

Dai dati del questionario, compilato da oltre la metà dei Servizi del Piemonte, mi pare che si possa assicurare una risposta esauriente alle richieste dei clinici con alcune particolarità.

- i criteri della rete oncologica non sono completamente applicati per non completa educazione dei clinici
- la tipizzazione dei tumori ovarici (oltre alle “miriadi” di reazioni che si possono utilizzare, non sempre opportune) non dovrebbe mai prescindere, quando si sia concluso per una neoplasia a genesi ovarica, dall'eseguire una p53 e un WT1 e dall'utilizzo dell'indicazione di neoplasia maligna di tipo 1 e/o 2 (criteri di Prat e/o Crum)
- i tumori dell'endometrio abbisognano di poca ICC; importante la distinzione tra istotipo endometriode/non endometriode (p53); importante l'infiltrazione del miometrio anche su esame estemporaneo (congelatore); la discrepanza tra esame istologico estemporaneo/definitivo su istotipo /grading della neoplasia endometriale può porre dei problemi (possibile training/revisione ad hoc)
- per i tumori della cervice uterina, invasivi e preinvasivi, utilizzare l'ultima classificazione WHO e LAST. P16 solo nel 25% dei casi di lesione intraepiteliale (è in atto aggiornamento tra patologi sotto l'egida CPO)
- le check list diagnostiche sono universalmente utilizzate: spronare il patologo di riferimento ad utilizzarle
- per i casi di difficile diagnosi/interpretazione già da anni in ambito regionale (anche extra) è buona prassi chiedere “all'esperto” di una determinata patologia di rivedere il caso
- casi diagnosticati in sede diversa da quella definitiva/terapeutica buona prassi (come già discusso tempo fa con il dott. Bertetto) avere i vetrini della prima diagnosi
- su TAT un pietoso velo: purtroppo come sempre in Italia, e sicuramente il Piemonte non si smentisce, si comincia sempre dalla testa non valutando se le fondamenta riusciranno a reggere

Prof.ssa Anna SAPINO

Dott.ssa Nicoletta RAVARINO

Dott. Bruno GHIRINGHELLO