

**Con il 20% di persone oltre i 65 anni, l'Italia è al primo posto in Europa per popolazione anziana e al secondo, dopo la Svezia, per la durata della vita media (79 anni).**

Diventiamo più vecchi, ma ci ammaliamo di più. Il prolungamento della vita porta con sé un paradosso: la crescita esponenziale della possibilità di finire tra le braccia del "grande male". Già oggi dei 270.000 italiani che ogni anno si trovano a fare i conti con un tumore, oltre la metà ha più di 65 anni e di questi il 45% ha superato i 70. Secondo gli esperti, inoltre, tra i 40 e gli 80 anni la possibilità di ammalarsi aumenta di 10 volte: uomini e donne con più di 65 anni hanno un rischio 15 volte più elevato di sviluppare una neoplasia rispetto alla popolazione al di sotto di questa età. Queste cifre cosa significano? Che il problema cancro nella terza età, se non lo è già, diventerà molto presto un'emergenza non di poco conto. Del resto i dati epidemiologici parlano chiaro: nel 2035 il 40% della popolazione dei paesi occidentali sarà ultrasessantacinquenne e 20 anni più tardi il numero delle persone anziane sarà due volte e mezzo quello dei bambini.

Che fare, dunque? Per prima cosa è necessario contrastare quella vecchia concezione fatalista dell'inutilità dell'intervento in chi ha ormai i capelli bianchi, dimostratasi scientificamente sbagliata oltre che eticamente inaccettabile. Non trattare il tumore significa ridurre arbitrariamente la possibilità ad un cittadino di godersi la pensione.

A questo problema è dedicato perciò il secondo numero della rivista, con approfondimenti speciali nelle rubriche di prevenzione/epidemiologia e di ricerca e terapia.

Newsletter di informazione per cittadini e pazienti dell'**Associazione Italiana di Oncologia Medica**

# Aiom

info  
società

Nel n.2 | 2003

- 1** Editoriale
- 2** Prevenzione | Epidemiologia
- 3** Ricerca | Terapia
- 4** Alimentazione
- 6** Riflettori su: tumore al polmone
- 8** Qualità di vita



## Quando si è vecchi?

Il processo di invecchiamento è altamente individuale e condizionato sia da fattori genetici che da abitudini alimentari, fattori ambientali (biologici e climatici) e situazioni sociali più o meno favorevoli. Sebbene l'età di 65 anni sia frequentemente adottata come arbitrario punto di partenza per definire la popolazione anziana, l'età biologica o fisiologica di un individuo, ossia il suo stato di salute e la sua condizione fisica, è di gran lunga più importante.

1. **"Anziani giovani"** rappresentano circa il 30% della popolazione sopra i 65 anni. Si tratta di individui per i quali l'età è semplicemente un fatto anagrafico.
2. **"Anziani attivi"** che lamentano qualche disturbo ma partecipano alla vita sociale. Rappresentano il 32%.
3. **"Anziani ritirati"** che si considerano "vecchi" e si autoescludono dal contesto sociale. Costituiscono il 19%.
4. **"Anziani emarginati"** che sono isolati dal contesto sociale e familiare e spesso sono disabili e con limitate disponibilità economiche. Rappresentano il 19%.



## Cosa vuol dire Epidemiologia, incidenza e prevalenza

Sempre più spesso si sente parlare, o si legge su giornali e riviste, di epidemiologia. Ma cosa significa questa parola? L'epidemiologia è la scienza che studia la diffusione di una malattia nella popolazione. Per farlo vengono comunemente impiegate due unità di misura:

**Incidenza**= numero di persone che in una popolazione sviluppano la malattia, calcolato in un determinato intervallo di tempo. Indica il numero di nuovi casi della malattia.

**Prevalenza**= numero di persone che in una popolazione sono colpite dalla malattia, calcolato in un determinato intervallo di tempo. Indica tutti i casi di una malattia (nuovi e vecchi) a differenza dell'incidenza.

Quando si utilizzano le misure standard (popolazione di 100.000 individui e un intervallo di 1 anno di tempo) si parla di **tasso di prevalenza** (in inglese 'prevalence rate') e **tasso d'incidenza** (in inglese 'attack rate').

## Prevenzione: non è mai troppo tardi

Il problema dell'anziano con tumore rappresenta un campo di intervento particolare anche nella prevenzione. Bisogna innanzitutto sfatare alcuni miti, per esempio quello del fumo. Molti ritengono poco utile far smettere con le sigarette un anziano che ha fumato tutta la vita: **è sbagliatissimo** perché è stato dimostrato come nella terza età si stabilisca una sensibilità maggiore ai fattori ambientali capaci di causare il cancro (sostanze tossiche), e inoltre come sia il cuore, sia i vasi sanguigni e i polmoni beneficiano immediatamente della sospensione del fumo.

## Fragile sarà lei!

L'idea che tutti i pazienti anziani siano fragili e, quindi, non in grado di tollerare la chemioterapia si sta rivelando priva di fondamento. Uno studio pubblicato sul *New England Journal of Medicine* condotto su 3.351 pazienti affetti da **carcinoma coloretale** ad alto rischio di ricaduta, dimostra che l'età avanzata non rappresenta un impedimento al trattamento chemioterapico. L'aggiunta della chemioterapia alla chirurgia aumenta infatti la sopravvivenza, rispetto alla sola chirurgia, in tutti i gruppi di età.

**Cosa vuol dire?** Che pazienti anziani ben selezionati, possono ricevere gli stessi benefici da una **chemioterapia adiuvante**, senza un significativo aumento degli effetti tossici, rispetto a pazienti giovani affetti dalla stessa patologia.



# ricerca terapie

## La terapia **più adatta**

Non è vero che nelle persone anziane i tumori abbiano un andamento meno aggressivo. Se non curato adeguatamente, il cancro negli anziani è una malattia con elevata mortalità e certamente non inferiore che nei giovani. Per alcune neoplasie, ad esempio le **leucemie mieloblastiche acute** e il **carcinoma ovarico**, si osserva addirittura una più elevata prevalenza di fattori che possono incidere negativamente sulla guarigione, cioè sulla prognosi.

La decisione terapeutica deve quindi tenere conto dell'aspettativa di vita, dell'età fisiologica, delle patologie concomitanti e dei possibili effetti collaterali della terapia, nell'ottica di garantire l'aumento della sopravvivenza e il miglioramento della qualità di vita.

**Il ricorso a terapie modificate o meno aggressive - ad esempio con un solo farmaco (monochemioterapie) - è giustificato solo nei casi in cui il trattamento standard comporti un rischio di tossicità elevato o quando l'aspettativa di vita limitata vanifichi i vantaggi attesi dal trattamento. Numerosi studi hanno dimostrato come, anche nel paziente anziano, sia importante mantenere la dose totale e l'intensità della chemioterapia per prolungare la sua sopravvivenza. A questo proposito appare importante somministrare anche terapie che migliorino la resistenza alle infezioni.**

Essere in grado di svolgere in maniera autonoma i normali atti della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, nutrirsi, usare il telefono, i trasporti pubblici ecc.), risulta fondamentale nella prognosi dei pazienti anziani neoplastici e indirizza il trattamento. Diverse esperienze hanno suggerito una correlazione tra il livello di dipendenza nell'esecuzione delle comuni attività della vita quotidiana e l'aspettativa di vita.

**In altri termini, gli anziani completamente autonomi nelle funzioni della vita quotidiana hanno una prognosi migliore rispetto a quelli parzialmente o totalmente dipendenti.**

Le cure palliative sono la disciplina che si occupa delle problematiche dei pazienti con malattie incurabili, nelle fasi avanzate e finali. Queste cure si collocano pertanto in una diversa fase della malattia neoplastica, non certo come scelta alternativa alla chemioterapia. Il loro ruolo è quello di ridurre gli effetti collaterali da chemioterapia e radioterapia, ripristinare il ritmo sonno-veglia, migliorare l'apporto calorico e, soprattutto, controllare la sintomatologia dolorosa.

Le cure palliative affermano la vita e considerano il morire come un evento naturale. Non accelerano né ritardano la morte, provvedono al sollievo dal dolore e dagli altri disturbi, integrano gli aspetti psicologici e spirituali dell'assistenza, aiutano i pazienti a vivere in maniera attiva fino alla morte, sostengono la famiglia durante la malattia e durante il lutto (definizione del National Council for Hospice and Palliative Care Services WHO-OMS 1990, modificata dalla Commissione ministeriale per le cure palliative 1999).

**Novità**

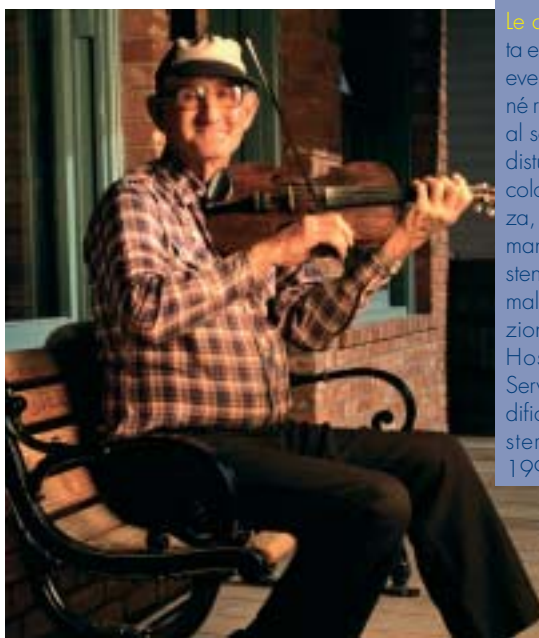
### A Milano l'ambulatorio **per gli anziani**

Da gennaio 2003 è attivo all'Istituto Tumori di Milano un ambulatorio di 'Oncologia Medica Geriatrica', coordinato dal prof. Emilio Bajetta. Si tratta della prima esperienza italiana di gestione integrata del paziente anziano, che spesso presenta altre patologie gravi oltre al cancro. Ai pazienti viene offerto un approccio terapeutico multidisciplinare che integra le diverse competenze: cardiologo, neurologo, pneumologo, medico nutrizionista, fisioterapista, terapeuta del dolore, psicologo, infermiere specializzato, assistente sociale. Due gli obiettivi di questa iniziativa: migliorare il livello di cura e dare la possibilità anche agli ultrasessantenni di accedere a 'studi clinici dedicati'.

### Cos'è la **chemioterapia adiuvante**

**Trattamento chemioterapico somministrato assieme e/o successivamente alla cura principale o iniziale del tumore (chirurgica e/o radioterapica).**

**Si parla più in generale di trattamento adiuvante perché può trattarsi di chemioterapia ma anche di radioterapia o ormonoterapia.**



## AGGIUNGI UN POSTO A TAVOLA

I malati di tumore in stadio avanzato hanno spesso problemi di malnutrizione. In molti casi all'origine c'è la difficoltà a masticare e a deglutire i cibi con conseguente cattiva digestione e malassorbimento. Questa condizione è più marcata nei pazienti con tumori gastrici, del pancreas, del polmone, del colon, dell'ovaio, del capo e del collo.

**Mantenere un adeguato stato nutrizionale** è dunque importantissimo, perché riduce le complicanze legate alla terapia contribuendo al benessere del paziente. Per questo la terapia nutrizionale rappresenta una parte fondamentale del trattamento del malato di tumore. La malnutrizione associata al cancro ha effetti

negativi sull'evoluzione della malattia, può interferire con la terapia oncologica ed aumentare la severità degli effetti collaterali.

### Consigli utili

- È necessario cambiare le caratteristiche dei pasti e degli spuntini giornalieri. Niente più restrizioni dietetiche per paura di prendere peso. Sì agli spuntini e ai dessert durante la giornata.
- Se il paziente è solo per parte della giornata il suggerimento è di utilizzare cibi che si preparano facilmente.
- Al paziente dovranno essere fornite per iscritto le linee guida dietetiche e lo si dovrà incoraggiare a utilizzare i cibi suggeriti nelle quantità raccomandate. In ogni caso è meglio evitare di pressarlo eccessivamente sui problemi riguardanti la sua scarsa alimentazione: ciò potrebbe aumentare l'ansietà e diventare controproducente.
- Quando possibile, la prescrizione dietetica dovrebbe comprendere tutti alimenti naturali. In alcuni casi possono essere utili integrazioni con prodotti ipercalorici e iperproteici, in forma liquida.
- Le integrazioni multivitaminiche e minerali dovrebbero essere fornite ai pazienti che non sono in grado di introdurre una dieta ben bilanciata o che abbiano specifiche carenze.

I progressi del paziente vanno seguiti a intervalli regolari. Il controllo nel tempo offre inoltre la possibilità di variare la prescrizione dietetica in rapporto alla risposta al trattamento.

### ...ma anche troppo peso **fa male**

L'aumento di peso e l'obesità sono eventi comuni nelle pazienti con cancro della mammella. Le metastasi ossee possono causare in chi è in sovrappeso gravi problemi, come le fratture patologiche. Alcune evidenze suggerirebbero che il rischio di recidiva del tumore è peggiorato o aumentato nelle pazienti che hanno chili di troppo. Per questo motivo l'obesità dovrebbe essere trattata con una graduale riduzione del peso attraverso un moderato controllo calorico e, se necessario, una moderata attività fisica.





# Il ruolo della nutrizione nella **prevenzione dei tumori**

Il National Cancer Institute e l'American Cancer Society hanno stabilito alcune linee guida dietetiche per la selezione dei cibi:

- 1. Raggiungere e mantenere un peso corporeo normale.** Un'eccessiva introduzione calorica e l'obesità sono state poste in relazione con un'umentata mortalità per alcune neoplasie, tra le quali il tumore della mammella, dell'utero, del colon, della colecisti e della prostata. La prevalenza di questi tumori aumenta con il grado di obesità.
- 2. Variare la dieta.** Un cambiamento totale delle abitudini alimentari verso una dieta varia, con quantità moderate, offre la miglior speranza per abbassare il rischio di cancro
- 3. Includere frutta e verdure varie nella dieta giornaliera.** Il consumo di verdura e frutta è associato a un minor rischio di cancro del polmone, della prostata, della vescica, dell'esofago e dello stomaco. Questi cibi contengono vitamine, minerali, fibre e componenti non nutritivi che da soli o insieme possono essere responsabili della riduzione del rischio di cancro.
- 4. Mangiare più alimenti ricchi in fibre,** come cereali integrali, farina integrale, legumi, vegetali e frutta. L'incidenza del cancro del colon è bassa in popolazioni che utilizzano diete ricche di fibre.
- 5. Riduzione totale dell'assunzione di grassi.** Tra tutti i fattori dietetici con possibili effetti sulla malattia neoplastica, i grassi sono stati i più studiati. Sostanziali evidenze hanno suggerito che un'eccessiva introduzione di grassi aumenta il rischio di sviluppo di cancro della mammella, del colon e della prostata.
- 6. Limitare l'assunzione di bevande alcoliche.** I forti bevitori hanno un elevato rischio di sviluppare diversi tumori del cavo orale, della laringe e dell'esofago. Questi rischi sono inoltre aumentati nei fumatori.
- 7. Consumare con moderazione cibi conservati** sotto sale, affumicati e con nitriti come conservanti, anche se gli studi in proposito sono ancora limitati e parziali.

## Il carcinoma polmonare

**È da sempre la neoplasia più diffusa nella popolazione maschile di età superiore ai 40 anni. Ogni anno in Italia si ammalano oltre 28.000 persone e si stima che altrettante ne muoiano (il 20% di tutte le morti per cancro del nostro Paese). Dal 1987 questo tumore è diventato nel mondo la prima causa di morte per cancro anche nelle donne.**

### In Italia

Secondo gli ultimi dati disponibili dell'Istituto Superiore di Sanità, il più alto indice di mortalità per tumore del polmone si registra **in Friuli Venezia Giulia**; al secondo posto troviamo la Liguria e al terzo la Valle d'Aosta. L'Emilia è al quarto, il Veneto al quinto. Seguono Toscana, Piemonte, Lombardia, Lazio, Umbria, Marche, Trentino Alto Adige, Campania, Sardegna, Abruzzo, Puglia e Sicilia. Agli ultimi posti la Calabria, la Basilicata e il Molise.

### In Europa

I tassi di incidenza più bassi si osservano in Portogallo, Spagna e Francia. I tassi più elevati negli uomini si registrano in Belgio, Olanda, Regno Unito e Lussemburgo. La tendenza attuale, per la maggior parte degli stati membri

dell'Unione, è di un aumento di incidenza del 10-15% ogni 5 anni negli uomini (fanno eccezione Olanda, Lussemburgo, Danimarca e Regno Unito, dove il tasso si sta stabilizzando o addirittura sta diminuendo). Nelle donne l'aumento è ancora più consistente (15-30%), eccetto che in Francia, Grecia e Spagna, dove è più basso.

### Nel mondo

I tassi di incidenza più elevati in assoluto sono quelli di alcune popolazioni indigene della Nuova Zelanda (119 casi per 100.000 all'anno negli uomini e 62 nelle donne), dei neri americani della zona della Baia di San Francisco (USA) (107 e 36, rispettivamente, negli uomini e nelle donne), degli abitanti della parte occidentale della Scozia (97 e 34), e degli uomini del Belgio (92). I tassi di incidenza più bassi si osservano in India (8,5 negli uomini e 1,4 nelle donne) e nelle popolazioni africane (1,0 negli uomini del Gambia).

## I tipi di tumore al polmone

Si distinguono 2 grandi gruppi:

**il carcinoma a grandi cellule** (o tumori non a piccole cellule), i cui tipi più frequenti sono:

- Carcinoma a cellule squamose: è il tipo più diffuso negli uomini, origina dalle cellule che rivestono le vie respiratorie
- Adenocarcinoma: si sviluppa dalle cellule che secernono il muco

**Negli ultimi decenni il carcinoma a cellule squamose è in diminuzione, mentre si osserva un aumento relativo degli adenocarcinomi, probabilmente in rapporto all'aumentata incidenza di tumore polmonare nelle donne.**

- Carcinoma a cellule grandi: il nome deriva dalle grandi cellule tondeggianti che si evidenziano quando si esamina un campione di biopsia al microscopio.

**il carcinoma a cellule piccole** o "a chicco d'avena", così definito dalla caratteristica forma delle cellule.

Un altro tipo meno comune di tumore polmonare è il **mesotelioma**, una forma che ha origine della pleura, il foglietto che riveste i polmoni.



## Fattori di rischio

**Il fumo di sigaretta svolge un ruolo predominante**, essendo responsabile dell'80% dei nuovi casi. Esiste una correlazione diretta, statisticamente provata, fra insorgenza di neoplasie polmonari, fumo di sigarette, numero di sigarette fumate e durata dell'abitudine del fumo. Il fumo passivo è associato ad un aumento del rischio di sviluppare un carcinoma polmonare di circa il 30 %.

### Sesso

La preponderante incidenza nel sesso maschile (5 a 1 negli ultimi decenni) si è progressivamente ridotta fino all'attuale rapporto di 2,5 a 1. Ciò è chiara conseguenza del diffondersi nel sesso femminile dell'abitudine al fumo.

### Età

Passando dalla fascia d'età di 35 a quella di 75 anni, l'incidenza cresce di 20 volte per le donne e di 100 per gli uomini.

### Inquinamento

Il ruolo dell'inquinamento come fattore di rischio non è mai stato dimostrato in modo inequivocabile in studi controllati specifici.

**ATTENZIONE**

Un uomo che fuma ha 23 volte più probabilità di ammalarsi di cancro al polmone di uno che non fuma, mentre per le donne il pericolo è 13 volte maggiore. Se un tabagista smette di fumare, il rischio di sviluppare la malattia si riduce progressivamente e dopo 10-15 anni le possibilità che si ammali sono identiche a quelle di una persona che non ha mai fumato.

## Come si previene

Considerando che l'80% dei tumori polmonari è dovuto all'abitudine al fumo di sigaretta, l'unica prevenzione attuabile è l'astensione dal fumo.

## I sintomi

Nel 95% dei casi i sintomi non sono specifici, nel senso che non sono caratteristici del tumore. I più comuni sono:

**la tosse**, che può essere secca o con emissione di catarro  
**fatica a respirare** (dispnea) e dolore toracico  
**dolore toracico** più o meno intenso a seconda del coinvolgimento della pleura (il foglietto che riveste il polmone)  
**sangue nell'espessorato** (spunto) conseguente alla erosione dei piccoli vasi da parte della neoplasia. Il sangue può comparire come una semplice striatura ematica dell'escreato oppure in quantità molto superiore.

## La diagnosi

A causa della presenza di pochi e non specifici sintomi, la diagnosi delle neoplasie broncopulmonari è spesso tardiva. Ad esempio la tosse e la raucedine sono sintomi comuni nel fumatore e, proprio per questo, vengono spesso trascurati sia dal paziente che dal medico curante.

### PRECOCE

Attualmente il metodo di diagnosi precoce più avanzato è costituito dalla **TAC 3D a spirale**; si tratta di un programma di screening diagnostico che utilizza una tomografia computerizzata ultraveloce per realizzare immagini tridimensionali. Questo strumento consente al medico di individuare molte malattie nascoste, tra cui il cancro al polmone.

### DOPO IL SOSPETTO

Il primo esame da effettuarsi in caso di sospetta neoplasia polmonare è l'**RX del torace**. Strumento però indispensabile nella diagnosi di neoplasia polmonare è la **TAC del torace**, che permette di definire meglio l'estensione del tumore primitivo condizionando così anche il successivo approccio terapeutico.

### GLI ALTRI ESAMI

L'esame dell'**escreato**, eseguito su almeno tre campioni, è l'esame più semplice e meno costoso (consiste nell'analisi citologica delle cellule nello "spunto" del paziente)

**la broncoscopia**, che permette la visione diretta dei bronchi

**l'agobiopsia percutanea** sotto guida TAC ovvero il prelievo, mediante un ago introdotto dall'esterno della parete toracica, di alcune cellule dalla lesione sospetta.

Costituiscono esami complementari l'ecografia o la TAC dell'addome, la TAC dell'encefalo e la scintigrafia ossea total body.

## COME SI CURA

**La terapia è condizionata dallo stadio di malattia al momento della diagnosi.**

**L'unica metodica che può offrire al paziente una reale possibilità di cura è l'intervento chirurgico. Ma solo un terzo dei pazienti può essere operato al momento della diagnosi.**

### L'INTERVENTO

**Il tipo di intervento varia in relazione alle dimensioni e alla posizione del tumore.**

**La lobectomia** (asportazione di un solo lobo polmonare): si esegue nelle forme di dimensioni minime e periferiche

**La pneumomectomia** (asportazione di un intero polmone): si esegue nelle forme di dimensioni maggiori o più centrali

**ATTENZIONE**

Possono essere operati i tumori in stadio I e II. Nei primi la prognosi di sopravvivenza varia dal 60 all'80%, negli altri dal 20 al 30%.

Talvolta può rendersi necessario eseguire una chemioterapia prima dell'intervento chirurgico (chemioterapia neoadiuvante) al fine di ridurre le dimensioni del tumore.

I tumori in stadio III non sono potenzialmente operabili ed il trattamento di scelta è rappresentato dalla combinazione radiochemioterapica, con percentuali di sopravvivenza a cinque anni intorno al 15%.

Nello stadio IV il trattamento di elezione è rappresentato dalla chemioterapia. La sopravvivenza di questi pazienti a cinque anni varia dall'1 al 4% con una sopravvivenza intorno ai 6 mesi.

## La storia di Erica

Mi chiamo Erica e ho 65 anni, ma sono molti di più quando penso a quella primavera di cinque anni fa: da diverse settimane avvertivo un fastidio al seno, così, su consiglio del mio medico, andai a fare la mammografia, un esame radiologico. Il medico mi disse: "È un tumore, è piccolo ma bisogna asportarlo... Le ho detto la verità perché so che lei è una donna forte". Il radiologo parla con il mio medico e con mio marito, incredulo quanto me. Con fatica comincio a capire e mi viene la frenesia di togliermi di 'dosso' questa cosa che non appartiene al mio corpo e che vuole prendersi la mia vita. Scrivo questo perché voglio che tutti sappiano come ho fatto a sopportare e a sperare. Non voglio parlare di fede, anche se penso che tutti ne abbiamo una, ma solo di volontà di credere nella medicina, nel progresso, nella guarigione. Voglio così cancellare la parola incurabile, finché c'è un filo di speranza.

Dopo l'intervento mi aspetta la chemioterapia. Al day hospital l'oncologo che mi segue sprizzava salute e vitalità da tutti i pori e questo mi rassicurava. Anche se la chemioterapia è ormai molto ben sperimentata, non si sa come risponderemo: c'è chi la sopporta, chi dopo un po' non ce la fa più, la fatica diventa insopportabile... perché la chemio, mi spiegava l'oncologo, distrugge le cellule tumorali ma anche tutto il resto: globuli rossi, bianchi, piastrine, mucose che sanguinano. Ma se ce la fa a sopportarla e se ti azzeccano il cocktail giusto, prima o poi...

Venti giorni dopo l'ultimo mese di chemio, mi consegnano una busta con una lettera per il mio medico: "Sulla base dell'esame clinico e degli esami effettuati la paziente non presenta più segni clinici di malattia...". Per farla breve: sono guarita!

## La malattia insegna a vivere

Scriveteci le vostre storie, quelle di un vostro parente o amico.

Le più significative verranno pubblicate. Condividere la vostra esperienza, positiva o negativa che sia, aiuterà tutti a sentirsi meno soli e a combattere la battaglia più dura: quella contro il tumore.

## LA DOMANDA

### Chi è a rischio di sviluppare un cancro?

Tutti possono essere considerati a rischio, alcuni più di altri.

*Il fattore più significativo è l'età:* in Italia più del 50% delle neoplasie solide (mammella, prostata, polmone, colon), cioè quelle che non colpiscono il sangue, è diagnosticato in pazienti d'età superiore ai 65 anni.

*Alcuni stili di vita:* fumo di sigaretta, abuso di alcool, prolungata esposizione al sole - possono aumentare il rischio di cancro.

*Circa il 5-10% dei tumori è ereditario:* le persone che hanno avuto casi familiari presentano quindi un rischio maggiore. Ad esempio, una donna con madre o sorella malata di cancro della mammella ha il doppio delle probabilità di sviluppare la malattia rispetto ad una donna con parenti sane.



**L'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM)**

L'AIOM è nata nel 1973 e riunisce la maggioranza degli oncologi medici italiani. Tra i suoi obiettivi, la ricerca e l'informazione corretta su cura e prevenzione dei tumori. La sede è a Milano in via Nöe 23 tel. 02 70630279 aiom.mi@tiscalinet.it www.aiom.it; www.oncologiaonline.org.

Il presidente nazionale è il prof. Francesco Cognetti



Newsletter di informazione per cittadini e pazienti dell'**Associazione Italiana di Oncologia Medica**

*Direttore Responsabile*  
Mauro Boldrini

*Coordinamento*  
Gino Tomasini

*Redazione*  
Carlo Buffoli, Sergio Ceccone, Viviana Colombassi, Sabrina Smerrieri, Maria Vascon

*Stampa*  
Officine Grafiche Staged  
S. Zeno Naviglio (Bs)

**Intermedia editore**

*Healthcare Communication Network*

via Cefalonia 24 - 25124 Brescia  
Tel. 030.226105

Fax. 030.2420472  
e-mail: imediabs@tin.it

Via C. Morin, 44 - 00195 Roma  
Tel. 06.3723187

e-mail: intermedia@intermedianews.it

web: www.intermedianews.it  
www.medinews.it

Questa pubblicazione è resa possibile da un educational grant di

**AMGEN**  
In Oncologia