

Millesettecento telefonate in 6 mesi. Millesettecento storie di uomini e donne che si trovano a convivere con il cancro e al numero verde dell'AIOM (800.237.303) chiedono un aiuto, una speranza, spesso solo un conforto. Le richieste arrivano da tutta Italia, ma soprattutto dalla Lombardia, dal Lazio, dalla Campania e dalla Sicilia. Spesso a chiamare sono i famigliari: in genere vogliono sapere qual è il "centro di eccellenza" per uno specifico tumore, si informano sulle terapie a cui vengono sottoposti i loro congiunti: "sono sufficienti?", "esistono cure alternative?", "quali sono le speranze di guarigione?".

I malati privilegiano invece il lato umano: cercano aiuto psicologico, qualcuno che li ascolti, al massimo una conferma sulla qualità dei trattamenti. Tutti, ovviamente, vengono rassicurati e invitati a rivolgersi con fiducia all'oncologia della propria città (o dove sono in cura): gli vengono forniti gli indirizzi, gli viene spiegato che i protocolli di cura sono identici ovunque, a Milano come a Palermo, Parigi, New York... Ciò non toglie che il problema connesso a questo tipo di richiesta rimane e riguarda, da un lato la qualità dell'informazione, dall'altro il rapporto con il proprio medico.

Pazienti e famigliari si accontentano di ascoltare le spiegazioni del medico curante e se hanno dei dubbi, o non hanno capito, stanno zitti, perché hanno "paura di disturbare".

Al di là dei singoli casi e delle tante possibili interpretazioni, a

nostro avviso le testimonianze raccolte dal Numero Verde mettono sicuramente in luce un dato: la necessità di preparare adeguatamente chi si occupa dei malati di cancro. Perché non basta

curare la malattia: è altrettanto importante migliorare il vissuto quotidiano dei pazienti, individui con background culturale, esperienze e credenze propri. Il medico dovrebbe esserne

consapevole e agire di conseguenza. Le parole, i gesti, probabilmente non aumentano la possibilità di guarigione, ma usati correttamente migliorano il quadro clinico, alleggerendo il peso della malattia.

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

AIOM

info
società

Nel n.10 | 2003

- 1** Editoriale
- 2** Qualità di vita
- 4** Ricerca e terapia
- 5** Prevenzione
- 6** Riflettori su:
tumori ginecologici



La carta europea DEI DIRITTI DEL MALATO

La Carta dei diritti fondamentali siglata a Nizza nel 2000 sarà presto incorporata nella nuova costituzione europea con l'obiettivo sia di aumentare il livello di protezione dei diritti dei malati e dei cittadini nei differenti contesti nazionali, sia di armonizzare i sistemi sanitari nazionali, in modo da favorire i diritti dei pazienti e dei cittadini. Ciò è della massima importanza, specialmente in relazione alla libertà di movimento all'interno dell'Unione e al suo processo di allargamento.

1. Diritto a misure preventive

Ogni individuo ha diritto a servizi appropriati a prevenire la malattia.

2. Diritto all'accesso

Ogni individuo ha il diritto di accedere ai servizi sanitari che il suo stato di salute richiede. I servizi sanitari devono garantire eguale accesso a ognuno, senza discriminazioni sulla base delle risorse finanziarie, del luogo di residenza, del tipo di malattia o del momento di accesso al servizio.

3. Diritto all'informazione

Ogni individuo ha il diritto di accedere a tutti i tipi di informazione che riguardano il suo stato di salute e i servizi sanitari e come utilizzarli, nonché a tutti quelli che la ricerca scientifica e l'innovazione tecnologica rendono disponibili.

4. Diritto al consenso

Ogni individuo ha il diritto ad accedere a tutte le informazioni che lo possono mettere in grado di partecipare attivamente alle decisioni che riguardano la sua salute. Queste informazioni so-

no un requisito per ogni procedura e trattamento, ivi compresa la partecipazione alla ricerca scientifica.

5. Diritto alla libera scelta

Ogni individuo ha il diritto di scegliere liberamente tra differenti procedure ed erogatori di trattamenti sanitari sulla base di adeguate informazioni.

6. Diritto alla privacy e alla confidenzialità

Ogni individuo ha il diritto alla confidenzialità delle informazioni di carattere personale, incluse quelle che riguardano il suo stato di salute e le possibili procedure diagnostiche o terapeutiche, così come ha diritto alla protezione della sua privacy durante l'attuazione di esami diagnostici, visite specialistiche e trattamenti medico-chirurgici in generale.

7. Diritto al rispetto del tempo dei pazienti

Ogni individuo ha diritto a ricevere i necessari trattamenti sanitari in un periodo di tempo veloce e predeterminato. Questo diritto si applica a ogni fase del trattamento.

8. Diritto al rispetto di standard di qualità

Ogni individuo ha il diritto di accedere a servizi sanitari di alta qualità, sulla base della definizione e del rispetto di precisi standard.

9. Diritto alla sicurezza

Ogni individuo ha il diritto di essere libero da danni derivanti dal cattivo funzionamento dei servizi sanitari, dalla malpractice e dagli errori medici, e ha il diritto di accesso a servizi e trattamenti sanitari che garantiscano elevati standard di sicurezza.

10. Diritto alla innovazione

Ogni individuo ha il diritto all'accesso a procedure innovative, incluse quelle diagnostiche, secondo gli standard internazionali e indipendentemente da considerazioni economiche o finanziarie.

11. Diritto a evitare le sofferenze e il dolore non necessari

Ogni individuo ha il diritto di evitare quanta più sofferenza possibile, in ogni fase della sua malattia.

12. Diritto a un trattamento personalizzato

Ogni individuo ha il diritto a programmi diagnostici o terapeutici quanto più possibile adatti alle sue personali esigenze.

13. Diritto al reclamo

Ogni individuo ha il diritto di reclamare ogni qual volta abbia sofferto un danno e ha il diritto a ricevere una risposta o un altro tipo di reazione.

14. Diritto al risarcimento

Ogni individuo ha il diritto di ricevere un sufficiente risarcimento in un tempo ragionevolmente breve ogni qual volta abbia sofferto un danno fisico, morale e psicologico causato da un trattamento di un servizio sanitario.



CONGEDI per i lavoratori

Nel numero 7 di questa rivista abbiamo dedicato la rubrica "Qualità della vita" ai diritti dei lavoratori durante i mesi di malattia (chi l'avesse persa e fosse interessato può scaricarla dal sito www.medinews.it). Nel capitolo dedicato ai congedi riconosciuti ai lavoratori invalidi, abbiamo commesso un'inesattezza, facendo riferimento ad una normativa ormai superata. A segnalarci l'errore e a ristabilire la verità legislativa è stata la dott. Monica Cagarelli, Funzionario amministrativo del Policlinico di Modena e grande esperta in materia ("I Congedi parentali", edizione Giappichelli), che ringraziamo per la cortesia.

Vorrei segnalare che quanto riportato nel n. 7/2003 del supplemento a Aiom notizie, relativo ai diritti dei lavoratori, contiene un'inesattezza circa il congedo riconosciuto ai lavoratori invalidi (L. 118/71) che non è di trenta giorni, ma quindici. La riduzione da trenta a quindici giorni è stata prevista dalla legge 638/83. Il successivo D.Lgs. 509/88 si riferisce al congedo per cure (di 15 giorni, come modificato dalla legge 638/83) che può essere concesso ai lavoratori mutilati ed invalidi civili ai quali sia stata riconosciuta una riduzione della attitudine lavorativa superiore al 50 per cento, sempre che le cure siano connesse alla infermità invalidante riconosciuta. Questa è l'interpretazione maggiormente seguita e rappresenta anche l'orientamento giurisprudenziale. Trattasi, tuttavia, di un congedo che trova la propria disciplina in varie norme, a volte non chiarissime, e ciò comporta anche difficoltà interpretative.

L'ABC DEI DIRITTI DEI MALATI

Attualmente lo Stato Italiano riconosce alcuni diritti che, spesso per mancanza di conoscenza, sia da parte degli operatori che dei malati, rimangono inattuati. Elisabetta Iannelli, avvocato e vicepresidente dell'AIMaC (Associazione Italiana Malati di Cancro) cerca di riassumerli in un vademecum di 21 pagine dal titolo «I diritti dei malati di cancro», edito in collaborazione con l'Istituto italiano di medicina sociale, che raccoglie le tutele giuridiche e i benefici socio-economici previsti dalla legislazione vigente in favore di chi è colpito da un tumore.

La salute. Il primo dei diritti ricordati è elementare, ma non scontato: quello di avere, se lo si desidera, piena cognizione del proprio stato di salute. Quello di ottenere dal medico un'informazione adeguata alle proprie capacità cognitive e al proprio livello socioculturale, sia in fase di diagnosi che di terapia, fino al momento delle dimissioni dall'ospedale. Il malato ha diritto all'esenzione totale dal pagamento del ticket per farmaci, visite ed esami appropriati per curare il tumore. La domanda va presentata alla propria Asl, così come quella per l'eventuale ricovero in centri di altissima specializzazione all'estero. Alle donne la guida rammenta di aver diritto alla protesi mammaria esterna, dietro richiesta di prescrizione gratuita del medico all'azienda sanitaria.

L'assistenza. A seconda del tipo di invalidità riconosciuta, spettano al paziente oncologico quattro tipi di prestazioni: pensione di inabilità, assegno di invalidità, indennità di accompagnamento e indennità di frequenza. Le relative domande vanno inoltrate alla Asl, la cui commissione medico-legale deve fissare la data della visita entro i tre mesi successivi. L'intero procedimento di riconoscimento deve concludersi entro un massimo di nove mesi. Per ogni beneficio, il vademecum illustra caratteristiche, importi e modalità di presentazione dei ricorsi contro l'eventuale parere negativo della commissione della Azienda sanitaria locale.

Il lavoro. Proprio su richiesta dell'AIMaC, nella recente riforma Biagi del mercato del lavoro (Dlgs 276/2003, in vigore dal 24 ottobre), è stato riconosciuto ai malati di tumore il diritto di chiedere e ottenere dal datore di lavoro di trasformare il rapporto a tempo pieno in part-time. Ma solo finché le condizioni di salute non consentiranno al malato di riprendere l'orario normale.

Previdenza&Co. Dal punto di vista previdenziale, i malati di cancro, in base all'invalidità riconosciuta, possono ottenere l'assegno ordinario di invalidità, la pensione di inabilità e l'assegno mensile per l'assistenza personale e continuativa ai pensionati per inabilità. Le domande vanno presentate all'Inps. In caso di iscrizione a una cassa di previdenza diversa o ad altri enti assicurativi, occorre informarsi presso i loro sportelli. Da ultimo, la guida ricorda che i Comuni devono riconoscere ai malati di cancro in terapia il diritto a ottenere il contrassegno di libera circolazione e sosta. Una comodità in più, per facilitare i movimenti di chi deve curarsi.

UN MICRORAGGIO COSTRINGE LE CELLULE CANCEROGENE A SUICIDARSI

Nuove speranze nella guerra contro il cancro con la scoperta di "microbeam", un raggio di particelle ampio soltanto qualche migliaio di millimetri in grado di colpire le cellule cancerogene individualmente. La scoperta, che potrebbe rivoluzionare l'uso della radioterapia, è stata pubblicata da un gruppo di ricercatori britannici sul giornale scientifico Cancer Research. Gli scienziati hanno rivelato che il flusso di particelle di elio cariche provoca anche un segnale suicida da parte della cellula colpita che viene spedito alle cellule circostanti. Il microbeam è quindi in grado di distruggere un numero di cellule cancerogene ben maggiore di quelle che colpisce direttamente. Questa nuova tecnologia potrebbe quindi rendere la radioterapia più potente e precisa. Gli scienziati pensano che questo meccanismo faccia parte delle difese naturali delle cellule e che impedisca a quelle che hanno subito danni genetici di crescere e di dividersi. Se una cellula viene colpita da una bassa dose di radiazioni non solo auto innescherà il programma per il suicidio ma rilascerà anche dei segnali chimici che inducono le cellule adiacenti a fare altrettanto.

Alcune infezioni potrebbero RIDURRE IL RISCHIO DI MELANOMA

I bambini che sono stati sottoposti a determinate vaccinazioni o che hanno subito infezioni batteriche che stimolano il sistema immunitario in giovane età sembrano avere minori possibilità di sviluppare il melanoma una volta divenuti adulti.

L'anno scorso il dottor Klaus F. Kolmel, dell'Università di Gottingen (Germania) e il suo staff hanno evidenziato come la vaccinazione contro la tubercolosi e contro il vaiolo riducessero il rischio futuro di un melanoma. Va comunque detto che altri studi affini hanno messo in luce risultati contrastanti.

In una relazione pubblicata sullo European Journal of Cancer, il team del dottor Kolmel, ha descritto i risultati di uno studio denominato Febim (Febbrile Infections and Melanoma). Sono stati considerati 603 casi di persone affette da melanoma cutaneo e 627 soggetti controllo privi di tumore. I due gruppi erano paragonabili per età, sesso e origine etnica. Le probabilità di sviluppare il melanoma erano generalmente il 60% più basse nei soggetti immunizzati contro la tubercolosi e il 40% più basse in quelli trattati con altri vaccini. I risultati erano ancora più evidenti quando venivano selezionate solo le persone con meno di 50 anni. Le influenze e le enteriti virali sono risultate le sole malattie infettive frequenti associabili con un minor rischio di melanoma. Oggi le vaccinazioni contro il vaiolo e la tubercolosi non vengono in genere somministrate ai bambini ma i risultati di questo studio suggeriscono la possibilità di riconsiderare una loro reintroduzione. "Le vaccinazioni contro il vaiolo e la vaccinazione neonatale contro la tubercolosi sembrano aver evitato a molte persone di sviluppare il melanoma nel passato – suggeriscono i ricercatori – Proprio su questa base potrebbe essere giustificabile la loro reintroduzione".

ricerca
terapia

SENO, NUOVO TEST GENETICO VALUTA LA NECESSITÀ DELLA CHEMIO

Messo a punto negli Stati Uniti il primo test genetico che predice le probabilità di ricaduta del tumore al seno e l'opportunità di dover ricorrere o meno alla chemioterapia. La tecnica è stata messa a punto dalla Genomic Health, azienda biotech della Silicon Valley. I ricercatori dell'azienda hanno identificato circa due dozzine di geni che, analizzati complessivamente, sono in grado di predire con un alto grado di affidabilità le probabilità di una recidiva del tumore nelle donne in cui la malattia è stata diagnosticata in fase iniziale. Se il risultato del test evidenzia un basso rischio di ricaduta, la paziente può decidere di evitare le sofferenze legate alla chemioterapia. La tecnica è stata messa a punto analizzando campioni di tumore prelevati a 700 donne coinvolte in un'ampia ricerca realizzata negli anni '80. Alle volontarie, tra i 30 e i 70 anni, era stato diagnosticato un tumore in fase iniziale che non aveva infiltrato altri tessuti e che era stato trattato con tamoxifene, un farmaco che rallenta o blocca la crescita delle cellule tumorali. Grazie al nuovo test i ricercatori hanno potuto realizzare una scala del pericolo. Scoprendo che più della metà delle donne rientrava nella categoria a basso rischio, con una percentuale di recidiva del 7% dopo la rimozione chirurgica del tumore e la successiva terapia farmacologica. All'altro estremo della scala, il 27% delle pazienti era da considerare ad alto rischio. Circa tre su dieci erano destinate a essere colpite nuovamente dal tumore entro 10 anni. Nel gruppo intermedio la recidiva si verificava in media nel 14% delle donne. La percentuale di errore, nei tre gruppi, era del 2-3%. L'azienda spera di rendere disponibile il test entro il 2004.

MAI AL SOLE PRIMA DEI 3 ANNI

Non esporre i bambini al di sotto dei tre anni ai raggi solari. La raccomandazione - nell'ambito della prevenzione del melanoma (tumore della pelle) - è del prof. Mario Cristofolini, primario dell'Unità Operativa di Dermatologia dell'ospedale di Trento. Lo studioso ha inoltre affermato che "fino ai 16 anni di età bisogna prestare particolare attenzione ad abbronzarsi: è necessario evitare scottature; prendere il sole in maniera graduale e mai durante le ore più calde". Sull'uso dei filtri solari, Cristofolini dice che "è bene non fidarsi troppo". Lo studioso sconsiglia le "abbronzature rapide anche agli adulti. Sole sì, ma con moderazione e buon senso. I melanociti (le cellule cutanee che contengono la melatonina, la sostanza che provoca la colorazione della pelle) devono allenarsi all'esposizione solare".



GLI AGRUMI PROTEGGONO BOCCA E STOMACO

Arance, pompelmi e mandarini in tavola per prevenire i tumori a bocca, laringe e stomaco. A sottolineare l'effetto anticancro degli agrumi è uno studio australiano del Commonwealth Scientific and Industrial Research Organization (CSIRO), istituto di ricerca governativo. Secondo gli esperti australiani, che hanno esaminato 48 studi internazionali sugli effetti per la salute degli agrumi, il consumo quotidiano di questi frutti ridurrebbe del 50% il rischio di sviluppare alcuni tumori del tratto digestivo. Non solo. Le sostanze contenute in arance e mandarini proteggerebbero dalle malattie cardiovascolari, riducendo del 19% il rischio di ictus. "Gli antiossidanti contenuti negli agrumi - spiega la ricercatrice Katrine Baghurst - inibiscono la crescita delle cellule tumorali e fortificano il sistema immunitario". Le arance poi, ha detto la Baghurst, contengono più antiossidanti di qualsiasi altro frutto: ben 170 diversi fitochimici, compresi oltre 60 flavonoidi, che hanno mostrato proprietà antinfiammatorie e antitumorali efficaci anche nell'inibire la formazione dei trombi.



LA VITAMINA D PREVIENE PROBLEMI AL COLON

Un dieta ricca di vitamina D per prevenire il tumore del colon. Secondo una ricerca condotta dai ricercatori americani Veterans Affairs Medical Center di Portland chi consuma ogni giorno la quantità di vitamina contenuta in un bicchiere di latte o in una porzione di pesce ha il 40% in meno di probabilità di sviluppare il tumore del colon rispetto a chi, invece, ne assume poca o per niente. La ricerca è pubblicata sulla rivista Journal of the American Medical Association. Dalla stessa indagine, condotta su 3.100 volontari, è emerso che anche fibre e cereali sono alimenti "scudo", e che fumo e alcol, invece, sono da considerare veri fattori di rischio per il cancro coloretale. Precedenti indagini avevano accertato anche l'effetto protettivo per il colon di una dieta ricca di calcio, "e la vitamina D aiuta l'organismo a metabolizzare questa sostanza", spiega David Lieberman, gastroenterologo del centro di Portland e autore della ricerca. I volontari coinvolti nella ricerca, in maggioranza uomini tra i 50 e i 70 anni, sono stati sottoposti a colonscopia tra il '94 e il '97 e sono stati interrogati su abitudini alimentari, stile di vita e storia familiare di tumore. Alla fine dell'indagine sono stati 299 i volontari in cui sono stati individuati polipi al colon o al retto, formazioni precancerose, e 30 quelli con diagnosi di tumore. Dall'analisi dei dati raccolti, gli esperti americani hanno scoperto che chi consumava più di 645 unità internazionali (IUs) di vitamina D aveva il 40% in meno di probabilità di sviluppare questa neoplasia.

I TUMORI DELL'OVAIO

Il carcinoma ovarico è la seconda più comune forma di tumore ginecologico. L'incidenza di questa malattia è in aumento, intorno a 17 casi su 100.000 per anno; nel 60-70% delle pazienti esordisce in fase avanzata. La neoplasia colpisce donne in peri e post-menopausa con un picco massimo d'incidenza fra i 55 e i 65 anni. L'80% di questi tumori origina dall'epitelio cioè dal tessuto che riveste l'ovaio; nelle donne giovani, invece, sono più frequenti i tumori germinali.

Fattori di rischio

Numerosi studi epidemiologici suggeriscono l'importanza di almeno tre fattori di rischio:

- **Fattori genetici familiari**

Circa il 5-10% dei tumori ovarici il fattore di rischio principale è la familiarità. Le donne che hanno una parente di primo grado (madre, sorella o figlia) affetta da carcinoma ovarico hanno un rischio più elevato di sviluppare questa neoplasia. Alcuni carcinomi ovarici sono causati da mutazioni genetiche ereditarie. Sono stati individuati tre modalità di ereditarietà: carcinoma ovarico soltanto, carcinoma ovarico e mammario, carcinoma ovarico e colo-rettale. Sono stati messi a punto dei test per accertare le eventuali mutazioni genetiche; questi sono consigliati ai membri di famiglie in cui il rischio di sviluppare una forma di carcinoma è molto alto.

- **Fattori endocrini**

Un alto numero di gravidanze, l'allattamento al seno e un prolungato impiego di contraccettivi orali riducono il rischio di tumore ovarico. Un basso numero di gravidanze, la nulliparità (non aver mai partorito) e l'uso di sostanze che inducono l'ovulazione sono associati a una più alta incidenza di tumori ovarici.

- **Fattori ambientali**

È stata descritta un'associazione con l'esposizione di amianto e talco, con l'abuso di alcool, l'obesità e una dieta ricca di grassi. Fumo e caffeina non sembrano invece avere evidenti relazioni.

I sintomi

La diagnosi precoce è difficile perché la malattia è di solito asintomatica. Alcune donne con carcinoma ovarico in stadio iniziale possono accusare disturbi gastrointestinali, sensazione di pressione a livello pelvico, dolore, gonfiore addominale. Nella maggior parte dei casi, non ci sono sintomi oppure questi sono molto lievi. Quando la sintomatologia è evidente, il tumore è solitamente in fase avanzata.

La diagnosi precoce

La diagnosi si formula sulla base di esami che consentono di visualizzare la regione pelvica e le ovaie, nonché su analisi del sangue e biopsia. Questi includono: la visita ginecologica con esplorazione rettale (il PAP test non ha alcuna utilità ai fini della diagnosi di questa neoplasia), l'ecografia transvaginale e addominale, le analisi del sangue (livelli alti del marcatore CA 125 possono essere indicativi della presenza di un carcinoma ovarico) e la Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) addome-pelvi.

Una volta dimostrata la presenza del tumore, la paziente deve essere sottoposta ad ulteriori accertamenti per verificare se le cellule tumorali si sono diffuse ad altri organi.

Questo processo, che si definisce stadiazione, è importante per la scelta del trattamento più indicato. La laparotomia esplorativa (incisione chirurgica della parete addominale) è il momento più importante nella diagnosi e nella stadiazione del carcinoma ovarico, poiché consente di valutare con precisione e accuratezza l'estensione e le localizzazioni della malattia, parametri su cui si fonda la classificazione di tale tumore (classificazione FIGO). In caso di malattia localizzata all'ovaio, è necessario effettuare il lavaggio della cavità addominale con un liquido, che viene poi rimosso e analizzato al microscopio per vedere se contiene cellule tumorali; inoltre, devono essere effettuate biopsie del peritoneo, dei linfonodi e del diaframma.

3

La terapia

La **chirurgia** è il trattamento cui viene sottoposta la maggior parte delle pazienti affette da tumore epiteliale dell'ovaio. Consiste in una *istero-annessiectomia* (asportazione dell'utero con entrambe le ovaie e le tube), più *omentectomia* (rimozione di una parte del tessuto che riveste la cavità addominale) e *dissezione linfonodale* (asportazione dei linfonodi addominali).

La **chemioterapia** è la modalità terapeutica che distrugge le cellule tumorali attraverso la somministrazione di farmaci, che possono essere assunti per bocca in forma di compresse, oppure iniettati per via endovenosa, oppure ancora per *via intraperitoneale*, ossia somministrando i farmaci direttamente nella cavità addominale per mezzo di un catetere.

Nello **stadio I** della malattia il trattamento primario è quello chirurgico che comprende: istero-annessiectomia bilaterale, omentectomia, dissezione linfonodale e lavaggio della cavità peritoneale.

Negli **stadi II e III** della malattia la terapia di scelta è la chirurgia con l'obiettivo di togliere quanto più tessuto tumorale possibile. In questi casi, dopo la chirurgia, va sempre praticata una chemioterapia che deve contenere farmaci derivati del platino (cisplatino o carboplatino) e taxani (taxolo). Questa associazione di farmaci viene somministrata tramite iniezioni endovenose (fleboclisi) della durata di alcune ore ripetute di solito ogni 21 giorni per circa 4-6 volte (4-6 cicli). I principali effetti collaterali dovuti alla chemioterapia sono la caduta dei capelli (alopecia) che è completamente reversibile, la nausea e il vomito che oggi sono ben controllati dai farmaci a disposizione, la discesa dei globuli bianchi, che rende le pazienti più suscettibili ad ammalarsi di infezioni e l'insorgenza di formicolii alle dita delle mani o dei piedi legati ad un effetto dei farmaci sui nervi periferici (neuropatia).

Negli **stadi avanzati (III in operabile, IV)** in cui non è possibile praticare una chirurgia immediatamente, il trattamento di scelta è rappresentato da una chemioterapia con più farmaci (polichemioterapia) seguita, qualora si fosse ottenuta una buona risposta alla terapia, dalla chirurgia. La chemioterapia deve contenere derivati del platino (cisplatino o carboplatino) e taxani (taxolo).

Nella malattia che va incontro a recidiva o che è resistente ad una chemioterapia contenente derivati del platino si possono utilizzare farmaci diversi quali il topotecan o la doxorubicina liposomiale pegilata.

4

LA DOMANDA Che cos'è la PET?

PET sta per *Positron Emission Tomography* (Tomografia ad Emissione di Positroni). Più semplicemente è la possibilità di "fotografare" il tumore ad uno stadio molto primitivo e senza errore di localizzazione, aumentando quindi esponenzialmente le possibilità di diagnosi precoce e, di conseguenza, di intervento e di cura.

LA RICETTA

Polpette di manzo con formaggio

Ingredienti per 1 pasto:
100 g polpa magra di manzo tritata (meglio se passata due volte), 1 noce di pane imbevuta nel latte e strizzata, 1 mazzetto di prezzemolo tritato, 10 g burro, fettina sottile di formaggio tipo fontina o groviera (tipo sottilette)

Preparazione

Mettere la carne in una ciotola, aggiungere la mollica di pane strizzata, il prezzemolo, il sale e lavorare con un cucchiaino di legno fino ad avere un composto omogeneo. Fare delle piccole polpette con le mani e friggerle nel burro caldo in un tegame antiaderente. Quando sono ben dorate su entrambe le parti aggiungere la fettina di formaggio, coprire con un coperchio e lasciare sul fuoco fino a che il formaggio si è sciolto.

ABBELLIRE I PIATTI PER RITROVARE L'APPETITO

In alcuni pazienti la chemioterapia provoca stanchezza, calo dell'appetito e difficoltà di concentrazione. Le cause sono molteplici: effetti collaterali dei farmaci, inattività, insonnia, anemia, umore depresso. La stanchezza e il calo dell'appetito possono ridurre l'interesse per il cibo, la voglia di fare la spesa e di cucinare.

Per non affaticarsi troppo e per stuzzicare l'appetito può essere utile seguire questi accorgimenti:

- Chieda a famigliari e amici di fare la spesa e cucinare: spesso lo fanno volentieri
- La rosticceria, i cibi in scatola o surgelati, quando vengono osservate con attenzione le norme di cottura, sono valide alternative che stuzzicano l'appetito
- È buona cosa approfittare dei momenti in cui ci si sente più in forma per preparare i cibi e congelarli
- Se non ci sono infiammazioni alla bocca, beva un aperitivo analcolico
- Una passeggiata prima del pasto aiuta ad aumentare l'appetito
- Si dedichi ai pasti con calma e serenità, mastichi con cura e, alla fine, si conceda un po' di relax
- Mangi piccole quantità di cibo nel corso della giornata, nei momenti in cui ne ha più voglia
- È bene tenere a portata di mano degli spuntini di suo gradimento ad alto contenuto calorico, come frutta secca, patatine, gelati, budini
- Se l'odore del cibo la infastidisce, consumi pietanze fredde o a temperatura ambiente. Cerchi di renderle attraenti aggiungendo fettine di limone e prezzemolo tritato
- Apparecchi la tavola con stoviglie colorate, scelga un luogo per lei piacevole in cui mangiare
- Durante i pasti ascolti una musica gradevole o guardi un programma televisivo di suo interesse
- Se non riesce a mangiare cibi solidi, acquisti bevande ad alto contenuto calorico già pronte.

In ogni caso, chieda sempre un consiglio al suo medico curante.

La malattia insegna a vivere

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

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



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@iscalinet.it www.aiom.it; www.oncologiaonline.org.

Il presidente nazionale è il prof. Roberto Labianca

800.237303

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



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

Supplemento a AIOM NOTIZIE ANNO III N. 10 Reg. Trib. di Brescia n° 35/2001 del 2/7/2001

**info
società**

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 info**società**

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 Cefalonia 24 - 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

