

SULL'ONDA della SALUTE

2021



Fondazione
onda

Osservatorio nazionale sulla salute
della donna e di genere



**Oncologia in rosa:
prevenzione e cura dei principali
tumori ginecologici**



ONDA - CHI SIAMO

Un Osservatorio che dal 2006 promuove la medicina di genere* a livello istituzionale, scientifico, sanitario-assistenziale e sociale con l'obiettivo di sostenere, tutelare e migliorare la salute delle donne secondo un approccio *life-course*, declinando attività e progetti sulla base delle specifiche esigenze dei diversi cicli vitali femminili.

Dal 2018 focus anche sulla salute maschile e della coppia.

Per conoscere i progetti e scaricare i materiali informativi:

www.ondaosservatorio.it

Dal 2007 vengono segnalati e premiati gli ospedali che promuovono servizi e percorsi diagnostico-terapeutici "a misura di donna". Per conoscere le strutture con i Bollini Rosa e le iniziative per avvicinare la popolazione alle cure attraverso servizi gratuiti e per lasciare un commento sulla propria esperienza:

www.bollinirosa.it

Dal 2016 vengono segnalate e premiate le strutture residenziali sanitario-assistenziali dedicate alle persone anziane non autosufficienti (RSA) che promuovono una gestione personalizzata e umana degli ospiti. Per conoscere le strutture con i Bollini RosaArgento e le iniziative promosse per i famigliari dei pazienti ricoverati e per lasciare un commento sulla propria esperienza:

www.bollinirosargento.it

* La medicina di genere (più correttamente genere-specifica) studia i meccanismi attraverso i quali le differenze legate al genere maschile/femminile influiscono sullo stato di salute, sull'impatto dei fattori di rischio, sull'insorgenza, sul decorso e sulla prognosi delle malattie, nonché sugli effetti – in termini di efficacia e sicurezza – delle terapie. Gli uomini e le donne, infatti, pur essendo soggetti alle medesime patologie, presentano sintomi, progressione delle malattie e risposta ai trattamenti molto diversi tra loro: da qui la necessità di adottare un approccio orientato al genere in tutte le aree mediche.

INDICE

Introduzione

1. Tumori ginecologici: aspetti generali 06

- 1.1. I principali tumori dell'apparato riproduttivo femminile
- 1.2. I fattori di rischio
- 1.3. I sintomi

2. Dalla prevenzione alla cura per una migliore qualità della vita 10

- 2.1. Prevenzione primaria: buone abitudini quotidiane e non solo
- 2.2. Prevenzione secondaria: l'importanza della diagnosi precoce
- 2.3. Strategie di cura

3. Focus sul tumore dell'ovaio 15

- 3.1. Perché è insidioso
- 3.2. Cosa è importante sapere
- 3.3. Nuove opportunità diagnostiche e terapeutiche

INTRODUZIONE

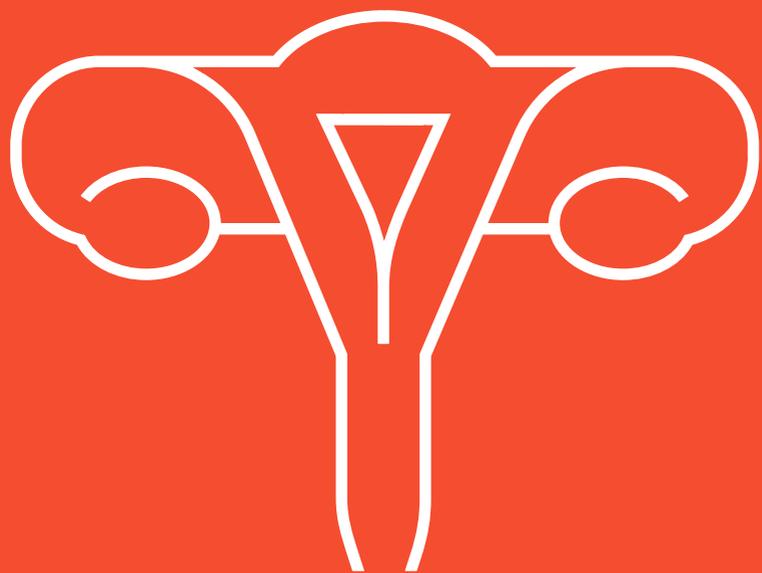
La prevenzione, attività strategica nell'ambito della salute pubblica, si divide in prevenzione primaria, che ha lo scopo di impedire l'insorgenza delle malattie in soggetti sani attraverso l'adozione di norme comportamentali che riducono il rischio di ammalarsi, e in prevenzione secondaria che ha come obiettivo la diagnosi precoce in soggetti "già malati in fase iniziale" o ad alto rischio per ottenere la guarigione, impedire l'insorgenza di complicanze o la progressione della malattia.

Il protrarsi dell'emergenza sanitaria e sociale correlata alla pandemia da Covid-19 ha avuto, purtroppo, gravi conseguenze anche sulla prevenzione. La nostra quotidianità è stata improvvisamente stravolta e questo ha reso assai più difficile osservare le "buone" abitudini quotidiane, basate su alimentazione sana, attività fisica e corretta igiene del sonno. Inoltre molti controlli clinici, esami diagnostici e di screening non sono stati eseguiti causa la congestione degli ospedali e la sospensione di numerose attività ambulatoriali.

È importante non abbandonare la prevenzione. Questa pubblicazione focalizza, in particolare, l'attenzione sui principali tumori ginecologici che colpiscono utero e ovaie; l'obiettivo è dare alle donne le informazioni necessarie per maturare un'adeguata consapevolezza e renderle proattive rispetto all'intercettazione tempestiva di possibili campanelli di allarme e alla programmazione regolare dei controlli ginecologici. Nell'ambito della ginecologia oncologica, il tumore ovarico resta il più insidioso perché spesso si manifesta con sintomi aspecifici e comuni a molte altre patologie che coinvolgono altri organi addominali e perché ad oggi non esistono strategie di screening capaci di intercettare la malattia in una fase precoce.

Negli ultimi anni, però, grazie allo sviluppo delle terapie cosiddette "target", cioè mirate a specifici bersagli molecolari, è stato possibile migliorare significativamente la prognosi della malattia e, di conseguenza, la qualità della vita delle pazienti.

Francesca Merzagora
Presidente Fondazione Onda



1.

Tumori ginecologici: aspetti generali

1.1. I PRINCIPALI TUMORI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE

I tumori ginecologici colpiscono l'apparato riproduttivo femminile; i più frequenti interessano l'utero e le ovaie. I tumori dell'utero possono interessare la parte inferiore, il collo (tumori della cervice uterina), o il corpo (tumori dell'endometrio).

Le forme eredo-familiari compaiono più frequentemente in donne più giovani. Da sottolineare come non sia disponibile un vero programma di screening come per il tumore della cervice uterina e come sia difficile la diagnosi precoce di malattia in relazione a sintomi poco specifici.

Il **tumore endometriale** è la neoplasia ginecologica più frequente e in genere si manifesta in postmenopausa, rappresentando la terza neoplasia più diffusa nella popolazione femminile nella fascia di età 50-69 anni.

Il **tumore della cervice uterina** colpisce maggiormente le donne tra i 55 e i 65 anni, tuttavia non sono rari i casi in età più giovane. L'incidenza di questa neoplasia è stata abbattuta nei paesi industrializzati grazie all'introduzione del PAP test che consente di identificare alterazioni cellulari in epoca precoce, prima della loro evoluzione in carcinoma invasivo.

Il **tumore ovarico** occupa il decimo posto tra tutti i tumori femminili e il primo per mortalità tra quelli ginecologici; si manifesta tipicamente dopo la menopausa e la maggior parte dei casi dopo i 50 anni.



Nuove diagnosi/anno



Tumore endometrio	+8300
Tumore cervice uterina	+2400
Tumore ovaio	+5200



1.2 I FATTORI DI RISCHIO

I tumori sono malattie cosiddette multifattoriali, poiché più fattori (eredo-familiari, ormonali, ambientali, sociali, comportamentali...) concorrono nell'insorgenza della malattia. Per alcuni tumori sono stati evidenziati specifici fattori di rischio che è importante conoscere per attuare le migliori strategie preventive.

I principali fattori di rischio per il **tumore dell'endometrio** sono: condizioni associate a iperestrogenismo (ad esempio sindrome dell'ovaio policistico, terapia ormonale con estrogeni per lunghi periodi non associati a progesterone, tumori dell'ovaio che producono estrogeni), obesità, menopausa tardiva o menarca precoce, nulliparità, diabete, utilizzo prolungato di tamoxifene in pazienti operate per carcinoma mammario, sindrome di Lynch (sindrome familiare in cui si verificano, con maggior frequenza, tumori di vario genere tra cui del colon e dell'endometrio).

L'infezione da Papilloma Virus Umano (HPV) rappresenta il fattore di rischio più importante associato al **tumore della cervice uterina**. Si tratta di una infezione a trasmissione sessuale molto comune, pertanto avere più partner (o un partner sessualmente promiscuo) o rapporti sessuali in età precoce aumentano significativamente la probabilità di contrarre tale infezione. Esistono molti ceppi del vi-

rus HPV, due dei quali (HPV 16 e 18) sono responsabili da soli del 70% dei casi di cancro della cervice uterina. La maggioranza delle infezioni si risolve spontaneamente, solo poche persistono nel tempo e possono determinare lo sviluppo di lesioni precancerose. Oltre all'infezione da HPV altri fattori predisponenti possono intervenire, seppure in misura inferiore, nell'insorgenza del tumore: il fumo di sigaretta e altre malattie sessualmente trasmesse, come le infezioni da *Chlamydia* o da Herpes Virus.

Le condizioni di rischio maggiormente associate allo sviluppo del **tumore ovarico** sono rappresentate da fattori ormonali correlati all'anamnesi ginecologica e alla storia riproduttiva (menarca precoce, menopausa tardiva, nulliparità, infertilità, prima gravidanza dopo i 35 anni, endometriosi) e fattori eredo-familiari (storia familiare positiva per carcinoma ovarico o pregresso tumore colon-rettale, endometriale o mammario, presenza di alterazioni genetiche). Nel 15-20% circa dei casi il tumore ovarico è associato alla presenza di mutazione a carico dei geni BRCA (BRCA1 e BRCA2). Sono chiamati in causa anche fattori ambientali (esposizione all'asbesto, al talco e all'alcool) e alimentari (dieta ricca di grassi animali, sovrappeso e obesità).

1.3. I SINTOMI

Il sintomo più frequente del **tumore dell'endometrio** è il sanguinamento vaginale in postmenopausa o in età fertile nel periodo intermestruale. Si tratta di una manifestazione presente in oltre il 90% dei casi e che consente una diagnosi precoce di malattia: è importante sottolineare come il 70% dei tumori endometriali venga diagnosticato quando la lesione è ancora confinata all'utero.

Il **tumore della cervice uterina** è spesso asintomatico, soprattutto nelle fasi iniziali. Segnale tipico è il sanguinamento va-

ginale che, in fase avanzata, può essere accompagnato da dolore pelvico spontaneo e/o durante rapporti sessuali. La comparsa di secrezioni vaginali anomale può essere un'altra manifestazione della neoplasia. Nella maggior parte dei casi, come verrà spiegato nel capitolo successivo, questo tumore viene diagnosticato in assenza di sintomatologia, grazie all'utilizzo di validati strumenti di screening.

Il **tumore dell'ovaio** rimane silente a lungo e le eventuali manifestazioni cliniche sono aspecifiche e tardive (saranno approfondite nel terzo capitolo).

Campanelli d'allarme



Tumore endometrio

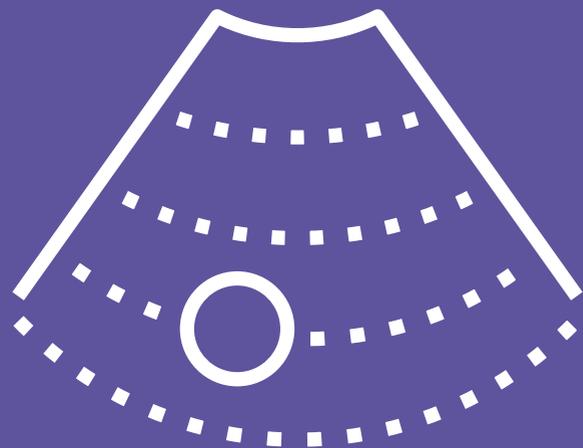
Si: Sanguinamento vaginale anomalo

Tumore cervice uterina

No: assenza di sintomi precoci

Tumore ovaio

No: assenza di sintomi precoci



2.

**Dalla
prevenzione
alla cura per una
migliore qualità
della vita**

2.1. PREVENZIONE PRIMARIA: BUONE ABITUDINI QUOTIDIANE E NON SOLO

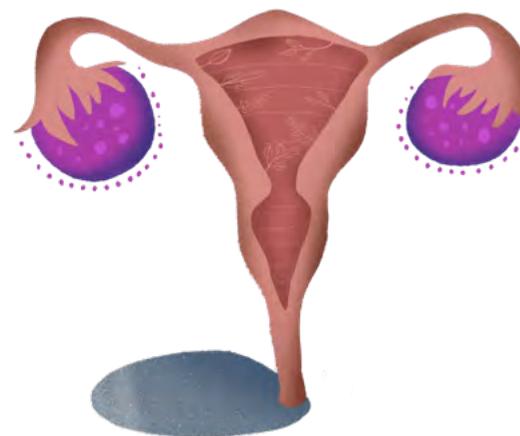
Uno stile di vita sano e dinamico rappresenta una efficace strategia preventiva verso le malattie croniche, tra cui anche i tumori.

La nostra **dieta mediterranea**, ricca di ortaggi, frutta, cereali, legumi, pesce azzurro e olio extravergine di oliva rappresenta un programma alimentare ottimale che, associato a **esercizio fisico regolare**, consente di mantenere un peso corporeo adeguato. Il sovrappeso e l'obesità, come precedentemente riportato, rappresentano fattori di rischio per lo sviluppo dei tumori in quanto il tessuto adiposo (cioè il grasso) in eccesso è sede di produzione di sostanze infiammatorie e ormonali che favoriscono la trasformazione cancerosa delle cellule.

Si raccomanda, inoltre, di utilizzare il **profilattico** durante i rapporti sessuali occasionali allo scopo di prevenire le infezioni a trasmissione sessuale, tra cui quella da **HPV**. Il profilattico riduce il rischio di contagio da HPV, ma non lo annulla (essendo possibile la trasmissione diretta per contatto cutaneo).

Per tale infezione disponiamo, da alcuni anni, di un prezioso strumento di prevenzione primaria: il **vaccino anti-HPV** che induce una risposta immunitaria efficace attraverso la produzione di anticorpi specifici. L'infezione da HPV è molto diffusa e viene facilmente acquisita, per questo motivo è consigliabile somministrare il vaccino prima dell'inizio dell'attività sessuale; l'aver già avuto rapporti sessuali precedenti non rappresenta una controindicazione alla vaccinazione. Ad oggi, in Italia, il vaccino è raccomandato e offerto gratuitamente a tutte le ragazze e i ragazzi nel corso del 12° anno di età.

Anche il **fumo di sigaretta** è stato associato al carcinoma della cervice uterina; questo rappresenta un ulteriore motivo per abbandonare un'abitudine che è molto dannosa e sempre più diffusa tra le donne e che crea problemi anche per quanto riguarda la fertilità.



2.2. PREVENZIONE SECONDARIA: L'IMPORTANZA DELLA DIAGNOSI PRECOCE

La diagnosi precoce consente di evidenziare il tumore in fase iniziale, talvolta prima della comparsa dei sintomi; offre quindi il vantaggio straordinario di "giocare d'anticipo", consente di iniziare le cure prima che il danno si aggravi, aumenta le possibilità di cura e di guarigione e rende inoltre possibile l'esecuzione di interventi meno invasivi con impatto favorevole sulla qualità della vita.

Come già indicato, il **tumore endometriale** si manifesta tipicamente in stadio iniziale con sanguinamenti anche di minima entità in post-menopausa che non dovrebbero essere presenti in questo periodo della vita. Sebbene la maggior parte dei sanguinamenti in menopausa sia dovuta a fenomeni fisiologici (atrofia endometriale) o a patologie benigne (polipi, iperplasia semplice), è sempre opportuno richiedere un'immediata valutazione ginecologica.

Per il **tumore della cervice uterina**, la diagnosi precoce rappresenta la strategia più efficace in termini di diagnosi e cura: la diffusione dei programmi di screening con il PAP test, a cui in epoca più recente si è aggiunto il test di ricerca del DNA virale per HPV, ha consentito di ridurre drasticamente incidenza e mortalità di tale neoplasia. La possibilità di diagnosticare e asportare molto precocemente

le lesioni precancerose (attenzione: occorrono molti anni perché le alterazioni cellulari si trasformino in tumore invasivo) costituisce il punto di forza della prevenzione secondaria di questa neoplasia. Come già sottolineato, ciò consente di porre diagnosi in assenza di sintomi.

Ad oggi non disponiamo di test di screening che ci consentano di porre diagnosi precoce di **tumore dell'ovaio**, è pertanto importante conoscere i fattori di rischio, primo fra tutti la familiarità per tumore prevalentemente alla mammella e all'ovaio, in molti casi associata ad una mutazione dei geni BRCA1 o BRCA2 e i possibili "campanelli di allarme" da segnalare al proprio ginecologo che valuterà la necessità di effettuare eventuali approfondimenti diagnostici.

La visita annuale ginecologica associata a ecografia transvaginale rappresenta un appuntamento importante nell'agenda della prevenzione femminile e, nel caso di insorgenza di sintomi (secrezioni vaginali anomale, sanguinamenti vaginali intermestruali in età fertile o in post-menopausa, dolore durante i rapporti sessuali o dolore pelvico spontaneo...) dovrà essere anticipata. L'ecografia transvaginale (tramite inserimento di una piccola sonda ecografica in

vagina) rappresenta un esame poco invasivo e non doloroso che consente di studiare ovaia, utero e annessi, completando l'esame clinico.

Il PAP test, che individua le lesioni precancerose cervicali, viene consigliato tradizionalmente una volta all'anno dai ginecologi e, nell'ambito del programma di screening, è offerto gratuitamente, ogni tre anni, a tutte le donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni. Il PAP test trova indicazione anche nelle donne che sono state vaccinate, poiché il vaccino previene la maggior parte dei casi di tumore della cervice uterina, ma non la totalità.

Il test HPV (eseguito nella stessa modalità del PAP test) identifica l'eventuale presenza del DNA dell'HPV nelle cellule cervicali. Ha una sensibilità maggiore rispetto al PAP test, poiché risulta più efficace nel predire la possibilità di sviluppare lesioni che potrebbero esitare in tumore, ma è meno specifico, identificando anche infezioni che potrebbero regredire spontaneamente. Ed è per questo che il test viene utilizzato nelle donne di età superiore ai 30 anni; nelle donne di età inferiore, le infezioni da HPV sono molto frequenti ma raramente evolvono in tumore.

Il **test HPV** trova indicazione in presenza di alterazioni cellulari aspecifiche eviden-

ziate al PAP test e può essere utilizzato in associazione con questo. Le donne che risultano negative al test HPV e al PAP test hanno un rischio pressoché nullo di sviluppare il tumore al collo dell'utero e possono pertanto ridurre la frequenza dei test di screening.

La combinazione di PAP test e HPV test fornisce, pertanto, una maggior tranquillità rispetto al solo PAP test, ma è sempre opportuno concordare con il proprio medico di fiducia la periodicità di esecuzione dei controlli clinici, degli esami di laboratorio e strumentali, in relazione alla propria storia clinica, personale e familiare.





2.3. STRATEGIE DI CURA

Lo stadio di malattia si basa sulle dimensioni del tumore, sull'eventuale coinvolgimento di linfonodi regionali e di organi vicini e sull'eventuale presenza di malattia localizzata a distanza. In relazione alla stadiazione del tumore verranno scelti i trattamenti ritenuti più adeguati.

Le strategie terapeutiche nel trattamento dei tumori ginecologici comprendono la chirurgia, la chemioterapia e la radioterapia.

La **chirurgia**, quando indicata, può avere diversi obiettivi: porre la diagnosi istologica di malattia, rimuovere la massa tumorale e definire lo stadio di crescita e diffusione della malattia.

La **chemioterapia**, che consiste nella somministrazione di uno o più farmaci anti-tumorali, può essere utilizzata prima dell'intervento chirurgico per ridurre le dimensioni del tumore (neoadiuvante) o dopo l'intervento (adiuvante). Nelle fasi avanzate di malattia la chemioterapia ha l'obiettivo di curare la malattia e controllare i sintomi al fine di migliorare la qualità della vita delle pazienti.

La **radioterapia** (che può essere combinata alla chemioterapia) trova indicazione nel trattamento dei tumori dell'endometrio e della cervice uterina e utilizza

radiazioni ionizzanti dirette contro il tessuto neoplastico. Per la radioterapia possono essere impiegati apparecchi esterni oppure la sorgente di radiazioni può essere all'interno o vicino alla zona da trattare (brachiterapia). La radioterapia può essere utilizzata a scopo adiuvante dopo la chirurgia e, in associazione alla chemioterapia in casi selezionati, può sostituire la chirurgia stessa.

È importante rivolgersi a strutture specializzate in cui siano presenti tutte le figure professionali necessarie a garantire un approccio multidisciplinare (ginecologo oncologo, oncologo medico, anatomopatologo, radiologo, radioterapista, genetista) e che abbiano maturato un'ampia esperienza sul campo definita proprio dalla numerosità degli interventi chirurgici eseguiti.

Anche per il trattamento delle neoplasie ginecologiche sono stati definiti **programmi terapeutici standard** a livello nazionale ed internazionale, personalizzati sulla base delle caratteristiche cliniche della paziente e biologiche del tumore. Sono anche presenti **studi sperimentali** che rientrano nell'attività di ricerca con l'obiettivo di migliorare le possibilità di cura.

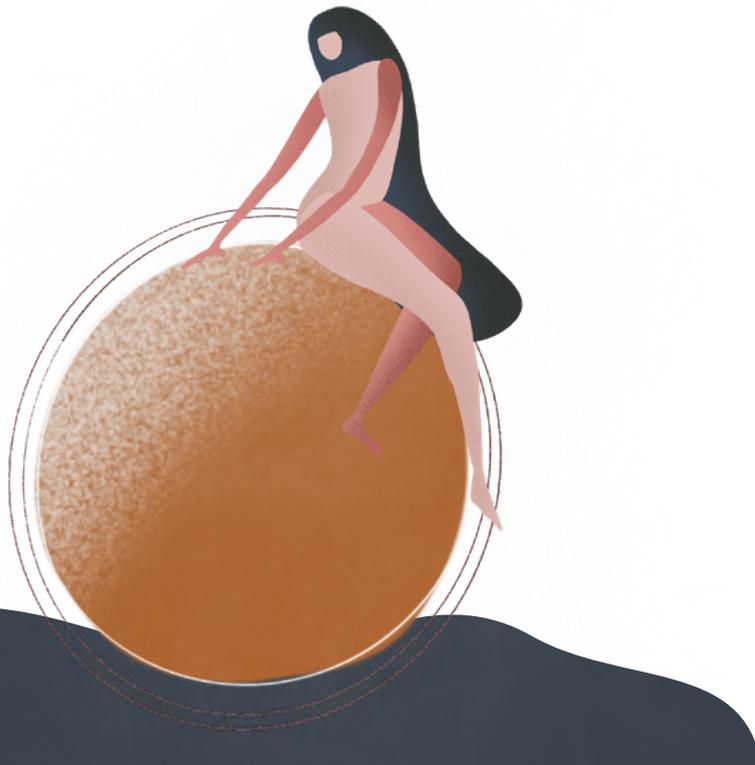


3.

Focus sul tumore dell'ovaio

3.1. PERCHÉ È INSIDIOSO

Il tumore ovarico viene considerato ancora oggi uno dei “big killer” tra le neoplasie ginecologiche. L'elevata mortalità che connota questo tumore è attribuibile alla sua **aggressività biologica** intrinseca, alla **mancanza di una sintomatologia specifica e precoce** nonché **all'assenza di strumenti di screening affidabili** che consentano di formulare tempestivamente una diagnosi (ad eccezione delle forme eredo-familiari associate alle alterazioni dei geni BRCA1 e BRCA2). La maggior parte delle pazienti (75-80%) presenta, infatti, al momento della diagnosi una malattia in fase avanzata.



3.2. COSA È IMPORTANTE SAPERE

Come già spiegato, il tumore dell'ovaio è una malattia subdola e tende a restare **silente per lungo tempo**.

Le manifestazioni più frequentemente riscontrate sono: aumento di volume dell'addome, dolore addominale persistente, senso di pienezza allo stomaco anche a digiuno o dopo pasti leggeri, nausea, stipsi e talvolta diarrea. Tale sintomatologia è poco specifica e può essere ascrivibile a disturbi gastrointestinali per cui viene spesso sottovalutata. L'insorgenza e la persistenza di questi sintomi devono indurre a rivolgersi al proprio medico per opportuna valutazione.

Non potendo contare su test di screening e strumenti di diagnosi precoce, è importante che le donne imparino a cogliere **piccoli ma preziosi segnali** e che si sottopongano a **regolare controllo specialistico ginecologico** (clinico ed ecografico) per poter intervenire il più tempestivamente possibile, e a non sottovalutarle la propria storia familiare specie in presenza di casi di tumori alla mammella e/o all'ovaio in altri membri della famiglia.

Un intervento precoce può cambiare in modo significativo la storia evolutiva del tumore e la sua prognosi. Il tumore insorge e cresce nell'ovaio ma tende poi

ad “invadere” le strutture vicine a livello addomino-pelvico (peritoneo) e successivamente può dare metastasi a distanza (ad esempio fegato, polmone).

La diagnosi di tumore ovarico viene effettuata, nella maggioranza dei casi, da un esame obiettivo ginecologico associato a ecografia transvaginale; ulteriori accertamenti includono il dosaggio dei marcatori (come CA125 e HE4) e indagini strumentali diagnostico-stadiative (TAC e, se necessario, PET).

Il 15-20% dei tumori ovarici epiteliali sono di **origine genetico-ereditaria**, causati cioè da mutazioni genetiche (geni BRCA1 e BRCA2) trasmesse dai genitori ai figli. La presenza di mutazioni a carico di que-



sti geni aumenta il rischio di sviluppare un tumore al seno e/o all'ovaio rispetto alla popolazione generale.

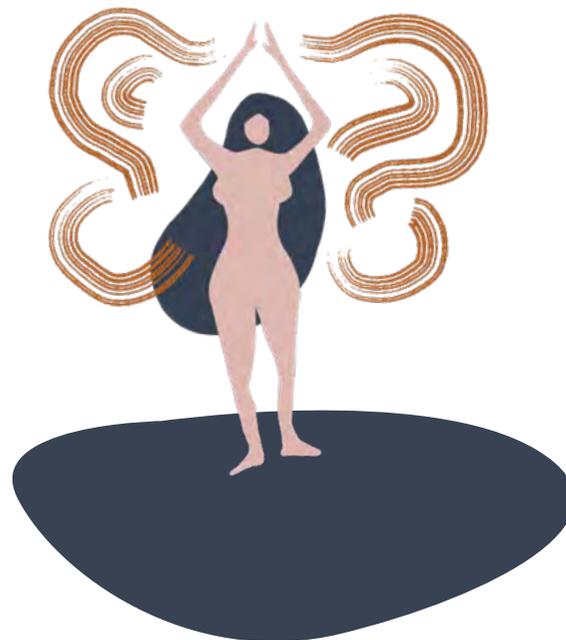
In relazione a questo e alla registrazione di nuovi farmaci "a bersaglio molecolare" di cui parleremo più avanti, le più recenti linee guida nazionali ed internazionali consigliano di inviare **tutte le pazienti affette da tumore ovarico (con istologia sieroso ad alto grado ed endometriode) a test genetico BRCA1/2** da effettuare su sangue e se possibile su tessuto tumorale.

Inoltre, le donne sane con **storia familiare positiva per tumore ovarico e/o mammario** possono essere indirizzate a **consulenza genetica** e, se ritenuto indicato, a successivo **test per la ricerca di mutazioni a carico dei geni BRCA 1 e BRCA2** da effettuare su sangue (test germinale) e se possibile su tessuto tumorale (test somatico).

Le donne sane (e gli uomini) con storia familiare **positiva per tumore ovarico e/o mammario** devono essere indirizzate a **consulenza genetica** e, se ritenuto indicato, a successivo **test per la ricerca di mutazioni a carico dei geni BRCA 1 e BRCA2**: le donne con mutazione del gene BRCA1 hanno circa il 60% di probabilità di sviluppare un tumore mammario e/o un tumore ovarico nell'arco della loro vita; in

presenza di mutazione di BRCA2 le percentuali sono simili per quanto riguarda il tumore mammario mentre la probabilità di sviluppare tumore dell'ovaio è circa il 20%.

Uno degli obiettivi del **test BRCA** è, quindi, individuare le donne ad alto rischio di sviluppare un tumore della mammella e/o dell'ovaio e di offrire loro programmi mirati di sorveglianza attiva con periodicità diverse rispetto alla popolazione generale e interventi di Chirurgia di riduzione del rischio (mastectomia e annessi-tomia profilattica).



3.3. NUOVE OPPORTUNITÀ DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE

Il percorso diagnostico-terapeutico del tumore ovarico deve essere effettuato presso centri specializzati e addestrati nel gestire, con **approccio multidisciplinare**, tutte le complessità di questa patologia, connotata da grande eterogeneità biologica.

Come già accennato, il trattamento standard del tumore ovarico prevede una **chirurgia** effettuata da equipe dedicata e un **trattamento chemioterapico**. Negli ultimi anni sono stati introdotti **nuovi farmaci "biologici" e farmaci cosiddetti "target"** (o "a bersaglio molecolare"), impiegati in associazione alla chemioterapia e/o come terapia di mantenimento, che agiscono verso specifici bersagli identificati come particolarmente importanti nella crescita del tumore. Appartengono a questa categoria:

- **farmaci "antiangiogenetici"** che bloccano la formazione di nuovi vasi (angiogenesi) all'interno del tumore che favoriscono la sua crescita. La terapia antiangiogenetica aggredisce, quindi, la malattia bloccando i processi di sviluppo dei

vasi sanguigni di cui il tumore ha bisogno per proliferare e diffondersi;

- **inibitori di PARP** che inibiscono il sistema di riparazione del danno del singolo filamento di DNA (il sistema PARP). L'efficacia si realizza qualora sia presente una concomitante perdita della funzione dei meccanismi di riparazione del danno del doppio filamento di DNA, come avviene nelle **pazienti portatrici di mutazione BRCA1 o 2**: in questi tumori, i farmaci anti-PARP bloccano la riparazione del DNA e portano a morte le cellule neoplastiche. Il meccanismo selettivo di azione di questi farmaci, che colpisce le cellule tumorali e non quelle sane, consente di minimizzare il rischio di effetti collaterali.





Oggi sono disponibili **farmaci anti-PARP ad assunzione orale**: al beneficio clinico correlato all'efficacia terapeutica di queste molecole si associa il vantaggio della semplice modalità di assunzione che impatta positivamente sulla qualità della vita delle pazienti e, di conseguenza, dei loro familiari.

Il **rapporto medico paziente è parte integrante della cura e del decorso clinico della malattia**: è importante che la paziente venga adeguatamente edotta e attivamente coinvolta nelle scelte terapeutiche. Dovrà essere informata sui possibili effetti collaterali dei farmaci, sull'impatto del trattamento sulla sua qualità di

vita e sui benefici previsti della terapia proposta. Il medico dovrà tener conto nella scelta del trattamento dei desideri e delle necessità della paziente. Tutto ciò rientra a pieno titolo nella cosiddetta **personalizzazione e umanizzazione delle terapie**. Nella definizione del programma di cura, pertanto, l'obiettivo non può e non deve concentrarsi esclusivamente sulla lotta alla malattia ma deve sempre tener conto della **qualità di vita** e del **"valore" del tempo**. E sono proprio questi gli obiettivi delle Associazioni pazienti, nate per accogliere, indirizzare, sostenere e migliorare la qualità di vita delle donne ma anche delle loro famiglie attraverso campagne d'informazione, promozione di progetti di ricerca, condivisione di progetti e stimolo alle Istituzioni e alla Comunità Scientifica a fare sempre di più e sempre meglio.

Il percorso di cura è percorso di vita ed è un diritto della paziente poter **scegliere consapevolmente**, al di là di indicatori clinici e parametri biologici. Chi salva una donna, salva una famiglia.





Con il Patrocinio di

aBRCA dabra Onlus, Fondazione AIOM, LOTO, ROPI, SIGO, SIOG



Testi a cura di

Nicoletta Orthmann

Coordinatore medico-scientifico

Fondazione Onda, Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere

Si ringrazia per la supervisione scientifica

Serafina Mammoliti

Divisione Oncologia, IRCCS AOU San Martino, Genova

Progetto grafico e illustrazioni

Matteo Scarduelli - scarduellidesign.it





Progetto interamente sponsorizzato
da GSK – GlaxoSmithKline

