 <p>Direzione Generale Risk Management e Qualità</p>	<p>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) TUMORE DELLA MAMMELLA</p>	<p>PDTA N. 19</p>
---	---	--------------------------

**AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
POLICLINICO "PAOLO GIACCONE" - PALERMO**

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE(PDTA)
TUMORE DELLA MAMMELLA**


<p>REDAZIONE</p>	<p><i>Maria Rosaria Valerio, Calogero Cipolla ,Salvatore Vieni, Alessandra Cirino, Gabriella Militello, Rossella De Luca, Renato Patrizio Costa, Daniela Cabibbi, Giuseppe Lo Re, Francesca Toia,</i></p>
<p>VERIFICA</p>	<p><i>Rosaria Murè / Francesco Armetta</i></p>
<p>AUTORIZZAZIONE</p>	<p><i>Maria Grazia Furnari</i></p>

STATO DELLE REVISIONI

Rev. N.	SEZIONI REVISIONATE	MOTIVAZIONE DELLA REVISIONE	DATA
0	////////////////////		

Data 12 febbraio 2026	Rev.0	Pagina 1 di 37
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		




 <p>Direzione Generale Risk Management e Qualità</p>	<p align="center">PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) TUMORE DELLA MAMMELLA</p>	<p align="center">PDTA N.19</p>
---	--	---------------------------------

GRUPPO DI LAVORO

NOME E COGNOME	FUNZIONE	RUOLO
Maria Rosaria Valerio	Professore Associato di Oncologia Medica Università degli Studi di Palermo. Dirigente medico UOC di Oncologia medica	Coordinatore scientifico dei Trial clinici e del PDTA e del core team. Redazione del PDTA
Calogero Cipolla	Professore Ordinario di Chirurgia Generale , Università degli Studi di Palermo. Responsabile U.O.S Breast Unit	Coordinatore Gruppo di Lavoro e Core Team
Salvatore Vieni	Professore Associato di Chirurgia Generale , Università degli Studi di Palermo U.O.S Breast Unit	Componente team
Gabriella Militello	Dirigente Medica, U.O.S Breast Unit	Componente team
Francesca Toia	Professore Ordinario Chirurgia Plastica , Università degli Studi di Palermo Direttore U.O.C Chirurgia Plastica Ricostruttiva	Componente team
Giuseppe Lo Re	Professore Associato di Radiologia, Università degli Studi di Palermo U.O.C Diagnostica per Immagini	Componente team
Alessandra Cirino	Dirigente Medico , U.O.C Diagnostica per Immagini	Componente team
Daniela Cabibbi	Professore Ordinario di Anatomia Patologica , Università degli Studi di Palermo U.O.C Anatomia Patologica	Componente team
Renato Patrizio Costa	Dirigente Medico, Responsabile U.O.S.D Medicina Nucleare	Componente team
Rossella De Luca	Dirigente Psicologo U.O.C Oncologia Medica	Componente team
Vincenzo Gennusa	Data Manager/ Case Manager	Componente team
Francesco Cacciabaudo	Specialista in scienze della Nutrizione	Componente team



 <p>Direzione Generale Risk Management e Qualità</p>	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) TUMORE DELLA MAMMELLA	PDTA N.19
--	--	------------------

VERIFICA CONTENUTI

NOME E COGNOME	FUNZIONE	FIRMA
Dott.ssa Provvidenza Damiani	UO Risk Management e Qualità	
Dott.ssa Francesca Rocca	UO Risk Management e Qualità	
Dott.ssa Federica Pecoraro	UO Risk Management e Qualità	

VERIFICA

NOME E COGNOME	FUNZIONE	FIRMA
Dott.ssa Rosaria Murè	Direttore Sanitario	
Dott. Francesco Armetta	UO Risk Management e Qualità	

SUPERVISIONE

NOME E COGNOME	FUNZIONE	FIRMA
Prof.ssa Maria Rosaria Valerio	Dirigente medico della UOC Oncologia Medica e Responsabile scientifico del PDTA	
Prof. Calogero Cipolla	Dirigente Medico Responsabile UOS Brest Unit	

APPROVAZIONE

NOME E COGNOME	FUNZIONE	FIRMA
Dott. Maria Grazia Furnari	Direttrice Generale AOUP Giaccone	

CONTROLLO DOCUMENTAZIONE DEL PDTA

Questo documento ha validità di due anni dalla data di emissione, salvo la disponibilità di nuove metodiche diagnostiche/terapeutiche o necessità organizzative aziendali che ne richiedano la modifica o la revisione in tempi più brevi.

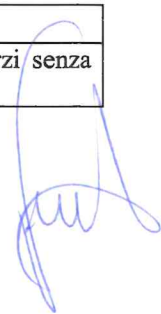
Le richieste di modifica possono essere effettuate dal responsabile di ogni servizio coinvolto o dal coordinatore del gruppo di lavoro e indirizzate alla UO Risk Management


Alla scadenza dei due anni dalla data di approvazione, la revisione del documento viene effettuata dal coordinatore e dal gruppo di lavoro e dalla Direzione Sanitaria dell'AOUP.

Il committente del presente PDTA, che commissiona la stesura e ne autorizza l'approvazione e l'implementazione all'interno della struttura sanitaria, è la Direzione Generale del Policlinico Giaccone nella figura della Dott.ssa Maria Grazia Furnari, Direttore Generale dell'AOUP.

Il promotore del presente PDTA che viene nominato dal committente al fine di implementare il Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale nella struttura ospedaliera è il Coordinatore scientifico del presente PDTA, Prof.ssa Maria Rosaria Valerio


Data 12 febbraio 2026	Rev.0	Pagina 3 di 37
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		




 <p>Direzione Generale Risk Management e Qualità</p>	<p>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) TUMORE DELLA MAMMELLA</p>	<p>PDTA N.19</p>
---	---	-------------------------

INDICE

1.	Introduzione	Pag.5
2.	Scopo	Pag.6
3.	Campo di applicazione	Pag.7
4.	Riferimenti normativi e documentali	Pag. 7
5.	Termini definizioni ed abbreviazioni	Pag.7
6.	Criteri di esclusione e inclusione del PDTA	Pag. 8
7.	Diagramma di flusso	Pag.9
8.	Matrice di Responsabilità	Pag.10
9.	Descrizione delle attività	Pag.10
10.	Indicatori	Pag.33
11.	Conservazione e diffusione	Pag.37



 <p>Direzione Generale Risk Management e Qualità</p>	<p>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) TUMORE DELLA MAMMELLA</p>	<p>PDTA N.19</p>
--	---	-------------------------

1. INTRODUZIONE

Il presente Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la patologia mammaria nasce con l'obiettivo di garantire una presa in carico globale, tempestiva e personalizzata della persona con sospetto o diagnosi di carcinoma della mammella.

Il carcinoma della mammella rappresenta la neoplasia più frequentemente diagnosticata nella popolazione femminile e costituisce una delle principali cause di morbilità oncologica. In Italia si stimano ogni anno oltre 50.000 nuove diagnosi, con un'incidenza in progressivo aumento legata anche all'invecchiamento della popolazione e alla diffusione dei programmi di screening. La probabilità di sviluppare un tumore della mammella nel corso della vita riguarda circa una donna su otto.

Grazie alla diagnosi precoce e ai progressi terapeutici, la sopravvivenza a 5 anni supera oggi l'85-90%, con percentuali ancora più elevate nelle forme diagnosticate in stadio iniziale. I programmi di screening organizzato, attivi su tutto il territorio nazionale, hanno contribuito in modo significativo alla riduzione della mortalità, favorendo l'identificazione di lesioni in fase precoce e migliorando gli esiti clinici.


In questo contesto epidemiologico, il PDTA rappresenta uno strumento organizzativo e clinico strutturato, fondato sulle più aggiornate evidenze scientifiche, sulle raccomandazioni delle principali società scientifiche nazionali e internazionali e sui criteri di qualità definiti dalle reti oncologiche regionali, in coerenza con il modello europeo di **Breast Unit**. Esso definisce in modo chiaro ruoli, responsabilità, tempi e modalità di intervento delle diverse figure professionali coinvolte, promuovendo l'integrazione multidisciplinare e la continuità assistenziale lungo tutte le fasi del percorso di cura.

La Breast Unit opera attraverso un'équipe dedicata e altamente specializzata composta da chirurghi senologi, oncologi medici, radiologi, anatomo-patologi, radioterapisti, infermieri case manager, psico-oncologi, chirurgo plastico dedicato e ulteriori professionalità sanitarie e sociosanitarie. Tale organizzazione consente di garantire:

- appropriatezza diagnostica e terapeutica;
- tempestività nella definizione e nell'avvio del piano di trattamento;
- personalizzazione delle scelte cliniche sulla base delle caratteristiche biologiche della malattia e dei bisogni individuali della persona;
- continuità assistenziale tra ospedale e territorio;
- attenzione agli aspetti psicologici, riabilitativi e sociali;
- monitoraggio sistematico degli esiti clinici e degli indicatori di qualità.

Data 12 febbraio 2026	Rev.0	Pagina 5 di 37
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



 <p>Direzione Generale Risk Management e Qualità</p>	<p>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) TUMORE DELLA MAMMELLA</p>	<p>PDTA N.19</p>
--	---	-------------------------

Il PDTA si sviluppa lungo l'intero continuum assistenziale: dalla prevenzione e dallo screening alla fase diagnostica e di stadiazione, dal trattamento chirurgico e sistemico alla radioterapia, fino al follow-up, alla gestione delle eventuali recidive e degli esiti a lungo termine.

Elemento centrale del percorso è la discussione collegiale dei casi in sede di meeting multidisciplinare, momento decisionale fondamentale per la definizione condivisa del piano terapeutico più appropriato, nel rispetto dei principi di equità, trasparenza e centralità della persona.

Attraverso questo PDTA, la Breast Unit si impegna a garantire elevati standard di qualità e sicurezza delle cure, promuovendo al contempo l'umanizzazione dell'assistenza, l'informazione consapevole e la partecipazione attiva della persona ai processi decisionali che la riguardano.

2. SCOPO

Il presente percorso diagnostico terapeutico assistenziale e di profilazione del rischio preneoplastico definisce i criteri e le modalità di gestione presso Azienda Ospedaliera Universitaria "P. Giaccone" di Palermo A.O.U. P delle persone affette da carcinoma mammario.

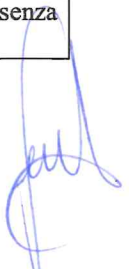
Definisce i criteri e le modalità di gestione presso Azienda Ospedaliera Universitaria "P. Giaccone" di Palermo A.O.U. P delle persone affette da carcinoma mammario.

Si applica a tutte le persone di entrambe i sessi che afferiscono al percorso BREAST UNIT dai vari punti di accesso.

Recenti dati di letteratura dimostrano che la presenza di un modello multidisciplinare di diagnosi e cura denominata BREAST UNIT determini vantaggi in termini prognostici di maggiore sopravvivenza globale (18%), organizzativi ed economici.

- Il mantenimento di volumi di erogazione delle procedure di chirurgia senologica secondo il D.M. 70 e PNE;
- Erogazione delle prestazioni con caratteristiche di appropriatezza terapeutica e diagnostica
- Utilizzo razionale delle risorse
- La garanzia dei requisiti di struttura, percorso, processo, esito e multidisciplinarietà stabiliti dalle norme istitutive
- Ottimizzazione delle tempistiche di erogazione delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, riduzione dei tempi d'attesa delle stesse ed adeguata presa in carico dei pazienti affetti da patologia mammaria
- Miglioramento dei percorsi di presa in carico mediante monitoraggio dell'attività della Breast Unit attraverso l'utilizzo degli indicatori regionali di percorso e processo.

Data 12 febbraio 2026	Rev.0	Pagina 6 di 37
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		





Direzione Generale
Risk Management e Qualità

**PERCORSO DIAGNOSTICO
TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA)
TUMORE DELLA MAMMELLA**

PDTA N.19

- Fornire informazioni utili per la valutazione da parte del Servizio Sanitario Regionale mediante indicatori.
- Attivazione di rete interpresidio di professionisti rivolti alla patologia mammaria
- Perseguimento delle linee guida Eusoma, Aiom, Senonetwork, Foncam, Anisc
- Esplicitazione degli standard qualitativi e quantitativi ritenuti obbligatori dalla Regione Sicilia per l'accreditamento della Breast Unit.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il percorso si applica ai pazienti adulti affetti da carcinoma della mammella che accedono al Policlinico "P. Giaccone" di Palermo e/o provengono dal territorio Esso è rivolto a tutti i professionisti coinvolti in tutti i livelli di assistenza: pronto soccorso, reparti e ambulatori specialistici.

4. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

- Linee Guida F.O.N.Ca.M (Forza Operativa Nazionale sul carcinoma Mammario)
- Linee Guida Eusoma
- Linee Guida Airo
- Linee Guida Siapec
- Linee Guida ANISC
- Linee Guida AIOM (Associazione Italiana Oncologia Medica) del 2024

Ministero della Salute: Documento del Gruppo di lavoro per la definizione di specifiche modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia. Maggio 2014

5. TERMINI, DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI


MMG	Medico di Medicina Generale
DSM	Direzione Sanitaria Medica
DSP	Direzione Sanitaria di Presidio
RA	Regime Ambulatoriale
DS	Day Service
DH	Day Hospital
RO	Ricovero Ordinario

Data 12 febbraio 2026

Rev.0

Pagina 7 di 37

Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.

 <p>Direzione Generale Risk Management e Qualità</p>	<p>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) TUMORE DELLA MAMMELLA</p>	<p>PDTA N.19</p>
---	---	-------------------------

6. CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE DEL PDTA

Criteria di inclusione

Rientrano nel Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) della mammella tutte le persone che presentano una condizione clinica riconducibile a patologia mammaria, con particolare riferimento a:


- Donne e, sebbene più raramente, uomini con sospetto clinico o radiologico di neoplasia mammaria, emerso in ambito di screening o in regime clinico.
- Persone con diagnosi istologica di carcinoma della mammella, in qualsiasi stadio di malattia (iniziale, localmente avanzato o metastatico).
- Persone con lesioni mammarie ad alto rischio o borderline (es. iperplasia atipica, carcinoma lobulare in situ) che richiedano definizione terapeutica e follow-up strutturato.
- Pazienti candidati a trattamento chirurgico, sistemico (chemioterapia, ormonoterapia, terapie biologiche) o radioterapico per neoplasia mammaria.
- Persone in fase di follow-up dopo trattamento per carcinoma mammario, incluse le situazioni di sospetta o accertata recidiva.
- Soggetti con mutazioni genetiche predisponenti (es. BRCA1/BRCA2) o forte familiarità, per i quali sia indicato un percorso di sorveglianza strutturato in collaborazione con i servizi di genetica medica.
- Pazienti provenienti dai programmi di screening organizzato attivi sul territorio nazionale (in Italia) con esito positivo o dubbio agli accertamenti di primo livello.


L'inclusione nel PDTA avviene al momento della segnalazione del sospetto clinico/radiologico o alla conferma diagnostica, con attivazione tempestiva della presa in carico da parte della **Breast Unit**.

Sono esclusi dal PDTA mammella:

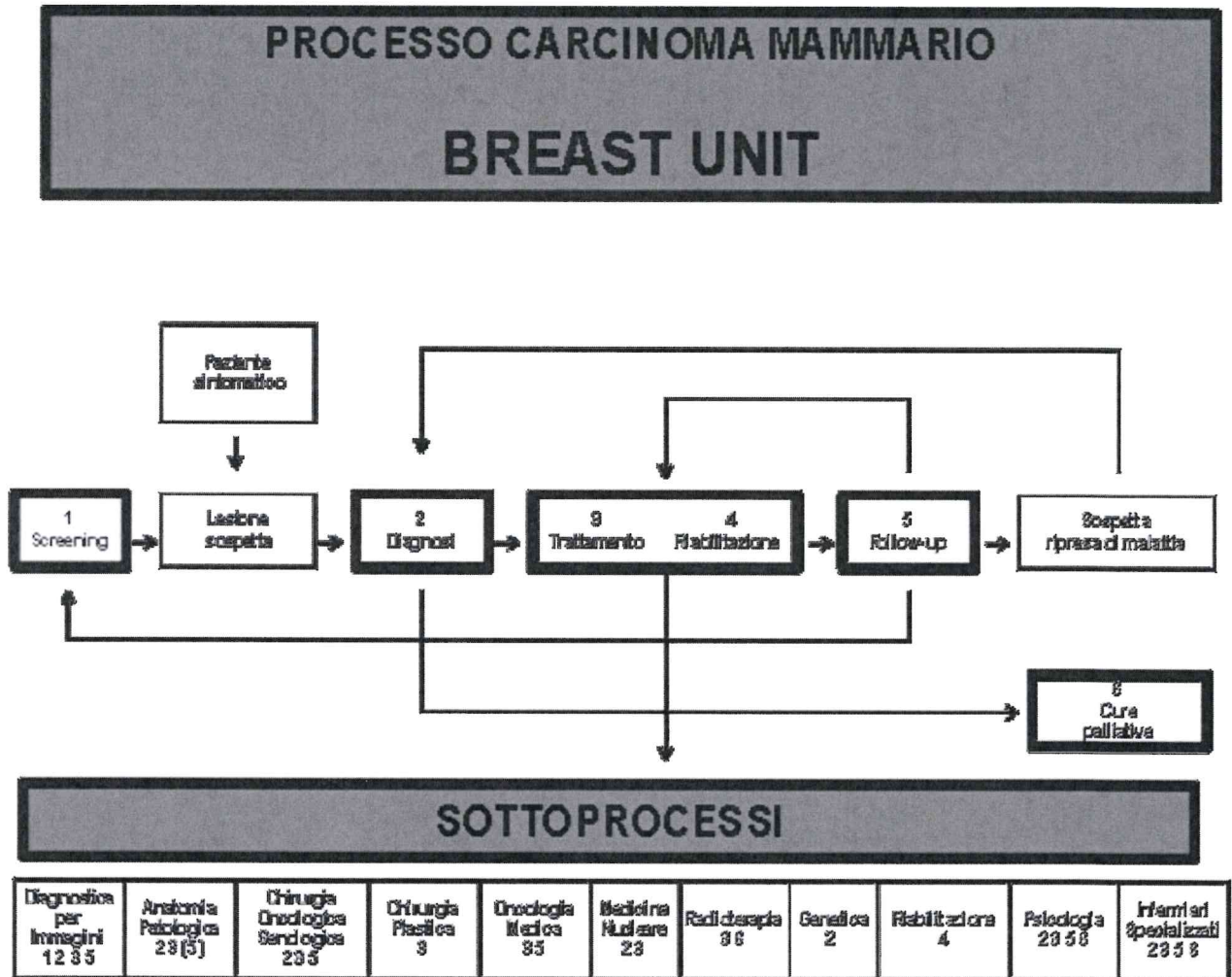
- Pazienti con patologie mammarie chiaramente benigne, non meritevoli di approfondimento specialistico multidisciplinare, per le quali sia sufficiente gestione ambulatoriale specialistica o territoriale.
- Persone con condizioni cliniche generali gravemente compromesse, tali da non consentire alcun trattamento oncologico attivo, per le quali è indicata esclusivamente presa in carico palliativa dedicata (in integrazione con la rete di cure palliative).
- Pazienti che scelgano esplicitamente di non aderire al percorso proposto, dopo adeguata informazione e consenso consapevole.
- Casi che, per specificità clinica o organizzativa, richiedano gestione in centri superspecialistici di riferimento non coincidenti con la Breast Unit aziendale.


Data 12 febbraio 2026	Rev.0	Pagina 8 di 37
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



 <p>Direzione Generale Risk Management e Qualità</p>	<p>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) TUMORE DELLA MAMMELLA</p>	<p>PDTA N.19</p>
---	--	------------------

7. DIAGRAMMA DI FLUSSO



 Direzione Generale Risk Management e Qualità	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) TUMORE DELLA MAMMELLA	PDTA N.19
---	--	------------------

8. MATRICE DI RESPONSABILITÀ

Attività	Dir. Clinico Coord.	Chirurgo Senologo	Oncologo	Radiologo Senologo	Patologo	Radioterapista	Med. Nucleare	Genetista	Psico-oncologo	Fisiatra	Infermiere Case Manager	Direzione Sanitaria
Accesso al percorso (screening/ambulatorio)	A	C	I	R	I	I	I	I	I	I	R	I
Presenza in carico iniziale	A	R	C	C	I	I	I	I	C	I	R	I
Esecuzione imaging I-II livello	I	C	I	R	I	I	I	I	I	I	C	I
Esecuzione biopsia (FNA/Core/VABB)	I	C	I	R	C	I	I	I	I	I	C	I
Refertazione istologica	I	I	I	I	R	I	I	I	I	I	I	I
Meeting Multidisciplinare (MDM)	A	R	R	R	R	R	C	C	C	C	C	I
Definizione piano terapeutico	A	R	R	C	C	C	C	C	C	C	C	I
Programmazione chirurgica	I	R	C	C	I	I	C	I	C	C	R	I
Intervento chirurgico	I	R	I	C	C	I	C	I	C	C	C	I
Terapia neoadiuvante/adiuvante	I	C	R	I	C	C	I	C	C	I	R	I
Radioterapia	I	I	C	I	I	R	I	I	I	I	C	I
Consulenza genetica	I	C	C	I	I	I	I	R	C	I	C	I
Supporto psico-oncologico	I	C	C	I	I	I	I	C	R	I	C	I
Riabilitazione fisiatrica	I	C	C	I	I	I	I	I	C	R	C	I
Follow-up clinico	A	R	R	C	I	C	I	C	C	C	R	I
Monitoraggio indicatori PDTA	A	C	C	C	C	C	C	C	C	C	R	R
Gestione liste di attesa	I	C	I	I	I	I	I	I	I	I	C	R
Customer Satisfaction	A	C	C	C	I	I	I	I	C			

R: Responsabile – C: Coinvolto – I: Informato


9. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

Si accede al percorso mediante le seguenti modalità:

1. Screening
2. Ambulatorio Senologia
3. Radiologia

Data 12 febbraio 2026	Rev.0	Pagina 10 di 37
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



 <p>Direzione Generale Risk Management e Qualità</p>	<p>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) TUMORE DELLA MAMMELLA</p>	<p>PDTA N.19</p>
---	---	-------------------------

4. Altri ambulatori e degenza (Oncologia, PS , ecc.)

La prima visita consiste nella raccolta dell'anamnesi, visita clinica, visione di precedenti esami e richiesta di eventuali ulteriori accertamenti.

L'ipotesi diagnostica di presenza o assenza di neoplasia maligna deve basarsi sul triplo test : esame clinico, esame imaging, esame bioptico.

Tutte le pazienti convergono verso la valutazione multidisciplinare preoperatoria; l'allocazione della terapia avviene secondo le caratteristiche delle lesioni. Gli incontri di valutazione multidisciplinare avvengono bisettimanalmente e coinvolgono tutti gli specialisti del core team.

Dopo l'esecuzione degli esami di imaging, il percorso diagnostico si articola in:

1. per le lesioni non palpabili:

- esecuzione di biopsia con guida ecografica per microistologia, indicata nelle neoplasie non palpabili (addensamenti), visibili all'ecografia
- esecuzione di biopsia Stereotassica (VABB: vacuum assisted breast biopsy), indicata nelle neoplasie non palpabili, visibili solo in mammografia

2. per le lesioni palpabili:

esecuzione di Core Biopsy (CB), indicata per l'esecuzione di esame microistologico e va eseguita:

- in previsione di trattamento medico preoperatorio
- in caso di citologia inadeguata (C1), non conclusiva o dubbia (C3)
- per diagnosi differenziale tra carcinomi invasivi e non infiltranti
- esecuzione di ago biopsia mammaria (ABM)

La resezione mammaria a scopo diagnostico (open biopsy) trova indicazione solo quando le suindicate procedure non sono tecnicamente eseguibili o in caso di risposta microistologica non conclusiva (B1 e B3) non trattabile con procedure microinvasive.

9.1 Percorsi

Programmazione terapeutica

Nel corso della valutazione multidisciplinare vengono valutati i referti clinici e strumentali e gli esiti bioptici al fine di allestire il percorso di cura più idoneo al singolo caso in esame.

IPOTESI DI PERCORSO CHE SCATURISCONO DAL CONSULTO MULTIDISCIPLINARE


9.2 Percorso Oncologico

La paziente viene presa in carico attraverso la rete interna presso l'ambulatorio di oncologia per le seguenti tre ipotesi

- trattamento chemioterapico preoperatorio
- trattamento medico palliativo
- trattamento medico adiuvante postoperatorio

Data 12 febbraio 2026	Rev.0	Pagina 11 di 37
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



 <p>Direzione Generale Risk Management e Qualità</p>	<p>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) TUMORE DELLA MAMMELLA</p>	<p>PDTA N.19</p>
---	---	-------------------------

9.3 Percorso Chirurgico

Una volta posta indicazione a intervento chirurgico per patologia mammaria, si dispone il ricovero presso la struttura senologica preposta nel presidio. Il ricovero può avvenire secondo due modalità, in regime ordinario o in regime di day hospital, sulla base dell'entità della patologia o in regime di chirurgia ambulatoriale.

La degenza prevedibile per le principali procedure chirurgiche è:

12-24 ore per resezioni mammarie e sola biopsia del linfonodo sentinella.

24-36 ore per quadrantectomie e mastectomie totali + biopsia del linfonodo sentinella.

36-72 ore per le procedure più complesse che prevedono dissezioni linfonodali e ricostruzioni plastiche.

L'indicazione all'intervento deve essere posta sulla base di un accertamento cito-istologico. Il percorso diagnostico-terapeutico di una persona affetta da carcinoma mammario presenta spesso momenti di difficoltà (per esempio comunicazione e comprensione della diagnosi, accettazione di terapie complesse, interventi chirurgici potenzialmente sfiguranti, ecc.) e deve prevedere la possibilità di supporto psicologico, che avviene su indicazione dello specialista di riferimento.

Le indicazioni terapeutiche si basano sulle linee guida sopra riportate nel punto 2:

Il Percorso chirurgico può coinvolgere:

- Radiodiagnostica senologica per la localizzazione pre operatoria delle lesioni non palpabili e la verifica intraoperatoria
- Medicina Nucleare per la localizzazione pre operatoria del linfonodo sentinella e lesioni non palpabili
- Chirurgia Plastica per ricostruzioni o riparazione ampi difetti


9.4 Follow-up

Il follow-up dopo trattamento oncologico, radioterapico e chirurgico, ha lo scopo principale di individuare tempestivamente l'eventuale comparsa di recidive locoregionali e/o metastasi o di tumore controlaterale. Pertanto è indicata l'esecuzione annuale di esame combinato mammo-ecografico e di visita clinica ogni 6 mesi per i primi 5 anni e successivamente con cadenza annuale, ed eventuali ulteriori accertamenti secondo i protocolli della oncologia medica.

Il follow up deve essere svolto da tutte le figure professionali coinvolte nel percorso diagnostico-terapeutico della paziente, con specifiche responsabilità: il chirurgo senologo effettua la sorveglianza degli esiti chirurgici e delle eventuali recidive locali, l'oncologo medico effettua il monitoraggio nel breve e lungo termine degli effetti collaterali dei trattamenti adiuvanti e l'individuazione dei segni di ripresa di

Data 12 febbraio 2026	Rev.0	Pagina 12 di 37
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



 <p>Direzione Generale Risk Management e Qualità</p>	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) TUMORE DELLA MAMMELLA	PDTA N.19
---	--	------------------

malattia a distanza, il radioterapista effettua il monitoraggio a breve e a lungo termine degli effetti radiopatologici.

I trattamenti riabilitativi e di terapia del dolore - possono essere richiesti qualora vi siano evidenze cliniche successive all'intervento chirurgico o di altri trattamenti (es. scapola alata, linfedema, dolore cronico)

9.5 PERCORSO ORGANIZZATIVO BREAST UNIT

9.5.1 Struttura organizzativa della Breast Unit e casistica trattata

Ogni settimana è previsto **un meeting multidisciplinari (MDM) per l' avvio del processo di cura (di accesso/ preoperatorio) e/o di presa in carico (pianificazione postchirurgica).**

Alla valutazione multidisciplinare dei pazienti segue la formulazione di un documento che funge da prescrizione (vedi modulo apposito) che viene consegnato in copia alla paziente durante uno specifico appuntamento singolo nello spazio previsto per i colloqui. Il documento rimane conservato presso l'archivio informatico dell'ospedale. Le firme dei medici partecipanti e prescrittori sono apposte sul documento di riepilogo del MDM (vedi modulo).

9.5.2. Componenti del Core Team (numero e requisiti minimi) :

- **Direttore Clinico Coordinatore:** Professionista con esperienza maturata e comprovata in strutture specialistiche dedicate alla cura del carcinoma mammario. Svolge attività di coordinamento e guida tra i singoli gruppi di lavoro presenti nei sottoprocessi.
- **Chirurgo di senologia oncologica:** Professionista con formazione ed esperienza in patologia mammaria. Requisito: 50 interventi su nuove diagnosi/anno come primo operatore. (3 unità)
- **Chirurgo Plastico:** professionista specializzato in chirurgia ricostruttiva mammaria con ogni tecnica disponibile. (1 unità)
- **Radiologo di senologia :** professionista con capacità diagnostica e attività interventistica (vabb inclusi) e di localizzazione delle lesioni non palpabili. (2 unità)
- **Patologo:** professionista dedicato con formazione specifica sulla patologia mammaria sia in ambito tradizionale che molecolare.

Data 12 febbraio 2026	Rev.0	Pagina 13 di 37
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		





- **Oncologo:** professionista con formazione specifica nel trattamento dei tumori del seno con impegno di almeno il 40% dell'attività settimanale.
- **Radioterapista:** professionista dedicato alle tecnologie di irradiazione della mammella
- **Medico nucleare:** professionista con esperienza nelle prestazioni di pertinenza della patologia mammaria (linfonodo sentinella, Roll ecc)
- **Genetista:** professionista con esperienza nella valutazione del rischio genetico oncologico e nell'elaborazione di una consulenza per esprimere il rischio preneoplastico nelle categorie previste dalla norma ministeriale e regionale.
- **Fisiatra:** professionista con formazione specifica nella gestione delle pazienti sottoposte ad intervento al seno e ricostruttivo.
- **Psicologo:** professionista con formazione specifica in psicologia clinica oncologica
- **Infermiere :** con apposita formazione di case management e nella comunicazione.

9.5.3 Lista di attesa chirurgica:

Le pazienti candidate ad intervento chirurgico come primo approccio terapeutico confluiscono nella lista d'attesa unica della Breast Unit aziendale monitorata dalla Direzione Sanitaria Aziendale per il rispetto dei tempi d'attesa valutati a livello regionale.

9.6 FASE DIAGNOSTICA

In presenza di una possibile lesione neoplastica della mammella l'impiego dell'esame clinico, delle metodiche di imaging (mammografia, ecografia, rm), delle tecniche di prelievo interventistico senologico a produrre un esito cito-istologico (triplo test) rappresentano il percorso diagnostico di riferimento.

9.6.1 Radiologia Senologica

La paziente con sospetta neoplasia mammaria viene valutata clinicamente dal radiologo senologo che, in base ad età, fattori di rischio e sospetto clinico, esegue o programma a breve termine le eventuali integrazioni diagnostiche del caso.



Il test di I livello, salvo eccezioni, è la mammografia, integrata dall'ecografia, secondo i parametri espressi nelle linee guida radiologiche, per le donne a partire dai 40 anni. Al termine del test di I livello si possono avere due opzioni:

- mammografia\ecografia esente da lesioni dubbie (B-RADS 1-2): la paziente viene rinviata a sorveglianza periodica secondo la fascia di età secondo le linee guida
- mammografia\ecografia sospetta o patognomonica (B-RADS 3-5): il radiologo di senologia programma gli opportuni approfondimenti diagnostici per la tipizzazione della lesione

I completamenti e gli approfondimenti diagnostici (II livello) vengono prescritti dal radiologo o dal clinico in base alla via di accesso della paziente; vengono eseguiti estemporaneamente, ad integrazione dell'esame prescritto, particolare proiezioni mammografiche, ecografia mammaria. Vengono programmati a breve termine: ago-aspirato, ago-biopsia, ago-biopsia vacuum assistita (VABB) sotto guida stereotassica, rm, ecografia risonanza magnetica (RM) mammaria con/ senza mezzo di contrasto (MdC). L'esame di RM mammaria con mezzo di contrasto viene inserito dal radiologo in una lista di attesa preferenziale il cui tempo è variabile in base alla situazione ormonale della Paziente e alla necessità clinica.

9.6.2 Approfondimenti cito-istologici

Una lesione riscontrata all'esame clinico o con imaging deve essere tipizzata, a meno che le caratteristiche iconografiche non siano di assoluta benignità in base ai flow chart presenti nelle linee guida.

La caratterizzazione cito-istologica delle lesioni può essere effettuata mediante esame citologico, esame micro-istologico, biopsia chirurgica da riservare ai solo casi che non possono venire conclusi con le metodiche interventistiche ambulatoriali. L'utilizzo dell'esame istologico estemporaneo intraoperatorio è da considerare come una metodica di eccezione (vedi parametri qualità)

La scelta della metodica di prelievo con cui giungere alla diagnosi dipende delle caratteristiche intrinseche della lesione e dalle informazioni necessarie per costruire l'iter di cura della paziente:

- agoaspirato (esame citologico – FNA fine needle aspiration)
- core biopsy per prelievo microistologico a mano libera
- Prelievo vacuum assistita – VABB (micro-istologico). La micro-biopsia VABB trova la principale indicazione nella tipizzazione di micro-calcificazioni. La biopsia si effettua in anestesia locale, sotto guida ecografica, stereotassica, rm.



- Biopsia chirurgica (esame istologico): viene proposta a seguito di discussione multidisciplinare, nel caso le tecniche interventistiche non abbiano risolto il dubbio diagnostico.

Procedura degli approfondimenti cito-istologici

a) Esame citologico di secrezione del capezzolo:

Modalità di accesso: L'indicazione viene posta dal senologo radiologo clinico, compila l'impegnativa ad integrazione dell'impegnativa di visita o mammografia del curante.

Luogo: radiologia senologica o ambulatorio senologia

Attesa: uno-cinque giorni lavorativi.

Tempo di Risposta: entro cinque giorni lavorativi

In caso di esito: Assenza di neoplasia o lesione borderline: la paziente viene inviata a follow-up secondo linee guida;

Sospetto o positivo: viene avviato alla valutazione del **meeting multidisciplinare** per prescrivere prosecuzione dell'iter diagnostico terapeutico.

b) Esame citologico da agoaspirazione:

Modalità di accesso : l'indicazione vien posta dal senologo clinico o dal radiologo di senologia che compila impegnativa ad integrazione dell' impegnativa di visita o mammografia del curante.

Luogo : radiologia , ambulatorio di senologia

Attesa: uno -cinque giorni lavorativi

Tempo di risposta : entro cinque giorni lavorativi


c) Core biopsy o microbiopsia Vacuum assistita.

Modalità di accesso: l'indicazione alla procedura viene posta dal senologo clinico o dal radiologo di senologia che compila l'impegnativa ad integrazione dell'impegnativa di visita o mammografia del curante.

Luogo: radiologia.

Attesa: da 1 a 10 giorni lavorativi.

Tempo di risposta: entro cinque giorni lavorativi.

 <p>Direzione Generale Risk Management e Qualità</p>	<p align="center">PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) TUMORE DELLA MAMMELLA</p>	<p align="center">PDTA N.19</p>
--	--	--

La diagnosi istologica viene valutata progressivamente da B1 a B5 secondo linee guida europee:

B1: tessuto normale; B2: lesione benigna (possibile ulteriore tipizzazione). B3: lesioni dubbia, con potenziale maligno incerto. B4: lesione sospetta per malignità ma non ulteriormente tipizzabile a causa della scarsità del materiale e o gli artefatti secondari al prelievo o alla processazione del campione. B5 neoplasia maligna.

Sia per l'esame citologico che per quello istologico, in caso di esito: negativo: la paziente viene inviata a follow-up secondo linee guida. In casi particolari può essere programmato un follow-up strumentale a breve termine. Dubbio: (C3- C4): viene avviato alla valutazione del meeting multidisciplinare per prescrivere prosecuzione dell'iter diagnostico terapeutico

Positivo Certo per neoplasia mammaria (C5-B5): viene avviato alla valutazione del meeting multidisciplinare per prescrivere prosecuzione dell'iter diagnostico e di cura

In caso di Reperti citologici e istologici indicativi per malignità della lesione mammaria viene redatto e consegnato alla paziente il modulo per ottenimento dell'esenzione per patologia 048, da presentare alla ASP di riferimento per la paziente.

9.7 FASE CHIRURGICA

9.7.1 Chirurgia

Il meeting multidisciplinare produce un documento che descrive la tappa di inizio dell'iter terapeutico. Nel caso questa tappa sia rappresentata dall'intervento chirurgico, la paziente viene, previa compilazione di apposito modulo (vedi allegato) inserita nella lista d'attesa della Breast Unit Aziendale per la chirurgia senologica.

9.7.2 Pre-ricovero:

Tempo di attesa per pre ricovero: quattro-10 giorni. Esami eseguiti in pre ricovero secondo protocollo stabilito dalla S.C. Anestesia e Rianimazione. vengono eseguiti di routine dopo la chirurgia, su prescrizione dell'oncologo). Raccomandazioni per la paziente, per esempio, la sospensione degli antiaggreganti, qualora possibile, almeno una settimana prima dell'intervento, Sostituibile con il eparina a basso peso molecolare

Il pre ricovero pone indicazione a particolari accorgimenti o limitazioni da considerare nella programmazione chirurgica della paziente.

9.7.3 Intervento chirurgico.

Il ricovero generalmente è programmato per il giorno stesso dell'intervento, salvo diversa indicazione. La priorità di ricovero è così definita: **alta**: entro un mese, per patologia neoplastica accertata . **Media**: entro tre mesi per patologia displastica (atipie-B3). **Bassa**: entro sei mesi od oltre per patologia benigna. Sono

Data 12 febbraio 2026	Rev.0	Pagina 17 di 37
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		





previsti ricoveri con periodo prefissato per le pazienti sottoposte a chemioterapia preoperatoria per evidenti ragioni cliniche.

In particolare si assicura:

-Tempo di attesa per intervento chirurgico per le patologie neoplastiche dalla consegna dell'esame istologico: entro 30 giorni.

Tempo di attesa per intervento successivo al primo per ragioni cliniche entro circa 15 giorni.

9.7.4. Localizzazione preoperatoria delle lesioni non palpabili:

In caso di lesione mammaria non palpabile, è necessario eseguire localizzazione della lesione mammaria secondo le metodiche previste dal protocollo; tale manovra viene programmata nell'immediato pre operatorio (al massimo il giorno precedente) ed è eseguita presso il servizio di radiologia sotto guida ecografica, mammografica (stereotassi). Durante l'intervento verrà effettuata una verifica radiologica del pezzo operatorio al fine di verificare la corretta escissione della lesione se visibile mediante raggi X . Si richiede valutazione macroscopica in anatomia patologica se la lesione non è rx visibile.

9.7.5. Localizzazione preoperatoria linfonodo sentinella:

la prestazione viene erogata in Medicina Nucleare secondo le modalità espresse nel **Protocollo S.C. Medicina Nucleare.**

9.7.6 Dimissione e documentazione informativa.

La paziente viene informata della probabile dimissione il giorno precedente. Il giorno stabilito per la dimissione, dopo visita medica e medicazioni, viene confermata la dimissione e consegnata la relativa documentazione clinica. La dimissione avviene indicativamente secondo il seguente schema: - in prima giornata , purché siano rispettati i requisiti anamnestici, clinici, ambientali e familiari previsti dalla one day surgery.

In seconda giornata, nei casi di chirurgia conservativa con dissezione ascellare e mastectomia senza ricostruzione e o dissezione ascellare con decorso regolare.


In terza giornata o più, in casi di mastectomia con inserimento di espansore-protesi, dopo valutazione collegiale con il chirurgo plastico.

Alla dimissione viene fornita alla paziente relazione clinica ed appuntamento per le medicazioni ambulatoriali. Successivamente la paziente verrà convocata per il colloqui informativo e la consegna del programma terapeutico elaborato durante il **Meeting multidisciplinare postoperatorio.**

9.7.7 Follow-up post chirurgico senologico ha cadenza annuale salvo diversa prescrizione per esigenze cliniche

9.8 CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA

La ricostruzione mammaria è un obiettivo integrato nel percorso di cura da prevedere ove possibile in maniera sincrona all'intervento demolitivo. L'obiettivo è di preservare l'immagine di femminilità della

 <p>Direzione Generale Risk Management e Qualità</p>	<p>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) TUMORE DELLA MAMMELLA</p>	<p>PDTA N.19</p>
--	---	-------------------------

donna, rimodellando o ricostruendo il seno attraverso le tecniche chirurgiche più aggiornate. In funzione della procedura chirurgica di demolizione e le caratteristiche antropometriche della paziente, si possono pianificare diversi interventi di ricostruzione o rimodellamento mammario.

- ✓ Impianto nel primo tempo chirurgico di espansori tissutali mammari, con sostituzione protesica in un secondo tempo.
- ✓ Ricostruzioni in tempo unico tramite impianto immediato di protesi mammarie e reti biocompatibili definitiva.
- ✓ Ricostruzioni con tessuto autologo.

L'indicazione e la scelta dell'intervento ricostruttivo avviene durante un'apposita seduta del meeting multidisciplinare dove avviene la valutazione della paziente e la programmazione del materiale protesico necessario alla procedura concordata in quella sede.

Primo tempo chirurgico. In caso di mastectomia totale nelle sue varie tipologia con o senza salavanguardia del complesso areola capezzolo si può condurre una ricostruzione tramite impianto di espansore tissutale mammario, posizionato dietro al muscolo grande pettorale, al fine di ottenere uno spazio paritario con il volume necessario. La paziente viene poi vista periodicamente in ambulatorio di chirurgia plastica per l'effettuazione di graduale espansione del device, tramite infiltrazione di soluzione fisiologica, fino ad ottenimento di una soddisfacente espansione tissutale. La durata del periodo di espansione, a cadenza settimanale, e di circa due-quattro mesi, ed è necessaria per poter in un secondo tempo operatorio sostituire l'espansore mammario con la protesi mammaria definitiva.

In casi selezionati è possibile ricostruire la neo mammella, dopo mastectomia, in tempo unico tramite il posizionamento di una protesi mammarie definitiva, retro pettorale, e con l'ausilio di matrici acellulari dermiche per aumentare la schermatura protesica in aree potenzialmente esposti alla sola copertura cutanea sul versante anteriore, onde così evitare ulcerazioni di assottigliamento tissutale e disposizioni della protesi con rischio di contaminazioni infettiva e successivo espianto. In altri casi ancora, selezionati, è possibile eseguire la ricostruzione chirurgica immediata con tessuto autologo, ovvero senza l'ausilio di protesi mammarie ma con solo tessuto della paziente. Sono interventi microchirurgici che permettono la ricostruzione mammaria tramite l'allestimento dei lembi la sedia anatomiche dette donatrici come l'addome (lembo libero DIEP), dorso (lembo locale di muscolo gran dorsale) o l'interno coscia (lembi liberi di muscolo gracile) tra i più conosciuti e utilizzati. La ricostruzione microchirurgica necessita di un tempo operatori più lungo.

Secondo tempo chirurgico. Nel percorso ricostruttivo, il secondo tempo operatorio è utilizzato comunemente quando la ricostruzione mammaria è effettuata tramite l'espansione tissutale. Il secondo tempo operatorio è condotto generalmente dopo circa 8-10 mesi dopo il primo tempo chirurgico. In base alla necessità o meno che la paziente debba sottoporsi anche a trattamenti chemioterapici o radioterapici, le tempistiche possono variare sensibilmente. Il chirurgo plastico, ottenuta la necessaria espansione volumetrica, decide quale protesi mammaria è più adatta, nella sua altezza, proiezione e larghezza; inoltre

Data 12 febbraio 2026	Rev.0	Pagina 19 di 37
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		





si valuta in accordo con la paziente la possibilità di effettuare una simmetrizzazione della mammella controlaterale. La simmetrizzazione può essere eseguita tramite una mastopessi o una mastoplastica riduttiva o una mastoplastica additiva semplice con impianto di protesi mammarie definitiva o mastoplastica additiva con pessi.

Eventuale terzo tempo chirurgico. Nel caso in cui la paziente fosse sottoposta a mastectomia totale, anche il complesso areola-capezzolo viene asportato, quindi in questo tempo chirurgico è possibile ricostruire il complesso areola-capezzolo tramite tecnica con lembi locali. Inoltre, se vi fossero delle aree depresse sul contorno protesico o con particolari assottigliamento dello strato tissutale e possibile effettuare il lipofilling. Quest'ultima tecnica chirurgica permette di prelevare il grasso della paziente, lavorarlo sterilmente, e ed innestarlo nelle aree desiderate. Generalmente il tessuto adiposo viene prelevato dall'addome o dei fianchi tramite mini incisioni. La paziente sottoposta ricostruzione del complesso areola-capezzolo può eseguire infine il tatuaggio medico del pigmento areolare per rendere visivamente più completa la ricostruzione mammaria.

Follow-up. Per quanto concerne la ricostruzione mammaria, la paziente viene seguita dopo l'ultimo intervento a distanza di tre mesi, sei mesi e un anno per controllare l'eventuale Insorgenza di complicanze quali infezioni, sieromi, contratture capsulari periprotetiche, rotazioni o dislocamento delle protesi.


9.9 ONCOLOGIA

9.9.1 Prima Visita

Può essere richiesta dal medico chirurgo, dal medico curante, dallo stesso oncologo (paziente valutata nell'ambito del Meeting Multidisciplinare).

Consente:

- Presa in carico della paziente dalla UO di Oncologia
- pianificazione degli esami di stadiazione sia per la malattia localizzata che metastatica: tale pianificazione riflette quanto già deciso durante la discussione collegiale
- Discussione delle opzioni di terapia precauzionale post-operatoria (terapia adiuvante), di terapia pre-operatoria (terapia neoadiuvante) o di terapia palliativa (malattia avanzata/metastatica).
- Definizione del programma diagnostico-terapeutico e firma del consenso informato.
- Pianificazione dell'inizio della terapia. L'inizio del trattamento adiuvante viene programmato entro 4-6 settimane dall'intervento, mentre i tempi per l'inizio della terapia primaria o della terapia per malattia avanzata possono variare tra 3 e 14 giorni secondo situazione clinica e disponibilità di reparto.
- Eventuale proposta di terapia sperimentale

 <p>Direzione Generale Risk Management e Qualità</p>	<p>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) TUMORE DELLA MAMMELLA</p>	<p>PDTA N.19</p>
---	---	-------------------------

- Eventuale proposta di counseling genetico per le pazienti con sospetta ereditarietà sec. (screening per consanguineità genetica), se non già pianificata durante la discussione collegiale multidisciplinare

Per tutta la durata del trattamento antitumorale o della terapia di supporto, la paziente viene assistita secondo il regime DS/DH o regime ambulatoriale semplice, a seconda del tipo di terapia effettuata, che consente di erogare esami ematochimici o strumentali, terapie specifiche e terapie di supporto secondo le necessità. Al termine del trattamento la paziente prosegue l'iter in regime ambulatoriale e viene contestualmente rilasciata la relazione di fine cura.

In merito alle modalità e ai tempi di accesso per la prima visita oncologica, si definisce quanto segue:

- In caso di paziente proveniente dalla Chirurgia Senologica la prima visita c/o la UO di Oncologia viene prenotata direttamente dal personale amministrativo dedicato afferente alla Breast Unit aziendale e riportato nella lettera di dimissione che viene consegnata alla paziente contestualmente all'esame istologico.
- In caso di provenienza da altra Struttura, oppure dal Medico di Medicina Generale, la prima visita c/o la Oncologia Medica dell' AOUP può essere prenotata al CUP generale dell' Azienda Policlinico

In caso di paziente sottoposta a chirurgia c/o altri Presidi, dopo discussione collegiale nell'ambito del Meeting Multidisciplinare mammella della Breast Unit, la prenotazione della prima visita avviene con le modalità sopra descritte,


9.9.2 Terapie mediche adiuvanti

Il ruolo del trattamento sistemico adiuvante dopo il trattamento chirurgico è ampiamente riconosciuto, in funzione della significativa riduzione di recidiva e di morte ottenuta con la polichemioterapia, con la terapia endocrina (in combinazione eventualmente con CDK-4/6I), e con la terapia biologica (Trastuzumab +/- Pertuzumab per la malattia HER2+; Olaparib per pazienti portatrici di mutazioni BRCA 1-2).

La decisione su quale o quali terapie utilizzare nella singola paziente richiede un'attenta valutazione dei seguenti parametri:

- ✓ valutazione dello stato nutrizionale;
- ✓ fattori prognostici, che definiscono l'entità del rischio di ripresa di malattia;

Data 12 febbraio 2026	Rev.0	Pagina 21 di 37
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		





Direzione Generale
Risk Management e Qualità

**PERCORSO DIAGNOSTICO
TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA)
TUMORE DELLA MAMMELLA**

PDTA N.19

- ✓ fattori predittivi di risposta a specifici trattamenti (ER, HER2);
- ✓ dei benefici attesi in termini di percentuale di beneficio assoluto ed effetti collaterali attesi, e delle comorbidità e preferenze della paziente.

La scelta di una terapia si basa su parametri clinico-patologici prognostici (età, dimensioni del tumore, presenza e numero di metastasi linfonodali e grado istologico), oltre a fattori biologici predittivi di risposta al trattamento (ER, PgR, HER2) accompagnati da test multigenici di profilazione genetica per le forme luminali. Le combinazioni di questi fattori devono supportare il clinico nella scelta tra le diverse opzioni di trattamento.

Il trattamento adiuvante può essere rappresentato da chemioterapia, ormonoterapia, terapia a bersaglio molecolare o dalla combinazione di tali strategie.

In generale la chemioterapia deve essere iniziata entro 6-8 settimane dall'intervento chirurgico e sono considerati ottimali un numero totale da 4 a 8 cicli totali. La polichemioterapia è superiore alla monochemioterapia, in generale i regimi sequenziali contenenti antracicline e taxani sono i trattamenti di scelta, anche se esistono diversi trattamenti chemioterapici disponibili. La chemioterapia dose dense ha evidenziato vantaggi in DFS e OS nei tumori con linfonodi positivi e va presa in considerazione valutando il rapporto tossicità/benefici

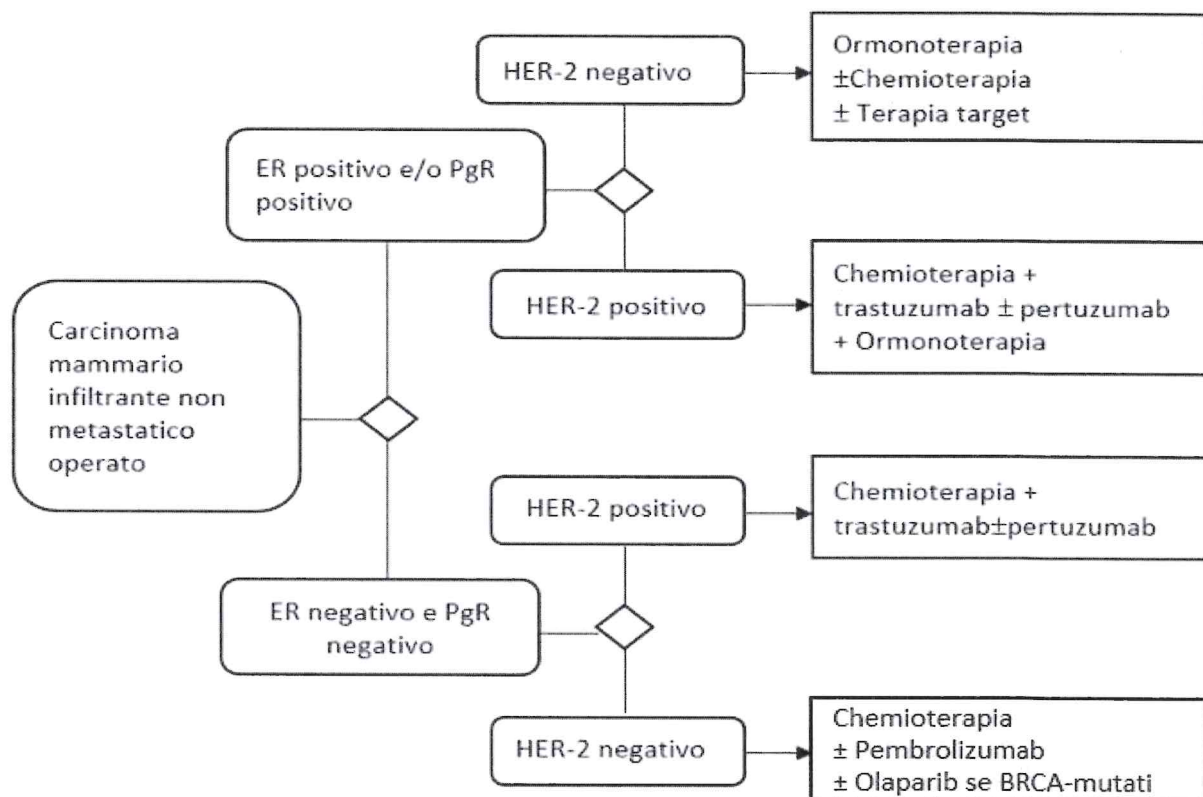
Data 12 febbraio 2026

Rev.0

Pagina 22 di 37

Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.

Figura 1: percorso terapeutico da adottare nella gestione del carcinoma mammario in fase precoce valutando i fattori predittivi di risposta al trattamento.





Le varie prestazioni saranno programmate su agende dedicate di II livello

9.9.3 Terapia neoadiuvante

Per trattamento sistemico neoadiuvante si intende il trattamento sistemico del carcinoma mammario somministrato prima della terapia chirurgica. L'utilizzo della terapia neoadiuvante, si associa ad alcuni importanti vantaggi:

- **Downstaging** della neoplasia primitiva, consentendo di applicare una chirurgia conservativa inizialmente non praticabile.
- **Valutazione della prognosi** sulla base della risposta patologica ottenuta.
- **Possibilità di modulare il trattamento adiuvante** post-operatorio sulla base della presenza di malattia residua dopo trattamento sistemico neoadiuvante, in tutti i sottotipi di malattia.

Le pazienti candidate a terapia neoadiuvante devono essere sottoposte a Risonanza Mammaria con M.d.C. di valutazione e deve essere posizionato un repere che consenta di localizzare la lesione mammaria. Tale approccio è fondamentale soprattutto nei casi di risposta patologica.

Tutti i casi di diagnosi di carcinoma mammario invasivo in fase preoperatoria devono essere discussi nel contesto del Meeting multidisciplinare delle Breast Unit. Nessun trattamento neoadiuvante dovrebbe essere intrapreso senza una formale discussione e approvazione all'interno gruppo multidisciplinare.

Una consulenza pre-trattamento per la conservazione della fertilità deve essere offerta a tutte le donne età fertile, accanto alla consulenza oncogenetica, quando indicato. Quando viene posta indicazione alla terapia neoadiuvante è necessario effettuare:

prima dell'avvio del trattamento un'accurata stadiazione di malattia con PET/TC o TC TB e scintigrafia ossea.

L'approccio terapeutico neoadiuvante va impiegato, in casi di tumori HER2+ > 2 cm e/o N+ e nei tumori triplo-negativi ≥ 1.5 cm a prescindere dall'interessamento linfonodale ascellare, anche se operabili, al fine di garantire le massime probabilità di guarigione alle pazienti con i trattamenti attualmente disponibili e rimborsati. Questa strategia, infatti, è fortemente suggerita anche da alcune linee guida internazionali (es. NCCN e ESMO) che indicano l'impiego della terapia neoadiuvante anche nei casi di malattia HER2+ e triplo-negativa tecnicamente e radicalmente operabile.

Figura 2: percorso terapeutico da adottare nella gestione del carcinoma mammario in fase precoce HER2

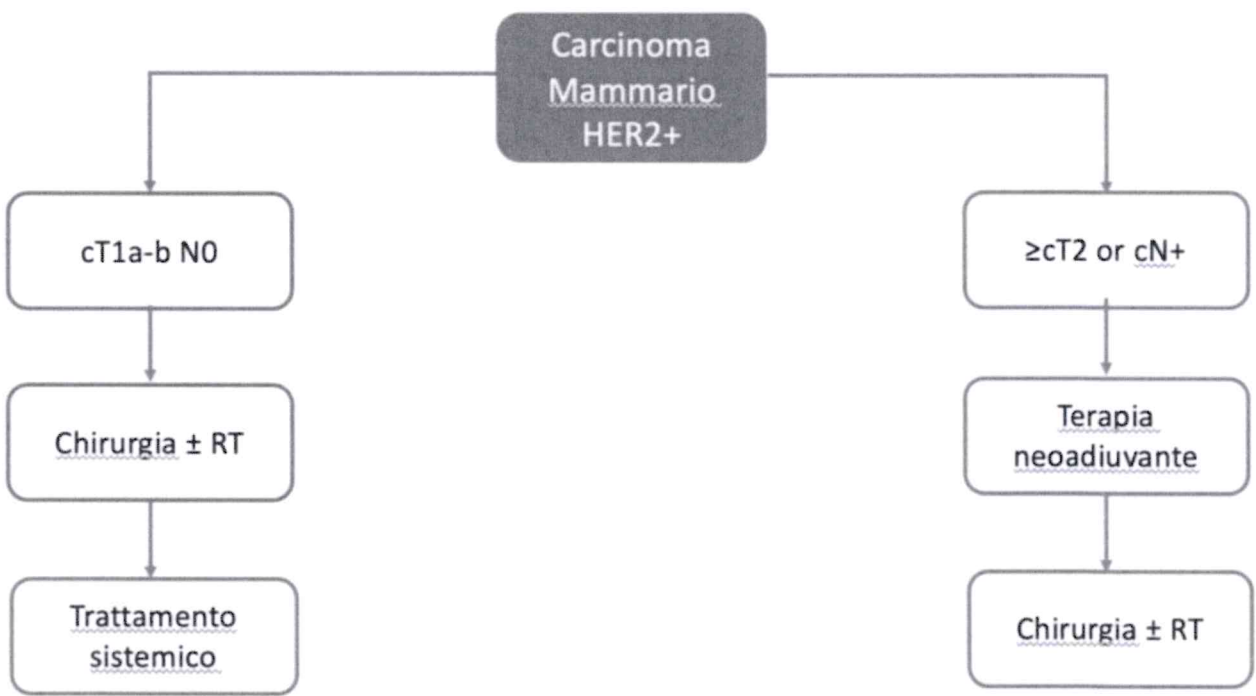


Figura 3: percorso terapeutico da adottare nella gestione del carcinoma mammario in fase precoce HER2 + dopo terapia neoadiuvante

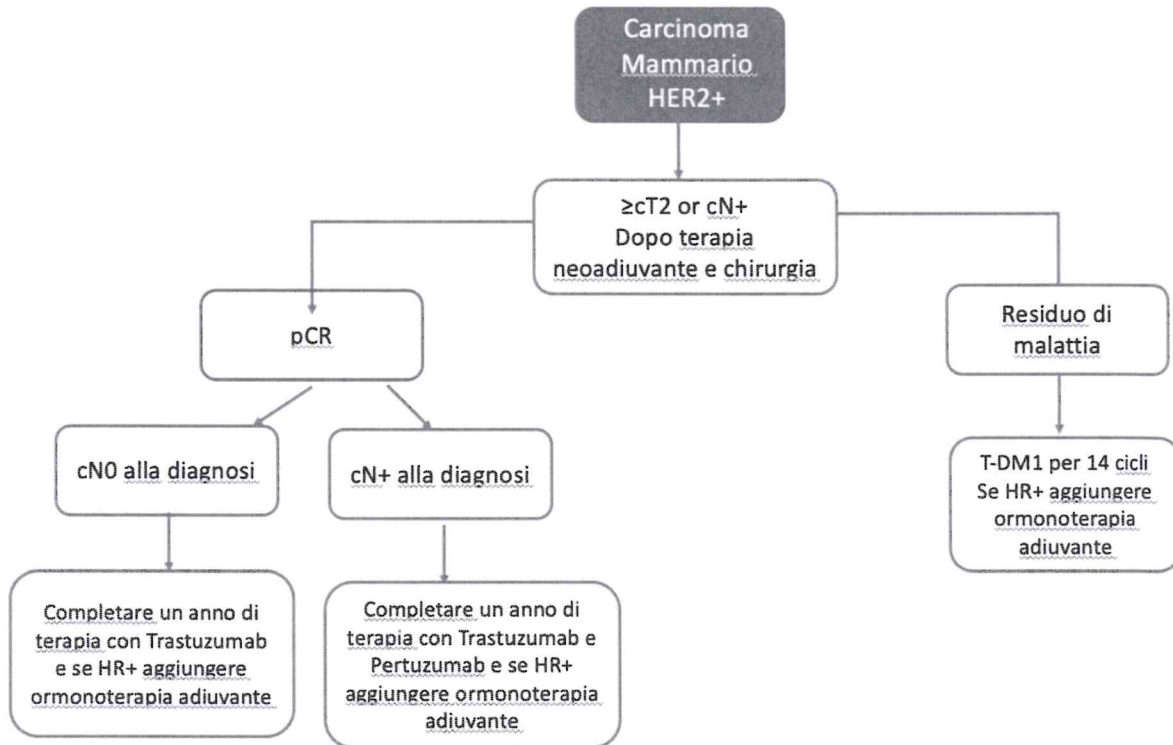


Figura 4: percorso terapeutico da adottare nella gestione del carcinoma mammario in fase precoce TN

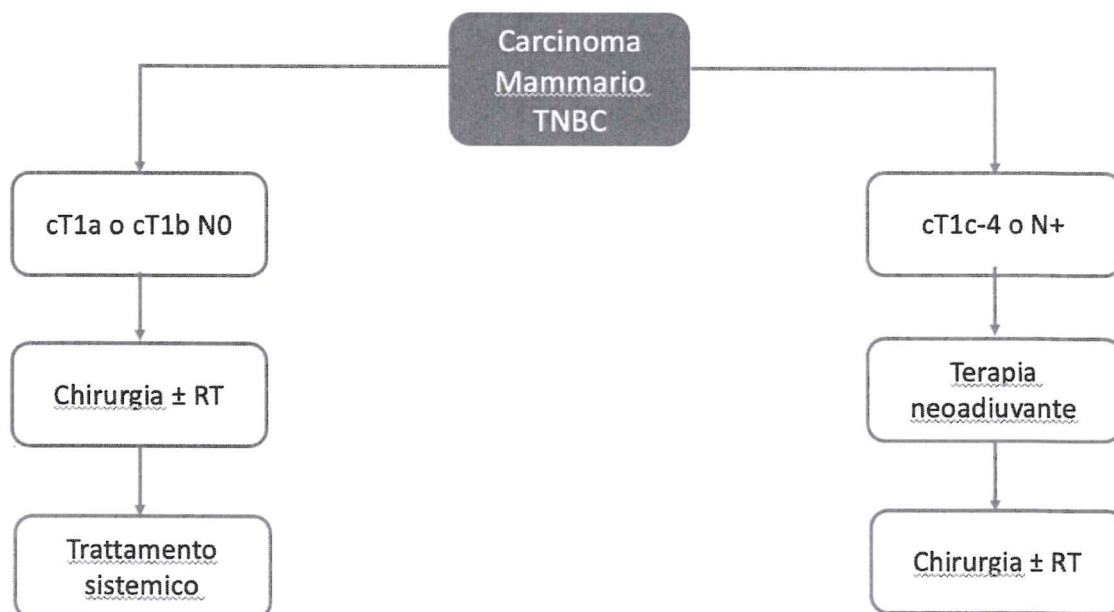
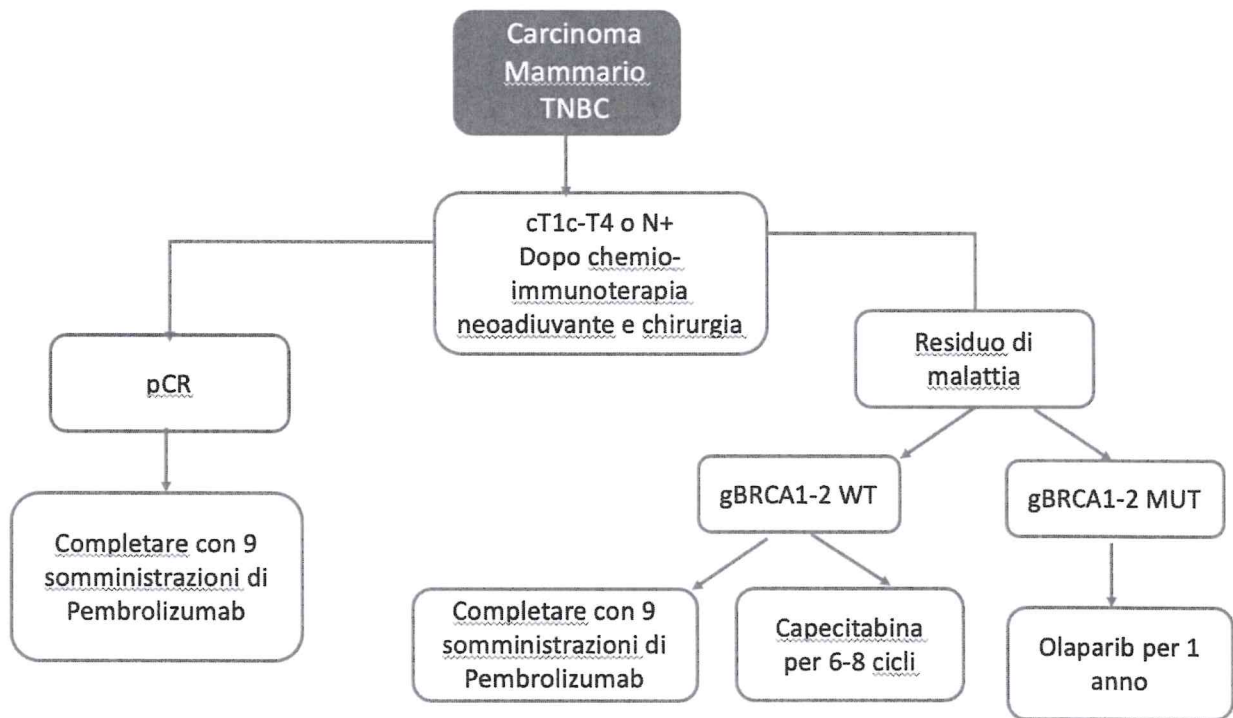



Figura 5: percorso terapeutico da adottare nella gestione del carcinoma mammario in fase precoce TN **dopo terapia neoadiuvante**



 <p>Direzione Generale Risk Management e Qualità</p>	<p>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) TUMORE DELLA MAMMELLA</p>	<p>PDTA N.19</p>
---	---	-------------------------

9.9.4 FOLLOW UP

Per follow-up si intende il programma di controlli clinico-strumentali a cui vengono sottoposte le pazienti con tumore mammario localizzato al completamento dell'intervento e della terapia medica precauzionale. L'obiettivo principale della sorveglianza dopo il trattamento primario del carcinoma mammario è il riconoscimento precoce di recidive di malattia potenzialmente suscettibili di trattamento con intento radicale. Inoltre, durante le visite di controllo, assume particolare importanza il monitoraggio, la gestione degli effetti collaterali della terapia e la sorveglianza per il rischio aumentato di secondi tumori.

Un'accurata visita medica con una dettagliata raccolta anamnestica ogni 6 mesi per i primi 5 anni, associata alla mammografia annuale, rimangono i cardini di quello che attualmente viene considerato un follow-up ottimale.

Le cadenze delle visite di follow up e la pertinenza specialistica sono state definite nell'ambito della Breast Unit.

- ✓ La prima mammografia di controllo viene consigliata non prima di 6 mesi dal completamento del trattamento radioterapico sul parenchima mammario residuo e, quindi, circa 9-12 mesi dopo l'intervento chirurgico. Successivamente, è raccomandato ripeterla annualmente.


Non si dispone di dati in merito all'età alla quale sospendere il controllo mammografico, al contrario è noto come nelle donne più anziane l'indagine risulti essere altamente sensibile. Pertanto, la decisione di sospendere i controlli annuali dovrebbe essere individualizzata per ogni paziente e pesata in relazione alla qualità e all'aspettativa di vita .

- ✓ L'utilizzo routinario della risonanza magnetica mammaria è consigliato nelle donne portatrici di mutazione a livello dei geni BRCA1/2, per le quali è notevolmente aumentato il rischio di sviluppare un secondo carcinoma sia ipsilaterale che contro laterale.
- ✓ Esami ematochimici (funzione midollare, renale, epatica) ed emocromo possono essere eseguiti ogni 6 mesi per i primi 5 anni, e successivamente a cadenza annuale, solo dopo adeguata informazione e discussione con la paziente su rischi e benefici.

L'impiego dei marcatori segue quanto disposto dalla Delibera Regionale Eventuali ulteriori esami strumentali in caso di presenza di sintomatologia sospetta per recidiva di malattia (eco addome, radiografia del torace, scintigrafia ossea) o previa adeguata informazione su rischi e benefici di tali esami. Per i primi 5 anni o comunque fino a completamento di ogni terapia specifica medica (chemioterapia od ormonoterapia)

Data 12 febbraio 2026	Rev.0	Pagina 29 di 37
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



 <p>Direzione Generale Risk Management e Qualità</p>	<p>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) TUMORE DELLA MAMMELLA</p>	<p>PDTA N.19</p>
--	---	-------------------------

9.9.5. Psiconcologica

Gli aspetti psico-sociali del malato oncologico sono una parte fondamentale della cura del paziente, in un concetto di medicina che tiene conto di tutti gli aspetti della sofferenza umana. La malattia oncologica è una patologia ad elevato carico emotivo, con profonde ripercussioni sul tono dell'umore, sulle strategie di *coping*, sulla sfera psicologica, affettiva, familiare, sociale e sessuale, non solo nella diagnosi e nella progressione di malattia, ma anche nella remissione della stessa (sindrome della Spada di Damocle).

La patologia neoplastica e i trattamenti ad essa associati possono causare una sofferenza multidimensionale, definita dalla comunità scientifica mondiale con il termine *distress*, (NCCN 2025). Una quota di *distress* emozionale è comune nei pazienti oncologici, ma è stato stimato che circa 33-35% dei pazienti possono presentare livelli elevati di *distress* (con ansia e depressione, disturbi del sonno, disfunzioni sessuali), che necessitano di un trattamento professionale, specialistico ed individualizzato. Un *distress* clinicamente rilevante è associato, infatti, ad un'aumentata percezione degli effetti collaterali e del dolore, un peggioramento della qualità della vita, impoverimento delle relazioni sociali e familiari, alterazione della relazione medico-paziente e maggiori difficoltà alla ripresa e reinserimento lavorativo, allungamento dei tempi di recupero e riabilitazione, dei tempi di degenza, maggiori richieste di accertamenti diagnostici e consultazioni incongrue con maggiore utilizzo di farmaci, tutti questi fattori influenzano l'*adherence* terapeutica e i costi della spesa sanitaria.

Grazie alla diagnosi precoce e all' oncogenetica, che consentono di personalizzare i trattamenti medici, si configura un nuovo target di pazienti, con aspettative di vita sempre più lunghe, per le quali convivere con diagnosi complesse, effetti collaterali, perdite funzionali, controlli continui, vissuti angoscianti da gestire, sia in giovane età, con figli piccoli da accudire e relazioni di coppia da vivere a pieno, sia in età più avanzata, con necessità di riorientarsi e trovare attività sostitutive o compensative, richiede un intervento specifico e innovativo. Diverse ricerche scientifiche convergono nel dichiarare che la sola presenza di disagio psicologico può diminuire la sopravvivenza dal 20% al 39%. Alti livelli di *distress* inducono la persona a seguire meno le prescrizioni terapeutiche, peggiorare la propria risposta alle cure, percepire maggiori effetti collaterali, faticare a portare avanti i diversi aspetti della vita quotidiana.


Si configura quindi, l'attivazione di percorsi psico-oncologici di prevenzione, cura e riabilitazione del disagio emozionale, siano essi di supporto o più specificatamente psicoterapeutici, sia per il paziente che per il caregiver (Piano Oncologico Nazionale 2022-2027).

Obiettivi

All'interno di un lavoro integrato con il Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM) sarà garantito un intervento psico-oncologico e psicoterapeutico, tenendo conto del parametro bio-psico-sociale e

Data 12 febbraio 2026	Rev.0	Pagina 30 di 37
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



 <p>Direzione Generale Risk Management e Qualità</p>	<p>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) TUMORE DELLA MAMMELLA</p>	<p>PDTA N.19</p>
--	---	-------------------------

individuando le complessità e i relativi livelli di intervento.

Si raccomanda l'intervento dello psico-oncologo a tutti i soggetti adulti, affetti da patologia oncologica. Si raccomanda che tutti i pazienti affetti da patologia oncologica e i loro familiari siano sempre informati sulla possibilità di usufruire del consulto psicologico.

Modalità operative

I soggetti con patologia oncologica hanno già la possibilità di accedere all'Ambulatorio di Psicologia Oncologica dell'A.O.U.P. con il codice di esenzione 048.

L'accesso avviene con ricetta SSN così compilata:

Codice della prestazione 94.09 – Colloquio Psicologico Clinico

Codice di esenzione: 048

10.7.2 Modalità operative

I soggetti con patologia oncologica hanno già la possibilità di accedere all'Ambulatorio di Psicologia Oncologica dell'A.O.U.P. con il codice di esenzione 048.

L'accesso avviene con ricetta SSN così compilata:

Codice della prestazione 94.09 – Colloquio Psicologico Clinico

Codice di esenzione: 048

Al fine di aiutare il paziente e il familiare ad adattarsi ai cambiamenti, lo psicologo con formazione psico-oncologica inserito in modo stabile nel GOM deve:

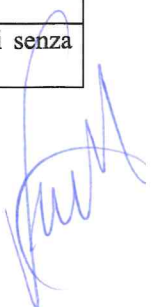
- Identificare attraverso screening psicologico, il grado di *distress*, i bisogni psicosociali e i disturbi psichici presenti in tutti i pazienti.


Tale screening va effettuato durante il percorso di cura (diagnosi, inizio terapia, in caso di recidive o progressione) attraverso la somministrazione del Termometro del *Distress (DT)*, quale strumento valido e riconosciuto dalle linee guida internazionali.

L'intervento richiesto a seguito della rilevazione di un livello moderato o severo di *distress* deve prevedere l'adozione di uno specifico intervento psico-oncologico e una valutazione psicodiagnostica, per individuare il tipo d'intervento raccomandato e la successiva presa in carico della paziente e dei suoi bisogni.

- Promuovere livelli di comunicazione e protocolli di informazione efficaci tra pazienti, familiari ed equipe curante;
- Collaborare insieme all'equipe alla programmazione di interventi terapeutici personalizzati, nel

Data 12 febbraio 2026	Rev.0	Pagina 31 di 37
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



 <p>Direzione Generale Risk Management e Qualità</p>	<p align="center">PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) TUMORE DELLA MAMMELLA</p>	<p align="center">PDTA N.19</p>
---	--	--

rispetto dei bisogni psico-sociali delle pazienti e dei familiari, in linea con le più recenti indicazioni dell'OMS sull'*adherence* e con il modello di *engagement* dei pazienti;

- Collaborare ai percorsi di counselling oncogenetico per paziente e familiari;
- Supportare il paziente e la famiglia nel processo di adattamento alla patologia ed agli effetti dei trattamenti, nell'adozione di strategie di *coping* efficaci.
- Trattare clinicamente le problematiche psicologiche attraverso terapie individuali, di coppia, familiari e di gruppo.
- Realizzare percorsi di formazione per il personale sanitario sulla comunicazione e sulla relazione terapeutica efficace, limitare e prevenire il disagio emotivo dell'operatore (burn-out) nel processo di *care* del paziente, come ampiamente riconosciuto in letteratura e nei programmi di formazione sanitaria.

9.9.6 Radioterapia

L'irradiazione della mammella è considerata lo standard dopo chirurgia conservativa del carcinoma mammario. I protocolli di trattamento seguono le Linee guida specialistiche e danno le indicazioni specifiche per le singole situazioni cliniche. Si veda il Pdta della S.C. Radioterapia .

L'indicazione al trattamento viene formulata nel Meeting Multidisciplinare.

L'assegnazione dell'appuntamento per la Prima Visita avviene ad opera dell'U.O di oncologia della Breast Unit in accordo con la segreteria della S.C. Radioterapia dove valutata la paziente si confermerà l'indicazione prescritta e fissato il calendario di trattamento.

9.9.7 Riabilitazione fisioterapica.

Ogni paziente sottoposto a chirurgia mammaria verrà sottoposta a valutazione fisiatrica se si esprimono le condizioni cliniche che manifestino la necessità di questo tipo di intervento (es. scapola alata, linfedema, dolore cronico) .

9.9.8 Genetica medica


Si calcola che circa il 10% dei carcinomi mammari diagnosticati, soprattutto in età giovanile, sia portatore di una mutazione genetica BRCA 1-2 . Durante il meeting Multidisciplinare vengono selezionate le pazienti candidabili a consulenza genetica per essere candidate al test. L'indicazione viene riportata nel report della paziente parte integrante della cartella clinica e consegnato in copia durante il colloqui di consegna.

9.9.9 Infermiere del core team e case manager.

Infermiere un riferimento stabile per la donna con tumore al seno e contribuisce a garantire la continuità

Data 12 febbraio 2026	Rev.0	Pagina 32 di 37
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



 <p>Direzione Generale Risk Management e Qualità</p>	<p>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) TUMORE DELLA MAMMELLA</p>	<p>PDTA N.19</p>
---	---	-------------------------

del percorso clinico assistenziale; la sua attività si svolge in stretta collaborazione con il Coordinatore del percorso. Accompagna la paziente dall'accesso alla fase diagnostica lungo l'intero percorso clinico assistenziale; assicura elevata collaborazione nelle decisioni da assumere nel processo assistenziale; integra le prestazioni definite da diversi componenti del team con le pianificazioni per trattamenti assistenziali, garantisce l'attuazione delle decisioni assunte e validi risultati raggiunti nell'ambito assistenziale. Ruolo e funzioni: incontra le pazienti immediatamente dopo la diagnosi e durante il corso del trattamento per fornire informazioni coordinare l'assistenza di supporto. In collaborazione con i medici e i colleghi delle unità operative raccoglie le informazioni cliniche i dati utili al monitoraggio del processo assistenziale. Assicura continuità, facilità di Realizzazione e del coordinamento fra le diverse attività assistenziali onde evitare qualsiasi duplicazioni inutile o frammentazione dell'assistenza programmata. Mantiene contatti e supporta, se necessario, i familiari.

10. INDICATORI

Allo scopo di valutare l'implementazione il percorso della pratica clinica per un miglioramento della cura della paziente con neoplasia mammaria, sono predisposti a livello regionale i seguenti indicatori di processo e di risultato che verranno periodicamente verificati.

10.1 Indicatori generali di processo:


- Frequenza degli incontri del team multidisciplinare: una volta la settimana
- tempo di attesa tra mammografia di screening e comunicazione referto (se negativo): 90% <3 settimane
- Intervallo tra la diagnosi (identificata come triplo test) e l' intervento chirurgico (entro 30 giorni dalla consegna dell'esame istologico >90%; entro 60 giorni dalla mammografia > 90% .
- Tempo di attesa del referto istologico completo (20 giorni in almeno 80% dei casi).
- Intervallo tra intervento chirurgico e inizio della terapia medica adiuvante (cinque settimane in almeno 80% dei casi).

10.2 Indicatori di performace clinica

- Pazienti che effettuano l'approfondimento diagnostic preopertaorio > 95%
- Pezzo operatorio giunto orientate al patologo (>99%)
- Numero di lifonodi ascellari asportati nella linfadenectomia maggiore di 10(>5%)
- Tasso di Identificazione linfonodo sentinella (>90%)
- Pazienti sottoposti ad esami diagnostici
- Pazienti sottoposti ad esami diagnostici di follow-up di non documentata utilità < 20%

Data 12 febbraio 2026	Rev.0	Pagina 33 di 37
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



 <p>Direzione Generale Risk Management e Qualità</p>	<p align="center">PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) TUMORE DELLA MAMMELLA</p>	<p align="center">PDTA N.19</p>
--	--	--

10.3 Customer satisfaction

È prevista la valutazione del grado di soddisfazione delle pazienti rispetto al percorso che gnostica assistenziale nel suo complesso attraverso la predisposizione di un questionario specifico redatto e condiviso dei membri della Breast unit. I risultati della misurazione permetteranno di intraprendere specificazione di miglioramento del percorso

Indicatore	Standard
Questionari compilati	≥ 70% pazienti
Grado soddisfazione complessiva	≥ 80% giudizi positivi
Valutazione comunicazione équipe	≥ 85% giudizi positivi
Valutazione tempi di attesa	≥ 80% giudizi positivi

10.4 Monitoraggio e valutazione

Il monitoraggio del PDTA correlato alle liste di attesa prevede la compilazione a cadenza trimestrale da parte del Responsabile scientifico aziendale del PDTA di una scheda che si trova nella sezione PDTA-documenti, che dopo essere stata debitamente compilata, andrà inoltrata via email al referente aziendale dei PDTA.

INDICATORI DI MONITORAGGIO

PDTA – Carcinoma della Mammella

Breast Unit – Azienda Ospedaliera Universitaria "P. Giaccone"

1. Finalità

Il sistema di monitoraggio ha lo scopo di:

- Verificare l'aderenza del percorso agli standard regionali e nazionali
- Valutare appropriatezza, tempestività ed efficacia clinica
- Monitorare gli esiti e la qualità assistenziale
- Individuare criticità organizzative
- Attivare azioni di miglioramento continuo

Data 12 febbraio 2026	Rev.0	Pagina 34 di 37
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		





La rilevazione avviene con **cadenza trimestrale**, con report annuale riepilogativo.

2. Indicatori di Processo

Indicatore	Standard	Fonte dati	Frequenza
Frequenza Meeting Multidisciplinare	≥ 1/settimana	Registro MDM	Trimestrale
% pazienti discussi in MDM prima del trattamento	≥ 95%	Verbali MDM	Trimestrale
Tempo diagnosi (triplo test) → intervento chirurgico	≤ 30 gg nel 90%	Cartella clinica	Trimestrale
Tempo mammografia sospetta → diagnosi istologica	≤ 20 gg nell'80%	Radiologia/Anatomia Patologica	Trimestrale
Tempo intervento → inizio terapia adiuvante	≤ 6 settimane nell'80%	Oncologia	Trimestrale
Referto istologico completo disponibile	≤ 20 gg nell'80%	Anatomia Patologica	Trimestrale
% pazienti con esenzione 048 attivata	≥ 95%	Cartella clinica	Trimestrale

3. Indicatori di Performance Clinica

Indicatore	Standard
Identificazione linfonodo sentinella	≥ 90%
Pezzo operatorio correttamente orientato	≥ 99%
Linfadenectomie con ≥10 linfonodi esaminati	≥ 95%
% pazienti che effettuano approfondimento diagnostico completo preoperatorio	≥ 95%
% pazienti HER2+ trattate secondo LG	≥ 95%
% pazienti TNBC candidate correttamente a neoadiuvante	≥ 90%



4. Indicatori di Appropriatezza


Indicatore	Standard
Esami di follow-up non raccomandati	< 20%
Utilizzo RM mammaria secondo criteri LG	≥ 90% appropriatezza
% pazienti con test recettoriali completi (ER, PgR, HER2, Ki67)	≥ 99%

5. Indicatori di Esito

Indicatore	Monitoraggio
Tasso di reintervento per margini positivi	Annuale
Complicanze chirurgiche precoci (<30 gg)	Annuale
Tasso infezioni sito chirurgico	Annuale
Sopravvivenza libera da malattia (DFS)	3-5 anni
Sopravvivenza globale (OS)	5 anni

6. Indicatori Organizzativi

Indicatore	Standard
Tempo attesa prima visita oncologica	≤ 10 gg
Tempo attesa pre-ricovero	≤ 10 gg
Tempo attesa RM mammaria prioritaria	≤ 15 gg
% pazienti prese in carico da Case Manager	≥ 95%

 <p>Direzione Generale Risk Management e Qualità</p>	<p>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) TUMORE DELLA MAMMELLA</p>	<p>PDTA N.19</p>
---	---	-------------------------

11. CONSERVAZIONE E DIFFUSIONE

Il presente documento, dopo essere stato codificato, approvato e deliberato dalla Direzione Generale, viene archiviato in formato digitale e cartaceo insieme alla delibera aziendale presso la Direzione di Sanitaria Presidio.

L'Unità Operativa proponente U.O.S. Risk Management e Qualità provvederà a pubblicarlo sul sito intranet aziendale all'interno della sezione "Risk Management--→ PDTA.

La comunicazione dell'avvenuta pubblicazione viene inserita anche sull'homepage della intranet aziendale rendendola disponibile a tutto il personale sanitario per la consultazione. La stessa U.O. proponente provvederà a conservare la documentazione relativa al PDTA sia in formato digitale che in copia cartacea. La U.O.S Risk Management e Qualità provvede alla conservazione della documentazione obsoleta, rimossa dal sito aziendale.

Data 12 febbraio 2026	Rev.0	Pagina 37 di 37
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		

