

Original Article

Il Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC) sui tumori della mammella: l'esperienza dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria

The Interdisciplinary Cure Group (GIC) on breast cancer: the experience of Alessandria Hospital

Paola Franzone¹, Alice Pastorino¹, Roberta Carlevato¹, Carlo Vecchio², Maura Vincenti³, Sara Casella⁴, Enrico Zingarelli⁵, Simona Giribone⁶, Augusta Tentori⁷, Hamed Rouhanifar⁸, Marco Polverelli⁹, Maura Rossi³

¹S.C. Radioterapia, AO SS Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria; ²S.S.D. Centro Senologico, AO SS Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria; ³S.C. Oncologia, AO SS Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria; ⁴S.C. Anatomia Patologica, AO SS Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria; ⁵S.C. Chirurgia Plastica, AO SS Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria; ⁶S.S.D. Psicologia, AO SS Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria; ⁷S.C. Radiologia, AO SS Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria; ⁸S.C. Medicina Nucleare, AO SS Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria; ⁹S.C. Medicina Fisica e Riabilitazione, AO SS Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria, Italy

Key words: Tumore della mammella; Gruppi Interdisciplinari; Linee Guida. Breast cancer; Interdisciplinary Groups; Guidelines.

ABSTRACT

Il tumore della mammella è la neoplasia più frequente della donna. Le percentuali di guarigione e sopravvivenza sono molto cresciute negli ultimi anni grazie all'avvento di terapie innovative. La grande importanza sociale che ricopre la malattia ha portato a concentrare sempre di più gli sforzi allo scopo di ottenere i migliori risultati anche mediante alla gestione multidisciplinare della patologia. Viene descritta in questo articolo l'attività del Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC) sul tumore della mammella dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria.

Breast cancer is the most frequent neoplasm in women. Cure and survival rates have grown a lot in recent years thanks to the advent of innovative therapies. The great social importance of the disease has led to the increasing concentration of efforts in order to obtain the best results also through the multidisciplinary management of the disease. This article describes the activity of the Interdisciplinary Care Group (GIC) on breast cancer of the Alessandria Hospital.

INTRODUZIONE

1 IL TUMORE DELLA MAMMELLA

1.1 ASPETTI EPIDEMIOLOGICI

Il tumore della mammella rappresenta in Italia la forma di neoplasia più frequente tra le donne. Il cancro del seno colpisce una donna su 8 nell'arco della vita ed è il più diagnosticato in tutte le fasce di età: sino a 49 anni (41%), tra 50-69 anni (35%) e oltre i 70 anni (21%). Si stima che in Italia in un anno vengano diagnosticati 50.000 casi di tumore mammario e globalmente più di 800.000 sono le donne che vivono in Italia con una pregressa diagnosi di tumore del seno.

La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è in costante aumento: negli ultimi 20 anni è passata dal 78% all'87% (89% dopo aver superato il primo anno dopo la diagnosi) e l'Italia è il paese europeo con la più elevata sopravvivenza. La mortalità cala ogni anno (in media -1,3% per anno) ed in particolare nella fascia di età 35-44

anni vi è un calo del 2,8% per anno. Purtroppo, però, il tumore della mammella è ancora la prima causa di morte per neoplasia delle donne.¹

I fattori di rischio che concorrono maggiormente allo sviluppo di una neoplasia mammaria sono: età, situazione ormonale, assetto metabolico, dieta, familiarità ed ereditarietà.²

1.2 SCREENING

Lo screening mammografico ha permesso negli ultimi anni una diagnosi più precoce di neoplasie in stadio ancora iniziale. A 10 anni, la sopravvivenza relativa fra pazienti invitate allo screening e quelle non invitate si differenzia di circa il 10% a favore di quelle pazienti che hanno eseguito lo screening.

Ha eseguito una mammografia negli ultimi 2 anni il 69% delle donne fra i 50 ed i 69 anni e di queste il 50% all'interno di un programma di screening ed il 19% spontaneamente. Vi è ancora disparità a seconda delle regioni italiane con un 81% al nord che diviene un 76% al centro ed un 51% al sud.³

1.3 DIAGNOSI

Al sospetto di una lesione maligna l'approfondimento diagnostico consiste in ecografia mammaria bilaterale e di una mammografia che, se positiva, conduce all'esecuzione di una biopsia. Può essere previsto, in caso di sospetto clinico, anche un ago-aspirato o un'ago-biopsia su linfonodi o una biopsia stereotassica su micro-calcificazioni mammarie.

In caso di tumore multicentrico o bilaterale, di una istologia di carcinoma lobulare infiltrante o di una mammella di grosse dimensioni è indicata l'esecuzione anche di una RM della mammella bilaterale.

Per pazienti con malattia avanzata, con macroscopiche positività dei linfonodi satelliti vi è indicazione a tomografia computerizzata (TC) del torace e dell'addome e tomografia a emissione di positroni (TC/PET) per l'esclusione di metastasi a distanza.

Per pazienti giovani, con familiarità per tumore della mammella o dell'ovaio è indicato un counseling genetico per eventuale ricerca di mutazioni dei geni BRCA1 e 2 (malattia ereditaria).^{4,2}

1.4 CLASSIFICAZIONE ISTOLOGICA, CLINICA e PROGNOSTICA

Viene utilizzato per la classificazione il sistema di stadiazione TNM dell'American Joint Committee on Cancer, ottava edizione.⁵

La Tabella 1 illustra la classificazione clinica e patologica del tumore primitivo (T).

La Tabella 2 illustra la classificazione clinica e patologica dei linfonodi regionali (N) e delle metastasi a distanza (M).

La Tabella 3 offre una definizione prognostica in base alla classificazione clinico-patologica-molecolare.²

1.5 TRATTAMENTO

Il trattamento loco-regionale delle forme iniziali è rappresentato dalla chirurgia conservativa seguita da radioterapia della mammella residua con sovradosaggio sul letto tumorale. In pazienti in stadio

I-II-III operabili ma con dimensioni elevate o multicentrico, con fattori prognostici sfavorevoli (triplo negativo o iper-espressione di HER2) candidate alla mastectomia c'è indicazione a chemioterapia neoadiuvante per aumentare la possibilità di chirurgia conservativa. La chemioterapia neoadiuvante viene anche proposta nelle forme localmente avanzate non operabili immediatamente nel tentativo di renderle operabili.

L'analisi dei fattori prognostici quali dimensioni del tumore, positività linfonodale, tipo istologico, grading, presenza o meno dei recettori per estrogeni e progesterone, espressione di HER2, stato menopausale, permette di valutare l'opportunità di una terapia medica adiuvante al fine di ridurre il tasso di recidive e migliorare la sopravvivenza. La terapia adiuvante può essere di tipo ormonale o chemioterapico eventualmente associato ad anticorpi monoclonali.^{1,2}

Tabella 1. Classificazione clinica e patologica (T).

Categoria T	Criteri
Tx	T non definibile
T0	Non evidenza di T
Tis (DCIS)	Ca duttale <i>in situ</i>
Tis (Paget)	Malattia di Paget del capezzolo con o senza DCIS
T1	<20 mm
T1mi	<1mm
T1a	1-5 mm
T1b	5-10 mm
T1c	10-20 mm
T2	20-50 mm
T3	>50 mm
T4a	Estensione a parete toracica
T4b	Ulcerazione cute
T4c	Caratteristiche T4 a e b
T4d	Carcinoma infiammatorio

Tabella 2. Classificazione clinica e patologica (N, M).

Categoria cN	Criteri	Categoria pN	Criteri	Categoria M	Criteri
cNx	N non valutabili	pNx	Non definibili	M0	M non accertabili
cN0	Assenza di N+	pN0	Non evidenza N+	cM0 i	Cellule tumorali fino a 0,2 mm
cN1	N+ omolaterali ascellari mobili, livello I-III	pN0 i	ITC (cellule tumorali isolate)	M1	M >0,2 mm
cN1 mi	Micrometastasi (0,2-2 mm)	pN1 mi	Micrometastasi (0,2-2 mm)		
		pN1a	N+ ascellari (1-3 >2 mm)		
		pN1b	N+ mammari interni		
		pN1c	pN1a e p N1b		
cN2a	N+ omolaterali ascellari fissi, livello I-III	pN2a	N+ ascellari (4-9 >2 mm)		
cN2b	N+ omolaterali solo mammari interni	pN2b	N+ mammari interni		
cN3a	N+ omolaterali sottoclaveari	pN3a	N+ ascellari omolaterali (10 o >10), o sottoclaveari		
cN3b	N+ omolaterali mammari interni e ascellari	pN3b	p N2a +p N1b		
cN3c	N+ omolaterali sovraclaveari	pN3c	N+ sovraclaveari omolaterali		

METODOLOGIA

2 DISCUSSIONE MULTIDISCIPLINARE

2.1 IL GRUPPO INTERDISCIPLINARE CURE

La patologia neoplastica può essere affrontata con diversi modelli, fra cui uno di interazione multidisciplinare, con vantaggi legati a minor tempo impiegato, minor rischio di errore, maggiore coinvolgimento degli operatori, maggiore uniformità di procedure o con un modello di tipo sequenziale che però presenta criticità legate al troppo tempo richiesto ed a possibili errori nel trasferimento delle informazioni.⁶ L'approccio multidisciplinare del tumore della mammella è in grado di ridurre la mortalità a 5 anni del 18%.⁷

La Rete Oncologica Piemontese⁸ ha previsto nel suo regolamento, già nell'anno 2000, l'istituzione del Centro di Accoglienza e Servizi (CAS) e del Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC) quali concretizzazioni di un modo innovativo di garantire la continua interazione tra il paziente e la Rete Oncologica.

La D.G.R. n. 26-10193 del 01.08.2003 ha approvato le linee-guida metodologico-organizzative per quanto concerne CAS e GIC.

Nel caso specifico dei GIC, essi sono composti da medici di diversa specializzazione (oncologi, radioterapisti, chirurghi, specialisti d'organo) appartenenti a diverse unità operative che in tempi diversi durante l'iter della malattia prendono in carico il paziente oncologico e lo sottopongono al trattamento terapeutico più appropriato, deciso collegialmente con approccio multidisciplinare.

I compiti del GIC sono così sintetizzabili:

- prendere in carico il paziente per tutto l'iter diagnostico-terapeutico, il che comporta anche la prescrizione e la prenotazione di esami e la definizione di uno scadenziario di visite;
- discutere collegialmente i casi, definire ed applicare un iter terapeutico univoco nel rispetto delle linee guida e sulla base di protocolli procedurali condivisi;
- curare il paziente nell'ambito dei protocolli procedurali in vigore;
- inserire il paziente in protocolli sperimentali regolarmente approvati;
- assicurare la comunicazione con il paziente e con i suoi famigliari secondo il codice deontologico.

Da ricordare che la legge n. 24/2017⁹ sulla responsabilità professionale ha dato particolare importanza alle linee guida. L'Istituto Superiore di Sanità (ISS), attraverso il Centro Nazionale per l'Eccellenza Clinica, la Qualità e la Sicurezza delle Cure

(CNEC), svolge il ruolo di garante metodologico per linee guida corrette e aggiornate sulle ultime evidenze scientifiche. Il Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG)¹⁰ è la fonte da cui estrarre le linee guida per la pratica clinica e soprattutto per le decisioni cliniche all'interno dei gruppi interdisciplinari.

2.2 IL GRUPPO INTERDISCIPLINARE CURE DEI TUMORI DELLA MAMMELLA DELL'A.O. DI ALESSANDRIA

Il GIC si è attenuto alle linee guida della Rete Oncologica Piemontese seguendo un modello organizzativo che ha previsto l'adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) approvato dalla direzione sanitaria ed una costante interazione con il CAS in modo tale da garantire in modo coordinato, appropriato e tempestivo gli esami diagnostici e di stadiazione.

Si tratta di un documento ufficiale firmato dalla direzione aziendale, dal referente per la Rete Oncologica, dal responsabile aziendale qualità, dal coordinatore del GIC aziendale, dal direttore del Dipartimento della Rete Oncologica e dagli estensori. Rilevante anche il contributo delle associazioni di pazienti. Nel PDTA compare la composizione del GIC, il contesto epidemiologico, clinico, i servizi disponibili, le procedure diagnostiche e terapeutiche per stadio di malattia, la modalità di accesso ai servizi, i tempi di attesa massimi, modalità, periodicità e sede del follow-up.

Negli ultimi mesi del 2021 è stato definito il nuovo modello di PDTA. È stato infatti deciso dal Coordinamento della Rete Oncologica Piemontese di seguire le indicazioni della Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) sui Percorsi di Salute e Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PSDTA). Come primo modello dei nuovi PSDTA viene proprio approvato il gruppo di lavoro per il PSDTA del carcinoma della mammella, coordinato dalla professoressa Alessandra Gennari. Il PSDTA scritto dalla professoressa Gennari e dal dottor Montemurro, rivisto dal dottor Numico secondo le norme di AGENAS, è ora in fase molto avanzata e pronto alla discussione con il gruppo di studio specifico. Successivamente il documento sarà presentato alle Breast Unit della Rete e alle rappresentanti delle associazioni pazienti per l'approvazione definitiva.

Gli indicatori per la verifica dell'applicazione del nuovo PSDTA sono i seguenti:

- 1) Proporzioni percentuali di nuovi casi operati per tumore della mammella sottoposti a terapia radicale e/o conservativa che ha

Tabella 3. Classificazione clinico-patologica-molecolare.

Sottotipi genetici	Definizione clinico-patologica
Luminal A-like	"Luminal A" Er e/o Pgr +, HER 2 negativo, Ki 67 sotto 20%
Luminal B-like	"Luminal B HER2 negativo" ER e/o Pgr +, HER 2 negativo, Ki 67 sopra 20% "Luminal B HER2 positivo" ER e/o Pgr +, HER 2 sovraespresso o amplificato, Ki 67 indifferente
Erb-B2 overexpression	"HER 2 positivo non luminale" ER/Pgr-, HER 2 sovraespresso o amplificato
Basal like (Tripla negativo)	"Tripla negativo (duttale)" ER/Pgr-, HER 2 negativo

- effettuato una mammografia nei 60 gg precedenti l'intervento (>90%).
- 2) Proporzioni percentuali di nuovi casi operati per tumore infiltrante della mammella sottoposti a chirurgia radicale e/o conservativa, che ha effettuato una terapia medica nei 45 gg successivi l'intervento, escluse le pazienti sottoposte a terapia medica neoadiuvante e radioterapia esclusiva (>90%).
 - 3) Proporzioni percentuali 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 (>95%).
 - 4) Proporzioni percentuali 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 (>90%).
 - 5) Proporzioni di pazienti con visita multidisciplinare pre-chirurgica (>95%).
 - 6) Proporzioni di pazienti con carcinoma mammario operabile, trattate con chemioterapia neoadiuvante e sottoposte ad intervento conservativo (>80%).

La rilevazione degli indicatori permetterà conseguentemente di sviluppare un piano di adeguamento delle criticità rilevate.

Al momento non sono previste nel GIC valutazioni di customer satisfaction, che peraltro vengono effettuate annualmente nelle singole strutture che afferiscono al GIC nell'ambito del sistema qualità aziendale.

Il GIC sui tumori della mammella dell'A.O. di Alessandria vede come responsabile la dottoressa Paola Franzone (Radioterapia) e al suo interno una serie di componenti appartenenti alle diverse discipline che concorrono al percorso diagnostico-terapeutico del tumore della mammella, nella fattispecie: Chirurgia Senologica, Chirurgia Plastica, Oncologia, Radiologia, Anatomia Patologica, Medicina Nucleare Radioterapia, Psicologia, Medicina Fisica e Riabilitazione. Vi è inoltre un referente infermieristico (CPSI), o case manager, dedicato alla guida della paziente nel suo percorso, soprattutto per quanto concerne la gestione degli appuntamenti per visite specialistiche o esami diagnostici, coadiuvato dal personale del CAS (Tabella 4).

La frequenza degli incontri è settimanale, con una durata di almeno un'ora, durante i quali vengono assunte le decisioni terapeutiche sulle nuove diagnosi, le decisioni terapeutiche sul dato anatomo-patologico post-chirurgico, si eseguono rivalutazioni e proposte terapeutiche dopo terapia neoadiuvante e in caso di progressioni di malattia.

Negli ultimi 2 anni di pandemia, seguendo le indicazioni del Dipartimento Interaziendale Malattie ed Emergenze Infettive (DIRMEI) della regione Piemonte, in alcuni periodi non si sono potute effettuare le riunioni in presenza, ma in teleconferenza, non riducendone mai comunque la frequenza e la durata.

Vengono anche calendarizzati incontri di aggiornamento scientifico e organizzazione di convegni.

Alcuni componenti del GIC partecipano attivamente alla stesura di linee-guida e documenti di consenso delle Rete Oncologica Piemontese.

Le associazioni di volontariato, in particolare la BIOS di Alessandria, composta da donne operate al seno, seguono da vicino l'opera dei componenti del GIC e vengono periodicamente interpellate per pareri sul PDTA. Analogamente, molti incontri di formazione organizzati dal GIC per la popolazione vengono animati da elementi appartenenti al volontariato.

Dal 2018 al 2021 i consulti multidisciplinari GIC sono aumentati in numero, passando dai 200 del 2018 ai 367 del 2021, grazie ad un marcato incremento dell'attività chirurgica in seguito alla costruzione di una unità di Chirurgia Senologica, coordinata dal dottor Carlo Vecchio.

I dati relativi all'attività senologica vengono riportati nel coso della conferenza annuale dei Centri di Senologia del Piemonte e della Valle d'Aosta organizzata dalla Rete Oncologica Piemontese. Ultima conferenza in presenza, quella del 13 dicembre 2019 a Torino (III^a Conferenza Annuale dei Centri di Senologia del Piemonte e Valle D'Aosta). L'occasione della conferenza annuale è un vero e proprio audit che prevede un rendiconto dell'attività svolte nei singoli GIC mediante verifica di appositi indicatori di rete.

Sono state intraprese diverse iniziative per diffondere ai medici di Medicina Generale, alle associazioni di volontariato e alla popolazione l'offerta diagnostico-terapeutica sul tumore della mammella da parte dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria.

Tabella 4. Composizione del Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC) - responsabile dottoressa Paola Franzone.

Strutture	Componenti	Referente
Radioterapia	P. Franzone A. Pastorino R. Carlevato	P. Franzone
Oncologia	M. Vincenti P. Guglielmini	M. Vincenti
Oncologia CPSI	S. Mignone	S. Mignone
Medicina Nucleare	A. Muni H. Rouhanifar L. Tommasi E. Pomposelli	H. Rouhanifar
Chirurgia Generale	C. Vecchio M. C. Canepa S. Peroò S. Pennati M. Puglisi	C. Vecchio
Psicologia	R. Sterpone S. Giribone	S. Giribone
Anatomia Patologica	S. Casella L. Giacometti	S. Casella
Radiologia	A. Tentori F. Zandrino	A. Tentori
Medicina Fisica e Riabilitazione	M. Polverelli A. Scavia M. Invernizzi A. Cermelli (Fisioterapista) R. Solito (Fisioterapista)	M. Polverelli
Chirurgia Plastica	M. Ghiglione R. Panizza E. Zingarelli I. Orejuela	E. Zingarelli
Terapia del Dolore	F. Cassini	F. Cassin
Hospice e Cure Palliative Asl AL	M. Palella S. Valeggia (CPSI)	M. Palella

Si citano in particolare i convegni: “Il carcinoma della mammella: una sfida da affrontare insieme”, Alessandria 20 febbraio 2018, “Dialoghi della Salute” (Mammella: il percorso attivato dall’Azienda Ospedaliera nel trattamento della patologia), Alessandria 20 marzo 2018 e “Dalle Linee Guida al PDTA” (Focus sulla gestione del tumore della mammella), Alessandria, 14 marzo 2019.

Nel corso del 2021, nel rispetto delle norme di distanziamento durante il periodo pandemico Covid 19, è comunque proseguita l’attività di supporto per le pazienti affette da tumore della mammella con un’iniziativa coordinata dalla struttura di Psicologia, che ha visto collaborare psicologi, volontari (BIOS) e specialisti di branca (chirurghi senologi, chirurghi plastici, radioterapisti, oncologi, dietisti, fisiatristi, anatomo-patologi) nell’ambito di un progetto definito “Gruppi Psicoeducativi”. Gli obiettivi di questa iniziativa erano di incontrare un piccolo gruppo di pazienti per favorire l’elaborazione delle emozioni legate all’evento traumatico, condividere i vissuti e dare allo stesso tempo informazioni utili sui diversi trattamenti (Figura 1).

La prima edizione ha visto 8 incontri da novembre 2021 a febbraio 2022. L’esperienza verrà ripetuta nuovamente dopo l’estate.

Prodotto in cooperazione fra psicologi e radioterapisti un opuscolo intitolato: “Tumore della mammella - Il trattamento

radioterapico nell’Azienda Ospedaliera SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria”. Il libretto è un viaggio tra pensieri, emozioni e comportamenti e viene distribuito nelle sale d’attesa della Radioterapia (Figura 2).

In Azienda Ospedaliera sono attivi i seguenti studi clinici sul tumore della mammella:

- 1) Studio di fase IIIb, multicentrico, in aperto per valutare la sicurezza e l’efficacia di ribociclib (LEE011) in combinazione con letrozolo per il trattamento di uomini e donne in pre/post menopausa con carcinoma mammario in stadio avanzato positivo per i recettori ormonali. HER2 negativo, non sottoposti a terapia ormonale precedente per la malattia in stadio avanzato. Sperimentatore principale: Maura Vincenti.
- 2) Studio di fase III di confronto fra anastrozolo, letrozolo ed exemestane in strategia sequenziale dopo 2 anni di terapia con tamoxifen verso strategia up-front nel carcinoma mammario ormono-responsivo- GIM3-FATA. Sperimentatore principale: Vittorio Fusco.
- 3) Studio clinico randomizzato, multicentrico, in aperto di fase II per la valutazione di palbociclib neoadiuvante in associazione a terapia ormonale e blocco di HER2 rispetto a paclitaxel in associazione a blocco HER2 per pazienti anziane affette da carcinoma mammario in stadio iniziale positivo ai recettori



Figura 1. Brochure gruppi educativi.

- ormonali/HER 2 positivo (IBCSG 55-17 TOUCH).
Sperimentatore principale: Pamela Guglielmini.
- 4) Terapia endocrina o irradiazione parziale della mammella come trattamento postoperatorio esclusivo in donne di età >70 anni affette da tumore mammario di tipo luminale-A in stadio iniziale: studio di fase 3 randomizzato multicentrico di non inferiorità. (Presentato per approvazione al Comitato Etico Aziendale). Investigatore principale: Alice Pastorino.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

L'esperienza del GIC sui tumori della mammella dell'A.O. di Alessandria è da ritenere molto positiva, non solo per il numero di casi analizzati e discussi in modalità multidisciplinare.

I professionisti coinvolti nel GIC hanno la possibilità di curare le pazienti nel rispetto di protocolli procedurali in vigore, di utilizzare protocolli sperimentali approvati, di meglio comunicare, grazie al CAS, con pazienti e famigliari, condividendo il percorso con i medici di Medicina Generale (MMG).

Tumore alla mammella
Il trattamento radioterapico
nell'Azienda Ospedaliera "SS
Antonio e Biagio e C. Arrigo" di
Alessandria

Viaggio tra pensieri, emozioni,
comportamenti



Figura 2. Brochure opuscolo informativo "Tumore della Mammella - Il trattamento radioterapico dell'Azienda Ospedaliera S.S. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria".

Gli aspetti assolutamente positivi di una tale organizzazione sono risultati la possibilità di condurre un lavoro di squadra, il passaggio dall'autoreferenzialità alla logica della condivisione, il poter offrire una omogeneità e continuità dei percorsi di cura, la riduzione del rischio clinico, l'ottimizzazione delle risorse, l'innalzamento di efficacia, efficienza e appropriatezza dei servizi offerti, la riduzione della migrazione sanitaria, il poter intraprendere iniziative condivise di aggiornamento e ricerca, la condivisione in rete di dati ed indicatori.

Certamente abbiamo rilevato anche possibili ostacoli che possono rendere complicato il percorso del GIC: i principali sono rappresentati, ad esempio, dalla quantità di pazienti da discutere in un tempo a volte non sufficiente, con un numero di medici dedicati e ben formati spesso esiguo, soprattutto nell'ambito delle specialità "trasversali" e presenti in tutti i GIC, quali Radiodiagnostica, Radioterapia, Anatomia Patologica.

Esiste poi il rischio di un effetto "routine" con progressivo appiattimento culturale, della resistenza al cambiamento e del prevalere di un atteggiamento individualistico nell'approccio della discussione.

Chiaramente costa un po' di fatica in più eseguire una corretta ed esaustiva refertazione da condividere anche con il MMG, rilevare puntualmente gli indicatori e mantenere i requisiti previsti dal PDTA. Il tutto però è talmente controbilanciato dagli aspetti positivi di questo tipo di lavoro multidisciplinare che nessuno dei professionisti che compone il GIC può più immaginare una modalità diversa di approccio al paziente oncologico.

Correspondence: Paola Franzone, Radioterapia, AO SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, via Venezia 16, 15100, Alessandria, Italy.
Tel. +39 131206516. E-mail: pfranzone@ospedale.al.it.

Authors' contributions: All the authors made a substantive intellectual contribution, performed part of the experiments. All the authors have read and approved the final version of the manuscript and agreed to be accountable for all aspects of the work.

Conflict of interest: The authors declare no potential conflict of interest.

Funding: None.

Availability of data and materials: All data generated or analyzed during this study are included in this published article.

Received for publication: 22 April 2022.

Accepted for publication: 30 June 2022.

Publisher's note: All claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, the editors and the reviewers. Any product that may be evaluated in this article or claim that may be made by its manufacturer is not guaranteed or endorsed by the publisher.

©Copyright: the Author(s), 2022

Licensee PAGEPress, Italy

Working Paper of Public Health 2022;10:9518

doi:10.4081/wpph.2022.9518

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC BY-NC 4.0).

BIBLIOGRAFIA

1. I numeri del cancro in Italia. 2020. Available at: <https://www.aiom.it/i-numeri-del-cancro-in-italia/>.
2. Linee guida AIOM neoplasie della mammella, Edizione 2021. Available at: www.snlg.iss.it.
3. Osservatorio Nazionale Screening, rapporto 2019. Available at: www.osservatorionazionalescreening.it/content/rapporto.
4. Senkus E, Kyriakides S, Ohno S, *et al.*, ESMO Guidelines Committee. *Annals of Oncology* 2015;26:8-30.
5. Amin MB, Edge SB, Greene FL, *et al.* AJCC cancer staging manual. Eight Edition. Springer, Berlin, Germany. 1032 pp.
6. Wilson AR, Marotti L, Bianchi S, *et al.* EUSOMA (European Society of Breast Specialists). The requirements of a specialist Breast Centre. *Eur J Cancer*. 2013;49:3579-87.
7. Kesson EM, Allardice GM, George WD, *et al.* Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival: retrospective, comparative, interventional cohort study of 13722 women. *BMJ* 2012;344:1-9.
8. Rete Oncologica Piemontese. Available at: www.reteoncologica.it.
9. Legge 24/2017 (Gelli-Bianco): “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”. Available at: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/17/17G00041/sg>.
10. Istituto Superiore di Sanità - Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG). Available at: www.snlg.iss.it.

Non-commercial use only