

## EDITORIALE La posta dei pazienti

**S**crivono perché non si accontentano di avere un unico parere. Scrivono perché chi ha un familiare, un figlio, un amico malato di cancro si aggrappa a qualsiasi cosa pur di mantenere viva la speranza. Forse scrivono anche per non svegliarsi un giorno mai con il rimorso di non aver fatto tutto il possibile.

A dire la verità non ci aspettavamo un tale riscontro: 40 e-mail in tre mesi. E nemmeno avevamo previsto di fornire un servizio di questo genere quando sul sito dell'Associazione abbiamo aperto un indirizzo di posta elettronica per consentire agli utenti di comunicare con la redazione.

Diciamo che ci è stato "imposto" dagli eventi e che solo grazie alla disponibilità del dott. Marco Venturini, oncologo all'Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro di Genova, è stato possibile rispondere a tutte le richieste d'aiuto nell'arco delle 24 ore. I dati su cui riflettere sono però altri. In primo luogo che l'avvento di Internet ha cambiato il vissuto della malattia. Chi si trova a dover fare i conti con una patologia grave come il cancro – paziente o congiunto che sia – naviga in rete nella speranza di trovare una soluzione al suo dramma, o perlomeno una condivisione: vuole sapere, cerca risposte. A

provarlo sono i messaggi arrivati all'indirizzo [aiomnews@intermedianews.it](mailto:aiomnews@intermedianews.it). La conseguenza diretta di ciò è il cambio epocale nel rapporto medico paziente. La diagnosi di una qualsiasi neoplasia ha un impatto devastante, in grado di sconvolgere anche le menti più equilibrate. Sta a chi in quel momento indossa un camice bianco trovare i modi, il tempo e le parole giuste, oltre ai farmaci, per i dubbi e le angosce dei malati e dei loro famigliari.

Negli ultimi anni il direttivo AIOM si è attivato per rispondere a questa esigenza e lo ha fatto con un Numero Verde (800.237303), con la newsletter che state leggendo, un sito internet ([www.aiom.it](http://www.aiom.it)), in cui è presente una sezione divulgativa realizzata con la collaborazione del *Working group AIOM giovani*. Oggi c'è anche questo nuovo servizio di consulenza, che oltre ad essere un approdo importante e scientificamente corretto per i naviganti della rete, consente agli stessi oncologi di capire qualcosa in più della psicologia del malato e di chi gli sta a fianco.

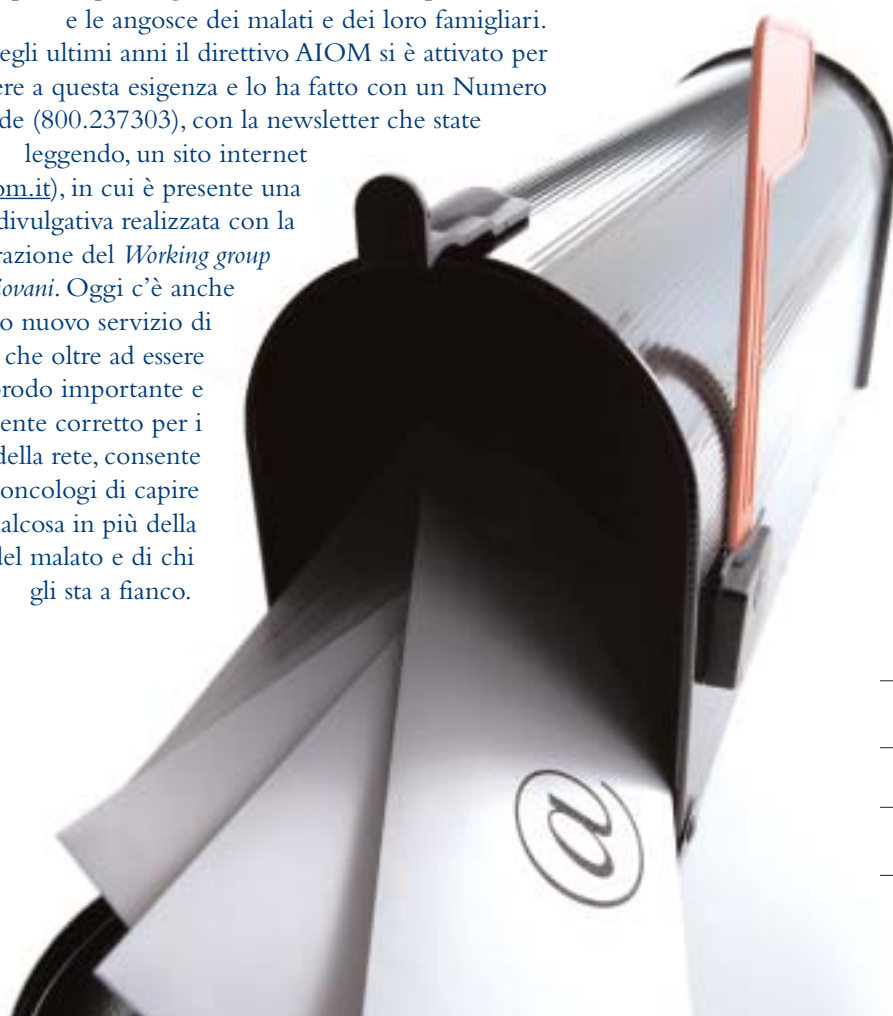
Newsletter di informazione per cittadini e pazienti dell'**Associazione Italiana di Oncologia Medica**

# AIOM

## info società

Nel n.8 | 2004

- 1** Editoriale
- 2** Qualità di vita
- 5** Ricerca e terapia
- 6** Riflettori su:  
tumore del rene



## I DIRITTI DEI MALATI

Concentrare le forze solo sulla malattia per riuscire a combatterla al meglio è un privilegio di pochi. Sono purtroppo molti i pazienti che devono far fronte alle piccole grandi incombenze quotidiane, prime fra tutte la mancanza di informazioni certe sui propri diritti o i muri di gomma della burocrazia. Un grande aiuto a queste persone lo da oggi l'Associazione Italiana Malati di Cancro (AIMaC), che attraverso il suo sito ([www.aimac.it](http://www.aimac.it)) fornisce una serie di notizie utili di ordine legislativo, indispensabili per orientarsi in un contesto non sempre agevole. Per venire incontro, a nostra volta, a chi non ha la possibilità di collegarsi alla rete, a partire da questo numero della newsletter daremo conto di quanto gli amici dell'AIMaC riportano online.

### LA COMUNICAZIONE? SEMPLICE E CHIARA

La comunicazione della diagnosi, anche provvisoria, delle opzioni di cura e della prognosi, per essere utile ed efficace, deve avvenire con la massima semplicità e chiarezza e mediante l'utilizzo di termini comprensibili. Il malato ha facoltà, eventualmente, di indicare altre persone cui può essere fornita l'informazione sul suo stato di salute e, tra queste, il medico di fiducia. Il malato di cancro deve avere accesso senza difficoltà ad informazioni attendibili, ogni volta che ne ha bisogno.

Ciò vuol dire che ha diritto di:

- essere informato sul nome dello specialista (o degli specialisti) e dei collaboratori che lo prendono in cura;
- essere informato sul nome della persona responsabile di soddisfare le sue esigenze, nel caso non sia la stessa persona di cui sopra
- avere indicazioni sugli orari di reperibilità del medico di base, dello specialista, dello psicologo e del personale di sostegno, oltre a sapere a chi può rivolgersi di notte o durante il week-end in caso di necessità.

## CONOSCERE LA DIAGNOSI

Il malato, se lo desidera, ha diritto di avere piena cognizione del proprio stato di salute. Pertanto, ha il diritto di ottenere dai medici un'informazione adeguata alle sue capacità cognitive e al suo livello socio-culturale. Ciò significa che dovrebbero essere disponibili, a seconda delle necessità e delle richieste, i seguenti tipi di notizie:

- **informazioni mediche (spiegazione in merito a tipo di cancro diagnosticato e prognosi; accertamenti e esami del caso; opzioni terapeutiche con relativi pro e contro; effetti collaterali della malattia e del trattamento)**
- **informazioni per ottenere aiuti sul piano pratico, sociale e finanziario**
- **effetti sulla qualità di vita, sulle relazioni interpersonali, sulla vita sessuale e spiegazione circa il modo in cui affrontarli**
- **opportunità di terapie complementari.**

## Il consulto medico esterno

In caso di ricovero, qualora ritenga opportuno procedere a consulto medico esterno alla struttura, il malato ha diritto di ottenere una relazione medica dettagliata sulla sua situazione clinica, diagnostica e terapeutica. Egualmente in caso di dimissioni, i medici curanti devono fornire, su richiesta, una relazione scritta per il medico di fiducia, in cui riporteranno ogni utile indicazione sullo stato di salute del paziente e, in particolare, sul decorso clinico, sui principali accertamenti effettuati e sulle loro risultanze, sulle terapie praticate, sulla diagnosi e sulla prognosi, nonché sulle eventuali indicazioni terapeutiche e diagnostiche.

Durante il ricovero il paziente e il suo medico di famiglia hanno diritto di prendere visione della cartella clinica (L. 241/1990). Solamente dopo essere stato dimesso, invece, il malato, può avere copia integrale della cartella, che gli deve essere consegnata entro 30 giorni dalla richiesta o immediatamente in caso di urgenza documentata. Se il paziente non può ritirare personalmente la copia richiesta, è sufficiente una delega scritta a persona di fiducia cui devono essere consegnati i documenti richiesti, in busta chiusa (D.P.R. 128/1969; L. 241/1990; L. 675/1996).



# LE CURE ALL'ESTERO: QUANDO E PERCHÈ

L'assistenza sanitaria all'estero è consentita, in via eccezionale, solo presso centri di altissima specializzazione per prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione che **non sono ottenibili in Italia in modo adeguato o tempestivo**.

La procedura cambia a seconda delle modalità di assistenza e anche del Paese in cui è necessario recarsi per essere curati – occorre distinguere, da una parte, i Paesi dell'Unione Europea e quelli con i quali l'Italia ha stipulato apposite convenzioni e, dall'altra, gli Stati extra-comunitari non convenzionati con il nostro Paese.

Per quanto riguarda le strutture di altissima specializzazione, esistono due modalità di assistenza, che richiedono in ogni caso l'autorizzazione della propria ASL:

**assistenza diretta:** le prestazioni sanitarie sono pagate direttamente dalla ASL e rimane a carico del paziente solo l'eventuale ticket sanitario applicato dal Paese di destinazione (le disposizioni dei Paesi esteri in materia di esenzione dal ticket sono diverse da quelle italiane, per cui è necessario verificare quale documentazione richiede il Paese di destinazione per avvalersi di eventuali agevolazioni riconosciute.

## ESENZIONE DAL TICKET

I malati di cancro hanno diritto all'esenzione totale dal pagamento del ticket per farmaci, visite ed esami appropriati per la cura del tumore e delle eventuali complicanze, per la riabilitazione e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti (D. M. Sanità 329/1999).

**Domanda:** La domanda di esenzione dal ticket deve essere presentata alla propria Azienda Sanitaria Locale (ASL), allegando i seguenti documenti:

tessera sanitaria  
codice fiscale

documentazione medica, specialistica o ospedaliera, che attesti la malattia.

**Tessera di esenzione:** Dopo aver valutato la documentazione, la ASL rilascerà la tessera di esenzione, documento personale, recante il codice 048 identificativo delle patologie tumorali.

**Benefici:** con la presentazione della tessera di esenzione si ha diritto ad usufruire gratuitamente, presso strutture pubbliche o convenzionate, delle cure mediche e sanitarie collegate con la patologia tumorale. L'esenzione ovviamente è valida anche per i farmaci.

**assistenza indiretta:** le prestazioni sanitarie sono a carico del malato che ha però diritto ad un rimborso parziale dalla ASL.

**Domanda:** La domanda per il trasferimento presso strutture di altissima specializzazione all'estero deve essere presentata alla ASL di appartenenza, allegando: **il certificato del medico specialista (pubblico o privato), che illustri l'impossibilità di ricevere trattamenti adeguati e tempestivi nelle strutture sanitarie operanti sul territorio nazionale, indicando anche la struttura estera prescelta; l'ulteriore documentazione eventualmente richiesta dalle disposizioni regionali.**

**Tempi e iter:** La ASL trasmette entro 3 giorni la domanda e la relativa documentazione al Centro regionale di riferimento competente, che dovrà comunicare la sua risposta alla ASL entro 7 giorni o, se lo riterrà opportuno, potrà richiedere ulteriore documentazione e rinviare la risposta per altri 7 giorni. In caso di mancata risposta nei tempi previsti, la valutazione s'intenderà positiva. La ASL rilascerà:



## **PRESCRIZIONE GRATUITA DELLA PROTESI MAMMARIA ESTERNA**

Secondo la legge finanziaria per l'anno 1998 "il Servizio Sanitario Nazionale fornisce gratuitamente, a semplice richiesta corredata da idonea documentazione, la protesi mammaria esterna alle donne che abbiano subito un intervento di mastectomia monolaterale o bilaterale". (art. 37 L. 449/1997).

**Domanda:** La richiesta di prescrizione gratuita della protesi mammaria esterna deve essere effettuata dal medico specialista (chirurgo, oncologo, medico del distretto) dipendente o convenzionato alla ASL, o comunque da un presidio sanitario pubblico, sull'apposito modulo rilasciato dalla ASL. La prescrizione deve indicare chiaramente:

- **la diagnosi**
- **la tipologia di protesi mammaria idonea in base al tipo di intervento subito. La protesi può essere:**

1. provvisoria (cod. ISO 06.30.18.003) da utilizzare nel periodo intercorrente tra l'intervento e la cicatrizzazione, in schiuma di gomma rivestita di tessuto anallergico;

2. permanente (cod. ISO 06.30.18.006), a profilo e volume/peso fisio-anatomico (0,96), in tutto silicone a composizione medica, a riempimento differenziato, anallergica esteticamente naturale, con assorbimento del calore del corpo" (DM Sanità n. 332/1999).

- **il codice ISO del Nomenclatore;**
- **il programma terapeutico (per quanto tempo la paziente deve fare uso della protesi e quando deve sottoporsi ai controlli medici).**

In seguito alla modifica apportata dal D.L. 321 G.U. n. 183/2001, non è più necessaria la preventiva richiesta di invalidità civile.

**Tempi e iter:** Espletato l'iter burocratico, la ASL autorizzerà a ritirare gratuitamente la protesi presso le farmacie o le rivendite sanitarie.

**Rinnovo:** Secondo quanto stabilisce il D.M. 332/1999, la protesi può essere rinnovata ogni 3 anni. In caso di smarrimento, rottura accidentale, particolare usura della protesi, la ASL potrà autorizzare, per una sola volta, la fornitura di una nuova protesi prima che siano decorsi i tempi minimi di rinnovo.

- **il modello E 112 se il ricovero avverrà presso strutture pubbliche di Stati dell'Unione Europea o di Stati convenzionati con l'Italia. Tale modello darà diritto a usufruire dello stesso trattamento riservato ai cittadini dello Stato in cui avverrà il ricovero e al trattamento di assistenza diretta da parte della ASL;**

- **apposita autorizzazione scritta se il ricovero avverrà presso strutture private di Stati dell'Unione Europea o di Stati convenzionati con l'Italia o in strutture pubbliche di Stati non convenzionati con l'Italia; in questo modo la prestazione sarà riconosciuta in regime di assistenza indiretta dalla ASL.**

**Eccezione:** In casi di comprovata eccezionale gravità e urgenza, sono previste deroghe alla procedura standard sopra descritta. L'autorizzazione della ASL, infatti, può essere rilasciata anche successivamente all'erogazione delle prestazioni sanitarie all'estero.

**Rimborsi:** Nel caso di assistenza indiretta, le modalità di rimborso sono le seguenti:

**Spese di carattere strettamente sanitario (onorari professionali, degenza, diagnostica, farmaci, protesi, ecc.)**

Sostenute presso centri privati: fino all'80% delle tariffe applicate nelle strutture pubbliche o private non a scopo di lucro

**Spese di trasporto o viaggio**

Paziente: 80% del biglietto ferroviario di II classe e anche aereo, purché preventivamente autorizzato  
Accompagnatore: Rimborsabili solo nel caso di ricovero di minori di 18 anni, persone non autosufficienti o per le quali il Centro regionale di riferimento abbia autorizzato l'accompagnatore

**Spese per prestazioni erogate da personale che opera presso la struttura estera come libero professionista**

40%

**Spese di soggiorno**

Non rimborsabili ad eccezione di quelle sostenute da persone handicappate e loro accompagnatori se la struttura non prevede il ricovero per tutta la durata degli interventi autorizzati

**Spese sanitarie residue a carico del paziente (20%)**

Rimborso parziale o totale se sono particolarmente elevate in relazione al reddito

Se il malato è *non abiente* ha diritto ad un acconto sul rimborso spettante, anche prima del trasferimento all'estero o del rientro in Italia, in considerazione dell'entità della spesa o delle modalità di pagamento utilizzate presso la struttura estera. In ogni caso l'acconto non può superare il 70% del rimborso spettante.

Per ottenere il rimborso è necessario presentare alla ASL le fatture o altra documentazione che attesti il pagamento, vistate dal Consolato Italiano presso il Paese in cui sono state ricevute le cure. Il pagamento sarà effettuato entro qualche mese.

**Ricorso:** In caso di parere negativo del Centro regionale di riferimento il paziente può presentare ricorso entro 15 giorni, in sede amministrativa al Direttore Generale della ASL o in sede giudiziaria al Tribunale Amministrativo Regionale (TAR).

La ricerca e la clinica sul tumore del seno puntano su terapie sempre più personalizzate. Prima di decidere che approccio terapeutico adottare è necessario quindi che il medico tracci un **identikit** della donna. Non solo la stadiazione e il tipo di neoplasia, ma anche la storia della paziente e l'individuazione di eventuali caratteristiche genetiche che predispongono allo sviluppo di nuovi tumori.

La terapia con tamoxifene, per esempio, si è rivelata utile solo per le donne affette da neoplasia "ormono-sensibile". I due terzi delle pazienti colpite da cancro del seno ha questo tipo di tumore e il trattamento con questa molecola per cinque anni è quindi molto utilizzato.

Vari studi condotti per valutare gli effetti di trattamenti con tamoxifene per 5 e 10 anni hanno dimostrato come la molecola svolga un'azione protettiva solo nei primi cinque anni dopo l'intervento. Se assunto per più tempo, tamoxifene non solo non apporta alcun beneficio aggiuntivo ma contribuisce ad aumentare il rischio di essere colpite da un nuovo tumore.

Sulla base di questi dati, oggi, il trattamento con tamoxifene viene proseguito per cinque anni e poi interrotto. Tuttavia, anche dopo cinque anni la donna corre ancora il rischio di ammalarsi. Se è vero infatti che il massimo rischio di ricaduta viene registrato nei primi due anni per poi decadere progressivamente fino ai cinque, va tenuto presente che, passato quel periodo, la donna non è protetta contro eventuali ricadute. Neanche dopo venti anni.

Che fare quindi? Lo studio MA-17 fornisce la risposta. Dopo i primi cinque anni di trattamento con il tamoxifene è possibile continuare la terapia ormonale assumendo un altro tipo di agente ormonale, un inibitore dell'aromatasi di terza generazione, il letrozolo. Questa molecola non solo protegge la donna dallo sviluppo di recidive ma migliora anche la sopravvivenza. Un ulteriore dato confortante: il letrozolo proteggerebbe contro un altro rischio, quello che la paziente sviluppi un nuovo tumore nell'altro seno.

## TUMORE AL SENO, DOPO 5 ANNI SI DEVE CAMBIARE FARMACO

Al fine di meglio identificare le pazienti che possono beneficiare di un trattamento ormonale con letrozolo, uno studio spagnolo condotto dal dottor Cameron evidenzia come la presenza di particolari caratteristiche nel gene dell'aromatasi umana, denominato CYP19, possa essere predittiva di una maggior efficacia di letrozolo.

Ad oggi, per individuare la presenza di questo genotipo, si esegue un esame sul tumore; entro breve sarà possibile effettuare la valutazione tramite un semplice esame del sangue.

Poiché i risultati dello studio, tratti da casistiche limitate, vanno confermati da trial più ampi, i medici devono ancora basare le loro decisioni su fattori tradizionali, primo fra tutti la presenza di linfonodi positivi al momento dell'intervento. Le donne che rientrano in questa categoria, così come dimostrato dallo studio MA-17, possono ottenere dei vantaggi in termini di sopravvivenza dal trattamento con letrozolo.

Ma c'è un altro aspetto importante dello studio MA-17, non strettamente clinico ma di grande rilevanza, quello del peso delle false credenze e della corretta informazione. Il fatto che una donna, dopo cinque anni dalla chirurgia, non avesse avuto una recidiva di malattia era sentito come un segno di guarigione definitiva. Purtroppo non è del tutto vero, perché la ricaduta può comparire anche dopo il quinto anno. E' giusto che le donne siano consapevoli del rischio di ammalarsi di nuovo, anche a molti anni di distanza dalla asportazione del tumore. Perché le informazioni vengano date in modo corretto è necessario l'impegno in prima persona dei medici quale fonte di informazione. I media, da parte loro, dovrebbero riuscire a trasmettere informazioni corrette ed efficaci.

**dott. Marco Venturini**

Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro - Genova

**Il carcinoma del rene rappresenta il 2-3% delle neoplasie maligne con circa 30.000 nuovi casi diagnosticati ogni anno negli Stati Uniti e 27.000 in Europa. In Italia, la neoplasia renale colpisce 4.000 persone l'anno. Il cancro del rene sembra prevalere nel sesso maschile (con un rapporto maschi - femmine di 2:1), nelle persone con età superiore a 40 anni e si evidenzia più frequentemente nelle aree urbane rispetto alle rurali. L'incremento dell'incidenza rilevato negli ultimi decenni è da attribuire al miglioramento della diagnosi, che consente un'identificazione della neoplasia in fase precoce e una maggiore tempestività nell'intervenire chirurgicamente. La chirurgia è infatti ancora oggi l'unico trattamento efficace per poter ottenere un miglioramento della sopravvivenza a 5 anni. Alla diagnosi i 2/3 circa delle neoplasie sono confinate al rene e in tal caso la sopravvivenza a 10 anni dopo l'intervento chirurgico si aggira intorno al 70%.**

## I fattori di rischio

Gli agenti responsabili dell'insorgenza di questa neoplasia rimangono ancora sconosciuti, anche se alcuni fattori sembrano essere correlati con l'incremento del rischio di sviluppare il carcinoma renale; tra questi ricordiamo:

*Fattori genetici:* i parenti di primo grado dei pazienti affetti da carcinoma renale hanno un rischio 4 volte maggiore di sviluppare questo tumore rispetto alla popolazione generale. Anche se raramente il tumore può essere ereditario: studi di genetica molecolare hanno infatti identificato come evento responsabile dell'insorgenza di questa neoplasia la **delezione del cromosoma 11** vicina all'analoga delezione presente nella Sindrome di von Hippel-Lindau (anch'essa caratterizzata da una elevata incidenza di carcinomi renali).

*Patologie renali:* i pazienti affetti da **malattia cistica renale** (sottoposti a dialisi per lungo tempo) hanno un rischio 30 volte maggiore di sviluppare la neoplasia. Altre patologie renali chiamate in causa sembrano essere la **sclerosi tuberosa e nefropatia d'analgesci**, quest'ultima correlata soprattutto all'abuso di fenacetina (analgescico).

*Fattori occupazionali:* l'esposizione a derivati del petrolio, **torotrast, zinco e cadmio** si associa allo sviluppo di neoplasie renali. Sull'esposizione al cadmio non ci sono però dati certi. Altri fattori correlati sembrano essere: **l'obesità, il fumo di sigaretta e la terapia estrogenica sostitutiva.**



## I sintomi

2

La sintomatologia classica è rappresentata dalla triade: **ematuria (perdita di sangue con le urine), dolore e massa palpabile**. Talvolta questi sintomi sono presenti solo nella fase avanzata della malattia. Spesso la malattia può esordire con un quadro molto più complesso: anemia, febricola, ipercalcemia (aumento dei livelli di calcio nel sangue) configurando quella che viene definita **Sindrome Paraneoplastica**. Inoltre nell'uomo, soprattutto nei casi localmente avanzati, può essere un reperto caratteristico l'insorgenza acuta del varicocele (dilatazione delle vene spermatiche) per compressione o trombosi della vena spermatica sinistra.

## La diagnosi

3

Per quanto concerne la diagnosi, oltre ad un corretto esame clinico, assume importanza rilevante la diagnostica strumentale:

- l'ecografia, che è in grado di discriminare una massa solida (sospetta per neoplasia) da una massa cistica
- la Tomografia Computerizzata (TAC), che risulta fondamentale per valutare la presenza di masse di piccole dimensioni e che permette di valutare l'estensione locoregionale della malattia.

Altre indagini utilizzate per una corretta stadiazione della malattia (presenza di metastasi a distanza) sono:

### RX torace

### Scintigrafia ossea

### Urografia (radiografia dell'apparato urinario visualizzato attraverso la somministrazione di mezzo di contrasto).

La Risonanza Magnetica, se associata alla TAC, può fornire immagini tridimensionali della massa neoplastica al fine di un'ottimale programmazione chirurgica.

Gli esami di laboratorio, che possono subire delle modificazioni, sono: l'azotemia, la clearance della creatinina e la calcemia; inoltre, tipico è il rilievo dell'incremento della fosfatasi alcalina e dell'enzima Lattico Deidrogenasi (LDH). L'agobiopsia della lesione renale sospetta talvolta viene sconsigliata per il rischio di disseminazione della neoplasia.

## La classificazione

**La classificazione istopatologica attualmente utilizzata è quella di Mainz, che distingue l'adenocarcinoma a cellule chiare, a cellule cromofile, a cellule cromofobe, il carcinoma dei dotti collettori e l'oncocitoma; quest'ultimo, essendo sempre benigno, può essere sottoposto a chirurgia conservativa, ovvero all'asportazione del solo tumore, con conservazione del rene.**

## Strategia terapeutica

4

La chirurgia, che può essere espletata con varie modalità, rimane il trattamento standard di questa neoplasia:

- nefrectomia radicale classica (asportazione del rene, del surrene, del grasso perirenale e della capsula di Gerota, parte dell'uretere e dei linfonodi locoregionali)
- nefrectomia semplice (asportazione solo del rene)
- nefrectomia parziale o enucleazione (nei tumori di piccole dimensioni)
- nefrectomia per via laparoscopica
- resezione del tumore esteso alla vena cava.

Anche nella fase metastatica della malattia il trattamento chirurgico potrebbe essere considerato una valida opzione terapeutica, in quanto alcuni studi hanno dimostrato che l'asportazione del tumore primitivo migliora le risposte che si ottengono con la terapia medica.

Per quanto concerne la terapia medica sono diversi gli approcci utilizzati nel trattamento del carcinoma renale metastatico: ormonoterapia, chemioterapia e immunoterapia.

L'immunoterapia consiste nella somministrazione sottocutanea di farmaci che stimolano il sistema immunitario contro le cellule estranee come quelle tumorali; al momento attuale sembra essere l'unico approccio terapeutico che determini migliori risultati.

Infatti, l'utilizzo di alfa-interferone ricombinante o di interleuchina-2 (da soli o in associazione a farmaci citotossici come ad esempio il 5-Fluorouracile) sono in grado di determinare regressioni parziali della malattia con una durata di circa 4-6 mesi; l'effetto collaterale più frequente del trattamento immunoterapico è rappresentato dalla Sindrome simil-influenzale caratterizzata da febbre, astenia, dolori muscolari.

Le prospettive future sono rivolte soprattutto all'utilizzo di nuove molecole quali anticorpi monoclonali, vaccinoterapia, nuove citochine (farmaci immunostimolanti come l'interferone e le interleuchine) e chemioterapici più attivi.

## LA DOMANDA

### Cosa contiene la cartella clinica?

Contiene i dati di rilevanza medica riguardanti il paziente ricoverato, il diario del decorso della malattia, i risultati degli esami e delle analisi effettuate, l'indicazione analitica delle terapie praticate oltre che la diagnosi della patologia o delle patologie dalle quali è affetta la persona ricoverata.

## CIPOLLE, SEDANO, MELE E BROCCOLI DIFENDONO L'INTESTINO

Cipolle, sedano, mele e broccoli 'mattoni' essenziali per la salute dell'intestino, e per ridurre al minimo il rischio di cancro. Il britannico Institute of Food Research sottolinea l'importanza della giusta dieta per combattere il tumore dell'intestino: "uno dei più frequenti, ma anche dei più evitabili, se ci si comporta bene a tavola". Secondo le ultime ricerche, infatti, circa l'80% dei casi di malattia sarebbe dovuto alle cattive abitudini alimentari. Bisogna invece privilegiare - spiegano i ricercatori - quei cibi ricchi di "fibre, acido folico, acidi grassi polinsaturi e flavonoidi, che aiutano le cellule epiteliali delle pareti intestinali a fare il loro dovere di 'prima barriera' dell'organismo contro gli attacchi di agenti esterni potenzialmente dannosi, tra cui batteri e virus". "Per esempio - continuano gli scienziati britannici - gli enzimi Cox-2 che permettono alle cellule impazzite di sopravvivere possono essere neutralizzati dalla quercetina, un flavonoide che si trova in cipolle, mele oltre che nel tè". Ma la lista degli alimenti 'amici' dell'intestino è lunga: oltre agli ormai rinomati broccoli e cavoli, via libera a sedano, basilico, prezzemolo e carciofi.

# Aiom

**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. Roberto Labianca

## LA RICETTA

### Capriccio d'Estate

#### Ingredienti per 4 porzioni

- 2 filetti di pollo
- sedano bianco
- 1 cespo di lattuga o di cicoria
- 3 carote
- 2 uova sode
- 100 gr. di emmenthal
- 9 cuori di carciofi
- 1 pomodoro
- maionese
- succo di limone. senape
- sale q.b.

#### Preparazione

Fate bollire i filetti di pollo e, dopo averli fatti raffreddare, tagliateli a listarelle sottili. Allo stesso modo affettate il sedano e i cuori di carciofo a fettine sottili e le carote a fiammifero. Ponete il tutto in una terrina, aggiungendo l'emmenthal tagliato a fettine sottili. A parte amalgamate la maionese con un cucchiaino di senape e il succo di limone; con questo composto condite il contenuto della terrina. Aggiungete l'insalata tagliata a strisce sottili e guarnite con spicchi di uova sode e fettine di pomodoro. Accompagnate l'insalata con un buon vino bianco secco.



# Aiom

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

Supplemento a AIOM NOTIZIE. N. 6/2004 Reg. Trib. di Brescia n° 35/2001 del 2/7/2001

## infosocietà

#### Consiglio Direttivo Nazionale AIOM

*Presidente*  
Roberto Labianca  
*Presidente Eletto*  
Emilio Bajetta  
*Segretario*  
Carmelo Iacono  
*Tesoriere*  
Marco Venturini  
*Consiglieri*  
Vincenzo Adamo, Sandro Barni, Oscar Bertetto, Filippo De Marinis, Gianfranco Filippelli, Fausto Roila, Giovanni Rosti, Vittorina Zagonel

#### AIOM infosocietà

*Direttore Responsabile*  
Mauro Boldrini  
*Coordinamento*  
Gino Tomasini  
Sabrina Smerrieri  
*Redazione*  
Carlo Buffoli, Sergio Ceccone, Daniela Peliccioli, Giuliano D'Ambrosio  
*Stampa*  
Officine Grafiche Staged  
S. Zeno Naviglio (Bs)

#### Intermedia editore

*Healthcare Communication Network*  
Via Malta 12B - 25124 Brescia  
Tel. 030.226105 - Fax. 030.2420472  
imediabs@tin.it  
Via C. Morin, 44 - 00195 Roma  
Tel. 06.3723187  
intermedia@intermedianews.it  
www.medinews.it

Questa pubblicazione è resa possibile da un educational grant di



Innovazione per la salute

# 800.237303

è il numero verde dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica  
Dal lunedì al venerdì, dalle 13 alle 17  
con il sostegno di Novartis