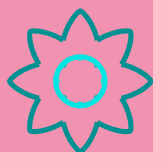


IL TUMORE OVARICO

LA RETE E IL PERCORSO
DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO E ASSISTENZIALE
DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA



Loto

Uniti contro
il tumore ovarico

ONLUS



In tutti questi anni in Regione Emilia-Romagna abbiamo lavorato con un preciso obiettivo, quello di qualificare sempre di più l'assistenza alle persone affette da patologie tumorali, sospette o certe, lungo l'intero percorso diagnostico e terapeutico, dalla prevenzione al trattamento, ai successivi controlli. E rendere ancora più efficiente il sistema di relazioni tra cittadinanza, professionisti e strutture dedicate alla diagnosi e alla cura delle persone con queste patologie.

Le raccomandazioni regionali contenute nel documento allegato alla Deliberazione di Giunta Regionale avente come oggetto la "Definizione della Rete Regionale e del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per il trattamento della neoplasia ovarica" (N. 2242 del 22/11/2019) sono nate con la finalità di costruire in Regione Emilia-Romagna una rete di Centri di eccellenza in grado di garantire alti livelli organizzativi ed elevata clinical competence per tutte le pazienti affette da questa neoplasia. Una rete di servizi che eroghi prestazioni di qualità all'interno di un percorso organico e appropriato, con una presa in carico attiva e una centralità delle pazienti in ogni momento dell'iter clinico e una multidisciplinarietà e multiprofessionalità dell'approccio clinico che sappia essere non solo efficace ma umano nei confronti delle donne che attraversano un momento così doloroso della loro vita.

In questo ambito la collaborazione con le Associazioni di volontariato rappresenta un'alleanza preziosa e insostituibile e un riconoscimento per il loro lavoro che affianca con eguale importanza quello dei clinici e quello dei programmatori dei servizi. Mi auguro che si consolidi sempre di più per affrontare insieme, più forti, questa difficile sfida.

Raffaele Donini

Assessore Politiche per la Salute Regione Emilia-Romagna



Una diagnosi di tumore ovarico si traduce quasi sempre in un intervento chirurgico – che riveste un ruolo fondamentale sia a fini diagnostici che a fini terapeutici – e il residuo tumorale post-chirurgico fa la differenza sulla prognosi successiva. I dati che abbiamo a disposizione parlano chiaro: le pazienti affette da carcinoma ovarico trattate in Centri ad alto volume di interventi presentano le sopravvivenze migliori.

*Il messaggio che voglio dare deriva da queste evidenze e, anche se può suonare impopolare, è importante e necessario: **DONNE, METTETEVI SCOMODE.***

Ovvero dopo il momento spiazzante della diagnosi scegliete con cura il centro a cui affidarvi: il vostro criterio non deve essere quello della vicinanza a casa e alla famiglia, ma quello della massima competenza.

E se questa scelta da un lato vi complicherà la vita, dall'altra vi darà maggiori possibilità. Fate qualche Km in più se necessario, e mettetevi nelle mani di un ospedale specializzato che ha operato e trattato un maggior numero di casi, dove troverete oncologi, chirurghi, anestesisti, radiologi, anatomo patologi, nutrizionisti e associazioni di pazienti in grado di affrontare il tumore ovarico in maniera mirata e di fornirvi un supporto a trecentosessanta gradi.

Sandra Balboni
Presidente Loto Onlus

I TUMORI DELL'OVAIO

CONOSCI IL TUMORE OVARICO?

Le ovaie sono due organi ovoidali di 2-3 cm di diametro posizionate nella parte bassa dell'addome.

Il tumore alle ovaie è causato da una degenerazione e da una proliferazione incontrollata delle cellule ovariche-tubariche-peritoneali che nella maggior parte dei casi (85-90%) sono di tipo epiteliale (cioè derivate dalle cellule superficiali che non producono gli ovuli).

L'80-90% dei tumori ovarici è benigno, il 15-20% è maligno e circa il 5-10% ha caratteristiche intermedie (borderline). I tumori ovarici benigni insorgono più frequentemente in donne in età compresa tra i 20 e i 65 anni, mentre il 90% delle neoplasie maligne è diagnosticato in donne di età superiore ai 40 anni e il picco di incidenza è tra i 50 e i 69 anni.

Ogni anno, in Italia, si individuano circa 5 mila nuove diagnosi di tumore ovarico: questo tumore occupa il decimo posto per incidenza tra tutti i tumori femminili (3.4%). Nell'arco della vita l'1.4% delle donne è destinato a sviluppare un tumore dell'ovaio mentre il 12.5% rischia di sviluppare un tumore della mammella.

In Italia vengono diagnosticati 5.200-5.300 nuovi casi di carcinoma ovarico ogni anno, dei quali circa 400 in Emilia-Romagna. Ad oggi in Italia vivono circa 38.000 donne che hanno affrontato una diagnosi di carcinoma ovarico.

CHI È A MAGGIOR RISCHIO DI SVILUPPARE IL CARCINOMA DELL'OVAIO?

Tra i fattori di rischio l'impiego di estrogeni come terapia sostitutiva in menopausa aumenta il rischio di carcinoma dell'ovaio, soprattutto quando è protratta nel tempo (almeno 10 anni), mentre le gravidanze e l'assunzione della pillola anticoncezionale durante l'età fertile riducono il rischio.

Il fumo sembra aumentare il rischio di un particolare sottotipo di carcinomi ovarici (mucinosi). Il più importante fattore di rischio noto è quello legato ad **alterazioni genetiche**: circa il 15% dei tumori ovarici riconosce una trasmissione ereditaria, riconducibili ad una predisposizione genetica nota, la mutazione dei geni *BRCA1* e *BRCA2*. *BRCA* è un acronimo inglese: "BR^east CAⁿcer", ovvero tumore al seno. Alterazioni a livello di questi due geni predispongono all'insorgenza di tumori al seno e alle ovaie. La presenza della mutazione genetica non implica necessariamente che ci si ammalerà di tumore, ma solo che si hanno maggiori probabilità di sviluppare specifici tumori rispetto a chi non presenta il difetto genetico: **si eredita la predisposizione, non la malattia**.

Il rischio di sviluppare un tumore ovarico nell'arco dell'intera vita è maggiore nelle portatrici di mutazione *BRCA1* (40%) rispetto alle *BRCA2* mutate (18%).

COME SI INDIVIDUA L'ALTERAZIONE DEI GENI BRCA1 E BRCA2 NEI TUMORI DELL'OVAIO?

Da settembre 2015 è indicata per tutte le pazienti con carcinoma ovarico, non mucinoso e non borderline, l'esecuzione del test per la ricerca della mutazione *BRCA* alla diagnosi di malattia. La decisione di sottoporsi a questa analisi è assolutamente libera e volontaria e per effettuarla è necessario acquisire il consenso informato della paziente. L'indicazione ad eseguire questa indagine genetica deriva dal fatto che sono ad oggi disponibili farmaci altamente efficaci nei portatori di mutazione, che determinano un miglioramento significativo della prognosi delle pazienti affette da carcinoma ovarico.

Il **test genetico** può essere eseguito sia su prelievo di sangue (test germinale), sia sul tessuto neoplastico (test somatico al momento dell'intervento chirurgico). In quest'ultimo caso da un campione di tessuto tumorale asportato durante la procedura chirurgica sarà estratto il DNA, che sarà analizzato con metodiche di genetica molecolare per ricercare alterazioni

dei geni *BRCA1* e *BRCA2*. In presenza di un test positivo sul tumore, va sempre eseguito il test genetico anche su un campione di sangue per distinguere le mutazioni 'germinali', indicative di una predisposizione ereditaria, che rendono necessaria una consulenza genetica nei familiari, da quelle 'somatiche' (presenti solo sul tumore).

In caso di riscontro di un difetto ereditario di *BRCA1* o *BRCA2* predisponente ai tumori, il test genetico potrà essere esteso agli altri membri maggiorenni della famiglia che desiderino effettuarlo. Non è indicata l'esecuzione del test nei minorenni, poiché l'aumento del rischio di tumori riguarda solo l'età adulta.

La **Consulenza Genetica** è un colloquio medico durante il quale viene raccolta la documentazione medica e vengono fornite le informazioni sulla malattia (eventuale trasmissione ereditaria, disponibilità del test genetico, interventi medici disponibili) e sulla storia familiare, dato che solo una piccola parte delle neoplasie della mammella/ovaio è correlabile ad alterazioni genetiche.

Alla consulenza genetica accedono le pazienti con mutazione del gene *BRCA* su campione ematico (test germinale) al fine di ottenere un counseling personalizzato anche in relazione ai familiari potenzialmente coinvolti dalla mutazione. L'avvio al genetista è compito del medico (ginecologo oncologo o oncologo medico) che ha richiesto il test genetico e ha discusso con la paziente le sue implicazioni.

ESISTONO MISURE PREVENTIVE PER DONNE PORTATRICI SANE DI MUTAZIONE PATOGENETICA DI *BRCA1/2*?

In caso di riscontro di mutazione *BRCA1/2* in donne **non** affette da neoplasia ovarica, pur in assenza di chiare evidenze scientifiche in proposito, si prevede che la **sorveglianza preventiva** dell'apparato genitale consti di una visita ginecologica con ecografia pelvica transvaginale e dosaggio ematico del CA125 ogni 6 mesi. Tali esami sono esenti dal pagamento del ticket e programmati a partire dai 25 anni fino ai 74 anni.

In queste donne potrà essere valutata la possibilità di una **chirurgia di riduzione del rischio** (asportazione di tube e ovaie), che limita il rischio di carcinoma ovarico dell'80-90%. Inoltre la salpingo-ovariectomia profilattica è in grado di ridurre del 50% anche il rischio di tumore mammario.

QUALI SONO I SINTOMI?

Nelle fasi precoci il carcinoma dell'ovaio spesso non provoca sintomi e questa è la ragione per cui nella maggior parte dei casi (75-80%) la malattia viene diagnostica in fase avanzata, quando cioè è già estesa all'addome. In questo caso può provocare i sintomi legati alla presenza di una massa addominale o di ascite (raccolta di liquido nel peritoneo), con conseguente aumento di volume dell'addome, senso di tensione addominale, difficoltà all'evacuazione, dolore pelvico e/o addominale.

Solo nel 10% delle donne il carcinoma ovarico viene diagnosticato quando è ancora limitato alle ovaie (stadio I): in questi casi la diagnosi è per lo più occasionale in corso di controlli ginecologici routinari. Nel restante 10% dei casi la diagnosi avviene quando la malattia si è estesa oltre le ovaie, ma è ancora limitata alla pelvi (stadio II).

COME DIAGNOSTICARLO?

La **visita ginecologica** e l'**ecografia pelvica trans-vaginale** sono le prime indagini da eseguire nel sospetto di un carcinoma dell'ovaio. Se il sospetto è confermato le successive tappe del percorso diagnostico-terapeutico devono essere eseguite in centri ad alto volume di casistica (centri hub di II e di III livello in regione Emilia-Romagna).

Lo studio **TC dell'addome e del torace** con mezzo di contrasto, il **dosaggio del CA 125** nel sangue sono le altre indagini che più comunemente precedono la terapia. La **18FDG PET** è un'indagine strumentale di secondo livello: non è considerato un esame di routine nella stadiazione della malattia, non necessaria salvo casi particolari nella prima diagnosi, maggiormente utile nel sospetto di ripresa di malattia, ai fini di una valutazione chirurgica.

Per una corretta valutazione dei tumori in stadio avanzato spesso è necessaria una **laparoscopia diagnostica** che permette al chirurgo di valutare se l'intervento deve essere eseguito subito o è da procrastinare dopo pochi cicli di chemioterapia. Inoltre, permette una corretta diagnosi istologica fondamentale per definire il sottotipo istologico, per distinguere le forme a diverso potenziale di malignità, per porre la diagnosi differenziale con altri tumori addomino-pelvici e per effettuare prelievi di tessuto neoplastico e di sangue finalizzati all'esecuzione del test genetico in tempi rapidi.

Tutto questo richiede del personale medico dedicato: chirurgo ginecologo che si occupi di oncologia (tempo dedicato alle patologie oncologiche ginecologiche >80% del suo lavoro) e patologo dedicato.

I TRATTAMENTI

La terapia delle donne con carcinoma dell'ovaio si basa su due cardini fondamentali: la chirurgia e la terapia farmacologica antitumorale. È compito del team multidisciplinare (oncologo medico, chirurgo ginecologo, radioterapista, genetista e anatomo-patologo) identificare lo stadio di malattia e scegliere il trattamento ottimale individualizzato e personalizzato per ogni paziente.

CHIRURGIA: rappresenta un momento fondamentale del trattamento del tumore ovarico. È il primo atto terapeutico da intraprendere quando risulti possibile rimuovere tutta la malattia visibile senza lasciare residuo macroscopico al termine dell'intervento (citoriduzione ottimale). Generalmente comporta l'asportazione di utero e ovaia.

In casi attentamente selezionati (donne giovani desiderose di gravidanze e con tumori in stadio iniziale e a basso rischio di ricaduta) è possibile una terapia chirurgica conservativa (*fertility sparing*) con asportazione esclusivamente di un solo ovaio.

La chirurgia laparoscopica è riservata a casi specifici: tumori ovarici in stadio iniziale, come ausilio per valutare l'estensione della malattia negli stadi avanzati, per verificare la presenza di una recidiva o in casi selezionati di risposta ottimale alla chemioterapia. Esclusi questi casi la chirurgia laparotomica rappresenta la via chirurgica più comunemente usata e più sicura nei tumori ovarici.

CHEMIOTERAPIA: nella maggior parte delle pazienti la chemioterapia può essere eseguita dopo l'intervento chirurgico come trattamento post-operatorio per ridurre il rischio di recidiva (chemioterapia adiuvante).

Quando l'intervento di citoriduzione ottimale non risulta possibile, la chemioterapia precede l'intervento chirurgico, che viene eseguito dopo alcuni cicli. Lo scopo di questa terapia (chemioterapia **neoadiuvante**) è quello di ridurre la massa neoplastica quando questa non risulti asportabile completamente in prima istanza. I farmaci generalmente utilizzati sono i derivati del platino (carboplatino) e il taxolo.

NUOVI FARMACI

PARP INIBITORI: sono farmaci inibitori di una particolare proteina implicata nella riparazione del DNA delle cellule tumorali (i farmaci PARP inibitori: olaparib, niraparib, rucaparib) che hanno migliorato sensibilmente la prognosi del carcinoma ovarico, soprattutto nel caso di donne portatrici di mutazione di *BRCA1/2* o comunque con alterazioni dei meccanismi di riparazione del DNA. La via di somministrazione di questi farmaci è quella orale e sono farmaci in genere ben tollerati (sebbene non privi di effetti collaterali) e adatti a terapie prolungate. L'introduzione degli inibitori PARP rappresenta il maggior passo in avanti degli ultimi 20 anni nella terapia delle donne con carcinoma epiteliale dell'ovaio: va ricordato tuttavia che questa terapia non è sostitutiva della chemioterapia, ma si aggiunge ad essa.

IMMUNOTERAPICI: sono anticorpi monoclonali (Atezolizumab, Avelumab, Durvalumab, Ipilimumab, Nivolumab, Pembrolizumab) che stimolano il sistema immunitario dei pazienti per renderlo più efficace nel riconoscere e distruggere le cellule cancerose. Mentre queste terapie si sono dimostrate di grande efficacia in alcuni tipi di tumori (melanomi, tumori polmonari ed altri) ad oggi nessuna immunoterapia è ancora entrata nel trattamento standard di donne con tumore dell'ovaio. Alcuni studi in questo ambito sono stati interrotti per futilità (nessuna evidenza di beneficio) altri sono ancora in corso.

NUOVI TRATTAMENTI INTEGRATI (HIPEC E PIPAC)

Sono metodiche basate sulla somministrazione, con modalità differenti, di chemioterapia all'interno della cavità addominale allo scopo di aumentare l'efficacia terapeutica dei farmaci comunemente usati per la cura delle carcinosi. Attualmente l'HIPEC (peritonectomia con chemio-ipertermia intraperitoneale) la PIPAC (Pressurized IntraPeritoneal Aerosol Chemotherapy) sono tecniche sperimentali e vengono utilizzate nell'ambito di studi clinici.

LA RETE REGIONALE

IL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO E ASSISTENZIALE (PDTA) NELLA RETE

• ACCESSO AL PERCORSO DIAGNOSTICO

La donna, a cui viene diagnosticata una massa e/o un versamento addominale sospetti per neoplasia ovarica durante una ecografia addominale e/o pelvica, deve essere inviata dal medico che ha in carico la paziente (ginecologo specialista o MMG) a un centro della rete regionale per un approfondimento diagnostico (Centro di I e II livello).

• APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO

Presso queste sedi la paziente, per confermare il sospetto diagnostico, viene sottoposta ad esami quali l'ecografia pelvica trans-vaginale, il dosaggio del marker tumorale CA 125 e, in caso di conferma neoplastica, una TC toraco-addomino-pelvica. A completamento può essere eseguita una laparoscopia diagnostica per la conferma diagnostica e il giudizio di operabilità da effettuarsi presso i centri di II livello.

• COLLOQUIO CON LA PAZIENTE E INCONTRO COL TEAM MULTIDISCIPLINARE

In caso di diagnosi positiva, la paziente viene presa in carico dal Centro. A informare la paziente della diagnosi e a discutere con lei la migliore strategia terapeutica da intraprendere nello specifico caso sono generalmente un ginecologo e un oncologo del team multidisciplinare che ha sede nel Centro di II livello (team multidisciplinare costituito da: chirurgo ginecologo oncologo, oncologo medico, radiologo, radioterapista, genetista e anatomo-patologo).

Durante il colloquio, la paziente riceve l'indicazione della strategia terapeutica a seguito dell'incontro multidisciplinare e, qualora dovesse affrontare un percorso chirurgico primario, riceverà una dettagliata descri-

zione del tipo di intervento. Di tutto ciò farà fede un referto scritto allegato alla cartella clinica. La paziente ha il diritto di ricevere informazioni chiare e esaurienti.

Ogni Centro ha le proprie modalità di accoglienza ma vi è sempre un infermiere dedicato (case manager), che resta il punto di riferimento della paziente. Molto importante è la collaborazione con le associazioni di volontariato, che possono essere fisicamente presenti nei Centri.

• TRATTAMENTO

A seconda della situazione clinica, il percorso può continuare presso il reparto di chirurgia ginecologica o presso quello di oncologia medica.

La **terapia chirurgica** riveste un ruolo fondamentale: permette la rimozione di tutta la malattia visibile e consente l'analisi dei tessuti tumorali (in Anatomia Patologica) per la conferma diagnostica e lo studio di tutti i parametri patologici bio-molecolari utili per la cura. La qualità della chirurgia (come della diagnosi patologica) è oggi considerata un fattore determinante per la prognosi del tumore. Di conseguenza è importante il Centro Chirurgico: dati di letteratura hanno mostrato una associazione positiva tra volumi di attività chirurgica per tumore ovarico delle strutture e risultati di salute, indicando che le pazienti affette da carcinoma ovarico trattate in Centri ad alto volume presentano le sopravvivenze migliori.

Nel caso della **terapia oncologica**, alla donna verranno date indicazioni su quale terapia oncologica, per quanto tempo, come e con quale cadenza dovrà essere assunta, quali effetti collaterali avrà e come questi possono essere mitigati affinché abbiano il minor impatto possibile sulla qualità di vita. In alcuni casi particolarmente avanzati o per le condizioni compromesse della paziente, può essere prescritta una terapia oncologica (detta neoadiuvante) prima dell'intervento chirurgico, per ridurre le dimensioni del tumore da operare e permettere una chirurgia meno aggressiva.

La terapia medica potrà essere effettuata in

ricovero ospedaliero o in ambulatori specialistici, a seconda dei casi (tipo di terapia, effetti collaterali, modalità di assunzione). Durante le terapie ogni paziente viene monitorata per prevenire e trattare eventuali effetti secondari. Terminata questa fase vengono programmate le visite e gli esami di controllo, fissandone gli appuntamenti.

A causa di un rischio di comparsa di **linfedema degli arti inferiori**, dopo il completamento della fase chirurgica le pazienti saranno indirizzate, indipendentemente dalla presenza di edemi agli arti inferiori, a una visita angiologica presso il centro di riferimento identificato nel percorso locale. Durante la visita saranno fornite tutte le informazioni utili al riconoscimento di segni o sintomi tipici del linfedema ed eventualmente, laddove presenti, sarà consigliata la partecipazione ad attività territoriali di educazione terapeutica, svolte anche in collaborazione con le Associazioni delle pazienti. Si prevedono controlli durante il primo anno di follow-up e, successivamente, solo in presenza di segni clinici o sintomi sospetti per insorgenza di linfedema.

• FOLLOW-UP

Il follow-up delle donne trattate costituisce parte integrante della presa in carico del PDTA del tumore ovarico e deve essere condotto in maniera multidisciplinare, in assenza di malattia, per almeno 5 anni successivi al trattamento primario mediante visita clinica, esami ematici comprensivi anche del dosaggio del Ca 125 ed esami strumentali (TAC, ecografia trans-vaginale) con esecuzione del PAP test.

• CURE PALLIATIVE

Le pazienti con un tumore ovarico in stadio avanzato devono avere a disposizione un servizio specializzato di cure palliative che collabora con l'equipe multidisciplinare, per assicurare la continuità della assistenza. In ogni fase del PDTA della paziente con neoplasia ovarica il medico coinvolto, anche su indicazione del personale infermieristico, può indirizzare la paziente ad una consulenza da parte dello psicologo clinico ed eventuale trattamento.

IL PERCORSO PER LE DONNE AD ALTO RISCHIO EREDOFAMILIARE

I parenti delle donne affette da mutazioni genetiche potranno eseguire il test genetico previa esecuzione di una consulenza genetica pre-test. In caso le donne risultino positive al test verranno comunicate indicazioni per accedere a un ambulatorio dedicato e a un percorso di presa in carico specifico come riportato nel paragrafo specifico.

I CENTRI DELLA RETE REGIONALE

La rete della Regione Emilia-Romagna per la diagnosi e il trattamento del tumore ovarico si articola in:

- **CENTRI DI I LIVELLO**, rappresentati da tutti gli ospedali dotati di servizio di ginecologia che effettuano le procedure diagnostiche necessarie a caratterizzare il rischio di una massa annessiale e trattano chirurgicamente i tumori ovarici benigni;
- **CENTRI DI II LIVELLO** costituiti da ospedali che possiedono specifiche competenze nella gestione dei tumori genitali femminili, gestiscono con approccio multidisciplinare le pazienti e dispongono in loco dei servizi di supporto e del personale specializzato (per esempio Terapia Intensiva post-operatoria, Anatomia Patologica, Radioterapia, etc) (Deliberazione di Giunta Regionale n. 2242/2019). Nei Centri di II livello deve essere concentrata l'attività chirurgica al fine di offrire alle pazienti tali complesse prestazioni nelle modalità più adeguate, in condizioni di massima sicurezza per le pazienti e gli operatori e con i risultati clinici migliori. I Centri di II livello finora identificati sono rappresentati dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, dall'Arcispedale Santa Maria Nuova-IRCCS di Reggio Emilia, dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna. Per il territorio della Romagna verrà definita a breve l'organizzazione di riferimento.

- un **CENTRO DI III LIVELLO** che costituisce il Centro di riferimento regionale per il trattamento chirurgico dei casi più complessi, individuato presso la Ginecologia Oncologica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna (Deliberazione di Giunta Regionale n. 2113/2017).
Il Centro di III livello collabora con tutti i centri regionali anche al fine di promuovere attività di formazione del personale sanitario e di ricerca sulla patologia ovarica.

LE ASSOCIAZIONI

Il ruolo delle Associazioni delle/dei pazienti ha raggiunto da anni una maturità e una consapevolezza da poter partecipare attivamente alla programmazione regionale dei servizi sanitari. È ormai acquisito che un corretto coinvolgimento delle/dei pazienti nell'ambito delle reti clinico-assistenziali contribuisce a migliorare la qualità dei servizi resi alla popolazione.

Per questo motivo, sono da tempo nate Associazioni per dare voce alle donne colpite da neoplasia ovarica, sulla base di tre pilastri strategici:

- attività di sensibilizzazione e consapevolezza della patologia perché l'informazione è la prima forma di prevenzione secondaria. I sintomi aspecifici della malattia, la rendono difficilmente diagnosticabile ma alcune semplici pratiche, in attesa di uno strumento di screening, possono favorevolmente contribuire a una diagnosi precoce;
- attività di supporto alle donne colpite e alle loro famiglie perché è fondamentale il supporto psicologico e tutte le pratiche di accompagnamento ai percorsi di cura;

- attività di promozione della ricerca scientifica sulla neoplasia.

Nella definizione del percorso diagnostico-terapeutico di questa patologia, le pazienti ritengono importante che le organizzazioni sanitarie si impegnino ad assicurare prioritariamente alcuni snodi che garantiscano:

- l'effettuazione del trattamento chirurgico in centri di riferimento specializzati, in considerazione dell'impatto prognostico di una chirurgia ottimale;
- un approccio diagnostico dedicato (anatomopatologico, biomolecolare), in modo da progredire ulteriormente nella identificazione delle diverse tipologie del tumore ovarico e, di conseguenza, di sviluppare cure sempre più specifiche ed efficaci;
- la conferma del percorso genetico (test BRCA) alle donne operate di tumore ovarico eleggibili per consentire la sollecita applicazione delle nuove terapie mirate e l'eventuale percorso di sorveglianza per i familiari;
- lo sviluppo di un percorso formativo specifico per i medici di medicina generale, spesso primi ad intercettare la paziente durante le prime fasi della diagnosi;
- la presa in carico per la diagnosi precoce e il trattamento del linfedema degli arti inferiori.

Queste tematiche vanno recepite nell'elaborazione dei percorsi assistenziali a livello regionale e locale, affinché il disegno della rete dei servizi sia più rispondente alle esigenze delle donne che si trovano a vivere un'esperienza così complessa e dolorosa.



SALUTE.REGIONE.EMILIA-ROMAGNA.IT



Loto

Uniti contro
il tumore ovarico
ONLUS