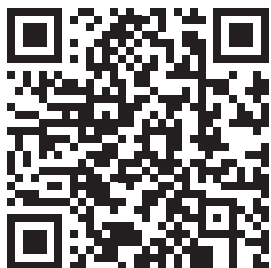




*Incontra
donna* Il pianeta
per la salute
del seno.

SCARICA L'APP
PIANETA SENO



www.frecciarosa.it

www.incontradonna.it
www.salute.gov.it
www.fsitaliane.it
www.farmindustria.it

Vademecum della salute 2020

FRECCIAROSA

LA PREVENZIONE VIAGGIA IN TRENO

10^a Edizione



www.frecciarosa.it



con il patrocinio di Presidenza del Consiglio dei Ministri

STILI DI VITA

IMPARIAMO A MANGIARE	8
PREVENZIONE DEL DIABETE	20
SINDROME METABOLICA	22
SEDENTARIETÀ E TUMORI	24
DANCE 4 ONCOLOGY	27

PREVENZIONE ONCOLOGICA

COVID E ONCOLOGIA	29
MAMMELLA	33
PROTESI	40
TUMORE DEL SENO METASTATICO	43
OVAIO	46
EREDITARIETÀ	50
HPV – PAPILLOMA VIRUS	54
LETTERA PER I GENITORI	60
COLON	62
POLMONE	66
STOMACO	69
RENE, VESCICA, TESTICOLI	72
CUTE	78
MEDICINA PERSONALIZZATA	84
CENNI DI IMMUNOTERAPIA	87
PSICONCOLOGIA	88
DIRITTI DEL MALATO ONCOLOGICO	91

HANNO COLLABORATO

Bruno Annibale
Gastroenterologo
A.O.U. Sant'Andrea - Sapienza Roma

Giordano Beretta
Oncologo
Presidente AIOM

Adriana Bonifacino
Senologa Oncologa
A.O.U. Sant'Andrea - Sapienza Roma

Andrea Botticelli
Oncologo
Pol. Umberto I - Sapienza Roma

Elena Campione
Dermatologa
Pol. Univ. Tor Vergata - Roma

Carlo Capalbo
Oncologo
A.O.U. Sant'Andrea - Sapienza Roma

Saverio Cinieri
Oncologo
Presidente Eletto AIOM

Alessandro Ciriello
Chef

Vito D. Corleto
Gastroenterologo
A.O.U. Sant'Andrea - Sapienza Roma

Anna Costantini
Psiconcologa
A.O.U. Sant'Andrea - Sapienza Roma

Emilio Di Giulio
Gastroenterolo
A.O.U. Sant'Andrea - Sapienza Roma

Massimo Di Maio
Oncologo
Segretario Nazionale AIOM

Alessandro Ghelardi
Ginecologo
Osp. Civile Apuane - NOA - Massa

Elisabetta Iannelli
Avvocato
AlMaC

Paolo Marchetti
Oncologo
Pol. Umberto I - Sapienza Roma

Marcella Marletta
Docente Università Cattolica del Sacro Cuore
Roma

Silvia Novello
Oncologo
S. Luigi Orbassano Univ. Torino

Jacopo Pagani
Pediatria
A.O.U. Sant'Andrea - Sapienza Roma

Maria Piane
Genetista
A.O.U. Sant'Andrea - Sapienza Roma

Giuseppe Pugliese
Endocrinologo
A.O.U. Sant'Andrea - Sapienza Roma

Antonio Russo
Oncologo
Tesoriere AIOM

Giusy Scandurra
Ginecologa Oncologa
Ospedale Cannizzaro - Catania

Alberto Villani
Pediatria
Osp. Bambino Gesù - Roma

Massimo Zaccagnini
Urologo
Ospedale S. G. C. Fatebenefratelli - Roma

Il progetto Frecciarosa 2020 è stato realizzato
con il supporto non condizionante di:



Con il patrocinio di





CARE AMICHE E CARI AMICI,

in questi mesi tutti noi abbiamo compreso a fondo l'importanza di assumere comportamenti responsabili e abbiamo maturato la piena consapevolezza che il nostro Servizio Sanitario Nazionale riveste un valore fondamentale per la collettività.

Il ritorno sui nostri treni del **Vademecum della Salute per il Frecciarosa del 2020**, realizzato dall'Associazione *IncontraDonna*, in collaborazione con il Ministero della Salute e le Ferrovie dello Stato, che ho il piacere di presentare, è il segnale tangibile di un sistema salute che si prende cura delle sue cittadine e dei suoi cittadini.

Questa utile guida ci ricorda che la prevenzione è la medicina più efficace che abbiamo per contrastare l'insorgenza di alcune patologie, sia adottando stili di vita corretti, sia sottoponendoci ai programmi di screening gratuiti offerti dalla nostra sanità territoriale.

L'impegno per la prevenzione in passato ha sofferto dei tagli operati ai danni del Servizio Sanitario Nazionale, ma con la chiusura di quella stagione siamo tornati ad investire e guardare al futuro con più fiducia.

Dobbiamo prenderci cura di tutti i nostri cittadini prima dell'insorgenza della malattia. Vogliamo costruire una sanità realmente "vicina" alle esigenze delle persone, ovunque risiedano, al Nord come al Sud.

Sono certo che troverete interessante questo **Vademecum**, frutto dell'impegno di un mondo dell'associazionismo e del volontariato che profonde energia e passione, al fianco dello Stato, per garantire il rispetto dell'articolo 32 della Costituzione e garantire la salute a tutti come diritto fondamentale dell'individuo.

Buon viaggio "virtuale" e buona prevenzione a tutti.

ROBERTO SPERANZA

Ministro della Salute



L'anno 2020 è stato decisamente sconvolto dalla pandemia causata dal virus covid-19.

Un virus che a livello nazionale e nel mondo ha cambiato radicalmente la nostra vita, le nostre relazioni sociali, la nostra economia, il nostro approccio alla salute e alla prevenzione.

Abbiamo trascorso in lockdown molti mesi del 2020, stiamo continuando a mantenere le giuste precauzioni osservando con criterio le regole, e speriamo di poterci giovare presto di un vaccino appropriato ed efficace. Ma è anche necessario riappropriarci della nostra vita e guardare alla nostra salute sotto un altro punto di vista.

La maggior parte delle Regioni, direi tutte, durante il lockdown hanno sospeso gli esami di screening, le vaccinazioni non obbligatorie, rallentamenti importanti si sono avuti in tutti gli ospedali di Italia. Questo certamente a causa della pandemia che ci ha colto di sorpresa, della paura del contagio, della tutela dei più fragili. Ma è tempo di riprendere il nostro corso di vita, rispettando le regole, e continuando a proteggere i più fragili, per età e per patologie.

Per questo motivo il Vademecum della Salute per il Frecciarosa del 2020 è impostato completamente sulla prevenzione primaria (alimentazione, attività fisica) e sulla prevenzione secondaria in termini di prevenzione oncologica: sarà consultabile online anche sulla piattaforma www.frecciarosa.it dove, per l'intero mese di ottobre offriremo gratuitamente teleconsulti con professionisti della medicina, webinar ed eventi con esperti.

Avremo nei prossimi anni a causa del covid, un numero più elevato di patologie oncologiche e una gestione più complessa delle stesse a causa del rilevamento delle patologie in uno stato più avanzato. Pertanto, se da una parte dobbiamo sollecitare le Istituzioni (e lo stiamo facendo anche come Associazione) a riprendere quanto prima una normalità negli screening, nella medicina del territorio e nell'abbattimento delle liste di attesa negli ospedali, dobbiamo, dall'altra, essere noi stessi responsabili in prima persona di una ripresa dei controlli, sollecitando opportunamente anche le ASL di appartenenza.

Molti cittadini durante il lockdown hanno aumentato il peso corporeo, hanno fatto più uso di zuccheri e carboidrati in generale, hanno svolto meno attività fisica. Ripartiamo nel nostro Vademecum proprio da qui, dagli stili di vita. E man mano attraversiamo il nostro corpo con le indagini più dirette al mondo femminile, ma con un occhio certamente anche alla prevenzione secondaria nell'uomo.

Vi auguro una buona lettura nell'attesa di poterVi presto riabbracciare di persona, con tutto il team di volontari di IncontraDonna, a bordo dei treni di Trenitalia (Gruppo Ferrovie dello Stato Italiane), che come sempre ringrazio per la ospitalità.

ADRIANA BONIFACINO
IncontraDonna, Presidente

IMPARIAMO A MANGIARE

J. Pagani

Le regole per una buona salute e una spesa intelligente



Quando si parla di alimentazione non si può prescindere dal concetto di prevenzione. Molte malattie sono prevenibili semplicemente agendo sulle nostre scelte alimentari.

Non esiste un cibo magico o uno schema alimentare garantito per curare o prevenire la patologia tumorale e molte malattie metaboliche, tuttavia è sempre più chiaro come **uno stile di vita corretto, associato ad una alimentazione sana e varia, possano fare una grande differenza nel ridurre il rischio di sviluppare malattie**, mentre comportamenti alimentari errati possano contribuire alla loro insorgenza.

UNA CORRETTA ALIMENTAZIONE È ESSENZIALE PER LA CRESCITA, LO SVILUPPO E IL BENESSERE DELL'ESSERE UMANO. MOLTI COMPORTAMENTI ALIMENTARI ERRATI CONTRIBUISCONO ALL'INSORGENZA DI MOLTE MALATTIE, CHE SAREBBERO, ALTRIMENTI, PREVENIBILI.

AD ESEMPIO, IL TIPO DI DIETA È UN FATTORE FONDAMENTALE IN CINQUE DELLE PRINCIPALI CAUSE DI MORTE NEL MONDO: MALATTIE CARDIACHE, TUMORE, ICTUS, DIABETE MELLITO E ATROSCLEROSI. INSIEME, QUESTE MALATTIE RAPPRESENTANO CIRCA IL 70% DI TUTTI I DECESSI NEI PAESI INDUSTRIALIZZATI. ECCO PERCHÉ È IMPORTANTE PARLARE DI ALIMENTAZIONE NON SOLO COME FONTE DI BENESSERE, MA ANCHE COME STRATEGIA DI PREVENZIONE DELLE MALATTIE.

Studi recenti hanno dimostrato come i geni siano controllati da segnali specifici, che provengono dall'ambiente nel quale si trovano le cellule del

nostro organismo fin dal momento del concepimento. Se intendiamo come "ambiente" il nostro stile di vita e la nostra alimentazione, possiamo comprendere come queste scoperte ci abbiano, nel tempo, insegnato come il "caso" non svolga alcun ruolo nello sviluppo di molte malattie e che, invece, abbiamo un motivo scientifico in più per concentrare la nostra attenzione sulla prevenzione dei tumori attraverso l'adozione di un corretto stile di vita (fare attività fisica quotidiana, non fumare, moderare il consumo di alcool o, ancor meglio, evitarlo soprattutto nei giovani) e attraverso una alimentazione sana ed equilibrata.

Questo può essere realizzato evitando diete scorrette o improvvisate e preferendo quelle varie ed equilibrate, così contribuendo a proteggere meglio la nostra salute e ad aumentare la nostra capacità di prevenire molti tumori e altre malattie croniche non trasmissibili.

Chi ben comincia è già a metà dell'opera



Sappiamo che l'ambiente è capace di "programmare", in senso positivo o negativo, il nostro DNA fin dai primi momenti della nostra vita.

Ma vi è di più; secondo l'ipotesi di **programmazione fetale**, postulata dal ricercatore britannico David Barker, sarebbe la carenza di nutrienti in epoche **precoci della vita** (come già nel tempo passato nella pancia della mamma) a svolgere un ruolo fondamentale nel "programmare" numerose funzioni di organi e apparati, tanto che il paradigma di Ludwig Feuerbach "**Siamo ciò che mangiamo**" potrebbe essere cambiato, se tale ipotesi fosse confermata, in "Siamo ciò che nostra madre ha mangiato".

In ogni caso, **seguire una corretta alimentazione è importante da 0 a 100 anni**. Pensare al fatto che siamo giovani ed avremo tutta la vita davanti per correggere lo stile di vita dal punto di vista alimentare, risulta oltremodo sbagliato.

Tanto prima inizieremo ad alimentarci correttamente, tanto più forte sarà la nostra capacità di contrastare le malattie.

Darsi un metodo (da 0 a 100 anni)



Darsi un metodo vuol dire, quindi, gettare le basi di un'alimentazione sana fin dai primi giorni di vita del bambino, ma anche cambiare il nostro modo di sederci a tavola e apprezzare il cibo da adulti.

Anzitutto, non trascurate l'importanza dell'allattamento al seno nel neonato, poi la quantità e la qualità dei cibi, durante il periodo dello svezzamento. Se state per avere un bambino il vostro pediatra sarà un valido alleato per realizzare un'alimentazione corretta nei primi mille giorni di vita.

Da adulti e soprattutto da anziani poniamo, invece, l'attenzione alle caratteristiche nutrizionali e alla misura delle porzioni degli alimenti. Un metodo mentale mnemonico da portare sempre con noi ci aiuterà in qualsiasi situazione a comprendere se stiamo mangiando correttamente.

Se stiamo viaggiando verso Napoli e sappiamo che questa sera nel nostro piatto sarà impossibile evitare una meravigliosa pizza con cornicione alto, pomodoro, mozzarella di bufala, olio extravergine d'oliva, cercheremo a pranzo di stare più leggeri e ridurre il quantitativo di grassi e carboidrati a favore delle fibre, evitando sicuramente un panino mangiato "al volo" o un "comfort food" comprato velocemente al distributore della stazione prima di partire.

Un metodo mentale, molto semplice, è quello della regola del 7. Questo si fonda sul rispetto di sette principi nutrizionali di base: qualità e quantità dei 4 macro nutrienti essenziali (Proteine, Carboidrati, Grassi e Fibre), associato a 3 abitudini essenziali consistenti nel bere acqua ed eliminare il più possibile l'utilizzo di zuccheri e sale aggiunto.

LA REGOLA DEL 7



Carboidrati

Preferibilmente integrali



Proteine

Da evitare in grandi quantità



Grasso

Pochi e di qualità



Acqua

Non va mai dimenticata



Poco zuccherato



Poco salato



Fibre

Fibre a volontà rispettando la stagionalità

La regola del 7 in dettaglio

I Carboidrati

I **carboidrati** devono rappresentare il 55-60% delle calorie presenti sulla nostra tavola. Sono fondamentali per dare energia al nostro organismo e devono essere prevalentemente carboidrati complessi. Prediligiamo carboidrati come pane e pasta, possibilmente integrali, in quantità corrette rispetto al totale energetico della giornata.

Per dare un'idea: **80 grammi di pasta rappresentano una porzione ideale per un adulto normopeso mentre una porzione media di pane integrale corrisponde a circa 50 grammi.** Evitiamo gli zuccheri semplici, quelli contenuti nella frutta sono infatti più che sufficienti per soddisfare il nostro

fabbisogno giornaliero. **Facciamo particolare attenzione agli alimenti o bevande ricchi in zuccheri semplici (succhi di frutta, bevande gassate e zuccherate).** Via libera agli zuccheri semplici solo se pratichiamo uno sport, che prevede un grande sforzo fisico di breve durata.

Le Proteine

Devono rappresentare il 15-20% delle calorie presenti sulla nostra tavola: in generale, carne e pesce devono essere consumate in piccole quantità ed essere di qualità. Molti studi hanno stabilito un legame tra il rischio di tumore e il consumo eccessivo di carne trasformata. È importante variare le fonti animali di proteine tra pesce, pollo, tacchino, uova, coniglio, ecc.

OCCORRE SEGUIRE UN'ALIMENTAZIONE VARIA ED EQUILIBRATA E, COERENTEMENTE CON LA DIETA MEDITERRANEA, EVITARE L'ECESSIVO CONSUMO DI CARNE, PRESTANDO PARTICOLARE ATTENZIONE ALLE MODALITÀ DI PREPARAZIONE E COTTURA.

Le proteine, devono essere variate il più possibile tra animali e vegetali. Alternare correttamente pesce, carne e uova a proteine di origine vegetale come ceci, lenticchie, piselli e fagioli. I legumi non dovrebbero mai mancare sulla nostra tavola mentre il pesce andrebbe consumato almeno una volta nell'arco della settimana, meglio se più volte. In particolare, è da prediligere il pesce azzurro e di taglia piccola.

Nell'immaginario collettivo e in epoca di Fast Food, che propongono porzioni di Hamburger di 150-250 gm, una fettina di carne da 100 grammi può sembrare poca cosa, ma rappresenta una porzione abbondante in un adulto e sicuramente eccessiva per un bambino.

Quindi non è solo la frequenza con cui utilizzeremo le proteine di origine animale nell'arco della settimana da tenere sotto controllo, ma, soprattutto, la quantità complessiva che assumeremo nell'arco della giornata.

I Grassi

Devono rappresentare il 20-30% delle calorie giornaliere. Sono di fondamentale importanza per il corretto sviluppo del sistema neurologico, purché di qualità e utilizzati in modiche quantità. In Italia abbiamo la fortuna

di avere un grasso vegetale molto pregiato come l'olio extravergine di oliva (EVO), che deve rappresentare una delle fonti principali (anche se non esclusiva) degli acidi grassi assunti giornalmente.

NON TUTTI I GRASSI SONO UGUALI!

Evitate il cibo preparato con eccessive quantità di grassi saturi e grassi trans. Gli acidi grassi trans aumentano il rischio di malattie cardiovascolari e tumori; questi sono anche detti grassi idrogenati e si possono trovare in diversi alimenti in commercio. Grazie alle nuove tecnologie alimentari, sono in continua diminuzione e la loro presenza è riconoscibile in etichetta dei prodotti alimentari riportando la dicitura aggiuntiva «totalmente o parzialmente idrogenato».

Prima di partire per un viaggio prevedete come snack un frutto o un sacchetto di carote e finocchi già puliti aggiungendo qualche unità di frutta secca (noci, mandorle, nocciole, ecc): rappresentano una valida e gustosa alternativa agli alimenti con elevato introito calorico.

Le Fibre

Sia per gli adulti che per i bambini fibre a volontà. Ogni pasto dovrà prevedere la giusta quantità di frutta e verdure, che andranno variate per tipologia, e scelte in base alla stagionalità. È importante consumarne almeno 5 porzioni al giorno, per un totale di circa 600 grammi.

L'ideale sarebbe ripartire le quantità, suddividendole in 3 porzioni di verdura e 2 di frutta, escludendo le patate. Scegliete verdure fresche, biologiche, possibilmente a km 0. Sono ricche di nutrienti, noti come antiossidanti, che potenziano il sistema immunitario e aiutano a proteggere dalle cellule tumorali.

Zucchero, Sale e Acqua

Per dare sapore al cibo sostituiamo sale e zucchero con erbe e spezie che stimolano il sistema immunitario: cannella, aglio, zenzero e polvere di curry. L'abitudine che non deve mai abbandonarci è quella di bere l'acqua.

L'acqua è la base della vita e dobbiamo sempre tenere a mente la necessità di idratarci correttamente.

Prepara il tuo cibo in maniera salutare



Per la nostra salute, particolare importanza assumono anche la preparazione e la conservazione degli alimenti.

Ecco, dunque, alcuni suggerimenti che aiuteranno ad ottenere i maggiori vantaggi nutritivi e benefici dal mangiare e ridurre gli agenti da evitare, derivanti dalla cottura del cibo. In generale, bisogna ricordare che le verdure devono essere cotte poco, per preservarne al meglio i valori nutrizionali.

LE VERDURE TROPPO COTTE PERDONO MOLTE VITAMINE E MINERALI

Per questo, oltre a cuocere poco le verdure, dovremmo avere la buona abitudine di alternare, ogni giorno, alimenti crudi e cotti nell'ambito della nostra alimentazione.

Le cotture a bassa temperatura impediscono modificazioni nella struttura chimica del cibo e non innescano processi di degradazione, che possono formare sostanze nocive. Potete soffriggere l'olio EVO con aglio e del peperoncino per le verdure ad esempio, oppure far appassire in olio o, ancora, scegliere la cottura al forno, al cartoccio e la bollitura. Non dimenticate la cottura al vapore! Nell'immaginario collettivo è pensata come metodo da utilizzare solo nelle diete per la realizzazione di cibi insipidi; è invece capace di regalare pietanze gustose e sane.

Attenzione ai barbecue! La combustione e la carbonizzazione delle carni possono liberare sostanze cancerogene (es. idrocarburi policiclici aromatici - IPA). Se si sceglie di utilizzare il barbecue come mezzo di cottura, il consiglio è di alternarlo il più possibile ad altre modalità di cottura durante la settimana e fare attenzione a non cuocere troppo la carne. Infine, si ricorda di scegliere bene pentole e padelle. È molto importante

che quando il rivestimento antiaderente di una pentola o padella inizia a rovinarsi a causa di alcuni graffi, la pentola venga gettata via. Questo perché il rivestimento si sfalda e l'alluminio che viene liberato può essere pericoloso. Infine, usare sempre contenitori adatti al microonde per riscaldare o cuocere i cibi con questo strumento di cucina.

Per mantenere uno stile di vita sano e soprattutto una alimentazione sana in questi tempi di pandemia da Coronavirus (COVID-19) dove dobbiamo cercare di ridurre al minimo i viaggi verso il supermercato una pianificazione della nostra spesa può risultare molto utile.

Organizzare i nostri pasti cominciando dal pianificare una spesa intelligente



IL "LIMITE" SUGGERITO AL RICORSO AL SUPERMERCATO O AL NEGOZIO DI GENERI ALIMENTARI IN QUESTO PERIODO DI PANDEMIA DA COVID 19 PUÒ TRASFORMARSI IN UN'OCCASIONE PER MIGLIORARE LE NOSTRE ABITUDINI ALIMENTARI E SEGUIRE UN REGIME PIÙ SANO E VARIEGATO, PRESTANDO MAGGIORE ATTENZIONE ALLA PIANIFICAZIONE DELL'ALIMENTAZIONE SETTIMANALE.

Per una corretta pianificazione bisogna cercare come prima cosa di "visualizzare" cosa vorremo cucinare nei prossimi giorni. In questa ideale pianificazione non va trascurato il tempo a disposizione per la preparazione dei piatti; questo periodo di gestione familiare forzata a domicilio ci ha insegnato come conciliare le esigenze domestiche con il lavoro da svolgere da casa (Smart Working).

Pianificare e conciliare mentalmente tutte queste cose, ci permetterà di immaginare una serie di piatti magari semplici e di facile preparazione con alimenti freschi ed eviterà l'utilizzo di cibi precotti e surgelati da riscaldare nel microonde sicuramente molto meno salutari.

Oltre ai cibi precotti e surgelati, fate attenzione anche ai cibi in scatola, che sono senza dubbio comodi e pratici, ma contengono molto sale e additivi. Inoltre preparare un "lista della spesa" dettagliata può essere molto utile per ridurre acquisti di impulso!

Il metodo per compilare la "lista" dovrebbe essere quello di partire dai 3 pasti principali che, come 3 note, devono essere suonati insieme per comporre un'armoniosa melodia: colazione, pranzo e cena non possono essere sostituiti da pasti veloci e frugali, ma devono essere completi.

Come abbiamo visto il nostro corpo ha bisogno di proteine per rinnovare i tessuti; di carboidrati per disporre di energia; di grassi, indispensabili per mantenere giovane la pelle e il cervello, e per far comunicare al meglio le cellule tra di loro. Non basta, però, mangiare una pillola, 3 volte al giorno, in cui mescolare proteine, grassi e carboidrati, ma bisogna imparare a combinare insieme, secondo la regola del 7, gli alimenti per potenziarne gli effetti. Quindi, volendo pensare ad una lista della spesa per 5 giorni iniziate a pensare agli alimenti necessari per 5 colazioni:

Per colazione prevedete uno yogurt naturale, ricco di calcio, vitamina D e proteine, aggiungete una fetta di pane tostato, magari integrale, con miele o marmellata, oppure 30 gr di fiocchi di avena al naturale e pinoli. Se preferite il salato, potete condire una fetta di pane con un cucchiaino di olio extravergine d'oliva italiano o pomodoro o mangiare del prosciutto crudo e aggiungere un frutto di stagione. Per non farci trovare impreparati dalla **fame a metà mattinata**, pensiamo di aggiungere alla lista della spesa degli alimenti per confezionare dei piccoli spuntini sfiziosi e sani della mattina: un frutto fresco di stagione, oppure un bel mix di frutta secca, tipo mandorle o pistacchi, e 1-2 quadratini di cioccolato extra fondente.

La frutta oleosa è ricca di composti protettivi e grassi buoni: noci, nocciole, anacardi e pistacchi sono ricchi di vitamine, fitosteroli, minerali e altri antiossidanti. Studi scientifici hanno dimostrato come mangiare piccole quantità di frutta secca oleosa possa ridurre gli stati infiammatori del nostro organismo e migliorare il profilo lipidico generale, difendendoci dall'arteriosclerosi.

Nel carrello non devono mancare gli ingredienti per lo spuntino di metà pomeriggio. A metà pomeriggio una centrifuga di verdura con l'aggiunta

di 1 frutto può essere una buona alternativa al classico biscotto secco o merendina confezionata. Carota, sedano, mela, fragole, mirtilli, non c'è limite alla fantasia e ai mix che si possono sperimentare. Attenzione però, **mentre le centrifughe di verdura sono un meraviglioso concentrato di vitamine, le centrifughe di frutta diventano un poco conveniente concentrato di zuccheri senza fibra, quindi, come abitudine, non aggiungete più di un frutto ai vostri preparati.**

Potete pensare anche a merende "più solide": in questo caso una bella porzione di carote tagliate a listarelle da gustare croccanti con qualche oliva potrebbero essere una buona alternativa da mettere nel carrello.

Per il pranzo e per la cena seguite la regola del sette per riempire i sacchetti della spesa.

A pranzo non devono mancare le proteine, che devono essere variate tra animali e vegetali, e tante belle verdure, condite con un cucchiaino di olio extra vergine d'oliva. Alle proteine, si può aggiungere un piatto di pasta o di riso oppure una porzione di patate o due bruschette di pane integrale all'olio.

Attenzione, questi ultimi sono carboidrati e devono essere assunti nella giusta quantità e, preferibilmente, integrali.

Se non abbiamo previsto di consumarla a pranzo, lo faremo a cena. Una porzione di pasta o di riso (meglio se integrali) al pomodoro, oppure al pesto, con verdure di stagione o legumi, saranno una perfetta scelta anche per garantire un buon sonno.

Ovviamente, il riso o la pasta da soli non bastano a fare la differenza sulla qualità del sonno, ma serviranno altri accorgimenti: mai andare a letto con lo stomaco vuoto né eccessivamente pieno, specie se di cibi grassi e ipercalorici più difficili da digerire. Per questo motivo, cercate di ridurre il quantitativo di grassi a favore delle spezie, in particolare basilico, maggiorana e origano, tutte con effetti calmanti e/o sedativi.

Frutta e verdura nel carrello! Mangiate a colori e il gioco sarà fatto.

Una mela al giorno toglie il medico di turno, e, infatti, le mele così come i mirtilli, i lamponi, le more, il pomodoro, le barbabietole, le carote, le zucchine e la zucca sono validi alleati per una alimentazione capace di proteggere le nostre cellule dalle patologie tumorali.

Ricchi di sostanze preziose come i carotenoidi, i licopeni, l'acido ellagico, la quercetina, gli antociani, questi alimenti sono un arsenale impareggiabile, che possiamo schierare al fianco del nostro organismo per rimanere in salute.

Non dimentichiamo, tra le verdure da aggiungere nella lista della spesa, le crocifere (tutti i tipi di cavolo, i broccoli, i cavoletti di Bruxelles, la rapa, il ravanello), indicate da numerosi studi come le verdure anticancro per eccellenza.

PRIMA DI ARRIVARE ALLA CASSA DELL'ALIMENTARI O DEL FRUTTIVENDOLO CHIEDITI QUANTI COLORI VEDI NEL CARRELLO. LA MIGLIORE DELLE SPESE HA ALMENO CINQUE COLORI: ROSSO, GIALLO/ARANCIO, VERDE, VIOLA E BIANCO.

SE IL TUO MENÙ È SPENTO E MANCA IL COLORE, AGGIUNGI IL GIALLO DEL PEPERONE, L'ARANCIO DELLA CAROTA E DELL'ALBICOCCA, IL VERDE DEI BROCCOLI, DEGLI SPINACI E DEGLI ASPARAGI, IL ROSSO DEL POMODORO, DELLE CILIEGIE, E IL VIOLA DELLE PRUGNE. RICORDATI DI FARE QUESTO ESERCIZIO MENTALE AD OGNI LISTA DELLA SPESA PERCHÉ È IL MODO MIGLIORE PER ESSERE SEMPRE IN FORMA E PRENDERSI CURA DEL PROPRIO CORPO.

Infine, nella spesa limitate gli acquisti di cibi cosiddetti "comfort", come bibite zuccherate, succhi di frutta, patatine, merendine e gelati: sono ricchi di "calorie" vuote e non apportano nessun beneficio nutrizionale.

In tempo di pandemia anche la "gentilezza" deve fare parte del nostro stile di vita: prima di uscire di casa, ricordiamoci di parenti, amici e conoscenti anziani ai quali potremmo evitare un "viaggio" al supermercato o al negozio di alimentari, contribuendo anche alla loro più sana alimentazione nel rispetto delle nostre regole!

Ricapitolando, portate a tavola piatti, che alternino poche proteine animali, variando preferibilmente tra carni bianche, pesce e uovo; prediligete i grassi di qualità, aggiunti a crudo e usateli con moderazione; usate i carboidrati integrali, evitando quelli più raffinati e non utilizzate alimenti ad alto apporto calorico.

Usate poco sale (o evitatelo proprio a favore delle spezie) e sbizzarritevi con frutta e verdura fresca colorata e di stagione.

Non crediate che esista una pillola che possa sostituire una dieta bilanciata o che gli integratori di vitamine siano in grado di proteggere dalla infezione da COVID-19, così come da altre malattie.

Da domani, con queste poche regole, insieme ad un buon pranzo e ad una buona cena, porterete sulle vostre tavole anche la "migliore prevenzione"!

LA PREVENZIONE DEL DIABETE

G. Pugliese



Il diabete, soprattutto quello di tipo 2, è una patologia in rapido incremento nel mondo, soprattutto nei paesi in via di sviluppo.

Questa “pandemia” di diabete di tipo 2 è legata a un’altra “pandemia”, quella di obesità, ed entrambe sono a loro volta legate al diffondersi di stili di vita non salutari, alimentazione scorretta e sedentarietà in particolare. Questi comportamenti smascherano, infatti, una predisposizione genetica a sviluppare il diabete e la combinazione di fattori ambientali e genetici determina se e quando la malattia comparirà.

Come si fa la prevenzione del diabete di tipo 2?

La prevenzione del diabete di tipo 2 si basa sull’adozione di stili di vita salutari fin dall’infanzia oppure, se ciò non è avvenuto, su modifiche nell’alimentazione e nell’attività fisica da apportare il prima possibile nell’età adulta. Ciò vale per tutti, perché queste misure sono utili anche nella prevenzione di altre patologie importanti, dalle malattie cardiovascolari ai tumori, ma vale ancor di più per i soggetti a maggiore rischio, a causa di una predisposizione genetica (familiarità), allo sviluppo di diabete o di altre malattie croniche.

Chi sono i soggetti a rischio di sviluppare il diabete di tipo 2?

1) coloro che hanno un familiare di primo grado (genitore, fratello o sorella) affetto dalla malattia. Tanto maggiore è il numero di familiari affetti, tanto maggiore sarà il “carico” genetico e la probabilità di ammalarsi, ma anche l’importanza di instaurare il prima possibile delle misure preventive.

- 2) gli individui con pre-diabete, una definizione che include i soggetti con alterata glicemia a digiuno (**glicemia 110-139 mg/dl**) e quelli con alterata tolleranza al glucosio (**glicemia, dopo due ore dal carico orale con 75 grammi di glucosio, tra 140 mg/dl e 200 mg/dl**) ma non ancora classificabili come diabete. In questi casi, le modifiche dello stile di vita sono in grado di prevenire o, quantomeno, ritardare la successiva comparsa di diabete e, pertanto, devono essere adottate immediatamente.
- 3) le donne con storia di diabete gestazionale o che hanno messo alla luce neonati con peso maggiore di 4kg. Anche in questo caso, il rischio della successiva comparsa di diabete è elevato ed è importante fare ricorso alle misure preventive.
- 4) gli individui che presentano condizioni che si associano frequentemente al diabete di tipo 2, dall’obesità alle altre componenti della sindrome metabolica (vedi capitolo dedicato), e che risentono anch’esse in maniera favorevole delle modifiche dello stile di vita.

SE NON È GIÀ STATO ESEGUITO, IN TUTTI QUESTI CASI, COME NEL CASO DELLE FORME DI PRE-DIABETE, È IMPORTANTE EFFETTUARE LO SCREENING DEL DIABETE.

Come si fa lo screening del diabete?

Per effettuare lo screening del diabete, si comincia dalla misurazione della glicemia a digiuno. Se questa è normale o alterata ma non diagnostica di diabete (< 126 mg/dl), si passa all’esecuzione di un carico orale di glucosio (curva da carico).

LA SINDROME METABOLICA

G. Pugliese



La sindrome metabolica non è una malattia, ma un insieme di sintomi e segni che definiscono una condizione di elevato rischio metabolico e cardiovascolare.

Come si definisce la sindrome metabolica?

Si definisce la sindrome metabolica come la presenza di almeno 3 tra le seguenti condizioni:

1. Obesità centrale, ovvero un accumulo di adipe a livello addominale, che si diagnostica misurando la circonferenza della vita all'altezza dell'ombelico. Quest'ultima, di norma, dovrebbe essere inferiore a 102 cm nel maschio e 88 cm nella femmina.
2. Ipertensione arteriosa, ovvero valori di pressione arteriosa superiori a 130 mmHg per la sistolica e a 80 mmHg per la diastolica o trattamento con farmaci anti-ipertensivi in atto.
3. Ipertrigliceridemia, ovvero livelli di trigliceridi nel sangue superiori a 150 mg/dl o trattamento specifico in atto.
4. Bassi livelli di colesterolo HDL, inferiori a 40 mg/dl nel maschio e a 50 mg/dl nella femmina.
5. Condizione di pre-diabete, ovvero alterata glicemia a digiuno o alterata tolleranza al glucosio, oppure diabete manifesto o trattamento specifico in atto (vedi paragrafo dedicato).

Come si previene la sindrome metabolica?

La prevenzione della sindrome metabolica, così come quella del diabete di tipo 2, si basa sull'adozione di stili di vita salutari fin dall'infanzia oppure, se ciò non è avvenuto, su modifiche nell'alimentazione e nell'attività fisica da apportare il prima possibile nell'età adulta.

Qual è il rischio associato alla sindrome metabolica?

L'obesità, il diabete, l'ipertensione e la dislipidemia sono tutti fattori di rischio cardiovascolare, ovvero ciascuno di essi aumenta le probabilità di andare incontro a un evento cardiovascolare maggiore, come, per esempio, un infarto del miocardio o un ictus.

Di conseguenza, l'associazione di più di una di queste condizioni, come avviene nella sindrome metabolica, fa da moltiplicatore del rischio. Se il diabete non è già presente, le condizioni di pre-diabete e le altre componenti della sindrome metabolica comportano un alto rischio di sviluppare questa malattia. Infine, la sindrome metabolica e, soprattutto, l'obesità sono anche fattori di rischio per lo sviluppo di alcuni tumori.

Come si cura la sindrome metabolica?

La terapia della sindrome metabolica si basa sulle stesse misure indicate per la sua prevenzione, ovvero su modifiche nell'alimentazione e nell'attività fisica. Se non sufficienti, è necessario aggiungere dei farmaci per abbassare la pressione o la glicemia e per correggere le alterazioni del profilo glicidico. In casi di obesità grave o anche moderata ma associata a complicanze, può essere indicato il ricorso alla chirurgia bariatrica (chirurgia della obesità che prevede la possibilità di diversi tipi di intervento da valutare presso centri pubblici di alta specializzazione).

SEDENTARIETÀ E TUMORI

G. Pugliese



L'inattività fisica e la sedentarietà sono due concetti diversi che si riferiscono a condizioni che non necessariamente vanno di pari passo.

L'inattività fisica si definisce infatti come una scarsa o nulla attività fisica di intensità da moderata a vigorosa, praticata in genere nel tempo libero, più raramente come parte dell'attività lavorativa. Le raccomandazioni attuali stabiliscono che una persona adulta debba fare almeno 150 minuti a settimana di attività aerobica distribuita in almeno 3 giorni a settimana non consecutive, più almeno 2 sedute a settimana di attività di forza. Le attività aerobiche che rientrano in questa definizione comprendono il cammino veloce o la corsa, la bicicletta, il nuoto, il ballo e varie attività sportive quali il calcio, la pallavolo, la pallacanestro, il tennis, lo sci. Le attività di forza invece includono l'allenamento con pesi liberi o macchine.

La sedentarietà si definisce invece come una quantità eccessiva di tempo, in genere maggiore di 8 ore al dì, trascorso da sveglia in posizione seduta o addirittura sdraiata. Si riferisce a quando guardiamo la televisione, ma anche a quando stiamo seduti davanti a un computer, per lavoro o per svago, oppure in macchina o sui mezzi pubblici per andare e tornare dal posto di lavoro.

Si stima che l'inattività fisica e la maggiore sedentarietà contribuiscano a determinare quasi il 25% del rischio globale di cancro, con particolare riferimento al cancro del colon-retto e della mammella. Uno studio recente ha mostrato che maggiore era il tempo sedentario, maggiore era il rischio di cancro e che, sostituendo il tempo sedentario con attività fisica, si riduceva il rischio dell'8%, se l'attività era di intensità lieve, e addirittura del 38%, se l'attività era di intensità moderato-vigorosa.

Al contrario, l'attività fisica e la minore sedentarietà sono risultati associati a un minor rischio di cancro. In particolare, le evidenze più robuste relativamente al livello di attività fisica riguardano il cancro della vescica, della mammella, dell'endometrio, dell'esofago, dello stomaco, del colon-retto e del rene, mentre nel caso del cancro del polmone l'effetto dell'attività fisica sembra essere significativo soltanto nei fumatori o ex-fumatori, nei quali probabilmente attenua l'impatto deleterio del fumo stesso.

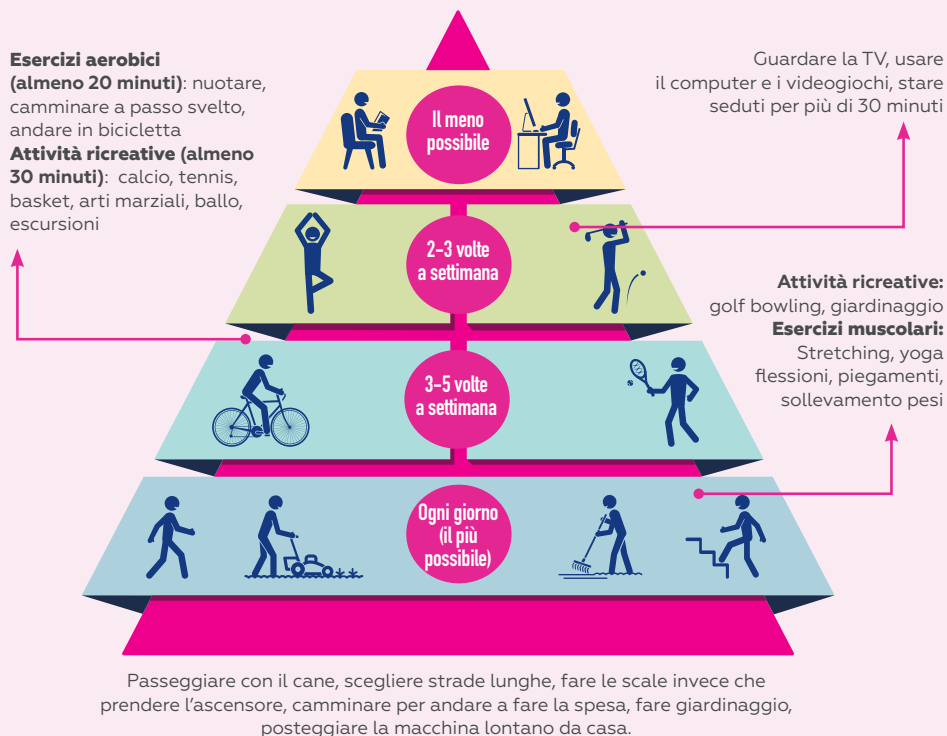
Tutti questi studi hanno mostrato una associazione tra un aumento dell'attività fisica e una riduzione del rischio di cancro, che per alcuni tumori è stato anche del 20%. Tuttavia, trattandosi di studi epidemiologici, non è possibile dimostrare una relazione di causa-effetto. Inoltre, i meccanismi che sottintendono questa relazione sono per lo più sconosciuti.

I principali meccanismi ipotizzati per spiegare l'effetto benefico dell'attività fisica sul rischio di cancro comprendono innanzitutto l'impatto sulla sindrome metabolica, che è un insieme di sintomi e segni che definiscono una condizione di elevato rischio metabolico e cardiovascolare, ma anche tumorale (vedi paragrafo dedicato). Esiste una correlazione tra sindrome metabolica e sviluppo di neoplasie, in particolare esofagee, gastriche e coloretali, da riferire presumibilmente ad una serie di alterazioni che caratterizzano la sindrome metabolica, dall'obesità, all'iperinsulinismo, all'infiammazione cronica. Numerosi studi hanno mostrato infatti una relazione diretta di queste alterazioni con l'inattività fisica e la sedentarietà e, al contrario, un rapporto inverso con un comportamento fisicamente attivo e non sedentario.

Un altro meccanismo importante riguarda la modulazione ormonale, che spiega l'effetto protettivo dell'attività fisica sui tumori correlati a modifiche ormonali nelle donne, come il cancro della mammella e dell'endometrio. Ciò è probabilmente dovuto al fatto che l'attività fisica riduce i livelli di estrogeni (estradiolo) e aumenta quelli della proteina che lega gli ormoni sessuali, effetto questo rilevato sia nelle donne in pre-menopausa che in quelle in post-menopausa.

Infine, è noto come l'attività fisica migliori la funzione del sistema immunitario, cruciale nella sorveglianza dello sviluppo di tumori. Se aumentare il livello di attività fisica e ridurre la sedentarietà rappresentano modalità efficaci per ridurre il rischio di sviluppare diverse

condizioni croniche, tra cui il cancro, queste misure sembrano essere utili anche dopo la diagnosi di cancro, tanto che l'esercizio fisico aerobico e/o di resistenza di moderata intensità è entrato a far parte della gestione della malattia tumorale. In particolare, numerosi studi hanno dimostrato una associazione tra attività fisica, minori recidive e maggiore sopravvivenza nelle donne affette da cancro della mammella. In queste pazienti, l'attività fisica riduce inoltre la sindrome ansioso-depressiva e migliora la qualità del sonno e la qualità di vita, oltre ad impattare positivamente sul metabolismo osseo e sul rischio fratturativo, che è invece aumentato dalla terapia anti-estrogenica. Infine, l'attività fisica è sicura per le donne che presentano o potrebbero presentare linfedema correlato al cancro del seno.



DANCE FOR ONCOLOGY



Dance For Oncology è un percorso dedicato ai pazienti oncologici che permette di migliorare l'umore, la condizione psico-fisica e ritrovare entusiasmo e gioia di vivere attraverso il ballo. È rivolto a tutti i pazienti (uomini e donne) che hanno affrontato, oppure stanno affrontando, una patologia oncologica.

Già dal 2018, attraverso il progetto europeo **"Dance with Health"**, IncontraDonna onlus, con la magistrale competenza della docente di ballo Carolyn Smith, ha utilizzato la danza come strumento per favorire il movimento, la socializzazione, e quindi combattere e prevenire le recidive di donne operate di tumore al seno.

Da tale progetto IncontraDonna ha sviluppato l'idea di coinvolgere centri di oncologia su rete nazionale, al fine di portare un progetto di ballo a tutti i pazienti oncologici, maschi e femmine per migliorarne lo stato psicofisico. D4O è nato quindi dalla sinergia tra **Carolyn Smith** e l'**Associazione IncontraDonna Onlus**; promotore del progetto anche la **Fondazione per la Medicina Personalizzata** con Presidente il Prof. Paolo Marchetti.

Carolyn Smith è l'icona italiana della battaglia al tumore: attraverso il suo esempio ha dato coraggio e speranza a migliaia di persone che si trovano all'interno di un percorso oncologico.

Dalla convinzione che il ballo sia un valido supporto alla cura e una "carezza dell'anima" particolarmente efficace in un momento esistenziale così complesso come quello della malattia oncologica è nata la collaborazione con la **prof.ssa Adriana Bonifacino, Presidente di IncontraDonna Onlus** che da anni studia i benefici di questa disciplina nel percorso oncologico e di riabilitazione.

I benefici del ballo nel percorso oncologico

- ritrovare benessere psicologico e autostima
- imparare ad accettare ed amare la propria nuova identità durante e dopo il percorso di cure
- trovare solidarietà e incoraggiamento all'interno di un gruppo di "pari" che sta vivendo la stessa esperienza
- ritrovare la fiducia in se stessi e nella vita e la capacità di mettersi in gioco
- migliorare la coordinazione
- ripristinare il tono muscolare
- attenuare i dolori articolari
- aumentare la flessibilità
- fare nuove amicizie e creare nuove sinergie

Da settembre a dicembre 2019 si è svolta la fase di test in 13 città italiane, con eccellenti risultati in termini di benessere psico-fisico. 13 scuole di ballo abbinata ad altrettanti centri oncologici: Cagliari, Palermo, Lecce, Napoli, Torino, Milano, Verona, Messina, Pisa, Roma, Cosenza, Catanzaro, Forlì. Ciascun percorso ha avuto durata trimestrale con due incontri settimanali di un'ora per un totale di 24 lezioni.

Il 2020 ci ha trovati tutti coinvolti nella problematica del covid, pertanto il progetto riprenderà con diffusione nazionale appena le condizioni di sicurezza dal covid lo consentiranno.

PER INFORMAZIONI

contattaci@dance4oncology.it
www.dance4oncology.it

COVID E ONCOLOGIA

G. Beretta-S. Cinieri-M. Di Maio-A. Russo



Cosa ci ha insegnato e lasciato il COVID in Oncologia

La drammatica emergenza causata dalla pandemia di COVID-19 ha imposto un'improvvisa **riorganizzazione di strutture, servizi e personale sanitario**, sia per far fronte alla presa in carico dei pazienti COVID, sia per ridurre al minimo i rischi di contagio per gli altri pazienti.

Tale situazione ha creato, nei mesi del lockdown, inevitabili conseguenze in oncologia: molti interventi chirurgici sono stati necessariamente rinviati; le visite di follow-up sono state rinviate (o più spesso trasformate in contatti telefonici / telematici); la maggior parte delle terapie oncologiche sono proseguite, **valutando caso per caso il rapporto tra i benefici dell'inizio o della prosecuzione del trattamento antitumorale e i rischi legati alla pandemia**.

Nei mesi della massima emergenza, moltissime strutture hanno notato una **riduzione del numero di nuove diagnosi di cancro**. Tale fenomeno riconosce molte concause, dall'**interruzione temporanea dei programmi di screening**, alla maggiore difficoltà con cui medici di medicina generale, altri specialisti e pronto soccorso hanno gestito i pazienti "non-COVID", e in parte anche alla paura dei malati oncologici nel recarsi in ospedale, pur in presenza di sintomi e di necessità di approfondimento, per la preoccupazione del contagio. **Tale riduzione dei casi ha fatto temere a molti una ripercussione negativa in termini di ritardo diagnostico, di presentazione più avanzata di malattia e quindi di prognosi potenzialmente peggiore**, anche se – ad oggi – non esistono dati che confermino, o quantifichino con esattezza, questo fenomeno.

Per ovvie ragioni, pur avendo subito un forte stress, l'attività oncologica non si è mai fermata.

Terminata la fase di lockdown, l'attività delle Oncologie prosegue, tendendo a una nuova "normalità".

È importante ribadire che, ad oggi, la paura di recarsi in ospedale non è più giustificata, grazie al superamento della prima fase di emergenza e grazie alla tempestiva costruzione di percorsi e strutture dedicati per i pazienti oncologici. Sin dall'inizio della cosiddetta "fase II", è stato fatto ogni sforzo perché tutti i percorsi (diagnostico, terapeutico ed assistenziale) siano garantiti, allo scopo di evitare ogni possibile ripercussione negativa sulla storia naturale e sulla prognosi dei pazienti oncologici.

Già a maggio 2020, il comunicato per la XV Giornata Nazionale del Malato Oncologico, firmato da AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) con FAVO, AIRO, SICO, SIPO e FNOPI, sottolineava che i percorsi oncologici (riguardanti sia la chirurgia, che la radioterapia, che i trattamenti medici) erano attivi in tutti i centri italiani. AIOM ha ritenuto importante inviare un messaggio che infondesse fiducia e serenità a tutti i pazienti, invitandoli a rivolgersi alle loro strutture di riferimento, dove sono stati attivati protocolli specifici per la protezione dal contagio da COVID-19. I pazienti oncologici e le loro famiglie sono stati esortati a superare ogni riserva e non trascurare diagnosi e trattamenti per immotivate paure di contagio, anche per non compromettere i brillanti successi che negli ultimi anni sono stati raggiunti nella cura del cancro.

D'altra parte, l'emergenza COVID ha evidenziato alcune carenze nel servizio sanitario, e ha quindi rappresentato l'occasione per riflettere su come migliorarne vari aspetti. L'oncologia è una delle discipline in cui più prezioso può essere il contributo della telemedicina, non solo durante l'emergenza, ma anche nella nuova "normalità" che ad essa sta facendo seguito. I contatti telefonici / telematici, ovviamente, non hanno la pretesa di sostituire le visite in presenza, ma hanno consentito la tempestiva discussione degli esami di laboratorio, degli esami strumentali e di eventuali segni e sintomi di malattia. Fermo restando che sia auspicabile un ritorno alle visite fisiche per i pazienti oncologici in corso di follow-up, sarà utile **potenziare le opportunità offerte dalla telemedicina e dai programmi di tele-consultazione dei malati di cancro con le strutture ospedaliere,**

attivati nella prima fase di emergenza. È auspicabile che i programmi di telemedicina, utili non solamente per i pazienti liberi da malattia e in follow-up, ma anche per i pazienti in trattamento attivo, siano uniformati a livello nazionale; che i patient-reported outcomes (esiti riferiti dal paziente) elettronici siano adottati nella pratica clinica oncologica, per i dimostrati vantaggi per la gestione dei pazienti e per la loro qualità di vita; che tali piattaforme telematiche siano integrate con i sistemi informatici del servizio sanitario, riconoscendo formalmente ed economicamente l'attività sanitaria svolta in telemedicina.

Per ovvie ragioni, nei mesi dell'emergenza i programmi di screening sono stati temporaneamente sospesi in molte regioni italiane, sia perché il personale sanitario è stato dirottato verso l'assistenza ai malati COVID, sia perché la volontà di ridurre il rischio di contagio ha prevalso sulla necessità di eseguire visite ed esami diagnostici. Le conseguenze cliniche del ritardo diagnostico determinato dalla sospensione di alcuni mesi degli screening per i tumori al colon retto, alla mammella e alla cervice uterina non sono ancora quantificabili, **ma è apparso subito fondamentale invocare la riattivazione di tutti i programmi di screening oncologici, prevedendo misure atte a facilitarne l'accesso in sicurezza tramite percorsi dedicati.**

L'emergenza COVID ha ribadito alla comunità oncologica l'importanza della **condivisione delle scelte**. In un momento di grande incertezza, in assenza di evidenze solide a dettare le scelte, le decisioni sono state prese con il buon senso e cercando la condivisione con gli altri colleghi. In tale situazione, AIOM ha cercato di essere costantemente presente al fianco dei soci, con raccomandazioni, indicazioni e comunicati. L'altra importante lezione lasciataci dall'emergenza COVID è stata quella di ribadire, se ce ne fosse bisogno, quanto sia essenziale la comunicazione tra oncologi e pazienti.

Ogni decisione di questi mesi ha meritato una spiegazione ai pazienti, affinché questi ultimi non si sentissero abbandonati e due volte sfortunati, per il cancro e per le conseguenze negative della pandemia.

È innegabile che i disagi ci siano stati, per tutti, ma tutte le Oncologie hanno cercato di ridurli al minimo. A fronte di alcuni sondaggi, molto discussi in questi mesi, che hanno evidenziato la sensazione da parte di

alcuni pazienti – specialmente quelli inseriti in programmi di follow-up avendo completato i trattamenti attivi – di aver subito disagi e ritardi a causa dell'emergenza COVID, altre survey hanno invece documentato una buona soddisfazione da parte dei pazienti, sia per quanto riguarda la comunicazione con i sanitari sia per quanto riguarda l'accessibilità dei servizi. Condivisione e comunicazione sono due delle parole chiave che dovranno caratterizzare la nuova "normalità" dell'attività oncologica post-COVID.

LO CHEF CIRCIELLO CONSIGLIA



RISOTTO MANTECATO AL BASILICO E TRIGLIE

Tempo di preparazione: 30 minuti
Ingredienti per 4 persone

320 g di riso Vialone Nano 20 g di cipolla bianca mezzo bicchiere di vino bianco uno spicchio d'aglio, 4 triglie da 500 g timo brodo di triglie olio extravergine d'oliva sale
Per il pesto leggero: 4 mazzi di basilico 50 g di olio extravergine d'oliva ghiaccio

Procedimento

Pulire le triglie; con le lisce e le teste fare un brodo da tenere da parte pronto in ebollizione. In una casseruola tostare il riso con olio e cipolla, bagnarlo con il vino bianco, lasciarlo evaporare e unire il brodo bollente opportunamente filtrato. Portare a cottura il risotto; nel frattempo emulsionare con un piccolo frullatore a immersione l'olio, il ghiaccio e il basilico.

A parte sfilettare le triglie e dorarle in padella con olio e aglio per pochi secondi da ambo i lati. Fare attenzione a eliminare le squame. Per evitare che la pelle si attacchi, utilizzare una padella antiaderente in ceramica ben calda. Disporre le triglie dalla parte della pelle e non toccare i filetti per 2 minuti. A questo punto girarli e dopo pochi secondi servirli. Portato il risotto a cottura, togliere dal fuoco e mantecare con il pesto leggero, disporre sul piatto e adagiarvi sopra le triglie, ultimare con il timo fresco.

Suggerimento

Per migliorare la conservazione delle triglie una volta sfilettate, tenerle in frigorifero avvolte in carta assorbente umida. Per ottenere un brodo più gustoso, una volta tostate le lisce nel fondo di cottura (il brodo), unire acqua fredda e ghiaccio: lo sbalzo termico fa fuoriuscire maggiore sapore dalle teste.

MAMMELLA

A. Bonifacino



Fai la mammografia!

La prevenzione, o meglio la diagnosi precoce, è ancora l'arma più efficace contro il tumore del seno. La Mammografia è un esame importantissimo, ma a seconda delle diverse età entrano in gioco altri esami.

Screening mammografico

Il programma di Screening Mammografico prevede, per le donne di 45/50-69/74 anni, l'esecuzione di una **mammografia gratuita ogni due anni**, con chiamata della ASL di riferimento. Qualora questa indagine evidenziasse una alterazione significativa, la donna verrà richiamata per approfondimenti presso il centro di II livello. Aderire allo Screening è un'ottima arma per combattere il tumore del seno e poterlo diagnosticare precocemente.

Centri di senologia

La paziente con sospetto o diagnosi già confermata di tumore del seno è necessario che venga trattata presso un Centro di Senologia pubblico che tratti almeno 150 casi di tumore del seno ogni anno; come stabilito dal decreto ministeriale DM 70 dell'aprile 2014.

Nella **App Pianeta Seno**, scaricabile gratuitamente, potrete trovare tutti i centri di screening e di senologia con geolocalizzazione.

Cosa fare se sei fuori dall'età dello screening?

Sottoporsi periodicamente (annualmente) ad una visita al seno da un medico di fiducia (medico di famiglia, ginecologo, centro di senologia). Nelle giovani donne fino ai 30/35 anni l'esame più indicato, insieme con la visita clinica, è eventualmente l'ecografia.

Tra i 35/40 e i 50 anni, ed oltre i 74, il tipo di esame da eseguire viene stabilito dal medico di fiducia in base al tipo di seno e ai fattori di rischio (privilegiando la mammografia). **Legge 23 dicembre 2000, n. 388 mammografia con esenzione dal ticket, ogni due anni, per tutte le donne di età compresa fra 45 e 69 anni.**

Mammografia: esame radiologico che utilizza un dosaggio estremamente basso di radiazioni.

La mammella viene compressa tra due superfici e questo consente di evidenziare eventuali alterazioni della densità del tessuto, noduli, microcalcificazioni, distorsioni e asimmetrie della ghiandola.

Esistono diverse tecnologie: digitale e tomosintesi.

La tomosintesi prevede una ricostruzione tridimensionale (3D) della ghiandola mammaria e attualmente, dagli studi scientifici, è la metodica più affidabile per la diagnosi precoce. In età fertile meglio eseguire la mammografia fra 7° e 14° giorno del ciclo contando dal primo giorno di mestruazione.

Ecografia: utilizza gli ultrasuoni (non radiazioni) per rilevare alterazioni della ghiandola mammaria. Può dare informazioni anche sulla vascolarizzazione (color e power Doppler) e sulla elasticità dei tessuti (Elastosonografia). Può essere eseguita in qualunque periodo del ciclo mestruale.

MAMMOGRAFIA ED ECOGRAFIA SONO TRA LORO COMPLEMENTARI E L'UNA NON ESCLUDE L'ALTRA.

Risonanza Magnetica (RM con mezzo di contrasto): utilizza un campo magnetico (non radiazioni).

Viene consigliata esclusivamente dallo specialista come approfondimento o a completamento di indagini, in casi selezionati ove sia necessario evidenziare nel dettaglio la vascolarizzazione dei tessuti.

Per eseguirla viene richiesto un esame della funzionalità renale

(creatininemia). **Non è sostitutiva della mammografia né della ecografia.**

Nelle donne in età fertile va eseguita tra 7° e 14° giorno del ciclo mestruale.

Prelievi di cellule o tessuto: la possibilità di un prelievo viene stabilita dallo specialista senologo in relazione a quanto evidenziato dalla mammografia/

ecografia. In molti casi può evitare un intervento chirurgico inutile. Nel caso, invece, di un tumore al seno, ci permette una dettagliata programmazione dell'intervento stesso. Inoltre, i recenti progressi tecnologici e scientifici consentono una caratterizzazione sempre più precisa del tessuto esaminato con la possibilità di attuare cure sempre più efficaci e personalizzate (recettori ormonali, c-erb b2, Ki67 indice di proliferazione cellulare).

OGGI LA PERCENTUALE DI GUARIGIONE IN DONNE CHE REGOLARMENTE EFFETTUANO ESAMI DI PREVENZIONE, E SCOPRONO UN TUMORE IN FASE MOLTO PRECOCE, È CIRCA IL 90%.

Agoaspirato: è un prelievo di cellule (esame citologico) effettuato con un semplice ago da siringa, guidato spesso con l'ecografia, all'interno di un nodulo o di un'area di ghiandola, meritevole di approfondimento. Questa metodica è minimamente invasiva, non necessita di anestesia locale, e, nel caso di un tumore del seno, può dare una attendibilità fino al 97%. La R.O.S.E. è un esame citologico letto immediatamente dopo l'agoaspirato nel tempo di 40". Questo tipo di esame, che viene eseguito solo presso alcuni centri di senologia in Italia, ha il vantaggio di permettere una immediata programmazione ovvero di procedere contestualmente ad ulteriori approfondimenti diagnostici.

Biopsia: è un prelievo di tessuto (esame istologico) effettuato con un ago di circa 1-2 mm di calibro chiamato tru-cut, in grado di asportare piccoli frammenti di tessuto e si effettua con anestesia locale. Anche questo prelievo viene eseguito prevalentemente con la guida dell'ecografia e si effettua sempre ambulatorialmente. VABB (Vacuum Assisted Breast Biopsy): è un prelievo di tessuto (esame istologico) effettuato con un ago di poco superiore ai 2 mm (probe) attraverso una minima incisione della cute (2-3 mm).

Si effettua in anestesia locale, necessita di apparecchiature dedicate, tecnologicamente molto avanzate in grado di centrare con esattezza noduli e microcalcificazioni sia con guida ecografica che radiologica (stereotassica). Nessun tipo di prelievo di cellule o di tessuto è causa di disseminazione di cellule; sono prelievi da effettuare, quando si rende necessario definire la natura di una lesione trovata dalla mammografia – ecografia – risonanza magnetica.

CONSERVA CON CURA I TUOI ESAMI E PORTALI AD OGNI SUCCESSIVO CONTROLLO**Il tumore del seno può essere ereditario?**

Circa il 10% di tutti i tumori della mammella sono su base ereditaria. Nella maggior parte di questi casi è possibile riscontrare mutazioni su 2 geni principali (BRCA1 e BRCA2). Nelle famiglie dove ci sono stati diversi casi di tumore maligno (carcinoma) della mammella e dell'ovaio, si può prendere in considerazione una consulenza genetica che valuti la probabilità di presenza di mutazione. Non bisogna temere questa visita che permette di conoscere qualcosa di più del proprio DNA. Questo test, se positivo, può servire a giocare d'anticipo, entrando in un adeguato percorso di prevenzione, per non ammalarsi poi.

Quali sono i criteri di selezione e chi deve sottoporsi alla consulenza?

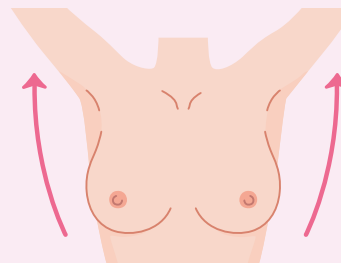
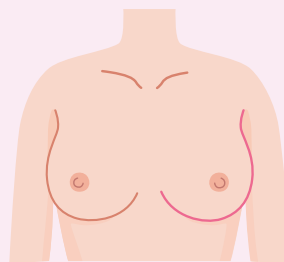
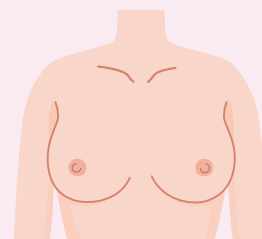
Criteri generali: Molteplicità di casi di carcinoma alla mammella in famiglia (almeno 2-3) specialmente se insorti in giovane età (2 casi se < 50 anni; anche un solo caso se < 35 anni); presenza in famiglia di un carcinoma della mammella in un maschio; presenza di un carcinoma ovarico; coesistenza nella stessa famiglia o nello stesso individuo di carcinoma della mammella e dell'ovaio, carcinoma bilaterale della mammella. Il test genetico-molecolare per la ricerca di mutazione, eventualmente suggerito dallo specialista dopo un'accurata valutazione, va effettuato su chi ha già avuto il tumore; qualora questo primo esame conduca all'identificazione di una mutazione genetica, l'analisi verrà proposta a tutti i familiari sani (femmine e maschi) ed i soggetti che risultassero portatori di mutazione, e quindi a "rischio genetico" di tumore, potranno beneficiare di specifici percorsi di prevenzione e di eventuali interventi chirurgici preventivi (di profilassi). In particolari circostanze, (quando per esempio vi sia una chiara indicazione al test genetico-molecolare, ma i familiari malati di tumore fossero tutti deceduti) si può prendere in considerazione l'esecuzione del primo test anche direttamente su un soggetto sano.

Dove rivolgersi per la consulenza genetica?

In Italia sono molti i centri pubblici dedicati; sempre meglio rivolgersi a grandi strutture Ospedaliere e Universitarie ove sia presente un centro specificamente dedicato ai tumori ereditari o di genetica medica.

Autoesame del seno**L'autoesame non sostituisce la mammografia e la ecografia**

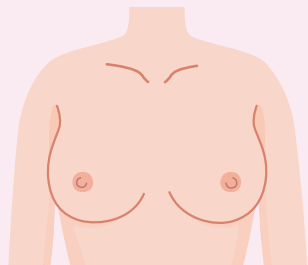
Ogni donna adulta dovrebbe esaminare periodicamente il proprio seno. Va scelto il momento di minore tensione mammaria, ovvero la settimana successiva al ciclo mestruale (o, semplicemente una volta al mese se si è in menopausa o in gravidanza).

**COSA OSSERVARE**

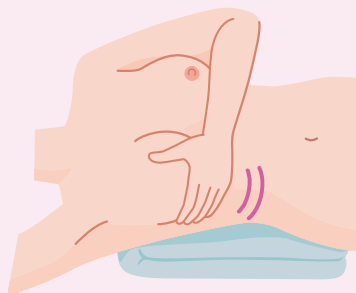
Poniti davanti allo specchio, con le braccia sui fianchi. Osserva e confronta attentamente la forma e il volume delle due mammelle e dei due capezzoli. Potrai facilmente accorgerti che non sono perfettamente uguali, questo è naturale. Verifica se si sviluppano delle alterazioni nel tempo.

Ora osserva attentamente anche il profilo di ciascuna mammella. Verifica che non vi siano variazioni nella forma rispetto al solito. Fai soprattutto attenzione a sporgenze a forma di noduli. Esamina anche l'aspetto della cute: attenzione a eventuali zone raggrinzite o infossate.

Di nuovo di fronte allo specchio solleva entrambe le braccia. Verifica ulteriormente l'aspetto delle due mammelle, confrontandole. Le braccia sollevate danno anche maggiore evidenza alle caratteristiche del capezzolo. Osserva quindi il profilo delle due mammelle anche in questa posizione.

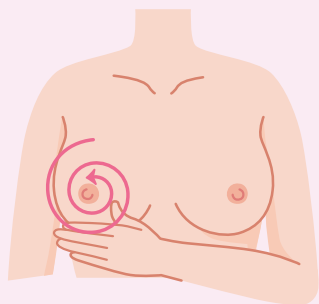


Ultima posizione. Poniti di fronte allo specchio con le braccia sui fianchi. Gonfia il petto. Verifica anche in questa circostanza le caratteristiche delle due mammelle. In questo caso, essendo la pelle più tesa, potrai soprattutto fare attenzione a eventuali alterazioni cutanee. Verifica ancora la regolarità del profilo.

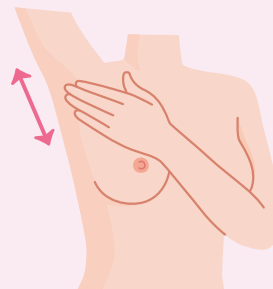


COSA PALPARE

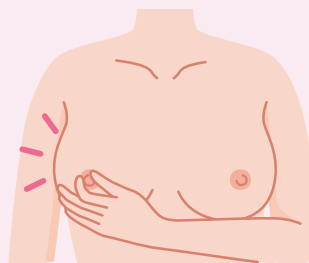
Sdraiati, ponendo un cuscino sotto alla schiena, questo servirà a sollevare e a rendere meglio esaminabile il seno. Alza il braccio del lato della mammella da esaminare, con la mano sotto la testa. Con l'altra mano esegui la palpazione.



La palpazione segue un movimento a spirale, dall'esterno verso l'interno, ovvero al capezzolo. Con la punta delle dita unite premi delicatamente ma in profondità, procedi lentamente nel movimento rotatorio verso il capezzolo. Verifica che non vi siano variazioni di consistenza (noduli o indurimenti).



Ora devi controllare attentamente partendo dal solco sotto la mammella, anche la zona tra il seno e l'ascella. Esegui la manovra con il braccio sollevato e poi anche con il braccio abbassato, magari stando seduta. In quest'ultima posizione è più facile riconoscere eventuali noduli in fondo all'ascella (linfonodi).



Devi ora prendere tra le dita il capezzolo e premere dolcemente. Verifica che non vi siano secrezioni. Puoi verificare ciò anche durante la pressione della mammella. Se fuoriesce del liquido, controlla il colore con un fazzoletto e riferisci questo al tuo medico.

QUANDO CONSULTARE IL MEDICO

- Una irregolarità, rispetto al solito, della forma del volume della mammella
- Una irregolarità dell'aspetto del capezzolo
- Una variazione del profilo della mammella
- Un'alterazione della cute: zone raggrinzite o infossate
- Un nodulo al seno o all'ascella
- Una irregolarità dell'aspetto del capezzolo (per esempio, retroflessione: capezzolo ombellicato)
- Secrezioni dal capezzolo
- Eczemi (eruzioni cutanee) della mammella

PROTESI

M. Marletta



La decisione assunta nello scorso mese di aprile da parte dell'Agenzia sanitaria francese per la sicurezza dei prodotti medici (Ansm) di ritirare dal mercato nazionale tredici modelli di impianti di protesi al seno a titolo precauzionale perché sospettati di causare una rara forma di tumore - il Linfoma Anaplastico a Grandi Cellule (ALCL) - ha alimentato un acceso dibattito tra le diverse autorità sanitarie a livello internazionale che ha naturalmente coinvolto anche il nostro Paese.

Prima di entrare nel merito della questione e delle decisioni che da esse sono scaturite, dobbiamo innanzitutto rammentare che le protesi mammarie sono dei dispositivi medici definibili, in termini generali, strumenti utilizzati in medicina per finalità diagnostiche e/o terapeutiche, regolamentati nel nostro Paese dal Decreto Legislativo 46/1997 in attuazione della Direttiva Europea 93/42/EEC, la quale stabilisce i criteri da utilizzare nella progettazione e realizzazione di alcune categorie di dispositivi medici, vigente negli stati dell'Unione Europea. Esse appartengono alla classe III (la classe di rischio più alta tra tali tecnologie sanitarie), per la quale è previsto che prima della loro immissione sul mercato, grazie al rilascio della certificazione CE, gli organismi a ciò preposti ne valutino attentamente la progettazione, la qualità e la produzione.

Le protesi attualmente vengono utilizzate con un duplice scopo: per ragioni estetiche (nel 63% dei casi) e per ragioni ricostruttive (nel 37% dei casi). Sul mercato italiano ed europeo ne esistono vari tipi. In particolare, sono disponibili di forma tonda con una superficie sia liscia che ruvida (testurizzata) e di forma anatomica, solo con superficie testurizzata. Nello specifico, le protesi tonde sono state le prime ad essere introdotte in commercio.

Nonostante il nome, non sono protesi davvero rotonde, ma hanno una forma cupoliforme e simmetrica.

Sono disponibili in una ampia gamma di misure, per adattarle perfettamente alle esigenze di ogni paziente. Le seconde, quelle anatomiche, invece, in sezione hanno una forma a goccia, per mimare la naturale forma della mammella. Anche loro possono essere adattate scrupolosamente alla tipologia di paziente. Il loro contenuto può essere di silicone, di soluzione salina oppure esistono protesi espandibili, a doppia camera, con al centro il silicone ed intorno soluzione salina. Ebbene, tornando al caso avvenuto nel Paese transalpino si ricorda che qui, dal 2011 sono stati individuati 59 casi di ALCL associati a questi impianti di protesi mentre, nel nostro Paese, dal 2014 al primo aprile di questo anno, sono stati diagnosticati 41 casi di ALCL su un totale di circa 400.000 protesi impiantate negli ultimi 8 anni. L'incidenza annua stimata (vale a dire quanti nuovi casi di una data malattia compaiono in un determinato lasso di tempo) in Italia è stata costante e pari a circa 3 casi ogni 100.000 pazienti impiantati tra il 2015 e il 2018. Tutti dati che mettono in luce un numero limitato e circoscritto di casi, peraltro, con una connessione solamente sospetta tra causa ed effetto.

Nonostante ciò, quanto accaduto ha giustamente attirato l'attenzione delle nostre Autorità competenti ed in particolare del Ministro della Salute, On. Giulia Grillo la quale, in via prioritaria, ha richiesto un parere urgente al Consiglio Superiore di Sanità (CSS) in merito in particolare alle protesi mammarie a superficie testurizzata ed ai citati possibili collegamenti con il linfoma anaplastico a grandi cellule.

L'obiettivo perseguito è stato quello di garantire la massima tutela della salute dei cittadini coinvolti ed avviare eventuali iniziative nei confronti dei fabbricanti interessati nella produzione dei dispositivi a rischio. Al gruppo di lavoro hanno partecipato i massimi esperti appartenenti alle aree di specializzazione in Chirurgia Plastica e Ricostruttiva ed Estetica, Chirurgia Generale, Ematologia Oncologia, Oncoematologia, Senologia Chirurgica, Medicina Clinica e Molecolare, Anatomia Patologica e Citologia Diagnostica oltre ai rappresentanti delle principali Società Scientifiche del settore. Dopo un approfondito confronto il CSS emanava un parere che si concentrava essenzialmente su questi punti: la necessità di informare i cittadini italiani che non si ravvedono motivazioni sufficienti per raccomandare il ritiro dalla disponibilità commerciale delle protesi testurizzate – e che – non si pone l'indicazione alla rimozione della protesi liscia o testurizzata in assenza di sospetto clinico di BIA-ALCL.

- ✓ L'importanza di effettuare, da parte dei cittadini che abbiano impiantato tali dispositivi, regolari controlli e la richiesta di collaborazione rivolta ai medici in merito alla rilevanza della diagnosi precoce per garantire la salute dei pazienti impiantati. Questa la si potrà perseguire grazie ad una più efficace e capillare rete di informazione, prevenzione e controllo affinché i pazienti siano informati su tutti gli aspetti che riguardano l'impianto delle protesi.
- ✓ A tale proposito si sottolinea la messa a disposizione di tutti gli operati del registro nazionale di patologia (archivi informatizzati che contengono i dati dei pazienti, in modo che possano essere condivisi per favorire la ricerca e le cure).
- ✓ L'obbligo che il medico chirurgo ha di informare i pazienti o i soggetti candidati ad un impianto con protesi mammarie, sia per ragioni estetiche o ricostruttive, di tutti i benefici e potenziali rischi connessi all'utilizzo di tali dispositivi.
- ✓ L'individuazione dei centri di riferimento di secondo livello – quelli che vengono interpellati in caso di necessità di una seconda opinione – che potranno offrire ai pazienti e agli operati dei vari territori tutto il supporto necessario.

Quanto descritto è solamente l'ultima azione in tema di vigilanza sui dispositivi medici messa in campo dal Ministero della Salute, in qualità di Autorità competente, per il mercato di tali tecnologie. Ricordo che l'obiettivo dell'attività di vigilanza sui dispositivi medici è quello di incrementare la protezione della salute e la sicurezza di pazienti ed utilizzatori attraverso l'identificazione rapida di ogni nuovo problema al fine di individuare azioni correttive finalizzate all'eliminazione o riduzione del problema stesso. Azione che sarà corroborata anche grazie all'entrata in vigore dei nuovi regolamenti europei sui dispositivi medici previsti nella primavera del 2020. In particolare, l'adozione dei nuovi regolamenti sui dispositivi medici istituisce un quadro legislativo comunitario più modernizzato e più robusto per garantire una migliore protezione della salute pubblica e della sicurezza dei pazienti. Tutto ciò contribuirà a riaffermare quanto stabilito dall'articolo 32 della Costituzione che, ricordo, sancisce il diritto alla tutela alla Salute come diritto della persona.

Inteso come diritto sociale e in osservanza del principio di uguaglianza sostanziale, tale diritto prefigura un servizio pubblico obbligatorio e stabilisce la responsabilità dello Stato di intervenire con le leggi e con tutti gli strumenti a sua disposizione per garantire la salute del cittadino e della collettività.

TUMORE DEL SENO METASTATICO

A. Bonifacino



Scoprire che il tumore del seno è progredito è una notizia che provoca disorientamento e paura, ma anche questa situazione va affrontata con la consapevolezza che oggi sono circa 37.000 le donne in Italia in questa condizione di salute e le terapie oncologiche sono estremamente efficaci.

Cos'è il tumore metastatico?

Si definisce metastatico il tumore che non è più confinato al seno ma si è esteso ad altri organi. Alcune cellule del tumore attraverso i vasi sanguigni e linfatici raggiungono altri organi.

Come si cura?

I centri di senologia pubblici accreditati sono presenti in ogni Regione (vedi App PianetaSeno), in ciascun centro vi sono oncologi dedicati alla oncologia della mammella. La medicina personalizzata e di precisione ci consentono di trattare il tumore del seno metastatico con una percentuale molto elevata di successo nel rendere la malattia stabile. Si può rallentare molto la progressione garantendo una normale vita di relazione e lavorativa nella maggior parte dei casi.

Che tipo di tumore è?

Il tumore al seno non può essere considerato come una singola malattia uguale per tutte le persone colpite, pertanto ogni tipo di tumore al seno viene trattato in modi diversi. Nel tumore ci sono dei recettori: recettori ormonali per gli estrogeni (EstrogenReceptor, ER+) e per il progesterone (Progesterone Receptor, PgR+) e recettori per la proteina HER2. Lo stato del recettore, determinato da una biopsia delle cellule tumorali

prelevate dal tumore, fornisce informazioni dettagliate sul tipo di tumore trovato.

Una diagnosi di tumore al seno triplo negativo sta invece a significare che i tre tipi più comuni di recettori noti per alimentare la maggior parte della crescita del tumore al seno non sono presenti nel tumore. Il tumore al seno triplo negativo si presenta in circa il 10-20% dei tumori al seno diagnosticati.

LO STATO DI QUESTI RECETTORI CONSENTE AL TEAM ONCOLOGICO DI COMPRENDERE MEGLIO LA DIAGNOSI E DI PROGRAMMARE UNA TERAPIA MIRATA CHE POSSA OFFRIRE LA MIGLIORE OPPORTUNITÀ PER COMBATTERE IL TUMORE.

Qualche consiglio per affrontare

Dopo una diagnosi di tumore avanzato è importante parlare approfonditamente con il medico oncologo per comprendere il tipo di tumore, quali organi abbia colpito, a quali indagini sottoporsi, il percorso di cura più appropriato, se vi siano accorgimenti da mettere in atto nel regolare svolgimento della propria vita. Preparare le domande da fare e scriverle su un quaderno. Questo è un suggerimento che diamo sempre, indipendentemente dallo stato di malattia.

Quando si affronta una visita specialistica, soprattutto se si tratta di un argomento importante, è essenziale essere preparati e concentrarsi su tutto quello che si desidera conoscere.

- **Che tipo di tumore è?** I tumori al seno hanno tutti caratteristiche diverse fra loro; è importante definire una vera e propria carta d'identità del tumore.
- **Quali sono le possibilità di cura?** Le terapie sono sempre più mirate e personalizzate nel trattare ogni specifico tipo di tumore (vedi paragrafo medicina personalizzata). La scelta va condivisa con l'oncologo di riferimento: dalla chemioterapia, alla terapia ormonale, alle terapie mirate e di combinazione. I farmaci mirati sono trattamenti nuovi e più efficaci, in grado di attaccare specifiche cellule tumorali del seno senza danneggiare le cellule normali. Terapie mirate sono, ad esempio, gli anticorpi

monoclonali e la immunoterapia.

- **Cosa altro chiedere?** La durata del trattamento, le possibili vie di somministrazione, gli effetti collaterali e come alleviarli, l'alimentazione, la possibilità di esercitare attività fisica, la frequenza dei controlli.

In un percorso così delicato sotto tutti i punti di vista, vanno trovati i giusti riferimenti anche per il sostegno. Ci sono numerose figure che possono supportare la donna in una fase così delicata della propria vita: psiconcologi, assistenti sociali, associazioni di pazienti. Sono tutte realtà che possono fornire un valido contributo nel dare suggerimenti su come gestire il percorso; coinvolgendo, nel caso, le persone più care, nella vita di relazione familiare e lavorativa. Parlare con il medico di fiducia e individuare con lui le soluzioni più adatte ad ogni singola situazione. Alcune abitudini di vita potranno cambiare, altre meno o in nessun modo. Informarsi sugli strumenti sociali e legislativi di supporto è importante; associazioni di pazienti e assistenti sociali possono orientare in questo senso. Sempre più importante la **figura del caregiver; la persona tra familiari e amici che si prende cura di noi in un percorso; va scelta con cura; ci aiuta a condividere le scelte, a comprendere meglio le diverse terapie da affrontare, a sostenerci nei momenti di maggiore difficoltà.**

Cosa vuol dire partecipare ad uno studio clinico

Gli studi clinici (trials clinici) rappresentano una scelta importante. Di solito è il medico di riferimento (oncologo) che propone di partecipare a uno studio clinico. La decisione finale di partecipare o meno spetta alla paziente. In certi casi partecipare allo studio clinico può voler dire avere accesso a terapie innovative e potenzialmente efficaci per uno specifico tumore, **anticipando i tempi necessari per la registrazione di un nuovo farmaco.**

Inoltre, il paziente che partecipa allo studio clinico è sottoposto con cadenza regolare a visite ed esami, pertanto la malattia e lo stato di salute sono molto controllati. Non va trascurato un ulteriore aspetto della partecipazione a studi clinici: **partecipare a uno studio clinico significa contribuire in prima persona allo sviluppo di conoscenze che possono migliorare la quotidiana battaglia contro il cancro.**

OVAIO

G. Scandurra



Che cos'è un tumore ovarico?

Il tumore dell'ovaio o carcinoma ovarico è una neoplasia rara che in Italia nel 2019 ha colpito circa 5300 donne e rappresenta il 3% di tutti i tumori femminili. I tumori maligni dell'ovaio sono di tre tipi: epiteliali, germinali e stromali. Il tumore epiteliale è il più frequente e rappresenta il 90% dei tumori maligni di questo organo.

Come faccio a sapere che ho un tumore ovarico?

A causa della sintomatologia aspecifica e tardiva, circa il 75-80% delle pazienti presenta al momento della diagnosi una malattia in fase avanzata (stadio FIGO III-IV); più raro (10%) è il riscontro iniziale di una neoplasia limitata agli annessi (stadio FIGO I), il più delle volte scoperta occasionalmente durante i controlli ginecologici routinari. Nel restante 10% dei casi la diagnosi viene effettuata quando la malattia è ancora circoscritta alla pelvi.

Questi i sintomi più comuni:

- senso di gonfiore e tensione addominale persistente
- perdite di sangue vaginali
- mutamenti nelle abitudini intestinali come comparsa o peggioramento della stitichezza
- dolore addominale
- aumento del volume addominale
- nausea e vomito

Si tratta di sintomi spesso sottovalutati in quanto comuni ad altre situazioni non preoccupanti.

Tuttavia se questi sintomi non ci sono mai stati prima e compaiono

costantemente ogni giorno per più di 10-15 giorni al mese e per più di due mesi consecutivi, è consigliabile rivolgersi al medico di famiglia o al ginecologo.

Perché si sviluppa un tumore ovarico?

Le cause che determinano lo sviluppo del tumore ovarico non sono ancora ben note, eccetto per alcune condizioni.

Storia ostetrica e ginecologica

Menarca precoce e/o menopausa tardiva sono fattori di rischio. La multiparità (più gravidanze a termine), l'allattamento al seno e un prolungato impiego di contraccettivi orali riducono il rischio di tumore ovarico. In particolare, donne multipare presentano una riduzione del rischio del 30% circa rispetto a donne che non hanno partorito. Esiste anche una correlazione tra endometriosi e tumore all'ovaio e per questo le pazienti con tale patologia devono effettuare frequenti controlli ginecologici.

Stili di vita

L'obesità, il fumo, l'assenza di esercizio fisico sono ulteriori fattori che aumentano il rischio di sviluppare questa neoplasia.

A quale età è più frequentemente riscontrato?

I tumori germinali dell'ovaio sono diagnosticati per il 40-60% in età inferiore a 20 anni, al contrario quelli epiteliali colpiscono le donne sia in età riproduttiva sia in età avanzata.

Nella mia famiglia ci sono stati casi di tumore ovarico. Potrei svilupparne uno anch'io?

Il 15-25% dei tumori ovarici ha come principale fattore di rischio la familiarità. Bisogna fare molta attenzione se in famiglia esistono casi (più di uno) nei parenti vicini (madre, padre, sorelle, nonne, zie, cugine) di casi di tumore all'ovaio, mammella, pancreas, prostata ma anche utero e colon. Rischio di familiarità non significa certezza di ammalarsi per questo è bene rivolgersi al medico di famiglia o al genetista. Le alterazioni dei geni BRCA1 e BRCA2 possono predisporre allo sviluppo del carcinoma ovarico. La percentuale di rischio è del 39-46% se è presente una mutazione del gene BRCA1 ed è del 10-27% se è presente una mutazione del gene BRCA2. Inoltre il tumore ovarico può essere associato ad un'altra sindrome genetica "La

Sindrome di Lynch” caratterizzata da un aumento del rischio di sviluppare tumori del colon, utero e ovaio.

È possibile prevenire un tumore ovarico?

Non esistono al momento programmi di screening scientificamente affidabili per la prevenzione del tumore dell’ovaio, tuttavia alcuni studi hanno dimostrato che in assenza di fattori di rischio, una visita annuale dal ginecologo e l’ecografia transvaginale di controllo possono facilitare una diagnosi precoce. L’unica prevenzione riguarda le donne con aumentato rischio familiare e con mutazioni genetiche accertate quali mutazione dei geni BRCA1/2 e Sindrome di Lynch.

Chirurgia profilattica

Nelle donne con mutazione BRCA 1 o BRCA2 l’annessiectomia bilaterale (asportazione delle ovaie e delle tube di Falloppio), riduce del 96% il rischio di tumore all’ovaio.

Sorveglianza

È importante sottolineare che questa strategia è poco efficace per il tumore ovarico e consiste nell’eseguire regolarmente e in un centro specializzato esami quali ecografia pelvica transvaginale e dosaggio del Ca125 mediante un prelievo di sangue.

Farmacoprevenzione

L’effetto protettivo dei contraccettivi orali è direttamente proporzionale alla durata di assunzione, un periodo di almeno 4 anni riduce del 50% il rischio di tumore all’ovaio nella popolazione generale.

Stile e scelte di vita

I dati disponibili attualmente raccomandano una riduzione del peso corporeo quando necessario, una regolare attività fisica (20 minuti al giorno di attività aerobica) e un’alimentazione sana.

Come si effettua la diagnosi di carcinoma ovarico?

Il riscontro di una massa pelvica/ovarica impone l’esecuzione di un esame clinico dell’addome, di visita ginecologica, di ecografia pelvica per via

addominale e transvaginale. Il dosaggio del Ca125 dal sangue può essere consigliato dal ginecologo di riferimento in alcuni casi.

Ho scoperto di avere un tumore ovarico chi può curarmi?

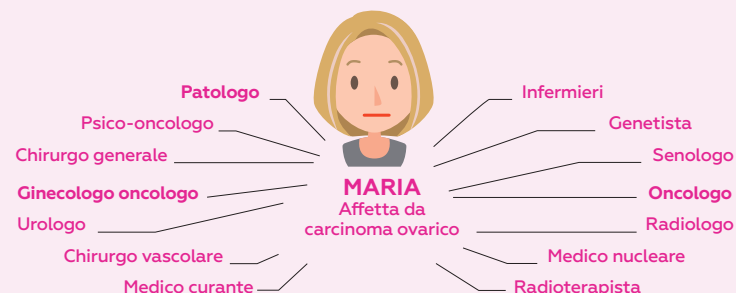
Il carcinoma ovarico avanzato è una neoplasia complessa, che necessita di essere trattata in strutture altamente specializzate con esperienza provata da un’elevata casistica. Il modello gestionale del carcinoma ovarico è multidisciplinare e procede attraverso un flusso circolare con la paziente, ogni paziente, al centro di ogni decisione medica.

Esistono nuove terapie per curare il tumore ovarico?

Un corretto approccio chirurgico specialistico è il primo passo importante per il trattamento del carcinoma ovarico. La chemioterapia con farmaci a base di platino rimane la terapia di elezione nelle pazienti sia come prevenzione della recidiva nelle fasi precoci sia come trattamento delle fasi avanzate. Negli ultimi anni farmaci a bersaglio molecolare come gli antiangiogenetici e i PARP inibitori hanno rivoluzionato le terapie mediche migliorando la prognosi delle pazienti con carcinoma ovarico in fase avanzato o metastatico.

FAKE NEWS

Il pap test serve a fare diagnosi precoce di tumore ovarico?	NO
È sempre necessario eseguire i marcatori tumorali Ca125e HE4 in caso di dolore o gonfiore addominale perché servono per la diagnosi precoce?	NO
Il test genetico dei geni BRCA1/2 deve essere eseguito su tutte le donne sane, anche in assenza di familiarità?	NO



EREDITARIETÀ

C. Capalbo, M. Piane



I tumori si possono ereditare?

La maggior parte dei tumori è sporadico mentre una piccola quota, il 5-10%, è ereditario.

Quello che si eredita tuttavia non è il tumore, ma il rischio aumentato di svilupparlo e nel 20% dei casi i geni coinvolti sono **BRCA1 e BRCA2**. Ogni individuo possiede due copie di ciascun gene BRCA, una copia ereditata dalla madre e una copia ereditata dal padre: un individuo è più predisposto allo sviluppo di tumori quando eredita da un genitore un gene BRCA normale e dall'altro genitore un gene mutato e non funzionante (mutazione in eterozigosi).

I portatori di mutazioni in tali geni hanno un rischio oncologico più alto rispetto a quello di popolazione e hanno una probabilità del 50% di trasmettere il gene mutato ai propri figli, indipendentemente dal sesso. Pur rappresentando una percentuale minoritaria di tutte le forme neoplastiche, i tumori ereditari hanno un rilevante impatto clinico e sociale, poiché in molti casi sono caratterizzati dall'insorgenza in una fascia di età più precoce, possono interessare sedi multiple (più tumori nel corso della vita nella stessa persona) o riguardare più membri della stessa famiglia.

NELLE FAMIGLIE CON UNA ELEVATA INCIDENZA DI TUMORI DELLA MAMMELLA E DELL'OVAIO È INDICATA LA CONSULENZA DI GENETICA ONCOLOGICA (CGO), INDIRIZZATA SIA AL CASO INDICE/PROBANDO (GENERALMENTE UNA PERSONA AFFETTA O CON PREGRESSA PATOLOGIA NEOPLASTICA), CHE AI FAMILIARI SANI.

Durante la CGO il genetista medico insieme all'oncologo, valuta la probabilità del consultando di essere portatore di mutazione e su questa base propone il test genetico per ricercare le mutazioni che predispongono ad un rischio oncologico aumentato. Se il soggetto accetta di fare il test genetico, da un prelievo di sangue periferico, in laboratori specializzati, verrà estratto il DNA e analizzata l'intera sequenza dei geni BRCA1 e BRCA2.

Accertare la presenza di una mutazione significa confermare la diagnosi di tumore ereditario. L'identificazione di una mutazione nel probando consente di estendere il test genetico ai familiari sani. Questo significa avere la possibilità di individuare, all'interno della famiglia i portatori sani della stessa mutazione familiare, ai quali si possono offrire programmi di prevenzione mirati alla riduzione del rischio oncologico.

Lo sviluppo di nuove tecnologie (Next Generation Sequencing, NGS) ha permesso di identificare altri geni di predisposizione alternativi a BRCA, con diverso "peso" nel conferire il rischio oncologico. Laddove non venga identificata una mutazione nei geni BRCA spesso viene proposto un approfondimento diagnostico mediante il test genetico per la ricerca di mutazioni predisponenti in questi geni (vedi tabella).

Riassumendo, la valutazione del rischio oncologico in ambito genetico avviene attraverso un approccio multidisciplinare (interazione di più specialisti) e multifasico che si propone di offrire alla persona affetta (o non affetta da patologia oncologica) portatrice di un rischio genetico, un percorso guidato a più tappe. Tali tappe prevedono la corretta valutazione del rischio eredo-familiare, la ricerca della alterazione genetica (test genetico), la definizione di un programma personalizzato di sorveglianza clinico-strumentale e se indicato, il ricorso a misure farmacologiche o chirurgiche di riduzione del rischio.

Va infine evidenziato, che sebbene la recente introduzione dell'analisi NGS abbia implementato in modo considerevole le conoscenze nelle forme ereditarie dei tumori, ridotto i tempi ed i costi delle analisi, ha determinato altresì, un aumento preoccupante della richiesta "fai da te" del test. Il capitolo dei tumori eredo-familiari, dunque, è una parte molto complessa della medicina moderna che non si riduce alla mera esecuzione di un test ma è un complesso percorso che deve essere guidato da personale esperto.

Oggi in Italia sono molti i centri di riferimento regionali dove può essere effettuata una Consulenza Genetica in ambito Oncologico (CGO) che sicuramente il medico di medicina generale (MMG), o lo specialista di riferimento saprà indicare.

Oltre BRCA1 e BRCA2: geni di predisposizione ereditaria ai tumori della mammella/ovaio e non solo

Gene	Sindrome associata	tumore correlato
ATM	Atassia Telangiectasia	Mammella, ovaio, pancreas
PALB2	Anemia di Fanconi	
MRE11A	AtaxiaTelangiectasia-like disorder	Mammella
RAD50	Sindrome di Nijmegen breakage syndrome-like disorder	
BARD1		
NBN	Sindrome di Nijmegen breakage	Mammella, ovaio
BRIP1	Anemia di Fanconi	
RAD51C		
RAD51D		
STK11	Sindrome di Peutz-Jeghers	Colon-retto, mammella, pancreas gastrico, piccolo intestino, cervicale, ovaio
MSH2	Sindrome di Lynch	Colon-retto, endometrio, ovaio, gastrico, uroteliale pancreatico-biliare, cervello
MLH1		
MSH6		
PMS2		
EPCAM		
MUTYH	Poliposi associata a MUTYH	Colon-retto, duodenale, mammella

Gene	Sindrome associata	tumore correlato
RECQL		Mammella
TP53	Sindrome di Li-Fraumeni	Mammella, sarcoma, cervello, adrenocorticale, leucemia, gastrico
PTEN	Sindrome di Cowden	Colon-retto, mammella, endometrio, tiroide, renale
CHEK2	Sindrome di Li-Fraumeni variante	Mammella, ovaio
CDH1	Tumore gastrico diffuso ereditario	Gastrico, mammella
CDK4	Melanoma familiare	Melanoma
CDKN2A		Melanoma, pancreatico
SMAD4	Sindrome della Poliposi giovanile	Colon-retto, gastrico
APC	Poliposi adenomatosa familiare	Colon-retto, piccolo intestino, gastrico, desmoide, tiroide

HPV (PAPILLOMA VIRUS)

A. Ghelardi



I virus del papilloma umano (HPV, acronimo di Human Papilloma Virus) sono raggruppati in un'ampia famiglia, comprendente circa 150 ceppi virali diversi, di cui circa 40 sono patogeni per la specie umana, in grado di causare (soltanto in caso di infezioni persistenti molti anni) diversi tipi di tumore nell'uomo e nella donna.

L'infezione da HPV è un'infezione molto diffusa, trasmessa prevalentemente per via sessuale. Sebbene nella maggior parte dei casi sia transitoria e priva di sintomi evidenti, talvolta si manifesta attraverso lesioni benigne della cute e delle mucose. In casi più rari, in cui il sistema immunitario non riesce a debellare rapidamente il virus, l'HPV può determinare l'insorgenza di forme tumorali quali il tumore della cervice uterina, oggi l'unica forma di neoplasia riconosciuta come totalmente riconducibile a un'infezione. L'HPV è implicato inoltre nella patogenesi di altri tumori in sede genitale (vulva, vagina, ano, pene) ed extragenitale (cavità orale, faringe, laringe).

Nell'eventualità di infezione cronica, la lesione tumorale si sviluppa in genere nell'arco di 7-15 anni dal contagio.

L'infezione da HPV può essere prevenuta con la vaccinazione.

Ho un test HPV positivo: cosa significa?

L'HPV-test consente di individuare la presenza di DNA del Papilloma Virus nei tessuti della cervice uterina e **di individuare precocemente le donne a rischio di sviluppare lesioni cancerose**. Si consiglia di eseguire il test ogni cinque anni. La positività del test non significa necessariamente che una donna svilupperà nel tempo un tumore, se siete individui con un normale stato di salute la possibilità che risolviatelo spontaneamente questa condizione è molto elevata.

AVER CONTRATTO L'HPV NON SIGNIFICA INFATTI AVER SVILUPPATO UNA LESIONE PRETUMORALE, AL CONTRARIO OLTRE IL 90% DELLE INFEZIONI SCOMPAIONO ENTRO 2 ANNI DALLA DIAGNOSI.

Attenzione però, ci sono cattive abitudini associate ad un alto rischio di persistenza virale, come il fumo di sigaretta; **se fumate è meglio smettere subito per aiutare il vostro sistema immunitario ad eradicare il virus.**

Fortunatamente sono necessari anni per passare da una condizione di semplice infezione a una lesione pretumorale, per questo motivo occorre sottoporsi a controlli regolari. La positività al test consente al medico di indicare alla donna tutti i controlli necessari per evidenziare tempestivamente la eventuale presenza di un'alterazione cellulare al collo dell'utero e di sottoporre la paziente ad ulteriori esami programmati nel tempo per monitorare qualsiasi anomalia.

L'infezione da HPV non deve quindi spaventarvi, perché verosimilmente si risolverà da sola, tuttavia i controlli periodici sono essenziali per intervenire tempestivamente in caso di lesioni tumorali.

Trascurare questa infezione, senza sorvegliarne l'evoluzione, potrebbe rivelarsi un gesto assai imprudente; rinunciare alla possibilità di un intervento medico precoce, infatti, potrebbe essere molto rischioso. Ricordiamoci che il virus **HPV è il più importante virus oncogeno umano, non solo ben nota causa del cancro della cervice, bensì responsabile anche del cancro del retto e di parte dei tumori del cavo orale in entrambi i sessi, del cancro del pene, della vulva, della vagina.**

A livello mondiale sono oltre 600.000 l'anno i casi di tumori insorgenti soprattutto in aree geografiche prive di controlli medici preventivi adeguati.

ATTENZIONE

Non tutte le infezioni sono sostenute da ceppi virali oncogeni, alcuni tipi di HPV causano alterazioni benigne, come ad esempio i "condilomi" (verruche), con localizzazioni genitali o extragenitali che possono essere trattate con numerose terapie.

Riassumendo, non tutte le infezioni da HPV sono uguali, molte generano lesioni benigne; spesso la positività al virus è transitoria e soprattutto l'evento cancro è eccezionale ed è prevenibile.

Come prevenire l'infezione HPV: il vaccino

La prevenzione primaria avviene mediante vaccinazione e costituisce oggi la via più efficace e sicura per combattere il rischio di infezione da HPV, ed eventuali patologie oncologiche correlate.

Tradotto nella pratica clinica vaccinarsi contro l'HPV è in grado di proteggerti dal:

- 90% dei tumori cervicali
- 82% delle lesioni precancerose di alto grado ano-genitali
- 90% dei condilomi ano-genitali

Quando vaccinarsi e come?

Il 12° anno è l'età preferibile per effettuare la vaccinazione anti-Papilloma Virus (anti-HPV) ai ragazzi, sia femmine che maschi. In funzione dell'età e del vaccino utilizzato, la scheda vaccinale prevede la somministrazione di due dosi (per soggetti fino a 13 o 14 anni, a seconda del tipo di vaccino) o tre dosi per i più grandi.

L'immunizzazione contro l'HPV può essere offerta anche a ragazzi e ragazze più grandi e in età adulta, anche se i vantaggi aumentano in relazione alla più giovane età e al minor numero di partner avuti.

Sulla base dei risultati scientifici, vaccinare entrambi i sessi nel periodo adolescenziale è la scelta sanitaria che offre maggiori vantaggi per le future generazioni in termini di riduzione della circolazione del virus e, quindi, di frequenza delle patologie HPV-correlate, fino alla sua eliminazione, per questo il vaccino viene offerto sia ai maschi che alle femmine nel corso del dodicesimo anno di vita.

I vaccini sono sicuri?

È giusto ricordare che, come per gli altri farmaci, ogni vaccino deve sottostare a rigorose sperimentazioni precliniche e cliniche relative a sicurezza ed efficacia, prima dell'autorizzazione all'immissione in commercio. Gli studi relativi ai vaccini anti-HPV hanno visto la partecipazione di migliaia di persone (sia maschi che femmine) dimostrando efficacia, sicurezza e tollerabilità prima di essere disponibili per tutti i cittadini.

In seguito alla vaccinazione, possono comparire modesti effetti collaterali (es. cefalea, debolezza, reazione cutanea generalizzata o al sito di iniezione, dolore generalizzato o al braccio, febbre). L'Agenzia Italiana del Farmaco

(AIFA) pubblica annualmente un rapporto sulla sorveglianza post-marketing dei vaccini che conferma il profilo di sicurezza per tutti i vaccini anti-HPV, con 163 segnalazioni di eventi avversi per 100.000 dosi somministrate nel 2018, di cui solo 18 segnalazioni gravi correlabili alla vaccinazione.

Per chi invece ha sviluppato una lesione pretumorale...

La cura, la ricerca italiana

Se siete fra le persone che sfortunatamente hanno sviluppato una alterazione pretumorale di alto grado, la soluzione è la rimozione chirurgica: l'asportazione dell'area alterata prima che diventi una malattia più grave consente di conservare l'organo senza dover rinunciare alla fertilità.

Il maggior problema nella gestione clinica delle lesioni pretumorali è costituito dal fatto che rimuovere una lesione non significa "curare l'HPV", in altri termini asportando l'area "malata" non sempre ci si libera dal virus. Ad esempio, dopo un intervento per lesione pretumorale del collo dell'utero circa l'80% delle donne riesce a eliminare sia lesione che infezione; invece, il 20% delle donne avrà ancora il virus rilevabile dopo la chirurgia.

Qual è il destino del 20% delle pazienti con infezione persistente dopo l'atto chirurgico? **Fra tutte le donne operate, fino ad una su dieci potrà avere un ritorno della malattia (ricidiva), motivo per cui risulta opportuno controllarsi accuratamente dopo l'intervento.**

ATTENZIONE

Dopo molti anni in cui nel mondo si sono avvicinati strumenti e tecniche chirurgiche differenti, senza significative differenze di risultati, in Italia è stato messo a punto uno studio innovativo (**SPERANZA Project**) i cui risultati emergenti hanno dimostrato che vaccinarsi dopo l'intervento riduce notevolmente il rischio di avere una ricidiva. **In termini numerici le donne che hanno deciso di vaccinarsi dopo il trattamento hanno l'80% in meno di recidive rispetto a chi ha ricevuto il solo intervento chirurgico senza vaccino.** Il vaccino è utile in fase post chirurgica anche se avete avuto dei condilomi, riducendo del 65% la loro ricomparsa.

L'HPV

È il più importante virus oncogeno umano: non solo ben nota causa del cancro della cervice, bensì responsabile anche del cancro del retto e di parte dei tumori del cavo orale in entrambi i sessi, del cancro del pene, della vulva, della vagina. A livello mondiale sono oltre 600.000 l'anno i casi di tumori insorgenti soprattutto in aree geografiche prive di controlli medici preventivi adeguati.

Il vaccino è in grado di proteggervi dal:

- 90% dei cancri cervicali
- 82% delle lesioni precancerose di alto grado ano-genitali
- 90% dei condilomi ano-genitali

Non tutte le infezioni da HPV sono pericolose

Le infezioni da HPV non sono tutte uguali, molte generano lesioni benigne, spesso la positività al virus è transitoria e soprattutto l'evento cancro è eccezionale ed è prevenibile con opportuni controlli e accurate misure preventive.

VERO**Chi contrae l'infezione svilupperà un tumore**

Aver contratto l'HPV non significa infatti aver sviluppato una lesione pretumorale, al contrario, oltre il 90% delle infezioni scompare entro 2 anni dalla diagnosi.

FALSO**In tutte le donne che hanno sviluppato lesioni pretumorali si presenteranno complicanze relative alla fertilità**

Purtroppo, qualora presenti lesioni pretumorali gravi, la cura consiste nella loro rimozione chirurgica; evento che asporta l'area alterata prima che diventi un tumore, consentendo di conservare l'utero senza dover rinunciare alla fertilità.

FALSO**Sono in età adulta, non posso più fare il vaccino**

La vaccinazione può essere effettuata anche in età adulta, seppur con vantaggi minori rispetto agli adolescenti; è infatti remota la possibilità di aver contratto tutti i tipi di HPV da cui protegge il vaccino. Con gli anni un individuo non vaccinato potrebbe inoltre perdere la protezione immunologica nei confronti dei tipi virali a cui è stato già esposto; il vaccino, al contrario, dà una protezione duratura.

FALSO**In soggetti operati per lesioni HPV-correlate il vaccino post operatorio riduce il ritorno della malattia**

Vaccinarsi dopo un trattamento per lesioni pretumorali gravi vede una riduzione dell'80% delle recidive in confronto a chi ha ricevuto il solo intervento chirurgico senza vaccino. Il vaccino è utile in fase post chirurgica anche nei pazienti trattati per condilomatosi riducendone del 65% la ricomparsa.

VERO

LETTERA PER I GENITORI

A. Villani



La pandemia da SARS-CoV-2 ha evidenziato l'importanza e il ruolo delle vaccinazioni e, nel caso del COVID-19, l'indispensabile necessità di disporre di un vaccino per combattere questa malattia responsabile di numerosissime morti in Italia e nel mondo.

Oggi è ancor più indispensabile vaccinarsi per proteggersi dall'HPV (Papilloma Virus), ma è importante anche effettuare tutte le vaccinazioni in totale sicurezza e serenità.

Per tuo figlio, per tua figlia

C'è un'importante novità per la salute dei tuoi figli e delle tue figlie: **l'offerta attiva e gratuita, in età preadolescenziale (nel corso del dodicesimo anno), di un vaccino che protegge dalle infezioni causate da una famiglia di virus (Papilloma Virus) che purtroppo, in alcuni casi, possono degenerare in forme tumorali.**

I risultati ottenuti nel mondo grazie alla diffusione di questo vaccino (ne sono state somministrate decine di milioni di dosi) sono sorprendentemente positivi e hanno drasticamente ridotto le infezioni e soprattutto le forme tumorali della zona ano-genitale, nonché quelle dell'orofaringe (bocca e gola) sia in donne che in uomini.

Altro splendido risultato è rappresentato dalla riduzione della circolazione dei Papilloma Virus.

In molte regioni italiane, ragazzi e ragazze vengono contattati dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL) o dai Centri Vaccinali dopo il compimento dell'undicesimo anno di età per effettuare la vaccinazione. Qualora questo non avvenisse, ci si deve recare con il proprio figlio e/o con

la propria figlia presso il Centro Vaccinale della propria ASL e in questo modo si potranno far effettuare le vaccinazioni gratuitamente usufruendo di una bella opportunità per la tutela della salute dei propri ragazzi e/o delle proprie ragazze.

La vaccinazione contro il Papilloma Virus è sicura, efficace e in poco tempo garantisce, a chi la fa, la protezione verso malattie che possono essere gravi, invalidanti e purtroppo, in alcuni casi, anche mortali.

NON È VERO CHE ...

- **La vaccinazione indebolisce il sistema immunitario.**
È falso. La vaccinazione potenzia e perfeziona la risposta immunitaria da parte dell'organismo.
- **La vaccinazione può determinare l'infezione perché contiene il virus.**
È falso. Il vaccino non contiene il virus, ma è costruito in maniera tale da indurre l'organismo a produrre anticorpi in difesa di un eventuale futuro contatto con il germe.
- **La vaccinazione antiPapilloma Virus è utile solo nelle donne.**
È falso. Purtroppo anche nei maschi la famiglia dei Papilloma Virus può determinare infezioni che possono degenerare in tumore.

COLON

E. Di Giulio, V. Corleto



Il tumore del colon rappresenta la seconda causa di morte per neoplasia in Italia e negli altri paesi occidentali, dopo il tumore del polmone nell'uomo e quello del seno nella donna.

La maggior parte dei tumori del colon, indipendentemente dalle cause, deriva da polipi adenomatosi che sono lesioni inizialmente benigne.

Gli adenomi possono, nel tempo, trasformarsi in maligni ed il rischio di trasformazione dipende da molti fattori come le dimensioni, il numero, i caratteri istologici.

I polipi, nella maggior parte dei casi, non provocano sintomi. Tuttavia è molto importante prestare attenzione ad alcuni sintomi e segni che seppure non specifici, possono insorgere in presenza di polipi o tumore del colon come la presenza di sangue nelle feci (visibile o occulto cioè riscontrato con specifica analisi), la presenza di anemia, la sideropenia (carezza di ferro nel sangue) e/o modificazioni dell'alvo (stipsi o diarrea di recente insorgenza).

SI STIMA CHE OCCORRANO CIRCA 10 ANNI AFFINCHÉ UN ADENOMA POSSA TRASFORMARSI IN TUMORE, PERTANTO RIUSCIRE AD INDIVIDUARE LA LESIONE E RIMUOVERLA IN QUESTO LUNGO PERIODO CONSENTE DI INTERROMPERE QUESTA SEQUENZA.

Fattori di rischio

A partire dai 50 anni di età il rischio di insorgenza di questo tumore diviene consistente in entrambi i sessi. Principali fattori di rischio per lo sviluppo del tumore del colon sono:

- **Età** la maggior parte dei tumori del colon si sviluppa in soggetti ad iniziare da 50 anni

- **Familiarità** per tumore del colon e/o per polipi adenomatosi
- **Malattie ereditarie** la Poliposi Familiare (FAP), il Tumore del Colon Ereditario Non Poliposico (HNPCC)
- **Storia personale** di pregressi polipi e/o tumori del colon
- **Pregressi tumori** in altre sedi nelle donne (seno, utero, ovaio)
- **Sovrappeso** od obesità
- **Dieta ricca** di grassi animali, carni rosse e povera di fibre
- **Stile di vita** sedentario

La prevenzione

L'esame più utilizzato per lo screening del cancro del colon è la ricerca del sangue occulto nelle feci, ad oggi il più diffuso in tutto il mondo (gratuito tra i 50 e 74 anni su invito della ASL di riferimento). La ricerca del sangue occulto nelle feci consiste nella ricerca di minime tracce di sangue, non visibili ad occhio nudo, rilasciate nelle feci da un'eventuale lesione benigna o maligna.

Come è noto il sangue occulto potrebbe derivare da molte altre lesioni della mucosa di tutto il tratto gastro-intestinale, quindi è un test con una bassa specificità, cioè in molti casi potrebbe essere falsamente positivo. Se risulta negativo va ripetuto ogni due anni, se positivo deve essere seguito da una colonscopia. Il programma di screening del cancro del colon in atto in Italia da parecchi anni rappresenta un efficace intervento sanitario di eccellenza anche se si rende **necessaria una maggiore sensibilizzazione e comunicazione visto che dai dati dell'osservatorio nazionale screening (2019), l'adesione all'invito ad effettuare il test del sangue occulto varia nelle diverse regioni dal 43% al 50%**. Ad alcune categorie di persone, indipendentemente dall'età e/o dalla positività o meno del sangue occulto, in presenza di fattori di rischio maggiori è indicata l'esecuzione di una colonscopia, in particolare, nelle donne con precedente tumore al seno.

Numerosi studi hanno evidenziato come un precedente tumore al seno rappresenti un fattore di maggior rischio per l'insorgenza di un cancro del colon nei dieci anni successivi alla diagnosi di tumore al seno. Questo rischio è maggiore quanto più elevata è l'età delle donne che si ammalano di questo tipo di tumore. Invece, le diverse terapie per il carcinoma mammario non contribuiscono ad aumentare o proteggere dal rischio di sviluppare un tumore al colon. Pertanto, la prevenzione e sorveglianza del carcinoma del colon-retto nelle pazienti affette da tumore al seno, dovrebbe essere

attuata in maniera più intensiva che nelle donne di pari età senza un precedente carcinoma della mammella.

Altro fattore di rischio accertato è l'eccesso di peso (sovrappeso ed obesità)

L'eccesso di peso è associato con uno stato infiammatorio cronico di basso grado; questo può determinare un maggiore rischio nella donna sia per il tumore del seno che per quello del colon. Fattori legati all'eccesso di cellule adipose (grasso) mantengono uno stato infiammatorio cronico.

La produzione di estrogeni avviene nell'ovaio nel periodo prima della menopausa mentre dopo la menopausa gli estrogeni sono prodotti dal tessuto adiposo. **Recenti studi hanno dimostrato come il grasso rappresenti un fattore di rischio per il tumore al seno solo dopo la menopausa.**

Quindi se in un soggetto esposto per l'età al solo rischio generico di insorgenza del cancro del colon è indicata la prevenzione con la ricerca del sangue occulto fecale a partire dai 50 anni di età, per le donne in sovrappeso ed in menopausa, soprattutto se hanno avuto una neoplasia al seno è direttamente indicata una colonscopia di screening.

La colonscopia rappresenta il metodo più efficace per fare prevenzione del carcinoma del colon.

La colonscopia consiste nella introduzione di una sonda flessibile (colonscopio) attraverso l'ano per la visione diretta del colon. L'esame è molto accurato, pure essendo possibile il mancato riconoscimento di una patologia e/o di una lesione.

L'esame dura circa 15 minuti e causa modesti e generalmente ben tollerati dolori alla introduzione ed alla progressione dello strumento. L'insufflazione di aria o anidride carbonica, necessaria per una corretta visione delle pareti intestinali, può causare una sensazione di imminente necessità ad evacuare o anche un dolore tipo colica addominale.

Durante l'esame può essere necessario eseguire delle biopsie della mucosa, queste assolutamente indolori poiché la mucosa non è innervata. Molto rare (0.3-0.7 %) sono le complicanze o gli effetti indesiderati, quali:

il sanguinamento, la perforazione, le infezioni o le complicanze di tipo cardiorespiratorio.

Per rendere più confortevole l'esame si esegue una sedazione con benzodiazepine endovena spesso associate ad analgesici maggiori.

Tale sedazione è detta cosciente, infatti il paziente si rilassa ma non si addormenta. La sedazione profonda, in cui il paziente dorme, ottenuta con la somministrazione di farmaci ipnoinduttori, non è routinariamente disponibile, ma è riservata a casi selezionati (soggetti che non hanno completato l'esame con sedazione cosciente per presenza di aderenze o altri impedimenti che provocano particolare dolore, condizioni cliniche particolari ecc).

Il farmaco utilizzato per la sedazione profonda in Italia deve essere somministrato da un anestesista dopo il controllo di alcune analisi del sangue ed un elettrocardiogramma. Quindi si consiglia di chiarire in fase di prenotazione questi aspetti, dichiarando pregressi interventi di chirurgia addominale, inclusi parti cesarei. Inoltre va resa nota l'assunzione di tutti i farmaci soprattutto degli anticoagulanti o antiaggreganti piastrinici che vanno sospesi secondo specifici protocolli dopo aver consultato il proprio cardiologo o l'ematologo.

Oggi l'alternativa ad una colonscopia è rappresentata da un esame radiologico cioè una Tomografia Computerizzata (TC) o "colonscopia virtuale".

Un software ricostruisce in maniera virtuale il colon del soggetto mettendo in evidenza la presenza o meno di alterazioni sia della parete esterna che del lume.

Si differenzia dalla colonscopia per la impossibilità di eseguire prelievi biotici o altre manovre terapeutiche come la polipectomia e per questo non è sostitutiva della colonscopia ma può essere usata in maniera appropriata nei programmi di screening o in altri casi quando la colonscopia, per varie ragioni, non può essere eseguita.

POLMONE

S. Novello



Una analisi dei più recenti dati epidemiologici non lascia dubbi **sull'aggressività del "big killer": il tumore del polmone causa ogni anno la morte di 35.000 persone in Italia** (e di oltre 1 milione nel mondo), e i numeri continuano a crescere.

È la quarta malattia oncologica per frequenza nella popolazione (11%):

- 1 uomo su 10 e 1 donna su 36 sono a rischio di un tumore polmonare nel corso della vita. Benchè la proporzione possa essere a favore del genere femminile è importante sottolineare che negli ultimi anni, negli uomini, è stata riscontrata (negli Stati Uniti e in molti paesi Europei) una lieve riduzione nell'incidenza (numero di nuovi casi) del carcinoma polmonare, mentre **nelle donne la diagnosi è in aumento**, in rapporto all'aumento dell'abitudine al fumo, tanto da superare i tumori della mammella e del collo dell'utero, in termini di mortalità.

La dipendenza da tabacco è il fattore di rischio più rilevante per il tumore del polmone, considerando che una sigaretta contiene circa 4.000 sostanze chimiche, di cui almeno 60 sono classificate come sicuramente cancerogene.

Altre cause possono essere:

- **Inalazione di fumo passivo da parte dei non-fumatori;**
- **Esposizione ad agenti cancerogeni, quali amianto, cromo, arsenico, berillio e il gas radon;**
- **Fattori genetici e familiari.**

L'85% dei pazienti affetti da cancro polmonare è, o è stato, un fumatore: non accendere la prima sigaretta, o smettere di fumare e di usare altri

prodotti del tabacco sono la **più importante forma di prevenzione primaria.**

La sintomatologia del tumore del polmone è in genere tardiva e al momento della diagnosi il 10-15% dei pazienti appare del tutto asintomatico. Può succedere che la diagnosi faccia seguito all'esecuzione di una radiografia del torace effettuata per altre ragioni.

I sintomi sono aspecifici e si possono confondere con quelli di altre malattie respiratorie. Tra quelli più frequenti: tosse persistente, presenza di sangue nell'espettorato, mancanza di fiato (dispnea) o rapida perdita di peso senza causa apparente.

La diagnosi di tumore polmonare è confermata attraverso esami quali la fibrobroncosopia o la biopsia TAC-guidata. Pur rimanendo la chirurgia la cura elettiva per questa patologia, essa è possibile solo in una quota limitata di pazienti in cui la diagnosi venga posta in stadio iniziale, ossia quando il tumore si presenti di dimensioni ancora relativamente piccole, senza aver infiltrato le strutture circostanti e senza interessamento di altri organi (metastasi). Le altre opzioni terapeutiche comprendono la radioterapia (da sola e/o associata ad altre tipologie di trattamento), la chemioterapia, le terapie a bersaglio molecolare, l'immunoterapia.

Alcuni di questi trattamenti si basano sull'esecuzione di analisi aggiuntive, spesso condotte sullo stesso frammento di tessuto che ha consentito la diagnosi: si tratta dei cosiddetti "marcatori", che guidano le scelte terapeutiche nel contesto di quella che prende il nome di medicina di precisione. Molti sono i cambiamenti che hanno caratterizzato la terapia del tumore polmonare negli ultimi anni consentendo a molti pazienti di migliorare la propria aspettativa e qualità di vita. L'indicazione terapeutica ottimale è quella che passa attraverso una valutazione collegiale di più specialisti fra cui pneumologo, oncologo, radiologo, anatomopatologo, chirurgo, radioterapista.

Il tumore del polmone resta il “big killer” in ambito oncologico: causa ogni anno la morte di 35.000 persone in Italia (e di oltre 1 milione nel mondo)

Il fumo di sigaretta è il principale fattore di rischio. Altre cause sono: l’inalazione di fumo passivo, l’esposizione ad agenti cancerogeni (tra cui amianto e radon), la predisposizione genetica e familiare

I sintomi del tumore del polmone (tra i quali tosse persistente, presenza di sangue nell’espettorato, mancanza di fiato o rapida perdita di peso senza causa) sono aspecifici e si possono confondere con quelli di altre malattie respiratorie.

È VERO CHE?

È vero che il tumore polmonare è una malattia che interessa prevalentemente il genere maschile? **NON proprio**: sicuramente ancora oggi il rapporto Maschi/Femmine è a sfavore degli uomini, ma si registra un preoccupante aumento di nuovi casi fra le donne, correlato alla diffusione del tabagismo tra le donne negli anni passati.

È vero che il tumore polmonare rimane una “malattia orfana” da nuove terapie? **NO**, negli ultimi 15 anni molti sono stati i cambiamenti terapeutici che hanno portato all’introduzione di nuovi farmaci (a bersaglio molecolare e immunoterapici) nel trattamento di questa malattia con importanti risultati in termini di efficacia e tollerabilità

È vero che uomini e donne affetti da tumore polmonare possono essere trattati con terapie differenti, secondo il principio della medicina di genere? **NO**, al momento le cure non sono differenziate fra uomo e donna.

STOMACO

B. Annibale



Il carcinoma gastrico, tumore epiteliale maligno a partenza dell’epitelio ghiandolare, è il più frequente tumore maligno dello stomaco.

Quanto è diffuso il carcinoma gastrico?

L’incidenza del carcinoma gastrico è elevata nei paesi in via di sviluppo, riscontrandosi più comunemente in Asia orientale dove vengono svolti programmi di diagnosi precoce. In Italia l’incidenza è di 33/100.000 casi l’anno nei maschi e 21/100.000 nelle femmine, con un’ampia variabilità nella distribuzione regionale essendo l’incidenza quasi doppia nel centro-nord rispetto al sud.

Fattori di rischio

L’infezione da *Helicobacter pylori*: unico fattore responsabile?

L’*Helicobacter pylori* classificato dalla International Agency for Research on Cancer (IARC) come agente cancerogeno di tipo I, può causare in un sottogruppo di pazienti, alterazioni istologiche di tipo pre-canceroso. L’eradicazione dell’infezione è un passo importante per la prevenzione del carcinoma gastrico, tuttavia non essendo disponibili schemi terapeutici sempre efficaci, il trattamento (in genere composto da un inibitore della pompa protonica ed una combinazione di 2-3 antibiotici) non risulta semplice. Anche se l’infezione da *Helicobacter pylori* ha un ruolo importante nel processo di carcinogenesi, solo una piccola percentuale di individui con positività sviluppa il carcinoma gastrico, suggerendo un ruolo importante anche di altri fattori (virulenza del ceppo batterico, predisposizione genetica dell’ospite ed altri fattori ambientali). Attualmente il trattamento dell’infezione da *Helicobacter pylori* a scopo profilattico è raccomandato in soggetti con

precedente cancro gastrico o con familiarità di primo grado (genitori, fratelli e/o sorelle) per cancro gastrico.

È importante l'alimentazione?

Sì, è stato osservato che il consumo di cibi affumicati, eccessivo uso di sale, assunzione eccessiva di nitrati (presenti in concentrazioni elevate nei cibi conservati) aumentano il rischio di cancro dello stomaco.

C'è un ruolo dello stile di vita?

Sì, il fumo di sigaretta e l'obesità (soprattutto per neoplasie della giunzione gastro- esofagea/cardias), sono ulteriori fattori di rischio.

Ci sono fattori genetici?

Anche se la maggior parte dei casi di carcinoma gastrico è rappresentata da forme sporadiche, una piccola parte (meno del 5%) è costituita da varianti ereditarie (FAP, HNPCC, Li Fraumeni, PeutzJeghers o a Hereditary Diffuse GastricCancer) soggette a specifici protocolli di prevenzione.

Condizioni precancerose: la gastrite atrofica

La **gastrite atrofica** è una condizione precancerosa, causata dalla perdita delle ghiandole ossintiche tipiche dello stomaco e conseguente riduzione della fisiologica secrezione acida. È una condizione presente circa nel 7% della popolazione e può essere secondaria a infezione da *Helicobacter pylori* o da un processo di tipo autoimmunitario (**gastrite autoimmune**).

Quando sospettare la presenza di gastrite atrofica?

La presentazione clinica di questa condizione è molto varia e spesso non viene diagnosticata. Il riscontro in corso di esami ematochimici di **deficit di ferro/anemia sideropenica o carenza di Vitamina B12/anemia perniciosa** possono essere una spia importante.

A lungo termine la carenza di questi micronutrienti può favorire la comparsa di stanchezza e formicolii di braccia e/o gambe. Possono essere presenti sintomi gastrointestinali in **particolare difficoltà o rallentamento della digestione**, dolore alla bocca dello stomaco o, meno frequentemente, sensazione di bruciore o acidità dietro lo sterno.

Perché è importante fare diagnosi di gastrite atrofica?

L'importanza di questa diagnosi dipende dall'aumentato rischio di sviluppare tumori dello stomaco. Oltre al rischio di carcinoma, può accadere che alcune cellule gastriche endocrine (cellule enterocromaffini) proliferino, portano alla formazione di tumori carcinoidi di tipo I.

I carcinoidi hanno tendenzialmente un decorso benigno e vengono trattati in maniera conservativa (resezione endoscopica).

Per questo motivo i pazienti con gastrite atrofica dovranno effettuare una sorveglianza con gastroscopia e biopsie multiple dell'antro e del corpo/fondo ogni 3 anni.

Quali sintomi sono suggestivi di tumore dello stomaco?

Purtroppo in fase iniziale i sintomi sono aspecifici, per questo la diagnosi viene spesso eseguita in fase avanzata. La presenza di sintomi di "allarme" come il dimagrimento involontario, il vomito o l'anemia devono essere indagati.

La diagnosi

La **gastroscopia con multipli prelievi biotici** è l'esame principale nella diagnosi dei tumori dello stomaco. Soprattutto per la diagnosi e la sorveglianza delle lesioni pre-cancerose in pazienti con gastrite atrofica è importante l'utilizzo di strumenti ad alta definizione per opportuna magnificazione e/o colorazione della mucosa.

Tecniche diagnostiche di tipo radiologico (TAC, PET) o l'eco-endoscopia sono utili solo per valutare la presenza di metastasi e la stadiazione del tumore.

Quando è indicata la gastroscopia?

Attualmente in Italia, in considerazione della relativa bassa incidenza del carcinoma gastrico, non ci sono sufficienti evidenze per effettuare una campagna di screening. La gastroscopia è indicata:

- In soggetti con sintomi di "allarme"
- In pazienti con lesioni precancerose dello stomaco
- In soggetti con familiarità di primo grado per carcinoma dello stomaco.

RENE, VESCICA, TESTICOLI

M. Zaccagnini

Tumore della prostata



Il tumore della prostata è il tumore più frequentemente diagnosticato nel sesso maschile.

La familiarità ed il background raziale-etnico rivestono importanza nella incidenza dei tumori prostatici e suggeriscono la presenza di una predisposizione genetica.

Non vi è invece una evidenza statisticamente significativa tra lo stile alimentare e l'insorgenza del tumore prostatico ma occorre tuttavia ricordare che pazienti affetti da cosiddetta sindrome metabolica (insulino resistenza, obesità, dislipidemia ed ipertensione) sono a maggior rischio di sviluppo di adenocarcinoma prostatico. Il PSA (antigene prostatico specifico) è il test di riferimento e unico per la diagnosi precoce di carcinoma della prostata, sebbene sia molto dibattuto il suo utilizzo nello screening di massa.

Il PSA viene dosato sul sangue ed è generalmente eseguito su tutti i pazienti annualmente, che abbiano compiuto il cinquantesimo anno di età. È tuttavia consigliato eseguire il test del PSA in soggetti al compimento dei 45 anni di età che abbiano una familiarità per tumore prostatico o abbiano discendenza africana. Più recentemente le linee guida europee raccomandano il dosaggio del PSA a partire dai 40 anni di età nei soggetti con mutazione accertata per il gene BRCA2.

Occorre ricordare che nella buona pratica clinica il solo dosaggio del PSA non esaurisce il percorso clinico del paziente nella diagnosi precoce ed è

indispensabile un esame obiettivo urologico mediante esplorazione digito-rettale che possa mettere in evidenza anche quelle neoplasie prostatiche che esprimono bassi valori di PSA.

Negli ultimi anni un ruolo sempre più importante è riservato alla risonanza magnetica della prostata con tecnica multiparametrica che consente di individuare le specifiche aree tumorali all'interno della prostata e di determinarne in gran parte dei casi la loro aggressività specifica permettendo talora di discriminare quei pazienti su cui eseguire o meno una biopsia prostatica ed ancora consentendo di eseguire prelievi mirati con tecnologia "fusion" in cui uno speciale software consente di sovrapporre in tempo reale le immagini RM a quelle ecografiche al fine di eseguire prelievi mirati e specifici.

Tumore della vescica



Tra le neoplasie dell'apparato urogenitale, i tumori uroteliali, di cui fanno parte le neoplasie della vescica, rappresentano certamente entità assai temibili.

Nella maggior parte dei casi (75%) i tumori vescicali si presentano in forma superficiale, cioè tumori che interessano gli strati più superficiali della parete vescicale e che hanno nella maggior parte dei casi una prognosi migliore ed un trattamento meno aggressivo rispetto ai tumori vescicali cosiddetti muscolo invasivi. La vescica, non è inutile ribadirlo, è uno dei bersagli preferiti degli effetti nocivi del fumo di sigaretta.

"Fumatrice-fumatore?" È la frequente domanda che facciamo ai nostri pazienti, perché, in caso di risposta affermativa, rappresenta essa stessa certamente un fattore di rischio.

In maniera meno significativa, ma ugualmente importante, anche l'esposizione ambientale al fumo (cosiddetto fumo passivo) è considerato

fattore determinante. Il sintomo principale dei tumori della vescica è l'ematuria, vale a dire la presenza di sangue nelle urine. Mai sottovalutare questo sintomo che spesso può presentarsi in forma intermittente "capricciosa" e che viene spesso misconosciuto e diagnosticato come "cistite".

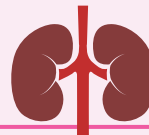
Quando vi è un sospetto di neoplasia vescicale, eseguire un'ecografia dell'apparato urinario, potrà evidenziare in maniera poco invasiva la presenza di lesioni endovesicali. È, tuttavia, la uretrocistoscopia l'esame cardine nella diagnostica dei tumori vescicali a fronte di una maggiore invasività in quanto l'ispezione della vescica viene eseguita de visu attraverso uno strumento, cistoscopio rigido o flessibile, inserito per via transuretrale.

La TC (Tomografia Computerizzata) dell'apparato urinario, tra le tecniche di imaging, è quella che ha maggiore affidabilità nel riconoscere masse vescicali e al contempo fornisce informazioni utilissime sullo stato dell'apparato urinario alto (uretere, reni). La citologia urinaria è un test condotto sulle urine che consente di evidenziare la presenza di cellule cancerose soprattutto nelle malattie di alto grado ed è molto utile sia in fase di prima diagnosi sia, soprattutto, in quella di monitoraggio successivo all'evento di neoplasia vescicale (follow up).

Un vero e proprio test di screening attualmente non esiste per le neoplasie della vescica. Esistono tuttavia in commercio test urinari molto promettenti soprattutto sul follow up, ma ad oggi la maggior parte di essi, sebbene dotata di una buona sensibilità, ha una specificità minore rispetto alla citologia urinaria non potendo ancora sostituire la cistoscopia nella sorveglianza dei tumori vescicali.

Più recentemente è stato introdotto, con risultati incoraggianti, un test urinario ultrarapido basato sulla misurazione di 5 target di mRNA frequentemente sovraespressi nei tumori vescicali che si promette di essere di valido ausilio nel ridurre il numero di cistoscopie di controllo.

Tumore del rene



Si stima che le neoplasie renali rappresentino il 3% di tutti i tumori con incidenza annua del 2%.

Come per altri tipi di malattie tumorali, lo stile di vita, soprattutto il fumo di sigaretta e l'obesità, rappresentano fattori eziologici. Allo stesso modo, studi più recenti individuano nel diabete un fattore inducente della malattia. Le masse renali solide sono, nella maggior parte dei casi, classificate come lesioni maligne e definite come tumori "a cellule renali" con numerose sottoclassificazioni istologiche. Le neoplasie renali sono più spesso malattie subdole, temibili perché, nella maggior parte dei casi, del tutto asintomatiche sino agli stadi più avanzati. Ciò che si legge nei libri di medicina circa la triade sintomatologica classica del tumore renale (dolore-ematuria e massa palpabile) appartiene ormai al passato giacché nella pratica clinica i tumori del rene vengono identificati in circa il 50% dei casi con il nome gergale di "incidentalomi", vale a dire malattie scoperte incidentalmente in corso di accertamenti (es. TC o ecografia) eseguiti per altri motivi.

Anche nel caso di tumori del rene è di fondamentale importanza eseguire una diagnosi precoce. Le SRM (small renal masses- piccole masse renali con dimensione inferiori ai 4 cm) costituiscono la maggior parte delle nuove diagnosi di tumore renale con conseguente aumento delle procedure chirurgiche laparoscopiche o robotiche cosiddette nephron sparing (con risparmio del tessuto renale come nefrectomia parziale o tumorectomia) che non necessitano della asportazione totale del rene, nonché dei programmi di sorveglianza attiva che procedono, a volte, senza necessità di intervento chirurgico.

L'efficacia della diagnosi precoce si basa soprattutto su un periodico controllo urologico che comprenda una ecografia renale.

Tumore del testicolo



Il tumore del testicolo è una neoplasia poco frequente rappresentando circa l'1% dei tumori maschili e circa il 5% dei tumori urologici.

Il tumore del testicolo è considerato tipicamente, relativamente ai vari tipi istologici, un tumore dell'età giovanile e colpisce prevalentemente tra i 14 e i 45 anni di età con un picco di incidenza intorno ai 35 anni. Pur essendo considerato un tumore curabile nella stragrande maggioranza dei casi, data la sua incidenza in età giovanile, ha un impatto fortemente negativo sulla fertilità. I fattori di rischio più importanti sono considerati le componenti della cosiddetta sindrome disgenetica testicolare che comprende ipospadia (una malformazione del pene in cui lo sbocco urinario esterno è posto in posizione anomala), ridotta spermatogenesi con riduzione della fertilità, il criptorchidismo (cioè la mancata discesa del testicolo nella sacca scrotale). In quest'ultimo caso il rischio di sviluppare un tumore aumenta sensibilmente anche dopo la correzione chirurgica. **Sono ancora pochi i giovani maschi che si rivolgono periodicamente allo specialista per indagini e cure preventive. Vi è certamente un aspetto culturale.**

La fertilità maschile, nel nostro paese, ha subito un drammatico calo negli ultimi 30 anni con una netta riduzione nella produzione degli spermatozoi. Per questo motivo una visita urologica andrologica eseguita periodicamente riveste in taluni casi un ruolo determinante nella diagnosi precoce, ed è in questa sede che il soggetto può essere istruito ad una pratica tanto semplice quanto utile come l'autopalpazione dei testicoli. Nell'ambito della prevenzione si consiglia quindi nei soggetti classificati a rischio anche una ecografia testicolare con sonda ad alta frequenza utile nel caratterizzare sia le lesioni testicolari palpabili sia nell'individuare tumori clinicamente non evidenti. Invitiamo in nostri giovani uomini, pertanto, ad essere loro stessi diffusori della cultura della prevenzione in campo urologico ed andrologico.

LO CHEF CIRCIELLO CONSIGLIA



INSALATA DI BACCALÀ

Ingredienti per 4 porzioni:

baccalà g. 400
piselli g. 300
olive taggiasche g. 50
carote g. 500
aneto q.b.
olio extra vergine d'oliva q.b.
fibra di patate q.b.
fiori di zucca g. 100
pomodori disidratati g. 30

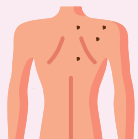
Procedimento:

Cuocere il trancio di baccalà con poco olio, aneto sotto vuoto in forno a vapore temperato a 65°C. abbattere in positivo dopo la cottura e stemperare in acqua tiepida prima del servizio. A parte preparare un centrifugato di carote e addensare con la fibra di patate. A parte scottare i piselli in acqua bollente e raffreddare, frullare e passare in modo da ottenere una crema senza buccia. Composizione: disporre a centro piatto la crema di piselli, unire al centro il baccalà, le olive denocciolate, l'estratto di carote addensato, i fiori di zucca e ultimare con polvere di pomodoro.

Suggerimento a cura della S.I.S.A. Società Italiana Scienza dell'Alimentazione, su questa tecnica di cottura tratta da "la salute vien mangiando®" La cottura sotto vuoto è eccellente per preservare i valori nutrizionali non disperdendo le albumine, i sali minerali, il fosforo, il sodio che contiene questo pesce povero, ottimo anche per la conservazione dato che il prodotto è pastorizzato nello stesso involucro senza attacco di carica batterica, con l'aggiunta delle fibre può essere considerato un ottimo piatto unico, interessante l'abbinamento al posto del vino di un centrifugato di melagrana e finocchi.

CUTE

E. Campione



I tumori cutanei vengono tradizionalmente suddivisi in melanomi e tumori epiteliali cutanei non-melanomi.

Cos'è il melanoma?

Il melanoma rappresenta il tumore cutaneo più aggressivo, con un comportamento imprevedibile e spesso resistente al trattamento chemioterapico. La causa del melanoma è multifattoriale e comprende fattori sia ambientali che genetici.

Il melanoma cutaneo è più frequente nei paesi sviluppati: nel 2018 sono stati segnalati 300mila nuovi casi in tutto il mondo ed è risultato al 10° posto nelle regioni altamente sviluppate.

I tassi di incidenza continuano ad aumentare nella maggior parte dei paesi con popolazioni prevalentemente di pelle chiara, in particolare nelle persone anziane.

Il tipo più comune di melanoma cutaneo, che rappresenta circa il 70% di tutti i casi, è il melanoma superficiale, che appare sotto forma di lesione piatta o leggermente in rilievo, spesso con bordi irregolari e variazioni di colore. Queste lesioni appaiono per lo più sul tronco negli uomini, sulle gambe nelle donne, e nella parte superiore della schiena per entrambi i sessi. **Circa la metà di questi melanomi origina da un nevo preesistente.**

L'altro tipo è il melanoma nodulare che può essere più insidioso, perché le cellule possono avere già invaso il tessuto in profondità.

L'esposizione solare e il rischio di melanoma

Tra i fattori di rischio per l'insorgenza del melanoma e dei tumori epiteliali c'è la sovraesposizione alle radiazioni ultraviolette solari (UVR), che sono responsabili di gravi scottature solari; tuttavia, un regime di fotoesposizione **"little and often"** (poco e spesso) è fortemente consigliato per produrre, per via naturale, livelli di vitamina D ottimali, essenziali per la salute delle ossa e non solo. I dati della ricerca scientifica correlano le gravi ustioni solari ad un aumentato rischio di melanoma e l'esposizione al sole in sicurezza si associa invece ad una riduzione del rischio di melanoma.

Un problema emergente è rappresentato dai "Gruppi a rischio" per patologie tumorali, ovvero persone sottoposte a trattamenti farmacologici particolari, che li portano a uno **stato di immunosoppressione**, come i pazienti trapiantati, con patologie del sangue, quali Leucemia Linfatica Cronica (LLC) e il mieloma multiplo, o che assumono cortisonici per lungo periodo. In tali pazienti è noto che oltre ai fattori di rischio tradizionali (es: fotoesposizione indiscriminata), intervengono nel processo di trasformazione cancerogena anche i beta-HPV (Papilloma Virus). Tali pazienti, infatti, presentano un grande numero di lesioni precancerose (cheratosi attiniche) e carcinomi squamosi, che hanno un livello di invasività maggiore rispetto ai soggetti immunocompetenti.

Anche i farmaci antipertensivi possono aumentare il rischio dei tumori cutanei perché favoriscono la fotosensibilizzazione, e per questo motivo ai pazienti che li assumono da molto tempo si consiglia sempre un consulto dal dermatologo. Anche per la terapia del carcinoma squamocellulare avanzato si sono fatti passi avanti, con una molecola ereditata dalla terapia per il melanoma, infatti si tratta di un farmaco immunoterapico che riattiva la nostra risposta immunitaria nei confronti del tumore.

Le nuove possibilità terapeutiche per il melanoma

I primi progressi nelle cure per il melanoma hanno condotto alla scoperta di numerose molecole, con significativi miglioramenti nella sopravvivenza e nella riduzione della tossicità. Ogni melanoma è diverso dagli altri: ha una propria carta di identità! Questo ci permette di identificare quale possa essere la migliore terapia per quel tumore. Questo nuovo approccio diagnostico e terapeutico rientra nel tema della medicina "personalizzata"

e dei protocolli su misura, che riflettono le specifiche caratteristiche di ogni paziente grazie ai vantaggi di una scelta mirata.

Perché è importante la target therapy?

Le targeted therapies, cioè i farmaci cosiddetti “biologici” o “intelligenti”, agiscono in modo specifico sui recettori che si trovano sulle cellule. È una terapia creata studiando il singolo tumore, come un abito su misura. Questo permette di colpire solamente le cellule tumorali, salvando le cellule sane, riducendo gli effetti avversi, a vantaggio del paziente e della sua qualità di vita. Inoltre, nei tumori, è possibile che si sviluppino delle resistenze: il tumore non risponde più alla terapia, che diventa così inefficace. La target therapy permette di superare queste resistenze, attaccando il tumore su altre vie.

Come agisce la target therapy? Il melanoma, nella sua carta di identità, può presentare alcune caratteristiche particolari, oggi riconoscibili come **mutazioni BRAF e MEK** e grazie alla ricerca è stato possibile creare dei farmaci in grado di riconoscere e attaccare queste mutazioni. La terapia combinata con gli inibitori MEK è un’ottima strategia per aggirare la resistenza ai farmaci, con l’ulteriore vantaggio di ridurre gli effetti collaterali. Ancora più recentemente si è aperta una nuova possibilità, studiando un altro circuito che serve alla cellula per crescere, definito il segnale di ERK, e sono nati altri inibitori di questo segnale, che rappresentano nuovi giocatori per la soppressione definitiva di questa via di segnalazione e il controllo della resistenza ai farmaci utilizzati per bloccare le mutazioni menzionate (BRAF e MEK).

Nel corso del 2017 le nostre conoscenze sulle terapie a bersaglio molecolare si sono arricchite grazie agli aggiornamenti degli studi clinici nel melanoma avanzato, che hanno confermato l’attività della targeted therapy non solo per quanto riguarda la rapidità delle risposte e la presenza di beneficio clinico in quasi tutti i pazienti, ma anche per **l’efficacia a lungo termine, lasciando intravedere la possibilità di guarigione dalla fase metastatica** per un numero rilevante di pazienti.

Gli inibitori del checkpoint immunitario. L’altro gruppo di farmaci che hanno dato nuove promettenti risposte terapeutiche ai pazienti affetti da melanoma, sono gli inibitori del “checkpoint” immunologico ossia i regolatori di processi chiave del sistema immunitario.

Come agiscono gli inibitori del checkpoint?

Nel melanoma si assiste ad una alterazione del sistema immunitario che risulta in parte spento e non in grado di attaccare il melanoma e in parte disregolato, portando ad una progressione del tumore. Questi farmaci permettono di ri-attivare i linfociti T, cellule immunitarie che ci difendono dai tumori, nell’ambiente tumorale e peritumorale contrastandone la crescita. Gli inibitori del checkpoint hanno rivoluzionato il trattamento del cancro, tuttavia il loro utilizzo rimane limitato da eventi avversi infiammatori e immuno-correlati fuori bersaglio.

La vitamina D nel melanoma

Quando parliamo di vitamina D spesso ci riferiamo alla vitamina D3, anche se esistono più forme di vitamina D. Il colecalciferolo è la vitamina D più attiva, si forma nella pelle quando questa viene esposta alla luce diretta del sole, dopo essere stata trasformata da fegato e reni. La forma biologicamente attiva della vitamina D si lega ad un recettore dentro il nucleo della cellula. Questo recettore, chiamato VDR, è malfunzionante nel melanoma: studiare questo recettore ci ha permesso di capire l’importanza della vitamina D nel tumore.

Perché la vitamina D è importante nel melanoma?

Un altro aspetto a favore del ruolo della vitamina D per i pazienti affetti da melanoma riguarda il suo **effetto anti-proliferativo** sulle cellule tumorali, ovvero rallentano la crescita del tumore e **l’attività immunomodulante**. Da un lato, è stato dimostrato che la vitamina D inibisce linfociti T-helper17, cellule che dovrebbero difendere il nostro corpo, ma sono disregolate nell’ambiente tumorale del melanoma. D’altra parte, la vitamina D regola l’espressione di PDL-1, ovvero ne aumenta la produzione, sia sulle cellule epiteliali che su quelle immunitarie: **l’aumento del PDL-1 è importante in quanto bersaglio della terapia immunostimolante, favorendone l’efficacia**.

Anche nella terapia bersaglio, gli ultimi studi del 2020 riferiscono l’importanza della supplementazione di vitamina D al fine di ridurre sia gli effetti avversi correlati alla terapia, sia nel migliorare la qualità di vita dei pazienti.

Uno studio recente ha dimostrato che l’integrazione di vitamina D dopo la rimozione del melanoma ha un effetto protettivo sulla eventuale recidiva,

ovvero l'insorgere di un nuovo tumore. I pazienti con diagnosi di melanoma possono avere un esito clinico migliore con una diminuzione dei costi sanitari legati al trattamento della malattia metastatica a distanza e regionale.

Il dermatologo risponde

- **Le scottature che ho avuto nell'infanzia possono essere legate allo sviluppo di un melanoma in età adulta? Sì.**
È stato dimostrato che sono proprio le ustioni solari nell'infanzia a determinare una maggiore probabilità di sviluppare un melanoma in età adulta.
- **La vitamina D va assunta solo da donne in menopausa? No.** La vitamina D può essere assunta a tutte le età per condizioni quali la dermatite atopica, il rachitismo, e altre patologie autoimmunitarie. Deficienze severe di vitamina D si associano ad un maggiore rischio di infezione e patologie cardiovascolari.
- **Posso sostituire l'esposizione solare con un integratore di vitamina D? Non proprio.**
È vero che i raggi UV-A aumentano la concentrazione dell'ossido nitricocircolante nel sangue, che favorisce il controllo della pressione arteriosa, riduce quindi il rischio di ipertensione e di malattie cardiovascolari.
L'esposizione al sole favorisce la produzione di altre molecole, oltre la vitamina D, chiamate mediatori, come la dopamina, la beta-endorfina, l'acido urocanico e il glutammato. Per questo motivo, un integratore di vitamina D non può sostituirsi pienamente all'esposizione solare.
- **Quale dovrebbe essere una buona quantità di vitamina D quando si esegue un esame del sangue?**
Tra 30 e 60 ng / mL (75-150 nmol / L).
- **Se ho la carnagione chiara posso comunque espormi al sole per favorire la sintesi di vitamina D? Sì.** Tutte le persone al mondo, indipendentemente dal colore della pelle o dalla latitudine di residenza, eccetto quelle con storia di eccessiva sensibilità alla luce solare, dovrebbero esporsi al sole in modo da mantenere un livello di vitamina D nel siero oltre 20 ng / mL (preferibilmente a 30-60 ng / mL) evitando le scottature. **È sufficiente passare mezz'ora al giorno con volto, braccia e mani esposti al sole per raggiungere una buona sintesi di vitamina D.**

- **Che tipo di integratore è meglio assumere?** Prima di assumere un qualunque tipo di integratore è sempre opportuno rivolgersi al proprio medico e valutare se vi siano carenze per mezzo di un emocromo (un esame del sangue). In commercio sono reperibili diverse formulazioni di vitamina D, che si distinguono in base alla patologia da curare. A livello dermatologico si consiglia l'assunzione di integratori più strutturati, che presentino oltre la vitamina D anche rame e zinco.

LO CHEF CIRCIELLO CONSIGLIA



ZUPPA DI FRUTTI ROSSI CON GELATO ALLA VANIGLIA E MENTA

Tempo di Preparazione: 2 ore

Difficoltà: Media

Ingredienti per 4 persone:

lamponi g. 150
ribes g. 40
mirtilli g. 40
menta fresca q.b.
zucchero di canna g. 50
gelato alla vaniglia g. 200

Per la realizzazione del gelato:

latte intero g. 200
tuorlo d'uovo n°1
vaniglia q.b.
zucchero semolato g. 50
gelatificante g. 4 (agar agar)

Procedimento:

frullare tutti i frutti rossi con menta e zucchero. Per la preparazione del gelato alla vaniglia, portare a bollore il latte con la vaniglia, unirlo ai restanti ingredienti, raffreddare in freezer. Composizione: disporre sulla base del piatto la zuppa rossa, i mirtilli e una palla di gelato al centro con menta fresca.

Suggerimento: come gelatificante utilizzo l'agar agar una gelatina naturale a base di alghe marine, per stabilizzare il gelato, in alternativa si può utilizzare anche farina di carrube.

MEDICINA PERSONALIZZATA

P. Marchetti, A. Botticelli



La **Medicina Personalizzata (MP)** consiste nell'individuare le caratteristiche genetiche, cliniche, ambientali e comportamentali peculiari di ogni paziente, allo scopo di individuare le strategie preventive e/o curative più appropriate per tale individuo, con una maggiore probabilità di successo clinico e la minore probabilità di effetti avversi e inefficacia.

La Medicina Personalizzata porta al centro delle strategie mediche il paziente e non soltanto la malattia.

La **Medicina di Precisione** attraverso le moderne tecnologie che identificano le caratteristiche uniche del paziente e della malattia si trasforma pertanto in Medicina Personalizzata.

Ognuno di noi metabolizza i farmaci in maniera differente e da questo dipende il differente effetto del farmaco e la tossicità che è unica per ogni individuo. Oggi siamo in grado di studiare le alterazioni a livello dei geni coinvolti nel metabolismo dei farmaci e sapere prima se un paziente avrà tossicità o minore/maggiore effetto e questo è uno dei pilastri su cui si fonda la personalizzazione del trattamento.

A determinare il successo o insuccesso di un determinato farmaco contribuisce anche la valutazione delle interazioni tra i farmaci che vengono assunti. Un individuo di età superiore a 65 anni assume in media da 1 a 3 farmaci e sopra i 70 anni più di 5 farmaci, mentre un paziente in ospedale può assumere fino a 8 farmaci. I diversi farmaci possono influenzarsi a vicenda e questo può aumentare o diminuire l'effetto del farmaco stesso. Oggi possiamo studiare le interazioni dei farmaci e personalizzare il trattamento con farmaci della stessa classe che non si influenzano tra loro. Il trattamento viene personalizzato sulla base delle caratteristiche della neoplasia. Ogni neoplasia è differente dalle altre. Studiare le mutazioni,

ovvero le alterazioni a livello del DNA delle cellule tumorali è oggi possibile e permette di definire la prognosi di una malattia (cioè l'andamento della malattia) ma anche a quali farmaci la neoplasia sarà maggiormente sensibile.

Per esempio, le neoplasie mammarie che iperesprimono HER-2 (ovvero nell'esame istologico è positiva questa proteina chiamata c-erb) sono sensibili a farmaci a bersaglio molecolare (farmaci intelligenti, farmaci mirati ecc.) come il Trastuzumab, Pertuzumab, Lapatinib, TD-M1. Così come, le neoplasie del polmone che sono caratterizzate da mutazioni di un gene che si chiama EGFR, sono sensibili a farmaci a bersaglio molecolare come Osimertinib, Gefitinib, Erlotinib, Afatinib. Questi rappresentano solo un piccolo esempio delle possibilità terapeutiche ad oggi disponibili.

La grande sfida del futuro sarà trattare tutte le neoplasie in base al profilo delle mutazioni presenti con dei farmaci a bersaglio e specifici per quelle mutazioni. Nello scenario complesso del profilo molecolare sarà necessario studiare ogni caso singolarmente da un team di professionisti esperti nei diversi campi della medicina e della biologia (oncologi, biologi molecolari, immunologi, biostatistici ecc.). Questo team che prende il nome **Molecular Tumor Board (MTB)** avrà il compito di valutare ogni aspetto del paziente (profilo molecolare della malattia, altre patologie presenti, farmaci assunti, metabolismo dei farmaci ecc.) e indirizzare la scelta sulla migliore terapia a bersaglio molecolare.

Un'altra possibile applicazione dei test multigenici è determinare, in una paziente operata per tumore al seno, quale sia il rischio che la malattia possa ripresentarsi. Questo tipo di test (come Oncotype, Mammaprint, Prosigna ecc.) fornisce uno score di rischio che può aiutare l'oncologo medico a individuare quali pazienti hanno bisogno di una trattamento di chemioterapia adiuvante/preventiva (cioè dopo l'intervento chirurgico) e quali pazienti hanno bisogno della sola terapia anti-ormonale.

Infine oggi non possiamo più dimenticarci del nostro **microbiota**. Con il termine microbiota si intende l'insieme dei microorganismi che convivono sulle nostre superfici (bocca, apparato digerente, pelle, tratto genito-urinario). Noi siamo colonizzati da circa 500-600 specie diverse di batteri. La popolazione batterica è 10 volte più numerosa rispetto a tutte le cellule del nostro corpo.

Il microbiota svolge un ruolo protettivo nei confronti di altri germi potenzialmente dannosi; stimola, fin dalla nascita, il sistema immunitario dell'ospite; ha un ruolo nella corretta digestione e nell'assorbimento di nutrienti; contribuisce alla detossificazione di diverse sostanze dannose. Poiché il ruolo delle alterazioni del microbiota è sempre più riconosciuto in numerose patologie, la determinazione di tali alterazioni consente un ulteriore livello di personalizzazione delle cure applicate al singolo paziente.

L'insieme delle informazioni derivanti dallo studio del paziente, della neoplasia, dei farmaci somministrati e del microbiota rappresenta oggi una opportunità e la massima espressione della Medicina Personalizzata.

LO CHEF CIRCIELLO CONSIGLIA



TURBANTE DI SGOMBRO CON PATATE E LATTUGA

Tempo di preparazione: 30 minuti

Difficoltà: media

Ingredienti per 4 persone:

filetti di sgombrò n° 8
patate g. 500, lattuga g. 200
fagioli corallo g. 300, pomodori rossi g. 600
sale q.b., olio extra vergine d'oliva q.b.

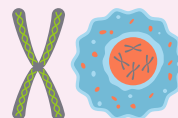
Procedimento:

Ottenere dei filetti di sgombrò eliminare le spine dorsali, spalmare con una spatola nella parte interna dei filetti le patate precedentemente bollite e la lattuga tagliata a julienne, dorare in padella con poco olio avvolti a modo di turbante fissati con uno spiedino in bambù. A parte tagliare a forma di rombi i fagioli corallo precedentemente cotti in acqua e limone, per preservarli verdi, dorarli in padella con poco olio. A parte realizzare un'emulsione con del pomodoro fresco, sale e olio, tipo un gazpacho, un frullato di pomodoro fresco. Composizione: disporre a fondo piatto il pomodoro emulsionato, poi i fagioli corallo e infine il turbante di sgombrò, ultimare con olio a giro.

Suggerimento: Per conservare i filetti di pesce azzurro, lasciarli a contatto diretto con un foglio di carta panno, chiusa poi in carta pellicola in frigorifero, in questo modo possiamo conservarli per qualche giorno, questa cottura a modo di turbante può essere effettuata anche in forno.

CENNI DI IMMUNOTERAPIA

P. Marchetti, A. Botticelli



Le armi che abbiamo a disposizione nella lotta ai tumori sono state fino ad oggi la chirurgia, la chemioterapia, la terapia ormonale, la terapia a bersaglio molecolare e la radioterapia.

Il nostro corpo possiede un'altra arma estremamente efficace, che ci protegge non solo dalle infezioni ma anche dai tumori.

Il compito del nostro sistema immunitario è, infatti, quello di riconoscere tutto ciò che è diverso da noi e quindi potenzialmente dannoso e distruggerlo.

Nelle prime fasi dello sviluppo di un tumore il sistema immunitario riesce a riconoscerlo e distruggerlo. Le cellule tumorali, nelle fasi successive, sono in grado di nascondersi dal sistema immunitario, di bloccarlo e crescere fino a generare un tumore clinicamente evidente.

L'immunoterapia consiste proprio nell'educare il sistema immunitario a riconoscere nuovamente le cellule tumorali e a distruggerle. La rivoluzione dell'immunoterapia ha visto come primo protagonista il melanoma metastatico aumentando la sopravvivenza e la qualità di vita dei nostri pazienti.

L'immunoterapia trova oggi utilizzo quotidiano nel melanoma, nel tumore del polmone, nel tumore del rene, nei tumori del distretto testa-collo e da qualche mese anche nella neoplasia della mammella metastatica triplo negativa.

Oggi ci troviamo solo all'inizio di questa nuova rivoluzione, nel futuro prossimo avremo a disposizione nuove strategie di immunoterapia come i CAR-T o combinazioni di più farmaci.

PSICONCOLOGIA

A. Costantini



La diagnosi di tumore rappresenta uno dei maggiori eventi stressanti per un essere umano, che per un periodo più o meno lungo, può modificare in modo sostanziale il suo assetto di vita, richiedendo uno sforzo di adattamento significativo.

Il tumore infatti, nonostante i grandi progressi della medicina, fa ancora molta paura e nell'immaginario collettivo è considerato una delle evenienze più temute nella popolazione generale.

Da circa 30 anni l'interesse ed il riconoscimento per gli aspetti psicologici delle malattie oncologiche è stato in costante evoluzione ed oggi rappresenta una realtà sempre più presente nel nostro Paese.

La Società Italiana di Psico-Oncologia, fondata nel 1985, ha recentemente censito 300 Istituzioni del Servizio Sanitario Nazionale che offrono supporto psicologico ai pazienti con diagnosi di tumore ed ai loro familiari pubblicate sul sito www.siponazionale.it. Tali servizi pur se insufficienti numericamente a rispondere al grande bisogno di aiuto espresso dai pazienti, testimoniano tuttavia come a livello culturale e di programmazione sanitaria sia ormai acquisito il concetto che la malattia ha due versanti, uno fisico ed uno psichico e che entrambi sono componenti essenziali e di pari dignità nella cura.

Chi ha fatto questa esperienza, direttamente o indirettamente, sa come la diagnosi di tumore impatti a 360 gradi nella vita di una persona, in qualunque fascia di età e fase del ciclo di vita, creando una brusca interruzione della propria traiettoria esistenziale. L'area delle relazioni affettive, della sessualità, del lavoro, dell'autonomia personale, dei ruoli in famiglia, del senso di sicurezza sono messe alla prova. Il percorso di

cura comporta elevati costi psichici. Una buona percentuale di pazienti, con le proprie risorse ed il supporto di persone care e dei curanti, riesce a fronteggiare le sfide che tale percorso pone ed a trovare un equilibrio stabile, mentre circa il 40% presenta una sofferenza reattiva e necessita di un aiuto più specifico. L'obiettivo primario degli interventi psico-oncologici è proprio la reazione all'evento malattia e l'obiettivo generale è quello che il paziente e la sua famiglia possano adattarsi ai cambiamenti che questo evento comporta con la minore sofferenza possibile.

Gli interventi di aiuto psicologico in oncologia sono oggi previsti dai Sistemi Sanitari più avanzati e gli psico-oncologi affiancano i pazienti ed i loro familiari aiutandoli a orientarsi nelle diverse fasi del processo reattivo, ad integrare la malattia nella propria vita, a tollerarne le limitazioni.

A familiarizzarsi con essa per poterla accettare e/o superare ed a trasformare un periodo critico in una opportunità di riassetto dei propri valori esistenziali, di cambiamento e di crescita personale. È dimostrato come affiancare interventi psicoterapeutici alle terapie mediche migliori la qualità della vita ed in alcuni casi può avere un effetto favorevole anche sul decorso della malattia stessa. Non sempre si riesce da soli ad affrontare la lotta contro il tumore e non sempre è sufficiente o adeguato l'aiuto dei propri cari. In questi casi è importante parlarne con il proprio oncologo per richiedere un supporto psiconcologico oggi presente nella maggior parte delle Oncologie Mediche o consultare il sito www.siponazionale.it per verificare il centro più vicino.

Psicologia e tumori: venti consigli per pazienti e familiari (da Psicologia e Tumori: una guida per reagire. Costantini, Grassi, Biondi. Il Pensiero scientifico Editore)

È bene sapere che:

1. Le persone possono reagire alla malattia con sentimenti molto diversi: non c'è un modo giusto o sbagliato di sentirsi.
2. Le reazioni psicologiche che si provano fanno parte del processo di confronto ed adattamento alla nuova condizione.
3. Ci sono una convalescenza fisica ed una convalescenza psichica: la guarigione (remissione) fisica, in generale, è più veloce di quella psicologica.
4. La diagnosi di tumore cambia il senso del tempo, la visione del futuro e anche il rapporto con gli altri.

5. Non giudicatevi male: spesso nel corso della malattia c'è bisogno di qualcuno o qualcosa su cui riversare la propria rabbia.
6. Il cancro è anche una malattia della famiglia. I familiari per far fronte ai problemi emotivi possono avere altrettanto bisogno del malato.
7. Non considerate i farmaci come veleni, ma come alleati potenti nella lotta alla malattia.
8. Il timore delle ricadute o di poter soffrire è normale, ma se invade la mente diventa patologico.
9. È logico che il desiderio sessuale diminuisca: è una reazione comune a molte malattie.
10. Potrete sentir dire che fattori psichici e stress hanno avuto un peso per farvi ammalare. Va chiarito che essi sono sempre e solo co-fattori. In ogni caso la malattia non è colpa del paziente o della sua volontà.

Per organizzarsi meglio:

11. La speranza ed un atteggiamento positivo verso la malattia possono giovare: questo è il momento di lanciarsi a fare qualcosa che avete sempre rimandato. Può farvi bene al fisico, e anche al sistema immunitario.
12. Cercate di stabilire nuove priorità, obiettivi di vita nuovi che vi appaghino; fate subito progetti per qualcosa che vi fa sentire vivi.
13. Partite dalle piccole cose pratiche: organizzate il tempo della vostra giornata.
14. Non isolatevi: l'intimità e il supporto affettivo dei vostri cari sono vitali.
15. Tirate fuori i vostri sentimenti, superate pudori, timori e reticenze a farlo: una comunicazione aperta con amici e familiari vi ripagherà dello sforzo.
16. Molte persone si trovano meglio se partecipano attivamente alle cure. Subire passivamente il trattamento medico può aumentare i sentimenti di dipendenza ed impotenza.
17. Sintomi ed effetti collaterali delle cure sono realmente un problema, ma non permettete alla condizione di malato di diventare la vostra unica identità.
18. Se non ce la fate cercate aiuto: non pretendete troppo da voi stessi.
19. Se siete molto depressi, o vi sentite impotenti e senza speranza, non pensate che questi sentimenti siano inevitabili e non ci si possa fare niente. Esistono psicologi, psichiatri, centri o associazioni in grado di aiutarvi.
20. Parlate apertamente con il vostro medico: a volte convinzioni errate, non verificate e date per scontate, sono fonte di ansia e depressione.

DIRITTI DEI MALATO ONCOLOGICO

E. Iannelli



I diritti dei malati oncologici e dei loro caregiver in pillole

La speranza di vita per i malati di cancro è migliorata radicalmente, negli ultimi anni: per molte patologie oncologiche la ricerca scientifica e la medicina hanno modificato il corso della malattia al punto che in moltissimi casi si può arrivare alla completa guarigione o alla cronicizzazione per lungo tempo. La vita dopo il cancro è sempre più spesso realtà possibile e non più speranza virtuale.

Di conseguenza, anche i bisogni extra-sanitari dei malati e delle loro famiglie sono cambiati e a questi devono corrispondere risposte forti e concrete sul piano sociale, economico e, soprattutto, lavorativo.

La condizione di fragilità determinata dalla patologia è di ostacolo al ritorno alla vita ed è necessario conoscere i propri diritti per poterli esigere ed esercitare efficacemente in ogni contesto socio-sanitario. Il nostro ordinamento riconosce e garantisce alle persone malate di tumore tutele giuridiche ed economiche sia come particolare categoria di malati sia, genericamente, come persone riconosciute invalide e portatrici di handicap. La materia è complessa ed articolata. In questa sede ne riportiamo una agile sintesi che consenta ai malati ed ai loro familiari di orientarsi, rinviando, per maggiori approfondimenti su ogni tema trattato, al libretto **"I diritti del malato di cancro" dell'Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici (AIMaC)** da cui sono tratte queste informazioni.

Sul sito www.aimac.it/diritti-del-malato/ è possibile trovare tutti i riferimenti circa i benefici previsti, dalla legge e dalle altre norme di diverso rango: i diritti sul lavoro e le tutele giuridiche per i malati di cancro e i loro familiari.

Relazione medica e copia della cartella clinica

La persona malata di tumore, durante il ricovero o in una qualsiasi fase del suo percorso terapeutico o di follow-up può desiderare di richiedere un consulto oncologico rivolgendosi a medici diversi da quelli ai quali si è affidato (c.d. second opinion) e pertanto ha il diritto di ottenere una relazione medica dettagliata sulla sua diagnosi e situazione clinica e terapeutica. Inoltre, la cartella clinica può essere visionata dal malato e dal suo medico di famiglia anche durante il ricovero. Se il malato o la persona da lui delegata ne richiedono la copia integrale, questa deve essere consegnata entro 30 giorni dalla richiesta, ovvero immediatamente in caso d'urgenza documentata.

Esenzione dal ticket per patologia (cod. 048)

Il malato di cancro ha diritto all'esenzione per patologia (cod.048) dal pagamento del ticket per farmaci, visite ed esami appropriati per la cura del tumore da cui è affetto e delle eventuali complicanze, per la riabilitazione e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti. Il riconoscimento di un'invalidità civile del 100% dà diritto all'esenzione totale (cod. C01) dal pagamento dei ticket per farmaci e visite per qualsiasi patologia.

La tutela assistenziale (invalidità civile)

Il Decreto del Ministero della Sanità del 5/2/1992 prevede, per i malati oncologici che si trovino in determinate condizioni di gravità della malattia, il riconoscimento dell'invalidità civile nelle percentuali: 11%, 70% e 100%.

A seconda del tipo di invalidità riconosciuta, e delle loro condizioni economiche, i malati possono accedere alle seguenti prestazioni:

- **pensione di inabilità (invalidità pari al 100%);**
- **assegno di invalidità (invalidità tra il 74% ed il 99%);**
- **indennità di accompagnamento;**
- **indennità di frequenza.**

Per poter accedere a benefici giuridici ed economici, le persone malate di cancro devono rivolgersi all'INPS per ottenere l'accertamento dello stato di invalidità e di handicap. La procedura per la presentazione della domanda all'INPS per via telematica si articola in due fasi:

1. **certificato medico digitale** rilasciato da un medico certificatore

accreditato presso l'INPS (medico di medicina generale o medico specialista) il quale compila online sul sito INPS la certificazione medica richiesta. Occorre accertarsi che risulti che la pratica è stata avviata per malattia neoplastica (Legge n. 80 del 2006). In questo modo l'INPS deve convocare la persona e fornire il responso della commissione entro 15 giorni.

2. compilazione ed invio telematico della **domanda amministrativa** da parte dell'interessato, personalmente o a mezzo di intermediario abilitato (patronati).

Pensione di inabilità civile

Il malato oncologico in età lavorativa (dai 18 anni ai 66 anni e 7 mesi) cui sia stata accertata un'invalidità civile del 100% ha diritto alla pensione di inabilità erogata per 13 mensilità, se il reddito annuo personale non è superiore a 16.982,49 euro. Per l'anno 2020, l'importo della pensione è di 286,81 euro mensili.

Assegno di invalidità civile

Nel caso in cui l'invalidità civile accertata sia pari o superiore al 74% e fino al 99%, il malato di cancro in età lavorativa (da 18 anni a 66 anni e 7 mesi) ha diritto all'assegno di invalidità, erogato per 13 mensilità, se il suo reddito annuo personale non è superiore a 4.926,35 euro. Per l'anno 2020, anche la misura di questo assegno è pari ad euro 286,81.

Indennità di accompagnamento

Se a causa del tumore e/o degli effetti delle terapie oncologiche è stata riconosciuta un'invalidità totale e permanente del 100% e il malato ha problemi di deambulazione o non è autonomo nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana, è possibile ottenere anche il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento, che non è vincolata da limiti di reddito ed è erogata per 12 mensilità. Per l'anno 2020 l'indennità è pari a 520,29 euro mensili. L'indennità di accompagnamento è compatibile con lo svolgimento di un'attività lavorativa, mentre viene sospesa in caso di ricovero in un istituto con pagamento della retta a carico di un ente pubblico.

Indennità di frequenza

L'indennità di frequenza è riconosciuta ai minori affetti da patologie tumorali che siano iscritti e frequentino scuole di ogni ordine e grado (compresi gli asili nido), centri terapeutici, di riabilitazione, di formazione o di addestramento professionale se non si supera un reddito annuo personale (del malato) di 4.926,35 euro; non è compatibile con l'indennità di accompagnamento o con qualunque forma di ricovero. L'indennità di frequenza è erogata per la durata delle cure o la frequenza del corso per 12 mensilità annue (per l'anno 2020, nell'importo di 286,81 euro mensili).

Handicap

Può accadere che, a causa della malattia e delle terapie antitumorali, le condizioni di salute del malato di cancro siano gravemente pregiudicate; in questi casi, è opportuno richiedere all'INPS, meglio se congiuntamente alla domanda per l'invalidità civile, l'accertamento dello stato di handicap in situazione di gravità che può essere riconosciuto anche solo per periodi limitati. Allo stato di handicap in situazione di gravità sono collegati alcuni benefici fiscali, ed importanti tutele in ambito lavorativo: la legge consente ai lavoratori malati in stato di handicap grave e, in diversa misura, ai lavoratori che assistono familiari in stato di handicap grave, di usufruire di permessi e congedi (retribuiti e non); di scegliere la sede e l'orario di lavoro (part-time) e di godere di altri benefici per conciliare le cure con l'attività lavorativa.

Diritti sul lavoro

In ambito lavorativo alcuni benefici conseguono all'accertamento di una certa percentuale di invalidità, altri all'accertamento dello stato di "handicap in situazione di gravità", e altri ancora dalla sussistenza dei requisiti previsti dalla legge per il diritto al lavoro dei disabili. Per il lavoratore è anche importante sentirsi accolto e sostenuto dal datore di lavoro e dai colleghi nelle diverse fasi di malattia durante le terapie e nel momento in cui rientrerà al lavoro. Gli ostacoli che si vengono a creare a causa del tumore del lavoratore dipendente, da difficoltà individuali rischiano di diventare crisi aziendale, ma possono essere superati con il dialogo e la comprensione nel reciproco rispetto.

Scelta della sede di lavoro e trasferimento

Il lavoratore malato di cancro riconosciuto portatore di handicap "grave" ha diritto di essere trasferito alla sede di lavoro più vicina possibile al proprio domicilio e non può essere trasferito senza il suo consenso. Analogo diritto di essere trasferito alla sede più vicina al domicilio della persona assistita è riconosciuto al lavoratore che assista un familiare malato in stato di handicap grave.

Mutamento delle mansioni lavorative e lavoro notturno

Il malato oncologico ha diritto di essere assegnato a mansioni adeguate alla sua mutata capacità lavorativa, potendo essere assegnato a mansioni equivalenti o anche inferiori a quelle precedentemente svolte, purché compatibili con le sue condizioni, mantenendo in ogni caso il trattamento retributivo corrispondente alle mansioni precedenti. Inoltre, il lavoratore malato di cancro può chiedere di non essere assegnato o di essere esonerato dallo svolgimento del lavoro in orario notturno dimostrando, mediante certificazione medica, la sua inidoneità a tali mansioni.

Part-time e smartworking

Il lavoratore dipendente malato di tumore può usufruire di forme di flessibilità per conciliare i tempi di cura con il lavoro ed ha diritto ad ottenere la trasformazione dell'orario di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, conservando il diritto a tornare al tempo pieno quando le condizioni di salute lo permettano. Analogo diritto è riconosciuto, in forma attenuata, ai caregiver del malato oncologico che lavorano. Lo smartworking o lavoro agile è un'altra forma di flessibilità lavorativa che consente al lavoratore malato di cancro di continuare a lavorare anche durante le terapie, ma senza recarsi in ufficio. La richiesta di telelavoro o di smart work al datore di lavoro va formalizzata in un accordo scritto nel quale vanno indicati, tra le altre cose, le attività da espletare, le modalità di svolgimento ed il diritto alla "disconnessione".

Assenze durante la malattia e fasce di reperibilità

Il lavoratore che non sia in grado di lavorare a causa della malattia o delle terapie oncologiche oppure che debba assentarsi per visite mediche o esami diagnostici, può usufruire di diversi strumenti giuridici (permessi orari o giorni di malattia o permessi legge 104/92) per tutelare il posto di

lavoro e la retribuzione. Non esiste una disciplina organica che regolamenti specificatamente le assenze causate dalle malattie oncologiche (visite specialistiche, esami diagnostici, trattamenti terapeutici o riabilitativi in centri di cura) ma esistono norme contrattuali nei CCNL e circolari ministeriali che tutelano in modo specifico i lavoratori affetti da patologie gravi e invalidanti come quella oncologica. Poiché lo stato di malattia giustifica l'assenza dal lavoro e il diritto a percepire l'indennità di malattia, il lavoratore ammalato, di norma, ha l'obbligo di rendersi reperibile al domicilio comunicato per il caso che il datore di lavoro o l'INPS richiedano una visita di controllo. È bene sapere che i lavoratori dipendenti (pubblici e privati) sono espressamente esonerati dall'obbligo di reperibilità, nei casi in cui l'assenza è dovuta a patologie gravi (come quella oncologica) che richiedono terapie salvavita, o a stati patologici connessi alla situazione di invalidità riconosciuta, superiore o pari al 67%.

Permessi e congedi lavorativi

I lavoratori malati di tumore, riconosciuti invalidi o con handicap grave, hanno diritto ad usufruire dei seguenti permessi e i congedi dal lavoro:

- permessi lavorativi (3 giorni/mese o 2 ore/giorno - legge 104/92);
- permessi lavorativi per eventi e cause particolari (3 giorni/anno);
- congedo per cure agli invalidi oltre il 50% (30 giorni lavorativi/anno)

I lavoratori che si prendono cura di un proprio caro malato di cancro, riconosciuto invalido o con handicap grave, hanno diritto ad usufruire dei seguenti permessi e i congedi dal lavoro:

- permessi lavorativi (3 giorni/mese - legge 104/92)
- congedo straordinario biennale retribuito
- congedo biennale non retribuito per gravi motivi familiari.

I Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro spesso prevedono, inoltre, la possibilità di conservare il posto (senza retribuzione) anche nei casi in cui l'assenza per malattia determini il superamento del periodo di comporta.

Assenza per terapia salvavita

Alcuni contratti collettivi di lavoro (CCNL) tutelano specificatamente i lavoratori affetti da patologie oncologiche e da quelle gravi che richiedono terapie salvavita, prevedendo che i giorni di ricovero ospedaliero o di trattamento in day hospital, come anche i giorni di assenza per sottoporsi

alle cure siano esclusi dal computo dei giorni di assenza per malattia normalmente previsti e siano retribuiti interamente.

Ferie e riposi "solidali"

I lavoratori possono cedere per solidarietà e a titolo gratuito, giornate di ferie o riposo "solidali" ai colleghi di lavoro in difficoltà, in modo da consentire loro di assistere i figli minori che, per particolari condizioni di salute, necessitano di cure costanti. Alcuni CCNL hanno esteso questa disciplina riconoscendo il diritto a fruire di permessi solidali, non solo per assistere i figli minori ma anche per altre situazioni di necessità dello stesso lavoratore, per «gravi e comprovati motivi documentabili».

Lavoratori titolari di partita IVA

I lavoratori autonomi iscritti alla gestione separata INPS ed i liberi professionisti iscritti alle rispettive casse di previdenza, se costretti a sospendere anche solo temporaneamente l'attività lavorativa a causa della patologia e delle terapie oncologiche, possono accedere a forme diverse di assistenza economica, disciplinate da norme di settore.

La tutela previdenziale

Indipendentemente dall'invalidità civile, un lavoratore malato di tumore e con una certa anzianità contributiva (per l'INPS, 5 anni) può chiedere all'ente previdenziale di appartenenza il riconoscimento medico-legale della riduzione della capacità lavorativa (c.d. invalidità pensionabile) al fine di ottenere l'**assegno ordinario di invalidità "previdenziale"**, nel caso in cui sia accertato che la capacità lavorativa è ridotta a meno di un terzo oppure, in caso di inabilità totale, la **pensione di inabilità (reversibile)** calcolata in base alla situazione previdenziale.

Il malato titolare della pensione previdenziale di inabilità e che si trovi nelle condizioni per cui è previsto l'accompagnamento (necessità di assistenza continua per deambulare o svolgere le "attività della vita quotidiana") e non sia ricoverato, può richiedere l'**assegno mensile per l'assistenza personale e continuativa (non reversibile)**.

Pensionamento anticipato

Il lavoratore malato e con invalidità civile riconosciuta superiore al 74% ha diritto al beneficio di 2 mesi di contribuzione figurativa, utile ai fini

pensionistici, per ogni anno di servizio effettivamente prestato nella condizione di invalido.

L'amministratore di sostegno e la procura notarile per la gestione degli interessi giuridici ed economici

Se la persona malata non è in grado, anche solo temporaneamente, di curare i propri interessi giuridici ed economici (ad esempio: gestione del conto corrente bancario o postale, vendita o acquisto di immobili, ecc.), può avvalersi di appositi strumenti giuridici, tra cui la procura notarile o la nomina di un amministratore di sostegno da parte del Giudice Tutelare.

Contrassegno di libera circolazione e di sosta

Il malato di cancro in terapia può chiedere ed ottenere dal Comune di residenza il contrassegno di libera circolazione e sosta che è nominativo e può essere utilizzato solo quando l'auto è al servizio del malato intestatario del permesso.

LO CHEF CIRCIELLO CONSIGLIA



PUNTARELLE CON SGOMBRO ED EMULSIONE DI AGRUMI

Ingredienti per 4 persone:

puntarelle g. 300
sgombrò filettato g. 700
arance n° 4
erba cipollina q.b.
rape rosse g. 200
olive taggiasche g. 50
olio extra vergine d'oliva q.b.
sale iodato q.b.

Procedimento:

Come primo passaggio tagliare finemente le puntarelle e porle in acqua e ghiaccio per farle arricciare e renderle croccanti.

Per l'emulsione: emulsionare con il mini-pimer (frullatore ad immersione).

Composizione del piatto: disporre sul fondo del piatto le puntarelle condite con l'emulsione, disporre sopra i due filetti di sgombrò, ultimare con fettine di arancia prive di pelle ed erba cipollina.



I MIEI APPUNTAMENTI



I MIEI APPUNTAMENTI