TAVOLI REGIONALI

OTTIMIZZAZIONE DEI PERCORSI DI PRESA IN CARICO PER PAZIENTI CON CARCINOMA TRIPLO NEGATIVO

Strategie e buone pratiche

Milano ● San Lucido ● Reggio Emilia

In collaborazione con

Bridge for FUTURE

A CURA DEL CENTRO STUDI FONDAZIONE THE BRIDGE

Sommario

Razionale 3
Il carcinoma mammario triplo negativo: elementi caratterizzanti 4
Caratteristiche biologiche e cliniche 4
Lo stato mutazionale BRCA 5
I trattamenti 6
Dalla caratteristica al bisogno assistenziale 7
Il Patient Journey 8
Cos'è? 8
Come lo abbiamo costruito? 9
La voce delle associazioni di pazienti e caregiver 10
Tavolo regionale LOMBARDIA, PIEMONTE, VENETO 11
Sessione Istituzionale 11
Tavola rotonda 12
Radiologia senologica e genetica 13
Presa in carico precoce: psiconcologia, ginecologia, gestione delle tossicità e nutrizione 14
La fase chirurgica 16
Percorsi di follow-up 17
Tavolo regionale CALABRIA, CAMPANIA, PUGLIA 19
Sessione Istituzionale 19
Continuità e alleanze per il triplo negativo 20
Tavola rotonda 21
Le Breast Unit e l'importanza delle équipe multidisciplinari 22
Tecniche di diagnostica e innovazione tecnologica 23
Coinvolgimento dei familiari per l'individuazione di mutazioni BRCA 24
Gestione precoce della tossicità e qualità della vita 25
Scelte e tempi della chirurgia 26
Tavolo regionale EMILIA-ROMAGNA 28
Tavola rotonda 28
Genetica e radiologia senologica 29
Presa in carico precoce: ginecologia e psiconcologia 31
La fase chirurgica 33
Percorsi di follow-up e survivorship 36

Allegati 37
Programma Lombardia – Piemonte - Veneto 37
Programma Calabria - Puglia 39
Programma Emilia-Romagna 41

Razionale

In Italia, il carcinoma mammario triplo negativo (TNBC) rappresenta intorno al 15% delle diagnosi di tumore al seno, con circa 8.000 nuovi casi all'anno.

Il TNBC presenta alcune caratteristiche che lo distinguono da altri tipi di tumore. Come primo aspetto, non manifesta i recettori generalmente impiegati come target per terapie mirate; questo rende particolarmente rilevanti le novità in termini di trattamento. In aggiunta, si sviluppa più frequentemente nelle donne sotto i 50 anni, con implicazioni sulla fertilità, la qualità della vita e la gestione della famiglia. Inoltre, chi è portatore di mutazioni a carico dei geni BRCA presenta un maggior rischio di sviluppare il tumore, per questo particolare attenzione viene posta sui temi dell'identificazione delle persone con rischio eredo-familiare legato alla mutazione e della sorveglianza dedicata, per la diagnosi precoce del tumore e per permettere l'esecuzione di eventuali interventi di riduzione del rischio. Inoltre, la conoscenza di una mutazione BRCA può essere rilevante anche per le pazienti, in quanto può determinare la scelta del trattamento. Infine, il triplo negativo rappresenta una forma di carcinoma mammario che tende a diffondersi più rapidamente e più aggressivamente di altre; pertanto, la prevenzione e la tempestività della diagnosi e della cura sono cruciali.

Anche a causa delle specificità di questa patologia, risulta necessario delineare un **percorso di presa in carico chiaro e condiviso**, sia in termini di assistenza sanitaria che a livello di informazione e comunicazione verso le pazienti e i loro caregiver.

Con questa finalità, Fondazione The Bridge, in collaborazione con Aiom e Favo, ha realizzato il **Patient Journey del Carcinoma Mammario Triplo Negativo**, un documento che combina rigore scientifico e chiarezza dei contenuti. Nel libretto, i percorsi di cura seguono le diverse fasi del percorso, illustrandone i passaggi principali, le figure professionali e le diverse strutture coinvolte.

I **tavoli regionali** sono stati ideati come occasione per la presentazione del Patient Journey per il Carcinoma Mammario Triplo Negativo in diverse aree d'Italia. Il confronto con i contesti regionali, che ha visto la partecipazione di professionisti di varie discipline, figure istituzionali e rappresentanti dei pazienti, ha permesso di dialogare sulla gestione della patologia anche in riferimento a possibili criticità o best practice territoriali.

Il carcinoma mammario triplo negativo: elementi caratterizzanti

Nicla La Verde, *Direttore SC Oncologia Medica, PO Luigi Sacco - Polo Universitario ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano*

Laura Orlando, *UOC di Oncologia e Breast Unit, Ospedale Antonio Perrino, Brindisi*

Laura Cortesi, *Responsabile della SS Tumori Eredo-Familiari dell'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia*

Tutti gli incontri sono stati introdotti da una panoramica sulle caratteristiche e sui dati principali del triplo negativo.

Il triplo negativo rappresenta circa il 15% dei tumori mammari e la quota sale al 23% nelle donne fino a 30 anni e scende al 10% oltre i 70[1].

Caratteristiche biologiche e cliniche

Il tumore è definito dall'assenza di espressione dei recettori per estrogeno e progesterone e di HER2, normalmente utilizzati nella pratica clinica come bersaglio di terapie mirate: per questo non sono indicate né la terapia ormonale né le terapie anti-HER2, e le opzioni si concentrano su chemioterapia e, in contesti specifici, immunoterapia. Il triplo negativo presenta inoltre, di norma, un grado istologico elevato (G3) e un alto indice di proliferazione (Ki-67 superiore al 20%), e in circa il 13% dei casi è associato a una mutazione germinale BRCA1/2.

Dal punto di vista clinico, è caratterizzato da crescita rapida, maggiore rischio di metastasi viscerali e cerebrali e prognosi fortemente legata alla risposta alla terapia neoadiuvante. Insorge spesso nell'intervallo tra un controllo mammografico e l'altro (i cosiddetti cancri di intervallo), anche in donne aderenti allo screening: i tumori diagnosticati in questa finestra hanno una probabilità più che tripla di essere tripli negativi e sono associati a una mortalità più elevata. Il rischio di ricaduta è massimo nei primi 2-3 anni dalla diagnosi e si riduce sensibilmente dopo i cinque anni, a differenza degli altri tumori mammari, nei quali il rischio resta più basso ma generalmente costante nel tempo[2]. La sopravvivenza a 5 anni è dell'85% nelle forme precoci, ma resta inferiore rispetto ad altri tumori mammari negli stadi avanzati.

---

[1] Seung, S. J., Traore, A. N., Pourmirza, B., Fathers, K. E., Coombes, M., & Jerzak, K. J. (2020). *A population-based analysis of breast cancer incidence and survival by subtype in Ontario women*. Current Oncology, 27(2), e191–e198. https://doi.org/10.3747/co.27.5769

[2] Kennecke, H., Yerushalmi, R., Woods, R., Cheang, M. C. U., Voduc, D., Speers, C. H., Nielsen, T. O., & Gelmon, K. (2010). *Metastatic behavior of breast cancer subtypes*. Journal of Clinical Oncology, *28*(20), 3271–3277. https://doi.org/10.1200/JCO.2009.25.9820

Park, S., Koo, J. S., Kim, M. S., Park, H. S., Lee, J. S., Lee, J. S., Kim, S. I., & Park, B.-W. (2012). *Characteristics and outcomes according to molecular subtypes of breast cancer as classified by a panel of four biomarkers using immunohistochemistry*. The Breast, 21(1), 50–57. https://doi.org/10.1016/j.breast.2011.07.008

Il triplo negativo, inoltre, non è una sola malattia: comprende sottotipi molecolari diversi (tra cui basal-like, mesenchimale, luminale con recettore per gli androgeni e immunomodulatorio), caratterizzati da meccanismi biologici e potenziali bersagli terapeutici differenti[3]. Oggi la diagnosi si basa su criteri immunoistochimici, ma in futuro l'identificazione dei profili molecolari permetterà scelte terapeutiche sempre più mirate e personalizzate.

Lo stato mutazionale BRCA

È stata sottolineata l'importanza di conoscere precocemente lo stato mutazionale BRCA1/2[4]. In assenza di familiarità, la quota di pazienti con triplo negativo portatrici di mutazione BRCA1/2 è più alta nelle donne giovani: dal 9,5% sotto i 37 anni all'1,3% oltre i 60[5]. Le pazienti con mutazione hanno inoltre un rischio più elevato di sviluppare un secondo tumore nella mammella controlaterale: con BRCA1 può superare il 40% a 20 anni dalla chirurgia, contro circa il 6% delle pazienti senza mutazione.

Questa informazione ha implicazioni su tre livelli: prevenzione (percorsi di sorveglianza o chirurgia di riduzione del rischio), coinvolgimento dei familiari a rischio e personalizzazione della cura (ad esempio la scelta della mastectomia bilaterale o l'impiego di PARP-inibitori). Per questo, nel percorso multidisciplinare proposto, il test BRCA va richiesto subito dopo la diagnosi, prima dell'avvio di qualsiasi trattamento (Cortesi et al., Cancer Treatment Reviews, 2025). Nelle giovani pazienti con tumore al seno e mutazione BRCA, la chirurgia di riduzione del rischio è associata a un miglioramento della sopravvivenza globale: la mastectomia di riduzione del rischio riduce il rischio di morte del 35% e la salpingo-ovariectomia del 42%[6]. Nelle pazienti con mutazione BRCA ad alto rischio, inoltre, il PARP-inibitore olaparib somministrato dopo la chemioterapia migliora la sopravvivenza globale a 6 anni del 4,4% (87,5% contro 83,2%)[7].

Dai dati dell'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia emerge che, su 387 pazienti con triplo negativo, il 22% presenta una variante patogenetica germinale in un gene predisponente, in circa la metà dei casi BRCA1/2 e nei restanti in altri geni come PALB2, RAD51C/D e ATM.

---

[3] Singh, D. D., & Yadav, D. K. (2021). *TNBC: Potential targeting of multiple receptors for a therapeutic breakthrough, nanomedicine, and immunotherapy*. Biomedicines, 9(8), 876. https://doi.org/10.3390/biomedicines9080876

[4] Cortesi, L., et al. (2025). *Predictive brca genetic testing in italian patients with breast cancer: a position paper of italian scientific societies (AIOM, AIRO, ANISC, SIAPeC-IAP, SICO, SIGU, SIMG, SIRM).* Cancer Treatment Reviews, 139, 102976

[5] Toss, A., Molinaro, E., Venturelli, M., Domati, F., Marcheselli, L., Piana, S., Barbieri, E., Grandi, G., Piombino, C., Marchi, I., Tenedini, E., Tagliafico, E., Tazzioli, G., & Cortesi, L. (2020). *BRCA Detection Rate in an Italian Cohort of Luminal Early-Onset and Triple-Negative Breast Cancer Patients without Family History: When Biology Overcomes Genealogy*. Cancers, 12(5), 1252. https://doi.org/10.3390/cancers12051252

[6] Blondeaux, E., Sonnenblick, A., Agostinetto, E., Bas, R., Kim, H. J., Franzoi, M. A., Bernstein-Molho, R., Linn, S., Kwong, A., Pogoda, K., Balmaña, J., Smeets, A., Bajpai, J., Moore, H. C. F., Partridge, A. H., Phillips, K.-A., Toss, A., Rousset-Jablonski, C., Peccatori, F. A., … Lambertini, M. (2025). *Association between risk-reducing surgeries and survival in young BRCA carriers with breast cancer: An international cohort study*. The Lancet Oncology, 26(6), 759–770. https://doi.org/10.1016/S1470-2045(25)00152-4

[7] Tutt, A. N. J., Garber, J. E., Kaufman, B., Viale, G., Fumagalli, D., Rastogi, P., Gelber, R. D., de Azambuja, E., Fielding, A., Balmaña, J., Domchek, S. M., Gelmon, K. A., Hollingsworth, S. J., Korde, L. A., Linderholm, B., Bandos, H., Senkus, E., Suga, J. M., Shao, Z., Pippas, A. W., … OlympiA Clinical Trial Steering Committee and Investigators (2021). *Adjuvant Olaparib for Patients with BRCA1- or BRCA2-Mutated Breast Cancer.* The New England journal of medicine, *384*(25), 2394–2405. https://doi.org/10.1056/NEJMoa2105215

Queste pazienti rispondono meglio alla chemioterapia neoadiuvante e si sottopongono più spesso a mastectomia controlaterale profilattica[8].

I trattamenti

Nella malattia in stadio II-III il trattamento neoadiuvante rappresenta l'approccio di riferimento, e il raggiungimento di una risposta patologica completa è associato a una sopravvivenza nettamente migliore, con un legame più forte che negli altri sottotipi[9]. L'associazione di chemioterapia e immunoterapia (pembrolizumab) è oggi lo standard di cura: l'aggiornamento a 7 anni dello studio KEYNOTE-522, presentato ad ASCO 2026, conferma un vantaggio sia nella sopravvivenza libera da eventi (78,3% contro 69,8%) sia nella sopravvivenza globale (85,1% contro 77,2%)[10]. Questo beneficio non è però privo di costi: gli eventi avversi immuno-mediati, che possono interessare ad esempio la tiroide, hanno riguardato il 33,5% delle pazienti nello studio e fino al 57,5% nella pratica clinica reale, con forme gravi nel 13% e nel 26% dei casi rispettivamente[11]. Ridurre le tossicità non necessarie è quindi una priorità.

Tra i nuovi schemi di chemioterapia adiuvante, l'aggiunta del carboplatino ad antracicline e taxani ha mostrato nello studio CITRINE[12], su 808 pazienti, un miglioramento significativo a 3 anni della sopravvivenza libera da recidiva (93,8% contro 88,3%), della sopravvivenza libera da metastasi a distanza (94,8% contro 89,8%) e della sopravvivenza globale (98% contro 94%); risultati in linea sono emersi dallo studio RJBC-1501[13]. Nei tumori più piccoli (stadio I) l'indicazione alla chemioterapia adiuvante va invece valutata caso per caso[14].

---

[8] Rotolo, M., Piombino, C., Venturelli, M., Tenedini, E., Toss, A., Barbieri, E., Gasparini, E., Marchi, I., Domati, F., Civallero, M., Marcheselli, L., Razzaboni, E., Tagliafico, E., Dominici, M., & Cortesi, L. (2026). *Clinical outcome and proportion of hereditary cancer genes gPV in TNBC: The HEaRTBeat study*. npj Breast Cancer, 12, 13. https://doi.org/10.1038/s41523-025-00877-x

[9] Cortazar, P., Zhang, L., Untch, M., et al. (2014). *Pathological complete response and long-term clinical benefit in breast cancer: The CTNeoBC pooled analysis*. The Lancet, *384*(9938), 164–172. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62422-8

[10] Schmid, P., Cortes, J., Pusztai, L., McArthur, H., Kümmel, S., Bergh, J., Denkert, C., Park, Y. H., Hui, R., Harbeck, N., Takahashi, M., Foukakis, T., Fasching, P. A., Cardoso, F., Untch, M., Jia, L., Karantza, V., Zhao, J., Aktan, G., Dent, R., KEYNOTE-522 Investigators (2020). *Pembrolizumab for Early Triple-Negative Breast Cancer*. The New England journal of medicine, 382(9), 810–821. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1910549

Schmid, P., Cortes, et al., (2026). *KEYNOTE-522: Final analysis of pembrolizumab plus chemotherapy in early-stage triple-negative breast cancer* [2026 ASCO Annual Meeting; Abstract 507]. J Clin Oncol 44, 2026 (suppl 16; abstr 507)

[11] Hofherr, M., Clifton, K., et al. (2026). *Real-world analysis of adverse events in patients with triple-negative breast cancer receiving therapy per KEYNOTE-522*. JCO Oncology Practice. https://doi.org/10.1200/OP-24-00819

[12] Liu, Y., Gong, Y., Zhu, X., et al. (2026). *Abstract RF2-04: Effect of adjuvant carboplatin intensified chemotherapy versus standard chemotherapy on survival in women with high-risk early-stage triple-negative breast cancer (CITRINE): A phase 3 randomized trial*. Clinical Cancer Research, 32(4 Suppl.), RF2-04. https://doi.org/10.1158/1557-3265.SABCS25-RF2-04

[13] Chen, X., Huang, J., Shi, H., et al. (2026). *Abstract RF2-03: Adjuvant epirubicin plus cyclophosphamide followed by taxanes with or without carboplatin for early stage triple-negative breast cancer (RJBC 1501): A randomized controlled phase III trial*. Clinical Cancer Research, 32(4 Suppl.), RF2-03. https://doi.org/10.1158/1557-3265.SABCS25-RF2-03

[14] Tarantino, P., Leone, J., Vallejo, C. T., Freedman, R. A., Waks, A. G., Martínez-Sáez, O., Garrido-Castro, A. C., Lynce, F., Tayob, N., Lin, N. U., Tolaney, S. M., & Leone, J. P. (2024). *Prognosis and treatment outcomes for patients with stage IA triple-negative breast cancer*. npj Breast Cancer, 10, 26. https://doi.org/10.1038/s41523-024-00634-6

Nella malattia avanzata, le opzioni comprendono la chemio-immunoterapia per le pazienti con tumore PD-L1 positivo, gli anticorpi coniugati già approvati (sacituzumab govitecan e, per le forme HER2-low, trastuzumab deruxtecan) e i PARP-inibitori per le pazienti con mutazione BRCA. Tra le prospettive future figurano nuovi anticorpi coniugati, anticorpi bispecifici, terapie con radioligandi, terapie a bersaglio molecolare e terapie cellulari.

Dalla caratteristica al bisogno assistenziale

Gli interventi hanno ribadito l'importanza della multidisciplinarietà e di un percorso definito per la presa in carico, sia per i trattamenti sia per la gestione degli effetti indesiderati, l'invio tempestivo al test genetico e al ginecologo per la preservazione della fertilità, aspetto da discutere con la paziente fin dalla diagnosi, come raccomandano anche le linee guida ASCO[15]. Ogni caratteristica del triplo negativo genera infatti un bisogno assistenziale specifico, che richiede il coinvolgimento di professionisti diversi.

Caratteristica	Implicazione	Professionisti coinvolti
Aggressività	Rapidità decisionale	Breast Unit
Terapia neoadiuvante	Monitoraggio della risposta	Oncologo, radiologo, chirurgo, anatomo-patologo
Immunoterapia	Tossicità immuno-mediate	Oncologo, internista, endocrinologo
Mutazioni BRCA	Test genetico	Genetista
Giovane età	Preservazione della fertilità	Ginecologo
Tossicità	Riabilitazione	Fisiatra
Impatto psicologico	Supporto	Psicologo

Fonte: elaborazione dall'intervento di Laura Orlando.

La multidisciplinarietà non serve solo ad aumentare la sopravvivenza, ma anche a migliorare l'esperienza della paziente: qualità della vita, gestione delle tossicità, supporto psicologico, preservazione della fertilità, ritorno al lavoro, attività fisica ed empowerment.

In conclusione, il triplo negativo rappresenta una sfida clinica rilevante, in cui l'integrazione dei nuovi trattamenti nella pratica è complessa e richiede un lavoro multidisciplinare. I successi terapeutici ottenuti rischiano però di non raggiungere le pazienti se non vengono garantiti in modo uniforme su tutto il territorio nazionale. Nel triplo negativo la biologia impone velocità, precisione e personalizzazione: il Patient Journey non è la semplice successione di trattamenti, ma il risultato di decisioni condivise tra professionisti diversi, coordinate attorno alla persona. La multidisciplinarietà, in questo senso, non è un valore aggiunto, ma il presupposto per offrire le migliori opportunità di cura.

[15] Su, H. I., Lacchetti, C., Letourneau, J., Partridge, A. H., Qamar, R., Quinn, G. P., Reinecke, J., Smith, J. F., Tesch, M., Wallace, W. H., Wang, E. T., & Loren, A. W. (2025). *Fertility preservation in people with cancer: ASCO guideline update*. Journal of Clinical Oncology, *43*(12), 1488–1515. https://doi.org/10.1200/JCO-24-02782

Il Patient Journey

Luisa Brogonzoli, *Coordinatrice Centro Studi Fondazione The Bridge*

Nicla La Verde, *Direttore SC Oncologia Medica, PO Luigi Sacco - Polo Universitario ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano*

Cos'è?

Un principio di fondo, condiviso dai professionisti, guida l'intero documento: le pazienti con tumore mammario dovrebbero essere diagnosticate, curate e seguite, dall'inizio alla fine del percorso, all'interno di una Breast Unit. A sostegno di questo principio, uno studio condotto in Scozia[16] ha confrontato ospedali che avevano adottato team multidisciplinari per la gestione del tumore mammario con altri che mantenevano un'organizzazione tradizionale, osservando nelle pazienti seguite in un contesto multidisciplinare una riduzione del rischio di morte del 18%. È questo il messaggio che il Patient Journey intende trasmettere: non tutti i professionisti devono saper fare tutto, ma il percorso deve essere chiaro, e i tumori vanno diagnosticati e trattati dove sono presenti professionisti dedicati.

Il Patient Journey è pensato come uno **strumento di orientamento** tra i percorsi di diagnosi e cura disponibili: non intende sostituirsi al rapporto con i professionisti né offrire indicazioni per gestire la malattia in autonomia, ma fornire alle pazienti e ai loro caregiver gli strumenti per comprendere il percorso. Il documento descrive l'iter ottimale che ogni paziente dovrebbe seguire, comprese le interazioni tra professionisti, strutture sanitarie e servizi di supporto, con un linguaggio semplice e una veste grafica curata, pensata per renderlo immediatamente fruibile. L'obiettivo è rispondere alle domande concrete che accompagnano la paziente: cosa fare, quando, a chi rivolgersi e dove. Particolare attenzione è dedicata al caregiver, figura centrale in oncologia, senza il cui supporto alcuni passaggi del percorso risultano difficili da realizzare.

Il documento è organizzato secondo due criteri:

- ✓ Il primo riguarda le caratteristiche della paziente: lo **stadio di malattia** (non metastatica o metastatica) e lo **stato mutazionale BRCA1/2**. Ne derivano quattro percorsi: non metastatica BRCA1/2 negativa, metastatica BRCA1/2 negativa, non metastatica BRCA1/2 positiva e metastatica BRCA1/2 positiva.
- ✓ Il secondo criterio è la **fase del percorso**, dalla prevenzione alla diagnosi, dalla terapia al follow-up. All'interno dei percorsi, legende semplificate indicano chi interviene e dove, mentre uno schema sintetico riassume i trattamenti previsti nelle diverse fasi di malattia in base allo stadio TNM.

[16] Eileen M. Kesson et al., «Effects of Multidisciplinary Team Working on Breast Cancer Survival: Retrospective, Comparative, Interventional Cohort Study of 13 722 Women», *BMJ* (Clinical research ed.) 344 (aprile 2012): e2718, https://doi.org/10.1136/bmj.e2718.

Il percorso si apre con la prevenzione: una donna che non sa di avere un tumore mammario non può sapere di avere un triplo negativo. Per questo restano fondamentali la prevenzione rivolta a tutta la popolazione e una maggiore attenzione al tema della familiarità.

Completano il documento alcuni **allegati** dedicati a temi di grande interesse per le pazienti, ma spesso difficili da approfondire durante le visite. Il primo riguarda i **diritti delle pazienti e dei caregiver**: il triplo negativo colpisce spesso donne giovani, professionalmente attive e talvolta con figli piccoli, per le quali è importante conoscere le tutele previste dalla normativa e dal welfare, a partire dalla Legge 104 e dall'iter per ottenerne i benefici. È un ambito in cui il contributo delle associazioni di pazienti è prezioso. Un altro allegato approfondisce il **test BRCA** e i geni coinvolti, mentre una sezione specifica è dedicata alla **fertilità**: un tema complesso da affrontare in una fase in cui l'attenzione è tutta rivolta alla malattia e al desiderio di iniziare le cure il prima possibile, ma che, se trascurato, rischia di compromettere in modo definitivo la possibilità di una gravidanza futura. Fertilità, scelte chirurgiche e strategia terapeutica (adiuvante o neoadiuvante) sono temi da porre sul tavolo fin dal "tempo zero", cioè dal momento della diagnosi.

Chiude il documento un **glossario** dei termini più complessi.

Come lo abbiamo costruito?

Il Patient Journey del carcinoma mammario triplo negativo è il risultato di un lavoro lungo, partecipato e fortemente multidisciplinare, articolato in più fasi.

Dopo la costituzione del gruppo di lavoro e la condivisione della metodologia, i contenuti sono stati costruiti a partire da due fonti complementari. Da un lato, la ricerca e l'analisi delle **linee guida e della letteratura scientifica**, riportando – per quanto disponibile in modo specifico per il TNBC – livello di evidenza e forza della raccomandazione. Dall'altro, la raccolta delle **pratiche prioritarie**, sia evidence-based sia mutuate dall'esperienza dei professionisti coinvolti e di altri key stakeholder del sistema, così da garantire un approccio multidisciplinare e multiprofessionale. A questo scopo è stato individuato un ulteriore gruppo di esperti, intervistati e poi coinvolti nella fase di validazione.

Da questo lavoro sono stati formulati 117 statement, originati da linee guida (prevalentemente AIOM ed ESMO), dalla letteratura scientifica o da Good Practice Point. La validazione è stata condotta in collaborazione con i metodologi dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche, sottoponendo gli statement a un panel composto dal gruppo di lavoro e da tutti i key stakeholder intervistati. Una prima valutazione di rilevanza, in termini di pertinenza e importanza, è stata effettuata con metodo Delphi: ogni componente del panel ha espresso individualmente il proprio giudizio su una scala a 9 punti. In questa prima fase 97 statement sono stati approvati e nessuno respinto, mentre 20, con giudizi intermedi, sono stati considerati incerti. Questi ultimi sono stati sottoposti a una seconda valutazione nel corso di un **consensus meeting**, in cui il gruppo li ha discussi e nuovamente votati: in questa sede 2 statement sono stati respinti dai partecipanti. Il processo si è concluso con la definizione di **115 statement definitivi**.

Per verificare che gli statement fossero considerati prioritari e, soprattutto, rappresentativi della pratica a livello nazionale, è stata infine realizzata una **survey rivolta ai direttori delle**

Breast Unit italiane, ai quali è stato chiesto di esprimere il proprio grado di accordo su una selezione di statement, in termini sia di importanza sia di effettiva implementazione nella propria struttura. Il questionario è stato inviato ai 156 centri della rete Senonetwork, con un tasso di risposta del 65,4% e una buona rappresentatività regionale. È emerso un forte accordo sull'importanza delle raccomandazioni e un buon livello di implementazione, con l'eccezione di alcuni ambiti: i servizi territoriali, il rapporto con i medici di medicina generale e il ruolo delle Regioni.

Questo percorso ha permesso di descrivere non solo il miglior percorso di cura possibile, ma un percorso in cui ogni realtà italiana possa riconoscersi. Dal lavoro di oltre un anno sono nati due prodotti: un **Vademecum** tecnico e approfondito, che raccoglie quanto emerso, e un'**infografica**, realizzata con esperte di comunicazione visiva, che restituisce i contenuti in modo semplice e immediato ma rigoroso, pensata come supporto per pazienti e caregiver. Si tratta di uno strumento destinato a essere aggiornato nel tempo, seguendo l'evoluzione delle conoscenze e delle terapie.

I risultati della survey nelle Breast Unit sono stati pubblicati sulla rivista Current Oncology[17], e il lavoro è stato presentato con un poster al congresso ESMO Breast[18] e verrà presentato a quello di AOIM.

La voce delle associazioni di pazienti e caregiver

Elisabetta Iannelli, Segretario Generale Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (FAVO)

Emanuela Valentini, Referente regionale Emilia-Romagna aBRCAdabra

Il coinvolgimento delle associazioni nei processi decisionali in ambito sanitario permette l'inclusione della prospettiva del paziente, offrendo testimonianze e risposte concrete. Lo stesso è avvenuto per la creazione del Patient Journey, dedicato in primis a pazienti e caregiver, ma che può diventare uno strumento utile alle istituzioni per fornire le risposte necessarie a rendere la presa in carico oncologica più umana e quindi anche più efficace. Non solo ma, rappresentando e avendo al loro interno persone che hanno sperimentato le difficoltà e i bisogni dei pazienti, contribuiscono a far emergere le criticità sulle quali intervenire.

Il modello di Patient Journey, inoltre, è pensato per essere replicato per altre patologie, così come il processo multidisciplinare che ha portato alla sua pubblicazione.

[17] N. M. La Verde et al., «Patient Journey for Triple-Negative Breast Cancer: Optimal Care Pathways vs. Reality of Care in Italian Breast Units», *Current Oncology* 33, fasc. 2 (2026), https://doi.org/10.3390/curroncol33020083.
[18] N. M. La Verde et al., «737eP From Complexity to Clarity: Development of an Italian Triple-Negative Breast Cancer Patient Journey», *ESMO Open* 11 (maggio 2026), https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2026.107423.

Tavolo regionale LOMBARDIA, PIEMONTE, VENETO

Milano ● 4 maggio 2026

Sessione Istituzionale

Intervengono

Gian Antonio Girelli, Camera dei Deputati, Presidente dell'Intergruppo Parlamentare sulla prevenzione e riduzione del rischio

Simona Loizzo, Camera dei Deputati, Presidente dell'Intergruppo Parlamentare sulle Nuove Frontiere Terapeutiche nei Tumori della Mammella

Emanuele Monti, Presidente IX Commissione permanente - Sostenibilità sociale, casa e famiglia, Consiglio della Lombardia

Gigliola Spelzini, Componente III Commissione – Sanità, Consiglio della Lombardia

Gli interventi dei rappresentanti istituzionali hanno riportato gli impegni da parte degli Intergruppi parlamentari e delle Commissioni regionali in questioni legate alla patologia. Tra questi, l'emendamento da parte dell'Intergruppo Parlamentare sulle Nuove Frontiere Terapeutiche nei Tumori della Mammella finalizzato a rendere obbligatorio, ove possibile, il posizionamento della protesi nel corso dello stesso intervento di mastectomia, e l'istituzione della commissione dedicata al monitoraggio del funzionamento delle Breast Unit.

Le iniziative principali dell'Intergruppo Parlamentare sulla prevenzione e riduzione del rischio si sono invece concentrate sull'integrazione nel percorso oncologico delle figure professionali di nutrizionista e psiconcologo, quest'ultimo tra le priorità anche di Regione Lombardia.

Innovazione e ricerca sono aspetti riconosciuti come centrali anche per il triplo negativo, ma le attuali disomogeneità regionali richiedono una rete di presa in carico uniforme su tutto il territorio nazionale. Per questo, è stato proposto ai presenti di lavorare insieme per definire un percorso comune da presentare a Regione Lombardia, in prospettiva della stesura di un atto di indirizzo da includere nella Delibera delle Regole.

La figura della paziente è stata riconosciuta come centrale nel percorso di cura, e una prospettiva verso la medicina di genere, oltre che il dialogo con le associazioni che rappresentano i loro interessi, può contribuire a comprendere e integrare meglio i loro bisogni.

Tavola rotonda

Responsabile scientifico

Nicla La Verde

Direttore SC Oncologia Medica, PO Luigi Sacco - Polo Universitario ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano

IN QUESTO TAVOLO

- **Radiologia senologica e genetica** → **Prevenzione e Diagnosi**
- **Presa in carico precoce: psiconcologia, ginecologia, gestione delle tossicità e nutrizione** → **Presa in carico**
- **La fase chirurgica** → **Terapia**
- **Percorsi di follow-up** → **Follow-up**

Moderano

Stefania Gori, Coordinatrice Ricerca oncologica IRCCS Ospedale Sacro-Cuore Negrar e Presidente ROPI-rete Oncologica Pazienti Italia

Emilia Montagna, Medico con Incarico di Alta Specializzazione, Divisione di Senologia Medica, Istituto Europeo di Oncologia

Intervengono

Chiara Cassani, Dirigente Medico Dip. Materno-infantile: Ostetricia e Ginecologia, Policlinico San Matteo, Pavia

Monica Giordano, Direttore Struttura Complessa di Oncologia presso ASST Lariana Ospedale Sant'Anna, Como

Paolo Guiddi, Psicologo Clinico / Psiconcologo presso IEO Milano

Gloria Mittica, Oncologia Senologica AOU Città della Salute, Torino

Maria Teresa Nardi, Responsabile dell'unità operativa UOS Dietetica e Nutrizione Clinica, Istituto Oncologico Veneto (IOV)

Pietro Panizza, Primario UO Radiologia Senologica, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano

Adele Sgarella, Direttore UOC Chirurgia Generale III a indirizzo Senologico, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

Maria Grazia Tibiletti, Spec. Genetica Medica, Centro di Ricerche Tumori Eredo-Familiari, Università dell'Insubria, Varese

Corrado Tinterri, Direttore Unità di Senologia Humanitas, Milano

Radiologia senologica e genetica

PREVENZIONE | DIAGNOSI | PRESA IN CARICO | TERAPIA | FOLLOW UP

Il ruolo della radiologia senologica si estende lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico. A partire dalla diagnosi, l'agobiopsia guidata dall'imaging (mammografia, ecografia, risonanza magnetica, mammografia con mezzo di contrasto) consente la caratterizzazione istologica e del profilo biologico della lesione: recettori per estrogeno e progesterone, HER2, Ki-67 e p53. L'imaging definisce inoltre l'estensione locoregionale della malattia (dimensioni e numero delle lesioni, anche controlaterali, eventuale multifocalità o multicentricità) e il coinvolgimento dei linfonodi ascellari, valutato con l'ecografia ed eventuale agoaspirato o agobiopsia. Quando è prevista una terapia neoadiuvante, il radiologo posiziona preventivamente una clip metallica nella lesione ed eventualmente nei linfonodi patologici, così da poterli localizzare anche se il tumore non è più visibile dopo il trattamento e rimuovere i tessuti interessati.

La stadiazione sistemica è riservata a casi particolari, come gli stadi pari o superiori al II o le pazienti con sintomi, e può comprendere radiografia del torace, ecografia dell'addome, TC di torace e addome, risonanza whole-body senza contrasto in situazioni specifiche come la gravidanza e indagini di medicina nucleare come PET/TC, PET-RM e scintigrafia ossea. L'imaging viene impiegato anche per valutare la risposta alla terapia neoadiuvante tramite mammografia, ecografia, risonanza o, in alternativa sempre più diffusa, mammografia con mezzo di contrasto, tecnica con risultati sovrapponibili alla risonanza ma più accessibile. Sulla base della risposta radiologica (completa, parziale o assente), il chirurgo procede alla rimozione della lesione residua o dell'area precedentemente interessata, spesso non più palpabile, grazie alla localizzazione preoperatoria eseguita dal radiologo. Il riferimento per l'intero percorso sono le linee guida AIOM, NCCN ed ESMO.

Nella definizione dei percorsi di cura per il TNBC, un ruolo rilevante è ricoperto dal test genetico per le varianti BRCA1/2, che ha una duplice funzione. Per la paziente è un test diagnostico, che conferma l'origine ereditaria del tumore e consente di stimare il rischio, e un test di eleggibilità alla terapia, ad esempio per l'impiego dei PARP-inibitori. Per i familiari sani è invece un test predittivo, che permette di identificare i portatori e di avviarli a percorsi di prevenzione dedicati, inclusa la chirurgia di riduzione del rischio. A fronte della necessità di trattare le pazienti in tempi rapidi, il percorso di consulenza genetica oncologica resta però complesso e altamente specialistico, con tempi lunghi e pochi genetisti formati in ambito oncologico.

Per questo è stato sviluppato un percorso fast-track: l'appuntamento per la consulenza genetica viene fissato entro una settimana dalla richiesta e l'esito del test è disponibile in circa 15 giorni lavorativi, contro i 3-4 mesi dei tempi ordinari, a favore di una valutazione urgente per la pianificazione chirurgica e terapeutica. Eseguire il test prima della chirurgia consente una migliore pianificazione sulla base dello stato genetico, l'eventuale partecipazione a studi clinici in neoadiuvante e la possibilità di un intervento ginecologico combinato, se l'età è adeguata; eseguirlo dopo lascia invece alla paziente più tempo per decidere e per elaborare le ricadute cliniche e psicologiche sulla famiglia. In caso di test rapido, deve essere posta

particolare attenzione all'impatto psicologico dell'esito, che, visti i tempi brevi, può sommarsi a quello della diagnosi.

L'esperienza della Breast Unit di Varese mostra l'impatto del test sulle scelte chirurgiche: tra il 2015 e il 2025 il test è stato eseguito su 309 pazienti selezionate in base ai criteri previsti, con l'identificazione di una variante patogenetica nel 10% dei casi. Nelle pazienti portatrici di variante patogenetica, l'esito del test ha portato a un netto aumento del ricorso alla mastectomia rispetto a quanto pianificato prima del test, mentre nelle pazienti senza variante le scelte chirurgiche sono rimaste sostanzialmente invariate.

Presa in carico precoce: psiconcologia, ginecologia, gestione delle tossicità e nutrizione

PREVENZIONE	DIAGNOSI	PRESA IN CARICO	TERAPIA	FOLLOW UP

L'attenzione verso la salute e la qualità della vita della paziente, così come verso gli effetti e l'aderenza ai trattamenti, non può prescindere dalla presa in carico degli aspetti psicologici, nutrizionali, ginecologici e dell'impatto globale sulla persona. Questo, inoltre, permette una maggiore attenzione all'informazione della paziente e al sostegno dei suoi processi decisionali.

L'intervento dello psiconcologo sin dalle fasi precoci della malattia, tramite un colloquio e un monitoraggio iniziale, aiuta a non sottovalutare i bisogni di sostegno psicologico al momento della diagnosi e a identificare precocemente le pazienti a rischio. Un intervento tempestivo può aiutare la persona ad accogliere paura e angoscia che, insieme ad altri fattori psicologici, possono incidere sia sul tono dell'umore sia sull'aderenza al percorso di cura.

Il modo in cui la paziente percepisce la propria malattia è in parte indipendente dalle sue caratteristiche cliniche e influenza la capacità di affrontare le cure, l'aderenza ai trattamenti e la tolleranza agli effetti collaterali. Anche i bisogni informativi alla diagnosi sono percepiti in modo molto diverso da pazienti e caregiver, associazioni e clinici. La maggior parte delle pazienti con triplo negativo desidera un ruolo attivo nelle decisioni, ma il 40% riferisce un coinvolgimento minore di quello desiderato, con effetti su ansia, depressione e aderenza ai trattamenti[19]; inoltre, l'80% dei medici ritiene importante presentare gli effetti a lungo termine delle terapie, ma solo il 57% delle pazienti riferisce di averne parlato con il proprio oncologo. Coinvolgere la paziente nel processo decisionale e identificare precocemente le più vulnerabili consente di attivare rapidamente interventi personalizzati sui suoi bisogni.

Un counseling tempestivo è indicato anche in riferimento alla salute ginecologica della donna, e la consulenza deve avvenire **prima dell'inizio delle terapie oncologiche**. La preservazione della fertilità e la gestione della menopausa iatrogena sono aspetti particolarmente rilevanti

[19] Tariman, J. D., Berry, D. L., Cochrane, B., Doorenbos, A., & Schepp, K. (2010). Preferred and actual participation roles during health care decision making in persons with cancer: A systematic review. *Annals of Oncology, 21*(6), 1145–1151. https://doi.org/10.1093/annonc/mdp534

per il triplo negativo, che riguarda una popolazione spesso giovane, esposta a trattamenti con impatto negativo sulla riserva ovarica. In aggiunta, la presenza di varianti BRCA1/2 espone le pazienti a un rischio aumentato di carcinoma ovarico, per cui possono essere effettuate misure preventive di rimozione di ovaie e tube di Falloppio (salpingo-ovariectomia). La presa in carico precoce mette la paziente nelle condizioni di conoscere e decidere su questi aspetti. Le opzioni principali sono la crioconservazione di ovociti o embrioni, considerata il metodo di riferimento, da eseguire idealmente prima della chemioterapia con protocolli rapidi che non ne ritardano l'avvio, e l'impiego di analoghi del GnRH durante la chemioterapia, che offrono una protezione ovarica parziale. La scelta dipende dalla volontà della donna, dall'età, dalla riserva ovarica e dall'urgenza terapeutica (linee guida NCCN 2026, ESMO 2022 e AIOM 2023).

La menopausa precoce che ne risulta deve essere considerata come una **tossicità cronica da trattare attivamente**. Oltre ai sintomi, come vampate, disturbi del sonno, secchezza vaginale e disfunzioni sessuali, comporta rischi a lungo termine per la salute ossea, cardiovascolare, metabolica e neurologica. La gestione può comprendere terapie non ormonali mirate ai sintomi, terapie locali, terapie ormonali valutate caso per caso, interventi sullo stile di vita e supporto sessuologico[20], all'interno di un team integrato e di percorsi di follow-up codificati: monitoraggio della funzione ovarica, della salute ossea e cardiovascolare, e counseling su scelte di vita critiche come la pianificazione della gravidanza dopo le terapie e la contraccezione.

Alla menopausa iatrogena si aggiungono gli altri effetti indesiderati noti dei trattamenti, come la cardiotossicità da antracicline. In aggiunta, l'introduzione di farmaci innovativi per il tumore triplo negativo (immunoterapia e anticorpi coniugati) richiede lo studio e la presa in carico di nuove tossicità: tra le più gravi, seppur meno frequenti, miocarditi e polmoniti; tra le più comuni, la tossicità endocrina, potenzialmente permanente[21].

Per questo è necessaria la presenza di un'équipe allargata che comprenda diversi specialisti per la gestione degli effetti avversi, come avviene nella Breast Unit dell'Ospedale Sant'Anna di Torino, nella quale sono stati creati percorsi dedicati con endocrinologo, oculista e pneumologo. Anche il medico di assistenza primaria (MAP) mantiene in questo contesto un ruolo chiave nell'assistenza e nel rapporto con la paziente; per questo va coinvolto

---

[20] Faubion, S. S., Larkin, L. C., Stuenkel, C. A., Bachmann, G. A., Chism, L. A., Kagan, R., Kaunitz, A. M., Krychman, M. L., Parish, S. J., Partridge, A. H., Pinkerton, J. V., Rowen, T. S., Shapiro, M., Simon, J. A., Goldfarb, S. B., & Kingsberg, S. A. (2018). Management of genitourinary syndrome of menopause in women with or at high risk for breast cancer: Consensus recommendations from The North American Menopause Society and The International Society for the Study of Women's Sexual Health. *Menopause, 25*(6), 596–608. https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001121

Hickey, M., Basu, P., Sassarini, J., Stegmann, M. E., Weiderpass, E., Nakawala Chilowa, K., Yip, C.-H., Partridge, A. H., & Brennan, D. J. (2024). Managing menopause after cancer. *The Lancet, 403*(10430), 984–996. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02802-7

[21] Wang, D. Y., Salem, J.-E., Cohen, J. V., Chandra, S., Menzer, C., Ye, F., Zhao, S., Das, S., Beckermann, K. E., Ha, L., Rathmell, W. K., Ancell, K. K., Balko, J. M., Bowman, C., Davis, E. J., Chism, D. D., Horn, L., Long, G. V., Carlino, M. S., … Johnson, D. B. (2018). Fatal toxic effects associated with immune checkpoint inhibitors: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Oncology, 4*(12), 1721–1728. https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2018.3923

maggiormente, attraverso un accesso facilitato ai referti e una migliore conoscenza dei sintomi di allarme.

Nelle diverse fasi del percorso, la paziente deve inoltre poter essere seguita dal punto di vista **nutrizionale**. L'obesità è un fattore di rischio per il tumore della mammella e molte donne presentano già alla diagnosi un eccesso di peso, che terapie e menopausa iatrogena possono favorire; poiché le donne con obesità hanno una prognosi peggiore, è fortemente raccomandato di non aumentare di peso durante e dopo i trattamenti. Il supporto, continuativo o mirato a seconda delle necessità, si articola in tre tipi di percorso: informativi sulla corretta alimentazione, prima, durante e dopo i trattamenti; volti al calo ponderale in caso di sovrappeso o obesità; di supporto nutrizionale, per contrastare i sintomi durante le terapie o trattare la malnutrizione, fino alla nutrizione artificiale nelle fasi più avanzate[22]. L'attenzione va posta anche in caso di pazienti normopeso, che possono risultare comunque malnutrite, ad esempio per un rapido calo ponderale dovuto a effetti collaterali come diarrea, nausea o vomito; nella malattia avanzata, inoltre, malnutrizione e perdita di massa muscolare possono essere mascherate dall'eccesso di peso.

In Lombardia, effettuare lo screening nutrizionale è obbligatorio per tutti i pazienti in ricovero ordinario. Strumenti validati come il Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), il Nutritional Risk Screening (NRS 2002) e il Mini Nutritional Assessment (MNA) permettono di stratificare il rischio di malnutrizione, indirizzare la paziente verso il percorso nutrizionale più appropriato e stabilire i tempi di invio.

Presso l'IRCCS Istituto Oncologico Veneto sono previsti percorsi dedicati per pazienti oncologici, con un supporto più intensivo e tempestivo grazie all'alternanza tra medico nutrizionista e dietista, integrato da materiale informativo disponibile nel portale dell'istituto e da incontri dedicati.

La fase chirurgica

PREVENZIONE	DIAGNOSI	PRESA IN CARICO	TERAPIA	FOLLOW UP

Nell'ambito della chirurgia di riduzione del rischio, è emersa la necessità di un percorso chiaro, stratificato, completo e obbligatorio in tutti i centri di senologia, per la definizione di casistiche, procedure e tempi chirurgici. In Regione Lombardia la Rete dei Centri di Senologia ha delineato le Linee di indirizzo per la gestione delle assistite ad alto rischio eredo-familiare, finalizzate alla condivisione di criteri definiti per la presa in carico di questa popolazione.

Nelle donne portatrici di mutazione, il rischio di sviluppare un tumore della mammella nel corso della vita arriva al 65-80% con BRCA1 e al 60-70% con BRCA2; la mastectomia profilattica bilaterale lo riduce fino al 90-95%, senza tuttavia azzerarlo. La decisione si basa da un lato sul rischio oncologico oggettivo, dall'altro sulle aspettative e sulla percezione della

[22] Arends, J., Bachmann, P., et al. (2017). ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition, 36*(1), 11–48. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.07.015

paziente, come l'ansia legata al rischio e l'impatto psicologico della sorveglianza. La mastectomia profilattica è quindi **un'opzione, non un'indicazione assoluta**: risulta più efficace se eseguita prima dei 40 anni, deve tenere conto della prognosi e della biologia del tumore e richiede sempre la discussione multidisciplinare. Tra le tecniche, la mastectomia con conservazione di cute e complesso areola-capezzolo (nipple-sparing) offre migliori risultati estetici ed è sicura in termini di sopravvivenza; il counseling deve però illustrare anche le possibili complicanze, precoci e tardive, e l'impatto su sensibilità, immagine corporea e sessualità.

Nella scelta delle tecniche chirurgiche occorre minimizzare le criticità, offrire le migliori opzioni disponibili e tenere conto delle aspettative della paziente, ponendo attenzione alla qualità della vita sia in termini di benefici sia di possibili criticità post-chirurgiche, con scelte sempre personalizzate per restituire alla donna un'immagine di sé nuova ma gradevole e accettabile.

A questo fine è rilevante che, dove possibile, il tempo demolitivo e quello ricostruttivo avvengano in un'unica seduta, con una pianificazione multidisciplinare tra chirurgo generale e chirurgo plastico. I rimborsi del Servizio Sanitario Nazionale per questi interventi variano però sensibilmente tra le Regioni e non coprono i costi reali: secondo un'analisi su 30 casi del 2024 presso la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia, una mastectomia bilaterale con ricostruzione costa da 9.150 a 15.660 euro, a fronte di un rimborso DRG di circa 4.800 euro; negli interventi in due tempi, inoltre, viene rimborsato un solo lato, senza codici dedicati per l'intervento bilaterale. Dal momento che la ricostruzione immediata è indice di qualità organizzativa e garantisce una maggiore soddisfazione della paziente, risulta necessario un **DRG di percorso dedicato** per coprire adeguatamente questi costi.

Percorsi di follow-up

PREVENZIONE	DIAGNOSI	PRESA IN CARICO	TERAPIA	FOLLOW UP

Nel carcinoma mammario triplo negativo il rischio di recidiva è massimo nei primi 2-3 anni dalla diagnosi e si manifesta prevalentemente come metastasi a distanza, in particolare a livello polmonare e cerebrale[23]. Nonostante queste conoscenze, mancano evidenze solide sul reale impatto del follow-up sulla sopravvivenza e sulle modalità ottimali. Restano in particolare aperti quattro quesiti: se il follow-up debba essere intensivo o meno; come stabilire la frequenza delle visite, oggi basata su criteri empirici; se la gestione debba essere specialistica oncologica o affidata al medico di medicina generale; come garantire l'accesso agli esami in tempi adeguati all'elevato rischio di recidiva.

---

23 Jatoi, I., Anderson, W. F., Jeong, J.-H., & Redmond, C. K. (2011). Breast cancer adjuvant therapy: Time to consider its time-dependent effects. Journal of Clinical Oncology, 29(17), 2301–2304. https://doi.org/10.1200/JCO.2010.32.3550

Chen, W., Hoffmann, A. D., Liu, H., & Liu, X. (2018). Organotropism: New insights into molecular mechanisms of breast cancer metastasis. npj Precision Oncology, 2, 4. https://doi.org/10.1038/s41698-018-0047-0

Il progetto di consensus italiano sul follow-up del carcinoma mammario promosso da AIGOM nel 2024 ha individuato il sottotipo triplo negativo come priorità[24], mentre una seconda edizione potrebbe portare a una differenziazione dei percorsi sulla base del rischio di ripresa di malattia a cinque anni. Anche a livello regionale il tema è oggetto di attenzione: Regione Lombardia, con la DGR XII/6057 del 27 aprile 2026[25], ha introdotto per la rete dei centri di senologia nuovi indicatori e un sistema premiale legato al loro raggiungimento.

Presso l'ASST Lariana, le pazienti con tumore triplo negativo non mutato vengono seguite dagli oncologi per i primi due anni dal termine delle terapie adiuvanti, con esami strumentali indicati caso per caso in base alla categoria di rischio e agende dedicate; in seguito, transitano nell'ambulatorio senologico comune, cogestito con chirurghi e radioterapisti. Per le pazienti con mutazione è invece previsto un ambulatorio multidisciplinare per l'alto rischio eredo-familiare, con oncologa e genetista, che si occupa di sorveglianza clinico-strumentale intensiva, chirurgia profilattica e farmacoprevenzione, rivolgendosi sia alle pazienti sia alla sorveglianza dei familiari sani.

24 AIGOM – Italian Association of Multidisciplinary Oncology Groups, Gori, S., De Rose, F., Ferro, A., Fabi, A., Angiolini, C., Azzarello, G., Cancian, M., Cinquini, M., Arecco, L., Aristei, C., Bernardi, D., Biganzoli, L., Cariello, A., Cortesi, L., Cretella, E., Criscitiello, C., De Giorgi, U., De Santis, M. C., Deledda, G., … (2024). Follow-up of early breast cancer in a public health system: A 2024 AIGOM consensus project. Cancer Treatment Reviews, 131, 102832. https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2024.102832

25 Regione Lombardia. (2026). Deliberazione della Giunta regionale n. XII/6057 del 27 aprile 2026: Rete regionale lombarda dei centri di senologia – Breast Units Network.

Tavolo regionale CALABRIA, CAMPANIA, PUGLIA

San Lucido ● 6 luglio 2026

Sessione Istituzionale

Intervengono

Emira Ciodaro, Presidente del Consiglio Comunale di Paola

Cosimo De Tommaso, Sindaco San Lucido

Simona Loizzo, Camera dei Deputati, Presidente dell'Intergruppo Parlamentare sulle Nuove Frontiere Terapeutiche nei Tumori della Mammella

Roberto Perrotta, Sindaco di Paola

Il tavolo regionale è stato sottolineato come un esempio di attenzione anche verso territori più marginali; eventi come questo, finalizzati al confronto delle esperienze regionali, possono favorire anche il ritorno di fiducia dei cittadini verso i propri sistemi sanitari locali. A questo si lega un tema sentito in queste zone: la "migrazione sanitaria", ovvero lo spostamento verso altri territori per accedere alle cure. La condivisione tra specialisti e l'engagement istituzionale rappresentano quindi un'occasione per portare l'attenzione ai contesti territoriali, riconoscendone la loro rilevanza per l'accesso ai percorsi di cura e prevenzione.

La definizione di un percorso psicologico strutturato per il paziente oncologico, condivisa tra le priorità anche all'interno dei tavoli, è stata oggetto di una mozione presentata a inizio legislatura dall'Intergruppo parlamentare sulle Nuove Frontiere Terapeutiche nei Tumori della Mammella, impegnato anche su iniziative inerenti al benessere lavorativo e nutrizionale del malato oncologico. Oltre a questo, l'Intergruppo dispone di un canale di comunicazione – WeBreast – con campagne ed eventi dedicati alla persona con tumore al seno nella sua globalità.

Continuità e alleanze per il triplo negativo

Intervengono

Mariangela Ciccarese, Coordinatrice Rete Oncologica Puglia

Gianfranco Filippelli, Coordinatore Rete Oncologica Calabria

Sandro Pignata, Coordinatore Rete Oncologica Campania

La creazione delle reti oncologiche regionali ha però rappresentato un'opportunità di coordinamento e di condivisione dei saperi, oltre a garantire prossimità e regolarità dei percorsi. La presenza di modelli organizzativi stabili contribuisce, infatti, a rendere concretamente accessibile l'innovazione ed è funzionale all'equilibrio economico del sistema; per questo i coordinamenti delle reti devono disporre di competenze multidisciplinari. Inoltre, la presenza di criteri per la partecipazione alla rete permette di monitorare l'attività dei centri, per identificarne eventuali correttivi e bisogni.

L'esperienza della rete oncologica pugliese, istituita nel 2018 e aggiornata nel 2020[26], mostra come il modello di rete possa tradursi in risultati misurabili. La sottorete delle Breast Unit comprende 13 centri deliberati, con monitoraggio dei volumi di attività: solo due strutture risultano sottosoglia, e la quota di centri che superano i 135 interventi annui è passata dal 75,9% del 2017 al 93,8% del 2023-2024, a parità di numero di centri. Nel gennaio 2024 la rete ha inoltre condotto un audit clinico-organizzativo sulle Breast Unit deliberate. Il monitoraggio degli esiti attraverso gli indicatori del Programma Nazionale Esiti [27] – quota di chirurgia conservativa, ricostruzione immediata, reinterventi entro 120 giorni, ricerca del linfonodo sentinella e svuotamento ascellare – ha permesso di individuare tre strutture da porre sotto sorveglianza, una delle quali oggetto di audit.

Tra gli indicatori di appropriatezza organizzativa rientra anche il tempo che intercorre tra la fine della terapia neoadiuvante e l'intervento chirurgico: un intervallo troppo lungo è associato a un rischio di ripresa della crescita tumorale e a esiti peggiori. Restano inoltre criticità nell'operatività dei molecular tumor board aziendali, legate ai costi e all'assenza di procedure standardizzate, che rischiano di acuire le disuguaglianze.

I servizi sanitari locali possono essere supportati anche tramite strumenti regionali, quali la piattaforma digitale Sinfonia della Regione Campania, in uso anche in Calabria, che permette il collegamento tra i diversi setting assistenziali.

Sul territorio, anche la medicina generale ha un ruolo nel contrastare la migrazione sanitaria, intervenendo sulla sfiducia dei cittadini verso la sanità territoriale.

[26] Regione Puglia, Deliberazione della Giunta regionale n. 854/2018; Regione Puglia, Deliberazione della Giunta regionale n. 1103 del 16 luglio 2020.
[27] Agenas, *Programma Nazionale Esiti – PNE. Edizione 2024*, 2024.

Tavola rotonda

Responsabile scientifico

Nicla La Verde

Direttore SC Oncologia Medica, PO Luigi Sacco - Polo Universitario ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano

IN QUESTO TAVOLO

- **Equipe multidisciplinari e reti** → tutto il percorso
- **Tecniche di diagnostica e innovazione tecnologica** → Diagnosi, terapia
- **Coinvolgimento dei familiari per l'individuazione di mutazioni BRCA** → Prevenzione, diagnosi
- **Gestione precoce della tossicità e qualità della vita** → Terapia
- **Scelte e tempi della chirurgia** → Terapia

Modera

Pierosandro Tagliaferri, Professore Ordinario di Oncologia Medica presso l'Università "Magna Graecia" di Catanzaro

Intervengono

Franco Abbonante, Coordinatore Breast Unit Regione Calabria

Angelica Della Valle, Dirigente Medico, Chirurgia Oncoplastica della Mammella, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

Giovanni Micallo, Coordinatore Nazionale Working Group Nursing di AIOM; Incaricato Funzioni Organizzative, Dipartimento Corp-S di Ricerca e Assistenziale di OncoEmatologia, IRCCS Istituto Nazionale Tumori – Fondazione "G. Pascale

Marco Moschetta, Coordinatore Breast Unit AOU Policlinico Bari – Responsabile UOSD Radiodiagnostica ad Indirizzo Senologico

Margherita Patruno, Medico Genetista, Centro Studi Tumori Eredo-Familiari, IRCCS Istituto Tumori Giovanni Paolo II, Bari

Adele Sgarella, Direttore UOC Chirurgia Generale III a indirizzo Senologico, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

Nicoletta Staropoli, Dirigente Medico U.O. Oncologia Medica, A.O.U. Renato Dulbecco (Polo Germaneto)

Andrea Lorenzo Valente, Dirigente Chirurgia Senologica, Breast Unit Cosenza

Le Breast Unit e l'importanza delle équipe multidisciplinari

PREVENZIONE	DIAGNOSI	PRESA IN CARICO	TERAPIA	FOLLOW UP

Il valore dei team multidisciplinari si è basato, in partenza, sulle evidenze raccolte nelle prime Breast Unit tedesche, che mostravano una riduzione del 20% della mortalità per carcinoma mammario nelle popolazioni curate in percorsi dedicati. Già nel 2003 il Parlamento europeo, con la risoluzione sul cancro al seno nell'Unione europea[28], ha chiesto che tutte le donne con carcinoma mammario avessero il diritto di essere curate da un'équipe interdisciplinare, invitando gli Stati membri a sviluppare una rete capillare di centri di senologia certificati. In Italia la risoluzione è stata accolta dal Senato il 15 ottobre 2003 e dalla Camera il 3 marzo 2004. Nel 2006 una nuova risoluzione ha invitato gli Stati membri a garantire entro il 2016 la presenza di centri di senologia multidisciplinari[29]. Questo percorso ha portato all'Intesa Stato-Regioni del 18 dicembre 2014[30], che ha imposto alle Regioni la creazione delle reti di senologia, con standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi per l'assistenza ospedaliera in seguito definiti dal DM 70/2015[31].

L'Intesa definisce la Breast Unit come la struttura che «riunisce funzionalmente tutte le Unità operative, semplici, complesse o dipartimentali, e i servizi che sono coinvolti nella diagnosi e cura della patologia mammaria», chiamata a occuparsi di tutte le fasi del percorso, dalla prevenzione al follow-up. A garanzia della qualità, i centri possono inoltre sottoporsi su base volontaria alla certificazione EUSOMA, che verifica percorsi, obiettivi e risultati.

Oltre al core team delle Breast Unit, il percorso di presa in carico per il carcinoma mammario triplo negativo rende evidente la necessità di parlare anche di extended multidisciplinary team, composto da ulteriori figure specialistiche in rete tra loro, per garantire una presa in carico più completa della paziente.

Ne è un esempio la Breast Unit dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Renato Dulbecco di Catanzaro, che include lo psiconcologo e la presenza congiunta di chirurgo senologo e chirurgo plastico. Il percorso di presa in carico è stato codificato e prevede l'accesso rapido agli esami diagnostici e agende interne dedicate per la prenotazione degli esami di follow-up al momento della dimissione. Dall'avvio nel 2019 i casi trattati sono più che quadruplicati, passando da 126 a 541 nel 2025, a conferma del ruolo della Breast Unit nel contrastare la migrazione sanitaria. Con il decreto regionale che nel 2023 ha introdotto il modello del

---

[28] Parlamento europeo, «Risoluzione del Parlamento europeo sul cancro al seno nell'Unione europea (2002/2279(INI))», 2003.

[29] Parlamento europeo e European Commission, «Risoluzione del Parlamento europeo sul cancro al seno nell'Unione europea ampliata», 2006.

[30] Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, «Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia"», Rep. Atti n. 185/CSR, 18 dicembre 2014.

[31] Ministero della Salute, «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.», 2 aprile 2015, https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/06/04/15G00084/sg.

Comprehensive Cancer Care Network al posto del precedente modello hub e spoke[32], la rete si è estesa ai centri di Crotone, Lamezia Terme e Soverato, permettendo il confronto tra clinici e favorendo la continuità delle cure sul territorio. L'obiettivo del nuovo modello è garantire un'assistenza di prossimità uniforme e ridurre al minimo la mobilità passiva dei pazienti oncologici.

A causa della complessità del percorso, delle disomogeneità dei sistemi sanitari regionali e delle difficoltà di comunicazione all'interno di un team multidisciplinare allargato, occorrono misure organizzative affinché il percorso della paziente con triplo negativo non incorra in frammentazioni, che possono comportare ritardi diagnostico-terapeutici e una minore aderenza alla terapia. In questo è rilevante il ruolo del **case manager**, figura clinico-organizzativa che segue la paziente e coordina il percorso dalla prevenzione al follow-up, con quattro funzioni principali: la valutazione dei bisogni complessivi della paziente, la pianificazione di un percorso personalizzato, il coordinamento dell'assistenza integrata e la tutela dei suoi diritti e bisogni. Il case manager contribuisce inoltre alla personalizzazione del piano terapeutico attraverso la raccolta dei dati sugli esiti riferiti dalle pazienti (Patient Reported Outcomes – PRO), somministrando in momenti chiave del percorso – alla diagnosi, prima del trattamento e nel follow-up – strumenti validati di valutazione della qualità di vita, come i questionari EORTC QLQ-C30 e QLQ-BR23 e il FACT-B, i cui risultati vengono discussi con il team multidisciplinare.

Per questi motivi, rimodellare l'organizzazione del percorso attorno al coordinamento tra case manager di diverse specialità (quali senologia, oncologia, preservazione della fertilità e ginecologia) potrebbe favorire un maggiore raccordo tra le fasi e tra i diversi professionisti coinvolti. Si registrano però alcune criticità sistemiche rispetto alla professione infermieristica, tra cui il calo delle iscrizioni ai corsi di laurea e le resistenze all'introduzione della figura dell'infermiere prescrittore, che mettono a rischio queste possibili trasformazioni e il riconoscimento economico e professionale adeguato della categoria.

Tecniche di diagnostica e innovazione tecnologica

PREVENZIONE	DIAGNOSI	PRESA IN CARICO	TERAPIA	FOLLOW UP

L'innovazione tecnologica in radiologia senologica apre nuove prospettive per il riconoscimento precoce del tumore, la stadiazione e la valutazione della risposta alla terapia neoadiuvante. Il triplo negativo presenta all'imaging alcune caratteristiche ricorrenti: margini netti, assenza di spiculazioni, rinforzo acustico posteriore all'ecografia e, spesso, necrosi interna. Le tecniche con mezzo di contrasto risultano particolarmente efficaci: la risonanza magnetica con mezzo di contrasto è per molti aspetti il gold standard e ha anche un valore predittivo, poiché la necrosi interna e un segnale molto elevato nelle immagini T2 sono

[32] Regione Calabria, Decreto del Commissario ad acta n. 289 del 30 novembre 2023, «Comprehensive Cancer Care Network»; Regione Calabria, Decreto del Commissario ad acta n. 100/2020.

associati a una minore risposta alla chemioterapia[33]. La mammografia con mezzo di contrasto si prospetta invece come una tecnica emergente[34], più accessibile della risonanza ma che, per l'estensione limitata delle immagini acquisite, non consente la valutazione del cavo ascellare; in regioni come la Puglia, inoltre, non è ancora inclusa tra le prestazioni rimborsabili.

Tra le criticità esistenti in questo ambito, quella dell'accesso agli esami diagnostici e delle tempistiche è un tema ricorrente: come dimostrato dallo studio di Ancona et al. (2024)[35], si sta valutando la possibilità di eseguire una mammografia subito dopo una TAC senza reiniezione del mezzo di contrasto, portando la durata dell'esame entro i 9 minuti e ottenendo lo stesso risultato di una mammografia con mezzo di contrasto. Questo potrebbe permettere di abbreviare i tempi di attesa.

In prospettiva, anche l'intelligenza artificiale avrà un ruolo importante, in particolare attraverso le reti neurali convoluzionali, con applicazioni nell'individuazione del tumore e nella predizione della prognosi, della risposta alla terapia neoadiuvante e delle metastasi ai linfonodi ascellari. Per la valutazione della risposta patologica prima della chirurgia, le biopsie vuoto-assistite (VAE) potrebbero rappresentare uno strumento per la possibile omissione selettiva dell'intervento in casi selezionati. Al momento queste tecniche mancano però di una validazione esterna, e le linee guida dell'Osservatorio Nazionale Screening ne consentono l'uso solo come supporto alla lettura dei risultati bioptici.

Coinvolgimento dei familiari per l'individuazione di mutazioni BRCA

PREVENZIONE	DIAGNOSI	PRESA IN CARICO	TERAPIA	FOLLOW UP

La comunicazione della diagnosi genetica è parte integrante della cura e si fonda su alcuni principi: accuratezza scientifica e aggiornamento costante, rispetto dell'autonomia della persona, diritto dei familiari a non conoscere il proprio stato, riservatezza dei dati genetici e supporto psicologico. Gli strumenti del processo comunicativo comprendono la consulenza pre-test, per valutare criteri e motivazioni e preparare all'esito, la consulenza post-test, per spiegare il referto e pianificare il follow-up, la ricostruzione dell'albero genealogico per individuare i consanguinei a rischio e l'integrazione nell'équipe multidisciplinare di genetista, oncologo, chirurgo e psicologo.

Per le persone portatrici di mutazione, una corretta interpretazione del risultato apre a una prevenzione personalizzata: sorveglianza ad alto rischio con risonanza magnetica mammaria annuale e mammografia, mastectomia bilaterale profilattica, che riduce il rischio di oltre il 90%, e annessiectomia bilaterale entro i 35-45 anni.

---

[33] T. Uematsu, M. Kasami e S. Yuen, «Neoadjuvant Chemotherapy for Breast Cancer: Correlation between the Baseline MR Imaging Findings and Responses to Therapy», *European Radiology* 20 (2010): 2315–22.
[34] Maxine S. Jochelson e Marc B. I. Lobbes, «Contrast-Enhanced Mammography: State of the Art», *Radiology* 299, fasc. 1 (2021): 36–48, https://doi.org/10.1148/radiol.2021201948.
[35] Antonietta Ancona et al., «CEM Immediately after Contrast-Enhanced CT: A One-Step Staging of Breast Cancer», *European Radiology Experimental* 8, fasc. 1 (2024): 32, https://doi.org/10.1186/s41747-024-00440-6.

La pratica del cascade testing (test a cascata) permette inoltre l'identificazione precoce, a partire dalla persona con mutazione BRCA, di altri familiari portatori della variante, da indirizzare a percorsi di prevenzione personalizzata; l'adesione al test da parte dei familiari risulta però ancora bassa.

Dal momento che la comunicazione della mutazione all'interno della famiglia ricade principalmente sulla persona portatrice, è importante che il professionista la supporti con lettere informative, colloqui dedicati, materiale educativo e consulenza genetica per i familiari. Da parte del medico, la comunicazione ai familiari comporta però un dilemma medico-legale e deontologico tra il diritto alla riservatezza del paziente e l'interesse dei familiari a conoscere il proprio rischio e ad accedere alla prevenzione, a cui si aggiunge il diritto di questi ultimi di non sottoporsi al test. Per questo è fondamentale, nell'informare il paziente, fornire le conoscenze necessarie sulle implicazioni dell'informazione genetica, nel rispetto dell'autonomia di entrambe le parti.

Tra gli esempi di percorsi dedicati per persone con mutazione BRCA si trovano quelli previsti presso l'IRCCS Istituto Tumori Giovanni Paolo II di Bari per i portatori sani della variante, tra cui un ambulatorio ginecologico per le donne ad alto rischio genetico e agende CUP dedicate per le prestazioni ginecologiche e radiologiche.

Gestione precoce della tossicità e qualità della vita

PREVENZIONE	DIAGNOSI	PRESA IN CARICO	TERAPIA	FOLLOW UP

Nel triplo negativo la terapia migliore è quella che la paziente riesce a ricevere in modo continuativo, sicuro e preservando la qualità della vita. Efficacia e qualità della vita non sono obiettivi in contrapposizione: il loro punto di equilibrio è la **continuità terapeutica**. La gestione precoce della tossicità è quindi una strategia per preservare intensità di dose, aderenza e continuità del trattamento, in un circolo virtuoso in cui la continuità sostiene l'efficacia delle terapie e, di conseguenza, la qualità della vita.

Il panorama terapeutico si è ampliato, e ciascuna classe di farmaci ha un proprio profilo di tossicità, che richiede monitoraggio e gestione specifici: la neuropatia periferica per la chemioterapia, gli effetti immuno-mediati per l'immunoterapia, diarrea e neutropenia per gli anticorpi coniugati, la tossicità ematologica per i PARP-inibitori. A questo si aggiunge la **polifarmacia**: molte pazienti assumono più di cinque farmaci, tra terapie oncologiche e trattamenti per patologie concomitanti come ipertensione, diabete o insufficienza renale, con un rischio di interazioni che richiede la revisione della terapia domiciliare e un approccio multidisciplinare.

L'attenzione alla qualità della vita non si limita agli interventi clinici ma include anche pratiche quali yoga, massaggi e mindfulness, che contribuiscono alla gestione di sintomi come nausea, vomito e fatigue, oltre al mantenimento della socialità e dell'autonomia delle pazienti. In questa direzione, presso l'A.O.U. Dulbecco sono attivi progetti sul benessere fisico in

collaborazione con il dipartimento di Scienze Motorie. Le terapie complementari non risultano però attuabili in tutti i casi, in quanto necessitano di fondi dedicati se non incluse tra i LEA regionali, soprattutto nelle regioni in piano di rientro. In questi casi spesso non sono garantite dalle strutture ma dipendono dall'offerta del Terzo settore.

Scelte e tempi della chirurgia

PREVENZIONE	DIAGNOSI	PRESA IN CARICO	TERAPIA	FOLLOW UP

Nel triplo negativo «il bisturi segue la biologia»: l'aggressività biologica della malattia non deve tradursi automaticamente in aggressività chirurgica. Per la scelta del tipo di intervento e del timing è centrale il coordinamento tra chirurgo, oncologo e radiologo, per valutare tra una terapia neoadiuvante – approccio preferenziale per gran parte degli stadi II-III e per molti tumori cT1cN0 ad alto rischio – e la chirurgia up-front, opzione principale per i tumori piccoli, in caso di controindicazione al trattamento neoadiuvante o di chiara preferenza della paziente, dopo discussione multidisciplinare[36]. La valutazione della risposta al trattamento neoadiuvante orienta le decisioni chirurgiche successive: la terapia permette infatti di trattare precocemente la malattia micrometastatica e l'interessamento ascellare, oltre che di ridurre le dimensioni del tumore, rendendo possibile una chirurgia conservativa della mammella e un intervento meno esteso sui linfonodi.

L'ascella è il vero campo della de-escalation, grazie alla diffusione di tecniche di stadiazione mirata dopo la terapia neoadiuvante[37]. Lo svuotamento ascellare resta però indicato in presenza di residuo linfonodale macroscopico dopo la terapia, di impossibilità di recuperare il linfonodo marcato, di una stadiazione post-trattamento non affidabile o di malattia ascellare estesa o persistente[38].

In caso sia necessario un intervento demolitivo, la ricostruzione, quando indicata, deve essere personalizzata attraverso tecniche oncoplastiche e dispositivi sempre più moderni: espansori, con ricostruzione in più tempi, protesi prepettorali, con o senza reti, e lembi, eventualmente associati a protesi o espansori. In questo scenario, l'indicazione chirurgica corretta e la comunicazione con la paziente sono aspetti fondamentali per evitare complicanze che possono incidere su qualità di vita e costi sanitari.

Per quanto riguarda la copertura dell'intervento di mastectomia profilattica, si segnala l'eterogeneità e la generale insufficienza dei rimborsi nelle diverse regioni italiane per la ricostruzione immediata, sebbene tale procedura permetta di ridurre gli accessi ospedalieri e aumentare la qualità del servizio. La questione risulta particolarmente gravosa nel caso della mastectomia controlaterale per la riduzione del rischio, poiché i rimborsi restano fermi

[36] S. Loibl et al., «Early Breast Cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for Diagnosis, Treatment and Follow-Up», *Annals of Oncology* 35, fasc. 2 (2024): 159–82, https://doi.org/10.1016/j.annonc.2023.11.016.
[37] S. Kuemmel et al., «Safety of Targeted Axillary Dissection After Neoadjuvant Therapy in Patients With Node-Positive Breast Cancer», *JAMA Surgery* 158, fasc. 8 (2023): 807–15, https://doi.org/10.1001/jamasurg.2023.1772.
[38] M. Heidinger e W. P. Weber, «Axillary Surgery for Breast Cancer in 2024», *Breast Care* (2024).

all'aggiornamento del DRG del 2012[39], che non tiene conto delle innovazioni chirurgiche né della maggiore qualità dell'intervento. Questo limite porta alcuni centri a non poter offrire le opzioni chirurgiche preferibili.

[39] Ministero della Salute, «Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale.», 18 ottobre 2012, https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2013/01/28/13A00528/sg.

Tavolo regionale EMILIA-ROMAGNA

Reggio Emilia ● 10 settembre 2026

Tavola rotonda

Responsabile scientifico

Laura Cortesi

Responsabile della SS Tumori Eredo-Familiari dell'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

IN QUESTO TAVOLO

- **Genetica e radiologia senologica**→**Prevenzione e diagnosi**
- **Presa in carico precoce: ginecologia e psiconcologia** → **Presa in carico**
- **La fase chirurgica**→ **Terapia**
- **Gestione precoce della tossicità e qualità della vita** → **Terapia**
- **Percorsi di follow-up e survivorship** → **Folow-up**

Moderano

Carmine Pinto

Claudio Zamagni

Intervengono

Marco Bernini, Professore Associato di Chirurgia Generale, Direttore Chirurgia Senologica, Breast Unit, IRCCS Policlinico Sant'Orsola, Bologna

Giovanni Grandi, Professore Associato di Ginecologia, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, AOU Policlinico di Modena

Antonino Musolino, Direttore del Dipartimento di Oncologia ed Ematologia clinica e sperimentale, IRCCS Dino Amadori, Meldola, e Direttore SC Oncologia Medica a Indirizzo Senologico e Tumori Genitali Femminili, Università di Bologna

Elisabetta Razzaboni, Dirigente Psicologa, AO Università di Modena

Mario Taffurelli, Professore Ordinario di Chirurgia Generale, Università di Bologna Alma Mater Studiorum, e Presidente APS Senonetwork Italia

Daniela Turchetti, Direttrice Struttura Complessa di Genetica Medica, AUSL-IRCCS di Reggio Emilia

Rita Vacondio, Responsabile Struttura Semplice Dipartimentale di Mammografia e Screening Mammografico, AUSL-IRCCS di Reggio Emilia

Genetica e radiologia senologica

PREVENZIONE	DIAGNOSI	PRESA IN CARICO	TERAPIA	FOLLOW UP

In Emilia-Romagna il percorso per la gestione del rischio ereditario di tumore della mammella e dell'ovaio è attivo dal 2011 (DGR 220/2011) ed è nato all'interno dello screening mammografico. Il modello, organizzato in una rete di 4 centri hub e 13 spoke per un bacino di circa 4,5 milioni di abitanti, prevedeva criteri di accesso basati sul livello di rischio, successivamente ampliati con l'arrivo di nuove opzioni terapeutiche, in coerenza con le linee guida: secondo le linee guida AIOM 2025 sulle sindromi di predisposizione ereditaria[40], ad esempio, il test è indicato per tutte le donne con carcinoma mammario triplo negativo, senza il limite dei 60 anni previsto in precedenza. A partire da un caso indice, il test viene esteso ai familiari per definire i livelli di rischio e individuare chi necessita realmente di uno schema di sorveglianza. È un passaggio importante, perché consente di identificare varianti BRCA in persone ancora sane, mentre oltre tre quarti dei componenti di famiglie con varianti BRCA che potrebbero beneficiarne non arrivano oggi alla consulenza genetica.

In caso di mutazione BRCA1/2 è previsto un counseling multidisciplinare che accompagna la persona nelle decisioni su prevenzione e trattamenti: radiologico, per i programmi di sorveglianza intensificata senologica e ovarica; oncologico, per i protocolli di farmacoprevenzione; chirurgico e di chirurgia plastica, per la mastectomia profilattica; ginecologico, per l'annessiectomia profilattica; nutrizionale, per l'educazione all'alimentazione e al movimento. Il counseling psicologico è trasversale a tutti questi interventi.

Il percorso ha contribuito a sensibilizzare la popolazione sulla familiarità e sull'ereditarietà del tumore della mammella e, grazie a un approccio sistematico che parte dallo screening, ha garantito una presa in carico organizzata e omogenea sul territorio regionale, con l'esenzione dal ticket (codice D99) per le persone portatrici. Restano però margini di miglioramento: un maggiore coinvolgimento della popolazione a rischio, la raccolta di dati per la valutazione degli esiti, l'aggiornamento dei criteri e una sorveglianza sempre più basata sulle evidenze, la gestione del rischio legato ad altri geni oltre a BRCA e ad altri tumori, e l'estensione del percorso a popolazioni oggi meno coperte, come gli uomini e le donne oltre i 69 anni. Per questo è in corso la stesura di un nuovo PDTA per i tumori ereditari, orientato a una prevenzione, una diagnosi e una terapia sempre più di precisione. Il cambio di paradigma, già adottato per altri tumori ereditari, consiste nel passare da criteri basati sul numero di casi in famiglia all'esecuzione del test genetico direttamente nelle persone che hanno o hanno avuto un tumore, per poi ricercare le varianti predisponenti negli altri familiari. È inoltre in via di

[40] AIOM, Linee guida AIOM 2025, "Sindromi di predisposizione ereditaria ai tumori"

adozione un sistema di informazione dei familiari: quando viene identificata una mutazione, è il servizio di genetica a contattare il paziente e i familiari più stretti, con l'obiettivo di aumentare il numero di persone portatrici individuate.

Sul versante radiologico, il triplo negativo si presenta spesso come cancro di intervallo: a causa della crescita rapida, viene individuato meno frequentemente durante lo screening e più spesso diagnosticato con un esame eseguito in urgenza, dopo che la donna ha notato un nodulo. Il radiologo interviene nella diagnosi, nella stadiazione, nella pianificazione del percorso insieme al team multidisciplinare e nel follow-up. Pur in assenza di parametri che permettano di identificarlo con certezza alla mammografia e all'ecografia, alcune caratteristiche possono farlo sospettare. Alla mammografia si presenta di solito come una massa circoscritta ad alta densità, rotonda od ovale, senza i margini spiculati tipici di altri tumori; raramente appare come distorsione ed è spesso priva di microcalcificazioni. All'ecografia appare ovale o rotondo, con margini ben definiti, ipoecogeno e talvolta con rinforzo acustico posteriore: caratteristiche che possono indurre a scambiarlo per una lesione benigna, come un fibroadenoma, una cisti complicata o un ascesso.

L'ecografia è inoltre la metodica di prima linea per lo studio dei linfonodi ascellari, spesso già interessati al momento della diagnosi, e per guidare biopsie e marcature. La diagnosi va sempre confermata con la biopsia, eseguita per lo più sotto guida ecografica con aghi trancianti di almeno 14 gauge e con più prelievi, anche in punti diversi della lesione quando necessario: il materiale ottenuto serve a definire istotipo, grado, indice di proliferazione e stato recettoriale, e a orientare ulteriori valutazioni come PD-L1 e stato BRCA1/2.

Tra le metodiche di secondo livello, risonanza magnetica (RM) e mammografia con mezzo di contrasto (CESM) sfruttano la neoangiogenesi tipica del triplo negativo. La RM fornisce informazioni fondamentali per programmare l'intervento chirurgico, valutare lo stato linfonodale grazie all'ampio campo di vista e monitorare la risposta alla chemioterapia: nel triplo negativo, in particolare, la differenza tra le dimensioni del tumore residuo stimate dalla RM dopo la neoadiuvante e quelle riscontrate all'esame istologico è più contenuta rispetto ad altri sottotipi[41]. Per ampliarne l'accesso si discute l'uso di protocolli abbreviati, che riducono la durata dell'esame da circa 20 a 6 minuti con accuratezza sovrapponibile.

La CESM, introdotta tra i primi centri proprio dall'AUSL di Reggio Emilia, offre secondo diversi studi un'accuratezza diagnostica sovrapponibile alla RM, con alcuni vantaggi: durata ridotta, facilità di esecuzione, utilizzo dei mammografi già disponibili, maggiore diffusione nelle strutture, costi inferiori (circa un quarto di quelli di una RM completa) e minore impatto per la donna. Può inoltre rappresentare un'alternativa per chi non può eseguire la risonanza, ad esempio per la presenza di dispositivi metallici, claustrofobia o limiti di peso[42]. La scelta tra le due metodiche resta comunque del radiologo, caso per caso. Il tema è particolarmente dibattuto per le pazienti con mutazione BRCA, sottoposte a controlli più frequenti, per le quali

[41] McGuire KP et al. MRI staging after neoadjuvant chemotherapy for breast cancer: does tumor biology affect accuracy? Annals of Surgical Oncology 2011;18:3149-3154

[42] Sogani J, Mango VL, Keating D, Sung JS, Jochelson MS. Contrast-enhanced mammography: past, present, and future. Clinical Imaging 2021;69

occorre bilanciare i vantaggi di entrambe le metodiche con i rischi dell'esposizione alle radiazioni: lo studio multicentrico Con-TRUST[43], avviato nel 2025 dall'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia, prevede per queste pazienti l'assegnazione diretta al braccio con risonanza magnetica.

Poiché il triplo negativo è molto sensibile alla chemioterapia neoadiuvante e può scomparire del tutto al termine del trattamento, quando si prevede un intervento conservativo è fondamentale posizionare nella sede del tumore, prima dell'inizio della terapia, un marcatore: clip non magnetiche o marcatori magnetici, inseriti sotto guida ecografica o stereotassica, che permettono al radiologo di valutare la risposta al trattamento e guidano il chirurgo al momento dell'intervento.

In prospettiva, intelligenza artificiale e radiomica, cioè l'estrazione, attraverso algoritmi avanzati, di dati quantitativi dalle immagini radiologiche non percepibili dall'occhio umano, avranno un peso crescente nella diagnosi precoce e nella previsione della risposta ai trattamenti e della prognosi, verso una diagnostica senologica sempre più predittiva, quantitativa e integrata con i dati biologici. Restano però limiti importanti: la maggior parte degli studi è retrospettiva e mancano standardizzazione e validazione esterna, per cui questi modelli sono ancora raramente utilizzati nella pratica clinica.

Presa in carico precoce: ginecologia e psiconcologia

PREVENZIONE	DIAGNOSI	PRESA IN CARICO	TERAPIA	FOLLOW UP

Per le donne con mutazione BRCA, la presa in carico ginecologica riguarda innanzitutto il rischio di tumore dell'ovaio. I dati dell'Emilia-Romagna mostrano che nel 60% dei casi la diagnosi avviene al terzo stadio[44], mentre la sopravvivenza a 5 anni, elevata negli stadi iniziali (90% nel primo stadio, 75-80% nel secondo), scende al 45% nel terzo e al 25% nel quarto. La diagnosi precoce è quindi decisiva, ma mancano strumenti di screening efficaci. Il rischio di sviluppare un tumore dell'ovaio nel corso della vita è del 39-63% per le portatrici di mutazione BRCA1 e dell'11-27% per BRCA2, contro l'1-2% della popolazione generale[45], e rende necessario valutare con attenzione le opzioni di riduzione del rischio.

Tra queste l'annessiectomia profilattica, che le raccomandazioni ESMO indicano tra i 35 e i 40 anni per BRCA1 e tra i 40 e i 45 anni per BRCA2[46]; l'intervento è indicato anche per altre varianti predisponenti, come BRIP1, RAD51C e RAD51D, tra i 45 e i 50 anni. L'età è determinante: nelle donne BRCA1 operate a 35 anni e nelle BRCA2 operate entro i 45 non sono stati osservati tumori del peritoneo negli anni successivi[47]. In Emilia-Romagna, però, l'intervento viene

[43] Studio Con-TRUST, Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia, 2025

[44] Grandi G et al. *Gynecologic Oncology* 2019;154:163-168

[45] Li S et al. *Journal of Clinical Oncology* 2022;40(14):1529-1541

[46] Sessa C et al. *Annals of Oncology* 2023, raccomandazioni ESMO

[47] Narod SA et al. Incidence of peritoneal cancer after oophorectomy among BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *Journal of the National Cancer Institute* 2024;116(11):1753-1760

eseguito in media intorno ai 49-50 anni in entrambi i casi, e tutti i tumori occulti riscontrati in occasione dell'annessiectomia hanno riguardato pazienti con mutazione BRCA1. In letteratura l'adesione all'annessiectomia profilattica varia dal 15 al 78%; un recente studio italiano condotto a Monza ha registrato un'accettazione del 96%, grazie a un counseling multidisciplinare con il supporto di psicologo e nutrizionista[48].

Alcune donne, anche dopo un counseling adeguato, non accettano l'annessiectomia e necessitano quindi di una presa in carico dedicata. La sorveglianza per il tumore ovarico è spesso considerata poco vantaggiosa in letteratura, ma gli studi disponibili non si concentrano sulla popolazione a maggior rischio (mutazioni BRCA, BRIP1, RAD51C/D); inoltre il solo marcatore CA125 può non bastare, perché risulta negativo fino al 50% dei tumori ovarici al primo stadio. Assume quindi un ruolo centrale l'ecografia: presso l'AOU Policlinico di Modena viene eseguita ogni sei mesi dai 30 ai 70 anni e ogni anno dopo annessiectomia profilattica. Gli studi condotti a Modena mostrano che l'ecografia semestrale, eseguita con strumenti moderni, consente di identificare in stadio iniziale fino al 90% dei tumori nelle pazienti BRCA[49] (Grandi et al., Menopause, 2021), e che la sola salpingectomia non sempre è sufficiente, poiché il tumore può originare dal parenchima ovarico. Da qui la richiesta di aggiornare le linee guida alla luce delle nuove tecnologie. Tra i primi segni intraparenchimali di tumore ovarico iniziale è stato descritto il cosiddetto "popcorn sign", che per la somiglianza con un corpo luteo richiede approfondimento, in particolare nelle donne con mutazione BRCA[50] .

Quanto alla terapia ormonale sostitutiva (TOS) dopo annessiectomia, oggi non è indicata nelle pazienti con triplo negativo, ma va offerta alle portatrici sane di mutazione BRCA, come avviene da anni a Modena: diversi studi non mostrano un aumento del rischio di tumore della mammella e in alcuni casi ne documentano una riduzione significativa, in particolare con la terapia a base di soli estrogeni[51]. Le raccomandazioni internazionali di consenso sulla gestione dopo salpingo-ovariectomia di riduzione del rischio (Nebgen et al., 2023) indicano di considerare la TOS fino all'età della menopausa naturale, intorno ai 50 anni, per la prevenzione del rischio cardiovascolare e per la salute ossea. Nel dibattito è stato chiarito che la TOS è, da scheda tecnica, controindicata nelle pazienti che hanno avuto un tumore della mammella, senza distinzione tra forme con recettori ormonali positivi o negativi, sebbene non vi siano studi che dimostrino un aumento del rischio di recidiva nei tumori con recettori negativi. Se viene presa in considerazione caso per caso, in accordo con la paziente e per migliorarne la qualità di vita, la prescrizione resta sotto la responsabilità del medico, che si espone a possibili contenziosi. Per queste pazienti esistono comunque alternative non ormonali per il controllo dei sintomi della menopausa, come i farmaci antagonisti del recettore NK3 (fezolinetant, elinzanetant) e alcuni integratori.

Accanto alla presa in carico clinica, è stata sottolineata l'importanza di una presenza continuativa e flessibile dello psiconcologo, tempestiva e integrata con gli altri professionisti,

[48] Inzoli A et al. *Cancer Medicine* 2024;13(23):e70321

[49] Grandi G et al. *Menopause* 2021;29(1):63-72

[50] Grandi G et al. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2025;311(5):1461-1465

[51] Kotsopoulos J et al. *Journal of the National Cancer Institute* 2026;118(5):856-864

con l'obiettivo di ridurre il distress e la sofferenza globale della paziente. Già nella fase successiva alla diagnosi e prima dell'avvio dei trattamenti, una quota rilevante di pazienti presenta sintomi clinicamente significativi di distress (39%), ansia (34%), sintomi post-traumatici (31%) e depressione (20%)[52]: per questo è utile impiegare strumenti validati, come il Distress Thermometer e la scala HADS, che consentano di identificare rapidamente i bisogni della paziente e orientare l'intervento. Gli interventi possono riguardare l'accettazione e l'adattamento ai cambiamenti, attraverso strategie di coping, e il sostegno alla coppia e alla famiglia.

Tra i momenti di maggiore rilievo vi sono l'elaborazione delle informazioni sul test genetico e l'attesa del risultato, che spesso si sovrappone alla chemioterapia; l'adattamento ai cambiamenti del corpo durante il trattamento e il mantenimento della propria identità; il sostegno alla coppia e alla funzione genitoriale, anche nel comunicare la malattia ai figli con parole adeguate alla loro età; l'accompagnamento nella comunicazione della mutazione ai familiari. Il supporto deve proseguire anche nella fase riabilitativa, perché la crisi psicologica può manifestarsi più tardi, in particolare rispetto all'affettività e alla sessualità nella coppia: bisogni ancora poco affrontati nei setting ospedalieri (unmet needs). Il dibattito ha evidenziato il problema delle risorse, che in molti ospedali limita la presenza continua dello psiconcologo, il contributo delle associazioni nel sostenere queste figure e la necessità di una formazione specifica sulla patologia.

La fase chirurgica

PREVENZIONE	DIAGNOSI	PRESA IN CARICO	TERAPIA	FOLLOW UP

Il chirurgo senologo è sempre più coinvolto negli interventi di riduzione del rischio. Le evidenze sul beneficio in termini di mortalità differiscono in base alla mutazione: la mastectomia profilattica bilaterale è stata associata a una mortalità più bassa rispetto alla sola sorveglianza nelle portatrici BRCA1, mentre nelle portatrici BRCA2 la sopravvivenza è risultata simile[53]; da qui la necessità di un counseling personalizzato in base al tipo di mutazione. I dati del Policlinico Sant'Orsola di Bologna mostrano che un numero crescente di donne sane con mutazione BRCA sceglie la mastectomia profilattica, fino a una su tre in caso di BRCA1. Per queste donne è particolarmente rilevante la mastectomia mininvasiva (minimal invasive

[52] Nebgen DR, Domchek SM, Kotsopoulos J, de Hullu JA, Crosbie EJ, Paramanandam VS, Brood-van Zanten MMA, Norquist BM, Guise T, Rozenberg S, Kurian AW, Pederson HJ, Yuksel N, Michaelson-Cohen R, Bober SL, da Silva Filho AL, Johansen N, Guidozzi F, Evans DG, Menon U, Kingsberg SA, Powell CB, Grandi G, Marchetti C, Jacobson M, Brennan DJ, Hickey M. Care after premenopausal risk-reducing salpingo-oophorectomy in high-risk women: Scoping review and international consensus recommendations. BJOG. 2023 Nov;130(12):1437-1450. doi: 10.1111/1471-0528.17511. Epub 2023 May 2. PMID: 37132126; PMCID: PMC7617419

[53] Heemskerk-Gerritsen BAM, Jager A, Koppert LB, Obdeijn AI, Collée M, Meijers-Heijboer HEJ, Jenner DJ, Oldenburg HSA, van Engelen K, de Vries J, van Asperen CJ, Devilee P, Blok MJ, Kets CM, Ausems MGEM, Seynaeve C, Rookus MA, Hooning MJ. Survival after bilateral risk-reducing mastectomy in healthy BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. Breast Cancer Res Treat. 2019 Oct;177(3):723-733. doi: 10.1007/s10549-019-05345-2. Epub 2019 Jul 13. PMID: 31302855; PMCID: PMC6745043

mastectomy), che riduce al minimo l'impatto chirurgico e può essere eseguita con tecnica endoscopica o robotica, con risultati comparabili. Rispetto all'età, è stato sottolineato il bisogno di bilanciare il beneficio con le complicanze chirurgiche, che aumentano in caso di ricostruzione, tenendo conto della variante BRCA presente. È in corso una valutazione dell'impatto della mastectomia controlaterale nelle donne over 40, suddivise per tipo di mutazione, per capire fino a quale età si mantenga il vantaggio in termini di sopravvivenza globale.

Sul fronte terapeutico, la prospettiva è quella di una de-escalation che può arrivare fino all'omissione dell'intervento nelle pazienti con risposta completa alla terapia neoadiuvante. I risultati a 5 anni dello studio dell'MD Anderson[54], condotto su pazienti HER2+ o triplo negative con risposta confermata da biopsia vuoto-assistita e trattate con radioterapia, non hanno mostrato recidive nella mammella nelle 31 pazienti non operate, dopo un follow-up mediano di circa 55 mesi. Si tratta però di un campione piccolo: la conferma è attesa da studi più ampi come OPTIMIST (533 pazienti HER2+ o triplo negative, conclusione prevista nel 2031), mentre lo studio giapponese JCOG1806 riguarda solo i tumori HER2+.

Anche a livello ascellare la de-escalation diventa possibile. In una meta-analisi su oltre 57.000 pazienti trattate con chemioterapia neoadiuvante, la risposta patologica completa linfonodale nel triplo negativo è stata del 48%[55], e sale al 67% con schemi analoghi a quello dello studio KEYNOTE-522, che associa chemioterapia e immunoterapia[56]. Si stanno inoltre diffondendo tecniche di stadiazione linfonodale senza dissezione, da applicare con accorgimenti che riducano il rischio di falsi negativi. Restano però criticità in presenza di fibrosi intensa da chemioterapia o di trombosi e occlusione vascolare da emboli neoplastici.

Sulla ricostruzione, è importante chiarire anche nell'informazione alla paziente che la ricostruzione immediata contestuale può avvenire in due tempi, con un espansore tissutale temporaneo sostituito in seguito dalla protesi definitiva. Nelle pazienti senza mutazione BRCA il problema si pone raramente, perché la terapia neoadiuvante riduce le dimensioni del tumore, talvolta fino alla sua scomparsa macroscopica e radiologica, e rende spesso possibile l'intervento conservativo: nello studio KEYNOTE-522[57] la risposta patologica completa è stata del 64,8% con pembrolizumab e chemioterapia, contro il 51,2% con la sola chemioterapia. Per le pazienti con mutazione, invece, le opzioni includono spesso mastectomia bilaterale, ricostruzione immediata e salpingo-ovariectomia; trattandosi prevalentemente di donne

---

[54] Kuerer, H. M., Valero, V., Smith, B. D., Krishnamurthy, S., Diego, E. J., Johnson, H. M., Lin, H., Shen, Y., Lucci, A., Shaitelman, S. F., Mitchell, M. P., Boughey, J. C., White, R. L., Hunt, K. K., Yang, W. T., Rauch, G. M., & Exceptional Responders Study Group (2025). Selective Elimination of Breast Surgery for Invasive Breast Cancer: A Nonrandomized Clinical Trial. *JAMA oncology*, *11*(5), 529–534. https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2025.0207

[55] Samiei S, Simons JM, Engelen SME, et al. Axillary Pathologic Complete Response After Neoadjuvant Systemic Therapy by Breast Cancer Subtype in Patients With Initially Clinically Node-Positive Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Surg. 2021;156(6):e210891. doi:10.1001/jamasurg.2021.0891

[56] Perry ML et al. *Annals of Surgical Oncology* 2025

[57] Schmid P, Cortes J, Pusztai L, McArthur H, Kümmel S, Bergh J, Denkert C, Park YH, Hui R, Harbeck N, Takahashi M, Foukakis T, Fasching PA, Cardoso F, Untch M, Jia L, Karantza V, Zhao J, Aktan G, Dent R, O'Shaughnessy J; KEYNOTE-522 Investigators. Pembrolizumab for Early Triple-Negative Breast Cancer. N Engl J Med. 2020 Feb 27;382(9):810-821. doi: 10.1056/NEJMoa1910549. PMID: 32101663

giovani, la ricostruzione immediata contestuale è la scelta più diffusa, anche se dati soprattutto statunitensi mostrano una quota di donne che vi rinuncia o vi ricorre in età più avanzata. Si tratta in larga parte di ricostruzioni protesiche: quelle con tessuti autologhi, trattandosi di un intervento bilaterale, trovano scarsissima applicazione, e le ricostruzioni differite sono rare. Tra le opzioni da presentare alla paziente rientra anche la scelta di non ricostruire ("going flat").

La tecnica dipende dallo spessore del tessuto sottocutaneo, valutato con la classificazione di Rancati: con spessori superiori ai 2 cm è quasi sempre possibile una protesi prepettorale; con spessori ridotti è preferibile una ricostruzione in due tempi (espansore e protesi), mentre nei casi intermedi la scelta va fatta caso per caso, considerando fattori come obesità, fumo, diabete e le aspettative della paziente. Si tratta comunque di uno schema orientativo: la decisione spetta al team multidisciplinare e all'affiatamento tra chirurgo senologo e chirurgo plastico. Va inoltre considerato che queste pazienti arrivano nella maggior parte dei casi da un percorso neoadiuvante e restano più fragili anche dopo le canoniche 6-8 settimane dalla fine del trattamento medico.

Un ulteriore elemento di complessità è la pregressa mastoplastica additiva: molte giovani donne si sono sottoposte, prima della diagnosi, a un intervento estetico di aumento del seno, nella maggior parte dei casi con protesi posizionata sotto la ghiandola. In questi casi la ghiandola compressa aderisce alla cute e manca un piano di separazione ben identificabile, rendendo più complessa la mastectomia con conservazione di cute e capezzolo e aumentando il rischio di complicanze, in particolare di necrosi cutanea: un aspetto che va esplicitato chiaramente alla paziente.

Nella comunicazione con la paziente è importante chiarire che il risultato non è paragonabile a quello della chirurgia estetica, perché il tessuto ghiandolare viene asportato e talvolta non è possibile conservare il capezzolo. Vanno inoltre spiegati i tempi di degenza, che possono superare i due giorni in caso di salpingo-ovariectomia associata, l'impegno che l'intervento comporta e, con chiarezza, il rischio di complicanze, complessivamente compreso tra il 5 e il 30% tra forme minori e maggiori. Le complicanze legate alla protesi comprendono infezioni (0,5-2%), contrattura capsulare (3-5%, fino al 30%) e rottura della protesi o problemi all'espansore (fino al 10%); quelle legate alla mastectomia comprendono sieromi (25-60%), infezioni (3-15%), ematomi (2%), necrosi cutanea (1-22%) e necrosi del capezzolo (5%). Un audit nazionale inglese su 16.485 mastectomie con ricostruzione ha rilevato che una donna su sei è rientrata in ospedale entro tre mesi dalla dimissione per un trattamento o un intervento chirurgico non programmato[58].

In chiusura, l'intervento ha proposto una provocazione, offerta come spunto di riflessione e non come indicazione clinica: nelle donne giovani e asintomatiche, soprattutto in presenza di familiarità per tumore della mammella o dell'ovaio, potrebbe essere utile eseguire un test BRCA prima di un intervento estetico di aumento del seno, così da orientare le scelte in base al risultato, ad esempio posizionando la protesi sotto il muscolo anziché sotto la ghiandola o

[58] Jeevan R, Cromwell DA, Browne JP et al. Findings of a national comparative audit of mastectomy and breast reconstruction surgery in England. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery* 2014;67:1333-1344

valutando se rinunciare all'intervento. In caso di futura mastectomia bilaterale con ricostruzione, infatti, una protesi sottomuscolare faciliterebbe l'intervento. La proposta si scontra però con diversi ostacoli: il test non è erogato dal SSN in questi casi, l'indicazione è al di fuori di ogni linea guida, ci sono i costi, l'incertezza sull'affidabilità del risultato in centri non accreditati e le possibili resistenze delle donne stesse.

Percorsi di follow-up e survivorship

PREVENZIONE	DIAGNOSI	PRESA IN CARICO	TERAPIA	FOLLOW UP

Il calo della mortalità per tumore richiede una maggiore attenzione al follow-up anche in termini di survivorship, cioè di presa in carico delle pazienti che hanno superato il triplo negativo. Il follow-up dovrebbe essere adattato al tipo di tumore e al rischio di recidiva associato, cosa che oggi non avviene. Pensare in termini di survivorship significa inoltre concentrarsi non solo sulla diagnosi precoce delle recidive, ma anche su prevenzione, stili di vita, qualità della vita e riabilitazione, con benefici anche sull'aderenza ai trattamenti: il peggioramento dei sintomi e della qualità della vita è infatti associato a una minore aderenza alle terapie[59]. Va infine ricordata alle pazienti l'importanza di partecipare agli screening per gli altri tumori, come raccomandano anche le linee guida ESMO[60], perché tendono a concentrarsi soprattutto su quello già affrontato.

[59] Chirgwin JH, Giobbie-Hurder A, Coates AS, Price KN, Ejlertsen B, Debled M, Gelber RD, Goldhirsch A, Smith I, Rabaglio M, Forbes JF, Neven P, Láng I, Colleoni M, Thürlimann B. Treatment Adherence and Its Impact on Disease-Free Survival in the Breast International Group 1-98 Trial of Tamoxifen and Letrozole, Alone and in Sequence. J Clin Oncol. 2016 Jul 20;34(21):2452-9. doi: 10.1200/JCO.2015.63.8619. Epub 2016 May 23. PMID: 27217455; PMCID: PMC4962733;

Pistilli B, Vaz-Luis I et al. *Journal of Clinical Oncology* 2020, scaricabile: https://www.etudecanto.org/wp-content/uploads/2021/07/2020_Pistilli-B-et-al.-JCO_Canto-Complete-Article.pdf

[60] Loibl S et al. ESMO Clinical Practice Guideline. *Annals of Oncology* 2024

Allegati

Programma Lombardia - Piemonte - Veneto



Progetto promosso da

theBRIDGE ETS SCIENZA TRA CLINICA E SOCIETÀ

AIOM Associazione Italiana Oncologia Medica

F.A.V.O. Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia

ILPATIENT JOURNEY SUL CARCINOMA MAMMARIO TRIPLO NEGATIVO

Tavoli regionali: Lombardia, Piemonte, Veneto

Lunedì **4 maggio** 2026 dalle ore **13.00** alle ore **17.30**
Presso **SPAZIO POLA**, Via Pola, 9, Milano

13.00	Accreditamento e Light lunch
13.45	**Apertura istituzionali** Simona Loizzo, Camera dei Deputati, Presidente dell'Intergruppo Parlamentare sulle Nuove Frontiere Terapeutiche nei Tumori della Mammella** Gian Antonio Girelli, Camera dei Deputati, Presidente Intergruppo Parlamentare sulla prevenzione e riduzione del rischio Emanuele Monti, Presidente IX Commissione permanente - Sostenibilità sociale, casa e famiglia Consiglio Regione Lombardia Gigliola Spelzini, Componente III Commissione – Sanità, Consiglio Regione Lombardia** Michela Palestra, Componente II Commissione - Affari istituzionali ed Enti locali, Consiglio Regione Lombardia
14.00	**Obiettivi del percorso e prospettive future** Rosaria Iardino, Presidente Fondazione The Bridge
14.10	**Il carcinoma mammario triplo negativo: elementi caratterizzanti** Nicla La Verde, Direttore SC Oncologia Medica, PO Luigi Sacco - Polo Universitario ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano
14.30	**Il Patient Journey: cos'è e come lo abbiamo costruito** Luisa Brogonzoli, Responsabile Centro studi Fondazione The Bridge
14.45	**Il Patient Journey: l'importanza per i pazienti** Elisabetta Iannelli, Segretario Generale Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (FAVO)**
15.00	Pausa

Con il supporto incondizionato di GILEAD



Progetto promosso da

TAVOLA ROTONDA: Ottimizzazione dei percorsi di presa in carico per pazienti con carcinoma triplo negativo: strategie e buone pratiche

Moderazione:

Stefania Gori, Coordinatrice Ricerca oncologica IRCCS Ospedale Sacro-Cuore Negrar e Presidente ROPI- rete Oncologica Pazienti Italia

Emilia Montagna, Medico con Incarico di Alta Specializzazione, Divisione di Senologia Medica, Istituto Europeo di Oncologia

15.15

L' importanza di garantire terapie e percorsi innovativi
Nicla La Verde, Direttore SC Oncologia Medica, PO Luigi Sacco - Polo Universitario ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano

La diagnostica di secondo livello nella paziente con TNBC
Pietro Panizza, Primario UO Radiologia Senologica, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano**

Test genetico: pazienti candidabili a intervento chirurgico up-front e pazienti avviate a chemioterapia neoadiuvante
Maria Grazia Tibiletti, Spec. Genetica Medica, Centro di Ricerche Tumori Eredo-Famigliari, Università dell'Insubria, Varese

Presa in carico ginecologica: per preservazione della fertilità e menopausa iatrogena
Chiara Cassani, Dirigente Medico Dip. Materno-infantile: Ostetricia e Ginecologia, Policlinico San Matteo, Pavia

L' intervento dello psiconcologo sin dalle fasi precoci della malattia
Paolo Guiddi, Psicologo Clinico / Psiconcologo presso IEO Milano

Chirurgia profilattica
Corrado Tinterri, Direttore Unità di Senologia Humanitas, Milano

I tempi della chirurgia: ricostruzione immediata contestuale all'intervento demolitivo
Adele Sgarella, Direttore UOC Chirurgia Generale III a indirizzo Senologico, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

Terapie di supporto dalla fase precoce
Gloria Mittica, Oncologia Senologica AOU Città della Salute, Torino

Il percorso nutrizionale
Maria Teresa Nardi, Responsabile dell'unità operativa UOS Dietetica e Nutrizione Clinica, Istituto Oncologico Veneto (IOV)

Follow-up: gestione del percorso in Breast Unit vs decentralizzazione per l'esecuzione di visite ed esami
Monica Giordano, Direttore Struttura Complessa di Oncologia presso ASST Lariana Ospedale Sant'Anna, Como

17.00 **Discussione**

17.30 **Conclusioni**

** in collegamento

Programma Calabria - Campania - Puglia



Progetto promosso da

ILPATIENT JOURNEY SUL CARCINOMA MAMMARIO TRIPLO NEGATIVO

Tavoli regionali: Calabria, Campania, Puglia

Lunedì 6 luglio 2026 dalle ore 9.30 alle ore 17.00

Presso Hotel Residence La Fortezza, Via Marina Taverna, 26, San Lucido (Cosenza)

9.30 Accoglienza e welcome coffee

10.00 **Apertura istituzionali**

Simona Loizzo, Camera dei Deputati, Presidente dell'Intergruppo Parlamentare sulle Nuove Frontiere Terapeutiche nei Tumori della Mammella

Emira Ciodaro, Presidente del Consiglio Comunale di Paola

Cosimo De Tommaso, Sindaco San Lucido

Roberto Perrotta, Sindaco di Paola

10.40 **PUNTI DI PARTENZA**

Modera: Nicla La Verde, Direttore SC Oncologia Medica, PO Luigi Sacco - Polo Universitario ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano

L'importanza di garantire terapie e percorsi innovativi

Rosaria Iardino, Componente comitato etico nazionale ATMP AIFA

Il carcinoma mammario triplo negativo: elementi caratterizzanti

Laura Orlando, UOC di Oncologia e Breast Unit Ospedale Antonio Perrino, Brindisi

11.10 **IL PATIENT JOURNEY**

Cos'è, obiettivi, contenuti, come usarlo

Nicla La Verde, Direttore SC Oncologia Medica, PO Luigi Sacco - Polo Universitario ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano

Il Patient Journey: come lo abbiamo costruito e prospettive future

Luisa Brogonzoli, Coordinatrice Centro Studi Fondazione The Bridge

Confronto

Con il supporto incondizionato di GILEAD



TAVOLA ROTONDA – Continuità e alleanze per il triplo negativo

Modera: Nicla La Verde, Direttore SC Oncologia Medica, PO Luigi Sacco - Polo Universitario ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano

12.30	Gianfranco Filippelli, Coordinatore Rete Oncologica Calabria Sandro Pignata, Coordinatore Rete Oncologica Campania* Mariangela Ciccarese, Coordinatrice Rete Oncologica Puglia
13.30	Light Lunch

TAVOLA ROTONDA – Ottimizzazione dei percorsi di presa in carico per pazienti con carcinoma triplo negativo: strategie e buone pratiche

Modera: Pierosandro Tagliaferri, Professore Ordinario di Oncologia Medica presso l'Università "Magna Graecia" di Catanzaro

14.30	**Introduzione alla tavola rotonda** Adele Sgarella, Direttore UOC Chirurgia Generale III a indirizzo Senologico Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia* **La rete delle Breast Unit in Calabria: organizzazione, risultati e prossimi passi** Franco Abbonante, Coordinatore Breast Unit Regione Calabria **Tecniche diagnostiche avanzate** Marco Moschetta, Coordinatore Breast Unit AOU Policlinico Bari - Responsabile UOSD Radiodiagnostica ad Indirizzo Senologico AOU Policlinico Universitario Bari* **L'equilibrio della cura: polifarmacia, gestione degli effetti collaterali e qualità della vita nel triplo negativo** Nicoletta Staropoli, Dirigente Medico U.O. Oncologia medica A.O.U. Renato Dulbecco (Polo Germaneto)* **Indicazioni chirurgiche nella gestione della paziente TNBC** Andrea Lorenzo Valente, Dirigente chirurgia senologica BU Cosenza **I tempi della chirurgia: ricostruzione immediata contestuale all'intervento demolitivo** Angelica Della Valle, Dirigente Medico Alta Specializzazione in Chirurgia Oncoplastica della mammella S.C. Chirurgia Generale 3 – Senologia Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia **Il ruolo del Case Manager nel percorso senologico** Giovanni Micallo, Incaricato di Funzioni organizzative c/o Dipartimento Corp-S di Ricerca e Assistenziale di OncoEmatologia, Neoplasie Mesenchimali e Muscolo Scheletriche dell'Adulto e Diagnostica Innovativa IRCCS Istituto Nazionale Tumori - Fondazione "G. Pascale" **Comunicare la diagnosi genetica nelle famiglie BRCA: principi, strumenti e responsabilità cliniche** Margherita Patruno, Medico Genetista Centro Studi tumori Eredo-Familiari IRCCS Istituto Tumori Giovanni Paolo II, Bari* **Discussione**
17.00	Conclusioni

Programma Emilia-Romagna



Progetto promosso da

ILPATIENT JOURNEY SUL CARCINOMA MAMMARIO TRIPLO NEGATIVO

Tavolo regionale: Emilia Romagna

Giovedì **10 settembre** 2026 dalle ore **13.00** alle ore **17.00**
Presso **CORE Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia**
via Benedetto croce al CORE aula-1

13.00 **Accoglienza e light lunch**

13.30 **Apertura istituzionali**
Carmine Pinto, Direttore della Struttura Complessa di Oncologia Medica presso l'AUSL - IRCCS di Reggio Emilia e coordinatore tecnico-scientifico della Rete oncologica Emilia Romagna
Davide Fornaciari, Direttore Generale AUSL-IRCCS di Reggio Emilia

14.00 **I PUNTI DI PARTENZA**
Moderatori:
Carmine Pinto, Direttore di Struttura Complessa Oncologia Medica Provinciale AUSL Reggio Emilia
Claudio Zamagni, Direttore Oncologia Medica senologica e ginecologica IRCCS Azienda Ospedaliero-Unversitaria di Bologna Policlinico di Sant'Orsola

Cos'è il triplo negativo
Laura Cortesi, Responsabile della SS Tumori Eredo-Familiari dell'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

L'importanza di garantire terapie e percorsi innovativi,
Rosaria Iardino, Presidente Fondazione The Bridge e Componente comitato etico nazionale ATMP AIFA*

14.30 **IL PATIENT JOURNEY**

Il Patient Journey: cos'è, come lo abbiamo costruito e prospettive future
Luisa Brogonzoli, Coordinatrice Centro Studi Fondazione The Bridge

Il Patient Journey: l'importanza per i pazienti
Emanuela Valentini, Referente regionale Emilia Romagna aBRCAdabra



Tavola rotonda

Ottimizzazione dei percorsi di presa in carico per pazienti con carcinoma triplo negativo: strategie e buone pratiche

Moderatori: Carmine Pinto e Claudio Zamagni

15.00 **Introduzione alla tavola rotonda**
Laura Cortesi, Responsabile della SS Tumori Eredo-Familiari dell'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

15.20 **Criteri di accesso, diagnostica e presa in carico dei soggetti BRCA nella regione Emilia-Romagna**
Turchetti Daniela, Direttrice Struttura Complessa di Genetica Medica dell'Ausl IRCCS di Reggio Emilia

15.40 **La diagnostica senologica di II livello nel triplo negativo: l'utilità pratica nella pianificazione terapeutica**
Rita Vacondio, Responsabile Struttura Semplice Dipartimentale di Mammografia e Screening Mammografico AUSL Reggio Emilia

16.00 **La gestione ovarica dei soggetti BRCA e la gestione dei sintomi da menopausa iatrogena**
Giovanni Grandi, Professore Associato di Ginecologia, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, AOU Policlinico di Modena

16.20 **Il ruolo dello psiconcologo nella gestione del counseling BRCA, del distress dopo CT neoadiuvante e della salute sessuale nella giovane paziente TNBC**
Elisabetta Razzaboni, Dirigente psicologa, AO Università di Modena*

16.30 **Chirurgia profilattica e terapeutica nel TNBC: approccio oncoplasticoorientati alla de-escalation**
Marco Bernini, Professore Associato di Chirurgia Generale, Direttore chirurgia senologica, Breast Unit, IRCCS - Policlinico Sant'Orsola, Bologna

16.40 **I tempi della chirurgia: ricostruzione immediata contestuale all'intervento demolitivo**
Mario Taffurelli, Ordinario di Chirurgia Generale Università di Bologna Alma Mater Studiorum Presidente APS Senonetwork Italia

Gestione delle tossicità da chemio-immunoterapia e personalizzazione del follow-up nelle pazienti TNBC
Antonino Musolino, Direttore del Dipartimento Oncologia ed Ematologia clinica e sperimentale e Direttore SC Oncologia Medica ad Indirizzo Senologico e Tumori Genitali Femminili

Discussione

17.00 **Conclusioni**

* in collegamento

Con il supporto incondizionato di GILEAD

Fondazione The Bridge
Viale Gorizia, 22 – 20144 Milano (MI)
Tel. 0039 02 36565535
www.fondazionethebridge.it

Eventi realizzati con il supporto incondizionato di

GILEAD