDICHE	Medico Oncologo: Anamnesi ed esame obiettivo; Esame della documentazione clinica. Definizione della procedura di stadiazione. Aggiornamento della cartella
	PERSONALE INFERMIERISTICO	CASE MANAGER: apre la cartella infermieristica con inserimento dei dati anagrafici e personali. Valuta i bisogni primari. Organizza lo svolgimento degli esami strumentali richiesti utilizzando liste di prenotazione riservate, si relaziona con gli altri attori del percorso e con la donna. In caso di assenza di un familiare della paziente accompagna la pz presso il RECUP per l'autorizzazione delle impegnative. Effettua i prelievi amatici. Accompagna la paziente per eseguire tutti gli esami necessari alla stadiazione (Rx torace, esami ematochimici, ecografica epatica, scintigrafia ossea, ecc.). Raccoglie i referti delle singole indagini di stadiazione. Via E-mail informa il MMG dell'avvenuta presa in carico della paziente.
	ALTRI collaboratori	Personale amministrativo: Si relaziona col Cup, gestisce archivio ed appuntamenti
COSA	ESAMI ED INTERVENTI	esami di stadiazione (Rx torace, esami ematochimici, ecografica epatica, scintigrafia ossea, ecc.)
	INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE ALLA PAZIENTE E ALLA FAMIGLIA	Si danno informazioni alla paziente /famigliari sulle procedure necessarie, chiedendone il consenso
DOCUMENTI	DOCUMENTAZIONE CLINICA DA PRODURRE	Aggiornamento della cartella senologica; Predisposizione della cartella oncologica cartacea ed informatizzata
OBIETTIVI	TRAGUARDI SANITARI	Stadiazione del tumore

E5: GICO

Il GICO si riunisce una volta alla settimana per la discussione della casistica o per i meetings

interdisciplinari di aggiornamento (Audit clinico). Esamina la documentazione contenuta nella cartella senologica relativa ai casi da esaminare. Redige il piano clinico-terapeutico. Comunica collegialmente alla paziente il piano clinico-terapeutico. Acquisisce i consensi informati e comunica gli appuntamenti per gli accessi in chirurgia ed in oncologia. Emette una nota di “ presa in carico “ rivolta al medico curante

CHI	ATTIVITA' MEDICHE	GICO (Anatomopatologo, Chirurgo, Oncologo, Radiologo e Radioterapista): esame della documentazione clinica; assume le decisioni terapeutiche e discute con la paziente il piano terapeutico. Programma gli accessi e gli episodi successivi. Cura la “manutenzione” dei percorsi clinico ed organizzativo (Incontri tra gli operatori sanitari) Aggiorna la cartella senologica ed acquisisce i consensi informati
	PERSONALE INFERMIERISTICO	Case Manager: trasmette a tutti i componenti del GICO la documentazione clinica della paziente presa in carico. Partecipa alle riunioni del GICO supportando la strategia terapeutica. Accoglie le paziente e rappresenta il punto di contatto e relazione con gli altri attori del percorso incluso tutta la procedura di preospedalizzazione in caso di programmazione intervento chirurgico. Aggiorna la cartella infermieristica e verifica la completezza della cartella dedica alla patologia
	ALTRI collaboratori	Personale amministrativo: Cura l'archivio, gestisce gli appuntamenti
COSA	ESAMI ED INTERVENTI	Valutazione degli esami ed assunzione della decisione terapeutica
	INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE ALLA PAZIENTE E ALLA FAMIGLIA	Si danno informazioni alla paziente /famigliari sul trattamento ritenuto necessario, chiedendone il consenso
DOCUMENTI	DOCUMENTAZIONE CLINICA DA PRODURRE	Redazione del piano clinico-terapeutico, aggiornamento del piano senologico
OBIETTIVI	TRAGUARDI SANITARI	Definizione iter terapeutico

E6: Intervento chirurgico

La donna accede alla struttura di D.H. delle chirurgie previa appuntamento concordato dal GICO o dall'ambulatorio oncologico. La struttura di D.H. è operativa per 5 gg./sett (Lun.- Ven.) dalle h.8 alle h 14. La donna esegue il prelievo per le analisi di laboratorio preoperatorie, viene sottoposta a visita anestesiologicala e le viene comunicata la data dell'intervento operatorio e l'appuntamento per la linfo-scintigrafia qualora ci sia l'indicazione per la procedura del linfonodo sentinella (I° accesso).

Entro i 10 giorni successivi la donna viene sottoposta ad intervento chirurgico con ricovero in regime di Day-Surgery o One-Day-Surgery (Se dissezione ascellare o intervento allargato). La donna viene dimessa e le viene comunicato l'appuntamento per la visita oncologica e radioterapica e le vengono fornite indicazioni per le medicazioni post-intervento. La donna esegue una medicazione in 2-3° giornata presso il D.H. della chirurgia (II° accesso). La donna esegue una medicazione e la rimozione punti in 8-10° giornata presso il D.H. chirurgico (III° accesso). Nel caso di interventi di particolare impegno o di complicanze la calendarizzazione dei controlli e' affidata alla valutazione clinica

CHI	ATTIVITA' MEDICHE	<p>Chirurgo: Informazione alla paziente; Aggiornamento della cartella senologica.</p> <p>Procedura linfonodo sentinella: Individua il linfonodo sentinella mediante gamma camera durante l'intervento di asportazione della neoplasia. Lo isola dai restanti linfonodi ascellari che devono essere mantenuti in sede. Una volta asportato il linfonodo lo pone nel barattolo contenente il liquido fissativo (formaldeide) e successivamente lo posizione all'interno di apposito contenitore in metallo in dotazione alla sala operatoria per essere prelevato il giorno seguente da un operatore autorizzato dell'UO di Anatomia Patologica.</p> <p>Trattamento chirurgico: Biopsia escissionale, Mastectomia semplice, Quadrantectomia + linfadenectomia, Mastectomia radicale; Medicazioni</p> <p>Pianificazione episodio successivo</p>
	PERSONALE INFERMIERISTICO	<p>Case Manager: garantisce il raccordo fra la chirurgia e la paziente convocandola ed accogliendola il giorno dell'intervento. Si fa carico di bisogni non supportati (assenza care giver). Aggiorna la cartella infermieristica</p>
	Altro personale	<p>Operatore della UO anatomia patologica: preleva uil linfonodo sentinella dalla sala operatoria consegnandolo presso la UO di Anatomia patologica</p>
COSA	ESAMI ED INTERVENTI	<p>Valutazione anestesiologicala; linfo-scintigrafia se necessaria: identificazione del linfonodo sentinella</p>
	INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE ALLA PAZIENTE E ALLA FAMIGLIA	<p>Si danno informazioni alla paziente /famigliari sul trattamento ritenuto necessario, chiedendone il consenso</p>

DOCUMENTI	DOCUMENTAZIONE CLINICA DA PRODURRE	Consensi informati all'intervento; Descrizione dell'intervento; Foglio di dimissione; Cartella clinica
OBIETTIVI	TRAGUARDI SANITARI	Rimozione del processo neoplastico

Per quanto attiene a procedure chirurgiche plastiche ricostruttive si auspica l'attivazione di rapporti di convenzione

E7/E8: Terapia neoadiuvante/adiuvante

Il trattamento chemioterapico/radioterapico ha vari risvolti legati allo stato della paziente e comunque condivisi in sede multidisciplinare (GICO).

Per terapia primaria o **neoadiuvante** s'intende la somministrazione di farmaci antiproliferativi che precede la terapia locoregionale (chirurgia e/o radioterapia) nelle pazienti portatrici di tumori voluminosi o localmente avanzati. Gli obiettivi del trattamento farmacologico pre-chirurgico o pre-radioterapico sono: rendere radicalmente operabile una neoplasia localmente avanzata, consentire l'esecuzione di un intervento chirurgico conservativo, se le dimensioni della neoplasia impongono un intervento demolitivo, somministrare precocemente i farmaci antiproliferativi allo scopo di eradicare le micrometastasi responsabili della ripresa della malattia.

La terapia sistemica **adiuvante** è un trattamento farmacologico che si intraprende dopo l'intervento chirurgico e la rimozione del tumore. L'intervento tempestivo e precoce sulla malattia aumenta le probabilità di sopravvivenza e guarigione. A volte può succedere che nonostante il tumore sia stato rimosso con successo, siano presenti nel paziente delle micrometastasi che non possono essere diagnosticate a causa delle dimensioni ridotte. Queste possono essere causa di recidiva del tumore.

La terapia sistemica adiuvante ha come obiettivo proprio quello di distruggere le micrometastasi. Le cure **palliative** si rivolgono a chi soffre di cancro in fase avanzata. In generale le cure palliative possono essere applicate ogni qualvolta le terapie destinate a controllare l'evoluzione della malattia

non sono più efficaci ed è importante rallentarne la progressione e soprattutto migliorare la qualità della vita del paziente

CHI	ATTIVITA' MEDICHE	Oncologo: Esame della documentazione relativa all'intervento chirurgico (Descrizione intervento, Referto Anatomico-patologico) o della relazione del GIC. Informazione alla donna circa le procedure terapeutiche (tossicità della terapia, tempi e modalità di somministrazione, iter terapeutico e di follow-up). Definizione terapia adiuvante o neoadiuvante o follow-up (secondo le indicazioni del GIC). Aggiornamento delle liste di attesa per la radioterapia. Programmazione del follow-up e prenotazione degli esami strumentali richiesti nel follow-up. In caso di ripresa di malattia o di diffusione metastatica programmazione ed esecuzione di nuovo trattamento e di nuove procedure diagnostiche. Attiva dove necessario l'intervento della fisioterapia
	PERSONALE INFERMIERISTICO	Case Manager: dopo 10 giorni dalla dimissione del reparto di chirurgia ritira l'esame istologico finale e si raccorda con il reparto di Oncologia/Radioterapia per tutte le necessità ulteriori della paziente. Comunica alla paziente telefonicamente date e modalità dei successivi steps. Accompagna la paziente per tutte le visite ed i trattamenti necessari. Aggiorna la cartella infermieristica Infermiere di UO: Somministra la terapia ed effettua i prelievi per gli esami emato-chimici, cura la gestione degli appuntamenti successivi, degli accertamenti strumentali e di laboratorio richiesti.
	ALTRI collaboratori	Personale amministrativo: Si relaziona col Cup, gestisce archivio ed appuntamenti
COSA	ESAMI ED INTERVENTI	Esami ematochimici necessari alla programmazione al trattamento. Trattamento ormonale/chemioterapico del paziente
	INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E FAMIGLIA	Informazione al paziente sulle necessità terapeutiche e richiesta di consenso
DOCUMENTI	DOCUMENTAZIONE CLINICA DA PRODURRE	Consensi informati; Aggiornamento della cartella oncologica; Referti dei controlli clinico-laboratoristici e strumentali effettuati durante la terapia ed il follow-up; Questionari per la customers satisfaction; Relazione per il medico curante
OBIETTIVI	TRAGUARDI SANITARI	Trattamento neoadiuvante/adiuvante/palliativo

E9: radioterapia

L'intervento della **radioterapia** viene indicato entro **due giorni** dalla fine del trattamento chemioterapico o dopo **40 giorni** dall'intervento chirurgico se non seguito dalla chemioterapia. La donna accede all'ambulatorio Radioterapico per la valutazione clinica preliminare ed in tale occasione le viene comunicato l'appuntamento per la TC di centraggio e simulazione (I accesso). (II° Accesso) Entro i **sette giorni** successivi la donna esegue la TC di centraggio. (III° Accesso) entro i **sette giorni** successivi la donna si sottopone alla simulazione di verifica. (IV° Accesso) Entro i **due giorni** successivi la donna esegue la verifica portale all'acceleratore lineare ed esegue il primo trattamento radioterapico.

La donna prosegue il trattamento con accessi giornalieri per tutta la durata del ciclo

Al termine del trattamento la donna viene riassunta in cura dall'Oncologia

CHI	ATTIVITA' MEDICHE	Radioterapeuta: programmazione del trattamento radioterapico, informazione alla donna delle procedure e rischi, programmazione dei follow-up, aggiornamento della cartella.
	PERSONALE INFERMIERISTICO	Cura la gestione degli appuntamenti successivi, degli accertamenti strumentali e di laboratorio richiesti
	ALTRI collaboratori	Case Manager: dopo 10 giorni dalla dimissione del reparto di chirurgia ritira l'esame istologico finale e si raccorda con il reparto di Oncologia/Radioterapia per tutte le necessità ulteriori della paziente. Comunica alla paziente telefonicamente date e modalità dei successivi steps. Accompagna la paziente per tutte le visite ed i trattamenti necessari. Aggiorna la cartella infermieristica Personale amministrativo: Si relaziona col Cup, gestisce archivio ed appuntamenti Fisico Sanitario e Tecnico Dosimetrista: Collaborano nella elaborazione del piano di trattamento ed assistono le fasi del trattamento per le proprie competenze. Personale tecnico: Collabora con il medico nella fase di simulazione e nella effettuazione del trattamento.
COSA	ESAMI ED INTERVENTI	Radioterapia: TC simulatore del volume da trattare; Elaborazione computerizzata del trattamento; Simulazione al simulatore universale; Trattamento radioterapico
	INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E FAMIGLIA	Informazione al paziente sulle necessità terapeutiche e richiesta di consenso
DOCUMENTI	DOCUMENTAZIONE CLINICA DA PRODURRE	Consensi informati; Aggiornamento della cartella oncologica; Referti dei controlli clinico-laboratoristici e strumentali effettuati durante la terapia ed il follow-up; Relazione per il medico curante

OBIETTIVI	TRAGUARDI SANITARI	Trattamento neoadiuvante/adiuvante/palliativo
------------------	-------------------------------	-----------------------------------------------