

FRECCIAROSA

LA PREVENZIONE VIAGGIA IN TRENO

VADEMECUM DELLA SALUTE



FONDAZIONE
Incontra
Donna
OCCUPIAMOCI DI SALUTE



con il patrocinio di



Vademecum online



FRECCIAROSA

LA PREVENZIONE VIAGGIA IN TRENO

VADEMECUM DELLA SALUTE

Edizione ottobre 2024

FONDAZIONE
Incontra
donna
OCCUPIAMOCI DI SALUTE

Indice

Lettera del Ministro della Salute	10
Introduzione di Adriana Bonifacino	11

1. FATTORI COMPORTAMENTALI E SALUTE

One Health	13
Alimentazione	15
Fumo e alcol	20
Attività fisica	28

2. INTRODUZIONE ALLA PREVENZIONE E ALLA CURA ONCOLOGICA

Premessa	31
Modelli di sanità pubblica: screening oncologici	32
Oncofertilità	35
Invecchiamento e senescenza	37
Rischio oncologico eredo-famigliare	44
Collo dell'utero, endometrio e ovaio	48
Colon retto	60
Cute	62
Fegato e vie biliari	70
Mammella	72
Protesi mammarie ed il rischio di linfoma	82
Oncoematologia	86
Pancreas	88
Polmone	90
Prostata, reni, testicoli, vescica	92
Stomaco	94
Tiroide	96

3. APPROFONDIMENTI

Sindrome metabolica, diabete, obesità	99
Vaccinazioni	102
Ricerca e innovazione scientifica	107
Metastatico: principali innovazioni	109
Medicina personalizzata	109
Immunoterapia	115
Comunicazione medico - paziente - caregiver	116
Diritti del paziente e del caregiver	120

Lettera di AIOM e Fondazione AIOM	126
-----------------------------------	-----





Il progetto Frecciarosa 2024 è stato realizzato
con il supporto non condizionante di:



Hanno collaborato

Salvatore Artale

Oncologo

Ospedali di Vimercate, Desio,
Carate B.za - ASST Brianza

Paolo Antonio Ascierto

Oncologo

Istituto Nazionale Tumori IRCCS
Fondazione Pascale, Napoli

Giacomo Barchiesi

Oncologo

Pol. Umberto I - Sapienza, Roma

Adriana Bonifacio

Senologa Oncologa

IDI IRCCS, Roma
Presidente Fondazione IncontraDonna

Andrea Botticelli

Oncologo

Pol. Umberto I - Sapienza, Roma

Maria Teresa Campitiello

Capo Dipartimento della Prevenzione, della
Ricerca e delle Emergenze Sanitarie
Ministero della Salute

Anna Paola Carreca

Biologa Molecolare

Università degli Studi di Palermo

Ignazio Ugo Carreca

Oncologo

Professore Emerito - A.S.C.O.
(American Society of Clinical Oncology)

Luigi Cavanna

Ematologo e Oncologo

Past President Nazionale CIPOMO
Casa di Cura Piacenza, Piacenza

Rosario Andrea Cocchiara

Dirigente Medico

Dipartimento della Prevenzione, della
Ricerca e delle Emergenze Sanitarie
Ministero della Salute

Roberto Copparoni

Dirigente Medico

Ministero della Salute

Anna Costantini

Psiconcologa

Past President e Consigliere Nazionale SIPO
Vice Presidente Federazione Italiana Società
di Psicologia

Giuseppe Curigliano

Oncologo

Istituto Europeo di Oncologia Università degli
studi di Milano - Presidente eletto ESMO

Mirella D'Andrea

Dermatologa

Istituto Nazionale Tumori IRCCS
Fondazione Pascale, Napoli

Lucia Del Mastro

Oncologa

IRCCS Ospedale Policlinico San Martino,
Genova - Università degli Studi di Genova

Emilio Di Giulio

Gastroenterologo

IDI IRCCS, Roma

Massimo Di Maio

Oncologo

Ospedale Molinette, A.O.U. Città
della Salute e della Scienza, Torino

Arianna Di Napoli

Anatomopatologa

A.O.U. Sant'Andrea - Sapienza, Roma

Massimo Falconi

Chirurgo

IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano

Giovanni Fucà

Oncologo

Humanitas San Pio X, Milano

Daniela Galeone

Direttore Ufficio 8

Ministero della Salute

Giuseppe Gambale

Titolare di Incarico Dirigenziale di

Consulenza, Studio e Ricerca Dipartimento
della Prevenzione, della Ricerca e delle
Emergenze Sanitarie
Ministero della Salute



Denise Giacomini

Dirigente Medico
Ministero della Salute

Maria Assunta Giannini

Direttore Ufficio 6
Ministero della Salute

Elisabetta Iannelli

Avvocato
Associazione Italiana Malati di Cancro,
parenti e amici - AIMaC ODV - ETS

Roberto Ieraci

Infettivologo
Strategie vaccinali Regione Lazio

Andrea Lenzi

Professore Emerito di Endocrinologia
Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

Giovanni Leonardi

*Capo Dipartimento della salute umana,
della salute animale e dell'ecosistema
(One Health) e dei rapporti internazionali*
Ministero della Salute

Laura Locati

Oncologa
Istituto Nazionale dei Tumori, Milano

Domenica Lorusso

Ginecologa
Humanitas San Pio X, Milano
Humanitas University, Rozzano

Paolo Marchetti

Oncologo
Direttore Scientifico IDI IRCCS, Roma

Maria Giulia Marino

Dirigente Medico
Ministero della Salute

Maria Migliore

Dirigente Medico
Ministero della Salute

Mariachiara Paderno

Ginecologa
Humanitas San Pio X, Milano

Simona Petrucci

Genetista
A.O.U Sant'Andrea- Sapienza, Roma

Maria Piane

Genetista
A.O.U Sant'Andrea - Sapienza, Roma

Gabriele Piesco

Oncologo
IDI IRCCS, Roma

Giuseppe Plutino

Dirigente Medico
Ministero della Salute

Francesca Poggio

Oncologa
IRCCS Ospedale Policlinico San Martino,
Genova

Giuseppe Pugliese

Endocrinologo
Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

Lorenza Rimassa

Oncologa
IRCCS Humanitas Research Hospital
di Rozzano, Milano

Ilaria Sabatucci

Ginecologa
Humanitas San Pio X, Milano

Flavio Siniscalchi

Capo del Dipartimento per lo Sport
Presidenza del Consiglio dei Ministri

Davide Soldato

Oncologo
IRCCS Ospedale Policlinico San Martino,
Genova

Con il patrocinio di:



Ministero della Salute



Con il patrocinio delle Società Scientifiche:



Società Italiana di Psico-Oncologia



Partner tecnici:



Si ringrazia inoltre:





Care viaggiatrici e cari viaggiatori,

sono lieto di portare il mio contributo alla 14^a edizione della campagna Frecciarosa, un progetto promosso dalla Fondazione IncontraDonna con il Gruppo FS e il patrocinio del Ministero della Salute e della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Ogni anno quest'iniziativa attraversa l'Italia e, grazie ai medici e ai volontari che vi aderiscono, raggiunge migliaia di persone offrendo consulenze e visite gratuite e rafforzando, un viaggio dopo l'altro, la cultura della prevenzione oncologica, in particolare del tumore al seno.

Come ci ricorda il Vademecum che state sfogliando, ognuno di noi può fare molto per mantenersi in buona salute e prevenire l'insorgenza e la progressione delle malattie.

Promuovere la prevenzione primaria, a partire da corretta alimentazione e attività fisica, è essenziale, così come è indispensabile potenziare le campagne di screening per diagnosi sempre più tempestive e precoci.

Sono attività che ci vedono fortemente impegnati anche attraverso il Piano oncologico nazionale e il Piano Nazionale della Prevenzione che prevede specifiche azioni a livello regionale.

Consolidando la sinergia con tutti gli attori del sistema salute e valorizzando il ruolo imprescindibile delle associazioni e organizzazioni del Terzo Settore, puntiamo a diffondere e radicare la consapevolezza dell'importanza della prevenzione, pilastro del vivere bene.

Un impegno che non può prescindere da una visione della salute globale e da un approccio "One Health", oggi più che mai irrinunciabile per guardare al futuro pensando al benessere delle nuove generazioni.

Buon viaggio e buona lettura.

Orazio Schillaci

Ministro della Salute

DIAMO IL VIA AL FRECCIAROSA 2024!



La 14ª edizione del progetto Frecciarosa ha preso il via. Ottobre un mese intero dedicato alla prevenzione del tumore del seno e delle prevalenti patologie oncologiche, agli stili di vita, all'attenzione verso l'ambiente.

L'ottica della **Salute Globale** (One Health) non dobbiamo perderla di vista. Si tratta del nostro futuro e di quello delle prossime generazioni. La Fondazione IncontraDonna fortemente impegnata, a livello nazionale, nella promozione della salute, della prevenzione e della cura, offrirà in tutto il mese di ottobre **consulenze gratuite** alla popolazione femminile e maschile viaggiante sui treni del Gruppo FS. In alcune fasce di età, e secondo valutazione del medico a bordo treno, sarà possibile usufruire anche di **visite del seno ed ecografia**.

Il progetto Frecciarosa attraversa tutta Italia, isole maggiori incluse, portando messaggi di salute e rafforzando il valore del nostro **Sistema Sanitario Nazionale** al quale facciamo sempre riferimento. Il Vademecum della Salute è uno degli strumenti di comunicazione che utilizziamo per avvicinare le persone a prendersi cura di se stesse. Viene distribuito gratuitamente sui treni e in alcuni Freccia Lounge nel mese di ottobre, ed è scaricabile online, sempre gratuitamente, dalla piattaforma **frecciarosa.it**. Vi invitiamo pertanto a diffonderlo nelle famiglie, tra amici, conoscenti e nei posti di lavoro. Non perdiamo l'opportunità di poter dedicare qualche minuto del nostro tempo alla nostra salute e alla conoscenza di tutte le innovazioni che la ricerca ci offre. Desidero ringraziare gli instancabili Volontari di IncontraDonna che condivideranno con Voi il viaggio sui treni, i medici che offriranno con professionalità ed empatia le consulenze gratuite in questo mese, gli esperti che hanno contribuito alla realizzazione del Vademecum della Salute e lo staff della Fondazione IncontraDonna.

Un ringraziamento particolare al Gruppo FS per la condivisione del progetto da 14 anni e al Ministero della Salute partner attivo del progetto.

Adriana Bonifacino

Fondazione IncontraDonna, Presidente

1.

FATTORI COMPORTAMENTALI E SALUTE



One Health

Una visione per operare scelte consapevoli per uno stile di vita sano

GIOVANNI LEONARDI, DENISE GIACOMINI

Il concetto di One Health, coniato nel 2004 nella Conferenza di Manhattan, fino al 2020 è stato considerato esclusivamente per la connessione fra salute umana e animale, per temi relativi alla sicurezza degli alimenti, alle zoonosi e all'antibiotico-resistenza. Con l'epidemia da COVID 19 abbiamo iniziato ad allargare l'orizzonte dell'approccio One Health verso l'inquinamento delle risorse naturali, la distruzione della biodiversità, la progettazione urbana, produttiva e dei trasporti, per salvaguardare l'integrità del pianeta arrivando a definire il concetto di salute in tutte le politiche.

Per parlare oggi di One Health occorre comprendere il concetto di **salute circolare** ed avere chiara la correlazione fra la salute dell'uomo e quella del pianeta, le relazioni fra clima, ambiente, salute animale e sicurezza degli alimenti, consapevoli del fatto che una *minaccia ad una singola componente del sistema può avere impatti significativi sulle altre*.



Alla base di qualsiasi strategia di salute pubblica occorre una visione One Health, sia in chiave di prevenzione, sia di organizzazione dei sistemi sanitari. Su queste tematiche, a livello di programmazione sanitaria, l'ottica One Health ricomprende gli interventi del **Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025** e - in linea con l'AGENDA ONU 2030 per lo sviluppo sostenibile - guida i nuovi progetti del Piano Nazionale per gli investimenti complementari al PNRR.

Una visione innovativa One Health ci permette di incidere, con politiche di sanità pubblica, sulla prevenzione delle malattie e sulla promozione della salute: sappiamo infatti quanto sia importante l'**esposizione**, cioè l'esposizione ai fattori esterni che impatta sul rischio di insorgenza di varie patologie sistemiche non trasmissibili (*allergie, patologie oncologiche, malattie neurodegenerative, diabete*).

Vivere secondo **“un approccio One Health”** significa essere informati ed avere comportamenti salutari, attraverso specifiche scelte alimentari (*pensiamo ad esempio alla lotta agli sprechi domestici*), adozione di stili di vita sani, rispettosi dell'ambiente, in linea con l'uso responsabile degli antibiotici, con l'uso sostenibile dell'acqua e che possano contribuire ad **abbattere l'inquinamento**.

Con visione One Health le Istituzioni (Ministeri e ASL) lavorano in modo interdisciplinare, per permettere di rispettare l'igiene degli alimenti, per monitorare gli interferenti endocrini, i contaminanti chimici, l'uso dei fitosanitari affinché sia tutelata la salute degli ecosistemi, degli animali e degli uomini. La visione One Health infatti arriva ad essere una prospettiva che chiude, in modo circolare, **il concetto di salute unica, in cui le condizioni ambientali e il benessere dell'uomo sono strettamente interconnesse**.

È il tempo di essere più responsabili: occorre pensare alla salute del nostro Pianeta, tutti insieme, con quella visione One Health che ci permetterà di affrontare le sfide globali con un approccio olistico e di sistema. Infatti, ad influenzare le prospettive di vita non sono soltanto i fattori genetici, ma anche quelli ambientali (nel rispetto della biodiversità e della sostenibilità), sociali (integrazione, condivisione, solidarietà, attivismo) e lo stile di vita sano (abitudini alimentari moderate e “local”, basate sulle tradizioni e sulla vita all'aria aperta).

Occorre informare, su questi temi, tutti i nostri cittadini e dare loro delle **“opportunità trasformative”**, per migliorare le condizioni di salute, a tutte le età, con città più green e vivibili, diete e stili di vita mediterranei, nel pieno rispetto di una strategica visione One Health.

Alimentazione

Una mela al giorno non è abbastanza

SALVATORE ARTALE, ROBERTO COPPARONI, GIUSEPPE PLUTINO

Non esiste un singolo cibo in grado di proteggerci dalle malattie metaboliche, come ad esempio quelle cardiovascolari, il diabete o i tumori.

Siamo affollati da informazioni contraddittorie provenienti dai media, dai social e purtroppo persino da esperti o pseudo tali che millantano diete miracolose prive di razionale scientifico.

Lo scopo di questo breve capitolo è

suggerire comportamenti alimentari e stili di vita basati su evidenze scientifiche.

In particolare, faremo riferimento alle raccomandazioni del WCRF (*World Cancer Research Fund*) più conosciuto come FMR (Fondo Mondiale della Ricerca) che ha declinato dieci regole d'oro del mangiar sano, basate sulle evidenze scientifiche di studi dose-risposta: prendendo in considerazione tre diversi livelli di esposizione al rischio di tumore, ha stabilito tre livelli di evidenza con cui un alimento può contribuire a prevenire o causare un determinato tipo di tumore. Il livello di evidenza più incisivo è convincente, segue poi il probabile e il limitato.

In base a tali evidenze, in Italia, il Ministero della Salute ha elaborato indicazioni specifiche e chiare rispetto all'adozione di una corretta nutrizione.

A quale modello dietetico dobbiamo fare riferimento?

Il modello di dieta consigliato dal Ministero della Salute fa riferimento alla Dieta Mediterranea. I tratti salienti delle abitudini alimentari



di tipo mediterraneo sono rappresentati dalla presenza costante dei cereali e dei loro prodotti di trasformazione (pane, pasta), l'abbondanza nella razione di ortaggi e un buon consumo di frutta, l'impiego dell'olio extra vergine di oliva, la presenza di carne e pesce ma anche di proteine di origine vegetale dai legumi. Importante è anche l'abbinamento degli alimenti secondo moduli vari, comunque sempre completi dal punto di vista nutrizionale (cereali e legumi, cereali ed alimenti di origine animale, carni o pesci con ortaggi).

La dieta mediterranea, attraverso un sano profilo di grassi, bassa percentuale di carboidrati, basso indice glicemico, alto contenuto di fibre alimentari, composti antiossidanti e effetti anti-infiammatori, riduce il rischio di alcune patologie, come le malattie cardiovascolari e il cancro.

I fattori più solidamente dimostrati sono il sovrappeso e l'obesità (specialmente quella addominale): infatti le persone con un BMI sopra 25 o con un giro vita superiore a 80 cm (per le donne) e 94 cm (per gli uomini) hanno un maggior rischio di ammalarsi di tumori della mammella (dopo la menopausa), dell'endometrio, del rene, dell'esofago, dell'intestino, del pancreas e della cistifellea. Tra quelli che risentono di più della quantità e della qualità dei cibi ci sono ovviamente i tumori dell'apparato gastrointestinale, e in particolare quelli dell'**esofago**, dello **stomaco** e del **colon-retto**: si calcola che fino a tre quarti di questi tumori si potrebbero prevenire mangiando meglio a tavola. È rilevante, al fine di prevenire l'insorgenza di patologie neoplastiche, ridurre l'assunzione quotidiana di tutti i cibi fortemente calorici, quindi gli alimenti molto ricchi di grassi e di zuccheri che possono favorire l'obesità.

Importante è anche il consumo di frutta e verdura, di seguito una breve guida.

DECALOGO PER IL CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA

1. **Cinque porzioni cinque:** ogni giorno mangia "almeno" 5 porzioni di frutta e verdura, compresa quella pronta al consumo senza sale e/o zucchero aggiunti; varia la scelta dei colori e preferisci quelle di stagione.
2. **Mai senza!** Tieni sempre a portata di mano frutta e verdura in modo da averne sempre una scorta, ben in vista in frigo o nel surgelatore.
3. **Chi l'ha detto che le verdure devono essere solo "contorno"?** Prova finocchi, carote, sedano, pomodorini e tanti altri ortaggi come snack: ne guadagni in salute e metti la fame a posto!
4. **Studi o lavori?** Scegli l'energia della frutta fresca e riparti con la giusta carica!
5. **Cosa mangi oggi?** Un bel primo con un'abbondanza di verdure: così hai una gustosa occasione per consumare una delle 2-3 porzioni di verdura della giornata.
6. **Peccati di gola?** Sì ogni tanto ma sempre con l'aggiunta di frutta alle preparazioni di dolci fatti in casa: saranno più gustose e sazianti.
7. **Non si butta niente!** Usa ogni parte dei prodotti vegetali: con i gambi della verdura fai brodi e zuppe, dal frullatore/estrattore recupera il "residuo" della polpa dei frutti e aggiungilo alla bevanda che hai preparato. Vitamine e fibra insieme!
8. **Fai centro con un bel piatto unico! 2-3 volte alla settimana:** una buona zuppa a base di cereali (ad es.: pasta, riso, farro, pane integrali, etc.) e legumi, e il buon nutrimento è assicurato.
9. **La verdura dà il meglio di sé "croccante".** Cerca di non farla cuocere troppo: manterrai meglio i suoi nutrienti e ti sentirai più sazio.
10. **Dai il buon esempio!** Comincia tu per primo a mangiare davanti ai bambini frutta e verdura e sarai più convincente.



Dottore, come regolarsi con il consumo dei latticini?

Il Ministero della Salute ha elaborato un utile decalogo **per il corretto consumo di latte & yogurt** nell'alimentazione quotidiana:

1. Consuma ogni giorno **3 porzioni tra latte e yogurt**. Una porzione corrisponde a 125 g cioè un bicchiere piccolo oppure 1/2 tazza o un vasetto di yogurt.
2. **Il latte e lo yogurt sono alimenti per iniziare bene la giornata**. Con una tazza intera di latte (2 porzioni) a colazione e uno yogurt come spuntino si raggiungono le 3 porzioni raccomandate.
3. Il latte e lo yogurt sono **fonti di calcio**, inoltre contengono **vitamina A, vitamine del gruppo B** e altri sali minerali come fosforo, magnesio, zinco e selenio.
4. Il latte e lo yogurt bianco senza zuccheri aggiunti sono molto simili dal punto di vista nutrizionale. Lo yogurt, grazie ai fermenti lattici, favorisce **l'equilibrio della flora intestinale**.
5. Puoi scegliere tra latte fresco pastorizzato, fresco pastorizzato di alta qualità, pastorizzato, microfiltrato e a lunga conservazione (UHT). Se, invece, scegli di utilizzare il latte crudo ricorda che è necessaria la bollitura prima del consumo.
6. Lo yogurt si ottiene per fermentazione del latte ad opera di specifici microrganismi. Quando la fermentazione del latte non è dovuta all'azione dei microrganismi dello yogurt, si ottengono lattici fermentati. Un esempio è dato dal **kefir**, tipica bevanda dell'Europa dell'Est.
7. Latte e yogurt possono essere interi, scremati o parzialmente scremati in base alla percentuale di grassi. Il latte e lo yogurt scremati o parzialmente scremati hanno un ridotto contenuto di grassi e di calorie senza alcuna riduzione di calcio e proteine.
8. **Il latte può essere bevuto ad ogni età**. Nell'intestino umano è presente la lattasi, enzima necessario per la digestione del lattosio (zucchero del latte). Ciò rende il latte un alimento adeguato per bambini, adulti e anziani, ad eccezione degli intolleranti al lattosio che hanno una documentata carenza di lattasi.
9. Lo yogurt è ben tollerato dalla maggior parte di coloro che soffrono di intolleranza al lattosio. Inoltre, sono disponibili molti prodotti a ridotto o nullo contenuto di lattosio, come i lattici delattosati.
10. **Il calcio e il fosforo presenti nel latte e nello yogurt** sono facilmente assorbiti dall'organismo. Il loro consumo contribuisce a diminuire il rischio di insorgenza di osteoporosi.



Per approfondire: visita l'area tematica nutrizione sul portale del ministero della salute al link:
<https://www.salute.gov.it/portale/nutrizione/homeNutrizione.jsp>

Cosa dire ancora?

Per rispondere a questa domanda è necessario introdurre l'argomento che sta rappresentando il futuro in oncologia e cioè lo studio del microambiente, più semplicemente il **microbiota**. Il microbiota è la *comunità microbica (tra cui i batteri) del corpo umano*. In questo capitolo facciamo particolare riferimento alla comunità **microbica intestinale** che, quando in equilibrio, modula la digestione, il metabolismo e il sistema immunitario prevenendo l'invasione di agenti patogeni e i processi infiammatori.

Come possiamo mantenere questo equilibrio?

Per mantenere l'equilibrio occorre preservare la salute dei nostri batteri, **introducendo con la dieta fibre solubili** (legumi, noci, cipolle, aglio, segale ecc.), fibre insolubili (cereali integrali, quinoa, alcuni tipi di frutta e verdura) e probiotici (yogurt magri, kefir). Alcuni di questi alimenti possono contenere entrambi i tipi di fibre oltre che costituire un'ottima **fonte di proteine**. L'introduzione delle fibre nella nostra alimentazione favorisce, attraverso un processo di fermentazione da parte del microbiota, la formazione di acidi grassi a catena corta (es: l'acido butirrico). Questi acidi grassi sono in grado di modulare il sistema immunitario, proteggere la barriera intestinale dall'attacco degli agenti patogeni e addirittura favorire la **risposta all'immunoterapia**. Le fibre inoltre possono essere utili a ridurre i livelli di colesterolo e a rallentare l'assorbimento degli zuccheri.

Cosa non fare?

Non adottare diete restrittive e diete fai da te. Fatevi consigliare da nutrizionisti esperti e solo in centri con adeguata esperienza nel settore.

Dalla teoria alla pratica

Al fine di facilitare il compito ai nostri pazienti e ai famigliari che si prendono cura di loro, vi invitiamo a visitare il sito di oncologia e cucina dove potete trovare ricette facili da realizzare per la prevenzione degli effetti collaterali delle terapie oncologiche e secondo i principi della dieta mediterranea.



www.oncologiaecucina.org - Instagram: @oncologiaecucina

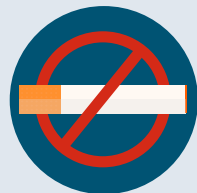
Fumo e alcol

FUMO

DANIELA GALEONE, MARIA GIULIA MARINO

Perché il fumo è dannoso per la nostra salute?

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) indica che ogni anno più di 8 milioni di persone muoiono a causa del consumo di tabacco. In Italia, sono più di 94.000 le morti annue evitabili stimate. Una sigaretta contiene circa 600 ingredienti e quando brucia crea più di 7.000 sostanze chimiche.



È noto che almeno 69 di queste sostanze chimiche causano il cancro e molte sono tossiche. 20 sigarette al giorno riducono di circa 4,6 anni la vita media di un giovane che inizia a fumare a 25 anni, il che equivale a perdere un giorno di vita per ogni settimana di consumo. La nicotina contenuta nel tabacco è la sostanza neuro-psicotropa responsabile della dipendenza e causa cambiamenti comportamentali relativi alla memoria e alle emozioni.

Quali sono i rischi più comuni?

Il fumo aumenta il rischio di molti tipi di tumore: polmone e vie respiratorie, esofago, stomaco, fegato, colon-retto e pancreas, rene, uretere, vescica, ovaio, cervice uterina, leucemia mieloide. Inoltre, il fumo passivo è un fattore di rischio riconosciuto per il tumore della mammella.

Il fumo rappresenta anche il principale fattore di rischio per le malattie respiratorie non neoplastiche, fra cui la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), ed è uno dei più importanti fattori di rischio cardiovascolare: la nicotina (contenuta anche nei prodotti a tabacco riscaldato, in molte sigarette elettroniche e nelle "nicotine pouches") determina un aumento della frequenza e della contrattilità cardiaca, aumenta la pressione sanguigna, può pro-

muovere la formazione di placche aterosclerotiche; inoltre riduce la sensibilità all'insulina e può aggravare il diabete. Il fumo influisce negativamente sull'apparato riproduttivo femminile alterando la produzione ormonale, provoca menopause più precoci di circa 2 anni rispetto alle non fumatrici e ha effetti sulla fertilità. Una donna in gravidanza che fuma ha un aumentato rischio di aborti, di bambini nati morti, e di avere neonati sottopeso. Inoltre, il fumo produce **danni estetici**, come gengive bianche, ingiallimento dei denti, invecchiamento della pelle, aumento dell'irsutismo del volto.

Perché smettere di fumare?

Smettere di fumare è un investimento per la salute, perché consente di ridurre il rischio di sviluppare molte condizioni patologiche e perché protegge dal **fumo passivo**, riducendo ad esempio il rischio di molte malattie dei bambini da esposizione al fumo, quali malattie respiratorie, come l'asma, e infezioni alle orecchie (otiti).

Quando si smette di fumare: in breve tempo la circolazione del sangue e le funzioni polmonari migliorano ed entro 1 anno il rischio di infarto diventa la metà di quello di un fumatore; dopo 10 anni il rischio di tumore ai polmoni diminuisce fino alla metà ed entro 15 anni il rischio di malattie croniche diventa uguale a quello di un non fumatore. **Smettere di fumare fa bene anche a chi ha già sviluppato malattie correlate al fumo.**



Come riuscire a smettere?

Si può smettere da soli, ma con il supporto del proprio medico o di specialisti della disassuefazione le probabilità di successo aumentano notevolmente. Se necessario il medico può consigliare una terapia farmacologica con sostitutivi farmaceutici della Nicotina (NRT), Bupropione, o Citisina, che aiutano a smettere e alleviano i sintomi di astinenza.

Esistono altri prodotti a cui prestare attenzione?

Oltre alle sigarette e agli altri prodotti del tabacco convenzionali, da alcuni anni sono in commercio nuovi prodotti, come quelli a **tabacco riscaldato** o **le sigarette elettroniche con o senza nicotina**, e, più di recente, i sacchetti per uso orale contenenti Sali di nicotina.

Non è ancora chiaro quali effetti possano produrre sulla salute dei consumatori. La **sigaretta elettronica** (e-cig) è un dispositivo che permette di inalare vapore, in genere aromatizzato, contenente o meno nicotina in quantità variabili (in genere, tra 6 e 20 mg), in una miscela composta da acqua, glicole propilenico, glicerolo ed altre sostanze, tra cui soprattutto aromatizzanti.

I prodotti del tabacco riscaldato (Heated Tobacco Products - HTP) sono dispositivi che, diversamente dalle sigarette elettroniche, contengono stick con tabacco che viene riscaldato ad alta temperatura (circa 350°), creando un'emissione simile al fumo. Questi prodotti contengono nicotina e altre sostanze chimiche e attualmente non esistono prove a dimostrazione del fatto che questi prodotti siano meno dannosi delle sigarette tradizionali, ma si sa che, sebbene possano esporre gli utilizzatori a livelli inferiori di alcune sostanze tossiche contenute



nelle sigarette, allo stesso modo espongono i consumatori a livelli più elevati di altre sostanze chimiche potenzialmente tossiche e nocive, non contenute nelle sigarette tradizionali.

Tali prodotti, grazie all'attrattività del design e degli aromi, favoriscono la sperimentazione da parte dei giovani.



Per approfondire:

<https://www.salute.gov.it/portale/fumo/homeFumo.jsp>
<https://smettodifumare.iss.it/it>

ALCOL

MARIA ASSUNTA GIANNINI, MARIA MIGLIORE

La vulnerabilità all'alcol

L'Organizzazione Mondiale della Sanità indica le donne come uno dei **target più sensibili** della popolazione all'esposizione all'alcol, insieme agli anziani e ai giovani. Le donne sono più suscettibili ai danni da assunzione di alcol perché hanno una massa corporea inferiore rispetto agli uomini e una concentrazione minore di acqua nel corpo; per questo motivo, la loro capacità di metabolizzare l'alcol è inferiore a quella degli uomini e, a parità di consumo, ciò **determina un livello di alcol nel sangue più elevato**. Le donne che consumano bevande alcoliche hanno infatti maggiori probabilità di sviluppare numerose patologie tra cui numerosi tipi di cancro (*in particolare quello della mammella*), osteoporosi, riduzione della fertilità e complicanze legate a gravidanza, quali aborti spontanei e rischio di partorire neonati affetti da sindrome feto alcolica (FAS/FASD).

I consumi a minor rischio

Le linee guida del Consiglio per la Ricerca in Agricoltura e l'Analisi dell'Economia Agraria, CREA, consigliano alle donne di **non superare un consumo giornaliero di 12 grammi di alcol** (equivalenti a 1 Unità Alcolica, circa 330 mL di birra, 125 mL di vino o 40 mL di un superalcolico) indipendentemente dal tipo di bevanda consumata, per non incorrere in problemi per la salute.



Nel corso degli ultimi dieci anni la prevalenza delle consumatrici di alcol fuori pasto è cresciuta costantemente ed il trend in crescita non sembra arrestarsi.

Assumere alcol fuori pasto, comportamento estremamente diffuso

so tra le donne, anche in associazione ad altre tipologie di comportamento a rischio come il fumo, **potenzia il rischio ed espone ad una maggiore probabilità di sviluppare patologie, in particolare il cancro.**

In gravidanza alcol zero

Il consumo di alcol in gravidanza è associato a una vasta gamma di danni al feto e al bambino quali l'aborto spontaneo, la natimortalità, la sindrome della morte improvvisa in culla, il parto pretermine, alcune malformazioni congenite, il basso peso alla nascita, il ritardo di sviluppo intrauterino e una serie di disordini racchiusi dal termine **"Spettro dei disordini feto-alcolici – Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD)"** a partire dalla manifestazione più grave, la **Sindrome Feto-Alcolica (Fetal Alcohol Syndrome, FAS)**, una serie di anomalie strutturali e di sviluppo neurologico che comportano gravi disabilità comportamentali e neuro-cognitive.



Tutto l'alcol consumato dalla mamma in gravidanza finisce nel sangue del feto, pertanto anche una quantità minima di alcol può causare danni e pregiudicarne la salute. Inoltre, tutte le fasi dello sviluppo embrionale sono vulnerabili agli effetti teratogeni dell'alcol, per questo motivo secondo le linee guida cliniche della maggioranza dei Paesi del mondo il consumo di alcol in gravidanza è controindicato e il messaggio di salute pubblica è **"non bere in gravidanza (zero alcol) e non bere quando si decide di avere un figlio"**. I disordini feto-alcolici sono prevenibili al 100 per cento, se si evita l'alcol in gravidanza.

Un breve vademecum:

- 1.** Consumare bevande alcoliche in gravidanza aumenta il rischio di danni alla salute del bambino
- 2.** Durante la gravidanza non esistono quantità di alcol che possano essere considerate sicure o prive di rischio per il feto
- 3.** Il consumo di qualunque bevanda alcolica in gravidanza nuoce al feto senza differenze di tipo o gradazione

4. L'alcol è una sostanza tossica in grado di passare la placenta e raggiungere il feto alle stesse concentrazioni di quelle della madre
5. Il feto non ha la capacità di metabolizzare l'alcol che quindi nuoce direttamente alle cellule cerebrali e ai tessuti degli organi in formazione
6. L'alcol nuoce al feto soprattutto durante le prime settimane e nell'ultimo trimestre di gravidanza
7. Se si pianifica una gravidanza, è opportuno non bere alcolici. Se si è già in gravidanza, è meglio interromperne l'assunzione sino alla nascita. I danni causati nel bambino dall'esposizione prenatale all'alcol sono irreversibili e non curabili
8. È opportuno non consumare bevande alcoliche anche durante l'allattamento
9. Si possono prevenire tutti i danni e i difetti al bambino causati dal consumo di alcol in gravidanza, evitando di consumare bevande alcoliche
10. Interrompere il consumo di alcol è un gesto di responsabilità e di amore verso il nascituro.

Incidenza del cancro nelle donne in relazione all'assunzione di alcol

L'International Agency for Research on Cancer, IARC, stima in oltre 3200 i nuovi casi di cancro tra le donne in Italia, di cui 2300 nuovi casi di cancro alla mammella.

Uno dei modi con cui l'alcol (etanolo) causa il cancro è attraverso il danno al DNA delle cellule.

L'alcol può causare almeno 7 tipi di cancro:

 Cavità orale (bocca)	 Orofaringe (gola)	 Esofago	 Fegato
 Laringe	 Colon (intestino crasso e retto)	 seno	

I tipi più diffusi di cancro causati dall'alcol sono il cancro al seno nelle donne e il cancro al colon negli uomini. Le persone che fumano tabacco e bevono alcolici hanno un rischio 5 volte superiore di sviluppare il cancro della cavità orale, dell'orofaringe, della laringe e dell'esofago, rispetto alle persone che fanno uso esclusivo di alcol o tabacco.

La Comunità Scientifica Internazionale (IARC) ha chiaramente espresso il concetto **che non esiste un livello sicuro di consumo di alcol rispetto al rischio di cancro**, pertanto l'OMS ha inteso invitare alla prudenza, sostenendo l'affermazione "**Less is better**".



Numeri utili: Telefono Verde Alcol (ISS) 800632000

Consultazione siti: www.salute.gov.it

www.epicentro.iss.it/alcol/osservatorio-nazionale-alcol

Attività fisica

FLAVIO SINISCALCHI

Cos'è l'attività fisica?

Svolgere attività fisica è considerato uno dei comportamenti più efficaci per condurre una vita salutare. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la definisce, di fatto, come *“ogni movimento corporeo prodotto dai muscoli scheletrici che comporti un dispendio energetico”*. Pertanto, questa definizione include sia l'attività sportiva che le attività svolte quotidianamente durante il lavoro, il tempo libero, i lavori domestici, gli spostamenti da un luogo all'altro, a piedi o in bicicletta.

Perché è importante?

Numerose ricerche scientifiche hanno dimostrato che svolgere costantemente attività fisica produce molteplici **benefici psicofisici**: migliora la salute cardiovascolare, contrasta l'obesità e la sedentarietà, migliora le funzioni cognitive, riduce l'ansia e la depressione. Inoltre, è stato dimostrato che l'attività fisica regolare è associata a un ridotto rischio di sviluppare diversi tipi di cancro, incluso quello al seno. Senza dimenticare, poi, che dopo un intervento chirurgico, l'attività fisica adattata (AFA) e l'esercizio fisico strutturato svolgono un ruolo basilare nella riabilitazione dei pazienti, specialmente quando eseguiti sotto la supervisione di professionisti qualificati anche in strutture non sanitarie, come per esempio le palestre della salute. In sintesi, praticare sport e svolgere attività fisica regolare - come ricorda spesso il Ministro Abodi - costituisce una vera e propria “difesa immunitaria” sociale.



Quanta attività fisica bisogna effettivamente praticare?

L'OMS, consapevole dell'importanza dell'esercizio fisico nella promozione della salute, ha emanato Linee Guida specifiche per fornire raccomandazioni dettagliate suddivise per fasce d'età, con **l'obiettivo di preservare e migliorare lo stato di salute generale della popolazione.**

Esse suggeriscono ai bambini e agli adolescenti di praticare durante la settimana in media **60 minuti al giorno di attività fisica** di intensità da moderata a vigorosa, prevalentemente di tipo aerobico, abbinata a esercizi per il potenziamento muscolo-scheletrico almeno 3 volte a settimana. Agli adulti e agli anziani consigliano di svolgere, invece, una quantità di attività fisica di moderata intensità tra i 150 e i 300 minuti settimanali o tra i 75 e i 150 minuti se d'intensità vigorosa, accompagnata da esercizi per il rafforzamento muscolare almeno due giorni a settimana e da un allenamento dell'equilibrio per aumentare la capacità funzionale e ridurre il rischio di cadute accidentali.

Non importa quale tipo di attività fisica si scelga, l'importante è mantenere un approccio costante e attivo. Integrare queste pratiche nella vita quotidiana contribuisce sensibilmente alla prevenzione delle malattie croniche, migliorando decisamente la qualità della vita.

2.

INTRODUZIONE ALLA PREVENZIONE E ALLA CURA ONCOLOGICA



Premessa

Il cancro non è una singola malattia che può colpire solo persone considerate a rischio. Si tratta di un gruppo eterogeneo di oltre 200 diverse patologie, ognuna con caratteristiche particolari.

In Italia le persone che vivono con un tumore sono oltre **3,6 milioni** pari al 5,7% della popolazione. **Erano “solo” 2 milioni e mezzo nel 2006.** Le neoplasie maggiormente diffuse nel 2022 sono state alla mammella, colon-retto, polmone, prostata, vescica, stomaco, pancreas, linfomi non Hodgkin, melanoma, rene, tiroide, fegato, endometrio e leucemie. Secondo le previsioni nei prossimi decenni aumenterà il numero assoluto annuo di nuove diagnosi oncologiche in Italia. È stata calcolata una media d'incremento dell'1,3% per anno negli uomini e dello 0,6% per anno nelle donne. *Il principale motivo della crescita è da ricercare nell'aumento dell'età media della popolazione nel “Vecchio Continente”.* **Il cancro è una patologia tipica della terza età anche se può interessare gli adulti, i giovani e persino i bambini.**

Gli stili di vita corretti rappresentano un'arma potentissima contro il cancro, basti pensare che il 40% dei casi di tumore potrebbe essere evitato eliminando o modificando i cosiddetti fattori di rischio.

Oggi è inoltre possibile affrontare i diversi tumori con armi terapeutiche molto efficaci. Siamo infatti assistendo a risultati molto importanti e il merito è anche delle diagnosi precoci che spesso riusciamo ad ottenere. Rimangono però alcune neoplasie molto insidiose i cui tassi di sopravvivenza sono ancora bassi. Risulta perciò fondamentale la prevenzione primaria (stili di vita sani) ma anche quella secondaria.

Complessivamente sia negli uomini che nelle donne, in Italia, il numero osservato di decessi causati dal cancro dal 2007 al 2019 è stato inferiore al numero atteso: 268.000 morti in meno. Nelle prossime pagine troverai informazioni sulle forme di tumore più diffuse in Italia e soprattutto **quanto sia importante rivolgersi al proprio medico di fiducia ed effettuare controlli opportuni per la diagnosi precoce.**

Modelli di sanità pubblica: screening oncologici

MARIA ROSARIA CAMPITIELLO, GIUSEPPE GAMBALE,
ROSARIO ANDREA COCCHIARA

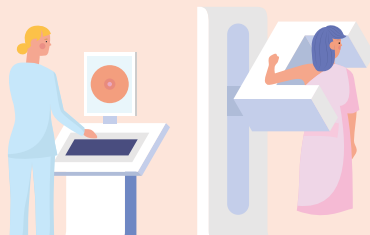
La prevenzione oncologica secondaria si pone l'obiettivo di individuare il tumore in uno stadio precoce.

L'identificazione del tumore nelle fasi iniziali garantisce infatti un intervento terapeutico tempestivo e migliora le chances in termini di evoluzione della malattia. La prevenzione secondaria può mirare a riconoscere le prime manifestazioni delle patologie, o addirittura evidenziare un maggior rischio di svilupparle in futuro, nei soggetti asintomatici, quindi apparentemente sani.

Dato l'elevato impatto in termini di salute per la popolazione, i programmi di screening oncologici sono previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ovvero quelle prestazioni e servizi garantiti dal sistema sanitario nazionale a tutti i cittadini (gratuitamente o dietro pagamento di un ticket).

In Italia sono attivi a livello nazionale tre diversi programmi di screening:

- **Screening oncologico per il tumore della mammella:** è riservato alle donne di età compresa tra 50 e 69 anni e consiste in una mammografia offerta ogni 2 anni. Per una diagnosi accurata è necessario che l'esito dell'esame sia valutato separatamente da due



medici radiologi. In caso di un sospetto seguono ulteriori accertamenti, come ad esempio ecografia mammaria o biopsia per esame istologico. Al termine degli approfondimenti la paziente può essere rimandata al normale cronoprogramma biennale della

popolazione generale, ad un controllo ravvicinato o, in caso di conferma diagnostica, indirizzata ai trattamenti necessari.

- **Screening oncologico per il tumore della cervice uterina:**

coinvolge le donne tra i 25 e 64 anni e viene svolto attraverso il Pap test (ogni tre anni tra i 25 ed i 30 anni) o l'HPV-DNA test (ogni cinque anni alle donne di età compresa tra i 30 ed i 64 anni). Nel caso di esito

positivo di queste indagini di primo livello, la donna potrà essere indirizzata ad effettuare una colposcopia e, ove necessario, un approfondimento con biopsia. Anche in questo caso, a seconda della conferma o smentita del sospetto diagnostico, il medico indirizzerà la paziente al trattamento o al prosieguo del monitoraggio secondo la normale calendarizzazione del programma di screening.



- **Screening oncologico per il tumore del colon-retto:**

è rivolto sia agli uomini che alle donne d'età compresa tra i 50 e i 69 anni. Il programma prevede l'esecuzione del test per la ricerca del sangue occulto nelle feci ogni due anni. La ASL di appartenenza provvederà a organizzare la campagna

di screening e a invitare le persone della fascia di età interessata, nonché a comunicare il risultato del test una volta effettuato. Il ritiro del contenitore per la raccolta del campione di feci e la sua riconsegna possono essere fatti agevolmente presso una farmacia o altra struttura vicina senza bisogno di appuntamento. Nel caso di esito dubbio o positivo del test di screening si rende necessaria l'esecuzione di una colonscopia di approfondimento, con valore non soltanto diagnostico ma anche terapeutico in quanto nel corso dell'esame si può procedere alla rimozione di eventuali polipi presenti nel lume intestinale.



Oltre ai programmi di screening garantiti a livello nazionale, le singole Regioni possono scegliere di estendere l'offerta dei test per la propria popolazione, ampliando ad esempio le fasce d'età da coinvolgere nelle campagne di prevenzione.

Le evidenze scientifiche dimostrano il vantaggio in termini di salute che i programmi di screening forniscono ai cittadini ed evidenziano l'importanza di un'aderenza ampia da parte della popolazione ed una costanza e regolarità nell'esecuzione di questi test, al fine di consentire una tempestiva identificazione dei tumori e migliori prospettive di prognosi.

Oncofertilità

FRANCESCA POGGIO, LUCIA DEL MASTRO

Sono circa 50.000 le nuove diagnosi di tumore al seno in Italia ogni anno, e oltre 3.000 donne sono colpite quando sono ancora in età fertile.

Il problema di una **possibile infertilità** al momento della diagnosi di tumore è in aumento, sia perché sono in aumento le diagnosi di tumore in età fertile, sia perché l'età della prima gravidanza è sempre più avanzata.



Il percorso terapeutico che segue la diagnosi potrebbe influire sulla possibilità di avere gravidanze future: infatti, tra gli effetti collaterali, gli agenti chemioterapici possono compromettere la fertilità, oltre che indurre una menopausa precoce con tutte le sue conseguenze. **I trattamenti antitumorali possono compromettere, temporaneamente o in misura permanente la fertilità.** Il rischio di infertilità dipende da numerosi fattori, tra cui l'età della paziente (il rischio è maggiore per le donne con età alla diagnosi vicine all'età della menopausa fisiologica), e il tipo di trattamento ricevuto.

Oggi l'obiettivo del trattamento delle pazienti oncologiche in stadio precoce non è limitato alla guarigione, ma anche alla salvaguardia dei loro obiettivi futuri, compresi quelli di una progettualità familiare futura. Per questo motivo è fondamentale che, prima di iniziare la chemioterapia, le pazienti siano consapevoli di queste possibili conseguenze, e vengano spiegate ed offerte loro le possibili strategie in grado di ridurre questi rischi.

Le strategie disponibili per preservare la fertilità prima di affrontare i trattamenti antitumorali sono:

- **congelamento degli embrioni:** è la tecnica più efficace per la preservazione della fertilità femminile, attualmente in Italia è vietata dalla legge 40/2004.

- **congelamento degli ovociti:** prevede la stimolazione ovarica, è indicata in pazienti che hanno la possibilità di rinviare il trattamento chemioterapico di circa 2-3 settimane e che hanno una riserva ovarica adeguata. Questa tecnica consiste in una stimolazione ormonale farmacologica, con successivo recupero degli ovociti sotto guida ecografica mediante una procedura invasiva di circa 10 minuti, con successiva valutazione, selezione e crioconservazione degli ovociti. La probabilità di riuscita dipende da vari fattori, ma soprattutto dall'età della paziente e dal numero di ovociti che si recuperano. *I successi di questa tecnica sono in costante aumento.*
- **congelamento del tessuto ovarico:** è una tecnica considerata ancora sperimentale, ma può essere applicata nei casi in cui non sia possibile ricorrere alle tecniche precedenti per età o per tempistiche relative al trattamento oncologico. Questa tecnica consiste in un intervento chirurgico laparoscopico finalizzato a prelevare frammenti di tessuto ovarico, che verranno successivamente crioconservati e successivamente reimpiantati in caso di necessità. Non richiede stimolazione ormonale e può essere eseguita in qualsiasi fase del ciclo mestruale, permettendo quindi di evitare ritardo nell'avvio del trattamento chemioterapico.
- **protezione farmacologica delle ovaie** con una classe di farmaci (ormoni sintetici analoghi di ormoni sessuali umani, GnRH analoghi) in grado di mettere a riposo le ovaie durante la chemioterapia, proteggendole dagli effetti nocivi. In questo modo è possibile ridurre la percentuale di donne che va incontro a una menopausa precoce a seguito della chemioterapia ed **aumentare la probabilità di avere una gravidanza dopo il termine dei trattamenti.** Nel 2016 il farmaco è stato approvato dall'AIFA, fornito a tutte le donne candidate a ricevere chemioterapia che hanno interesse a preservare la funzione ovarica e la fertilità, divenendo una indicazione che fa parte delle linee guida nazionali e internazionali. La soppressione ovarica con l'utilizzo di GnRH analoghi in corso di chemioterapia e le strategie di criopreservazione non sono mutualmente esclusive, e possono essere usate in combinazione per aumentare le possibilità di preservare la funzione ovarica e la fertilità in giovani donne con tumore candidate a ricevere chemioterapia.

Invecchiamento e senescenza

IGNAZIO UGO CARRECA, ANNA PAOLA CARRECA

Che cosa significa invecchiamento?

Si tratta di un fenomeno complesso risultante da un progressivo disadattamento a cambiamenti sul piano organico, cognitivo e ambientale. L'invecchiamento è un processo di mutazione naturale che inizia già nei primi periodi dell'età adulta. Secondo molti recenti studi questo processo si avvia attorno alla terza-quarta decade di vita, in cui gli organi e gli apparati del corpo iniziano una fase di graduale declino funzionale che progredisce con l'avanzare dell'età fino al momento in cui il funzionamento generale dei vari organi ed apparati e dei sistemi cellulari che li compongono arrivano ad una soglia critica di degrado.

Nel 2014 la Comunità Scientifica aveva posto a 65 anni la soglia d'ingresso alla Terza Età. Successivamente questa è stata elevata a 75 anni in considerazione dell'alto numero di 65enni perfettamente attivi, lasciando però imprecisati i parametri per definire esattamente la condizione di "anziano" che resta ad oggi un problema di non facile soluzione.

Quali sono i parametri di invecchiamento e senescenza?

Età (anagrafica o cronologica): primo indicatore rilevabile dai documenti ufficiali del soggetto. Più l'età progredisce più aumenta la probabilità di sviluppare malattie croniche o degenerative (come il cancro) a carico dei principali organi. Il buon funzionamento del nostro organismo si basa su due principi: **equilibrio omeostatico cellulare e riserva organica funzionale**. L'efficienza del meccanismo consente che ogni organo del corpo umano possa rinnovare il suo patrimonio cellulare pur mantenendo inalterato il numero totale delle cellule e la sua funzione. Inoltre, esso è in grado di riparare i danni e i guasti indotti dagli "insulti" gravi o persistenti che possono colpire l'intero organismo o il singolo organo, nel corso della vita dell'individuo, ripristinando le condizioni basali. Questo

perfetto meccanismo perde nel tempo la sua efficacia perché non riesce più a far fronte alle continue richieste di intervento che il corpo invia quasi costantemente. Lentamente il rinnovamento cellulare si riduce fino ad arrestarsi completamente. È importante precisare che il rinnovamento è dovuto a vari fattori tra i quali un particolare tipo di organuli funzionali collocati sulle estremità dei cromosomi umani detti “telomeri”. Questi si riducono ad ogni intervento di ripristino cellulare fino a quando però sono troppo ridotti per funzionare, determinando in tal modo l'avvio della **senescenza cellulare** di tutti gli organi del corpo.



Età (biologica o fisiologica): si intende l'età che si può attribuire a un individuo sulla base delle sue condizioni morfologiche e funzionali rispetto agli standard di riferimento. Normalmente questa dovrebbe coincidere con quella anagrafica ma spesso intervengono numerosi altri fattori prevalenti: genetici, comportamentali (stile di vita, alimentazione), ambientali (clima, inquinamento). In questo caso succede che l'età biologica sembra anche molto più elevata rispetto a quella cronologica, per effetto di diversi eventi morbosi di lunga durata tali da impegnare ed esaurire, in parte o totalmente, la risposta funzionale complessiva dell'organismo, predisponendo alla fragilità.

Tipologie di invecchiamento

Nel 2014 l'**OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità)** ha definito due tipologie fondamentali di invecchiamento: l'invecchiamento di **successo** e l'invecchiamento di **fragilità**.

Il primo è un processo che ottimizza l'avanzare dell'età con la buona salute, mentre il secondo è una condizione tipica dell'invecchiamento caratterizzata da un'aumentata vulnerabilità a eventi morbosi.

L'invecchiamento è, tuttavia, un processo inevitabile. Comprendere come **possiamo invecchiare in salute** e quali sono i principali fattori di rischio da tenere sotto controllo per prevenire l'insorgenza e la crescita dei tumori diventa una priorità per la tutela e la gestione della salute. **Lo stile di vita gioca un ruolo fondamentale per l'invecchiamento di successo.**

Quali tumori e quali cure negli anziani?

L'Italia è oggi il secondo Paese al mondo con la più alta percentuale di soggetti anziani con il 28% della sua popolazione over 65 (il primo è il Giappone 30.5 %). Questi dati in parallelo riflettono

l'aumento di malattie cronic-degenerative che pregiudicano le condizioni di salute della persona, primi fra tutti i tumori.



Test di velocità della camminata

Impiegare più di **5 minuti** per camminare per **4 metri** è predittivo per:

- Disabilità
- Necessità di assistenza a lungo termine
- Rischio elevato di cadute
- Precoce mortalità

Il processo di invecchiamento è alla base della alta incidenza del cancro nella popolazione mondiale over 65-70. In Italia dei circa 385.000 nuovi casi all'anno, più del 65% colpisce soggetti over 65. Il rischio di sviluppare un tumore maligno nella popolazione anziana cresce con l'età. I tumori rappresentano la seconda causa di morte e disabilità dopo le malattie cardiovascolari. Questa è anche una delle principali ragioni per cui le neoplasie sono in aumento in tutto il mondo, così come l'allungamento della vita media e il crescente numero di over 70.

In questi ultimi, il rischio di sviluppare un tumore è circa quaranta volte più alto rispetto ai soggetti di 40-50 e dieci volte più alto rispetto a quelli di 60-65. Inoltre, fra i 60 ed i 69 anni le probabilità di scoprirsi portatori di un tumore, sono 1 su 5 per gli uomini e 1 su 8 per le donne.

I tipi più frequenti di neoplasie negli anziani ambo sessi sono simili a quelle riscontrate nei più giovani: prostata, polmone, mammella, colon retto, vescica, stomaco, pancreas.

Le strategie terapeutiche

Le strategie terapeutiche per gli anziani con cancro vanno fatte tenendo conto che nei soggetti over 65, l'età e le malattie pre-esistenti, possono condizionare il risultato terapeutico di contrasto al tumore. Inoltre, fino ad ora si è ritenuto che curare un anziano fosse come curare un **adulto invecchiato** utilizzando quindi gli stessi protocolli terapeutici usati nei giovani. Questo pregiudizio ha determinato e continua a determinare spesso risultati insoddisfacenti generando errori nella gestione dei pazienti, con tossicità elevate e aumento di mortalità.

Sulla base dello status fisico e psichico degli anziani, l'**OMS** li aveva già suddivisi in due categorie: quelli "in (buona) salute" fisica e mentale definiti **fit** e quelli fragili definiti **unfit**.

Recenti studi dimostrano che, in corso di terapia anticancro, i soggetti **fit** sopportano la tossicità e gli effetti collaterali dei trattamenti, come i soggetti anagraficamente più giovani, con risultati terapeutici simili. Viceversa, gli **unfit sviluppano gravi tossicità poli-organo e poli-apparato, spesso con conseguenze molto gravi**. In questi soggetti gli svantaggi sono superiori ai vantaggi e il tentativo di cura diventa un percorso pericoloso con benefici modesti. In questi casi le scelte terapeutiche vanno fatte con cautela, tenendo conto dei problemi della terapia e del rapporto costo-beneficio.

Il medico oncologo che tratta un anziano con cancro dovrebbe saper effettuare trattamenti personalizzati per **unfit**, con minima tossicità ed effetti collaterali o trattamento solo palliativo. Oggi sono ancora pochissimi gli esperti di questo tipo. I decisori politici dovrebbero farsi carico di ciò e con priorità. Alcuni test di valutazione possono aiutare a definire meglio le caratteristiche del paziente da trattare.

Indice di comorbidità di Charlson (1) e (2)

Comorbidità	Punteggio		
Malattia epatica lieve	1	Infarto del miocardio	1
Diabete	1	Insufficienza cardiaca congestizia	1
Emiplegia	2	Malattia vascolare periferica	1
Malattia renale moderata o grave	2	Malattia cerebrovascolare	1
Tumore maligno (qualsiasi)	2	Demenza	1
Leucemia	2	Broncopneumopatia cronica	1
Linfoma maligno	2	Malattia del connettivo	1
Malattia epatica moderata o grave	3	Gastrite ulcerosa	1
Tumore maligno metastatico	6		
Aids	6		

+6 indica 40% in meno di sopravvivenza in 5 anni

Anziani, obesità e rischio di cancro

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ritiene che l'**obesità** rappresenti una vera malattia planetaria che si sta diffondendo rapidamente e ovunque prevalga il modello alimentare della civiltà industriale con cibi iperlavorati e ipercalorici e non rispondenti ai principi di una alimentazione corretta e di qualità. L'obesità, inoltre, coinvolge sia le classi più abbienti che quelle povere e l'eccesso ponderale è una condizione caratterizzata da un eccessivo accumulo di grasso corporeo, quasi sempre a causa di un'alimentazione scorretta e di una vita sedentaria. Peraltro, l'obesità può presentare una componente genetica, di tipo multifattoriale e rilevata in diversi studi recentissimi, in grado di ostacolare la capacità di perdere e mantenere basso il peso corporeo o anche di aumentarlo.

Quello che sembra ormai accertato è che tutti i dati scientifici attuali **indicano sovrappeso e obesità, come fattori di rischio per una moltitudine di malattie umane** quali patologie cardiache, diabete di tipo 2, insulino-resistenza, ipertensione e tumori a carico di: *mammella post menopausa, colon-retto, utero, esofago, cistifellea, rene, fegato, ovaio, pancreas, stomaco, tiroide, meningioma e mieloma multiplo.*

Responsabili di tutto questo sarebbero il **grasso sottocutaneo** e il **grasso viscerale** che in entrambi i sessi, a tutte le età, ma soprattutto in soggetti over 65, si accumulano con l'obesità.

Il **grasso sottocutaneo** si ritrova facilmente nell'uomo nella zona addominale (girovita) e nella donna oltre alla zona addominale anche nella zona glutea e delle cosce. Il grasso viscerale è, invece, quello situato attorno agli organi centrali del corpo come fegato, apparato gastro intestinale e apparato cardio vascolare.

Per ridurre il grasso viscerale è fondamentale un corretto stile di vita e attività fisica praticata costantemente.

1. Salute Mentale:

- Riduce lo stress e migliora l'umore;
- Allevia sintomi di ansia e depressione;
- Favorisce l'autostima e la fiducia in sé stessi;
- Stimola la produzione di endorfine, note come "ormoni della felicità".

2. Salute Cardiovascolare:

- Rinforza il cuore e i vasi sanguigni;
- Abbassa la pressione arteriosa;
- Migliora la circolazione sanguigna;
- Riduce il rischio di malattie cardiache e ictus.

3. Salute Muscolare e Scheletrica:

- Mantiene la forza muscolare e la flessibilità;
- Riduce il rischio di osteoporosi e fratture.



Ultime notizie

Il 4 marzo 2024 si è celebrata la Giornata Mondiale dell'Obesità (World Obesity Day), istituita nel 2015 dalla **World Obesity Federation**, con l'obiettivo di sensibilizzare cittadini e istituzioni sull'impatto dell'obesità sullo stato di salute e, a livello sociale promuoverne la prevenzione.

The Lancet, rivista nota in tutto il mondo aveva pubblicato un mese prima un report, condotto da NCD Risk Factor Group e OMS su persone di varie età, di 190 Paesi, che dimostrava che il numero totale di bambini, adolescenti, adulti e anziani, tutti obesi, superava il miliardo. Lo stesso lavoro riporta che, a partire dal 1990 il numero delle persone normo o sottopeso è progressivamente e significativamente diminuito.

Attualmente l'obesità è la forma più comune di malnutrizione nella maggior parte dei Paesi del mondo ed il fenomeno è ritenuto tra i maggiori pericoli per la salute pubblica mondiale. (OMS-2024)

Rischio oncologico eredo-famigliare

MARIA PIANE, SIMONA PETRUCCI

La **genetica** studia il modo in cui i tratti ereditari passano da una generazione all'altra e le alterazioni di singoli geni che possono causare o predisporre alle malattie genetiche, mediante lo studio di DNA genomico, solitamente ottenuto da prelievo di sangue venoso. La **genomica**, invece, si occupa di gruppi di geni espressi in uno specifico tessuto, delle loro funzioni e di come interagiscono tra loro. **Entrambe hanno un ruolo nello sviluppo e nel trattamento di molte forme di cancro.**

Il tumore è una patologia con eziologia multifattoriale, influenzata da fattori ormonali, metabolici, ambientali, immunitari e genetici.

Quale può essere l'origine dei tumori?

I tumori possono essere sporadici, famigliari ed ereditari. I tumori sporadici si manifestano con un solo caso in famiglia e sono generalmente causati da varianti genetiche, chiamate "somatiche", che originano in una o più cellule del nostro organismo. *Queste varianti acquisite non vengono trasmesse ai figli.*

I tumori famigliari coinvolgono più di due collaterali (parenti) nello stesso ramo famigliare e possono derivare da più fattori genetici o da esposizioni ambientali comuni.

I tumori ereditari, invece, sono associati ad una predisposizione genetica specifica, correlata alla presenza di varianti dette "costituzionali" o "germinali", presenti in tutte le cellule del corpo e trasmissibili alla progenie (prole). Sono varianti che conferiscono al portatore un aumento di rischio di cancro rispetto alla popolazione generale. **In altre parole, non si eredita il tumore ma il possibile rischio di svilupparlo.**

Importante ricordare che entrambi i sessi possono ereditare varianti deleterie e trasmetterle a loro volta ai figli.

Secondo gli ultimi dati (fonte AIOM 2023) si può stimare che in Italia siano almeno 31.000 i pazienti portatori di una variante patogenetica che ogni anno si ammalano di cancro. Tra i casi più frequenti si riscontrano: tumore del seno (5.514), colon-retto (2.886), polmone (2.200), prostata (2.118) e pancreas (2.045).



Negli ultimi 30 anni sono stati identificati più di 150 geni (Cancer Predisposition Genes, vedi tabella alle pagine 44-45) le cui varianti patogenetiche conferiscono un rischio moderato o alto di tumore (da 2 a 20 volte). Fra le più comuni citiamo le varianti deleterie nei geni **BRCA1/BRCA2**, che **aumentano il rischio di sviluppare tumori della mammella e dell'ovaio**. Tuttavia, mutazioni in questi geni non interessano esclusivamente le donne. **Anche gli uomini possono ereditare varianti deleterie e trasmetterle a loro volta ai figli**. Gli uomini portatori sono maggiormente predisposti al carcinoma mammario maschile o al tumore della prostata. Il rischio di trasmissione di una variante patogenetica in *BRCA1* o *BRCA2* dal genitore portatore ai figli è del 50%.

Cosa fare se in famiglia ci sono stati alcuni tipi di cancro?

In quelle famiglie in cui vi sono stati uno o più casi delle forme di cancro sopra menzionate (*soprattutto se insorti in giovane età*) va preso in considerazione un eventuale percorso di consulenza onco-genetica. Esiste la possibilità di individuare all'interno del nucleo familiare le persone sane con alterazioni genetiche che determinano una predisposizione alle malattie oncologiche. Sarà opportuno valutare i famigliari a rischio in sede di consulenza genetica (solitamente i famigliari di primo grado a rischio di aver ereditato o trasmesso la variante deleteria) per discutere la loro probabilità di essere portatori, illustrare i vantaggi e i limiti del test genetico e infine firmare il consenso informato dedicato. Ciò permette di individuare strategie di prevenzione, oppure di sorveglianza attiva con esami frequenti per avere **una diagnosi precoce di tumore**.

Sindrome	Geni	Ereditarietà	Tumore correlato (% rischio di ammalare)	Strategie chirurgiche di prevenzione primaria
Carcinoma della mammella e dell'ovaio ereditario/ anemia di Fanconi	<i>BRCA1</i>	AD/AR	mammella (donne): >60% mammella (uomini): 0,2%-1,2% ovaio :39%-58% pancreas: ≤5% prostata: 7%-26%	mastectomia bilaterale, opzionale; salpingo-oofoprectomia a 35-40 aa, raccomandata
Carcinoma della mammella e dell'ovaio ereditario/ anemia di Fanconi	<i>BRCA2</i>	AD/AR	mammella (donne) >60% mammella uomini: 1,8%-7,1% ovaio: 13%-29% pancreas 5%-10% prostata: 19%-61%	mastectomia bilaterale, opzionale; salpingo-oofoprectomia a 40-45 aa, raccomandata
Sindrome di Li Fraumeni	<i>TP53</i>	AD	mammella: >60% pancreas: 5%-10% cerebrale: 14% sarcomi: 15%	mastectomia bilaterale, opzionale
Sindrome di Peutz- Jeghers	<i>STK11</i>	AD	mammella: 32% -54% ovaio (non epiteliale): ≥20% utero: 9% cervice uterina: 10% pancreas: 11%-36% colon: 39% stomaco: 29% polmone: 7%-17% testicolo: 9%	isterectomia, opzionale
Sindrome di Cowden	<i>PTEN</i>	AD	mammella: >60% endometriale: 28% tiroide: 35% colon: 11-20% rene: 34% Melanomi 6%	mastectomia bilaterale, caso-specifica; isterectomia opzionale
Tumore gastrico diffuso ereditario	<i>CDH1</i>	AD	mammella: 41%-60% gastrico diffuso: 56%	mastectomia bilaterale, opzionale; gastrectomia a 18-40 aa, raccomandata
Suscettibilità al tumore della mammella e del pancreas	<i>PALB2</i>	AD	mammella (donne): 41%-60% mammella (uomini) 0,9% negli uomini; ovaio: 3%-5% pancreas: 5%-10%	mastectomia bilaterale, opzionale; salpingo-oofoprectomia dopo i 45 aa, opzionale
Suscettibilità al tumore della mammella e dell'ovaio familiare/ Anemia di Fanconi	<i>RAD51C</i>	AD/AR	mammella: 20-40% ovaio: 10%-15%	Salpingo-ooforectomia dai 45-50 aa, raccomandata
Suscettibilità al tumore della mammella e dell'ovaio familiare	<i>RAD51D</i>	AD	mammella: 20-40% ovaio: 10%-20%	Salpingo-ooforectomia dai 45-50 aa, raccomandata
Suscettibilità al tumore della mammella/ Atassia Teleangiectasia/	<i>ATM</i>	AD/AR	mammella: 20%-40% ovaio: 2%-3% pancreas: 3%-5% prostata: > rispetto a pop. gen. Colon: 5%-10% stomaco: 2%-3%	–

Sindrome	Geni	Ereditarietà	Tumore correlato (% rischio di ammalare)	Strategie chirurgiche di prevenzione primaria
Suscettibilità al tumore della mammella	<i>BARD1</i>	AD	mammella: 20%-40%	-
Suscettibilità al tumore della mammella, della prostata e al carcinoma non poliposico del colon	<i>CHEK2</i>	AD	mammella: 20%40% colon: 5-10%	-
Sindrome di Lynch (HNPCC)	<i>MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM</i>	AD	mammella: <15% ovaio: <38% pancreas: <6.2%; vie biliari <3,7% prostata: <24% endometrio: ≤57% colon: ≤61% stomaco: ≤9% tenue: ≤11% rene, pelvi, uretere: ≤28% vescica: ≤12% cerebrale: ≤7.7%	istero-annessiectomia, opzionale
Poliposi Adenomatosa Familiare	<i>APC</i>	AD	colon: 100% duodeno/ periampollare: <1%-10% desmoidi intra addominali: 10%-24% tiroide: 1.2%-12% stomaco: 0.1%-7.1% piccolo intestino: <1% epatoblastoma: 0.4%-1.5% encefalo: 1%	colectomia, solo se l'eccessivo numero di poliposi non permette un controllo endoscopico sufficiente
Poliposi Adenomatosa Familiare attenuata	<i>MUTYH</i> (v. bialleliche)	AR	colon: 70%-90% duodeno: 4% ovaio: 14.7% vescica/tratto urinario: 8%	colectomia, solo se l'eccessivo numero di poliposi non permette un controllo endoscopico sufficiente
Poliposi gastrointestinale giovanile	<i>SMAD4</i>	AD	colon: ≤50% stomaco: ≤21%	-
MEN1/MEN4	<i>Menin/ CDKN2B</i>	AD	ipofisi (adenomi): 50% paratiroidi (adenomi): 95% pancreas/duodeno (NET): 30%-70% NET in altre sedi: >3%	-
MEN2	<i>RET</i>	AD	tiroide (carcinoma midollare): 90% feocromocitoma: 57% paratiroidi (adenomi): 20-30%	tiroidectomia, raccomandata
Sindrome del melanoma ereditario	<i>CDKN2A/ CDK4</i>	AD	melanoma: 28-76% pancreas: >15%	-

AR: Ereditarietà autosomica recessiva (il gene normale predomina sul gene mutato)

AD: Ereditarietà autosomica dominante (il gene alterato è dominante su quello normale)

Tabella: principali "Cancer predisposition genes" comunemente indagati in diagnostica nel sospetto di forme ereditarie di tumore.

FONTI: NCCN Guidelines versione 3, Febbraio 2024"; <https://www.omim.org/>

Collo dell'utero, endometrio e ovaio

COLLO DELL'UTERO

DOMENICA LORUSSO, MARIACHIARA PADERNO,
GIOVANNI FUCÀ, ILARIA SABATUCCI

Il tumore del collo dell'utero (o della cervice uterina) è una neoplasia maligna che origina nella cervice, la parte inferiore dell'utero che si apre nella vagina. È uno dei tumori ginecologici più comuni nei Paesi in via di sviluppo e rappresenta una significativa preoccupazione per la salute pubblica. Rappresenta il quarto tumore più comune tra le donne a livello globale.



DATI EPIDEMIOLOGICI

Ogni anno, circa 570.000 nuovi casi vengono diagnosticati e si stima che circa 311.000 donne muoiano a causa di questa malattia. Nei Paesi sviluppati, i tassi di incidenza e mortalità sono significativamente ridotti grazie ai programmi di vaccinazione e screening. Tuttavia, nei Paesi in via di sviluppo, l'incidenza e la mortalità rimangono elevate a causa dell'accesso limitato a tali programmi.

Qual è il principale fattore di rischio?

Il principale fattore di rischio per il tumore della cervice uterina è l'infezione persistente da **papilloma virus umano (HPV)**, in particolare i ceppi ad alto rischio come HPV-16 e HPV-18. L'infezione da HPV *si trasmette principalmente attraverso il contatto sessuale*. Sebbene l'infezione da HPV sia molto comune, solo una piccola percentuale di infezioni persiste e può portare a lesioni precancerose e, eventualmente, al tumore della cervice uterina. L'HPV può causare il cancro in altre parti del corpo come vulva, vagina, pene, ano, bocca e faringe. **Anche gli uomini sono dunque a rischio.**

Si può fare prevenzione?

La prevenzione del tumore della cervice uterina si basa su due principali strategie: la vaccinazione contro l'HPV e lo screening regolare.

Perché è importante la vaccinazione contro l'HPV?

La vaccinazione contro l'HPV rappresenta una delle più grandi conquiste nella prevenzione del tumore della cervice uterina. **In Italia, la vaccinazione anti-HPV è raccomandata e offerta gratuitamente a ragazze e ragazzi a partire dagli 11 anni di età**, e viene somministrata in due dosi a distanza di 6 mesi. Se il ciclo vaccinale inizia dopo il compimento dei 15 anni, le dosi previste sono tre. Si

raccomanda di eseguire la vaccinazione prima dell'inizio dell'attività sessuale. È previsto un programma di recupero (catch up), per le donne almeno fino a 26 anni e per gli uomini almeno fino a 18 anni inclusi, con mantenimento della gratuità per tutte le dosi del ciclo vaccinale, qualora non siano stati precedentemente vaccinati

o non abbiano completato il ciclo vaccinale. **La vaccinazione è comunque efficace e consigliata anche agli uomini e alle donne sessualmente attivi, fino ai 45 anni di età.** I vaccini anti-HPV oggi utilizzati proteggono contro i 9 sierotipi di HPV più pericolosi e sono estremamente sicuri ed efficaci: possono prevenire oltre il 90% delle forme tumorali associate all'HPV e sono stati somministrati in sicurezza a milioni di ragazze e ragazzi in tutto il mondo.



In cosa consiste il Pap test?

Il Pap test, o test di Papanicolaou, è un metodo di screening efficace per individuare precocemente le alterazioni cellulari della cervice che potrebbero evolvere in cancro. Durante il Pap test, viene prelevato un campione di cellule dalla cervice e analizzato al microscopio per rilevare eventuali anomalie. **Le linee guida raccomandano che**

le donne inizino a sottoporsi al Pap test a partire dai 25 anni di età e continuino a farlo ogni tre anni fino ai 65 anni. Le donne di età superiore ai 30 anni possono optare per il co-testing, che combina il Pap test con l'HPV test, ogni cinque anni.

Che cos'è l'HPV test e qual è la sua utilità?

L'HPV test rileva la presenza del DNA del papillomavirus umano nella cervice. Questo test è particolarmente utile per **identificare le infezioni da ceppi ad alto rischio di HPV che possono portare al cancro della cervice.** Gli studi hanno dimostrato che l'HPV test è più sensibile del Pap test nel rilevare le lesioni precancerose. Può essere utilizzato come strumento di screening primario o in combinazione con il Pap test (co-testing).

Come si tratta il tumore del collo dell'utero?

Il trattamento del tumore della cervice uterina dipende dallo stadio del cancro al momento della diagnosi, dalle condizioni generali di salute della paziente e da altri fattori individuali. Le principali opzioni di trattamento includono la chirurgia, la radioterapia, la chemioterapia e l'immunoterapia.

Le procedure chirurgiche variano a seconda della diffusione del tumore e possono includere:

- **Conizzazione:** rimozione di una porzione conica della cervice contenente il tumore. È utilizzata per lesioni precancerose e tumori molto piccoli.
- **Trachelectomia:** rimozione della cervice, mantenendo l'utero intatto. Questa procedura è un'opzione per le donne che desiderano preservare la fertilità.
- **Isterectomia:** rimozione dell'utero e della cervice. Può essere totale (con la rimozione dell'utero e della cervice) o radicale (che include anche la rimozione di parte della vagina e dei linfonodi pelvici).

Come funziona la radioterapia?

La radioterapia utilizza radiazioni ad alta energia per uccidere le cellule tumorali. Può essere utilizzata come trattamento primario o in combinazione con la chirurgia e la chemioterapia. Esistono due

tipi principali di radioterapia:

- **Radioterapia esterna:** la radiazione viene somministrata dall'esterno del corpo.
- **Brachiterapia:** la radiazione viene somministrata direttamente nella cervice attraverso un dispositivo vaginale.

Qual è il ruolo della chemioterapia?

La chemioterapia utilizza farmaci antitumorali per distruggere le cellule cancerose. Può essere somministrata da sola, in combinazione con la radioterapia (*chemioradioterapia*) per trattare il tumore della cervice uterina localmente avanzato, o insieme all'immunoterapia in alcuni tipi di tumori della cervice uterina metastatici o recidivanti.

Quali sono le prospettive future per il tumore del collo dell'utero?

Grazie ai progressi nella prevenzione e nel trattamento, i tassi di incidenza e mortalità del tumore della cervice uterina possono essere notevolmente ridotti. La prevenzione attraverso lo screening regolare con Pap test e HPV test, insieme alla vaccinazione contro l'HPV, è essenziale per ridurre l'incidenza di questo cancro.

Promuovere l'educazione, l'accesso ai programmi di prevenzione e i trattamenti adeguati è fondamentale per continuare a combattere questa malattia e migliorare la salute delle donne in tutto il mondo.

Infine, è importante supportare la ricerca per lo sviluppo di nuove terapie e per migliorare la sopravvivenza delle donne affette da tumore della cervice uterina.

ENDOMETRIO

Il tumore dell'endometrio, anche noto come carcinoma endometriale, è una neoplasia maligna che origina nel rivestimento interno dell'utero chiamato endometrio. È il tipo più comune di cancro dell'utero e colpisce principalmente le donne in post-menopausa, anche se può verificarsi a qualsiasi età. Come frequenza, è il quarto tumore più comune nelle donne nei Paesi sviluppati ed il più comune tra i tumori ginecologici in queste regioni.



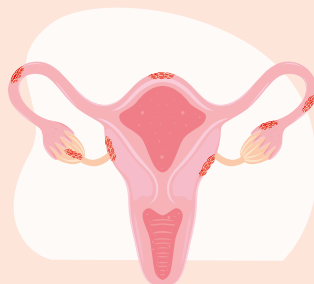
DATI EPIDEMIOLOGICI

Ogni anno, vengono diagnosticati circa 382.000 nuovi casi di carcinoma endometriale a livello globale, con una maggiore incidenza nei Paesi sviluppati rispetto a quelli in via di sviluppo. Il tasso di sopravvivenza a cinque anni è relativamente alto se il tumore viene diagnosticato in fase precoce, ma diminuisce significativamente con la diagnosi in fase avanzata.

Quali sono i principali fattori di rischio per il tumore dell'endometrio?

Diversi fattori di rischio sono stati identificati per il tumore dell'endometrio. I più importanti includono:

- **Età:** il rischio aumenta con l'età, con la maggior parte dei casi diagnosticati in donne sopra i 50 anni.
- **Obesità:** l'eccesso di tessuto adiposo può portare a livelli più elevati di estrogeni, che stimolano la crescita endometriale.
- **Storia riproduttiva:** non aver mai avuto figli (nulliparità) e avere il menarca precoce o la menopausa tardiva aumentano il rischio.
- **Terapia ormonale sostitutiva:** l'uso di



estrogeni non bilanciati da progesterone dopo la menopausa può aumentare il rischio.

- **Sindrome dell'ovaio policistico (PCOS):** le donne con PCOS hanno spesso livelli più elevati di estrogeni.
- **Storia personale o familiare di cancro:** una storia di tumore al seno, all'ovaio o al colon può aumentare il rischio per via di possibili mutazioni genetiche.
- **Sindrome di Lynch:** una condizione genetica ereditaria che aumenta il rischio di vari tipi di cancro, inclusi il cancro del colon e dell'endometrio.

Esistono misure di prevenzione per il tumore dell'endometrio?

Sebbene non esista un metodo per prevenire il tumore dell'endometrio, diverse strategie possono ridurre il rischio:

- **Dieta sana:** l'obesità è un fattore di rischio significativo. Una dieta ricca di frutta, verdura e cereali integrali può aiutare a mantenere un peso sano e ridurre il rischio di tumori.
- **Attività fisica regolare:** l'esercizio fisico può aiutare a mantenere un peso sano e bilanciare i livelli ormonali.
- **Contracezione orale:** l'uso di contraccettivi orali combinati (estrogeni e progesterone) per diversi anni può ridurre il rischio.
- **Gestione della terapia ormonale:** le donne che necessitano di terapia ormonale sostitutiva dopo la menopausa dovrebbero discutere con il proprio medico dell'uso di progesterone insieme agli estrogeni per ridurre il rischio.
- **Monitoraggio medico:** le donne con fattori di rischio significativi, come la sindrome di Lynch o una storia familiare di tumori, dovrebbero essere monitorate regolarmente da un medico specialista.
- **Limitare l'uso di alcol:** un consumo moderato o nullo di alcol può ridurre il rischio di molti tipi di tumore, inclusi quelli ginecologici.
- **Evitare il fumo:** il fumo di sigaretta è associato a un aumento del rischio di molti tumori, quindi evitare il fumo può contribuire alla prevenzione.

Quali sono i sintomi più frequenti?

I sintomi del tumore dell'endometrio possono variare, ma i più comuni includono:

- **Sanguinamento vaginale anomalo:** questo è il sintomo più comune e spesso il primo segno. Include sanguinamento tra i cicli mestruali, sanguinamento dopo la menopausa o flussi mestruali insolitamente abbondanti.
- **Dolore pelvico:** può verificarsi dolore nella zona pelvica o durante i rapporti sessuali.
- **Perdite vaginali anomale:** perdite non correlate al ciclo mestruale, che possono essere acquose o sanguinolente.
- **Perdita di peso inspiegabile:** la perdita di peso non intenzionale può essere un sintomo di tumori in fase avanzata.

Come si fa diagnosi di tumore dell'endometrio?

La diagnosi precoce del tumore dell'endometrio è cruciale per migliorare le possibilità di successo del trattamento. Le principali tecniche diagnostiche includono:

- **Esame pelvico:** durante un esame pelvico, il medico può rilevare anomalie nella cervice o nell'utero.
- **Ecografia transvaginale:** questo esame utilizza onde sonore per creare immagini dell'utero e può aiutare a identificare anomalie nella struttura dell'endometrio.
- **Biopsia endometriale:** un piccolo campione di tessuto endometriale viene prelevato e analizzato al microscopio per rilevare la presenza di cellule cancerose.
- **Isteroscopia:** una procedura in cui un piccolo strumento dotato di telecamera (isteroscopio) viene inserito nell'utero per esaminare l'endometrio e prelevare campioni di tessuto.
- **Risonanza magnetica (RM) o tomografia computerizzata (TC):** questi esami di imaging avanzati possono essere utilizzati per valutare la diffusione del tumore e pianificare il trattamento.

Come si tratta il tumore dell'endometrio?

Il trattamento del tumore dell'endometrio dipende dallo stadio del tumore e dalle condizioni generali di salute della paziente. Le principali opzioni di trattamento includono:

- **Chirurgia:** la rimozione chirurgica dell'utero (isterectomia) è il trattamento principale per il tumore dell'endometrio. Può includere anche la rimozione delle ovaie e delle tube di Falloppio e dei linfonodi pelvici.
- **Radioterapia:** utilizza radiazioni ad alta energia per distruggere le cellule tumorali. Può essere utilizzata dopo la chirurgia per ridurre il rischio di recidiva o come trattamento primario per le donne che non possono sottoporsi a chirurgia.
- **Chemioterapia:** utilizza farmaci antitumorali per distruggere le cellule cancerose. Può essere somministrata da sola o in combinazione con la radioterapia, soprattutto nei casi di tumori avanzati o recidivanti.
- **Terapia ormonale:** per i tumori che sono sensibili agli ormoni, la terapia con progesterone può essere un'opzione. Questa terapia è particolarmente utile per le donne con tumori in stadio iniziale che desiderano preservare la fertilità.

Che ruolo ha l'immunoterapia nel trattamento del tumore dell'endometrio?

L'immunoterapia è un'opzione recentemente introdotta in pratica clinica per il trattamento del tumore dell'endometrio, soprattutto nei casi di tumore avanzato o recidivante. L'immunoterapia utilizza il sistema immunitario del paziente per riconoscere e distruggere le cellule tumorali. Una delle principali forme di immunoterapia è rappresentata dagli inibitori del checkpoint immunitario, come gli anticorpi anti-PD-1 e anti-PD-L1, che aiutano a sbloccare la risposta immunitaria contro il tumore. Studi clinici hanno mostrato risultati incoraggianti, soprattutto in pazienti con tumori caratterizzati da deficit del *sistema di mismatch repair (dMMR)* o *elevata instabilità dei microsatelliti (MSI-H)*.

OVAIO

Il tumore ovarico è un tipo di tumore che origina dalle ovaie, gli organi riproduttivi femminili che producono ovuli e ormoni come estrogeni e progesterone. Questo tumore può svilupparsi dalle cellule epiteliali (superficiali) delle ovaie, dalle cellule germinali (che producono gli ovociti) o dal tessuto stromale (che produce ormoni).

DATI EPIDEMIOLOGICI

Il tumore epiteliale ovarico è il quinto tumore più comune tra le donne e la principale causa di morte per cancro ginecologico. A livello mondiale, si stima che ogni anno vengano diagnosticati oltre 310.000 nuovi casi e che oltre 207.000 donne muoiano a causa di questa malattia. L'incidenza varia a seconda delle regioni, con tassi più elevati nei Paesi sviluppati rispetto a quelli in via di sviluppo.

Quali sono i fattori di rischio associati al tumore ovarico?

I principali fattori di rischio per il tumore ovarico includono:

- 1. Età avanzata:** la maggior parte dei casi di tumore ovarico viene diagnosticata nelle donne oltre i 50 anni, con un picco di incidenza tra i 60 e i 70 anni.
- 2. Storia familiare:** avere parenti di primo grado (*madre, sorella, figlia*) con tumore ovarico o mammario aumenta significativamente il rischio. Questo è spesso dovuto a mutazioni genetiche ereditarie.
- 3. Mutazioni genetiche:** le mutazioni nei geni BRCA1 e BRCA2 aumentano notevolmente il rischio di sviluppare tumori ovarici e mammari. Anche altre sindromi genetiche, come la sindrome di Lynch, possono aumentare il rischio.
- 4. Endometriosi:** le donne con endometriosi, una condizione in cui



il tessuto che riveste l'utero cresce al di fuori di esso, hanno un rischio maggiore di sviluppare alcuni tipi di tumori ovarici.

- 5. Terapie ormonali post-menopausali:** l'uso di estrogeni senza progesterone dopo la menopausa è stato associato ad un aumento del rischio di tumore ovarico.
- 6. Fattori riproduttivi e ormonali:** le donne che non hanno mai avuto gravidanze (nulliparità) hanno un rischio maggiore di sviluppare tumori ovarici. L'uso prolungato di contraccettivi orali, d'altro canto, sembra ridurre il rischio.
- 7. Storia personale di cancro:** avere avuto un cancro al seno, all'utero o al colon può aumentare il rischio di sviluppare il tumore ovarico.
- 8. Stile di vita e fattori ambientali:** alcuni studi suggeriscono che una dieta ricca di grassi saturi e l'obesità possono aumentare il rischio di tumore ovarico.

Come viene diagnosticato il tumore ovarico?

La diagnosi precoce del tumore ovarico è difficile perché i sintomi iniziali sono spesso aspecifici e comuni e quindi *possono essere confusi* con altre condizioni. Questi sintomi includono gonfiore, dolore pelvico, difficoltà a mangiare o sensazione di pienezza rapida e bisogno di urinare frequentemente e con urgenza.

- 1. Visita ginecologica:** il medico cerca masse o irregolarità nelle ovaie e negli organi circostanti.
- 2. Ecografia transvaginale:** utilizza onde sonore per lo studio dell'utero e delle ovaie.
- 3. Tomografia computerizzata (TC) o risonanza magnetica (RM):** forniscono immagini dettagliate dell'addome e della pelvi.
- 4. Analisi del sangue:** il test del marker tumorale CA-125 può essere utilizzato, anche se non è specifico e può essere elevato in altre condizioni.
- 5. Biopsia:** una conferma definitiva della diagnosi viene ottenuta tramite l'analisi di un campione di tessuto ovarico.

Quali sono i trattamenti disponibili per il tumore ovarico?

Il trattamento del tumore ovarico dipende dallo stadio del tumore al momento della diagnosi e può includere una combinazione di chirurgia, chemioterapia e, in alcuni casi, radioterapia o terapie mirate.

- 1. Chirurgia:** l'intervento chirurgico è spesso il primo passo e l'obiettivo è rimuovere tutto il tumore visibile senza lasciare residui.
- 2. Chemioterapia:** è un trattamento sistemico, che utilizza farmaci in vena, che agisce su tutto il corpo uccidendo le cellule tumorali esistenti e prevenendo la diffusione della malattia. La chemioterapia può essere somministrata prima della chirurgia (neoadiuvante) per ridurre la massa tumorale, dopo la chirurgia (adiuvante) per eliminare eventuali cellule tumorali residue, o come trattamento principale se la chirurgia non è possibile.
- 3. Terapie mirate:** questi trattamenti utilizzano farmaci la cui azione è diretta in modo specifico contro un 'bersaglio' presente nelle cellule tumorali. Un esempio, è rappresentato dai PARP inibitori che sono utilizzati come terapia di mantenimento dopo la chemioterapia.
- 4. Immunoterapia:** alcuni studi stanno esplorando l'uso di immunoterapia, che stimola il sistema immunitario a riconoscere e combattere le cellule tumorali.

Nel caso ci sia un sospetto di tumore ovarico è importante affidarsi ad un centro specializzato nel trattamento di questa patologia.

Ci sono mutazioni genetiche che aumentano il rischio di tumore ovarico?

Le mutazioni nei geni BRCA1 e BRCA2 sono tra i fattori genetici più importanti associati al tumore ovarico. Queste mutazioni sono ereditarie ed hanno un impatto significativo sul rischio di sviluppare questo tipo di tumore. **Studi scientifici hanno rivelato che circa il 15-20% dei tumori ovarici epiteliali è dovuto a mutazioni nei geni BRCA1 e BRCA2.** Questo dato è cruciale, poiché indica che una parte consistente dei casi di tumore ovarico può essere attribuita a fattori genetici noti e identificabili.

Le donne portatrici di mutazioni nel gene BRCA1 presentano un rischio estremamente elevato di sviluppare un tumore ovarico nel corso della loro vita, con una probabilità che varia dal 39% al 46%. Le mutazioni nel gene BRCA2, sebbene associate a un rischio leggermente inferiore, comportano comunque una probabilità significativa, compresa tra il 10% e il 27%. **Queste percentuali evidenzia-**

no l'importanza del test genetico per le donne che potrebbero essere ad alto rischio, permettendo una sorveglianza più stretta e interventi preventivi mirati.

Oltre alle mutazioni BRCA, un'altra condizione ereditaria che aumenta il rischio di tumore ovarico è la **sindrome di Lynch**. Questa sindrome è causata da mutazioni nei geni di riparazione del DNA e comporta un rischio elevato di vari tipi di cancro, tra cui il tumore al colon, all'endometrio e all'ovaio. Le donne con sindrome di Lynch hanno un rischio di sviluppare tumore ovarico che varia dal 10% al 12%, a seconda del gene specifico mutato.

È possibile una prevenzione per il tumore ovarico?

La visita ginecologica annuale con ecografia transvaginale può favorire una diagnosi precoce. Tuttavia, non esistono al momento programmi di screening scientificamente affidabili per la prevenzione del tumore dell'ovaio. L'unica prevenzione riguarda le donne con aumentato rischio familiare e con mutazioni genetiche accertate quali mutazione dei geni BRCA1 e 2 e Sindrome di Lynch. *L'asportazione chirurgica di tube ed ovaie può prevenire la quasi totalità dei tumori ovarici su base genetico-ereditaria.*

In generale, mantenere uno stile di vita sano può giocare un ruolo nella riduzione del rischio di tumore ovarico. Una dieta equilibrata ricca di frutta, verdura e cereali integrali, l'esercizio fisico regolare e il mantenimento di un peso corporeo sano possono avere effetti positivi. Anche l'uso prolungato della pillola contraccettiva orale è stato associato a un ridotto rischio di tumore ovarico.

Che sviluppi ci sono per il trattamento del tumore ovarico?

La ricerca sul tumore ovarico è in continua evoluzione. Gli studi attuali stanno esaminando nuove combinazioni di farmaci, il ruolo delle immunoterapie e di terapie personalizzate basate sul profilo genetico e molecolare del tumore. Inoltre, ci sono ricerche in corso su nuovi **marcatori biologici** che potrebbero migliorare la diagnosi precoce e la valutazione della risposta al trattamento.

Colon retto

EMILIO DI GIULIO

La maggior parte dei carcinomi del colon-retto è causata dalla trasformazione in senso maligno dei polipi. Si tratta di piccole escrescenze, di per sé benigne, dovute alla riproduzione incontrollata delle cellule della mucosa intestinale.



DATI EPIDEMIOLOGICI

Nel 2023 sono state registrate **50.500** nuove diagnosi (26.800 tra gli uomini e 23.700 tra le donne). La sopravvivenza a cinque anni ammonta rispettivamente a 65% e 66%. In totale i pazienti che vivono, nel nostro Paese, con questa neoplasia sono più di 513.500.

Quali sono i fattori di rischio?

Si riconoscono i seguenti fattori: ambientali, comportamentali (fumo, sedentarietà, obesità) e dietetici. Un rischio cosiddetto “generico” è rappresentato **dall'età**: dai 50 anni aumenta il rischio sia per l'uomo che per la donna. Il rischio aumenta anche in presenza di alcune malattie (come diabete o sindrome metabolica) o di patologie infiammatorie croniche intestinali (come malattia di Crohn, retto-colite ulcerosa) o di sindromi genetiche (come poliposi adenomatosa familiare o sindrome di Lynch). L'attività fisica, il consumo regolare di frutta e verdura e gli stili di vita sani svolgono invece un'azione protettiva.



I principali campanelli d'allarme che devono essere segnalati al medico

La presenza di sangue nelle feci, anche se misto a muco, la variazione del comportamento intestinale per la comparsa di diarrea o di stitichezza, l'anemia, una febbre, un senso di spossatezza o incompleta evacuazione o un dolore rettale, la perdita di peso senza causa evidente. *Tutti questi sintomi non sono specifici ma devono essere riferiti al medico.*

Con quali esami è possibile ottenere la diagnosi della malattia?

Lo strumento più accurato ed utilizzato per la diagnosi è la colonoscopia che permette anche una conferma istologica con prelievi di tessuto (biopsie). In alcuni casi particolari può essere utilizzata in alternativa la cosiddetta "colonoscopia virtuale". Il tumore del colon-retto ha un'alta incidenza, soprattutto a partire dai 50 anni, motivo per cui è previsto lo screening regionale. Uomini e donne ricevono l'invito attivo da parte della ASL di appartenenza a svolgere regolarmente l'esame del sangue occulto nelle feci (o in alcune regioni la rettosigmoidoscopia). La diagnosi precoce di questo tumore è, infatti, in grado di apportare grandi vantaggi sulla sopravvivenza e sulla qualità di vita dei pazienti. **La ricerca del sangue occulto non è un test diagnostico, non è una prova sicura di un tumore, ma è uno strumento di selezione (screening) per identificare i soggetti più a rischio da sottoporre successivamente alla colonoscopia completa.**

Cute

MIRELLA D'ANDREA, PAOLO ANTONIO ASCIERTO

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

Melanoma

È un tumore maligno che origina dai melanociti, cellule che contengono il *pigmento melanina* responsabile della colorazione della pelle. Esso si può sviluppare nella cute (pelle) di tutto il corpo, ma in rari casi può insorgere nelle mucose (es. bocca, tratto genitale intestinale, o oculare) oppure può avere un'origine sconosciuta. Il melanoma può insorgere su un neo preesistente o de novo. 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 un terzo di questi melanomi origina da un nevo preesistente.



DATI EPIDEMIOLOGICI

L'incidenza di questo tumore è in continua crescita. Circa l'85% dei melanomi cutanei che insorgono annualmente nel mondo interessa le popolazioni di Nord-America, Europa e Oceania. Si tratta di uno dei principali tumori che insorgono in *giovane età* e costituisce in Italia attualmente il terzo tumore più frequente in entrambi i sessi al di sotto dei 50 anni. Nonostante l'aumento dell'incidenza, la mortalità è rimasta sostanzialmente stabile negli ultimi anni.

Chi è a rischio

Il principale fattore di rischio per il melanoma cutaneo è **l'esposizione eccessiva e ripetuta alla luce ultravioletta (UV)**, che arriva fino a noi sotto forma di raggi **UVA e UVB**, ed è principalmente veicolata dai raggi del sole. Esporsi troppo al sole, soprattutto in età precoce, rappresenta un pericolo, perché può danneggiare il DNA

delle cellule della pelle e innescare la trasformazione tumorale, il che molti anni dopo può portare all'insorgenza del melanoma. È importante ricordare che anche **le lampade e i lettini solari** sono sorgenti di raggi ultravioletti e devono quindi essere utilizzati il meno possibile, possibilmente mai. Basti pensare che anni fa lo IARC (l'agenzia per la ricerca sul cancro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) ha condotto uno studio che ha evidenziato che l'esposizione anche ad una sola lampada abbronzante al di sotto dei 30 anni aumenta il rischio di contrarre un melanoma del 75%.



Il rischio è maggiore negli individui caucasici (di pelle bianca) e aumenta anche nelle persone con **lentiggini** o con molti **nei**, in quelle con **occhi, capelli e pelle chiara**, che hanno riportato **molte scottature solari** soprattutto se in età pediatrica. Altri fattori di rischio importanti sono avere un **parente stretto colpito da questo tumore** o avere avuto un **precedente melanoma cutaneo** o un diverso tipo di **tumore della pelle**, come il carcinoma a cellule squamose e il carcinoma basocellulare.

Tipologie

I **melanomi cutanei** originano sia su una cute integra sia da nevi preesistenti, quindi che sono presenti fin dalla nascita (congeniti) o dalla prima infanzia; o possono svilupparsi da nevi che compaiono durante il corso della vita (acquisiti). Il rischio che un melanoma si sviluppi da un neo congenito è molto basso, a meno che non si considerino i nevi congeniti giganti (superiori a 20 cm) dove il rischio è più elevato.

Dal punto di vista clinico, si distinguono 4 tipi di melanoma cutaneo: **melanoma a diffusione superficiale** (il più comune, rappresenta circa il 70% di tutti i melanomi cutanei), **lentigo maligna melanoma**, **melanoma lentiginoso acrale** e **melanoma nodulare** (il più aggressivo, rappresenta circa il 10-15 per cento dei melanomi cutanei). A differenza dei primi 3 tipi, che hanno inizialmente una crescita superficiale, il melanoma nodulare invade il tessuto in profondità sin dalle sue prime fasi.

Segni e sintomi

Il segno principale del melanoma cutaneo è il **cambiamento nell'aspetto di un neo o la comparsa di uno nuovo**. Le caratteristiche di un neo che possono indicare l'insorgenza di un melanoma sono riassunte nella sigla ABCDE:

- **A** come **Asimmetria** nella forma (un neo benigno è generalmente circolare o comunque tondeggiante, un melanoma è più irregolare);
- **B** come **Bordi** irregolari e indistinti;
- **C** come **Colore** variabile (ovvero con sfumature diverse all'interno del neo stesso);
- **D** come **Dimensioni** in aumento, sia in larghezza sia in spessore, anche se i melanomi possono avere un'ampiezza di pochi millimetri;
- **E** come **Evoluzione** del neo che, in un tempo piuttosto breve, mostra cambiamenti di aspetto (grandezza, forma, colore).

Tra gli altri campanelli d'allarme che devono essere valutati da un medico vi sono un **neo che sanguina anche minimamente**, che **prude** o un neo totalmente diverso dagli altri (segno del brutto anatroccolo).

Tumori epiteliali cutanei non melanoma

Carcinoma basocellulare è il tipo più comune di cancro della pelle non melanoma e colpisce principalmente gli strati più superficiali della pelle. Questo tipo di tumore cutaneo è spesso causato da esposizione eccessiva ai raggi UV del sole. I sintomi includono noduli traslucidi o rossi sulla pelle, ulcere che non guariscono e scolorimento della pelle.

La diagnosi del carcinoma basocellulare viene solitamente fatta tramite *biopsia della lesione*. Il trattamento più comune per questo tipo di tumore cutaneo è la chirurgia per rimuovere il tumore. Altri trattamenti possono includere radioterapia, crioterapia e farmaci topici.



Carcinoma spinocellulare è un altro tipo comune di cancro della pelle non melanoma, che si sviluppa nelle cellule squamose dell'epidermide. Questo tipo di tumore cutaneo è spesso causato da esposizione eccessiva ai raggi UV del sole, ma può anche essere causato da fattori genetici e ambientali. I sintomi includono lesioni cutanee aspre, squamose e nodulari che possono sanguinare facilmente.

La diagnosi del carcinoma spinocellulare viene solitamente fatta tramite biopsia della lesione. Il trattamento per questo tipo di tumore cutaneo varia a seconda della dimensione e della localizzazione del tumore e può includere chirurgia, radioterapia e terapie loco-regionali.

Il carcinoma a cellule di Merkel è una forma rara e aggressiva di cancro della pelle con un alto rischio di recidiva (ricorrenza) e diffusione (metastatizzazione), spesso entro due o tre anni dalla diagnosi iniziale. Si manifesta solitamente come un rigonfiamento duro, lucido, color carne o rosso-bluastro. Tende a crescere rapidamente senza dolore o sensibilità. Anche se il tumore a cellule di Merkel può colpire qualsiasi parte della pelle, è più comune sulla pelle che è stata ripetutamente esposta alla luce del sole (ad esempio, il viso e le braccia).

Prevenzione

Alcuni comportamenti possono ridurre il rischio di sviluppare tumori della pelle. È fondamentale innanzitutto **esporsi al sole in maniera moderata** fin dall'età infantile, evitando le ustioni. **In generale bisogna proteggere la pelle non esponendosi direttamente al sole durante le ore più calde ed evitando l'uso di lampade o lettini abbronzanti.** Sotto il sole è consigliabile indossare indumen-

ti che proteggono dai raggi ultravioletti, cappelli e occhiali da sole e usare creme protettive contro i raggi UVA e UVB con un alto fattore di protezione solare (detto SPF), da applicare nella quantità raccomandata, più volte e a intervalli regolari e dopo essersi bagnati, in modo da assicurare una copertura continua.



Queste attenzioni vanno riservate soprattutto ai bambini, molto sensibili alle scottature: **il processo di trasformazione tumorale è molto lungo e spesso può derivare da un'alterazione che è avvenuta in età pediatrica.**

È inoltre necessario **controllare periodicamente l'aspetto dei propri nei**, sia consultando il dermatologo, sia autonomamente guardandosi allo specchio e facendosi guardare da un familiare nei punti non raggiungibili col proprio sguardo.

Diagnosi

La **diagnosi precoce** dei tumori cutanei non dipende solo dal medico: un **auto-esame** periodico della pelle permette in molti casi di identificare cambiamenti dei nei e di rivolgersi per tempo al dermatologo.

Lo specialista effettua, in primo luogo, una **visita completa** nella quale valuta la storia familiare e la presenza di segni e sintomi tipici del melanoma cutaneo. L'esame visivo della pelle è reso più accurato grazie all'uso dell'**epiluminescenza**, una speciale tecnica di ingrandimento e illuminazione della pelle. La diagnosi certa di melanoma cutaneo richiede, però, una **biopsia**, in cui la lesione sospetta viene prelevata e poi analizzata al microscopio.

Come si cura

Il trattamento di elezione per il melanoma è la chirurgia, che spesso riesce a curare definitivamente la malattia in fase iniziale. Con l'avvento dei nuovi agenti immunoterapici in grado in alcuni casi di ripristinare la risposta immunitaria dell'organismo contro le cellule tumorali (ipilimumab, pembrolizumab, nivolumab) e della terapia a bersaglio molecolare (quali il vemurafenib, il dabrafenib, il trametinib, il cobimetinib, l'encorafenib ed il binimetinib) l'approccio al paziente con melanoma avanzato è cambiato radicalmente superando l'utilizzo della chemioterapia tradizionale.

Nella pratica clinica la scelta del trattamento dipende dall'estensione della malattia, dalla necessità o meno di una rapida risposta, dalla possibilità di ottenere risposte durevoli, da eventuali patologie concomitanti nonché dalle condizioni dei pazienti.

La radioterapia è utilizzata in alcuni casi specifici, per esempio in presenza di metastasi ossee oppure cerebrali sintomatiche, a scopo terapeutico integrato con altri trattamenti, oppure come palliativo dei sintomi.

In cosa consiste la prevenzione del melanoma? Quali sono i principali accorgimenti che dobbiamo prendere?

Dobbiamo parlare di prevenzione primaria e secondaria. La prima riguarda **lo stile di vita: le scottature vanno evitate**, perché l'eritema solare è una scottatura di primo grado che crea un danno ai melanociti, le cellule dei nei e da cui può avere origine il melanoma.

Giovani e bambini sono l'anello debole. D'estate bisogna evitare il sole intenso, tra le ore 12 e le 15. Nel resto del giorno bisogna applicare sempre una crema solare ad alta protezione, **superiore a 50**, e **ricordarsi che dopo un bagno va rimessa** (a meno che non sia resistente all'acqua) e che dopo due ore la procedura va ripetuta. Se non è possibile proteggersi con la crema, serve una maglietta anti raggi ultravioletti. Anche in montagna, dove i raggi hanno un'incidenza maggiore, durante la settimana bianca l'effetto riflettente della neve rappresenta un'insidia ancora maggiore.

Come riconoscere un neo sospetto?

Qui parliamo di prevenzione secondaria, ovvero di diagnosi precoce. Partiamo da due informazioni chiave: la prima è quella delle **lettere ABCDE** dove A sta per asimmetria; ovvero una lesione che non è simmetrica; B sta per bordi irregolari, a cartina geografica; C sta per colore che cambia, D sta per dimensioni superiori a 6 millimetri; E sta per evoluzione nel giro di poco tempo, settimane o mesi. **Basta che due di queste lettere corrispondano al nostro neo per spingerci a una visita urgente da uno specialista.** L'altra informazione chiave è quella del "brutto anatroccolo": **nell'ambito di tanti nei, se ce n'è uno più brutto degli altri va fatto vedere subito.**

In cosa consiste la mappatura dei nei?

La mappatura dei nei, eseguita dal dermatologo, è un esame semplice e indolore con cui è possibile individuare, in base alle loro caratteristiche, i nei potenzialmente pericolosi.

Posso sottopormi ad una mappatura dei nei durante la gravidanza o allattamento?

Sì. La mappatura dei nei non ha nessuna controindicazione per le donne in stato di gravidanza o allattamento.

Ogni quanto va fatto uno screening per la prevenzione dei tumori cutanei?

Ogni 12 mesi o in alcuni casi su indicazione del medico specialista ogni 6 mesi.

Come va applicata la protezione solare?

La protezione solare dovrebbe essere distribuita sulla pelle asciutta 30 minuti prima dell'esposizione. Riapplicare la stessa quantità di crema solare ogni 2 ore.

Oltre al melanoma esiste un altro tumore della pelle molto diffuso: il basalioma. Che tipo di tumore è e come si riconosce?

Il basalioma o carcinoma basocellulare è una neoplasia a partenza dalle cellule basali che sono localizzate nello strato più profondo

dell'epidermide a contatto con il derma. Questi tumori della pelle generalmente si presentano clinicamente come papule rosacee, ulcerazioni o erosioni non tendenti alla guarigione, placche rosastre, noduli o cicatrici infiammati non tendenti alla guarigione. Un dermatologo riconosce facilmente questo tipo di lesione e la **diagnosi è istologica**.

Quali aree del corpo colpisce maggiormente il basalioma e con quali sintomi si manifesta?

Questo tipo di neoplasia si sviluppa, di solito, in seguito a un danno cronico dovuto all'esposizione solare. Le parti più colpite sono, quindi, quelle fotoesposte quali la regione testa-collo, le spalle e il dorso. Una lesione che tende a ingrandirsi, infiammarsi e ulcerarsi ripetutamente in una di queste zone deve farci sospettare qualcosa.

Fegato e vie biliari

LORENZA RIMASSA

Tra i tumori primitivi del fegato e delle vie biliari la forma più comune negli adulti è l'epatocarcinoma che ha origine negli epatociti (il principale tipo di cellule dell'organo). Può esordire come nodulo singolo o in forma multifocale (esordio contemporaneo di più noduli in varie parti del fegato). Fino al 20% dei casi invece i tumori interessano le vie biliari, i tubicini che portano la bile alla cistifellea e sono chiamati colangiocarcinomi.



DATI EPIDEMIOLOGICI

Nel 2023 i nuovi casi sono stati in totale nel nostro Paese **12.200** e l'incidenza risulta doppia tra gli uomini rispetto alle donne. La sopravvivenza a cinque anni risulta al 22% per entrambi i generi. In totale sono più di **33.800** i pazienti vivi con precedente diagnosi. Le diagnosi di carcinoma delle vie biliari ammontano a **5.400** l'anno mentre la sopravvivenza a cinque anni è del 17% uomini e 15% donne. In totale i pazienti risultano più di **12.700**.

I virus dell'epatite aumentano il rischio di malattia?

La maggior parte dei casi di epatocarcinoma insorge in pazienti con **cirrosi epatica**. Oltre il 70% dei casi di tumori primitivi del fegato è causato dall'infezione da **virus dell'epatite C (HCV)** ed è quasi sempre associato alla cirrosi epatica. Anche il virus dell'epatite B (HBV) aumenta il rischio anche in assenza di cirrosi epatica. I pazienti considerati ad alto rischio (cirrosi epatica, infezione cronica da HBV o HCV) devono essere regolarmente



sottoposti ad ecografie del fegato periodiche (semestrali) per verificare l'eventuale presenza della neoplasia.

I sintomi più frequenti quali sono?

Il tumore del fegato si manifesta con la comparsa di dolore e senso di tensione addominale, calo di peso, stanchezza, diminuzione dell'appetito.

Per i tumori delle vie biliari i sintomi sono perdita di peso, deperimento fisico, ittero, urine scure (colore marsala) e feci chiare (ipocromiche).

Per diagnosticare le malattie?

Per il carcinoma del fegato si ricorre ad alcuni esami radiologici. Per arrivare a una diagnosi affidabile di tumore delle vie biliari sono necessari esami come TAC, risonanza magnetica (che può anche essere una colangio-risonanza) oppure una colangio-pancreatografia retrograda endoscopica (CPRE).

Mammella

ADRIANA BONIFACINO

Il tumore della mammella è una formazione di tessuto costituito da cellule che crescono in modo incontrollato e anomalo all'interno della ghiandola mammaria. I diversi stadi di malattia, da I a IV, sono relazionati all'interessamento della sola ghiandola mammaria, dei tessuti circostanti, dei tessuti di altre parti del corpo.

La diagnosi precoce è la forma più efficace di prevenzione per il tumore del seno.



DATI EPIDEMIOLOGICI

Nel 2023, sono state stimate circa **55.900** nuove diagnosi nelle donne, si tratta pertanto di un tumore che continua a essere di gran lunga il tumore femminile più frequente, rappresentando il 30% di tutti i tumori nelle donne.

Sono **834.200** le donne viventi in Italia dopo una diagnosi di tumore della mammella, il 6-7% delle quali giunge alla diagnosi già metastatica. Il 45% dei tumori del seno è nelle donne tra i 45-74 anni, il 35% nelle donne > 74anni e il 20% in quelle < 45anni. L'1-2% dei tumori del seno riguardano l'uomo.

È un tipo di tumore che può essere ricollegato ad una familiarità, e in alcuni casi (circa il 10%) ad una mutazione genetica (BRCA1 e 2) che può riguardare ovaio, prostata, pancreas, melanoma.

Vediamo insieme come procedere per prevenire e per la diagnosi precoce.

Stili di vita!

Per rimanere in salute ci sono due alleati fondamentali e sicuramente efficaci: alimentazione e attività fisica. Molteplici studi scientifici ci

confermano che questi vanno considerati dei “farmaci” da utilizzare in prevenzione, durante e dopo le cure.

Screening mammografico

Il modello di salute pubblica 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 (in alcune Regioni, come l'Emilia Romagna e la Toscana, la mammografia viene offerta tra i 45 e 49 anni con chiamata annuale). Qualora questa indagine evidenzia un'alterazione significativa e/o dubbia, la donna verrà richiamata per approfondimenti presso il centro pubblico di II livello.



Legge Veronesi 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.

Aderire allo Screening è un'ottima scelta per diagnosticare precocemente il tumore del seno.

Cosa fare se si è fuori dall'età dello screening?

Nell'età 40-45 anni non vi è attuale evidenza scientifica di efficacia della mammografia di screening come modello di sanità pubblica. Tuttavia, in qualunque età, in caso di fattori di rischio personali e/o famigliari o di sintomi, è utile consultare il medico di famiglia e di riferimento, per valutare l'opportunità di un percorso personalizzato di prevenzione.

È utile l'autopalpazione del seno?

L'autopalpazione NON è un mezzo di autodiagnosi. È questa una forma di educazione per conoscere il proprio seno e averne confidenza, non paura. Osservarlo periodicamente e palparlo può mettere in evidenza qualche alterazione da riferire al medico di fiducia, per una valutazione e/o consiglio. La frase “non sento nulla nel

seno pertanto non è utile che mi sottoponga alla mammografia” non ha alcun fondamento clinico e scientifico. Una diagnosi precoce si basa sulle indagini strumentali aderenti ai modelli di sanità pubblica sopra esposti.

Il tumore del seno può essere ereditario?

Circa il 10-12% di tutti i tumori della mammella sono su base ereditaria. Nei casi di sindrome eredo-famigliare 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, dell’ovaio, della prostata, del pancreas e dello stomaco, sia da parte di madre che di padre, si può prendere in considerazione una consulenza genetica che valuti la probabilità di presenza di mutazione. Raccogliere informazioni riguardo la propria famiglia (malattie oncologiche, autoimmuni, neurologiche, vascolari) può essere utile a costruire dei percorsi di prevenzione più personalizzati, insieme al medico di riferimento, con il fine di giocare di anticipo e correre meno rischi.

In caso di familiarità oppure di mutazione genetica *BRCa1* e *2*, oppure di seno molto denso, quali sono i programmi da seguire?

Il Ministero della Salute e le Regioni sono consapevoli della necessità di programmi di prevenzione dedicati alle donne che presentino queste caratteristiche. In alcune Regioni esistono già programmi personalizzati dedicati alle fasce a maggior rischio, con presa in carico in ambiente pubblico. È consigliabile consultare il sito/portale della propria Regione e il proprio medico curante per conoscere se tali programmi sono già stati attivati. Al più presto abbiamo necessità, comunque, di un programma nazionale che ponga fine alle diseguità territoriali, e possa garantire a tutte le donne programmi appropriati, efficaci, pubblici, per una corretta presa in carico. Le associazioni di pazienti e di cittadini, come peraltro la Fondazione IncontraDonna, sono in costante colloquio con le Istituzioni per far valere questi diritti e assicurare in ogni Regione e territorio programmi di salute pubblica adeguati e coerenti.

Quali sono le indagini strumentali?

Attenzione! Gli esami vanno conservati con cura e portati ad ogni successivo controllo.

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. Non

ci sono ancora sufficienti elementi scientifici

per proporre la tomosintesi nella mammografia

di screening di I livello, ma ci sono gruppi di studio al lavoro per questo.

Viene proposta attualmente solo nell'eventuale necessità di approfondimento (II livello).

La classificazione BI-RADS è una classificazione radiologica che prevede 5 classi per le lesioni: da 1 a 3 (benigno), 4 (sospetto), 5 (carcinoma).

Prevede anche 4 classi da A a D per definire la densità del seno. Le classi C e D sono quelle che definiscono la maggiore densità.

Oggi sappiamo dal mondo scientifico che la maggiore densità radiologica comporta un rischio più elevato di sviluppare un carcinoma della mammella.

Queste classi più elevate si giovano per la diagnosi precoce dell'ecografia abbinata alla mammografia e, in alcuni casi, anche della RM con mezzo di contrasto (sempre su richiesta dello specialista).

Queste classi più elevate si giovano per la diagnosi precoce dell'ecografia abbinata alla mammografia e, in alcuni casi, anche della RM con mezzo di contrasto (sempre su richiesta dello specialista).

Queste classi più elevate si giovano per la diagnosi precoce dell'ecografia abbinata alla mammografia e, in alcuni casi, anche della RM con mezzo di contrasto (sempre su richiesta dello specialista).

Queste classi più elevate si giovano per la diagnosi precoce dell'ecografia abbinata alla mammografia e, in alcuni casi, anche della RM con mezzo di contrasto (sempre su richiesta dello specialista).

Queste classi più elevate si giovano per la diagnosi precoce dell'ecografia abbinata alla mammografia e, in alcuni casi, anche della RM con mezzo di contrasto (sempre su richiesta dello specialista).

Queste classi più elevate si giovano per la diagnosi precoce dell'ecografia abbinata alla mammografia e, in alcuni casi, anche della RM con mezzo di contrasto (sempre su richiesta dello specialista).

Queste classi più elevate si giovano per la diagnosi precoce dell'ecografia abbinata alla mammografia e, in alcuni casi, anche della RM con mezzo di contrasto (sempre su richiesta dello specialista).

Queste classi più elevate si giovano per la diagnosi precoce dell'ecografia abbinata alla mammografia e, in alcuni casi, anche della RM con mezzo di contrasto (sempre su richiesta dello specialista).

Queste classi più elevate si giovano per la diagnosi precoce dell'ecografia abbinata alla mammografia e, in alcuni casi, anche della RM con mezzo di contrasto (sempre su richiesta dello specialista).

Queste classi più elevate si giovano per la diagnosi precoce dell'ecografia abbinata alla mammografia e, in alcuni casi, anche della RM con mezzo di contrasto (sempre su richiesta dello specialista).

Queste classi più elevate si giovano per la diagnosi precoce dell'ecografia abbinata alla mammografia e, in alcuni casi, anche della RM con mezzo di contrasto (sempre su richiesta dello specialista).

Queste classi più elevate si giovano per la diagnosi precoce dell'ecografia abbinata alla mammografia e, in alcuni casi, anche della RM con mezzo di contrasto (sempre su richiesta dello specialista).

Queste classi più elevate si giovano per la diagnosi precoce dell'ecografia abbinata alla mammografia e, in alcuni casi, anche della RM con mezzo di contrasto (sempre su richiesta dello specialista).

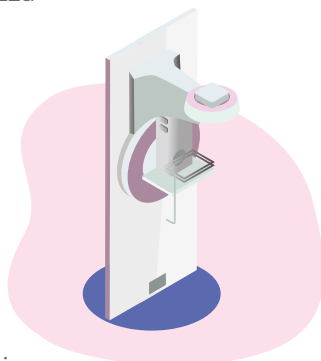
Queste classi più elevate si giovano per la diagnosi precoce dell'ecografia abbinata alla mammografia e, in alcuni casi, anche della RM con mezzo di contrasto (sempre su richiesta dello specialista).

Queste classi più elevate si giovano per la diagnosi precoce dell'ecografia abbinata alla mammografia e, in alcuni casi, anche della RM con mezzo di contrasto (sempre su richiesta dello specialista).

Queste classi più elevate si giovano per la diagnosi precoce dell'ecografia abbinata alla mammografia e, in alcuni casi, anche della RM con mezzo di contrasto (sempre su richiesta dello specialista).

Queste classi più elevate si giovano per la diagnosi precoce dell'ecografia abbinata alla mammografia e, in alcuni casi, anche della RM con mezzo di contrasto (sempre su richiesta dello specialista).

Queste classi più elevate si giovano per la diagnosi precoce dell'ecografia abbinata alla mammografia e, in alcuni casi, anche della RM con mezzo di contrasto (sempre su richiesta dello specialista).



CESM: mammografia digitale con un mezzo di contrasto iodato (necessario il digiuno e un esame della creatinina recente) che in alcuni casi può essere considerata sostitutiva della RM con mdc (Risonanza Magnetica). È consigliata dallo specialista in casi selezionati. Non è un esame da eseguire di routine.

Ecografia: utilizza gli ultrasuoni (non radiazioni) per rilevare alterazioni della ghiandola mammaria. Può dare informazioni anche sulla vascolarizzazione (color e power Doppler) e sull'elasticità dei tessuti (Elastosonografia). Può essere eseguita in qualunque periodo del ciclo mestruale. Utilizzata prevalentemente nelle donne giovani e quelle con seno denso indipendentemente dall'età. 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. Viene richiesto un esame della funzionalità renale (creatininemia). Non è sostitutiva della mammografia e dell'ecografia. Nelle donne in età fertile va eseguita tra il 7° e il 14° giorno del ciclo mestruale.

Che tipo di prelievi di cellule o tessuto possono essere eseguiti?

La possibilità di un prelievo viene stabilita dallo specialista senologo (radiologo, clinico, chirurgo, oncologo, radioterapista) 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, ricerca di particolari geni nel tessuto tumorale). **Oggi grazie alla diagnosi precoce e all'innovazione, la sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi è dell'88%. La probabilità di vivere ulteriori anni è del 91% (Aiom. I numeri del cancro 2023).** 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. Da oltre 20 anni la soluzione chirurgica di una lesione viene presa in considerazione solo dopo aver effettuato un esame delle cellule o del tessuto.

- **Agoaspirato:** è un prelievo di cellule (esame citologico) effettuato con un semplice ago da siringa, guidato spesso con l'ecografia, ma anche dalla stereotassi (guida mammografica) o dalla RM solo presso alcuni centri, all'interno di un nodulo o di un'area di ghian-dola, meritevole di approfondimento. Questa metodica è minima-mente invasiva, non necessita di anestesia locale, e, nel caso di un tumore del seno, può dare una attendibilità fino al 97%.
- **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 (ma, come per l'agoaspirato, anche con mammografia o RM) e si effettua sempre ambulatorialmente.
- **VABB (Vacuum Assisted Breast Biopsy):** è un prelievo di tes-suto (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 ecografi-ca che radiologica (stereotassica).

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 carcinoma della mammella in un maschio, di carcinoma ovarico, di carcinoma del pancreas, 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 o ha già avuto il tumore; qualora questo primo esame conduca all'identifi-cazione di una mutazione genetica, l'analisi verrà proposta a tutti i famigliari sani (femmine e maschi) ed i soggetti che risulteranno 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, e i famigliari malati di tumore fossero tutti deceduti, o viventi che non accettino di eseguire il test) si prende in considerazione la consulenza genetica ed eventualmente l'esecuzione del test anche nel 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 alla genetica medica e ai tumori ereditari.

Per approfondimenti leggi il capitolo "Rischio oncologico eredo-famigliare" a pagina 42 del Vademecum della Salute.

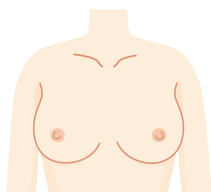
Nel caso di una diagnosi di tumore del seno a chi devo rivolgermi?

In ogni territorio regionale ci sono i Centri di Senologia (Breast Unit), identificati dalle Regioni in base a criteri stabiliti dal Ministero della Salute. Il Centro di Senologia è pubblico e costituito da un team multidisciplinare che prende in carico la paziente oncologica nel suo percorso. Dalla diagnosi, alla cura e al supporto. Il Centro di Senologia entro 30-40 giorni dalla diagnosi deve iniziare il trattamento, sia che fosse chirurgico o farmacologico (tempi utili alla programmazione ed esecuzione di tutte le indagini preliminari). È dimostrato che essere prese in carico da un centro di Senologia pubblico e interdisciplinare per il trattamento del tumore del seno, possa comportare fino ad un 20% in più di possibilità di guarigione e sopravvivenza a 5 anni dall'evento. Per conoscere i Centri nella propria Regione si può consultare il sito regionale.

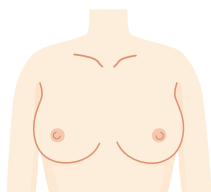
Autoesame del seno

L'autoesame non sostituisce la mammografia e l'ecografia. Ad ogni donna si suggerisce di 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).

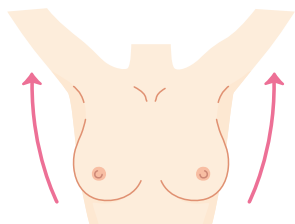
COSA OSSERVARE



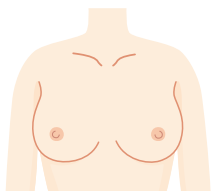
Poniti davanti allo specchio, con le braccia sui fianchi. Osserva e confronta attentamente la forma e il volume delle due mammelle e dei due capezzoli. Potrai facilmente accorgerti che non sono perfettamente uguali, questo è naturale. Verifica se si sviluppano delle alterazioni nel tempo.



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.

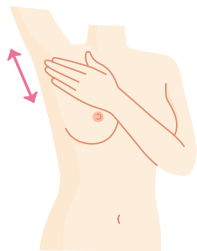
COSA PALPARE



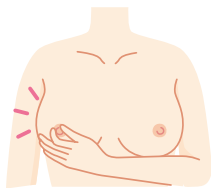
Sdraiati, ponendo un cuscino sotto alla schiena, questo servirà a sollevare e a rendere meglio esaminabile il seno. Alza il braccio del lato della mammella da esaminare, con la mano sotto la testa. Con l'altra mano esegui la palpazione.



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.

Consulta un medico se noti uno qualsiasi di questi sintomi:

- 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 ombelicato)
- Secrezioni dal capezzolo
- Eczemi (eruzioni cutanee) della mammella

Protesi mammarie ed il rischio di linfoma

ARIANNA DI NAPOLI

Le protesi mammarie sono dei dispositivi medici regolamentati nel nostro Paese dal Decreto Legislativo 46/1997 in attuazione della Direttiva Europea 93/42/EEC, che stabilisce i criteri da utilizzare nella loro progettazione e realizzazione. Esse appartengono alla classe III (la classe di rischio più alta), per la cui immissione sul mercato è necessario il rilascio della certificazione CE da parte degli organismi preposti. Le protesi attualmente vengono utilizzate sia per ragioni estetiche che a scopo ricostruttivo nelle pazienti sottoposte a mastectomia per tumore al seno.

Quanti tipi di protesi mammarie esistono?

Esistono vari tipi di protesi. In particolare, sono disponibili di forma tonda con una superficie sia liscia che ruvida (macro- o micro-testurizzata) o di forma a goccia (anatomica) per mimare la naturale forma della mammella, ma solo con superficie testurizzata. Entrambe sono disponibili in un'ampia gamma di misure, per adattarle alle esigenze di ogni paziente. Il loro contenuto può essere di silicone o di soluzione salina; esistono inoltre protesi a doppia camera, con al centro il silicone ed intorno la soluzione salina. **In Europa la maggior parte delle protesi impiantate negli ultimi 20 anni è di tipo testurizzato** mentre in America le protesi sono principalmente di tipo liscio.

Che cos'è il linfoma anaplastico a grandi cellule associato a protesi mammarie (BIA-ALCL)?

Il BIA-ALCL (Breast Implant Associated Anaplastic Large Cell Lymphoma) è una rara forma di tumore maligno che si sviluppa a ridosso di impianti mammari posizionati sia per finalità estetiche che ricostruttive. Il tumore origina dai linfociti T, un tipo di cellula del sistema immunitario, che dopo un tempo medio di circa 9 anni dall'impianto, si trasforma in una cellula linfomatosa che si

moltiplica creando un accumulo di liquido (sieroma) tra la protesi e la capsula fibrosa peri-protesica (una sorta di tessuto cicatriziale che circonda la protesi). In una minoranza di pazienti la neoplasia si manifesta come una massa solida che cresce nei tessuti circostanti la protesi e/o con un ingrandimento dei linfonodi ascellari, oppure con



un eritema (arrossamento patologico) della cute della mammella. Il BIA-ALCL va differenziato da un'altra forma di linfoma che può insorgere nelle pazienti portatrici di impianti medicali, tra cui le protesi mammarie: il linfoma a grandi cellule B associato a fibrina (Fibrin associated Large B cell Lymphoma) in cui le cellule neoplastiche mostrano segni di infezione da parte del virus di Epstein Barr. Ad oggi nella letteratura internazionale sono stati descritti 16 casi tra cui un solo caso italiano.

Un altro tumore raro che può insorgere in associazione alle protesi mammarie è il carcinoma squamoso (BIA-SCC) di cui la Food and Drug Administration americana (FDA) ne riporta 19 casi alla data dell'8 Marzo 2023. Nessun caso è stato riportato in Italia.

Come si fa la diagnosi e che andamento clinico ha il BIA-ALCL?

La diagnosi si ottiene con l'esame citologico del sieroma aspirato sotto guida ecografica o tramite l'esame istologico di un frammento della massa tumorale o del linfonodo ingrandito prelevato mediante la biopsia chirurgica. La prognosi è generalmente ottima quando ad una diagnosi tempestiva fa seguito la rimozione delle protesi, della capsula peripotesica e dell'intero tessuto tumorale.

Cosa hanno fatto le Autorità Competenti riguardo il BIA-ALCL?

- Nel 2011, a seguito delle prime segnalazioni, la FDA istituì un registro sul BIA-ALCL al fine di vigilare e comprendere l'eventuale esistenza di una correlazione tra il dispositivo medico e l'insorgenza della neoplasia. Analogamente, nel 2014 il Ministero della Salute Italiano, insieme alle altre autorità competenti dell'Unione Europea, istituì una Task-Force volta a monitorare continuamente il numero di nuovi casi in Europa.

- Nel 2016 la World Health Organization (WHO) ha riconosciuto il BIA-ALCL come una nuova entità di linfoma inserendolo nella classificazione aggiornata delle neoplasie degli organi linfoidi.
- Nel novembre 2018, in un workshop internazionale presieduto dalla Task-Force Europea, a cui presero parte le diverse Autorità competenti, i fabbricanti di protesi mammarie e le Società Scientifiche Mediche, emerse una predominanza di casi di BIA-ALCL nei pazienti portatori di protesi a superficie testurizzata. Nonostante non vi fossero evidenze scientifiche tali da supportare una correlazione causale diretta tra l'insorgenza del BIA-ALCL ed il tipo di superficie di protesi, l'Agenzia sanitaria francese per la sicurezza dei medicinali e dei dispositivi sanitari (GMED) decise comunque di non rinnovare il marchio CE per 13 tipi di protesi mammaria a superficie testurizzata.
- Nell'aprile 2019 la ditta Allergan Limited, le cui protesi risultarono associate a diversi casi di BIA-ALCL, ritirò le proprie protesi macro-testurizzate dapprima dal mercato europeo e nel luglio 2019 anche da quello mondiale.
- Il 24 Aprile 2021 la Scientific Committee on Health Environmental and Emerging Risks (SCHEER) interrogata sulla sicurezza delle protesi mammarie concluse per l'esistenza di una moderata evidenza scientifica epidemiologica che correla l'insorgenza del BIA-ALCL alla presenza di protesi testurizzate. Lo SHEER sottolineò tuttavia, la necessità di ulteriori studi scientifici che possano chiarire meglio l'eziologia e la patogenesi della malattia, ad oggi attribuita all'infiammazione cronica del tessuto periprotetico mammario che, in pazienti geneticamente predisposti, favorirebbe negli anni la formazione del tumore.

Qual è l'incidenza del BIA-ALCL?

Al 30 giugno 2023 il numero di casi globali di BIA-ALCL riportati dall'FDA erano 1264 di cui 64 decessi, mentre in Italia ad aprile 2023 risultano segnalati 111 casi con due decessi. Il linfoma si sviluppa in egual misura sia nelle pazienti portatrici di protesi per scopi ricostruttivi (16% dei casi) che per fini estetici (15% dei casi), mentre non se ne conosce il motivo nel 69% dei casi. L'interessamento bilaterale è stato riportato solo in 8 pazienti. L'incidenza, nonostante vari

da paese a paese ed in base al tipo di protesi, risulta bassa; in Italia al Giugno 2019 è stata stimata una incidenza di 3 casi su 100.000 pazienti sottoposti ad impianto. L'attivazione di registri che monitorino sia sulle diagnosi di BIA-ALCL che sul numero e tipo di protesi impiantate è tuttavia ritenuto lo strumento necessario al fine di ottenere una migliore stima del rischio. A tale scopo il Ministero della Salute Italiano istituì nel 2015 il Registro del BIA-ALCL ed ha istituito il Registro Nazionale degli Impianti Protesici Mammari il cui regolamento è entrato in vigore il 2 febbraio 2023 e pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 18 gennaio 2023. Tale registro a partire dal 1° agosto 2023 si alimenta con i dati obbligatori provenienti dai registri regionali a cui i chirurghi o gli operatori economici che distribuiscono tali dispositivi sono tenuti a trasmettere i dati relativi ad ogni singola protesi mammaria impiantata, espantata o commercializzata nel territorio italiano sia per finalità estetiche che ricostruttive.

Cosa devono fare le donne portatrici di protesi testurizzate?

Lo SHEER non ha raccomandato la rimozione a scopo preventivo degli impianti testurizzati nei pazienti asintomatici, ma ha rammentato **l'importanza di un attento follow-up clinico delle pazienti portatrici di protesi mammarie sia a scopo estetico che ricostruttivo, al fine di favorire una diagnosi precoce ed un trattamento tempestivo del BIA-ALCL, che risulta in questo modo ampiamente curabile.** Il Ministero della Salute Italiano sta monitorando attivamente i casi clinici sul territorio anche grazie alle diverse opere di sensibilizzazione e di informazione degli operatori sanitari, attuate con la divulgazione di circolari comprendenti le linee guida del percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) ed il consenso informato da sottoporre alle pazienti prima dell'impianto, entrambi documenti redatti dal Tavolo Tecnico permanente sul BIA-ALCL istituito dal Ministero nel 2019. Recentemente, inoltre, la circolare ministeriale del 5 Giugno 2024 consente l'impianto di protesi mammaria a fini estetici soltanto su coloro che abbiano compiuto la maggiore età, ad eccezione dei soggetti con gravi malformazioni congenite certificate da un medico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale o da una struttura sanitaria pubblica.

Oncoematologia

LUIGI CAVANNA

Alla base dei tumori del sangue vi è una crescita irregolare e incontrollata delle cellule. Sono malattie che spesso insorgono nel midollo osseo e nel sistema linfatico.

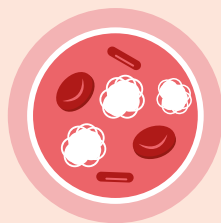


DATI EPIDEMIOLOGICI

Si calcola che siano circa il 10% di tutte le neoplasie registrate nel nostro Paese e il numero di nuove diagnosi è di **35.000** l'anno. Sette pazienti su dieci riescono a sconfiggerle e tornano poi a vivere una vita normale.

Come per i tumori solidi anche per quelli del sangue esistono dei fattori di rischio riconosciuti e che possono favorirne l'insorgenza. I più importanti sono:

- **stili di vita scorretti** (in particolare obesità e fumo)
- **fattori ambientali** (esposizione prolungata ad alcune sostanze chimiche o a radiazioni)
- **effetti collaterali** di alcune terapie anti-tumorali
- **età** (due terzi dei casi interessano persone con più di 65 anni)
- **particolari malattie o fattori genetici**
- **infezioni** da alcuni virus



I tumori del sangue si presentano con sintomi aspecifici e scambiati spesso per banali problemi di salute (stanchezza, debolezza, febbre, dolori, dimagrimento, piccoli sanguinamenti, sudorazione notturna eccessiva o prurito). Sono invece segnali che vanno sem-

pre comunicati al proprio medico curante che potrà poi prescrivere esami più approfonditi.

Le patologie onco-ematologiche sono individuate attraverso specifici esami del sangue oppure attraverso la biopsia del midollo osseo (o di un linfonodo ingrossato).

Si suddividono in tre macro-gruppi:

- **Leucemie acute e croniche:** sono causate dalla proliferazione incontrollata di cellule del midollo osseo, che è la fabbrica di globuli rossi, bianchi e delle piastrine
- **Linfomi:** colpiscono il sistema linfatico e soprattutto i linfociti B e T, ovvero le cellule adibite a contrastare le infezioni
- **Mielomi:** interessano le cellule del sistema immunitario originate nel midollo osseo (le plasmacellule). Derivano dai linfociti B che, insieme ai linfociti T, sono fra le principali cellule coinvolte nella risposta immunitaria

Pancreas

MASSIMO FALCONI

Il pancreas è una ghiandola di circa 15 centimetri di lunghezza, divisa in tre parti: testa (destra), corpo (centrale) e coda (sinistra) situata nella parte alta dell'addome. Il tumore del pancreas si manifesta quando alcune cellule che costituiscono l'organo si moltiplicano senza controllo. La porzione dell'organo che produce i succhi pancreatici è chiamata "pancreas esocrino". Da qui ha origine circa il 90-95% di tutti i tumori. La parte che genera gli ormoni è invece quella "endocrina" e può essere sede del restante 5-10% del totale delle neoplasie.

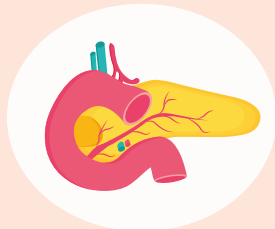


DATI EPIDEMIOLOGICI

Nel 2023 abbiamo avuto in Italia 14.800 nuove diagnosi (6.800 tra gli uomini e **8.000** tra le donne). La sopravvivenza a cinque anni risulta rispettivamente a 11% e 12%. In totale gli uomini e le donne che vivono con questa neoplasia sono più di 21.200.

Come si manifesta la malattia?

All'esordio di solito provoca dolore, ittero (colore giallo della cute) e dimagrimento. Possono esserci anche sintomi meno specifici come diarrea acuta o cronica e depressione. La sintomatologia dipende dalla sede e dall'estensione del carcinoma. Il dolore è presente nel 75-90% dei casi, risulta continuo e spesso si accentua dopo i pasti e di notte: è inoltre localizzato soprattutto nella parte superiore dell'addome irradiandosi al dorso. La perdita di peso è consistente, progressiva



e associata ad avversione per il cibo. Inoltre, il diabete è associato in più del 25% dei pazienti.

È collegato ad alcune malattie genetiche ereditarie?

È dimostrato il legame con Sindrome multipla atipica familiare del melanoma, sindrome di Peutz-Jeghers, pancreatite ereditaria, cancro coloretale ereditario non poliposico, sindrome di carcinoma familiare della mammella e dell'ovaio (BRCA), fibrosi cistica poliposi adenomatosa familiare, atassia telangiectasia e anemia di Fanconi.

Quali esami vanno svolti?

Per una diagnosi corretta sono utilizzati l'ecografia, la TAC addominale, l'ecoendoscopia e, talvolta, la RM. La certezza della malattia, tuttavia, si ottiene con una biopsia.

Polmone

MASSIMO DI MAIO

Il tumore del polmone si può sviluppare dalle cellule che costituiscono bronchi, bronchioli e alveoli e può formare una massa che ostruisce il corretto flusso dell'aria, oppure provocare sanguinamenti, oppure sintomi come tosse o dolore toracico. Si distinguono: il tumore del polmone non a piccole cellule (la forma più comune) o a piccole cellule (meno frequente ma con maggiori probabilità di avere un andamento clinicamente aggressivo e veloce).



DATI EPIDEMIOLOGICI

Nel 2023 in Italia sono state registrate **44.000** nuove diagnosi (30.000 tra gli uomini e 14.000 tra le donne). La probabilità di sopravvivenza a 5 anni ammonta rispettivamente a 16% e 23%, ma naturalmente è migliore nei casi diagnosticati in stadio precoce e peggiore nei casi diagnosticati in stadio avanzato). In totale i pazienti che vivono, nel nostro Paese, con neoplasia polmonare sono più di 117.800.

I sintomi della malattia?

I più frequenti e comuni sono tosse secca con catarro (talora striato di sangue), difficoltà respiratorie, piccole perdite di sangue con i colpi di tosse, dolore al torace, perdita di peso e stanchezza. Questi sintomi sono aspecifici, cioè non sono sempre indicativi di un tumore polmonare.



Tuttavia le persone considerate a rischio (come i forti fumatori) non dovrebbero sottovalutare la sintomatologia.

Che esami diagnostici sono necessari?

Quello più avanzato per individuare la malattia è la TC 3D a spirale. Per fare diagnosi, prelevando un pezzo di tessuto, bisogna ricorrere alla broncoscopia (consente la visione diretta dei bronchi) oppure all'agobiopsia percutanea sotto guida TC (permette il prelievo di alcune cellule della lesione sospetta mediante un ago introdotto all'esterno della parete toracica).

Esistono programmi di screening per la diagnosi precoce?

Studi clinici hanno dimostrato che l'utilizzo della TC spirale a basso dosaggio può ridurre di circa il 20% la mortalità nei forti fumatori. In Italia non esiste ancora un programma di screening di popolazione (come per la mammella o il colon-retto), ma lo screening è oggetto del programma ministeriale RISP (Rete Italiana Screening Polmonare), dedicato a uomini e donne considerati a rischio (età compresa fra 55 e 75 anni, fumatore di almeno un pacchetto di sigarette al giorno da più di 30 anni o forte fumatore che ha smesso da meno di 15 anni).

Prostata, reni, testicoli, vescica

I tumori genitourinari rappresentano circa il 20% di tutte le neoplasie registrate nel nostro Paese.

Il cancro della prostata è il più frequente tra la popolazione maschile italiana ed è una malattia che di solito non si manifesta attraverso segni o sintomi specifici. Spesso la diagnosi viene effettuata in pazienti che si recano ad una visita specialistica urologica per disturbi urinari riferibili alla iperplasia prostatica benigna. **Il tumore del testicolo è considerata una forma di cancro “giovanile”** in quanto colpisce soprattutto tra i 14 e i 45 anni. È una malattia curabile nella stragrande maggioranza dei casi ma può presentare **un forte impatto negativo sulla fertilità.**



Il carcinoma renale risulta la quinta forma di cancro più frequente nei maschi. Sono stati identificati diversi fattori di rischio legati sia agli stili di vita (tra cui il fumo o l'obesità) o a patologie croniche (come il diabete o l'ipertensione). Anche alcune malattie renali croniche possono aumentare il rischio di insorgenza.

Nel tumore della vescica il principale sintomo è l'ematuria ovvero la presenza di sangue nelle urine. Il persistere o ripetersi di questo fenomeno è un campanello d'allarme che non può e non deve essere sottovalutato. Questa regola vale soprattutto per quegli uomini considerati a rischio, per esempio gli over 50 o i forti fumatori.

Le neoplasie urologiche oggi possono essere affrontate con diverse terapie efficaci a disposizione degli specialisti medici. Le terapie tradizionali, che sono state utilizzate per lungo tempo, sono la chi-

rurgia, la radioterapia e la chemioterapia. A queste si sono affiancate negli ultimi anni l'immuno-oncologia e le terapie mirate.

Infine **fondamentale è la prevenzione primaria e secondaria**. Quindi non solo gli stili di vita sono importanti, ancora più fondamentale a livello uro-oncologico risultano i controlli e le visite mediche che permettono una diagnosi precoce.

Se desideri approfondire l'argomento e saperne di più scansa il seguente QR code e verrai reindirizzato al Vademecum della Salute "dedicato a te - Prevenzione oncologica maschile" realizzato da Fondazione IncontraDonna e dal Gruppo Ferrovie dello Stato Italiane per la nuova iniziativa orientata all'universo maschile.



Stomaco

EMILIO DI GIULIO

Il tumore è provocato dalla formazione di tessuto costituito da cellule che crescono in modo incontrollato. Il 90% dei casi si forma nella parete interna dello stomaco e vengono chiamati adenocarcinomi.

DATI EPIDEMIOLOGICI

Lo scorso anno i nuovi casi registrati sono stati **15.000** (9.000 tra gli uomini e 6.000 tra le donne). La sopravvivenza a cinque anni ammonta rispettivamente a 30% e 35%. Si calcola che siano 82.400 le persone viventi in Italia dopo una diagnosi di carcinoma gastrico.

I sintomi sono generici?

Possono essere confusi per quelli di malattie molto meno gravi come gastriti o ulcere. I più frequenti riscontrati dai pazienti sono problemi digestivi, inappetenza, senso di nausea e vomito, senso di pesantezza, dolore o bruciore di stomaco, difficoltà alla deglutizione, presenza di sangue nelle feci o feci nere, stanchezza dovuta ad anemia e importante calo del peso corporeo.



Che cos'è il *Helicobacter pylori*?

Si tratta di un batterio che può colonizzare il rivestimento dello stomaco (o mucosa gastrica). È un microrganismo molto comune e risulta responsabile di ulcera e gastrite. L'infezione cronica a lungo andare può favorire in alcuni casi l'insorgenza di un tumore dello stomaco. Viene infatti classificato dalla International Agency for Research on Cancer (IARC) come agente cancerogeno di tipo I.

Per questo motivo il batterio va eradicato attraverso una terapia a base di antibiotici che deve essere prescritta dal medico curante. Il rischio neoplastico si riduce con l'eradicazione e con la sorveglianza endoscopica di eventuali lesioni precancerose già instauratesi.

Come è possibile individuare la malattia?

Con la gastroscopia e la biopsia che consentono la diagnosi definitiva di una lesione tumorale attraverso un prelievo di cellule che vengono poi analizzate, o con una TAC che permette di valutare anche la diffusione del tumore.

Tiroide

LAURA LOCATI

La tiroide è una ghiandola situata nel collo e, sulla base del tipo di cellule da cui ha origine, il cancro può essere di due tipi. Il primo e più frequente è il carcinoma differenziato con i suoi sottotipi (papillare, follicolare, ecc) che origina dalle cellule follicolari (che sintetizzano gli ormoni tiroxina e triiodotironina). Il secondo, molto raro, è il carcinoma midollare, deriva dalle cellule parafollicolari, che producono l'ormone calcitonina.

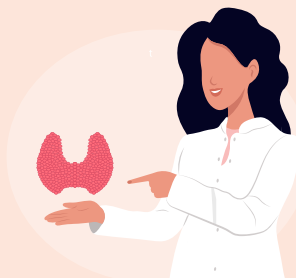


DATI EPIDEMIOLOGICI

Nel 2023 sono state stimate **12.200** nuove diagnosi (3.500 tra gli uomini e 8.700 tra le donne). La sopravvivenza a cinque anni è rispettivamente a 92% e 96%. Ammontano a **212.900** le persone che vivono in Italia in seguito ad una diagnosi di cancro della tiroide.

Il sintomo più comune e diffuso?

Il tumore della tiroide si presenta come un nodulo isolato all'interno della ghiandola. Potrebbe essere sentito con le dita se si tocca il collo in corrispondenza dell'organo. Non tutti i noduli tiroidei nascondono però forme di cancro. Spesso sono solo il segno della cosiddetta **iperplasia tiroidea**, ovvero una forma benigna di crescita ghiandolare. Inoltre le funzioni della tiroide non sono mai alterate dalla presenza dei noduli e quindi il paziente, quasi sempre, non lamenta alcun disturbo specifico.



Quali sono i principali esami che permettono la diagnosi ?

Sono analisi del sangue, ecografia, biopsia mediante ago sottile e biopsia dei linfonodi.

Le donne sono più colpite degli uomini?

La proporzione è di 4 a 1 a svantaggio della popolazione femminile. Tra i diversi fattori di rischio vi è la *carezza di iodio* che è anche la principale causa del gozzo. Si tratta di un forte aumento del volume della tiroide caratterizzato da numerosi noduli benigni della ghiandola. Un altro pericolo è rappresentato dall'esposizione a radiazioni ionizzanti. È un tumore più comune tra quelle persone che hanno subito trattamenti di radioterapia sul collo oppure esposte accidentalmente a dosi elevate di radiazioni ionizzanti (come è accaduto nell'incidente della centrale di Chernobyl).

3.

Approfondimenti



Sindrome metabolica, diabete e obesità

GIUSEPPE PUGLIESE, ANDREA LENZI

Quanto sono frequenti diabete e obesità?

Il diabete, soprattutto di tipo 2, è una patologia in rapido incremento, specialmente nei paesi in via di sviluppo; in Italia, si stima che ne soffra il 6-7% della popolazione. Questa “pandemia” di diabete di tipo 2 è legata a un'altra “pandemia”, quella di obesità. In Italia, **circa il 36% della popolazione è sovrappeso e il 12% è francamente obeso**, con un preoccupante incremento di eccesso ponderale in età infantile, soprattutto al sud.

Come si definiscono il diabete, l'obesità e la sindrome metabolica?

Il diabete è un disordine metabolico dovuto a un difetto della secrezione o dell'azione periferica dell'insulina e caratterizzato da livelli di glucosio pari o superiori a 126 mg/dl. L'obesità è invece una patologia cronica caratterizzata da un eccesso di massa grassa, definito in base ad un rapporto tra peso (in chilogrammi) e altezza al quadrato (in metri) pari o superiore a 30 (25 per il sovrappeso). L'obesità centrale è un accumulo di adipe a livello addominale, definita da una circonferenza della vita misurata all'altezza dell'ombelico superiore a 102 cm nel maschio e 88 cm nella femmina. Rappresenta il minimo comun denominatore della sindrome metabolica, in cui si associa al diabete di tipo 2 o ad una condizione di prediabete, all'ipertensione arteriosa, e alla cosiddetta dislipidemia aterogena, ovvero a livelli di trigliceridi superiori a 150 mg/dl e di colesterolo HDL inferiori a 40 mg/dl nel maschio e a 50 mg/dl nella femmina.

Da cosa sono causate queste condizioni?

Lo sviluppo di queste condizioni è multifattoriale e avviene in presenza di una predisposizione genetica associata a fattori ambientali e in particolare a stili di vita non salutari, in particolare alimentazione scorretta e sedentarietà.

Come si prevenono e si curano?

La prevenzione 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. Tali modifiche sono di fondamentale importanza anche una volta che queste condizioni si sono manifestate, unitamente all'eventuale assunzione di farmaci da concordare con il medico curante.

Prevenzione, quindi, ma anche corretta gestione della patologia una volta diagnosticata per evitare complicanze che possono essere anche gravi.

Comportamenti salutari

8 FATTORI ESSENZIALI PER LA DURATA E LA QUALITÀ DELLA VITA



FOCUS: l'obesità non va considerata "una responsabilità del singolo"

L'obesità non è solo questione di scelte individuali o esclusivamente una conseguenza dello stile di vita.

L'obesità è una malattia cronica, progressiva e recidivante, causata da una complessa rete di fattori, tra cui la genetica, i fattori psicosociali e ambientali e va trattata come ogni altra patologia. I cittadini devono essere consapevoli di doverla prevenire con informazione, formazione, educazione e quindi riconoscendola precocemente (nei figli e nello stesso individuo). Sono molti, infatti, i pazienti con obesità che non si riconoscono tali e altrettanti i genitori che non accettano l'obesità dei figli. La società colpevolizza e invalida, con stigma e discriminazione sociale, le persone obese e attribuisce loro "la colpa" della propria condizione.

L'obesità, inoltre, è un fattore di rischio per lo sviluppo di numerose altre patologie come diabete di tipo 2, ma anche cardio-cerebrovascolari, respiratorie, tumori, e aumenta quindi il rischio di morte prematura.

Per scongiurare l'aumento di questa patologia, le cui proiezioni di crescita secondo l'OMS sono preoccupanti per la salute globale, abbiamo bisogno di una alleanza multidisciplinare, un approccio "one health" e, **a livello di SSN, della inclusione dell'Obesità nel Piano Nazionale di Cronicità che garantisca una assistenza adeguata ed uniforme nelle varie Regioni.**



Guarda la video intervista "**una pandemia silenziosa: l'obesità**" di **Andrea Lenzi**, Professore Emerito di Endocrinologia presso l'Università degli Studi di Roma La Sapienza.

Vaccinazioni

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, **le vaccinazioni sono in grado di evitare ogni anno tra i 2 ed i 3 milioni di decessi causati dalle più note malattie prevenibili da vaccino che, fino a circa un secolo fa, erano la principale causa di morte in tutto il mondo, anche nei paesi più sviluppati.**

I programmi di vaccinazione e immunizzazione sono riconosciuti, quindi, come una **fondamentale strategia preventiva** di tutela della salute per proteggere sia **l'individuo** – prima che la malattia infettiva si manifesti – che la **collettività** quando la vaccinazione è eseguita su larga scala.

Infatti, riducendo il numero di persone che possono contrarre l'infezione e moltiplicando l'effetto protettivo grazie a quella che viene definita **"immunità di gregge"**, le vaccinazioni rendono più difficile la propagazione e la riproduzione dei microbi che ne sono responsabili.

La vaccinazione non ha età!

Per quanto riguarda la **salute dell'infanzia**, le vaccinazioni di profilassi (insieme di norme e di metodi per evitare o prevenire il diffondersi di malattie) hanno portato ad una rilevante riduzione sia del numero di patologie gravi, che della mortalità e delle forme di disabilità infantile nel mondo.

Per gli adolescenti, l'introduzione del vaccino anti Papilloma Virus (HPV) ha notevolmente ridotto i casi di tumori HPV correlati ma, nonostante queste evidenze, c'è ancora molto da fare. In un'ottica di invecchiamento sano, la vaccinazione dell'**adulto** rappresenta un elemento fondamentale in una società sempre più longeva, con il conseguente aumento della prevalenza di patologie croniche. Di rilevante importanza, l'attenzione alle **categorie a rischio** per età, patologia, esposizione professionale o altre condizioni, per le quali è previsto uno specifico calendario vaccinale.

La stanchezza vaccinale e le “fake news”

Nonostante le evidenze, la conoscenza da parte della popolazione (specialmente quella a rischio) dei benefici derivanti dalle vaccinazioni e **l'adesione a queste strategie preventive è ancora troppo scarsa** anche a causa di diversi fattori, tra cui l'impatto della pandemia e la cosiddetta “stanchezza vaccinale” e il crescente accesso a informazioni fuorvianti.

La disinformazione in Sanità rappresenta un grave rischio per il singolo e per la società. Risulta quindi di **fondamentale importanza rafforzare le relazioni di fiducia fra la società civile e i professionisti della salute**, attraverso una informazione capillare e autorevole, che faccia riferimento a quanto statuito dalle fonti ufficiali.

Fondazione IncontraDonna, da sempre dalla parte dei pazienti e della collettività, **collabora con il Ministero della Salute per la promozione di campagne di comunicazione e informazione** sulla salute e per favorire misure di protezione e immunizzazione più accessibili ed efficaci.

Rappresenta un valido esempio di questa sinergia il **Disco del Calendario Vaccinale**, strumento di comoda consultazione a supporto della campagna di sensibilizzazione **#LaVaccinazioneNonHaEtà** e in linea con il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2023-2025.

Il Disco Vaccinale è distribuito in occasione del Frecciarosa 2024 e nel corso di altre attività a contatto con la collettività promosse da Fondazione IncontraDonna ed è consultabile digitalmente sul sito Incontradonna.it



CATEGORIE A RISCHIO PER ETÀ E PER PATOLOGIA

Un declino della risposta immunitaria correlato all'età, associato alle frequenti patologie concomitanti, comporta una maggiore suscettibilità alle infezioni e un rischio di maggiore gravità della malattia infettiva negli anziani. Questo fenomeno, a fronte del progressivo invecchiamento della popolazione, rappresenta una crescente sfida per la sanità pubblica.

Le malattie nell'anziano tendono, infatti, a essere più gravi e hanno un impatto maggiore in termini di disabilità, riduzione della qualità della vita e mortalità.

Al fine di garantire alla popolazione generale, per quanto possibile, il mantenimento di un buono stato di salute fino all'età avanzata e per prevenire le gravi complicanze derivanti dalle malattie infettive in malati cronici, il PNPV 2023- 2025 promuove quindi un ampliamento dell'offerta vaccinale e un progressivo incremento delle coperture vaccinali, dedicando particolare attenzione proprio alla presa in carico dei soggetti più fragili.

La prevenzione è una delle risposte più appropriate e costo-efficaci per affrontare la sfida di garantire a tutti le migliori condizioni di vita, in quanto contribuisce in maniera sostenibile a migliorare la salute di una popolazione che invecchia.

Persone di età \geq 60 anni

Vaccinazione antinfluenzale: offerta attiva e gratuita a partire dai 60 anni, secondo le indicazioni annuali della Circolare del Ministero della Salute.

Vaccinazione anti-pneumococcica: offerta prioritaria alla coorte dei 65enni, anche simultaneamente alla vaccinazione anti-influenzale oppure indipendentemente da questa e in qualsiasi stagione dell'anno.

Vaccinazione anti Herpes Zoster: 1 o 2 dosi in base a età, condizione e vaccino utilizzato, da offrire alla coorte dei 65enni e ai soggetti a rischio a partire dai 18 anni di età (2 dosi). Questa

vaccinazione può ridurre in maniera molto efficace il rischio di sviluppare l'herpes zoster (noto anche come Fuoco di Sant'Antonio) e la nevralgia post-erpetica (una delle complicanze più frequenti e debilitanti della malattia).

Persone a rischio per patologia

Oltre alle strategie vaccinali basate sull'età, il PNPV 2023-2025 prevede anche l'offerta di vaccinazioni raccomandate e gratuite per le persone di tutte le età considerate a rischio per patologia – ad es. malattie cardiovascolari, respiratorie, oncoematologiche, metaboliche, renali croniche, disordini immunologici e HIV. Questa categoria di persone è a rischio aumentato di contrarre malattie infettive invasive e sviluppare in tal caso complicanze gravi.

LEVIAMOCI QUALCHE DUBBIO

Quali sono le vaccinazioni gratuite?

In generale, tutte quelle raccomandate per età, per condizioni patologiche, per determinati comportamenti o condizioni sono da intendersi ad offerta attiva e gratuita, come indicato nel PNPV 2023-2025. Possono esserci differenze regionali, con alcune regioni ad offerta ampliata.

I pazienti oncologici possono vaccinarsi?

Sì! Alcune vaccinazioni sono fortemente raccomandate per i pazienti oncologici e tutti coloro con cui sono a stretto contatto. Le immunizzazioni consigliate sono: l'antinfluenzale, l'antipneumococcica, l'anti SARS-CoV-2 e l'anti-Herpes Zoster.

Come prenotare una vaccinazione?

Rivolgiti al tuo medico di base e/o al Servizio Igiene e Sanità Pubblica della tua regione.



Per approfondimenti:

visita il sito del Ministero della Salute (www.salute.gov.it)

MANIFESTO PER L'ELIMINAZIONE DEI TUMORI CORRELATI AL PAPILOMAVIRUS

L'Italia può essere il primo Paese europeo a raggiungere l'eliminazione delle forme di tumore causate dal Papilloma Virus entro il 2030.

Per questo motivo, dal marzo 2021, un gruppo di Associazioni, fra cui IncontraDonna, ha deciso di sintetizzare le criticità emerse nella lotta ai tumori correlati all'HPV - e amplificate dalla pandemia da Covid-19 - in un Manifesto che nasce per lanciare un appello alle Istituzioni e alla società civile affinché siano potenziate le attività di prevenzione primaria e secondaria, uniche vere armi contro i tumori causati dal Papillomavirus.



Guarda la videointervista "**l'importanza delle vaccinazioni nei pazienti fragili**" di **Roberto Ieraci**, Infettivologo, Strategie vaccinali Regione Lazio.

Ricerca e innovazione scientifica

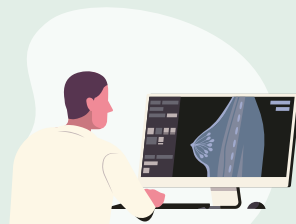
LUCIA DEL MASTRO, DAVIDE SOLDATO

Ricerca e innovazione scientifica nell'oncologia femminile

La ricerca e l'innovazione scientifica hanno un ruolo fondamentale nel migliorare la prognosi e la qualità della vita delle donne che ricevono una diagnosi di patologia oncologica.

Nel sesso femminile il carcinoma mammario è il tumore diagnosticato più frequentemente.

Gli ultimi dati epidemiologici, pubblicati ne "I numeri del cancro in Italia 2023", stimano 55.900 nuove diagnosi in Italia nel 2023. Lo stesso report riporta che all'incirca 37.000 donne in Italia convivono con una diagnosi di carcinoma mammario metastatico. I recenti avanzamenti nella ricerca oncologica e la disponibilità di nuovi farmaci hanno determinato un drastico miglioramento della prognosi. Ad oggi, più del 90% delle donne sono VIVE a 10 anni dopo una diagnosi di tumore mammario e per le donne con tumore metastatico il tasso di sopravvivenza a 5 anni è aumentato del 16% negli ultimi 20 anni. Purtroppo, il carcinoma mammario rappresenta ancora la **prima causa di morte oncologica** nella popolazione femminile, ed è quindi fondamentale continuare a promuovere e sostenere la ricerca per migliorare ulteriormente questi risultati.



Nel corso degli ultimi anni grazie alla ricerca scientifica e ad una migliore comprensione dei tumori, è stato possibile introdurre farmaci che hanno rivoluzionato il trattamento dei tumori femminili e in particolare del carcinoma mammario.

La migliore comprensione del modo in cui le cellule tumorali si moltiplicano ha portato allo sviluppo degli "inibitori di ciclina" per il trattamento delle donne con carcinoma mammario che esprime i recettori per gli ormoni femminili. Questi farmaci agiscono in maniera intelligente per bloccare la moltiplicazione delle cellule tumorali e il loro utilizzo ha permesso di migliorare drasticamente

la sopravvivenza delle donne con tumore mammario metastatico e di ridurre in maniera significativa il *rischio di recidiva* per le donne con tumore mammario in fase precoce.

Un'altra importante innovazione è stata rappresentata dalla modalità con cui le cellule tumorali vengono colpite dai farmaci, ad esempio grazie all'uso dei **“farmaci anticorpo-coniugati”**. Si tratta di farmaci che permettono di colpire in maniera selettiva le cellule tumorali liberando un agente chemioterapico al loro interno, permettendo così di ridurre l'azione sulle cellule normali del corpo e quindi di limitare gli effetti collaterali. Questi farmaci sono ad oggi utilizzati per il trattamento di tutte le forme di carcinoma mammario metastatico e hanno dimostrato di migliorare la sopravvivenza rispetto ai farmaci chemioterapici tradizionali.

Grazie alla ricerca scientifica è stato possibile sviluppare strategie per ridurre l'uso di alcuni trattamenti senza aumentare il rischio di recidiva, ad esempio **grazie all'uso di test genomici**. Questi test permettono di analizzare in maniera più approfondita il tessuto tumorale e di stabilire se sia necessario o meno somministrare una chemioterapia a scopo preventivo dopo l'asportazione chirurgica del tumore mammario che esprime i recettori per gli ormoni femminili.

Infine, la ricerca scientifica ha permesso di ottenere molti risultati per migliorare la qualità della vita delle donne affette da tumore della mammella, ad esempio grazie all'introduzione di nuovi farmaci per ridurre gli effetti collaterali, all'utilizzo di nuove strategie per preservare la funzione delle ovaie e mantenere la fertilità nelle giovani donne e alla maggiore attenzione a strategie integrate che mirano a preservare il benessere delle donne durante e dopo il trattamento.

Simili risultati sono stati ottenuti in altre patologie oncologiche femminili. Alcuni esempi includono l'uso di farmaci innovativi per il trattamento del tumore dell'ovaio in presenza di specifiche alterazioni geniche, l'introduzione dell'immunoterapia per il trattamento del tumore dell'endometrio e della cervice e per quest'ultimo l'introduzione delle campagne di vaccinazione contro il virus HPV.

Metastatico: principali innovazioni

GIACOMO BARCHIESI, GABRIELE PIESCO

Che cosa sono le metastasi?

Le metastasi sono aggregati di cellule tumorali che acquisiscono la capacità di migrare dal tumore primitivo insorto in un determinato organo (mammella, polmone, colon, ovaio, etc.) e attraverso i vasi linfatici e sanguigni moltiplicarsi a distanza senza rispondere ai meccanismi di controllo dell'organismo.

Solo le cellule dei tumori maligni, e non quelle dei tumori benigni, sono in grado di metastatizzare.

Nella maggior parte dei casi la malattia metastatica non è guaribile, ma sicuramente curabile, ossia può essere controllata e cronicizzata con i farmaci.

Dove si localizzano principalmente le metastasi?

Anche se potenzialmente un tumore maligno può formare metastasi in tutti gli organi, alcuni tipi di cancro tendono a dare metastasi in sedi specifiche. Per esempio, il tumore della mammella metastatizza principalmente *nelle ossa, nei polmoni, nel fegato e nel cervello*, mentre i tumori ovarici metastatizzano nella cavità peritoneale. La sede delle metastasi è influenzata dalla facilità con cui le cellule tumorali possono raggiungerla e dalla presenza di molecole che ne favoriscono l'attecchimento e la proliferazione.

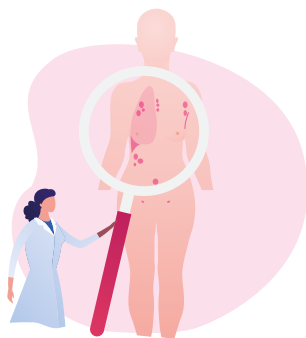
Come si possono manifestare le metastasi?

Non tutti i tumori hanno la stessa propensione a dare metastasi. In alcuni casi le metastasi si formano dopo molto tempo, in altri si assiste ad una rapida evoluzione e le metastasi sono già presenti nel momento della diagnosi. In alcuni casi il tumore viene scoperto dopo l'insorgenza di sintomi legati proprio alle metastasi. Per esempio, le metastasi epatiche possono provocare **l'ittero** (la pelle e la sclera dell'occhio si colorano di giallo), dolori addominali e alterazioni della digestione, le metastasi alle ossa possono provocare dolore e potenziali fratture; le metastasi polmonari possono crea-

re difficoltà respiratorie; le metastasi cerebrali possono provocare mal di testa e sintomi neurologici.

Quali sono i trattamenti per i tumori metastatici ?

Le opzioni farmacologiche per fronteggiare con successo questa condizione sono molteplici e variano in base al tipo di tumore: chemioterapia, terapie a bersaglio molecolare, immunoterapia e ormonoterapia, spesso usate anche in combinazione.



L'obiettivo attuale in oncologia è rappresentato da **una medicina sempre più personalizzata e di precisione, volta alla ricerca di specifiche mutazioni genetiche in base alle quali scegliere farmaci sempre più selettivi**, aumentando quindi la probabilità di un prolungato controllo della malattia. Spesso suddetti farmaci di precisione (a bersaglio molecolare) sono meglio tollerati rispetto alla chemioterapia poiché colpiscono specificamente le cellule tumorali senza danneggiare le cellule sane dell'organismo.

In generale comunque i trattamenti oggi proposti (compresa la chemioterapia) sono ben tollerati, garantendo una buona qualità di vita relazionale, lavorativa, di famiglia e di coppia.

Per l'utilizzo di molti di questi farmaci sono necessarie valutazioni molecolari da eseguire o sul campione di tessuto tumorale (immunostochimica, FISH e NGS) oppure mediante prelievo del sangue (test genetici e biopsie liquide).

La biopsia liquida è un esame diagnostico molto prezioso e non invasivo: consiste in un **semplice prelievo di sangue con il quale intercettare il DNA tumorale circolante consentendo di identificare le mutazioni del DNA** e permettendo quindi all'oncologo di decidere con maggiore precisione il tipo di terapia più adatta al singolo paziente.

Medicina personalizzata

PAOLO MARCHETTI, ANDREA BOTTICELLI

Che cos'è la Medicina Personalizzata?

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. Questo è uno dei pilastri su cui si fonda la personalizzazione del trattamento.

A determinare il successo o l'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. L'effetto dell'**interazione farmacologica** sull'efficacia dei trattamenti è stato dimostrato e pubblicato in pazienti



affette da tumori della mammella estrogeno positivi trattate con farmaci a bersaglio molecolare (le “ciclina”). **Oggi possiamo studiare le interazioni dei farmaci, personalizzare il trattamento e disegnare la carta d'identità di ogni paziente.**

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. Un'altra frontiera è rappresentata dalla biopsia liquida, ovvero dallo studio delle mutazioni con un semplice prelievo di sangue.** Tramite la biopsia liquida non è possibile fare diagnosi di presenza del tumore del seno ma è possibile ottenere delle importantissime informazioni che consentono una più accurata, e soprattutto personalizzata, selezione delle cure. Per esempio, questo tipo di test, in grado di individuare mutazioni con ESRI, è fondamentale per la scelta del trattamento con farmaci orali, come Elacestrant, nelle pazienti affette da neoplasie mammarie HR+.

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.

Cosa sono i farmaci anticorpo-coniugati?

La vera nuova frontiera del trattamento dei tumori è l'introduzione degli ADC, farmaci anticorpo-coniugati. Gli ADC sono farmaci intelligenti che utilizzano gli anticorpi monoclonali per trasportare chemioterapici solo all'interno delle cellule tumorali, si comportano come fossero un cavallo di Troia. **Questi nuovi farmaci combinano**

la **precisione degli anticorpi monoclonali con l'azione della chemioterapia**, aumentando l'efficacia e diminuendo gli effetti collaterali. Tra i più importanti abbiamo Trastuzumab-deruxtecan per le pazienti con un tumore della mammella sia HER2+ che HER2 low e il sacituzumab govitecan per le pazienti con neoplasia mammaria Triplo Negativa.

Oncologia Mutazionale e Test genomici per la definizione del trattamento

Quando parliamo di test multigenici, molecolari, test NGS (next generation sequencing) ci riferiamo all'analisi di 50, 300, fino a oltre 500 geni sulla neoplasia. Questo permette di individuare le mutazioni dei geni ovvero **informazioni fondamentali sia per capire la sensibilità a farmaci a bersaglio molecolare sia per intercettarne le resistenze**. Si sta delineando un nuovo percorso di medicina di precisione, di oncologia personalizzata che non è rappresentato solamente dall'effettuazione del test molecolare: un percorso mutazionale. Questo nuovo percorso prevede alcuni momenti fondamentali affinché si possa realizzare veramente **l'idea del giusto farmaco, per la giusta paziente, nel giusto momento**.

I passaggi fondamentali sono:

- 1.** La giusta indicazione al test ed il giusto momento di effettuazione del test
- 2.** L'interpretazione del risultato del test (molto spesso di difficile interpretazione)
- 3.** La scelta della giusta terapia
- 4.** La possibilità di creare una rete tra i professionisti (non solo oncologi) per garantire l'accesso ai farmaci più innovativi.

Questo percorso deve essere regolato e controllato dal **Molecular Tumor Board (MTB)**, gruppo di specialisti (tra cui oncologo, biologo molecolare, anatomopatologo) che sarà presente le fasi del percorso. La sfida dei prossimi anni sarà garantire questo percorso a tutti i Pazienti.

Test genomici per la definizione del rischio di recidiva

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 DX*, *Mammaprint*, *Prosigna* etc.) fornisce uno **score di rischio** recidiva che **può aiutare l'oncologo medico a individuare quali pazienti hanno bisogno di un trattamento di chemioterapia adiuvante/preventiva** (cioè dopo l'intervento chirurgico) e quali pazienti hanno bisogno **della sola terapia anti-ormonale**.



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



Guarda la videointervista "**innovazione e cura nel tumore al seno: a che punto siamo?**" di **Giuseppe Curigliano**, Oncologo, Istituto Europeo di Oncologia ed Università di Milano, Presidente eletto ESMO.

Immunoterapia

PAOLO MARCHETTI, ANDREA 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 ginecologici, nei tumori del distretto testa-collo e da qualche mese anche nella neoplasia della mammella sia triplo negativa che in fase metastatica triplo negativa sia in fase metastatica. L'innovazione dell'immunoterapia è rappresentata dal suo utilizzo nella fase neoadiuvante nelle pazienti con tumore della mammella Triplo negativo. In questa fase permette la completa scomparsa della malattia in circa il 60% delle pazienti. L'indicazione a questo trattamento e il controllo e la prevenzione degli effetti collaterali sono garantiti nell'ambito dei Centri di Senologia grazie alla collaborazione dei diversi specialisti coinvolti nel percorso.

Comunicazione medico-paziente-caregiver

ANNA COSTANTINI

Un recente studio multicentrico italiano su pazienti con malattia avanzata mostra come il 49% di essi non abbia un'informazione corretta sulla prognosi, di questi il 60% ha la percezione che la famiglia li stia proteggendo da cattive notizie ed il 56% desidererebbe parlare di più della sua malattia con i suoi familiari.

Revisioni sistematiche hanno evidenziato il desiderio dei pazienti oncologici di ricevere maggiori informazioni su malattia, sintomi futuri, loro gestione, opzioni di trattamento e aspettativa di vita con modalità diverse da persona a persona. In generale essi desiderano negoziare con un medico che si mostri empatico e che solleciti domande. Parlare di cancro tuttavia non è un compito facile per nessuno. Nell'immaginario collettivo, infatti, il cancro è ancora uno degli eventi più temuti dalla popolazione generale, che può colpire a qualunque età e fase della vita, che può cambiare la prospettiva esistenziale e i ruoli dentro e fuori la famiglia. Esperienze precedenti interferiscono nella relazione con la persona malata influenzando le parole che si usano, nella maggior parte dei casi in modo non sempre consapevole. Fare attenzione a come si comunica è importante per diverse ragioni: primo perché le parole operano cambiamenti psicologici, secondo perché non possiamo non comunicare e la scelta che ci si pone è se stiamo davvero comunicando ciò che desideriamo o qualcos'altro. Non ci sono in assoluto cose giuste o sbagliate da dire ma quando affrontiamo il tema della malattia, alcune indicazioni generali possono facilitare la comunicazione,



il passaggio della giusta informazione e dare supporto al paziente:

- 1. Usare consapevolmente la comunicazione:** dire “Andrà tutto bene”, “Vedrai tutto si risolve”, “Sei guarito devi stare tranquillo”, “Non preoccuparti, vedrai che la Tac andrà bene” sono frasi che possono costituire una fonte di rassicurazione prematura, dando un sollievo immediato, ma causare in seguito una delusione maggiore se poi si rivelano false speranze. Dire “Non preoccuparti”, inoltre, può comunicare che non siamo disposti ad accogliere le sue paure. Un'altra frase usata spesso è: “Sei forte, devi combattere” implica che in un certo senso non va bene mostrarsi fragile o esprimere la propria ansia bloccando così la possibilità di condividere pensieri negativi.
- 2. Fare attenzione a non identificarsi:** “Se io fossi al tuo posto”, “Se fosse mio padre” voi non siete lui/lei e il paziente non è vostro padre, le persone hanno storie di vita, tratti di personalità e modi diversi di affrontare gli eventi stressanti.
- 3. Dare importanza al non verbale:** la comunicazione non è solo verbale, il tono della voce, l'espressione, lo sguardo, la postura vengono immediatamente colte e arrivano molto prima delle parole. Usare un tono funereo, imbarazzato, evitare il contatto visivo o un'espressione di esagerato ottimismo quando non adeguato alla situazione reale possono comunicare che c'è qualcosa che non va e che si sta cercando di nascondere.
- 4. Considerare che il cancro può dare luogo a reazioni depressive o ansiose anche in chi non ne ha mai sofferto.** Vedere una persona cara demoralizzata o depressa è doloroso, ci fa sentire impotenti e per uscire da questa sensazione sono possibili reazioni come “Tirati su, se ti lasci andare sarò peggio”, “Non devi neanche pensarle certe cose”, “Devi essere positivo, per aiutare la guarigione” che oltre a non essere basate su dati scientifici, innescano sentimenti di colpa per la convinzione di contribuire ad un peggioramento del decorso.
- 5. Essere consapevoli che le emozioni possono creare imbarazzo** e timore di non saperle gestire per questo a volte si cerca di bloccarle o minimizzarle cambiando discorso, dando consigli pratici non richiesti (“Distrai”, “Prova quell'integratore, è miracoloso”), o con ingiunzioni come “Sei guarito devi stare tranquillo”.

lo". Frasi come queste faranno sì che il paziente non si sentirà capito né autorizzato ad esprimere le proprie emozioni ed in futuro le reprimerà, con conseguenti sentimenti di solitudine.

- 6. Trattare la persona malata come qualcuno che va sempre protetto** e che ha perso la sua capacità di autonomia decisionale non è sempre un'operazione efficace. "Lascia che di tutto si occupino gli altri", "Fai parlare me con i medici", "Tu non ti preoccupare di niente" sono accettabili in alcune fasi del percorso di cura, ma aiutare la persona a mantenere un senso di identità ed un grado di autonomia contrasta sentimenti di demoralizzazione.
- 7. Rispondere alle domande cercando prima però di capire cosa la persona desidera davvero sapere** e come vuole che gli sia detto, favorendo così una comunicazione personalizzata.
- 8. Aiutare a capire cosa sta succedendo** restituisce in generale un senso di controllo che una malattia come il cancro sottrae ed evita una regressione psichica che può alimentare sentimenti di impotenza.
- 9. Come iniziare a parlare?** Non è facile vincere quel vuoto di parole che ci causa affrontare un dialogo personale con una persona cara malata, non lo è neanche per un medico addestrato agli aspetti tecnici della malattia, per la mancanza di formazione nel trattare conversazioni difficili che riguardano l'intimità e l'esistenza. Un suggerimento utile è quello di iniziare sempre con una domanda aperta: "Come stai?" perché la persona inizierà a parlare dal punto per lei importante. Chiedere "Come ti senti?" comunica inoltre interesse per la sua esperienza soggettiva, disponibilità all'ascolto e la autorizza a parlare. E, infine, ascoltare senza interrompere con rassicurazioni premature o minimizzazioni, così che il paziente possa darci la direzione su come vuole o può continuare il discorso, sui suoi limiti e i suoi bisogni.
- 10. Ogni persona ha un suo stile personale** di affrontare le intemperie della vita, un suo punto di fragilità, non tutti hanno piacere di parlarne nello stesso modo o magari non in quel momento. C'è anche chi preferisce non parlarne affatto e distrarsi. L'autonomia del paziente va sempre rispettata.
- 11. Se apriamo un canale di comunicazione autentica aspettiamoci delle emozioni**, le nostre e quelle della persona malata. Il

cancro mette chiunque alla prova. È dunque importante essere preparati e non farsi spaventare dalle emozioni, esprimere in modo autentico il proprio dispiacere. Il punto è che non possiamo risolvere i problemi di salute della persona o evitargli la sofferenza ma **possiamo essergli di supporto con interesse autentico ed empatia.**

- 12. Sentire riconosciuta la propria esperienza emotiva** fa sentire profondamente compresi e abbassa il livello delle emozioni. L'empatia è uno dei più potenti strumenti di supporto in grado di modulare le emozioni. Consiste nella capacità di comprendere come una persona stia vivendo una situazione difficile, guardare dalla sua prospettiva e comunicargli questa comprensione. Invece che dire "Dai tirati su, andrà tutto bene" possiamo ad esempio dire: "Deve essere stato davvero duro per te affrontare questa terapia" o "Il risultato della tac deve essere stata proprio una delusione."
- 13. È possibile cambiare le nostre fonti di speranza.** Se la speranza che sappiamo dare è solo quella di vincere la guerra contro il cancro, a volte la si vince e a volte la si perde. Meglio dunque aiutare la persona ad attingere a diverse forme di speranza. Si può dare speranza, ad esempio, valorizzando i successi della medicina e delle sperimentazioni, dando la propria presenza "Ti sarò sempre vicino", "Possiamo parlare quando vuoi se lo desideri", "Sono qui per sostenerti nelle decisioni", usando termini appropriati come "La tua malattia non è guaribile, ma è cronica" o aiutando a mantenere un senso di valore "Essere coraggioso non significa non avere paura, ma riuscire a sopportarla" "Essere forte non significa non provare sconforto e paura".
- 14. Gli esseri umani hanno bisogno di sentire che c'è un perché per cui vivere ed è importante, dunque, favorire la ricerca di fonti di significato:** "Anche nella malattia sei ancora un padre, un marito, un esempio", "Puoi convivere con la malattia mantenendo dignità, identità e valore". Viktor Frankl, uno psichiatra austriaco, ha scritto: "Quando non puoi cambiare qualcosa puoi sempre cambiare l'atteggiamento con cui l'affronti" o con le più recenti parole di Viali: "Il 10% lo fanno i fatti il 90% come li affronti".

Diritti del paziente e del caregiver

ELISABETTA IANNELLI

Informazioni sui diritti dei pazienti oncologici e dei loro caregiver

La speranza di vita per i pazienti oncologici 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 pazienti 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.



La materia è complessa ed articolata. In questa sede ne riportiamo un'agile sintesi che consenta ai pazienti ed ai loro familiari di orientarsi, rinviando, per maggiori approfondimenti su ogni tema trattato, alle seguenti pubblicazioni dell'Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici (AIMaC) a cura dell'Avv. Elisabetta Iannelli con la revisione critica del Coordinamento Generale Medico Legale INPS: **"I diritti del malato di cancro"** e **"Il diritto all'oblio oncologico"** da cui sono tratte le seguenti informazioni.

Esenzione dal ticket per patologia o invalidità

Il paziente oncologico 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 05/02/1992 prevede, per i pazienti 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 pazienti 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, i pazienti oncologici 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.** compilazione ed invio del certificato telematico oncologico introduttivo 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 80/2006). 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 (collegata al certificato oncologico) da parte dell'interessato, personalmente o per il tramite di un delegato o a mezzo di intermediario abilitato (patronati);

Handicap

Può accadere che, a causa della malattia e delle terapie antitumo-

rali, le condizioni di salute del paziente oncologico 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.

Scelta della sede di lavoro e opposizione al trasferimento

Il lavoratore affetto da cancro, riconosciuto portatore di handicap "grave", può chiedere di essere trasferito alla sede di lavoro più vicina possibile al proprio domicilio e non può essere trasferito senza il suo consenso.

Mutamento delle mansioni lavorative e lavoro notturno

Il paziente 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 affetto da 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 affetto da cancro 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. Lo **smartworking** o lavoro agile è un'altra forma di flessibilità lavorativa che consente al lavoratore affetto da cancro di continuare a lavorare anche durante le terapie, ma senza recarsi in ufficio. La richiesta di telelavoro o di smartworking 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"*.

Esenzione dalle fasce di reperibilità in malattia

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 nel caso in cui 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 affetti da cancro, riconosciuti invalidi o con handicap grave, hanno diritto ad usufruire dei seguenti permessi e 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).

Assenza per terapia salvavita

Alcuni contratti collettivi di lavoro (CCNL) tutelano specificatamente i lavoratori affetti da patologie oncologiche e da quelle gravi che richie-

dono 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.

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 affetto da cancro 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 paziente 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 paziente oncologico e con invalidità civile riconosciuta uguale o superiore al 75% 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. Il beneficio è riconosciuto fino ad un massimo di 5 anni di contribuzione figurativa.

Contrassegno di libera circolazione e di sosta

Il paziente oncologico in terapia può chiedere ed ottenere dal Co-

mune 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.

Oblio oncologico

Il 2 gennaio 2024 è entrata in vigore la legge 193/2023 “*Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche*” meglio conosciuta come **legge sull’oblio oncologico**.

Questa legge sancisce il diritto delle persone guarite dal tumore di non fornire informazioni né subire indagini in merito alla propria pregressa malattia e di non subire discriminazioni a causa di essa.

Ha diritto all’oblio oncologico ogni persona guarita da un tumore il cui trattamento terapeutico si sia concluso e non vi siano state recidive, da più di dieci anni per gli adulti o da cinque anni per i tumori diagnosticati prima dei ventun anni. Il fine della legge è quello di escludere qualsiasi forma di pregiudizio o disparità di trattamento nei confronti delle persone guarite dal tumore. La tutela e la prevenzione dalle discriminazioni verso i guariti oncologici *riguarda i settori bancari e in generale finanziari (mutui, prestiti), quelli assicurativi, la possibilità di adottare un figlio, l’accesso e l’inclusione sul lavoro.*

Diritti dei caregiver

Il cancro e le terapie antitumorali mettono a dura prova anche la famiglia dal punto di vista emotivo, ma anche economico e pratico. Se il caregiver lavora, la legge prevede diversi strumenti a tutela dei suoi diritti per consentirgli di conciliare i tempi di lavoro con quelli di assistenza al paziente oncologico, riconosciuto invalido o con handicap grave, tra questi ricordiamo il diritto:

- **alla scelta della sede di lavoro più vicina al domicilio della persona assistita e divieto di trasferimento;**
- **ad utilizzare i permessi lavorativi (3 giorni/mese - legge 104/92);**
- **a fruire del congedo straordinario biennale retribuito;**
- **ad avere la priorità nella trasformazione del lavoro da tempo pieno a part-time;**
- **a non essere adibito a turni di lavoro notturno;**
- **a fruire di ferie e riposi “solidali”.**



Anche in questo 2024 AIOM e Fondazione AIOM hanno deciso di aderire ad un'iniziativa di prevenzione indirizzata all'intera popolazione. L'AIOM è una Società Scientifica che fin dal 1973 rappresenta una delle eccellenze del nostro Sistema Sanitario Nazionale: **l'Oncologia Medica**. Fondazione AIOM è invece nata nel 2005 per riunire nella stessa organizzazione rappresentanti dei clinici, degli infermieri e delle associazioni di pazienti. Ci occupiamo a 360 gradi del contrasto al cancro.

I tumori sono un gruppo eterogeneo di malattie e in Italia, nel 2023, sono state stimate 395.000 nuove diagnosi (208.000 negli uomini e 187.000 nelle donne). Nel post pandemia stiamo assistendo ad una ondata di casi. Nello specifico, in tre anni, l'incremento è stato di 18.400 diagnosi (erano 376.600 nel 2020).

Il cancro risulta al tempo stesso una malattia sempre più curabile e guaribile. Molti pazienti riescono a superarla e possono così tornare ad una vita *"come prima"*. **Inoltre in 13 anni (dal 2007 al 2019) sono state evitate più di 268.000 morti oncologiche grazie soprattutto all'innovazione terapeutica.**

La prevenzione rimane però di gran lunga uno degli strumenti più efficaci a nostra disposizione. Basta seguire tutti i giorni poche semplici regole per evitare problemi di salute molto gravi. In altre parole contro il cancro è sempre meglio giocare d'anticipo seguendo uno stile di vita sano tutti i giorni. Deve essere una priorità di tutti rafforzare la cultura della prevenzione (sia primaria che secondaria). Bisogna partire dall'educazione dei più giovani fino ad arrivare alla promozione degli screening tra la popolazione target. Per tutti questi motivi abbiamo deciso di rinnovare il nostro contributo alla redazione del nuovo Vademecum.

Francesco Perrone, Presidente AIOM

Saverio Cinieri, Presidente Fondazione AIOM



Fondazione IncontraDonna è un'organizzazione non profit che, grazie all'autorevolezza del proprio Comitato Scientifico e all'esperienza dei pazienti che la compongono, è oggi tra le principali associazioni nazionali dedicate al sistema salute.

In particolare, la Fondazione opera al fine di:

- **Stimolare attivamente il dialogo tra Istituzioni, Comunità Scientifiche e Associazioni** per un sistema salute sempre più fondato su equità, innovazione e accessibilità, in funzione dei bisogni della collettività e dei pazienti oncologici, con focus sul tumore al seno.
- **Sensibilizzare sull'importanza della prevenzione e diffondere la conoscenza dei corretti stili di vita.**
- **Migliorare la conoscenza della popolazione** rispetto ai servizi offerti dal Sistema Sanitario Nazionale.
- **Supportare i pazienti e i loro “caregiver”** anche attraverso l'offerta di attività gratuite mente – corpo, di sport e benessere.
- **Implementare la formazione di pazienti, caregiver, volontari e personale sanitario** (corsi ECM).



COME SOSTENERE LA FONDAZIONE INCONTRADONNA



Effettua una donazione

Intestazione: Fondazione IncontraDonna

Causale: donazione

Conto Corrente: Unicredit Banca di Roma

IBAN: IT93D0200805198000400072751

Dona il 5 x Mille

Nel modulo per la dichiarazione dei redditi, troverai un riquadro destinato alle Onlus ("organizzazioni non lucrative di utilità sociale"); basta inserire la firma ed il nostro

codice fiscale 97513990586



FONDAZIONE
Incontra
donna
OCQUIAMOCI DI SALUTE

frecciarosa.it



www.incontradonna.it
www.agenas.it
www.aiom.it

www.salute.gov.it
www.fsitaliane.it
www.farindustria.it