



V A D E M E C U M D E L L A S A L U T E

a cura di

FONDAZIONE
Incontra
donna
OCCUPIAMOCI DI SALUTE



con il patrocinio di



Vademecum online





VADEMECUM DELLA SALUTE

Edizione ottobre 2025



Indice

Lettera del Ministro della Salute	8
Introduzione di Adriana Bonifacino e Antonella Campana	9

1. FATTORI COMPORIMENTALI E SALUTE

One Health	11
· Bambini: promuovere l'educazione all'aperto	
· Epigenetica: una nuova visione della medicina per una vera prevenzione primaria	
Alimentazione	17
Fumo	19
Alcol	22
Attività fisica	26

2. INTRODUZIONE ALLA PREVENZIONE E ALLA CURA ONCOLOGICA

Premessa	29
Modelli di sanità pubblica: screening regionali	30
Rischio oncologico eredo-famigliare	34
Collo dell'utero, endometrio e ovaio	38
Colon retto	45
Cute	47
Fegato e vie biliari	52
Mammella	54
Protesi mammaria e rischio di linfoma	64
Oncoematologia	67
Pancreas	69
Polmone	71
Prostata, reni, testicoli, vescica	74
Stomaco	76
Tiroide	78

3. APPROFONDIMENTI

Salute cardiometabolica, obesità e prevenzione oncologica	81
Vaccinazioni	85
Oncofertilità e sessualità	89
Ricerca e innovazione scientifica	91
Metastatico: principali innovazioni	94
Medicina personalizzata	96
Immunoterapia	98
Comunicazione medico-paziente-caregiver	99
Diritti del paziente e del caregiver	104
Invecchiare in salute	108

Lettera AIOM e Fondazione AIOM	114
--------------------------------------	-----



Il progetto Frecciarosa 2025 è stato realizzato
con il supporto non condizionante di:



FARMINDUSTRIA



Hanno collaborato

Paolo Antonio Ascierto

Oncologo

Istituto Nazionale Tumori IRCCS -
Fondazione Pascale, Napoli

Giacomo Barchiesi

Oncologo

Pol. Umberto I - Sapienza, Roma

Adriana Bonifacino

Senologa Oncologa

IDI IRCCS, Roma
Fondatrice Fondazione IncontraDonna

Andrea Botticelli

Oncologo

Pol. Umberto I - Sapienza, Roma

Maria Rosaria Campitiello

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

Emanuele Caredda

Dirigente Medico

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

Anna Paola Carreca

Biologo 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

Casa di Cura Piacenza

Rosario Andrea Cocchiara

Dirigente Medico

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

Anna Costantini

Psiconcologa

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

Mirella D'Andrea

Dermatologa

Istituto Nazionale Tumori IRCCS -
Fondazione Pascale, Napoli

Lucia Del Mastro

Oncologa

Università degli studi di Genova
Ospedale San Martino, 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

Roberto Farné

Pedagogista

Università di Bologna

Elena Franceschetti

Medico in formazione specialistica

Università degli Studi di Roma
"La Sapienza"

Giuseppe Gambale

Dirigente Medico

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

Denise Giacomini

Dirigente medico

Ministero della Salute

Maria Assunta Giannini

*Ufficio 2 "Promozione dei corretti stili di
vita nella popolazione"*

Direzione Generale dei Corretti Stili di Vita
e dei Rapporti con l'Ecosistema
Ministero della Salute



Elisabetta Iannelli

Avvocato
Presidente Aimac ODV ETS
Segretario Generale FAVO ODV
Rete Associativa ETS

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

Nunzia Liguori

Dirigente biologo
Ministero della Salute

Laura Locati

Oncologa
Istituto Nazionale dei Tumori, Milano

Domenica Lorusso

Oncologa
Humanitas San Pio X, Milano

Paolo Marchetti

Oncologo
Direttore Scientifico IDI IRCCS, Roma

Maria Migliore

Ufficio 2 "Promozione dei corretti stili di
vita nella popolazione"
Direzione Generale dei Corretti Stili di Vita e
dei Rapporti con l'Ecosistema
Ministero della Salute

Alessio Nardini

Direttore Generale
Direzione dei corretti stili di vita e dei
rapporti con l'ecosistema
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

Prisco Piscitelli

Epidemiologo
Vicepresidente Società Italiana di Medicina
Ambientale (SIMA)

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

Pierluigi Rosi

Ufficio 2 "Promozione dei corretti stili di
vita nella popolazione"
Direzione Generale dei Corretti Stili di Vita e
dei Rapporti con l'Ecosistema
Ministero della Salute

Ilaria Sabatucci

Ginecologa
Humanitas San Pio X, Milano

Flavio Siniscalchi

Capo del Dipartimento per lo Sport
Presidenza del Consiglio dei Ministri

Davide Soldato

Oncologo
Ospedale San Martino, Genova

Margherita Turinetto

Oncologa
Humanitas San Pio X, Milano

Con il patrocinio di:



Ministero della Salute



FARMINDUSTRIA

Con il patrocinio delle Società Scientifiche:



ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LO STUDIO DEL PANCREAS



ASSOCIAZIONE ITALIANA TIROIDE ENTE DEL TERZO SETTORE



...insieme per le donne



A.N.I.S.C. Associazione Nazionale Italiana Senologi Chirurghi



Collegio Italiano dei Primari Oncologi Medici Dipendisti



COLLEGIO ONCOLOGI MEDICI UNIVERSITARI



FEDERAZIONE DELLE SOCIETÀ ITALIANE DI NUTRIZIONE



SIAPEC - IAP



SOCIETÀ ITALIANA DI CANCEROLOGIA



Società Italiana di Colposcopia e Patologia Cervicovaginale



Società Italiana Endocrinologia



SOCIETÀ ITALIANA DI GERIATRIA E GERIATRIA



Società Italiana di Medicina Endocrinologica



Società Italiana di Pediatria



Società Italiana di Psico-Oncologia



SOCIETÀ ITALIANA PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE



SOCIETÀ ITALIANA DI RADII Medici Oncologi e Sanità Pubblica



Società Italiana di Urologia e Medicina Benigna

Partner tecnici:



LETTERA DEL MINISTRO DELLA SALUTE



Care viaggiatrici e cari viaggiatori,

è per me un rinnovato piacere contribuire alla nuova edizione del Vademecum della Salute, la preziosa guida realizzata ogni anno nell'ambito del progetto FrecciaRosa, promosso dalla Fondazione IncontraDonna con il Gruppo Ferrovie dello Stato Italiane e il patrocinio del Ministero della Salute e della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Da quindici anni questa virtuosa iniziativa, insieme ai medici e ai volontari che vi partecipano, attraversa in treno l'Italia offrendo visite mediche gratuite e divulgando informazioni utili per rafforzare la prevenzione del tumore al seno.

Adottare stili di vita sani e aderire ai programmi di screening messi gratuitamente a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale è indispensabile per vivere in salute e ridurre i rischi di insorgenza di patologie croniche, tra cui quelle oncologiche.

Non c'è farmaco più potente della prevenzione per migliorare la qualità della vita delle persone. Proprio con questa consapevolezza stiamo lavorando per porre la prevenzione al centro di un nuovo paradigma da costruire attraverso un impegno forte e collettivo.

Proseguiamo con visione e determinazione su questa strada consolidando un approccio proattivo e collaborativo al fine di coinvolgere maggiormente i cittadini e sensibilizzarli a prendersi cura della propria salute, anche quando si sta bene.

È la direzione verso cui si muove la campagna FrecciaRosa che, una tappa dopo l'altra, accompagna le italiane e gli italiani nel viaggio più importante, quello per diventare protagonisti della propria salute.

Buon viaggio e buona lettura.

Orazio Schillaci

Ministro della Salute

DIAMO IL VIA AL FRECCIAROSA 2025!



Al via la 15ª edizione di FrecciaRosa, che quest'anno si presenta con il nome "FrecciaRosa – la prevenzione da 15 anni viaggia con noi", a celebrare quindici anni di impegno congiunto nella promozione della salute e nella diffusione della cultura della prevenzione.

Ottobre torna a essere un mese interamente dedicato alla prevenzione del tumore del seno e delle principali patologie oncologiche, agli stili di vita sani e alla consapevolezza ambientale. L'approccio alla Salute Globale (One Health) continua a guidare le nostre azioni: la salute dell'individuo è strettamente legata a quella dell'ambiente e delle comunità in cui viviamo. 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 a bordo dei treni del Gruppo FS Italiane, rivolte a donne e uomini. In alcune fasce di età, e secondo valutazione del medico di bordo, sarà possibile effettuare anche visite senologiche ed eventuale ecografia di supporto, per meglio indirizzare agli approfondimenti in **Servizio Sanitario Nazionale (SSN)**. FrecciaRosa attraversa l'intero Paese, comprese le isole maggiori, portando messaggi di salute e rafforzando il valore del nostro SSN, al quale facciamo sempre riferimento.

Il **Vademecum della Salute** resta uno degli strumenti fondamentali per avvicinare le persone alla prevenzione: distribuito gratuitamente sui treni, in alcune Freccia Lounge e scaricabile dal sito www.incontradonna.it, è pensato per essere letto, condiviso e diffuso nei luoghi di lavoro, in famiglia, tra amici. Bastano pochi minuti per acquisire informazioni utili e attuali, frutto della collaborazione con professionisti qualificati.

Tra le novità di quest'anno, il sostegno concreto a un progetto di ricerca sul tumore del seno: un gesto tangibile che guarda al futuro, testimoniando l'impegno della Fondazione anche nel campo della **ricerca scientifica**.

Un ringraziamento speciale agli instancabili Volontari di IncontraDonna, ai medici a bordo treno che offriranno con professionalità ed empatia le consulenze gratuite in questo mese, a tutti i professionisti che hanno collaborato alla stesura del Vademecum, e allo staff della Fondazione.

Un sentito ringraziamento al Gruppo FS Italiane, partner storico del progetto, e al Ministero della Salute per il costante supporto istituzionale.

Adriana Bonifacino

Fondatrice, Fondazione IncontraDonna

Antonella Campana

Presidente, Fondazione IncontraDonna

1.

FATTORI COMPORTAMENTALI E SALUTE



One Health

GIOVANNI LEONARDI, ALESSIO NARDINI, DENISE GIACOMINI

La salute pubblica non può più essere considerata un obiettivo isolato, ma deve essere vista come il risultato di un'azione concertata che coinvolge tutti gli aspetti della vita quotidiana, dalla scuola all'alimentazione, dall'ambiente alla gestione delle risorse naturali.

Il Dipartimento One Health del Ministero della Salute ha intrapreso un percorso significativo volto a sensibilizzare i cittadini riguardo l'importanza di uno stile di vita sano, sostenibile e rispettoso dell'ecosistema. Questo obiettivo viene perseguito attraverso una serie di **strategie mirate e integrate** che combinano approcci educativi, scientifici e socio-sanitari.

In particolare, con la direzione di nuova istituzione dei corretti stili di vita e dei rapporti con l'ecosistema si affrontano i temi cruciali come le dipendenze (da alcol, fumo e doping), l'attività fisica, la salute mentale, i disturbi alimentari, la salute connessa ai fattori ambientali e la disabilità, cercando di sensibilizzare la popolazione a comportamenti responsabili e integrati in un'ottica di salute pubblica.



Particolare attenzione sarà riservata ad una **visione ecologica e sostenibile**, che **incoraggi i cittadini a fare scelte quotidiane** con impatto positivo sulla salute del pianeta, come il riciclo e l'adozione di comportamenti rispettosi della natura.

La salute mentale riveste una notevole importanza e a tale riferimento si prevedono specifiche azioni, anche in collaborazione con il settore dell'istruzione, al fine di pianificare interventi integrati per il benessere globale e psicologico.

Un concetto fondamentale, per l'approccio One Health, riguarda l'**esposoma**, cioè l'insieme di fattori ambientali che influenzano la nostra salute durante la vita. Sensibilizzare la popolazione sull'importanza di ridurre l'esposizione a fattori di rischio ambientali è un passo fondamentale **per promuovere comportamenti più responsabili e sostenibili, anche per la prevenzione del cancro**. In quest'ambito, il Dipartimento One Health vuole sviluppare **iniziative di sensibilizzazione sulla qualità dell'aria, l'uso di pesticidi e la gestione dei rifiuti**, promuovendo il coinvolgimento attivo dei cittadini in azioni che migliorano la qualità dell'ambiente, come l'uso di prodotti sempre più ecologici. Inoltre sarà compito del Dipartimento, anche per il tramite del Focal Point nazionale di EFSA, prevedere una comunicazione chiara e accessibile sui rischi alimentari che è fondamentale per permettere ai cittadini di compiere scelte consapevoli e adottare comportamenti sicuri nella gestione degli alimenti. **Il coinvolgimento attivo della popolazione e il cambiamento dei comportamenti sono fondamentali per costruire una società più sana, più sicura, resiliente e in armonia con l'ecosistema.**

Promuovere l'educazione all'aperto

ROBERTO FARNÉ

Con *outdoor education*, o **educazione all'aperto**, si intende un approccio pedagogico che privilegia l'ambiente esterno come "ambiente di apprendimento". L'obiettivo è di promuovere attività educative, formali e non formali, sia in ambito scolastico che extrascolastico, valorizzando il territorio e in particolare gli ambienti naturali.

Le condizioni dell'infanzia oggi, nella nostra società, vedono il diffondersi di **stili di vita dove i bambini e le bambine sono sempre più chiusi**: in casa, a scuola, in ambienti connotati da forme di controllo che limitano fortemente la crescita di quei

campi d'esperienza fondamentali per lo sviluppo psicofisico in una fascia d'età, dall'infanzia alla preadolescenza, dove il corpo e il movimento, l'esplorazione, le sensibilità tutte, la socialità ludica hanno bisogno di tempi e spazi per esprimersi nelle forme e nelle modalità libere. E l'ambiente esterno offre le migliori opportunità affinché ciò avvenga.

Prima che un'istanza pedagogica, dunque, l'*outdoor education* è una condizione che riguarda la salute e il benessere del soggetto. Portando il discorso nell'ambito scolastico, garantire lo star bene a scuola è la base fondamentale per favorire la qualità didattica dell'apprendimento; e che la scuola oggi generi spesso forme di malessere è ampiamente documentato. Le ricerche nel campo delle scienze dell'educazione e della salute concordano nel rilevare come la perdita di esperienze con l'ambiente esterno nella sua fisicità e naturalità, durante l'età dello sviluppo, comporti una perdita di competenze sul piano psicomotorio, una minore capacità attentiva, un aumento di insicurezza e fragilità emotiva. Si diffondono così veri e propri pregiudizi antiscolastici: che se i bambini stanno fuori allora si ammalano facilmente, che la libertà di gioco e di esperienze all'aperto determina un aumento di incidenti fisici ecc. È vero esattamente il contrario: **più i bambini trascorrono tempo all'aperto**, soprattutto in ambienti con caratteristiche naturali, con le normali precauzioni, **più migliora la loro salute, imparano a valutare i rischi mettendosi alla prova e misurando le proprie capacità, sviluppano curiosità e attenzione.** In altre parole: sono attivi sul piano intellettuale ed emotivo grazie anche a quella "psicomotricità naturale" che è alla base di tantissimi giochi spontanei.

Alla necessaria, doverosa protezione dell'infanzia, si è sostituita una iperprotezione che è antipedagogica poiché tende ad espropriare i bambini delle esperienze necessarie alla loro crescita. L'educazione consiste nel portare i bambini e le bambine a fare esperienze, non a toglierle.



Epigenetica: una nuova visione della medicina per una vera prevenzione primaria

PRISCO PISCITELLI

Nel dizionario enciclopedico Treccani pubblicato nel 1955, alla voce “tumore” corrispondeva la definizione di “malattia professionale dei lavoratori dell’industria chimica”, riconoscendo quindi un preciso nesso di causalità.

Questo chiaro riferimento ad un’eziologia del cancro come collegata alle esposizioni a sostanze chimiche è progressivamente scomparso nei decenni successivi, aprendo la porta a spiegazioni generiche basate su una patogenesi “multifattoriale”. Oggi, il cancro è **generalmente associato all’invecchiamento della popolazione come conseguenza dell’accumulo casuale di mutazioni da danno genetico ossidativo**. L’incremento dei casi di cancro è inoltre attribuito da molti addetti ai lavori al miglioramento delle nostre capacità diagnostiche: siamo cioè in grado di fare più diagnosi di tumori (vedi screening mammari o della cervice uterina).

Tuttavia, questa spiegazione non chiarisce perché gli aumenti più elevati e più rapidi dell’incidenza del cancro si osservano nelle fasce di età più giovani (ad esempio tra i 25 e i 39 anni si registra il massimo incremento del numero di mastectomie: +23% in sette anni), compresi i bambini (+3.2% di aumento per tutti i tumori sotto 1 anno di età), laddove almeno questi ultimi non sono esposti ai tradizionali fattori di rischio come il fumo di sigaretta (“i bambini non fumano”), fattori professionali o a prolungata adozione dei cosiddetti “stili di vita insalubri”.

L’aumento dell’incidenza del cancro nel primo anno di vita e nei giovani è stato potenzialmente collegato all’esposizione già a livello transplacentare (materno-fetale) o nella fanciullezza ad agenti pro-cancerogeni o alla **trasmissione transgenerazionale di alterazioni epigenetiche** già presenti nei gameti come conseguen-

za dell'esposizione genitoriale a diversi contaminanti ambientali nei “primi mille giorni di vita” ma anche durante gli anni fertili dell'adulto. Si tratta di un cambio di prospettiva rispetto al paradigma eziologico della teoria della cancerogenesi. Infatti, nei giovanissimi non possiamo ipotizzare – al contrario degli adulti e degli anziani – un progressivo accumulo di mutazioni casuali (stocastiche) del DNA, come presuppone il modello patogenetico classico (la cosiddetta “teoria delle mutazioni somatiche”, SMT).



Ad esempio se finora un giovane poteva rispondere che fumare sigarette era una sua decisione che non faceva male a nessun altro che a lui (a parte il fumo passivo), oggi sappiamo che le sostanze sviluppate nella combustione delle sigarette al pari di altre esposizioni ambientali potranno produrre alterazioni epigenetiche anche nelle cellule germinali, con trasmissione diretta alle successive generazioni.

Riconoscere la teoria eziologica più appropriata per la cancerogenesi ci consentirebbe di attuare adeguate misure di prevenzione primaria, come la rimozione dell'esposizione individuale a sostanze chimiche e agenti cancerogeni ambientali (Classe IARC 1 e 2). È questa la sfida di una nuova visione della medicina e dell'epidemiologia che sia in grado di cambiare il mondo.

Le statistiche che stiamo generando (che spesso si limitano a “conteggiare” i “morti”, i casi “osservati” e “attesi”) devono trasformarsi in azioni preventive evidenziando tempestivamente le minacce emergenti per la salute delle persone – con un focus particolare sui bambini e sui giovani – al fine di fornire possibili soluzioni. Per

raggiungere questo obiettivo, **le osservazioni epidemiologiche (che rappresentano i “fatti”) dovrebbero guidare lo sviluppo di coerenti teorie eziologiche della cancerogenesi**, così come per tutte le altre condizioni che sono in drammatico aumento anche in età pediatrica: malformazioni congenite, malattie autoimmuni e metaboliche (compreso il diabete di tipo 1) o disturbi del neurosviluppo neurologico (ad esempio l'autismo), tenendo conto delle interazioni tra epigenoma, stile di vita e ambiente.

Si apriranno in tal modo opportunità inaspettate per la prevenzione primaria sia farmacologica che non farmacologica e sarà possibile ridurre l'impatto di queste nuove epidemie che caratterizzano il XXI secolo.

Alimentazione

NUNZIA LIGUORI

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute come “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità” in cui l'alimentazione gioca un ruolo fondamentale nella riduzione del rischio di numerose patologie croniche come diabete, ipertensione, obesità e malattie cardiovascolari.

La sana alimentazione si basa sull'equilibrio dato da varietà degli alimenti, moderate quantità e attenzione alla qualità nutrizionale. Frutta, verdura, cereali integrali, legumi, proteine magre e grassi insaturi, come quelli contenuti nell'olio d'oliva e nel pesce, sono alleati della salute.



Al contrario, un consumo eccessivo di alimenti ricchi di zuccheri, grassi saturi e sale può favorire infiammazioni, squilibri metabolici e aumentare il rischio di malattie.

Un **modello alimentare riconosciuto per equilibrio e benefici è la dieta mediterranea**. Si basa su un apporto prevalente di **carboidrati complessi** (pane, pasta, cereali), che forniscono il 50-65% dell'energia quotidiana. Gli **zuccheri semplici**, contenuti soprattutto nella frutta, **sono limitati**.

I grassi, circa il 25% delle calorie, derivano principalmente dall'olio extravergine d'oliva, ricco di grassi “buoni”. Le **proteine** coprono fino al 15% del fabbisogno e provengono **da fonti vegetali** (come legumi) e animali, in particolare pesce, carni bianche, uova, latticini, con un consumo moderato di carni rosse.

Fondamentali anche le **fibre, presenti in frutta, verdura e cereali integrali.**

Si consiglia il consumo quotidiano di almeno 3 frutti e 2 porzioni di verdure, legumi 3 volte a settimana.



A completare uno stile di vita sano, **l'attività fisica va praticata con regolarità:**

aiuta a mantenere un peso adeguato, migliora l'umore e favorisce la socialità, soprattutto nei più giovani.

Le abitudini alimentari si formano fin dalla prima infanzia e influenzano profondamente la qualità della vita diventando un concreto strumento di prevenzione. Educare fin da piccoli a una corretta alimentazione è fondamentale. **Le scelte quotidiane diventano abitudini e le abitudini, nel tempo, diventano stile di vita.**

Promuovere la consapevolezza alimentare nelle scuole, nelle famiglie e sui social può contribuire a creare una società più sana e più longeva.

Fumo

MARIA ASSUNTA GIANNINI, PIERLUIGI ROSI

Consumo di prodotti del tabacco e con nicotina

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 promuovere 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 operanti presso i Centri antifumo presenti sul territorio (<https://smettodifumare.iss.it/it/centri-antifumo/>) 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. 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 assimilabile 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, soprattutto, da parte dei giovani.



Per approfondire:

<https://www.salute.gov.it/new/it/tema/fumo-prodotti-del-tabacco-sigarette-elettroniche/> <https://smettodifumare.iss.it/it>

Alcol

MARIA ASSUNTA GIANNINI, MARIA MIGLIORE

La vulnerabilità delle donne all'alcol

Le donne, insieme agli **anziani** e i **giovani**, **rappresentano il target più suscettibile a subire i danni da assunzione di alcol**. Il motivo della maggiore vulnerabilità delle donne agli effetti dell'alcol rispetto agli uomini è dovuta alla minore capacità di metabolizzare l'alcol, conseguente alla minore massa corporea femminile e alla ridotta concentrazione di acqua corporea. Ciò determina, a parità di consumo di bevande alcoliche, un livello di alcol nel sangue più elevato nelle donne rispetto agli uomini.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità segnala che le donne che consumano bevande alcoliche hanno 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).



Meno consumi, meno rischi

Le linee guida del Consiglio per la Ricerca in Agricoltura e l'Analisi dell'Economia Agraria, CREA, consigliano alle donne un consumo giornaliero che non deve superare i 12 grammi di alcol al giorno (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, soprattutto nelle fasce di età più giovani.

Assumere alcol fuori pasto, comportamento estremamente diffuso 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 comporta **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. Ma la condizione patologica più caratteristica causata dal consumo di bevande alcoliche in gravidanza è la Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD), ovvero spettro dei disordini feto-alcolici che comporta una serie di problematiche fisiche.



La **manifestazione più grave è la Sindrome Feto-Alcolica** (Fetal Alcohol Syndrome, FAS), caratterizzata da una serie di anomalie strutturali e di sviluppo neurologico che comportano gravi disabilità comportamentali e neuro-cognitive.

È importante tenere presente che 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 possono essere evitati al 100 per cento, basta evitare di consumare bevande alcoliche 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 dall'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 3.200 i nuovi casi di cancro tra le donne in Italia, di cui 2.300 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. 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 on sandali itarie, come per esempio le palestre della salute. In sintesi, praticare sport e svolgere attività fisica regolare - come ricorda spesso il Ministro per lo sport e i giovani Andrea Abodi - costituisce una vera e propria “difesa immunitaria sociale ed individuale”.

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.

L'attività fisica, inoltre, migliora il benessere e la qualità della vita anche come esercizio nella riabilitazione da gravi patologie, ad esempio quelle oncologiche.

Un esempio significativo di iniziativa a favore delle donne operate di carcinoma mammario è il progetto **RE-START Cancer Care – Il nuovo inizio dopo la diagnosi di cancro**, promosso dalla Fondazione IncontraDonna. Avviato nel 2024, il progetto offre un percorso riabilitativo gratuito e multidisciplinare che include diverse attività tra cui il canottaggio.

Questa disciplina, oltre a favorire il recupero fisico, promuove la coesione tra le partecipanti e una nuova consapevolezza del proprio corpo. La squadra di canottaggio di RE-START prenderà parte anche nel 2025 alla regata organizzata nell'ambito dei Roma Breast Days.

L'attività fisica, e quella sportiva in particolare – riconosciuta finalmente anche dalla nostra Costituzione all'art. 33 per il suo valore educativo, sociale e di promozione del benessere psicofisico – ha dunque effetti straordinariamente positivi per la salute di tutti i cittadini, sia in termini di prevenzione che di cura, e se associata ad una sana alimentazione e corrette abitudini quotidiane, favorisce certamente una migliore 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 delle sue 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 2024 sono risultate quelle a carico di mammella, colon-retto, polmone, prostata, vescica, endometrio, tiroide, pancreas, fegato, rene, stomaco, linfomi non Hodgkin, melanoma, leucemie e sistema nervoso centrale. Secondo le previsioni nei prossimi decenni aumenterà il numero assoluto annuo di nuove diagnosi oncologiche in Italia. Sono state calcolate una media d'incremento dell'1,3% per anno negli uomini e dell'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, EMANUELE CAREDDA,
ELENA FRANCESCHETTI**

La **prevenzione oncologica secondaria** ha l'obiettivo di individuare i tumori in uno stadio precoce, quando ancora non danno sintomi evidenti. Scoprire una neoplasia nelle sue fasi iniziali permette di intervenire tempestivamente con trattamenti più efficaci, aumentando significativamente le probabilità di guarigione, migliorando l'evoluzione della malattia e riducendo la mortalità.

Per il suo importante impatto sulla salute della popolazione, la prevenzione oncologica secondaria è inclusa nei **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**, cioè nelle prestazioni garantite gratuitamente.

In Italia sono attivi tre programmi di screening oncologico organizzati a livello nazionale, rivolti a specifiche fasce di età, per la diagnosi precoce di:

- tumore della mammella;
- tumore della cervice uterina;
- tumore del colon-retto.



Questi programmi sono ormai una realtà consolidata, tuttavia l'adesione della popolazione risulta ancora disomogenea tra le diverse Regioni, evidenziando la necessità di potenziare l'informazione e l'organizzazione territoriale.

Le prospettive future per la prevenzione oncologica secondaria sono orientate a migliorare l'efficacia e la personalizzazione degli screening, grazie a:

- l'estensione della fascia di età compresa negli screening su scala nazionale (fino a 74 anni per il tumore del colon-retto e ampliando invece il target dai 45 ai 74 anni per il tumore della mammella);

- l'estensione degli screening a nuovi tumori, come quelli del polmone e della prostata, soprattutto per persone ad alto rischio;
- l'impiego di tecnologie innovative, come la TC a bassa densità per lo screening del tumore del polmone;
- l'adozione di modelli di screening basati sul rischio individuale che, attraverso algoritmi predittivi, valutino la probabilità personale di sviluppare la malattia, superando l'approccio tradizionale basato unicamente sull'età.

Questi sviluppi promettono programmi di screening più mirati, sostenibili e accessibili, migliorando così la prevenzione e la gestione oncologica su tutto il territorio nazionale.

Proteggi la tua salute con pochi semplici passi, gratuiti e sicuri. Per maggiori informazioni, contatta la tua ASL di appartenenza o visita il sito del Servizio Sanitario Regionale.

Screening gratuito per il tumore del colon-retto

Chi può partecipare?

Uomini e donne tra i 50 e i 69 anni (in alcune Regioni fino ai 74 anni). Riceverai a casa una lettera di invito dalla tua ASL.

Che cos'è il test?

Il test consiste nella ricerca del sangue occulto nelle feci, cioè tracce di sangue non visibili a occhio nudo. Si esegue ogni 2 anni e può aiutare a individuare polipi o tumori in fase precoce.

Come si fa il test?

- Ritira gratuitamente il kit in farmacia, portando con te la tessera sanitaria e la lettera di invito.
- Raccogli il campione a casa, seguendo le istruzioni.
- Riconsegna la provetta nella farmacia o nella struttura indicata, senza appuntamento.



E se il test è positivo?

Verrai contattato dalla tua ASL per eseguire una colonscopia di approfondimento, un esame che può diagnosticare e rimuovere eventuali polipi.

Screening gratuito per il tumore della cervice uterina

Chi può partecipare?

Tutte le donne tra i 25 e i 64 anni, su invito della propria ASL.

Che tipo di test si esegue?

Dipende dall'età:

- Pap test: ogni 3 anni per le donne tra i 25 e i 29 (in alcune Regioni fino ai 34 anni).
- HPV-DNA test: ogni 5 anni per le donne tra i 30 e i 64 anni.
- Per chi ha ricevuto la vaccinazione per HPV si procede direttamente con l'HPV-DNA test all'età di 30 anni (in alcune Regioni).
- Le donne di 25 anni che non sono state vaccinate possono sottoporsi gratuitamente alla vaccinazione con la prima chiamata di screening (in alcune Regioni).

Questi test permettono di individuare alterazioni delle cellule o la presenza del Papilloma virus (HPV), che può provocare tumori nel tempo.

Come funziona lo screening?

- Riceverai una lettera di invito con le indicazioni su dove e quando eseguire il test.
- L'esame è semplice, veloce e gratuito, effettuato da personale sanitario qualificato.

E se il test risulta positivo?

Potrai essere indirizzata a fare:

- una colposcopia, per osservare meglio il collo dell'utero
- eventualmente una biopsia, se necessario

In base ai risultati, il medico potrà:

- avviare il trattamento precoce, oppure

- continuare con un monitoraggio, secondo le indicazioni del programma di screening

Perché è importante partecipare?

Lo screening consente di individuare precocemente eventuali lesioni prima che diventino un tumore.

Screening gratuito per il tumore della mammella

Chi può partecipare?

Donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni, invitate direttamente dalla ASL di appartenenza. Dai 45 e/o fino ai 74 anni in alcune Regioni.

Che cos'è lo screening mammografico?

È un programma di prevenzione che prevede l'esecuzione di una mammografia ogni due anni. La mammografia è un esame radiologico del seno che consente di individuare eventuali anomalie o tumori anche prima della comparsa dei sintomi.

Come si accede allo screening?

- Riceverai una lettera di invito dalla tua ASL con l'indicazione di data, ora e luogo dell'esame.
- La mammografia è gratuita e non serve l'impegnativa del medico di base.
- L'esame viene effettuato in ambulatori specializzati da personale esperto.

E se il risultato è positivo o dubbio?

In caso di esito sospetto, sarai contattata per eseguire esami di approfondimento (come ecografia o biopsia) in tempi rapidi e senza costi aggiuntivi. Se necessario, sarai presa in carico per eventuali trattamenti precoci, con un percorso di cura personalizzato.

Perché è importante partecipare?

Lo screening consente di diagnosticare il tumore della mammella in fase iniziale, aumentando le possibilità di cura e riducendo la necessità di trattamenti invasivi.

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 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%-72% mammella (uomini): 0.2%-1,2% ovaio :39%-58% pancreas: ≤5% prostata: 7%-26%	mastectomia bilaterale, opzionale; salpingo-ooforectomia a 35-40 aa, raccomandata
Carcinoma della mammella e dell'ovaio ereditario/ anemia di Fanconi	<i>BRCA2</i>	AD/AR	mammella (donne) 55%-69% mammella uomini: 1,8%-7,1% ovaio: 13%-29% pancreas 5%-10% prostata: 19%-61%	mastectomia bilaterale, opzionale; salpingo-ooforectomia a 40-45 aa, raccomandata
Sindrome di Li Fraumeni	<i>TP53</i>	AD	mammella: >60% pancreas: 5% cerebrale: 10% sarcomi: 6.6%	mastectomia bilaterale, opzionale
Sindrome di Peutz-Jeghers	<i>STK11</i>	AD	mammella: 32% -54% ovaio (non epiteliale): ≥20% utero: 9% cervice uterina: 10% pancreas: > 15% colon: 39% stomaco: 29% polmone: 7%-17% testicolo: 9%	isterectomia, opzionale
Sindrome di Cowden	<i>PTEN</i>	AD	mammella: 40-60% endometriale: 5-22% tiroide: 3-16.5% colon: 9-16% rene: 34% Melanomi 6%	mastectomia bilaterale, caso-specifica; isterectomia opzionale
Tumore gastrico diffuso ereditario	<i>CDH1</i>	AD	mammella: 37%-55% gastrico diffuso: 13.6-42%	mastectomia bilaterale, opzionale; gastrectomia a 18-40 aa, raccomandata
Suscettibilità al tumore della mammella e del pancreas	<i>PALB2</i>	AD	mammella (donne): 32%-53% mammella (uomini) 0.9% negli uomini; ovaio: 3%-5% pancreas: 2%-5%	mastectomia bilaterale, opzionale; salpingo-ooforectomia dopo i 45 aa, opzionale
Suscettibilità al tumore della mammella/anemia di Fanconi	<i>RAD51C</i>	AD/AR	mammella: 20% ovaio: 10%-15%	Salpingo-ooforectomia dai 45-50 aa, raccomandata
Suscettibilità al tumore della mammella	<i>RAD51D</i>	AD	mammella: 20% ovaio: 10%-20%	Salpingo-ooforectomia dai 45-50 aa, raccomandata
Suscettibilità al tumore della mammella/Atassia Teleangiectasia	<i>ATM</i>	AD/AR	mammella: 21%-24% ovaio: 2%-3% pancreas: 5%-10% prostata: > rispetto a pop. gen. Colon: 5%-10% stomaco: 2%-3%	-
Familial ovarian cancer	<i>BRIPI</i>	AD	Ovaio: 10%-15%	Salpingo-ooforectomia, raccomandata

Sindrome	geni	Ereditarietà	Tumore correlato (% rischio di ammalare)	Strategie chirurgiche di prevenzione primaria
Suscettibilità al tumore della mammella	<i>BARD1</i>	AD	mammella: 17%-30%	-
Suscettibilità al tumore della mammella e della prostata	<i>CHEK2</i>	AD	mammella: 20%-27% prostata: fino al 24%	-
Sindrome di Lynch	<i>MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM</i>	AD	mammella: <15% ovaio: <38% pancreas: <10%-15%; vie biliari <3,7% prostata: <24% endometrio: ≤57% colon: ≤61% stomaco: ≤9% tenue: ≤11% rene, pelvi, uretere: ≤28% vescica: ≤12,8% 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%-2,5% encefalo: 1%	colectomia, solo se l'eccessivo numero di poliposi non permette un controllo endoscopico sufficiente
Poliposi Adenomatosa Familiare attenuata	<i>MUTYH (v. bialleliche)</i>	AR	colon: 70%-90% duodeno: 4% ovaio: 6-14% vescica/tratto urinario: 6%-8% (♀), 6%-24% (♂)	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%	-

Fonti: NCCN (National Comprehensive Cancer Network) Guidelines 2025 e 2024. PMID: 20301710; PMID: 20301434

Legenda: AD: autosomica dominante; AR autosomica recessiva; pop. gen.: popolazione generale; NET: tumore neuroendocrino. In grassetto, i tumori per i quali è prevista una prevenzione primaria chirurgica.

Didascalia: Tabella. Principali sindromi da suscettibilità oncologica e rispettivi geni causativi. Alcuni geni di suscettibilità ai tumori che in condizione di eterozigosi (una sola copia del gene mutato) aumentano il rischio di patologia oncologica, sono causa di rare sindromi autosomiche recessive dell'infanzia se vengono ereditate due copie del gene mutato. Pertanto, l'identificazione in un individuo di una variante patogenetica in un gene di predisposizione allo sviluppo di tumori rappresenta l'indicazione ad eseguire il test negli altri membri della famiglia, non solo per valutare la suscettibilità a sviluppare tumori ma anche per valutare il rischio riproduttivo dell'individuo/coppia.

Collo dell'utero, endometrio e ovaio

DOMENICA LORUSSO, MARIACHIARA PADERNO, ILARIA SABATUCCI,
MARGHERITA TURINETTO

Negli ultimi anni, i tumori ginecologici hanno subito un'importante evoluzione sia nella fase diagnostica sia nella fase terapeutica, con l'affermarsi di ulteriori armi terapeutiche al di là della chirurgia e della chemioterapia "tradizionali".

La prevenzione, attraverso controlli regolari e uno stile di vita sano, è fondamentale per ridurre il rischio e favorire diagnosi tempestive.

COLLO DELL'UTERO

Il tumore del collo dell'utero è una neoplasia che colpisce la cervice, la parte inferiore dell'utero che si apre nella vagina. È tra i tumori ginecologici più comuni nei Paesi in via di sviluppo e rappresenta il quarto tumore più frequente tra le donne nel mondo.



DATI EPIDEMIOLOGICI

Ogni anno si contano circa 570.000 nuovi casi e oltre 300.000 decessi. Nei Paesi sviluppati, la diffusione di vaccinazione e screening ha ridotto significativamente incidenza e mortalità, mentre nei Paesi in via di sviluppo questi numeri restano alti per la minore accessibilità ai programmi di prevenzione.

Qual è il principale fattore di rischio?

Il principale fattore di rischio è l'infezione persistente **da papilloma virus umano (HPV)**, in particolare i ceppi ad alto rischio come HPV-16 e HPV-18. La trasmissione avviene prevalentemente per via sessuale. L'HPV può causare anche altri tumori (vulva, vagina, pene, ano, bocca e faringe), colpendo **anche gli uomini**.

La prevenzione: la vaccinazione contro l'HPV e lo screening regolare

In Italia, la vaccinazione anti-HPV è raccomandata e offerta gratuitamente a ragazze e ragazzi a partire dagli 11 anni. Si sommini-

stra in due dosi a distanza di 6 mesi; se iniziata dopo i 15 anni, le dosi sono tre. La vaccinazione è raccomandata prima dell'inizio dell'attività sessuale. È previsto un recupero gratuito fino a 26 anni per le donne e fino a 18 anni per gli uomini, se non vaccinati o con ciclo incompleto, con alcune differenze a livello regionale. **Il vac-**



cino è efficace anche fino ai 45 anni ed è indicato anche per chi è sessualmente attivo. I vaccini attuali proteggono contro i 9 sierotipi più pericolosi, prevenendo oltre il 90% dei tumori associati all'HPV.

Il **Pap test** rileva alterazioni cellulari della cervice che potrebbero evolvere in cancro e si consiglia di effettuarlo **ogni 3 anni tra i 25 e i 65 anni.** L'**HPV test** individua il DNA del virus nella cervice e ha una maggiore sensibilità nell'identificare **infezioni da ceppi ad alto rischio che possono portare al cancro della cervice.** Può essere usato da solo o insieme al Pap test ogni 5 anni, a partire dai 30 anni.

Come si tratta il tumore del collo dell'utero?

Il trattamento dipende dallo stadio della malattia e dalle condizioni della paziente. Le opzioni includono:

- **Chirurgia:** può consistere in una *conizzazione* (asportazione di una piccola parte della cervice), una *trachelectomia* (rimozione della cervice conservando l'utero) o un'*isterectomia* (rimozione dell'utero, totale o radicale).
- **Radioterapia:** può essere *esterna* o interna (*brachiterapia*), usata da sola o insieme alla chemioterapia.
- **Chemioterapia:** impiegata per tumori avanzati, anche in combinazione con immunoterapia in alcuni casi.

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

La combinazione di vaccinazione, screening e trattamenti mirati ha già portato a importanti risultati nella riduzione della mortalità. **Promuovere l'educazione, l'accesso ai programmi di prevenzione e i trattamenti adeguati è fondamentale per continuare a contrastare questa malattia e migliorare la salute delle persone affette da tumore della cervice uterina.**

ENDOMETRIO

Il tumore dell'endometrio è una neoplasia maligna che colpisce il rivestimento interno dell'utero. È il tipo più comune di cancro dell'utero, si manifesta soprattutto dopo la menopausa e rappresenta il tumore ginecologico più frequente nei Paesi sviluppati.

DATI EPIDEMIOLOGICI

Si registrano circa 382.000 nuovi casi all'anno nel mondo, con incidenza più alta nei Paesi sviluppati. La sopravvivenza è buona se il tumore viene diagnosticato precocemente, ma cala sensibilmente nelle forme avanzate.

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

Il rischio di sviluppare il tumore dell'endometrio aumenta con l'**età**, in particolare dopo i **50 anni**. Tra i principali fattori ci sono l'**obesità**, che comporta livelli più alti di **estrogeni**, e una **storia riproduttiva** caratterizzata da **menarca precoce**, **menopausa tardiva** o **assenza di gravidanze**.

Anche l'**uso di terapia ormonale sostitutiva** con soli estrogeni dopo la menopausa può aumentare il rischio. Altri elementi da considerare sono la **sindrome dell'ovaio policistico (PCOS)** e una **predispozione genetica**, come la **sindrome di Lynch**, che comporta un rischio più elevato per vari tumori, incluso quello dell'endometrio.

Esistono misure di prevenzione per il tumore dell'endometrio?

Anche se non esiste un metodo certo per prevenire il tumore dell'endometrio, alcune strategie possono contribuire a ridurre il rischio. Mantenere uno **stile di vita sano** è fondamentale: seguire una dieta equilibrata, praticare attività fisica regolare e mantenere un peso adeguato aiuta a controllare i livelli ormonali.



L'uso prolungato di **contraccettivi orali combinati** può avere un effetto protettivo. Per chi segue una **terapia ormonale sostitutiva** dopo la menopausa, è importante associare il **progesterone agli estrogeni**, sotto indicazione medica.

Soggetti con **fattori di rischio genetici o familiari**, come la sindrome di Lynch, dovrebbero effettuare controlli regolari presso centri specialistici. Inoltre, **evitare il fumo e limitare il consumo di alcol** può contribuire alla prevenzione generale dei tumori.

Quali sono i sintomi più frequenti e come si fa diagnosi?

Il sintomo più frequente è il **sanguinamento vaginale anomalo**, soprattutto **dopo la menopausa**. Possono comparire anche **dolore pelvico, perdite vaginali insolite e perdita di peso non intenzionale** nelle fasi avanzate. La diagnosi si basa su **esame pelvico, ecografia transvaginale e biopsia endometriale**. In alcuni casi si ricorre a **isteroscopia** e a esami di imaging come **RM o TC** per valutare l'estensione del tumore.

Come si tratta il tumore dell'endometrio?

Il trattamento dipende dallo stadio della malattia. La **chirurgia** è spesso il primo passo e prevede l'**asportazione dell'utero**, con eventuale rimozione di ovaie e linfonodi. A seconda dei casi, si può associare **radioterapia, chemioterapia o terapia ormonale**, quest'ultima indicata anche per le pazienti 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 nei casi di tumore avanzato o recidivante, sia in combinazione alla chemioterapia che da sola come terapia di seconda linea. I farmaci immunoterapici, come gli inibitori dei checkpoint immunitari (anti-PD-1 e anti-PD-L1), aiutano il sistema immunitario a riconoscere e combattere le cellule tumorali. Risultano particolarmente efficaci nei tumori con alterazioni genetiche specifiche (dMMR o MSI-H).

OVAIO

Il tumore ovarico è una neoplasia che si sviluppa nelle ovaie, organi riproduttivi responsabili della produzione di ovuli e ormoni come estrogeni e progesterone. Può originare dalle cellule epiteliali (superficiali), da quelle germinali (che producono ovociti) o dal tessuto stromale (che produce ormoni).

DATI EPIDEMIOLOGICI

È il quinto tumore più frequente tra le donne e la prima causa di morte per tumore ginecologico. Ogni anno si registrano oltre 310.000 nuovi casi e più di 207.000 decessi nel mondo, con un'incidenza maggiore nei Paesi sviluppati.

Quali sono i fattori di rischio associati al tumore ovarico?

Il rischio di sviluppare un tumore ovarico aumenta con l'età, soprattutto dopo i 50 anni. Anche la **famigliarità** gioca un ruolo importante: avere parenti stretti con tumori ovarici o mammari può indicare una predisposizione genetica, in particolare in presenza di **mutazioni nei geni BRCA1 e BRCA2**, o di **sindrome di Lynch**. Tra i fattori di rischio rientrano anche l'**endometriosi**, alcune **terapie ormonali** in menopausa (con soli estrogeni), la **nulliparità** e una **storia personale di altri tumori** ginecologici o intestinali. Infine, uno **stile di vita poco sano**, con **obesità** e **dieta ricca di grassi saturi**, può contribuire all'aumento del rischio.

Come viene diagnosticato il tumore ovarico?

La diagnosi precoce del tumore ovarico è difficile, poiché i sintomi iniziali sono spesso vaghi e poco specifici. Tra i segnali più comuni ci sono gonfiore addominale, dolore pelvico, senso di sazietà precoce e bisogno frequente di urinare. In presenza di questi sintomi, il medico esegue una **visita ginecologica** e può prescrivere un'**ecografia transvaginale** per valutare ovaie e utero. Esami più approfonditi,



come **TC o risonanza magnetica**, aiutano a capire se il tumore si è diffuso. Il **marker CA-125** nel sangue può essere un indicatore utile, anche se non specifico. La conferma della diagnosi si ottiene con una **biopsia**, analizzando un campione di tessuto.

Quali sono i trattamenti disponibili per il tumore ovarico?

Il trattamento del tumore ovarico dipende dallo stadio della malattia e dalle condizioni generali della persona, ma in genere si basa su una **combinazione di chirurgia e chemioterapia**.

- **L'intervento chirurgico** mira a rimuovere il tumore visibile, spesso includendo ovaie, tube, utero e linfonodi.
- La **chemioterapia** viene solitamente somministrata dopo l'intervento, ma può essere utilizzata anche prima per ridurre la massa tumorale.
- Le **terapie mirate**: questi trattamenti utilizzano farmaci la cui azione è diretta in modo specifico contro un 'bersaglio' presente nelle cellule tumorali. Un esempio sono i PARP inibitori, utilizzati come terapia di mantenimento dopo la chemioterapia, oppure gli anticorpi farmaco coniugati approvati per la malattia platino resistente.
- **L'immunoterapia**, ancora in fase di studio, rappresenta una possibile opzione futura, agendo sul sistema immunitario per contrastare le cellule tumorali.

Per affrontare al meglio la malattia, è fondamentale affidarsi a **centri specializzati**.

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

Le **mutazioni ereditarie dei geni BRCA1 e BRCA2** sono responsabili di circa il 15–20% dei tumori ovarici epiteliali. Le persone con mutazione BRCA1 hanno un rischio di sviluppare il tumore ovarico tra il **39% e il 46%**, mentre con BRCA2 il rischio è tra il **10% e il 27%**. Anche la **sindrome di Lynch**, legata a mutazioni nei geni di riparazione del DNA, è associata a un rischio maggiore (fino al 12%).

Il **test genetico** è uno strumento fondamentale per identificare i soggetti ad alto rischio e pianificare una sorveglianza o una prevenzione mirata.

È possibile una prevenzione per il tumore ovarico?

Attualmente non esistono programmi di screening efficaci per la prevenzione del tumore ovarico nella popolazione generale. Nei soggetti ad alto rischio genetico, come quelli con mutazioni BRCA o sindrome di Lynch, è possibile ridurre il rischio con l'asportazione preventiva di tube e ovaie. In questi casi, anche controlli periodici con visita ginecologica ed ecografia transvaginale possono essere utili. Tra i fattori protettivi, si segnalano l'uso prolungato della pillola contraccettiva e uno stile di vita sano, con dieta equilibrata, attività fisica e controllo del peso.

Che sviluppi ci sono per il trattamento del tumore ovarico?

La ricerca è in continuo progresso, con studi su terapie combinate, trattamenti personalizzati e immunoterapia. Sono in fase di valutazione anche nuovi **marcatori biologici**, utili per una diagnosi precoce e per monitorare le risposte alle cure. Questi sviluppi puntano a migliorare le possibilità di cura e la qualità della vita delle pazienti.

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 2024 sono state registrate circa 48.700 nuove diagnosi di tumore del colon-retto, di cui 27.500 tra gli uomini e 21.200 tra le donne. La sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi è stimata intorno al 65% per gli uomini e al 66% per le donne. In totale, le persone che convivono nel nostro Paese con una diagnosi di questa neoplasia sono circa 442.600.

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 famigliare 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 sono:

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



febbricola, 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 "colonscopia 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 colonscopia 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. 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.

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 e appare sotto forma di lesione piatta o leggermente in rilievo, spesso con bordi irregolari e variazioni di colore, **per lo più sul tronco negli uomini**, sulle **gambe nelle donne**, e nella parte superiore della **schiena per entrambi i sessi**; **lentigo maligna melanoma**; **melanoma lentiginoso acrale**; **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.





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 e portare all'insorgenza del melanoma, anche molti anni dopo. È importante ricordare che anche **le lampade e i lettini solari** sono sorgenti di raggi ultravioletti e devono quindi essere evitate. 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.

Tumori epiteliali cutanei non melanoma

Carcinoma basocellulare (o basalioma)

È il tipo di cancro della pelle non melanoma più comune. Origina dalle cellule basali localizzate nello strato più profondo dell'epidermide, a contatto con il derma, e colpisce gli strati superficiali della pelle, in particolare nelle zone foto esposte. È spesso causato dall'eccessiva esposizione ai raggi UV. Si presenta con sintomi come papule rosacee, noduli traslucidi o rossi, ulcerazioni o erosioni persistenti non tendenti alla guarigione, placche rossastre o cicatrici infiammate.

Carcinoma spinocellulare è un altro tipo comune di cancro della pelle non melanoma. Si sviluppa nelle cellule squamose dell'epidermide ed è spesso causato dall'esposizione ai raggi UV, ma può essere favorito anche da fattori genetici e ambientali. I sintomi includono lesioni cutanee squamose e nodulari, che possono sanguinare facilmente.

Carcinoma a cellule di Merkel è una forma rara e aggressiva di cancro della pelle, con alto rischio di recidiva e metastasi. Si manifesta come un rigonfiamento duro, lucido, color carne o rosso-bluastro, che cresce rapidamente senza dolore o sensibilità. Colpisce più frequentemente la pelle esposta al sole, come il viso e le braccia.



Prevenzione

Alcuni comportamenti possono ridurre il rischio di sviluppare tumori della pelle. È importante **esporsi al sole con moderazione** fin dall'età infantile, **evitando** le ustioni e **l'esposizione durante le ore più calde tra le 10 e le 16**. Si consiglia di indossare abbigliamento protettivo, cappelli, occhiali da sole e usare creme protettive contro i raggi UVA e UVB con un alto fattore di protezione solare (detto SPF), da applicare più volte e dopo essersi bagnati, in modo da assicurare una copertura continua. Evitare l'uso di **lampade abbronzanti**. **Queste attenzioni sono valide per tutti ma 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. Infine, è importante **controllare regolarmente**

l'aspetto dei propri nei, sia autonomamente che con l'aiuto di un dermatologo o di un familiare per i punti difficili da vedere. **Consigliato uno screening da uno specialista ogni 12 mesi.**

Come riconoscere un neo sospetto

Il segno principale 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**. Basta che due di queste lettere corrispondano a un nostro neo per spingerci ad una visita urgente da uno specialista:

- **A** come **Asimmetria** nella forma (un neo benigno è generalmente circolare o comunque ondeggiante, 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).

Diagnosi

Un **auto-esame** periodico della pelle permette quindi in molti casi di identificare cambiamenti dei nei e di rivolgersi per tempo al dermatologo.

Per una **diagnosi precoce** dei tumori cutanei, è importante una visita dallo specialista ogni 12 mesi.

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 so-

spetta viene prelevata e poi analizzata al microscopio.

Come si cura

Il trattamento principale per il melanoma è la **chirurgia**, che spesso riesce a curare definitivamente la malattia in fase iniziale. Con l'avvento di nuovi agenti immunoterapici e terapie a bersaglio molecolare, l'approccio al melanoma avanzato è cambiato, superando l'uso della **chemioterapia** tradizionale. La scelta del trattamento dipende dall'estensione della malattia, dalla risposta necessaria, dalle condizioni del paziente e da eventuali patologie concomitanti. 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.



Effetti collaterali cutanei delle terapie nei pazienti oncologici

Gli effetti collaterali cutanei delle terapie oncologiche **sono frequenti e possono variare in base al tipo di trattamento** (chemioterapia, immunoterapia, radioterapia, terapie target, ecc.). Possono includere **secchezza, rash, prurito, alopecia, fotosensibilità, alterazioni ungueali o della pigmentazione** della pelle, e lesioni più gravi in caso di radioterapia o immunoterapia. L'immunoterapia, infatti, ha rivoluzionato il trattamento di diversi tumori, offrendo nuove prospettive di sopravvivenza, soprattutto in neoplasie avanzate. Tuttavia, non è priva di effetti collaterali: può indurre reazioni cutanee come rash, prurito, vitiligine, psoriasi e, in casi rari, dermatiti bollose, a causa della sua azione sul sistema immunitario. Questi effetti non solo possono causare delle ripercussioni significative sulla qualità di vita dei pazienti **ma possono anche compromettere il benessere psicofisico e influire sulla continuità e l'efficacia del percorso terapeutico**.

È importante quindi che i pazienti oncologici non trascurino questi effetti e che **segnalino qualsiasi cambiamento cutaneo all'oncologo o al dermatologo**, per poter ricevere il trattamento adeguato e le raccomandazioni più idonee.

Fegato e vie biliari

LORENZA RIMASSA

L'epatocarcinoma è la forma di tumore del fegato più comune negli adulti; ha origine negli epatociti (il principale tipo di cellule del fegato). Può esordire come nodulo singolo o in forma multifocale con più noduli. Una quota minore ma in incremento è rappresentata dal colangiocarcinoma o tumore delle vie biliari (i tubicini in cui passa la bile).

DATI EPIDEMIOLOGICI

Nel 2024 i nuovi casi di epatocarcinoma nel nostro Paese sono stati 12.600 e l'incidenza risulta doppia tra gli uomini rispetto alle donne. La sopravvivenza a 5 anni è del 22% per entrambi i generi. In totale sono 30.200 i pazienti vivi con precedente diagnosi. Le diagnosi di carcinoma delle vie biliari sono 5.400 l'anno e la sopravvivenza a 5 anni è circa il 15%. I pazienti viventi con diagnosi di tumore delle vie biliari sono circa 12.700.

I virus dell'epatite aumentano il rischio di malattia?

La maggior parte dei casi di epatocarcinoma insorge in pazienti con epatopatia cronica. **Più del 70% dei casi è causato dall'infezione da virus dell'epatite C (HCV) o dell'epatite B (HBV).** Circa 1/3 dei casi è associato all'abuso di alcol e sono in incremento i casi legati a eziologia metabolica (obesità, diabete, altro).

I medesimi fattori di rischio possono essere associati all'insorgenza di colangiocarcinoma, mentre altri fattori di rischio sono calcoli e infiammazioni croniche delle vie biliari. I pazienti ad alto rischio (cirrosi epatica, infezione cronica da HBV o HCV) devono essere sottoposti ad ecografie del fegato semestrali per verificare l'eventuale



presenza della neoplasia. **Per la prevenzione primaria delle forme a eziologia virale sono fondamentali la vaccinazione contro l'infezione da HBV e la campagna di screening per l'infezione da HCV lanciata dal Ministero della Salute e attivata in diverse regioni italiane.**

I sintomi più frequenti quali sono?

I tumori del fegato non danno inizialmente sintomi specifici e solo in fase più avanzata possono dare **dolore e senso di tensione addominale**, perdita di peso, stanchezza, diminuzione dell'appetito. Per i tumori delle vie biliari ci possono essere anche ittero, urine scure (colore marsala) e feci chiare (ipocromiche).

Per diagnosticare le malattie?

Per la diagnosi e la stadiazione si ricorre ad esami radiologici, come ecografia, TAC, risonanza magnetica (anche colangio-RM), per alcuni tumori delle vie biliari, colangiopancreatografia retrograda endoscopica (CPRE) e alla biopsia per esame istologico.

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.

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. **Adottando corretti stili di vita potremmo evitare in generale il 40% delle malattie oncologiche.** (AIOM. I numeri del cancro 2024)



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.

DATI EPIDEMIOLOGICI

Il carcinoma della mammella è il tumore più frequente nella donna a partire dai 35 anni.

Nel 2024 sono stimate circa 53.686 nuove diagnosi (53.065 nelle donne e 621 negli uomini), 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 925.000 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 > 74 anni e il 20% in quelle < 45 anni. L'1-2% dei tumori del seno riguardano l'uomo.

La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è dell'88%. La probabilità di vivere ulteriori anni, superato il primo anno, è del 91% (Aiom. I numeri del cancro 2024).

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. Possono essere implicate anche ulteriori nuove mutazioni genetiche che oggi non conosciamo; pertanto è importante una accurata anamnesi clinica di ciascuna persona (donna o uomo) per comprendere se vi siano le condizioni per chiedere una consulenza genetica.

Cosa fare in caso di protesi al seno?

Tutte le indagini strumentali possono essere effettuate anche nelle portatrici di protesi, sia additive che dopo ricostruzione per un tumore ovvero per profilassi nelle donne portatrici di mutazione genetica.

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.

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), ma anche in altri geni che possono presentare una mutazione. 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 i criteri di selezione e chi deve sottoporsi alla consulenza genetica?

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.

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 34 del Vademecum della Salute.

Quali sono le indagini strumentali?

Attenzione! Le indagini strumentali effettuate vanno conservate con cura e portate 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. Nello screening regionale 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. 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).



CEM: mammografia digitale con un mezzo di contrasto iodato (necessario il digiuno, un periodo del ciclo mestruale da osservare e un esame della creatinina recente) che in alcuni casi può essere considerata sostitutiva della RM (Risonanza Magnetica) con mezzo di contrasto. È consigliata dallo specialista in casi selezionati. Non è un esame da eseguire di routine, ma dimostra un ruolo potenziale nei modelli di screening personalizzati, in particolare per le donne ad alto rischio e per quelle con seno denso.

Ecografia: utilizza gli ultrasuoni (non radiazioni) per rilevare alterazioni della ghiandola mammaria. Può fornire informazioni anche per la vascolarizzazione (color e power Doppler) e l'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, 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) e l'indicazione del periodo del ciclo mestruale. Non è sostitutiva della mammografia e dell'ecografia.

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, 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). Tutti i tipi di prelievo (di cellule o di tessuto) si eseguono ambulatorialmente.

Nessun tipo di prelievo di cellule o di tessuto è causa di disseminazione di cellule.

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 ghiandola, meritevole di approfondimento. Questa metodica è minimamente invasiva, non necessita di anestesia locale e, nel caso di un tumore del seno, può dare una attendibilità fino al 97%.

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.

VABB (Vacuum Assisted Breast Biopsy): è un prelievo di tessuto (esame istologico) effettuato con un ago di poco superiore ai 2 mm (probe) attraverso una minima incisione della cute (2-3 mm). Si effettua in anestesia locale, necessita di apparecchiature dedicate, tecnologicamente molto avanzate in grado di centrare con esattezza noduli e microcalcificazioni sia con guida ecografica che radiologica (stereotassica).

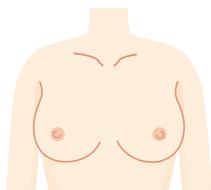
Nel caso di una diagnosi di tumore del seno a chi devo rivolgermi?

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.

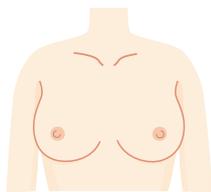
Autoesame del seno

L'autoesame **NON** sostituisce la mammografia e l'ecografia. Osservare il proprio seno periodicamente e palparlo può mettere in evidenza qualche alterazione da riferire al medico di fiducia, per una valutazione e/o consiglio. 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).

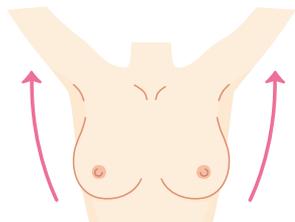
COSA OSSERVARE



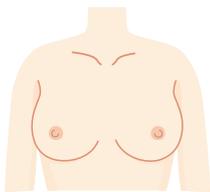
Poniti davanti allo specchio, con le braccia sui fianchi. Osserva e confronta attentamente la forma e il volume delle due mammelle e dei due capezzoli. Potrai facilmente accorgerti che non sono perfettamente uguali, questo è naturale. Verifica se si sviluppano delle alterazioni nel tempo.



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.

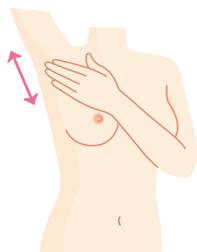


Ultima posizione. Poniti di fronte allo specchio con le braccia sui fianchi. Gonfia il petto. Verifica anche in questa circostanza le caratteristiche delle due mammelle. In questo caso, essendo la pelle più tesa, potrai soprattutto fare attenzione a eventuali alterazioni cutanee. Verifica ancora la regolarità 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 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-protetica (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 periprotetica e dell'intero tessuto tumorale.

Cosa devono fare le donne portatrici di protesi testurizzate?

Lo SHEER (Scientific Committee on Health Environmental and Emerging Risks) 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. In particolare, sarà il medico

di riferimento, chirurgo plastico o senologo, ad indicare periodicità e tipologia di esami (Ecografia/Risonanza Magnetica).

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.

Qual è l'incidenza del BIA-ALCL?

Al 30 giugno 2024 il numero di casi globali di BIA-ALCL riportati dall'FDA erano 1380 di cui 64 decessi, mentre in Italia a novembre 2024 risultano segnalati 114 casi con due decessi con una incidenza stimata tra 2.7 e 6.3 casi ogni 100.000 pazienti impiantati. Il linfoma si sviluppa in egual misura sia nelle pazienti portatrici di protesi per scopi ricostruttivi (16% dei casi) che per fini estetici (16% dei casi), mentre non se ne conosce il motivo nel 68% dei casi.

Oncoematologia

LUIGI CAVANNA

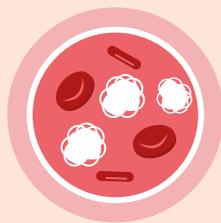
Alla base dei tumori del sangue vi è una crescita irregolare e incontrollata delle cellule. Sono malattie che spesso insorgono nel midollo osseo e nel sistema linfatico.

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 sempre 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.

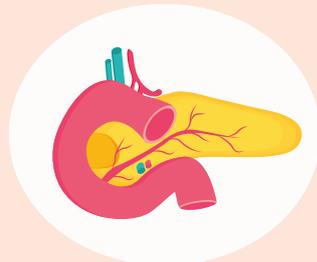


DATI EPIDEMIOLOGICI

Nel 2024 abbiamo avuto in Italia 13.585 nuove diagnosi (6.873 tra gli uomini e 6712 tra le donne). La sopravvivenza a cinque anni risulta rispettivamente a 11% e 12%. In totale le persone che vivono con questa neoplasia sono 23.600.

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

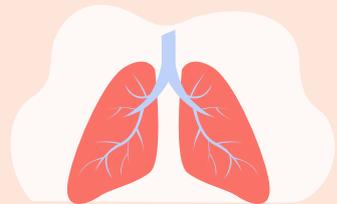
Il tumore del polmone si può sviluppare dalle cellule che costituiscono bronchi, bronchioli e alveoli e può formare una massa che ostruisce il corretto flusso dell'aria, provocare sanguinamenti oppure sintomi come tosse o dolore toracico. Si distinguono: il tumore del polmone non a piccole cellule (la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

DATI EPIDEMIOLOGICI

Nel 2024, in Italia, sono state registrate circa 44.800 nuove diagnosi (31.900 tra gli uomini e 12.900 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. I pazienti che, nel nostro Paese, vivono con neoplasia polmonare sono in totale circa 109.000.

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).

Negli ultimi anni, la necessità di acquisire un pezzo di tessuto è diventata cruciale, non solo per consentire la diagnosi "tradizionale" (vale a dire l'esame al microscopio del tessuto da parte dell'anatomo-patologo), ma anche per eseguire analisi molecolari indispensabili per la scelta della miglior terapia farmacologica. In molti casi, è utile acquisire una biopsia non solo al momento della diagnosi iniziale, ma anche in momenti successivi dell'evoluzione della malattia, ad esempio quando le informazioni acquisite grazie alla biopsia potrebbero essere utili per decidere un cambio di terapia. Non sempre è facile prelevare un pezzo di tessuto: negli ultimi anni, fondamentali progressi tecnici sono stati realizzati con la cosiddetta "biopsia liquida", vale a dire l'analisi del DNA del tumore in un "semplice" prelievo di sangue. La biopsia liquida non sostituisce ancora la biopsia "tradizionale", ma è ragionevole predire un uso sempre maggiore di tale esame nella pratica clinica futura.

Esistono programmi di prevenzione e screening per la diagnosi precoce?

L'elevata incidenza di tumore del polmone e le statistiche di mortalità legate a tale patologia impongono di **sottolineare l'importanza della prevenzione primaria, e in particolare della lotta al fumo**, principale fattore di rischio, nonché di quella secondaria tramite **screening**.

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). È auspicabile che

un programma di popolazione venga attivato, ma ad oggi lo screening è condotto solo nell'ambito di programmi dedicati, tra cui il 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; forte fumatore che ha smesso da meno di 15 anni).

Quali opportunità terapeutiche?

Le terapie per il tumore del polmone si sono molto evolute negli ultimi anni. **Oggi, oltre ai trattamenti “tradizionali” come chirurgia, chemioterapia e radioterapia, si utilizzano anche farmaci mirati a bersaglio molecolare e l’immunoterapia.** Si tratta di approcci innovativi che hanno rivoluzionato l’approccio terapeutico, offrendo nuove speranze ai pazienti. Molti dei farmaci a bersaglio molecolare, utilizzati quando il tumore presenta specifiche alterazioni molecolari (mutazioni o riarrangiamenti genici) si somministrano per bocca. L’immunoterapia invece utilizza farmaci che aiutano il sistema immunitario a combattere il tumore e possono essere somministrati sia in forma endovenosa che, recentemente - almeno per alcuni di tali farmaci - nella più comoda formulazione sottocutanea. Negli ultimi anni, si sono registrati importanti progressi, grazie alle suddette categorie di farmaci, non solo nel trattamento della malattia avanzata e metastatica, ma anche nella gestione ottimale dei pazienti con malattia in stadio limitato (in questi ultimi, i farmaci possono essere somministrati prima dell’intervento chirurgico, nel cosiddetto trattamento neoadiuvante, oppure dopo la chirurgia, nel cosiddetto trattamento adiuvante).

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 chirurgia, 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, visita il sito di Fondazione IncontraDonna e consulta il vademecum dedicato alla prevenzione oncologica 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

Nel 2024, i nuovi casi registrati sono stati 14.105 (8.593 tra gli uomini e 5.512 tra le donne). La sopravvivenza a cinque anni ammonta rispettivamente a 30% e 35%. Si calcola che siano 72.900 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

I tumori maligni che originano dalla ghiandola tiroide sono di due tipi: il primo, e più frequente, è il carcinoma differenziato con i suoi sottotipi (papillare, follicolare, oncocitico e anaplastico); il secondo, molto raro, è il carcinoma midollare.

DATI EPIDEMIOLOGICI

In Italia, nel 2024, sono stati stimati 11.378 nuovi casi di tumori della tiroide (3.056 tra gli uomini e 8.322 tra le donne). La sopravvivenza a cinque anni è 92% negli uomini e 96% nelle donne; sono 236.000 le persone che vivono in Italia in seguito ad una diagnosi di tumore della tiroide.

Il sintomo più comune e diffuso?

La comparsa di un nodulo, ovvero di una tumefazione nella parte anteriore del collo, è il segno più comune. Nella maggior parte dei casi, questo nodulo è scoperto casualmente, ad esempio durante una visita medica o un'ecografia per altri motivi e non provoca dolore. Altri sintomi meno comuni (di solito presenti in fasi più avanzate) sono l'aumento delle dimensioni dei linfonodi del collo, la difficoltà a deglutire o un'alterazione del tono di voce. La maggior parte dei noduli tiroidei è benigna. Solo una piccola percentuale è un tumore della tiroide.

Quali sono i principali esami che permettono la diagnosi?

La diagnosi viene effettuata attraverso un'ecografia, un ago aspirato e analisi del sangue.



Le donne sono più colpite degli uomini?

Le donne sono colpite circa 4 volte più degli uomini. Tra i diversi fattori di rischio c'è l'esposizione a radiazioni ionizzanti, infatti il tumore della tiroide può essere diagnosticato 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 o, più recentemente, di Fukushima). Inoltre, anche la carenza di iodio rappresenta un fattore di rischio.

3.

Approfondimenti



Salute cardiometabolica, obesità e prevenzione oncologica

GIUSEPPE PUGLIESE

Nonostante **malattie cardiovascolari e neoplasie** siano comunemente considerate due condizioni separate, hanno invece molti punti di contatto, tra cui **numerosi fattori di rischio condivisi** come per es. obesità, diabete, infiammazione cronica, strettamente legati a stili di vita non salutari, in presenza di una predisposizione genetica.

Nel 2024, in Italia, sono state stimate oltre 390.000 nuove diagnosi di cancro (dati AIOM), in costante crescita anche per la diffusione di stili di vita scorretti. **L'eccesso di peso rappresenta un importante fattore di rischio cardiovascolare e oncologico** e, nel nostro Paese, **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 la sindrome metabolica, il diabete e l'obesità?

Per **sindrome metabolica** intendiamo una condizione complessa in cui sono contemporaneamente presenti fattori di rischio di **diabete** e di patologie cardiovascolari: **circonferenza addominale, glicemia, colesterolo, trigliceridi, pressione arteriosa**. 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 **condizione di 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 adipone 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 strettamente legato a **stili di vita non salutari**, in particolare alimentazione scorretta e sedentarietà, in presenza di una predisposizione genetica.

Come si prevencono 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 da apportare il prima possibile nell'età adulta (dieta equilibrata, esercizio fisico, astensione dal fumo e dall'abuso di alcool). Tali modifiche sono di fondamentale importanza anche una volta che queste condizioni si sono manifestate, unitamente all'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.**

8 FATTORI ESSENZIALI PER LA DURATA E LA QUALITÀ DELLA VITA



FOCUS: l'obesità è una patologia cronica e complessa. E come tale deve essere trattata.

L'eccesso di peso rappresenta un importante fattore di rischio cardiovascolare e oncologico che riguarda in Italia 4 adulti su 10: il 33% dei cittadini è in sovrappeso e il 10% è obeso. (Dati Aiom).



Il peso corporeo dipende da una combinazione di fattori fisici e genetici, ma anche socio-economici e culturali, ambientali, relazionali ed emotivi che possono influenzare **le abitudini alimentari e lo stile di vita di una persona**. L'educazione alla prevenzione primaria e la gestione di sovrappeso e obesità richiedono quindi un approccio multidisciplinare: corretti stili di vita, **uniti a consapevolezza e precisa informazione medica**.

➔ **Informati.** Se pensi di essere in sovrappeso o obeso, parlane con il tuo medico di fiducia. Sarà in grado di indirizzarti verso uno specialista che possa fornirti una diagnosi e supportarti nel percorso.

Giudizi e pregiudizi

L'obesità non è solo questione di scelte individuali o esclusivamente una conseguenza dello stile di vita ma è una **malattia cronica, progressiva e recidivante, causata da una complessa rete di fattori**. La società colpevolizza e invalida, **con stigma e**

discriminazione sociale, le persone obese e attribuisce loro "la colpa" della propria condizione. È necessario quindi diffondere una cultura della prevenzione dei fattori di rischio ma anche **promuovere una cultura che favorisca inclusione e rispetto e il cambiamento parte anche da noi.**

➔ **Informati.** Guarda oltre e con empatia. Dietro ad una persona obesa o in sovrappeso ci sono molteplici fattori da considerare.

L'obesità è anche un fattore di rischio oncologico

Il 40% delle morti è causato da fattori di rischio modificabili, in particolare fumo, consumo di alcol, sedentarietà ed eccesso ponderale. Il **grave peso in eccesso** è infatti **uno dei principali fattori di rischio per molte malattie croniche**, incluse quelle **cardio metaboliche e oncologiche** tra cui endometrio, colon retto, esofago, rene, pancreas e seno, specie fra le donne in post menopausa. Può anche compromettere l'efficacia delle terapie e aumentare il rischio di complicanze e recidive.

Attività fisica e sana alimentazione svolgono un'azione preventiva e terapeutica importante. Uniti ad un **approccio sempre più multidisciplinare** (metabolico, endocrinologico, nutrizionale, oltre che oncologico) che consideri l'unicità della persona con patologia oncologica, includendo anche gli aspetti psicologici e sociali.

➔ **Informati.** Se sei un paziente oncologico e pensi di essere una persona in sovrappeso o obesa, parlane con il tuo **medico di fiducia e lo specialista.**



Guarda la videointervista

"L'importanza di informarsi e agire: come combattere obesità e malattie croniche"

del **Prof. Andrea Lenzi**, Professore Emerito di Endocrinologia, Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

Vaccinazioni

I programmi di vaccinazione e immunizzazione sono riconosciuti 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. Costituiscono uno dei maggiori successi della salute pubblica, con milioni di vite salvate da 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 (per es. polio, morbillo, difterite, pertosse, papillomavirus umano e tetano).

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 per esempio notevolmente ridotto i casi di tumori HPV correlati. 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 **dall'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. Il Disco Vaccinale è distribuito in occasione del FrecciaRosa 2025 e nel corso di altre attività a contatto con la collettività promosse da Fondazione IncontraDonna.



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.

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. Il PNPV 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.

Persone di età ≥ 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 ai 65enni, anche simultaneamente alla vaccinazione anti-influenzale oppure indipendentemente da questa e in qualsiasi stagione dell'anno.

Vaccinazione anti Herpes Zoster: da offrire ai 65enni e ai soggetti a rischio a partire dai 18 anni di età. 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

Questa categoria di persone è a rischio aumentato di contrarre malattie infettive invasive e sviluppare in tal caso complicanze gravi che possono inficiare anche l'adesione alle terapie. Il PNPV prevede quindi l'offerta di vaccinazioni raccomandate e gratuite anche per le persone di tutte le età considerate a rischio per patologia – ad es. malattie cardiovascolari, respiratorie, onco-

matologiche, metaboliche, renali croniche, disturbi immunitari e HIV.

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. Possono esserci differenze regionali, con alcune regioni ad offerta ampliata.

Come prenotare una vaccinazione?

Rivolgiti al tuo medico di base e/o consulta il sito della tua regione.

I pazienti oncologici possono vaccinarsi?

Sì! Alcune vaccinazioni sono fortemente raccomandate per chi affronta un tumore e per le persone che vivono o lavorano a stretto contatto con loro.

Durante le cure oncologiche, il sistema immunitario può essere indebolito e meno capace di difendersi da malattie prevenibili con i vaccini, come Influenza, Polmonite, Meningite, Fuoco di Sant'Antonio (Herpes Zoster). Queste infezioni non solo mettono a rischio la salute, ma possono anche ritardare o compromettere i trattamenti oncologici.

Per questo è fondamentale vaccinarsi e prendersi cura di sé, anche durante le terapie. Lo stesso è consigliato a tutti coloro che sono a stretto contatto con il paziente. In alcune regioni, ad esempio, la vaccinazione antinfluenzale è gratuita e offerta attivamente ai pazienti oncologici e ai loro familiari, proprio per proteggerli dalle complicanze più gravi.



Guarda la videointervista:

"Vaccinazioni: un elemento chiave nel percorso di cura del paziente oncologico"

della **Prof.ssa Lucia Del Mastro**, Oncologa presso Università degli studi di Genova – Ospedale San Martino di Genova

Oncofertilità e sessualità

FRANCESCA POGGIO, LUCIA DEL MASTRO

La diagnosi di tumore in età fertile è sempre più frequente, anche a causa del progressivo aumento dell'età alla prima gravidanza.

I trattamenti oncologici, come la chemioterapia, possono compromettere la fertilità e indurre menopausa precoce. Il rischio varia in base all'età della paziente, alla riserva ovarica e al tipo di terapia ricevuta. **Oggi, l'obiettivo terapeutico include non solo la guarigione ma anche la tutela della progettualità familiare futura.** È quindi fondamentale informare le pazienti prima dell'inizio del trattamento sulle possibili conseguenze dei trattamenti e sulle opzioni disponibili per preservare la fertilità.

Le principali strategie includono:

- congelamento degli embrioni: attualmente in Italia è vietato dalla legge 40/2004;
- congelamento degli ovociti: prevede una stimolazione ormonale, 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, e conseguente valutazione, selezione e crioconservazione degli ovociti. La probabilità di successo dipende soprattutto dall'età della paziente e dal numero di ovociti recuperati;
- 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. Consiste nel prelievo chirurgico laparoscopico di tessuto ovarico da crioconservare e reimpiantare in futuro. Non richiede stimolazione ormonale e può essere eseguita in qualsiasi fase del ciclo mestruale;
- protezione farmacologica delle ovaie con GnRH analoghi (ormoni sintetici analoghi di ormoni sessuali umani): induce un riposo ova-

rico temporaneo durante la chemioterapia, riducendo il rischio di menopausa precoce ed aumentando la probabilità di gravidanza post-trattamento. Nel 2016, il farmaco è stato approvato dall'AIFA, ed è ad oggi una pratica consolidata, prevista dalle linee guida nazionali e internazionali. La soppressione ovarica con l'utilizzo di GnRH analoghi e le altre strategie di criopreservazione non sono mutualmente esclusive, e possono essere combinate per aumentare le possibilità di preservare la fertilità in giovani donne con tumore candidate a ricevere chemioterapia.

Oltre alla fertilità, anche la sfera sessuale può essere compromessa dalla malattia oncologica e dalle terapie. Le conseguenze possono essere individuali o di coppia, incidendo sull'autostima, sull'immagine corporea, sul desiderio e sulla qualità della vita relazionale e sessuale. È fondamentale affrontare questi aspetti come parte integrante del percorso di cura.

L'approccio è multidisciplinare e coinvolge solitamente oncologo, ginecologo, psicologo e sessuologo. L'obiettivo è aiutare la paziente a comprendere e gestire i cambiamenti corporei, promuovendo il benessere psicofisico, la consapevolezza della propria sessualità e una vita di relazione soddisfacente, durante e dopo il percorso oncologico.

Ricerca e innovazione scientifica

LUCIA DEL MASTRO, DAVIDE SOLDATO

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 2024", stimano 53.686 nuove diagnosi in Italia nel 2024. 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, consentendo 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.

INNOVAZIONE SCIENTIFICA, QUALITÀ DI CURA E QUALITÀ DI VITA NEL PAZIENTE ONCOLOGICO

L'innovazione scientifica ha un impatto estremamente positivo sulla qualità delle cure oncologiche, portando a significativi miglioramenti sia nei risultati clinici che nell'esperienza complessiva dei pazienti durante il percorso di cura.

Grazie ai progressi della ricerca, **oggi disponiamo di trattamenti più efficaci, mirati e meno invasivi che aumentano le possibilità di cura o di controllo della malattia e riducono gli effetti collaterali.**

Inoltre, si stanno diffondendo **modalità di somministrazione innovative** e a basso impatto, come le terapie sottocutanee o orali, che permettono di ridurre i tempi di permanenza in strutture sanitarie, aiutando i pazienti ad **affrontare le terapie con meno stress e disagio contribuendo così a una migliore qualità di vita durante tutto il percorso di cura.** L'introduzione di tecnologie avanzate e di trattamenti personalizzati rappresenta un passo importante verso un'assistenza oncologica più efficace, umana e centrata sulle esigenze del paziente.

Metastatico: principali innovazioni

GIACOMO BARCHIESI, GABRIELE PIESCO

Tumore metastatico della mammella

Si definisce tumore metastatico una neoplasia che tramite i vasi sanguigni e linfatici si diffonde dall'organo di origine in altre sedi dell'organismo.

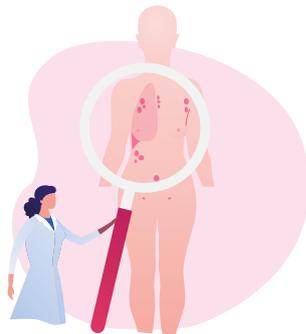
Solo le cellule dei tumori maligni, e non quelle dei tumori benigni, sono in grado di metastatizzare. Nella maggior parte dei casi **la malattia metastatica non è guaribile, ma sicuramente curabile, ossia può essere controllata e cronicizzata con i farmaci.**

Nello specifico, le sedi principali di metastatizzazione del tumore della mammella variano in base al sottotipo istologico: i tumori ormono responsivi (che esprimono il recettore per gli estrogeni e/o progesterone, HER2 negativi) metastatizzano più frequentemente alle ossa e ai linfonodi, mentre le neoplasie HER2 positive e triplo negative tendono a diffondersi principalmente al fegato, ai polmoni e all'encefalo.

I trattamenti per fronteggiare la patologia metastatica sono molteplici: chirurgia, radioterapia e terapia farmacologica. Mentre i trattamenti farmacologici hanno l'obiettivo di rallentare in modo globale l'evolvere della neoplasia, chirurgia e radioterapia sono impiegate per controllare determinate sedi di malattia e nella maggior parte dei casi per alleviare sintomi (ad esempio: la radioterapia sulle metastasi ossee per ridurre il dolore).

Esistono diversi tipi di trattamenti farmacologici, che variano in base al tipo di tumore: chemioterapia, terapie a bersaglio molecolare, immunoterapia, ormonoterapia e i più recenti anticorpi farmaco coniugati (con possibilità di utilizzarli anche in combinazione).

Attualmente l'oncologia ha come obiettivo il raggiungimento di una **terapia 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, 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 (immunoistochimica, FISH e NGS) oppure mediante prelievo del sangue (test genetici e biopsie liquide).

Biopsia liquida

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

Oggi la medicina non si limita più a trattare solo la malattia, ma mette al centro la persona, con le sue caratteristiche uniche. È questo il principio della medicina personalizzata, un approccio che permette di scegliere cure più efficaci e con meno effetti collaterali, grazie allo studio approfondito del paziente e del suo tumore.

Che cosa significa “medicina personalizzata”?

Ogni persona è diversa: ha un proprio patrimonio genetico, uno stile di vita, malattie associate e prende farmaci diversi. La medicina personalizzata tiene conto di tutto questo per costruire un trattamento “su misura”, che tenga conto non solo della malattia, ma di chi la sta affrontando.

Perché è importante?

Ciascuno di noi reagisce in modo diverso ai farmaci. Alcuni possono essere molto efficaci per una persona, ma non per un'altra. Studiare i geni che controllano il metabolismo dei farmaci ci permette oggi di prevedere se un trattamento sarà efficace o se potrebbe causare effetti indesiderati. Anche le interazioni tra i farmaci sono importanti: più farmaci si assumono, più è fondamentale valutarne gli effetti combinati.

Ogni tumore è diverso

Anche i tumori dello stesso tipo possono essere molto diversi tra loro. Per questo, oggi possiamo studiare le alterazioni genetiche del tumore per capire meglio: come si comporterà la malattia (la prognosi), a quali farmaci sarà più sensibile.

In alcuni casi, è possibile ottenere queste informazioni da un semplice **prelievo di sangue** (biopsia liquida), senza dover fare una nuova biopsia del tumore.

Farmaci su misura

Con queste informazioni, si possono scegliere terapie mirate, come:

- **Elacestrant** per pazienti con mutazioni ES^{R1} nel tumore HR+;
- **Trastuzumab** e altri farmaci “intelligenti” per i tumori HER2 positivi;
- **Osimertinib** per alcuni tumori del polmone con specifiche mutazioni.

Una nuova generazione di farmaci: gli ADC

Una delle novità più promettenti sono i **farmaci anticorpo-coniugati (ADC)**. Si tratta di “chemioterapie intelligenti” che, grazie a un anticorpo, portano il farmaco direttamente dentro le cellule tumorali, riducendo gli effetti collaterali. Alcuni esempi:

- **Trastuzumab deruxtecan** per tumori HER2+ e HER2 low;
- **Sacituzumab govitecan** per tumori triplo negativi.

Test genetici per scegliere la terapia giusta

Oggi esistono test avanzati (come il **Next Generation Sequencing**) che analizzano centinaia di geni del tumore. Servono per:

- identificare le cure più adatte,
- evitare farmaci inefficaci,
- capire come evitare la resistenza ai farmaci.

Questi test devono essere eseguiti nel momento giusto, interpretati da esperti e inseriti in un percorso strutturato. Questo è il compito del **Molecular Tumor Board**, un team multidisciplinare (oncologi, biologi, anatomopatologi) che discute insieme la strategia migliore per ogni paziente.

Capire il rischio di recidiva

Alcuni test genetici (come **Oncotype DX**, **Mammaprint**, **Prosigna**) servono per capire, dopo l'intervento chirurgico, se è necessario fare anche la chemioterapia o se può bastare la terapia ormonale.

In sintesi: Grazie alla medicina personalizzata oggi è possibile offrire **cure più precise, più efficaci e più sicure**, costruite attorno alle caratteristiche del singolo paziente e del suo tumore. Un approccio che non guarda solo alla malattia, ma alla persona.

Immunoterapia

PAOLO MARCHETTI, ANDREA BOTTICELLI

Fino a poco tempo fa, le principali cure contro il tumore erano la chirurgia, la chemioterapia, la radioterapia, la terapia ormonale e quella a bersaglio molecolare. Oggi, però, abbiamo a disposizione un'arma in più: **il nostro sistema immunitario**.

Il sistema immunitario ha il compito di proteggerci da ciò che è "estraneo", come virus, batteri e anche cellule tumorali. Nelle fasi iniziali, riesce spesso a riconoscere e distruggere le cellule tumorali. Ma col tempo, queste cellule diventano più "furbe", imparano a nascondersi e a bloccare l'azione del sistema immunitario, permettendo così al tumore di crescere.

L'immunoterapia nasce proprio per questo: aiutare il sistema immunitario a riconoscere nuovamente le cellule tumorali e a combatterle. Si tratta di un **trattamento innovativo** che ha già cambiato la storia di alcuni tumori, come il melanoma metastatico, migliorando in modo importante la sopravvivenza e la qualità di vita dei pazienti.

Oggi, l'immunoterapia viene utilizzata con successo anche nel tumore del polmone, del rene, nei tumori ginecologici, della testa e del collo, e da poco anche nel tumore della mammella, in particolare nei casi di carcinoma triplo negativo in fase avanzata o metastatica.

Un'importante novità è l'impiego dell'immunoterapia nella fase **neoadiuvante** (cioè prima dell'intervento chirurgico) nelle pazienti con tumore della mammella triplo negativo. In questa fase, il trattamento può portare alla completa scomparsa della malattia in circa il 60% dei casi.

L'accesso a questo tipo di terapia, la scelta delle pazienti che possono beneficiarne e la gestione degli eventuali effetti collaterali sono garantiti nei Centri di Senologia, grazie al lavoro di un'équipe multidisciplinare di specialisti che si prendono cura di ogni paziente lungo tutto il 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 sarà 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”.

Fraasi 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 Vialli: “Il 10% lo fanno i fatti il 90% come li affronti”.

Il ruolo chiave della comunicazione tra medico e paziente nel successo delle terapie

L'importanza di una buona comunicazione tra medico e paziente è fondamentale non solo **per migliorare l'adattamento alla malattia e la qualità della vita ma anche nel favorire l'aderenza ai trattamenti**. Mantenere un dialogo aperto con l'équipe medica in tutto il percorso di cura, favorisce la comprensione delle terapie prescritte, dei sintomi associati e della loro gestione con ricadute positive sulla sopravvivenza e sulla qualità di vita. Essere ben informati sugli eventuali effetti collaterali delle terapie permette ai pazienti di riconoscerli tempestivamente e adottare le strategie più appropriate per gestirli. **Una relazione caratterizzata da una comunicazione chiara**, veritiera e supportiva trasmette al paziente la sensazione di essere rispettato come essere umano, **lo rende protagonista attivo delle cure creando le condizioni per adottare un atteggiamento mentale e comportamentale favorevole** nei confronti della cura, riducendo altresì l'ansia legata alla perdita di controllo su ciò che gli sta accadendo. Un supporto costante e una corretta gestione degli effetti collaterali rafforzano la fiducia nella struttura sanitaria e dell'équipe curante, la motivazione nel seguire il trattamento come prescritto ed ultimo ma non ultimo per importanza possono prevenire sentimenti di demoralizzazione così frequenti nelle patologie oncologiche. **Parlare con il medico e condividere ogni dubbio o problema è il modo migliore per affrontare insieme questa sfida.**



Guarda la videointervista:

"L'Importanza dell'Ascolto e della Comunicazione nel Percorso Oncologico, per favorire una migliore aderenza alle terapie"

del **Prof. Massimo Di Maio**, Direttore dell'Oncologia Medica IU, città della salute e della scienza, Torino.
Presidente eletto AIOM

Diritti del paziente e del caregiver

ELISABETTA IANNELLI

Informazioni sui diritti dei pazienti oncologici e dei loro caregiver

Negli ultimi anni, la speranza di vita dei pazienti oncologici è migliorata significativamente, grazie ai progressi della ricerca scientifica e della medicina. Sempre più persone possono guarire completamente o convivere con la malattia per lungo tempo. Questo cambiamento ha portato a nuovi bisogni extra-sanitari, richiedendo risposte concrete in ambito sociale, economico e lavorativo. È essenziale che pazienti e caregiver conoscano i propri diritti per affrontare le difficoltà legate alla malattia e garantire una migliore qualità della vita. Per approfondire questi aspetti, si rimanda alle pubblicazioni dell'Associazione Italiana Malati di Cancro (AIMaC), curate dall'Avv. Elisabetta Iannelli con la revisione del Coordinamento Generale Medico Legale INPS: "I diritti del malato di cancro" e "Il diritto all'oblio oncologico" da cui sono tratte le informazioni che seguono.



Esenzione dal ticket per patologia o invalidità

I pazienti oncologici possono beneficiare dell'esenzione dal ticket per patologia (cod. 048) per farmaci, visite ed esami legati alla cura del tumore e delle sue complicanze. Se viene riconosciuta un'invalidità civile del 100%, si ottiene l'esenzione totale (cod. C01) per qualsiasi patologia.

Tutela assistenziale (invalidità civile ed handicap)

Il Decreto Ministeriale del 1992 stabilisce le percentuali di invalidità per pazienti oncologici (11%, 70% e 100%), permettendo l'accesso alle seguenti prestazioni assistenziali in base alla gravità della malattia e alle condizioni economiche; pensione di inabilità, assegno di invalidità, indennità di accompagnamento, indennità di frequenza.

Per ottenere questi benefici, occorre rivolgersi all'INPS seguendo una procedura in due fasi: la compilazione online del certificato oncologico introduttivo da parte di un medico certificatore, e l'invio telematico della domanda amministrativa.

Inoltre, l'accertamento, sempre da parte dell'INPS, dello stato di handicap in situazione di gravità garantisce benefici fiscali e lavorativi, come permessi, congedi retribuiti, scelta della sede e orario di lavoro flessibile, per conciliare le cure con l'attività professionale.

Diritti sul lavoro

I pazienti oncologici possono accedere a diversi benefici lavorativi in base alla percentuale di invalidità o dello stato di handicap accertati dall'INPS.

Chi ha un riconoscimento di handicap grave può chiedere il trasferimento vicino al proprio domicilio e opporsi a trasferimenti senza il suo consenso. Inoltre, ha diritto a mansioni adeguate alla sua capacità lavorativa e può essere esonerato dal lavoro notturno con certificazione medica che attesti la sua inidoneità a tali mansioni.

Il part-time e lo smartworking sono strumenti di flessibilità utili per conciliare lavoro e cure, con la possibilità di tornare al tempo pieno quando le condizioni di salute lo permetteranno.

I pazienti oncologici sono esonerati dall'obbligo di reperibilità per visite di controllo in caso di terapie salvavita o invalidità riconosciuta superiore al 67%.

Tra i permessi e congedi lavorativi disponibili ci sono:

- **permessi mensili (3 giorni o 2 ore al giorno - Legge 104/92);**
- **permessi per eventi particolari (3 giorni l'anno);**
- **congedo per cure per i lavoratori con invalidità oltre il 50% (30 giorni l'anno).**

Alcuni contratti collettivi garantiscono la retribuzione per giorni di assenza dovuti a terapie salvavita.

Lavoratori titolari di partita IVA

I lavoratori autonomi e liberi professionisti possono accedere a forme di assistenza economica, disciplinate da norme specifiche per la loro categoria.

Tutela previdenziale

I lavoratori oncologici con almeno 5 anni di contributi possono chiedere all'INPS il riconoscimento dell'invalidità pensionabile, ottenendo l'assegno ordinario di invalidità, se la capacità lavorativa è ridotta a meno di un terzo o la pensione di inabilità (totale), se la persona non è più in grado di lavorare. Inoltre se il paziente necessita di assistenza continua e non è ricoverato, può richiedere un assegno mensile per l'assistenza personale.

Chi ha un'invalidità civile pari o superiore al 75% ha diritto a 2 mesi di contribuzione figurativa per ogni anno di lavoro svolto da invalido, fino a un massimo di 5 anni, per anticipare il pensionamento.

Contrassegno di libera circolazione e sosta

I pazienti oncologici in terapia possono ottenere dal Comune di residenza un contrassegno di libera circolazione e sosta per facilitare gli spostamenti.

Diritto all'oblio oncologico

Dal 2 gennaio 2024, la **Legge 193/2023** garantisce il diritto all'oblio oncologico, impedendo discriminazioni legate a una precedente diagnosi di tumore. Le persone guarite da almeno 10 anni (o 5 anni se il tumore è stato diagnosticato prima dei 21 anni) non devono fornire informazioni sulla loro malattia né subirne le conseguenze in ambiti come assicurazioni, mutui, adozioni e lavoro.

Diritti dei caregiver

I caregiver di pazienti oncologici riconosciuti invalidi o con handicap grave hanno diritto a strumenti di tutela per conciliare lavoro e assistenza. Tra questi:

- scelta della sede di lavoro più vicina alla persona assistita e divieto di trasferimento senza consenso;
- permessi lavorativi di 3 giorni al mese (Legge 104/92);
- congedo straordinario biennale retribuito per l'assistenza continuativa;
- priorità nella trasformazione del lavoro da tempo pieno a part-time;
- esonero dai turni di lavoro notturno per garantire un migliore equilibrio tra cura e vita lavorativa;
- ferie e riposi solidali, con la possibilità di ricevere giorni di ferie donati da colleghi.

Queste misure sono fondamentali per sostenere chi si prende cura di un familiare malato, offrendo maggiore flessibilità e sicurezza. Un supporto concreto in un momento così delicato.

Invecchiare in salute

IGNAZIO UGO CARRECA, ANNA PAOLA CARRECA

Che cosa significa invecchiamento?

L'invecchiamento è stato a lungo visto come un processo graduale che inizia tra i 30 e i 40 anni. Tuttavia, uno studio dell'Università di Stanford, pubblicato su *Nature Ageing*, mostra che l'invecchiamento accelera in due momenti chiave: a 44 e a 60 anni. A 44 anni cambiano i meccanismi legati ai grassi, mentre a 60 anni si alterano metabolismo degli zuccheri e sistema immunitario, con effetti importanti sulla salute e sull'insorgenza di malattie legate all'età. Nonostante ciò, la soglia per la "Terza Età" resta fissata a 75 anni, basata su una visione lineare dell'invecchiamento. Lo studio potrebbe aiutare a ridefinire cosa significhi essere "anziani", migliorando prevenzione e qualità della vita.

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 elementi funzionali collocati sulle estremità dei cromosomi umani detti "telomeri". Questi si riducono ad ogni intervento di ri-

pristino 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 il secondo Paese al mondo per percentuale di over 65 (28%), dopo il Giappone (30,5%). Questo dato è legato all'aumento delle malattie cronicodegenerative, in particolare dei tumori. Più del 65% degli oltre 390.000 nuovi casi di tumore annui in Italia ri-

guarda persone sopra i 65 anni. Il rischio di cancro cresce con l'età: negli over 70 è circa 40 volte più alto rispetto ai 40-50enni, e 10 volte rispetto ai 60-65enni. Tra i 60 e i 69 anni, 1 uomo su 5 e 1 donna su 8 scopre di avere un tumore. I tipi più comuni tra gli anziani sono: prostata, polmone, mammella, colon-retto, vescica, stomaco e 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-benefici.

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 live	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 considera **l'obesità una malattia globale in rapido aumento, legata principalmente a diete ricche di cibi processati e a uno stile di vita sedentario**. L'obesità interessa tutte le classi sociali e può avere anche una componente genetica che rende difficile perdere peso. Il sovrappeso e l'obesità aumentano il rischio di molte malattie, tra cui malattie cardiache, diabete e diversi tipi di tumore, come quelli al seno post-menopausa, colon, utero, fegato e pancreas. **Negli over 65, l'accumulo di grasso viscerale, cioè quello che si deposita intorno agli organi, è particolarmente dannoso**. Ridurre questo grasso richiede uno stile di vita sano e un'attività fisica costante.

Vantaggi di un corretto stile di vita:

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.

Il 4 marzo si celebra la **Giornata Mondiale dell'Obesità** con l'obiettivo di sensibilizzare cittadini e istituzioni sull'impatto dell'obesità sullo stato di salute e, a livello sociale, promuovere la prevenzione. Anche The Lancet, rivista scientifica assai nota in tutto il mondo, ha pubblicato uno studio condotto su persone di varie età, di 190 Paesi, che dimostrava come il numero totale di bambini, adolescenti, adulti e anziani, tutti obesi, superava il miliardo. Lo studio segnala inoltre un decremento del numero di persone in normo o sottopeso, dagli anni '90 al 2024. Se ne deduce come **l'obesità sia quindi la forma più comune di malnutrizione nei paesi industrializzati e rappresenta un pericolo per la salute pubblica mondiale.**

Ultime notizie (2025)

Approvato alla Camera dei Deputati il 7 maggio 2025, il testo di legge che riconosce l'obesità come malattia cronica prosegue il suo iter al Senato. L'obiettivo è arrivare all'approvazione definitiva per permettere l'entrata in vigore della legge dal prossimo anno. È stato inoltre **definito con maggiore precisione come diagnosticare l'obesità.** Infatti, l'Indice di Massa Corporea (IMC) non basta più,

ma bisogna tener conto della distribuzione del grasso corporeo. Un parametro semplice e utile è il rapporto tra circonferenza vita e altezza, che dovrebbe restare sotto 0,5, sia per le donne che per gli uomini. Ad esempio, un soggetto alto 170 cm non dovrebbe superare gli 85 cm di circonferenza addominale, o girovita.

Rischi oncologici associati all'obesità

L'obesità, soprattutto dopo i 70 anni, aumenta il rischio di diversi tumori (mammella, colon-retto, utero, fegato, pancreas ecc.). Non è solo un fattore estetico: il grasso viscerale altera il metabolismo e favorisce malattie croniche come diabete, steatosi epatica e problemi cardiovascolari. È emerso che un **elemento fondamentale per migliorare la salute generale è l'attività fisica**. Praticando esercizi come yoga, pilates, tai-chi, o allenamento aerobico si riscontrano benefici importanti per la salute. Queste pratiche sono risultate particolarmente efficaci per pazienti affetti da tumori alla mammella, al polmone, all'apparato digerente e ad altri organi. Lo dimostra un lavoro pubblicato sul British Journal of Sports Medicine che suggerisce di **integrare l'esercizio fisico nei protocolli di trattamento oncologico poiché oltre a ridurre gli effetti collaterali delle terapie come danni cardiaci e nervosi, con effetti anche sulla qualità del sonno, l'umore e una migliore qualità di vita**. Questi esercizi si sono rivelati utili per pazienti affetti da tumori alla mammella, all'apparato digerente, al sangue, al polmone, alla prostata e altre tipologie. La solidità delle prove è stata valutata con il metodo GRADE, che ha indicato che il 54% delle associazioni studiate è risultato statisticamente significativo.



Anche nel 2025 AIOM e Fondazione AIOM partecipano ad un'iniziativa importante e che vuole raggiungere la popolazione residente nel nostro Paese.

L'AIOM è una Società Scientifica, nata nel lontano 1973, che riunisce al proprio interno i medici oncologici italiani. Nel 2005 è nata invece la **Fondazione AIOM** che si pone l'obiettivo di riunire nella stessa organizzazione clinici specialisti, pazienti e infermieri. Insieme ci occupiamo della lotta ai tumori a 360 gradi e dell'assistenza alle persone colpite, direttamente o indirettamente, da queste malattie. Il cancro è un gruppo eterogeneo di oltre 200 diverse patologie che possono interessare uomini e donne d'ogni fascia d'età. Solo nel 2024 i nuovi casi in Italia sono stati oltre 390mila, un dato sostanzialmente stabile rispetto al biennio precedente. Si registra poi una riduzione della mortalità per cancro nei giovani adulti tra i 20 e i 49 anni. In 15 anni (dal 2006 al 2021) è diminuita del 21% nelle donne e del 28% negli uomini. Vi sono poi grandi progressi sul versante delle terapie che sono via via più efficaci e "personalizzate". Infatti abbiamo un costante incremento del numero di persone che vivono dopo un tumore. Lo scorso anno ammontavano a circa 3,7 milioni sull'intero territorio nazionale.

Tutte queste notizie positive però non devono portare a sottovalutare sia il cancro che un'altra potente arma in nostro possesso: **la prevenzione**. È sufficiente seguire tutti i giorni alcune regole per evitare molti gravi problemi di salute. Giocare d'anticipo contro i tumori è possibile e perciò da tempo siamo impegnati per rafforzare in Italia una corretta cultura della prevenzione oncologica (sia primaria che secondaria).

Abbiamo perciò rinnovato il nostro contributo alla stesura 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 attraverso un'attività di Patient Advocacy efficace e partecipata, per contribuire a un sistema salute più equo, innovativo e accessibile, rispondente ai bisogni della collettività e dei pazienti oncologici, con focus sul tumore della mammella.
- **Sensibilizzare sull'importanza della prevenzione e diffondere la conoscenza dei corretti stili di vita.**
- **Migliorare la conoscenza della popolazione** rispetto ai servizi offerti dal Servizio Sanitario Nazionale.
- **Supportare i pazienti e i loro "caregiver"** anche attraverso l'offerta di programmi gratuiti per il benessere psico-fisico.
- **Favorire la ricerca in oncologia.**

incontradonna.it

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



DA 15 ANNI AL TUO FIANCO

La prevenzione a ottobre viaggia con te



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

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