

Dipartimento funzionale interaziendale e interregionale
Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta

PROGETTO FOLLOW UP E STILI DI VITA
per pazienti con
pregresso tumore della mammella e del colon-retto

Protocollo redatto da:

- Dr. Bellingeri Paolo, Prof.ssa De Piccoli Norma, Dr.ssa Finocchiaro Etta, Dr.ssa Giordano Livia, Prof.ssa Mano Maria Piera, Dr. Massucco Paolo, Dr.ssa Mistrangelo Marinella, Dr. Orione Lorenzo, Dr. Pezzana Andrea, Dr. Senore Carlo.

Coordinatori dello Studio: Dr. Bertetto Oscar, Dr.ssa Viale Monica.

Protocollo revisionato e validato dal Gruppo di Lavoro sugli Stili di Vita

SINOSSI DEL PROTOCOLLO

Titolo dello Studio	Progetto Follow up e Stili di Vita per pazienti con pregresso tumore della mammella e del colon-retto.
Coordinatori dello Studio	Dr Bertetto Oscar, Dr.ssa Viale Monica
Disegno dello Studio	Studio osservazionale, prospettico, multicentrico.
Centri di arruolamento	Gruppi interdisciplinari e cure (GIC) tumore della mammella e del colon-retto del Piemonte e della Valle d'Aosta
Periodo dello Studio	Inizio arruolamento: maggio/giugno 2013 Durata del reclutamento: dalla prima visita di follow-up di ciascun paziente fino al termine dello stesso o progressione di malattia, insorgenza di II tumore o morte. - valutazione basale: 1^a visita di follow up - valutazioni successive: ad ogni visita di follow up secondo le tempistiche previste dal GIC
Obiettivi dello Studio	<u>Primari:</u> Verificare la fattibilità di un intervento di counselling, condotto da operatori formati, sullo stile di vita in occasione delle visite di follow-up attraverso la valutazione di: - n° schede compilate/n° di pazienti che accedono alla 1^a visita di follow up per pregresso tumore della mammella o del colon-retto. - identificazione dei pazienti con sindrome metabolica <u>Secondari:</u> - n° schede compilate alle visite successive di follow up. - n° di pazienti con variazioni dei parametri individuati e misurati. - valutazione della percentuale di recidive di malattia, delle comorbilità e dell'insorgenza di secondi tumori - n° di pazienti che hanno aderito a progetti consigliati dal GIC/non consigliati dal GIC - valutazione del tipo di progetto/variazioni dei parametri valutati - valutazione dell'impatto della formazione sull'adesione a progetti.

Criteri di inclusione/esclusione	<u>Criteri di inclusione:</u> - Tutti i pazienti con nuova diagnosi istologicamente confermata di tumore della mammella o del colon-retto che abbiano effettuato il trattamento chirurgico e terminato il trattamento chemioterapico e/o radioterapico adiuvante, ove indicato. - Pazienti liberi da malattia alla 1^a visita di follow up. - Pazienti in grado di accedere, anche accompagnati, presso gli ambulatori di visita. <u>Criteri di esclusione:</u> - pazienti affetti da tumore inoperabile o metastatico della mammella o del colon-retto.
Dati da rilevare	I dati dovranno essere inseriti nella SCHEMA INFORMATIZZATA <u>PERSONALIZZATA</u> per il GIC MAMMELLA e il GIC COLON-RETTO <u>T0: valutazione basale</u> compilazione alla 1^a visita di follow up della scheda di raccolta dati con la valutazione dei seguenti: - Socio-anagrafici - Terapie in atto per altre patologie (diabete, ipertensione, cardiopatie) - Sede e stadio del tumore alla diagnosi - Parametri clinici: misurazione altezza (I^a visita), peso pre-diagnosi, misurazione del peso, del giro vita, della PAO. - Parametri sierologici: glicemia, colesterolo totale, HDL, trigliceridi. (Nei centri in cui vengano effettuati anche testosterone, Hb glicata, insulinemia, i dati sono inseribili sulla scheda). - Indicazione a programmi (corsi di alimentazione, cucina, informativi, +/- attività fisica) e sedi segnalate ai pazienti (ospedale, associazioni di volontariato, altro). <u>TX:</u> dalla II^a visita e per tutto il follow up: - Eventuali variazioni socio-anagrafiche - Insorgenza di altre patologie - Rilevazione parametri clinici e sierologici sopraindicati - Recidiva di malattia / II tumore e relative sedi - Partecipazione a programmi per il cambiamento degli stili di vita con segnalazione dei cambiamenti effettuati.

COMPILAZIONE SCHEDE

	<u>T 0</u> I^a VISITA DI FOLLOW UP	<u>T X</u> DALLA II^a VISITA DI FOLLOW UP
DATI SOCIO ANAGRAFICI	X	-
VARIAZIONI DATI SOCIO-ANAGRAFICI	-	X
TERAPIE IN ATTO	X	-
ALTRE PATOLOGIE INSORTE	-	X
SEDE E STADIO ALLA DIAGNOSI	X	-
RECIDIVA/II TUMORE	-	X
<u>PARAMETRI CLINICI:</u> - MISURAZIONE altezza (vedi allegato) - VALUTAZIONE peso pre-diagnosi (1 anno)	X	-
<u>PARAMETRI CLINICI:</u> - RILEVAZIONE peso - MISURAZIONE giro vita (vedi allegato) - RILEVAZIONE PAO	X	X
<u>PARAMETRI SIEROLOGICI:</u> - GLICEMIA - COLESTEROLO TOT/HDL - TRIGLICERIDI	X	X
INDICAZIONE A PROGRAMMI DI CAMBIAMENTO STILI DI VITA	X	-
ADESIONE A PROGRAMMI DI CAMBIAMENTO SUGLI STILI DI VITA	-	X
TABELLA SULLE VARIAZIONI ALIMENTARI/MOTORIE	-	X

Background e razionale

Una revisione di studi scientifici sul rapporto fra alimentazione e tumori del Fondo Mondiale per la Ricerca sul Cancro indica che sovrappeso e sedentarietà sono associati ad un maggior rischio di tumore in diverse sedi, inclusi il cancro della mammella e quello del colon-retto.⁽¹⁾

Questo aumento di rischio sarebbe mediato da specifiche alterazioni endocrino metaboliche. Molti studi hanno evidenziato un aumento di rischio associato ad alti livelli sierici di insulina, C-peptide ed IGF (insulin like growth factor)-I. L'IGFI è l'effettore dell'ormone della crescita ed è uno dei principali fattori che stimolano la proliferazione cellulare e prevengono l'apoptosi. Per quanto riguarda nello specifico il ruolo delle alterazioni del sistema insulina/IGF nello sviluppo dei tumori mammari, è noto che l'insulina è un determinante importante della sintesi ovarica di androgeni, inibisce la sintesi epatica di SHBG (sex hormone-binding globulin) e di due delle IGFBP (IGF binding protein), e aumenta l'espressione dei recettori per l'ormone della crescita; l'IGF-I coopera con gli estrogeni nello stimolare la proliferazione delle cellule epiteliali mammarie.

Alti livelli sierici di androgeni e, dopo la menopausa, di estrogeni, favoriscono il successivo sviluppo di tumori mammari e il rischio è più alto in presenza di bassi livelli della globulina che lega gli ormoni sessuali (SHBG), e quindi di più alti livelli di ormoni sessuali liberi.

Queste alterazioni endocrino-metaboliche riconoscono cause sia genetiche sia nutrizionali.

E' stato dimostrato che i livelli di ormoni sessuali sono influenzati dalla massa di tessuto adiposo (dove sono sintetizzati sia androgeni sia estrogeni), dall'attività fisica (che migliora la sensibilità insulinica) e dalla dieta. Un cambiamento complessivo della dieta, volto a ridurre il consumo di zuccheri raffinati e di grassi saturi, è in grado di ridurre il livello sierico di insulina e, di conseguenza, la biodisponibilità di ormoni sessuali e di fattori di crescita. Una dieta iperproteica, inoltre, in particolare ricca di proteine animali e di latte, è associata a livelli alti di IGF-I.

Gli aspetti dell'alimentazione che favoriscono le alterazioni ormonali associate al tumore della mammella e del colon-retto sono gli stessi che favoriscono la sindrome metabolica associata al diabete e alle malattie cardiovascolari, definita convenzionalmente dalla presenza di tre o più dei seguenti fattori: iperglicemia, ipertrigliceridemia, bassi livelli di colesterolo HDL, ipertensione e adiposità addominale.

Ci sono sempre più indicazioni che la sindrome metabolica e le alterazioni ormonali che l'accompagnano siano associate anche ad una peggiore prognosi. E' stato ipotizzato che uno stile alimentare caratterizzato da una maggiore disponibilità di energia, e da un elevato carico glicemico possa stimolare la produzione di insulina che a sua volta promuoverebbe la proliferazione cellulare e inibirebbe l'apoptosi delle micro metastasi, favorendo la progressione di tumori già manifestatisi clinicamente. Un elevato carico glicemico e un elevato consumo di carboidrati risultano associati ad un aumentato rischio di recidiva e di morte in pazienti trattati con chemioterapia per tumore del colon-retto.⁽²⁾ Questo effetto era particolarmente evidente tra i soggetti in sovrappeso o obesi. L'obesità, infatti, è associata a una prognosi peggiore sia nel caso dei pazienti con tumore alla mammella che di quelli con tumore del colon-retto ed è stata anche riportata una associazione positiva tra BMI e rischio di ricorrenza di polipi adenomatosi.⁽³⁻⁴⁾

Quasi tutti gli studi condotti sulle donne con tumore della mammella hanno dimostrato una netta riduzione delle recidive, della mortalità causa specifica e della mortalità per tutte le cause nelle

pazienti con livelli più elevati di attività fisica dopo la diagnosi. Gli studi condotti su pazienti con diagnosi di tumore del colon-retto sono più limitati ma sono anche in questo caso indicativi di una riduzione del rischio di recidive e di morte per cancro e per tutte le cause.⁽⁵⁾

L'attività fisica riduce inoltre il rischio di osteoporosi che nelle donne con il tumore al seno è spesso aumentato a causa delle terapie ormonali; inoltre la riduzione proporzionale della massa grassa è ottenuta solo con l'ausilio dell'attività fisica che la riduce sia direttamente che aumentando la massa magra. Non bisogna dimenticare di sottolineare che l'attività fisica ha anche un ruolo di correzione posturale e riabilitativa soprattutto nelle pazienti operate di tumore mammario.

A fronte di questi potenziali benefici la proporzione di pazienti che segue le raccomandazioni relative all'attività fisica o alle abitudini alimentari resta ridotta, anche se molti pazienti dichiarano una disponibilità ed un interesse a modificare il loro stile di vita dopo la diagnosi di cancro.⁽⁶⁾

La diagnosi di tumore può rappresentare infatti un momento di transizione in cui le persone sono più facilmente propense a considerare la relazione tra i propri comportamenti e gli effetti sulla salute e a mettere in atto strategie di cambiamento, volte alla riduzione di fattori di rischio. D'altro canto, per favorire l'adozione e il mantenimento nel tempo di nuove abitudini, non è sufficiente un intervento di counselling, ma occorre progettare per offrire indicazioni pratiche per la realizzazione dei cambiamenti desiderati.⁽⁷⁻⁸⁻⁹⁾

Descrizione del progetto

Sulla base delle evidenze riportate sono stati avviati studi sperimentali miranti a valutare l'impatto di modifiche delle abitudini alimentari e del livello di attività fisica sulla prognosi dei tumori del colon-retto e della mammella.⁽¹⁰⁻¹¹⁾

Studi di coorte condotti su pazienti in follow-up post-trattamento possono egualmente fornire indicazioni utili a definire il ruolo dei fattori legati allo stile di vita nella prognosi per questi tumori. Sono stati definiti alcuni requisiti che dovrebbero essere garantiti nel disegno di questo tipo di studi per assicurarne la validità.⁽¹²⁾

Questi requisiti includono l'arruolamento tempestivo dei pazienti dopo la diagnosi, la disponibilità di informazioni accurate relativamente alla stadiazione e al trattamento, la rilevazione delle abitudini di vita in momenti specifici del percorso di diagnosi, terapia e follow-up, la rilevazione di parametri antropometrici come circonferenza vita. Questo tipo di informazioni può essere reso disponibile nel percorso di follow-up programmato di questi pazienti.

Nell'ambito della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta è stato quindi avviato un progetto, articolato su diverse fasi, che ha l'obiettivo di valutare l'impatto di un intervento mirante a modificare lo stile di vita dei pazienti in follow-up dopo trattamento di tumori del colon-retto e della mammella seguiti presso i diversi GIC (Gruppi Interdisciplinari e Cure) della Rete Oncologica. Le visite di follow-up programmate ad intervalli prefissati per i pazienti che hanno completato terapie con intento curativo per questi tumori, possono rappresentare momenti in cui offrire indicazioni relative ai cambiamenti dello stile di vita che possono influire positivamente sulla prognosi e offrono l'occasione per rinforzare il messaggio in incontri successivi, modulandolo in relazione alle difficoltà e ai progressi segnalati. Offrono anche l'opportunità di monitorare l'adesione alle indicazioni stesse. Per favorire l'adozione e il mantenimento dei comportamenti raccomandati, il progetto prevede anche di sviluppare la collaborazione tra i GIC e le associazioni

del volontariato e/o le strutture locali che organizzano iniziative finalizzate a promuovere l'attività fisica o a favorire cambiamenti delle abitudini alimentari (corsi di cucina, gruppi di acquisto, ecc.).

Scopo del progetto

Fase 1 : verificare la fattibilità di un intervento di counselling sullo stile di vita, in occasione delle visite di follow up, condotto da parte di operatori formati. A questo scopo verranno valutati:

- La proporzione di nuovi casi presi in carico da ciascun GIC nel periodo di osservazione dello studio per cui viene compilata la scheda di rilevazione (vedi allegato) che raccoglie dati su una serie di parametri antropometrici e metabolici
- La proporzione di casi cui viene data indicazione di rivolgersi ad associazioni/ gruppi di volontariato, ecc, che offrono, sul territorio coperto dal GIC, interventi di supporto al cambiamento delle abitudini alimentari o del livello di attività fisica
- La proporzione di pazienti che presenta condizioni o patologie concomitanti che potrebbero rappresentare una controindicazione all'avvio di interventi di modifica dello stile di vita
- La proporzione di pazienti che presenta una sindrome metabolica o una condizione di sovrappeso o obesità
- La proporzione di pazienti che hanno ricevuto il counselling per cui viene rilevata l'adesione alle raccomandazioni nel corso della visita di follow-up successivo
- Il carico di lavoro associato a questa attività e le valutazioni su questo tipo di attività da parte degli operatori coinvolti.
- Il livello di gradimento e di adesione dei pazienti

Questa fase avrà la durata di un anno a partire da maggio/giugno 2013.

In questo periodo, per tutti i nuovi casi di pazienti che hanno completato il trattamento con intento curativo (sono esclusi pazienti con localizzazioni secondarie) presi in carico dai GIC della Rete oncologica, un operatore formato nei corsi di formazione condotti nella fase preparatoria del progetto, compilerà la scheda raccolta dati (vedi allegato), effettuerà, ove appropriato, un breve counselling sullo stile di vita e indirizzerà il / la paziente alle iniziative attivate a livello locale.

Alle successive visite di follow-up la scheda verrà aggiornata, in particolare in relazione alle informazioni relative all'adesione alle indicazioni fornite nelle visite precedenti in relazione allo stile di vita.

Selezione dei pazienti

Criteri di inclusione:

- Tutti i pazienti con nuova diagnosi istologicamente confermata di tumore della mammella o del colon-retto che abbiano effettuato il trattamento chirurgico e terminato il trattamento chemioterapico e/o radioterapico adiuvante, ove indicato.
- Pazienti liberi da malattia alla prima visita di follow up.
- Pazienti in grado di accedere, anche accompagnati, presso gli ambulatori di visita.

Criteri di esclusione:

- Pazienti affetti da tumore inoperabile o metastatico della mammella o del colon-retto.

Materiali e metodi

I dati da rilevare, secondo la scheda in allegato, dovranno essere inseriti nella scheda informatizzata predisposta

T0 (valutazione basale): **alla I^a visita** di follow up vengono rilevati i seguenti dati:

- Socio-anagrafici
- Terapie in atto per altre patologie (diabete, ipertensione, cardiopatie)
- Sede e stadio del tumore alla diagnosi
- Parametri clinici: misurazione altezza (Ia visita), peso pre-diagnosi, misurazione del peso, del giro vita, della PAO (secondo metodica allegata)
- Parametri sierologici: glicemia, colesterolo totale, HDL, trigliceridi.
Nei centri in cui vengano effettuati anche testosterone, Hb glicata, insulinemia, i dati sono inseribili sulla scheda.
- Indicazione a programmi (corsi di alimentazione, cucina, informativi, +/- attività fisica) e sedi segnalate ai pazienti (ospedale, associazioni di volontariato, altro).

TX (valutazioni successive periodiche secondo cadenza delle visite di follow up): **dalla II^a**

visita e per tutto il follow up fino al termine dello stesso o insorgenza di recidiva di malattia o II tumore vengono rilevati i seguenti dati:

- Variazioni socio-anagrafiche
- Insorgenza di altre patologie
- Rilevazione parametri clinici e sierologici sopraindicati
- Recidiva di malattia / II tumore e relative sedi
- Partecipazione a programmi per il cambiamento degli stili di vita con segnalazione dei cambiamenti avvenuti (tipo e intensità dell'attività fisica strutturata, se effettuata; tipo di variazioni nell'alimentazione e nell'attività motoria quotidiana e nel tempo libero, se introdotte)

Successivi sviluppi

Sulla base dei risultati ottenuti sarà possibile definire la popolazione bersaglio e gli obiettivi di un eventuale intervento mirato alla valutazione dell'impatto di specifici protocolli di intervento di modifica dello stile di vita nel follow-up dei pazienti con tumore della mammella e del colon-retto.

Bibliografia

1. WCRF 2007. *World Cancer Research Fund International*.
2. Meyerhardt JA, Sato K, Niedzwiecki D. et al: Dietary Glycemic Load and Cancer Recurrence and Survival in Patients with Stage III Colon Cancer: Findings From CALGB 89803. *J Natl Cancer Inst* 2012; 104(22): 1702-1711.
3. Vrieling A, Buck K, Seibold P. et al: Dietary patterns and survival in German postmenopausal breast cancer survivors. *Br J Cancer* 2012; 521.
4. Yamaji Y, Okamoto M, Yoshida H, Kawabe T, Wada R, Mitsushima T, Omata M. The effect of body weight reduction on the incidence of colorectal adenoma. *Am J Gastroenterol*. 2008 Aug;103(8):2061-7.
5. Ballard-Barbash R, Friedenreich C.M., Courneya K.S. et al: Physical Activity, Biomarkers, and Disease Outcomes in Cancer Survivors: A Systematic Review. *J Natl Cancer Inst* (2012) 104(11): 815-840.
6. Patterson RE, Neuhouser ML, Hedderson NM, Schwartz SM, Standish LJ, Bowen DJ. Changes in diet, physical activity and supplement use among adults diagnosed with cancer. *JAmDietAssoc* 2003;103:323-8
7. Berrino F, Colombo C, Muti P et al: Plant-based diet, serum fatty acid profile, and free radicals in postmenopausal women: the diet and androgens (DIANA) randomized trial. *Int J Biol Markers* 20(3): 169-76 (2005).
8. Berrino F, Kaaks R, Bellati C et al: Effects of dietary intervention on IGF-I and IGF-binding proteins, and related alterations in sex steroid metabolism: the Diet and Androgens (DIANA) Randomised Trial. *Eur J Clin Nutr* 57 (9): 1079-88 (2003).
9. Berrino F, Bellati C, Ooldani S et al: DIANA trials on diet and endogenous hormones. *IARC Sci Publ* (2002).
10. Courneya KS, Booth CM, Gill S et al: The Colon Health and Life Long Exercise Change trial: a randomised trial of the national cancer institute of Canada clinical trials group. *Curr Oncol* 2008;15(6):279-85.
11. Berrino F, Villarini A, Pasanisi P et al: Lifestyle and breast cancer recurrences: the DIANA-5 trial. *Tumori*. 2012 Jan-Feb;98(1):1-18.
12. Vrieling A, Kampman E et al: The role of body mass index, physical activity, and diet in colorectal cancer recurrence and survival: a review of the literature. *Am J Clin Nutr* 2010; 92(3):3 471-490.

Altra bibliografia di interesse

- Kuiper JG, Phipps AI, Neuhouser ML et al: Recreational physical activity, body mass index, and survival in women with colorectal cancer. *Cancer Causes Control* (2012) 23:1939–1948.
- Sinicrope FA, Foster NR, Sargent DJ et al: Obesity Is an Independent Prognostic Variable in Colon Cancer Survivors. *Clin Cancer Res* 2010;16:1884-1893.
- Dray X, Boutron-Ruault MC, Bertrais S et al: COLON. Influence of dietary factors on colorectal cancer survival. *Downloaded from gut.bmj.com on December 19, 2012*.
- Mi-Kyung Sung, Jee-Young Yeon, Shin-Young Park et al: Obesity-induced metabolic stresses in breast and colon cancer. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1229 (2011) 61–68.

- Davies NJ, Batehup L, Thomas R: The role of diet and physical activity in breast, colorectal, and prostate cancer survivorship: a review of the literature. *British Journal of Cancer* (2011) 105, S52 – S73.
- Parkin DM, Boyd L, Walker LC: The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in the UK in 2010. Summary and conclusions. *British Journal of Cancer* (2011) 105, S77 – S81.
- Demark-Wahnefried W, Campbell KL, Hayes SC: Weight Management and Its Role in Breast Cancer Rehabilitation. *Cancer* 2012, 2277-2286.
- Parekh N, Chandran U, Bandera EV: Obesity in Cancer Survival. *Annu. Rev. Nutr.* 2012. 32:311 – 42.

Scheda raccolta dati

PROGETTO Follow up e Stili di Vita: GIC MAMMELLA

T0: 1^a visita di follow-up dopo chirurgia ± chemioterapia ± radioterapia

NOME: _____ COGNOME: _____

SESSO: M: _____ F: _____ DATA DI NASCITA: ____/____/____

LUOGO DI NASCITA: _____ (Provincia _____)

RESIDENZA: _____

Codice identificativo paziente: _____

Situazione attuale: Vive solo? SI ☐ NO ☐

Se no: quante persone vivono con lei? _____

STATO CIVILE: celibe/nubile ☐ coniugato/a-convivente ☐

separato/a- divorziato/a ☐ vedovo/a ☐

PROFESSIONE: occupato/a ☐ disoccupato/a ☐ pensionato/a ☐

studente/essa ☐ casalinga ☐ altro ☐

TITOLO DI STUDIO: nessuno ☐ lic.elementare ☐ lic.media.inf ☐

diploma/maturità ☐ laurea/post laurea ☐

ANAMNESI PROSSIMA

DIAGNOSI: _____ STADIO alla DIAGNOSI: pT__pN__M__

DATA: _____ SCREENING: SI ☐ NO ☐

MENOPAUSA: SI ☐ NO ☐ se si indicare l'anno: _____

CHIRURGIA: SI ☐ NO ☐ CHEMIOTERAPIA: SI ☐ NO ☐

ORMONOTERAPIA: SI ☐ NO ☐ RADIOTERAPIA: SI ☐ NO ☐

TERAPIE FARMACOLOGICHE IN ATTO

ANTIPERTENSIVI: SI ☐ NO ☐ CARDIOLOGICI: SI ☐ NO ☐

IPOGLICEMIZZANTI: SI ☐ NO ☐ INSULINA: SI ☐ NO ☐

IPOCOLESTEROLEMIZZANTI: SI ☐ NO ☐

Altro: _____

Scheda raccolta dati

PROGETTO Follow up e Stili di Vita: **GIC MAMMELLA**

Dati da rilevare ad ogni visita

Pz. REGOLARMENTE DEAMBULANTE: SI ☐ NO ☐ (se no motivare_____)

PESO DI RIFERIMENTO (anno precedente la diagnosi)_____

PESO ATTUALE (misurato)_____

ALTEZZA (misurata): _____ BMI (Kg/h²):_____

GIRO VITA (misurato)_____ PAO (misurata):_____

GLICEMIA:_____ COL TOT/HDL/TG:_____/_____/_____

SE EFFETTUATI: insulinemia _____ testosteronemia _____ hb glicata _____

CONSEGNATO MATERIALE INFORMATIVO:

SI ☐

NO ☐

SUGGERITA ADESIONE AD UN PROGRAMMA

SI ☐

NO ☐

SE SI

PROGRAMMA DI INTERVENTO STILE ALIMENTARE:

Nome o Breve Descrizione:

Sede: c/o OSPEDALE ☐ ASS. VOLONTARIATO ☐ ALTRO ☐

PROGRAMMA DI INTERVENTO ATTIVITA' FISICA:

Nome o Breve Descrizione:

Sede: c/o OSPEDALE ☐ ASS. VOLONTARIATO ☐ ALTRO ☐

PROGRAMMA COMBINATO: ALIMENTAZIONE E ATTIVITA' FISICA:

Nome o Breve Descrizione:

Sede: c/o OSPEDALE ☐ ASS. VOLONTARIATO ☐ ALTRO ☐

GIC di RILEVAZIONE: _____

DATA:____/____/____

Responsabile della compilazione:_____

Scheda raccolta dati

PROGETTO Follow up e Stili di Vita: GIC MAMMELLA

TX: visita di follow-up successiva alla I^a

CODICE IDENTIFICATIVO PAZIENTE: _____

VISITA DI FOLLOW-UP numero: _____ **Data:** ____/____/____

Condizione lavorativa invariata? **SI** ☐ **NO** ☐

(specificare _____)

Insorgenza di altra patologia/malattia : NO ☐

IPERTENSIONE ☐ CARDIOPATIA ☐ ICTUS ☐ DIABETE ☐

ALTRO: _____

PROGRESSIONE/RECIDIVA di malattia: SI ☐ NO ☐

SEDE di recidiva/progressione:

mammella operata ☐ linfonodi ☐ fegato ☐ osso ☐

polmone ☐ peritoneo ☐ cute ☐ encefalo ☐

ALTRO: _____

Data progressione/recidiva ____/____/____

II TUMORE: SI ☐ NO ☐

SEDE : _____

Data diagnosi ____/____/____

(SE PROGRESSIONE O II TUMORE -> STOP)

Scheda raccolta dati

PROGETTO Follow up e Stili di Vita: GIC MAMMELLA

Dati da rilevare ad ogni visita

Pz. REGOLARMENTE DEAMBULANTE: SI ☐ NO ☐ (se no motivare_____)

PESO DI RIFERIMENTO (anno precedente la diagnosi)_____

PESO ATTUALE (misurato)_____

ALTEZZA (misurata): _____ BMI(Kg/h²):_____

GIRO VITA (misurato)_____ PAO (misurata):_____

GLICEMIA:_____ COL TOT/HDL/TG:_____/_____/_____

SE EFFETTUATI: insulinemia _____ testosteronemia _____ Hb glicata _____

1. Dopo l'ultima visita di follow-up ha seguito le attività previste dal programma

SEGNALATO DA NOI?

Quale progetto?_____ SI NO

Quale progetto?_____ SI NO

Quale progetto?_____ SI NO

1b. Se SI con QUALE FREQUENZA ?

Adesione occasionale Adesione a meno della metà

Adesione a più della metà Adesione completa

2. Ha seguito attività presso ALTRI centri e/o programmi NON SEGNALATI DA NOI?

SI NO

3. Il tempo da lei dedicato all'ATTIVITÀ FISICA è:

RIDOTTO AUMENTATO NE' RIDOTTO NE' AUMENTATO

3b. Se ha AUMENTATO il tempo dedicato all'ATTIVITÀ FISICA STRUTTURATA (corsi programmati, palestra...) indichi quanto tempo dedica all'attività fisica ogni settimana e che tipo di attività fisica esercita.

meno di 1 ora/settimana

1-3 ore /settimana

3-5 ore/settimana

più di 5 ore

Tipo di attività fisica_____

3c. Ha modificato le sue **ABITUDINI MOTORIE QUOTIDIANE E NEL TEMPO LIBERO?**

SI NO

3d. **Se ha risposto sì**, quali tra le attività segnalate nella tabella sottostante ha ridotto o aumentato in modo significativo? (crocettare nell'apposito spazio)

	RIDOTTO	AUMENTATO
Salire le scale		
Utilizzo dell'automobile		
Utilizzo della bicicletta		
Passeggiate/Escursioni		
Giardinaggio		
Altro		

4. Dopo l'ultima visita di follow-up **ha modificato le sue ABITUDINI ALIMENTARI?**

SI NO

4b. **Se ha risposto sì**, quali tra le categorie di alimenti segnalate nella tabella sottostante ha ridotto o aumentato in modo significativo? (crocettare nell'apposito spazio)

	RIDOTTO	AUMENTATO
Insaccati e salumi		
Verdure escluse le patate		
Frutta		
Dolci compresi gelati e cioccolato		
Bibite gassate e succhi di frutta		
Alcolici		
Grassi come olio e burro		
Sale		
Formaggi		
Pasta e/o riso – cereali - integrali		
Legumi		
Carni rosse		
Carni bianche		
Pesce		

GIC di RILEVAZIONE: _____

DATA: ____/____/____

Responsabile della compilazione: _____

Scheda raccolta dati

PROGETTO Follow up e Stili di Vita: GIC COLON-RETTO

T0: PRIMA VISITA di follow-up dopo chirurgia ± chemioterapia ± radioterapia

NOME: _____ COGNOME: _____

SESSO: M: _____ F: _____ DATA DI NASCITA: ____/____/____

LUOGO DI NASCITA: _____ (Provincia _____)

RESIDENZA: _____

Codice identificativo paziente: _____

Situazione attuale: Vive solo? SI ☐ NO ☐

Se no: quante persone vivono con lei? _____

STATO CIVILE: celibe/nubile ☐ coniugato/a-convivente ☐

separato/a- divorziato/a ☐ vedovo/a ☐

PROFESSIONE: occupato/a ☐ disoccupato/a ☐ pensionato/a ☐

studente/essa ☐ casalinga ☐ altro ☐

TITOLO DI STUDIO: nessuno ☐ lic.elementare ☐ lic.media.inf ☐

diploma/maturità ☐ laurea/post laurea ☐

ANAMNESI PROSSIMA

DIAGNOSI: _____ STADIO alla DIAGNOSI: pT__pN__M__

DATA: _____ SCREENING: SI ☐ NO ☐

MENOPAUSA: SI ☐ NO ☐ se si indicare l'anno: _____

CHIRURGIA: SI ☐ NO ☐ CHEMIOTERAPIA: SI ☐ NO ☐

RADIOTERAPIA: SI ☐ NO ☐

TERAPIE FARMACOLOGICHE IN ATTO

ANTIPERTENSIVI: SI ☐ NO ☐ CARDIOLOGICI: SI ☐ NO ☐

IPOGLICEMIZZANTI: SI ☐ NO ☐ INSULINA: SI ☐ NO ☐

IPOCOLESTEROLEMIZZANTI: SI ☐ NO ☐

Altro: _____

Scheda raccolta dati

PROGETTO Follow up e Stili di Vita: GIC COLON-RETTO

Dati da rilevare ad ogni visita

Pz. REGOLARMENTE DEAMBULANTE: SI ☐ NO ☐ (se no motivare_____)

PESO DI RIFERIMENTO (anno precedente la diagnosi)_____

PESO ATTUALE (misurato)_____

ALTEZZA (misurata): _____ BMI (Kg/h²): _____

GIRO VITA (misurato)_____ PAO (misurata):_____

GLICEMIA:_____ COL TOT/HDL/TG:_____/_____/_____

SE EFFETTUATI: insulinemia _____ testosteronemia _____ Hb glicata _____

CONSEGNATO MATERIALE INFORMATIVO:

SI ☐

NO ☐

SUGGERITA ADESIONE AD UN PROGRAMMA

SI ☐

NO ☐

SE SI

PROGRAMMA DI INTERVENTO STILE ALIMENTARE:

Nome o Breve Descrizione:

Sede: c/o OSPEDALE ☐ ASS. VOLONTARIATO ☐ ALTRO ☐

PROGRAMMA DI INTERVENTO ATTIVITA' FISICA:

Nome o Breve Descrizione:

Sede: c/o OSPEDALE ☐ ASS. VOLONTARIATO ☐ ALTRO ☐

PROGRAMMA COMBINATO: ALIMENTAZIONE E ATTIVITA' FISICA:

Nome o Breve Descrizione:

Sede: c/o OSPEDALE ☐ ASS. VOLONTARIATO ☐ ALTRO ☐

GIC di RILEVAZIONE: _____

DATA:____/____/____

Responsabile della compilazione:_____

Scheda raccolta dati

PROGETTO Follow up e Stili di Vita: GIC COLON-RETTO

TX: visita di follow-up successiva alla I^a

CODICE IDENTIFICATIVO PAZIENTE: _____

VISITA DI FOLLOW-UP numero: _____ **Data:** ____/____/____

Condizione lavorativa invariata? **SI** ☐ **NO** ☐

(specificare _____)

Insorgenza di altra patologia/malattia : NO ☐

IPERTENSIONE ☐ CARDIOPATIA ☐ ICTUS ☐ DIABETE ☐

ALTRO: _____

PROGRESSIONE/RECIDIVA di malattia: SI ☐ NO ☐

SEDE di recidiva/progressione:

recidiva colon-rettale ☐ pelvi ☐ peritoneo ☐ linfonodi ☐

polmone ☐ fegato ☐ osso ☐ encefalo ☐

ALTRO: _____

Data progressione/recidiva ____/____/____

II TUMORE: SI ☐ NO ☐

SEDE : _____

Data diagnosi ____/____/____

(SE PROGRESSIONE O II TUMORE -> STOP)

Scheda raccolta dati

PROGETTO Follow up e Stili di Vita: GIC COLON-RETTO

Dati da rilevare ad ogni visita

Pz. REGOLARMENTE DEAMBULANTE: SI ☐ NO ☐ (se no motivare_____)

PESO DI RIFERIMENTO (anno precedente la diagnosi)_____

PESO ATTUALE (misurato)_____

ALTEZZA (misurata): _____ BMI(Kg/h²): _____

GIRO VITA (misurato)_____ PAO (misurata): _____

GLICEMIA: _____ COL TOT/HDL/TG: _____./_____/_____

SE EFFETTUATI: insulinemia _____ testosteronemia _____ Hb glicata _____

1. Dopo l'ultima visita di follow-up ha seguito le attività previste dal programma

SEGNALATO DA NOI?

Quale progetto? _____ SI NO

Quale progetto? _____ SI NO

Quale progetto? _____ SI NO

1b. Se SI con QUALE FREQUENZA ?

Adesione occasionale Adesione a meno della metà

Adesione a più della metà Adesione completa

2. Ha seguito attività presso ALTRI centri e/o programmi NON SEGNALATI DA NOI?

SI NO

3. Il tempo da lei dedicato all'ATTIVITÀ FISICA è:

RIDOTTO AUMENTATO NE' RIDOTTO NE' AUMENTATO

3b. Se ha **AUMENTATO** il tempo dedicato all'**ATTIVITÀ FISICA STRUTTURATA** (corsi programmati, palestra...) indichi quanto tempo dedica all'attività fisica ogni settimana e che tipo di attività fisica esercita.

meno di 1 ora/settimana

1-3 ore /settimana

3-5 ore/settimana

più di 5 ore

Tipo di attività fisica _____

3c. Ha modificato le sue **ABITUDINI MOTORIE QUOTIDIANE E NEL TEMPO LIBERO?**

SI NO

3d. Se ha risposto sì, quali tra le attività segnalate nella tabella sottostante ha ridotto o aumentato in modo significativo? (crocettare nell'apposito spazio)

	RIDOTTO	AUMENTATO
Salire le scale		
Utilizzo dell'automobile		
Utilizzo della bicicletta		
Passeggiate/Escursioni		
Giardinaggio		
Altro		

4. Dopo l'ultima visita di follow-up ha modificato le sue **ABITUDINI ALIMENTARI?**

SI NO

4b. Se ha risposto sì, quali tra le categorie di alimenti segnalate nella tabella sottostante ha ridotto o aumentato in modo significativo? (crocettare nell'apposito spazio)

	RIDOTTO	AUMENTATO
Insaccati e salumi		
Verdure (escluse le patate)		
Frutta		
Dolci (compresi gelati e cioccolato)		
Bibite gassate o succhi di frutta		
Alcolici		
Grassi (come olio e burro)		
Sale		
Formaggi		
Pasta e/o riso – cereali - integrali		
Legumi		
Carni rosse		
Carni bianche		
Pesce		

GIC di RILEVAZIONE: _____

DATA: ____/____/____

Responsabile della compilazione: _____

DEFINIZIONE SINDROME METABOLICA

TRE O PIÙ DEI SEGUENTI INDICATORI:

- ~~/~~ Glicemia a digiuno ≥ 100 mg/dl o in terapia farmacologica**
- ~~/~~ Colesterolo HDL ≤ 50 mg/dl e/o in terapia farmacologica**
- ~~/~~ Trigliceridi ≥ 150 mg/dl e/o in terapia farmacologica**
- ~~/~~ PAO $\geq 130/85$ mmHg e/o in terapia farmacologica**
- ~~/~~ Circonferenza addominale $\geq 80-88/94-102$ cm (F/M)**

N.B **I VALORI (MINIMI e MASSIMI) della circonferenza addominale indicati dipendono da**
valori di riferimento per etnie diverse

PER IL NOSTRO STUDIO CHIEDIAMO DI CONSIDERARE

80 cm (donna) - 94 cm (uomo)

come valori idonei alla sensibilizzazione del paziente

88 cm (donna) - 102 cm (uomo)

**COME VALORI INDICATORI PER LA DIAGNOSI DI
SINDROME METABOLICA**

MISURAZIONE DEL GIRO VITA

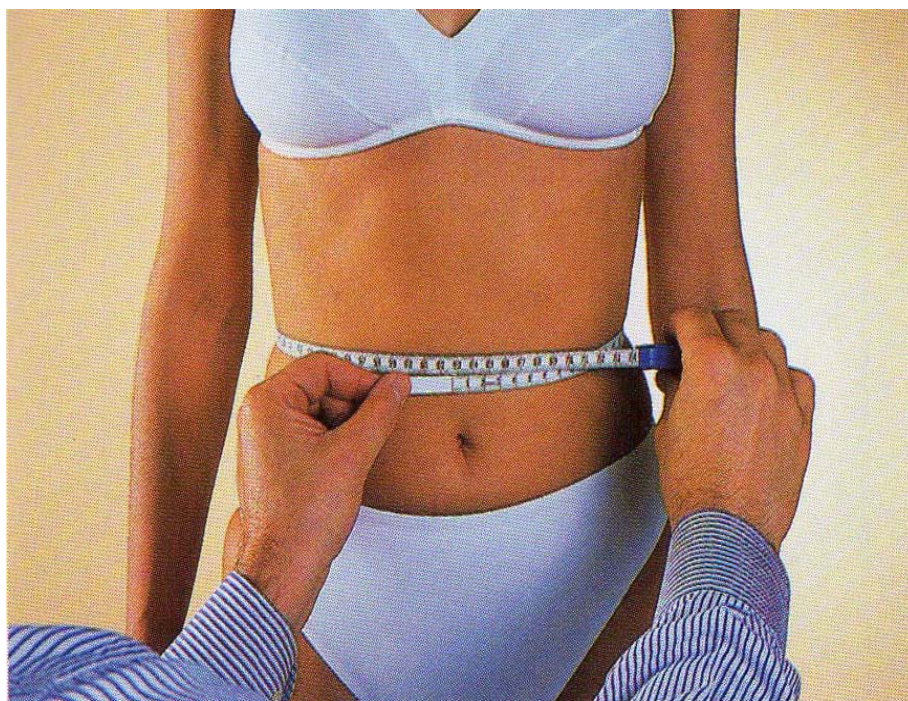
Il soggetto DEVE ESSERE POSTO:

in posizione eretta

a piedi uniti

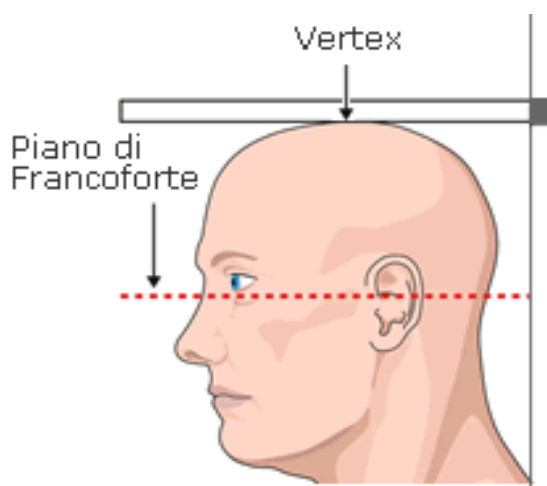
a braccia pendenti

MISURARE LA **CIRCONFERENZA MINIMA** DELL'ADDOME



SOGGETTI OBESI: MISURARE LA CIRCONFERENZA PIÙ PICCOLA
COMPRESA TRA L'ULTIMA COSTA E LE CRESTE ILIACHE

MISURAZIONE DELL'ALTEZZA



La **linea di visione** deve essere mantenuta secondo il piano di Francoforte (piano che passa tra il forame uditivo ed il margine inferiore dell'orbita), che a sua volta deve essere parallelo alla base di appoggio.

La **branca mobile** deve esercitare sul capo una pressione sufficiente a comprimere i capelli, che devono essere liberi da trecce, cerchietti e quant'altro possa alterare la misura dell'altezza.

Occorre essere scalzi o indossare calze molto fini; i talloni ed i malleoli vanno mantenuti a contatto e le punte dei piedi leggermente divaricate (a 60 gradi); le ginocchia non devono essere piegate.

L'occipite, le scapole, i glutei ed i talloni devono rimanere a contatto con il montante dello stadiometro o con la parete (a seconda dello strumento utilizzato).

Il peso deve essere equamente distribuito su entrambi i piedi, la cui pianta deve prendere appoggio su una superficie piana e stabile.

Le braccia pendono liberamente ai lati del tronco con il palmo delle mani rivolto verso le cosce.



ALLEGATO 3