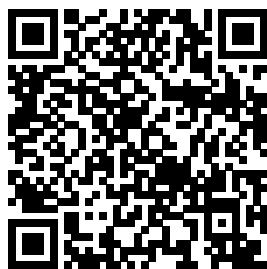




Incontra donna Il pianeta per la salute del seno.

**Scarica l'APP
Pianeta Seno**



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

Vademecum della salute

FRECCIAROSA

LA PREVENZIONE VIAGGIA IN TRENO



Ministero della Salute



FARMINDUSTRIA



con il patrocinio di Presidenza del Consiglio dei Ministri

Sommario

Stili di vita **5**

Impariamo a mangiare	5
Attività fisica	14
Alcool: meno è meglio	16

Diagnosi **19**

Seno	19
Protesi	26
Autopalpazione del seno	29
I tumori si possono ereditare?	31
Ovaio	35
Polmone	39
Colon	42
I tumori della pelle	45
Medicina personalizzata	50

Miscellanea **53**

HPV	53
Lettera per i genitori	58
La prevenzione del diabete	60
Urologia	63
Incontinenza e prolasso	65
Cuore	67
Cefalea	72
Dance for Oncology	74

Hanno Collaborato

Adriana Bonifacino

Senologa
A.O.U. S.Andrea-Sapienza Roma

Vito D. Corleto

Gastroenterologo
A.O.U. S.Andrea-Sapienza Roma

Beatrice Musumeci

Cardiologo
A.O.U. S.Andrea-Sapienza Roma

Antonio Russo

Neurologo
Univ. Campania Luigi Vanvitelli

Andrea Botticelli

Oncologo
Pol. Umberto I - Sapienza Roma

Emilio Di Giulio

Gastroenterologo
A.O.U. S.Andrea-Sapienza Roma

Franca Natale

Uroginecologa
Osp. S. Carlo di Nancy Roma

Emanuele Scafato

Centro Naz. Dipendenze e Doping
Istituto Superiore Sanità

Elena Campione

Dermatologa
Policlinico Tor Vergata Roma

Alessandro Ghelardi

Ginecologo
Osp. Civile Apuane-NOA-Massa

Silvia Novello

Oncologa
S. Luigi Orbassano Univ. Torino

Andrea Tubaro

Urologo
A.O.U. S.Andrea-Sapienza Roma

Carlo Capalbo

Oncologo
A.O.U. S.Andrea-Sapienza Roma

Paolo Marchetti

Oncologo
Pol. Umberto I - Sapienza Roma

Jacopo Pagani

Pediatra
A.O.U. S.Andrea-Sapienza Roma

Alberto Villani

Pediatra
Osp. Bambino Gesù-Roma

Alessandro Circiello

Chef

Marcella Marletta

Direttore Generale
Disp. Medici e Serv. Farmaceutico
Ministero della Salute

Giuseppe Pugliese

Endocrinologo
A.O.U. S.Andrea-Sapienza Roma

Massimo Volpe

Cardiologo
A.O.U. S.Andrea-Sapienza Roma



Gentile Cliente,

l'Associazione IncontraDonna Onlus e il Gruppo Ferrovie dello Stato Italiane ritornano in viaggio per la nona edizione di Frecciarosa che si svolgerà dal 1 al 31 ottobre 2019.

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.

IncontraDonna insieme a Ferrovie dello Stato Italiane, con la partnership del Ministero della Salute e il sostegno di Farmindustria, 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 su tutto il territorio nazionale e come ogni anno, ci sono delle novità di progetto!

Il Frecciarosa raggiungerà oltre a Sicilia e Sardegna, anche Molise, Campania e Umbria. A bordo di diversi treni si effettueranno, visite specialistiche gratuite per la prevenzione del tumore del seno, consulenze di prevenzione oncologica, consigli sulla nutrizione, e una attenzione ad altri organi e apparati in alcuni casi anche mediante ecografia. Tali attività si svolgeranno anche presso i due FrecciaLongue di Roma e di Milano. In questa edizione intensificheremo anche la presenza degli specialisti di IncontraDonna su alcuni treni regionali.

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 Presidente

Il progetto **Frecciarosa 2019** è stato realizzato con il supporto di:

 **NOVARTIS**



e con il contributo non condizionante di:

EAU THERMALE
Avène



Impariamo a mangiare

a cura di
J. Pagani / A. Circiello

Quando si parla di alimentazione non si può prescindere dal concetto di prevenzione. È noto come sia possibile prevenire molte malattie, agendo sulle nostre scelte alimentari. Sicuramente non c'è un cibo magico o uno schema alimentare garantito per curare o prevenire il cancro, e molte malattie metaboliche, tuttavia, è sempre più chiaro come lo stile di vita, compresa l'alimentazione, possa fare una grande differenza nel ridurre il rischio di sviluppare la malattia.

Alcuni fattori di rischio, come la genetica, che favoriscono il cancro e le malattie metaboliche, sono fuori dal nostro controllo. La ricerca, nell'ultimo decennio, suggerisce tuttavia che ognuno di noi ha il potere di far variare con il solo stile di vita il 70% di questi rischi.

Ecco perché è importante parlare di alimentazione non solo come fonte di benessere ma anche come strategia di prevenzione delle malattie.

Studi recenti hanno dimostrato come i geni siano controllati da segnali specifici che provengono dall'ambiente nel quale si trovano le nostre cellule fin dal momento del concepimento. Queste scoperte ci insegnano come il "caso" non svolga alcun ruolo nello sviluppo di molte malattie e che abbiamo un motivo scientifico in più per non allentare l'attenzione sulla prevenzione dei tumori, oltre che con un corretto stile di vita (fare attività fisica quotidiana, non fumare, moderare il consumo di alcool ed evitarlo soprattutto nei

giovani), anche attraverso l'adozione di una alimentazione sana ed equilibrata. Evitando diete scorrette, che aumentano il rischio, preferendo quelle varie ed equilibrate, saremo in grado di contribuire a proteggere meglio la nostra salute e aumentare la nostra capacità di prevenire il cancro e altre malattie croniche non trasmissibili.

CHI BEN COMINCIA È GIÀ A METÀ DELL'OPERA

Recenti scoperte hanno evidenziato come l'ambiente sia capace di "programmare" in senso positivo o negativo il nostro DNA fin dai primi momenti della nostra vita. Ma vi è di più! Secondo l'ipotesi di programmazione fetale, postulata dal ricercatore britannico David Barker, sarebbe la carenza di nutrienti in epoche precoci della vita (come già nel tempo passato nella pancia della mamma) a svolgere un ruolo fondamentale nel "programmare" numerose funzioni di organi e apparati tanto che il paradigma di Ludwig Feuerbach "**Siamo ciò che mangiamo**" potrebbe essere cambiato, se tale ipotesi fosse confermata, in "**Siamo ciò che nostra madre ha mangiato**".

In ogni caso, seguire una corretta alimentazione è importante da 0 a 100 anni. Pensare al fatto che siamo giovani ed avremo tutta la vita davanti per correggere lo stile di vita dal punto di vista alimentare, risulta oltremodo sbagliato. Tanto prima inizieremo ad alimentarci correttamente, migliori saranno le nostre abitudini alimentari e tanto più forte sarà la nostra capacità di contrastare le malattie, di cui l'errata alimentazione è un fattore di rischio.

DARSI UN METODO (da 0 ai 100 anni)

Darsi un metodo vuol dire gettare le basi di un'alimentazione sana a cominciare dai primi giorni di vita del bambino, ma anche cambiare il modo di sedersi a tavola e approcciare il cibo.

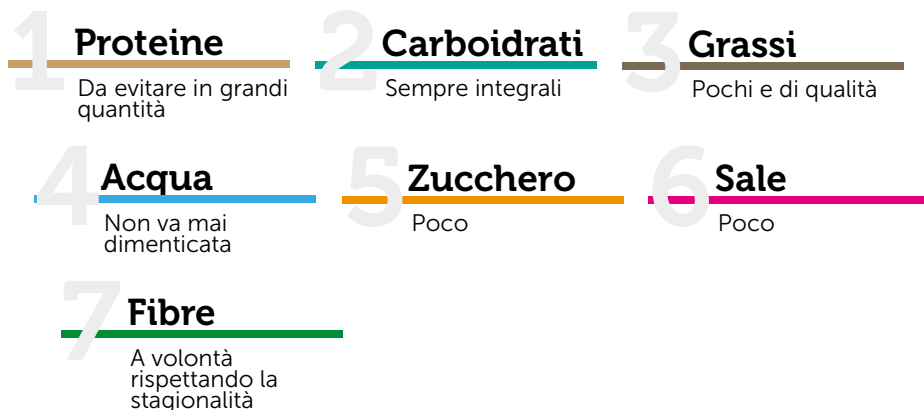
Non trascurate l'importanza dell'allattamento al seno del neonato e attenzione alle quantità e la qualità dei cibi durante il periodo dello svezzamento. Attenzione anche alle caratteristiche nutrizionali e alla grandezza delle porzioni degli alimenti e dei nutrienti che decideremo di portare sulle nostre tavole per il resto della vita. Sviluppiamo un metodo che ci aiuterà in qualsiasi situazione a comprendere se stiamo mangiando correttamente affrontando i, "vizi" alimentari con giudizio.

Ad esempio, se stiamo viaggiando verso Napoli e sappiamo che questa sera nel nostro piatto sarà impossibile evitare una meravigliosa pizza con

cornicione alto, pomodoro, mozzarella di bufala, olio extravergine d'oliva, cercheremo a pranzo di stare più leggeri e ridurre il quantitativo di grassi e carboidrati a favore delle fibre evitando sicuramente un panino mangiato "al volo".

La regola del 7

Il metodo mentale, molto semplice, si fonda sul rispetto della regola del 7: rispetto della qualità e quantità dei 4 macro nutrienti essenziali (Proteine, Carboidrati, Grassi e Fibre) che non devono mai mancare nella composizione dei nostri piatti, associato a 3 abitudini essenziali ovvero bere acqua ed eliminare il più possibile l'utilizzo di zuccheri e sale aggiunto.



Carboidrati

Devono rappresentare il 55-60% delle calorie presenti sulla nostra tavola: sono fondamentali per dare energia al nostro organismo e devono essere principalmente carboidrati complessi. Quindi prediligiamo carboidrati come pane e pasta possibilmente integrali e in quantità corrette rispetto al totale energetico della giornata. Ad esempio: 80 grammi di pasta rappresentano una porzione ideale per un adulto normo peso, mentre una porzione media di pane integrale corrisponde a circa 50 grammi. Evitiamo gli zuccheri semplici, quelli contenuti nella frutta sono infatti più che sufficienti per soddisfare il nostro fabbisogno giornaliero, pertanto facciamo particolare attenzione a quegli alimenti o bevande ricchi in zuccheri semplici. Via libera agli zuccheri semplici solo se pratichiamo uno sport che prevede un grande sforzo fisico di breve durata.

Proteine

Devono rappresentare il 15-20% delle calorie presenti sulla nostra tavola: in generale, carne e pesce devono essere quindi consumate in piccole quantità

e devono essere di qualità. Molti studi hanno stabilito un legame tra il rischio di cancro e il consumo eccessivo di carne trasformata.

Occorre seguire una dieta varia ed equilibrata coerente con la dieta mediterranea. Evitare l'eccessivo consumo di carne, prestando particolare attenzione alle modalità di preparazione e cottura.

La strategia più sicura consiste nell'evitare l'eccessivo consumo di carne e variare le fonti animali di proteine con pesce, pollo, tacchino, uova, coniglio, etc.

Polpette bianche



Ingredienti per 4 persone

Polpa di coniglio g. 300
Pane casareccio g. 150
Pera abate n.1
Cannella q.b.
Latte g. 100
Olio extra vergine d'oliva q.b.
Insalata da taglio g. 200
Sale q.b.

Procedimento:

miscelare la carne di coniglio passata al tritacarne al pane lasciato a mollo nel latte e tritato, unire la pera tritata a punta di coltello, il sale e la cannella in polvere.
Dorare le polpette in padella con olio. Ultimare con insalatina da taglio.

n.b: il coniglio è una carne bianca tra le più digeribili e questa ricetta abbina le fibre della frutta alle proteine della carne.

Inoltre, le proteine devono essere variate tra animali e vegetali: questo vuol dire alternare correttamente pesce, carne e uova a proteine di origine vegetale come ceci, lenticchie, piselli e fagioli. I legumi non dovrebbero mai mancare almeno in un pasto del giorno, mentre il pesce non dovrebbe mai mancare nell'arco della settimana, meglio se più volte, e in particolare quello azzurro e di taglia piccola.

Sulle proteine gioca un ruolo fondamentale una revisione del concetto "comune" di quantità.

Nell'immaginario collettivo e in epoca di Fast Food che propongono porzioni di Hamburger di 150-250 mg, una fettina di carne da 100 grammi può

sembrare poca cosa, ma rappresenta una porzione abbondante in un adulto e sicuramente eccessiva per un bambino.

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

Grassi

Devono rappresentare il 20-30% delle calorie presenti sulla nostra tavola. I grassi sono di fondamentale importanza per il corretto sviluppo del sistema neurologico, purché di qualità e utilizzati in modiche quantità. In questo senso, in Italia abbiamo la fortuna di avere un grasso vegetale molto pregiato come l'olio extravergine di oliva, che deve rappresentare una delle fonti principali (anche se non esclusiva) degli acidi grassi assunti giornalmente.

Non tutti i grassi sono uguali! Evitate il cibo preparato con eccessive quantità di grassi saturi e che contengono grassi trans. Gli acidi grassi trans, infatti, aumentano il rischio di malattie cardiovascolari e tumori.

Gli acidi grassi trans, idrogenati, si possono trovare in diversi alimenti del commercio anche se, grazie alle nuove tecnologie alimentari, sono in continua diminuzione (comunque, la loro presenza è riconoscibile in etichetta dei prodotti alimentari, poiché gli oli e i grassi che li contengono riportano la dicitura aggiuntiva «totalmente o parzialmente idrogenato»).

Prima di partire per un viaggio prevedete come snack un frutto o un sacchetto di carote o finocchi già puliti: rappresentano una fresca, valida e gustosa alternativa agli alimenti con elevato introito calorico.

Fibre

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

L'ideale sarebbe ripartire le quantità suddividendole in 3 porzioni di verdura e 2 di frutta, ovviamente tra le verdure sono escluse le patate. Scegliete verdure fresche, possibilmente a km 0, con una rotazione sulla tavola che rispetti la stagionalità.

Frutta e verdura, infatti, sono ricchi di nutrienti noti come antiossidanti

che potenziano il sistema immunitario e aiutano a proteggere dalle cellule tumorali.

Zucchero, Sale e Acqua

Per dare sapore al cibo è più utile servirsi, in sostituzione del sale e dello zucchero, di erbe e spezie che stimolano il sistema immunitario: cannella, aglio, zenzero e polvere di curry. Infine l'abitudine che non ci deve mai, ma proprio mai, abbandonare è quella di bere acqua. **L'acqua è la base della vita e dobbiamo sempre tenere a mente la necessità di idratarci correttamente.** In questo caso 'troppo non è mai abbastanza' per un elemento che è essenziale per la nostra vita e il nostro stato di salute.

PREPARA IL TUO CIBO IN MANIERA SALUTARE

Per la nostra salute, particolare importanza assumono anche la preparazione e la conservazione degli alimenti. Ecco alcuni suggerimenti che aiuteranno ad ottenere maggiori benefici.

Le verdure devono essere cotte poco, per preservarne al meglio i valori nutrizionali.

Le verdure troppo cotte perdono molte vitamine e minerali

Non cuocete oli ad alte temperature.

Le cotture a bassa temperatura impediscono modificazioni nella struttura chimica e non innescano processi di degradazione che possono formare sostanze nocive.

Evitate di friggere e soffriggere in padella.

Appassite in olio o ancora meglio, optate per metodi come la cottura al forno, al cartoccio e la bollitura. Non dimentichiamo infine la cottura al vapore, capace di regalare pietanze sane e gustose.

Attenzione ai barbecue!

La combustione e la carbonizzazione delle carni possono liberare sostanze cancerogene (es. idrocarburi policiclici aromatici - IPA).

Scegliete bene pentole e padelle!

È importante che quando il rivestimento antiaderente di una pentola o padella inizia a rovinarsi a causa di alcuni graffi, la pentola venga gettata via. Questo perché il rivestimento si sfalda e l'alluminio che viene liberato può essere pericoloso.

Insalata di baccalà



Ingredienti per 4 persone

Baccalà g. 400
Piselli g. 300
Olive taggiasche g. 50
Carote g. 500
Aneto q.b.
Olio extra vergine d'oliva q.b.
Fibra di patate q.b.
Fiori di zucca g. 100
Pomodori secchi g. 30

Procedimento:

cuocere il trancio di baccalà con poco olio e aneto nel forno a vapore.
A parte preparare un centrifugato di carote e addensare con la fibra di patate. A parte scottare i piselli in acqua bollente e raffreddare, frullare e passare in modo da ottenere una crema senza buccia. Composizione: disporre a centro piatto la crema di piselli, unire al centro il baccalà, le olive denocciolate, l'estratto di carote addensato, i fiori di zucca e ultimare con pomodori secchi tritati.

Hamburger vegetale



Ingredienti per 4 persone

4 Panini al latte e sesamo
Patate g. 300
Carote n°2
Zucchine n°2
Farina di semola g. 50
Olio extra vergine d'oliva 4 cucchiaini
Lattuga g. 200

Procedimento:

realizzare con una base di patate bollite e schiacciate l'hamburger, aggiungendo le zucchine a cubetti padellate, le carote bollite e il basilico. Passare l'hamburger alla semola e dorarlo in padella con olio. Tagliare a metà il panino, dorarlo in padella e farcirlo con l'hamburger vegetale, il pomodoro e la lattuga.

Organizzare i nostri pasti

I 3 pasti principali sono come 3 note, che devono essere suonate insieme per comporre un'armoniosa melodia: colazione, pranzo e cena non possono essere sostituiti da pasti veloci e frugali, ma devono essere completi.

Il nostro corpo ha bisogno di proteine per rinnovare i tessuti; di carboidrati per disporre di energia; di grassi, indispensabili per mantenere giovane pelle e cervello e per far comunicare le cellule tra di loro. Non basta, però, mangiare una pillola, 3 volte al giorno, in cui mescolare proteine, grassi e carboidrati, ma bisogna imparare a combinare insieme, secondo la regola del 7, gli alimenti per potenziarne gli effetti.

Colazione: pensateci prima

Scegliete uno yogurt naturale, ricco di calcio, vitamina D e proteine, aggiungete una fetta di pane tostato con miele o marmellata, oppure fiocchi di avena al naturale e pinoli. Se preferite il salato, potete condire la fetta di pane con olio extravergine d'oliva o pomodoro e aggiungere un frutto di stagione.

A metà mattina: un frutto fresco di stagione, oppure un mix di frutta secca, tipo mandorle o pistacchi, e 1-2 quadratini di cioccolato extra fondente. La frutta oleosa è ricca di composti protettivi e grassi buoni. Noci, nocciole, anacardi, pistacchi sono ricchi di vitamine, fitosteroli, minerali e altri antiossidanti. Studi scientifici hanno dimostrato come mangiare piccole quantità di frutta secca oleosa riduce l'infiammazione e migliora il profilo lipidico difendendoci dall'arteriosclerosi.

A metà pomeriggio una centrifuga di verdura e frutta: carota, sedano, mela, fragole, mirtilli. Non c'è limite alla fantasia e ai mix che potete sperimentare, possibilmente con un rapporto 2 verdure un frutto.

Evitate la frutta sciroppata.

Carne a pranzo e riso a cena: sei più sveglio e dormi meglio

A pranzo non devono mai mancare le proteine che devono essere variate tra animali e vegetali e tante verdure condite con un cucchiaino di olio extra vergine d'oliva.

A cena una porzione di pasta o riso (meglio se integrali) al pomodoro, oppure al pesto o con verdure di stagione o legumi, saranno perfetti per garantire un buon sonno. Oppure una zuppa...

Frutta e Verdura: mangiate a colori e il gioco è fatto

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

Prima di afferrare la forchetta, osservate bene il vostro piatto: quanti colori vedete? Il migliore li ha tutti e cinque: rosso, giallo/arancio, verde, viola e bianco.

Se il vostro menù è spento e manca il colore, aggiungete il giallo del peperone, l'arancio della carota e dell'albicocca, il verde dei broccoli, degli spinaci e degli asparagi, il rosso del pomodoro, delle ciliegie, e il viola delle prugne. Infine non dimenticate mai l'acqua.

Ricordatevi di fare questo esercizio mentale ad ogni pasto: è il modo migliore per essere sempre in forma e prendersi cura del proprio corpo.

Ricchi di sostanze preziose come i carotenoidi, i licopeni, l'acido ellagico, la quercetina, gli antociani, questi alimenti sono un arsenale impareggiabile che possiamo schierare al fianco del nostro organismo per rimanere in salute. Non dimentichiamo le crocifere (tutti i tipi di cavolo, i broccoli, i cavoletti di Bruxelles, la rapa, il ravanello), indicate da numerosi studi come le verdure anticancro per eccellenza.

Usate poco sale (o evitatelo proprio a favore delle spezie) e sbizzarritevi con frutta e verdura fresca colorata e di stagione. Da domani, con queste poche regole, insieme ad un buon pranzo e ad una buona cena, porterete sulle vostre tavole anche una "buona prevenzione!"

Attività fisica

a cura di
G. Pugliese



L'attività fisica si associa ad una serie di benefici che ne fanno un utile strumento per la prevenzione e anche per la cura di una serie di patologie.

Al contrario, la **sedentarietà** rappresenta una seria minaccia per la salute, e combattere i comportamenti sedentari è altrettanto importante che incrementare l'attività fisica.

Questo perché **l'inattività fisica e la sedentarietà sono due concetti diversi** che si riferiscono a condizioni che non necessariamente vanno insieme.

L'inattività fisica si definisce infatti come una scarsa o nulla attività fisica di intensità da moderata a vigorosa, praticata in genere nel tempo libero, più raramente come parte dell'attività lavorativa.

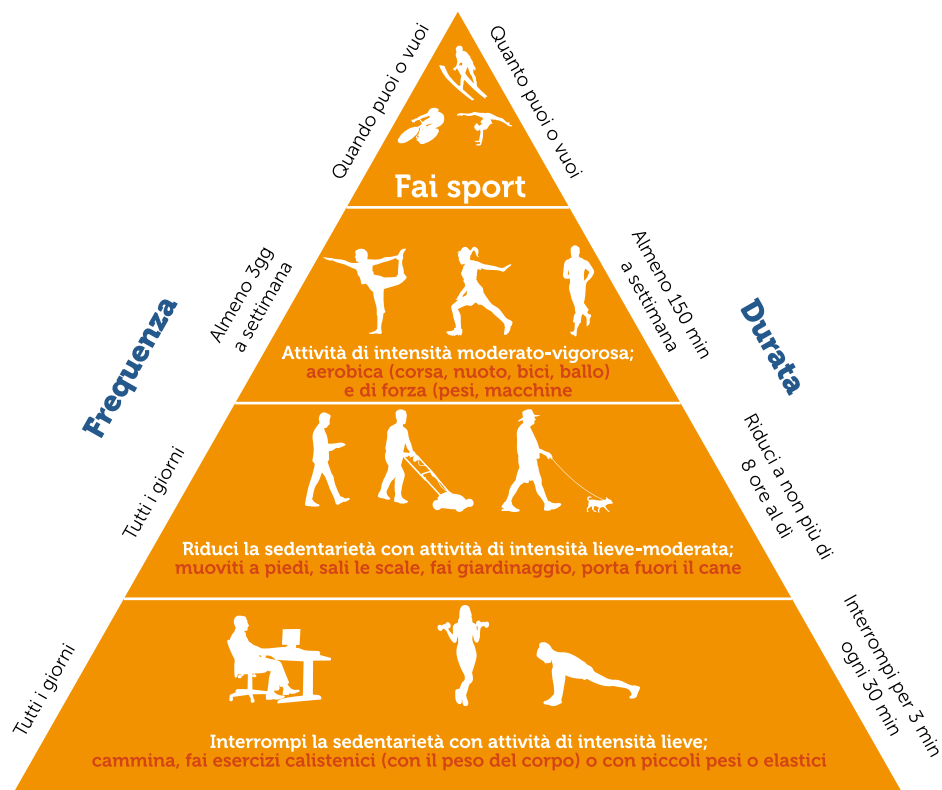
Le raccomandazioni attuali stabiliscono che una persona adulta debba fare almeno 150 minuti a settimana di attività aerobica distribuita in almeno 3 giorni a settimana non consecutivi più almeno 2 sedute a settimana di attività di forza.

Le attività aerobiche che rientrano in questa definizione comprendono il cammino veloce o la corsa, la bicicletta, il nuoto, il ballo e varie attività sportive quali il calcio, la pallavolo, la pallacanestro, il tennis, lo sci. Le attività di forza invece includono l'allenamento con pesi liberi o macchine.

La sedentarietà si definisce invece come una quantità eccessiva di tempo, in genere maggiore di 8 ore al dì, trascorse da svegli in posizione seduta o addirittura sdraiata.

Si riferisce a quando guardiamo la televisione, ma anche a quando stiamo seduti davanti a un computer, per lavoro o per svago, oppure in macchina o sui mezzi pubblici per andare e tornare dal posto di lavoro.

La piramide dell'attività fisica



Alcool: meno è meglio

a cura di
E. Scafato

L'alcool è la sostanza psicoattiva causa della dipendenza più diffusa al mondo, la prima per impatto sociale e tra le prime di quelle più dannose per la salute. È una sostanza tossica, cancerogena, calorica, non nutriente, nociva all'organismo che, proprio in funzione delle caratteristiche d'intossicazione su organi e apparati, è "digerita" da un enzima, l'alcoldeidrogenasi, per essere resa eliminabile principalmente con le urine e la traspirazione.

Il fegato ha una capacità di "smaltire" 6 grammi di alcool l'ora. In un bicchiere medio di vino, in un boccale di birra o in un bicchierino di superalcolico ci sono circa 12 grammi di alcol (box 1).

Superata la soglia di consumo dei 6 grammi in un'ora (mezzo bicchiere) l'alcool non metabolizzato circola immodificato nell'organismo raggiungendo tutte le cellule ed esercitando danni diretti e indiretti sulle membrane e che pregiudicano anche il DNA.

Box 1

Se il consumo è 0 non corri alcun rischio



Birra

Bicchiere
330ml

4,5°



Vino

Bicchiere
125ml

12°



Aperitivo

Bicchiere
80ml

18°



Cocktail

Bicchiere
40ml

36°

1 bicchiere = 1 unità = 12 grammi di alcol

Ricorda che anche un consumo minimo di alcool può comportare un rischio per la tua sicurezza e per quella degli altri

L'alcool rappresenta un fattore di rischio per la propria salute ma, spesso, anche per quella degli altri in funzione dei comportamenti agiti a seguito d'intossicazione; l'incidentalità stradale conseguente al consumo di alcool alla guida (così come gli incidenti sul lavoro o domestici) ne è la testimonianza più comune, **rappresentando la prima causa di morte tra i giovani sino ai 29 anni**. Gli effetti negativi sulla salute possono verificarsi anche in seguito ad un singolo episodio di consumo, che viene spesso erroneamente valutato come moderato, e possono essere causa di danni anche irreversibili (coma etilico) o di incidenti stradali e domestici causati anche da quantità moderate. Non esiste, infatti, un livello sicuro di alcool per chi si mette alla guida; se ci si deve porre alla guida, è opportuno evitare di consumare alcool o attendere almeno 2-3 ore per ogni bicchiere consumato.

L'alcool abbassa pericolosamente la percezione dei rischi e pregiudica le capacità dell'individuo a reagire agli stimoli visivi e sonori determinando inidoneità fisica e psichica alla guida con conseguenze fatali, non fatali e invalidità.

Il consumo indicato dalle linee guida (box 2) è di non bere prima dei 18 anni e di evitare precauzionalmente il consumo prima dei 25 anni.

Box 2

I rischi per la salute sono maggiori se

il consumo giornaliero è superiore a:



♂ 2 unità per gli uomini

♀ 1 unità per le donne

È, infatti, verificato che l'alcool non è metabolizzato efficacemente prima dei 18 anni, età minima legale al di sotto della quale è vietata vendita e

somministrazione di bevande alcoliche, e interferisce negativamente tra i 12 e i 25 anni sul rimodellamento (pruning) e sul delicato processo di maturazione cognitiva e razionale del cervello che si completa intorno ai 25 anni. Qualunque quantità di alcool assunta dai minori sotto i 18 anni è a rischio; l'alcool circola immodificato nel sangue esponendo i giovani a maggior rischio rispetto agli adulti. Il consumo tra i 12 e i 25 anni interferisce nello sviluppo cognitivo razionale del cervello cristallizzando in una modalità cognitiva caratterizzata da deficit di orientamento e di memoria e da ridotta capacità razionale e di controllo delle reazioni del consumatore.

L'alcool non ha proprietà terapeutiche e come tale non può essere usato per alcun tipo di prevenzione, non è un alimento o un nutriente, è una sostanza bifasica per la quale alla fase iniziale di euforia e disinibizione, spesso ricercate dai più giovani, segue la fase "down", di depressione, che a dosi crescenti può culminare nel coma. Non esistono quantità esenti dal rischio, maggiori sono le quantità consumate, maggiore è il rischio d'insorgenza di oltre 200 malattie tra le quali 12 tipi di cancro e tra questi quello della mammella.

Le donne, come i giovani e gli ultra65enni, sono più vulnerabili all'alcool e non dovrebbero mai superare il consumo di un bicchiere (12 grammi di alcool) al giorno di alcool nella consapevolezza che nel secondo bicchiere si annida l'incremento potenziale del 7 - 27 % di rischio di cancro della mammella che sale al 50 % al terzo bicchiere nell'eventualità della presenza di recettori nel tessuto mammario stimolati dall'alcool alla produzione di estrogeni che possono causare la degenerazione delle cellule sane.

Le donne hanno anche un'altra responsabilità nel consumo di alcool: una vita che nasce teme l'alcool e l'alcool assunto in gravidanza attraverso la placenta arriva direttamente al feto che, non essendo dotato di enzimi capaci di metabolizzarlo, subisce effetti dannosi e invalidanti (sindrome fetoolcoolica).

Numerose malattie croniche, tra cui malattie epatiche e ipertensione, sono incompatibili con il consumo di qualunque quantità di alcool. **Il Codice Europeo contro il cancro afferma "Se bevi alcolici di qualsiasi tipo, limitane il consumo. Per prevenire il cancro è meglio evitare di bere alcolici".**

Consumare alcool con altre sostanze quali farmaci o droghe può essere molto pericoloso poiché può causare gravi sintomi, problemi cardiaci, difficoltà respiratorie e può condurre al coma e alla morte.

Per informazioni l'Istituto Superiore di Sanità dispone di una mail alcol@iss.it e di un Telefono Verde Alcol 8063200.

Seno

a cura di
A. BonifacinoFai la
mammografia

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

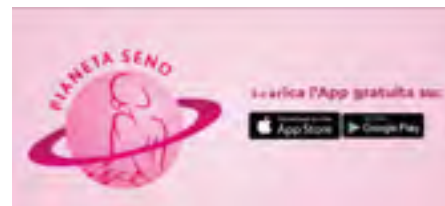
Screening mammografico

Il programma di Screening Mammografico prevede, per le donne di 45/50-69/74 anni, l'esecuzione di una mammografia gratuita ogni due anni, con chiamata della ASL di riferimento. Qualora questa indagine evidenziasse una alterazione significativa, la donna verrà richiamata per approfondimenti presso il centro di II livello.

Aderire allo Screening è un'ottima arma per combattere il tumore del seno e poterlo diagnosticare precocemente.

Centri di senologia

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



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

Cosa fare se sei fuori dall'età dello screening?

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

Mammografia:

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

Ecografia:

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

Mammografia ed ecografia sono tra loro complementari e l'una non esclude l'altra.

Risonanza Magnetica (RM con mezzo di contrasto):

utilizza un campo magnetico (non radiazioni). Viene consigliata esclusivamente dallo specialista come approfondimento o a completamento di indagini, in casi selezionati ove sia necessario evidenziare nel dettaglio la

vascolarizzazione dei tessuti. Per eseguirla viene richiesto un esame della funzionalità renale (creatininemia). Non è sostitutiva della mammografia né della ecografia. Nelle donne in età fertile va eseguita tra 7° e 14° giorno del ciclo mestruale.

Prelievi di cellule o tessuto:

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

Oggi la percentuale di guarigione in donne che regolarmente effettuano esami di prevenzione e scoprono un tumore in fase molto precoce, 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 al seno può essere ereditario?

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

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

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

Dove rivolgersi per la consulenza genetica?

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

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 oltre 30.000 le donne in Italia in questa condizione di salute e le terapie oncologiche sono estremamente efficaci.

Cos'è il tumore metastatico?

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

Come si cura?

I centri di oncologia abbinati ai centri di senologia pubblici accreditati sono molteplici (App Pianeta Seno). La medicina personalizzata e di precisione ci consentono di trattare il tumore del seno metastatico con una percentuale molto elevata di successo nel rendere la malattia stabile. Si può rallentare molto la progressione garantendo una normale vita di relazione e lavorativa nella maggior parte dei casi.

Che tipo di tumore è?

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

Nel tumore ci sono dei recettori: recettori per gli estrogeni (Estrogen Receptor, ER+), recettori per il progesterone (Progesterone Receptor, PgR+) e la proteina 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 di questi recettori consente al team oncologico di comprendere meglio la diagnosi e di programmare una terapia mirata che possa offrire la migliore opportunità per combattere il tumore.

Qualche consiglio per affrontare

Dopo una diagnosi di tumore avanzato è importante parlare approfonditamente con il medico oncologo per capire il tipo di tumore, quali

organi abbia colpito, quali esami fare, il percorso di cura più adatto, se vi siano accorgimenti da mettere in atto nel regolare svolgimento della propria vita.

Preparati le domande da fare e scriverle su un quaderno! Questo è un suggerimento che diamo sempre, indipendentemente dallo stato di malattia. Quando si affronta una visita specialistica, soprattutto se si tratta di un argomento importante, è essenziale essere preparati e concentrarsi su tutto quello che si desidera conoscere.

Che tipo di tumore è?

I tumori al seno hanno tutte caratteristiche diverse fra loro; è importante definire una vera e propria carta d'identità del tumore.

Quali sono le possibilità di cura?

Le terapie sono sempre più mirate e personalizzate sul tuo specifico tumore e sulle tue necessità e caratteristiche, la scelta va condivisa con il tuo medico: 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. Un tipo di terapia mirata attualmente studiata e rappresentata dagli anticorpi monoclonali.

Cosa altro chiedere?

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

Bisogna cercare di affrontare questo percorso cercando il sostegno adatto ad affrontare la confusione e il comprensibile disorientamento. Ci sono numerose figure che possono aiutare la donna a capire cosa stia succedendo: psico-oncologi, assistenti sociali, associazioni dei pazienti. Sono tutte realtà che possono aiutare e dare consigli su come gestire questo percorso con le persone più care, nella vita di relazione familiare e lavorativa. Parlare con il medico di fiducia e individuare con lui le soluzioni più adatte ad ogni singola situazione. Alcune abitudini di vita potranno cambiare, altre meno o in nessun modo. Informarsi sugli strumenti sociali e legislativi di supporto è importante; associazioni di pazienti e assistenti sociali possono aiutare in questo senso.

Cosa vuol dire partecipare ad uno studio clinico

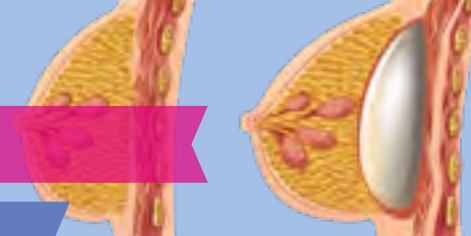
Sempre più importante la figura del caregiver; la persona tra familiari e amici che si prende cura di noi in un percorso; va scelta con cura; ci aiuta a condividere le scelte, a comprendere meglio le diverse terapie da affrontare, a sostenerci nei momenti di maggiore difficoltà.

Gli studi clinici (trials clinici) rappresentano una scelta importante. Di solito è il medico di riferimento (oncologo) che propone di partecipare a uno studio clinico. La decisione finale di partecipare o meno spetta alla paziente.

In certi casi partecipare allo studio clinico può voler dire avere accesso a terapie innovative e potenzialmente efficaci per uno specifico tumore, anticipando i tempi necessari per la registrazione di un nuovo farmaco. Inoltre il paziente che partecipa allo studio clinico è sottoposto con cadenza regolare a visite ed esami, pertanto la malattia e lo stato di salute sono molto controllati. Non bisogna trascurare un altro aspetto: partecipare a uno studio clinico significa contribuire in prima persona allo sviluppo di conoscenze che possono migliorare la quotidiana battaglia contro i tumori.

Protesi

a cura di
M. Marletta



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

Prima di entrare nel merito della questione e delle decisioni che da esse sono scaturite, dobbiamo innanzitutto rammentare che **le protesi mammarie** sono dei dispositivi medici definibili, in termini generali, **strumenti utilizzati in medicina per finalità diagnostiche e/o terapeutiche**, regolamentati nel nostro Paese dal Decreto Legislativo 46/1997 in attuazione della Direttiva Europea 93/42/EEC la quale stabilisce i criteri da utilizzare nella progettazione e realizzazione di alcune categorie di dispositivi medici, vigente negli stati dell'Unione Europea.

Esse appartengono alla classe III (la classe di rischio più alta tra tali tecnologie sanitarie), per la quale è previsto che prima della loro immissione sul mercato, grazie al rilascio della certificazione CE, gli organismi a ciò preposti ne valutino attentamente la progettazione, la qualità e la produzione.

Le protesi attualmente vengono utilizzate con un duplice scopo: per ragioni estetiche (nel 63% dei casi) e per ragioni ricostruttive (nel 37% dei casi).

Sul mercato italiano ed europeo ne esistono vari tipi. In particolare, sono disponibili di **forma tonda** con una superficie sia liscia che ruvida (testurizzata) e di **forma anatomica**, solo con superficie testurizzata.

Nello specifico, **le protesi tonde sono state le prime ad essere introdotte in commercio**. Nonostante il nome, non sono protesi davvero rotonde, ma hanno una forma cupoliforme e simmetrica. Sono disponibili in una ampia gamma di misure, per adattarle perfettamente alle esigenze di ogni paziente. Le seconde, **quelle anatomiche, invece, in sezione hanno una forma a goccia, per mimare la naturale forma della mammella**. Anche loro possono essere adattate scrupolosamente alla tipologia di paziente.

Il loro contenuto può essere di silicone, di soluzione salina oppure esistono protesi espandibili, a doppia camera, con al centro il silicone ed intorno soluzione salina.

Ebbene, tornando al caso avvenuto nel Paese transalpino si ricorda che qui, dal 2011 sono stati individuati 59 casi di ALCL associati a questi impianti di protesi mentre, nel nostro Paese, dal 2014 al primo aprile di questo anno, sono stati diagnosticati 41 casi di ALCL su un totale di circa 400.000 protesi impiantate negli ultimi 8 anni.

L'incidenza annua stimata (vale a dire quanti nuovi casi di una data malattia compaiono in un determinato lasso di tempo) in Italia è stata costante e pari a circa 3 casi ogni 100.000 pazienti impiantati tra il 2015 e il 2018.

Tutti dati che mettono in luce un numero limitato e circoscritto di casi, peraltro, con una connessione solamente sospetta tra causa ed effetto.

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

L'obiettivo perseguito è stato quello di garantire la massima tutela della salute dei cittadini coinvolti ed avviare eventuali iniziative nei confronti dei fabbricanti interessati nella produzione dei dispositivi a rischio.

Al gruppo di lavoro hanno partecipato i massimi esperti appartenenti alle aree di specializzazione in Chirurgia Plastica e Ricostruttiva ed Estetica, Chirurgia Generale, Ematologia Oncologia, Oncoematologia, Senologia Chirurgica, Medicina Clinica e Molecolare, Anatomia Patologica e Citologia Diagnostica oltre ai rappresentanti delle principali Società Scientifiche del settore.

Dopo un approfondito confronto il CSS emanava un parere che si concentrava essenzialmente su questi punti:

la necessità di informare i cittadini italiani che non si ravvedono motivazioni sufficienti per raccomandare il ritiro dalla disponibilità commerciale delle protesi testurizzate – e che – non si pone l'indicazione alla rimozione della protesi liscia o testurizzata in assenza di sospetto clinico di BIA-ALCL.

✓ **L'importanza di effettuare, da parte dei cittadini che abbiano impiantato tali dispositivi, regolari controlli** e la richiesta di

collaborazione rivolta ai medici in merito alla rilevanza della diagnosi precoce per garantire la salute dei pazienti impiantati. Questa la si potrà perseguire grazie ad una più efficace e capillare rete di informazione, prevenzione e controllo affinché i pazienti siano informati su tutti gli aspetti che riguardano l'impianto delle protesi.

- ✓ A tale proposito si sottolinea la messa a disposizione di tutti gli operati del registro nazionale di patologia (archivi informatizzati che contengono i dati dei pazienti, in modo che possano essere condivisi per favorire la ricerca e le cure).
- ✓ L'obbligo che il medico chirurgo ha di informare i pazienti o i soggetti candidati ad un impianto con protesi mammarie, sia per ragioni estetiche o ricostruttive, di tutti i benefici e potenziali rischi connessi all'utilizzo di tali dispositivi.
- ✓ L'individuazione dei centri di riferimento di secondo livello – quelli che vengono interpellati in caso di necessità di una seconda opinione – che potranno offrire ai pazienti e agli operati dei vari territori tutto il supporto necessario.

Quanto descritto è solamente l'ultima azione in tema di vigilanza sui dispositivi medici messa in campo dal Ministero della Salute, in qualità di Autorità competente, per il mercato di tali tecnologie.

Ricordo che l'obiettivo dell'attività di vigilanza sui dispositivi medici è quello di incrementare la protezione della salute e la sicurezza di pazienti ed utilizzatori attraverso l'identificazione rapida di ogni nuovo problema al fine di individuare azioni correttive finalizzate all'eliminazione o riduzione del problema stesso.

Azione che sarà corroborata anche grazie all'entrata in vigore dei nuovi regolamenti europei sui dispositivi medici previsti nella primavera del 2020. In particolare, l'adozione dei nuovi regolamenti sui dispositivi medici istituisce un quadro legislativo comunitario più modernizzato e più robusto per garantire una migliore protezione della salute pubblica e della sicurezza dei pazienti.

Tutto ciò contribuirà a riaffermare quanto stabilito dall'articolo 32 della Costituzione che, ricordo, sancisce il diritto alla tutela alla Salute come diritto della persona. Inteso come diritto sociale e in osservanza del principio di uguaglianza sostanziale, tale diritto prefigura un servizio pubblico obbligatorio e stabilisce la responsabilità dello Stato di intervenire con le leggi e con tutti gli strumenti a sua disposizione per garantire la salute del cittadino e della collettività.

Autopalpazione del seno

L'autoesame non sostituisce la mammografia e la ecografia

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

Cosa osservare



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



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



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



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

Cosa palpare



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



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



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



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



I tumori si possono ereditare?

a cura di
C. Capalbo

Circa il 5-10% dei tumori è riconducibile ad una predisposizione su base ereditaria ossia da alterazioni del DNA (mutazioni di specifici geni) presenti a livello della linea germinale (gameti maschili e femminili) e quindi potenzialmente ereditabili (esempi nella tabella 1). Pur rappresentando una percentuale minoritaria di tutte le forme tumorali, si tratta di patologie oncologiche che hanno un rilevante impatto clinico e sociale, poiché in molti casi sono caratterizzate dall'**insorgenza in una fascia di età più precoce**, possono interessare sedi **multiple** (più tumori nel corso della vita nella stessa persona) o riguardare **più membri della stessa famiglia**.

	Tumore	Gene
	mammella ovaio	BRCA1, BRCA2, PALB2, ATM, SKT11, BARD1, BRIP1, CDH1, CHEK2, STK11, PTEN, TP53, EPCAM, MLH1, MSH2, MSH6, MUTYH, NBN, RAD50, RAD51C, PMS2, RAD51D, MRE11A, XRCC2.
	stomaco	CDH1
	colon	MLH1, MSH2, MSH6, MUTYH, APC, PMS2, CHEK2, CDH1, EPCAM, PMS2, PTEN, XRCC2.
	pancreas	BRCA2, PALB2, SKT11
	melanoma	CDKN2A
Sindrome Codwen	utero, rene, colon-retto, tiroide, melanoma	PTEN
Sindrome Peutz Jeghers	tumori del tratto gastrointestinale e genitale, pancreas, polmone	SKT11
Sindrome Li-Fraumeni	sistema nervoso centrale, surrene, sarcomi, mammella, endometrio	TP53
Sindrome Lynch	colon, utero, ovaio, pancreas, stomaco, rene, sistema nervoso centrale	MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM

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

In alcuni casi, inoltre, tumori con queste specifiche mutazioni genetiche possono essere bersaglio di strategie farmacologiche mirate, nella moderna concezione della medicina di precisione.

Va infine evidenziato, che sebbene la recente introduzione di nuove tecniche di analisi genetica (piattaforme NGS: Next Generation Sequencing) abbia implementato in modo considerevole le conoscenze nelle forme ereditarie dei tumori, ridotto i tempi ed i costi delle analisi, ha determinato altresì, un aumento preoccupante della richiesta "fai da te" del test. Il capitolo dei tumori eredo-familiari, dunque, è una parte molto complessa della medicina moderna che non si riduce alla mera esecuzione di un test ma è un complesso **percorso che deve essere guidato da personale esperto**. Oggi in Italia sono molti i centri di riferimento regionali dove può essere effettuata una **Consulenza Genetica in ambito Oncologico (CGO)** che sicuramente il vostro medico di medicina generale (MMG) saprà indicare.

La maggior parte dei tumori è di tipo ereditario?	NO	Nella maggior parte dei casi solo il 5 – 10% dei tumori può essere associato ad una specifica alterazione genetica (mutazione patogenetica) trasmessa su base ereditaria
I tumori si ereditano?	NO	Si eredita un rischio che è variabile da gene a gene interessato, che non coincide con la certezza di sviluppo del tumore e che è largamente condizionato dai fattori ambientali
Esiste un test genetico per tutti i tipi di tumore?	NO	Sebbene le implementazioni tecnologiche e le conoscenze biologiche nell'ambito dei tumori eredo-familiari abbiano avuto un notevole sviluppo, ad oggi non sono disponibili test genetici per tutti i tipi di tumore
Nella mia famiglia ci sono molti casi di tumore. Ereditario e familiare sono sinonimi?	NO	Una maggiore ricorrenza di tumori in famiglia non implica necessariamente la presenza di una alterazione genetica di tipo ereditario

Mi sento in una famiglia a rischio...mi posso rivolgere a qualcuno?	SI	Il medico di medicina generale (MMG) valuterà la presenza dei criteri per una consulenza genetica in ambito oncologico e indirizzerà nel centro più vicino. Oggi esistono diversi centri, riconosciuti a livello regionale, dove può essere effettuata una consulenza genetica in ambito oncologico (GCO)
Sono portatrice o portatore (carrier) di una mutazione genetica predisponente ai tumori. Ci sono soluzioni per ridurre il rischio di sviluppare il tumore?	SI	Oggi sono disponibili diverse strategie mirate e personalizzate in base al rischio associato alla specifica alterazione genetica ed alle caratteristiche della persona portatrice (carrier) che consentono una notevole riduzione del rischio di sviluppare il tumore. In particolare, interventi volti a modulare lo stile di vita, l'implementazione di strategie integrative di sorveglianza ed interventi preventivi (chirurgici o con terapia medica) ad oggi consentono una notevole riduzione delle neoplasie su base ereditaria.
È difficile effettuare il test genetico?	NO	Un semplice prelievo di sangue
Uno dei miei genitori ha una mutazione predisponente, anch'io avrò certamente la mutazione?	NO	I figli hanno il 50% di probabilità di ereditare il gene mutato dal genitore portatore (carrier)



Ovaio

a cura di
V. Salutari

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

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 (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 rischi

Chirurgia profilattica

Nelle donne con mutazione BRCA 1 o BRCA2 l'annessiectomia bilaterale (asportazione delle ovaie e delle tube di Falloppio), riduce del 96% il rischio di tumore all'ovaio e del 56% il rischio di tumore al seno. E' 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.

E' 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

E' 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

Il "Talco" fa venire il tumore all'ovaio?

NO

Polmone

a cura di
S. Novello

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

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

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

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
- ✓ **Fattori genetici e familiari**

I casi di tumore polmonare in soggetti non fumatori rappresentano il 20% dell'intera popolazione caucasica affetti da 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 è, o è stato, un fumatore**, facendo sì che il non accendere la prima sigaretta, o la disassuefazione da tabacco, diventino **una valida e inconfutabile forma di prevenzione primaria**.

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

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

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

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

Il fumo di sigaretta è il principale fattore di rischio, 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 genetica e familiare;

I sintomi del tumore del polmone (tra i quali tosse persistente, presenza di sangue nell'espettorato, mancanza di fiato o rapidaperdita di peso senza causa 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

E' vero che?

E' vero che il tumore polmonare è una malattia che interessa prevalentemente il genere maschile?

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

E' 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

E' 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.

Colon

a cura di
E. Di Giulio / V. Corleto

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

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

Gli adenomi possono, nel tempo, trasformarsi in maligni ed il rischio di trasformazione dipende da molti fattori come le dimensioni, il numero, i caratteri istologici. I polipi, nella maggior parte dei casi, non provocano sintomi. Tuttavia è molto importante prestare attenzione ad alcuni sintomi e segni che seppure non specifici, possono insorgere in presenza di polipi o tumore del colon, come sangue nelle feci (visibile o occulto cioè riscontrato con specifica analisi), anemia, sideropenia (carenza di ferro nel sangue) e/o modificazioni dell'alvo (stipsi o diarrea di recente insorgenza).

Si stima che occorranza circa 10 anni affinché un adenoma possa trasformarsi in tumore, pertanto riuscire ad individuare la lesione e rimuoverla in questo lungo periodo consente di interromperne la modificazione.

FATTORI DI RISCHIO

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

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

Familiarità per tumore del colon e/o per polipi adenomatosi.

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

Storia personale di pregressi polipi e/o tumori del colon

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

Sovrappeso ed obesità

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

Stile di vita sedentario

LA PREVENZIONE

L'esame più utilizzato per lo screening del cancro del colon è la ricerca del sangue occulto nelle feci, ad oggi il più diffuso in tutto il mondo (gratuito tra i 50 e 74 anni su invito della ASL di riferimento). La

ricerca del sangue occulto nelle feci consiste nella ricerca di minime tracce di sangue, non visibili ad occhio nudo, rilasciate nelle feci da un eventuale lesione benigna o maligna. Come è noto il sangue occulto potrebbe derivare da molte altre lesioni della mucosa di tutto il tratto gastro-intestinale, quindi è un test con una bassa specificità, cioè in molti casi potrebbe essere falsamente positivo. Se risulta negativo va ripetuto ogni due anni, se positivo deve essere seguito da una colonscopia. Il programma di screening del cancro del colon in atto in Italia da parecchi anni rappresenta un efficace intervento sanitario di eccellenza.

Ad alcune categorie di persone, indipendentemente dall'età e/o dalla positività o meno del sangue occulto, in presenza di fattori di rischio maggiori è indicata l'esecuzione di una colonscopia, in particolare, nelle donne con precedente tumore al seno.

Numerosi studi hanno evidenziato come un precedente 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 a uno stato infiammatorio cronico di basso grado; questo può determinare un maggiore rischio nella donna sia per il tumore del seno e per quello del colon. Fattori legati all'eccesso di cellule adipose (grasso) mantengono uno stato infiammatorio cronico. La produzione di estrogeni avviene nell'ovaio nel periodo prima della menopausa mentre dopo la menopausa gli estrogeni sono prodotti dal tessuto adiposo. Recenti studi hanno dimostrato come il grasso rappresenti un fattore di rischio per il tumore al seno solo dopo la menopausa. Quindi se in un soggetto esposto per l'età al solo rischio generico di insorgenza del cancro del colon è indicata la prevenzione con la ricerca del sangue occulto fecale a partire dai 50 anni di età, **per le donne in sovrappeso ed in menopausa, soprattutto se hanno avuto una neoplasia al seno, è indicata una colonscopia di screening.**

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

Questo esame 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, assolutamente indolori poiché la mucosa non è innervata.

Per rendere più confortevole l'esame si esegue una sedazione con benzodiazepine, somministrate 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 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 etc).

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, etc.

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 biotici o altre manovre terapeutiche come la polipectomia e, per questi motivi, **non è ritenuta sostitutiva della colonscopia.**



I tumori della pelle

a cura di
E. Campione

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

Cos'è il melanoma?

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

Il melanoma cutaneo è più frequente nei paesi sviluppati: nel 2012 sono stati segnalati 230 mila nuovi casi in tutto il mondo ed è risultato al 10° posto nelle regioni altamente sviluppate. I tassi di incidenza continuano ad aumentare nella maggior parte dei paesi con popolazioni prevalentemente di pelle chiara, in particolare nelle persone anziane.

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

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

L'esposizione solare e il rischio di melanoma

Tra i fattori di rischio per l'insorgenza del melanoma e dei tumori epiteliali c'è la sovraesposizione alle radiazioni ultraviolette solari (UVR), che sono responsabili di gravi scottature; tuttavia, un regime di fotoesposizione "little and often" (poco e spesso) è fortemente consigliato per produrre, per via naturale, livelli di vitamina D ottimali, essenziali per la salute delle ossa e non solo.

I dati della ricerca scientifica correlano le gravi ustioni solari ad un aumentato rischio di melanoma e l'esposizione al sole in sicurezza si associa invece ad una riduzione del rischio di melanoma.

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

Le nuove possibilità terapeutiche per il melanoma

I primi progressi nelle cure per il melanoma hanno condotto alla scoperta di numerose molecole, con significativi miglioramenti nella sopravvivenza e nella riduzione della tossicità. **Ogni melanoma è diverso dagli altri: ha una propria carta di identità!** Questo ci permette di identificare quale possa essere la migliore terapia per quel tumore. Questo nuovo approccio diagnostico e terapeutico rientra nel tema della medicina "personalizzata" e dei protocolli su misura, che riflettono le specifiche caratteristiche di ogni paziente grazie ai vantaggi di una scelta mirata.

Perché è importante la target therapy?

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

Come agisce la target therapy?

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

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

Gli inibitori del 'checkpoint' immunitario

L'altro gruppo di farmaci che hanno dato nuove promettenti risposte terapeutiche ai pazienti affetti da melanoma, sono gli inibitori del 'checkpoint' immunologico (regolatori del sistema immunitario).

Come agiscono gli inibitori del checkpoint? Nel melanoma si assiste ad una alterazione del sistema immunitario, che risulta in parte spento e non in grado di attaccare il melanoma e in parte disregolato portando ad una progressione del tumore. **Questi farmaci permettono di ri-attivare i linfociti T**, cellule immunitarie che ci difendono dai tumori, nell'ambiente tumorale e peritumorale contrastandone la crescita. Gli inibitori del checkpoint hanno rivoluzionato il trattamento del cancro, tuttavia il loro utilizzo rimane limitato da eventi avversi infiammatori e per l'eccesso dell'attivazione della risposta immunitaria.

La vitamina D nel melanoma

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

Perché la vitamina D è importante nel melanoma?

Un altro aspetto a favore del ruolo della vitamina D per i pazienti affetti da melanoma riguarda il suo effetto anti-proliferativo sulle cellule tumorali, ovvero rallentano la crescita del tumore e l'attività immunomodulante.

Da un lato, è stato dimostrato che la vitamina D inibisce linfociti T-helper17, cellule che dovrebbero difendere il nostro corpo, ma sono disregolate nell'ambiente tumorale del melanoma. D'altra parte, la vitamina D up-regola l'espressione di PDL-1 (una proteina), ovvero ne aumenta la produzione, sia sulle cellule epiteliali che su quelle immunitarie: l'aumento del PDL-1 è importante in quanto bersaglio della terapia immunostimolante, favorendone l'efficacia.

Uno studio recente ha dimostrato che l'integrazione di vitamina D dopo la rimozione del melanoma ha un effetto protettivo sulla eventuale recidiva, ovvero l'insorgere di un nuovo tumore.

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

Il dermatologo risponde

Le scottature che ho avuto nell'infanzia possono essere legate allo sviluppo di un melanoma in età adulta?

SI

È stato dimostrato che sono proprio le ustioni solari nell'infanzia a determinare una maggiore probabilità di sviluppare un melanoma in età adulta.

La vitamina D va assunta solo da donne in menopausa?

NO

La vitamina D può essere assunta a tutte le età per condizioni quali la dermatite atopica, la psoriasi, il rachitismo, e altre patologie autoimmunitarie.

Posso sostituire l'esposizione solare con un integratore di vitamina D?

Non proprio

Deficienze severe di vitamina D si associano ad un maggiore rischio di infezione e patologie cardiovascolari.

È vero che i raggi UV-A aumentano la concentrazione dell'ossido nitrico circolante nel sangue, che favorisce il controllo della pressione arteriosa,

riduce quindi il rischio di ipertensione e di malattie cardiovascolari. L'esposizione al sole favorisce la produzione di altre molecole, oltre la vitamina D, chiamate mediatori, come la dopamina, la beta-endorfina, l'acido urocanico e il glutammato. Per questo motivo, un integratore di vitamina D non può sostituirsi pienamente all'esposizione solare.

Quale dovrebbe essere una buona quantità di vitamina D quando si esegue un esame del sangue?

Tra 40 e 60 ng /ml

Se ho la carnagione chiara posso comunque espormi al sole per favorire la sintesi di vitamina D?

Tutte le persone al mondo, indipendentemente dal colore della pelle o dalla latitudine di residenza, eccetto quelle con storia di eccessiva sensibilità alla luce solare, dovrebbero esporsi al sole in modo da mantenere un livello di vitamina D nel siero oltre 20 ng / ml (preferibilmente a 40-60 ng / ml) evitando le scottature. È sufficiente passare mezz'ora al giorno con volto, braccia e mani esposti al sole per raggiungere una buona sintesi di vitamina D

Che tipo di vitamina D è meglio assumere?

Prima di assumere la vitamina D è sempre opportuno rivolgersi al proprio medico e valutare se vi siano carenze per mezzo di un esame del sangue. In commercio sono reperibili diverse formulazioni di vitamina D. A livello dermatologico si consiglia l'assunzione di integratori più strutturati, che presentino oltre la vitamina D anche rame e zinco.

SI

Medicina personalizzata

a cura di
P. Marchetti / A. Botticelli

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

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

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

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

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

Il trattamento viene personalizzato sulla base delle caratteristiche della neoplasia. Ogni neoplasia è differente dalle altre. Studiare le mutazioni, ovvero le alterazioni a livello del DNA delle cellule tumorali è oggi possibile e permette di definire la prognosi di una malattia (cioè l'andamento della malattia) ma anche a quali farmaci la neoplasia sarà maggiormente sensibile. Per esempio, le neoplasie mammarie che iperesprimono HER-2 (ovvero nell'esame istologico è positiva questa proteina chiamata c-erb) sono

sensibili a farmaci a bersaglio molecolare (farmaci intelligenti, farmaci mirati ecc.) come il Trastuzumab, Pertuzumab, Lapatinib, TD-M1. Così come, le neoplasie del polmone che sono caratterizzate da mutazioni di un gene che si chiama EGFR, sono sensibili a farmaci a bersaglio molecolare come Osimertinib, Gefitinig, Erlotinib, Afatinib. Questi rappresentano solo un piccolo esempio delle possibilità terapeutiche ad oggi disponibili.

Infine oggi non possiamo più dimenticarci del nostro **microbiota**. Con il termine microbiota si intende l'insieme dei microorganismi che convivono sulle nostre superfici (bocca, apparato digerente, pelle, tratto genito-urinario). Noi siamo colonizzati da circa 500-600 specie diverse di batteri. La popolazione batterica è 10 volte più numerosa rispetto a tutte le cellule del nostro corpo. Il microbiota svolge un ruolo protettivo nei confronti di altri germi potenzialmente dannosi; stimola, fin dalla nascita, il sistema immunitario dell'ospite; ha un ruolo nella corretta digestione e nell'assorbimento di nutrienti; contribuisce alla detossificazione di diverse sostanze dannose. Poiché il ruolo delle alterazioni del microbiota è sempre più riconosciuto in numerose patologie, la determinazione di tali alterazioni consente un ulteriore livello di personalizzazione delle cure applicate al singolo paziente.

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

Immunoterapia

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

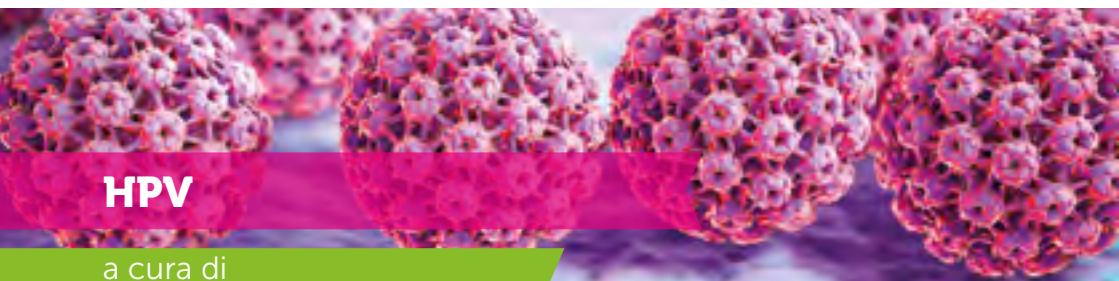
Il nostro corpo possiede un'altra arma estremamente efficace, che ci protegge non solo dalle infezioni ma anche dai tumori.

Il compito del nostro sistema immunitario è, infatti, quello di riconoscere tutto ciò che è diverso da noi e quindi potenzialmente dannoso e distruggerlo. Nelle prime fasi dello sviluppo di un tumore il sistema immunitario riesce a riconoscerlo e distruggerlo. Le cellule tumorali, nelle fasi successive, sono in grado di nascondersi dal sistema immunitario, di bloccarlo e crescere fino a generare un tumore clinicamente evidente.

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

L'immunoterapia trova oggi utilizzo quotidiano nel melanoma, nel tumore del polmone, nel tumore del rene, nei tumori del distretto testa-collo e a breve anche nel tumore della mammella.

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



HPV

a cura di
A. Gherardi

Ho un test HPV positivo: cosa significa?

Lo stato di HPV (Human Papilloma Virus) positività segnala la più frequente infezione del tratto genitale inferiore della specie umana; l'HPV infatti è molto più frequente della candida o di qualunque altra infezione genitale che potrete mai contrarre.

Niente paura, se siete individui con un normale stato di salute la possibilità che risolvi spontaneamente questa condizione è molto elevata; in altre parole le statistiche sono in vostro favore: avete molte più possibilità di guarire spontaneamente piuttosto che si verifichi un'infezione persistente.

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

Attenzione però, ci sono cattive abitudini che danno un alto rischio di persistenza virale, come il fumo di sigaretta; **se fumate è meglio smettere subito per aiutare il vostro sistema immunitario ad eradicare il virus.** Fortunatamente sono necessari anni per passare da una condizione di semplice infezione a una lesione pretumorale di alto grado, per questo motivo sottoponendovi a controlli regolari potrete accorgervi se siete fra quel 5-10% di persone che avranno bisogno di cure.

L'infezione da HPV non deve quindi spaventarvi, perché verosimilmente si risolverà da sola, ma deve soltanto mettere in allerta un meccanismo di controllo.

Gli Human Papilloma Virus comprendono un'ampia famiglia, di cui circa 40 patogeni per la specie umana, in grado di causare (soltanto in caso di infezioni persistenti molti anni) diversi tipi di tumore nell'uomo e nella donna.

Trascurare questa infezione, senza sorvegliarne l'evoluzione, potrebbe rivelarsi un gesto assai imprudente; rinunciare alla possibilità di un intervento medico precoce, infatti, potrebbe essere molto rischioso. Ricordiamoci che **il virus HPV è il più importante virus oncogeno umano, non solo ben nota causa del cancro della cervice, bensì responsabile anche del cancro del retto e di parte dei tumori del cavo orale in entrambi i sessi, del cancro del pene, della vulva, della vagina.** A livello mondiale sono oltre 600.000 l'anno i casi di tumori insorgenti soprattutto in aree geografiche prive di controlli medici preventivi adeguati.

ATTENZIONE



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

Riassumendo, non tutte le infezioni sono uguali, molte generano lesioni benigne; spesso la positività al virus è transitoria e soprattutto l'evento cancro è eccezionale ed è prevenibile con opportuni controlli e adeguate misure terapeutiche.

Come prevenire l'infezione HPV: il vaccino

In base a quanto fin qui affermato l'infezione persistente da HPV è condizione necessaria per lo sviluppo delle patologie oncologiche, quindi

il modo migliore di prevenire l'insorgenza dei canceri indotti dal virus è sottoporsi alla vaccinazione prima di contrarre l'infezione.

Attualmente per aumentare la possibilità di copertura dalle malattie HPV indotte, oltre a due presidi già presenti, l'offerta si è estesa, con la possibilità di immunizzazione nonavalente, pertanto disponiamo dei vaccini:

- **bi-valente** (per la prevenzione di infezioni da HPV 16 e 18 - Cervarix ®)
- **tetra-valente** (HPV 6-11-16-18 VLP vaccino - Gardasil 4 ®)
- **nona-valente** (HPV 6-11-16-18 + 31-33-45-52-58 - Gardasil 9 ®)

Tradotto nella pratica clinica vaccinarsi verso i 9 virotipi più comunemente coinvolti nelle malattie HPV correlate è in grado di proteggerci dal:

- **90%** dei canceri della cervice uterina

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

Quando vaccinarsi e come?

Fra i 9 e i 14 anni per evocare una buona risposta immunitaria sono sufficienti due sole dosi di vaccino; se l'età è pari o superiore a 15 anni al momento della prima iniezione sarà invece necessaria una schedula di vaccinazione a 3 dosi (0, 2, 6 mesi).

Vaccinarsi è possibile anche in età adulta, quando i vantaggi aumentano in relazione alla più giovane età e al minor numero di partner avuti.

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

I vaccini sono sicuri?

È giusto ricordare che ogni vaccino deve sottostare a rigorose sperimentazioni precliniche relative a sicurezza ed efficacia, prima dell'autorizzazione all'immissione in commercio.

Gli studi relativi ai vaccini HPV hanno visto la partecipazione di migliaia di persone (sia maschi che femmine) dimostrando efficacia, sicurezza e tollerabilità prima di essere disponibili per i cittadini.

Esistono modesti effetti collaterali a livello locale (gonfiore, eritema in sede di inoculo, prurito, transitoria cefalea) riguardanti circa 1 persona su 10 vaccinati. Non sono stati evidenziati eventi avversi gravi. Anche i dati sulla sicurezza provenienti dalla sorveglianza post-marketing confermano il profilo di tollerabilità, che appare eccellente per tutti i vaccini HPV.

PER CHI INVECE HA SVILUPPATO UNA LESIONE PRETUMORALE...

La cura, la ricerca italiana

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

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

Qual è il destino del 20% delle pazienti con infezione persistente dopo l'atto chirurgico?

Fra tutte le donne operate, fino ad una su dieci potrà avere un ritorno della malattia (recidiva), motivo per cui risulta opportuno controllarsi accuratamente dopo l'intervento.

ATTENZIONE



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

L'HPV

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

Il vaccino

vaccinarsi è in grado di proteggervi dal:

- 90% dei cancri della cervice uterina
- 82% delle lesioni precancerose di alto grado ano-genitali
- 90% dei condilomi ano-genitali

Non tutte le infezioni da HPV sono pericolose?

Vero

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

Chi contrae l'infezione svilupperà un tumore?

Falso

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

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

Falso

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

Sono in età adulta, non posso più fare il vaccino

Falso

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

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

Vero

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

Lettera per i genitori

a cura di
A. Villani

Per tuo figlio, per tua figlia

C'è un'importante novità per la salute dei tuoi figli e delle tue figlie: l'offerta attiva e gratuita, in età preadolescenziale (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 ...

La vaccinazione indebolisce il sistema immunitario

Falso

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

La vaccinazione può determinare l'infezione perchè contiene il virus

Falso

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

La vaccinazione indebolisce il sistema immunitario

Falso

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



La prevenzione del diabete

a cura di
G. Pugliese

Il diabete, soprattutto quello di tipo 2, è una patologia in rapido incremento nel mondo, soprattutto nei paesi in via di sviluppo. Questa "pandemia" di diabete di tipo 2 è legata ad un'altra "pandemia", quella di obesità, ed entrambe sono a loro volta legate al diffondersi di stili di vita non salutari, dall'alimentazione scorretta alla sedentarietà e all'inattività fisica. Questi comportamenti smascherano una predisposizione genetica a sviluppare il diabete e la combinazione di fattori ambientali e genetici determina se e quando la malattia comparirà.

Come si fa la prevenzione del diabete di tipo 2?

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

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

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

2) gli individui con pre-diabete, una definizione che include i soggetti con alterata glicemia a digiuno e quelli con alterata tolleranza al glucosio, ovvero, rispettivamente, con valori di glicemia a digiuno e dopo carico orale di glucosio al di sopra della norma, ma non ancora classificabili come diabete. In questi casi, le modifiche dello stile di vita sono in grado di prevenire la successiva comparsa di diabete e pertanto devono essere adottate immediatamente.

3) le donne con storia di diabete gestazionale o che hanno messo alla luce neonati con peso maggiore di 4 kg. Anche in questo caso, il rischio della successiva comparsa di diabete è elevato ed è importante far ricorso alle misure preventive.

4) gli individui che presentano condizioni che si associano frequentemente al diabete di tipo 2, dall'obesità alle altre componenti della sindrome metabolica, e che risentono anch'esse in maniera favorevole delle modifiche dello stile di vita.

In tutti questi casi, se non è già stato eseguito, come nel caso delle forme di pre-diabete, è importante effettuare lo screening del diabete stesso.

Come si fa lo screening del diabete?

Per lo screening del diabete, si comincia dalla misurazione della glicemia a digiuno. Se questa è normale o alterata ma non diagnostica di diabete, si passa all'esecuzione di un carico orale di glucosio o, in alternativa, del dosaggio dell'emoglobina glicata.

La sindrome metabolica

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

Come si definisce la sindrome metabolica?

Per definizione si definisce come la presenza di almeno 3 tra le seguenti condizioni:

- ✓ L'obesità centrale, ovvero un accumulo di adipe a livello addominale, che si diagnostica misurando la circonferenza della vita all'altezza dell'ombelico. Quest'ultima, di norma, dovrebbe essere inferiore a 102 cm nel maschio e 88 cm nella femmina o, secondo criteri più restrittivi, a 94 cm nel maschio e 80 cm nella femmina.
- ✓ L'ipertensione arteriosa, ovvero valori di pressione arteriosa superiori a 130 mmHg per la sistolica e a 80 mmHg per la diastolica o trattamento con farmaci anti-ipertensivi in atto.
- ✓ L'ipertrigliceridemia, ovvero livelli di trigliceridi superiori a 150 mg/dl o trattamento specifico in atto.
- ✓ Bassi livelli di colesterolo HDL, ovvero inferiori a 40 mg/dl nel maschio e a 50 mg/dl nella femmina, o trattamento specifico in atto.
- ✓ Una condizione di pre-diabete, ovvero alterata glicemia a digiuno o alterata tolleranza al glucosio, oppure diabete manifesto o trattamento specifico in atto.

Come si previene la sindrome metabolica?

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

Qual è il rischio associato alla sindrome metabolica?

L'obesità, il diabete, l'ipertensione e la dislipidemia sono tutti fattori di rischio cardiovascolare, ovvero ciascuno di essi aumenta le probabilità di andare incontro ad un evento cardiovascolare maggiore, come ad esempio l'infarto del miocardio o l'ictus. Di conseguenza, l'associazione di più di una di queste condizioni, come nella sindrome metabolica, fa da moltiplicatore del rischio. Se il diabete non è già presente, le condizioni di pre-diabete e le altre componenti della sindrome metabolica comportano un alto rischio di sviluppare questa malattia.

Infine, la sindrome metabolica, e soprattutto l'obesità che ne rappresenta il minimo comun denominatore, è anche un fattore di rischio per lo sviluppo di alcuni tumori.

Come si cura la sindrome metabolica?

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



Autopalpazione del testicolo

I tumori del testicolo sono una patologia piuttosto rara ma importante perché colpisce la popolazione giovanile. Fortunatamente il 91% dei pazienti guarisce anche nelle forme più avanzate di malattia (<https://www.registri-tumori.it/cms/pubblicazioni/i-numeri-del-cancro-italia-2018>).

La diagnosi precoce è fondamentale sia per aumentare le possibilità di guarigione sia per ridurre il peso delle cure necessarie. L'autopalpazione dei testicoli, che dovrebbe avere inizio nell'età adolescenziale, è lo strumento fondamentale per una diagnosi precoce. L'autopalpazione è semplice e indolore, la rete è piena di video (<http://www.fondazioneziu.it/sito/>) che insegnano a fare correttamente questa manovra, non serve più di un minuto ma può salvare la vita di un ragazzo.

La società europea di urologia ha un sito sviluppato appositamente per i ragazzi dove l'autopalpazione del testicolo viene spiegata in modo semplice e chiaro

(<https://patients.uroweb.org/testicular-cancer/>).

Per diagnosticare in tempo un tumore del testicolo basta la semplice autopalpazione, nel caso di qualsiasi dubbio rivolgiti al tuo medico di medicina generale oppure ad un medico urologo.

Infertilità maschile

La fertilità è il bene più prezioso che garantisce la sopravvivenza dell'umanità ma è un bene che dobbiamo proteggere e conservare. La prevenzione è lo strumento fondamentale per garantire che la fertilità rimanga inalterata nel tempo. Nella metà dei casi l'infertilità è un problema maschile che può essere legato a condizioni curabili come il varicocele (dilatazione delle vene del testicolo), le malattie sessualmente trasmissibili e a stili di vita modificabili come il fumo, l'abuso di alcool e l'uso di droghe (Sansoneet al. *Reproductive Biology and Endocrinology* (2018) 16:3). In gioventù molti ragazzi non capiscono quanto la fertilità sia un bene importante ma il calvario delle coppie infertili testimonia purtroppo quanto l'infertilità possa

condizionare la felicità e il futuro delle persone.

Non buttare via la tua vita, proteggi la tua fertilità! Una semplice visita medica, da eseguire per esempio al raggiungimento della maggiore età, può escludere la presenza di un varicocele o di altri problemi dell'apparato genitale, proteggi la tua salute con rapporti protetti e ricorda come uno stile di vita sano sia la migliore protezione del tuo futuro.

Ematuria

Le urine assumono normalmente toni diversi di giallo in base a quanta acqua beviamo nella giornata, giallo chiaro se beviamo tanto, giallo più carico se beviamo di meno o abbiamo sudato tanto. Talvolta però le urine possono avere un colore diverso, possono assumere i diversi toni del rosso o possono essere marroni, scure come la Coca-Cola. Anche se questo succede una sola volta e poi le urine tornano del colore normale rivolgetevi al vostro medico, il colore rosso oppure marrone può essere indice di sangue delle urine. Molti ritengono che il sangue nelle urine dipenda spesso da un'infezione urinaria ma non è così, il sangue nelle urine può essere il primo segno di una condizione benigna come la calcolosi urinaria oppure di malattia importante come un tumore del rene o della vescica.

Se capita di vedere sangue nelle urine non bisogna avere paura ma è necessario rivolgersi ad un medico che saprà consigliare gli esami più appropriati.

Se le urine diventano rosse o marroni, non aspettare che si ripeta, vai dal tuo medico con fiducia!

Prostata

La prostata è una piccola ghiandola dell'apparato sessuale maschile ma è anche la sede del tumore più frequente del maschio adulto. Il tumore della prostata è nella maggior parte dei casi curabile a patto che la diagnosi sia precoce. Peraltro anche il tumore della prostata si giova oggi di terapie personalizzate molto efficaci e chemio-free (senza chemioterapia). Dopo i 50 anni rivolgiti al tuo medico e parlane con lui, non aspettare la tua prostata ti dia problemi, il tuo medico saprà rispondere a tutte le tue domande e nel caso consigliarti quali esami eseguire. Ogni donna va regolarmente dal proprio ginecologo per mantenersi in salute e dopo una certa età ogni uomo dovrebbe fare una visita urologica. Non aspettare di avere problemi ad urinare e soprattutto non avere paura dell'urologo ma rivolgiti a lui con fiducia anche solo per un controllo.



Incontinenza urinaria

L'incontinenza urinaria è una condizione caratterizzata dalla perdita involontaria di urina, più frequente nel sesso femminile: in Italia sono colpite circa 2 milioni di donne. La chiamano 'malattia silenziosa' perché molte donne non ne parlano, per vergogna o imbarazzo o, al contrario, lo considerano una condizione 'fisiologica' dopo una certa età, e pertanto non suscettibile di terapia. La conseguenza di questo atteggiamento è un peggioramento della qualità di vita ed un disagio sociale ma anche economico, legato all'acquisto dei pannoloni ed al trattamento delle infezioni urinarie e vaginali che spesso si associano all'incontinenza.

Esistono vari tipi di incontinenza urinaria e, per ognuno di essi, le terapie possono cambiare anche in modo considerevole.

I 2 principali tipi di incontinenza urinaria sono:

- ✓ **incontinenza urinaria da sforzo**, che compare dopo un colpo di tosse, uno starnuto, o sollevando un peso. Essa è più frequente nelle donne più giovani, e in genere compare dopo il parto;
- ✓ **incontinenza da urgenza**, che si manifesta con uno stimolo urinario così forte che la donna non fa in tempo ad arrivare in bagno asciutta. Questo tipo di incontinenza è più frequente nelle donne più anziane, e a volte può associarsi anche a più gravi patologie neurologiche.

Questi due tipi di incontinenza possono anche coesistere.

Esistono svariate terapie per curare l'incontinenza urinaria che comprendono sia terapie non invasive, cioè un tipo di ginnastica (riabilitazione del pavimento pelvico) che rinforza i muscoli che garantiscono la continenza, sia terapie farmacologiche, sia terapie chirurgiche mini-invasive.

Nel caso in cui soffriate di incontinenza urinaria, superate l'imbarazzo e rivolgetevi al vostro medico di base o al vostro ginecologo di fiducia, che potranno aiutarvi a risolvere questo problema, eventualmente affidandovi a centri di riferimento per la diagnosi ed il trattamento di questa patologia.

Prolasso genitale

Il prolasso genitale consiste nell'abbassamento, all'interno o al di fuori della vagina, di uno o più organi pelvici, principalmente la vescica, l'utero ed il retto.

È una patologia molto frequente: si stima infatti che circa il 48% delle donne ne sono colpite nell'arco della vita.

Il principale fattore di rischio per l'insorgenza di un prolasso genitale è la **gravidanza ed il parto vaginale** ma, altri fattori di rischio sono la menopausa, **l'obesità**, le **bronchiti croniche**, **il fumo**, oltre ad una **congenita fragilità dei tessuti** che sostengono gli organi pelvici.

Spesso si associa alla comparsa di sintomi urinari, quali l'urgenza minzionale o l'incontinenza urinaria e, nei casi più marcati, può impedire alla vescica di svuotarsi, costituendo una specie di 'tappo' che impedisce la fuoriuscita di pipì.

Se non curato, il prolasso tende a peggiorare nel tempo e, conseguentemente la terapia diventa più invasiva al fine di correggerlo.

Occorre non sottovalutare la presenza di un prolasso anche se piccolo, e consigliarvi con il vostro ginecologo o uroginecologo di fiducia, che potrà aiutarvi a risolvere questo problema, eventualmente affidandovi a centri di riferimento per la diagnosi ed il corretto trattamento di questa patologia.

E' 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 comportadifferenze di genere. Le malattie cardiovascolari nelle donne hanno un decorso clinico a volte molto severo e in Europa causano più decessi delle malattie oncologiche. Infine, ancora oggi, spesso per le donne il trattamento è più tardivo e questo causa una maggiore mortalità per malattie cardiovascolari nel genere femminile.

Pertanto dobbiamo essere adeguatamente informati e assumere consapevolezza di quali siano i fattori di rischio cardiovascolare e delle misure che possono essere messe in atto per prevenire eventi cardio-cerebrovascolari quali l'infarto del miocardio, lo scompenso cardiaco e l'ictus cerebrale.

È vero che il rischio per malattie cardiovascolari nelle donne è differente rispetto a quello degli 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 la concentrazione nel sangue del colesterolo "cattivo" (colesterolo LDL) e ad aumentare quella del colesterolo "buono" (colesterolo HDL); inoltre, contribuiscono a mantenere valori più bassi di 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 dunque 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 e dislipidemia (alterazione del metabolismo del colesterolo e dei trigliceridi). 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, abuso di alcol e stile di vita sedentario, con conseguente sovrappeso o obesità, ha contribuito a modificare nel corso degli anni, il profilo di rischio cardiovascolare che risulta in aumento anche nelle donne più giovani.

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

Qualche numero (dati ISTAT, Health for All 2017):

Il **6,5%** delle donne muore per una malattia ischemica del cuore

Il **6,8%** delle donne muore per un disturbo circolatorio dell'encefalo

Il **15,3%** delle donne sopra i 15 anni è fumatrice

Il **15,7%** delle donne ha la pressione alta

Il **43,4%**, dai 3 anni in su, non svolge attività fisica regolare

Il **26,6%** delle donne di età maggiore di 18 anni è in sovrappeso

Il **9,44%** delle donne di età maggiore di 18 anni risulta obeso

Il **4,2%** delle donne risulta essere diabetico

La pillola estroprogestinica fa male al cuore?

Le pillole che contengono piccole quantità di estrogeni e progestinici vengono utilizzate per finalità diverse nella vita della donna, ad esempio a scopo anticoncezionale o per controllare gli effetti clinici della menopausa.

L'uso degli anticoncezionali orali in fase pre-menopausale può rappresentare un fattore aggiuntivo di rischio cardiovascolare, poiché, in soggetti predisposti aumenta la coagulabilità del sangue incrementando da 10 a 20 volte il rischio di malattia coronarica in donne di età maggiore di 35 anni, fumatrici e ipertese. Peraltro in menopausa una terapia ormonale sostitutiva (TOS) può contribuire a ridurre gli effetti indesiderati legati alla variazione dell'assetto ormonale. Ad esempio, si è visto che assumere la TOS comporta una diminuzione del colesterolo LDL con contemporaneo aumento del colesterolo HDL. Questa condizione potrebbe contribuire a ridurre di almeno il 40% l'incidenza di malattie cardiovascolari. Tuttavia la somministrazione di

ormoni potrebbe incrementare dall'altra parte il rischio di sviluppare tumori delle ovaie, dell'endometrio (parte interna di rivestimento dell'utero) e della mammella.

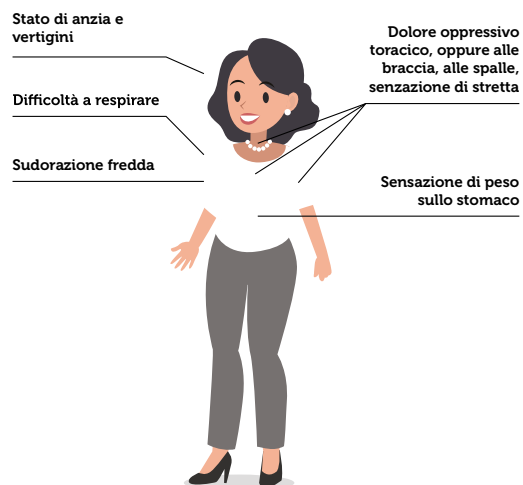


ATTENZIONE

Prima di iniziare l'assunzione di un contraccettivo orale è buona regola sottoporsi ad esami specifici del sangue 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 e pertanto può simulare altre patologie non cardiache. Il dolore anginoso tipico si localizza a livello della parte sinistra del torace 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 pregiudicano un intervento di assistenza medica tempestivo e appropriato, fondamentale ai fini della sopravvivenza. È necessario, pertanto, sviluppare anche nelle donne la consapevolezza del fatto che l'infarto può colpire ambo i sessi e che quindi i sintomi, particolarmente il dolore toracico, non devono essere sottovalutati.



Le donne sono più sensibili allo stress?

Generalmente l'infarto è causato da un trombo in una arteria coronarica. Esiste una particolare condizione chiamata sindrome di tako-tsubo, in cui un infarto si verifica in seguito a eventi particolarmente stressanti sia fisici sia mentali, anche in assenza di un'ostruzione coronarica. Questa patologia colpisce prevalentemente le donne. Come per la malattia coronarica classica, il rischio aumenta dopo la menopausa. Infatti, anche la sindrome di tako-tsubo appare legata alla carenza di estrogeni che hanno un effetto protettivo sui vasi e sul circolo coronarico.

La particolarità di questa sindrome è che la punta del ventricolo sinistro non si contrae, si estroflette addirittura in sistole facendo assumere al cuore una forma che ricorda un vaso usato come trappola per i polpi dai pescatori giapponesi, il tako-tsubo. Dopo pochi giorni e comunque nel giro di pochi mesi, la contrattilità del cuore ritorna normale. La sindrome di tako-tsubo non è meno pericolosa dell'infarto tradizionale e la mortalità in fase acuta raggiunge quasi il 5%.

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 5 porzioni tra verdura e frutta.



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.

Cefalea

a cura di
A. Russo

La parola "cefalea" non è altro che il termine tecnico per indicare un "mal di testa". Le cefalee (o "i mal di testa") possono essere di tante tipologie e differiscono tra loro non solo per la natura (esistono cefalee primarie che cioè non sono dovute a malattie sottostanti e cefalee secondarie che rappresentano un sintomo di altre patologie) ma anche per quanto riguarda la manifestazione clinica degli attacchi.

Tra le cefalee primarie particolare attenzione merita l'**emicrania**, caratterizzata da attacchi di dolore da moderato a molto severo, di solito pulsante, unilaterale, bilaterale o variabile nel corso dello stesso episodio o dei diversi attacchi di emicrania.

Ma l'attacco di emicrania non si esaurisce con la sintomatologia dolorosa. Esso può essere accompagnato da corteo sintomatologico più o meno ricco che contempli la nausea o il vomito, il fastidio per la luce, i suoni e talvolta gli odori.

La **durata di un attacco emicranico**, se non trattato, può arrivare fino a tre giorni. Affinché l'attacco di emicrania possa precipitare è necessario che un cervello caratterizzato da una eccessiva "eccitabilità" incontri dei fattori "scatenanti" come quelli alimentari (cibi contenenti sostanze capaci di provocare vasodilatazione come la tiramina che si trova in formaggi stagionati, il consumo di alcool, il glutammato monosodico di cui sono ricchi i cibi in scatola o le pietanze dei "ristoranti cinesi"), ambientali (le variazioni di clima, i rumori, le luci e certi odori) o comportamentali e psicologici (il carico di stress, la delusione o la rabbia).

A seconda dei giorni al mese in cui il paziente sperimenta la sintomatologia emicranica possiamo distinguere una forma episodica ed una forma cronica di emicrania.

Quest'ultima può essere diagnosticata quando il mal di testa è presente per più della metà del mese (cioè per più di 15 giorni al mese), una condizione frequentemente aggravata dall'uso eccessivo di farmaci sintomatici per l'attacco, atteggiamento che può diventare, esso stesso, tra le cause principali di emicrania presente quotidianamente o pressoché quotidianamente. Come si può intuire da quanto detto fino ad ora, l'emicrania è una condizione altamente disabilitante, tanto che **l'Organizzazione Mondiale della Sanità**

(OMS) classifica l'emicrania tra i primi posti fra tutte le malattie che causano disabilità e come prima causa di disabilità nelle persone di età inferiore a 50 anni, con un impatto non solo sulla vita sociale dei pazienti ma anche sull'economia, considerando il numero di giornate lavorative perse o i costi diretti ed indiretti della patologia.

Tale dato si chiarisce ancor di più considerando che la fascia di età maggiormente interessata dall'emicrania è quella più produttiva (dai 20 ai 60 anni) e l'elevata prevalenza dell'emicrania nella popolazione generale: basti pensare che solo in Italia vi sono circa 6 milioni di persone che ne soffrono. Riconoscere ed affrontare tali circostanze è un momento fondamentale nella gestione dell'emicrania. Senza dubbio alcuni fattori scatenanti sono più difficili da modulare, come ad esempio i cambiamenti ormonali propri del ciclo mestruale nelle donne in età fertile che diventano un elemento decisivo nello scatenamento delle crisi emicraniche, che vanno comunque trattate con **farmaci sintomatici**.

Questi ultimi si distinguono in **antidolorifici ed antinfiammatori** (talvolta in associazione con altre molecole dal noto effetto antiemicranico come la caffeina) o farmaci che agiscono specificamente su alcuni meccanismi coinvolti nell'attacco dell'emicrania, come i triptani.

Qualora gli attacchi si presentino frequentemente (più di 4 giorni di emicrania al mese), o in maniera invalidante, diventa necessario utilizzare farmaci che, pur nascendo con altre indicazioni terapeutiche, sono capaci di ridurre la frequenza e l'intensità degli attacchi emicranici.

Più recentemente l'armamentario dei farmaci per la prevenzione dell'emicrania si è arricchito di altre terapie quali ad esempio la tossinabotulinica di tipo A, una molecola originariamente sviluppata come miorelassante, o i più recenti anticorpi monoclonali.

Questi ultimi sono diretti contro una particolare proteina, nota come CGRP, che, prodotta in eccesso in alcune aree cerebrali, è responsabile del mal di testa. I dati preliminari suggeriscono che l'utilizzo di tale classe di farmaci, sia molto promettente, consentendo di ridurre in maniera significativa la severità della emicrania ed il conseguente impatto sulla vita dei pazienti in presenza di un profilo di sicurezza favorevole.

Purtroppo, nonostante le conoscenze sull'emicrania diventino ogni giorno più precise ed affidabili, i pazienti emicranici sono spesso costretti a lunghe peregrinazioni prima di ottenere una diagnosi e la relativa terapia. Il consiglio per tali pazienti è di rivolgersi al più vicino centro specializzato nella diagnosi

e nella cura delle cefalee, in cui sarà possibile confrontarsi con esperti della medicina delle cefalee per un corretto inquadramento diagnostico, una adeguata presa in carico ed un preciso programma terapeutico.



Dance for Oncology

a cura di
IncontraDonna onlus

CHE COS'È

D40 è un percorso dedicato ai pazienti oncologici che permette di migliorare l'umore, la condizione psico-fisica e ritrovare entusiasmo e gioia di vivere attraverso il ballo.

A CHI È RIVOLTO

A tutti i pazienti (uomini e donne) che hanno affrontato oppure stanno affrontando una patologia oncologica.

COME FUNZIONA

Da settembre a dicembre 2019 ci sarà la fase di **test in 13 città italiane**. Dal 2020 il progetto sarà diffuso su tutto il territorio nazionale.

I percorsi di test verranno ospitati in 13 scuole di ballo, cui verranno abbinati un uguale numero di centri oncologici.

Ciascun percorso ha durata trimestrale e prevede due incontri settimanali di un'ora per un totale di 24 lezioni.

Le città in cui partirà il progetto pilota sono: **Cagliari, Palermo, Lecce, Napoli, Torino, Milano, Verona, Messina, Pisa, Roma, Cosenza, Catanzaro, Forlì.**

COME È NATO

D40 è nato dalla sinergia tra **Carolyn Smith** e l'**Associazione IncontraDonna Onlus**. Carolyn Smith è l'icona italiana della battaglia al tumore: attraverso il suo esempio ha dato coraggio e speranza a migliaia di persone che si trovano all'interno di un percorso oncologico.

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

I BENEFICI DEL BALLO NEL PERCORSO ONCOLOGICO

ritrovare benessere psicologico e autostima

imparare ad accettare ed amare la propria nuova identità durante e dopo il percorso di cure

trovare solidarietà e incoraggiamento all'interno di un gruppo di "pari" che sta vivendo la stessa esperienza

ritrovare la fiducia in se stessi e nella vita e la capacità di mettersi in gioco

migliorare la coordinazione

ripristinare il tono muscolare

attenuare i dolori articolari

aumentare la flessibilità

fare nuove amicizie e creare nuove sinergie

GLI IDEATORI DEL PERCORSO D4O

Carolyn Smith, coach e giudice internazionale di ballo, presidente di giuria di Ballando con le Stelle.

Adriana Bonifacino, docente di Oncologia Medica all'Università La Sapienza di Roma, responsabile Senologia all'Ospedale Sant'Andrea di Roma, presidente associazione IncontraDonna Onlus.

La Fondazione per la Medicina Personalizzata, Paolo Marchetti, Professore Ordinario di Oncologia D.M.C.M. all'Università La Sapienza di Roma, Presidente della Fondazione per la Medicina Personalizzata, il primo ente al mondo impegnato nella realizzazione di una Carta d'Identità terapeutica per i pazienti oncologici.

PER INFORMAZIONI

contattaci@dance4oncology.it

www.dance4oncology.it

Note

Note

Note