

Uno dei temi più delicati e controversi in oncologia, almeno fino a pochi anni fa, è quello della comunicazione della diagnosi. I servizi all'interno spiegano come nell'arco di un decennio l'approccio dell'oncologo verso il malato di cancro sia radicalmente cambiato: dal silenzio pietistico si è passati ad una condivisione del percorso di cura che inizia proprio dalla presa d'atto e dalla consapevolezza della patologia tumorale.

Cambia dunque la posizione del paziente, ma cambia soprattutto quella dell'equipe medica, chiamata ad una funzione ancora più importante e difficile: curare, che è qualcosa di più complicato e profondo del semplice guarire. E in un contesto così delineato l'empatia gioca sicuramente un ruolo fondamentale. Per questo, in particolare all'oncologo e al medico di famiglia vengono richieste un'attenzione e un coinvolgimento totali. Il medico di famiglia – scrivono Luigi Grassi, Massimo Biondi e Anna Costantini nel loro *Manuale Pratico di Psico-Oncologia* – parte da una posizione di vantaggio, perché ha una conoscenza dettagliata della storia individuale e del contesto nel quale il proprio paziente vive: diagnosi di cancro nell'anamnesi familiare, modalità di reazione a precedenti eventi traumatici, dinamiche familiari e grado di aiuto disponibile. L'oncologo ha però il compito immediatamente più delicato: supportare il paziente, favorendone l'apertura e l'espressione delle emozioni.

Di fronte alla crisi acuta della diagnosi, la persona ammalata finisce infatti per ricercare nel medico che ha di fronte, più che nel coniuge o negli amici, la figura d'appoggio principale. Un rapporto esclusivo che può aiutare a cementare la fiducia e permettere una maggiore personalizzazione della comunicazione, una visione meglio definita ed allargata dei problemi e, di conseguenza, interventi più articolati e mirati. Non bisogna infine dimenticare che i bisogni dei pazienti rispetto all'informazione possono essere soggettivamente assai diversi ed esistono differenze qualitative tra il bisogno di sapere, quello di non sapere e quello di capire. Sta all'oncologo e al medico di famiglia comportarsi di conseguenza.

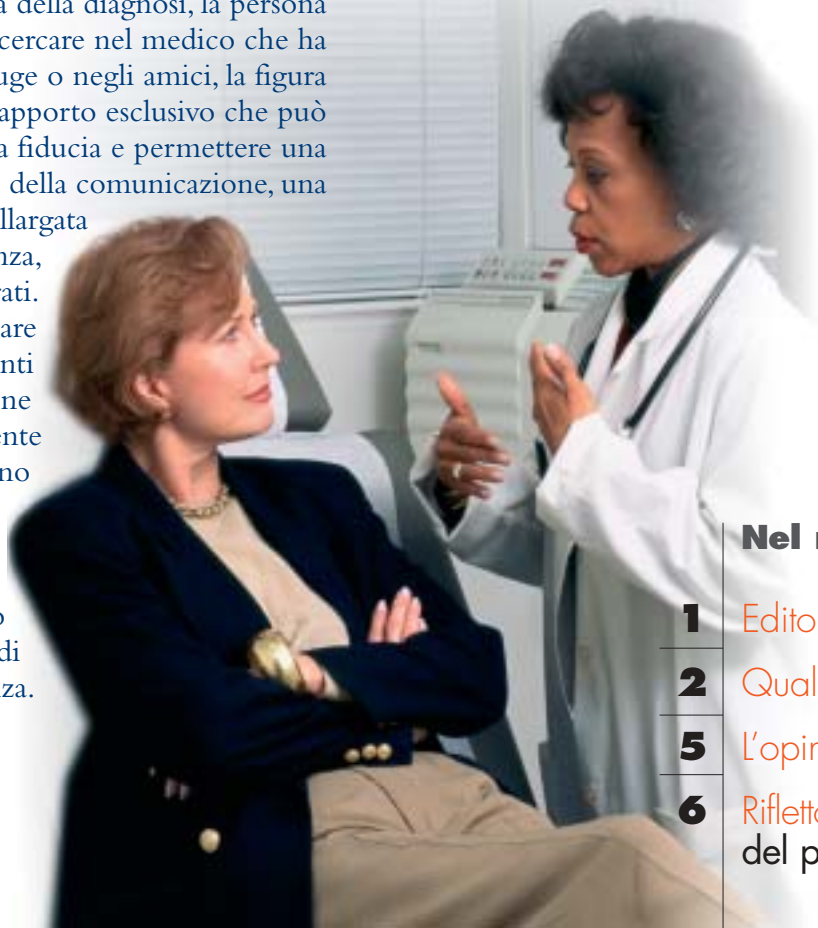
Newsletter di informazione per cittadini e pazienti dell'**Associazione Italiana di Oncologia Medica**

Aiom

info
società

Nel n. 9 | 2004

- 1** Editoriale
- 2** Qualità di vita
- 5** L'opinione
- 6** Riflettori su: il tumore del pancreas



PENSIONE DI INABILITÀ E ASSEGNO DI INVALIDITÀ CIVILE:

qualità
di vita

ECCO CHI NE HA DIRITTO

Lo Stato assiste i malati oncologici che si trovino in determinate condizioni economiche e di gravità della malattia per mezzo del riconoscimento dell'“invalidità civile” a prescindere da qualunque requisito assicurativo o contributivo.

Secondo le tabelle ministeriali di valutazione (D. M. Sanità 5/2/1992), tre sono le percentuali di invalidità civile per patologia oncologica:

- 11%:** prognosi favorevole e modesta compromissione funzionale;
- 70%:** prognosi favorevole, ma grave compromissione funzionale;
- 100%:** prognosi infausta o probabilmente sfavorevole, nonostante l'asportazione del tumore

A CHI INOLTARE LA DOMANDA

La domanda di riconoscimento dello stato di invalidità e di handicap deve essere presentata – dal paziente o da un suo familiare – all'Ufficio Invalidi Civili della ASL di zona. Alla domanda, compilata su un apposito modulo, dovranno essere allegati:

- certificati anagrafici (o dichiarazioni sostitutive) indicati nel modulo di domanda
- il certificato del medico di base o dell'oncologo curante, nel quale si attesti la natura invalidante della malattia
- la documentazione clinica (cartella clinica e eventuali referti medici)

Oltre al riconoscimento dell'invalidità civile (L. 118/1971), c'è la possibilità di usufruire anche dei benefici previsti dalla legge sull'handicap (L. 104/1992). Nel qual caso è necessario specificare nella domanda la volontà di essere sottoposti a visita medico-legale per l'accertamento dell'esistenza dei requisiti previsti dalle due leggi.

TEMPI E ITER

La Commissione medico-legale della ASL deve fissare la data della visita entro 3 mesi dalla data di presentazione della domanda e l'intero procedimento relativo al riconoscimento dell'invalidità deve concludersi entro un massimo di 9 mesi dalla domanda. Nei casi più gravi, è possibile richiedere di anticipare la visita per motivi di salute. Qualora il paziente sia intrasportabile è possibile richiedere di effettuare la visita a domicilio, presentando adeguata documentazione medica.

La legge riconosce il diritto a farsi assistere durante la visita medico-legale dal medico di fiducia (oncologo, medico di famiglia, medico legale). La sua presenza è certamente consigliabile: egli potrà illustrare adeguatamente alla Commissione la documentazione clinica, le caratteristiche della malattia e delle disabilità che essa ha determinato.

Il certificato attestante lo stato di invalidità e/o di handicap è rilasciato in unico esemplare; pertanto, è consigliabile esibirlo sempre e solo in copia, eventualmente autenticata, a tutti i soggetti e istituzioni che ne facciano richiesta.

Assegno mensile E ARRETRATI

L'erogazione dell'assegno, che è di competenza dell'INPS, ha inizio dal mese successivo alla presentazione della domanda. All'atto del primo pagamento saranno corrisposte in un'unica soluzione tutte le mensilità arretrate e i relativi interessi, mentre gli assegni successivi saranno su base mensile.

Se la malattia dovesse progredire è possibile presentare la domanda di accertamento dell'aggravamento dello stato di salute, alla quale è necessario allegare adeguata documentazione.

I BENEFICI

Il riconoscimento dello stato di invalidità e di handicap da parte della Commissione medico-legale della ASL dà diritto a benefici socio-economici, che dipendono dal grado di invalidità riconosciuto e dal reddito. L'accertamento dei requisiti economici, la cui competenza dal 1 gennaio 2001 è passata dalle Prefetture alle Regioni, si basa sull'autocertificazione che il paziente deve rilasciare compilando l'apposito modulo fornito dall'amministrazione, che potrà eventualmente controllarne la veridicità. I pazienti tra i 18 e i 65 anni che ottengono il riconoscimento di un'invalidità civile del 100%, hanno diritto:

- alla **pensione di inabilità**, erogata per 13 mensilità. Per l'anno 2003, essa è pari a 218,65 euro mensili per un reddito annuo non superiore a 12.796,09 euro; e

- all'**esenzione totale dal ticket** per farmaci e prestazioni sanitarie.

Chi è in età lavorativa (18-65 anni) ed ha ottenuto il riconoscimento di un'invalidità civile superiore al 74%, è disoccupato e iscritto alle liste speciali del collocamento obbligatorio, ha diritto:

- all'**assegno di invalidità**, erogato per 13 mensilità. Per l'anno 2003 esso è pari a 218,65 euro per un reddito annuo non superiore a 3.755,83 euro.

Dal 3 settembre 1998 il pagamento della pensione di inabilità e dell'assegno di invalidità è di competenza dell'INPS, che ha la gestione di un apposito fondo. Su indicazione del paziente, tale pagamento potrà avvenire mediante:

- accredito sul conto corrente bancario/postale
- assegno circolare inviato a domicilio
- in contanti presso sportelli bancari o uffici postali.

QUANDO E COME PRESENTARE RICORSO

Se la Commissione medico-legale della ASL non si pronuncia entro i termini di legge di 9 mesi, oppure se non riconosce lo stato di invalidità e/o di handicap, il paziente ha diritto di presentare ricorso in carta semplice entro 60 giorni dalla notifica del provvedimento. Il ricorso deve essere indirizzato alla Commissione Medica Superiore e di Invalidità Civile del Ministero dell'Economia e delle Finanze (ex Ministero del Tesoro), la quale ha 180 giorni di tempo per pronunciarsi, basandosi sulla documentazione medica allegata oppure sottoponendovi a una nuova visita medico-legale. La decisione della Commissione verrà trasmessa al Ministero e ufficialmente comunicata al paziente.

Se la Commissione Medica Superiore del Ministero dell'Economia e delle Finanze emetterà parere sfavorevole, oppure se non si sarà ancora espressa trascorsi 180 giorni (art. 443 Codice Procedura Civile) dalla presentazione del ricorso, il richiedente potrà ricorrere alla sezione lavoro e previdenza del Tribunale del luogo di residenza, facendosi assistere da un legale di fiducia.

Se la Regione non riconosce il diritto alla pensione di inabilità o all'assegno di invalidità per mancanza dei requisiti economici, nonostante il riconoscimento dello stato di invalidità da parte della ASL, il paziente ha 60 giorni di tempo, a decorrere dalla notifica del provvedimento, per presentare ricorso al Comitato Provinciale dell'INPS. Se questo respingerà il ricorso, oppure se trascorsi 180 giorni (art. 443 Codice Procedura Civile) dalla presentazione di quest'ultimo non avrà ancora comunicato la sua decisione, è possibile ricorrere alla sezione lavoro e previdenza del Tribunale del luogo di residenza, facendosi assistere da un legale di fiducia.

L'indennità di accompagnamento

Se a causa della malattia avete anche problemi di deambulazione o non siete più autonomi nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana (alimentazione, igiene personale, vestizione), potrete richiedere il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento (L. 18/80 e L. 508/1988; D. lgs. 509/1988).

LA COMPETENZA È DELL'UFFICIO INVALIDI CIVILI

La domanda deve essere presentata all'Ufficio Invalidi Civili della vostra ASL, se vorrete anche insieme alla domanda di riconoscimento dello stato di invalidità o di handicap. La documentazione da allegare comprende:

- certificati anagrafici (o dichiarazioni sostitutive) indicati nel modulo di domanda;
- certificato medico che deve riportare la dicitura "persona impossibilitata a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore" oppure "persona che necessita d'assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita" oppure, se avete più di 65 anni, "persona con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età";
- la documentazione clinica (cartella clinica e eventuali referti medici);

Per quanto riguarda i tempi e l'iter, la procedura è la stessa prevista per il riconoscimento dello stato di invalidità e di handicap.

PAGA SEMPRE L'INPS

L'erogazione dell'assegno, che è di competenza dell'INPS, ha inizio dal mese successivo alla presentazione della domanda; all'atto del primo pagamento vi saranno corrisposte in un'unica soluzione tutte le mensilità arretrate e i relativi interessi, mentre gli assegni successivi saranno su base mensile.

L'indennità di accompagnamento – pari a 431,19 euro mensili per l'anno 2003 – è erogata per 12 mensilità.

L'importo, aggiornato annualmente dal Ministero dell'Interno, non è vincolato da limiti di reddito e non è reversibile.

L'erogazione, però, viene sospesa in caso di ricovero in un istituto con pagamento della retta a carico di un ente pubblico.

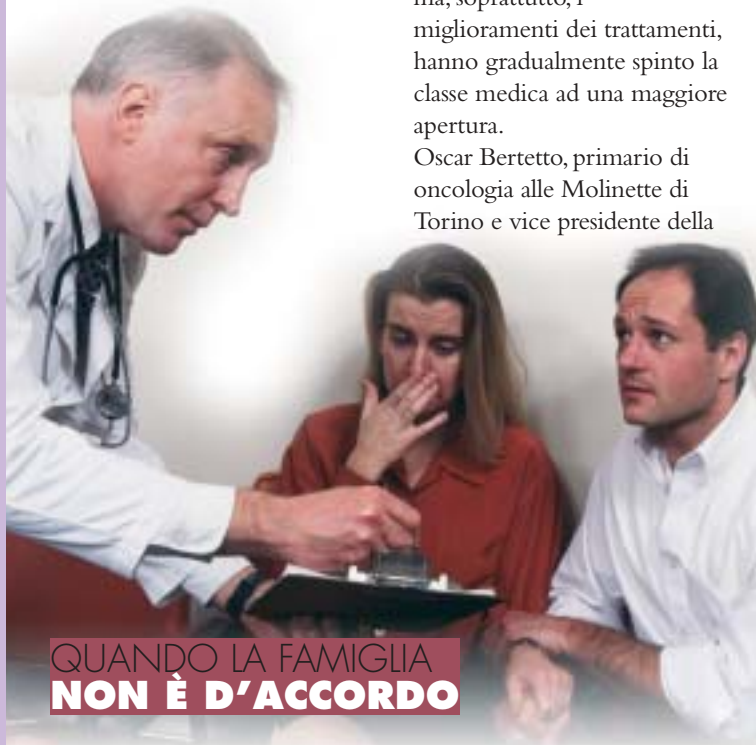
Le modalità per la presentazione del ricorso nel caso in cui il parere della Commissione medico-legale della ASL sia sfavorevole oppure questa non decida nei termini di legge sono le stesse applicate per il mancato riconoscimento dello stato di invalidità e di handicap.

(Tratto da www.aimac.it)

IL "NEMICO" DEVE ESSERE AFFRONTATO INSIEME

Il nucleo centrale del problema non riguarda dunque più se e quanto informare il paziente, ma il processo della comunicazione e della relazione nel suo insieme. È provato infatti che se la comunicazione è il frutto di una relazione individualizzata, il risultato che ne consegue è una maggior soddisfazione del paziente e un miglior adattamento alla malattia. È la relazione medico-paziente a porsi come fattore determinante nel modulare la soddisfazione della persona rispetto alla comunicazione ricevuta. La percezione di un'informazione data per gradi e in piccole dosi risulta inoltre meglio tollerata rispetto ad un'invasione di dati e notizie. Infine, il fatto che il medico che effettua la comunicazione sia una figura conosciuta e di fiducia rappresenta un ulteriore elemento positivo, aumentando il senso di speranza del paziente. È stato in questo senso dimostrato che di fronte alla crisi acuta della diagnosi, il paziente ricerca soprattutto nel medico di riferimento la figura supportiva principale e che questa assume un ruolo preminente rispetto alle figure dello spazio interpersonale intimo, quali il coniuge o gli amici stretti. Infatti, l'adattamento psicologico alla malattia è significativamente correlato all'abilità del medico di assumere un atteggiamento supportivo e di favorire l'apertura della persona ammalata e l'espressione delle emozioni.

qualità di vita



QUANDO LA FAMIGLIA NON È D'ACCORDO

Una informazione chiara e sincera può incontrare un ostacolo nel contesto familiare del paziente. Se nella maggioranza dei casi il malato desidera conoscere la diagnosi, la stragrande maggioranza dei familiari vuole che questa gli venga accuratamente occultata. Questo comportamento può essere interpretato come una modalità psicologica mediante la quale il familiare fa fronte alla sua angoscia di morte. L'insistenza del familiare non deve comunque interferire sulla possibilità che tra medico e paziente si costituisca una franca e aperta comunicazione. Il medico dovrebbe, proprio in queste situazioni, aiutare i familiari a comprendere quali potrebbero essere i vantaggi di un rapporto che si basa sulla chiarezza e sulla verità e quali, al contrario, potrebbero essere gli svantaggi di un rapporto non sincero.

Il desiderio di sapere E IL DOVERE DI INFORMARE

Fino ad alcuni anni fa era pratica comune non rivelare la diagnosi di cancro. Si riteneva che il silenzio fosse necessario per proteggere il paziente dalle reazioni negative determinate da quella che, a tutti gli effetti, era considerata una sentenza di morte. I profondi cambiamenti a livello socio-culturale, le implicazioni etiche e medico legali (il consenso informato) ma, soprattutto, i miglioramenti dei trattamenti, hanno gradualmente spinto la classe medica ad una maggiore apertura.

Oscar Bertetto, primario di oncologia alle Molinette di Torino e vice presidente della

Società Italiana di Psico-Oncologia, in un articolo pubblicato da una rivista di settore si dice convinto che "il paziente abbia diritto a non ascoltare bugie e avere una corretta informazione".

L'esperto fa però un passo avanti importante e sottolinea come "comunicare la diagnosi non sia solo una trasmissione di dati e notizie, ma implichi una relazione che tenga conto di quanto effettivamente sia stato recepito dal paziente, giacché l'elaborazione in questa situazione non è solo un fatto cognitivo e razionale, ma soprattutto emotivo e personale".

Per questo, "il colloquio con il paziente non può essere un atto unico, ma una progressione nel tempo di incontri per dare un'informazione graduale e permettere al malato di orientarsi, capire e fare domande, compiere una ricognizione delle sue ansie, preoccupazioni, illusioni, desideri, falsi convincimenti, velleità".

Ciò che i pazienti si aspettano dall'oncologo – prosegue Bertetto – è meno complicato e impossibile di quanto si pensi: non chiedono la verità assoluta e la capacità di dominio sulla vita e sulla morte, ma di essere aiutati a mantenere la fiducia necessaria contro la disperazione che causa sentimenti di abbandono, di rabbiosa impotenza, di esposizione inerme ed angosciosa di fronte ad una malattia che ha il sopravvento.

"I PAZIENTI VANNO CURATI, NON SOLO GUARITI"

La medicina moderna sembra abbia perso l'enorme potenziale terapeutico racchiuso nella relazione tra medico e paziente. Nonostante gli importanti risultati ottenuti in clinica, i malati manifestano insoddisfazione e cercano altrove quel rapporto "umano" che non sono riusciti a trovare dietro le macchine, i bisturi ed i farmaci che li hanno forse "guariti" ma non curati. Nel 1977, Engel sfidò la medicina ad abbandonare il modello biomedico e adottare il nuovo orientamento sistemico. Descrisse un modello di malattia basato sulla teoria generale dei sistemi che denominò biopsicosociale. Tale espressione rappresentava i sistemi combinati del campo biologico, psicologico e sociale, che insieme costituiscono un modello esplicativo della malattia. Lo sforzo verso la considerazione della persona malata nella sua globalità bio-psico-sociale fa maturare una prospettiva ben più articolata secondo la quale la patologia organica in ambito medico viene a rappresentare solo uno fra gli aspetti, seppur fondamentale, di un più ampio sistema costituito da molteplici componenti tra loro interdipendenti. L'individuo fa parte di una rete di relazioni: il concetto di paziente si espande e si contrae a seconda delle persone coinvolte in quella particolare problematica in un determinato momento ed è così che il concetto del

singolo paziente si amplia riconoscendo che tutta la famiglia è coinvolta nei processi di salute e malattia. Nell'ottica della medicina centrata sul paziente diventa di fondamentale importanza il significato soggettivo della malattia. La malattia oncologica, nel vissuto del paziente e dei suoi familiari, s'impone come evento traumatico, che comporta una rottura dei normali ritmi spazio-temporali, poiché interrompe la normale cadenza della vita sociale e determina una rilettura del proprio passato, in funzione di un futuro i cui contorni sono resi sfumati dalla malattia stessa. Esplicitare la funzione curante vuol dire garantire un ambiente olistico attraverso un'équipe multidisciplinare attenta alla costante valutazione dei bisogni fisici, emotivi, cognitivi e relazionali della persona malata. Spesso la malattia porta sentimenti di paura, isolamento e perdita di controllo e il processo di cura comporta conseguentemente la necessità di fornire alle persone i mezzi per affrontare questi aspetti dell'esperienza di malattia oltre che i più efficaci trattamenti terapeutici. In questo senso le cure tentano di creare nel rapporto medico-paziente un contesto per dare significato alle attuali esperienze. In questa prospettiva, per il sistema *paziente-équipe curante-famiglia* l'obiettivo diventa l'elaborazione di progetti di assistenza volti ad ottimizzare

la Qualità della Vita dei pazienti stessi. La centralità del paziente inevitabilmente comporta la centralità della comunicazione. La comunicazione tra medico e paziente, oltre che essere la tecnica più importante utilizzata in medicina a scopi diagnostici e terapeutici, è il presupposto per lo sviluppo di una relazione terapeutica. Il raggiungimento di una realtà comune e condivisa fra medico e paziente deve essere uno degli obiettivi prioritari che permetta di trovare un punto di incontro fra l'esperienza soggettiva di sofferenza del paziente e la visione medico scientifica. Il medico deve essere quindi in grado di mettere il paziente nelle condizioni di esprimere le sue aspettative, premesse e convinzioni. Il processo di negoziazione fra medico e paziente consente la definizione del problema da affrontare, gli obiettivi che si vogliono e possono raggiungere e gli strumenti (diagnostici e terapeutici) che saranno utilizzati. In questo modo il paziente-soggetto acquista un suo ruolo decisionale, in altre parole la partecipazione consapevole alla scelta tra le diverse opzioni terapeutiche permette di vivere da protagonista nel proprio percorso di cure e di non sentirsi come se oltre a subire la malattia si debba subire la terapia. A prescindere dalla quantità d'informazioni che si danno nel consenso informato,

questo ha tre aspetti qualitativi rilevanti:

- sociale (tenendo in considerazione le radici culturali e sociali della persona)
- individuale (la storia della persona)
- percorso formativo (come processo che accompagna la persona e le consente di vivere la malattia come occasione di crescita).

Un iter terapeutico, che tenga in considerazione questi aspetti, favorirà l'adesione del paziente ai piani terapeutici. L'individualità del paziente è quella che fa sì che ognuno trovi dentro di sé, ma con l'aiuto e la consapevolezza di coloro che gli stanno intorno, le risorse per raggiungere la salute, intesa non solo come benessere fisico, ma anche come benessere mentale e sociale.

Dino Amadori

Direttore Dipartimento
Oncologico AUSL Forlì

Maria Alejandra Berardi

Psicologa Dipartimento
Oncologico AUSL Forlì
Istituto Oncologico
Romagnolo Forlì

Il tumore del pancreas può originare dalle cellule che secernono gli enzimi digestivi (pancreas esocrino) o dalle cellule che secernono insulina e glucagone (pancreas endocrino). Quando si parla di tumore del pancreas quasi sempre ci si riferisce al tumore originante dal pancreas esocrino, di cui ci occuperemo in questa sede. È più frequente nel sesso maschile (rapporto maschio:femmina = 1,7:1), compare tra i 40 e i 70 anni e può avere una correlazione con fattori di razza e geografici. Un aumento della sua frequenza è stato osservato nei maschi neri dei Paesi in via di sviluppo. Sono state identificate alcune condizioni predisponenti, nessuna delle quali però è certa; ad esempio la pancreatite cronica calcifica e il diabete mellito. Ha un'incidenza 2,5 volte superiore nei fumatori rispetto ai non fumatori e si assiste a un ulteriore incremento del rischio di ammalarsi quando il fumo è associato all'abuso di alcool. Non esistono infine prove sicure di una correlazione tra l'insorgenza di questo tumore e la cronica assunzione di caffè. Per quanto riguarda le esposizioni professionali è stato ipotizzato un rapporto causale con alcuni carcinogeni chimici, come la nitrosuree, i derivati dell'antracene nonché i solventi di uso industriale, la benzidina e la betanafilamina.

I sintomi

L'esordio della malattia è rappresentato da dolore, ittero (colore giallo della cute) e dimagrimento. Possono essere presenti anche sintomi meno specifici, quali diarrea acuta o cronica e depressione. Le caratteristiche e la prevalenza della sintomatologia dipendono dalla sede e dall'estensione del tumore. Il dolore, presente nel 75-90% dei casi, è continuo, spesso si accentua dopo i pasti, di notte e si localizza nei quadranti superiori dell'addome. La perdita di peso è consistente, progressiva e associata ad avversione per il cibo. Alla visita clinica si può trovare una massa al centro dell'addome o il fegato ingrossato; talvolta è palpabile la colecisti. Una tromboflebite (infiammazione delle vene con deposito di trombi sulle sue pareti) agli arti inferiori può rappresentare il segno d'esordio della malattia. Perdita di sangue dalla bocca, feci nere o sanguinamento occulto dipendono da fenomeni di erosione ed ulcerazione della mucosa duodenale per diffusione della neoplasia. Il diabete è presente nel 25% dei pazienti e può precedere o seguire altri sintomi. L'ittero è quasi sempre segno di compromissione epatica.

2

La diagnosi

Nella maggior parte dei pazienti affetti da cancro del pancreas non è possibile una diagnosi precoce in quanto i sintomi diventano conclamati quando la malattia è già localmente avanzata o metastatizzata e non esistono, inoltre, test di screening per una diagnosi precoce. Gli esami diagnostici utilizzati sono la **radiografia del primo tratto del tubo digerente** con somministrazione di solfato di bario (evidenzia segni indiretti della presenza di tumore della testa o del corpo del pancreas per il restringimento della prima parte dell'intestino), l'**ecografia** o, in modo più preciso, la **TAC addominale** che permettono di evidenziare la neoplasia, i suoi rapporti con gli organi e le strutture vicine e l'eventuale presenza di lesioni secondarie epatiche. La **radiografia** o **TAC del torace** servono per escludere l'eventuale presenza di lesioni secondarie polmonari. La diagnosi di certezza si ottiene con la **biopsia** (prelievo di cellule, solitamente sotto guida ecografia, che verranno poi analizzate). Un altro esame fondamentale per valutare la potenziale operabilità del tumore localizzato al pancreas è il **doppler del tripode celiaco e della mesenterica**, in quanto se è presente infiltrazione di questi vasi la malattia è ritenuta non operabile. Gli **esami ematochimici** permetteranno di valutare la funzionalità del pancreas e del fegato. I **markers tumorali** possono aiutare a distinguere eventuali patologie benigne del pancreas dal tumore, ma non sono diagnostici in quanto all'esordio della malattia possono essere normali così come possono aumentare anche in patologie non tumorali (esempio nei pazienti con epatite cronica); sono più utili nel follow-up del paziente dopo l'intervento chirurgico al fine di evidenziare una ripresa di malattia. Il CA 19.9 o GIKA, che è l'antigene tumorale associato al carcinoma del pancreas, ha validità diagnostica pari all'80%; meno specifici sono il CEA e CA 125 mentre, recentemente, è stato isolato un anticorpo monoclonale diretto contro una glicoproteina dell'adenocarcinoma pancreatico (DU-PAN-2) con un'alta specificità nell'identificazione e nel monitoraggio della neoplasia.

4

Cenni di terapia

La **chirurgia** rappresenta l'unica possibilità a fini curativi. L'approccio chirurgico è possibile solo in caso di neoplasia localizzata. Tre i tipi principali di intervento possibili: la

duodenocefalopancreatectomia

(asportazione di una porzione di stomaco, della cistifellea, del duodeno, della porzione distale del coledoco e della porzione di pancreas adiacente alla vena mesenterica superiore), la **pancreatectomia radicale distale** e la **pancreatectomia radicale** (quest'ultima è indicata nel caso di più lesioni tumorali con secondarismi ai linfonodi locoregionali). Conseguenza frequente all'intervento è il diabete. I pazienti non candidabili alla chirurgia possono eventualmente avvantaggiarsi di un trattamento **chemioterapico** o

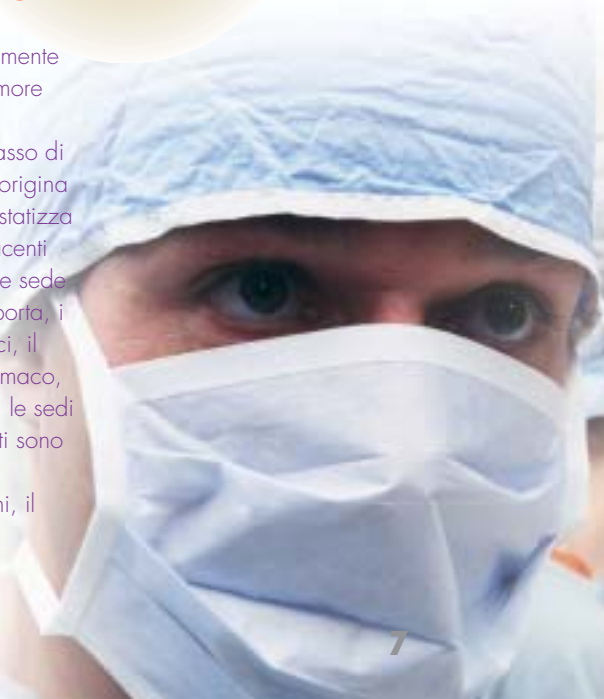
radioterapico, con lo scopo di controllare i sintomi e di rallentare il decorso della malattia. I farmaci chemioterapici utilizzati in questa neoplasia sono il **5-fluorouracile**, l'**epirubicina** e la **gemcitabina**. Quest'ultima, di recente introduzione, sembra dare una risposta nel controllo della malattia nel 25% dei pazienti trattati. Sono in corso studi di associazione, prevalentemente della gemcitabina con derivati del platino (cisplatino o oxaliplatino). La radioterapia è indicata nelle forme localizzate ma tecnicamente non operabili o nelle lesioni secondarie ossee. Controindicano entrambi i trattamenti l'insufficienza epatica con valori di bilirubina elevati e le condizioni generali scadute del paziente.

In caso di ostruzione delle vie biliari, da compressione esterna da parte del tumore o di lesioni secondarie epatiche, può essere utile il posizionamento di stend per via endoscopico o transepatica per facilitare il deflusso della bile e far scendere i livelli di bilirubina. Il dolore da infiltrazione delle vie nervose può essere trattato con particolari tecniche quali la neurtomia (sezione del nervo) o l'alcoolizzazione del nervo.

3

Storia naturale

Il tumore può diffondere localmente o a distanza. Solamente il tumore che ha origine della testa del pancreas resta per un certo lasso di tempo circoscritto, mentre se origina dal corpo o dalla coda metastatizza rapidamente. Le strutture adiacenti all'organo che possono essere sede di infiltrazione sono la vena porta, i vasi mesenterici, i vasi splenici, il coledoco, le vie biliari, lo stomaco, le radici nervose. A distanza, le sedi di localizzazione più frequenti sono il fegato e il peritoneo, più raramente la pleura, i polmoni, il surrene e le ossa.





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

Il presidente nazionale è il prof. Roberto Labianca

Pomodori, melone e pompelmo rosa

Un report pubblicato sul *Journal of the National Cancer Institute* ha rivelato che mangiare prodotti a base di pomodori (includendo salse e ketchup) due o tre volte la settimana, può ridurre nell'uomo il rischio di tumore alla prostata di almeno il 36%. I pomodori cotti, il melone, il pompelmo rosa e altri frutti sono una formidabile risorsa di **licopene**, un potente carotenoide capace, oltre ad offrire una valida difesa contro le malattie cardiovascolari, di diminuire i tumori alla prostata negli uomini così come proteggere le donne da diversi tumori. Offrendo il più alto potenziale antiossidante di tutti i carotenoidi, il **licopene** è almeno due volte più potente del betacarotene e sembra agire su determinati tessuti in maniera specifica. Il **licopene** praticamente aiuta a prevenire i danni alle cellule del nostro corpo, e "ripara" quelle eventualmente danneggiate. Un recente studio Svedese ha dimostrato che il **licopene** è stato significativamente correlato ad un minor rischio di tumore al seno nelle donne in menopausa. E in un'altra ricerca effettuata su un campione di donne in fase pre-menopausa, il **licopene** è stato associato ad un minor rischio di tumore alle ovaie.



LA DOMANDA

Perché il Pap Test si chiama così?

Il Pap test o striscio cervico vaginale prende il nome dal medico che l'ha messo a punto ormai nel lontano 1943: il dott. George Papanicolaou. Il test permette di individuare precocemente le lesioni intraepiteliali della cervice, per le quali esistono trattamenti, anche conservativi, che impediscono l'evoluzione delle lesioni precursori nel carcinoma invasivo del collo dell'utero.

La ricetta

Fettuccine con Pomodori secchi

Ingredienti

250 gr di fettuccine; 60 gr di pomodori secchi in olio di oliva, scolati e affettati sottili; 4 porri piccoli, puliti, lavati e tagliati in fette di 2 cm; 3 scalogni tritati; 1 cte di rosmarino tritato; 1/2 ctav di succo di limone; 2 ctav di olio vergine di oliva; 1/2 cte di sale; pepe nero macinato; 1 cte di timo fresco tritato; 4 ctav di vino bianco; 4 ctav di parmigiano grattugiato.

Preparazione

In 3 litri di acqua in ebollizione far cuocere la pasta per 2 minuti. Dopodiché la pasta andrà scolata bene e riposta in una casseruola da forno. A questo punto mescolare i pomodori, 1/4 di litro di acqua, 45 g. di bianco dei porri, il rosmarino, il succo di limone, gli scalogni, un 1/4 di cucchiaino di sale, un po' di pepe ed un cucchiaino di olio. Mescolare di tanto in tanto mantenendo il fuoco lento, fino a quando non sarà scomparso il liquido (9 minuti).

L'olio rimanente andrà scaldato in padella a fuoco medio. Aggiungervi 1/4 di cucchiaino di sale, pepe e timo assieme ai rimanenti porri. Mescolare per altri 3 minuti. Dopodiché continuare la cottura per 1-2 minuti a fiamma più alta.

Aggiungere il vino e continuare fino a quando il liquido non sarà scomparso (5 minuti).

Riporre nella casseruola da forno la pasta assieme al preparato di porri e timo.

Una volta aggiunto anche il formaggio coprire la casseruola e lasciare per altri 5 minuti a riposo prima di servire.

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



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

Supplemento a AIOM NOTIZIE. N. 9/2004 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

Segreteria di redazione
Sheila Zucchi

Stampa
Officine Grafiche Staged
S. Zeno Naviglio (Bs)

Intermedia editore

Healthcare Communication Network
Via Malta 12B - 25124 Brescia
Tel. 030.226105 - Fax. 030.2420472
mediabs@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