**COMUNICATO STAMPA**

**Nella Capitale Convegno internazionale con 200 esperti da tutto il mondo: così cambia la lotta alla malattia**

**TUMORE DEL SENO: “5.300 NUOVE DIAGNOSI IN FASE METASTATICA NEL 2019**

**IL 25% È VIVO A 5 ANNI, MA TUTTE LE DONNE SIANO CURATE NELLE BREAST UNIT”**

***Il prof. Francesco Cognetti, Direttore Oncologia Medica Regina Elena di Roma: “La sopravvivenza è migliore nei centri di senologia che trattano almeno 150 casi ogni 12 mesi, perché garantiscono un approccio multidisciplinare”. Terapie mirate efficaci anche nelle forme più difficili da gestire***

*Roma, 14 novembre 2019* – Sono 5.300 nel 2019, in Italia, le nuove diagnosi di tumore del seno già in fase metastatica: rappresentano circa il 10% del totale. Grazie ad armi sempre più efficaci, alla disponibilità di farmaci innovativi e all’integrazione delle terapie sistemiche con i trattamenti locali, il carcinoma mammario metastatico oggi è una malattia trattabile, con una sopravvivenza mediana di 24-36 mesi. E, a 5 anni, il 25% di queste pazienti è vivo. Risultati impensabili solo 10 anni fa. Alle nuove strategie nella cura della malattia è dedicata la sesta edizione dell’*International Meeting on New Drugs and New Insights in Breast Cancer*, in corso all’Istituto Nazionale Tumori Regina Elena di Roma con la partecipazione di più di 200 esperti da tutto il mondo. “In Italia vivono circa 815mila donne dopo la diagnosi della malattia - afferma il prof. **Francesco Cognetti**, Direttore Oncologia Medica del Regina Elena e presidente del Congresso -. Oggi abbiamo molte armi a disposizione, dalla chemioterapia all’ormonoterapia alle terapie target fino all’immunoterapia. Tutte le pazienti devono essere trattate nelle Breast Unit, cioè in Centri di Senologia, dove è più alta l’adesione alle linee guida, migliore l’esperienza degli specialisti ed è garantita l’adozione di un approccio multidisciplinare. A livello europeo, è stabilito che possano definirsi Breast Unit solo le strutture che trattano almeno 150 nuovi casi ogni anno. La multidisciplinarietà ne è l’elemento fondante. La formazione di un team coordinato favorisce il raggiungimento di un alto livello di specializzazione delle cure, dallo screening fino alla riabilitazione, ottimizzando qualità e tempistica delle prestazioni, con l’obiettivo principale di prolungare e migliorare la vita delle pazienti”.

È dimostrato che, nelle strutture ad alto volume, la sopravvivenza a 5 anni raggiunge l’83,9% (rispetto al 78,8% nei centri che trattano fra i 50 e i 99 casi ogni anno e al 74,9% con meno di 50). “Il lavoro efficiente di un gruppo multidisciplinare produce appropriatezza, coerenza e continuità dei percorsi diagnostico-terapeutici – continua il prof. Cognetti -, traducendosi in un miglioramento dell’utilizzo delle risorse umane ed economiche, indispensabile per sostenere i costi crescenti della malattia”. Il “peso” economico del tumore della mammella, in Italia, raggiunge i 540 milioni di euro ogni anno (considerando ospedalizzazioni e assistenza previdenziale). Circa la metà (52%) è rappresentato dai costi ospedalieri, oltre il 41% dalle uscite previdenziali legate alla disabilità parziale al lavoro ed il restante 7% da una disabilità lavorativa completa.

“Oggi – spiega il prof. Cognetti - il carcinoma della mammella, con 53.500 nuovi casi nel 2019, è in assoluto il più frequente fra i cittadini del nostro Paese. Le nuove armi hanno cambiato radicalmente le prospettive di cura, infatti la mortalità è significativamente diminuita nel periodo 2003-2014 in tutte le classi d’età, in particolare dello 0,9% ogni anno nelle donne under 50, dello 0,8% fra le 50-69enni e dello 0,4% nelle over 70. In quindici anni, l’effetto combinato di screening e terapia adiuvante (cioè somministrata dopo la chirurgia) ha contribuito a ridurre la mortalità di più del 30%”.

“Oltre ai progressi nella malattia avanzata e metastatica, oggi si registrano notevoli miglioramenti nel trattamento adiuvante delle pazienti già sottoposte a chirurgia, effettuato per ridurre il rischio di recidiva – continua il prof. Cognetti -. In particolare, numerosi studi hanno dimostrato la validità dei test genomici nell’orientare la scelta del tipo di terapia, con la possibilità in circa il 40% delle pazienti di evitare trattamenti chemioterapici inutili e dannosi. Purtroppo questi test sono disponibili e rimborsabili dalla Regione solo in Lombardia”. I diffusi programmi di screening mammografico e la maggiore sensibilizzazione delle donne all’aumento dell’incidenza del carcinoma mammario hanno portato, negli ultimi anni, a un consistente incremento di diagnosi di carcinomi in stadio precoce. La chirurgia conservativa ha progressivamente sostituito la mastectomia nel trattamento delle neoplasie in stadio iniziale, perché, associata alla radioterapia, è in grado di garantire alle pazienti le stesse percentuali di sopravvivenza globale e libera da malattia e migliori risultati estetici, oltre all’indubbio vantaggio psicologico collegato alla conservazione della mammella, che si traduce in una migliore qualità di vita.

“La chemioterapia resta un’arma fondamentale nella lotta contro la malattia – sottolinea la dott.ssa **Alessandra Fabi**, Oncologia Medica Istituto Nazionale Tumori Regina Elena di Roma -. Se la malattia è in stadio iniziale, la strategia terapeutica può prevedere una combinazione di chirurgia, terapia farmacologica (chemioterapia, ormonoterapia, trattamento con anticorpi monoclonali) e radioterapia. In particolare, la chemioterapia ha lo scopo di ridurre il rischio di ripresa della malattia a livello locale e generale. Convenzionalmente si utilizzano regimi di associazione contenenti antracicline e taxani prolungati per circa 6 mesi. È importante che, se somministrata dopo la chirurgia, la chemioterapia venga iniziata non appena la paziente abbia completato il decorso operatorio e, comunque, entro 90 giorni dall’intervento: specialmente nei tumori più aggressivi, definiti triplo negativi, l’intervallo tra chirurgia e avvio della chemioterapia è correlato alla prognosi, con una significativa minore efficacia con un intervallo superiore a tre mesi. Se il tumore è in fase localmente avanzata, la malattia è considerata non operabile in prima scelta. Considerato anche l’elevato rischio di diffusione metastatica in questo stadio, la chemioterapia è il trattamento d’elezione, che deve comunque essere integrato con la chirurgia e la radioterapia. Nella fase metastatica, la chemioterapia può integrarsi con terapie ormonali, farmaci biologici, chirurgia, radioterapia e terapie di supporto”.

Vi sono diversi sottotipi della neoplasia, definiti in relazione alle alterazioni molecolari. “Questo ci consente di scegliere in maniera altamente selettiva il trattamento in relazione alle caratteristiche di ogni sottogruppo – afferma il prof. **Maurizio Scaltriti**, Direttore Associato del Center for Molecular-Based Therapies al Memorial Sloan-Kettering Cancer Center di New York -. In alcuni tipi di tumore della mammella (15-20% del totale) una proteina, HER2, è presente in quantità eccessiva, causando così una crescita rapida e incontrollata delle cellule malate. Dal punto di vista biologico, è una delle forme più aggressive e, in passato, non essendoci armi disponibili, queste pazienti presentavano la prognosi peggiore. Oggi invece, grazie a terapie mirate che bloccano il recettore HER2 e che sono utilizzate sia nelle forme iniziali non metastatiche che in quelle metastatiche, è cambiato radicalmente il decorso clinico”. Inoltre, come evidenziato in una recente pubblicazione a firma del prof. Scaltriti, una percentuale rilevante di tumori alla mammella positiva per i recettori ormonali e HER2 negativa (HR+/HER2-), un sottotipo che include circa il 65% di tutti i casi metastatici, presenta due mutazioni distinte del gene PIK3CA. Questa alterazione genetica rende questi tumori spiccatamente sensibili agli inibitori di PI3K, recentemente entrati nello scenario clinico.

Altri passi avanti sono stati fatti proprio per queste pazienti HR+/HER2- in postmenopausa con la patologia metastatica. “È dimostrato che la combinazione di ormonoterapia e delle nuove terapie a bersaglio molecolare (inibitori di CDK4/6) è migliore rispetto alla sola ormonoterapia standard: la sopravvivenza libera da progressione è raddoppiata – continua il prof. Cognetti -. Non solo. Nessun regime di chemioterapia si è dimostrato più efficace rispetto alla combinazione. In queste pazienti, la pratica clinica si sta progressivamente allontanando dall’impiego della chemioterapia per adottare la combinazione, in prima linea, di diverse molecole a bersaglio molecolare con la terapia endocrina”.

“è importante stimolare interazioni tra gli scienziati provenienti da diversi Paesi e fornire loro i mezzi necessari per svolgere attività di ricerca - conclude il prof. **William J. Gradishar**, Direttore del Dipartimento di Ematologia e Oncologia del Medicine Robert Lurie Comprehensive Cancer Center della Northwestern University di Chicago -. Oggi abbiamo a disposizione molte armi per combattere questo big killer: prevenzione, diagnosi precoce, chirurgia conservativa, chemioterapie combinate, terapie ormonali e farmaci biologici che permettono di assicurare la guarigione alla maggioranza delle donne colpite. I risultati presentati al convegno confermano come la strategia vincente sia quella di tarare la terapia sulle caratteristiche specifiche delle pazienti”.

**Ufficio stampa**

**Intermedia**

[**intermedia@intermedinews.it**](mailto:intermedia@intermedinews.it)

**030.226105 – 335265394 - 3351892975**