FRECCIAROSA

VADEMECUM
DELLA SALUTE

EDIZIONE OTTOBRE 2026

a cura di

FONDAZIONE Incontra donna
OCCUPIAMOCI DI SALUTE

Gruppo FS
The Mobility Leader

Ministero della Salute

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

age.na.s.

FARMINDUSTRIA

con il patrocinio di

FRECCIAROSA

VADEMECUM DELLA SALUTE

Edizione ottobre 2026

FONDAZIONE Incontra donna

OCCUPIAMOCI DI SALUTE

Il progetto FrecciaRosa 2026 è stato realizzato
con il supporto non condizionante di:

FARMINDUSTRIA

Lilly A MEDICINE COMPANY

MSD

Roche

BeOne

GSK

HOLOGIC

NOVARTIS

VIATRIS

Con il patrocinio di:

Ministero della Salute

Presidenza del Consiglio dei Ministri – Palazzo Chigi

Istituto Superiore di Sanità

age.na.s.

FARMINDUSTRIA

AIOM Associazione Italiana Oncologia Medica

ANISC Associazione Nazionale Italiana Senologi Chirurghi

acoi Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani

AIMN Associazione Italiana di Medicina Nucleare Imaging Molecolare e Terapia

AIRO Associazione Italiana Radioterapia e Oncologia clinica – La cura di precisione

AISF Associazione Italiana per lo Studio del Fegato

ASSIP Associazione Italiana per lo Studio del Pancreas

AIT ETS Associazione Italiana Tiroide – Ente del Terzo Settore

AIT&RS Associazione Italiana Tiroidi e Radioterapia Senologica – ...insieme per le donne

CIPOMO Collegio Italiano dei Primari Oncologi Medici Ospedalieri

COMU Collegio Oncologi Medici Universitari

FASO Federazione delle Associazioni degli Screening Oncologici – GISCi, GISMa, GISCoR

FeSIN Federazione delle Società Italiane di Nutrizione

SIAPEC - IAP

Società Italiana di Cancerologia

Società Italiana di Cardiologia – La società delle tre anime

SICO Società Italiana di Chirurgia Oncologica – Esso affiliated

SICPCV Società Italiana di Colposcopia e Patologia Cervico Vaginale

SICPRE

Società Italiana di Gerontologia e Geriatria

sie Società Italiana Endocrinologia

SIGO Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia

SIMeN Società Italiana di Medicina Narrativa

Società Italiana di Pediatria

Società Italiana di Psico-Oncologia

SIPS

RSM Società Italiana di Radiologia Medica e Interventistica

SIUMB

Partner tecnici:

DigitalAngels – elevate your potential

IVPR ONTAGRO VP

Intermedia

Hanno collaborato

Paolo Antonio Ascierto – Oncologo, Istituto Nazionale Tumori IRCCS – Fondazione Pascale, Napoli

Federica Asta – Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute (CNaPPS), Istituto Superiore di Sanità (ISS)

Giacomo Barchiesi – Gastroenterologo, IRCCS S.Orsola, Bologna

Giovanni Barbara – Gastroenterologo, IDI IRCCS, Roma

Teresa Battista – Dermatologa, Istituto Nazionale Tumori IRCCS – Fondazione Pascale, Napoli

Adriana Bonifacino – Senologa Oncologa, Fondatrice Fondazione IncontraDonna

Andrea Botticelli – Oncologo, Pol. Umberto I – Sapienza, Roma

Maria Rosaria Campitiello – Capo Dipartimento della Prevenzione, della Ricerca e delle Emergenze Sanitarie del Ministero della Salute

Giuseppe Casale – Oncologo, Presidente Fondazione Antea

Luigi Cavanna – Ematologo e Oncologo, Casa di Cura Piacenza

Francesca Carosi – Oncologa, Ospedale Civile Voghera, ASST Pavia, Voghera

Ignazio Ugo Carreca – Oncologo, Professore emerito A.S.C.O. (American Society of Clinical Oncology

Anna Paola Carreca – Biologo molecolare, Università degli Studi di Palermo

Benedetta Contoli – Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute (CNaPPS), Istituto Superiore di Sanità (ISS)

Anna Costantini – Psiconcologa, Past President e Consigliere Nazionale SIPO, Vice Presidente Federazione Italiana Società di Psicologia

Ugo Della Marta – Direttore Generale, Direzione dell'igiene e della sicurezza alimentare, Dipartimento della salute umana, della salute animale e dell'ecosistema (One Health) e dei rapporti internazionali del Ministero della Salute

Lucia Del Mastro – Oncologa, Università degli Studi di Genova – Ospedale Policlinico San Martino, Genova

Annarosa Del Mistro – Oncologa, Istituto Oncologico Veneto IOV-IRCCS, Padova - Presidente GISCi (Gruppo Italiano Screening per il Cervicocarcinoma)- Presidente FASO (Federazione delle Associazioni degli Screening Oncologici)

Simona De Stefano – Direttore Ufficio 5 – Nutrizione ed etichettatura, Direzione Generale dell'Igiene e della Sicurezza Alimentare, Dipartimento della salute umana, della salute animale e dell'ecosistema (One Health) e dei rapporti internazionali del Ministero della Salute

Massimo Di Maio – Oncologo, Ospedale Molinette, AOU Città della Salute e della Scienza, Torino

Arianna Di Napoli – Anatomopatologa, A.O.U. Sant'Andrea – Sapienza, Roma

Francesco Dotta – Endocrinologo, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Roma

Massimo Falconi – Chirurgo, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano

Renato Fasoli – Gastroenterologo, ASL Cuneo/1, Presidente GISCoR (Gruppo Italiano Screening Colorettale)

Rosa Gaglione – Direttore Ufficio 5 – Nutrizione ed etichettatura, Direzione Generale dell'Igiene e della Sicurezza Alimentare, Dipartimento della salute umana, della salute animale e dell'ecosistema (One Health) e dei rapporti internazionali del Ministero della Salute

Nicoletta Gandolfo – Presidente Nazionale SIRM, Radiologa, Ospedale Villa Scassi, Genova

Denise Giacomini – Dirigente Medico, Dipartimento della salute umana, della salute animale e dell'ecosistema (One Health) e dei rapporti internazionali del Ministero della Salute

Maria Assunta Giannini – Direttore dell'Ufficio 2 "Promozione dei corretti stili di vita nella popolazione, Direzione generale dei corretti stili di vita e dei rapporti con l'ecosistema, Dipartimento della salute umana, della salute animale e dell'ecosistema (One Health) e dei rapporti internazionali del Ministero della Salute

Veronica Girardi – Radiologa, Istituto Clinico S. Anna, Brescia. Ospedale S. Pellegrino, Castiglione delle Stiviere. Casa di Cura Solatrix, Rovereto

Elena Giudice – Ginecologa, Humanitas San Pio X, Milano

Valentina Guadalupi – Oncologa, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano

Elisabetta Iannelli – Avvocato; Presidente AIMaC ODV ETS e Segretario Generale FAVO ODV Rete Associativa ETS

Giovanna Liberati – Dirigente Sanitario Medico, Ufficio 5 – Nutrizione ed etichettatura, Direzione Generale dell'Igiene e della Sicurezza Alimentare, Dipartimento della salute umana, della salute animale e dell'ecosistema (One Health) e dei rapporti internazionali del Ministero della Salute

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

Domenica Lorusso – Ginecologa, Humanitas San Pio X, Milano – Humanitas University, Rozzano (MI)

Laura Locati – Oncologa, Istituti Clinici Scientifici Maugeri IRCCS, Pavia

Paolo Marchetti – Oncologo, Direttore Scientifico IDI IRCCS, Roma

Maria Giulia Marino – Dirigente medico dell'Ufficio 5 "Promozione della salute e prevenzione e controllo delle malattie cronico-degenerative", Direzione Generale della Prevenzione, Dipartimento della Prevenzione, della Ricerca e delle Emergenze Sanitarie" del Ministero della Salute"

Maria Masocco – Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute (CNaPPS) Istituto Superiore di Sanità (ISS)

Maria Teresa Menzano – Dirigente medico Coordinatore dell'Ufficio 5 "Promozione della salute e prevenzione e controllo delle malattie cronico –degenerative", Direzione Generale della Prevenzione, Dipartimento della Prevenzione, della Ricerca e delle Emergenze Sanitarie del Ministero della Salute

Maria Migliore – Dirigente Medico dell'Ufficio 2 "Promozione dei corretti stili di vita nella popolazione", Direzione generale dei corretti stili di vita e dei rapporti con l'ecosistema, Dipartimento della salute umana, della salute animale e dell'ecosistema (One Health) e dei rapporti internazionali del Ministero della Salute

Valentina Minardi – Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute (CNaPPS) Istituto Superiore di Sanità (ISS)

Alessio Nardini – Direttore Generale, Direzione dei corretti stili di vita e dei rapporti con l'ecosistema del Ministero della Salute, Dipartimento della salute umana, della salute animale e dell'ecosistema (One Health) e dei rapporti internazionali del Ministero della Salute

Mariachiara Paderno – Ginecologa, Humanitas San Pio X, Milano

Simona Petrucci – Genetista, AOU Sant'Andrea – Sapienza, Roma

Maria Piane – Genetista, AOU Sant'Andrea – Sapienza, Roma

Gabriele Piesco – Oncologo, IDI IRCCS, Roma

Francesca Poggio – Oncologa, IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, Genova

Giuseppe Procopio – Oncologo, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano

Valentina Possenti – Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute (CNaPPS), Istituto Superiore di Sanità (ISS)

Lorenza Rimassa – Oncologa, Humanitas University e IRCCS Istituto Clinico Humanitas di Rozzano, Milano.

Pierluigi Rosi – Funzionario Giuridico dell'Ufficio 2 "Promozione dei corretti stili di vita nella popolazione" Dipartimento della salute umana, della salute animale e dell'ecosistema (One Health) e dei rapporti internazionali del Ministero della Salute

Simone Rota – Oncologo, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano

Ilaria Sabatucci – Ginecologa, Humanitas San Pio X, Milano

Massimo Sacchetti – Rettore, Università degli Studi di Roma "Foro Italico"

Giselda Scalera – Direttore Ufficio 2 – Promozione della salute e stili di vita, Direzione generale dei corretti stili di vita e dei rapporti con l'ecosistema, Dipartimento della salute umana, della salute animale e dell'ecosistema (One Health) e dei rapporti internazionali del Ministero della Salute

Davide Soldato – Oncologo, Azienda Ospedaliera Metropolitana, Genova

Margherita Turinetto – Oncologa, Humanitas San Pio X, Milano

Indice

1. FATTORI COMPORTAMENTALI E SALUTE

One Health 9
Alimentazione 12
Fumo 17
Alcol 20
Attività fisica 24

2. INTRODUZIONE ALLA PREVENZIONE E ALLA CURA ONCOLOGICA

Innovazione nell'ambito degli screening oncologici 27
Modelli di sanità pubblica: screening oncologici 28
Screening: le sorveglianze "passi" e "passi d'argento" dell'Istituto Superiore di Sanità 32
Collo dell'utero, endometrio e ovaio 38
Colon-retto 47
Cute 49
Fegato e vie biliari 54
Mammella 56
Protesi mammarie ed il rischio di linfoma 66
Oncoematologia 69
Pancreas 71
Polmone 73
Prostata, reni, testicoli, vescica 76
Stomaco 78
Tiroide 80

3. APPROFONDIMENTI

Comunicazione medico-paziente-caregiver 83
Diritti del paziente e del caregiver 88
Immunoterapia 92
Invecchiare in salute 94
Medicina personalizzata 103
Metastatico: principali innovazioni 105
Oncofertilità e sessualità 107
Quando i trattamenti attivi non sono più efficaci 109
Ricerca, innovazione scientifica e qualità di vita 111
Rischio oncologico eredo-famigliare 114
Salute cardiometabolica, obesità e prevenzione oncologica 117
Vaccinazioni 121

LETTERA DEL MINISTRO DELLA SALUTE

Care viaggiatrici, cari viaggiatori,
sono felice di unirmi a voi in occasione della sedicesima edizione della campagna **FrecciaRosa** che ogni anno porta a bordo dei nostri treni la cultura della prevenzione.

Questo appuntamento, promosso dalla **Fondazione IncontraDonna** con il **Gruppo Ferrovie dello Stato Italiane** e patrocinato dal **Ministero della Salute** e dalla **Presidenza del Consiglio dei Ministri,** è diventato con il tempo una vera e propria tradizione. Anno dopo anno, migliaia di cittadine e cittadini hanno incontrato i volontari della campagna sui treni regionali, sugli intercity, sulle Frecce potendo usufruire gratuitamente, durante il loro viaggio, di visite, consulenze oncologiche e momenti informativi.

Si tratta di una mobilitazione imponente. Di una significativa opera di prevenzione che è perfettamente in linea con i principi che hanno mosso e muovono l'azione del Governo. Sin dal nostro insediamento ci siamo infatti impegnati per rimettere la salute al centro del dibattito e degli investimenti, con uno stanziamento inedito di risorse destinate alla sanità e con misure concrete pensate per essere più vicini ai cittadini e ai pazienti, soprattutto i più fragili.

Abbiamo messo la prevenzione al centro dei nostri interventi, perché prevenzione vuol dire futuro. Lo abbiamo fatto promuovendo, con campagne di comunicazione, l'adozione di stili di vita salutari lungo tutto il corso della vita e abbiamo potenziato i programmi di screening gratuiti. C'è una misura che mi rende particolarmente fiero, perché guarda concretamente alla salute delle donne: **l'ampliamento dello screening per il tumore della mammella, che oggi è esteso anche alle fasce di età 45-49 e 70-74.**

La prevenzione è una sfida cruciale, è l'investimento più grande che possiamo fare per il nostro benessere, per la collettività e per la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale italiano, che, lo ricordo, è tra i migliori del mondo.

Durante il nostro mandato abbiamo dato risposte che mancavano da anni: penso alle misure sulle liste di attesa e al Piano di Azione per la Salute Mentale fermo da oltre 10 anni. Abbiamo lavorato a misure per una sanità vicina alle persone: dall'approvazione del **Piano Oncologico Nazionale 2023-2027,** all'introduzione di norme a supporto di chi sta affrontando il difficile percorso della malattia oncologica, garantendo maggiori tutele sul lavoro. Come Governo abbiamo fortemente sostenuto anche la legge sull'oblio oncologico, per restituire una vita piena ai tanti guariti dal cancro.

Come Ministero continueremo a lavorare, con convinzione, a tutti i livelli, affinché ogni persona sia parte attiva del proprio percorso di salute e senta la vicinanza del Servizio sanitario.

Ringrazio particolarmente IncontraDonna, che, attraverso il progetto FrecciaRosa e il Vademecum della Salute, porta con entusiasmo la cultura della prevenzione sempre più vicino alle italiane e agli italiani. Ringrazio i medici e i volontari che aderiscono all'iniziativa, facendone un prezioso momento di impegno congiunto nella promozione della salute e nella diffusione della cultura della prevenzione. Invito tutti voi, viaggiatrici e viaggiatori, a partecipare alle attività della campagna nel mese di ottobre.

Perché FrecciaRosa è un viaggio verso una salute più consapevole.

Come Ministro sono onorato di sostenere questo progetto e di far parte di questo gruppo di viaggiatori.

Orazio Schillaci
Ministro della Salute

DIAMO IL VIA AL FRECCIAROSA 2026!

Al via la 16ª edizione di FrecciaRosa, che quest'anno si presenta con il nome "FrecciaRosa – la prevenzione è un viaggio da fare insieme": un progetto che celebra sedici anni di impegno congiunto nella promozione della salute e nella diffusione della cultura della prevenzione.

Ottobre torna a essere un mese interamente dedicato alla **prevenzione del tumore del seno** e delle principali patologie oncologiche, agli stili di vita sani e alla consapevolezza ambientale. L'approccio alla Salute Globale (One Health) continua a guidare le nostre azioni: la salute dell'individuo è strettamente legata a quella dell'ambiente e delle comunità in cui viviamo. Si tratta del nostro futuro e di quello delle prossime generazioni. Accanto a questi temi, l'edizione 2026 pone una particolare attenzione anche alla **salute metabolica e all'obesità,** riconosciute tra le principali sfide di salute pubblica del nostro tempo e strettamente correlate al rischio di numerose patologie croniche, tra le quali anche alcune oncologiche

La **Fondazione IncontraDonna,** fortemente impegnata a livello nazionale nella promozione della salute, della prevenzione e della cura, offre in tutto il mese di ottobre consulenze gratuite a bordo dei treni del Gruppo FS Italiane, rivolte a donne e uomini. In alcune fasce di età, e secondo valutazione del medico di bordo, è possibile effettuare una visita senologica con eventuale esame ecografico di supporto, per meglio indirizzare agli approfondimenti presso il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), favorendo l'adesione agli screening regionali gratuiti. **FrecciaRosa** attraversa l'intero Paese, comprese le isole maggiori, rafforzando il valore del nostro SSN, al quale facciamo sempre riferimento. Medici delle principali strutture pubbliche sono a disposizione dei passeggeri gratuitamente, come sempre, coadiuvati dalla forza del volontariato.

L'edizione 2026 vede, inoltre, l'avvio di nuove tappe "a terra", oltre Roma, nelle città di Genova e Cosenza con l'obiettivo di essere sempre più presenti sul territorio nazionale. Le attività di informazione e orientamento di questa edizione comprendono iniziative dedicate alla valutazione dei principali fattori di rischio e alla promozione di corretti stili di vita, nell'ottica di una prevenzione sempre più consapevole e personalizzata.

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

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

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

Adriana Bonifacino
Fondatrice, Fondazione IncontraDonna

Antonella Campana
Presidente, Fondazione IncontraDonna

1.

FATTORI COMPORTAMENTALI E SALUTE

One Health

prevenzione proattiva, integrata e predittiva

GIOVANNI LEONARDI, UGO DELLA MARTA, SIMONA DE STEFANO,
ROSA GAGLIONE, DENISE GIACOMINI, ALESSIO NARDINI, GISELDA SCALERA

La salute pubblica non può più essere considerata un obiettivo isolato: essa è il risultato di un'azione concertata che abbraccia tutti gli ambiti della vita quotidiana, dall'alimentazione all'ambiente, dagli stili di vita alla gestione delle risorse naturali.

Il Dipartimento One Health del Ministero della Salute ha intrapreso in questa direzione un percorso organico e strutturato, promuovendo strategie integrate che combinano approcci educativi, scientifici e socio-sanitari per sensibilizzare i cittadini verso scelte responsabili e sostenibili. La salute mentale, i corretti stili di vita, la tutela dall'esposoma (cioè l'insieme dei fattori ambientali che modellano la nostra biologia nel corso dell'intera esistenza) e la promozione di una visione ecologica capace di orientare i comportamenti collettivi verso un'armonia duratura con l'ecosistema costituiscono i pilastri fondanti dell'azione del Dipartimento.

Coerentemente con il **Piano Nazionale Complementare,** per una prevenzione proattiva, integrata e predittiva sono stati avviati progetti di Urban Health volti a indagare e migliorare le condizioni di salute nelle aree urbane, dove la densità abitativa, l'inquinamento e la disuguaglianza sociale amplificano i rischi per la popolazione e progetti specifici per l'ambito biodiversità - clima e salute, riconoscendo il nesso inscindibile tra l'integrità degli ecosistemi e il benessere umano. Parallelamente, il Dipartimento ha avviato una governance con partnership scientifiche strutturate, tra cui la collaborazione con l'OMS Europa per lo sviluppo di moduli formativi dedicati alla figura dell'esperto One Health: un professionista trasversale, capace di interpretare la complessità dei determinanti di salute in chiave sistemica e di tradurla in interventi concreti, misurabili e coerenti con i principi di sosteni-

bilità e prevenzione che ispirano l'intera architettura programmatica del Dipartimento.

Sul fronte della governance, nell'ultimo anno ha preso avvio il **Comitato Nazionale per la Sicurezza Alimentare,** organismo multidisciplinare e multisettoriale istituito in seno al Ministero della Salute con l'obiettivo di fornire orientamenti scientifici e indirizzi strategici in materia di sicurezza degli alimenti. Il Comitato ha elaborato un Piano Triennale per la Sicurezza Alimentare (al link www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/cnsa-piano-di-programmazione-triennale-anni-2026-2028/) che adotta pienamente la cornice concettuale dell'approccio **One Health**, riconoscendo l'interdipendenza tra la salute umana, quella animale e quella degli ecosistemi lungo tutta la filiera alimentare. Un asse prioritario del Piano è rappresentato dalla promozione della Dieta Mediterranea come strumento di prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili - tra cui le patologie cardiovascolari, il diabete di tipo 2 e alcune forme neoplastiche - e come leva per contrastare la metainfiammazione, ossia quella condizione di infiammazione sistemica di basso grado associata agli squilibri nutrizionali e agli stili di vita sedentari, sempre più riconosciuta come substrato comune delle principali patologie cronico-degenerative. In tale prospettiva, la **Dieta Mediterranea** non viene intesa soltanto come modello alimentare, ma come patrimonio culturale e strumento di salute pubblica capace di integrare sostenibilità ambientale, equità sociale e benessere individuale, in perfetta coerenza con i principi ispiratori del Dipartimento One Health. Il Piano si fonda su un framework di programma scientifico che muove da un presupposto fondamentale: **un'alimentazione sana e sicura è in grado di contrastare le modificazioni epigenetiche** che, alterando l'espressione genica senza modificare la sequenza del DNA, svolgono un ruolo determinante nello sviluppo di patologie oncologiche. L'epigenetica nutrizionale rappresenta pertanto un asse trasversale dell'intero impianto programmatico, offrendo una base scientifica solida alla promozione di modelli alimentari protettivi - in primis la Dieta Mediterranea - quali strumenti di prevenzione primaria del cancro. In questa prospettiva, il Dipartimento One Health si pone l'obiettivo strategico di coordinare le proprie attività in modo da raggiungere le più ampie fasce

della popolazione, con una particolare attenzione alle età pediatriche: intervenire precocemente sui comportamenti alimentari dei bambini significa, infatti, agire sui processi epigenetici in una finestra biologica di massima suscettibilità e plasticità, con ricadute significative sulla traiettoria di salute dell'individuo lungo tutto l'arco della vita. È proprio in questa visione - profondamente orientata alla tutela dell'età infantile come investimento irrinunciabile per la salute delle generazioni future - che è stato istituito il Tavolo della Banca del Latte Umano Donato. Un'iniziativa di straordinaria rilevanza etica e scientifica, che traduce in azione concreta il principio di equità in salute: garantire, anche alle mamme che non possono allattare, la possibilità di nutrire i propri bambini con latte comunque materno, riconosciuto dalla letteratura scientifica internazionale come l'alimento principe per la prevenzione dell'obesità infantile e delle sue conseguenze metaboliche a lungo termine. Il latte materno, nella sua straordinaria complessità biologica, non è soltanto nutrimento: è il primo e più potente modulatore epigenetico disponibile, capace di plasmare in modo duraturo il microbioma, il sistema immunitario e la regolazione metabolica del neonato. Il Tavolo si inserisce così nel quadro del principio della prevenzione proattiva, che identifica nei primi mille giorni di vita, la finestra temporale di maggiore sensibilità biologica e di massimo potenziale preventivo (precoce): un'opportunità unica, e non replicabile, per orientare le traiettorie di salute fisica, cognitiva e psicosociale di ogni essere umano.

Infine, per garantire una governance ottimizzata e concretamente operativa, il Dipartimento si è dotato di uno strumento tecnico-organizzativo di rilievo: un **Gruppo Tecnico Scientifico** con referenti delle tre Direzioni Generali afferenti al Dipartimento, concepito per operare in modo trasversale e interdisciplinare, assicurando il raccordo tra le diverse competenze istituzionali e scientifiche. Tale strumento mira a ottimizzare i processi decisionali all'interno del Dipartimento, favorire la condivisione delle evidenze scientifiche tra le strutture competenti e consentire la programmazione di azioni sempre più specifiche, mirate e coerenti con le esigenze di un framework di salute pubblica moderno e integrato.

Alimentazione

SIMONA DE STEFANO, GIOVANNA LIBERATI

La corretta alimentazione è uno strumento fondamentale di prevenzione per molte patologie. La dieta equilibrata svolge un ruolo protettivo sulla salute e contribuisce a migliorare qualità e aspettativa di vita. A tal fine il cibo deve essere sicuro sotto il profilo igienico-sanitario (food safety) ma anche disponibile e accessibile (food security).

La qualità e quantità dei cibi consumati, la frequenza dei pasti e le tradizioni culturali sono basilari per la definizione dei modelli alimentari.

La **Dieta Mediterranea,** considerata uno dei modelli alimentari più salutari e riconosciuta come **Patrimonio Culturale Immateriale Dell'Umanità,** privilegia il consumo di verdura, frutta fresca e secca, legumi e cereali, preferibilmente integrali; prevede un consumo moderato di pesce, uova, carni bianche, latte e derivati; limita carne rossa, salumi e dolci, utilizzando l'olio extravergine di oliva come principale fonte di grassi. Nello specifico, è previsto il consumo di almeno cinque porzioni al giorno di frutta e verdura, cereali a ogni pasto principale, latte e yogurt quotidianamente, legumi 2-4 volte a settimana, pesce 2-3 volte a settimana, mentre carne rossa, salumi e dolci devono essere consumati solo occasionalmente.

La quantità di cibo necessaria per soddisfare i fabbisogni nutrizionali di un individuo cambia in base all'età, al sesso, al metabolismo basale e all'attività fisica.

Nel corso dell'infanzia e dell'adolescenza è **essenziale garantire il corretto apporto di macronutrienti e micronutrienti per la crescita.** I maschi necessitano di più energia per la maggiore rappresentazione della massa muscolare, mentre nelle femmine aumenta il fabbisogno di ferro a causa del ciclo mestruale. **L'adole-**

scenza, inoltre, è decisiva per la salute delle ossa: in questa fase è importante accumulare calcio per prevenire l'osteoporosi.

In **età adulta,** il fabbisogno energetico resta più elevato nell'uomo. In questa fase diventa importante **prevenire ipertensione e malattie cardiovascolari** riducendo sale e grassi saturi e aumentando l'assunzione di fibre e omega 3. Nella donna, oltre al ferro, assume rilievo l'assunzione di acido folico, soprattutto in età fertile, insieme al mantenimento del peso corporeo adeguato, che influenza fertilità e gravidanza.

Durante la **gravidanza e l'allattamento aumentano i fabbisogni di energia,** proteine, ferro, calcio, folati, omega 3 e acqua. In queste fasi è raccomandato incrementare il consumo di pesce di piccola taglia, verdure, legumi, latticini e acqua.

Con la **menopausa** il metabolismo della donna rallenta per la riduzione della massa magra. Al contempo aumenta il rischio di osteoporosi e di malattie cardiovascolari. Per questo è importante assumere calcio, vitamina D e limitare l'introito di grassi saturi e sale.

Nella **terza età** diminuisce per tutti il fabbisogno energetico e aumenta quello proteico, necessario per mantenere la massa muscolare. Occorre, inoltre, garantire un adeguato apporto di vitamina D e vitamine del gruppo B, spesso carenti in questa fase.

In conclusione, sebbene i principi di una sana alimentazione siano validi per l'intera popolazione, i fabbisogni nutrizionali differiscono in base alle diverse fasi della vita, rendendo indispensabile un approccio personalizzato.

Prevenzione nutrizionale nelle diverse fasi della vita

Infanzia e adolescenza: alimentazione per crescere

Per garantire una crescita corretta:

- Segui un'alimentazione ispirata alla Dieta mediterranea
- Rispetta le porzioni adeguate all'età

Per assicurare il giusto apporto di calcio:

- Consuma regolarmente latte, yogurt e formaggi
- Bevi acqua ricca di calcio

Per garantire un corretto apporto di ferro (soprattutto nelle adolescenti):

- Preferisci carne magra e pesce
- Consuma legumi con regolarità
- Inserisci verdure a foglia verde

Età adulta: alimentazione per mantenersi in forma

- Uomo

Per mantenere la massa muscolare e limitare l'aumento della massa grassa:

- Bilancia la quantità di cibo assunta in base all'attività fisica
- Assumi proteine di elevato valore biologico

Per ridurre il rischio cardiovascolare:

- Limita gli alimenti ricchi di grassi saturi
- Consuma regolarmente fonti di omega-3
- Riduci il consumo di sale
- Aumenta l'assunzione di fibre alimentari

- Donna

Per evitare magrezza eccessiva o sovrappeso:

- Mantieni il peso corporeo nei valori di normalità

Per aumentare l'apporto di ferro:

- Consuma legumi
- Preferisci verdure a foglia verde
- Prediligi carne magra

Gravidanza e allattamento: alimentazione per mamma e bambino

Per mantenere un peso adeguato:

- Bilancia l'alimentazione in base all'attività fisica

Per aumentare l'apporto di ferro:

- Consuma legumi, verdure a foglia verde e carne magra

Per aumentare l'apporto di calcio:

- Assumi latte e yogurt
- Consuma broccoli, acciughe e verdure a foglia verde scuro
- Bevi acqua ricca di calcio

Per garantire un adeguato apporto di folati:

- Consuma frutta, verdura, legumi e cereali integrali
- Valuta l'eventuale supplementazione secondo indicazione medica

Per favorire l'assunzione di omega-3 a lunga catena:

- Consuma 3–4 porzioni settimanali di pesce
- Preferisci pesce grasso di piccola taglia come sarde, alici e sgombro

Per aumentare l'idratazione durante l'allattamento:

- Bevi circa 700 ml di acqua in più al giorno rispetto al fabbisogno abituale

Menopausa: alimentazione per i cambiamenti metabolici

Per mantenere il peso corporeo nella norma:

- Bilancia alimentazione e attività fisica

Per aumentare il calcio nella dieta:

- Consuma latte e yogurt
- Preferisci pesce azzurro, molluschi e crostacei
- Inserisci broccoli, cavoli, frutta secca, semi e legumi
- Bevi acqua ricca di calcio

Per limitare i grassi saturi:

- Scegli latte e formaggi a ridotto contenuto di grassi

Terza età: alimentazione per un invecchiamento sano

Per preservare la massa muscolare:

- Assumi proteine di elevato valore biologico: preferisci latte e formaggi magri, legumi, uova, pesce e carni bianche magre

Per mantenere l'equilibrio tra massa magra e massa grassa:

- Adegua l'alimentazione al livello di attività fisica

Per garantire l'assunzione di vitamine del gruppo B:

- Scegli alimenti ricchi di vitamine del gruppo B di origine animale e vegetale

Per favorire l'apporto di folati:

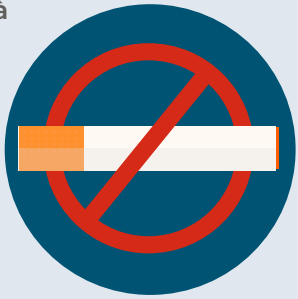
- Consuma regolarmente frutta, ortaggi, legumi e cereali integrali

Fumo

MARIA ASSUNTA GIANNINI, PIERLUIGI ROSI

Consumo di prodotti del tabacco e con nicotina

Perché il fumo è dannoso per la nostra salute? **L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) indica che ogni anno più di 8 milioni di persone muoiono a causa del consumo di tabacco.** In Italia, si stima che sono più di 94.000 le morti annue evitabili. Una sigaretta contiene circa 600 ingredienti e quando brucia crea più di 7.000 sostanze chimiche. È noto che almeno 69 di queste sostanze chimiche causino il cancro e che molte siano tossiche. **20 sigarette al giorno riducono di circa 4,6 anni la vita media di un giovane che inizia a fumare a 25 anni,** il che equivale a perdere un giorno di vita per ogni settimana di consumo. La nicotina contenuta nel tabacco è la sostanza neuro-psicotropa responsabile della dipendenza e causa sia problemi di natura emotiva sia problemi relativi alla memoria.



Quali sono i rischi più comuni?

Il fumo aumenta il rischio di molti tipi di tumore: polmone e vie respiratorie, esofago, stomaco, fegato, colon-retto e pancreas, rene, uretere, vescica, ovaio, cervice uterina, leucemia mieloide. Inoltre, il fumo passivo è un fattore di rischio riconosciuto per il tumore della mammella e rappresenta anche il principale fattore di rischio per le malattie respiratorie non neoplastiche, fra cui la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), ed è uno dei più importanti fattori di rischio cardiovascolare. La nicotina (contenuta anche nei prodotti a tabacco riscaldato, in molte sigarette elettroniche e nelle "nicotine pouches"), infatti, determina un aumento della frequenza e della contrattilità cardiaca, aumenta la pressione sanguigna, e può promuovere la formazione di placche ateromasiche e riduce, inoltre, la sensibilità all'insulina e può aggravare il diabete.

Per di più, il fumo **influisce negativamente anche sull'apparato riproduttivo femminile** poiché, alterando la produzione ormonale, provoca menopause più precoci di circa 2 anni rispetto alle non fumatrici, incidendo anche sulla fertilità. Una donna in gravidanza che fuma ha un aumentato rischio di aborti, di bambini nati morti, e di avere neonati sottopeso. Inoltre, il fumo produce danni estetici, come gengive bianche, ingiallimento dei denti, invecchiamento della pelle, aumento dell'irsutismo del volto.

Perché smettere di fumare?

Smettere di fumare è un investimento per la salute, perché consente di ridurre il rischio di sviluppare molte condizioni patologiche e perché protegge anche i non fumatori dal fumo passivo, riducendo, ad esempio, il rischio di molte malattie dei bambini causate da esposizione al fumo passivo, quali malattie respiratorie, l'asma, e infezioni alle orecchie (otiti). Quando si smette di fumare: in breve tempo la circolazione del sangue e le funzioni polmonari migliorano e, entro 1 anno, il rischio di infarto diventa la metà di quello di un fumatore; dopo 10 anni il rischio di tumore ai polmoni diminuisce fino alla metà e, entro 15 anni, il rischio di malattie croniche diventa uguale a quello di un non fumatore. Smettere di fumare fa bene anche a chi ha già sviluppato malattie correlate al fumo.

Come riuscire a smettere?

Si può smettere da soli, ma con il supporto del proprio medico o di specialisti della disassuefazione operanti presso i **Centri antifumo** presenti sul territorio (https://smettodifumare.iss.it/it/centri-antifumo/) le probabilità di successo aumentano notevolmente. Se necessario il medico può consigliare una terapia farmacologica con sostitutivi farmaceutici della Nicotina (NRT), Bupropione, o Citisina, che aiutano a smettere e alleviano i sintomi di astinenza. Inoltre, da quest'anno, il SSN (Servizio Sanitario Nazionale) assicura, nell'ambito di percorsi di counselling psicologico erogati presso i Centri antifumo, la **gratuità della citisina,** molecola disassuefante che aiuta i fumatori a smettere di fumare, riducendo i sintomi di astinenza (come *craving*, ansia, insonnia).

Esistono altri prodotti a cui prestare attenzione?

Oltre alle sigarette e agli altri prodotti del tabacco convenzionali, da alcuni anni sono in commercio nuovi prodotti, come quelli a **tabacco riscaldato** o le **sigarette elettroniche** con o senza nicotina e, più di recente, i sacchetti per uso orale contenenti sali di nicotina. La sigaretta elettronica (e-cig) è un dispositivo che permette di inalare vapore, in genere aromatizzato, contenente nicotina in quantità variabili (in genere, tra 6 e 20 mg), in una miscela composta da acqua, glicole propilenico, glicerolo ed altre sostanze, tra cui soprattutto aromatizzanti.

I prodotti del tabacco riscaldato (Heated Tobacco Products-HTP) sono dispositivi che, diversamente dalle sigarette elettroniche, contengono stick con tabacco che viene riscaldato ad alta temperatura (circa 350°), creando un'emissione assimilabile al fumo.
Questi prodotti contengono nicotina e altre sostanze chimiche e attualmente non esistono evidenze che dimostrino che questi prodotti siano meno dannosi delle sigarette tradizionali, benché sia noto che, sebbene possano esporre gli utilizzatori a livelli inferiori di alcune sostanze tossiche contenute nelle sigarette, espongono, comunque, i consumatori a livelli più elevati di altre sostanze chimiche potenzialmente tossiche e nocive, non contenute nelle sigarette tradizionali. Tali prodotti, grazie all'attrattività del design e degli aromi, favoriscono la sperimentazione, soprattutto, da parte dei giovani.

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

Alcol

MARIA ASSUNTA GIANNINI, MARIA MIGLIORE

La vulnerabilità delle donne all'alcol

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

L'Organizzazione Mondiale della Sanità segnala che le donne che consumano bevande alcoliche hanno maggiori probabilità di sviluppare numerose patologie, tra cui numerosi tipi di cancro (in particolare quello della mammella), osteoporosi, riduzione della fertilità e complicanze legate a gravidanza, quali aborti spontanei e rischio di partorire neonati affetti da sindrome feto alcolica (FAS/FASD).

Meno consumi, meno rischi

Le linee guida del Consiglio per la Ricerca in Agricoltura e l'Analisi dell'Economia Agraria, CREA, avvertono che il consumo di una unità alcolica contenente circa 12 grammi di alcol (equivalente a un bicchiere di vino da 125 ml oppure a una lattina di birra a bassa gradazione alcolica di circa 330 ml oppure a un bicchierino da 40 ml di superalcolico) è considerato compatibile con un livello a minor rischio per la salute femminile, pur non essendo esente da rischio, poiché non esistono quantità di alcol sicure per la salute.

Nel corso degli ultimi dieci anni la prevalenza delle consumatrici di alcol fuori pasto è cresciuta costantemente ed il trend in crescita non sembra arrestarsi, soprattutto nelle fasce di età più giovani.

Assumere alcol fuori pasto, comportamento estremamente diffuso tra le donne, anche in associazione ad altre tipologie di comportamento a rischio come il fumo, potenzia il rischio ed espone ad una maggiore probabilità di sviluppare patologie, in particolare il cancro.

In gravidanza alcol zero

Il consumo di alcol in gravidanza comporta danni al feto e al bambino, quali l'aborto spontaneo, la natimortalità, la sindrome della morte improvvisa in culla, il parto pretermine, alcune malformazioni congenite, il basso peso alla nascita, il ritardo di sviluppo intrauterino. Ma la condizione patologica più caratteristica causata dal consumo di bevande alcoliche in gravidanza è la *Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD)*, la cui manifestazione più grave è la Sindrome Feto-Alcolica *(Fetal Alcohol Syndrome, FAS)*, caratterizzate da una serie di anomalie strutturali e di sviluppo neurologico che comportano gravi disabilità comportamentali e neuro-cognitive.

È importante tenere presente che **tutto l'alcol consumato dalla mamma in gravidanza finisce nel sangue del feto;** pertanto, anche una quantità minima di alcol può causare danni e pregiudicarne la salute. Inoltre, tutte le fasi dello sviluppo embrionale sono vulnerabili agli effetti teratogeni dell'alcol e per questo motivo, secondo le linee guida cliniche della maggioranza dei Paesi del mondo, il consumo di alcol in gravidanza è controindicato e il messaggio di salute pubblica è "non bere in gravidanza (zero alcol) e non bere quando si decide di avere un figlio". Infatti, la prevenzione della sindrome feto-alcolica è possibile al 100% se si evita il consumo di bevande alcoliche in gravidanza.

Un breve vademecum:

1. consumare bevande alcoliche in gravidanza aumenta il rischio di danni alla salute del bambino
2. durante la gravidanza non esistono quantità di alcol che possano essere considerate sicure o prive di rischio per il feto
3. il consumo di qualunque bevanda alcolica in gravidanza nuoce al feto senza differenze di tipo o gradazione
4. l'alcol è una sostanza tossica in grado di attraversare la placenta e raggiungere il feto alle stesse concentrazioni di quelle della madre
5. il feto non ha la capacità di metabolizzare l'alcol, quindi, nuoce direttamente alle cellule cerebrali e ai tessuti degli organi in formazione
6. l'alcol nuoce al feto soprattutto durante le prime settimane e nell'ultimo trimestre di gravidanza
7. se si pianifica una gravidanza, è opportuno non bere alcolici. Se si è già in gravidanza, è meglio interrompere l'assunzione sino alla nascita. I danni causati nel bambino dall'esposizione prenatale all'alcol sono irreversibili e non curabili
8. è opportuno non consumare bevande alcoliche anche durante l'allattamento
9. si possono prevenire tutti i danni al bambino causati dal consumo di alcol in gravidanza, evitando di consumare bevande alcoliche
10. interrompere il consumo di alcol è un gesto di responsabilità e di amore verso il nascituro.

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

L'International Agency for Research on Cancer (IARC) stima in Italia oltre **3.200 nuovi casi di tumore nelle donne alcol-attribuibili,** di cui circa 1.400 (45%) associati a consumi inferiori a 20 grammi al giorno. Tra questi, circa 2.300 riguardano il tumore della mammella: l'assunzione di un secondo bicchiere può incrementare il rischio di insorgenza fino al 27%, soprattutto quando il consumo inizia precocemente e si protrae nel tempo.

L'alcol può causare almeno 7 tipi di cancro. I tipi più diffusi di cancro causati dall'alcol sono il cancro al seno nelle donne e il cancro al colon negli uomini. Le persone che fumano tabacco e bevono alcolici hanno un rischio 5 volte superiore di sviluppare il cancro della cavità orale, dell'orofaringe, della laringe e dell'esofago, rispetto alle persone che fanno uso esclusivo di alcol o tabacco. La Comunità Scientifica Internazionale (IARC) ha chiaramente espresso il concetto che non esiste un livello sicuro di consumo di alcol rispetto al rischio di cancro. Pertanto, l'OMS ha inteso invitare alla prudenza, sostenendo l'affermazione **"Less is better".**

Numeri utili: Telefono Verde Alcol (ISS) 800632000
Consultazione siti: www.salute.gov.it
www.epicentro.iss.it/alcol/osservatorio-nazionale-alcol

Attività fisica
il corpo è progettato per muoversi

MASSIMO SACCHETTI

L'attività fisica rappresenta uno stimolo biologico fondamentale per il corretto funzionamento dell'organismo. Durante il movimento i muscoli, oltre a produrre forza, rilasciano segnali che influenzano metabolismo, cervello, sistema immunitario e altri processi coinvolti nella salute. Tuttavia, la vita moderna è caratterizzata da livelli di attività fisica spesso inferiori a quelli raccomandati e da un aumento del tempo trascorso seduti. Le evidenze scientifiche mostrano che **uno stile di vita attivo contribuisce a ridurre il rischio di numerose malattie croniche, incluse malattie cardiovascolari, diabete e alcuni tumori**; durante e dopo un percorso oncologico può inoltre aiutare a contrastare stanchezza, perdita di forza e riduzione dell'autonomia, migliorando qualità di vita e benessere psicofisico.

Per la salute, le raccomandazioni internazionali suggeriscono agli adulti di svolgere almeno **150–300 minuti a settimana di attività fisica moderata**, come camminare a passo sostenuto, **oppure 75–150 minuti di attività intensa**, come corsa o altre attività che richiedono uno sforzo maggiore, associando esercizi di forza almeno due volte alla settimana. Con l'avanzare dell'età diventano importanti anche attività che allenino equilibrio, coordinazione e mobilità.

Tuttavia, le conoscenze più recenti mostrano che, per la salute, non conta soltanto fare esercizio: conta anche **ridurre la sedentarietà**. Trascorrere troppo tempo seduti espone l'organismo a segnali biologici che possono influenzare negativamente la salute. Si può essere fisicamente attivi e, allo stesso tempo, trascorrere gran parte della giornata sedentari.

Occorre quindi **cogliere ogni opportunità per muoversi**. Fare le scale, camminare mentre si parla al telefono, alzarsi dalla scrivania o interrompere lunghi periodi seduti sono occasioni concrete per

prendersi cura della propria salute. Pause attive anche brevi (1–3 minuti), attraverso piccole camminate o semplici esercizi distribuiti nella giornata, possono avere un grande valore.

Ma sapere che muoversi è importante non sempre basta: una delle sfide principali è **rendere il movimento parte integrante della propria vita**. Esistono molti modi per essere attivi, e quasi certamente ce n'è uno adatto a ciascuno. Camminare, ballare, nuotare, andare in bicicletta, praticare uno sport o seguire un programma di esercizi possono essere scelte diverse ma ugualmente valide. L'aspetto più importante è individuare ciò che meglio si adatta alle proprie preferenze, esigenze e stile di vita. Trasformare il movimento in un'abitudine quotidiana, individuando un momento dedicato della giornata e, quando lo si desidera, condividendolo con altre persone, può aiutare a renderlo più stabile e gratificante.

Non serve partire da grandi traguardi: **anche poco movimento è meglio di nessun movimento**. Il cambiamento più importante spesso non è passare da molto a moltissimo, ma da niente a qualcosa. Spesso il passo più difficile è iniziare, e non è mai troppo tardi per farlo.

Un esempio concreto di attività fisica a supporto della salute è il progetto **RE-START Cancer Care – Il nuovo inizio dopo la diagnosi di cancro**, promosso dalla Fondazione IncontraDonna. Avviato nel 2024, offre ai pazienti oncologici, in trattamente attivo o in follow-up, un percorso riabilitativo gratuito e multidisciplinare che include attività come il canottaggio, con l'obiettivo di aiutare a trasformare il movimento in uno strumento di recupero, autonomia, benessere e gioia.

2.

INTRODUZIONE ALLA PREVENZIONE E ALLA CURA ONCOLOGICA

Innovazione nell'ambito degli screening oncologici

MARIA TERESA MENZANO, MARIA GIULIA MARINO

Negli ultimi anni sono stati compiuti importanti passi avanti per rafforzare e innovare i **programmi di screening oncologico organizzato** e rendere gli interventi di prevenzione sempre più equi, accessibili, appropriati e in linea con le più recenti raccomandazioni internazionali.

Una delle principali novità riguarda **l'estensione delle fasce di età per due dei programmi di screening organizzato** nel nostro Paese, prevista dalla legge di bilancio per l'anno 2026. Le nuove disposizioni ampliano progressivamente l'offerta dello **screening mammografico alle donne di età compresa tra 45 e 49 anni e tra 70 e 74 anni**, e di quello per il **carcinoma del colon-retto alle donne e agli uomini fino ai 74 anni**. L'obiettivo è intercettare un numero maggiore di tumori in fase precoce, aumentando le possibilità di cura e di sopravvivenza. L'attuazione dell'estensione sarà accompagnata da specifiche attività di monitoraggio, per valutarne la progressiva implementazione sul territorio nazionale.

Un ulteriore elemento di innovazione è rappresentato dal **rifinanziamento delle attività dalla Rete Italiana Screening Polmonare (RISP)**, previsto anche dalla legge di bilancio per l'anno 2026, che promuove programmi di individuazione precoce del tumore del polmone nelle persone ad alto rischio attraverso l'impiego della tomografia computerizzata a bassa dose. L'iniziativa, sviluppata con il coinvolgimento di numerosi centri specialistici, consentirà di acquisire evidenze scientifiche e organizzative utili per orientare le future strategie nazionali di prevenzione di una delle neoplasie a maggiore impatto in termini di mortalità.

Il nuovo **Piano Nazionale della Prevenzione 2026-2031** ha dedicato un programma specifico all'implementazione degli screening oncologici, confermandone il ruolo strategico nell'ambito della prevenzione e promuovendo lo sviluppo di modelli sempre più efficaci, orientati alla personalizzazione degli interventi, all'utilizzo delle innovazioni scientifiche e tecnologiche e al miglioramento dell'adesione della popolazione.

Investire nella prevenzione significa non solo ridurre l'incidenza e la mortalità delle malattie, ma anche **migliorare la qualità della vita delle persone e contribuire alla sostenibilità del sistema sanitario**. In questo percorso, la partecipazione consapevole dei cittadini ai programmi di screening rappresenta un elemento essenziale per trasformare le opportunità offerte dal Servizio sanitario nazionale in concreti risultati di salute.

Modelli di sanità pubblica: screening oncologici

ANNAROSA DEL MISTRO, RENATO FASOLI, VERONICA GIRARDI

La prevenzione oncologica secondaria ha l'obiettivo di individuare le lesioni preneoplastiche o i tumori in uno stadio precoce, in soggetti che non presentano sintomi evidenti. Questo permette di prevenire lo sviluppo del tumore o di trattarlo nelle fasi iniziali, e riduce la mortalità.

Gli screening oncologici sono inclusi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA, prestazioni garantite gratuitamente): il SSN prende in carico tutto il percorso diagnostico-terapeutico.

In Italia sono attivi tre programmi di screening oncologico per la prevenzione di:

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

Sono organizzati a livello nazionale e coordinati a livello regionale e sono molto efficaci, ma l'adesione della popolazione è ancora molto disomogenea tra le Regioni. I protocolli sono basati sull'evidenza scientifica, monitorati per la qualità e costantemente aggiornati per migliorarne l'efficacia e per personalizzarli in base al rischio individuale di sviluppare il tumore. L'obiettivo è rendere gli screening oncologici sempre più accessibili e sostenibili, ed equi sia a livello individuale che sociale.

Inoltre, screening oncologici per il tumore del polmone e per il tumore della prostata sono in fase di attivazione per soggetti ad alto rischio.

Proteggi la tua salute partecipando in modo semplice e sicuro agli screening oncologici, a cui la tua ASL di appartenenza ti invita attivamente.

SCREENING PER IL TUMORE DELLA MAMMELLA

A chi è rivolto?

Alle persone tra 50 e 69 anni; con varianti regionali per estensione d'età 45 - 74 anni.

Come funziona lo screening?

L'invito è personale e indica dove e quando eseguire la mammografia. Gli eventuali esami di approfondimento e, se necessario, il percorso terapeutico sono gratuiti e organizzati dal programma di screening.

Che esame viene eseguito?

Mammografia bilaterale, eseguita secondo i protocolli del programma di screening e con controlli di qualità periodici.

Cosa succede se l'esito è positivo?

Se la mammografia mostra un sospetto, la donna viene richiamata per ulteriori accertamenti, che possono includere altri esami strumentali e, se indicato, il prelievo di un campione dalla mammella (biopsia).

Cosa succede in caso di rischio elevato?

In caso di rischio elevato, la donna potrebbe essere indirizzata a un percorso dedicato di sorveglianza personalizzata, secondo la valutazione del medico e i protocolli previsti.

SCREENING PER IL TUMORE DELLA CERVICE UTERINA

A chi è rivolto?

A tutte le donne tra 25 e 64 anni.

Come funziona lo screening?

Invito personale con le indicazioni su dove e quando eseguire il prelievo.

Per le donne che non aderiscono allo screening, in alcune Regioni è offerta la possibilità di effettuare il prelievo a casa con un apposito dispositivo (autoprelievo).

Che test viene eseguito?

Dipende dall'età e tiene conto della pregressa vaccinazione per HPV (papillomavirus):

- Pap test ogni 3 anni per donne tra 25 e 29 anni non vaccinate
- test HPV ogni 5 anni per donne tra 30 e 64 anni
- donne vaccinate prima dei 15 anni iniziano lo screening a 30 anni

Cosa succede se il test risulta positivo?

La donna potrà essere invitata a fare:

- una colposcopia, per visualizzare il collo dell'utero e fare eventuali prelievi (biopsia), a cui può seguire il trattamento di eventuali lesioni
- un nuovo prelievo a distanza di tempo, secondo i protocolli in uso

Quali sono le principali novità?

- personalizzazione dei protocolli (integrazione tra vaccinazione e screening; uso di nuovi biomarcatori in caso di test positivo)
- vaccinazione gratuita a 25 anni al primo invito allo screening per donne non vaccinate
- estensione dell'autoprelievo per donne non aderenti
- test HPV ogni 5 anni anche per donne tra 25 e 29 anni non vaccinate.

SCREENING PER IL TUMORE DEL COLON-RETTO

A chi è rivolto

A uomini e donne di età compresa fra 50 e 69 o 74 anni (a seconda delle regioni).

Come funziona?

Invito via lettera con le indicazioni su come ritirare nella più vicina farmacia il kit per la raccolta del materiale fecale su cui verrà eseguita la ricerca del sangue occulto. Lo stesso kit andrà poi riconsegnato nella stessa farmacia.

Cosa succede se il test è positivo?

- se il sangue occulto **è presente ma in misura non significativa**, invito a un test analogo a distanza di due anni
- se il sangue occulto **è presente in misura significativa**, invito presso un centro di endoscopia vicino a effettuare una colonscopia, nel corso della quale verrà esaminato il colon-retto e verranno rimossi, nella maggior parte dei casi, eventuali polipi presenti.

Quali sono le principali novità?

- estensione progressiva da 69 a 74 anni degli inviti
- possibilità di invio del kit per la raccolta direttamente a domicilio
- utilizzo di differenti canali informativi (posta elettronica, social network, etc.) per le comunicazioni con la popolazione.

Saranno presto disponibili i risultati di studi che permetteranno di personalizzare lo screening in relazione al rischio più o meno alto di sviluppare lesioni del colon-retto.

Screening: le sorveglianze "Passi" e "Passi d'argento" dell'Istituto Superiore di Sanità

MARIA MASOCCO, VALENTINA MINARDI, BENEDETTA CONTOLI, FEDERICA ASTA, VALENTINA POSSENTI

Premesse metodologiche

PASSI e PASSI d'Argento sono due sistemi di sorveglianza in Sanità Pubblica sul modello della Behavioural Risk Factor Surveillance (adottato in molti Paesi, dagli Stati Uniti all'Australia) e raccolgono in continuo, attraverso indagini campionarie, informazioni su profilo di salute, stili di vita, fattori di rischio comportamentali e prevenzione nella popolazione generale residente in Italia. Entrambi coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità (DPCM del 3 marzo 2017 Registri e sorveglianze – GU Serie Generale n. 109 del 12-05-2017), si basano su raccolte dati attraverso la somministrazione di questionari standardizzati da parte di operatori socio-sanitari delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), opportunamente formati, a campioni rappresentativi per genere ed età della popolazione target (PASSI: 18-69 anni, PASSI d'Argento: 65 anni e oltre) iscritta alle liste sanitarie della ASL di residenza.

PASSI, a regime dal 2008, e PASSI d'Argento dal 2016 sono quindi due sistemi distinti ma accomunati dal medesimo disegno di studio e le stesse procedure di raccolta dati. Le domande sui fattori di rischio comportamentali sono spesso sovrapponibili e gli indicatori confrontabili, con alcune piccole differenze, riconducibili alla specificità della popolazione target di indagine. PASSI e PASSI d'Argento si caratterizzano pertanto come strumenti interni al Sistema Sanitario Nazionale: le ASL raccolgono i dati direttamente dai loro assistiti e ne utilizzano i risultati per l'azione locale, le Regioni coordinano le attività di rilevazione nelle ASL e monitorano gli indicatori per la prevenzione; l'Istituto Superiore di Sanità, con funzioni di indirizzo, sviluppo, formazione e ricerca coordina la raccolta e garantisce il supporto tecnico-scientifico e

il rigore metodologico nella realizzazione dell'indagine e nell'analisi dei risultati. La flessibilità di questi sistemi consente di integrare il questionario per la raccolta standard con nuovi moduli di interesse regionale e/o nazionale legati a nuovi bisogni conoscitivi anche in situazioni di emergenza.

In PASSI ogni anno vengono raccolte oltre 30mila interviste fra i 18-69enni (567mila interviste sono state complessivamente realizzate fra il 2008 e il 2024). Il numero complessivo di ASL partecipanti supera ogni anno il 90% delle aziende sul territorio italiano, con un tasso di risposta da parte dei cittadini selezionati nel campione sempre intorno all'80%. Analoghe le performance in termini di ASL partecipanti e tassi di risposta ottenute in PASSI d'Argento che, ogni anno, colleziona circa 17mila interviste di ultra65enni. Nel biennio 2023-2024, sono state realizzate complessivamente 70.604 interviste di 18-69enni in PASSI e 35.205 di ultra65enni in PASSI d'Argento. La Regione Lombardia dal 2017 non partecipa né al PASSI, né al PASSI d'Argento.

Dati Sorveglianza PASSI sullo screening mammografico

PASSI rileva informazioni sulla copertura dello screening mammografico, chiedendo direttamente alle donne intervistate, appartenenti alla popolazione target (donne 50-69enni), se e quando hanno eseguito una mammografia al solo scopo preventivo, ovvero in assenza di segni e sintomi, e se hanno sostenuto un costo parziale o totale per eseguire l'esame, riuscendo in questo modo a distinguere la partecipazione agli screening organizzati e offerti gratuitamente dalle ASL dalla esecuzione di test di screening su iniziativa spontanea, ovvero fuori dai programmi organizzati della ASL. I tempi con cui è stato fatto l'ultimo test di screening consente di distinguere le unità di popolazione target per lo screening che si sono sottoposte al test nei tempi raccomandati dalle linee guida italiane, contribuendo così alla stima della copertura totale (dentro o fuori i programmi organizzati). I dati PASSI 2023-2024 mostrano che in Italia il 75% delle donne fra i 50 e i 69 anni si è sottoposto allo screening mammografico a scopo preventivo, all'interno di programmi organizzati o per iniziativa personale, secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali

e internazionali (che suggeriscono alle donne di questa classe di età di sottoporsi a mammografia ogni due anni per la diagnosi precoce del tumore al seno). La quota di donne che si sottopone allo screening mammografico è maggiore fra quelle più istruite o con maggiori risorse economiche, fra le donne di cittadinanza italiana rispetto alle straniere e fra le donne coniugate o conviventi. La copertura dello screening mammografico disegna un chiaro gradiente Nord-Sud con una copertura totale dell'86% al Nord, dell'80% al Centro e solo del 62% nelle Regioni meridionali. Il Friuli-Venezia Giulia (90%) è la Regione con la copertura maggiore, la Calabria (46%) quella con le coperture totali più basse. Negli anni il gap geografico si è ridotto e la quota di donne che si sottopone a mammografia a scopo preventivo è aumentata, grazie soprattutto all'aumento dell'offerta/adesione ai programmi organizzati avvenuta ovunque nel Paese. Dalle analisi delle serie storiche emerge anche che quando l'offerta/adesione ai programmi organizzati ha raggiunto coperture significative (come nelle Regioni del Nord e del Centro) si riduce il ricorso a mammografia su iniziativa spontanea, mentre nelle Regioni meridionali dove l'offerta ai programmi organizzati, seppur in aumento nel tempo, resta ancora troppo bassa, il ricorso alla mammografia su iniziativa spontanea continua ad aumentare, senza però essere in grado di compensare la carenza di offerta/adesione ai programmi organizzati, con il risultato che restano ampie le disuguaglianze nel Paese nell'accesso alla prevenzione del tumore della mammella. La pandemia di COVID-19 nel 2020 e nel 2021 ha determinato una riduzione della copertura totale dello screening mammografico sia per una riduzione dell'offerta dei programmi da parte delle ASL sia per un calo dell'adesione da parte delle donne alle quali erano rivolti gli inviti. Nel 2022 la copertura dello screening ha ricominciato ad aumentare, arrivando nel 2024 a superare i valori pre-pandemia. Non è trascurabile la quota di 50-69enni che non si è mai sottoposta a una mammografia a scopo preventivo o lo ha fatto in modo non ottimale: una donna su dieci non ha mai fatto un esame mammografico e quasi il 15% riferisce di averlo eseguito da oltre due anni.

Dati Sorveglianza PASSI sullo screening cervicale

In Italia, dal 1° gennaio 2023, l'offerta attiva e gratuita del programma di screening organizzato è stata rimodulata in funzione dello stato vaccinale rispetto all'HPV così che si propone il Pap-test, ogni tre anni, alle donne 25-29enni non vaccinate contro l'HPV (o vaccinate con una sola dose di vaccino o con una seconda dose somministrata dopo i 15 anni di età) e l'HPV-test, ogni 5 anni a tutte le donne 30-64enni, incluse le vaccinate contro l'HPV (con almeno 2 dosi somministrate entro i 15 anni) che ricevono il primo invito allo screening a 30 anni con l'offerta dell'HPV-test, da ripetere ogni 5 anni.

Il sistema di sorveglianza PASSI ha adeguato di conseguenza la raccolta e analisi dati per la copertura dello screening cervicale e dalle stime per il biennio 2023-2024 emerge che in Italia il 78% delle donne fra i 25 e i 64 anni di età si sottopone allo screening cervicale a scopo preventivo, all'interno di programmi organizzati o per iniziativa personale, secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali descritte nel paragrafo precedente. La quota di donne che si sottopone allo screening cervicale è maggiore fra le più istruite (84% fra le laureate vs 50% fra chi ha al più la licenza elementare) o con maggiori risorse economiche (81% fra chi non ha difficoltà vs 67% fra chi riferisce molte difficoltà economiche), fra le cittadine italiane rispetto alle straniere (78% vs 69%) e fra le coniugate o conviventi (80% vs 73%). La copertura dello screening cervicale disegna un netto gradiente geografico Nord-Sud che vede coperture mediamente pari all'84% nelle Regioni del Nord e Centro Italia e 69% nelle Regioni del Sud (con coperture minime per la Calabria, 59%). Nel tempo si registra un incremento statisticamente significativo della popolazione femminile che fa prevenzione, determinato da un aumento dell'offerta e adesione ai programmi di screening organizzati, e di contro si riduce il ricorso allo screening su iniziativa spontanea. Tuttavia, anche per lo screening cervicale, l'emergenza sanitaria per la gestione della pandemia di COVID-19 si è tradotta, da un parte, in un ritardo e sostanziale riduzione dell'offerta dei programmi di screening organizzati da parte delle ASL (che solo in parte il ricorso allo screening su

iniziativa spontanea è riuscito a compensare) e, dall'altra, in una riduzione di adesione da parte della popolazione, con il risultato che, nel 2020, la copertura subisce una significativa riduzione, ancora non recuperata con valori lontani da quelli pre-pandemici. L'adesione allo screening cervicale a scopo preventivo è maggiore nell'ambito di programmi organizzati dalle ASL (47%) mentre una quota inferiore, ma consistente, di donne (31%) fa prevenzione su iniziativa personale, sostenendo del tutto o in parte il costo dell'esame. La geografia della copertura dello screening organizzato riflette quella dell'offerta dei programmi stessi: nelle Regioni in cui c'è una maggiore offerta, o l'offerta dei programmi è più efficace (prevalentemente al Nord e al Centro Italia), il numero di donne che aderiscono ai programmi organizzati è maggiore di quello delle donne che fanno prevenzione su base spontanea (59% vs 24% nel Nord e 49% vs 34% nel Centro). Nelle Regioni (in prevalenza quelle meridionali) in cui l'offerta di programmi organizzati non è ancora sufficiente o non raggiunge efficacemente la popolazione target di donne che si sottopone al test nell'ambito di programmi organizzati la copertura (35%) non è diversa dalla quota di donne che lo fa su iniziativa spontanea (34%) con il risultato che il numero totale di donne che fa prevenzione (dentro o fuori i programmi organizzati) resta nel Meridione comunque molto al di sotto dei valori raggiunti nel resto del Paese. Lo screening organizzato, offerto dalla ASL, si conferma uno strumento di riduzione delle disuguaglianze sociali di accesso alla prevenzione, in quanto rappresenta l'unica modalità per la gran parte delle donne meno istruite e con maggiori difficoltà economiche o straniere di fare prevenzione attraverso la diagnosi precoce del tumore della cervice. Tra gli interventi per migliorare l'adesione allo screening, si conferma essere efficace l'invito da parte della ASL ma in associazione al consiglio ricevuto dal proprio medico di fiducia o da un operatore sanitario. Infine, una quota non trascurabile di donne 25-64enni intervistate riferisce di non essersi mai sottoposta allo screening cervicale (11%). La motivazione più frequentemente riferita per la mancata esecuzione dello screening cervicale è quella di "penso di non averne bisogno".

Dati Sorveglianza PASSI sullo screening colorettale

La copertura nazionale dello screening colorettale in Italia resta ancora piuttosto bassa: nel biennio 2023-2024, il 47% degli intervistati nella fascia di età 50-69 anni riferisce di aver eseguito uno degli esami per la diagnosi precoce dei tumori colorettali a scopo preventivo nei tempi e modi raccomandati dalle linee guida nazionali e internazionali (ricerca del sangue occulto fecale negli ultimi due anni oppure colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi cinque anni). Vi è una forte variabilità da Nord a Sud a sfavore delle Regioni meridionali dove la quota di persone che si sottopone allo screening raggiunge appena il 30%, nel biennio 2023-2024, valore che raggiunge il 55% nelle Regioni centrali e il 62% fra i residenti nel Nord Italia. La gran parte delle persone che ha effettuato lo screening colorettale lo ha fatto nell'ambito di programmi organizzati dalle ASL (39%), mentre quello eseguito su base spontanea (ossia al di fuori dell'offerta delle ASL) è poco frequente (quasi 8%). Dal 2010, la copertura totale dello screening colorettale (dentro e fuori i programmi organizzati) è andata aumentando significativamente in tutto il Paese, grazie all'aumento dell'offerta dei programmi e dell'adesione dei cittadini.

Collo dell'utero, endometrio e ovaio

DOMENICA LORUSSO, MARIACHIARA PADERNO, ELENA GIUDICE, ILARIA SABATUCCI, MARGHERITA TURINETTO

Negli ultimi anni, i tumori ginecologici hanno conosciuto un'importante evoluzione, sia sul piano diagnostico che su quello terapeutico. **Accanto alla chirurgia e alla chemioterapia tradizionale, si sono affermate nuove strategie di cura sempre più personalizzate,** come le terapie target e l'immunoterapia, che consentono di migliorare l'efficacia dei trattamenti e la qualità di vita delle pazienti.

La **prevenzione**, attraverso controlli regolari e uno stile di vita sano, resta un elemento **fondamentale per ridurre il rischio di malattia e favorire diagnosi tempestive.**

In alcuni casi, il **rischio può essere legato a fattori genetici, come nella sindrome di Lynch,** associata in particolare ai tumori dell'endometrio e dell'ovaio, e alle sindromi eredo-familiari correlate alle mutazioni dei geni **BRCA1 e BRCA2,** che rappresentano una delle principali cause di tumore ovarico ereditario.

Conoscere la propria storia familiare e accedere, quando indicato, alla consulenza genetica è fondamentale, così come rivolgersi a centri specializzati per un percorso di cura completo e multidisciplinare.

COLLO DELL'UTERO

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

Qual è il principale fattore di rischio?

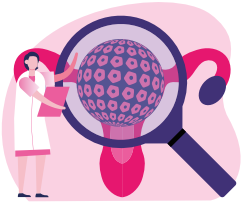
Il principale fattore di rischio è l'infezione persistente da **papillomavirus umano (HPV)**, in particolare dai ceppi ad alto rischio oncogeno, come HPV-16 e HPV-18. La trasmissione avviene prevalentemente per via sessuale.

DATI EPIDEMIOLOGICI

In Italia stimate 2.382 nuove diagnosi ogni anno, nel mondo si contano circa 570.000 nuovi casi di tumore del collo dell'utero e oltre 300.000 decessi. Nei Paesi sviluppati, la diffusione della **vaccinazione anti-HPV e dei programmi di screening ha ridotto significativamente l'incidenza e la mortalità della malattia**. Nei Paesi in via di sviluppo, invece, questi numeri restano alti per la minore accessibilità ai programmi di prevenzione e cura.

L'HPV può causare anche altri tumori, tra cui quelli della vulva, della vagina, del pene, dell'ano, del cavo orale e dell'orofaringe, **interessando sia le donne sia gli uomini.**

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



In Italia, la vaccinazione anti-HPV è raccomandata e offerta gratuitamente a ragazze e ragazzi a partire dagli 11 anni di età. Il ciclo vaccinale prevede due dosi a distanza di 6 mesi; se iniziato dopo i 15 anni, sono necessarie tre dosi.

La vaccinazione è raccomandata prima dell'inizio dell'attività sessuale. È inoltre previsto un recupero gratuito per le donne fino ai 26 anni e per gli uomini fino ai 18 anni, se non vaccinati o con ciclo incompleto, con alcune differenze tra le diverse regioni.

Il vaccino è efficace anche in età adulta, con evidenze che ne supportano l'uso fino ai 45 anni, ed è indicato anche per le persone sessualmente attive.

I vaccini attuali proteggono contro i 9 sierotipi più pericolosi e consentono di prevenire oltre il 90% dei tumori correlati all'HPV.

Il **Pap test** consente di individuare alterazioni cellulari della cervice che potrebbero evolvere in tumore. In Italia è generalmente raccomandato **ogni 3 anni tra i 25 e i 29 anni.** L'**HPV test rileva invece**

il DNA del virus nella cervice uterina ed è più sensibile nell'identificare **infezioni da ceppi ad alto rischio oncogeno. Viene raccomandato ogni 5 anni, generalmente a partire dai 30 anni,** da solo o insieme al Pap test secondo i protocolli regionali.

Come si tratta il tumore del collo dell'utero?

Il trattamento dipende dallo stadio della malattia e dalle condizioni della paziente.

Le principali opzioni terapeutiche includono:

- **Chirurgia**: può consistere in una *conizzazione* (asportazione di una piccola parte della cervice), una *trachelectomia* (rimozione della cervice conservando l'utero) o un'*isterectomia* (rimozione dell'utero, totale o radicale).
- **Radioterapia**: può essere *esterna* o interna (*brachiterapia*) e può essere utilizzata da sola o in associazione alla chemioterapia e, in alcuni casi, all'immunoterapia.
- **Chemioterapia**: impiegata nelle forme avanzate o metastatiche, talvolta in combinazione con immunoterapia e farmaci antiangiogenici.

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

La **combinazione di vaccinazione, screening e trattamenti mirati** ha già portato a importanti risultati nella riduzione della mortalità.

Promuovere l'educazione, garantire l'accesso ai programmi di prevenzione e assicurare trattamenti adeguati rappresentano elementi fondamentali per continuare a contrastare questa malattia e migliorare la salute delle persone affette da tumore della cervice uterina.

ENDOMETRIO

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

DATI EPIDEMIOLOGICI

In Italia si stimano 8.652 nuove diagnosi, si registrano circa 382.000 nuovi casi all'anno nel mondo, con incidenza più alta nei Paesi sviluppati. La sopravvivenza è buona se il tumore viene diagnosticato precocemente, ma si riduce sensibilmente nelle forme avanzate.

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

Il rischio di sviluppare il tumore dell'endometrio aumenta con l'**età**, in particolare **dopo i 50 anni**. Tra i principali fattori ci sono l'**obesità**, che comporta livelli più alti di **estrogeni**, e una **storia riproduttiva** caratterizzata da **menarca precoce**, **menopausa tardiva** o **assenza di gravidanze**.
Anche l'**uso di terapia ormonale sostitutiva** con soli estrogeni dopo la menopausa può aumentare il rischio. Altri elementi da considerare sono la **Sindrome dell'Ovaio Policistico (PCOS),** recentemente denominata **Sindrome Ovarica Poliendocrino-Metabolica (PMOS),** e una **predisposizione genetica**, come la **sindrome di Lynch**, che comporta un rischio più elevato per vari tumori, incluso quello dell'endometrio.

Esistono misure di prevenzione per il tumore dell'endometrio?

A differenza di altri tumori ginecologici, **non esiste un programma di screening per la popolazione generale;** per questo è fondamentale non sottovalutare eventuali sintomi.
Alcune strategie possono comunque contribuire a ridurre il rischio. Mantenere uno **stile di vita sano** è fondamentale: seguire una dieta equilibrata, praticare attività fisica regolare e mantenere un peso adeguato aiuta a controllare i livelli ormonali.

L'uso prolungato di **contraccettivi orali combinati** può avere un effetto protettivo. Per chi segue una **terapia ormonale sostitutiva** dopo la menopausa, è importante associare il **progesterone agli estrogeni**, sotto indicazione medica.
Le persone con **fattori di rischio genetici o familiari**, come la Sindrome di Lynch, dovrebbero effettuare controlli regolari presso centri specialistici. Inoltre, **evitare il fumo** e **limitare il consumo di alcol** può contribuire alla prevenzione generale dei tumori.

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

Il sintomo più frequente è il **sanguinamento vaginale anomalo,** che deve sempre essere valutato dal medico. Possono comparire anche **dolore pelvico**, **perdite vaginali insolite** e **perdita di peso non intenzionale** nelle fasi avanzate. La diagnosi si basa su **esame pelvico**, **ecografia transvaginale** e **biopsia endometriale**. In alcuni casi si ricorre a **isteroscopia** e a esami di imaging, come risonanza magnetica (**RM) o tomografia computerizzata (TC),** per valutare l'estensione della malattia.

Come si tratta il tumore dell'endometrio?

Il trattamento dipende dallo stadio della malattia. La **chirurgia** è spesso il primo passo e prevede l'**asportazione dell'utero**, con eventuale rimozione di ovaie e linfonodi. A seconda dei casi, si può associare **radioterapia**, **chemioterapia** o **terapia ormonale**, quest'ultima indicata anche per le pazienti che desiderano **preservare la fertilità**.

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

Le **scelte terapeutiche sono sempre più personalizzate** anche sulla base delle caratteristiche molecolari del tumore. L'immunoterapia rappresenta oggi un'**opzione importante nel trattamento del tumore dell'endometrio avanzato o ricorrente. Può essere utilizzata in combinazione con la chemioterapia** già nelle fasi iniziali del trattamento (prima linea), **oppure da sola** nelle fasi successive. I farmaci immunoterapici, come gli inibitori dei checkpoint immunitari (anti-PD-1 e anti-PD-L1), aiutano il sistema immunitario a riconoscere e distruggere le cellule tumorali e risultano particolarmente efficaci nei tumori con alterazioni genetiche specifiche come dMMR o MSI-H.

OVAIO

Il tumore ovarico è una neoplasia che si sviluppa nelle ovaie, organi riproduttivi responsabili della produzione di ovuli e di ormoni come estrogeni e progesterone. Pur essendo definito "ovarico", può originare anche dalle tube di Falloppio o dal peritoneo, strutture strettamente correlate. Può derivare dalle cellule epiteliali (superficiali), dalle cellule germinali (coinvolte nella produzione di ovociti) o dal tessuto stromale (che produce ormoni).

DATI EPIDEMIOLOGICI

In Italia si stimano 5.423 nuove diagnosi. È il quinto tumore più frequente tra le donne e la prima causa di morte per tumore ginecologico. Ogni anno si registrano oltre 310.000 nuovi casi e più di 207.000 decessi nel mondo, con un'incidenza maggiore nei Paesi sviluppati.

Quali sono i fattori di rischio associati al tumore ovarico?

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

È possibile una prevenzione per il tumore ovarico?

Attualmente **non esistono programmi di screening efficaci** per la prevenzione del tumore ovarico nella popolazione generale. Nei soggetti ad alto rischio genetico, come quelli con mutazioni BRCA o sindrome di Lynch, è possibile ridurre il rischio con l'asportazione preventiva di tube e ovaie. In questi casi possono

essere proposti controlli periodici con visita ginecologica, ecografia transvaginale e talvolta dosaggio del CA-125, pur in assenza di evidenze definitive sulla riduzione della mortalità. Tra i fattori protettivi, si segnalano l'uso prolungato della pillola contraccettiva e uno **stile di vita sano**, con dieta equilibrata, attività fisica e controllo del peso.

Come viene diagnosticato il tumore ovarico?

La **diagnosi precoce del tumore ovarico è difficile,** poiché i sintomi iniziali sono spesso vaghi e poco specifici. Tra i segnali più comuni vi sono gonfiore addominale, dolore pelvico, senso di sazietà precoce e bisogno frequente di urinare.

In presenza di questi sintomi, il medico esegue una **visita ginecologica** e può prescrivere un'**ecografia transvaginale** per valutare ovaie e utero. Esami più approfonditi, come **TC o risonanza magnetica**, aiutano a capire se il tumore si è diffuso. Il **marker CA-125** nel sangue può essere un indicatore utile, anche se non specifico. La conferma della diagnosi si ottiene con una **biopsia**, analizzando un campione di tessuto.

Quali sono i trattamenti disponibili per il tumore ovarico?

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

L'intervento chirurgico mira a rimuovere tutto il tumore visibile, spesso includendo ovaie, tube, utero e linfonodi.

- **Chemioterapia:** solitamente somministrata dopo l'intervento, può essere utilizzata anche prima dell'intervento per ridurre la massa tumorale.
- **Terapie mirate:** includono farmaci diretti contro specifici bersagli molecolari, come i PARP inibitori, utilizzati soprattutto come terapia di mantenimento dopo la chemioterapia; farmaci antiangiogenici, che bloccano la formazione di nuovi vasi sanguigni necessari alla crescita del tumore; e anticorpi farmaco-coniugati (ADC), approvati per alcune forme di malattia platino-resistente.

- **Immunoterapia:** alcuni studi clinici hanno mostrato risultati promettenti, soprattutto nella malattia platino-resistente e in combinazione con la chemioterapia. Agisce stimolando il sistema immunitario a riconoscere e contrastare le cellule tumorali.

Quali sviluppi ci sono per il trattamento del tumore ovarico?

La **ricerca è in continuo progresso**, con studi su **terapie combinate e trattamenti sempre più personalizzati.** Sono inoltre in valutazione **nuovi marcatori biologici,** utili per una diagnosi più precoce e per monitorare con maggiore precisione la risposta alle cure. Parallelamente, sono in **sviluppo diversi ADC per il tumore ovarico, uno dei quali è già approvato per la malattia platino-resistente.** Nel loro insieme, questi avanzamenti mirano a migliorare le possibilità di cura e la qualità di vita delle pazienti.

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

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

SINDROME DI LYNCH E RISCHIO DI TUMORI GINECOLOGICI

È una **condizione ereditaria** legata a mutazioni dei geni coinvolti nella riparazione del DNA (MMR) e **aumenta il rischio di diversi tumori, in particolare dell'endometrio, del colon e dell'ovaio.** Nelle donne, il tumore dell'endometrio può essere uno dei primi segnali della sindrome.

Quali sono i segnali di possibile rischio?

- Familiarità per tumori del colon, dell'endometrio o dell'ovaio
- Diagnosi di tumore in età giovane
- Presenza di più casi di tumore nella stessa famiglia

Cosa fare?

È importante **parlare con il medico e valutare una consulenza genetica.** Il test genetico consente di attivare percorsi di sorveglianza e prevenzione personalizzati.

Perché è importante saperlo?

- Favorisce diagnosi più precoci
- Consente una prevenzione mirata
- Supporta scelte terapeutiche più appropriate

Non solo Lynch

Anche le mutazioni BRCA1 e BRCA2 aumentano il rischio di tumori ovarici e mammari. **Conoscere la propria storia familiare è fondamentale per identificare il rischio e pianificare controlli adeguati.**

Colon-retto

GIOVANNI BARBARA

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

DATI EPIDEMIOLOGICI

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

Quali sono i fattori di rischio?

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

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

La presenza di sangue nelle feci, anche se misto a muco, la variazione del com-

portamento intestinale per la comparsa di diarrea o di stitichezza, l'anemia, una febbricola, un senso di spossatezza o incompleta evacuazione o un dolore rettale, la perdita di peso senza causa evidente. Tutti questi sintomi non sono specifici ma devono essere riferiti al medico.

Con quali esami è possibile ottenere la diagnosi della malattia?

Lo strumento più accurato ed utilizzato per la diagnosi è **la colonscopia** che permette anche una conferma istologica con prelievi di tessuto (biopsie). In alcuni casi particolari può essere utilizzata in alternativa la cosiddetta "colonscopia virtuale". Il tumore del colon-retto ha un'alta incidenza, soprattutto a partire dai 50 anni, motivo per cui è previsto lo screening regionale.

Uomini e donne ricevono l'invito attivo da parte della ASL di appartenenza a svolgere regolarmente l'esame del sangue occulto nelle feci (o in alcune regioni la rettosigmoidoscopia). La diagnosi precoce di questo tumore è, infatti, in grado di apportare grandi vantaggi sulla sopravvivenza e sulla qualità di vita dei pazienti. La ricerca del sangue occulto non è un test diagnostico, non è una prova sicura di un tumore, ma è uno **strumento di selezione (screening) per identificare i soggetti più a rischio da sottoporre successivamente alla colonscopia completa**.

Cute

Guida alla Salute della Pelle: Melanoma e Tumori Cutanei

TERESA BATTISTA, PAOLO ANTONIO ASCIERTO

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

Melanoma

è un **tumore maligno che ha origine dai melanociti,** le cellule responsabili della produzione di melanina, il pigmento che colora la nostra pelle. Sebbene si sviluppi prevalentemente sulla cute, in casi più rari può insorgere nelle mucose (bocca, tratto gastrointestinale o genitale), nell'occhio o presentarsi come "metastasi da primario ignoto".

Come si sviluppa

I melanomi possono comparire su una pelle integra o derivare dalla trasformazione di nevi (nei) preesistenti:

- **Nevi Congeniti:** Presenti dalla nascita. Il rischio di trasformazione è basso, tranne per i "nevi giganti" (oltre i 20 cm).
- **Nevi Acquisiti:** Compaiono durante il corso della vita.

Le 4 tipologie principali

1. **Melanoma a diffusione superficiale (70%):** Il più comune. Piatto o leggermente rilevato, dai bordi irregolari. Colpisce spesso il tronco (uomini) e le gambe (donne).
2. **Lentigo maligna melanoma:** Tipico dell'età avanzata e delle zone cronicamente esposte al sole (viso).
3. **Melanoma lentigginoso acrale:** Compare su palmi delle mani, piante dei piedi o sotto le unghie.
4. **Melanoma nodulare (10-15%):** Il più aggressivo. Cresce rapidamente in profondità sin dalle prime fasi, presentandosi come un nodulo scuro e rigido.

DATI EPIDEMIOLOGICI

L'incidenza del melanoma è in costante aumento ma, grazie alla **diagnosi precoce** e alle nuove terapie, la sopravvivenza a 5 anni ha superato il **90%** nei casi localizzati.

- In Italia, è il **terzo tumore più frequente** sotto i 50 anni.
- L'85% dei casi mondiali si concentra in Europa, Nord America e Oceania.
- ***La buona notizia:*** *nonostante l'aumento dei casi, la mortalità è in fase di stabilizzazione grazie ai progressi dell'immunoterapia e delle nuove cure.*

Altri Tumori della Pelle (Non-Melanoma)

Oltre al melanoma, esistono **carcinomi derivanti dalle cellule epiteliali, molto comuni ma generalmente meno pericolosi** se trattati tempestivamente:

- **Carcinoma Basocellulare (Basalioma):** Il più diffuso in assoluto. Cresce lentamente nelle zone esposte al sole (viso, collo). Raramente dà metastasi, ma può essere invasivo localmente.
- **Carcinoma Spinocellulare** (Squamocellulare): Si sviluppa dalle cellule squamose. Può originare da lesioni precancerose (cheratosi attiniche) e ha un rischio maggiore di diffusione rispetto al basalioma.
- **Carcinoma a cellule di Merkel:** Una forma rara, estremamente aggressiva e rapida. Si presenta come un nodulo solido, asintomatico, spesso di colore rosso-violaceo.

Proteggi la tua pelle: conosci i rischi

Il principale nemico della pelle è l'esposizione scorretta ai **raggi UV** (UVA e UVB).

Le scottature prese da bambini sono le più pericolose, perché la pelle "non dimentica" i danni subiti.

Lo sapevi? L'uso di lampade e lettini solari prima dei 30 anni aumenta il rischio di melanoma del **75%**. Dal 2026 la comunità scientifica ne ha sconsigliato caldamente l'utilizzo per fini puramente estetici.

Soggetti a maggior rischio:

- Persone con fototipo chiaro (occhi azzurri/verdi, capelli biondi/rossi, lentiggini).
- Chi ha subito scottature solari gravi nell'infanzia o nell'adolescenza.
- Presenza di numerosi nei (>50)
- Storia personale e/o familiare di tumori della pelle.
- Chi fa uso di lampade abbronzanti.

Regole d'oro per la Prevenzione

1. **Esposizione intelligente:** Evita il sole tra le 11:00 e le 16:00.
2. **Protezione Totale:** Usa creme solari ad ampio spettro (SPF 30 o 50+) anche in città o con il cielo coperto. Riapplica più volte la protezione solare e dopo ogni bagno in modo da assicurare una copertura continua. Usa indumenti protettivi, cappelli e occhiali da sole.
3. **Check-up Annuale:** Effettua una visita dermatologica con **esame dei nei** ogni 12 mesi.
4. **Bambini:** La pelle dei più piccoli ha una "memoria storica". Proteggerli oggi significa prevenire un tumore tra 30 anni.

L'auto-esame: la regola ABCDE

Controlla i tuoi nei una volta al mese seguendo questo schema. Se noti anche solo **due** di questi segni, prenota una visita:

Lettera	Caratteristica	Segnale di Allarme
A	**Asimmetria**	Una metà del neo è diversa dall'altra.
B	**Bordi**	Irregolari, frastagliati o sfumati.
C	**Colore**	Presenza di più colori (nero, bruno, rosso, bianco).
D	**Dimensioni**	Diametro superiore a 6 mm o in rapida crescita.
E	**Evoluzione**	Cambiamenti rapidi di forma, colore o spessore.

Non dimenticare il **Segno del Brutto Anatroccolo**: un neo che appare "diverso" da tutti gli altri presenti sul tuo corpo merita attenzione immediata.

Diagnosi e Cura

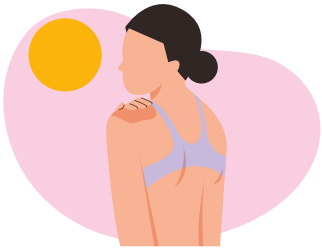
Un auto-esame periodico della pelle permette quindi in molti casi di identificare cambiamenti dei nei e di rivolgersi per tempo al dermatologo. Per una diagnosi precoce dei tumori cutanei, e importante una visita dallo specialista ogni 12 mesi.

Come avviene la diagnosi?

Oggi scoprire un melanoma è semplice e indolore. Il dermatologo esamina la pelle con la **dermoscopia**, una speciale lente illuminata che permette di vedere strutture invisibili a occhio nudo. Se il medico sospetta una lesione pericolosa, si procede con la **biopsia**: un piccolo prelievo del tessuto che viene analizzato al microscopio per avere una risposta certa.

Come si cura?

Nel 2026 la medicina ha fatto passi da gigante.



- **Chirurgia:** se il melanoma è preso all'inizio, l'asportazione chirurgica è spesso l'unica cura necessaria e risolve il problema definitivamente.
- **Farmaci Intelligenti:** per i casi più avanzati, non si usa quasi più la vecchia chemioterapia. Oggi abbiamo l'**immunoterapia**, che insegna al nostro sistema immunitario a riconoscere e distruggere le cellule tumorali, e le **terapie a bersaglio molecolare**, farmaci che colpiscono solo il "difetto" specifico della cellula malata senza danneggiare quelle sane.

Un consiglio per chi è in cura

Le terapie oncologiche hanno rivoluzionato le possibilità di cura, ma possono causare effetti collaterali anche a livello della pelle, rendendola più secca, fragile o soggetta a irritazioni.

Non scoraggiarti: sono effetti comuni che dimostrano che il farmaco sta lavorando. Parlane sempre con il tuo oncologo o dermatologo. Oggi esistono prodotti e trattamenti specifici che aiutano a proteggere la pelle e a preservare il benessere durante il percorso terapeutico.

La prevenzione è il tuo scudo: conosci la tua pelle, proteggila e controllala regolarmente.

Fegato e vie biliari

LORENZA RIMASSA

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

DATI EPIDEMIOLOGICI

Nel 2024 i nuovi casi di epatocarcinoma nel nostro Paese sono stati 12.600 e l'incidenza risulta doppia tra gli uomini rispetto alle donne. La sopravvivenza a 5 anni è del 22% per entrambi i generi. In totale sono 30.200 i pazienti vivi con precedente diagnosi. Le diagnosi di carcinoma delle vie biliari sono 5.000 l'anno e la sopravvivenza a 5 anni è circa il 15%. I pazienti viventi con diagnosi di tumore delle vie biliari sono circa 11.000.

I virus dell'epatite aumentano il rischio di malattia?

La maggior parte dei casi di epatocarcinoma insorge in pazienti con epatopatia cronica. **Più del 70% dei casi è causato dall'infezione da virus dell'epatite C (HCV) o dell'epatite B (HBV)**.

Circa **1/3 dei casi è associato all'abuso di alcol** e sono in costante incremento i casi legati a eziologia metabolica **(obesità, diabete, altro) o mista (metabolica e etilica).**

I medesimi fattori di rischio possono essere associati all'insorgenza di colangiocarcinoma, mentre **altri fattori di rischio sono calcoli e infiammazioni croni-**

che delle vie biliari. I pazienti ad alto rischio (cirrosi epatica, infezione cronica da HBV o HCV) devono essere sottoposti ad ecografie del fegato semestrali per verificare l'eventuale presenza della neoplasia. **Per la prevenzione primaria delle forme a eziologia virale sono fondamentali la vaccinazione contro l'infezione da HBV e la campagna di screening per l'infezione da HCV lanciata dal Ministero della Salute e attivata in diverse regioni italiane**.

I sintomi più frequenti quali sono?

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

Per diagnosticare le malattie?

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

Mammella

ADRIANA BONIFACINO, NICOLETTA GANDOLFO

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

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

Stili di vita!

Per rimanere in salute ci sono due alleati fondamentali e sicuramente efficaci: alimentazione e attività fisica. Molteplici studi scientifici ci confermano che questi vanno considerati dei "farmaci" da utilizzare in prevenzione, durante e dopo le cure. **Adottando corretti stili di vita potremmo evitare in generale il 40% delle malattie oncologiche.** (AIOM. I numeri del cancro 2024).

Screening mammografico

Il modello di salute pubblica Screening Mammografico prevede, per le donne di 45/50-69/74 anni, l'esecuzione di una mammografia gratuita ogni due anni, con chiamata della ASL di riferimento (in alcune Regioni, come l'Emilia Romagna e la Toscana, la mammografia viene offerta tra i 45 e 49 anni con chiamata annuale). Qualora questa indagine evidenzi un'alterazione significativa e/o dubbia, la donna verrà richiamata per approfondimenti presso il centro pubblico di II livello. Legge Veronesi 23 dicembre 2000, n. 388: mammografia con esenzione dal ticket, ogni due anni, per tutte le donne di età compresa fra 45 e 69 anni.

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

DATI EPIDEMIOLOGICI

Il carcinoma della mammella è il tumore più frequente nella donna a partire dai 35 anni.
Sono stimate in Italia circa 53.686 nuove diagnosi, si tratta pertanto di un tumore che continua a essere di gran lunga il tumore femminile più frequente, rappresentando il 30% di tutti i tumori nelle donne. Sono 925.000 le donne viventi in Italia dopo una diagnosi di tumore della mammella, il 6-7% delle quali giunge alla diagnosi già metastatica. Il 45% dei tumori del seno è nelle donne tra i 45-74 anni, il 35% nelle donne > 74 anni e il 20% in quelle < 45 anni. L'1-2% dei tumori del seno riguardano l'uomo.
La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è dell'88%. La probabilità di vivere ulteriori anni, superato il primo anno, è del 91% (Aiom. I numeri del cancro 2025).
È un tipo di tumore che può essere ricollegato ad una famigliarità e, in alcuni casi (circa il 10%), ad una mutazione genetica (BRCa1 e 2) che può riguardare ovaio, prostata, pancreas. Possono essere implicate anche ulteriori nuove mutazioni genetiche che oggi non conosciamo; pertanto è importante una accurata anamnesi clinica di ciascuna persona (donna o uomo) per comprendere se vi siano le condizioni per chiedere una consulenza genetica.

Cosa fare in caso di protesi al seno?

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

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

Nell'età 40-45 anni non vi è attuale evidenza scientifica di efficacia della mammografia di screening come modello di sanità pubblica.

Tuttavia, in qualunque età, in caso di fattori di rischio personali e/o famigliari o di sintomi, è utile consultare il medico di famiglia e di riferimento, per valutare l'opportunità di un percorso personalizzato di prevenzione.

Il tumore del seno può essere ereditario?

Circa il 10-12% di tutti i tumori della mammella sono su base ereditaria. Nei casi di sindrome eredo-famigliare è possibile riscontrare mutazioni su 2 geni principali (BRCa1 e BRCa2), ma anche in altri geni che possono presentare una mutazione. Nelle famiglie dove ci sono stati diversi casi di tumore maligno (carcinoma) della mammella, dell'ovaio, della prostata, del pancreas e dello stomaco, sia da parte di madre che di padre, si può prendere in considerazione una consulenza genetica che valuti la probabilità di presenza di mutazione. Raccogliere informazioni riguardo la propria famiglia (malattie oncologiche, autoimmuni, neurologiche, vascolari) può essere utile a costruire dei percorsi di prevenzione più personalizzati, insieme al medico di riferimento, con il fine di giocare di anticipo e correre meno rischi.

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

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

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

Criteri generali: molteplicità di casi di carcinoma alla mammella in famiglia (almeno 2-3) specialmente se insorti in giovane età (2 casi se < 50 anni; anche un solo caso se <35 anni); presenza in famiglia di carcinoma della mammella in un maschio, di carcinoma ovarico, di carcinoma del pancreas, coesistenza nella stessa famiglia o nello stesso individuo di carcinoma della mammella e dell'ovaio, carcinoma bilaterale della mammella. In particolari circostanze, (quando per esempio vi sia una chiara indicazione al test genetico-molecolare, e i famigliari malati di tumore fossero tutti deceduti, o viventi che non accettino di eseguire il test) si prende in considerazione la consulenza genetica ed eventualmente l'esecuzione del test anche nel soggetto sano.

Dove rivolgersi per la consulenza genetica?

In Italia sono molti i centri pubblici dedicati; sempre meglio rivolgersi a grandi strutture Ospedaliere e Universitarie ove sia presente un centro specificamente dedicato alla genetica medica e ai tumori ereditari. A queste si rivolgono per collaborazione anche i Centri di Senologia regionali (Breast Unit).

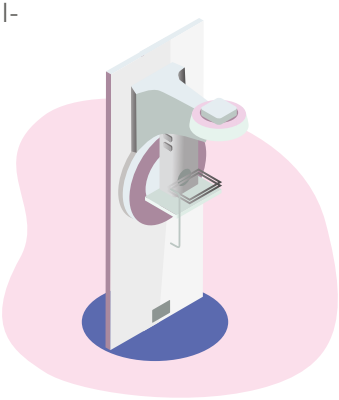
Per approfondimenti leggi il capitolo "Rischio oncologico eredo-famigliare" a pagina 114 del Vademecum della Salute.

Quali sono le indagini strumentali?

Attenzione! Le indagini strumentali effettuate vanno conservate con cura e portate ad ogni successivo controllo.

Mammografia: esame radiologico che utilizza un dosaggio estremamente basso di radiazioni. La mammella viene compressa tra due superfici e questo consente di evidenziare eventuali alterazioni della densità del tessuto, noduli, microcalcificazioni, distorsioni e asimmetrie della ghiandola. Esistono diverse tecnologie: digitale (DM) e tomosintesi (DBT). La tomosintesi prevede una ricostruzione tridimensionale (3D) della ghiandola mammaria. Nello

screening regionale viene proposta attualmente nelle donne con seno mammograficamente denso (BI-RADS C e D) o nell'eventuale necessità di approfondimento (II livello).



Sono infatti previste radiologicamente 4 classi da A a D per definire la densità del seno. Le classi C e D sono quelle che definiscono la maggiore densità. La maggiore densità radiologica comporta un rischio più elevato di sviluppare un tumore della mammella. Queste classi più elevate si giovano per la diagnosi precoce dell'ecografia abbinata alla mammografia e, in alcuni casi, anche di indagini diagnostiche con mezzo di contrasto (RM o CEM), sempre su richiesta dello specialista. La classificazione BI-RADS è una classificazione usata per definire i reperti riscontrati nella mammografia, ecografia e Risonanza Magnetica (RM) e soprattutto per indicare il loro potenziale di rischio. Prevede 5 classi per le lesioni: 1 (normale), 2 (benigno), 3 (probabile benigno) 4 (sospetto maligno), 5 (fortemente sospetto maligno).

CEM: mammografia digitale con un mezzo di contrasto iodato (non è necessario il digiuno, nè un periodo del ciclo mestruale da osservare, mentre è indispensabile un esame della creatinina recente). Può essere valutata come alternativa alla RM con mezzo di contrasto. È consigliata dallo specialista in casi selezionati. Non è un esame da eseguire di routine, ma dimostra un ruolo potenziale nei modelli di screening personalizzati, in particolare per le donne ad alto rischio e per quelle con seno denso.

Ecografia: utilizza gli ultrasuoni (non radiazioni) per rilevare alterazioni della ghiandola mammaria. Può fornire informazioni anche per la vascolarizzazione (color e power Doppler) e l'elasticità dei tessuti (Elastosonografia). Può essere eseguita in qualunque periodo del ciclo mestruale. Utilizzata prevalentemente nelle donne giovani e quelle con seno denso indipendentemente

dall'età. Mammografia ed ecografia sono tra loro complementari, l'una non esclude l'altra.

Risonanza Magnetica (RM con mezzo di contrasto): utilizza un campo magnetico (non radiazioni). Viene consigliata esclusivamente dallo specialista come approfondimento o a completamento di indagini, in casi selezionati ove sia necessario evidenziare nel dettaglio la vascolarizzazione dei tessuti. Viene richiesto un esame della funzionalità renale (creatininemia) e l'indicazione all'esecuzione nella seconda settimana del periodo del ciclo mestruale. Non è sostitutiva della mammografia e dell'ecografia.

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

La possibilità di un prelievo viene stabilita dallo specialista senologo (radiologo, clinico, chirurgo, oncologo, radioterapista) in relazione a quanto evidenziato dalla mammografia/ecografia. In molti casi può evitare un intervento chirurgico inutile. Nel caso, invece, di un tumore al seno, permette una dettagliata programmazione dell'intervento stesso. Inoltre, i recenti progressi tecnologici e scientifici consentono una caratterizzazione sempre più precisa del tessuto esaminato con la possibilità di attuare cure sempre più efficaci e personalizzate (recettori ormonali, c-erb b2, Ki67 indice di proliferazione cellulare, ricerca di particolari geni nel tessuto tumorale). Tutti i tipi di prelievo (di cellule o di tessuto) si eseguono ambulatorialmente.

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

Agoaspirato: è un prelievo di cellule (esame citologico) effettuato con un semplice ago da siringa, guidato spesso con l'ecografia, ma anche dalla stereotassi (guida mammografica) o dalla RM solo presso alcuni centri, all'interno di un nodulo o di un'area di ghiandola, meritevole di approfondimento. Non necessita di anestesia locale ed è raccomandata principalmente per le lesioni cistiche complesse che possono necessitare di approfondimento.

Biopsia: è un prelievo di tessuto (esame microistologico) 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. Oggi è la tecnica di prelievo raccomandata per la tipizzazione delle lesioni solide mammarie. Questa metodica è minimamente invasiva ha una elevatissima accuratezza diagnostica nel tipizzare il tumore mammario ed i fattori prognostici.

VABB (Vacuum Assisted Breast Biopsy): è un prelievo di tessuto (esame microistologico) effettuato con un ago speciale di poco superiore ai 2 mm collegato ad un sistema di aspirazione (vacuum) che consente di ottenere numerosi frustoli ed una quantità complessivamente maggiore di tessuto da analizzare. Si effettua in anestesia locale sia sotto guida ecografica, ma soprattutto radiologica o talvolta RM (stereotassica) per distorsioni e microcalcificazioni sospette non visibili all'ecografia.

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

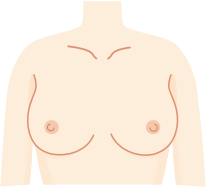
In ogni territorio regionale ci sono **i Centri di Senologia (Breast Unit), identificati dalle Regioni in base a criteri stabiliti dal Ministero della Salute.** Il Centro di Senologia è pubblico e costituito da un team multidisciplinare che prende in carico la paziente oncologica nel suo percorso. Dalla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

Puoi trovare il centro di senologia più vicino
consultando il sito **incontradonna.it**

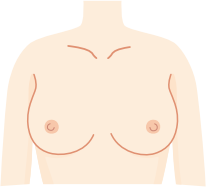
Autoesame del seno

L'autoesame NON sostituisce la mammografia e l'ecografia. Osservare il proprio seno periodicamente e palparlo può mettere in evidenza qualche alterazione da riferire al medico di fiducia, per una valutazione e/o consiglio. Va scelto il momento di minore tensione mammaria, ovvero la settimana successiva al ciclo mestruale (o semplicemente una volta al mese se si è in menopausa o in gravidanza).

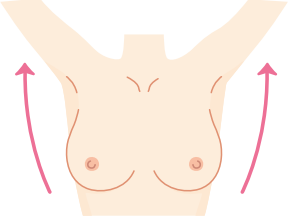
COSA OSSERVARE



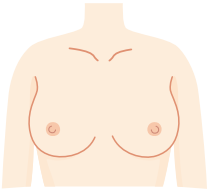
Poniti davanti allo specchio, con le braccia sui fianchi. Osserva e confronta attentamente la forma e il volume delle due mammelle e dei due capezzoli. Potrai facilmente accorgerti che non sono perfettamente uguali, questo è naturale. Verifica se si sviluppano delle alterazioni nel tempo.



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



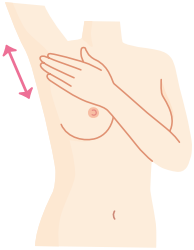
Di nuovo di fronte allo specchio solleva entrambe le braccia. Verifica ulteriormente l'aspetto delle due mammelle, confrontandole. Le braccia sollevate danno anche maggiore evidenza alle caratteristiche del capezzolo. Osserva quindi il profilo delle due mammelle anche in questa posizione.



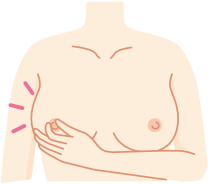
Ultima posizione. Poniti di fronte allo specchio con le braccia sui fianchi. Gonfia il petto. Verifica anche in questa circostanza le caratteristiche delle due mammelle. In questo caso, essendo la pelle più tesa, potrai soprattutto fare attenzione a eventuali alterazioni cutanee. Verifica ancora la regolarità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

COSA PALPARE

Sdraiati, ponendo un cuscino sotto alla schiena, questo servirà a sollevare e a rendere meglio esaminabile il seno. Alza il braccio del lato della mammella da esaminare, con la mano sotto la testa. Con l'altra mano esegui la palpazione. La palpazione segue un movimento a spirale, dall'esterno verso l'interno, ovvero al capezzolo. Con la punta delle dita unite premi delicatamente ma in profondità, procedi lentamente nel movimento rotatorio verso il capezzolo. Verifica che non vi siano variazioni di consistenza (noduli o indurimenti).



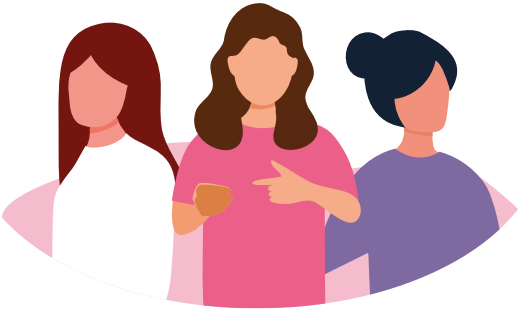
Ora devi controllare attentamente, partendo dal solco sotto la mammella, anche la zona tra il seno e l'ascella. Esegui la manovra con il braccio sollevato e poi anche con il braccio abbassato, magari stando seduta. In quest'ultima posizione è più facile riconoscere eventuali noduli in fondo all'ascella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



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

Consulta un medico se noti uno qualsiasi di questi sintomi:

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



Protesi mammarie ed il rischio di linfoma

ARIANNA DI NAPOLI

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

Quanti tipi di protesi mammarie esistono?

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

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

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

capsula fibrosa peri-protesica (una sorta di tessuto cicatriziale che circonda la protesi). In una minoranza di pazienti la neoplasia si manifesta come una massa solida che cresce nei tessuti circostanti la protesi e/o con un ingrandimento dei linfonodi ascellari, oppure con un eritema (arrossamento patologico) della cute della mammella.

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

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

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

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

Cosa devono fare le donne portatrici di protesi testurizzate?

Lo SHEER (Scientific Committee on Health Environmental and Emerging Risks) ha rammentato l'importanza di un attento follow-up clinico delle pazienti portatrici di protesi mammarie, sia a scopo estetico che ricostruttivo, al fine di favorire una diagnosi precoce ed un trattamento tempestivo del BIA-ALCL, che risulta in questo modo ampiamente curabile. In particolare, sarà il medico di riferimento, chirurgo plastico o senologo,

ad indicare periodicità e tipologia di esami (Ecografia/Risonanza Magnetica).

Il Ministero della Salute Italiano sta monitorando attivamente i casi clinici sul territorio anche grazie alle diverse opere di sensibilizzazione e di informazione degli operatori sanitari, attuate con la divulgazione di circolari comprendenti le linee guida del percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) ed il consenso informato da sottoporre alle pazienti prima dell'impianto (entrambi documenti redatti dal Tavolo Tecnico permanente sul BIA-ALCL istituito dal Ministero nel 2019). Recentemente, inoltre, la circolare ministeriale del 5 Giugno 2024 consente l'impianto di protesi mammaria a fini estetici soltanto su coloro che abbiano compiuto la maggiore età, ad eccezione dei soggetti con gravi malformazioni congenite certificate da un medico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale o da una struttura sanitaria pubblica.

Qual è l'incidenza del BIA-ALCL?

Al 30 giugno 2024 il numero di casi globali di BIA-ALCL riportati dall'FDA erano 1380 di cui 64 decessi, mentre la Società Americana di Chirurgia Plastica ne riporta 1618 alla data del 30 Maggio 2025. In Italia al 31 marzo 2026 risultano segnalati 141 casi con due decessi con una incidenza stimata tra 2.7 e 6.3 casi ogni 100.000 pazienti impiantati. Secondo l'FDA il linfoma si sviluppa in egual misura sia nelle pazienti portatrici di protesi per scopi ricostruttivi (16% dei casi) che per fini estetici (16% dei casi), mentre non se ne conosce il motivo nel 68% dei casi.

Oncoematologia

LUIGI CAVANNA

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

DATI EPIDEMIOLOGICI

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

Come per i tumori solidi anche per quelli del sangue esistono dei **fattori di rischio** riconosciuti e che possono favorirne l'insorgenza.

I più importanti sono:

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

I tumori del sangue si presentano con **sintomi aspecifici e scambiati spesso per banali problemi di salute** (stanchezza, debolezza, febbre, dolori, dimagrimento, piccoli sanguinamenti, sudorazione notturna eccessiva o prurito). Sono invece segnali che vanno **sempre** comunicati al proprio medico curante che potrà poi prescrivere esami più approfonditi.

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

Si suddividono in tre macro-gruppi:

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

Pancreas

MASSIMO FALCONI

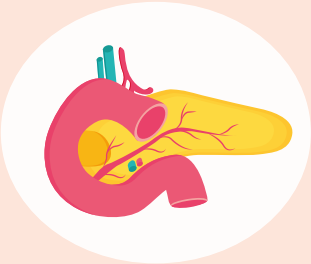
Il pancreas è una ghiandola di circa 15 centimetri di lunghezza, divisa in tre parti: testa (destra), corpo (centrale) e coda (sinistra) situata nella parte alta e posteriore dell'addome. Il tumore del pancreas si manifesta quando alcune cellule che costituiscono l'organo si moltiplicano senza controllo.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

DATI EPIDEMIOLOGICI

Nel 2024 ci sono state in Italia 13.585 nuove diagnosi (6.873 tra gli uomini e 6.712 tra le donne). La sopravvivenza a cinque anni risulta rispettivamente a 11% e 12%. In totale le persone che vivono con questa neoplasia sono 23.600.

Come si manifesta la malattia?

Nelle fasi iniziali possono comparire disturbi poco specifici, come **diarrea, cambiamenti dell'umore o depressione.** All'esordio clinico, cioè quando la malattia viene diagnosticata, i sintomi più frequenti sono **dolore, ittero,** ossia colorazione gialla della pelle e degli occhi, e **perdita di peso.** I sintomi possono variare in base alla sede del tumore e alla sua estensione. Il dolore è presente nel 75-90% dei casi, spesso è continuo, e tende a peggiorare dopo i pasti e durante la notte. Si localizza soprattutto nella parte alta dell'ad-



dome, spesso irradiandosi alla schiena. Il calo di peso è in genere marcato e progressivo, spesso accompagnato da perdita di appetito. In circa il 25% dei pazienti è presente anche il diabete.

INTRODUZIONE ALLA PREVENZIONE E ALLA CURA ONCOLOGICA

È collegato ad alcune malattie genetiche ereditarie?

Sì, in alcuni casi può essere associato a **sindromi ereditarie o a malattie genetiche che aumentano il rischio di svilupparlo.** Tra queste ci sono, per esempio, la sindrome familiare del melanoma, la sindrome di Peutz-Jeghers, la pancreatite ereditaria, alcune forme ereditarie di tumore del colon-retto, le mutazioni dei geni BRCA, la fibrosi cistica, la poliposi adenomatosa familiare, l'atassia-teleangectasia e l'anemia di Fanconi.

Quali esami vanno svolti?

Per arrivare alla diagnosi si usano di solito diversi esami, **come l'ecografia, la TC addominale, l'ecoendoscopia e, in alcuni casi, la risonanza magnetica.** Per avere la conferma definitiva, però, è spesso necessario eseguire una biopsia.

Polmone

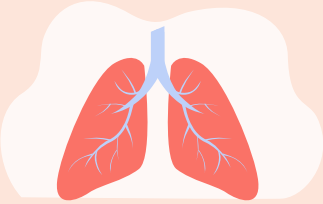
MASSIMO DI MAIO

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

DATI EPIDEMIOLOGICI

Nel 2024, in Italia, sono state registrate circa 44.800 nuove diagnosi (31.900 tra gli uomini e 12.900 tra le donne). Il numero dei decessi per tumore del polmone presenta negli ultimi anni una riduzione nei maschi, mentre è nettamente più deludente il dato nelle donne, a causa del differente andamento dell'abitudine al fumo. La probabilità di sopravvivenza **a 5 anni ammonta rispettivamente a 16% e 23%, ma naturalmente è migliore nei casi diagnosticati in stadio precoce e peggiore nei casi diagnosticati in stadio avanzato.** I pazienti che, nel nostro Paese, vivono con neoplasia polmonare sono in totale circa 109.000.

I sintomi della malattia?



I più frequenti e comuni sono tosse secca con catarro (talora striato di sangue), difficoltà respiratorie, piccole perdite di sangue con i colpi di tosse, dolore al torace, perdita di peso e stanchezza. Questi **sintomi sono aspecifici, cioè non sono sempre indicativi di un tumore polmonare**. Tuttavia le persone considerate a rischio (in particolare i forti fumatori) non dovrebbero sottovalutare la sintomatologia.

L'esame più avanzato per individuare la malattia è la TC spirale. Per fare diagnosi, **prelevando un pezzo di tessuto,** bisogna ricorrere alla broncoscopia (consente la visione diretta dei bronchi) oppure all'agobiopsia percutanea sotto guida TC (permette il prelievo di alcune cellule della lesione sospetta mediante un ago che, introdotto dall'esterno della parete toracica, attraversa la cute, lo spazio tra le costole, la pleura per arrivare al polmone).

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

Esistono programmi di prevenzione e screening per la diagnosi precoce?

L'elevata incidenza di tumore del polmone e le statistiche di mortalità legate a tale patologia impongono di **sottolineare l'importanza della prevenzione primaria, e in particolare della lotta al fumo** (principale fattore di rischio, non legato solo alle sigarette tradizionali ma anche ai **prodotti da inalazione di nicotina** di nuova generazione), nonché **l'importanza della prevenzione secondaria tramite screening.**

Studi clinici hanno dimostrato che l'utilizzo della TC spirale a basso dosaggio può ridurre di circa il 20% la mortalità nei forti fumatori. **In Italia non esiste ancora un programma di screening offerto universalmente su tutto il territorio nazionale** (come per la mam-

mella o il colon-retto). È auspicabile che un programma di popolazione venga attivato, ma ad oggi lo screening è stato accessibile solo nell'ambito di programmi dedicati, tra cui il programma ministeriale RISP (Rete Italiana Screening Polmonare), dedicato a uomini e donne considerati a rischio (età compresa fra 55 e 75 anni; fumatore di almeno un pacchetto di sigarette al giorno da più di 30 anni; forte fumatore che ha smesso da meno di 15 anni).

Quali opportunità terapeutiche?

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

Prostata, reni, testicoli, vescica

SIMONE ROTA, VALENTINA GUADALUPI, GIUSEPPE PROCOPIO

I tumori genitourinari rappresentano una quota rilevante di tutte le neoplasie registrate nel nostro Paese e poiché interessano diversi organi, presentano caratteristiche cliniche e possibilità di cura differenti.

DATI EPIDEMIOLOGICI

Nel 2024, in Italia, sono state registrate 86.550 nuove diagnosi totali (sommando le 4 tipologie).

Il **cancro della prostata è il tumore più frequente nella popolazione maschile** italiana. Fra tutti i tumori genitourinari, è quello per cui la **familiarità rappresenta un fattore di rischio.** Nelle fasi iniziali spesso non provoca segni o sintomi specifici e, in molti casi, viene individuato durante accertamenti eseguiti per disturbi urinari legati all'iperplasia prostatica benigna. Il dosaggio del PSA può essere uno strumento utile per arrivare alla diagnosi, ma deve essere interpretato dal medico all'interno di una valutazione personalizzata per decidere se proseguire con visita urologica e ulteriori esami di approfondimento.

Quello al testicolo è considerato una forma di cancro "giovanile", perché colpisce soprattutto adolescenti e giovani adulti. È una malattia **curabile nella grande maggioranza dei casi, soprattutto se diagnosticata precocemente,** ma può avere un impatto importante sulla fertilità e sulla qualità di vita. Per questo è utile prestare attenzione a eventuali modificazioni di volume, consistenza o forma del testicolo e rivolgersi allo specialista urologo in caso di dubbi.

Il carcinoma renale è una neoplasia che ha picco di insorgenza fra i 50 e i 70 anni e si manifesta maggiormente nella popolazione maschile. Sono stati identificati diversi fattori di rischio, legati sia agli stili di vita, come fumo, sovrappeso e obesità, sia a condizioni croniche, tra cui ipertensione arteriosa e diabete, oltre che alcune

malattie renali croniche e la familiarità. Molti tumori del rene vengono oggi scoperti occasionalmente, durante esami eseguiti per altri motivi.

Nel **tumore della vescica il principale sintomo è l'ematuria, cioè la presenza di sangue nelle urine.** Il persistere o il ripetersi di questo fenomeno è un campanello d'allarme che non deve essere sottovalutato, anche quando non è associato a dolore. Questa attenzione è particolarmente importante negli uomini considerati più a rischio, come gli over 50 e i fumatori.

Le neoplasie urologiche possono oggi essere affrontate con diverse terapie efficaci. Accanto a chirurgia, radioterapia e chemioterapia, **negli ultimi anni si sono affermate l'immunoterapia e le terapie mirate, che hanno ampliato le possibilità di trattamento in molte fasi di malattia.**

Fondamentale resta la prevenzione, sia primaria sia secondaria: adottare corretti stili di vita, non fumare, mantenere un peso adeguato e praticare attività fisica regolare sono comportamenti importanti. Altrettanto importanti sono i controlli medici e le visite specialistiche, che permettono una diagnosi precoce e una presa in carico tempestiva.

Stomaco

GIOVANNI BARBARA

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

DATI EPIDEMIOLOGICI

Nel 2024, i nuovi casi registrati sono stati 14.105 (8.593 tra gli uomini e 5.512 tra le donne). La sopravvivenza a cinque anni ammonta rispettivamente a 30% e 35%. Si calcola che siano 72.900 le persone viventi in Italia dopo una diagnosi di carcinoma gastrico.

I sintomi sono generici?

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

Che cos'è il Helicobacter pylori?

Si tratta di un **batterio che può colonizzare il rivestimento dello stomaco** (o mucosa gastrica). È un microrganismo molto comune e risulta **responsabile di ulcera e gastrite. L'infezione cronica a lungo andare può favorire in alcuni casi l'insorgenza di un tumore dello stomaco.** Viene infatti classificato dalla International Agency for Research on Cancer (IARC) come agente cancerogeno di tipo I. Per questo motivo il **batterio va eradicato attraverso una terapia a base di antibiotici che deve essere prescritta dal medico**

curante. Il rischio neoplastico si riduce con l'eradicazione e con la sorveglianza endoscopica di eventuali lesioni precancerose già instauratesi.

Come è possibile individuare la malattia?

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

Tiroide

LAURA LOCATI, FRANCESCA CAROSI

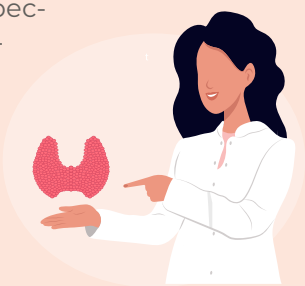
I tumori della tiroide non sono tutti uguali. La forma più frequente è il carcinoma differenziato, che comprende i sottotipi papillare, follicolare e oncocitario e che, nella maggior parte dei casi, presenta un decorso favorevole. Esistono poi forme più rare e aggressive, come il carcinoma anaplastico e il carcinoma midollare, che in alcuni casi può essere legato a una predisposizione ereditaria.

DATI EPIDEMIOLOGICI

In Italia, nel 2024, sono stati stimati 11.378 nuovi casi di tumori della tiroide (3.056 tra gli uomini e 8.322 tra le donne). La sopravvivenza a cinque anni è 92% negli uomini e 96% nelle donne; sono 236.000 le persone che vivono in Italia in seguito ad una diagnosi di tumore della tiroide. Tre nuovi casi su quattro sono oggi attribuibili alla sovradiagnosi, legata a procedure di screening inappropriate. La sovradiagnosi è la diagnosi di una malattia che non avrebbe mai causato sintomi né problemi durante la vita della persona, anche se non fosse stata scoperta.

Il sintomo più comune e diffuso?

Il segno più comune del carcinoma della tiroide è **la comparsa di un nodulo (una piccola massa o gonfiore) alla base del collo.** Questo nodulo di solito è indolore, può essere scoperto casualmente (per esempio davanti allo specchio o durante una visita) e cresce lentamente nella maggior parte dei casi. **Sintomi meno frequenti includono la raucedine persistente, la difficoltà a deglutire, la sensazione di pressione al collo e la presenza di linfonodi ingrossati.** Spesso il carcinoma della tiroide nelle fasi iniziali non dà sintomi evidenti,



quindi la maggior parte dei casi vengono individuati per caso durante ecografie o controlli di routine.

Quali sono i principali esami che permettono la diagnosi?

L'ecografia del collo rappresenta il principale esame per valutare la tiroide e le caratteristiche dei noduli. Nei casi sospetti può essere indicato un **agoaspirato,** che consente di analizzare le cellule del nodulo. Gli **esami del sangue** aiutano invece a valutare la funzionalità della ghiandola tiroidea.

Le donne sono più colpite degli uomini?

Le donne sono colpite circa 4 volte più degli uomini. Tra i principali **fattori di rischio vi sono l'esposizione a radiazioni ionizzanti,** soprattutto durante l'infanzia e l'adolescenza, la **familiarità per malattie tiroidee e alcune rare sindromi genetiche** ereditarie associate al carcinoma midollare della tiroide. Anche la carenza di iodio può favorire alcune patologie della tiroide. Il tumore tiroideo può inoltre svilupparsi in persone sottoposte in passato a radioterapia del collo o esposte accidentalmente ad alte dosi di radiazioni, come avvenuto negli incidenti nucleari di Chernobyl o, più recentemente, di Fukushima.

3.

Approfondimenti

Comunicazione medico-paziente-caregiver

ANNA COSTANTINI

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

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

1. **Usare consapevolmente la comunicazione**: dire “Andrà tutto bene”, “Vedrai tutto si risolve”, “Sei guarito devi stare tranquillo”, “Non preoccuparti, vedrai che la Tac andrà bene” sono frasi che possono costituire una fonte di rassicurazione prematura, dando un sollievo immediato, ma causare in seguito una delusione maggiore se poi si rivelano false speranze. Dire “Non preoccuparti”, inoltre, può comunicare che non siamo disposti ad accogliere le sue paure. Un’altra frase usata spesso è: “Sei forte, devi combattere” implica che in un certo senso non va bene mostrarsi fragile o esprimere la propria ansia bloccando così la possibilità di condividere pensieri negativi.

2. **Fare attenzione a non identificarsi**: “Se io fossi al tuo posto”, “Se fosse mio padre” voi non siete lui/lei e il paziente non è vostro padre, le persone hanno storie di vita, tratti di personalità e modi diversi di affrontare gli eventi stressanti.

3. **Dare importanza al non verbale**: la comunicazione non è solo verbale, il tono della voce, l’espressione, lo sguardo, la postura vengono immediatamente colte e arrivano molto prima delle parole. Usare un tono funereo, imbarazzato, evitare il contatto visivo o un’espressione di esagerato ottimismo quando non adeguato alla situazione reale possono comunicare che c’è qualcosa che non va e che si sta cercando di nascondere.

4. **Considerare che il cancro può dare luogo a reazioni depressive o ansiose anche in chi non ne ha mai sofferto**: vedere una persona cara demoralizzata o depressa è doloroso, ci fa sentire impotenti e per uscire da questa sensazione sono possibili reazioni come “Tirati su, se ti lasci andare sarà peggio”, “Non devi neanche pensarle certe cose”, “Devi essere positivo, per aiutare la guarigione” che oltre a non essere basate su dati scientifici, innescano sentimenti di colpa per la convinzione di contribuire ad un peggioramento del decorso.

5. **Essere consapevoli che le emozioni possono creare imbarazzo e timore di non saperle gestire**: a volte si cerca di bloccarle o minimizzarle cambiando discorso, dando consigli pratici non richiesti (“Distraiti”, “Prova quell’integratore, è miracoloso”), o con

ingiunzioni come “Sei guarito devi stare tranquillo”. Frasi come queste faranno sì che il paziente non si sentirà capito né autorizzato ad esprimere le proprie emozioni ed in futuro le reprimerà, con conseguenti sentimenti di solitudine.

6. **Trattare la persona malata come una persona autonoma**: evitare di considerarla esclusivamente come qualcuno che necessita sempre di protezione. “Lascia che di tutto si occupino gli altri”, “Fai parlare me con i medici”, “Tu non ti preoccupare di niente” sono accettabili in alcune fasi del percorso di cura, ma aiutare la persona a mantenere un senso di identità ed un grado di autonomia contrasta sentimenti di demoralizzazione.

7. **Rispondere alle domande cercando prima però di capire cosa la persona desidera davvero sapere** e come vuole che gli sia detto, favorendo così una comunicazione personalizzata.

8. **Aiutare a capire cosa sta succedendo:** ciò restituisce in generale un senso di controllo che una malattia come il cancro sottrae ed evita una regressione psichica che può alimentare sentimenti di impotenza.

9. **Capire come iniziare il dialogo**: non è facile vincere quel vuoto di parole che ci causa affrontare un dialogo faccia a faccia con una persona cara malata, non lo è neanche per un medico addestrato agli aspetti tecnici della malattia, per la mancanza di formazione nel trattare conversazioni difficili che riguardano l’intimità e l’esistenza. Un suggerimento utile è quello di iniziare sempre con una domanda aperta: “Come stai?” perché la persona inizierà a parlare dal punto per lei importante. Chiedere “Come ti senti?” comunica inoltre interesse per la sua esperienza soggettiva, disponibilità all’ascolto e la autorizza a parlare. E, infine, ascoltare senza interrompere con rassicurazioni premature o minimizzazioni, così che il paziente possa darci la direzione su come vuole o può continuare il discorso, sui suoi limiti e i suoi bisogni.

10. **Ogni persona ha un suo stile personale** di affrontare le intemperie della vita, un suo punto di fragilità, non tutti hanno piacere di parlarne nello stesso modo o magari non in quel momento.

C'è anche chi preferisce non parlarne affatto e distrarsi. L'autonomia del paziente va sempre rispettata.

11. **Se apriamo un canale di comunicazione autentica aspettiamoci delle emozioni**: le nostre e quelle della persona malata. Il cancro mette chiunque alla prova. È dunque importante essere preparati e non farsi spaventare dalle emozioni, esprimere in modo autentico il proprio dispiacere. Il punto è che non possiamo risolvere i problemi di salute della persona o evitargli la sofferenza ma possiamo essergli di supporto con interesse autentico ed empatia.

12. **Sentire riconosciuta la propria esperienza emotiva** fa sentire profondamente compresi e abbassa il livello delle emozioni. L'empatia è uno dei più potenti strumenti di supporto in grado di modulare le emozioni. Consiste nella capacità di comprendere come una persona stia vivendo una situazione difficile, guardare dalla sua prospettiva e comunicargli questa comprensione. Invece che dire "Dai tirati su, andrà tutto bene" possiamo ad esempio dire: "Deve essere stato davvero duro per te affrontare questa terapia" o "Il risultato della tac deve essere stata proprio una delusione."

13. **È possibile cambiare le nostre fonti di speranza**. Se la speranza che sappiamo dare è solo quella di vincere la guerra contro il cancro, a volte la si vince e a volte la si perde. Meglio dunque aiutare la persona ad attingere a diverse forme di speranza. Si può dare speranza, ad esempio, valorizzando i successi della medicina e delle sperimentazioni, dando la propria presenza "Ti sarò sempre vicino", "Possiamo parlare quando vuoi se lo desideri", "Sono qui per sostenerti nelle decisioni", usando termini appropriati come "La tua malattia non è guaribile, ma è cronica" o aiutando a mantenere un senso di valore "Essere coraggioso non significa non avere paura, ma riuscire a sopportarla" "Essere forte non significa non provare sconforto e paura".

14. **Gli esseri umani hanno bisogno di sentire che c'è un perché per cui vivere ed è importante, dunque, favorire la ricerca di fonti di significato**: "Anche nella malattia sei ancora un padre, un

marito, un esempio", "Puoi convivere con la malattia mantenendo dignità, identità e valore". Viktor Frankl, uno psichiatra austriaco, ha scritto: "Quando non puoi cambiare qualcosa puoi sempre cambiare l'atteggiamento con cui l'affronti" o con le più recenti parole di Vialli: "Il 10% lo fanno i fatti il 90% come li affronti".

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

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

Diritti del paziente e del caregiver

ELISABETTA IANNELLI

Informazioni sui diritti dei pazienti oncologici e dei loro caregiver

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

Esenzione dal ticket per patologia o invalidità

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

Tutela assistenziale (invalidità civile ed handicap)

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

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

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

Diritti sul lavoro

I **pazienti oncologici possono accedere a diversi benefici lavorativi** in base alla percentuale di invalidità o dello stato di handicap accertati dall'INPS. Chi ha un riconoscimento di handicap grave può chiedere il trasferimento vicino al proprio domicilio e opporsi a trasferimenti senza il suo consenso. Inoltre, ha diritto a mansioni adeguate alla sua capacità lavorativa e può essere esonerato dal lavoro notturno con certificazione medica che attesti la sua inidoneità a tali mansioni.

Il part-time e lo smartworking sono strumenti di flessibilità utili per conciliare lavoro e cure, con la possibilità di tornare al tempo pieno quando le condizioni di salute lo permetteranno. I pazienti oncologici sono esonerati dall'obbligo di reperibilità per visite di controllo in caso di terapie salvavita o invalidità riconosciuta superiore al 67%.

Tra i permessi e congedi lavorativi disponibili ci sono:

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

La Legge 106/2025 ha introdotto le **seguenti misure aggiuntive** di tutela per i lavoratori con patologie oncologiche (con invalidità pari o superiore al 74%):

- congedo non retribuito e senza contribuzione fino a 24 mesi, continuativo o frazionato, con conservazione del posto di lavoro per l'intera durata. Il periodo di congedo non è computato

nell'anzianità di servizio ma può essere riscattato ai fini pensionistici con contribuzione volontaria a carico dell'interessato
- priorità nello smart working: al rientro dal congedo, il lavoratore ha diritto a una corsia preferenziale per il lavoro agile, se compatibile con le mansioni
- 10 ore annue aggiuntive di permessi retribuiti per visite, esami e terapie

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

Lavoratori titolari di partita IVA

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

La Legge 106/2025 prevede che i lavoratori autonomi che svolgono prestazioni continuative per un committente (ai sensi dell'art. 14, comma 1, della Legge 81/2017) possano sospendere l'esecuzione della prestazione fino a 300 giorni per anno solare in caso di patologia oncologica, cronica o invalidante con invalidità pari o superiore al 74%, presentando idonea certificazione medica. Durante tale periodo, il committente non può risolvere il contratto per questo motivo.

Tutela previdenziale

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

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

Contrassegno di libera circolazione e sosta

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

Diritto all'oblio oncologico

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

Diritti dei caregiver

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

Tra questi:

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

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

Immunoterapia

Aiutare il sistema immunitario a combattere il cancro

PAOLO MARCHETTI, ANDREA BOTTICELLI

Negli ultimi anni l'oncologia ha vissuto una delle più importanti rivoluzioni della sua storia grazie all'introduzione **dell'immunoterapia**, una strategia terapeutica che utilizza le difese naturali dell'organismo per riconoscere e combattere il tumore.

Per molto tempo le principali armi contro il cancro sono state la chirurgia, la radioterapia, la chemioterapia, la terapia ormonale e i farmaci a bersaglio molecolare. Oggi, a queste possibilità terapeutiche si è aggiunta **l'immunoterapia,** che **ha modificato profondamente la prognosi di numerose neoplasie e aperto nuove prospettive per migliaia di pazienti.**

Il nostro sistema immunitario ha il compito di proteggerci da virus, batteri e altre minacce esterne, ma è anche in grado di riconoscere e distruggere cellule anomale che possono trasformarsi in tumori. Nelle fasi iniziali della malattia questo meccanismo funziona spesso in modo efficace. Con il tempo, però, le cellule tumorali sviluppano sofisticate strategie per sfuggire al controllo immunitario, riuscendo a nascondersi o a bloccare l'azione delle cellule difensive dell'organismo.

L'immunoterapia agisce proprio su questi meccanismi. I farmaci oggi più utilizzati, chiamati **inibitori dei checkpoint immunitari,** rimuovono alcuni "freni" che limitano l'attività del sistema immunitario, permettendo alle cellule difensive di riconoscere nuovamente il tumore e attaccarlo con maggiore efficacia.

I risultati ottenuti sono stati straordinari. Nel melanoma metastatico, una malattia che fino a pochi anni fa aveva prospettive molto limitate, l'immunoterapia ha consentito di ottenere sopravvivenze impensabili in passato. Successivamente questi trattamenti sono stati introdotti con successo anche nel tumore del polmone, del rene, della vescica, della testa e del collo, in alcuni tumori ginecologici e gastrointestinali.

Anche nel tumore della mammella l'immunoterapia ha assunto un ruolo sempre più importante. In particolare, nelle pazienti con carcinoma mammario triplo negativo, una delle forme più aggressive della malattia, l'associazione tra immunoterapia e chemioterapia ha dimostrato di migliorare significativamente i risultati clinici.

Una delle applicazioni più innovative riguarda l'utilizzo dell'immunoterapia prima dell'intervento chirurgico, nella cosiddetta fase neoadiuvante. In questo contesto il trattamento può aumentare in modo significativo la probabilità di ottenere una risposta patologica completa, cioè la scomparsa di ogni traccia di tumore al momento dell'intervento. Questo risultato rappresenta un importante indicatore di efficacia e si associa a migliori prospettive di guarigione.

La ricerca continua inoltre a esplorare nuove frontiere. Oltre ai farmaci già disponibili, **sono in fase di sviluppo vaccini terapeutici contro il cancro, terapie cellulari avanzate come le CAR-T cells, anticorpi bispecifici e strategie che combinano immunoterapia con farmaci innovativi e anticorpi-farmaco coniugati (ADC).**

Non tutti i pazienti, tuttavia, rispondono allo stesso modo. Per questo motivo **oggi vengono studiati specifici biomarcatori,** come l'espressione di PD-L1 e altre caratteristiche biologiche del tumore, che **aiutano a identificare chi può beneficiare maggiormente di questi trattamenti.**

L'immunoterapia rappresenta uno dei più grandi progressi dell'oncologia moderna. Grazie alla capacità di riattivare le difese naturali dell'organismo, sta trasformando il modo di curare molti tumori e offrendo nuove opportunità di cura, con l'obiettivo di rendere sempre più concreto ciò che fino a pochi anni fa sembrava impossibile: convivere a lungo con la malattia o, in molti casi, guarire.

Invecchiare in salute

IGNAZIO UGO CARRECA, ANNA PAOLA CARRECA

Che cosa significa invecchiamento?

Il concetto di invecchiamento ha subìto una profonda evoluzione, passando da una rigida misurazione cronologica a una comprensione multidimensionale e dinamica. Per molti anni è stato interpretato come un processo lineare e graduale; tuttavia, le evidenze scientifiche più recenti mostrano che esso **segue andamenti non uniformi, caratterizzati da vere e proprie accelerazioni biologiche in fasi specifiche della vita.** Un'analisi multi-omica condotta dall'Università di Stanford ha individuato, ad esempio, **due snodi cruciali intorno ai 44 e ai 60 anni,** periodi strettamente associati a repentine modificazioni del metabolismo lipidico e glucidico e della regolazione immunitaria.

Questi dati confermano che **l'invecchiamento non coincide semplicemente con il trascorrere del tempo, ma è un processo altamente complesso** che coinvolge e altera in modo interconnesso diversi sistemi biologici chiave:

- il metabolismo;
- l'immunità;
- la massa e la funzione muscolare;
- il sistema nervoso;
- la capacità di riparazione cellulare.

In questo scenario, l'Organizzazione Mondiale della Sanità **(OMS) definisce l'invecchiamento sano come il processo di sviluppo e mantenimento della capacità funzionale che consente il benessere in età avanzata.** Questo approccio, che fa da pilastro al Decennio delle Nazioni Unite per l'invecchiamento sano (2021-2030), sposta il focus dalla malattia alla funzione: l'assenza di patologie non è più un requisito obbligatorio, poiché molte condizioni croniche, se ben gestite, hanno scarsa influenza sul benessere complessivo. Sebbene la soglia sociale della "terza età" continui a essere collo-

cata intorno ai 75 anni, la biologia ci dimostra che l'invecchiamento è molto più articolato e non può essere ridotto a un criterio esclusivamente anagrafico. Le traiettorie della longevità sono modellate dalle esperienze accumulate dall'infanzia all'età adulta e dall'interazione tra salute fisica e mentale e i determinanti sociali, comportamentali e ambientali (come l'istruzione, le relazioni e la tecnologia).

A livello macroscopico e clinico, **la medicina convenzionale, incentrata sui singoli organi, si rivela spesso inefficace di fronte alla coesistenza di più patologie croniche nello stesso paziente**. Al contrario, la scienza della longevità (o gerontoscienza) si sposta a monte per **affrontare le cause biologiche alla radice.** Il buon funzionamento del nostro organismo si basa su due principi fondamentali: l'equilibrio omeostatico cellulare e la riserva organica funzionale. Grazie a questi meccanismi, ogni organo può rinnovare il proprio patrimonio cellulare e riparare i danni causati dagli "insulti" gravi o persistenti subiti nel corso della vita, mantenendo inalterata la propria funzione. Nel tempo, tuttavia, questo perfetto sistema perde efficacia e non riesce più a far fronte alle continue richieste di intervento. Il rinnovamento cellulare rallenta fino ad arrestarsi, un fenomeno fortemente legato all'accorciamento dei telomeri, gli elementi funzionali posti alle estremità dei cromosomi, che li proteggono come un cappuccio. Ogni volta che una cellula si ripara e si divide, i telomeri si riducono; quando diventano troppo corti, smettono di funzionare, avviando il processo di senescenza cellulare negli organi.

La ricerca d'avanguardia converge oggi proprio sulla **manipolazione di questi e altri "interruttori molecolari" comuni, che costituiscono i 12 tratti distintivi *(o hallmarks*) dell'invecchiamento:** l'instabilità genomica, l'erosione dei telomeri, le alterazioni epigenetiche, la disfunzione mitocondriale e la senescenza cellulare.

Quali sono i parametri di invecchiamento e senescenza?

Oggi si parla sempre più di medicina della longevità, ma le scoperte corrono così veloci che spesso rischiamo di confonderci tra promesse esagerate e slogan pubblicitari. Per questo è importante fare chiarezza ed usare le parole giuste:

- **Età anagrafica (o cronologica):** È l'età scritta sulla nostra carta d'identità. Più gli anni passano, più aumenta il rischio naturale di sviluppare malattie legate all'invecchiamento.

- **Età biologica:** È l'età reale del nostro corpo. Indica come stanno davvero i nostri organi e le nostre cellule rispetto a una media di riferimento. Di solito dovrebbe coincidere con l'età anagrafica, ma lo stile di vita (dieta, movimento), la genetica e l'ambiente (ad es. l' inquinamento) possono cambiarla: una persona che ha sofferto a lungo di una malattia o ha uno stile di vita poco sano, potrebbe avere 50 anni sulla carta d'identità, ma un corpo che ne dimostra biologicamente 65, diventando così più fragile.

- **Durata della vita (*Lifespan*):** È semplicemente il numero totale di anni che viviamo. Questo dato, però, conta poco se non è accompagnato dalla limitazione delle fragilità, che significa ridurre al minimo gli ultimi anni della vita passati con disabilità o senza autosufficienza.

- **Durata della vita in salute (*Healthspan*):** È l'obiettivo più importante. Rappresenta gli anni che passiamo stando bene, rimanendo in forze, con la mente lucida e una vita sociale attiva. Non conta solo dare anni alla vita, ma dare vita agli anni.

- **Medicina personalizzata:** È l'approccio che mette al centro l'individuo nella sua totalità. Oltre ai dati biologici, tiene conto della psicologia di una persona, delle sue preferenze e delle sue abitudini. Ricordiamo che persino due gemelli identici, con lo stesso identico DNA, possono invecchiare in modo completamente diverso a seconda delle scelte che fanno nella vita.

- **Exposoma:** È l'insieme di tutto ciò a cui il nostro corpo viene esposto da quando nasciamo a quando invecchiamo: dall'inquinamento dell'aria ai cibi che mangiamo, fino allo stress. Riuscire a misurare questo "zaino" di esperienze ambientali è una tecnologia oggi all'avanguardia, che i medici useranno sempre di più in futuro per proteggere la nostra salute.

Quali tumori e quali cure negli anziani?

L'Italia si conferma come **uno dei Paesi più longevi al mondo,** posizionandosi al secondo posto a livello globale per percentuale di anziani, superata solo dal Giappone. Nel nostro Paese, infatti, le persone con più di 65 anni rappresentano circa un quarto dell'intera popolazione (tra il 24% e il 28% come indicano le stime più recenti). Se da un lato questo traguardo testimonia l'efficacia dei progressi sociali e sanitari, dall'altro porta con sé un **aumento fisiologico delle malattie legate all'invecchiamento, in particolare dei tumori.** Ogni anno in Italia si registrano circa 395.000 nuove diagnosi di cancro e ben oltre il 60-65% di questi casi colpisce proprio la **fascia della popolazione sopra i 65 anni.**

Il rischio oncologico, infatti, cresce in modo molto marcato con l'avanzare dell'età. Questo accade a causa del progressivo accumularsi di piccoli danni biologici nelle nostre cellule, della frequente presenza di altre patologie croniche concomitanti (le cosiddette **comorbidità**) e della naturale riduzione della riserva di energia e della capacità riparativa dei nostri organi, come abbiamo detto. Per avere un'idea di quanto l'età anagrafica influisca su questo rischio, basti pensare che **per chi ha superato i 70 anni la probabilità di sviluppare un tumore è circa 10 volte più alta rispetto a chi si trova nella fascia tra i 60 e i 65 anni,** e addirittura 40 volte maggiore rispetto a un adulto di 40 o 50 anni. Entrando ancora più nel dettaglio, già tra i 60 e i 69 anni la statistica si fa ravvicinata: un uomo su 5 e una donna su 8 si trovano a dover affrontare una diagnosi di tumore. Nella popolazione anziana, le forme di cancro che vengono riscontrate con maggiore frequenza riguardano specifici organi e comprendono, in particolare, i tumori di: **Prostata; Polmone; Mammella; Colon-retto; Vescica; Stomaco; Pancreas.**

Le strategie terapeutiche

Per molto tempo, la cura dei tumori nei pazienti anziani è stata considerata una semplice estensione dei protocolli usati per i giovani, partendo dal **falso presupposto che curare un anziano fosse come curare un adulto solo un po' più avanti con gli anni.** Questo pregiudizio ha generato frequenti errori di gestione, portando spesso al "sovratrattamento" (cioè a cure troppo aggressive) delle

persone più deboli. Le conseguenze cliniche sono state pesanti: tossicità elevate e danni a più organi, interruzioni precoci delle terapie e un aumento della mortalità causata dagli effetti collaterali stessi, piuttosto che dalla malattia. **Oggi, fortunatamente, la prospettiva è cambiata** grazie all'**oncogeriatria**, una disciplina che promuove trattamenti su misura basati non più sull'età scritta sulla carta d'identità, ma sulle **reali condizioni fisiche e mentali della persona,** sulle maggiori o minori **comorbidità** e sulla sua autonomia.

Per guidare i medici in queste scelte delicate, **i pazienti over 65 vengono suddivisi in tre grandi categorie clinico-funzionali:**

- **Fit (robusti):** Sono gli anziani in buona salute, con un'ottima riserva di energia e malattie preesistenti ben controllate. Gli studi dimostrano che questi soggetti sopportano gli effetti collaterali delle terapie anticancro esattamente come i giovani, ottenendo risultati terapeutici del tutto simili. Per loro, i trattamenti standard rimangono l'opzione migliore.
- **Vulnerable (intermedi o unfit):** Presentano qualche iniziale limitazione nelle attività quotidiane o patologie controllate solo parzialmente. Avendo un rischio moderato di soffrire per gli effetti collaterali, richiedono un attento monitoraggio e un preciso adattamento delle dosi e dei protocolli terapeutici.
- **Frail (fragili):** Sono persone con una salute molto delicata e diverse malattie coesistenti. In questo gruppo, i tentativi di cure aggressive comportano svantaggi di gran lunga superiori ai vantaggi, trasformandosi in un percorso pericoloso a fronte di benefici minimi. Per i pazienti fragili la terapia deve essere ridotta al minimo e fortemente personalizzata o, quando appropriato, orientata esclusivamente alle cure palliative per garantire la migliore qualità della vita possibile senza inutili sofferenze.

Per definire con precisione in quale di queste categorie si trovi il paziente, gli specialisti si aiutano oggi con **specifici test di valutazione geriatrica.** Tuttavia, nonostante l'efficacia di questo approccio, i medici oncologi formati per personalizzare le terapie nei pazienti più fragili sono ancora pochissimi. Diventa quindi una **priorità assoluta** che i decisori politici e i responsabili della sanità pub-

blica si facciano carico di questo problema, **investendo nella formazione di esperti per garantire a una popolazione sempre più longeva cure giuste, dignitose e sostenibili.**

Per **valutare la salute generale del paziente** e prevedere come reagirà alle cure, i medici possono utilizzare test specifici. Uno dei principali è l'**Indice di Charlson**, che serve a misurare l'impatto delle altre malattie già presenti sull'organismo, attribuendo un punteggio (vedi tabella 1).

Tabella 1: Indice di Charlson

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

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

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

Un **punteggio elevato al Charlson Comorbidity Index, superiore a 6, si associa a una minore sopravvivenza a lungo termine** e a un maggiore rischio di complicanze e tossicità correlate ai trattamenti.

Per monitorare invece gli **effetti collaterali dei farmaci** in tempo reale, si usa un doppio sistema di controllo:

- **La valutazione del medico (Scala CTCAE):** una guida usata dall'oncologo per registrare e classificare la gravità dei danni causati dalle terapie a carico del sangue, del cuore, del sistema nervoso, dell'apparato digerente e degli ormoni.

- **Il diario del paziente (Sistema PRO-CTCAE):** moduli compilati direttamente da chi riceve le cure, in cui il paziente segnala disturbi personali e soggettivi come la *fatigue* (la stanchezza estrema), il dolore, l'affanno, i formicolii a mani e piedi, la diarrea o le infiammazioni in bocca.

Questo incrocio di dati permette all'équipe medica di avere un quadro immediato e di proteggere il paziente, modificando o sospendendo le cure prima che gli effetti collaterali diventino troppo pericolosi.

Tra questi anche il test: **"Cammina e Vai" (TUG – Timed Up and Go)** è molto importante per valutare l'equilibrio, la facilità di movimento e la fragilità fisica di una persona. L'esercizio è semplicissimo: la persona deve alzarsi da una sedia, camminare per 4 metri, girarsi, tornare indietro e sedersi di nuovo. Il medico misura i secondi impiegati.

La valutazione dei risultati sarà:

- **Meno di 10 secondi:** La mobilità è ottima e normale.
- **Tra 10 e 20 secondi:** I movimenti iniziano a essere un po' più rallentati.
- **20 secondi o più:** C'è una netta riduzione della mobilità. Questo punteggio è un chiaro segnale di fragilità fisica e indica un alto rischio di cadute.

Anziani, obesità e rischio oncologico

L'obesità è oggi riconosciuta come una malattia cronica complessa e recidivante, associata a un aumento del rischio di patologie cardiovascolari, diabete tipo 2 e numerose neoplasie. In ambito oncologico, l'eccesso di adiposità, soprattutto viscerale, si associa a un rischio più elevato di tumori.

Il **grasso viscerale riveste un ruolo particolarmente rilevante** perché favorisce infiammazione cronica di basso grado, insulino-resistenza e alterazioni metaboliche che possono contribuire alla cancerogenesi e al peggioramento del profilo di rischio complessivo.

L'Italia ha compiuto un passo storico: con l'approvazione definitiva della **Legge n. 149/2025**, è diventata il primo Paese al mondo

a riconoscere ufficialmente **l'obesità come una malattia cronica**. Inoltre, a inizio 2026, la comunità scientifica ha firmato la **"Carta di Erice sull'Obesità"**, un manifesto che fissa i pilastri per curare la patologia sul territorio attraverso centri specializzati, promuovendo lo sport e uno stile di vita sano per spegnere l'infiammazione causata dal grasso in eccesso.

Anche la diagnosi è cambiata: il vecchio Indice di Massa Corporea (IMC) non basta più perché non distingue i muscoli dal grasso. Oggi si valuta la **distribuzione del grasso addominale**, molto più pericoloso per il cuore. Il parametro di riferimento è il **rapporto tra il girovita e l'altezza, che deve restare sotto lo 0,5** sia per gli uomini che per le donne. Ad esempio, una persona alta 170 cm dovrebbe avere una circonferenza della vita inferiore a 85 cm.

Mantenere uno **stile di vita attivo e praticare regolarmente attività fisica** apporta benefici straordinari a tutto l'organismo, agendo come una vera e propria medicina naturale. A livello generale, il movimento influisce positivamente su tre pilastri della nostra salute:

- **Mente e umore:** Riduce lo stress e attenua i sintomi di ansia e depressione perché stimola la produzione di endorfine (gli "ormoni della felicità"), migliorando l'autostima e la fiducia in sé stessi.
- **Cuore e circolazione:** Rinforza il muscolo cardiaco, abbassa la pressione arteriosa e migliora il flusso del sangue, riducendo drasticamente il rischio di infarto e ictus.
- **Muscoli e ossa:** Mantiene il corpo forte ed elastico, contrastando la perdita di massa muscolare e riducendo il rischio di osteoporosi e fratture.

Oltre a questi vantaggi universali, le **evidenze scientifiche più recenti confermano che l'attività fisica regolare ha un altissimo valore clinico anche in oncologia.** Un'ampia revisione pubblicata sul *British Journal of Sports Medicine* ha dimostrato che seguire programmi di esercizio strutturati migliora la salute delle persone che stanno affrontando un tumore, sia durante che dopo le terapie ed **anche ridurre la tossicità dei trattamenti farmacologici specifici.**

In conclusione, l'attività fisica è una parte fondamentale della terapia contro i tumori. Per garantire efficacia e sicurezza, **ogni programma deve essere adattato a misura del paziente, rispettandone l'età, l'autonomia, le altre patologie e la fase della cura.**

Il medico oncologo che tratta un anziano con cancro dovrebbe saper effettuare trattamenti personalizzati per **unfit** (con ridotta riserva funzionale e maggiore vulnerabilità, ma ancora candidabili a trattamenti adattati) e **frail** (fragili, con compromissione multidimensionale e necessità di approcci terapeutici più conservativi e di supporto), con minima tossicità ed effetti collaterali o trattamento solo palliativo. Oggi sono ancora pochissimi gli esperti di questo tipo. I decisori politici dovrebbero farsi carico di ciò e con massima priorità, visto il continuo incremento di questa categoria di pazienti.

Medicina personalizzata: la cura giusta per la persona giusta

PAOLO MARCHETTI, ANDREA BOTTICELLI

Negli ultimi anni la medicina ha vissuto una vera rivoluzione. Se in passato pazienti con la stessa malattia ricevevano trattamenti simili, oggi sappiamo che ogni persona è unica e che anche tumori apparentemente identici possono avere caratteristiche biologiche molto diverse. Da questa consapevolezza nasce la medicina personalizzata, un approccio innovativo che permette di scegliere la terapia più efficace per ciascun paziente, migliorando i risultati e riducendo gli effetti collaterali.

La medicina personalizzata mette al centro non solo la malattia, ma la persona nella sua interezza. Ogni individuo possiede infatti un patrimonio genetico unico, una propria storia clinica, abitudini di vita e condizioni di salute differenti. Tutti questi elementi possono influenzare la risposta ai trattamenti e la comparsa di eventuali tossicità.

Uno dei progressi più importanti degli ultimi anni riguarda la possibilità di studiare le caratteristiche genetiche del tumore. Oggi sappiamo che i tumori che nascono nello stesso organo possono essere molto diversi tra loro. Analizzando il DNA delle cellule tumorali è possibile identificare alterazioni molecolari che aiutano a comprendere come la malattia si comporterà e quali farmaci avranno maggiori probabilità di funzionare.

In alcuni casi queste informazioni possono essere ottenute anche attraverso la **biopsia liquida**, un semplice prelievo di sangue che consente di rilevare frammenti di DNA tumorale circolanti. Questa tecnologia **permette di monitorare l'evoluzione della malattia in modo meno invasivo e di individuare precocemente eventuali meccanismi di resistenza alle terapie.**

La conoscenza delle alterazioni molecolari ha favorito lo sviluppo di farmaci sempre più mirati. Alcuni esempi sono **elacestrant** per pazienti con mutazione del gene ESR1, i farmaci anti-HER2 per par-

ticolari forme di tumore della mammella e **osimertinib** per specifiche alterazioni genetiche del tumore del polmone. Queste terapie colpiscono selettivamente i meccanismi che guidano la crescita del tumore, aumentando l'efficacia e limitando il danno ai tessuti sani.

Tra le innovazioni più promettenti vi sono gli **anticorpi-farmaco coniugati (ADC)**, spesso definiti "chemioterapie intelligenti". Questi farmaci utilizzano un anticorpo come un sistema di trasporto capace di riconoscere le cellule tumorali e consegnare direttamente al loro interno un farmaco altamente attivo. Tra gli ADC oggi disponibili ricordiamo **trastuzumab deruxtecan, sacituzumab govitecan e datopotamab deruxtecan**, che stanno cambiando il trattamento di molte forme di tumore della mammella.

Fondamentale è anche il ruolo dei test genomici avanzati, come il **Next Generation Sequencing (NGS)**, che consentono di analizzare contemporaneamente centinaia di geni. I risultati vengono discussi all'interno dei **Molecular Tumor Board**, gruppi multidisciplinari composti da oncologi, biologi molecolari, genetisti e anatomopatologi che collaborano per individuare la migliore strategia terapeutica per ogni paziente.

Anche l'intelligenza artificiale sta entrando nella pratica clinica, aiutando i medici ad analizzare grandi quantità di dati clinici e molecolari per supportare decisioni sempre più precise.

La **medicina personalizzata rappresenta oggi una delle più grandi conquiste della medicina moderna.** Grazie all'integrazione tra genetica, tecnologie innovative, farmaci mirati e approccio multidisciplinare, è possibile offrire cure sempre più efficaci, sicure e costruite sulle caratteristiche del singolo individuo. Non si cura più soltanto una malattia: si cura una persona, con la sua storia e le sue specificità.

Metastatico: principali innovazioni

GIACOMO BARCHIESI, GABRIELE PIESCO

Tumore metastatico della mammella: principali innovazioni

Si parla di tumore della mammella metastatico quando le cellule tumorali si diffondono dalla mammella ad altri organi attraverso il sangue o il sistema linfatico. Le sedi più frequentemente coinvolte sono ossa, fegato, polmoni e cervello.

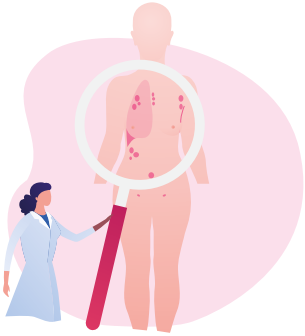
Sebbene nella maggior parte dei casi la malattia metastatica non possa essere guarita definitivamente, **i progressi della ricerca hanno cambiato profondamente le prospettive delle pazienti.** Oggi sono disponibili numerose terapie in grado di rallentare la crescita del tumore, controllarne i sintomi e consentire, in molti casi, una **buona qualità di vita per periodi sempre più lunghi.**

Uno degli aspetti più importanti dell'oncologia moderna è **la personalizzazione delle cure. Ogni tumore presenta caratteristiche biologiche specifiche che possono influenzare la scelta del trattamento.** Per questo motivo vengono effettuati esami sul tessuto tumorale e, in alcuni casi, analisi genetiche e molecolari che aiutano il medico a individuare la strategia terapeutica più appropriata.

Le opzioni disponibili comprendono **ormonoterapia, chemioterapia, immunoterapia e farmaci a bersaglio molecolare.** Negli ultimi anni si sono aggiunti trattamenti innovativi che hanno contribuito a migliorare significativamente i risultati ottenuti in diverse forme di tumore della mammella.

Tra le innovazioni più rilevanti vi sono gli **anticorpi farmaco-coniugati (ADC)**. Questi farmaci combinano un anticorpo monoclonale con una molecola chemioterapica altamente potente. L'anticorpo riconosce specifiche proteine presenti sulla superficie delle cellule tumorali e trasporta il farmaco direttamente al loro interno, aumentando l'efficacia del trattamento e limitando l'esposizione dei tessuti sani. Gli ADC hanno dimostrato importanti

benefici nelle pazienti con tumore HER2-positivo, HER2-low e in alcune forme di tumore triplo negativo.



Un'altra innovazione è rappresentata dalla **biopsia liquida**, una metodica che permette di analizzare il DNA tumorale presente nel sangue attraverso un semplice prelievo. In situazioni selezionate può fornire informazioni utili per monitorare la malattia e identificare alterazioni geniche che possono orientare la scelta delle terapie.

L'obiettivo della ricerca è rendere i trattamenti sempre più efficaci e personalizzati. **Grazie ai continui progressi della medicina di precisione e allo sviluppo di nuove terapie, il tumore della mammella metastatico è oggi una malattia che può essere controllata meglio** rispetto al passato, offrendo a molte pazienti nuove opportunità di cura.

Oncofertilità e sessualità

FRANCESCA POGGIO, LUCIA DEL MASTRO

In Italia, circa un caso di tumore della mammella su dieci è in donne under 40 mentre rappresenta più del 40 per cento di tutti i tumori diagnosticati prima dei 50 anni. Inoltre, anche a causa del progressivo aumento dell'età alla prima gravidanza, sempre più frequentemente al momento della diagnosi le donne non hanno ancora completato il planning familiare desiderato.

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

Le principali strategie includono:

- **congelamento degli embrioni:** attualmente in Italia è vietato dalla legge 40/2004;
- **congelamento degli ovociti:** prevede una stimolazione ormonale, è indicata in pazienti che hanno la possibilità di rinviare il trattamento chemioterapico di circa 2-3 settimane e che hanno una riserva ovarica adeguata. Questa tecnica consiste in una stimolazione ormonale farmacologica, con successivo recupero degli ovociti, e conseguente valutazione, selezione e crioconservazione degli ovociti. La probabilità di successo dipende soprattutto dall'età della paziente e dal numero di ovociti recuperati;
- **congelamento del tessuto ovarico:** è una tecnica considerata ancora sperimentale, ma può essere applicata nei casi in cui non sia possibile ricorrere alle tecniche precedenti per età o per tempistiche relative al trattamento oncologico. Consiste nel prelievo chirurgico laparoscopico di tessuto ovarico da crioconservare e reimpiantare in futuro. Non richiede stimolazione ormonale e può essere eseguita in qualsiasi fase del ciclo mestruale;

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

Un recente studio multicentrico italiano condotto su 746 donne in stato premenopausale con tumore mammario ha confermato che vi è una **crescente necessità di consulenza di oncofertilità, con circa 1 su 4 pazienti under 40 che sceglie la crioconservazione degli ovociti** (ref. Lambertini M et al, GS3-02, San Antonio Breast Cancer Symposium 2025).

I dati prospettici confermano che la stimolazione ovarica controllata per la crioconservazione degli ovociti non è dannosa per la sopravvivenza alla malattia, anche nei tumori al seno recettore-positivi e che la preservazione della fertilità, se adeguatamente pianificata, non comporta ritardi significativi nell'inizio del trattamento antitumorale.

Questi risultati sottolineano inoltre l'**importanza della tempestività della consultazione sulle opzioni di preservazione della fertilità prima dell'avvio della chemioterapia.**

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

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

Quando i trattamenti attivi non sono più efficaci

GIUSEPPE CASALE

Ci sono momenti in cui, nonostante tutti i progressi della medicina, le terapie disponibili non riescono più a fermare la malattia. È una comunicazione difficile, sia per il medico sia per il paziente e la sua famiglia: significa che non esistono più cure in grado di guarire o controllare efficacemente la patologia.

Negli ultimi anni la medicina, soprattutto in ambito oncologico, ha compiuto enormi passi avanti. Sempre più persone guariscono e molti tumori possono essere tenuti sotto controllo a lungo grazie a nuovi farmaci, tecniche chirurgiche e trattamenti radioterapici. In particolare, molti tumori femminili oggi possono essere gestiti come malattie croniche.

Esistono però situazioni in cui la malattia continua a progredire nonostante le cure. Quando il tumore interessa organi come ossa, polmoni, fegato o cervello, possono comparire sintomi importanti, come dolore, difficoltà respiratoria, stanchezza intensa o altri disturbi che **compromettono la qualità della vita.**

In questi casi il medico specialista può decidere di sospendere i cosiddetti "trattamenti attivi" e affidare il paziente alle Cure Palliative. Questo non significa smettere di curare la persona, ma cambiare obiettivo: non più combattere la malattia a ogni costo, bensì garantire la migliore qualità di vita possibile.

Purtroppo le Cure Palliative vengono ancora spesso associate solo agli ultimi giorni di vita. In realtà il **loro scopo è aiutare la persona a vivere nel modo più sereno e dignitoso possibile, controllando sintomi come dolore, affanno, nausea, ansia e insonnia.** Numerosi studi dimostrano che iniziare precocemente le Cure Palliative permette ai pazienti di vivere meglio e, in alcuni casi, anche più a lungo.

Le Cure Palliative evitano inoltre esami inutili o troppo pesanti quando non porterebbero benefici concreti. Tac, risonanze, ecografie o analisi del sangue vengono eseguiti solo se realmente utili a migliorare il benessere della persona.

La paura più grande, per chi affronta una malattia avanzata, è sentirsi abbandonato. Le Cure Palliative nascono proprio per evitare questo. Il termine deriva dal latino pallium, che significa “mantello”: un’immagine che richiama protezione e vicinanza.

Le équipe specializzate di Cure Palliative si prendono cura non solo dei sintomi fisici, ma anche degli aspetti psicologici, sociali e spirituali del paziente e della sua famiglia. L’obiettivo è accompagnare la persona con competenza, rispetto e umanità, garantendole dignità e attenzione fino all’ultimo momento della vita.

Le Cure Palliative non sono abbandono terapeutico e non sono accanimento terapeutico. Rappresentano invece una cura centrata sulla persona, perché non si tratta soltanto di aggiungere giorni alla vita, **ma di dare vita ai giorni.**

Ricerca, innovazione scientifica e qualità di vita

LUCIA DEL MASTRO, DAVIDE SOLDATO

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

Nel sesso femminile il carcinoma mammario è il tumore diagnosticato più frequentemente. Gli ultimi dati epidemiologici, pubblicati ne "I numeri del cancro in Italia 2025", stimano 53.686 nuove diagnosi in Italia nel 2024. Lo stesso report riporta che all'incirca 925.000 donne in Italia vivono dopo una pregressa diagnosi di carcinoma mammario, di cui 55.000 convivono con una diagnosi di carcinoma mammario metastatico. **I recenti avanzamenti nella ricerca oncologica e la disponibilità di nuovi farmaci hanno determinato un drastico miglioramento della prognosi**.

Ad oggi, **più del 90% delle donne sono vive a 10 anni dopo una diagnosi di tumore mammario** e per le donne con tumore metastatico il tasso di sopravvivenza a 5 anni è aumentato del 16% negli ultimi 20 anni. Purtroppo, il carcinoma mammario rappresenta ancora la prima causa di morte oncologica nella popolazione femminile, ed è quindi fondamentale continuare a promuovere e sostenere la ricerca per migliorare ulteriormente questi risultati.

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

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

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

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

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

Infine, la ricerca scientifica ha permesso di ottenere molti risultati per migliorare la qualità della vita delle donne affette da tumore della mammella, ad esempio grazie all'introduzione di nuovi farmaci per ridurre gli effetti collaterali, all'utilizzo di **nuove strategie per preservare la funzione delle ovaie e mantenere la fertilità** nelle giovani donne e alla maggiore attenzione a strategie integrate che mirano a preservare il benessere delle donne durante e dopo il trattamento. **Simili risultati sono stati ottenuti in altre patologie oncologiche femminili.** Alcuni esempi includono l'**uso di farmaci innovativi** per il trattamento del **tumore dell'ovaio** in presenza di specifiche alterazioni geniche, l'introduzione dell'immunoterapia per il trattamento del tumore dell'**endometrio e della cervice** e per quest'ultimo l'introduzione delle **campagne di vaccinazione contro il virus HPV.**

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

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

Grazie ai progressi della ricerca, oggi disponiamo di trattamenti più efficaci, mirati e meno invasivi che aumentano le possibilità di cura o di controllo della malattia e riducono gli effetti collaterali. Inoltre, si stanno **diffondendo modalità di somministrazione innovative e a basso impatto**, come le terapie sottocutanee o orali, che permettono di ridurre i tempi di permanenza in strutture sanitarie, **aiutando i pazienti ad affrontare le terapie con meno stress e disagio contribuendo così a una migliore qualità di vita** durante tutto il percorso di cura.

L'introduzione di **tecnologie avanzate e di trattamenti personalizzati rappresenta un passo importante verso una assistenza oncologica più efficace, umana** e centrata sulle esigenze del paziente.

Rischio oncologico eredo-famigliare

MARIA PIANE, SIMONA PETRUCCI

La **genetica** studia il modo in cui i tratti ereditari passano da una generazione all'altra e le alterazioni di singoli geni che possono causare o predisporre alle malattie genetiche, mediante lo studio di dna genomico, solitamente ottenuto da prelievo di sangue venoso.

La **genomica,** invece, si occupa di gruppi di geni espressi in uno specifico tessuto, delle loro funzioni e di come interagiscono tra loro. Entrambe hanno un ruolo nello sviluppo e nel trattamento di molte forme di cancro. Il tumore è una patologia con eziologia multifattoriale, influenzata da fattori ormonali, metabolici, ambientali, immunitari e genetici.

Quale può essere l'origine dei tumori?

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

I tumori **familiari** coinvolgono più di due collaterali (parenti) nello stesso ramo familiare e possono derivare da più fattori genetici o da esposizioni ambientali comuni. I tumori ereditari, invece, sono associati ad una predisposizione genetica specifica, correlata alla presenza di varianti dette "costituzionali" o "germinali", presenti in tutte le cellule del corpo e trasmissibili alla progenie (prole). Sono varianti che conferiscono al portatore un aumento di rischio di cancro rispetto alla popolazione generale. In altre parole, **non si eredita il tumore ma il possibile rischio di svilupparlo**. Importante ricordare che entrambi i sessi possono ereditare varianti deleterie e trasmetterle a loro volta ai figli.

Secondo gli ultimi dati (fonte AIOM AIRTUM 2025) si può stimare che in italia siano almeno tra i 20.000 E i 40.000 I pazienti portatori

di una variante patogenetica che ogni anno si ammalano di cancro. Tra i casi più frequenti si riscontrano: tumore del seno (8.385), Colon-retto (2.922), Polmone (2.690), Prostata (2.412) E pancreas (1.902). Negli ultimi 30 anni sono stati identificati più di 150 geni le cui varianti patogenetiche conferiscono un rischio moderato o alto di tumore (da 2 a 20 volte). **Fra le più comuni citiamo le varianti deleterie nei geni BRCA1/BRCA2**, che aumentano il rischio di sviluppare tumori della mammella e dell'ovaio. Tuttavia, **mutazioni in questi geni non interessano esclusivamente le donne. Anche gli uomini possono ereditare varianti deleterie e trasmetterle** a loro volta ai figli. Gli uomini portatori sono maggiormente predisposti al carcinoma mammario maschile o al tumore della prostata. Il rischio di trasmissione di una variante patogenetica in brca1 o brca2 dal genitore portatore ai figli è del 50%.

Le varianti patogenetiche nei geni del sistema di riparazione del dna (MMR) - MLH1, MSH2, MSH6 e PMS2, insieme alle delezioni del gene EPCAM - sono relativamente frequenti e rappresentano la causa della **sindrome di Lynch (SL)**. Si tratta di una **condizione ereditaria con una frequenza che varia da 1 persona ogni 660 a 1 ogni 2000, a seconda della popolazione,** e che **comporta un aumento del rischio di sviluppare diversi tumori nel corso della vita**. I più comuni sono il carcinoma del **colon-retto e il carcinoma endometriale,** che spesso compaiono già dalla quinta decade, quindi prima rispetto ai tumori non ereditari. La SL può essere associata anche a tumori dell'ovaio, dello stomaco, dell'intestino tenue, delle vie urinarie, del pancreas, delle vie biliari, del sistema nervoso centrale (soprattutto tumori gliali) e a particolari tumori cutanei come adenomi e carcinomi sebacei e cheratoacantomi.

Il difetto di riparazione del DNA può essere identificato analizzando il tessuto tumorale, in particolare nei carcinomi del colon. La presenza di instabilità dei microsatelliti o la perdita di espressione delle proteine mmr sono segnali importanti che permettono di indirizzare il paziente alla consulenza genetica per verificare la presenza di una variante ereditaria. Come per tutte le condizioni autosomiche dominanti, **anche nella sindrome di Lynch il rischio che un genitore portatore trasmetta la variante ai figli è del 50%.**

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

In quelle famiglie in cui vi sono stati uno o più casi delle forme di cancro sopra menzionate (soprattutto se insorti in giovane età) **va preso in considerazione un eventuale percorso di consulenza onco-genetica**.

La consulenza genetica è un passaggio fondamentale per chi potrebbe avere una predisposizione ereditaria a una malattia, anche in ambito oncologico. È un **atto medico strutturato che permette di valutare la storia familiare e il rischio personale, scegliere il test genetico più appropriato,** illustrandone vantaggi e limiti e raccogliendo il consenso informato dedicato, interpretarne correttamente i risultati e spiegare le implicazioni per il paziente e per i suoi familiari.

Esiste la possibilità di individuare all'interno del nucleo familiare le persone sane con alterazioni genetiche che determinano una predisposizione alle malattie oncologiche.

Sarà opportuno valutare i familiari a rischio in sede di consulenza genetica (solitamente i familiari di primo grado a rischio di aver ereditato o trasmesso la variante deleteria)

Ciò permette di individuare strategie di prevenzione, oppure di sorveglianza attiva con esami frequenti per avere una diagnosi precoce di tumore.

Per approfondire:
Consulta la tabella dei geni su:
www.incontradonna.it/tabella-geni

Salute cardiometabolica, obesità e prevenzione oncologica

FRANCESCO DOTTA

Nonostante **malattie cardiovascolari e neoplasie** siano comunemente considerate due condizioni separate, hanno invece molti punti di contatto, tra cui **numerosi fattori di rischio condivisi** come per es. obesità, diabete, infiammazione cronica, patologie multifattoriali legate non solamente a stili di vita non salutari, ma anche a fattori biologici, genetici, ambientali.

Anche per il 2025, in Italia, sono state stimate oltre 390.000 nuove diagnosi di cancro (dati AIOM), in costante crescita anche per la diffusione di stili di vita scorretti. **L'eccesso di peso rappresenta un importante fattore di rischio cardiovascolare e oncologico** e, nel nostro Paese, **circa il 36% della popolazione è in sovrappeso** e il 12% è francamente obeso, con un **preoccupante incremento di eccesso ponderale in età infantile**, soprattutto al sud.

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

Per **sindrome metabolica** intendiamo una condizione complessa in cui sono contemporaneamente presenti fattori di rischio per **diabete mellito** e per patologie cardiovascolari: **circonferenza vita elevata, glicemia a digiuno ≥ 100 mg/dl o alterazioni del metabolismo glucidico, livelli di trigliceridi maggiori di 150 mg/dl, ridotti livelli di colesterolo HDL (inferiori a 40 mg/dl nell'uomo e a 50 mg/dl nella donna), ipertensione arteriosa.** Il **diabete** è un disordine metabolico dovuto a un difetto della secrezione o dell'azione periferica dell'insulina e **caratterizzato da livelli di glucosio a digiuno pari o superiori a 126 mg/dl**. **L'obesità** è invece una **condizione di eccesso di massa grassa,** definito in base ad un rapporto tra peso (in chilogrammi) e altezza al quadrato (in metri) pari o superiore a 30 (25 per il sovrappeso). L'obesità centrale è un **accumulo di adipe a livello addominale,** definita da una circonferenza della vita misurata all'altezza dell'ombelico superiore a 102 cm nel maschio e 88 cm nella femmina. **Rappresenta il minimo comune denominatore della sindrome metabolica**,

in cui si associa al diabete di tipo 2 o ad una condizione di prediabete, all'ipertensione arteriosa, e alla cosiddetta dislipidemia aterogena, ovvero a livelli di trigliceridi superiori a 150 mg/dl e di colesterolo HDL inferiori a 40 mg/dl nel maschio e a 50 mg/dl nella femmina.

Da cosa sono causate queste condizioni?

Lo sviluppo di queste condizioni è multifattoriale, condizionato da stili di vita non salutari, in particolare alimentazione scorretta e sedentarietà, in presenza di una predisposizione genetica.

Come si prevengono e si curano?

La prevenzione si basa **sull'adozione di stili di vita salutari fin dall'infanzia** oppure, se ciò non è avvenuto, su modifiche da apportare il prima possibile nell'età adulta (dieta equilibrata, esercizio fisico, astensione dal fumo e dall'abuso di alcool). Tali modifiche sono di fondamentale importanza anche una volta che queste condizioni si sono manifestate, unitamente all'assunzione di farmaci da concordare con il medico curante. **Prevenzione, quindi, ma anche corretta gestione della patologia una volta diagnosticata per evitare complicanze che possono essere anche gravi.**

Prevenire insieme cancro e malattie cardiovascolari è possibile

- fino al 40% dei tumori è evitabile con corretti stili di vita
- gli stessi comportamenti riducono anche il rischio cardiovascolare

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

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

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

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

L'obesità è anche un fattore di rischio oncologico

Il 40% delle morti è causato da fattori di rischio modificabili, in particolare fumo, consumo di alcol, sedentarietà ed eccesso

ponderale. Il **grave peso in eccesso** è infatti **uno dei principali fattori di rischio per molte malattie croniche**, incluse quelle **cardio metaboliche e oncologiche** tra cui endometrio, colon retto, esofago, rene, pancreas e seno, specie fra le donne in post menopausa. Può anche compromettere l'efficacia delle terapie e aumentare il rischio di complicanze e recidive. Attività fisica e sana alimentazione svolgono un'azione preventiva e terapeutica importante. Uniti ad un **approccio sempre più multidisciplinare** (metabolico, endocrinologico, nutrizionale, oltre che oncologico) che consideri **l'unicità della persona con patologia oncologica, includendo anche gli aspetti psicologici e sociali.**

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

Giudizi e pregiudizi

L'obesità non è solo una questione di scelte individuali o di stile di vita: è una malattia cronica, progressiva e recidivante, determinata da molteplici fattori. Lo stigma e la discriminazione portano spesso a colpevolizzare le persone, attribuendo loro la responsabilità della propria condizione. È fondamentale promuovere, accanto alla prevenzione dei fattori di rischio, una cultura basata su inclusione e rispetto. Il cambiamento parte anche da noi.

➔ **Informati:** guarda oltre i pregiudizi, con empatia. Dietro il sovrappeso o l'obesità ci sono cause diverse e complesse.

Obesità e Piano Nazionale della Cronicità – cosa cambia

Con la Legge 3 ottobre 2025 n. 149, l'obesità è riconosciuta come malattia cronica. Con il nuovo Piano Nazionale della Cronicità, questo si traduce in percorsi di cura strutturati e continuativi, presa in carico multidisciplinare e maggiore attenzione alla prevenzione.

➔ **In prospettiva:** più attenzione alla diagnosi precoce e un possibile ampliamento dell'accesso a terapie farmacologiche, supporto nutrizionale e programmi di educazione e prevenzione.

Vaccinazioni

I programmi di vaccinazione e immunizzazione rappresentano una delle più efficaci strategie di prevenzione per la tutela della salute. Proteggono dalla malattia e dalle sue complicanze e contribuiscono alla sicurezza della collettività quando le coperture vaccinali sono adeguate.

Le vaccinazioni sono tra i maggiori successi della sanità pubblica: hanno permesso di ridurre drasticamente la diffusione e la mortalità di malattie che fino a pochi decenni fa erano tra le principali cause di morte, anche nei Paesi più sviluppati (come poliomielite, morbillo, difterite, pertosse, tetano e infezioni da papillomavirus umano).

La vaccinazione non ha età

Dall'infanzia all'età adulta, fino alla popolazione anziana, rappresenta uno strumento essenziale per vivere più a lungo e in salute.

Nell'infanzia, le vaccinazioni hanno ridotto in modo significativo mortalità, complicanze e disabilità. **In adolescenza**, l'introduzione del vaccino contro il Papillomavirus (HPV), per esempio, ha contribuito a prevenire diverse forme tumorali HPV-correlate.

In una **società sempre più longeva, la vaccinazione dell'adulto e dell'anziano assume un ruolo centrale** nell'ambito dell'invecchiamento attivo e sano, soprattutto in presenza di patologie croniche.

Di rilevante importanza, l'**attenzione alle categorie a rischio**, per età, condizioni cliniche o esposizione professionale, per le quali sono previsti specifici calendari vaccinali.

Stanchezza vaccinale e disinformazione

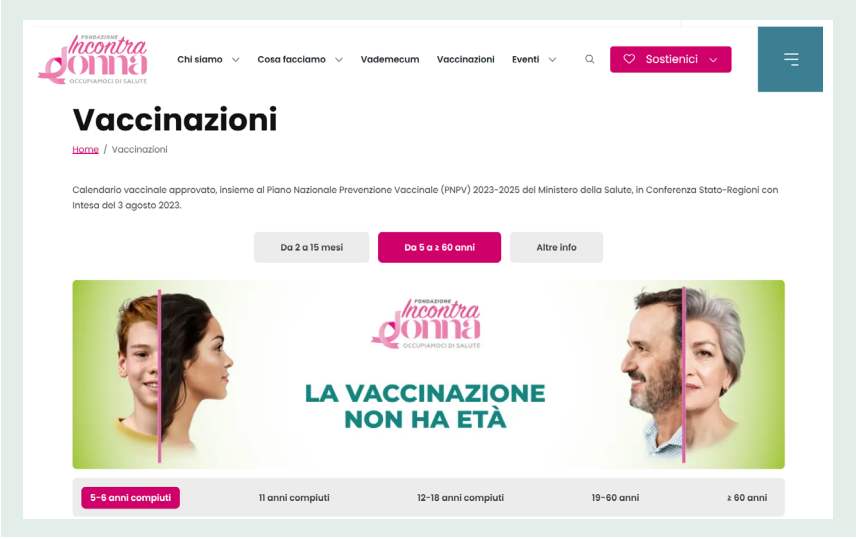
Negli ultimi anni si è osservato un calo dell'adesione alle vaccinazioni, legato anche alla cosiddetta "stanchezza vaccinale" e alla diffusione di informazioni non corrette.

La disinformazione rappresenta un rischio concreto per la salute individuale e collettiva. Per questo è fondamentale promuovere una comunicazione chiara, accessibile e basata su fonti autorevoli, rafforzando il rapporto di fiducia tra cittadini e professionisti sanitari.

Fondazione IncontraDonna è impegnata nella promozione di campagne informative e strumenti pratici di orientamento, come il Disco del Calendario Vaccinale, realizzato nell'ambito della campagna #LaVaccinazioneNonHaEtà, in linea con il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2023-2025.

Il Disco è oggi disponibile in versione digitale, facilmente consultabile e sempre aggiornata:

➔ scopri di più su IncontraDonna.it



CATEGORIE A RISCHIO PER ETÀ E PER PATOLOGIA

Con l'**avanzare dell'età**, il sistema immunitario tende a diventare meno efficiente (immunosenescenza).

Questo, **insieme alla presenza di patologie croniche, aumenta il rischio di infezioni e di complicanze anche gravi.**

La prevenzione vaccinale rappresenta quindi una risposta concreta, efficace e sostenibile per migliorare la qualità e l'aspettativa di vita della popolazione. Il Piano di Prevenzione Vaccinale promuove l'ampliamento dell'offerta vaccinale e il miglioramento delle coperture, **con particolare attenzione alle persone più fragili.**

Persone di età ≥ 60 anni

Vaccinazione antinfluenzale: Raccomandata e offerta gratuitamente a partire dai 60 anni. Rappresenta uno strumento fondamentale per ridurre complicanze, ospedalizzazioni e riacutizzazioni di patologie croniche, soprattutto nei mesi invernali. Poiché i virus dell'influenza cambiano spesso, la vaccinazione va ripetuta **ogni anno,** in alcuni casi anche in co-somministrazione con altri vaccini.

Vaccinazione anti-pneumococcica: Raccomandata prioritariamente a partire dai 65 anni. Può essere effettuata insieme al vaccino antinfluenzale o in qualsiasi momento dell'anno.

Vaccinazione anti-Herpes Zoster: Raccomandata e gratuita nei 65enni e nei soggetti a rischio anche dai 18 anni. Riduce significativamente il rischio di sviluppare il cosiddetto "Fuoco di Sant'Antonio" e la nevralgia post erpetica, una delle complicanze più frequenti e debilitanti della malattia.

Persone a rischio per patologia

Le persone con patologie croniche (cardiovascolari, respiratorie, metaboliche, oncologiche, renali, immunologiche) **presentano un rischio maggiore di infezioni e complicanze**.

Per questo motivo, il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale prevede **per loro vaccinazioni raccomandate e gratuite, indipendentemente dall'età.**

In questi soggetti, la prevenzione vaccinale assume un ruolo ancora più rilevante anche per:

- **evitare** interruzioni o **ritardi nelle terapie**
- ridurre il rischio di **complicanze severe**
- **proteggere la qualità della vita**

LEVIAMOCI QUALCHE DUBBIO

Quali sono le vaccinazioni gratuite?

In generale, tutte le vaccinazioni raccomandate per età, condizioni di salute o fattori di rischio sono offerte gratuitamente. Possono esserci alcune differenze territoriali, con alcune regioni ad offerta ampliata. Per maggiori informazioni, consulta il sito della tua Regione e quello del Ministero della Salute alla sezione vaccinazioni per età, categoria e condizione.

Come prenotare una vaccinazione?

È possibile rivolgersi al proprio medico di medicina generale e al pediatra, e in alcuni casi al farmacista o consultare il sito della propria Regione.

I pazienti oncologici possono vaccinarsi?

Sì e alcune vaccinazioni sono fortemente raccomandate, tra cui influenza, pneumococco, Herpes Zoster.

Per le persone che affrontano o hanno affrontato un tumore, la **prevenzione vaccinale è parte integrante della cura.** Durante e dopo le terapie oncologiche, infatti, il sistema immunitario può essere più vulnerabile: questo aumenta il **rischio di infezioni che possono interferire con il percorso terapeutico** e incidere sulla qualità della vita.

Per questo è **importante proteggersi attraverso la vaccinazione**, secondo le indicazioni del medico curante, e **coinvolgere anche familiari e caregiver.** A titolo di esempio, la vaccinazione antinfluenzale è gratuita e offerta attivamente ai pazienti oncologici e ai loro familiari, proprio per ridurre il rischio di complicanze e favorire la **continuità delle cure.**

PARLANE CON IL TUO MEDICO

Ogni persona ha bisogni diversi: il calendario vaccinale può essere adattato in base a età, stato di salute e terapie in corso.

➔ INFORMAZIONI AFFIDABILI FANNO LA DIFFERENZA

Per scegliere consapevolmente, affidati sempre a fonti istituzionali e al confronto con il tuo medico.

Lettera da AIOM e Fondazione AIOM

Ogni anno solo in Italia si registrano più di 390mila nuove diagnosi di tumore. Il cancro non è una sola ed unica malattia ma più di 200 diverse patologie. Oggi, rispetto al recente passato, conosciamo meglio le neoplasie e le diverse caratteristiche che possiedono. Da queste abbiamo sviluppato nuove terapie che riescono ad essere più efficaci e su "misura" del singolo paziente. Inoltre in molti tumori riusciamo ad ottenere maggiori diagnosi precoci e quindi possiamo intervenire con migliori probabilità di successo. Tutti questi progressi hanno portato nel nostro Paese ad un calo complessivo del 9% dei decessi oncologici negli ultimi 10 anni.

Sono notizie incoraggianti che però non devono far dimenticare che abbiamo un'arma davvero importante in nostro possesso e che va sempre promossa: la prevenzione. Il cancro può essere sconfitto anche giocando d'anticipo e seguendo tutti i giorni alcuni semplici regole. Il 40% dei tumori è, infatti, evitabile seguendo stili di vita sani e sottoponendosi regolarmente (dopo una certa età) ad alcuni esami.

Per tutti questi motivi abbiamo rinnovato il nostro contributo alla stesura del nuovo Vademecum. L'AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) è una Società Scientifica, nata nel lontano 1973, che riunisce al proprio interno i medici oncologici italiani. Nel 2005 è nata invece la Fondazione AIOM che si pone l'obiettivo di riunire nella stessa organizzazione clinici specialisti, pazienti e infermieri. Insieme ci occupiamo della lotta ai tumori a 360 gradi e dell'assistenza alle persone colpite, direttamente o indirettamente, da queste malattie.

Anche nel 2026 AIOM e Fondazione AIOM partecipano ad un'iniziativa importante e che vuole sensibilizzare la popolazione residente nel nostro Paese.

Massimo Di Maio
Presidente AIOM

Aiom ASSOCIAZIONE ITALIANA ONCOLOGIA MEDICA

Francesco Perrone
Presidente Fondazione AIOM

AiomFondazione

La Fondazione IncontraDonna promuove il diritto alla salute, la prevenzione oncologica e la patient advocacy in tutta Italia.

Fondata nel 2008 come ONLUS, la Fondazione IncontraDonna è oggi un punto di riferimento nazionale nella prevenzione oncologica, nella tutela dei diritti e nel miglioramento dei percorsi di cura nel tumore al seno. Dal 2022 è diventata Fondazione IncontraDonna ETS, ampliando la propria missione per un sistema sanitario equo, innovativo e accessibile, in particolare nell'ambito della prevenzione e della cura oncologica.

In particolare, la Fondazione opera al fine di:

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

incontradonna.it

COME SOSTENERE LA
FONDAZIONE INCONTRADONNA

FONDAZIONE Incontra donna
OCCUPIAMOCI DI SALUTE

Effettua una donazione

Intestazione: Fondazione IncontraDonna

Causale: donazione

Conto Corrente: Unicredit Spa

IBAN: IT93D0200805198000400072751

Dona il 5 x Mille

Nel modulo per la dichiarazione dei redditi, troverai un riquadro destinato al sostegno degli Enti del Terzo Settore iscritti nel RUNTS.

Inserisci il nostro

codice fiscale

97513990586

FRECCIAROSA

**LA PREVENZIONE
È UN VIAGGIO
DA FARE INSIEME.**

VADEMECUM
ONLINE

ENGLISH
VERSION

incontradonna.it • agenas.it • iss.it
salute.gov.it • fsitaliane.it • farmindustria.it