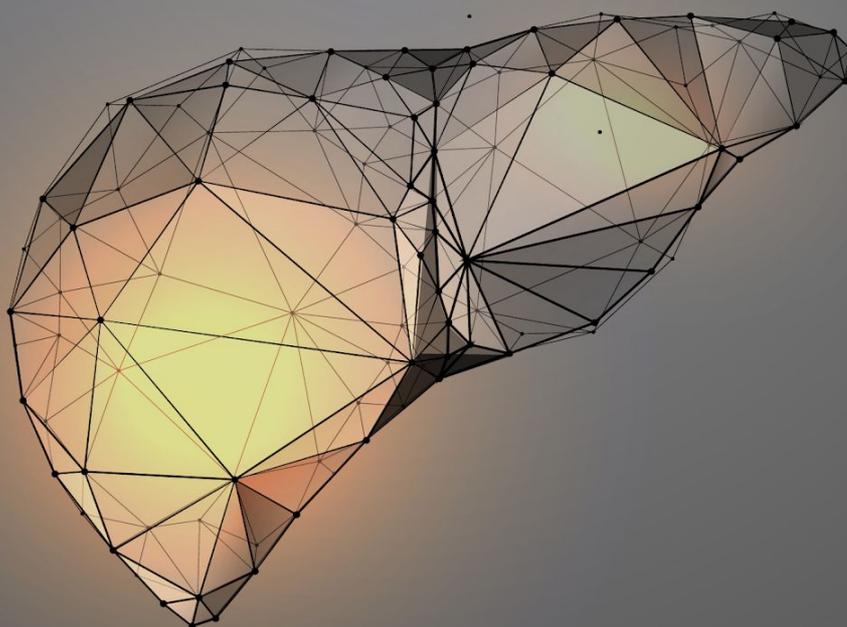


DOCUMENTO DI SINTESI

WEBINAR MULTIREGIONALE
IL PERCORSO AD OSTACOLI DEL MALATO DI FEGATO

FOCUS ON CANCRO EPATICO





8 LUGLIO 2022
dalle 10:00 alle 13:00

Con il patrocinio di





INTRODUZIONE DI SCENARIO

Le malattie croniche del fegato rappresentano un'emergenza epidemiologica e clinica sia a livello mondiale che nazionale. I dati del Global Burden of Diseases indicano che nel 2016, nel mondo, sono decedute 828.940 persone per epatocarcinoma e 1.256.850 persone per cirrosi epatica, determinando nello stesso anno rispettivamente circa 20 e 37 milioni di anni di vita persi. Lo stesso report stima per il 2040 un incremento del numero di decessi per carcinoma epatico e per cirrosi epatica rispettivamente del 100% e del 50%.

Le stime riferite all'Italia sulle persone colpite da cirrosi epatica ci descrivono circa 180mila casi con un tasso di prevalenza dello 0,3% nella popolazione totale e indicano che ogni anno siano diagnosticati circa 8.900 tumori primari del fegato negli uomini e 4.000 nelle donne (Registro tumori italiano 2017), con un rapporto di circa 2 a 1 tra uomini e donne.

Sono invece più frequenti i tumori secondari, ovvero le metastasi che colonizzano il fegato provenendo da altri organi. L'età mediana al momento della diagnosi è tra 50 e 60 anni (ESMO). I dati ci dicono anche che oltre il 70 per cento dei casi di tumori primitivi del fegato è riconducibile a fattori di rischio conosciuti, come l'infezione da virus dell'epatite C e da virus dell'epatite B. Inoltre le nuove terapie per l'Epatite C hanno portato e porteranno un aumento della sopravvivenza dei pazienti con cirrosi, con possibile aumento dei casi di cancro. Tutto ciò inciderà in maniera significativa sull'organizzazione socio-assistenziale, e sull'impatto economico gestionale dei vari sistemi sanitari regionali.

Il tumore del fegato è stato anche chiamato tumore silenzioso perché, soprattutto nelle fasi iniziali, non dà alcun segno di sé, ma quando la malattia si diffonde iniziano a comparire sintomi peraltro poco specifici, che possono presentarsi anche in malattie del tutto diverse. Di qui le difficoltà diagnostiche iniziali.



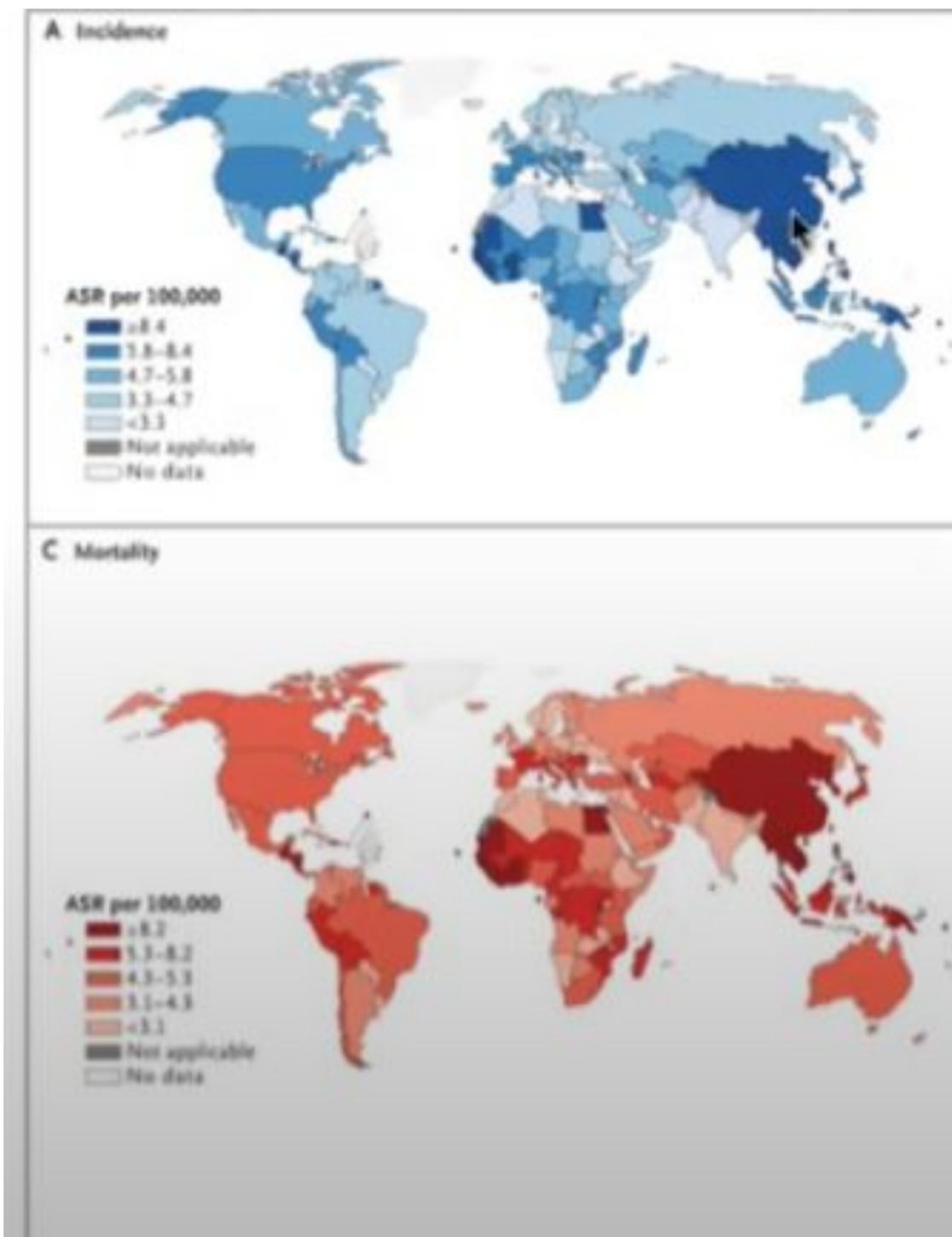
TUMORI DEL FEGATO EPIDEMIOLOGIA

- Il 75% dei tumori epatici primitivi sono carcinoma epatocellulare (HCC), mentre il coloangiocarcinoma (CC) o tumore primitivo delle vie biliari, comprende la maggior parte dei casi rimanenti.
- Il tumore primitivo del fegato è il sesto tumore più frequentemente diagnosticato al mondo, con circa 841.000 nuovi casi segnalati nel 2018.
- Terza causa più comune di mortalità cancro-correlata nel mondo, con oltre 780.000 decessi nel 2018. Con una sopravvivenza a cinque anni del 18%, il cancro al fegato è il secondo tumore più letale dopo il cancro al pancreas.

FEGATO	
Incidenza	Nel 2020, sono state stimate circa 13.000 nuove diagnosi (rapporto U:D 2:1). Le stime per il 2021 non sono disponibili
Mortalità	Le stime per il 2021 non sono disponibili
Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi	22% negli uomini e 22% nelle donne
Probabilità di vivere ulteriori 4 anni condizionata ad aver superato il primo anno dopo la diagnosi	40% negli uomini e 39% nelle donne
Prevalenza	Sono 33.800 le persone viventi in Italia dopo una diagnosi di tumore del fegato (uomini = 25.300; donne = 8.500)



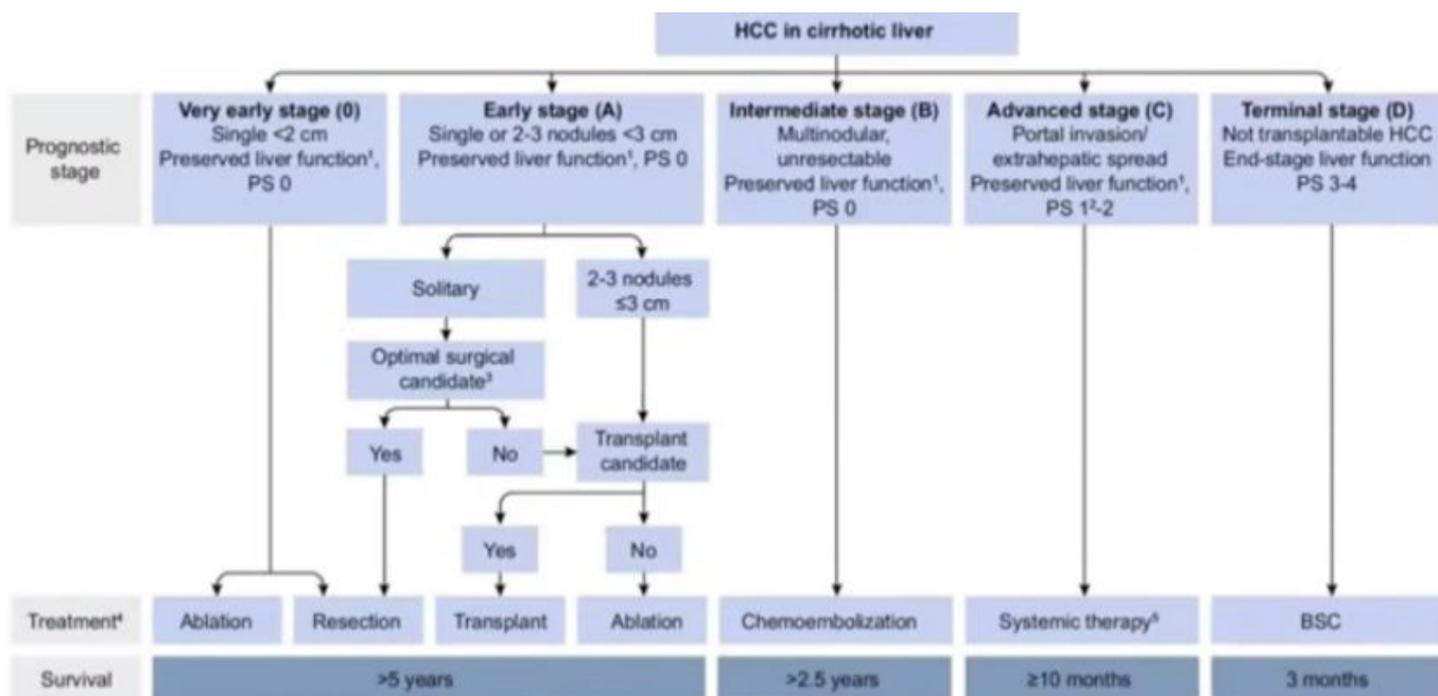
A livello globale l'incidenza per HCC è molto variabile geograficamente, questo è dovuto alle differenze di stili di vita ed ai numerosi fattori di rischio che possono causare questo tipo di tumore.





NUOVE FRONTIERE DI CURA NEL TUMORE DEL FEGATO

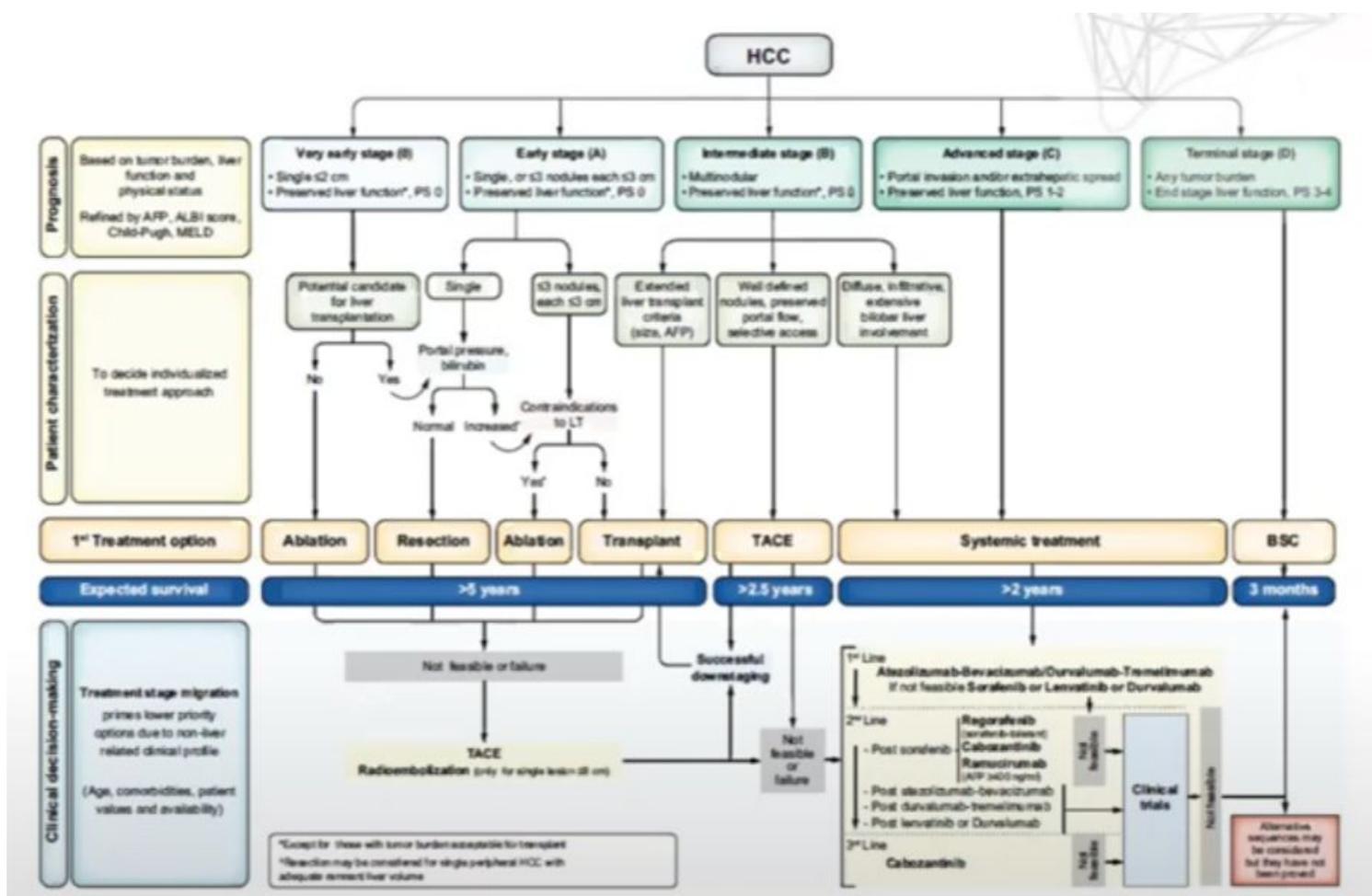
La strategia di cura fino al 2021



Fino al 2021 era previsto questo schema di cure, considerato troppo rigido.



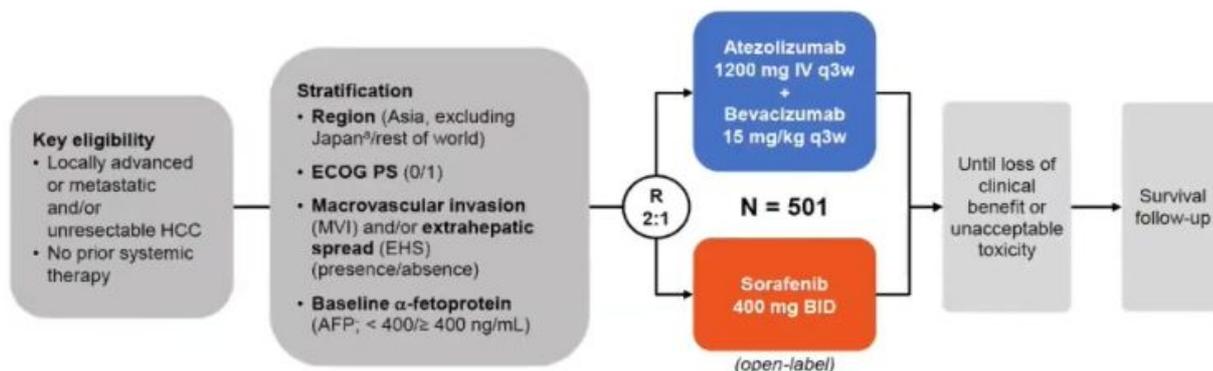
La strategia di cura fino al 2022



La grande novità è l'introduzione delle immunoterapie. Queste terapie innovative sono in grado di cambiare radicalmente le prospettive di cura per questo tumore (HCC). Queste nuove terapie richiedono però un nuovo approccio con la necessità di un'analisi accurata delle caratteristiche del singolo paziente e la necessità di un approccio basato sul team multidisciplinare a tutto il percorso terapeutico.



Terapie di combinazione: Imbrave 150



Primary endpoints

- OS
- IRF-assessed PFS per RECIST 1.1

Key secondary efficacy endpoints

- IRF-assessed ORR and DOR per RECIST 1.1
- IRF-assessed ORR and DOR per HCC mRECIST

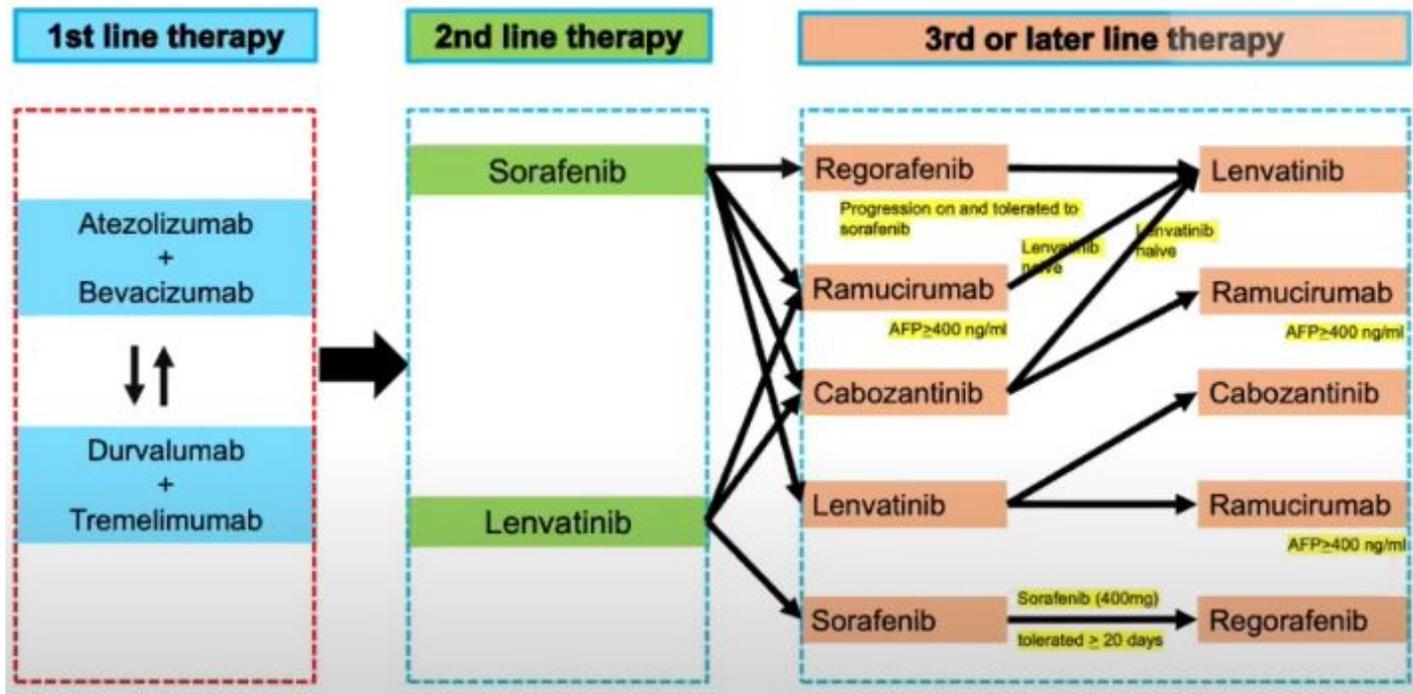
Chinese cohort:

137 Chinese patients who were included in the global study population/analysis + 57 additional Chinese patients who were enrolled in the China extension cohort and were not included in the global population/analysis

BID, twice a day; q3w, every 3 weeks; [†] Japan is included in rest of world.

Finn RS, et al. *N Engl J Med* 2020.

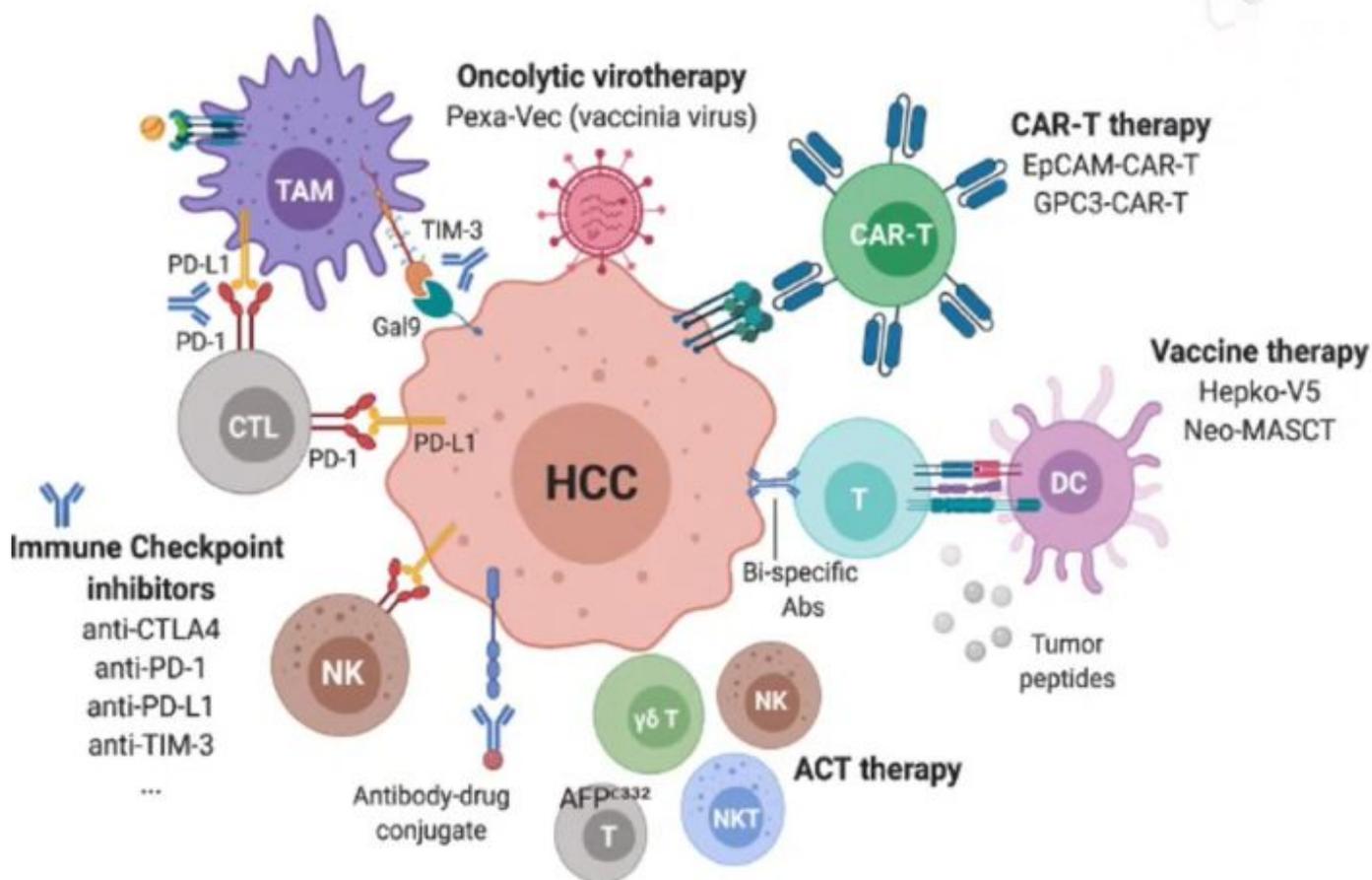
Le terapie attualmente disponibili





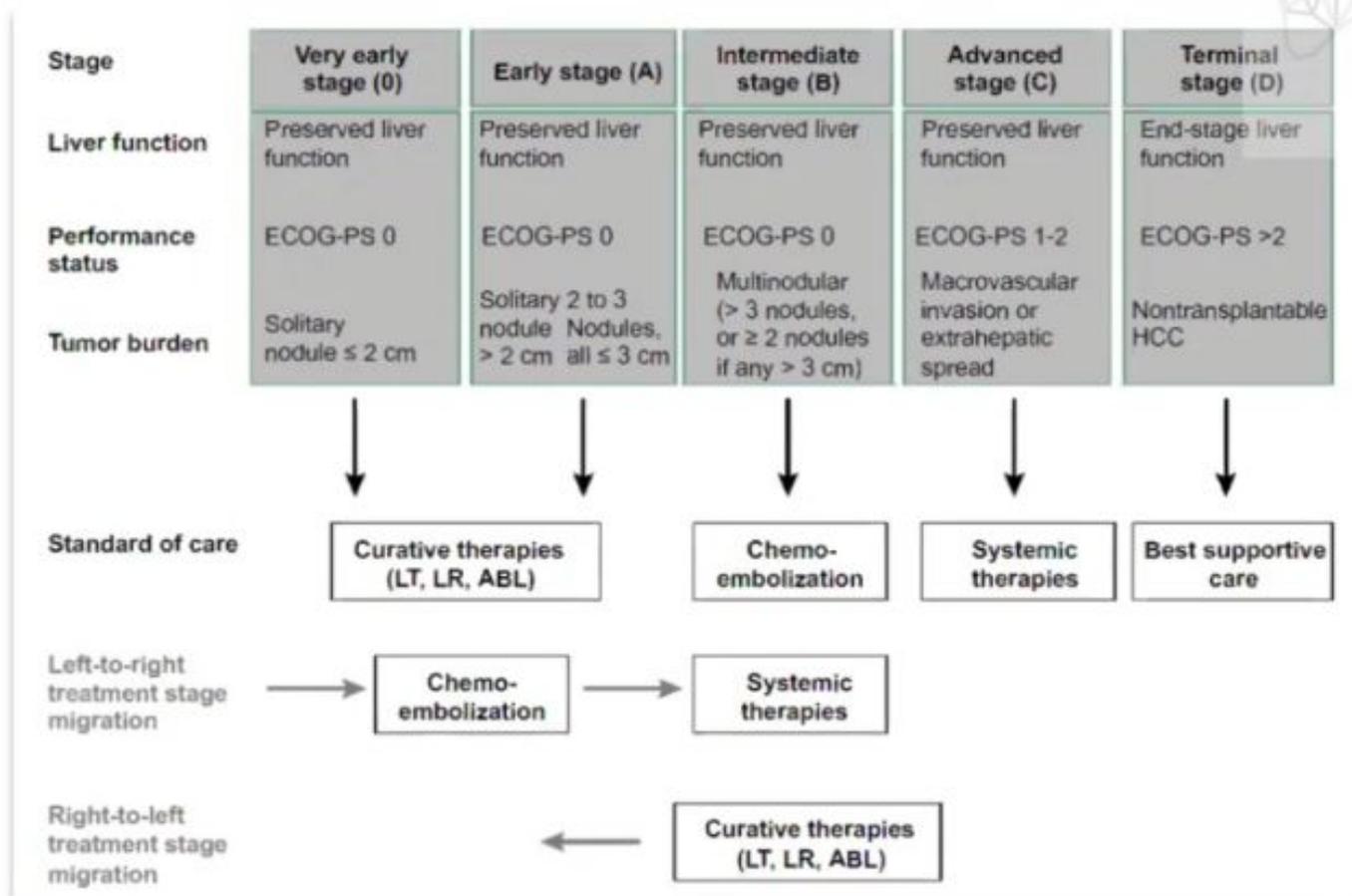
Il futuro delle terapie

Oltre a tutti i farmaci rilasciati negli ultimi anni esistono molte altre target therapies che risultano molto promettenti anche nella cura dell'HCC.





Treatment stage migration



Rispetto al vecchio schema di cure le nuove terapie offrono il “treatment stage migration” cioè la possibilità di trattare la malattia nelle sue diverse fasi in maniera variabile e personalizzata.



Ruolo del team multidisciplinare

In oncologia, come per molte altre patologie, si è affermata da tempo la cultura dell'approccio multidisciplinare e multispecialistico al paziente. Questo modello di gestione del paziente è in grado di migliorare gli outcome di cura oltre che garantire una migliore conoscenza e informazione per il paziente delle cure e degli effetti collaterali. Questo modello gestionale è ancora più necessario per le nuove terapie sempre più personalizzate e sempre più targettizzate.

IL PUNTO DI VISTA DEI PAZIENTI

Le associazioni dei pazienti intervenute nel panel hanno sottolineato come ci sia grande interesse per le nuove terapie disponibili per il trattamento dei tumori del fegato, allo stesso tempo però i pazienti sono preoccupati dal rischio di un accesso disomogeneo alle terapie innovative sul territorio nazionale. Le Reti di patologia ed i PDTA specifici rappresentano due strumenti di governance fondamentale per garantire equità ed omogeneità di accesso alle terapie innovative.

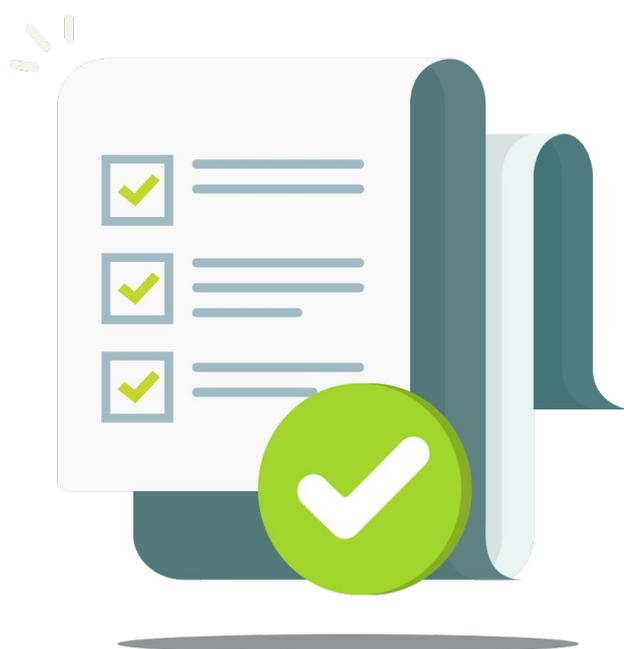
Una seconda questione sottolineata dalle associazioni riguarda l'approccio multidisciplinare. Per quanto efficace ed utile questo approccio i pazienti riscontrano molto spesso la difficoltà di accedere alle diverse branche di cura poiché non sono site nella stessa struttura. Spostarsi tra le diverse strutture però molto spesso rappresenta un grande ostacolo per i pazienti con tumore al fegato poiché quasi sempre coinvolti da altre patologie croniche che ne inficiano la capacità di spostarsi con facilità.



CONCLUSIONI

L'epatocarcinoma con un'incidenza al 3% si trova a metà tra i tumori rari ed i tumori a larga incidenza. Si trova quindi in una sorta di zona grigia organizzativa, è quindi fondamentale strutturare modelli organizzativi nuovi sia a livello delle singole aziende che a livello dei SSR.

Le nuove terapie innovative offrono nuove possibilità di cure per i pazienti ma per la loro natura di terapie personalizzate e basate su specifici target richiedono di essere incardinate in un percorso di cure ben organizzato e ben strutturato.





ACTION POINT

- Le Reti di patologia ed i PDTA specifici rappresentano due strumenti di governance fondamentale per garantire equità ed omogeneità di accesso alle terapie innovative.
- Bisogna creare standard e modelli sui quali creare i team multidisciplinari per garantire una omogeneità qualitativa su tutto il territorio nazionale.
- Potenziare i servizi di sanità digitale e di telemedicina aumenterebbe la qualità della vita dei pazienti.
- Il percorso di cura non deve essere frammentario tra diverse strutture ma unitario.
- Per quanto siano importanti le nuove terapie farmacologiche il SSN non deve smettere di lavorare su ambiti importanti quali la diagnosi precoce e la prevenzione secondaria.
- Il ruolo del territorio è fondamentale per una diagnosi precoce e una corretta presa in carico del paziente ma attualmente non esiste una reale connessione tra territorio ed ospedale. Il PNRR andrà a potenziare il sistema di cure territoriali, se questo potenziamento non sarà accompagnato da un sistema strutturato di collaborazione tra il territorio e l'ospedale non si avrà una reale ricaduta su pazienti come quelli con tumore al fegato.



SONO INTERVENUTI (I NOMI RIPORTATI SONO IN ORDINE ALFABETICO):

Gianni Amunni, Direttore Oncologia Medica Ginecologica AOU Careggi

Massimiliano Conforti, Vice Presidente EpaC Onlus

Andrea Dalbeni, UOC Medicina Generale per lo Studio e il Trattamento della Malattia Ipertensiva AOUI Verona

Bruno Daniele, Direttore di Oncologia medica Ospedale del Mare di Napoli

Giorgio Ercolani, Scienze Mediche e Chirurgiche, Università degli Studi di Bologna, Ospedale Morgagni Pierantoni, Forlì

Sara Lonardi, Direttore f.f. Oncologia 3 IRCCS Istituto Oncologico Veneto, Padova

Paolo Pronzato, Direttore Oncologia Medica IRCCS San Martino, Genova - Coordinatore DIAR Oncoematologia Regione Liguria

Maria Rizzotti, Componente 12^a Commissione permanente (Igiene e sanità) Senato della Repubblica

Renato Romagnoli, Professore Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Chirurgia 2U, Centro Trapianto Fegato AOU Città della Salute e della Scienza, Torino

Rodolfo Sacco, Direttore Gastroenterologia OSP Policlinico Riuniti Azienda Ospedaliero Universitaria Foggia

Carlo Tomassini, Direzione Scientifica Motore Sanità



Con la sponsorizzazione non condizionante di

ALFASIGMA 

Intercept 

f

ORGANIZZAZIONE

t

Barbara Pogliano

b.pogliano@panaceascs.com

@

v

SEGRETERIA

c.nebiolo@panaceascs.com

in

324 6327587

