



COMUNE DI SAN VITTORE OLONA

«Prevenzione non solo rosa ... »

... la prevenzione nei tumori con problematiche maschili

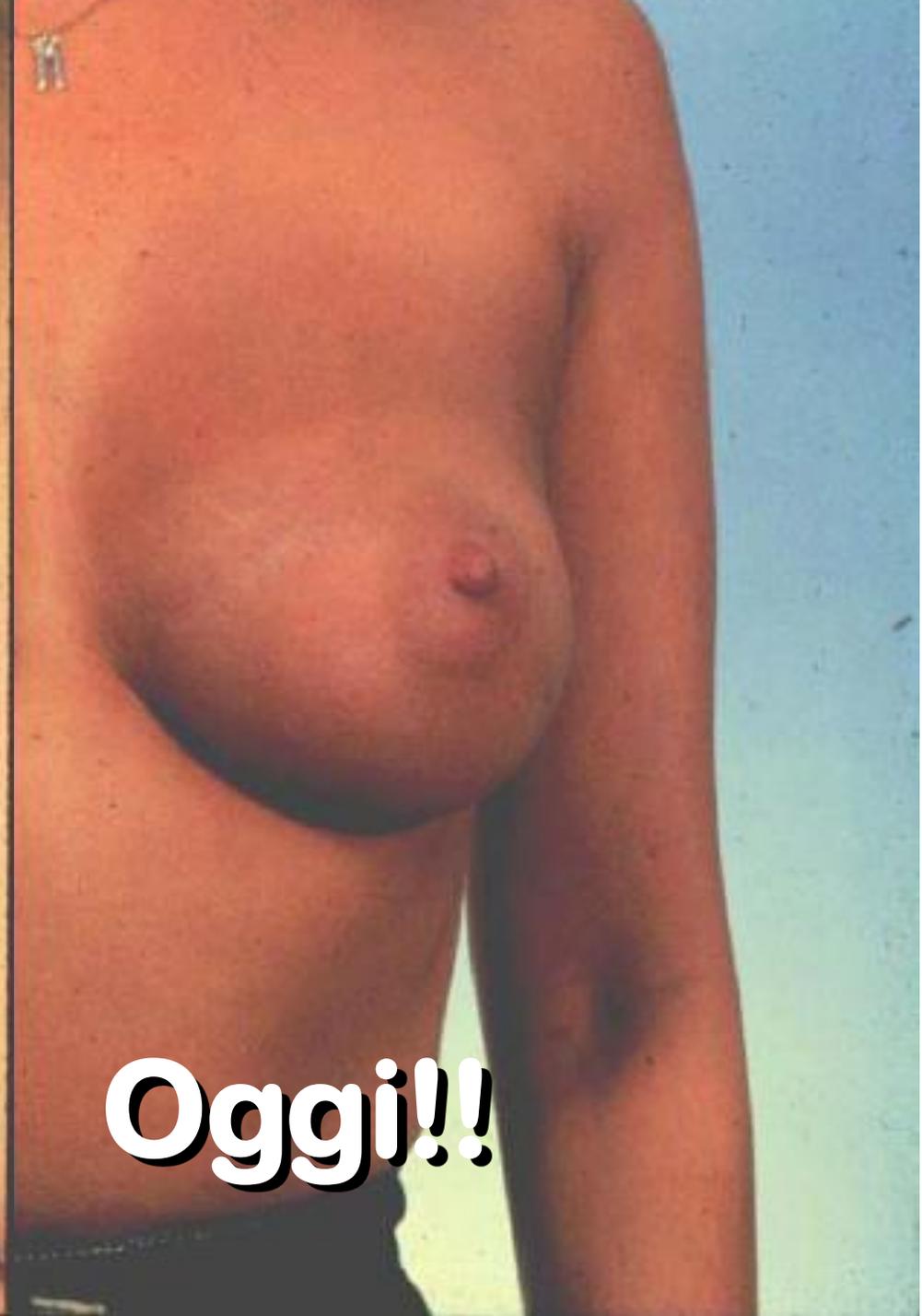
Dott. Sergio Fava

Direttore Oncologia Medica legnano

San vittore Olona
20.10.2016



Ieri...



Oggi!!!

Epidemiologia dei Tumori

I NUMERI DEL CANCRO IN ITALIA 2015



Incidenza:

2015 363.000 nuovi casi attesi di cui
194.000 nuovi casi per uomini
169.000 nuovi casi per le donne

Mortalità

2012: 177.000 decessi per tumore (29%)
Su 600.000 decessi per tutte le cause dei quali

- 100.000 uomini
- 77.000 donne

Sopravvivenza a 5 anni

Incremento della sopravvivenza alla fine degli anni 2000
Maschi dal **10 al 14%**
Femmine dal **12 al 18%**

Quali tumori più frequenti ? per sesso

Rango	Maschi	Femmine
1°	Prostata (20%)	Mammella (29%)
2°	Polmone (15%)	Colon-retto (13%)
3°	Colonretto (14%)	Polmone (6%)
4°	Vescica* (10%)	Corpo dell'utero (5%)
5°	Stomaco (5%)	Stomaco (4%)

- Primi 5 tumori più frequentemente diagnosticati e
proporzione sul totale di tutti i tumori

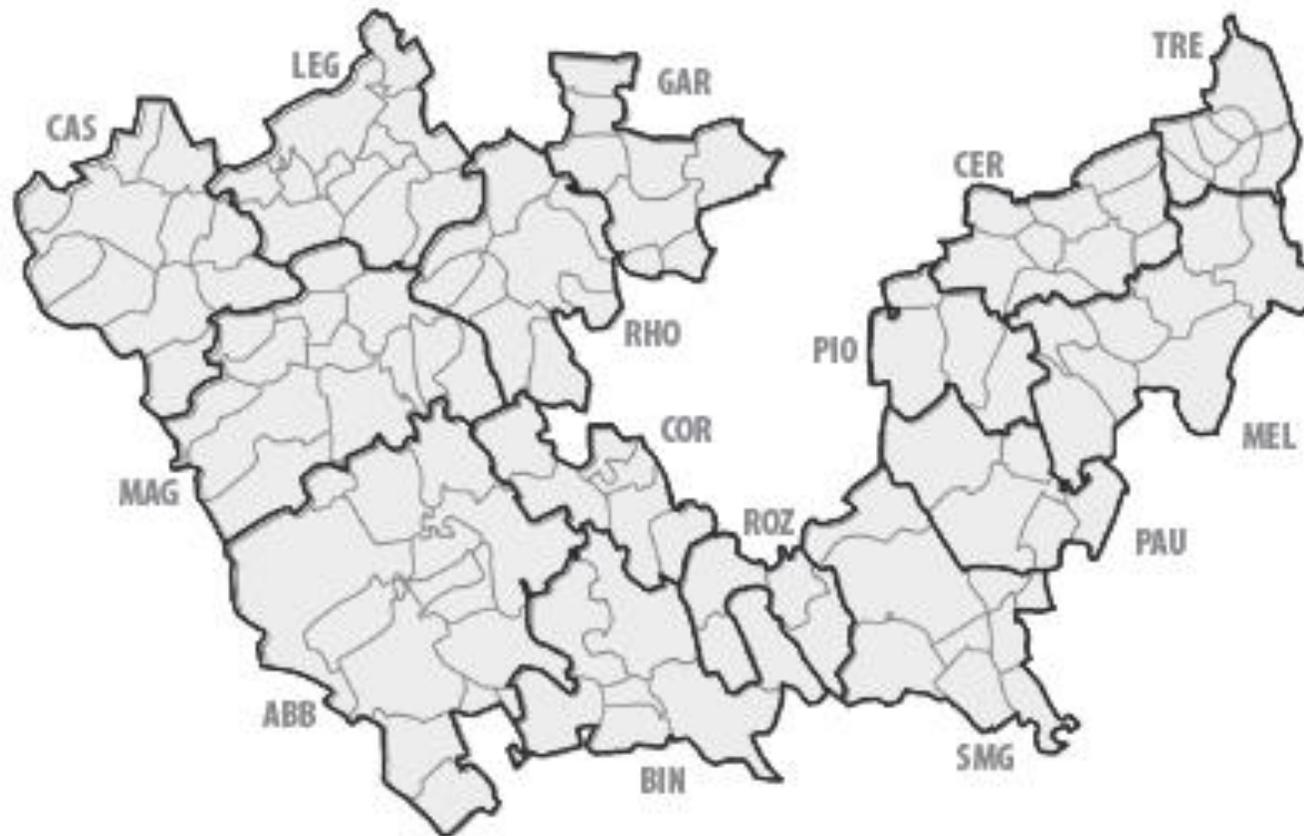
I Tumori in provincia di Milano

I Tumori in Provincia di Milano - RAPPORTO 2015

RAPPORTO DEL REGISTRO TUMORI DELLE ASL DELLA PROVINCIA DI MILANO

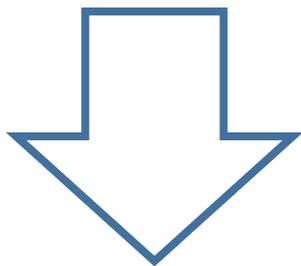
INCIDENZA, MORTALITÀ, PREVALENZA E
SOPRAVVIVENZA DEI TUMORI

Figura 2. Territorio delle ASL della Provincia di Milano.
Suddivisione in comuni e distretti sanitari



I tumori in provincia di Milano

Incidenza e mortalità



Popolazione residente al 1.01.2013:

- **1.546.237** abitanti di cui
- **754.821** maschi
- **791.416** femmine

I Tumori in Provincia di Milano - RAPPORTO 2015

TUTTI I TUMORI

MASCHI E FEMMINE

INCIDENZA E MORTALITÀ. SINTESI DEI DATI

ANNI 2007-2012

	INCIDENZA			MORTALITÀ		
	MI1	MI2	TOTALE	MI1	MI2	TOTALE
NUMERO CASI	33.751	20.695	54.446	15.219	9.065	24.284
MEDIA ANNUALE	5625,2	3449,2	9074,3	2536,5	1510,8	4047,3
% CASI SUL TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
TASSO GREZZO ⁽¹⁾	614,4	580,1	600,9	277,0	254,1	268,0
TASSO STD (EUR) ⁽¹⁾	422,3	418,3	420,7	167,7	166,4	167,2
RISCHIO CUM. 0-74 (%)	29,5	29,3	29,4	11,1	11,0	11,1
RAPPORTO M/I (%)	45,1	43,8	44,6			

⁽¹⁾per 100.000 abitanti

I tumori in provincia di Milano

Maschi: Incidenza e mortalità

TUTTI I TUMORI

MASCHI

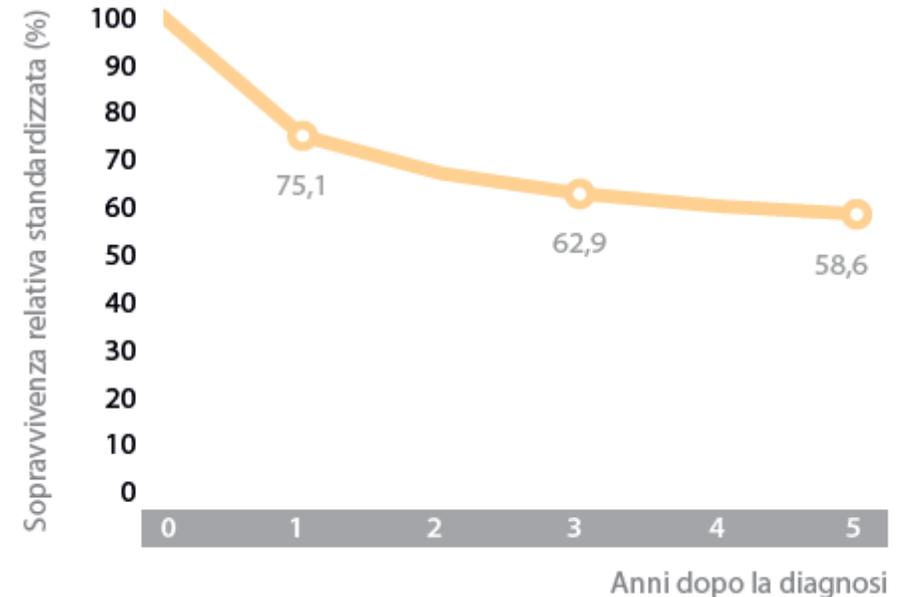
I TUMORI PIÙ FREQUENTI
ANNI 2007-2012

DESCRIZIONE	N	%
TUMORE DELLA PROSTATA	5.820	19,5
TUMORE DEL POLMONE	4.550	15,3
TUMORE DEL COLON E DEL RETTO	4.099	13,7
TUMORE DELLA VESCICA	3.120	10,5
TUMORE DELLO STOMACO	1.354	4,5
TUMORE DELLA TESTA E DEL COLLO	1.328	4,5
TUMORE DEL FEGATO	1.291	4,3
TUMORE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE	1.176	3,9
LINFOMA NON HODGKIN	1.148	3,9
TUMORE DEL PANCREAS	905	3,0

TUTTI I TUMORI

MASCHI

SOPRAVVIVENZA RELATIVA STANDARDIZZATA PER ETÀ
ANNI 2007-2009



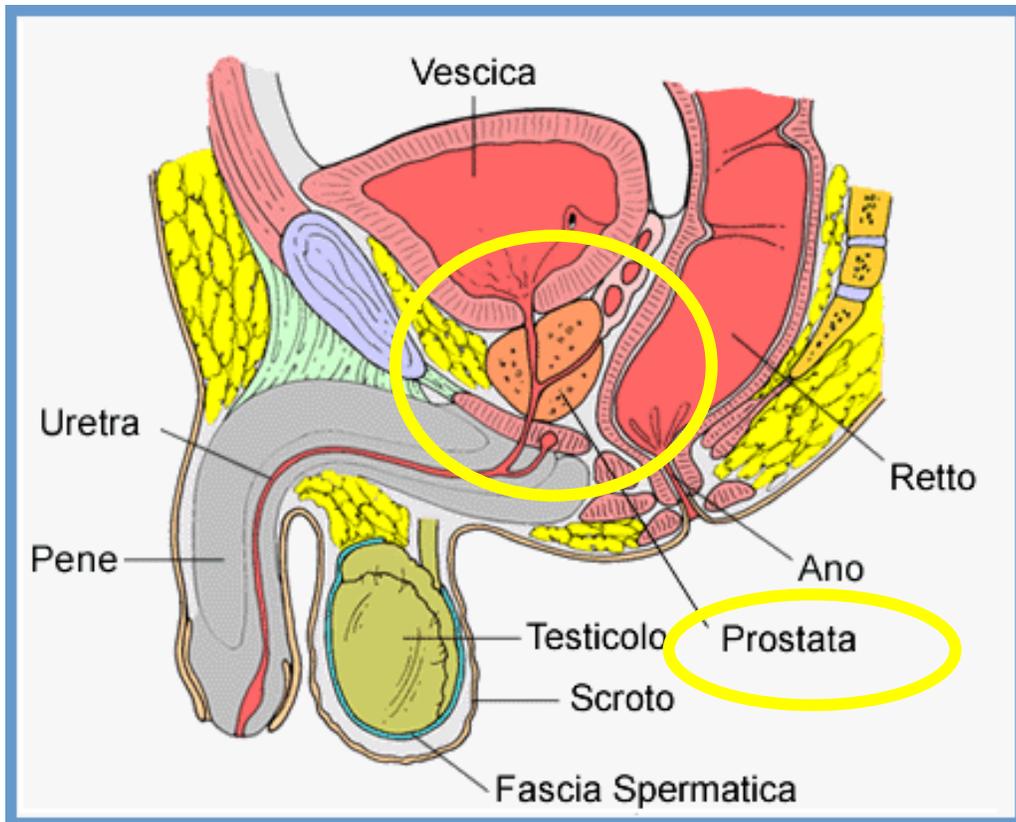
Sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi

Tutti i tumori, esclusi carcinomi della cute	39	42	47	51	55	57
Pancreas	4	4	5	5	6	7
Polmone	10	11	12	12	13	14
Prostata	62	70	79	85	89	91
Testicolo	86	90	89	91	92	94
Mammella	78	80	83	85	86	87
Utero cervice	63	67	67	67	68	71
Colon-retto	51	55	58	58	61	63
Colon	52	56	59	59	62	64
Retto	49	53	57	58	59	61

Il tumore della prostata

La prostata dov'è? e a cosa serve ?

- **Dov'è la Prostata?**



- **Che cosa fa?**

- È una ghiandola sessuale secondaria fondamentale per la riproduzione

- **Di che cosa si ammala?**

- Iperplasia Prostatica Benigna (IPB)
- Prostatite (infezione e infiammazione)
- **Cancro**

Tumore della prostata incidenza e mortalità in provincia di Milano

TUMORI DELLA PROSTATA

MASCHI

INCIDENZA E MORTALITÀ. SINTESI DEI DATI ANNI 2007-2012

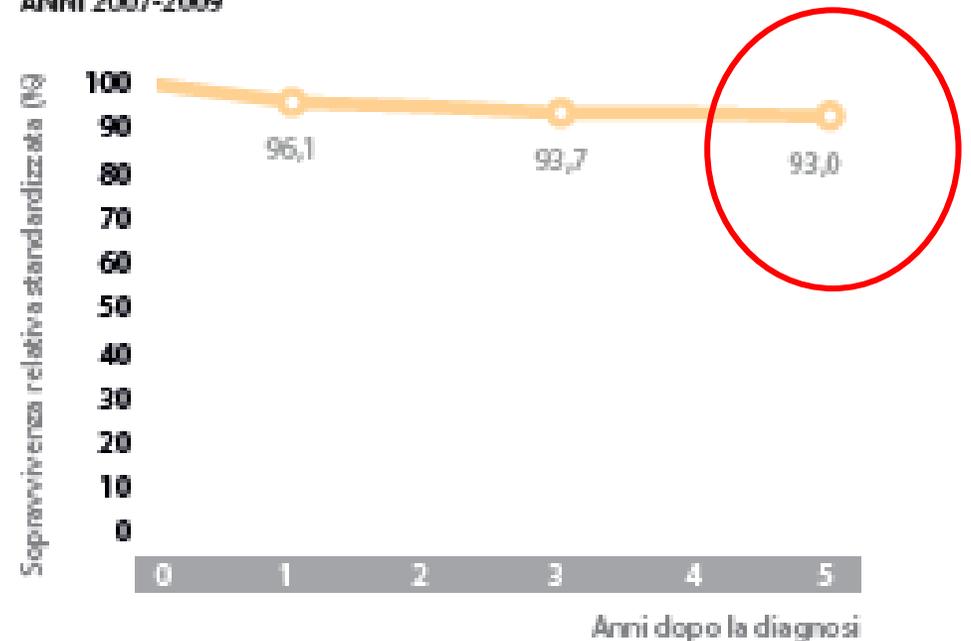
	INCIDENZA			MORTALITÀ		
	MI1	MI2	TOTALE	MI1	MI2	TOTALE
→ NUMERO CASI	3.488	2.332	5.820	504	318	822
→ MEDIA ANNUALE	581,3	388,7	970,0	84,0	53,0	137,0
% CASI SUL TOTALE	18,9	20,5	19,5	5,9	6,2	6,0
TASSO GREZZO ¹⁾	130,1	133,6	131,5	18,8	18,2	18,6
TASSO STD (EUR) ¹⁾	92,1	99,3	94,9	13,4	14,1	13,7
RISCHIO CUM. 0-74 (%)	8,3	9,2	8,7	0,5	0,6	0,5
RAPPORTO M/I (%)	14,4	13,6	14,1			

¹⁾per 100.000 abitanti

TUMORI DELLA PROSTATA

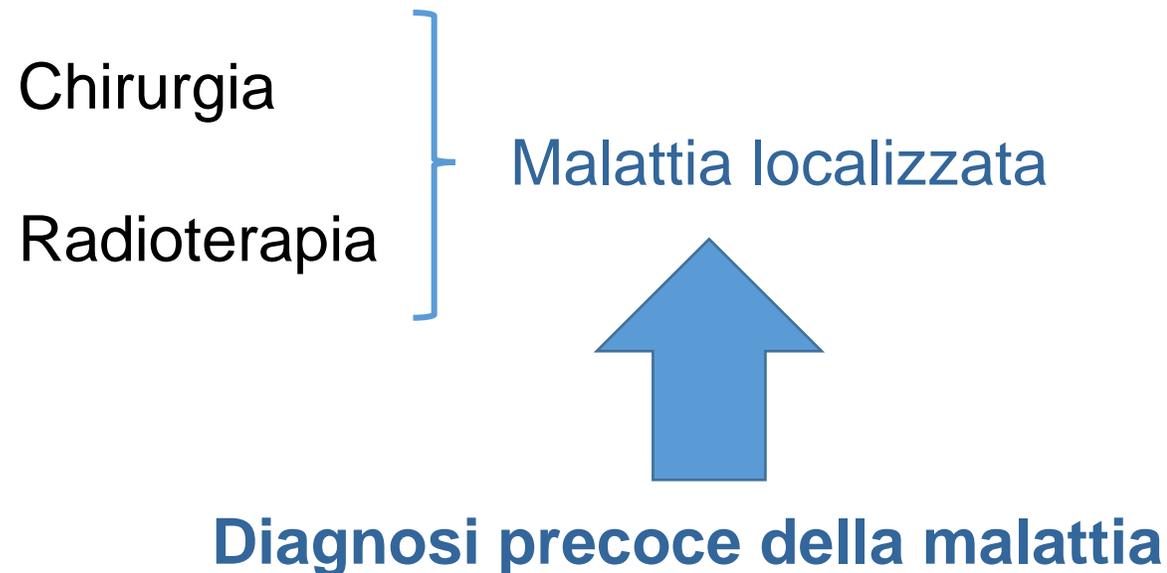
MASCHI

SOPRAVVIVENZA RELATIVA STANDARDIZZATA PER ETÀ ANNI 2007-2009



Tumore della prostata

- Neoplasia non cutanea più frequente nel maschio
- Malattia a **lenta evoluzione**; comunque responsabile del **10% delle morti per neoplasia** nel maschio
- Migliori risultati in termini di sopravvivenza:



Fattori di Rischio

- Quali sono i fattori di rischio?
 - Sesso Maschile (!)
 - età: 90% over 60
 - Familiarità: 2.5 volte più frequente se è affetto il genitore o un fratello
 - Alimentazione: Grassi saturi, latticini e carni rosse

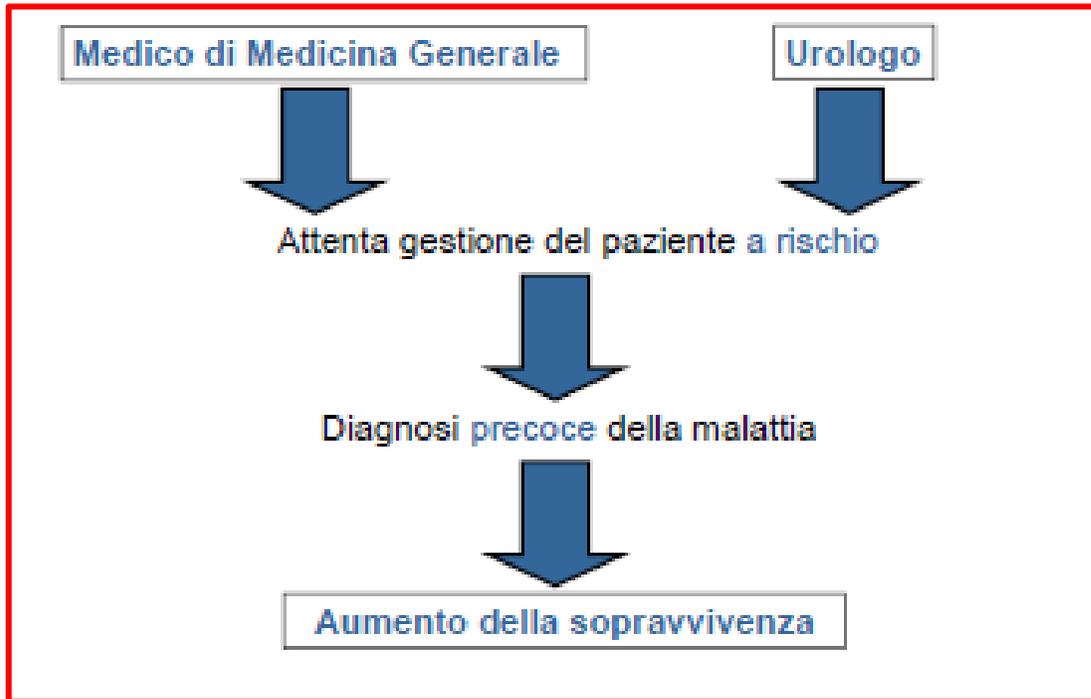
Sintomi

- Spesso assenti
- A volte I seguenti possono segnalare un problema
 - Basso flusso urinario
 - Maggiore frequenza di urinare anche la notte
 - Sensazione di incompleto svuotamento
 - Difficoltà ad iniziare la minzione
- Meno frequenti
 - Dolore nell'urinare
 - Dolore osseo

Eziologia del carcinoma prostatico

- L'età avanzata e la presenza di ormoni androgeni biologicamente attivi nel sangue circolante e nel tessuto prostatico rappresentano ancora oggi i fattori causali più rilevanti.
- L'eziologia è multifattoriale: risultato di una complessa interazione di fattori genetici ed ambientali con l'età e lo stato ormonale dei soggetti a rischio.
- I fattori genetici sono responsabili della familiarità, con una diversa incidenza della malattia nelle diverse razze umane.
- L'incidenza è alta nella popolazione di colore degli Stati Uniti, rispetto ai bianchi ispanici ed ancor più rispetto ai bianchi non ispanici.
- In alcuni paesi del sud-est asiatico si riscontrano tassi di incidenza molto bassi, inferiori di dieci volte il tasso d'incidenza dell'America del Nord e di molti paesi Europei.

Diagnostica del carcinoma prostatico



Ad oggi il sospetto di carcinoma prostatico insorge per:

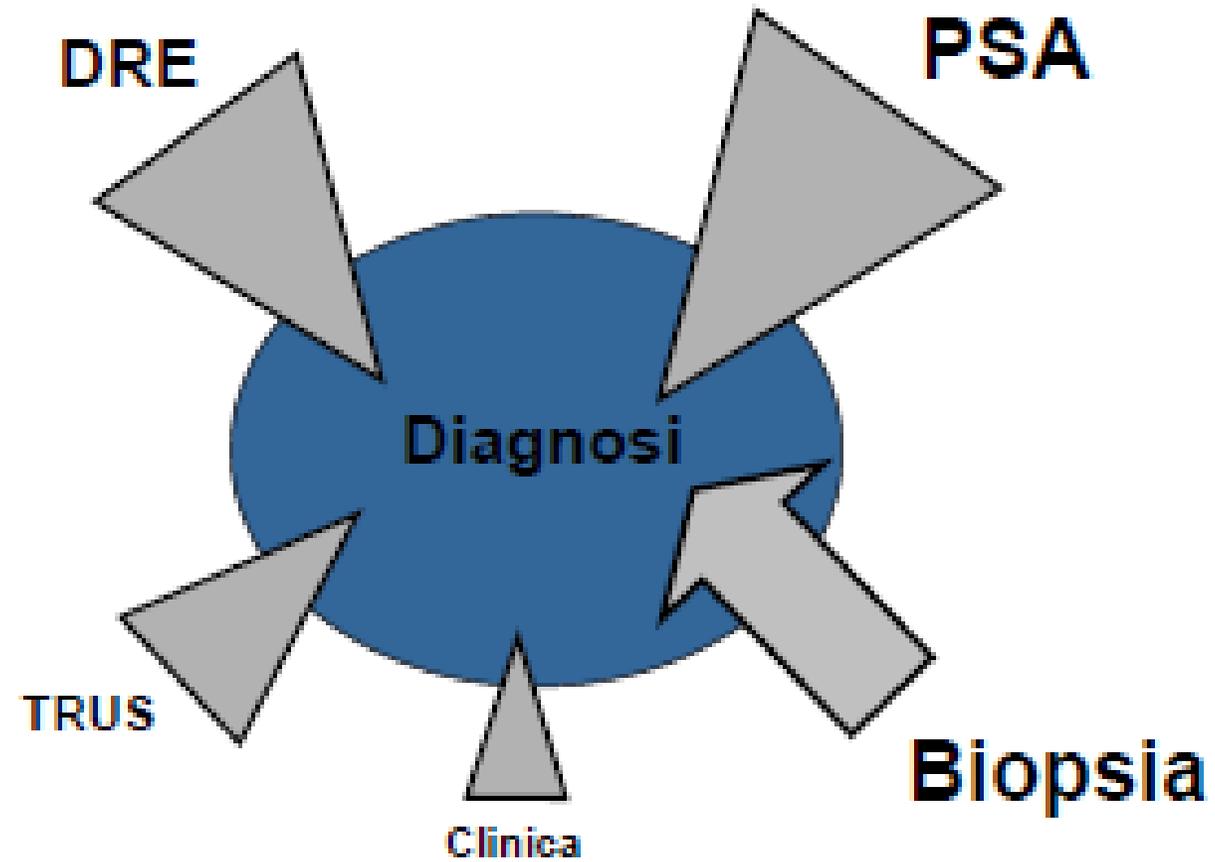
- incremento del PSA
 - reperto palpatorio sospetto
- } **Maggior parte dei casi**

Altrimenti:

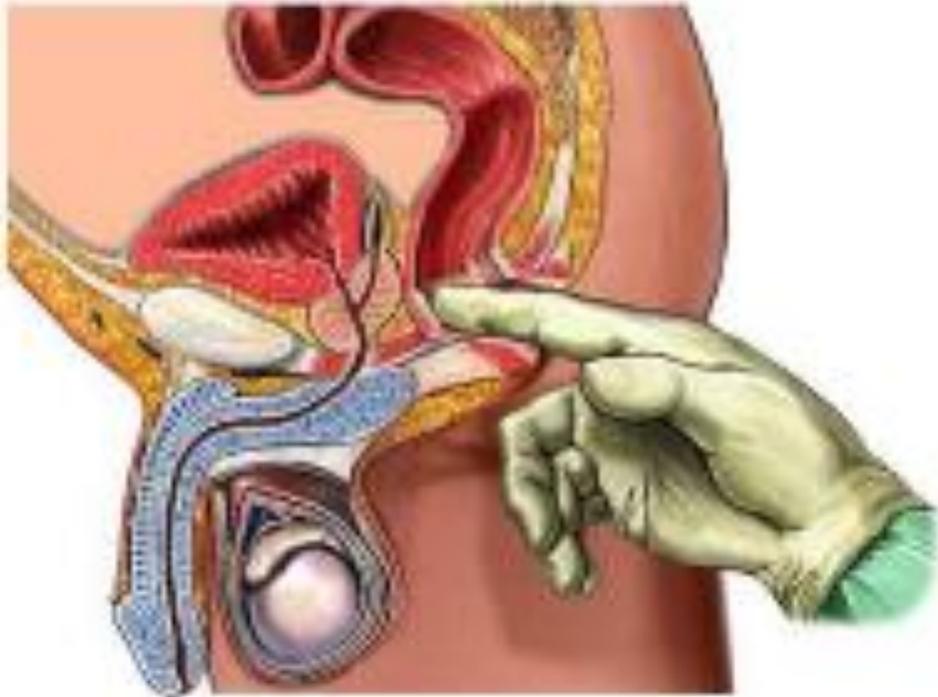
- quadro clinico (malattia avanzata)
 - reperto istologico incidentale (post TURP)
 - area ecografica sospetta
- } **Non frequentemente**

La diagnosi definitiva è sempre istologica

Strumenti diagnostici



Esplorazione rettale



- Dimensioni
- Superficie
- Forma
- Consistenza
- Margini
- Solco mediano
- nodularità

PSA

IL PSA

- Proteina organo-specifica, ma non tumore-specifica
- Incremento sierico per molte condizioni non neoplastiche
- Sicuramente più sensibile della semplice DRE o TRUS nella diagnostica del carcinoma prostatico
- Valore predittivo positivo:
 - 25-35 % per PSA tra 4 e 10 ng/ml
 - 50-80% per PSA > 10 ng/ml

IL PSA

- Il PSA è una serin-proteasi callicreino-simile prodotta principalmente dal tessuto prostatico.
- E' un enzima è la **sua funzione** è quella di “**fluidificare**” il liquido seminale.
- Il suo ruolo, nella diagnosi del carcinoma prostatico è oggetto di dibattito nella comunità scientifica internazionale.
- Il test Psa **non è nato**, in quanto test di screening, ma come test di **controllo per la progressione tumorale**, la risposta alla terapia ed il follow-up.

Incremento del PSA da causa non neoplastica

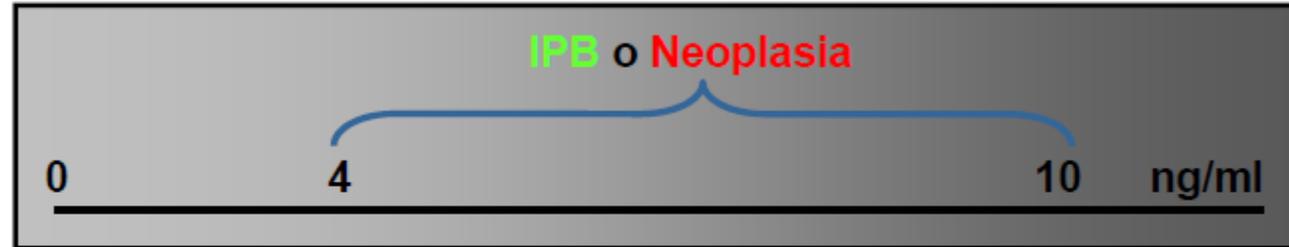
- In presenza di prostatite acuta, d'infarto prostatico e di ritenzione urinaria,
- **IPB.**
- La biopsia prostatica può causare incrementi anche rilevanti (fino a 50 volte) del PSA, dopo la biopsia i valori di PSA tornano ai livelli pre-biopsia lentamente (anche 30-60 giorni).
- L'effetto dell'esplorazione rettale sembra limitato e comunque ristretto ai casi con valori di PSA medi o elevati (>10 ng/ml).
- Il cateterismo vescicale
- L'ecografia prostatica transrettale

Valori di PSA al 95%ile per fasce di età

40-49 anni	2,3ng/ml		2,5ng/ml
50-59 anni	3,5ng/ml	3,5ng/ml	3,5ng/ml
60-69 anni	5,0ng/ml	5,4ng/ml	4,5ng/ml
70-79 anni	6,0ng/ml	6,3ng/ml	6,5ng/ml
casivalutati	1000	728	549

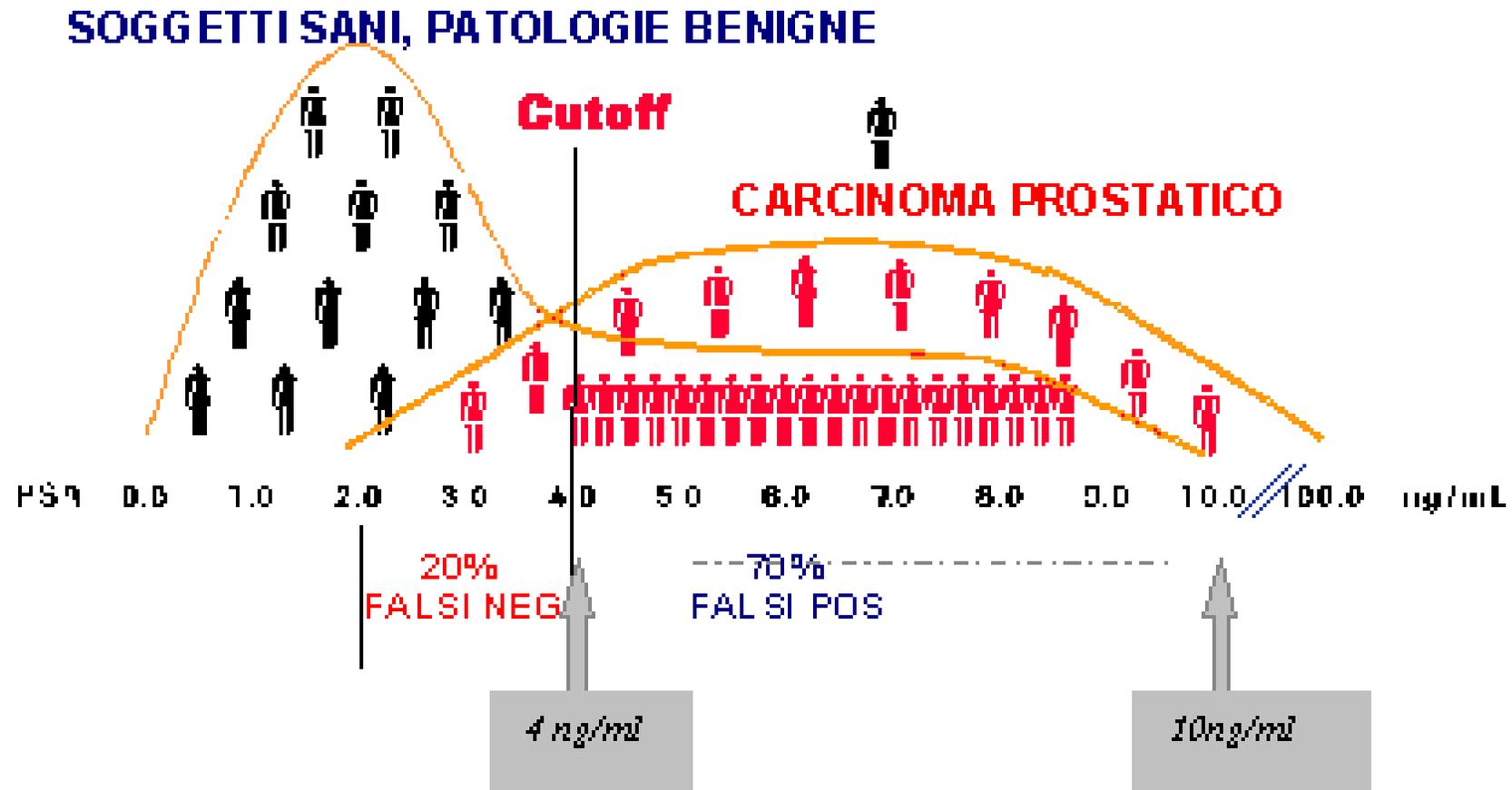
PSA: valore soglia

PSA totale tra 4 e 10 ng/ml



- La maggior parte delle neoplasie **organo-confinato** esprimono valori del PSA tra 4 e 10 ng/ml
- Molti di questi casi si rivelano comunque **IPB**

Il Punto di Cut-off per il PSA è 4,0 ng/ml



Limiti del PSA

Il valore limite oltre il quale il PSA viene convenzionalmente considerato patologico è 4 ng/ml.

L'ulteriore riduzione di questo limite comporta il rischio di:

- sottoporre pazienti non affetti da neoplasia maligna ad indagini invasive (biopsia prostatica transrettale)
- rivelare neoplasie prostatiche clinicamente non significative

Non c'è ancora uniformità di opinioni riguardo il valore soglia di PSA capace di rivelare neoplasie prostatiche non palpabili e clinicamente significative

Marcato aumento del PSA +/- sintomi di prostatite

Come comportarsi?

- Terapia antibiotica (fluorochinoloni)
- Terapia antiflogistica (topica endorettale)

Nuovo PSA almeno dopo 40 gg; se ancora
sospetto è indicato un mapping biptico

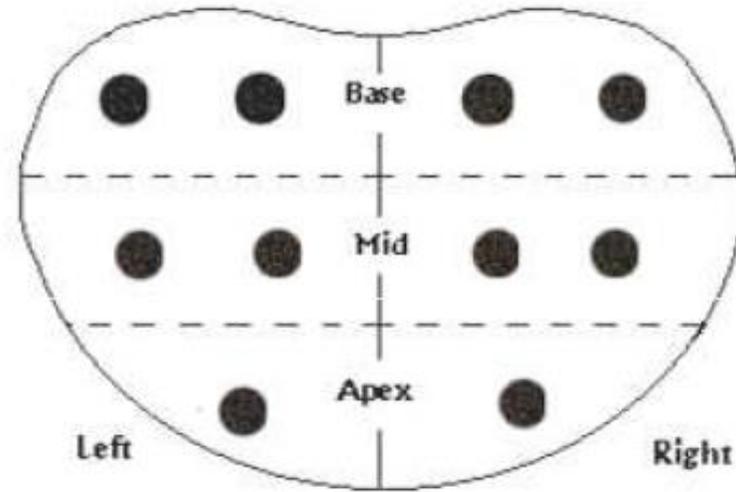
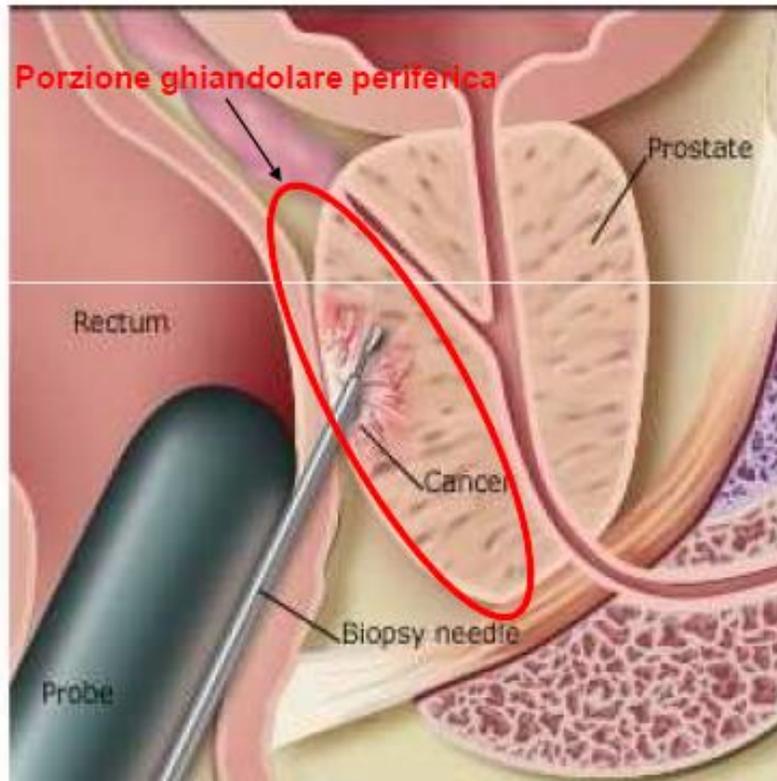
PSA CONCLUSIONI

- Ad oggi il Test Psa ha una **bassa specificità** e non può essere utilizzato come test di screening.
- **Nuove metodiche** (Psa density, Psa velocity) sono allo studio come possibili test di screening.
- Il tumore prostatico è a **lenta crescita** e le neoplasie che potrebbero essere diagnosticate da un test di screening potrebbero essere neoplasie che non si sarebbero mai manifestate nel corso della vita di un uomo.

Ecografia prostatica transrettale

Biopsia prostatica tranrettale

Tecnica di esecuzione



Mapping bioptico prostatico: 10 prelievi in totale.
Per ogni lobo 5:

- 2 base
- 2 porzione media
- 1 apice

Biopsia prostatica

Esplorazione rettale negativa + incremento del PSA

Quando eseguire il mapping bioptico?

- Sicuramente per PSA > 10
- Consigliato per PSA > 4

Ecografia prostatica tranrettale + PSA + esplorazione rettale

L'utilizzo combinato di PSA, TRUS e DRE incrementa la sensibilità diagnostica

Per alterazioni riscontrate in uno solo dei tre:

- la biopsia è positiva nel 6 – 25 %

Per alterazioni in due:

- biopsia positiva nel 18 – 60 %

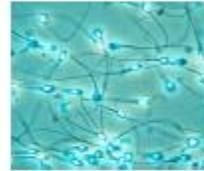
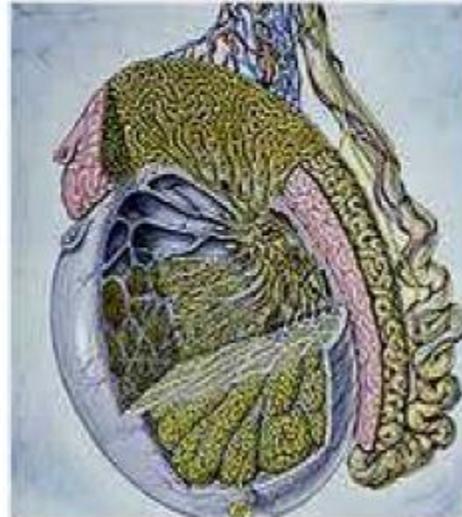
Per alterazioni di tutti e tre:

- biopsia positiva nel 56 – 72 %

- Non esiste al momento, in base all'evidenza scientifica, indicazione all'esecuzione dello screening di soggetti asintomatici mediante PSA, sia quale provvedimento sanitario di "popolazione" (invito attivo di residenti selezionati in base all'età), che "spontaneo" (raccomandazione alla popolazione di sottoporsi al dosaggio periodico del PSA).

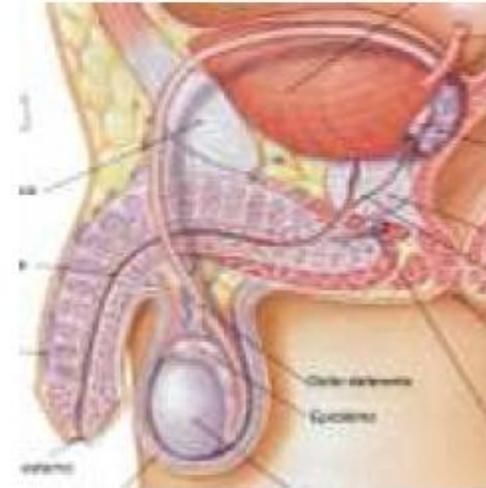
Il tumore del testicolo

SUGGERIMENTI PRATICI PER I VARI TUMORI **TESTICOLI**



**Produzione di
spermatozoi**

**Produzione di
Testosterone**



Il tumore del testicolo

LE NEOPLASIE DEL TESTICOLO

E' IL TUMORE PIU' COMUNE NEI MASCHI FRA I 15 ED I 35 ANNI

3.9 CASI /anno /100.000 MASCHI

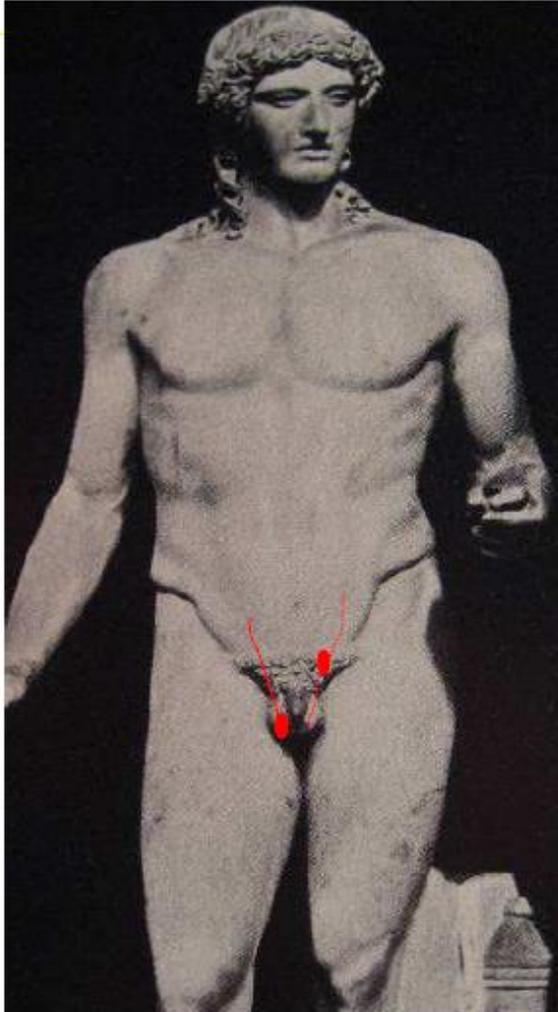
TRA 15-35 anni: 6-9 CASI/ 100.000 MASCHI



INCIDENZA TRIPLICATA (X3)

3 PICCHI: BAMBINI - 15-35 anni - oltre i 50

Il tumore del testicolo



LE NEOPLASIE DEL TESTICOLO

FATTORI PREDISPONENTI

- FAMILIARITA' PER NEOPLASIA DEL TESTICOLO
- NEOPLASIA DEL TESTICOLO CONTROLATERALE
- ATROFIA (VOLUME MOLTO RIDOTTO) DEL TESTICOLO

CRIPTORCHIDISMO

**TESTICOLO CHE NON DISCENDE
NELLO SCROTO DURANTE LO SVILUPPO**

**RISCHIO AUMENTATO
DI 10 - 40 VOLTE**

Il tumore del testicolo

Sintomatologia soggettiva

I SEGNALI DI RISCHIO DA NON TRASCURARE

Ecco alcuni segnali che non devono essere sottovalutati e che devono essere segnalati tempestivamente al medico, anche se non necessariamente sono indizi del tumore:

- ➔ rigonfiamenti del testicolo
- ➔ sensazione di pesantezza nello scroto
- ➔ dolore sordo nella parte inferiore dell'addome o all'inguine
- ➔ improvvisa formazione di liquido nello scroto

sangue nelle urine

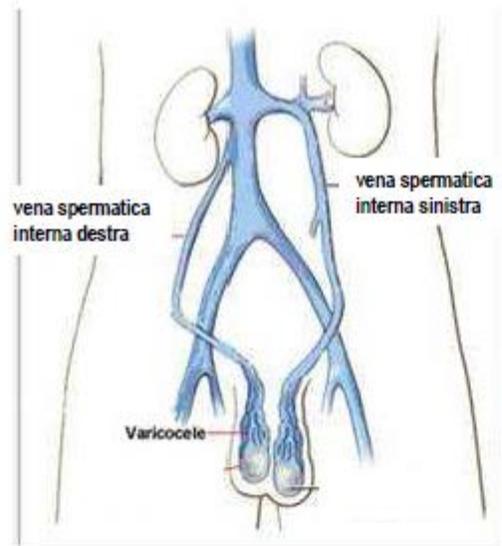
rigonfiamento o rammollimento delle mammelle

molti segni e sintomi sono tardivi

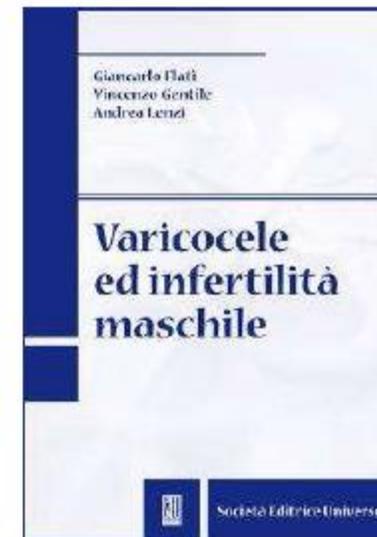
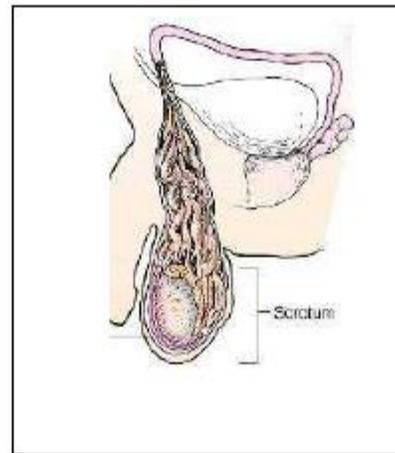
AUTOPALPAZIONE

...non solo tumori

. Un senso di pesantezza a livello dello scroto; può essere causato da ristagno di sangue in vene un po' più larghe (**varicocele**) e, se non curato, può essere causa di sterilità.

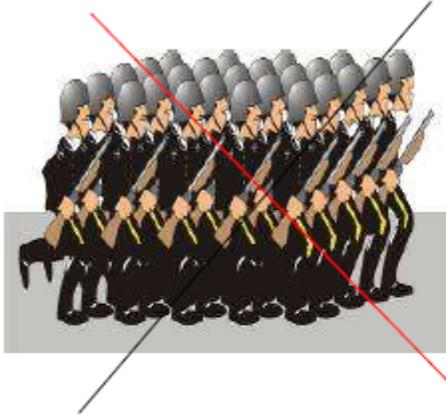


Oltre il 30% dei maschi



Il tumore del testicolo

CONTROLLO PERSONALE PERIODICO: “QUANDO”



✓ **A PARTIRE DAI 15 ANNI**

✓ **UN AUTO-ESAME UNA VOLTA OGNI 3-4 MESI**

✓ **MEGLIO DOPO UNA DOCCIA O UN BAGNO CALDO:
LO SCROTO E' RILASSATO
ED IL CONTROLLO PIU' FACILE**

Ricordare che **l'igiene personale** (pulizia del glande) riduce
- sia il rischio di tumori del pene
- sia il rischio di trasmettere malattie alla propria compagna

Il tumore del testicolo

CONTROLLO PERSONALE PERIODICO: "COME"

AUTOESAME

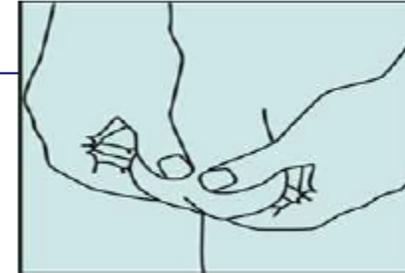
PORSI DI FRONTE A UNO SPECCHIO:
VERIFICARE CHE NON VI SIANO
RIGONFIAMENTI SULLO SCROTO



AUTOPALPAZIONE - COME SI FA?

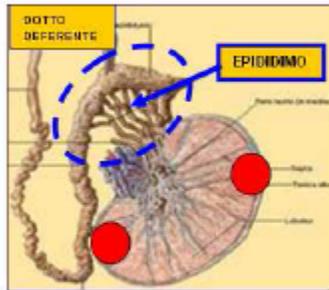
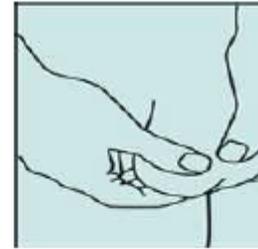
✓ **ESAMINARE OGNI TESTICOLO CON AMBEDUE LE MANI**
METTENDO INDICE E MEDIO NELLA ZONA INFERIORE,
POLLICE IN QUELLA SUPERIORE.

✓ **ESEGUIRE UN MOVIMENTO ROTATORIO DELICATO**
-NON BISOGNA SENTIRE ALCUN DOLORE
-NON ALLARMARSI SE UN TESTICOLO SEMBRA UN PO'
PIÙ GROSSO DELL'ALTRO: È DEL TUTTO NORMALE



Il tumore del testicolo

**AUTOPALPAZIONE
cosa cercare e dove ?**



**ATTENZIONE AI "NODULI" PRESENTI
NELLA PARTE POSTERIORE – ANTERIORE**

**NB: L'ANOMALIA PUÒ ESSERE DOVUTA A UN'INFEZIONE,
MA E' MEGLIO CHIEDERE SUBITO PARERE AL MEDICO.**



✓ **IMPARARE A RICONOSCERE L' EPIDIDIMO:**
**MASSERELLA MOLLICCIA CHE SI TROVA
SOPRA E DIETRO AL TESTICOLO
(E' FORMATA DA TUBULI CHE RACCOLGONO
GLI SPERMATOZOI PRIMA CHE PARTANO
PER LA LORO MISSIONE)**

ITER DIAGNOSTICO

ESAME CLINICO

- ECOGRAFIA SCROTALE
- MARKERS TUMORALI
- TAC TORACE E ADDOME, ecc, ecc



Dosaggio markers nel sangue

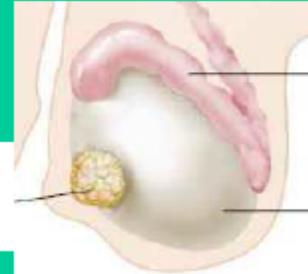
α FP *feto proteina*

β HCG *gonadotropina corionica*

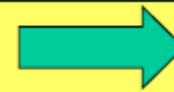
LDH *latticodeidrogenasi*

SINTOMATOLOGIA INIZIALE

NODULO DURO NON DOLENTE



CONTROLLO PERSONALE PERIODICO



Il tumore del testicolo

ELEVATA CURABILITÀ

LA MORTALITÀ È DIMINUITA DRASTICAMENTE

- NEL 1970 : IL 90 % MORIVA

- OGGI IL 90 % POSSONO ESSERE CURATI

**Se dovesse essere necessario asportare un testicolo,
il testicolo rimanente è sufficiente
a garantire l'attività seminale e endocrina.**

Prevenzione cos'è?

La parola dieta, per gli antichi greci stava a significare "modo di vivere" e indicava un giusto nutrimento, un adeguato movimento assieme alla capacità di stare in tranquillità. Insomma, quell'insieme di buone pratiche quotidiane, tese al raggiungimento della salute, che oggi definiamo Prevenzione.

Prevenzione



Quota di tumori attribuibili a vari fattori di rischio

Fattore di rischio	USA, 2012*	Regno Unito, 2010**
	%	%
Tabacco	33	19
Dieta	5	9
Sovrappeso, obesità	20	5
Inattività fisica	5	1
Abuso di bevande alcoliche	3	4
Fattori occupazionali	5	4
Infezioni	8	3
Radiazioni ionizzanti e esposizione a raggi UV	2	5
Inquinamento ambientale	2	-

Speranza di vita a diverse età per uomini e donne nel 2002 e nel 2013



	Maschi		Femmine	
	2002	2013	2002	2013
65 anni	16,9	18,6	20,8	22,0
70 anni	13,3	14,7	16,6	17,7
75 anni	10,2	11,2	12,7	13,7
80 anni	7,5	8,2	9,3	10,0

Prevenire è vivere

Questo concetto si definisce **prevenzione**. Letteralmente il termine vuol dire "arrivare prima", ossia fare tutto il possibile per impedire l'insorgenza di una malattia o per ritardarne l'evoluzione.

La prevenzione è lo strumento più efficace che ci consente di vivere bene e più a lungo, un cammino fatto di semplici regole che devono diventare una nostra abitudine quotidiana, una scelta che è anche cultura, perché prevenire è vivere.

Prevenzione Primaria

- ... Ricerca dei fattori oncogeni e loro eliminazione o riduzione dall'ambiente.**
- La maggior parte dei tumori infatti è correlata all'esposizione che gli individui hanno nella loro vita a sostanze e situazioni ambientali**
- La prevenzione primaria si può praticare autonomamente, le buone abitudini di vita infatti lavorano quotidianamente per tenere lontano il cancro, e per migliorare la qualità della vita.**

DIETA e Cancro

Comunemente si ritiene che l'alimentazione possa essere implicata in circa un terzo di tutte le morti per cancro nei paesi sviluppati con oscillazioni tra il 20 ed il 50% in rapporto a differenze geografiche.

L'obesità è considerata dopo il fumo, il secondo fattore di rischio negli USA per lo sviluppo di tumori e il terzo in Italia preceduta dall'alcol.

DIETA e Cancro

DIETA MEDITERRANEA

- **consumo abbondante di alimenti di origine vegetale (frutta, verdura, legumi, cereali e derivati, patate, noce)**
- **utilizzo di olio d'oliva come condimento e di alimenti derivati dal latte, consumo moderato di pesce, pollame, ed uova,**
- **consumo saltuario di carne rossa,**
- **consumo moderato di vino durante i pasti.**



After short stay in America, Michelangelo's David statue has been brought back to Europe ...

In Lombardia ...

Persone di 18 anni e più in sovrappeso per genere e classe di età - Anno 2007 (tassi specifici per 100 persone dello stesso genere e età e tassi standardizzati)

	Classi di età				Tasso (a)	Classi di età				Tasso (a)	Classi di età				Tasso (a)
	25-44	45-64	> 65	Tot		25-44	45-64	> 65	Tot		25-44	45-64	> 65	Tot	
	Maschi					Femmine					Totale				
Lombardia	35,0	49,4	47,3	40,6	41,5	12,4	27,3	35,3	22,6	24,0	24,0	38,2	40,3	31,3	32,5
Nord	34,7	50,7	48,9	41,4	42,0	13,7	29,9	37,5	25,0	25,7	24,4	40,2	42,3	32,9	33,6
ITALIA	39,4	52,5	51,7	44,3	44,7	16,9	33,4	40,7	27,6	28,1	28,2	42,8	45,3	35,6	36,2

Persone di 18 anni e più obese per genere e classe di età - Anno 2007 (tassi specifici per 100 persone dello stesso genere e età e tassi standardizzati)

	Classi di età				Tasso (a)	Classi di età				Tasso (a)	Classi di età				Tasso (a)
	25-44	45-64	> 65	Tot		25-44	45-64	> 65	Tot		25-44	45-64	> 65	Tot	
	Maschi					Femmine					Totale				
Lombardia	8,6	13,2	12,5	10,3	10,6	6,2	10,8	9,0	7,9	7,5	7,4	12,0	10,4	9,0	9,0
Nord	7,7	13,6	12,8	10,3	10,8	5,0	11,6	11,1	8,5	8,2	6,4	12,6	11,8	9,3	9,5
ITALIA	8,1	14,4	12,9	10,6	11,1	4,9	12,6	13,4	9,2	9,4	6,5	13,5	13,2	9,9	10,3

Persone di 3 anni e più che praticano sport, qualche attività fisica e persone non praticanti per regione - Anno 2007 (per 100 persone di 3 anni e più della stessa zona)

	Praticano sport in modo continuativo	Praticano sport in modo saltuario	Praticano solo qualche attività fisica	Non praticano sport né attività fisica	Non indicato	Totale
Lombardia	25,1	10,2	31,3	32,7	0,8	100,0
Nord-ovest	24,0	10,9	31,4	33,0	0,6	100,0
Nord-est	25,0	12,0	35,6	26,9	0,5	100,0
Italia	20,6	9,6	29,6	39,5	0,7	100,0

Fonte: Istat, 2009, *La vita quotidiana nel 2007*, Istat, Roma

Fumatori di 15 anni e più per genere e classe di età - Anno 2007
 (tassi specifici per 100 persone dello stesso genere e età)

	Maschi							Femmine						
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>65	Totale	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>65	Totale
Lombardia	24,2	39,8	32,3	31,6	17,4	13,7	26,8	17,7	23,8	21	23,8	18,4	6,9	17,6
Nord	26,4	36,4	30,5	29,8	21,5	12,9	26	18	23,8	20,6	24,1	18,8	7,1	17,5
Centro	25,2	36,9	40	36,2	25,9	16,5	30,1	18,3	21	23,8	23,2	18,1	8,5	17,8
Mezzogiorno	24,9	40,8	38,3	38,5	28,9	15,8	31,2	12,7	20,6	20,7	21,8	14,7	3,1	14,9
ITALIA	25,5	38	35	34	24,8	14,6	28,6	15,7	22,1	21,3	23,1	17,4	6,2	16,6

Fonte: Istat (2008), Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari", Anni 2004-2005, Istat, Roma

✓ Necessità di agire per promuovere stili di vita ed ambienti favorevoli alla salute

*“Lo stile di vita (...) è determinato dalla interconnessione tra caratteristiche individuali, interazioni sociali e condizioni socioeconomiche e ambientali”
(OMS)*



Attività Fisica

Piramide dell'attività fisica settimanale "raccomandata"





IN CONCLUSIONE

I principali parametri che rispecchiano gli stili di vita (alimentazione, attività fisica, abitudine al fumo) evidenziano per i cittadini lombardi:

- .livelli di obesità-sovrappeso di poco inferiori a quelli nazionali**
- .allattamento al seno non ancora in linea con le raccomandazioni internazionali OMS – Unicef**
- .abitudine diffusa alla pratica sportiva e all'attività fisica;**
- .tendenza complessiva alla riduzione del fumo, ma non tra le donne;**

TABACCO e Cancro

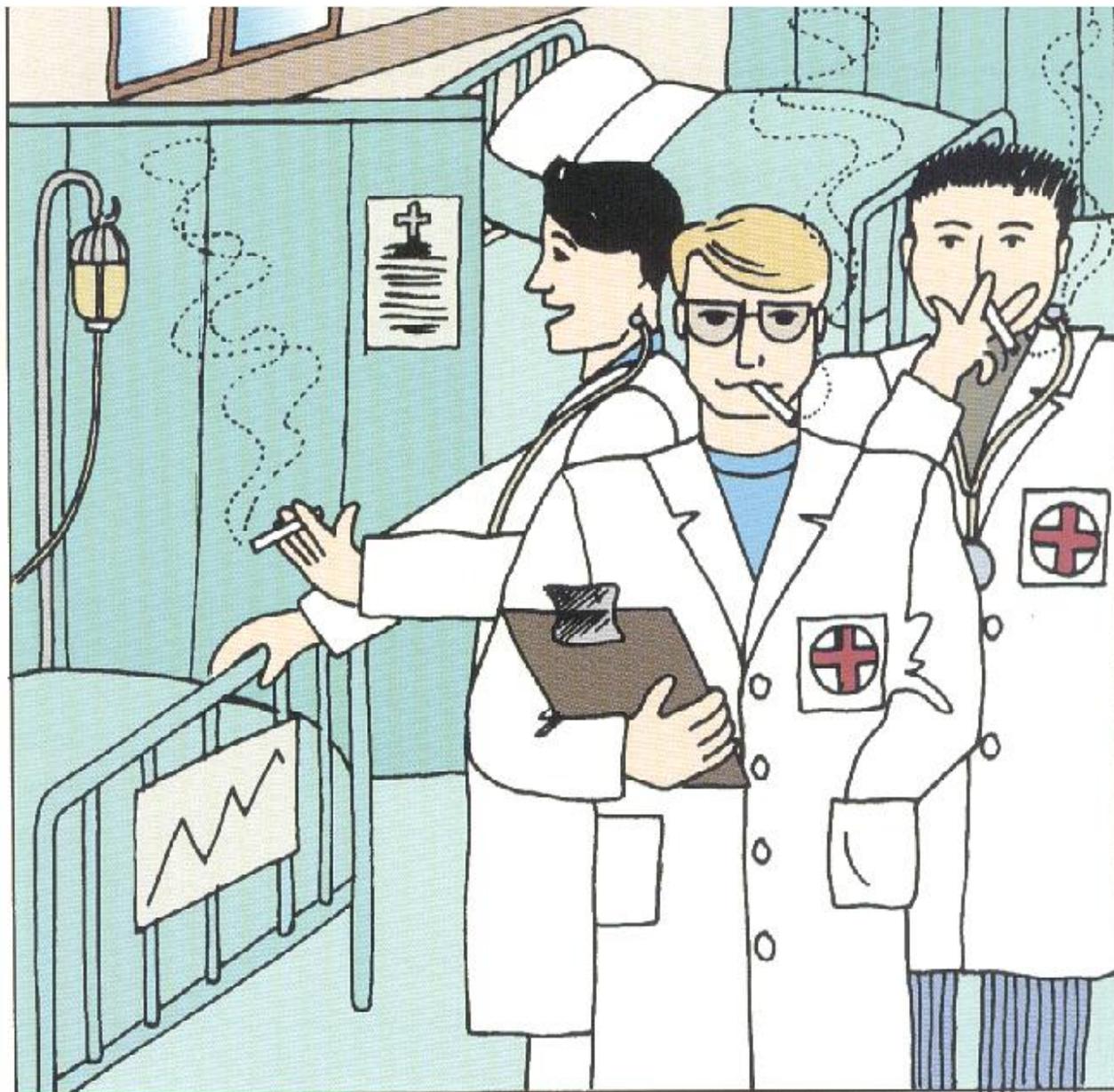
una guerra su tutti i fronti

- POLMONE, CAVITA' ORALE, FARINGE, LARINGE, ESOFAGO, PANCREAS, VESCICA, PELVI RENALE
- **...il fumo è responsabile del 35% di tutti i tumori, soprattutto di quello polmonare (nell'85% dei casi) che è causa del 29% dei decessi per tumore negli uomini e del 6% nelle donne...**

TABACCO e Cancro

una guerra su tutti i fronti

- Una indagine italiana condotta agli inizi anni 90 ha dimostrato che il **37%** degli uomini ed il **17%** delle donne di età **> a 15** anni fumava abitualmente, mentre il **14%** si dichiarava ex fumatore
 - a 11 anni 4% fumatori
 - a 13 anni il 14% fumatori
 - FUMATORI tra 11 e 15 anni al centro Italia il 12%





CENTRO ANTIFUMO - LEGNANO
CENTRO ANTIFUMO - LEGNANO

Via Matteotti, 3/a

***Percorsi personalizzati
per smettere di fumare***



TELEFONARE AL NUMERO 0331-450080
dal Lunedì al Venerdì dalle ore 15.00 alle ore 17.00

**LILT legnano
Centro antifumo**

0331 450080

SCREENING

- Nello **SCREENING** non è più l'individuo che si fa parte attiva, spinto da consapevolezza, da ansia e da una maggiore disponibilità economica, che gli consente di “comprare” il suo check-up, ma è una organizzazione centrale che chiama la popolazione sana ed asintomatica ad un controllo specifico.
- Solamente a fronte di un **BENEFICIO SICURO** sono accettabili da parte del SSN gli sforzi di organizzazione, di persuasione all'adesione ed i costi economici dello screening stesso.
- **Obiettivi dello screening**
- **RIDUZIONE della MORTALITA' o GUARIGIONE**
- **MIGLIORAMENTO della QUALITA' della VITA**

ADESIONE

- **La partecipazione della popolazione bersaglio è un requisito fondamentale per il successo di un programma di screening, basse proporzioni di adesione diminuiscono il beneficio in termini di riduzione della mortalità in tutta la popolazione più che intervalli maggiori tra due test, è opportuno focalizzare l'attenzione su chi non ha mai eseguito in passato il test.**
- **In USA nel 1998**
 - adesione del 80% per il pap test (1950)**
 - adesione del 60% per la mammografia (1970)**
 - adesione del 33% per lo scree. coloretale (1997)**

Screening Colorettaie

Metodi efficaci per lo screening del cancro colorettaie includono la ricerca del sangue occulto nelle feci e la rettocolonscopia. Non vi è una evidenza sufficiente per determinare quale di questi due metodi sia più efficace o se la combinazione di entrambi sia più efficace di uno dei due test da solo. Vi è una buona evidenza scientifica per suggerire la ricerca del sangue occulto nelle feci con frequenza annuale a partire dai 50 anni (40 per i soggetti con storia familiare)

- Non esiste evidenza scientifica adeguata per suggerire con quale frequenza debba essere praticato lo screening endoscopico**

Screening Mammografico

I risultati delle meta analisi forniscono una chiara evidenza a favore dello screening nelle donne tra i 50 e 69 anni con una riduzione della mortalità del 25-30%, meno certa è l'utilità nella fascia di età compresa fra i 40 e 49 anni.

- Rimangono non ancora risolte importanti questioni : l' indicazione e la modificazione del programma di screening in funzione del rischio individuale (RMN?), se la menopausa e non l'età dovrebbe essere il criterio che indica l'epoca di inizio dello screening.**

Regione Lombardia screening mammografico 2007 - 2010

Indicatori 2007-2010	2007	2008	2009	2010
target (biennale)	1.217.582	1.227.123	1.249.808	1.250.038
Invitati	548.936	590.238	525.381	552.512
Rispondenti	297.793	316.965	300.915	306.862
Estensione %	88,8	101	95	92
Adesione corretta %	62,0	64,5	67	68
N° positivi	14.554	16.525	16.605	17.970
Tasso di approfondimento %	4,9	5,2	5,5	5,8
Totale cancro identificati	1.348	1286	1.349	1.374
Tot in situ	120	149	202	204
% in situ (sui classificati)	8,9	11,6	15,8	15,7
Tot <10 mm	310	350	365	411
% <10 mm (sui classificati)	22,9	27,2	28,5	31,6
Tot <20 mm	nd	837	842	873
% <20mm (sui classificati)	nd	65,1	62,4	66,9
VPP	9,2	7,8	8,1	7,6
Detection rate totale ‰	4,5	3,95	4,48	4,46
Detection rate totale <10 mm ‰	1,04	1,07	1,21	1,33

Regione Lombardia Screening CCR 2005-2010

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
popolazione target	2.481.117	2.481.117	2.481.117	2.412.047	2.434.012	2.423.635
Invitati	135.643	770.056	1.272.356	1.162.511	1.121.163	1.098.011
Rispondenti	38.057	265.995	514.575	453.915	511.635	503.838
Esclusi post invito	5.788	32.357	58.689	94.341	26.315	17.158
estensione (%)	11	62	102,6	96,4	93,8	91,2
adesione grezza (%)	28,1	34,5	40,4	40,0	47,0	46,3
adesione corretta (%)	29,3	36,1	42,4	42,5	48,1	47,0
N° positivi	2.069	14.593	28.165	25.065	24.534	25.557
Coloscopie	1.648	12.293	22.161	20.683	20.857	20.240
Coloscopie complete	1.425	9.911	20.081	18.699	19.230	18.941
tasso di approfondimento (%)	5,4	5,5	5,5	5,5	4,7	5,1
compliance colonscopia (%)	79,7	84,2	78,7	82,5	85,0	79,2
coloscopie complete (%)	86,5	80,6	90,6	89,9	92,2	93,6
N° cancro*	106	721	1.348	994	765	739
N° adenoma cancerizzato	24	101	254	192	206	247
N° con adenoma HR*	400	3.369	5.881	5.685	4.485	4023
N° con adenoma LR	312	1.689	4.201	3.853	4.125	3823
VPP carcinomi (%)	6,4	5,9	6,7	4,8	3,7	3,7
tasso identificazione carcinomi *1000	2,79	2,71	2,62	2,23	1,48	1,47
VPP adenoma alto rischio (%)	24,3	27,4	26,5	27,5	24,3	19,9
tasso ident. adenomi alto rischio *1000	10,5	12,7	11,4	12,7	8,7	8,0
VPP adenomi basso rischio (%)	18,9	13,7	19	18,9	19,8	18,9
* inclusi adenomi cancerizzati; tumori in situ e carcinomi intramucosi sono inclusi tra gli adenomi avanzati						

SOLE e Cancro

Evitare l'eccessiva e ripetuta esposizione al sole ed evitare le scottature, soprattutto durante l'infanzia, che potrebbero aumentare il rischio di sviluppare un tumore della pelle da adulti. Evitare di esporsi al sole nelle ore più calde della giornata (dalle 11 alle 16). Per i bambini, in particolare, usare quale protezione occhiali da sole, cappellini e magliette dai colori chiari. Utilizzare creme protettive con filtro solare ad ampio spettro e con un alto fattore di protezione nei confronti dei raggi ultravioletti (UVA e UVB).

SOLE e Cancro

E' opportuno controllare periodicamente i propri nei, prestando attenzione ai segnali d'allarme; consultare un medico di fiducia e/o un dermatologo: se si hanno più di cento nei; se un neo cambia forma, dimensione, colore o se si mette stranamente a sanguinare; se si nota un neo irregolare per forma e per colore, maggiore di sei millimetri di diametro o se un neo è insorto improvvisamente in età adulta; se si sono presentati in famiglia casi di melanoma.

impariamo a prevenire



Thank you....