

Conoscere con precisione non solo la possibilità di sviluppare un nuovo tumore, ma anche il tipo esatto di neoplasia, l'organo eventualmente interessato e, addirittura, la terapia a cui risponderemo meglio. Questo scenario, fino a pochi anni fa considerato fantascientifico, è già tecnologicamente praticabile, seppur per un ristretto gruppo di pazienti. Ma nell'arco di pochi mesi potrebbe diventare un esame su larga scala. Un po' come sta avvenendo con alcuni test specifici, per esempio il test

HER2 per il carcinoma della mammella, che ha permesso alle pazienti che presentano la sovraesposizione di uno specifico gene di sottoporsi all'unica terapia attualmente efficace, con il risultato di un aumento del 40% della sopravvivenza. In poche parole, dopo anni di illusioni e false speranze, ci troviamo alla vigilia di un passaggio epocale nella lotta al cancro. A parlarne, all'ultimo congresso AIOM, è stato il prof. Pierfranco

Conte, direttore del Dipartimento di Oncologia e Ematologia dell'Università di Modena e Reggio Emilia.

“La decodificazione del genoma umano e i progressi tecnologici e bioinformatici – ha spiegato Conte – hanno aperto prospettive entusiasmanti nella comprensione nello stato di attivazione di ogni gene e quindi della genesi dei tumori. Un passo fondamentale, perché quelli che noi fino ad oggi abbiamo etichettato come ‘tumore della mammella’ ‘tumore del colon’, ‘tumore del polmone’, sono in realtà decine di malattie diverse, con comportamenti biologici differenti e che necessitano di interventi terapeutici differenti. Per questo la possibilità di conoscere il profilo genetico e molecolare di ogni tumore provocherà una rivoluzione nel nostro modo di affrontare le varie neoplasie, sia dal punto di vista diagnostico, che prognostico e terapeutico. Questo porterà a previsioni più accurate e affidabili sullo sviluppo della malattia e a nuove strategie di trattamento”.

In sostanza, l'oncologo sarà in grado di vedere quello che al momento ha solo capito in teoria: che tumori apparentemente simili, in pazienti apparentemente uguali possono avere un decorso estremamente diverso. “Oggi – ha aggiunto Conte – abbiamo a disposizione macchinari capaci di analizzare migliaia di geni in pochi minuti. E sono ormai numerosi i centri che stanno studiando gruppi sempre più elevati di pazienti. Le evidenze scientifiche ci dicono che nel giro di poco – addirittura di mesi – per i principali tumori si potrebbe arrivare alla definizione certa del rischio individuale e all'indicazione di una terapia individualizzata”.

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

# AIOM

info  
società



Nel n. 10 | 2004

- 1 Editoriale
- 2 Qualità di vita
- 5 L'opinione
- 6 Riflettori su: i GIST

## SPORTELLI PAZIENTI, LE INFORMAZIONI CHE VINCONO L'ANSIA

Fornire informazioni in maniera adeguata, verificando che siano comprese, è il presupposto indispensabile per ogni forma di comunicazione efficace fra sanitari e pazienti. Lo scambio di informazioni con il paziente permette, tra l'altro, di favorire l'aderenza allo schema terapeutico e di aiutarlo nel processo decisionale.

Gli studi sui bisogni dei malati oncologici, condotti sia in Italia che a livello internazionale, evidenziano come il bisogno informativo sia tra quelli principalmente espressi dai pazienti. Una indagine nazionale, condotta in Italia nel 2000 in 208 reparti/servizi oncologici sugli strumenti informativi adottati, ha evidenziato notevoli carenze e difformità nei materiali, spazi e personale dedicato a fornire informazioni sanitarie ai pazienti.

Nel 2002-2003 è stata attuata una sperimentazione in 38 strutture oncologiche distribuite su tutto il territorio italiano, allo scopo di testare l'efficacia di una nuova modalità di fornire informazioni e supporto ai pazienti con cancro, ai loro familiari e amici. Lo studio prevedeva la suddivisione dei reparti oncologici in due blocchi: nel primo veniva adottata una nuova strategia definita PIS (Punto di Informazione e Supporto), nell'altro non era previsto alcun intervento. L'analisi dei dati ha dimostrato che nei centri dove il PIS è stato realizzato correttamente, si ottiene una riduzione significativa dell'ansia e della depressione dei pazienti (34% contro il 29%, riduzione del rischio....) e un miglioramento della loro soddisfazione per le informazioni ricevute. L'analisi di regressione multipla ha dimostrato che l'effetto positivo del PIS è indipendente da altri fattori noti che pure influenzano lo stato psicologico dei pazienti (sesso, contesto socio-culturale in cui opera il reparto, presenza di psicologi in reparto ecc.)

Da questi risultati ottenuti nel contesto italiano e dall'analisi della letteratura internazionale, scaturiscono le seguenti indicazioni pratiche rivolte ai reparti che trattano patologie oncologiche, messe a punto dal gruppo del dott. Rodolfo Passalacqua, responsabile dell'oncologia degli Istituti Ospitalieri di Cremona.

1. L'informazione corretta e adeguata ai bisogni è un diritto che ogni struttura sanitaria deve garantire a tutti i malati, ai loro familiari e amici.

- Il malato di cancro ha il diritto di non essere informato, su sua esplicita richiesta, e può indicare la persona a cui le informazioni possono essere date per suo conto.

- Occorre mettere in atto un processo di empatia tendente ad ascoltare e comprendere in modo "oggettivo" la volontà di sapere o di non sapere degli assistiti, cioè i bisogni e i desideri che vi si esprimono.

2. La modalità di fornire informazioni deve essere adattata e personalizzata.

- Le informazioni sanitarie devono essere fornite in maniera chiara, in base alla capacità del paziente-utente di comprendere e di recepire le notizie.

- La letteratura dimostra che il personale sanitario tende a sopravvalutare la conoscenza della terminologia medica dei pazienti e che questi ultimi spesso non comprendano punti importanti di quanto viene loro riferito durante la consultazione. Occorre perciò verificare che le informazioni siano state comprese.

3. Fornire informazioni sanitarie ed educare alla gestione della malattia devono essere attività routinarie di ogni reparto ed essere garantite in maniera sistematica.

Informare i pazienti non può essere considerata un'attività distinta dal processo assistenziale. Sono stati dimostrati, infatti, effetti positivi derivanti da una informazione adeguata, quali la riduzione dell'ansia, una maggior aderenza alle terapie, partecipazione attiva dei malati nel processo decisionale e garanzia di un consenso realmente informato.

**4. Affinché la modalità informativa sia parte integrante nel processo assistenziale, occorre coinvolgere medici e infermieri del reparto in una specifica attività formativa.**

La formazione degli operatori è essenziale al fine di:

- Rendere il personale sanitario più consapevole sull'importanza del tema
- Modificare consuetudini sbagliate o non adeguate
- Rendere omogenei i comportamenti all'interno del reparto
- Affrontare e ridurre il peso di eventuali conflitti interni.

**5. Per informare adeguatamente è necessario realizzare una struttura dedicata, dotata di materiale informativo e gestita da personale esperto nel reperimento di informazioni sanitarie, anche tramite internet.**

Il Punto di Informazione e Supporto (PIS) è una modalità informativa, testata tramite uno studio clinico randomizzato a livello nazionale, che prevede:

- Una biblioteca per pazienti, familiari e amici
- Personale infermieristico addestrato
  - Personale medico di riferimento
  - Collegamento tramite internet con banche dati e con altri centri
  - Possibilità di accesso a consulenze di psico-oncologia.



**6. La biblioteca per pazienti-utenti deve rispondere a requisiti specifici e richiede un adeguato finanziamento.**

- Il materiale informativo (libri, riviste e opuscoli sulle malattie oncologiche, schede sui farmaci ecc.) deve essere specifico per pazienti, validato (tratto da fonti autorevoli) e aggiornato. Tra gli strumenti operativi del PIS per il reperimento di materiali, c'è la biblioteca digitale "Azalea" prodotta da "Alleanza Contro il Cancro", rete dei 7 IRCCS oncologici
- Lo spazio deve essere dedicato, di immediata visibilità e accessibilità (collocato nella zona di maggiore affluenza dei malati (ambulatori day-hospital)), accogliente, organizzato in modo da garantire la privacy
- Il servizio deve essere garantito negli orari di massima attività del reparto
- Al fine di assicurare il buon funzionamento a lungo termine della modalità, occorre prevedere annualmente un budget specifico.

**7. La struttura informativa deve essere gestita da personale sanitario appositamente formato.**

- Nei PIS le informazioni vengono fornite da infermieri addestrati tramite uno specifico corso di formazione, che permetterà loro di:
  - Migliorare le capacità relazionali
  - Decifrare i bisogni dei pazienti-utenti
  - Fornire materiale informativo appropriato e aggiornato
  - Orientare il paziente-utente nella comprensione delle informazioni (oltre il 40% chiede informazioni generiche) e se necessario indirizzarlo ad altre figure professionali
  - Gestire il PIS (conoscenza dei materiali e del loro contenuto, reperimento, contatti con altri PIS, banche dati ecc..).
  - Interagire e coinvolgere gradualmente il resto del personale nel percorso informativo del paziente

**8. Ogni medico del reparto deve favorire l'integrazione dell'attività informativa con la pratica quotidiana.**

È necessario che i medici indirizzino i loro pazienti alla struttura informativa fin dal primo accesso in reparto e supportino l'infermiere nel reperimento di materiale informativo idoneo. Particolare attenzione deve essere riservata alle persone meno istruite, in quanto più reticenti a chiedere informazioni.

**9. La struttura informativa deve essere adeguatamente pubblicizzata mediante locandine, media locali, seminari, ecc.**

**10. È importante che le strutture informative attivate nei reparti costituiscano una rete nazionale.**

Sarebbe auspicabile un collegamento telematico, al fine di favorire lo scambio di esperienze, la costante comunicazione, l'avvio di studi mirati, l'analisi di problemi comuni, l'omogenizzazione dei comportamenti, la divulgazione di idee e approcci informativi, l'aggiornamento professionale, il reperimento e l'editing di materiale informativo.

# IL LAVORO, UN DIRITTO

## qualità di vita

Per chi non ha ancora un lavoro, l'accertamento dell'invalidità civile è utile ai fini di una futura assunzione, poiché a seguito dell'approvazione della legge 68/1999 sul collocamento dei disabili, **le imprese e gli enti pubblici hanno l'obbligo di assumere persone che hanno un'invalidità superiore al 46% iscritti nelle liste speciali del collocamento obbligatorio, in numero proporzionale alle dimensioni della singola impresa o ente.**

- impresa con più di 50 dipendenti: 7% di invalidi
- con 36-50 dipendenti: 2 invalidi
- con 15-35 dipendenti: 1 invalido
- con meno di 15 dipendenti: non è previsto alcun obbligo.

Inoltre, se è stata riconosciuta **un'invalidità superiore al 67%** (nel caso di assunzione per concorso in un ente pubblico) **il paziente ha diritto alla priorità nella scelta della sede più vicina al domicilio tra quelle disponibili e alla precedenza nella scelta della sede nel caso si chieda il trasferimento (art. 21 legge 104/1992).**

In caso sia stato riconosciuto lo stato di handicap in situazione di gravità, anche se il paziente non è dipendente pubblico ha diritto ad ottenere, se possibile, il trasferimento alla sede di lavoro più vicina al domicilio e non può essere trasferito senza il suo consenso. In quest'ultimo caso anche il familiare che assiste godrà degli stessi diritti, ossia potrà scegliere la sede di lavoro più vicina al domicilio, compatibilmente con le esigenze del datore di lavoro, e non potrà essere trasferito contro la sua volontà (art. 33 legge 104/1992).

Per ottenere il permesso è sufficiente la semplice richiesta al datore di lavoro?

Per quanto riguarda specificamente la tutela dei malati di cancro, attualmente alcuni contratti nazionali di lavoro nel settore del pubblico impiego, prevedono che, per patologie gravi che richiedano terapie salvavita come la chemioterapia, i giorni di ricovero ospedaliero o di trattamento in day hospital e i giorni di assenza per sottoporsi alle cure siano esclusi dal computo dei giorni di assenza per malattia normalmente previsti e siano retribuiti interamente. Ciò non solo prolunga indirettamente il periodo di comporta, evitando in taluni casi il licenziamento, ma garantisce al lavoratore il mantenimento dello stipendio che, altrimenti, dopo un certo periodo di assenza per malattia, sarebbe ridotto o azzerato.

## I PERMESSI

In ambito lavorativo alcuni benefici conseguono all'accertamento di una certa percentuale di invalidità, mentre altri sono legati all'accertamento dello stato di "handicap in situazione di gravità". Per tale motivo, e per evitare di far sottoporre due volte il paziente alla visita medico-legale, è consigliabile presentare alla ASL la domanda sia per il riconoscimento dello stato di invalidità sia per quello di handicap cosiddetto "grave" (legge 104/1992).

Secondo quanto stabilito dalle leggi 104/1992 e 53/2000 e dai decreti legislativi 509/1988 e 151/2001, una volta ottenuto il riconoscimento dello stato di invalidità o di "handicap in situazione di gravità", il paziente può usufruire di permessi lavorativi per curarsi e la stessa facoltà è concessa anche al familiare che lo assiste.

L'art. 33 della legge 104/1992 fissa i limiti di permesso retribuito come segue:

- per il lavoratore con disabilità: 2 ore giornaliere o 3 giorni mensili;
- per il familiare: 3 giorni mensili.

Se è stata riconosciuta **un'invalidità superiore al 50%**, **il paziente ha diritto a 30 giorni all'anno (anche non continuativi) di congedo retribuito per cure mediche connesse con lo stato di invalidità (art. 26 legge 118/1971 e art. 10 decreto legge 509/1988).** Tali permessi si sommano ai giorni di malattia previsti dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) applicato alla categoria di appartenenza.

## RAPPORTO A TEMPO PARZIALE

Su proposta dell'AIMaC (Associazione Italiana Malati di Cancro) nella recente riforma del mercato del lavoro è stata introdotta una norma che tutela specificamente i lavoratori malati di cancro nell'ambito dei rapporti di lavoro privato: l'art. 46, lett. t del decreto legge n. 276 del 10 settembre 2003 riconosce ai lavoratori malati di tumore che siano in grado di lavorare, ma che preferiscano ridurre l'orario di lavoro senza rinunciare definitivamente all'impiego, **il diritto di chiedere e ottenere dal datore di lavoro la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale fino a quando il miglioramento delle condizioni di salute non consentirà loro di riprendere il normale orario.**

Pertanto, se un lavoratore dipendente a tempo pieno ha una ridotta capacità lavorativa anche a causa degli effetti invalidanti di terapie salvavita, ottenuto l'accertamento delle condizioni di salute da parte della Commissione medico-legale della ASL, può richiedere la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, con riduzione proporzionale dello stipendio, conservando il diritto al posto e a ritornare a orario e stipendio pieni una volta ristabilito.

# COLON RETTO, I PROGRESSI DELLA TERAPIA

Nella maggior parte dei casi le cause del carcinoma del colon retto sono ancora sconosciute. Tuttavia possiamo dire che sono a rischio soprattutto le persone che soffrono di poliposi, una rara malattia in cui la mucosa che riveste il colon appare cosparsa, appunto, di polipi. Questa neoplasia sembra inoltre correlata a una dieta ricca di grassi animali e povera di fibre. Il 90% dei tumori del grosso intestino si manifesta dopo i 55 anni e nei due terzi dei casi è localizzato nell'ultimo tratto, cioè nel sigma e nel retto.

Il dato positivo è che oggi, finalmente, abbiamo a disposizione farmaci efficaci, in grado di guarire o, comunque, di tenere sotto controllo la malattia. Credo che negli ultimi dieci anni per nessuna terapia tumorale abbiamo assistito ad un progresso così importante. Sappiamo, per esempio, che sottoporre il paziente alla chemioterapia dopo l'intervento chirurgico aiuta a prevenire la ricomparsa della malattia, soprattutto in chi è a maggior rischio di recidiva, cioè nei malati che presentano linfonodi infiltrati dal tumore. Cosa abbiamo ottenuto? Se con il solo intervento chirurgico guariva la metà dei pazienti con linfonodi infiltrati, mentre l'altra metà presentava una recidiva o una metastasi entro i cinque anni successivi, l'aggiunta della chemioterapia ha consentito di guarire

almeno 15 pazienti in più. Le basi di questo progresso, che insisto a definire enorme, sono state gettate dalla chemioterapia tradizionale, 5-fluorouracile e acido folinico. Ulteriori vantaggi si stanno ottenendo con la somministrazione dei nuovi farmaci, per esempio l'oxaliplatino.

La recente scoperta di altre molecole, come l'irinotecan, la capecitabina e l'UFT, gli ultimi due a somministrazione orale, ha permesso di aumentare notevolmente la risposta alla terapia anche nella fase metastatica di malattia. Per alcuni pazienti questo significa non solo vedersi allungare la vita ma arrivare alla guarigione, un'eventualità praticamente impossibile fino a dieci anni fa.

Accennavo prima ai farmaci orali, capecitabina e UFT. Anche qui possiamo parlare di un progresso decisivo, soprattutto per la qualità di vita del paziente, che non è più costretto a recarsi in ospedale per sottoporsi alle cure, ma può benissimo seguirle al proprio domicilio. Va detto subito, a scanso di equivoci, che i farmaci orali non sono terapie di ripiego ma altrettanto efficaci della chemioterapia endovenosa. Altra via di grandi prospettive è quella aperta dai farmaci biologici: anticorpi monoclonali come il cetuximab o antiangiogenetici come il bevacizumab. L'esperienza clinica ha mostrato che la loro

combinazione con la chemioterapia aumenta ulteriormente l'efficacia e, proporzionalmente, la possibilità di guarigione. Il bevacizumab, per esempio, alza la curva della sopravvivenza di 6 mesi mediani nei pazienti metastatici. Attenzione: questo non significa sopravvivere 6 mesi in più che, mi rendo conto, può sembrare nulla: vuol dire che agli estremi della curva ci sono malati che guariscono. Vuol dire che quando il farmaco verrà utilizzato in fase adiuvante, e sono già in corso degli studi al riguardo, possiamo addirittura sperare di guarire più pazienti di quelli che già fanno le altre terapie.

Un'ultima cosa da chiarire è che le terapie vanno selezionate, nel senso che non tutte funzionano su chiunque. Quando l'oncologo fa una scelta la fa valutando tutti i parametri e in funzione della migliore efficacia possibile per quel singolo paziente.

Roberto Labianca  
Direttore Oncologia Medica  
Ospedali Riuniti di Bergamo  
Presidente nazionale AIOM



L'insorgenza dei tumori stromali del tratto gastrointestinale (GIST) è verosimilmente collegata a una specifica alterazione nel DNA, che comporta l'attivazione costante di un recettore chiamato KIT.

Il recettore KIT (noto anche come CD117) appartiene alla famiglia delle tirosin chinasi ed è responsabile dell'invio di segnali di crescita e di sopravvivenza che partono dalla membrana e arrivano all'interno della cellula. Se è attivato, la cellula rimane viva e cresce o prolifera, anche quando normalmente non lo farebbe.

## 1 Epidemiologia

Circa la metà dei GIST si sviluppa nello stomaco e quasi il 30% nell'intestino tenue. Meno del 20% origina nell'esofago, nel colon e nel retto. Si ritiene che ogni anno circa 500-1000 persone in Italia possano sviluppare un GIST.

## 2 Le cure

La chirurgia rappresenta a oggi il trattamento principale della malattia localizzata. Una terapia innovativa promettente è quella farmacologica: il farmaco Imatinib blocca specificamente l'enzima alterato KIT, coinvolto nella crescita incontrollata delle cellule tumorali, e il recettore per il PDGF, che è un altro enzima che in alcuni casi può essere collegato alla proliferazione dei GIST.

### 1. La chirurgia

La chirurgia rappresenta il trattamento principale della malattia localizzata operabile, in cui cioè sia possibile l'asportazione completa del tumore. Una resezione completa, senza residuo di malattia, è il miglior trattamento per la malattia operabile.

### 2. La terapia farmacologica

Attualmente Imatinib è la migliore terapia disponibile nei GIST in fase avanzata, anche se il farmaco è entrato solo da poco nell'uso clinico. Naturalmente, l'effettuazione del trattamento in un centro di riferimento per la patologia aiuta a ricevere un'assistenza in linea con quanto a livello internazionale viene continuamente concordato, mano a mano che nuovi risultati vengono acquisiti. In ogni caso, la tendenza attuale è quella di proseguire la terapia per lunghi periodi, anche indefinitamente, mantenendo sotto controllo la risposta. Imatinib ha un'elevata probabilità di essere attivo nei GIST, intorno all'80-90%. In altri termini, sono relativamente pochi i pazienti con GIST che non rispondono favorevolmente alla terapia.

### Gli altri farmaci

Dopo mesi, o anche anni, di trattamento con Imatinib il tumore può diventare resistente al farmaco. Attualmente ci sono diversi farmaci in sperimentazione, anche in alcune istituzioni italiane, che si sono dimostrati attivi in pazienti resistenti, come per esempio il SU11248.

### 3. La chemioterapia

La chemioterapia convenzionale, per esempio quella impiegata solitamente nei sarcomi dei tessuti molli, è poco attiva nei GIST.

### 4. La radioterapia

In genere non è utilizzata, anche per la sede di origine di questi tumori, che non si presta al trattamento radiante.

# 3

## Cosa fare dopo il trattamento

Dopo aver completato tutti i trattamenti, lo specialista pianificherà una serie di visite successive, per controllare gli effetti delle terapie e accertarsi che il tumore non si riformi. È comunque importante che il paziente si rivolga subito all'oncologo in caso di sintomi o effetti nuovi, anche al di là degli appuntamenti già programmati. Questa pianificazione di controlli nel tempo prende il nome di **follow-up**.

### Il follow-up

La maggior parte delle ricadute dei GIST si verifica entro pochi anni da una chirurgia completa e quasi sempre la ricaduta coinvolge peritoneo e/o fegato. Per questo sono consigliati una serie di esami di controllo la cui frequenza varia nel tempo, come indicato nello schema.

Stadio del tumore	malattia localizzata o localmente avanzata			
Periodo di tempo dopo la terapia	primi 2-3 anni.	terzo anno	quinto anno	oltre
Esami	<ul style="list-style-type: none"><li>• tomografia computerizzata (TC) o tomografia computerizzata (TC) dell'addome</li><li>• eventualmente alternate con un'ecografia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• TC o RM dell'addome</li><li>• eventualmente alternate con un'ecografia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• TC o RM dell'addome</li><li>• eventualmente alternate con un'ecografia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tc o RM dell'addome</li><li>• eventualmente alternate con un'ecografia</li></ul>
Frequenza	almeno una volta ogni 3 mesi	una volta ogni 4 mesi	una volta ogni 6 mesi	una volta all'anno

È da notare che vi può essere un rischio di ricaduta anche dopo molti anni, ma si tratta di un rischio basso, spesso più basso di tanti altri rischi che tutti noi abbiamo, semplicemente per età e/o "stile di vita". È importante che il paziente con GIST si consideri guarito almeno dopo che siano passati alcuni anni, quando cioè il suo rischio di ricaduta è molto basso, se non addirittura trascurabile.

Stadio del tumore	malattia avanzata
Esami da effettuare	<ul style="list-style-type: none"><li>• tomografia computerizzata (TC) o risonanza magnetica (RM) dell'addome;</li><li>• radiografia /TC del torace;</li><li>• esami del sangue (emocromo);</li><li>• esami di funzionalità epatica e renale.</li></ul>

Tutti i pazienti con GIST in terapia con Imatinib o con altra terapia medica, richiedono un controllo sistematico sufficientemente stretto, sia per i possibili problemi legati al trattamento, sia per controllare l'evoluzione della malattia, attraverso visite di controllo abbastanza frequenti ed esami strumentali.

(Per ulteriori informazioni [www.startoncology.net](http://www.startoncology.net))



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 Nòe 23 tel. 02 70630279 aiom.mi@tiscalinet.it www.aiom.it

Il presidente nazionale è il prof. Roberto Labianca

## LA DOMANDA

### Cos'è il test al guaiaco?

Consiste nella ricerca del sangue occulto nelle feci. Il test effettuato dopo 4 giorni di dieta ricca di scorie e priva di carne, può essere letto subito ed ha una sensibilità fra il 50% e l'80% ed una specificità del 95%. Il test ha dimostrato su larga scala di poter ridurre la mortalità per carcinoma coloretale del 15-30%. L'esame dovrebbe essere ripetuto una volta all'anno a partire dai 50 anni.

## La cura inizia a tavola

La tabella che vedete qui sotto mostra con grande chiarezza gli effetti dell'alimentazione su 9 tipi di tumore attualmente tra i più diffusi: per ognuno di loro (seconda colonna) vengono indicati i casi di malattia registrati annualmente sul pianeta. Con il segno (-) vengono indicati i cibi che esercitano un'azione protettiva nei loro confronti e con il segno (+) quelli che li favoriscono (terza colonna). Viene quindi segnalata (quarta colonna) la percentuale minima e massima di tumori che, secondo i diversi studi, potrebbero essere evitati attraverso una buona alimentazione. Il numero dei casi di malattia che la dieta può risparmiare è altissimo: in 3 casi (colon e retto, stomaco e esofago) tutti gli studi arrivano alla conclusione che una alimentazione più "naturale" eviterebbe una percentuale di malattia superiore al 50% e in altri due casi (mammella e cavo orale) una riduzione del 50% viene ipotizzata dalle indagini più ottimistiche. Da ultimo infine (quinta colonna) vengono indicati, quando sono noti, i fattori non alimentari che influiscono su ognuno dei tumori considerati. Straordinariamente importante il ruolo del fumo: eliminando la sigaretta si eviterebbe il 90 per cento dei tumori polmonari ma anche il cancro del cavo orale, dell'esofago e del collo dell'utero vengono favoriti dal fumo.

Tipo di tumore	Numero annuale di casi di malattia nel mondo	Cibi che lo prevengono (-) o che lo favoriscono (+)	Percentuale di tumori evitabili con la dieta	Fattori non dietetici collegati al tumore
<b>Polmone</b>	1.320.000	- Verdura e frutta	Dal 20 al 33%	Fumo, Ambiente di lavoro
<b>Stomaco</b>	1.015.000	- Verdura e frutta, + Sale(1), + Grigliate	Dal 66% al 75%	Infezione da Helicobacter pylori
<b>Mammella</b>	910.000	- Verdure, + Grassi, + Alcol (2), + Obesità	Dal 33 al 50%	Abitudini riproduttive, Menarca precoce, Patrimonio genetico, Radiazioni
<b>Colon e retto</b>	875.000	- Fibre e verdura, + Grassi, + Alcol	Dal 66 al 75%	Patrimonio genetico, Colite ulcerosa
<b>Bocca e gola</b>	575.000	- Verdura e frutta, + Alcol, + Grigliate	Dal 33 al 50%	Fumo, Tabacco masticato
<b>Fegato</b>	540.000	+ Alcol, + Cibi contaminati	Dal 33 al 66%	HBV o HCV
<b>Collo dell'utero</b>	525.000	+ Obesità	Dal 10 al 20%	HPV, Fumo
<b>Esofago</b>	480.000	- Verdura e frutta, + Alcol	Dal 50 al 75%	Fumo
<b>Prostata</b>	400.000	+ Grassi	Dal 10 al 20%	-

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. 10/2004 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  
imediabs@tin.it

Via C. Morin, 44 - 00195 Roma  
Tel. 06.3723187  
intermedia@intermedianews.it  
www.medineews.it

Questa pubblicazione è resa possibile da un educational grant di



Innovazione per la salute