

VADEMECUM DELLA **SALUTE**

FRECCIA ROSA

LA PREVENZIONE VIAGGIA IN TRENO



 **TRENITALIA**
GRUPPO FERROVIE DELLO STATO ITALIANE

**Incontra
donna**
Onlus OCCUPIAMOCI DI SENSO


Ministero della Salute

 1978 **40** 2018
FARMINDUSTRIA

I N D I C E

INTRODUZIONE

Pag. 04

HANNO COLLABORATO

Pag. 06

ALIMENTAZIONE

Pag. 07

ATTIVITÀ FISICA

Pag. 16

SCREENING ONCOLOGICI

Pag. 17

MAMMELLA

Pag. 19

LA CUTE

Pag. 27

HPV

Pag. 29

COLON

Pag. 35

OVAIO

Pag. 38

POLMONE

Pag. 42

CUORE

Pag. 45

con il contributo di

INTRODUZIONE

Cari viaggiatori,

anche quest'anno l'Associazione IncontraDonna Onlus, in collaborazione con Ministero della Salute e Ferrovie dello Stato Italiane, ha voluto celebrare l'Ottobre Rosa realizzando il Vademecum della salute, che vi invito a leggere.

Il Vademecum intende promuovere la cultura dell'adozione di corretti stili di vita come strumento principale di prevenzione. In questa pubblicazione, destinata a tutta la famiglia e in particolare alle donne, troverete utili consigli di prevenzione primaria, informazioni sui programmi di screening e sulle patologie più rilevanti e diffuse.

Tutti noi possiamo ridurre in maniera significativa il rischio di patologie croniche, adottando comportamenti e abitudini che ci aiutano a vivere in salute il presente e gli anni futuri della nostra vita.

Sappiamo che la popolazione italiana invecchia sempre di più e che il nostro Sistema Sanitario è chiamato ad affrontare le sfide di presa in carico e di cura di una popolazione più anziana e fragile. Ma noi guardiamo anche al presente e al futuro delle

generazioni più giovani, delle bambine e delle ragazze che devono iniziare per tempo a occuparsi della propria salute. In quest'ottica, oltre ad adottare uno stile di vita sano, è fondamentale l'adesione ai programmi di screening offerti dal nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Sono felice, sia come cittadina che come Ministro della Salute, di vivere in un Paese come il nostro, dove la pratica del volontariato in sanità è talmente diffusa e capillare da rappresentare un valido sostegno al Servizio Sanitario Nazionale pubblico. Con piacere condivido, quindi, questa iniziativa di IncontraDonna Onlus e vi invito a leggere questo interessante Vademecum. Anche un viaggio in treno può rappresentare, infatti, un'occasione per dedicare un'attenzione maggiore alla nostra salute. Non rimandare i controlli: la prevenzione comincia oggi.



GIULIA GRILLO
Ministro della Salute



Gentile cliente,

l'Associazione IncontraDonna Onlus e Ferrovie dello Stato Italiane/ Trenitalia ritornano in viaggio per la ottava edizione di Frecciarosa che si svolgerà dal 1 al 31 ottobre 2018. Si tratta di un'iniziativa dedicata alle viaggiatrici di Trenitalia, ma che non riguarda esclusivamente la donna. Il treno diventerà luogo di attività e iniziative per promuovere la salute di tutta la famiglia. Ferrovie dello Stato Italiane, insieme a IncontraDonna, con il patrocinio del Ministero della Salute e il sostegno di Farindustria, intendono testimoniare l'impegno fattivo e costante per la costruzione di una cultura della prevenzione che riguarda la salute della donna, della famiglia e degli ambienti di lavoro. A bordo dei treni verrà distribuito, con l'ausilio di volontari e hostess dedicate, un Vademecum della Salute di facile consultazione, con informazioni e suggerimenti sugli stili di vita (prevenzione primaria), riguardo i programmi di screening e le più importanti e frequenti patologie di diversi organi e apparati. Le attività si svolgeranno in tutte le regioni di Italia e molte sono le novità di questo anno! Innanzitutto il Frecciarosa raggiungerà anche Sicilia e Sardegna. A bordo di alcuni treni si effettueranno visite specialistiche

gratuite per la prevenzione del tumore del seno, visto che il mese di ottobre è dedicato alla prevenzione del tumore della mammella, ma anche consulenze di prevenzione oncologica in generale presso alcuni Frecciaciub di Italia. Un'ulteriore novità è rappresentata da due ecografi di bordo che IncontraDonna metterà a disposizione di Ferrovie dello Stato in alcuni giorni del mese per valutazioni immediate e in tempo reale per problematiche del seno, della tiroide e dei vasi epiaortici. Siamo certi che gradirà questo piccolo, prezioso Vademecum, che in toni sdrammatizzanti le fornirà utili informazioni. Il personale e i volontari di IncontraDonna, che troverà a bordo, sono espressamente formati dall'Associazione e saranno a sua disposizione per chiarimenti sulla finalità dell'iniziativa Frecciarosa. Qualora avesse dei quesiti specifici e volesse essere da noi successivamente contattato, potrà fornire i suoi dati nel rispetto delle leggi vigenti sulla privacy.

**Buon viaggio con il
Frecciarosa!**

ADRIANA BONIFACINO
IncontraDonna Onlus, Presidente

HANNO COLLABORATO ALLA STESURA DEL VADEMECUM

**Dott.ssa
Alessandra Barca**

Ufficio Screening
Area Prevenzione e Promozione
della Salute - Regione Lazio

**Prof.ssa
Adriana Bonifacino**

Unità di Senologia
A.O.U. S.Andrea
Sapienza Università - Roma

**Prof.
Vito Domenico Corleto**

Endoscopia Digestiva
A.O.U. S.Andrea
Sapienza Università - Roma

**Prof.
Emilio Di Giulio**

Endoscopia Digestiva
A.O.U. S.Andrea
Sapienza Università - Roma

**Prof. ssa
Gabriella Fabbrocini**

Dermatologia
A.U. Policlinico Federico II
Napoli

**Prof.
Luciano Mariani**

HPV Unit
Istituto Nazionale Tumori
Regina Elena - Roma

**Dott.ssa
M. Beatrice Musumeci**

Cardiologia
A.O.U. S.Andrea
Sapienza Università - Roma

**Prof.ssa
Silvia Novello**

Oncologia Polmonare
A.O.U. S. Luigi-Orbassano
Università - Torino

**Dott.ssa
Teresa Paolucci**

Medicina Fisica e
della Riabilitazione
Sapienza Università - Roma

**Prof.ssa
Debora Rasio**

Oncologia e Nutrizione Clinica
A.O.U. S.Andrea
Sapienza Università - Roma

**Dott.ssa
Vanda Salutari**

U.O.C. Ginecologia Oncologica
Policlinico Gemelli
Roma

**Prof.
Alberto Villani**

U.O.C. - Pediatria Generale
e Malattie Infettive
Osp. Pediatrico Bambino Gesù
Roma

**Prof.
Massimo Volpe**

Cardiologia
A.O.U. S.Andrea
Sapienza Università - Roma

**Dott.
Marco Zappa**

Direttore Osservatorio
Nazionale Screening

con il patrocinio di



Aggravata, Accanto alle per il Servizio Sanitario Regionale



Foto di copertina
realizzata da
Luciana Messina

01.

ALIMENTAZIONE

Abbiamo molto più controllo sulla salute di quanto immaginiamo: possiamo infatti prevenire molte malattie agendo sulle nostre scelte di vita, in particolare curando l'alimentazione, astenendoci dal fumo, mantenendo un adeguato peso corporeo e un buon regime di attività fisica.

È noto che circa un terzo dei tumori siano prevenibili a tavola. Consumare pasti bilanciati dal punto di vista calorico-nutrizionale, limitare il consumo di bevande zuccherate, rispettare la stagionalità dei cibi privilegiando frutta e verdura fresche, consumare alimenti naturalmente ricchi in fibra come cereali integrali, legumi e frutta secca oleosa, sono semplici accorgimenti che - insieme al movimento fisico - consentono di mantenerci in salute senza rinunciare al gusto dei buoni piatti della nostra tradizione mediterranea.

CREIAMO UN PERCORSO DI SALUTE

Gli alimenti hanno proprietà e caratteristiche che possono favorire uno stato di salute. Cambiare dieta e stile di vita può migliorare la nostra salute e influenzare positivamente il decorso di alcune malattie.

LA DIETA ANTI-TUMORE

01. RACCOMANDAZIONE I Controlla il peso corporeo

L'eccesso di peso, conseguenza di un'alimentazione sbilanciata e di uno stile di vita sedentario, può favorire l'insorgenza del 25-30% di alcuni dei tumori più comuni, come quelli del colon e del seno (in età post-menopausale), dell'endometrio, della cistifellea, della prostata e dell'esofago.

Il tessuto adiposo, infatti, oltre a costituire una riserva di grassi, è un vero e proprio organo endocrino in grado di produrre molecole ad azione pro-infiammatoria e aumentare così il rischio di sviluppare insulino-resistenza, ma-



lattie cardiovascolari, tumori e malattie neurodegenerative. L'obesità, inoltre, influenza il rischio di sviluppare recidive di alcuni tumori, come quello alla mammella e all'endometrio.

Cosa fare dunque? Cambiare stile di vita, seguendo una dieta sana e praticando attività fisica giornaliera!

02. RACCOMANDAZIONE 2

Consuma giornalmente alimenti vegetali



Non devono mai mancare sulla nostra tavola i **vegetali**; questi, contengono innumerevoli sostanze - vitamine, minerali, oligoelementi, fibra - che lavorano insieme per proteggerci dallo stress ossidativo, regolare la crescita cellulare, migliorare la funzione del sistema immunitario e favorire l'eliminazione di tossine dal corpo.

Consumiamo giornalmente **cereali integrali, legumi, verdura, frutta fresca e frutta secca oleosa**. Preferiamo frutta e verdura di stagione, meglio se coltivate a breve distanza da dove vengono consumate, in modo da mantenere al meglio le proprietà nutritive.

I **frutti rossi e viola** offrono straordinaria protezione: lamponi, mirtilli, more, fragole selvatiche, ribes e ciliegie sono ricchi in acido ellagico, quercetina, antocianine e altri antiossidanti con proprietà benefiche.

Non dimentichiamo la melagrana e il suo succo: sono un vero concentrato di antiossidanti!

Tra le verdure, le **crucifere** sono un alleato prezioso, da consumare frequentemente. Cavolo cappuccio, cavolo verza, cavolo nero, cavolo rosso, cavolfiore, cavolini di Bruxelles, broccoli, rape, ravanello, rafano, senape e rucola, sono ricchi di una classe particolare di fitomolecole chiamate glucosinolati, che conferiscono il tipico sapore pungente-amaro e aumentano la capacità del fegato di eliminare le tossine. Alcune di queste molecole sembrano anche in grado di proteggerci da diversi tumori come quello al seno, alla prostata e al colon-retto. Le crucifere interagiscono con il metabolismo dello iodio inibendo gli ormoni tiroidei (effetto gozzigeno).

La frutta oleosa è ricca in composti protettivi e in grassi buoni. Noci, nocciole, mandorle, pinoli, pistacchi, anacardi ecc. sono ricchi in preziosi grassi poli-insaturi, fibra, fitosteroli, minerali, vitamine, polifenoli e altri antiossidanti. Consumiamola non tostata, per mantenere inalterati gli acidi grassi essenziali e le vitamine, e non salata.

Gli studi hanno dimostrato che mangiare abitualmente piccole quantità di frutta

oleosa riduce l'infiammazione e migliora il profilo lipidico e metabolico. Piccolissimi, ma estremamente ricchi di proteine, fibre vegetali, flavonoidi ed acidi grassi essenziali, **i semi** sono validi alleati della nostra salute. Quelli di lino spiccano come principale fonte in natura di lignani e di acidi grassi omega-3. Numerosi studi epidemiologici hanno ipotizzato il loro ruolo protettivo, in particolare nei confronti dei tumori al seno in donne in post-menopausa, prostata e colon-retto. Altre fonti importanti di lignani sono i semi di sesamo e di chia, i ceci e i piselli.

Semi e frutta oleosa possono essere consumati a colazione, come merenda, come condimento nelle insalate o a fine pasto: sono calorici ma assunti con moderazione non incidono sul peso corporeo.

I legumi con la loro abbondanza in fibra aumentano il senso di sazietà, hanno un altissimo potere saziante, tengono a bada la glicemia e favoriscono il transito intestinale. Consumati con i cereali, preferibilmente integrali, rappresentano un pasto completo e bilanciato, ottima fonte di proteine, carboidrati a basso indice glicemico, vitamine e sali minerali.

I cereali integrali in chicco -farro, riso, orzo, avena, grano saraceno, quinoa e miglio- sono una preziosa fonte di fibra, antiossidanti, vitamine, minerali, lignani e grassi polinsaturi, elementi che vengono largamente persi durante il processo di raffinazione. Hanno un basso indice glicemico ed evitano rialzi di insulina che, quando elevati, possono aumentare il rischio di diverse malattie croniche, dal diabete all'Alzheimer, da alcuni tumori alle malattie cardiovascolari.

Consuma ogni giorno almeno 2-3 porzioni di frutta fresca e 2-3 porzioni di verdura.

Utilizza tutti i giorni i cereali integrali quali farro, orzo, riso, miglio, avena e quinoa e preferisci il pane prodotto con farine integrali e lievito con lievito madre.

Incrementa l'uso di legumi (almeno 2-3 volte a settimana).

Poco sale ma iodato! Presta attenzione al sale presente negli alimenti e utilizza solo un pizzico di sale iodato e quando possibile erbe aromatiche e spezie per arricchire il piatto di gusto e nutrienti: il sale iodato aiuta a prevenire alcune importanti disfunzioni tiroidee come l'ipotiroidismo congenito e il gozzo nodulare, è utile nei ragazzi in crescita, nelle donne in gravidanza, negli anziani e per il corretto funzionamento del cervello.

03. RACCOMANDAZIONE 3

Limita il consumo di carne

Consuma la carne non più di 2 volte a settimana e preferisci quella bianca (pollo, tacchino, coniglio).

Quando mangi la carne, associa nel pasto verdura e frutta ricchi in fibra e sostanze ad azione protettiva.

Limita il consumo di carni trasformate e conservate.

Come fonti proteiche alternative puoi utilizzare i legumi. Questi ultimi, abbinati ai cereali come pasta, riso, farro, ecc., apportano un pool di amminoacidi completo.

04. RACCOMANDAZIONE 4

I grassi si... ma quelli buoni!

Alcuni grassi sono essenziali per la salute, mentre altri sono nocivi.

I grassi poli-insaturi, e in particolare gli acidi grassi omega-3 sono associati ad un ridotto rischio di malattie cardiovascolari e svolgono un importante ruolo strutturale e metabolico. Li ritroviamo nella frutta oleosa (noci, mandorle, nocciole ecc.), nei semi (di zucca, sesamo, girasole, lino, chia, ecc), in alcuni oli vegetali (come quello di lino o di vinacciolo) e nel pesce. Il pesce azzurro quale lo sgombrò, le alici e le sardine, è particolarmente ricco in acidi grassi omega-3.

Consuma pesce con regolarità meglio se più volte la settimana.

Il pesce (fresco o surgelato) è anche un'ottima fonte di iodio, importante per la salute del cervello oltre che della tiroide.

Fra i principali cardini della dieta mediterranea, **l'olio extravergine di oliva (EVO)** si differenzia da tutti gli altri oli perché prodotto dalla semplice spremitura a freddo del frutto dell'olivo, preservando così integre le sue proprietà. È un importante fonte di vitamina E e carotenoidi, potenti antiossidanti, e abbonda in polifenoli ad azione protettiva. Contiene squalene, molecola con effetto antinfiammatorio. Alcuni studi hanno ipotizzato che il consumo di EVO riduce il rischio di sviluppare tumori, in particolare al seno e all'apparato digerente e protegge dalle malattie cardiovascolari.

Gli acidi grassi trans e gli oli idrogenati, che puoi trovare nelle



margarine, negli oli vegetali raffinati e in diversi prodotti alimentari trasformati, aumentano il rischio di malattie cardiovascolari e tumori. Modera, comunque, la quantità di grassi ed oli che usi per condire e cucinare, preferendo cotture al cartoccio o al vapore. Prediligi EVO.

05. RACCOMANDAZIONE 5

Riduci il consumo di zuccheri, farine raffinate e additivi

Riduci al minimo il consumo di dolci e di bevande zuccherate. Anche l'eccessivo consumo di **farine raffinate va evitato. Preferisci sempre cereali e farine integrali**, ricche in fibra e sostanze nutritive e in grado di mantenere stabile la glicemia.

06. RACCOMANDAZIONE 6

Non tutti i mali vengono per "cuocere"

Durante la cottura generalmente si verifica una perdita di vitamine idrosolubili (quelle del gruppo B e C) e di clorofilla, più sensibili al calore. In alcuni casi, tuttavia, accade il contrario: si formano nuove sostanze antiossidanti e migliora la (bio)disponibilità di alcune vitamine quali i carotenoidi. I pomodori e le carote, ad esempio, offrono più protezione se consumati cotti e conditi con olio in modo da favorire l'assorbimento delle vitamine liposolubili.

Attenzione alla carne...

Quando cuociamo la **carne alla griglia, su piastra o arrosto**, si generano alcune sostanze che possono danneggiare il DNA aumentando il rischio di alcuni tipi di tumore. Per la particolare composizione in amminoacidi, la carne bianca cotta ad elevate temperature sviluppa più sostanze pericolose rispetto a quella rossa. Mangiare frequentemente carne cotta alla griglia aumenta il rischio di sviluppare tumore allo stomaco, al colon-retto, al seno, al pancreas e alla prostata.

Niente paura! Una dieta varia, ricca in alimenti vegetali crudi e cotti ci assicura la giusta protezione.

Cuocere a vapore, al cartoccio o in padella con EVO e utilizzare spezie ed erbe aromatiche riduce la formazione di questi composti conferendo al cibo un sapore anche più gustoso!

07. RACCOMANDAZIONE 7

Non dimenticare l'acqua

Bevi acqua in quantità sufficiente alle esigenze del tuo organismo. Presta particolare attenzione agli anziani ai bambini, più a rischio di disidratazione.

La frutta e la verdura, specie se crude, sono ricche in acqua e contribuiscono all'apporto giornaliero di liquidi.

ASSOCIAZIONI CORRETTE

CARBOIDRATI COMPLESSI		+		VERDURE
CARBOIDRATI COMPLESSI		+		LEGUMI
PROTEINE		+		VERDURE
GRASSI		+		VERDURE

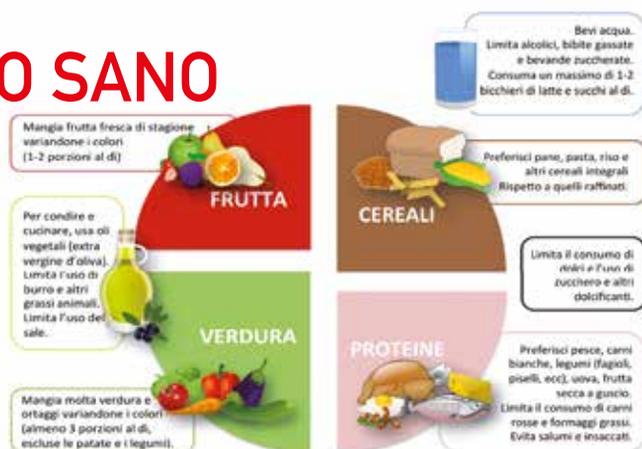
PER LA SALUTE DELLE OSSA, ma non solo...

Fare attività fisica all'aria aperta, esponendosi al sole, permette di ottenere un doppio vantaggio. Il movimento ed i raggi del sole migliorano la salute delle nostre ossa, rinforzandole. Il sole poi aiuta la produzione di vitamina D, indispensabile insieme al calcio per prevenire l'osteoporosi e tante altre malattie. La vitamina D è un vero e proprio ormone, alleato della nostra salute! Controlla periodicamente i tuoi livelli di vitamina D nel sangue e, ove carenti, parlane con il tuo medico curante perché potresti avere necessità di una supplementazione!

Attenti al peso... I soggetti obesi sono a maggior rischio di carenza di vitamina D, la quale, essendo liposolubile, tende ad essere sequestrata dal grasso corporeo.

E in gravidanza e allattamento.... È bene tener presente che durante queste fasi la mamma e il suo bambino richiedono un maggiore apporto di vitamina D, è pertanto più facile andare in carenza.

PIATTO SANO



È PER I BAMBINI?

In Italia un bambino di 8-9 anni su 3 è sovrappeso o obeso. L'aumento di peso preoccupa, in quanto predispone il bambino al futuro sviluppo di malattie croniche. Mangiare correttamente sin da piccoli è il miglior investimento per la salute e un consumo di cibi sani fin dalla più giovane età si accompagna a una più bassa incidenza di tumori nell'età adulta.

Cosa è successo al nostro modo di mangiare? Che ne è stato del modello di dieta mediterranea che abbiamo esportato in tutto il mondo come esempio virtuoso di alimentazione?

Spesso abbiamo sostituito cereali integrali, legumi, pesce, yogurt, frutta e verdure fresche, con cibi ricchi in zuccheri, sale e grassi saturi. I pasti sempre più rispondono principalmente a criteri di praticità: abbiamo dimenticato il valore insito nell'alimento.

È importantissimo abituare i bambini al consumo di cibi vari e freschi. Allatta il tuo bambino al seno per proteggerlo contro l'obesità e altre malattie.

Rispettiamo gli orari dei pasti e la giusta distribuzione degli alimenti fra colazione, pranzo e cena.

GUIDA PRATICA PER GENITORI

È importante variare gli alimenti e non eccedere con le porzioni.

La colazione del mattino, che i giovani spesso saltano, è fondamentale perché al risveglio, dopo una media di 10 ore di digiuno, l'organismo ha bisogno di "carburante" a lunga durata per iniziare bene la giornata.

Alcune soluzioni? Latte o yogurt intero bianco o spremute fresche, pane prodotto con farine di cereali integrali o cereali in fiocchi, frutta fresca e secca.

Lo spuntino di metà mattina aiuta a tenere sotto controllo la fame ed il peso. Scegliamolo povero di grassi se il pranzo seguirà a breve: uno yogurt bianco con frutta fresca, un frutto o un piccolo panino con pomodoro ed olio EVO o un pezzetto di cioccolata, meglio se fondente.

Il pranzo: deve essere completo! Una porzione di pasta o riso o farro o orzo, con legumi, carne o pesce come secondo piatto; una verdura (anche nascosta per i bambini che non la amano, frullata e aggiunta al primo o grattugiata e aggiunta ai legumi o alla carne preparata a polpette) e per finire, la frutta.

Il pomeriggio: possiamo scegliere tra un frullato con latte, frutta fresca, una bruschetta con olio EVO e pomodoro, un pezzetto di cioccolato, meglio se fondente, una mela cotta o una macedonia. Occasionalmente un dolcetto o un piccolo gelato artigianale.

La cena: dovrebbe essere leggera! Un piatto di minestra con cereali e legumi, oppure pasta e legumi, un primo condito con verdure e parmigiano o formaggio fresco oppure una porzione di pesce o uova da associare a una fetta di pane integrale, con verdura e frutta.

Prima di andare a letto: rispettiamo il digiuno notturno: un po' di gioco, una storia da raccontare, le lenzuola da rimboccare, un bel bacio ed ecco... arriva la buona notte!

CURIOSITÀ

Noci e mandorle sembra allunghino la vita! Basta mangiarne una mezza manciata ogni giorno, circa 10-15 grammi, per ridurre del 23% il rischio di morte prematura dovuta a cancro, diabete, malattie respiratorie e neurodegenerative, come ha verificato uno studio dell'Università di Maastricht pubblicato sull'International Journal of Epidemiology.

Tutti i popoli più longevi al mondo consumano grandi quantità di pesce. In cima alla lista per longevità figurano i giapponesi, gli islandesi e, a seguire... noi italiani. Preferisci il pesce azzurro come alici e sardine, ricco in omega-3, dai molti effetti benefici e protettivi.

A parità di assunzione calorica, i bambini con i più bassi livelli di vitamina D nel sangue tendono a prendere più peso dei coetanei con i livelli più elevati.

La cottura degli alimenti può indurre una perdita del 50% della vitamina C e del 70% di folati. Le vitamine liposolubili quali i carotenoidi, la vitamina E e la K, sono invece più resistenti, così come i sali minerali, con perdite che vanno dal 25% al 40%. Per questo dobbiamo sempre alternare ogni giorno alimenti crudi e cotti nell'ambito di un'alimentazione varia, così da garantirci tutti i nutrienti di cui abbiamo bisogno.

L'etichetta è la carta d'identità dell'alimentazione: riporta informazioni sul contenuto nutrizionale del prodotto e ci aiuta a seguire una dieta corretta ed equilibrata. Saper leggere correttamente le etichette è un atto di responsabilità verso la nostra salute e quella delle persone che consumano gli alimenti che acquistiamo. **Impariamo a leggere l'etichetta per una scelta consapevole!**

LA NOTTE È FATTA PER DORMIRE!

Le lunghe ore notturne che trascorriamo senza mangiare, e che fino all'avvento della luce elettrica duravano dal crepuscolo fino al mattino successivo, sono sempre state parte integrante della nostra quotidianità. Ancora oggi dovrebbero essere tutelate attraverso una cena anticipata e piuttosto frugale, nel rispetto del vecchio detto 'colazione da re, pranzo da principe e cena da povero'.

Il nostro cervello, infatti, risponde al ritmo di luce/oscurità attivando di giorno le funzioni preposte al movimento e alla trasformazione del cibo in energia, supportando di notte il riparo e la rigenerazione. Cenare tardi e in abbondanza disturba i processi di "manutenzione" che le cellule mettono in atto durante il riposo notturno e il cui corretto svolgimento richiede l'utilizzo di tutte le energie a disposizione che non devono quindi essere dissipate nella digestione, assorbimento e metabolismo dei cibi. I benefici del digiuno notturno sono davvero tanti: riduce l'infiammazione, regola i livelli di insulina, protegge tutte le cellule – soprattutto quelle nervose – dai danni dell'usura e stimola neuroplasticità che è la crescita di nuove connessioni fra i neuroni. Inoltre migliora la composizione della flora batterica intestinale, riduce la pressione sanguigna e i livelli di colesterolo circolante, regola il funzionamento del sistema immunitario, favorisce un buon riposo notturno. Non ultimo, attiva l'autofagia, quel meccanismo con cui letteralmente "mangiamo" componenti danneggiate delle nostre cellule per ricavarne energia, promuovendo in questo modo un rinnovamento cellulare a trecentosessanta gradi.

Il digiuno notturno, inoltre, migliora il funzionamento dei mitocondri – le nostre centraline energetiche - riducendo la produzione di specie reattive dell'ossigeno e il conseguente stress ossidativo. Aumentando l'efficienza energetica delle cellule rallentiamo gli effetti negativi di invecchiamento.

02.

ATTIVITÀ FISICA

L'attività fisica, se eseguita correttamente e con assiduità, aiuta a restare in forma, a mantenere efficienti l'apparato muscolo-scheletrico e quello circolatorio e a controllare il peso corporeo.

Il movimento e lo sport, attraverso meccanismi che oggi i ricercatori sono in grado di studiare nel dettaglio, svolgono un'importante funzione di prevenzione anche per alcune forme tumorali e per le eventuali recidive.

L'attività fisica modulata attraverso esercizi aerobici, come la corsa o esercizi di resistenza, meglio se combinati tra loro, aiuta a migliorare la sensazione di benessere fisico e la qualità di vita.

Correre, andare in bicicletta oppure camminare a passo veloce sono tutte attività che aiutano a migliorare la resistenza fisica, la gestione dei sintomi nelle patologie tumorali e gli effetti indesiderati durante trattamenti medici come chemioterapia e radioterapia.

L'attività fisica andrebbe svolta nel corso della settimana per un minimo di 150 minuti di esercizi aerobici d'intensità moderata (ad esempio 30 minuti 5 volte a settimana) oppure per un minimo di 75 minuti di esercizi aerobici di attività intensa (ad esempio 25 minuti 3 volte a settimana).

Si può fare sport anche durante radioterapia e chemioterapia?

Chemioterapia o radioterapia non sono controindicazioni allo svolgimento dell'attività sportiva, anzi l'esercizio fisico aiuta a rafforzare la struttura ossea e muscolare e riduce la fatica gestendo al meglio anche le eventuali complicanze della terapia. Andrebbero scelti programmi con esercizi a bassa intensità aerobica, avendo rispetto per le pause di riposo se ci si sente stanchi e affaticati

MUOVITI! Uno stile di vita sedentario non aiuta.

Una stile di vita attivo è il modo migliore per prevenire molte patologie. Per

mantenersi in buona salute è necessario “muoversi” cioè camminare, ballare, giocare, fare le scale, andare in bicicletta, ecc... Uno stile di vita sedentario può aumentare il rischio di cancro attraverso diversi meccanismi come l'aumento dell'insulino-resistenza e dell'infiammazione e l'indebolimento del sistema immunitario.

Abbandonare uno stile di vita sedentario è il primo passo per una corretta prevenzione.

03.

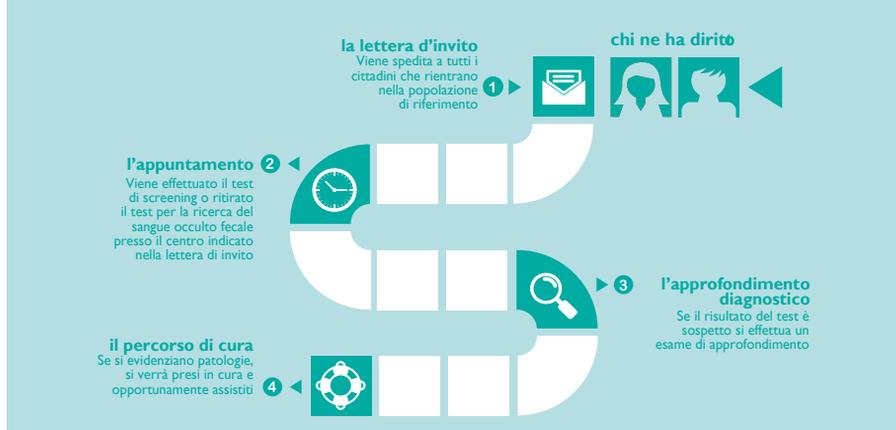
SCREENING ONCOLOGICI

I tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto sono patologie per le quali esistono interventi di prevenzione e diagnosi precoce in grado di modificare il loro decorso. Questi interventi di sanità pubblica sono i **programmi di screening** che invitano attivamente la popolazione ad effettuare un test per identificare piccoli tumori e/o lesioni ad alto rischio di progressione a tumore. Anticipando la diagnosi si possono migliorare sopravvivenza e la qualità della vita.

I test di screening sono: la **mammografia** per le donne fra 50 e 69 anni, il **Pap test** e il **test HPV** per le donne fra i 25 e i 64 anni, il test per la **ricerca del sangue occulto fecale** per entrambi i sessi fra 50 e 69 anni (rettosigmoidoscopia una sola volta a 58 anni).

Nel caso dello screening della cervice uterina e in quello del colon-retto l'identificazione e la cura di lesioni ad alto rischio può prevenire la comparsa del tumore. Ogni anno in Italia circa 50.000 donne ricevono una diagnosi di tu-





more della mammella; circa 52.000 persone, tra uomini e donne, ricevono una diagnosi di tumore coloretale e circa 2000 donne una diagnosi di carcinoma di collo dell'utero. Molto spesso la diagnosi arriva in ritardo. Per questo è importante sottoporsi ai controlli periodici secondo i protocolli raccomandati. Ogni Regione deve garantire alla popolazione nelle fasce d'età prima ricordate (in alcune Regioni la fascia d'età è più ampia) l'opportunità di essere inserita nei percorsi organizzati dello screening, considerati dal Ministero della Salute Livelli Essenziali di Assistenza per la loro efficacia LEA.

Nel 2010 sono state invitate circa 13 milioni di persone a partecipare ai programmi di screening organizzati e poco meno di 6 milioni sono stati i test erogati (Osservatorio Nazionale Screening (www.osservatorionazionale-screening.it))

L'organizzazione dei programmi di screening è complessa e articolata: la lettera d'invito è personalizzata e un appuntamento prefissato per l'effettuazione del test o prevede, nel caso della ricerca del sangue occulto nelle feci, il ritiro del test di screening presso centri distribuiti capillarmente sul territorio.

Se l'esito del test è nella norma la persona sarà chiamata periodicamente secondo intervalli di tempo raccomandati (mammografia ogni due anni, Pap test ogni tre anni, test HPV ogni 5 anni, ricerca del sangue occulto fecale ogni 2 anni, rettosigmoidoscopia una sola volta a 58 anni). Se invece il test di screening è sospetto o positivo, il programma garantisce gli approfondimenti di secondo livello e l'eventuale trattamento delle lesioni identificate presso strutture di riferimento del servizio sanitario.

Tutto il percorso di screening è gratuito e monitorato attraverso la valutazione di indicatori, strumenti utilizzati per valutare la qualità del processo di screening e delle prestazioni erogate.

Se rientri nella corretta fascia d'età e non hai ancora ricevuto la lettera di invito informati presso la tua Regione.

Se invece hai ricevuto l'invito, partecipa al programma di screening della tua Regione. Rispondi all'invito!

04.

MAMMELLA



FAI LA MAMMOGRAFIA! La prevenzione è la migliore arma per mantenere un buono stato di salute. Se la vita media di uomini e donne si è progressivamente allungata negli ultimi anni lo dobbiamo anche alla prevenzione primaria e secondaria. La primaria è l'attenzione a mantenere un buono stato di salute, attraverso stili di vita corretti (alimentazione, attività fisica, fumo, alcol), vaccinazioni, conoscenza di eventuali fattori ereditari, ecc... Quella secondaria ci fa sottoporre a visite, test ed indagini strumentali che possono evidenziare un eventuale problema di salute in una fase talmente precoce da poter intervenire tempestivamente e risolverlo. Anche per il tumore del seno esistono diverse modalità di prevenzione, ma una è importantissima: la Mammografia!

IOS



ANDROID

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

CENTRI DI SENOLOGIA La paziente con tumore del seno è necessario che venga trattata presso un Centro di Senologia pubblico che tratti almeno 150 casi di tumore del seno ogni anno; come stabilito dal decreto ministeriale DM70/2015. Nella App Pianeta Seno potrete trovare tutti i centri di screening e di senologia con geolocalizzazione.

COSA FARE SE SEI FUORI DALL'ETÀ DELLO SCREENING?

Sottoporsi periodicamente (annualmente) ad una visita al seno da un medico di fiducia (medico di famiglia, ginecologo, centro di senologia). Nelle giovani donne fino ai 30/35 anni l'esame più indicato, insieme con la visita clinica, è eventualmente l'ecografia. Tra i 35 e i 50 anni, ed oltre i 70, il tipo di esame da eseguire viene stabilito dal medico di fiducia in base al tipo di seno e ai fattori di rischio (privilegiando la mammografia). *Legge 23 dicembre 2000, n. 388 mammografia con esenzione dal ticket, ogni due anni, per tutte le donne di età compresa fra 45 e 69 anni.*

» **Mammografia:** esame radiologico che utilizza un dosaggio estremamente basso di radiazioni. La mammella viene compressa tra due superfici e questo consente di evidenziare eventuali alterazioni della densità del tessuto, noduli, microcalcificazioni, distorsioni e asimmetrie della ghiandola. Esistono diverse tecnologie: digitale e tomosintesi. **La tomosintesi prevede una ricostruzione tridimensionale (3D) della ghiandola mammaria e attualmente, dagli studi scientifici, sembra essere la metodica più affidabile per la diagnosi precoce.** In età fertile meglio eseguire la mammografia fra 7° e 14° giorno del ciclo contando dal primo giorno di mestruazione.

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

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

» **Risonanza Magnetica (RM con mezzo di contrasto):** utilizza un campo magnetico (non radiazioni). Viene consigliata esclusivamente dallo specialista come approfondimento o a completamento di indagini, in casi selezionati ove sia necessario evidenziare nel dettaglio la vascolarizzazione dei tessuti. Per eseguirla viene richiesto un esame della funzionalità renale (creatininemia). **Non è sostitutiva della mammografia né della ecografia.** In età fertile va eseguita tra 7° e 14° giorno del ciclo mestruale.

» **Prelievi di cellule o tessuto:** la possibilità di un prelievo viene stabilita dallo specialista senologo in relazione a quanto evidenziato dalla mammografia/ecografia. In molti casi può evitare un intervento chirurgico inutile. Nel caso, invece, di un tumore al seno, ci permette una dettagliata programmazione dell'intervento stesso. Inoltre, i recenti progressi tecnologici e scientifici consentono una caratterizzazione sempre più precisa del tessuto esaminato con la possibilità di attuare cure sempre più efficaci e personalizzate (recettori ormonali, HER2, Ki67 indice di proliferazione cellulare).

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

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

» **Biopsia:** è un prelievo di tessuto (esame istologico) effettuato con un ago di circa 1-2 mm di calibro chiamato tru-cut, in grado di asportare piccoli frammenti di tessuto e si effettua con anestesia locale. Anche questo prelievo viene eseguito prevalentemente con la guida dell'ecografia e si effettua sempre ambulatorialmente. VABB (Vacuum Assisted Breast Biopsy): è un prelievo di tessuto (esame istologico) effettuato con un ago di poco superiore ai 2 mm (probe) attraverso una minima incisione della cute (2-3 mm). Si effettua in anestesia locale, necessita di apparecchiature dedicate, tecnologicamente molto avanzate in grado di centrare con esattezza noduli e microcalcificazioni sia con guida ecografica che radiologica (stereotassica).

Nessun tipo di prelievo di cellule o di tessuto è causa di disseminazione di cellule; sono prelievi da effettuare, quando si rende necessario definire la natura di una lesione trovata dalla mammografia – ecografia – risonanza magnetica.

CONSERVA CON CURA I TUOI ESAMI E PORTALI AD OGNI SUCCESSIVO CONTROLLO

IL TUMORE DEL SENO PUÒ ESSERE EREDITARIO?

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

QUALI SONO I CRITERI DI SELEZIONE E CHI DEVE SOTTOPORSI ALLA CONSULEN-

ZA? Criteri generali: molteplicità di casi di carcinoma alla mammella in famiglia (almeno 3) specialmente se insorti in giovane età (2 casi se < 50 anni; anche un solo caso se < 35 anni); presenza in famiglia di una carcinoma della mammella in un maschio; coesistenza nella stessa famiglia o nello stesso individuo di carcinoma della mammella e dell'ovaio (o molteplicità di tumori dell'ovaio) o carcinoma bilaterale della mammella. Sebbene alla consulenza genetica possa sottoporsi chiunque, il test genetico-molecolare per la ricerca di mutazione, eventualmente suggerito dallo specialista dopo un'accurata valutazione, viene preferibilmente effettuato su chi ha già avuto il tumore; qualora questo primo esame conduca all'identificazione di una mutazione genetica, l'analisi verrà proposta a tutti i familiari sani (femmine e maschi) ed i soggetti che risultassero portatori di mutazione, e quindi a "rischio genetico" di tumore, potranno beneficiare di specifici percorsi di prevenzione e di eventuali profilassi. In particolari circostanze, (quando per esempio vi sia una chiara indicazione al test genetico-molecolare, ma i familiari malati di tumore fossero tutti deceduti) si può prendere in considerazione l'esecuzione del primo test anche direttamente su un soggetto sano. **DOVE RIVOLGERSI PER LA CONSULENZA GENETICA?** In Italia sono molti i centri pubblici dedicati; sempre meglio rivolgersi a grandi strutture Ospedaliere e Universitarie ove sia presente un centro specificamente dedicato ai tumori ereditari o di genetica medica.

E SE IL TUMORE DEL SENO È METASTATICO?

Scoprire che il tumore del seno è progredito è una notizia che provoca disorientamento e paura, ma anche questa situazione va affrontata con la consapevolezza che **oggi sono stati fatti molti passi avanti nella cura di queste forme di tumore.**

» Cos'è il tumore metastatico?

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

» Quanto è diffuso?

Oggi in Italia vivono circa 35000 donne che hanno un tumore al seno metastatico (AIRTUM 2017), un dato che se da un lato preoccupa, dall'altro indica come siano stati fatti grandi passi avanti nella cura di **queste forme che possono essere cronicizzate, rallentando molto la loro progressione e garantendo una buona qualità di vita.**

» Che tipo di tumore è?

Il tumore al seno non può essere considerato come una singola malattia uguale per tutte le persone colpite, pertanto ogni tipo di tumore al seno viene trattato in modi diversi.

Nel tumore ci sono dei recettori: recettori per gli estrogeni (Estrogen Receptor, ER+), recettori per il progesterone (Progesterone Receptor, PgR+) e HER2 positivo (HER2+).

Lo stato del recettore, determinato da una biopsia delle cellule tumorali prelevate dal tumore, fornisce informazioni sul tipo di tumore trovato.

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

Lo stato recettoriale consente al team medico di comprendere meglio la diagnosi e di selezionare una terapia mirata che possa offrire la migliore opportunità di combattere il tumore.

» Qualche consiglio per affrontare

Dopo una diagnosi di tumore avanzato è importante parlare approfonditamente con il medico oncologo per capire che tipo di tumore è, che organi ha colpito, quali esami fare e il percorso di cura più adatto.

Preparare le domande da fare e scriverle su un quaderno è un suggerimento che diamo sempre alle persone, indipendentemente dallo stato di malattia.

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

Che tipo di tumore è? I tumori al seno sono tutti uguali, è importante definire una vera e propria carta d'identità del tumore, conoscere le caratteristiche biologiche e i recettori.

Quali sono le opzioni terapeutiche? Le terapie sono sempre più mirate e personalizzate su ogni specifico tumore. La scelta terapeutica va condivisa con l'oncologo di riferimento: dalla chemioterapia, alla terapia ormonale, alle terapie mirate e di combinazione. I farmaci mirati sono trattamenti nuovi e più efficaci, in grado di attaccare specifiche cellule tumorali del seno senza danneggiare le cellule normali. Gli anticorpi monoclonali sono un esempio di terapia mirata.

All'oncologo chiedere la durata del trattamento, le possibili vie di somministrazione, gli effetti collaterali e come alleviarli, l'alimentazione e la frequenza dei controlli.

Durante il percorso di cura è necessario un sostegno per affrontare il comprensibile disorientamento. Psicologi, assistenti sociali e associazioni di pazien-

ti sono le realtà di riferimento che possono supportare il paziente oncologico con cronicità di malattia e/o tumore avanzato. Con l'oncologo saranno condivise eventuali scelte che riguardano la sfera lavorativa e le modalità di gestione familiare. Esistono validi strumenti legislativi di supporto; le associazioni di pazienti e gli assistenti sociali potranno fornire informazioni al riguardo. Sono queste le realtà di riferimento che possono supportare il paziente oncologico con cronicità di malattia. Con l'oncologo saranno condivise eventuali scelte che riguardano la sfera lavorativa e anche le modalità di gestione familiare. Le associazioni di pazienti e assistenti sociali possono contribuire riguardo la conoscenza degli strumenti legislativi di supporto.

» Cosa vuol dire partecipa a uno studio clinico?

Gli studi clinici (trials clinici) rappresentano una scelta importante. Il centro di oncologia di riferimento propone di partecipare ad uno studio clinico, ma è il paziente che decide, attraverso un consenso informato. Partecipare ad uno studio clinico vuol dire avere accesso a terapie informative e fortemente efficaci per uno specifico tipo di tumore, anticipando, a volte, anche i tempi necessari per la registrazione del nuovo farmaco. Il paziente che accetta questa modalità di cura è sottoposto a visite e indagini a scadenza regolare e prestabilita, pertanto malattia e stato di salute hanno un costante monitoraggio.

LA RIABILITAZIONE

Dopo un intervento di chirurgia mammaria, è possibile che si manifestino un'impotenza funzionale dell'arto superiore dal lato operato, dolore ed eventuali disturbi posturali per l'assunzione di posizioni antalgiche non corrette.



» **Quando bisogna iniziare la riabilitazione dopo l'intervento chirurgico?**

L'intervento riabilitativo nella donna operata al seno inizia nell'immediato post-operatorio.

» **Quali sono i tempi della riabilitazione?**

La riabilitazione della donna operata al seno deve essere iniziata precocemente e soprattutto, la presa in carico da parte dello specialista fisiatra all'interno del team del Centro di Senologia, deve essere immediata e continuativa del tempo.

» **Perché nel Centro di Senologia?**

Nei Centri di Senologia, di eccellenza, definiti da ciascuna regione, si svolge un lavoro multi e interdisciplinare che mette il paziente al centro di un percorso. Il fisiatra è uno degli attori di questo team, insieme al chirurgo e all'oncologo.

» **Quali sono gli obiettivi riabilitativi?**

L'obiettivo è migliorare la qualità di vita del paziente attraverso il recupero della funzione dell'arto superiore dal lato operato, il controllo del dolore, il miglioramento posturale e il trattamento del linfedema.

Nella prima fase post chirurgica il programma prevede:

Esercizi respiratori

Drenaggio linfatico

Esercizi di mobilizzazione passiva ed attiva assistita per il recupero dell'articolazione della spalla dal lato lesa e della forza muscolare segmentale

Esercizi di rieducazione posturale

Trattamento della cicatrice

Linfodrenaggio e bendaggio se necessario

Posture antalgiche

Nella fase successiva, in caso di trattamento oncologici adiuvanti (chemioterapia, antiormonoterapia, radioterapia, chirurgia ricostruttiva), la riabilitazione ha lo scopo di contenere le complicanze delle terapie adiuvanti e gli esiti della chirurgia, per evitare che diventino permanenti e sono:

Programmi di allenamento aerobico a basso impatto

Esercizi di controllo posturale (esercizi specifici di rinforzo della colonna cervicale e dorsale e non solo di allungamento) e per l'equilibrio

Se necessario, proseguire con gli esercizi di recupero dell'articolari  della spalla dal lato operato

Corsi di Breast School riabilitativi con l'ausilio di un flyer illustrato con esercizi da eseguire in autonomia a domicilio

Supporto psicologico se necessario

Non ci sono controindicazioni al trattamento riabilitativo durante radioterapia o chemioterapia, anzi aiuta a gestire meglio la fatigue (astenia, stanchezza) e ridurre la sarcopenia (diminuzione della massa muscolare).

IL LINFEDEMA

Il linfedema o braccio grosso,   una delle complicanze della chirurgia mammaria e della terapia adiuvante: pu  insorgere sia nei primi mesi dall'intervento e a volte a distanza di anni. Il trattamento del linfedema   rappresentato dal drenaggio linfatico manuale e se necessario il bendaggio multistrato insieme all'esercizio riabilitativo.

Cura del braccio grosso: consigli pratici

Curare l'igiene del braccio usando detergenti delicati

Evitare, nelle prime fasi dopo l'intervento, di affaticare il braccio: sdraiati, a pancia in su,   buona norma appoggiare il braccio sopra un cuscino e mantenerlo all'altezza della spalla

Evitare di portare pesi con il braccio operato

Riparare il braccio con soluzioni tali da evitare punture di insetti

Evitare abiti sintetici preferendo abiti comodi e senza elastici

Evitare fonti di calore direttamente a contatto con il braccio. Utilizzare creme ad alta protezione durante l'esposizione al sole

Evitare il prelievo di sangue nel braccio interessato cos  come il rilevamento della pressione arteriosa

05.

LA CUTE durante i trattamenti di cura

Nel corso degli anni, la gestione del tumore è considerevolmente evoluta. La chemioterapia tradizionale, la radioterapia e le nuove terapie hanno permesso di avere un approccio sempre più personalizzato per ogni singolo paziente con indubbio vantaggio sulla qualità della vita.

Tuttavia, questi progressi sono accompagnati spesso da effetti indesiderati che si manifestano soprattutto sulla pelle e che possono modificare profondamente l'aspetto estetico trasformando la propria immagine corporea. Queste reazioni avverse possono essere così severe da influire negativamente sulla sfera psico-emozionale e compromettere le relazioni interpersonali dei pazienti, fino a portare alla sospensione della terapia.

Da qui nasce l'importanza di un dialogo aperto tra il paziente e tutta l'equipe sanitaria coinvolta nel trattamento, per educarlo ad una attenta osservazione della pelle e dei suoi cambiamenti e di una adeguata cura con prodotti specifici, nonché di ambulatori dermatologici con equipe multidisciplinari interamente dedicati a queste problematiche

» Secchezza cutanea

Desquamazione, perdita di elasticità, piccole ulcere, arrossamenti e prurito sono l'espressione di una pelle indebolita dalle terapie oncologiche. Di conseguenza, non svolge correttamente la sua funzione barriera contro gli agenti esterni. Le aree più colpite sono solitamente il volto, gli arti e le pieghe cutanee.

La secchezza cutanea compare dopo molti giorni e può permanere anche al termine della terapia, soprattutto in soggetti anziani.

Per limitare il più possibile questi effetti collaterali, è consigliato, idratare la cute più volte al giorno con creme emollienti arricchite in ingredienti lenitivi e anti prurito, come la vitamina PP, la vitamina E e il burro di karité.

È importante prestare attenzione anche all'igiene: l'utilizzo di detergenti aggressivi ed eccessivamente profumati può aumentare l'irritazione e la sensibilità cutanea. Sono indicati invece l'utilizzo di acqua tiepida e detergenti delicati, preferibilmente non schiumogeni e a pH 5.5. È importante asciugarsi senza sfregare, tamponando la pelle delicatamente con un asciugamano morbido.

» **Sindrome mano-piede**

Si manifesta con formicolio ed edema (gonfiore) sia delle dita che dei palmi con conseguente comparsa di eritema, secchezza e raramente vesciche. Tale sintomatologia solitamente regredisce al termine delle terapie. Il dolore urente è il sintomo più difficile da gestire, ma attraverso molecole che possono fungere da stabilizzanti di membrana, soprattutto se precocemente prescritti, se ne può controllare l'intensità. A livello palmo-plantare possono comparire anche aree di ispessimento chiamate ipercheratosi, di solito molto dolenti soprattutto nelle sedi di appoggio, come il tallone o la pianta del piede. Prima di iniziare il trattamento bisogna identificare e ridurre fattori di rischio, come le ipercheratosi e le aree callose, usando una crema a base di urea. In caso di fissurazioni, è consigliabile utilizzare più volte al giorno una crema ripitelizzante a base di Pantenolo e molecole che riescono ad integrare i lipidi all'interno della barriera cutanea con piccole quantità di zinco. In presenza di lesioni ulcerate utilizzare antisettici ed antibiotici in crema.

» **Rash acneiforme**

È un processo infiammatorio che interessa il follicolo pilifero e compare soprattutto alle pazienti in terapia con inibitori di EGFR. Entro le prime tre settimane si assiste alla comparsa di arrossamento in tutte le aree seboreiche (volto e sterno), pustole isolate o raggruppate al cuoio capelluto, volto ed al tronco. In questo caso, l'area interessata va deterisa con prodotti delicati e non astringenti. Per molto tempo si è pensato erroneamente che esso fosse legato ad un'eccessiva seborrea invece studi recenti dimostrano che l'eccessiva xerosi (soprattutto in corso di terapia con inibitori EGFR) limitano le capacità di difesa cutanea e la xerosi marcata esita in una profonda infiammazione (follicolare). È importante consultare il proprio dermatologo sin dall'inizio perché in molti casi una terapia antibiotica locale e sistemica può prevenire, grazie alla potente azione antinfiammatoria, il progredire delle manifestazioni. A tale terapia la prescrizione anche di un regime dermocosmetico adeguato è di grande utilità.

» **Fotosensibilizzazione**

È un sintomo comune a molti farmaci nonché ai regimi di radioterapia che potenziano l'azione dei raggi solari sulla pelle delle aree esposte anche per tempi molto limitati. I principali effetti sono eritemi e scottature che bruciano e prudono, anche in modo intenso, e macchie pigmentarie talvolta permanenti. Questi sintomi si possono prevenire grazie ad una regola molto importante e facile da seguire: l'utilizzo di creme solari ad alto fattore di protezione (SPF50+) per tutto il corso della terapia sino alla guarigione. È necessario utilizzare la crema solare prima di uscire di casa, anche per brevi tragitti ed evitare l'esposizione diretta e continua nelle ore centrali della giornata. L'utilizzo di creme con alto potere idratante come dopo sole possono essere di grande utilità.



A close-up photograph of a microscope slide with a red stain, likely a Pap smear, being viewed through a microscope. The slide is labeled 'Plan-AC 40X'. The background is a soft-focus blue and white.

06.

HPV

» Le infezioni sessualmente trasmesse: come prevenirle

Le infezioni sessualmente trasmesse (IST) costituiscono un gruppo di malattie infettive molto diffuse che interessano, a livello globale, milioni di individui ogni anno e la cui prevenzione rappresenta oggi uno degli obiettivi di sanità pubblica ad alta priorità. La denominazione di IST deriva dal fatto che tali infezioni si trasmettono principalmente attraverso il contatto sessuale, ma è importante sottolineare che sono possibili anche altre modalità di trasmissione. Queste infezioni rappresentano un rilevante problema socio-sanitario che richiede un'attività continua e corretta di comunicazione e d'informazione al cittadino che possa portare ad un'adesione consapevole ai programmi di prevenzione ed alla scelta di comportamenti e stili di vita per la protezione individuale e collettiva.

» Il Papilloma virus umano (HPV)

L'infezione da Papilloma virus umano (HPV) è tra le IST quella più diffusa; anche per questa infezione bisogna evidenziare che, per quanto il contatto sessuale sia la principale modalità di trasmissione (anche con rapporti intimi non completi e nonostante l'uso del preservativo), dati clinici ed epidemiologici supportano anche modalità di trasmissione diverse, come la trasmissione orizzontale per contatto stretto e la trasmissione verticale madre-figlio che può aversi in gravidanza o al momento della nascita.

L'HPV appartiene ad una grande famiglia di virus, dei quali circa 40 infetta i genitali di entrambi i sessi, suddivisi in tipi ad "**alto-rischio**" (di cui i principali sono l'HPV 16 e 18) e a "**basso-rischio**" (soprattutto l'HPV 6 e 11). I primi, nel caso persistano per molti anni (e in presenza di alcuni co-fattori, come il fumo di sigaretta), **possono causare numerosi tumori: nella donna il cancro del collo dell'utero, della vulva e della vagina; nell'uomo il cancro del pene; in entrambi i sessi il cancro dell'ano, e parte dei tumori dell'orofaringe e della cavità ora-**

le. Si ritiene che ogni anno, nel mondo, il numero complessivo di cancro causati dall'HPV sia superiore ai 600.000 casi. In altre parole, quindi, **si tratta del più importante virus con potenzialità tumorali per la specie umana.**

I virus a basso-rischio, invece, provocano in entrambi i sessi delle patologie benigne, ma con un rilevante peso socio-sanitario: i condilomi ano-genitali (altamente trasmissibili e spesso recidivanti nonostante la terapia) e la papillomatosi respiratoria ricorrente giovanile (rara malattia della prima infanzia, gravata da una scarsa risposta alle strategie terapeutiche, con necessità di ripetuti interventi chirurgici).

» **Come prevenire le malattia da HPV: la vaccinazione**

La realizzazione del vaccino che previene la patologia da HPV è una delle più importanti innovazioni biotecnologiche della medicina, un traguardo impensabile sino a pochi decenni fa. Lo sviluppo vaccinale è stato straordinariamente veloce e caratterizzato da continui aggiornamenti che lo rendono, al momento, uno dei capisaldi della prevenzione oncologica.

I programmi organizzati gratuiti di vaccinazione HPV sono iniziati nel 2007, in molti paesi, inclusa l'Italia, per la prevenzione del cancro del collo dell'utero nelle bambine di 11 anni di età. I primi due vaccini messi in commercio sono stati il bivalente (contro i tipi di HPV 16 e 18) ed il quadrivalente (contro i tipi 6, 11, 16 e 18). Pertanto il primo previene le patologie tumorali legate ai due ceppi ad alto-rischio e il secondo vaccino previene anche dai condilomi ano-genitali. A distanza di 10 anni da quella data, e con le attuali acquisizioni scientifiche, il programma vaccinale nel nostro paese è stato esteso anche ai maschi di 11 anni, e mira alla prevenzione di un più ampio ventaglio di patologie oncologiche (collo dell'utero, vulva, vagina, ano) e certamente vedremo nel tempo anche gli effetti positivi sui tumori del pene e dell'orofaringe. **In altre parole, per le dimensioni della protezione globale ed il coinvolgimento di entrambi i sessi, questo è il più importante programma di prevenzione oncologica mai organizzato. Questa previsione è ancor più rilevante se pensiamo che, a parte il cancro del collo dell'utero, non esistono strategie di prevenzione (screening) per gli altri tumori legati all'HPV.**

Sono già disponibili dati di efficacia sulla popolazione generale dei programmi di vaccinazione contro l'HPV: se da un lato si è dimostrata una grande diminuzione della circolazione del virus (diminuzione del 60-70%), dall'altro c'è stato un vero crollo dell'incidenza di condilomi (Australia, Danimarca,

USA...) e di quelle lesioni che precedono lo sviluppo del cancro del collo dell'utero (cioè le lesioni pre-tumorali CIN2-3). In tema di sicurezza, argomento della massima importanza, tutte le Istituzioni di vigilanza dei vaccini a livello nazionale ed internazionale sono intente a monitorare le eventuali complicanze post-vaccinali. Al momento, l'Organizzazione Mondiale di Sanità (unitamente all'Ente regolatorio americano –FDA-, quello europeo –EMA- e quello italiano –AIFA) ha confermato la sicurezza del vaccino, in quanto non sono stati registrati eventi seri causati dai vaccini anti-HPV, ma solo banali effetti collaterali locali (arrossamento, gonfiore, prurito nel punto di iniezione). Questo fa dei vaccini contro l'HPV, a fronte degli oltre 200 milioni di dosi erogate in tutto il mondo, uno dei farmaci più sicuri mai prodotti.

» Ma la prevenzione non finisce qui...

Il programma di vaccinazione HPV è un momento fondamentale per la prevenzione del cancro del collo dell'utero e degli altri cancri dovuti all'HPV, ma non è l'unico. Infatti, a partire dall'età di 25 anni inizia lo **screening organizzato**, cioè l'invito da parte della ASL di appartenenza a sottoporsi gratuitamente ad un test per la prevenzione secondaria dei tumori del collo dell'utero.

Il pap-test (test di Papanicolaou) è stato la pietra miliare della prevenzione del cancro del collo dell'utero: buona efficacia, ottima accettabilità, basso costo. Nell'arco degli ultimi 20 anni, grazie ai programmi di prevenzione basati sul pap-test, c'è stata una netta riduzione anche in Italia del cancro del collo dell'utero. Tuttavia, l'identificazione dell'HPV come causa di questo tumore ha portato alla elaborazione di una nuova modalità di screening, basato proprio sull'HPV-test. **Rispetto al pap-test, la positività del test HPV identifica più lesioni pretumorali e, viceversa, la sua negatività rassicura maggiormente.** In definitiva l'HPV-test funziona meglio, cioè svolge meglio la funzione di selezione del "rischio di malattia", ed è per questo che a partire dal 2018 lo screening organizzato in Italia è basato sul questo test.



Nel caso in cui l'HPV-test sia positivo la donna verrà invitata ad un ulteriore approfondimento con il pap-test (che quindi non scompare dalla scena della prevenzione) e se quest'ultimo è ancora positivo si procederà con la colposcopia. Invece, in caso di negatività dell'HPV-test la donna sarà rinviata ad un successivo controllo che, in considerazione dell'alta affidabilità del nuovo test, sarà superiore agli attuali 3 anni. Anche le ragazze vaccinate per l'HPV dovranno partecipare allo screening. I vaccini usati fino ad oggi (bivalente e tetravalente, infatti, prevengono le infezioni dai tipi di virus responsabili di circa il 70% dei tumori del collo dell'utero; per il restante 30% la prevenzione si basa sulla adesione allo screening.

» Il futuro è arrivato: il vaccino nonavalente

Se la previsione di protezione con i vaccini "storici" contro l'HPV è del 70% dei cancri del collo dell'utero, **il nuovo vaccino disponibile oggi in Italia (vaccino nonavalente) è del 90%**. Questo vaccino aumenta la copertura protettiva a nove ceppi: due a basso-rischio (6 e 11) e sette ad alto-rischio (17, 18, 31, 33, 45, 52, 58). Pertanto, a fronte della medesima sicurezza, la stima protettiva nei confronti dei tumori HPV-correlati di entrambi i sessi è fortemente aumentata. In questo modo, nelle donne vaccinate con il nonavalente si potrà modificare in modo ancor più riduttivo il programma di screening, poiché avranno un rischio bassissimo di sviluppare un cancro del collo dell'utero. Anche questo nuovo vaccino, come i precedenti, è indicato per la popolazione maschile. Infatti, l'uomo sviluppa patologia maligna da papillomavirus (cancro dell'ano, orofaringe, pene) e benigna (condilomi ano-genitali), e beneficia quindi della vaccinazione, riducendo in modo sensibile anche la possibilità di reinfettare il/la partner.

La vaccinazione anti-HPV è offerta gratuitamente e attivamente alle bambine nel dodicesimo anno di vita (undici anni compiuti) in tutte le Regioni e Province Autonome italiane dal 2007/2008. In aggiunta, alcune Regioni hanno esteso l'offerta attiva della vaccinazione a ragazze di altre fasce di età. Nel nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 e nei nuovi LEA la vaccinazione gratuita nel corso del dodicesimo anno di vita è prevista anche per i maschi, a partire dai nati nel 2006. L'offerta attiva (cioè su chiamata delle ASL di appartenenza), tuttavia, raggiungerà la piena operatività nel corso del 2018.



LETTERA PER I GENITORI

Per tuon figlio, per tua figlia

C'è un'importante novità per la salute dei tuoi figli e delle tue figlie: l'offerta attiva e gratuita, in età preadolescenziale (11 anni), di un vaccino che protegge dalle infezioni causate da una famiglia di virus (Papillomavirus) che purtroppo, in alcuni casi, possono degenerare in forme tumorali.

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

Altro splendido risultato è rappresentato dalla riduzione della circolazione dei Papillomavirus.

In molte regioni italiane, ragazzi e ragazze vengono contattati dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL) o dai Centri Vaccinali dopo il compimento dell'undicesimo anno di età per effettuare la vaccinazione.

Qualora questo non avvenisse, ci si deve recare con il proprio figlio e/o con la propria figlia presso il Centro Vaccinale della propria ASL e in questo modo si potranno far effettuare le vaccinazioni usufruendo di una bella opportunità per la tutela della salute dei propri ragazzi e/o delle proprie ragazze.

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

Non è vero che ...

1 » la vaccinazione indebolisce il sistema immunitario.

È falso. *La vaccinazione potenzia e perfeziona la risposta immunitaria da parte dell'organismo.*

2 » la vaccinazione può determinare l'infezione perché contiene il virus.

È falso. *Il vaccino non contiene il virus, ma è costruito in maniera tale da indurre l'organismo a produrre anticorpi in difesa di un'eventuale futuro contatto con il germe.*

3 » la vaccinazione antipapillomavirus è utile solo nelle donne.

È falso. *Purtroppo anche nei maschi la famiglia dei Papillomavirus può determinare infezioni che possono degenerare in tumore.*



07.

COLON



Il tumore del colon rappresenta la seconda causa di morte per neoplasia in Italia e negli altri paesi occidentali, dopo il tumore del polmone nell'uomo e quello del seno nella donna. **La maggior parte dei tumori del colon, indipendentemente dalle cause, deriva da polipi adenomatosi che sono lesioni inizialmente benigne.** Gli adenomi possono, nel tempo, trasformarsi in lesione maligna ed il rischio di trasformazione dipende da caratteristiche come dimensioni, numero, caratteri istologici, presenza di alterazioni cellulari. I polipi, nella maggior parte dei casi, rimangono a lungo clinicamente silenti. Tuttavia è molto importante prestare attenzione ad alcuni sintomi e segni che seppure non specifici, possono insorgere in presenza di polipi o tumore del colon come la presenza di sangue nelle feci (visibile o occulto ovvero riscontrato con specifica analisi), la presenza di anemia, la sideropenia (carezza di ferro nel sangue) e/o la modificazioni dell'alvo (stipsi o diarrea di recente insorgenza). Si stima che occorrono circa 10 anni affinché un adenoma possa trasformarsi in tumore, pertanto riuscire ad individuare la lesione e rimuoverla in questo lungo periodo consente di interrompere questa sequenza.

FATTORI DI RISCHIO

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

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

Familiarità per tumore del colon e/o per polipi adenomatosi

Malattie ereditarie: la Poliposi Familiare (FAP), il Tumore del Colon Ereditario Non Poliposico (HNPCC)

Storia personale di pregressi polipi e/o tumori del colon

Pregressi tumori in altre sedi nelle donne (seno, utero, ovaio)

Sovrappeso od obesità

Dieta ricca di grassi animali, carni rosse e povera di fibre

Stile di vita sedentario

LA PREVENZIONE

L'esame più utilizzato è la ricerca del sangue occulto nelle feci, che resta ad oggi il più diffuso in tutto il mondo (esame di screening gratuito tra i 50 e 69 anni su invito della ASL di riferimento).

La ricerca del sangue occulto nelle feci consiste nella ricerca di minime tracce di sangue, non visibili ad occhio nudo, rilasciate nelle feci da un eventuale tumore benigno o maligno. Come è noto il sangue occulto potrebbe derivare da molte altri eventi o minime lesioni della mucosa, quindi è un test con una bassa specificità, cioè in molti casi potrebbe essere positivo pur in assenza di polipi e/o tumori nel colon. Se risulta negativo va ripetuto ogni due anni, se positivo deve essere seguito da una colonscopia per ottenere una diagnosi accurata e programmare un eventuale trattamento. Il programma italiano di screening del cancro del colon rappresenta un efficace intervento sanitario di eccellenza.

Ad alcune categorie di persone, indipendentemente dall'età e/o dal sangue occulto, ed in presenza di fattori di rischio maggiori è indicata l'esecuzione diretta di una colonscopia, non preceduta dalla ricerca del sangue occulto, in particolare, ad esempio, nelle donne con precedente tumore al seno.

Numerosi studi hanno evidenziato come un precedente cancro al seno rappresenti un fattore di maggior rischio per l'insorgenza di un cancro del colon nei dieci anni successivi alla diagnosi di tumore al seno. Questo rischio è maggiore quanto più elevata è l'età delle donne che si ammalano di cancro al seno. Invece le diverse terapie per il cancro al seno non contribuiscono ad aumentare o proteggere dal rischio di sviluppare un tumore al colon. Quindi, la prevenzione e sorveglianza del carcinoma del colon-retto nelle pazienti affette da tumore al seno, dovrebbe essere attuata in maniera più intensiva che nelle donne di pari età senza un precedente tumore al seno. **Altro fattore di rischio accertato è l'eccesso di peso (sovrappeso ed obesità).** L'eccesso di peso è associato con uno stato infiammatorio cronico di basso grado; questo può determinare un maggiore rischio nella donna per il tumore del seno e del colon. Sia nel caso del cancro al seno, che di quello al colon fattori legati all'eccesso di cellule adipose (grasso) mantengono questo stato infiammatorio cronico. Il grasso è anche una fonte di estrogeni il che rappresenta il principale fattore di rischio. La produzione di estrogeni avviene nell'ovaio nel periodo prima della menopausa mentre dopo la menopausa gli estrogeni sono prodotti dal tessuto adiposo. Recenti studi hanno dimostrato come il grasso rappresenti un fattore di

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

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

La colonscopia consiste nella introduzione di una sonda flessibile (colonscopio) attraverso l'ano per la visione diretta del colon. L'esame è molto accurato, pure essendo possibile il mancato riconoscimento di una patologia e/o di una lesione. L'esame dura circa 15 minuti e causa modesti e generalmente ben tollerati dolori alla introduzione ed alla progressione dello strumento. L'insufflazione di aria o anidrite carbonica, necessaria per una corretta visione delle pareti intestinali, può causare una sensazione di imminente necessità ad evacuare o anche un dolore tipo colica addominale. Durante l'esame può essere necessario eseguire delle biopsie della mucosa, queste assolutamente indolori poiché la mucosa non è innervata. Molto rare (0.3-0.7 %) sono le complicanze o gli effetti indesiderati, quali: il sanguinamento, la perforazione, le infezioni o le complicanze di tipo cardiorespiratorio. Per rendere più confortevole l'esame si esegue una sedazione con una benzodiazepina, somministrata endovena; tale sedazione è detta cosciente, infatti il paziente non si addormenta. La sedazione profonda, in cui il paziente dorme, ottenuta con la somministrazione di farmaci ipnoinduttori, non è routinariamente disponibile, ma è riservata a casi selezionati (soggetti che non hanno completato l'esame con sedazione cosciente per presenza di aderenze o altri impedimenti che provocano particolare dolore, condizioni cliniche particolari ecc). Il farmaco utilizzato per la sedazione profonda in Italia deve essere somministrato da un anestesista dopo il controllo di alcune analisi del sangue ed un elettrocardiogramma. Quindi si consiglia di chiarire in fase di prenotazione questi aspetti, dichiarando in particolare pregressi interventi di chirurgia addominale, inclusi parti cesarei, l'assunzione di farmaci, in particolare gli anticoagulanti o gli antiaggreganti, ecc. Oggi l'alternativa ad una colonscopia è rappresentata da un esame radiologico cioè una Tomografia Computerizzata (TC) "colonscopia virtuale" che si differenzia dall'esame endoscopico principalmente per la impossibilità ad eseguire prelievi biotipici o altre manovre terapeutiche come la polipectomia e per questo non è ritenuta sostitutiva della colonscopia.

» Per chi sono i test genetici

Al momento non esistono test genetici da eseguire nella popolazione generale per sapere se si è predisposti al cancro del colon anche se questa materia è in continua evoluzione e potrebbero esserci novità entro breve. Spesso è il “mercato” che attraverso la “rete” diffonde false percezioni distogliendo risorse ed attenzioni dalla realtà dei problemi. I test genetici sono invece disponibili e vanno eseguiti nel sospetto di una forma familiare geneticamente determinata di cancro del colon, e sarà lo specialista gastroenterologo a valutarne la necessità di esecuzione e la prescrizione. Questi rischi devono essere presi in considerazione ad esempio in presenza di più soggetti nella stessa famiglia con tumore, anche in altri organi, soprattutto se comparsi in soggetti in età più giovanile di quanto ci si aspetterebbe (<60 anni) o in presenza di un numero eccessivo di polipi (>10) o di recidive troppo precoci di poliposi del colon.

08.

OVAIO



Il tumore dell'ovaio o carcinoma ovarico insorge quando le cellule dell'ovaio crescono e si dividono in modo incontrollato. A parte i tumori benigni, come la cisti ovarica, i tumori maligni dell'ovaio sono di tre tipi: epiteliali, germinali e stromali. Il tumore epiteliale è il più diffuso, rappresentando il 90% dei tumori maligni di questo organo.

QUANTO È DIFFUSO

In Europa rappresenta il 5% di tutti i tumori femminili. In Italia il tumore dell'ovaio colpisce circa 5000 donne ogni anno. **Purtroppo tra i tumori della sfera ginecologica è quello più grave in quanto la diagnosi spesso avviene quando la malattia si trova già in stadio avanzato.**

SINTOMI: “Il tumore che si nasconde”

Il tumore ovarico è un tumore molto insidioso perché i sintomi sono aspecifici, i più comuni sono:

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

Si tratta di sintomi spesso sottovalutati in quanto comuni ad altre tipi di condizioni non preoccupanti. Tuttavia se questi sintomi non ci sono mai stati prima e compaiono costantemente ogni giorno per più di 10-15 giorni al mese e per più di due o tre mesi consecutivi, è consigliabile rivolgersi al medico di famiglia o al ginecologo.

FATTORI DI RISCHIO

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

Età – La maggior parte dei casi viene identificata dopo la menopausa, tra i 50 e i 69 anni. Tuttavia alcuni tipi di tumore dell'ovaio possono presentarsi in donne più giovani.

Storia ostetrica e ginecologica – Menarca precoce (prima mestruazione) e/o menopausa tardiva sono fattori di rischio. Al contrario l'assunzione prolungata della pillola anticoncezionale, le gravidanze e l'allattamento al seno sono associate a un rischio minore di contrarre la malattia. Esiste anche una correlazione tra endometriosi e tumore all'ovaio per questo le pazienti con tale patologia devono effettuare frequenti controlli ginecologici.

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

Storia familiare – Il 15-25% dei tumori ovarici ha come principale fattore

di rischio la familiarità. Bisogna fare molto attenzione se in famiglia esistono casi (**più di uno**) nei parenti vicini (madre, padre, sorelle, nonne, zie, cugine) di casi di tumore all'ovaio, mammella, pancreas, prostata ma anche utero e colon. Rischio di familiarità non significa certezza di ammalarsi per questo è bene rivolgersi al medico di famiglia o al genetista.

Alterazioni del patrimonio genetico – Le alterazioni dei geni BRCA1 e BRCA2 possono predisporre allo sviluppo del carcinoma ovarico. La percentuale di rischio è del 39-46% se è presente una mutazione del gene BRCA1 ed è del 10-27% se è presente una mutazione del gene BRCA2. Inoltre il tumore ovarico può essere associato ad un'altra sindrome genetica "La Sindrome di Lynch" caratterizzata da un aumento del rischio di sviluppare tumori del colon, utero e ovaio.

PREVENZIONE: "Sfatiamo alcune convinzioni"

Non esistono al momento programmi di screening scientificamente affidabili per la prevenzione del tumore dell'ovaio, tuttavia alcuni studi hanno dimostrato che in assenza di fattori di rischio, una visita annuale dal ginecologo e l'ecografia transvaginale di controllo possono facilitare una diagnosi precoce.

È importante sottolineare che per l'ovaio il PAP test non ha alcun valore diagnostico (in quanto eseguito su cellule del collo dell'utero).

Assolutamente sconsigliato il dosaggio indiscriminato dei marcatori tumorali quali Ca125, HE4, Ca19-9 in assenza di una massa pelvica sospetta, in quanto poco affidabili e specifici nella diagnosi. L'unica prevenzione riguarda le donne con aumentato rischio familiare e con mutazioni genetiche accertate quali mutazione dei geni BRCA1/2 e Sindrome di Lynch.

Per tale motivo in caso di storia di familiarità sarebbe opportuno effettuare una visita genetica, il genetista raccomanderà il test nella persona della famiglia affetta (se ancora in vita) altrimenti valuterà il rischio personale e l'eventualità di sottoporre la donna sana ai test genetici tramite un prelievo di sangue.

In caso di positività ai test genetici, è possibile costruire un programma individuale di prevenzione e riduzione del rischio.

Chirurgia profilattica

Nelle donne con mutazione BRCA1 o BRCA2 la salpingo-ovariectomia bilaterale (asportazione delle ovaie e delle tube di Falloppio), riduce del 96% il rischio di tumore all'ovaio e del 56% il rischio di tumore al seno. È l'unica strategia reale di prevenzione del tumore ovarico nelle donne a rischio.

Sorveglianza

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

Farmacoprevenzione

La pillola anticoncezionale, assunta per un periodo di almeno 4 anni, riduce del 50% il rischio di tumore all'ovaio nella popolazione generale.

Stile e scelte di vita

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

Nel caso di donne sane portatrici della mutazione dei geni BRCA 1 e 2, sapere di avere un aumentato rischio di tumore all'ovaio, permette inoltre di fare delle scelte sulla propria vita riproduttiva, come programmare una gravidanza prima dei 40 anni o allattare a lungo.

LA DIAGNOSI

Nel caso di una massa pelvica/ovarica, si procede come segue: esame clinico dell'addome, visita ginecologica, ecografia pelvica per via addominale e transvaginale. Il dosaggio del Ca 125 dal sangue può essere consigliato dal ginecologo di riferimento in alcuni casi.

È importante, come per molte altre patologie, che la donna si affidi a centri specialistici del territorio; ce ne sono in ogni Regione. Il numero di casi trattati di tumore ovarico ogni anno e l'approccio multidisciplinare, sono due caratteristiche fondamentali che caratterizzano il centro di diagnosi e di cura e possono essere determinanti per l'esito favorevole di una malattia che è molto complessa.

ATTENZIONE ALLE FALSE INFORMAZIONI!

Il pap test serve a fare diagnosi precoce di tumore ovarico **NO**

È sempre necessario eseguire i marcatori tumorali Ca125 e HE4 in caso di dolore o gonfiore addominale perché servono per la diagnosi precoce **NO**

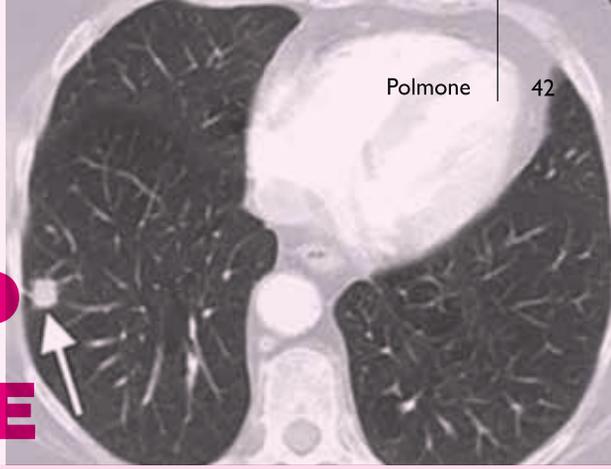
Il test genetico dei geni BRCA1/2 deve essere eseguito su tutte le donne sane, anche in assenza di familiarità **NO**

Per fare diagnosi precoce bisogna eseguire una ecografia pelvica transvaginale ogni 3 mesi **NO**

Il "Talco" fa venire il tumore all'ovaio **NO**

09.

POLMONE



Una panoramica sui dati non lascia dubbi **sull'aggressività del "big killer": il tumore del polmone causa ogni anno la morte di 35.000 persone in Italia** (e di oltre 1 milione nel mondo), e i numeri continuano a crescere. È **la quarta malattia oncologica** per frequenza nella popolazione (11%): l'uomo ogni 10 e la donna ogni 36 sono a rischio di sviluppo di una patologia oncologica del torace nel corso della vita (0-84 anni). Benché la proporzione possa sembrare favorevole nei confronti del genere femminile è importante mettere in evidenza che negli ultimi anni negli uomini è stata riscontrata (negli Stati Uniti e in molti paesi Europei) una riduzione nell'incidenza (numero di nuovi casi) del carcinoma polmonare, mentre **nelle donne la diagnosi (e la mortalità) è in aumento**. A partire dagli anni '60 il carcinoma polmonare si è diffuso nella popolazione femminile, rispecchiando l'andamento del principale fattore di rischio, il **fumo di sigaretta**, tanto da superare i tumori della mammella e del collo dell'utero, in termini di mortalità.

Nell'ambito di questo contesto epidemiologico, **l'abitudine tabagica** (sebbene sia oggettivamente il fattore di rischio più rilevante: una sigaretta contiene circa 4.000 sostanze chimiche, di cui almeno 60 sono classificate come sicuramente cancerogene) **non rappresenta l'unico fattore di rischio** per il tumore del polmone. Altre cause possono essere:

Inalazione di fumo passivo da parte dei non-fumatori;

Esposizione ad agenti cancerogeni, quali amianto, cromo, arsenico, berillio e il gas radon;

Alterazioni del codice genetico (DNA) e familiare, intesa come possibilità di rischio aumentato per chi abbia una storia familiare di cancro;

I casi di tumore polmonare in soggetti non fumatori rappresentano il 20% dell'intera popolazione caucasica con questa patologia: fra questi molte sono donne e molti hanno un'età inferiore ai 40 anni.

È necessario comunque sottolineare che **l'85% dei pazienti affetti da cancro polmonare** (una patologia dalla prognosi per lo più infausta, con una diagnosi che spesso giunge tardiva anche a causa della mancanza di programmi di screening validati) **è, o è stato, un fumatore**, facendo sì che il non accendere la prima sigaretta, o la disassuefazione da tabacco, diventino **una valida e ineccepibile forma di prevenzione primaria**.

La sintomatologia del tumore del polmone è in genere tardiva e al momento della diagnosi il 10-15% dei pazienti appare del tutto asintomatico: può succedere che la diagnosi faccia seguito all'esecuzione di una radiografia del torace effettuata per altre ragioni. I sintomi sono aspecifici e si possono confondere con quelli di altre malattie respiratorie. Tra quelli più frequenti: tosse persistente, presenza di sangue nell'espettorato, mancanza di fiato o perdita di peso importante non legata a stress o ad una dieta.

Per fare diagnosi di tumore polmonare è necessario disporre di un frustolo (frammento) di tessuto, che può essere prelevato attraverso esami quali la fibrobroncoscopia o la biopsia TAC-guidata (manovre semi-invasive che non richiedono il ricovero). Pur rimanendo la chirurgia la cura elettiva per questa patologia, essa è possibile solo in una quota limitata di pazienti in cui la diagnosi venga posta in stadio iniziale, ossia quando la malattia si presenti di dimensioni relativamente piccole, senza rapporti con strutture circostanti e senza interessamento di altri organi e quando le condizioni generali e le eventuali patologie concomitanti consentano l'intervento chirurgico. Le altre opzioni terapeutiche comprendono la radioterapia (da sola e/o associata ad altre tipologie di trattamento), la chemioterapia, le terapie a bersaglio molecolare, l'immunoterapia.

Alcuni di questi trattamenti si basano sull'esecuzione di analisi aggiuntive, spesso condotte sullo stesso frammento di tessuto che ha consentito la diagnosi: si tratta dei cosiddetti "marcatori", che guidano le scelte terapeutiche nel contesto di quella che prende il nome di medicina di precisione. Molti sono i cambiamenti che hanno caratterizzato la terapia del tumore polmonare negli ultimi anni consentendo a molti pazienti di migliorare la propria aspettativa e qualità di vita. La migliore definizione di terapia passa attraverso una valutazione collegiale (gruppi multidisciplinari ormai presenti in tutte le Regioni in diverse strutture Ospedaliere) fatta da più specialisti fra cui oncologo, chirurgo, radioterapista, pneumologo, radiologo

BOX RIASSUNTIVO

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

Il fumo di sigaretta è il **principale fattore di rischio**, ma non è l'unico. Altre cause sono: l'inalazione di fumo passivo, l'esposizione ad agenti cancerogeni (tra cui amianto e radon), la predisposizione personale che dipende da più alterazioni del codice genetico (DNA) e familiare;

I sintomi del tumore del polmone (tra i quali tosse persistente, presenza di sangue nell'espettorato, mancanza di fiato o perdita di peso importante non legata a stress o ad una dieta) **sono aspecifici** e si possono confondere con quelli di altre malattie respiratorie;

Per essere aggiornati su iniziative di sensibilizzazione e su progetti rivolti a pazienti affetti da patologia oncologica del torace (e ai loro famigliari), consultare il sito: www.womenagainstlungcancer.eu.

È VERO CHE?

È vero che il tumore polmonare è una malattia a prevalente interessamento maschile?

NON proprio: sicuramente ancora oggi il rapporto Maschi/Femmine è a sfavore degli uomini, ma si registra un preoccupante aumento dei nuovi casi fra le donne

È vero che in Europa non esiste ancora un test di screening (prevenzione secondaria) approvato e rimborsato?

SÌ, a differenza del tumore mammario, del collo dell'utero o del colon, per il polmone non esistono programmi di prevenzione approvati dal SSN.

È vero che il tumore polmonare rimane una “malattia orfana” da nuove terapie?

NO, negli ultimi 15 anni molti sono stati i cambiamenti terapeutici che hanno portato all'introduzione di nuovi farmaci (a bersaglio molecolare e immunoterapici) nel trattamento di questa malattia con importanti risultati in termini di efficacia e tollerabilità

È vero che uomini e donne affetti da tumore polmonare possono essere trattati con terapie differenti, secondo il principio della medicina di genere?

NO, al momento le cure non sono differenziate fra uomo e donna. La medicina di genere, molto studiata anche nel contesto dell'oncologia polmonare non ha al momento dati così solidi da trovare un'applicazione terapeutica





10.

CUORE

» È vero che le malattie del cuore sono meno frequenti nelle donne?

Le malattie cardiovascolari colpiscono le donne con la stessa frequenza degli uomini ma compaiono più tardivamente. Mentre gli uomini vengono colpiti da patologie cardiovascolari in una fascia di età compresa tra i 40 e i 70 anni, nelle donne compaiono generalmente dopo i 60 anni. Considerato l'aumento della vita media, soprattutto nelle donne, l'incidenza delle malattie cardiovascolari con l'avanzare dell'età non fa differenze di genere. Fino alla menopausa le donne sono aidate dalla protezione ormonale; in seguito vengono colpite addirittura più degli uomini da eventi cardiovascolari, che spesso sono più gravi, anche se si manifestano con un quadro clinico meno evidente: molte volte, infatti, il dolore manca oppure è localizzato in altra sede o è confuso con quello derivato da altre patologie. Per questo, generalmente, le donne si recano in ospedale più tardi rispetto agli uomini in caso di eventi acuti pericolosi per la vita.

Pertanto è necessario essere adeguatamente informati e assumere consapevolezza di quali siano i fattori di rischio cardiovascolare e delle misure preventive che possono essere messe in atto per evitare l'infarto ed altri eventi cardiovascolari maggiori, come l'ictus cerebrale e lo scompenso cardiaco.

» È vero che le donne sono diverse dagli uomini?

Le donne sono generalmente "protette" fino alla menopausa grazie all'azione di ormoni che vengono prodotti dalle ovaie, ovvero gli estrogeni e il progesterone. Questi ormoni tendono a diminuire il valore del colesterolo "cattivo" (colesterolo LDL) e ad aumentare il valore del colesterolo "buono" (colesterolo HDL); inoltre, contribuiscono a mantenere bassi i valori della pressione arteriosa e modulano l'effetto delle catecolamine, ovvero gli ormoni che vengono prodotti in condizioni di stress. Nell'epoca pre-menopausale, gli ormoni

sessuali proteggono la donna dall'aterosclerosi, la malattia che comporta indurimento e progressiva ostruzione dei vasi arteriosi e che può portare all'infarto miocardico, se sono coinvolti i vasi coronarici, oppure all'ictus, se coinvolti i vasi cerebrali.

» Quali sono i fattori di rischio cardiovascolare?

I principali fattori di rischio modificabili delle malattie cardiovascolari sono comuni ad entrambi i sessi: ipertensione arteriosa, fumo di sigaretta, diabete mellito, dislipidemia (alterazione del metabolismo del colesterolo e dei trigliceridi), sovrappeso e/o obesità. Alcuni fattori di rischio sono non modificabili, come l'età e la familiarità per eventi cardiovascolari.

L'adozione di comportamenti non salutari, quali alimentazione scorretta, consumo rischioso e dannoso di alcol, stile di vita sedentario, fumo e uso di altri prodotti a base di tabacco e nicotina, ha contribuito a modificare, nel corso degli anni, il profilo di rischio cardiovascolare anche delle donne più giovani.

Infatti l'incidenza dell'aterosclerosi coronarica, dell'infarto miocardico e dell'ictus risulta in leggero aumento anche nelle donne in età fertile.

Qualche numero

I donna su 4 muore per malattia cardiovascolare

Il 51% delle donne dopo i 55 anni presenta valori di colesterolo elevati nel sangue

Il 60% delle donne ha la pressione alta dopo i 55 anni

Il 25%, delle donne considerando tutte le fasce di età, non svolge attività fisica regolare

Il 27,2% delle donne dai 18 anni in su è in sovrappeso

Il 9,8% delle donne dai 18 anni in su risulta obeso

Il 5,2% delle donne, considerando tutte le fasce di età, risulta essere diabetico

È bene adottare fin dall'infanzia uno stile di vita sano e controllare periodicamente il peso, la pressione arteriosa e i valori del colesterolo e della glicemia, chiedendo consiglio al proprio medico.



» La pillola estroprogestinica fa male al cuore?

Le pillole che contengono piccole quantità di estrogeni e progestinici vengono utilizzate in due momenti differenti della vita della donna, ovvero a scopo anticoncezionale e in menopausa per ridurre gli effetti dell'invecchiamento. L'uso degli anticoncezionali orali può risultare un fattore di rischio cardiovascolare, poiché, in soggetti a rischio, potrebbe aumentare la coagulabilità del sangue e accentuare il peso degli altri fattori già noti. In particolare, l'assunzione della pillola può aumentare da 10 a 20 volte il rischio di malattia coronarica in donne di età maggiore ai 35 anni, fumatrici e ipertese. In menopausa, i cambiamenti dello stato ormonale si traducono nella comparsa di fattori di rischio cardiovascolare, quali l'ipercolesterolemia, l'ipertensione, l'obesità. In questo contesto, una terapia ormonale sostitutiva (TOS) può aiutare a ridurre gli effetti dovuti all'età; ad esempio, si è visto che assumere la TOS comporta una diminuzione del colesterolo LDL con contemporaneo aumento del colesterolo HDL. Tuttavia la somministrazione di ormoni non è mai fisiologica e potrebbe incrementare dall'altra parte i tumori delle ovaie, dell'endometrio e della mammella. Il medico, attraverso un accurato esame clinico, dovrebbe sempre valutare il rapporto rischio/beneficio prima di prescrivere una terapia ormonale alla donna in menopausa.

ATTENZIONE:

Prima di iniziare l'assunzione di un contraccettivo orale è buona regola sottoporsi ad esami ematochimici specifici e ad una visita medica accurata, e, durante il trattamento, è importante misurare la pressione arteriosa ogni tre mesi e smettere di fumare.

» Come si manifesta l'infarto nella donna?

Spesso, nelle donne il quadro clinico dell'infarto appare sfumato ed è confuso con quello che può essere ricondotto ad altre patologie non cardiache. Il dolore anginoso si localizza tipicamente al centro del torace, nella regione dietro allo sterno, e si irradia al braccio sinistro. Possono comparire altri sintomi, meno specifici ma altrettanto rilevanti, come sensazione di peso sullo stomaco, stato di ansia o sudorazione fredda e difficoltà a respirare. La complessità e la variabilità della sintomatologia dell'infarto nelle donne talvolta compromettono un intervento di assistenza medica tempestivo ed appropriato, che è la condizione essenziale per salvarsi. **Il danno dell'in-**

farto infatti risulta sempre più grave con il passare delle ore, e l'efficacia degli interventi terapeutici è tanto maggiore quanto più precocemente iniziati. E' pertanto necessario sviluppare anche nelle donne una sufficiente consapevolezza del fatto che possono essere colpite da un infarto e che quindi i sintomi, particolarmente il dolore toracico, non devono essere sottovalutati.



LE REGOLE PER UNA VITA SANA

- Praticare attività fisica regolare
- Abolire il fumo ed evitare il consumo rischioso e dannoso di bevande alcoliche
- Variare le scelte a tavola, consumando ogni giorno cereali preferibilmente integrali (pane - pasta - riso - ecc.) e almeno 3 porzioni di frutta e 2 di verdura
- Mangiare il pesce almeno 2 volte la settimana (meglio se fresco) e incrementare il consumo di legumi
- Limitare il consumo di grassi, soprattutto quelli di origine animale e privilegiare l'olio extravergine di oliva
- Ridurre il consumo di sale, preferendo quello iodato
- Evitare il consumo di dolci e di bevande caloriche e zuccherate nel corso della giornata.

ATTENZIONE: Evitare le diete “fai da te” e rivolgersi sempre al medico di fiducia; in caso di riscontro di elevati valori pressori o di colesterolemia o di glicemia è opportuno effettuare una visita medica per iniziare quanto prima il trattamento terapeutico adeguato.

Note

Note