

MARTEDÌ 15 SETTEMBRE

DALLE 17,00 ALLE 19,00

TAVOLO DI BENCHMARKING

IMMUNOTERAPIA ED EFFICIENZA ORGANIZZATIVA

UN NUOVO MODELLO DI GOVERNANCE NEL TRATTAMENTO DEI TUMORI DELLA MAMMELLA

TAVOLO DI DISCUSSIONE

- *Pd-L1 inibitori e Carcinoma mammario triplo negativo: evidenze scientifiche attuali ed esperienze cliniche preliminari*
- *Iter diagnostico e terapia: companion diagnostic PD-L1 SP142 dalla codifica alla tariffazione ed alla gestione dei budget di reparto*
- *Questa innovazione necessita di un nuovo modello organizzativo*
- *Come ottimizzare il flusso di accesso: dalla diagnosi alla terapia delle pazienti*
- *I vantaggi dell'immunoterapia il budget impact regionale su questo nuovo percorso di cura*
- *Fattori critici attuali e come superarli*
- *Consensus del panel di esperti sui keypoints successivi*

Aida Andreassi, Responsabile Unità Organizzativa Polo Ospedaliero Regione Lombardia

Emanuela Bonoldi, Segretario Nazionale SIAPeC Società Italiana di Anatomia Patologica e Citologia Diagnostica Milano - Direttore SC Anatomia Istologia Patologica e Citogenetica Dipartimento Medicina di Laboratorio Niguarda Cancer Center

Filippo Crivelli, Rappresentante SIAPeC Regionale - Direttore SCA Anatomia Patologica, Responsabile Dipartimento Servizi Diagnostici ASST Valle Olona, Busto Arsizio (VA)

Monica Giordano, Direttore SC Oncologia, AO Sant'Anna, Como

Nicla La Verde, Direttore SC Oncologia, ASST Sacco, Milano

Giancarlo Pruneri, Direttore Patologia Diagnostica e Laboratorio, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano

Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità

MODERANO

Alessandro Malpelo, Giornalista

Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità



Intervieni in diretta su www.motoresanita.it

TAVOLO DI BENCHMARKING

IMMUNOTERAPIA ED EFFICIENZA ORGANIZZATIVA

UN NUOVO MODELLO DI GOVERNANCE NEL TRATTAMENTO DEI TUMORI DELLA MAMMELLA

Il carcinoma mammario è la neoplasia più frequente tra le donne ed è potenzialmente grave se non è individuata e curata per tempo. I tumori al seno possono essere invasivi (esteso) o non invasivi (localmente delimitato) e vengono classificati in 5 stadi (da 0 a IV). Lo stadio III estensione del tessuto canceroso già al di fuori del seno) e lo stadio IV (metastasi in fase avanzata) sono i più pericolosi. Grazie a metodi diagnostici moderni e a terapie all'avanguardia, il tasso di sopravvivenza relativo al tumore al seno è aumentato costantemente negli ultimi anni. Se il tumore viene identificato in fase molto precoce (stadio 0) la sopravvivenza a 5 anni nelle donne trattate è pari al 98%. Nel cancro metastatico la sopravvivenza è molto minore, dipende dalle caratteristiche della paziente, della aggressività della patologia e dalle opzioni terapeutiche possibili.

Alla malattia sono stati associati diversi fattori di rischio come: l'età, l'assenza di gravidanze, la familiarità e la predisposizione genetica. Le mutazioni genetiche più note sono quelle a carico dei geni oncosoppressori BRCA-1 e BRCA-2. Il trattamento del cancro alla mammella è perciò strettamente legato alle caratteristiche genetiche del tumore e allo stadio in cui la malattia viene diagnosticata.

Oggi sono in commercio validi supporti per la caratterizzazione istologica di questo tumore, attraverso marcatori prognostici predittivi in immunoistochimica (IHC) e ibridazione in situ (SISH). In particolare risulta importante la valutazione dell'espressione del recettore Her-2, bersaglio molecolare delle Target Therapy più utilizzate (trastuzumab, pertuzumab).

Ma nel breast cancer triplonegativo si aprono importanti prospettive di cura grazie alla immunoterapia anti-PDL1 con le nuove indicazioni per la prima linea metastatica avanzata. Le prime stime a livello epidemiologico indicano circa 1.500

pazienti in questa condizione clinica. In ottica di appropriatezza prescrittiva sarà fondamentale stabilire quali pazienti possano trarre beneficio da questa terapia immunoncologica.

A questo proposito esiste già un companion diagnostic collegato alla terapia (PD-L1 SPI42 CE IVD) che è l'unico validato al momento per questa indicazione. La rapidità con cui questo test e la conseguente terapia verranno inseriti nei rispettivi PDTA regionali, sia in presenza che in assenza di reti regionali già strutturate, consentirà di poter dare rapido ed appropriato accesso alle pazienti con queste precise caratteristiche cliniche.

Per fare questo saranno necessarie indicazioni regionali dettagliate da dare ai centri sia in tema di organizzazione sull'esecuzione dei test (chiarendo gli aspetti legati alla codifica e tariffazione relative ai test stessi) sia sulla gestione delle terapie (ad es° secondo il modello Hub&Spoke o piuttosto secondo altri modelli già strutturati nelle reti assistenziali di patologia regionali).

Abituare l'organizzazione assistenziale nel velocizzare, modernizzare e implementare i progressi della diagnostica collegandoli rapidamente alla clinica, sarà perciò fondamentale. Così facendo si potrà applicare in ogni singolo territorio, una medicina di precisione vera per sfruttare al meglio terapie innovative, con minor effetti collaterali, maggiore efficacia. Questo consentirà anche di governare la spesa sanitaria, ottimizzandola attraverso le migliori terapie per ogni singolo paziente.

Questi sono i temi che vorremmo affrontare insieme nei tavoli multidisciplinari di esperti, che avranno luogo nelle principali regioni Italiane e le cui analisi critiche, suggerimenti, "proven practices", verranno condivise in un evento conclusivo finale con le istituzioni nazionali.