

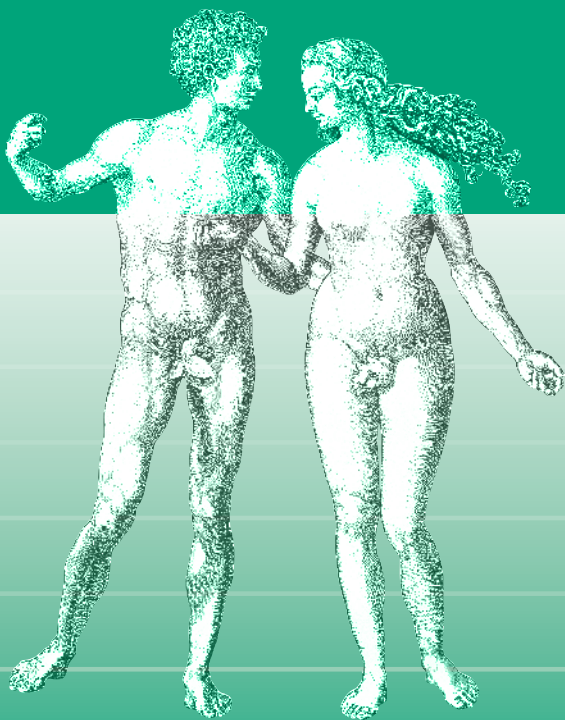


lega contro il cancro

Il cancro del pancreas

Carcinoma del pancreas esocrino

Un'informazione della Lega
contro il cancro



Le Leghe contro il cancro in Svizzera: prossimità, confidenzialità, professionalità

Offriamo consulenza e sostegno di prossimità ai pazienti oncologici, ai loro familiari e amici. Nelle 60 sedi delle Leghe contro il cancro operano un centinaio di professionisti ai quali si può far capo gratuitamente durante tutte le fasi della malattia.

Le Leghe cantonali organizzano campagne di sensibilizzazione e prevenzione delle malattie tumorali presso la popolazione, con l'obiettivo di promuovere stili di vita salutari e quindi ridurre il rischio individuale di ammalarsi di cancro.

Impressum

Editrice

Lega svizzera contro il cancro
Effingerstrasse 40, casella postale
3001 Berna
Tel. 031 389 91 00
info@legacancro.ch
www.legacancro.ch

2ª edizione in tedesco

Direzione del progetto e redazione

Andrea Seitz, specialista pubblicazioni,
Lega svizzera contro il cancro, Berna

Consulenza scientifica

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Markus Weber, primario della Clinica di chirurgia viscerale, toracica e vascolare, Stadtspital Triemli, Zurigo
PD Dr. med. et Dr. phil. Andreas Wicki, caposervizio di oncologia ed ematologia, Ospedale cantonale di Basilea Campagna

Consulenza in veste di persona colpita

Dr. phil. Daniela M. Meier

Collaboratori della Lega svizzera contro il cancro, Berna

Dr. med. Karin Huwiler, responsabile tendenze, studi e supporto; Dr. med. Aline Flatz, collaboratrice scientifica tendenze, studi e supporto

1ª edizione in tedesco

Lic. phil. I Christian Bernhart, giornalista RP, Berna; Dr. med. Donat Dürr, caposervizio di oncologia medica/ematologia, Stadtspital Triemli, Zurigo; Susanne Lanz, Lega svizzera contro

il cancro, Berna; Dr. med. Annelies Schnider, caposervizio della Clinica di chirurgia viscerale, toracica e vascolare, Stadtspital Triemli, Zurigo; Prof. Dr. med. Markus Weber, primario della Clinica di chirurgia viscerale, toracica e vascolare, Stadtspital Triemli, Zurigo

Immagine di copertina

Adamo ed Eva di Albrecht Dürer

Illustrazioni

p. 9: Frank Geisler, illustratore scientifico, Berlino

pp. 13, 31: Willi R. Hess, disegnatore scientifico, Berna

Immagini

p. 4: Verena Marti, Lega svizzera contro il cancro, Berna

p. 22: Stockfoto

p. 40: mauritius images GmbH

p. 56: Shutterstock

p. 68: fotolia

Traduzione:

Paolo Valenti, Zurigo

Lettorato:

Lorenzo Terzi, Lega svizzera contro il cancro, Berna

Design

Wassmer Graphic Design, Zäziwil

Stampa

Albrecht Druck AG, Obergerlafingen

Questo opuscolo è disponibile anche in lingua tedesca e francese.

© 2019, Lega svizzera contro il cancro, Berna

Indice

- 5 Editoriale**
- 6 Che cos'è il cancro?**
- 12 Il cancro del pancreas**
 - 12 Posizione e struttura del pancreas
 - 14 Le funzioni del pancreas
 - 16 Tipi di cancro del pancreas
 - 16 Carcinomi e neoplasie pancreatiche esocrine
 - 18 Tumori neuroendocrini del pancreas (NET)
 - 19 Possibili cause e rischi
 - 21 Possibili disturbi e sintomi
- 23 Esami e diagnosi**
 - 23 Primi accertamenti
 - 24 Esami successivi per precisare la diagnosi
 - 26 Stadi della malattia
- 30 Possibili trattamenti del cancro del pancreas**
 - 30 Intervento chirurgico
 - 35 Chemioterapia
 - 38 Ulteriori possibilità di trattamento
- 42 Quale terapia in quale stadio della malattia**
 - 42 Pianificazione del trattamento
 - 47 La terapia negli stadi precoci o localmente avanzati
 - 50 Terapia delle metastasi
 - 50 Studi clinici
- 52 Gestione degli effetti indesiderati**
 - 53 Conseguenze sull'alimentazione
 - 57 Suscettibilità alle infezioni
- 58 Ulteriori trattamenti**
 - 58 Terapia del dolore
 - 59 Medicina complementare
- 61 Convivere con il cancro**
 - 63 Controlli periodici
- 64 Riabilitazione oncologica**
 - 64 Programmi di riabilitazione oncologica
 - 65 Il ritorno al lavoro
- 66 Cure palliative**
 - 66 *Palliative care team e Advance care planning*
 - 67 Mandato precauzionale e direttive anticipate del paziente
- 69 Consulenza e informazione**



Cara lettrice, caro lettore

Quando nel testo è utilizzata soltanto la forma maschile o femminile, questa si riferisce a entrambe.

In un primo momento, la diagnosi di cancro è spesso uno shock per i pazienti e i loro cari. Improvvisamente sono stravolte la quotidianità e anche le prospettive future; la mente è assillata da innumerevoli domande senza risposta, in un alternarsi di speranze, rabbia e paura.

Le informazioni fornite nel presente opuscolo intendono aiutarla a gestire la malattia. In queste pagine sono descritte in modo dettagliato l'insorgenza, la diagnosi e il trattamento del cancro del pancreas negli adulti.

L'espressione «cancro del pancreas» si riferisce a una serie di tumori maligni del pancreas, tra i quali il più frequente è l'adenocarcinoma duttale, appartenente al gruppo dei carcinomi pancreatici esocrini*.

Nel corso degli ultimi anni le terapie del cancro del pancreas sono diventate più efficaci e tollerabili.

Tuttavia la possibilità di una guarigione definitiva resta piuttosto rara, poiché nello stadio precoce non si manifestano sintomi. Di conseguenza la malattia spesso viene scoperta solo negli stadi avanzati, nei quali comunque si riesce a rallentare la progressione e a lenire i sintomi del tumore. Le misure di accompagnamento preservano e promuovono la qualità della vita.

Non esiti a porre domande all'équipe curante e si lasci aiutare anche dalle persone che Le stanno vicine.

Nei numerosi opuscoli della Lega contro il cancro può trovare informazioni e consigli utili. I consulenti specializzati delle Leghe cantonali e regionali contro il cancro e della Linea cancro sono a Sua disposizione per assisterla in tutte le questioni relative al cancro. Trova i recapiti dei servizi di consulenza a partire da pagina 69.

Le auguriamo ogni bene.

La sua Lega contro il cancro

* Nota bene

Il presente opuscolo è destinato in prima linea ai pazienti con un cancro del pancreas esocrino. Altre forme maligne più rare, come ad esempio i tumori neuroendocrini del pancreas (NET), sono menzionate solo in un breve capitolo poiché hanno un decorso e un trattamento differente.

Che cos'è il cancro?

Il termine «cancro» denota un insieme di malattie diverse che presentano caratteristiche comuni:

- cellule che, in origine, erano normali incominciano a proliferare in modo incontrollato, trasformandosi così in cellule cancerose;
- le cellule cancerose s'infiltrano nel tessuto circostante distruggendolo e invadendolo;
- le cellule cancerose hanno la capacità di staccarsi dal loro luogo d'insorgenza per formare nuovi focolai di malattia in altre parti del corpo (metastasi).

Quando si parla di «cancro» s'intende una crescita incontrollata, maligna di cellule corporee. Spesso il cancro è chiamato anche «tumore». Un tumore è un accumulo patologico di cellule che può essere di natura benigna o maligna. I tumori maligni sono spesso designati anche con il termine di «neoplasie». Una neoplasia è una massa di nuova formazione, una neoformazione (dal greco *neos* = nuovo).

Vi sono oltre duecento tipi diversi di cancro. Si opera una distinzione tra tumori solidi, che originano dalle cellule di un organo e che formano una massa di cellule (per es. il cancro del pancreas), e malattie del sistema sanguigno e linfatico (per es. leucemie). Una leucemia può manifestarsi, per esempio, attraverso un

ingrossamento dei linfonodi oppure con alterazioni del quadro ematologico.

I tumori maligni solidi che originano dai tessuti di rivestimento, come la pelle e le mucose, o dai tessuti ghiandolari sono chiamati «carcinomi». La maggior parte dei tumori maligni è costituita da carcinomi e il cancro del pancreas appartiene a questa categoria.

Benigno o maligno?

I tumori benigni, crescendo, comprimono i tessuti sani, ma non li infiltrano. Inoltre, i tumori benigni non formano metastasi. Secondo la loro localizzazione, anche i tumori benigni possono tuttavia provocare seri disturbi dovuti alla compressione di tessuti sani (per es. nervi) o a stenosi di orifici o condotti anatomici (per es. vasi sanguigni).

Vi sono tumori benigni che, con il tempo, possono evolvere in tumori maligni. I polipi intestinali ne sono un esempio. Si tratta di escrescenze sulla superficie della mucosa intestinale che possono precedere la comparsa di un cancro dell'intestino.

I tumori maligni, invece, s'infiltrano nei tessuti adiacenti, danneggiandoli. Inoltre, essi formano nuovi vasi sanguigni per approvvigionarsi di sostanze nutritive.

Le cellule cancerose possono raggiungere i linfonodi e altri organi attraverso i vasi linfatici e sanguigni, e formarvi metastasi. Di solito, è possibile stabilire da quale organo e da quale tipo di cellula derivino le metastasi.

Tutto ha inizio nella cellula

I tessuti e gli organi che formano il nostro corpo sono costituiti da milioni di cellule. Il nucleo cellulare racchiude il piano di costruzione dell'essere vivente: il patrimonio genetico (genoma) con i suoi cromosomi e geni; esso è composto dal DNA (acido desossiribonucleico), il materiale portatore del messaggio genetico.

La divisione cellulare dà origine a nuove cellule, assicurando così il ricambio cellulare. Il patrimonio genetico può subire dei danni se, durante il processo di divisione cellulare, si verificano degli errori oppure per tante altre cause. Normalmente le cellule sono in grado di riconoscere e riparare i danni subiti oppure di programmare la propria morte. Tuttavia, può accadere che tali meccanismi falliscano e che le cellule danneggiate (mutate) riescano a moltiplicarsi liberamente. Tali cellule proliferano in modo incontrollato e si accumulano fino a formare un nodulo, un tumore.

Dimensioni inimmaginabili

Un tumore con un diametro di un centimetro è costituito da milioni di cellule. Gli sono occorsi presumibilmente diversi anni per raggiungere tale grandezza. In altre parole: un tumore non insorge dall'oggi al domani. La sua velocità di crescita può variare secondo il tipo di cancro.

Cause

Le malattie oncologiche sono da ricondurre a mutazioni del patrimonio genetico delle cellule. Alcuni dei fattori che favoriscono tali mutazioni e che giocano un ruolo nell'insorgenza del cancro sono:

- il naturale processo d'invecchiamento;
- lo stile di vita (alimentazione poco equilibrata, attività fisica insufficiente, fumo, alcol, ecc.);
- influssi esterni (per es. virus, sostanze nocive, fumo, raggi UV);
- fattori ereditari e genetici.

Vi sono fattori di rischio influenzabili e fattori di rischio non influenzabili. Si stima che all'incirca un terzo delle malattie oncologiche potrebbero essere evitate eliminando fattori di rischio come il tabacco o l'alcol. Le altre malattie oncologiche sono da ricondurre a fattori di rischio non modificabili o sconosciuti.

In generale, sono molteplici i fattori che concorrono all'insorgenza del cancro. Nel caso singolo, invece, spesso non è possibile individuare con esattezza i fattori che hanno causato la malattia.

Invecchiamento

Il naturale processo d'invecchiamento favorisce l'insorgenza di malattie oncologiche. La maggior parte dei tipi di cancro sono tanto più frequenti quanto più avanzata è l'età. Suppergiù il 90 per cento delle malattie oncologiche insorgono in persone che hanno superato i 50 anni di età.

Di norma, la divisione cellulare e i meccanismi di riparazione si svolgono correttamente. Ciononostante, con il tempo e l'avanzare dell'età, si accumulano gli errori nel patrimonio genetico che potrebbero dare origine a una malattia oncologica. Con l'età aumenta quindi il rischio di ammalarsi di cancro. Poiché nella nostra società l'aspettativa media di vita è in aumento, si assiste a un incremento dei casi di cancro.

Stile di vita

Lo stile di vita è modificabile. In altre parole, è possibile modificare le proprie abitudini in fatto di fumo, alcol, alimentazione e movimento. Vivendo in modo sano, si può quindi ridurre il proprio rischio di ammalarsi di alcuni tipi di cancro.

Influssi esterni

A taluni influssi esterni, come per esempio le polveri sottili, siamo esposti involontariamente. Le nostre possibilità di mettercene al riparo sono assai limitate. Da tal altri influssi esterni, invece, possiamo salvaguardarci, per esempio attraverso la protezione solare contro i raggi UV o le vaccinazioni contro i virus che favoriscono l'insorgenza del cancro.

Fattori genetici

Si stima che da cinque a dieci pazienti oncologici su cento presentano un'alterazione del patrimonio genetico che accresce il rischio di contrarre il cancro e la cui natura ereditaria può essere accertata. In tali casi si parla di «tumori ereditari». Le persone con una presunta o accertata predisposizione al cancro dovrebbero poter beneficiare di una consulenza genetica. Non è possibile influire sulla predisposizione stessa, ma alcuni tipi di cancro possono essere diagnosticati precocemente oppure prevenuti con misure profilattiche.

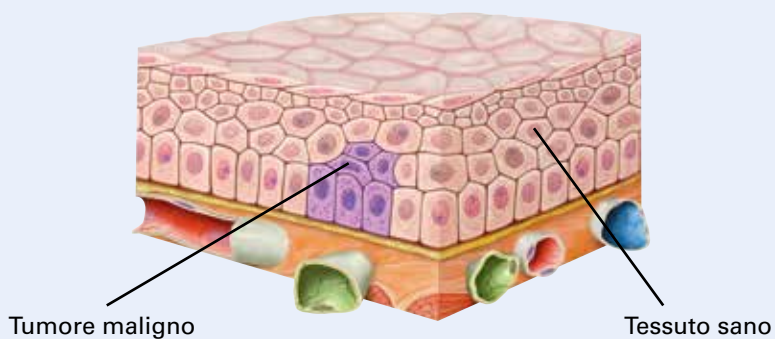
Perché io?

È possibile che si stia chiedendo perché il cancro abbia colpito proprio Lei. Forse si domanda fra l'altro: «Che cosa ho sbagliato?». È più che normale porsi tali interrogativi ed essere colti dallo sgomento o dalla rabbia. Le cause che portano all'insorgenza di una malattia oncologica

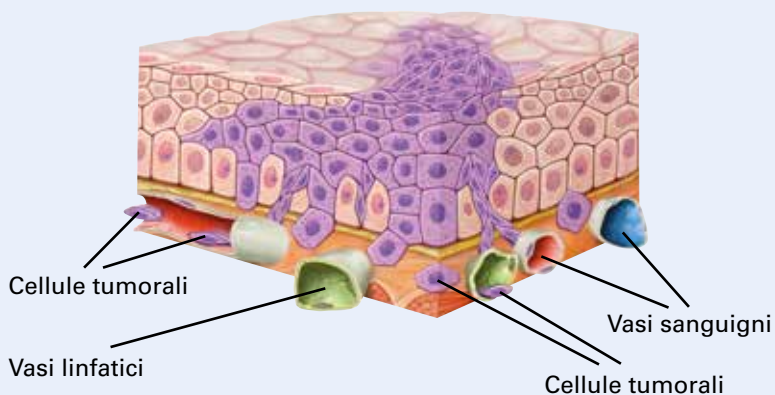
Come si forma un tumore

Esempio: carcinoma, tumore maligno che trae origine da tessuti epiteliali di rivestimento

Il tumore incomincia a svilupparsi nel tessuto sano.



Il tumore si infiltra nei tessuti adiacenti. Attraverso i vasi sanguigni (in rosso/blu) e linfatici (in verde), le cellule tumorali si diffondono in altri organi dove formano metastasi.

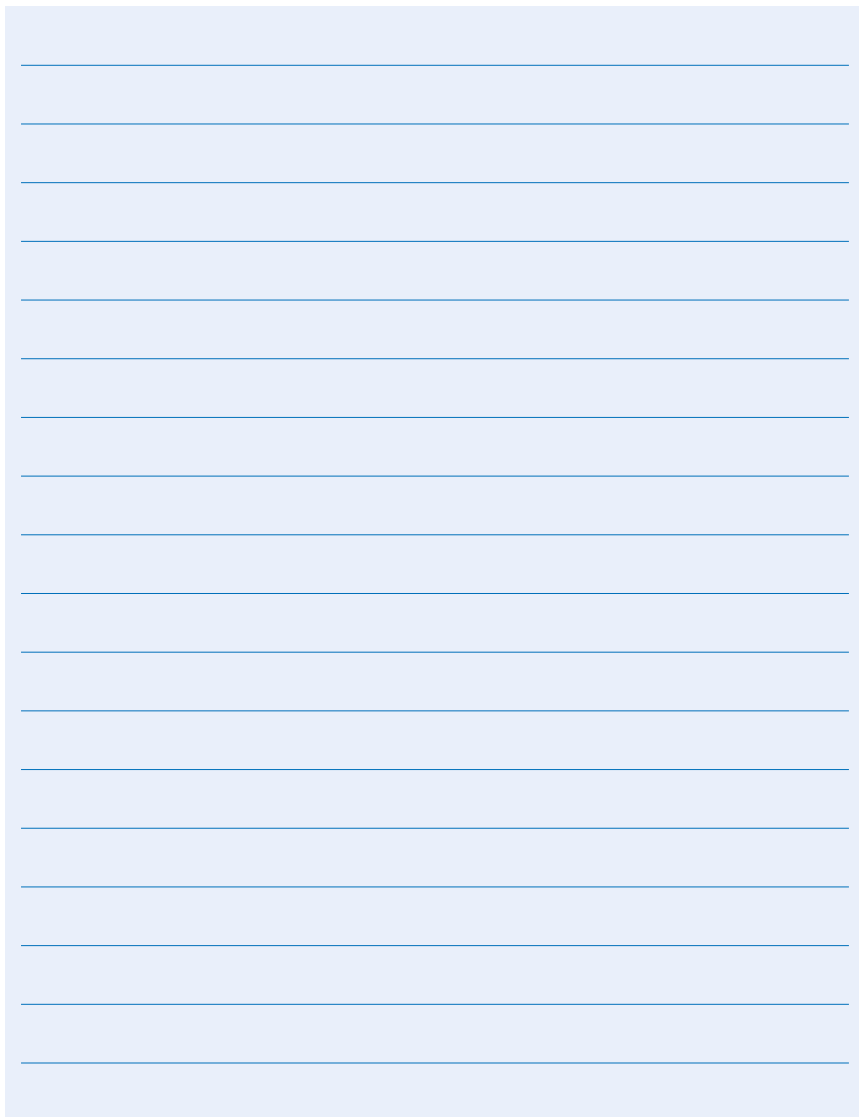


sono molto complesse e difficili da capire anche per gli specialisti.

Nessuno può mettersi completamente al riparo dal cancro. Possono ammalarsi di cancro sia le persone che conducono una vita sana, sia le persone con comportamenti a rischio. Inoltre, di cancro ci si può ammalare a qualsiasi età. Che una persona si ammali di cancro oppure no, in parte, è anche una questione di casualità o di destino. In ogni caso, una diagnosi di cancro comporta indiscutibilmente un carico emotivo importante.

L'opuscolo intitolato «Quando anche l'anima soffre» (vedi p. 72) della Lega contro il cancro si sofferma sugli aspetti psicologici della malattia, suggerendo possibili modalità di gestione degli stati d'animo ad essa legati.

I miei appunti



A large light blue rectangular area containing horizontal blue lines, serving as a space for notes.

Il cancro del pancreas

Posizione e struttura del pancreas

Il pancreas è una delle ghiandole più grandi del corpo umano. È lungo circa 15–20 cm e pesa dai 60 agli 80 grammi.

La posizione

Il pancreas è localizzato nella zona centrale della parte superiore dell'addome. Si trova dietro il peritoneo (dal greco *peritonaion* = «disteso intorno»), una membrana che avvolge la cavità addominale, ed è situato tra lo stomaco, il duodeno, la milza, il fegato e i grandi vasi sanguigni dell'addome.

L'irrorazione sanguigna

Dietro il pancreas corrono importanti vasi sanguigni che si diramano dall'aorta e irrora di sangue il pancreas, il fegato, lo stomaco, la milza e la parte superiore dell'intestino.

Il sangue venoso proveniente dall'addome, dall'intestino tenue e dalla milza confluisce in due vene che si uniscono dietro la testa del pancreas per formare la vena porta, che entra nel fegato.

I vasi sanguigni sono rappresentati nell'illustrazione «Campo operatorio del pancreas» a pagina 31.

La struttura del pancreas

Il pancreas è suddiviso in testa, corpo e coda, anche se anatomicamente non si distingue un confine netto tra le diverse parti.

La testa del pancreas

La testa del pancreas confina con il duodeno, a cui è attaccata in particolare tramite vasi sanguigni. Prima della cosiddetta «papilla duodenale», il dotto pancreatico e il coledoco confluiscono e sfociano uniti nel duodeno. Il coledoco è il condotto che trasporta la bile, proviene dal fegato e attraversa la testa del pancreas.

I succhi digestivi del pancreas e la bile del fegato finiscono così nel duodeno, dove digeriscono gli alimenti provenienti dallo stomaco (vedi prossimo capitolo «Le funzioni del pancreas», p. 14).

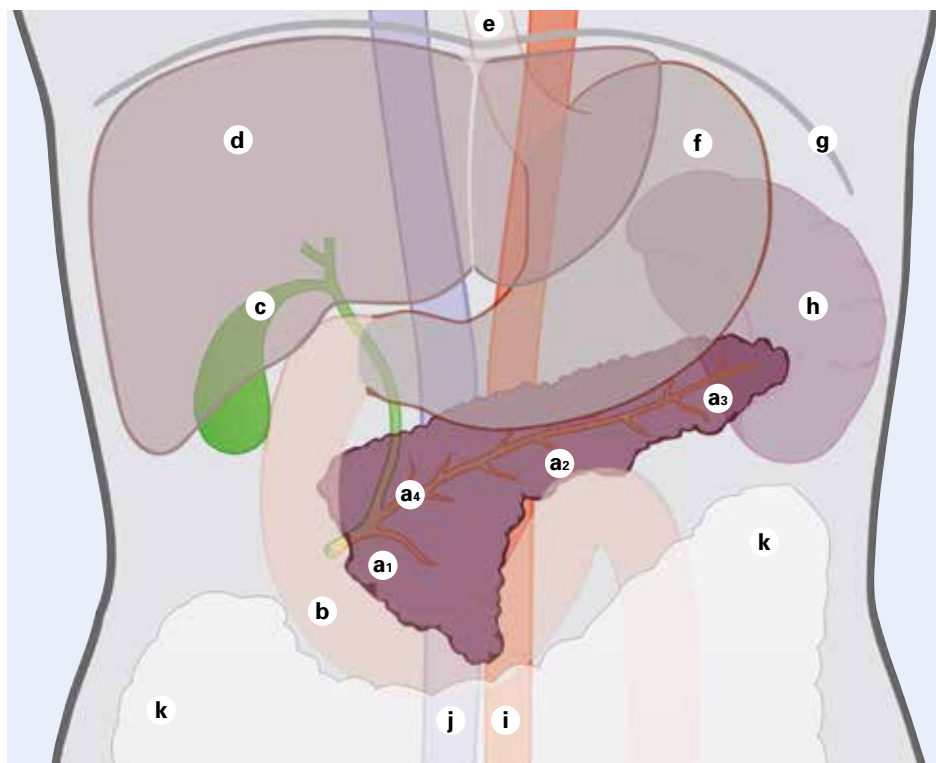
Il corpo del pancreas

Il corpo è la parte centrale della ghiandola. Il passaggio tra la testa e il corpo è chiamato «incisura pancreatica».

La coda del pancreas

La coda del pancreas si assottiglia in direzione della milza, con la quale confina. L'insulina, l'ormone più importante per il metabolismo dello zucchero, è prodotta in tutto il pancreas,

Il pancreas e gli organi vicini



- | | |
|---------------------------------------|---------------------------|
| a Pancreas | d Fegato |
| 1 Testa del pancreas | e Esofago |
| 2 Corpo del pancreas | f Stomaco |
| 3 Coda del pancreas | g Diaframma |
| 4 Dotto pancreatico con rami laterali | h Milza |
| b Duodeno/intestino tenue | i Aorta |
| c Cistifellea e coledoco | j Vena cava |
| | k Intestino crasso |

ma soprattutto nella coda del pancreas (vedi anche «Le funzioni del pancreas», qui sotto).

Il sistema duttale pancreatico

Il dotto escretore del pancreas si estende in senso longitudinale al centro della ghiandola. Viene chiamato «dotto pancreatico maggiore» o «dotto di Wirsung».

In qualità di condotto principale, raccoglie dai suoi numerosi dotti secondari i succhi digestivi e li trasporta in direzione dell'intestino tenue. In un organo sano, il dotto pancreatico ha un diametro massimo di 3 mm.

Le funzioni del pancreas

Il pancreas produce enzimi e ormoni vitali per la digestione e il metabolismo. È composto da due tipi di cellule secernenti: le cellule ghiandolari esocrine e quelle endocrine.

Cellule ghiandolari esocrine

Le cellule ghiandolari esocrine del pancreas producono succhi digestivi, che confluiscono nel dotto pancreatico e sono rilasciati nell'intestino.

Enzimi e funzione digestiva

La nostra alimentazione contiene numerose sostanze nutritive, come grassi, proteine, zuccheri, sali o vitamine. Alcune delle sostanze nutritive, una volta giunte nell'intestino, devono essere dapprima scomposte nei loro elementi di base per essere assorbiti dalla mucosa intestinale. Questo processo avviene con l'aiuto degli enzimi.

La maggior parte delle cellule del pancreas sono esocrine. Producono circa trenta diversi enzimi digestivi. Il pancreas secerne ogni giorno circa 1,5 litri di succhi digestivi, che attraversano il dotto pancreatico e si versano nel duodeno.

Gli enzimi digestivi si attivano solo nel duodeno e scompongono gli alimenti nelle sostanze nutritive di base.

Gli enzimi del pancreas

Il pancreas produce numerosi enzimi, tra cui questi tre importanti gruppi:

- amilasi (scompongono i carboidrati);
- proteasi (scompongono le proteine);
- lipasi (scompongono i grassi).

Disturbi esocrini

Se la produzione di enzimi digestivi è insufficiente, il chilo alimentare raggiunge l'intestino crasso senza essere stato correttamente scomposto, provocando meteorismo, coliche addominali, diarrea o la cosiddetta «steatorrea» (feci grasse).

Feci grasse incolori o che galleggiano nell'acqua del WC possono essere indizi di una carenza dell'enzima lipasi.

Cellule ghiandolari endocrine

Le ghiandole endocrine rilasciano le loro sostanze direttamente nel sangue. Quelle del pancreas producono in particolare gli ormoni che regolano il livello di zucchero nel sangue.

Regolazione degli zuccheri nel sangue

Gli ormoni insulina e glucagone (vedi sotto) sono responsabili della regolazione del metabolismo degli zuccheri. Sono prodotti nel pancreas, dalle cosiddette «cellule insulari pancreatiche».

Queste cellule si chiamano così perché formano strutture a forma di isole, chiamate «isole pancreatiche» o «di Langerhans» (dal nome del loro scopritore, il medico tedesco

Paul Langerhans). Le isole pancreatiche sono particolarmente numerose nella coda del pancreas.

Insulina

Lo zucchero è un'importante fonte di energia per il nostro corpo. Gli zuccheri che mangiamo sono assorbiti nell'intestino ed entrano nella circolazione sanguigna. L'ormone insulina regola il passaggio dello zucchero dal sangue al tessuto muscolare e adiposo e ha quindi la funzione di controllare il livello di zucchero nel sangue (glicemia).

Se manca l'insulina, lo zucchero rimane nei vasi sanguigni e la glicemia sale: una condizione chiamata «iperglicemia». Un'iperglicemia ha conseguenze spiacevoli nel lungo termine: se si protrae una carenza di insulina nel sangue si sviluppa la malattia nota come «diabete mellito».

Glucagone

Il glucagone è l'antagonista naturale dell'insulina. Se la glicemia scende c'è il rischio che le cellule del corpo ricevano troppo poco zucchero (ipoglicemia). Il glucagone fa in modo che in caso di abbassamento della glicemia venga rilasciato glucosio (zucchero), rialzandone il livello nel sangue.

Tipi di cancro del pancreas

Le diverse forme di cancro pancreatico si distinguono in prima linea secondo il tipo di cellule da cui originano.

Il tumore si sviluppa

- dalle cellule esocrine che producono enzimi, o
- dalle cellule endocrine, per esempio dalle cellule che producono gli ormoni responsabili della regolazione dello zucchero nel sangue.

Inoltre, l'esame al microscopio consente di differenziare il cancro in numerose varianti, denominate in base alle loro caratteristiche.

Tre quarti dei tumori insorgono nella testa del pancreas; gli altri crescono nella coda, in modo diffuso nel corpo o in tutto il pancreas.

Le cellule cancerose possono penetrare nei vasi linfatici o sanguigni e infiltrare i linfonodi adiacenti e formare metastasi in altri organi. Le localizzazioni più frequenti delle metastasi di un cancro pancreatico sono il fegato, i linfonodi e il peritoneo.

Carcinomi e neoplasie pancreatiche esocrine

La stragrande maggioranza dei carcinomi pancreatici (circa il 95%) si sviluppa dalle cellule ghiandolari esocrine. Il cancro insorge soprattutto nel tessuto del dotto pancreatico e dei suoi rami laterali. Per questo si parla anche di «carcinomi duttali esocrini».

La maggior parte di questi carcinomi duttali esocrini è composta da cosiddetti «adenocarcinomi» del pancreas (dal greco *adenos* = di origine ghiandolare).

Orientarsi in questa terminologia specifica non è facile. In generale, quando si parla di «cancro del pancreas» o di «carcinoma pancreatico» si intende quasi sempre un (adeno) carcinoma esocrino.

In più esistono forme cistiche di tumori pancreatici esocrini (vedi paragrafo «Neoplasie cistiche del pancreas», a destra).

Adenocarcinoma del pancreas

La maggior parte dei carcinomi esocrini si sviluppa nel sistema duttale della testa del pancreas. La crescita del tumore ostruisce progressivamente il dotto principale e con il

tempo gli enzimi digestivi non riescono più a raggiungere il duodeno.

In tempi relativamente rapidi, l'adenocarcinoma invade tessuti e strutture circostanti, in particolare i dotti biliari e il duodeno. Si verifica così una stasi della bile nei dotti biliari e nel fegato, la cosiddetta «colestasi».

Un sintomo tipico della colestasi è la colorazione gialla della pelle e della sclera oculare (il «bianco» degli occhi), chiamata «ittero» o «itterizia». Inoltre, le feci diventano quasi incolori e le urine marrone scuro.

L'ostruzione dei dotti pancreatici può generare una pressione sui tessuti del corpo e della coda del pancreas, che danneggia e distrugge sia le cellule esocrine sia quelle endocrine. Il risultato è la summenzionata steatorrea (vedi p. 15) e talvolta anche la comparsa di un diabete mellito.

Il carcinoma pancreatico esocrino si sviluppa molto raramente nel corpo o nella coda dell'organo. In queste sedi, all'inizio non si manifestano sintomi e il tumore può crescere a lungo indisturbato. Questi carcinomi tendono a invadere la milza, lo stomaco, il fegato, l'intestino crasso, il peritoneo e anche i linfonodi, i nervi e i vasi sanguigni adiacenti.

Neoplasie cistiche del pancreas

Dalle cellule esocrine del pancreas possono formarsi cavità patologiche, chiamate «cisti» o «tumori cistici del pancreas».

A grandi linee, si fa una distinzione tra cisti sierose e cisti mucinose:

- le cisti sierose («acquose») sono benigne. Pertanto non devono essere necessariamente operate;
- nelle *cisti mucinose* possono formarsi alterazioni maligne, i cosiddetti «cistoadenocarcinomi». Se si riesce ad asportare completamente le cisti, queste alterazioni non si ripresentano più. Le neoplasie cistiche mucinose colpiscono in prevalenza le donne. Spesso sono presenti diverse cisti isolate.

Inoltre, esistono diversi sottotipi di cisti riassunti complessivamente nella denominazione «neoplasie cistiche» («neoplasia» significa neoformazione). Sussiste un certo rischio che da queste neoplasie si sviluppi un carcinoma pancreatico.

Il pancreas però può ospitare anche cisti innocue, che non hanno niente a che vedere con un cancro. Un esempio è dato dalle cisti cicatriziali, che si formano dopo una pancreatite.

Neoplasia intraduttale papillare mucinosa (IPMN)

Questa malattia può insorgere nel dotto pancreatico principale o nei suoi rami secondari. Si tratta di un insieme di alterazioni che costituiscono uno stadio precursore del cancro. Se vengono scoperte bisogna valutare l'opportunità di asportarle, e in che momento.

Un'IPMN nel dotto pancreatico maggiore ha un rischio di degenerazione maligna molto superiore rispetto a un'IPMN localizzata in un dotto secondario. Il dotto principale può essere alterato in tutto il pancreas, per cui talvolta si consiglia l'asportazione chirurgica dell'intero organo prima che si manifesti un cancro. Non di rado, nel pancreas asportato si riscontrano piccoli nidi di cellule cancerose.

Tumori neuroendocrini del pancreas (NET)

In rari casi un tumore può svilupparsi a partire dalle cellule endocrine che producono ormoni (vedi p. 15) nel pancreas. Questi tumori vengono chiamati in base alle cellule colpite, ossia «insulinoma», «glucagonoma», o nel complesso «tumori neuroendocrini». Costituiscono circa il 5% dei tumori pancreatici e generalmente

sono meno pericolosi dei carcinomi esocrini.

L'insulinoma e il glucagonoma fanno parte dei cosiddetti «tumori neuroendocrini pancreatici funzionanti», vale a dire, che influiscono sui processi ormonali.

Il termine «neuroendocrino» significa che il tumore si sviluppa da cellule che condividono caratteristiche sia delle cellule nervose («neuro») sia di quelle ghiandolari («endocrino»).

Insulinoma

L'insulinoma è generalmente benigno e nasce dalle cellule delle isole di Langerhans (vedi p. 15), che si moltiplicano in modo incontrollato e producono pertanto una quantità eccessiva di insulina. La produzione di troppa insulina provoca i tipici segni di un'ipoglicemia, come stanchezza, debolezza, tremore o palpitazioni.

Glucagonoma

Occasionalmente anche le cellule che producono il glucagone per aumentare la glicemia possono sviluppare un tumore. L'effetto sul livello di zucchero nel sangue è in verità minimo, ma può manifestarsi una cosiddetta «sindrome da glucagonoma», con sintomi simili a quelli di un diabete

mellito (come perdita di peso ed emissione eccessiva di urina). Inoltre, nella maggior parte delle persone colpite compare un'eruzione cutanea che può essere molto intensa.

Tumori pancreatici non funzionanti

«Non funzionanti» significa che non producono ormoni. Per questo sono definiti anche «tumori neuroendocrini biologicamente inattivi». Solo tramite un'approfondita indagine diagnostica è possibile distinguerli da un carcinoma pancreatico esocrino.

Informazioni per i pazienti con un tumore neuroendocrino (NET)

Le cellule neuroendocrine sono distribuite in molte parti del corpo, quindi i tumori neuroendocrini non compaiono solo nel pancreas, ma anche in altri organi, soprattutto in tutti quelli del tratto gastrointestinale e nei polmoni.

Questi tumori hanno caratteristiche molto differenti dai carcinomi esocrini del pancreas. I pazienti colpiti necessitano di informazioni mirate per il loro tipo di malattia, che nel presente opuscolo non possono essere fornite in modo sufficientemente dettagliato. Nei capitoli «Opuscoli di altre organizzazioni» e «Internet» (vedi pp. 73 sgg.) trova recapiti utili per ottenere queste informazioni.

Registro SwissNET

I tumori neuroendocrini sono rari e le possibilità di trattamento molto varie. Pertanto per i medici non è facile acquisire dati a sufficienza su tutte le diverse forme di malattia. Per far fronte a questo problema nel 2005 è stato creato «SwissNET», un registro svizzero dei tumori neuroendocrini.

Il registro SwissNET mira a raccogliere i dati clinici possibilmente di tutte le persone colpite in Svizzera, con lo scopo di accumulare informazioni per conoscere meglio i tumori neuroendocrini e confrontare l'efficacia di diverse terapie al fine di perfezionarle. Quest'attività scientifica è coordinata a livello internazionale.

Può darsi che il Suo medico gliene parli e Le chieda il consenso a immettere i Suoi dati clinici nel registro. Per saperne di più, consulti il sito www.swissnet.net.

Possibili cause e rischi

Ogni anno in Svizzera si ammalano più di 1300 persone di cancro del pancreas. La malattia colpisce all'incirca in egual misura uomini e donne.

Sei pazienti su dieci hanno più di 70 anni. Solo circa il quattro per cento si ammala prima dei 50 anni.

Non si conoscono cause precise del carcinoma pancreatico: alcuni fattori e circostanze di vita possono aumentare il rischio di ammalarsi, ma non provocano necessariamente il cancro.

Possibili fattori di rischio

- Fumare.
- Obesità.
- Pancreatite cronica: un'infezione recidivante del pancreas che spesso non provoca sintomi. Può essere causata, tra l'altro, da calcoli biliari o da un eccessivo consumo di alcol. L'origine può anche essere genetica (pancreatite ereditaria).
- Diabete di tipo 2: il pancreas continua a produrre insulina, ma in misura insufficiente, o il corpo non è più in grado di utilizzarla efficientemente.
- Rischio di cancro ereditario (vedi sotto).
- Età avanzata.

Rischio di cancro ereditario

Se uno o più parenti di primo grado (genitori o fratelli/sorelle) hanno già avuto un cancro del pancreas e/o avevano meno di 50 anni al momento della diagnosi, il rischio di essere colpiti dal cancro del pancreas è più elevato rispetto alla popolazione generale.

Anche nelle famiglie con un rischio ereditario aumentato di cancro dell'intestino, del seno o dell'ovaia, oppure di melanoma cutaneo può comparire con maggior frequenza un cancro del pancreas.

Tuttavia i carcinomi pancreatici di origine familiare sono rari (dal 5 al 10% dei casi) e non è sempre possibile accertare se siano causati da geni condivisi o se alcune famiglie subiscano l'influsso dello stesso stile di vita.

Se effettivamente vi è un aumento del rischio ereditario, è imperativo evitare ulteriori fattori di rischio come il fumo.

Buono a sapersi

Per ulteriori informazioni sul rischio di cancro ereditario invitiamo a leggere l'opuscolo della Lega contro il cancro dedicato a questo tema (vedi p. 72).

Possibili disturbi e sintomi

Spesso il cancro del pancreas non provoca alcun disturbo per lunghi periodi. Quando alla fine compaiono sintomi, di frequente la malattia è già progredita a uno stadio in cui, in determinate circostanze, non sia più possibile operare il tumore.

I disturbi e sintomi variano a seconda della localizzazione del tumore. Inoltre dipendono da fattori come il possibile crollo della produzione di enzimi digestivi o di insulina o un'ostruzione del coledoco.

Diversi sintomi possono suggerire la presenza di un cancro del pancreas:

- comparsa improvvisa di un ittero: solitamente è un fenomeno indolore, caratterizzato dalla colorazione gialla di pelle e sclere degli occhi. Inoltre è accompagnato da feci chiare, urina scura e prurito cutaneo. Un ittero associato a dolore suggerisce piuttosto la presenza di calcoli biliari;
- comparsa di diabete mellito: in alcune persone colpite dal cancro il diabete può protrarsi per uno o due anni prima che si manifestino altri sintomi;
- dolori diffusi nella parte alta dell'addome, che si irradiano come una cintura fino alla

schiena (mal di schiena di origine non chiara);

- nausea e vomito;
- inappetenza, perdita di peso, diarrea;
- trombosi (occlusione di vene da parte di coaguli sanguigni);
- stanchezza, calo del rendimento, fiacchezza e sensazione di debolezza sono sintomi tipici della presenza di un tumore e sono frequenti nel cancro del pancreas.

Alcuni di questi disturbi possono essere causati da altre malattie meno gravi e non implicano assolutamente la presenza di un cancro. Tuttavia è opportuno che siano chiariti da un medico, in particolare quando se ne manifesta più di uno.

Diagnosi precoce del cancro del pancreas

Grazie a test di riconoscimento precoce, alcuni tipi di tumore possono essere diagnosticati prima che provochino sintomi evidenti, consentendo un trattamento precoce e spesso un miglioramento della prognosi.

Nel cancro del pancreas attualmente non disponiamo di test attendibili per la diagnosi precoce. Solo un'IPMN, che di solito è scoperta per caso (vedi p. 18), può essere curata prima che si sviluppi il cancro.



Esami e diagnosi

In presenza di disturbi e sintomi che possono segnalare un cancro del pancreas vengono eseguiti diversi esami. La scelta dei metodi diagnostici dipende dalla situazione iniziale del paziente e dai reperti riscontrati.

Di solito questi esami sono eseguiti da un gastroenterologo, ossia il medico specializzato nelle malattie dell'apparato digerente.

Primi accertamenti

Anamnesi ed esame obiettivo

Il medico pone alcune domande sui disturbi attuali, sulle malattie precedenti, sui possibili fattori di rischio e sui medicinali che sono assunti regolarmente. Questa raccolta sistematica di informazioni prende il nome di «anamnesi» (dal greco *anamnesis* = ricordo).

Dopo l'anamnesi, il medico passa alla palpazione del corpo, alla ricerca di eventuali alterazioni dei tessuti o ritenzioni di liquidi e per controllare se la cistifellea, il fegato o i linfonodi sono ingrossati.

Informarsi e chiedere consiglio

Si faccia spiegare lo svolgimento di tutti gli esami e non esiti a chiedere perché sono necessari, quali sono i loro effetti e qual è la diagnosi che possono confermare. Chieda anche

quali possono essere le conseguenze se rinunciaste a un determinato esame.

Gli esami sono valutati nei tempi più brevi possibili, tuttavia possono trascorrere diversi giorni prima di ottenere i risultati e comunicarle il responso.

Se l'attesa è snervante e desidera parlarne con qualcuno, può rivolgersi alla Linea cancro o alla Sua Lega cantonale o regionale contro il cancro (vedi pp. 69 sgg.).

Esami di laboratorio

L'analisi del sangue fornisce indicazioni sul Suo stato di salute generale e sulla funzione di vari organi, come il cuore, i reni e il fegato.

Tramite l'esame di sangue, urina e feci è possibile determinare se e come funziona la produzione degli enzimi digestivi e dell'insulina nel pancreas e se ci sono ostacoli nel flusso della bile.

Determinazione dei marcatori tumorali

Alcuni tumori rilasciano determinate sostanze nel sangue, i cosiddetti «marcatori tumorali». Queste sostanze sono diverse a seconda del tipo di cancro: quella caratteristicamente associata al carcinoma

pancreatico esocrino si chiama CA 19-9. Ma vengono determinati anche altri marcatori tumorali, come ad esempio CEA.

Con un esame del sangue è possibile individuare la presenza di un marcatore tumorale e vedere se i suoi valori sono aumentati. Talvolta si può anche determinare il tipo di tumore corrispondente. Tuttavia, la presenza o assenza di un marcatore non indica con sicurezza la presenza o assenza di un cancro.

Capita infatti che i valori nel sangue non aumentino anche se c'è un cancro, oppure, al contrario, che il livello di un marcatore tumorale sia più elevato a causa di altre malattie del pancreas, del fegato o delle vie biliari.

In ogni modo, i marcatori tumorali sono utili in seguito, nel controllo del decorso, perché forniscono informazioni sull'efficacia della terapia o sulla progressione della malattia. Per questo sono misurati già prima di iniziare la terapia.

Esami successivi per precisare la diagnosi

Gli esami descritti in questo capitolo servono per identificare i focolai tumorali, la loro estensione ed eventuali metastasi, e per prelevare

campioni di tessuto (biopsie). Grazie a queste informazioni è possibile determinare lo stadio della malattia e valutare se sia opportuno o meno un intervento chirurgico.

Ecografia

L'ecografia produce immagini del corpo umano sfruttando gli ultrasuoni. Una sonda ecografica viene guidata lentamente sopra la parte alta dell'addome e consente di visualizzare su uno schermo, per esempio, se i dotti biliari o il dotto pancreatico sono dilatati in seguito a una stasi, se il flusso del sangue nei vasi sanguigni è ostacolato o se nel fegato sono presenti metastasi.

Ecoendoscopia

L'ecoendoscopia (o «ecografia endoscopica») è una procedura allargata dell'ecografia, nella quale la sonda ecografica viene introdotta all'interno del corpo attraverso un tubo sottile (endoscopio). Quest'ecografia dall'interno consente di visualizzare strutture altrimenti non riconoscibili in una normale ecografia esterna, ad esempio tumori molto piccoli o linfonodi ingrossati che «si nascondono» dietro lo stomaco.

L'ecoendoscopia permette anche di prelevare campioni di tessuto con un ago sottile (agobiopsia), da esaminare successivamente al microscopio.

Tomografia computerizzata (TC)

La tomografia computerizzata è una tecnica che consiste nella registrazione di numerose immagini radiologiche prese da diverse direzioni, che poi vengono elaborate al computer per mostrare un'immagine in sezione della zona del corpo interessata. Grazie alla TC è possibile vedere le dimensioni, la posizione e l'estensione del tumore, oltre a riconoscere linfonodi ingrossati o un'eventuale invasione di altri organi.

Tomografia a risonanza magnetica (MRT)

La risonanza magnetica fornisce immagini in sezione come la tomografia computerizzata, solo che nella MRT (abbreviata spesso anche con MRI o RM) le immagini sono generate da campi magnetici e onde radio invece che tramite i raggi X.

La MRT è in grado di visualizzare bene, per esempio, la sottile rete di dotti nel pancreas e biliari e i vasi sanguigni della parte superiore dell'addome.

Endoscopia del pancreas e del coledoco

Durante un'endoscopia (dal greco *endon* = dentro e *skopein* = osservare) si introduce un tubo sottile dotato di una minicamera (endoscopio) attraverso la bocca e l'esofago fino allo stomaco e al duodeno. La tele-

camera mostra dall'interno gli organi ed eventuali alterazioni. Prima dell'esame Le sarà somministrato un sedativo per evitare stress e dolore durante la procedura.

Una versione allargata di questa tecnica è chiamata «ERCP» (colangiopancreatografia endoscopica retrograda), con la quale sono rappresentati in modo particolarmente dettagliato il dotto pancreatico e il coledoco. Quest'esame consente di individuare alterazioni senza la necessità di aprire chirurgicamente l'addome.

Oltre che per la diagnosi, l'ERCP può essere utilizzata anche in funzione terapeutica, per esempio se il tumore impedisce il deflusso della bile. Un'eventuale ostruzione può essere superata introducendo un piccolo tubicino (stent).

Diagnostica per immagini aggiuntiva

Talvolta, per chiarire la sintomatologia e pianificare nel modo migliore il trattamento vengono impiegate ulteriori tecniche di diagnostica per immagini.

PET e PET-TC

Le cellule cancerose hanno bisogno di molta energia per crescere rapidamente e di conseguenza hanno in genere un metabolismo più attivo

rispetto alle cellule sane. La tomografia computerizzata a emissione di positroni (PET) è un metodo diagnostico che consente di visualizzare l'attività metabolica delle cellule.

Per eseguire l'esame viene somministrato per via endovenosa un mezzo di contrasto a bassa radioattività, che si accumula soprattutto nelle cellule cancerose e le rende visibili.

La PET permette di individuare un singolo tumore sulla base del metabolismo degli zuccheri più elevato. La PET-TC è un apparecchio altamente sofisticato che unisce la PET a una tomografia computerizzata (TC) e consente così di esplorare visivamente tutto il corpo alla ricerca di focolai tumorali e metastasi.

L'obiettivo principale di una PET-TC nel caso di un cancro del pancreas è scoprire o escludere metastasi in organi distanti (come il fegato o i polmoni).

Stadi della malattia

I risultati degli esami consentono di valutare l'estensione del cancro e determinare lo stadio della malattia. Questo processo si chiama «stadiazione» (in inglese *staging*).

Nella maggior parte dei tumori, la stadiazione è importante per scegliere la terapia più appropriata nel caso specifico. La prima domanda da porsi nel cancro del pancreas è se il tumore possa essere operato o no.

La stadiazione definitiva solitamente è possibile solo dopo l'operazione, quando il tessuto prelevato è analizzato in laboratorio. Questo vale soprattutto per il cancro pancreatico più frequente, ossia l'adenocarcinoma duttale (vedi p. 16).

Per definire gli stadi di un cancro del pancreas si ricorre alla classificazione internazionale uniforme TNM dell'*Union internationale contre le cancer* (UICC), con cui si valuta l'estensione del tumore (T), l'interessamento di linfonodi (N) e la presenza di metastasi (M) in altri organi.

La classificazione TNM postoperatoria viene fatta dopo aver esaminato il tessuto in laboratorio. La lettera «p» minuscola nel referto indica che il risultato è confermato dai patologi.

Classificazione TNM (UICC, 2017)

T La lettera T sta per «tumore». L'estensione del tumore viene espressa da numeri che vanno da 0 a 4. Più alto è il numero, più il tumore si è esteso o più il suo stadio è avanzato.

Tis Tumore in *situ*, ossia circoscritto alla superficie.

T1 Il diametro massimo del tumore non supera 2 cm.

T2 Il diametro massimo del tumore è superiore a 2 cm, ma inferiore a 4 cm.

T3 Il diametro massimo del tumore supera 4 cm.

T4 Il tumore ha infiltrato grandi vasi sanguigni, per esempio le arterie che si diramano dall'aorta.

N La lettera N sta per «linfonodi» (dal latino *nodus*). Il numero dopo la N indica se e quanti linfonodi vicini (regionali) sono infiltrati dal tumore.

N0 Il tumore è assente nei linfonodi regionali.

N1 Da 1 a 3 linfonodi regionali sono colpiti dal tumore.

N2 4 o più linfonodi regionali sono colpiti dal tumore.

M La lettera M sta per «metastasi» in altri organi. Sono definite anche «metastasi a distanza».

M0 Non sono state riscontrate metastasi a distanza.

M1 Sono presenti metastasi in linfonodi distanti e/o in altri organi.

In tal caso si scrive, ad esempio, pT3 oppure pN1.

Lo stadio pN0 significa che sono stati asportati chirurgicamente almeno 12 linfonodi regionali e in nessuno di questi è stato rinvenuto il tumore.

Stadiazione

Sulla base della classificazione TNM, il cancro del pancreas viene suddiviso in quattro stadi:

		T (estensione del tumore)	N (interessamento di linfonodi)	M (meta-stasi)
Stadio 0	0	Tis	N0	M0
Stadio I (stadio precoce)	IA IB	T1 T2	N0 N0	M0 M0
Stadio II (stadio precoce)	IIA IIB	T3 T1, T2 o T3	N0 N1	M0 M0
Stadio III (localmente avanzato)	III	T1, T2 o T3 T4	N2 N0, N1 o N2	M0 M0
Stadio IV (metastatico)	IV	T1, T2, T3 o T4	N0, N1 o N2	M1

**Grading (grado istologico):
valutazione dell'aggressività
del tumore**

Per scegliere la terapia migliore, oltre alla classificazione TNM di solito si valutano anche le caratteristiche del tessuto tumorale. Nei campioni di tessuto si analizza quanto si differenziano le cellule cancerose da quelle sane da cui ha preso origine il tumore.

Questo consente di stimare se la crescita del cancro sia presumibilmente aggressiva o lenta. Più le cellule cancerose sono diverse da quelle sane, più il tumore è «maligno» e cresce rapidamente. Gli specialisti parlano di «grado istologico» o grading (anche «grado di differenziazione» o «grado di aggressività»), indicando con la lettera «G» e un numero da 1 a 3.

- G1** Le cellule cancerose sono ancora abbastanza simili a quelle sane.
- G2** Le cellule cancerose sono distinguibili più chiaramente da quelle sane.
- G3** Le cellule cancerose non assomigliano più a quelle sane e pertanto crescono più aggressivamente rispetto a G1 o G2.

G1 e G2 sono considerati carcinomi di basso grado. G3 è definito «carcinoma di grado elevato». I carcinomi di grado elevato sono più aggressivi e tendono a invadere linfonodi e formare metastasi in altri organi. Importante: anche un tumore di piccole dimensioni può avere un grado di differenziazione elevato.

Se non viene eseguita una biopsia, il tessuto tumorale può essere esaminato al microscopio e differenziato solo durante o dopo un'eventuale operazione.

Possibili trattamenti del cancro del pancreas

I principali metodi per trattare il cancro del pancreas sono l'intervento chirurgico e la chemioterapia.

Nelle prossime pagine scoprirà nel dettaglio le diverse opzioni terapeutiche. Nel caso specifico non vengono impiegati tutti i metodi disponibili: a partire da pagina 42 sarà spiegato quale terapia viene presa in considerazione a seconda dello stadio della malattia.

L'unica possibilità di guarigione definitiva dal cancro del pancreas è l'asportazione chirurgica di tutto il tumore.

Se non è possibile rimuoverlo completamente o ha già formato metastasi in altri organi, in genere nessun trattamento è in grado di garantire una guarigione permanente. Tuttavia, la progressione della malattia può essere rallentata con la somministrazione di medicinali.

Intervento chirurgico

La terapia primaria del cancro del pancreas è la rimozione chirurgica del tumore.

Spesso i vari esami diagnostici consentono di valutare se il tumore possa essere asportato e se abbia senso un'operazione. Talvolta però l'estensione del tumore è visibile soltanto durante l'intervento.

L'operazione è riservata a chirurghi specializzati esperti, poiché si tratta di uno degli interventi più grandi e difficili di chirurgia addominale. Di conseguenza, i pazienti devono rimanere uno o due giorni nel reparto di cure intensive dopo l'operazione.

Varie tecniche operatorie

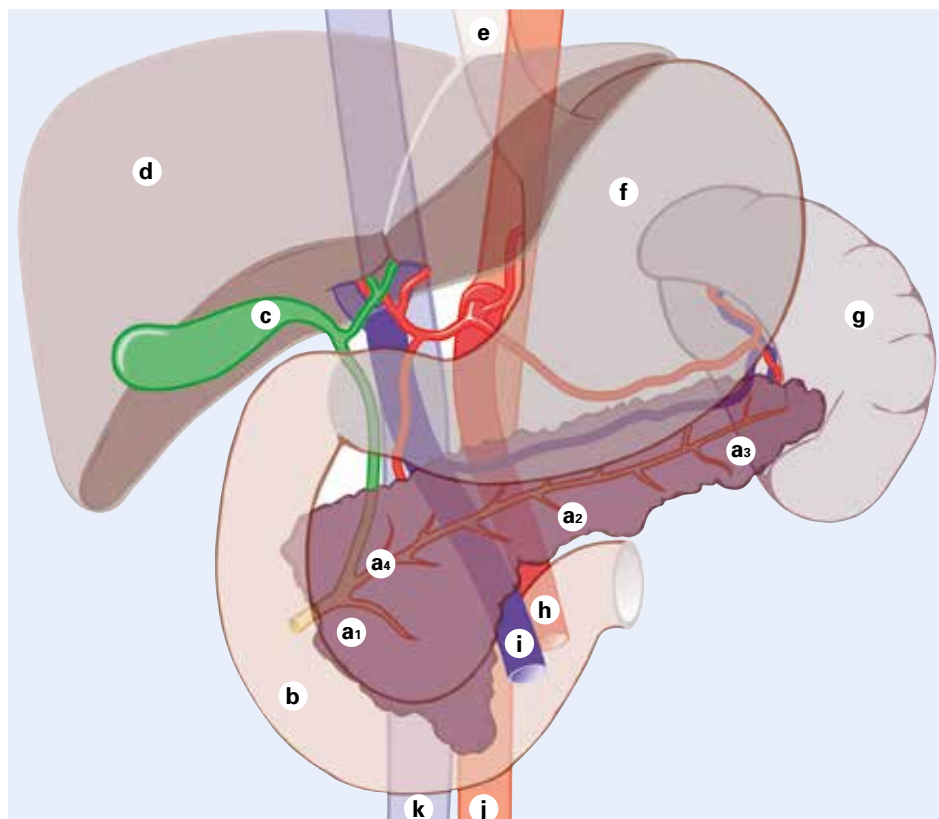
A seconda della localizzazione e dell'estensione del tumore si applicano differenti tecniche chirurgiche, che prevedono l'asportazione parziale o totale del pancreas.

Buono a sapersi

Nel sito web della Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) trova un elenco degli ospedali in Svizzera che soddisfano i requisiti per l'esecuzione di tali interventi chirurgici: www.gdk-cds.ch

I contenuti del sito sono al momento solo in francese e tedesco.

Campo operatorio del pancreas



- | | |
|--|--|
| a Pancreas | d Fegato |
| 1 Testa del pancreas | e Esofago |
| 2 Corpo del pancreas | f Stomaco |
| 3 Coda del pancreas | g Milza |
| 4 Dotto pancreatico con rami secondari | h Arteria mesenterica superiore |
| b Duodeno/intestino tenue | i Vena porta |
| c Cistifellea e coledoco | j Aorta |
| | k Vena cava |

Lo scopo dell'intervento è rimuovere nel modo più completo possibile il tessuto colpito dal cancro, per cui si mira a lasciare un cosiddetto «margine di sicurezza» (vedi anche il riquadro «Resezione» a p. 33). Il tessuto prelevato viene successivamente esaminato al microscopio.

Nell'intervento si cerca anche di asportare il maggior numero possibile di linfonodi nelle vicinanze (regionali): questa procedura si chiama «linfadenectomia». Anche i linfonodi asportati sono esaminati al microscopio per escludere la presenza di cellule cancerose.

Carcinomi della testa del pancreas

Nella maggior parte dei casi, un carcinoma della testa del pancreas è un adenocarcinoma duttale (vedi p. 16). Dal momento che la testa del pancreas è unita al duodeno e al coledoco, l'operazione necessaria è complessa: dura diverse ore ed è chiamata «procedura di Whipple».

La procedura di Whipple

Prende il nome dal primo chirurgo che l'ha eseguito, l'americano A.O. Whipple. Consiste nella resezione della testa del pancreas, unita all'asportazione del duodeno, della cistifellea, della porzione di coledoco che scorre nel pancreas e, a seconda della situazione, anche di parte dello stomaco. Le strutture e i tessuti sono

separati e recisi con molta attenzione.

L'operazione interrompe il tubo digerente, che viene ripristinato nel seguente modo:

- la parte rimanente del pancreas, con il dotto pancreatico, viene collegata a un'ansa dell'intestino tenue che viene appositamente sollevata (pancreatico-digiunostomia);
- anche il resto di coledoco proveniente dal fegato viene drenato nell'intestino tenue (anastomosi bilio-digestiva);
- un'altra ansa dell'intestino tenue è infine collegata allo sbocco dello stomaco (gastroenterostomia).

Carcinomi del corpo e della coda del pancreas

Pancreatectomia sinistra

In quest'operazione, chiamata anche «pancreatectomia distale», i chirurghi, a seconda della localizzazione e dell'estensione del tumore, asportano la coda del pancreas, eventualmente insieme a parti del corpo del pancreas, e spesso anche la milza.

Le porzioni restanti di testa e dotto pancreatico sono in seguito cucite «a fondo cieco» (senza essere collegati ad altre strutture) o, più raramente, unite a un'ansa dell'intestino tenue.

Resezione

L'intervento chirurgico mira a rimuovere completamente il tumore. Per questo si asporta il tumore insieme a circa un millimetro di tessuto sano circostante, ossia quello che si definisce un «margine di sicurezza».

Se si riesce a togliere tutto il tumore, si parla di «resezione R0». La lettera R sta per «tumore residuo».

- R0** Il tumore è stato asportato con un margine di sicurezza di tessuto sano e non si rileva tessuto tumorale residuo.
- R1** Nel margine di resezione sono presenti cellule cancerose visibili al microscopio.
- R2** Già a occhio nudo è visibile tessuto tumorale residuo. Per preservare la funzione del pancreas e di altri organi e vasi sanguigni, non sempre è possibile asportare tutto il tessuto tumorale, altrimenti la qualità della vita sarebbe eccessivamente compromessa.

Talvolta viene fatto un esame istologico intraoperatorio, ossia immediatamente prima della resezione viene prelevato tessuto per essere esaminato al microscopio. Se in quest'esame estemporaneo si riscontrano cellule cancerose, la resezione viene allargata per raggiungere l'obiettivo R0.

Anche dopo una resezione R0, non scompare il rischio che siano ancora presenti cellule tumorali non rilevabili che continuano a moltiplicarsi, sviluppando con il tempo una recidiva (ricomparsa del tumore) e/o delle metastasi. Per ridurre questo rischio, spesso dopo l'intervento chirurgico si esegue una chemioterapia (vedi p. 35) e talvolta anche una radioterapia (vedi p. 38).

Resezione della coda del pancreas

Se il tumore è circoscritto alla coda del pancreas, in alcune circostanze è sufficiente asportare solo la parte

colpita. Nei tumori benigni può essere presa in considerazione una cosiddetta «resezione laparoscopica» (vedi p. 34).

Pancreatectomia totale

In quest'intervento viene asportato tutto il pancreas con o senza milza. La pancreatectomia totale può essere indicata, ad esempio, in caso di IPMN (vedi p. 18) se nel resto dell'organo sono presenti alterazioni patologiche che possono diventare maligne.

Resezione segmentaria del pancreas

In presenza di un tumore benigno nel corpo del pancreas, i chirurghi rimuovono solo il segmento colpito. In genere la testa del pancreas, il duodeno, la coda del pancreas e la milza sono risparmiati.

L'intervento è comunque complesso, perché le parti di pancreas rimaste in sede devono essere collegate all'intestino.

Operazioni palliative

Alcuni interventi chirurgici sono eseguiti soprattutto con lo scopo di facilitare l'assunzione e la digestione

degli alimenti e di alleviare i disturbi del paziente. Sono essenziali per migliorare la qualità di vita.

Operazione di aggiramento

Se in uno stadio avanzato della malattia non è più possibile asportare la testa del pancreas, si può eseguire un intervento di bypass per collegare il coledoco e lo stomaco a due anse intestinali separate.

Tecniche chirurgiche mininvasive

Alcuni disturbi possono essere trattati anche nell'ambito di un intervento mininvasivo (laparoscopico o endoscopico, vedi riquadro). Per esempio con questa tecnica è possibile ristabilire il passaggio di alimenti e liquidi dallo stomaco al duodeno.

Se è ostruito il deflusso della bile (colestasi), si può introdurre un tubicino di metallo o plastica (stent), che riapre il condotto di scorrimento della bile prevenendo il cosiddetto «ittero da stasi».

Laparoscopia

Oggi nella maggior parte dei centri specializzati vengono eseguiti sempre più interventi laparoscopici. In questa tecnica gli strumenti operatori sono introdotti nel corpo insieme a una videocamera attraverso piccole incisioni dell'addome, come se si operasse «dal buco della serratura».

Possibili complicazioni

A causa della posizione del pancreas in mezzo all'addome e alla sua prossimità ad altri organi e vasi importanti, gli interventi su quest'organo rappresentano sempre sfide complesse, che comportano il rischio di complicazioni potenzialmente letali.

Le complicazioni più frequenti sono la formazione di fistole, le emorragie, il ferimento di organi vicini e gravi infezioni.

Formazione di fistole

Una fistola è una falla nella sutura che unisce due organi collegati nel corso dell'operazione. La fuoriuscita di secrezioni pancreatiche nella cavità addominale può provocare gravi infiammazioni ed emorragie.

Per riconoscere tempestivamente la presenza di una falla, durante l'operazione viene collocato un drenaggio che convoglia all'esterno le secrezioni fuoriuscite. Ciò nonostante talvolta è necessario operare una

seconda volta o persino rimuovere la parte residua di pancreas.

Possibili conseguenze dell'operazione

L'operazione di un cancro del pancreas può causare problemi legati all'alimentazione e alla digestione. Questo tema è affrontato nel dettaglio a pagina 55.

Chemioterapia

Con questo termine si indica un trattamento che fa uso di farmaci che distruggono le cellule tumorali o ne inibiscono la crescita, i cosiddetti «citostatici» (dal greco *zytos* = cellula, *statikos* = che ferma).

Meccanismo d'azione

Diversamente dalla radioterapia, che viene indirizzata sul tumore e agisce localmente, i citostatici si diffondono in tutto il corpo attraverso i vasi sanguigni. Per questo motivo si parla di «effetto sistemico».

Buono a sapersi

Per saperne di più sulle operazioni in caso di cancro, per esempio sull'anestesia o su come affrontare la paura dell'intervento, La invitiamo a leggere l'opuscolo «La chirurgia dei tumori» (vedi p. 72).

I citostatici impediscono la divisione e la conseguente moltiplicazione delle cellule tumorali, che crescono rapidamente. Grazie a questo meccanismo i residui di tumore ancora presenti nel corpo vengono ridotti o eliminati, la progressione della malattia è rallentata e viene limitato lo sviluppo di metastasi.

Purtroppo la chemioterapia danneggia anche le cellule sane che crescono rapidamente, come quelle del sistema di produzione del sangue (midollo osseo), della radice di peli e capelli (follicoli piliferi), delle mucose che si rinnovano continuamente (bocca, stomaco, intestino), oltre agli spermatozoi e agli ovociti.

Questi danni involontari alle cellule sane sono la causa principale degli effetti collaterali di una chemioterapia.

Tuttavia, mentre le cellule tumorali muoiono, quelle sane in genere si riprendono, tanto che al termine della chemioterapia quasi tutti gli effetti collaterali regrediscono.

Procedura

A seconda del tumore e delle caratteristiche delle cellule cancerose vengono impiegati differenti citostatici. Talvolta questi farmaci sono combinati anche con altre sostanze.

Una chemioterapia può avere diversi obiettivi ed essere somministrata:

- *prima* dell'operazione, per rimpicciolire il tumore (chemioterapia neoadiuvante, vedi anche p. 43);
- *dopo* l'operazione, per ritardare la comparsa di recidive o prevenire la formazione di metastasi (chemioterapia adiuvante, vedi anche p. 44);

Stato dentale e cassa malati

Le terapie medicamentose dei tumori possono causare danni ai denti. Le casse malati coprono i costi dei trattamenti di queste lesioni solo se sulla base di uno stato dentale è possibile dimostrare che non c'erano prima del trattamento anticancro.

Pertanto, prima di iniziare la terapia anticancro è consigliabile che si faccia controllare denti e gengive dal dentista, che Le rilascerà uno stato dentale scritto. Quest'occasione serve al dentista anche per determinare se vi siano focolai infiammatori o infettivi che devono essere trattati prima di sottoporsi alla terapia.

- *indipendentemente* da un'operazione, per trattare un cancro inoperabile e alleviare i disturbi (chemioterapia palliativa, vedi anche p. 44).

Solitamente i citostatici vengono somministrati per infusione: il trattamento avviene di norma in regime ambulatoriale, vale a dire che non è necessario un ricovero in ospedale. Una chemioterapia adiuvante inizia da uno a due mesi dopo l'operazione. È suddivisa in cicli (da quattro a sei), tra i quali viene osservata una pausa per consentire alle cellule sane di rigenerarsi.

Effetti indesiderati frequenti

Il danneggiamento involontario delle cellule sane è la causa principale degli effetti indesiderati di una chemioterapia.

Alcuni degli effetti collaterali più frequenti sono:

- fatica cronica (la cosiddetta «fatigue»);
- inappetenza;
- alterazioni della composizione del sangue, con un aumento del rischio di infezioni e/o di emorragie;

- disturbi simili a quelli di un'influenza (come dolore agli arti o spossatezza);
- infiammazioni delle mucose;
- diarrea, nausea e vomito;
- caduta dei capelli;
- eruzione cutanea;
- sindrome mano-piede (arrossamento o rigonfiamento doloroso dei palmi delle mani e delle piante dei piedi, accompagnato da intorpidimento, formicolio);
- formicolio nelle dita di mani e piedi (parestesie);
- gambe gonfie.

Raramente possono comparire anche:

- reazioni allergiche;
- problemi polmonari (fibrosi).

La maggior parte di queste reazioni è di natura transitoria e può essere alleviata con i farmaci appropriati. La Sua équipe curante saprà informarla e consigliarla in merito. Legga anche le indicazioni a pagina 52 su come gestire gli effetti indesiderati. Nella prossima pagina troverà informazioni sulle misure e i farmaci di accompagnamento in caso di effetti indesiderati.

Buono a sapersi

Talvolta una chemioterapia è associata a una radioterapia (vedi p. 41). La combinazione di questi due approcci è chiamata «radiochemioterapia».

Quali di questi effetti potranno manifestarsi e la loro intensità dipenderanno dal tipo di medicinali impiegati e dalla loro combinazione. Anche il dosaggio e la sensibilità individuale sono fattori importanti.

Ulteriori possibilità di trattamento

Per i tumori neuroendocrini (NET, vedi pp. 18 sg.) sono disponibili ulteriori opzioni terapeutiche, non discusse in questo opuscolo. La Sua équipe curante saprà informarla in merito.

Radioterapia

La radioterapia danneggia le cellule tumorali a tal punto che non possono più moltiplicarsi e muoiono.

In un carcinoma pancreatico esocrino la radioterapia è impiegata in prevalenza per le metastasi ossee, ma può essere erogata anche nella regione del pancreas se il tumore è inoperabile, allo scopo di ridurre il dolore.

La forma classica di radioterapia è usata raramente nei tumori neuroendocrini (NET, vedi anche pp. 18 sg.): in questi casi si ricorre, se necessario, alla cosiddetta «terapia con radiopeptidi», non discussa nel presente opuscolo.

Procedura

I raggi sono solitamente indirizzati dall'esterno attraverso la pelle sul tumore (radioterapia transcutanea) e sui linfonodi adiacenti o su una metastasi. Il campo di irradiazione viene determinato precisamente con l'ausilio della tomografia computerizzata (TC) e si calcola la dose di radiazioni che deve essere erogata in ogni punto, in modo da risparmiare il più possibile gli organi e tessuti circostanti, come per esempio l'intestino.

I radio-oncologi eseguiranno un calcolo preliminare della quantità totale necessaria di radiazioni, che non riceverà in una volta sola ma sarà distribuita su numerose sedute nell'arco di alcune settimane. Di norma le sedute hanno luogo dal lunedì al venerdì e durano solo pochi minuti ciascuna.

Per saperne di più ...

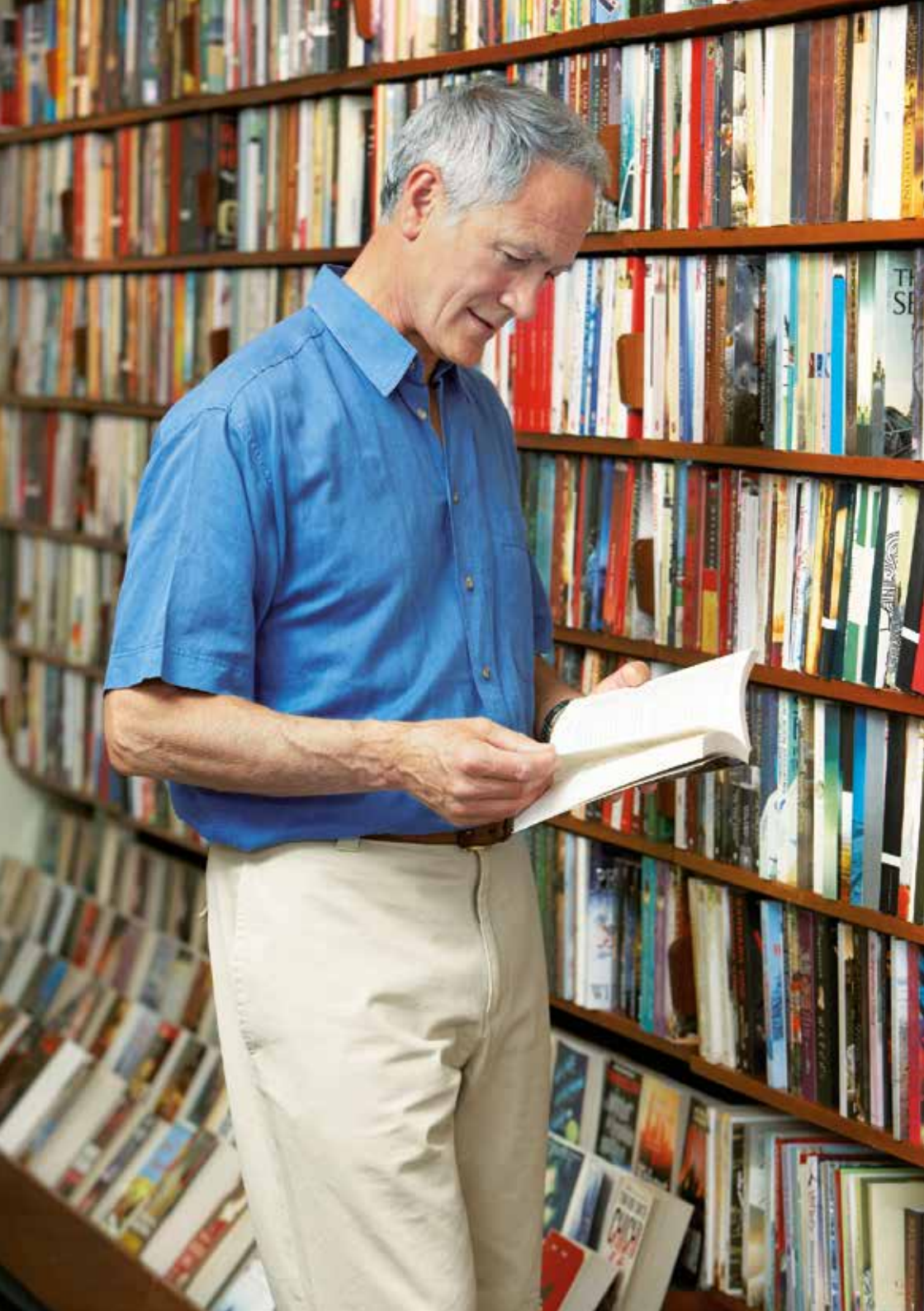
... sulle terapie medicamentose dei tumori, legga l'opuscolo della Lega contro il cancro dedicato a questo tema (vedi p. 72).

Misure e farmaci di accompagnamento

Per combattere i sintomi e gli effetti collaterali legati alla malattia o alle terapie, come nausea, vomito, diarrea, stitichezza, febbre, infezioni, affanno respiratorio, dolori e riduzione delle cellule del sangue, il medico può prescrivere – anche a scopo preventivo – diversi farmaci o terapie:

- antiemetici contro la nausea e il vomito;
- antidiarroici contro la diarrea o lassativi contro la stitichezza;
- antipiretici contro la febbre (in parte identici agli analgesici);
- antibiotici contro le infezioni batteriche;
- antimicotici contro le infezioni da funghi;
- analgesici contro il dolore;
- misure contro le infiammazioni della mucosa orale o della gola (per es. sciacqui, igiene orale);
- trasfusioni di sangue o medicinali contro l'anemia e trasfusione di piastrine in caso di rischio di emorragia;
- misure igieniche e farmacologiche di sostegno al sistema immunitario in caso di forte diminuzione dei globuli bianchi (leucopenia, neutropenia);
- bifosfonati contro l'osteoporosi;
- preparati a base di cortisone, impiegati tra l'altro per prevenire le reazioni allergiche e contro la nausea.

L'assunzione scrupolosa dei medicinali prescritti è essenziale per l'efficacia della terapia. Legga anche il capitolo «Gestione degli effetti indesiderati» a pagina 52.



La radioterapia è un trattamento ambulatoriale; dopo ogni seduta potrà tornare a casa.

Possibili conseguenze del trattamento

Le radiazioni possono agire anche sulle cellule sane e causare disturbi temporanei, come:

- secchezza o arrossamento della pelle irradiata;
- infiammazioni della mucosa intestinale e conseguenti disturbi come meteorismo o diarrea;
- nausea (a seconda della parte del corpo irradiata);
- stanchezza.

Grazie ai progressi della tecnologia, oggi gli effetti collaterali sono più rari e meno gravi rispetto al passato. Tuttavia, non sono scomparsi del tutto e dipendono dalla dose totale di radiazioni e dalla regione del corpo irradiata.

Comunichi eventuali disturbi alla Sua équipe curante: la maggior parte di queste reazioni è prevenibile e trattabile con le appropriate misure.

Radiochemioterapia

Talvolta può essere indicata una radiochemioterapia, ossia la combinazione di una radioterapia e di una chemioterapia.

Tenga presente che gli effetti indesiderati di una radiochemioterapia sono più intensi che con la sola radioterapia o chemioterapia, pertanto prima di sottoporvisi, oltre a discutere sulle aspettative da una tale terapia, tematizzi anche l'impatto sulla qualità della vita.

Per saperne di più ...

... sulla radioterapia, su come agisce e cosa si può fare contro gli effetti collaterali, legga l'opuscolo «La radioterapia» della Lega contro il cancro (vedi p. 72).

Quale terapia in quale stadio della malattia

La scelta della terapia per il cancro del pancreas dipende in particolare dallo stadio del tumore (vedi «Stadi della malattia», pp. 26 sgg.) e dallo stato di salute generale della persona colpita:

- dov'è localizzato il tumore nel pancreas?
- Il tumore ha infiltrato importanti vasi sanguigni?
- Quanto è grande il tumore?
- Il tumore è circoscritto al pancreas?
- Il tumore può essere asportato chirurgicamente?
- Sono colpiti linfonodi?
- Si sono formate metastasi in altri organi?

Inoltre, nella pianificazione della terapia vengono tenute in considerazione l'età e l'idea personale di qualità della vita.

Pianificazione del trattamento

Occorre tempo per ricevere gli esiti di tutti gli esami: dovrà avere molta pazienza. Ma quanti più risultati sono disponibili, tanto più si riuscirà a personalizzare la terapia.

Le singole fasi del trattamento sono pianificate e sorvegliate a livello interdisciplinare, ossia, specialisti di diverse discipline si riuniscono in cosiddetti «tumor board» per valutare insieme la situazione, in modo da poterle consigliare il trattamento più adatto alle Sue esigenze.

Un *tumor board* per il cancro del pancreas coinvolge soprattutto specialisti dei seguenti campi:

- oncologia: terapie medicamentose dei tumori, coordinamento dei trattamenti, assistenza dopo il trattamento;
- chirurgia viscerale: asportazione chirurgica degli organi addominali colpiti e loro ricostituzione;
- endocrinologia/diabetologia: miglioramento della qualità della vita e aiuto a regolare il metabolismo (soprattutto riguardo all'insulina);
- nutrizione clinica: miglioramento della situazione nutrizionale, in particolare in caso di insufficiente assorbimento di macro- e micronutrienti (grassi, proteine, vitamine, sali minerali);
- gastroenterologia: malattie dell'apparato digerente;
- patologia: analisi dei tessuti;

- psico-oncologia: miglioramento della qualità della vita e aiuto a elaborare il vissuto della malattia sotto forma di consulenza psicologica o di terapia fornite da professionisti specializzati nell'assistenza a pazienti malati di cancro;
- radiologia e medicina nucleare: metodi di visualizzazione per scopi diagnostici e terapeutici;
- radio-oncologia: radioterapia;
- medicina palliativa: approccio globale di trattamento in caso di malattia in stadio avanzato, con speranza di vita limitata.

Trattamenti possibili

Come illustrato in precedenza, i principali metodi per trattare il cancro del pancreas sono l'intervento chirurgico e la chemioterapia.

Le due modalità sono applicate da sole o combinate; in quest'ultimo caso, possono essere impiegate contemporaneamente o una dopo l'altra. L'obiettivo primario è riuscire a rimuovere completamente il tumore, o il più completamente possibile.

Intenti terapeutici

L'intento terapeutico varia a seconda del tipo di tumore e dello stadio della malattia.

Intento curativo

Significa che la terapia ha come obiettivo la guarigione. Nel cancro del pancreas, la terapia con intento curativo viene perseguita di regola se il tumore può essere asportato completamente in un'operazione e non sono presenti metastasi visibili. Purtroppo nella maggior parte dei casi di carcinoma pancreatico escrino questo non è più possibile poiché la malattia si manifesta solo in uno stadio avanzato.

Ma anche l'asportazione chirurgica completa del tessuto interessato dal tumore (resezione R0, vedi p. 33) non implica automaticamente la scomparsa a lungo termine del cancro o la guarigione del paziente.

In particolare la forma più frequente, ossia l'adenocarcinoma duttale, spesso si rivela incurabile: anche dopo una resezione completa può ripresentarsi una recidiva.

Terapia neoadiuvante

(dal greco *neos* = nuovo e dal latino *adiuvare* = aiutare)

Si tratta di terapie (come una chemioterapia) eseguite prima dell'operazione allo scopo di rimpicciolire il tumore per facilitarne l'asportazione completa o perlomeno per renderlo operabile.

Nel cancro del pancreas si impiegano terapie neoadiuvanti soprattutto nell'ambito di studi clinici.

Terapia adiuvante

(dal latino *adiuvare* = aiutare)

Sono chiamate «adiuvanti» le terapie (per es. una chemioterapia o una radioterapia) somministrate dopo l'operazione volte a distruggere le eventuali cellule cancerose rimaste, tra cui anche le metastasi visibili solo al microscopio (micrometastasi), al fine di ridurre il rischio di una ricomparsa del tumore (recidiva) e rallentare la progressione della malattia.

Intento palliativo

(dal latino *palliare* = coprire, avvolgere)

Quando la guarigione è improbabile, spesso è comunque possibile ritardare fino a un certo punto la progressione della malattia.

L'obiettivo primario delle cure palliative è la qualità della vita: tramite misure mediche, infermieristiche, psicologiche e spirituali vengono alleviati sintomi e disturbi come il dolore, la paura o la stanchezza.

Se si trova in una situazione del genere, stabilisca eventualmente con l'aiuto di uno psico-oncologo che

cosa significa per Lei «qualità di vita». Una volta fatto il punto, ne parli con la Sua équipe curante, in modo da adottare le misure più appropriate alle Sue esigenze.

Obiettivi terapeutici

Prima di avviare la terapia, chieda al Suo medico quali obiettivi si intendono perseguire con il trattamento proposto: si tratta di una terapia curativa o palliativa?

Gli obiettivi terapeutici vengono riesaminati ripetutamente durante il trattamento, adeguandoli al decorso della malattia, ai successi terapeutici raggiunti e alla situazione personale. Ogni cambiamento viene preliminarmente discusso con il paziente.

Chieda consiglio e assistenza

Si prenda tutto il tempo necessario per discutere della terapia e per porre le Sue domande.

È consigliabile che si faccia accompagnare ai colloqui con il medico da un familiare o da una persona di fiducia.

A casa, in tutta tranquillità, annoti tutte le domande che Le vengono in mente, in modo da non dimenticarle durante il colloquio.

Può anche consultare il Suo medico di famiglia o richiedere un secondo parere a un altro specialista. I medici sanno che è un Suo diritto e nessuno la percepirà come una mancanza di fiducia.

Magari sentirà l'esigenza di parlare con qualcuno dei problemi di natura psicologica o sociale causati dalla malattia. In questo caso quello che fa per Lei è una consulenza psico-oncologica, durante la quale vengono affrontati gli aspetti legati alla malattia che vanno oltre quelli puramente medici, ad esempio le paure o i problemi sociali (come le difficoltà finanziarie, la perdita del posto di lavoro) o il sovraccarico (vedi anche p. 69).

La decisione spetta a Lei

Le consigliamo di discutere delle terapie proposte con i rispettivi specialisti. In alcuni ospedali e centri di cura le varie fasi della terapia sono coordinate da un esperto.

In qualsiasi momento può porre domande, mettere in discussione una decisione presa in passato o prendersi del tempo per riflettere. L'importante è che dia il Suo consenso a una determinata misura soltanto dopo aver ricevuto informazioni

dettagliate sulla procedura, sulle possibili conseguenze e sugli effetti indesiderati e quando è sicuro di aver compreso tutto.

Lei ha il diritto di rifiutare un trattamento. Si faccia spiegare che decorso potrà prendere la malattia nel caso decidesse di rinunciare a questa terapia.

Può anche lasciare la scelta della terapia interamente nelle mani dei Suoi medici curanti. Dovrà comunque sempre dare il Suo consenso per ogni intervento chirurgico o terapia.

Non abbia timore di porre domande

- Che cosa posso attendermi dalla terapia proposta? Mi allungherà la vita? Migliorerà la qualità della mia vita?
- Quali sono i vantaggi e gli svantaggi della terapia? Quali trattamenti potrebbero essere necessari dopo l'intervento? Esistono alternative?
- Quali effetti indesiderati devo aspettarmi? Sono temporanei o permanenti? Si può fare qualcosa per contrastarli?
- Che impatto avrà il trattamento sulla mia alimentazione? Dove posso richiedere un sostegno se dovrò modificare l'alimentazione?
- Dovrò iniettarmi l'insulina dopo l'operazione? Dove posso ricevere una consulenza diabetologica prima dell'intervento per prepararmi a questa situazione?
- Dopo l'operazione dovrò assumere enzimi ai pasti? Dove posso ottenere un'assistenza specialistica durante la fase di adattamento?
- Quali complicazioni possono insorgere durante l'operazione?
- Quali altri disturbi devo temere se il tumore ha colpito anche altri organi o se saranno danneggiati durante l'intervento?
- Che cosa significa per me l'eventualità che il tumore non possa essere asportato completamente durante l'operazione?
- Quanto spesso vengono trattati i tumori del pancreas in questo ospedale? Quante volte i chirurghi curanti hanno già operato carcinomi del pancreas? Questa domanda è importante perché l'esperienza dell'équipe curante può incidere sul decorso della malattia e sulla qualità di vita.
- I costi del trattamento sono coperti dalla cassa malati?
- Se rinuncio a determinati trattamenti, quali potrebbero essere le conseguenze sul tempo che mi resta da vivere e sulla qualità di vita?

La terapia negli stadi precoci o localmente avanzati

Operazione

Negli stadi I e II e talvolta anche nello stadio III (per maggiori informazioni sugli stadi della malattia vedi pp. 26 sgg.), la terapia di prima linea è l'asportazione chirurgica del tumore e dei linfonodi regionali.

La decisione in favore o contro l'operazione dipende essenzialmente dall'interessamento dei vasi sanguigni principali adiacenti al pancreas. Se il tumore li ha già invasi, bisogna rinunciare all'operazione.

Inoltre, si tratta di un grande intervento nell'addome, che dura molte ore. Perciò – indipendentemente dallo stadio della malattia – anche lo

stato generale del paziente è un fattore molto importante da tenere in considerazione.

Malattie preesistenti possono porre un freno, in particolare se colpiscono il cuore, gli organi della respirazione o il fegato.

Anche se una grande operazione di rimozione del tumore non è praticabile o il paziente la rifiuta, sono comunque possibili piccoli interventi chirurgici per migliorare la qualità della vita (vedi riquadro «Tumori inoperabili»).

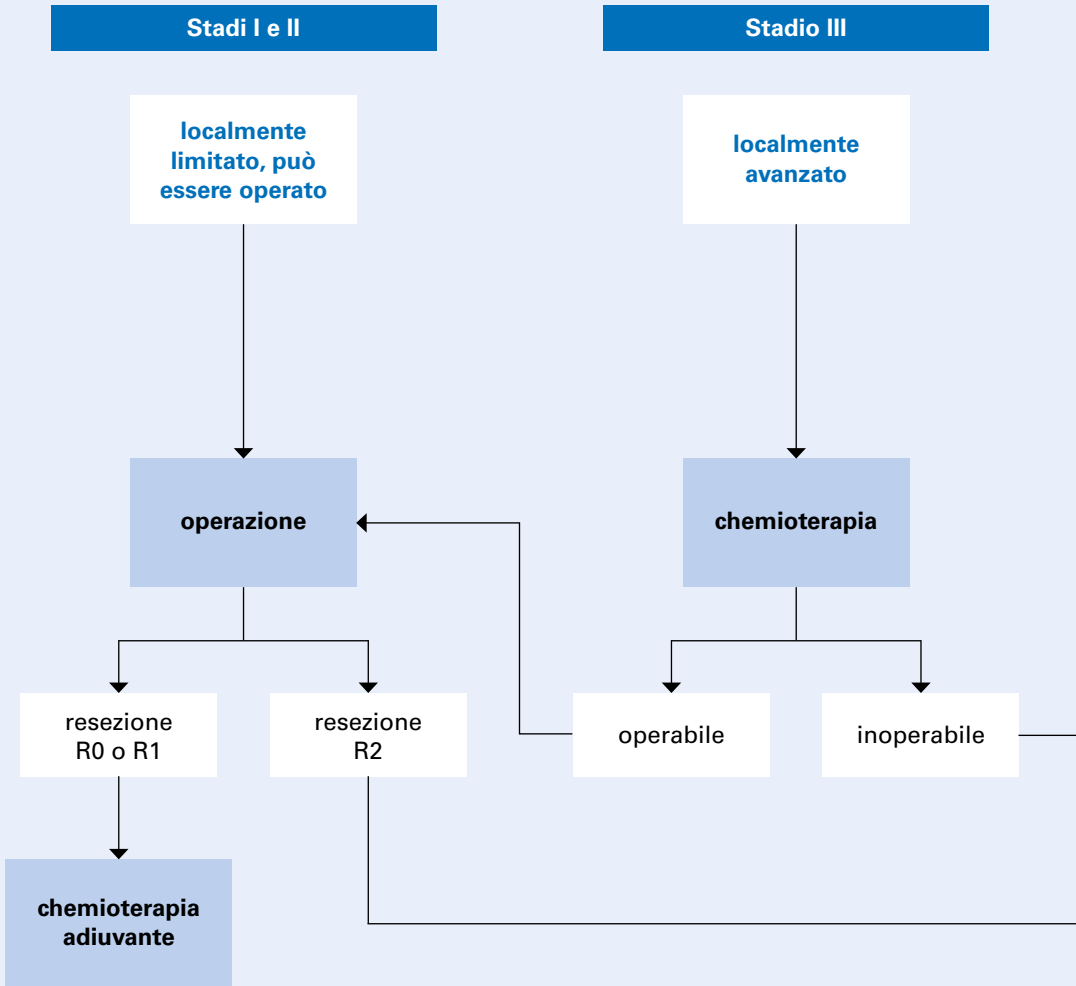
Se vengono scoperte metastasi solo dopo aver aperto l'addome (stadio IV), l'intervento viene solitamente interrotto per passare ad altre misure di contenimento del tumore e volte a migliorare la qualità della vita e ad alleviare i disturbi.

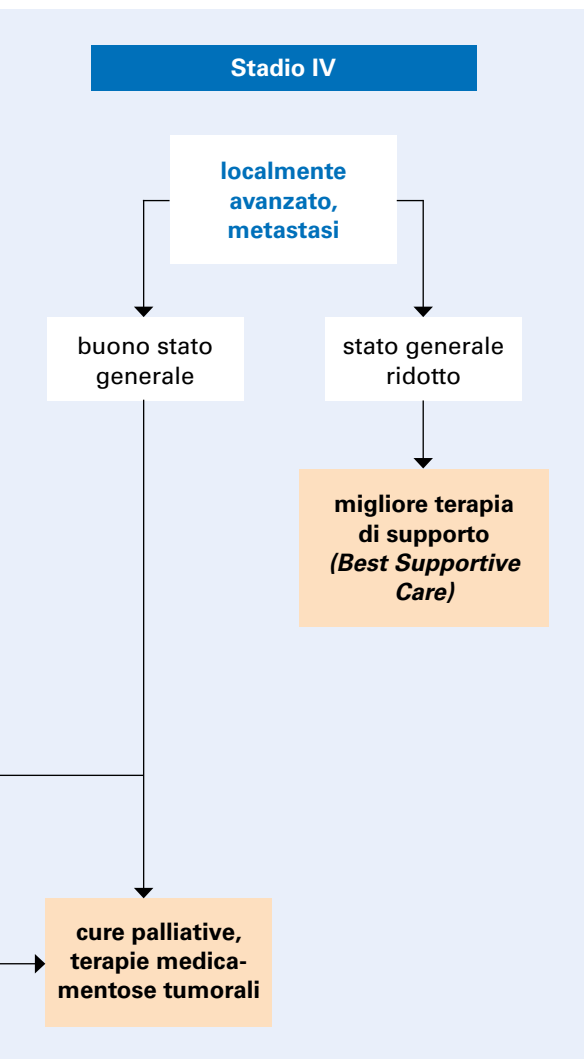
Tumori inoperabili

Se l'asportazione chirurgica del tumore è impossibile, viene fatto di tutto per alleviare il più possibile i disturbi.

Sono presi in considerazione anche interventi chirurgici meno invasivi per rimediare a disturbi specifici: il coledoco può essere mantenuto aperto con un tubicino di metallo o di plastica (stent), per permettere alla bile di scorrere; oppure si esegue un doppio bypass per preservare sia il deflusso della bile sia il passaggio degli alimenti.

Schema di trattamento del cancro del pancreas





Possibili trattamenti aggiuntivi

Queste misure sono rivolte ai pazienti con carcinoma pancreatico esocrino. Nei tumori neuroendocrini si adottano altre procedure. Legga le istruzioni in merito a pagina 19.

Chemioterapia, radiochemioterapia

A seconda dello stato generale di salute, circa sei settimane dopo l'operazione si può iniziare una chemioterapia. Dura approssimativamente sei mesi e viene eseguita con lo scopo di impedire o ritardare la progressione della malattia.

In uno stadio localmente avanzato, dopo una resezione R0 o R1 (vedi p. 33) può essere presa in considerazione anche una radiochemioterapia combinata, nella quale si irradia il letto tumorale operato dove c'era il pancreas.

Se il tumore nello stadio III non è operabile, si può eseguire una chemioterapia o una radiochemioterapia come trattamento preliminare (eventualmente nell'ambito di uno studio clinico, vedi p. 50), con lo scopo di rimpicciolire la massa tumorale e renderla operabile. Questo approccio viene definito «terapia preoperatoria» o «neoadiuvante».

Terapia delle metastasi

Lo stadio IV (vedi p. 28) è definito dalla presenza di metastasi a distanza. Un'operazione non è in grado di allungare il tempo da vivere né di migliorare la qualità della vita. In questa situazione pertanto viene consigliato un approccio palliativo per alleviare i sintomi.

Ciononostante, al fine di migliorare la qualità della vita possono essere indicati interventi chirurgici meno invasivi rispetto all'asportazione del pancreas, come quelli descritti nel riquadro «Tumori inoperabili» a pagina 47.

Riduzione dei sintomi

Queste misure mediche sono rivolte ai pazienti con un carcinoma pancreatico esocrino. Nei tumori neuroendocrini si adottano altre procedure; legga le informazioni a pagina 19.

Chemioterapia

Se è escluso un intervento chirurgico, sulla base dello stato di salute generale può essere consigliata una chemioterapia palliativa, con la quale si mira a rallentare la diffusione del tumore e a ridurre il dolore nell'ottica di migliorare la qualità della vita e – in determinate situazioni – anche di allungare un po' la speranza di vita.

Radioterapia

Metastasi isolate, soprattutto nelle ossa, di un carcinoma esocrino del pancreas possono essere ridotte con una radioterapia. Questa procedura consente anche di alleviare il dolore.

Studi clinici

La ricerca medica sviluppa in continuazione nuove procedure e approcci terapeutici (per es. nuovi tipi di interventi chirurgici, nuovi medicinali) sempre con l'obiettivo che le persone trattate traggano maggiori benefici, ad esempio un allungamento della vita, il rallentamento della progressione della malattia o una migliore qualità della vita. Nell'ambito degli studi si esamina se una nuova forma di terapia è migliore di una già esistente.

Un colloquio personale con il Suo medico potrà chiarire quali vantaggi o svantaggi potrebbe avere nel Suo caso la partecipazione a uno studio clinico. Spesso i pazienti che acconsentono a partecipare a uno studio clinico sono motivati anche dal pensiero dei possibili benefici per le persone che si ammaleranno di cancro dopo di loro.

Può darsi che Lei venga proposto di effettuare una terapia nel quadro di uno studio clinico. Ha anche la possibilità di cercare o di informarsi direttamente sugli studi attuali riguardanti la Sua malattia nel sito www.kofam.ch.

La partecipazione a uno studio clinico è volontaria; Lei può decidere autonomamente se farlo o no. Anche dopo aver dato il Suo assenso può sempre cambiare idea.

Il Suo rifiuto a partecipare non ha alcun effetto negativo sulla Sua terapia: riceverà in ogni caso la terapia migliore sulla base delle conoscenze disponibili.

L'opuscolo «Terapia oncologica nell'ambito di uno studio clinico» (vedi p. 73) spiega come si svolgono questi studi e quali possono essere le implicazioni per chi partecipa.

Gestione degli effetti indesiderati

La comparsa di effetti indesiderati della terapia, la loro natura e la loro gravità variano molto da individuo a individuo.

Alcuni possono manifestarsi durante il trattamento del cancro del pancreas e scomparire in seguito spontaneamente; altri si presentano invece solo al termine della terapia.

Informarsi è indispensabile

La Sua équipe curante La informerà dettagliatamente sugli effetti indesiderati. Spesso viene consegnato anche un promemoria con indicazioni sulle terapie, sui possibili effetti collaterali e su come gestirli. Non esiti a chiedere spiegazioni se non è tutto chiaro riguardo agli effetti attesi e a quelli indesiderati delle terapie.

Parte degli effetti collaterali può essere trattata con cure mediche e infermieristiche (vedi «Misure e farmaci di accompagnamento» a p. 39) e si attenua dopo alcuni giorni, settimane o mesi.

Però, per consentire l'adozione delle necessarie misure è di fondamentale importanza che comunichi alla Sua équipe curante gli eventuali disturbi di cui soffre.

Soprattutto negli stadi avanzati della malattia è consigliabile ponderare con attenzione i vantaggi attesi dalle terapie in rapporto agli effetti collaterali connessi.

Importante

Alcuni effetti collaterali come dolori o nausea sono prevedibili. Per lenirli possono esserle prescritti, ancor prima dell'inizio della cura, determinati farmaci di accompagnamento. È importante che si attenga scrupolosamente alle prescrizioni mediche.

Informi sempre l'équipe curante prima di assumere farmaci di Sua iniziativa. Ciò vale anche per pomate, farmaci di medicina complementare e simili. Pur trattandosi di prodotti naturali, apparentemente innocui, essi potrebbero interferire con la terapia e per esempio potenziare o ridurre l'effetto di altri medicinali. La Sua équipe curante è pronta a consigliarla se desiderasse avvalersi di terapie di medicina complementare.

Numerosi opuscoli della Lega contro il cancro (vedi p. 72) descrivono le terapie antitumorali più comuni e gli effetti collaterali della malattia e della terapia, fornendo indicazioni su come affrontarli.

Conseguenze sull'alimentazione

A seconda dell'ampiezza e del tipo di intervento chirurgico, è necessario creare un nuovo collegamento tra lo stomaco e l'intestino tenue o per far defluire la bile nell'intestino.

Nei primi giorni riceverà in prima linea una nutrizione artificiale, in una delle due modalità scelte in base alla situazione individuale (vedi riquadro).

Dopo uno o due giorni di nutrizione artificiale sarà gradualmente reintrodotta un'alimentazione normale. La Sua équipe curante e un dietista (vedi p. 71) decideranno insieme a Lei se saranno necessarie misure di accompagnamento.

Nutrizione artificiale

Sono disponibili due forme di nutrizione artificiale.

Nutrizione enterale (alimentazione tramite sonda)

Gli alimenti sono introdotti nell'intestino tenue tramite una sonda inserita attraverso il naso e l'esofago o tramite un catetere che attraversa la parete addominale. «Enterale» deriva dal greco *enteron* e significa «intestino, visceri».

Nutrizione parenterale (infusione)

La soluzione di nutrienti viene somministrata direttamente nel sangue tramite un catetere venoso. Dopo un'operazione al pancreas si ricorre frequentemente a questa forma di nutrizione poiché inizialmente l'intestino deve stare a riposo. Talvolta un'infusione può essere necessaria prima dell'intervento quando i pazienti sono già estremamente indeboliti.

Consigli per l'alimentazione

Lei stesso può contribuire con semplici accorgimenti a migliorare il benessere durante e dopo i pasti. In linea di massima può mangiare tutto ciò che Le piace e non Le reca disturbi.

È molto importante che mangi abbastanza, e soprattutto che assuma sufficienti calorie. Ha bisogno di queste energie per gestire la malattia e le sue conseguenze. Procedendo per tentativi e seguendo i consigli del dietista, ritroverà il piacere di sedersi a tavola.

- Si prenda tutto il tempo necessario per mangiare. Mastichi a lungo per far mescolare il cibo con la saliva: questo migliora la digeribilità degli alimenti e facilita la digestione e il passaggio nell'intestino.
- In caso di inappetenza o di problemi digestivi, invece di due o tre pasti principali consumi frequenti piccoli pasti. Anche se mangerà relativamente poco ogni volta, garantirà un apporto sufficiente di sostanze nutritive e calorie distribuito su tutta la giornata.
- Non beva o beva poco durante i pasti, ma a sufficienza negli altri momenti (circa 1,5 litri distribuiti lungo tutto il giorno).
- Eviti cibi molto caldi o molto freddi.
- Rinunci ad alimenti che provocano meteorismo, come leguminose, cipolle, aglio o cavolo.
- Se la digestione dei grassi è limitata, può ricorrere in parte, dopo averne discusso con il medico o il dietista, ai cosiddetti «grassi MCT» (acidi grassi a catena media), che sono assorbiti più facilmente dall'intestino tenue rispetto ai grassi convenzionali. Può anche essere aumentata la dose di enzimi digestivi.
- È possibile che alcuni alimenti risultino meno digeribili rispetto a prima. Chieda consiglio in merito all'utilità di eseguire un test di intolleranza a determinati alimenti (per es. al lattosio, al fruttosio).

Funzione ridotta del pancreas

A seconda del tipo e dell'estensione della malattia e dell'operazione, può darsi che la produzione di enzimi digestivi o di insulina diventi insufficiente. Di conseguenza possono insorgere problemi digestivi, carenze alimentari o un aumento del livello di zucchero nel sangue (diabete mellito).

Un adeguamento specifico del regime alimentare è in grado di risolvere, nella migliore delle ipotesi, solo parte di questi problemi. Quasi sempre è necessario ricorrere a un trattamento supplementare con farmaci.

Enzimi digestivi

La mancanza di enzimi digestivi può essere corretta con l'assunzione di capsule, che devono essere prese senza eccezione ad ogni pasto, quindi anche quando si fa uno spuntino.

Insulina

Talvolta può bastare l'assunzione di un antidiabetico orale, ma spesso con il tempo diventa necessaria l'iniezione di insulina.

Svuotamento rallentato dello stomaco

Dopo l'asportazione (parziale) del pancreas deve essere creato un nuovo collegamento tra lo stomaco e l'intestino tenue (anastomosi). Malgrado l'apertura di questo passaggio, spesso lo stomaco non riesce a svuotarsi poiché l'operazione ne ha rallentato la motilità.

In termini tecnici, questa condizione viene chiamata «delayed gastric emptying» (svuotamento rallentato dello stomaco). Il paziente soffre di pesantezza di stomaco e deve spesso vomitare, anche dopo piccoli pasti. I disturbi variano da persona a persona, ma possono essere tenaci e persistere anche per settimane.

Di solito l'organismo si adatta lentamente alla nuova situazione e alcuni sintomi scompaiono spontaneamente; altri migliorano dopo aver modificato il comportamento alimentare, corretto l'alimentazione, e con l'aiuto di farmaci.

Per saperne di più ...

... sulle possibili difficoltà legate all'alimentazione e su cosa fare per contrastarle, La invitiamo a leggere l'opuscolo «Difficoltà di alimentazione e cancro» della Lega contro il cancro (vedi p. 72).



La consulenza dietetica

La Sua équipe curante è in grado di prevedere i possibili disturbi sulla base della Sua storia clinica. Pertanto, sin dall'inizio è opportuno coinvolgere un dietista (vedi anche p. 71). Qualora non Le venisse offerta una consulenza di questo tipo, non esiti a domandarla. Anche in seguito, una volta fuori dall'ospedale, è utile farsi seguire da uno specialista della nutrizione.

Il dietista preparerà all'occorrenza un piano alimentare basato sulle Sue esigenze e possibilità.

Suscettibilità alle infezioni

Se l'intervento chirurgico prevede anche l'asportazione della milza, Lei potrebbe diventare più suscettibile alle infezioni batteriche poiché Le è stato tolto un organo che faceva parte del sistema immunitario. Per rimediare a questa mancanza vengono somministrate iniezioni per rinforzare il sistema immunitario.

Ora, quando avrà un forte raffreddore o altre infezioni che prima della Sua malattia guarivano spontaneamente, dovrà recarsi dal Suo medico di famiglia poiché è possibile che avrà bisogno di una cura con antibiotici.

Ulteriori trattamenti

Terapia del dolore

I dolori sono estenuanti e duri da sopportare, ma nella maggior parte dei casi quelli causati da un cancro possono essere attenuati. La scelta dei farmaci e delle misure dipende dal tipo di tumore, dall'intensità del dolore, dalle cause precise e dalle preferenze personali del paziente.

Per il trattamento del dolore sono utili:

- vari medicinali;
- esercizi di rilassamento (come la meditazione o il training autogeno);
- movimento, sport;
- fisioterapia, terapia fisica come l'impiego di impacchi caldi e freddi, ergoterapia;
- consulenza psico-oncologica;
- psicoterapia;
- chirurgia;
- radioterapia.

A chi ha dolori lievi e desidera trattarli con farmaci, spesso viene prescritto un blando antidolorifico contenente, per esempio, paracetamolo, acido acetilsalicilico o diclofenac. Se questo non basta per alleviare i dolori, si può ricorrere in aggiunta ad analgesici più potenti, i cosiddetti «oppioidi» (vedi il riquadro a p. 59).

Vi sono anche altre misure che contribuiscono ad alleviare il dolore, come gli esercizi di rilassamento o un sostegno psicoterapeutico. Queste misure di sostegno talvolta consentono di ridurre l'assunzione di antidolorifici.

Trattamento con oppioidi

Nell'ambito della terapia del dolore, un intervento chirurgico o una radioterapia vengono presi in considerazione quando, per esempio, il tumore comprime i nervi, provocando dolori.

Importante

Se il tumore ha invaso il plesso nervoso celiaco (plesso solare) possono manifestarsi dolori molto intensi. È importante che Lei non sopporti il dolore in silenzio, soffrendo inutilmente, ma che si rivolga alla Sua équipe curante.

Oggi disponiamo di personale altamente specializzato nella terapia del dolore d'origine tumorale. È quindi doveroso sfruttare le svariate possibilità offerte da questo ramo della medicina.

L'idea di sottoporsi a una terapia con oppioidi può spaventare il paziente e i suoi familiari. I timori relativi ad effetti collaterali come lo sviluppo di una dipendenza sono tuttavia infondati se ne viene fatto un utilizzo corretto. Gli effetti indesiderati che possono manifestarsi all'inizio (per es. nausea, costipazione o sonnolenza), sono facilmente controllabili oppure regrediscono spontaneamente dopo un certo tempo.

L'utilizzo degli oppioidi nella terapia del cancro è molto diverso da quello fatto dai consumatori di droga. I tossicodipendenti si iniettano una dose elevata direttamente in vena, ottenendo un immediato effetto stupefacente che può dare dipendenza. Nella terapia contro il cancro, gli oppioidi vengono invece somministrati a intervalli regolari, secondo uno schema adeguato alle Sue esigenze. È importante capire questa differenza, perché gli oppioidi costituiscono l'unico rimedio efficace per alcuni tipi di dolore. Spesso si impiega una pompa per infusione, con la quale il paziente stesso dosa il medicamento. L'esperienza ha dimo-

strato che in tal modo è possibile ridurre nettamente la dose di oppioidi.

Se Lei o i Suoi familiari avete perplessità nei confronti della morfina o di altri medicinali contenenti oppioidi, ne discuta con il Suo medico.

Nell'opuscolo «Dolori da cancro e loro cura» (vedi p. 72) trova informazioni dettagliate su quest'argomento.

Medicina complementare

Molti pazienti oncologici si affidano a metodi di medicina complementare, in concomitanza con le terapie convenzionali. «Complementare» significa «che integra», e in effetti questi metodi sono utilizzati in aggiunta alle terapie convenzionali.

Alcuni di questi metodi possono contribuire a migliorare le condizioni generali e la qualità della vita dei pazienti durante e dopo le terapie oncologiche. Possono rinvigorire l'organismo e rendere più sopportabili gli effetti collaterali. In generale, però, non sono efficaci contro il tumore.

Che cosa sono gli oppioidi?

Gli oppioidi sono componenti naturali dell'oppio e comprendono sostanze come la morfina e la codeina. Possono essere sintetizzati anche in laboratorio (per es. il tramadolo).

Talora questi metodi sono utilizzati in alternativa, val a dire al posto della terapia oncologica convenzionale. La Lega contro il cancro sconsiglia tale scelta. Legga a questo proposito l'opuscolo «Alternativi? Complementari?» (vedi p. 72).

Non assuma rimedi di medicina complementare senza avere informato preventivamente il Suo medico. Anche prodotti apparentemente innocui potrebbero non essere compatibili con la Sua terapia antitumorale o influire sull'effetto dei medicinali.

Informi il Suo medico o un altro professionista della Sua équipe curante se desidera ricorrere a un rimedio di medicina complementare o se sta già seguendo questa strada. In un colloquio personale è possibile capire quale metodo potrebbe essere utile per Lei, senza compromettere l'efficacia della terapia oncologica raccomandata dal medico.

Convivere con il cancro

Oggi molte persone colpite dal cancro vivono più a lungo e meglio rispetto al passato. Tuttavia il trattamento è spesso lungo ed estenuante. Alcuni riescono a conciliare la normale vita quotidiana con le terapie, per altri è impossibile.

Alla conclusione dei trattamenti non è facile ritornare alla vita di tutti i giorni: per settimane l'agenda è stata piena di appuntamenti medici. Con l'assistenza e il supporto della Sua équipe curante ha affrontato diverse terapie. Le persone del Suo entourage erano preoccupate per Lei e cercavano di venirle incontro facendosi carico dell'una o dell'altra incombenza.

Alcuni hanno condiviso ansie e speranze con Lei infondendole coraggio per superare la situazione. In un certo senso, Lei è stato per lungo tempo al centro dell'attenzione e ora deve nuovamente cavarsela da solo. È probabile quindi che si senta sperduto o che avverta un vuoto interiore.

È vero, le terapie si sono concluse eppure niente è più come prima. Magari non si sente ancora pronto ad affrontare le sfide della vita quotidiana. Forse soffre ancora delle conseguenze della malattia e delle cure a livello fisico e psicologico e avverte

un continuo senso di stanchezza, mancanza di voglia o una grande tristezza.

Probabilmente le persone a Lei vicine non riescono a capire a fondo queste Sue reazioni e si aspettano che tutto torni alla normalità. Per tale motivo è ancora più importante che Lei si concentri sulle Sue esigenze e non si lasci condizionare dagli altri.

Ascoltare la propria voce interiore

Si conceda del tempo per organizzare la nuova situazione di vita. Cerchi di capire che cosa Le fa bene e contribuisce a migliorare la Sua qualità di vita.

Porsi qualche semplice domanda spesso aiuta a fare chiarezza:

- che cosa conta per me in questo momento?
- Di cosa ho bisogno?
- Come posso ottenerlo?
- Chi mi potrebbe aiutare?

Nell'opuscolo della Lega contro il cancro «Quando anche l'anima soffre. Il cancro stravolge tutti gli aspetti della vita» vengono affrontati gli effetti psicologici di un cancro e proposte alcune strategie per gestire questi stati emotivi.

Cercare il dialogo

Proprio come ogni persona affronta a modo suo le questioni esistenziali, così ognuno vive diversamente una malattia.

Ogni cancro incute paura, indipendentemente dalla probabilità di guarigione. Parlarne può aiutare a esprimere i propri sentimenti e a elaborare la malattia. Ci sono persone che non desiderano o non osano parlare delle proprie paure e preoccupazioni, per altre invece è importante avere qualcuno a cui confidarsi. Altre ancora si aspettano che siano le persone dell'ambiente circostante a rompere il ghiaccio e chiedere come stanno.

Non ci sono ricette valide per tutti. Quello che per qualcuno è un aiuto prezioso, a un altro appare inappropriato. Scopri ciò di cui ha bisogno, se desidera parlare della Sua situazione e con chi.

Chiedere un aiuto professionale

Anche al termine delle cure può essere molto utile rivolgersi a un consulente della Lega contro il cancro o a un altro specialista (vedi «Consulenza e informazione» da p. 69).

Ne parli anche con il Suo medico, possibilmente prima della fine delle terapie, se ritiene che potrebbe farle bene ricevere delle misure di sostegno. Insieme individuerete le soluzioni più appropriate, che nel caso potrebbero essere coperte dalla cassa malati.

Controlli periodici

Una volta conclusa la terapia, solitamente vengono effettuati esami di controllo regolari, volti da un lato a individuare tempestivamente eventuali disturbi conseguenti alla malattia e alla terapia, dall'altro a riconoscere e trattare precocemente una recidiva del tumore.

Un cancro non ha solo ripercussioni sul fisico come il dolore o la stanchezza, ma genera anche stati d'ansia e altre difficoltà di natura psichica, professionale o sociale che possono essere molto gravose e devono essere affrontate.

All'occorrenza, non esiti a ricorrere a una consulenza psico-oncologica o psicosociale (vedi p. 69), dove può discutere dei Suoi problemi nel gestire la malattia e farsi sostenere nella ricerca di soluzioni.

Per riacquistare forze dopo la malattia e le terapie sono utili diverse misure di riabilitazione, in particolare l'attività fisica. Ulteriori informazioni sono disponibili nel prossimo capitolo «Riabilitazione oncologica» e nell'opuscolo «Attività fisica e cancro» (vedi p. 72).

Buono a sapersi

Si rivolga subito al medico se compaiono sintomi o disturbi: non aspetti il successivo appuntamento in programma.

Riabilitazione oncologica

Una malattia grave incide sul corpo, sulla mente e sull'intera vita sociale. Il rientro nella vita quotidiana è spesso vissuto come un'esperienza particolarmente problematica. In questa fase delicata entra in gioco la riabilitazione oncologica: l'obiettivo non è solamente trattare il tumore, ma sostenere e rafforzare integralmente le persone colpite nel loro cammino verso la guarigione e il reinserimento nella vita quotidiana.

Programmi di riabilitazione oncologica

Le offerte di riabilitazione possono essere ambulatoriali o stazionarie (in regime di ricovero in una struttura) e proporre un'ampia gamma di attività di tipo fisico e sportivo oppure in ambito creativo e artistico, o ancora basate su diverse tecniche di rilassamento.

Di una riabilitazione oncologica possono beneficiare tutte le persone colpite da un cancro, che:

- soffrono di effetti indesiderati e di conseguenze immediate del cancro o delle terapie;
- hanno un'autonomia e una capacità di svolgere le loro attività quotidiane, limitate dalla malattia o dalle terapie e desiderano un sostegno pratico;
- intendono riprendere la loro attività lavorativa;
- desiderano un rafforzamento fisico e psichico.

Consulti anche gli opuscoli «Riabilitazione oncologica» e «Attività fisica e cancro» (vedi p. 72). Gli indirizzi delle istituzioni che offrono programmi di riabilitazione oncologica sotto supervisione medica sono riportati nel sito web della Lega svizzera contro il cancro: www.legacancro.ch.

Corsi

La Lega contro il cancro propone corsi incentrati su diversi temi. La Sua Lega cantonale o regionale contro il cancro saprà indicarle le offerte adatte a Lei nella Sua zona.

Il ritorno al lavoro

La maggior parte delle persone colpite da un cancro torna al lavoro al termine delle terapie. Spesso però non regge lo stesso carico lavorativo di prima. La malattia e le terapie possono provocare stanchezza persistente, disturbi della memoria, del sonno o difficoltà di concentrazione. Inoltre, chi ha avuto un cancro vive con il timore di una recidiva.

Pianifichi con cura il rientro sul posto di lavoro con il responsabile del personale della Sua azienda. Nella fase iniziale, ad esempio, si possono adattare le mansioni o ridurre gli orari di lavoro.

Per domande sulla fase del rientro al lavoro può rivolgersi ai consulenti della Sua Lega cantonale o regionale contro il cancro. I recapiti dei servizi di consulenza sono disponibili a pp. 69 sg.

Cure palliative

L'espressione «cure palliative» (dal latino *palliare* = avvolgere con un mantello) indica un'assistenza medica e terapeutica completa offerta ai pazienti affetti da una malattia in stadio avanzato o incurabile. Tale approccio tiene in considerazione e affronta le esigenze di carattere medico, sociale, psicologico e spirituale della persona.

Le cure palliative non sono però riservate solo all'ultima fase della vita. L'obiettivo infatti non è tanto quello di accorciare intenzionalmente la vita o di prolungarla ad ogni costo, quanto quello di limitare il più possibile la progressione del cancro, di ridurre il dolore e altri effetti collaterali e di migliorare la qualità di vita del paziente.

Palliative care team e Advance care planning

In alcuni ospedali lavorano équipe specializzate nelle cure palliative (*palliative care team*) o responsabili del cosiddetto «advance care planning»

(ACP). Questi team di specialisti pianificano un'assistenza lungimirante coinvolgendo i familiari e le persone vicine al paziente.

Viene definito insieme a tutti gli attori coinvolti un piano d'intervento individuale che tenga conto dei bisogni, degli obiettivi e dei desideri della persona colpita. Per esempio, vengono stabilite le misure mediche o infermieristiche che devono essere eseguite o evitate in una particolare situazione.

Palliative care team mobili

In alcune regioni della Svizzera sono state istituite équipe mobili di cure palliative, in cui collaborano specialisti di diverse categorie professionali che accompagnano il paziente e coordinano l'assistenza globale.

Lo stato di salute dei pazienti e le loro esigenze sono spesso determinanti per la scelta del luogo dell'assistenza: a casa propria con il sostegno, per esempio, del servizio Onkospitex, in un reparto di cure palliative in ospedale, in un hospice o in

Buono a sapersi

Per quanto possibile, i *palliative care team* o quelli di *advance care planning* dovrebbero essere coinvolti per tempo e non solo quando si approssima il fine vita e il paziente non è più in grado di esprimere le proprie volontà.

una casa di cura che collabora con un *palliative care team* mobile. Chieda alla Sua équipe curante se nella Sua regione è presente un palliative care team mobile che potrebbe assisterla a domicilio.

I consulenti delle Leghe regionali e cantonali contro il cancro e della Linea cancro possono aiutarla a programmare le cure palliative. Gli indirizzi e i numeri di telefono sono elencati a partire da pagina 69.

Mandato precauzionale e direttive anticipate del paziente

Mandato precauzionale

Se una persona malata improvvisamente non è più in grado di regolare i propri affari e interessi personali, legali ed economici (per es. pagare le fatture, aprire la posta) ed è ancora capace di discernimento, può conferire una procura a una o più persone. Questa procura può essere generale oppure speciale, ossia concernere solo alcuni affari specifici (come le operazioni bancarie).

Un mandato precauzionale deve essere scritto di proprio pugno; qualora non fosse possibile, deve essere registrato con un atto pubblico notarile.

Direttive anticipate del paziente

Per assicurare che le decisioni mediche siano prese secondo la Sua volontà e i Suoi desideri, Le consigliamo di redigere le direttive anticipate del paziente. Questo strumento è l'espressione della Sua volontà manifestata prima che Lei un giorno possa perdere la capacità di esprimerla.

Compilare le direttive anticipate non è un compito facile. La malattia, il fine vita e la morte sono argomenti che preferiamo bandire dalla nostra quotidianità. Tuttavia, le direttive anticipate del paziente aiutano a fare chiarezza – per Lei stesso, per i Suoi familiari, per l'équipe curante – sui Suoi desideri riguardanti il fine vita e soprattutto su quello che non desidera.

Anche le Leghe cantonali o regionali contro il cancro possono aiutarla a compilare le direttive anticipate.

Per saperne di più...

... sulle cure palliative legga l'opuscolo «Cancro – quando le speranze di guarigione svaniscono» o visiti il sito www.palliative.ch



Consulenza e informazione

Chieda consiglio

Équipe curante

L'équipe curante può consigliare cosa fare in caso di disturbi legati alla malattia e alle terapie. Rifletta anche Lei su possibili misure in grado di migliorare la Sua qualità di vita e di favorire la Sua riabilitazione.

Sostegno psico-oncologico

Una malattia oncologica non ha ripercussioni solo fisiche, ma anche psichiche che possono manifestarsi attraverso stati di ansia, di tristezza o di depressione.

Se sentisse che il carico emotivo della malattia sta per diventare troppo pesante per Lei, chieda di poter usufruire di un sostegno psico-oncologico. Uno psico-oncologo accoglie la sofferenza psichica dei malati di cancro e dei loro cari, li aiuta a riconoscere modalità utili nell'affrontare e nell'elaborare le esperienze legate alla malattia.

Varie figure professionali possono offrire un sostegno psico-oncologico (per es. medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali, teologi ecc.). L'essenziale è che abbiano esperienza nella presa a carico di pazienti oncologici e dei loro familiari e che abbiano seguito una formazione che abiliti a tale ruolo.

La Sua Lega contro il cancro cantonale o sovracantonale

Le Leghe cantonali e sovracantonali consigliano, accompagnano e sostengono i malati e i loro familiari in tutte le fasi della malattia. Offrono aiuto pratico per

risolvere problemi organizzativi (per es. servizio trasporti, noleggio letto elettrico), aiuti finanziari in situazioni di disagio economico legato alla malattia nonché consulenza assicurativa e orientamento in ambito giuridico. Forniscono materiale informativo. Organizzano gruppi di auto-aiuto e corsi. Indirizzano agli specialisti (per es. nei campi dell'alimentazione, delle terapie complementari).

Linea cancro 0800 11 88 11

Un'operatrice specializzata sarà disponibile ad ascoltarla telefonicamente, rispondendo alle Sue domande sui molteplici aspetti della malattia e del trattamento. La chiamata e la consulenza sono gratuite.

Le richieste possono essere inoltrate anche per iscritto all'indirizzo helpline@legacancro.ch o tramite Skype ([krebstelefon.ch](https://www.krebs-telefon.ch)). Il servizio Skype è disponibile attualmente solo in tedesco e francese.

Cancerline: la chat sul cancro

I bambini, i giovani e gli adulti possono accedere al livechat al sito www.krebsliga.ch/cancerline e chattare con una consulente (lunedì–venerdì, ore 11–16). Possono farsi spiegare la malattia, porre domande e scrivere ciò che sta loro a cuore.

Malati di cancro: come dirlo ai figli?

Una delle prime domande che si pone un genitore che riceve una diagnosi di cancro è «Come faccio a dirlo ai miei figli?».

Il pieghevole intitolato «Malati di cancro: come dirlo ai figli?» vuole aiutare i genitori malati di cancro in questo difficile e

delicato compito. Contiene anche consigli per gli insegnanti. Inoltre, chi volesse approfondire l'argomento può leggere l'opuscolo intitolato «Se un genitore si ammala di cancro - Come parlarne con i figli?» (vedi p. 72).

Linea stop tabacco 0848 000 181

Consulenti specializzate Le forniscono informazioni, La motivano al cambiamento e, se lo desidera, La seguono nel processo di disassuefazione dal fumo, richiamandola gratuitamente.

Corsi

La Lega contro il cancro organizza corsi nella fine settimana in diverse località della Svizzera per persone ammalate di cancro: www.legacancro.ch/corsi.

Attività fisica

Molti malati di cancro constatano che l'attività fisica ha un effetto rivitalizzante. Praticare della ginnastica insieme con altri malati di cancro potrebbe aiutarla a riacquistare fiducia nel Suo corpo e a combattere la stanchezza e la spossatezza. Si informi presso la Sua Lega cantonale o sovracantonale e legga l'opuscolo «Attività fisica e cancro» (vedi p. 72).

Altri malati di cancro

Intrattenersi con persone accomunate da uno stesso vissuto, può infondere coraggio e aiutare a sentirsi meno soli. Può essere utile confrontare il proprio modo di far fronte a determinate situazioni con le modalità di gestione della malattia o del lutto adottate da altri. Ognuno deve comunque fare le proprie esperienze e scegliere le strategie più consone alla propria personalità. Non c'è, in effetti,

un modo giusto o sbagliato di vivere la malattia.

Piattaforme virtuali di scambio

Chi sente l'esigenza di condividere le proprie esperienze legate alla malattia può usufruire della piattaforma virtuale di scambio, moderata dalle operatrici della Linea cancro www.forumcancro.ch. Anche l'Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici (AIMaC) ha aperto un forum di discussione per i pazienti e i loro familiari: www.forumtumore.aimac.it

Gruppi di autoaiuto

Partecipando agli incontri dei gruppi di autoaiuto, si ha l'opportunità di parlare con persone che hanno vissuto o stanno vivendo un'esperienza analoga alla propria e di scambiarsi informazioni di vario tipo.

Si informi presso la Sua Lega cantonale o sovracantonale se vi sono gruppi di autoaiuto o gruppi parola che si riuniscono nelle Sue vicinanze e sull'offerta di corsi per malati di cancro e i loro familiari. Su www.selbsthilfeschweiz.ch può cercare gruppi di autoaiuto nella sua zona.

Organizzazione svizzera di autoaiuto per i sofferenti di affezioni al pancreas OSP

Quest'organizzazione è una rete che mette a disposizione di pazienti e familiari informazioni indipendenti su specialisti e terapie delle malattie pancreatiche. Promuove gruppi regionali in cui le persone colpite possono scambiare conoscenze ed esperienze, con l'obiettivo di promuovere la competenza autonoma dei pazienti e di segnalare risorse utili. L'or-

ganizzazione è aperta a tutte le persone che hanno una malattia del pancreas, a prescindere che si tratti di cancro o no.

Per ulteriori informazioni, visiti il sito www.pancreas-help.ch
I contenuti del sito sono al momento disponibili solo in tedesco.

Servizi di Assistenza e Cura a Domicilio (SACD) o Spitex per malati di cancro

Vi sono servizi di assistenza e cura a domicilio o spitex specializzati nella presa a carico del paziente oncologico.

Tali organizzazioni intervengono in qualsiasi fase della malattia. Le offrono la loro consulenza e il loro sostegno al Suo domicilio, tra un ciclo di terapia e l'altro e una volta conclusa la terapia, fra l'altro, nella gestione degli effetti collaterali. Prenda contatto con la Lega contro il cancro per ottenerne gli indirizzi.

Consulenza dietetica

Molti ospedali dispongono di un servizio di dietetica. Sul territorio operano dietiste e dietisti indipendenti che, in generale, collaborano con i medici e sono membri della

ASDD Associazione Svizzera
delle-dei Dietiste-i
Altenbergstrasse 29
Casella postale 686
3000 Berna 8
Tel. 031 313 88 70
service@svde-asdd.ch

Sul sito dell'ASDD può cercare un dietista diplomato: www.svde-asdd.ch.

palliative ch

Presso il segretariato dell'Associazione Svizzera per la medicina, la cura e l'accompagnamento palliativi e sul sito dell'associazione trova gli indirizzi delle sezioni cantonali di palliative ch e degli enti erogatori di cure palliative che operano nella Sua zona. Queste reti assicurano che le persone ammalate possano ricevere un'assistenza ed una cura ottimali, indipendentemente dal luogo dove abitano.

palliative ch
Bubenbergplatz 11
3011 Berna
Tel. 044 240 16 21
info@palliative.ch
www.palliative.ch

Prestazioni assicurative

Le spese di cura in caso di cancro sono rimborsate dall'assicurazione malattie obbligatoria di base (LAMal), a condizione che risultino da modalità terapeutiche riconosciute ovvero che il farmaco figuri nel cosiddetto Elenco delle specialità dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). Il Suo medico curante è tenuto ad informarla compiutamente a tale proposito.

Sono coperte altresì le spese di cura derivanti dalla partecipazione a uno studio clinico (vedi p. 50) che prevede la somministrazione di sostanze riconosciute. Qualora fossero impiegati medicinali non ancora omologati per il commercio o nuovi procedimenti o si rendessero necessarie ulteriori misure (per es. analisi genetiche), i costi di regola non vengono addebitati a Lei, bensì finanziati con fondi per la ricerca.

Verifichi preventivamente se l'assicurazione malattie obbligatoria di base (LAMal) o l'assicurazione integrativa garantisce la copertura delle spese dovute a consulti o a trattamenti aggiuntivi non medici nonché a lungodegenze.

Legga anche l'opuscolo «Cancro – le prestazioni delle assicurazioni sociali» (vedi sotto).

Opuscoli della Lega contro il cancro

- **La chirurgia dei tumori**
- **Terapie medicamentose dei tumori**
Chemioterapie e altri farmaci antitumorali
- **Terapie orali in oncologia**
- **La radioterapia**
- **Difficoltà di alimentazione e cancro**
- **Alimentazione equilibrata**
Come ridurre il rischio di cancro
- **Senza forze**
Cause e gestione della stanchezza associata al cancro
- **Dolori da cancro e loro cura**
- **Diario del dolore**
Ascolto i miei dolori
- **Dolometer® VAS**
Misuratore per valutare l'intensità dei dolori

- **Riabilitazione oncologica**
- **Attività fisica e cancro**
Riacquistare fiducia nel proprio corpo
- **Il cancro e la sessualità femminile**
- **Il cancro e la sessualità maschile**
- **Il linfedema e il cancro**
- **La terapia antitumorale ha cambiato il mio aspetto**
Consigli e suggerimenti per migliorare il proprio benessere
- **Quando anche l'anima soffre**
Il cancro stravolge tutti gli aspetti della vita
- **Alternativi? Complementari?**
Rischi e benefici di metodi non provati in oncologia
- **Accompagnare un malato di cancro**
Una guida della Lega contro il cancro per familiari e amici
- **Se un genitore si ammala di cancro**
- **Come parlarne con i figli?**
- **Malati di cancro: come dirlo ai figli?**
Pieghevole informativo per genitori con consigli per i docenti
- **Rischio di cancro ereditario**
Guida per le famiglie con numerosi casi di cancro
- **Cancro – le prestazioni delle assicurazioni sociali**
- **Direttive anticipate della Lega contro il cancro**
La mia volontà vincolante rispetto alla malattia, l'agonia e alla morte

- **Scelte di fine vita**
Guida alla compilazione delle direttive anticipate
- **Cancro – quando le speranze di guarigione svaniscono**

Modalità di ordinazione

Lega cantonale contro il cancro
Telefono 0844 85 00 00
shop@legacancro.ch
www.legacancro.ch/opuscoli

Sul sito www.legacancro.ch/opuscoli trova tutte le pubblicazioni disponibili presso la Lega contro il cancro. La maggior parte delle pubblicazioni è gratuita e sono fornite per posta o possono essere scaricate da Internet. Sono offerte dalla Lega svizzera contro il cancro e dalla Lega del Suo Cantone di residenza. Ciò è possibile soltanto grazie ai generosi donatori.

Il Suo parere ci interessa

Sul sito www.legacancro.ch/opuscoli può esprimere la Sua opinione sugli opuscoli della Lega contro il cancro compilando un breve questionario. La ringraziamo fin d'ora per il Suo contributo.

Opuscoli di altre organizzazioni

«**10 cose da sapere sul tumore del pancreas**», a cura dell'associazione Pancreatic Cancer Europe, in collaborazione con FAVO, ECPC, l'Associazione Italiana per lo Studio del Pancreas (AISP) e Nastro Viola. Disponibile all'indirizzo www.favo.it

«**Come affrontare il tumore del pancreas**», a cura dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica. Disponibile all'indirizzo www.insiemecontroilcancro.net

«**Consigli alimentari utili per la prevenzione del cancro e durante i trattamenti antitumorali**», a cura della Dr. Monticelli dell'associazione italiana Oltre la ricerca. Disponibile all'indirizzo www.oltrelaricerca.org

«**Il cancro del pancreas**», a cura dell'associazione italiana AIMaC. Disponibile all'indirizzo www.nastroviola.org, nella sezione «Il tumore al pancreas».

«**La nutrizione per la lotta contro il tumore del pancreas**», a cura della Fondazione AIOM e dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica. Disponibile all'indirizzo www.fondazioneaiom.it

«**Pensa al carcinoma del pancreas!**», a cura dell'associazione Pancreatic Cancer Europe. Disponibile all'indirizzo www.aimac.it, nella sezione «I libretti di AIMaC».

«**Terapia oncologica nell'ambito di uno studio clinico**», 2015, Gruppo Svizzero di Ricerca Clinica sul Cancro SAKK, ordinazione online: www.sakk.ch

Lectture consigliate

«**Adenocarcinoma del pancreas**», a cura dell'I.R.C.C.S. Ospedale San Raffaele di Milano. Disponibile all'indirizzo www.hrs.it, digitando la parola di ricerca «adenocarcinoma».

«**Cancro del pancreas: una guida per il paziente**», a cura dell'European Society of Medical Oncology. Disponibile all'indirizzo www.esmo.org

«**Cause del cancro del pancreas**», a cura dell'associazione italiana AIMaC. Disponibile all'indirizzo www.aimac.it, digitando la parola di ricerca «pancreas».

«**Farmaci per il tumore al pancreas**», a cura dell'associazione italiana AIMaC. Disponibile all'indirizzo www.aimac.it, digitando la parola di ricerca «pancreas».

«**Gli aspetti nutrizionali per il cancro del pancreas**», a cura dell'associazione italiana AIMaC. Disponibile all'indirizzo www.aimac.it, nella sezione «I libretti di AIMaC».

«**Pancreas esocrino**», a cura del portale informativo italiano dedicato al pancreas. Disponibile all'indirizzo www.pancreas.it.

«**Sintomi del cancro del pancreas**», a cura dell'associazione italiana AIMaC. Disponibile all'indirizzo www.aimac.it, digitando la parola di ricerca «pancreas».

«**Tipi di cancro del pancreas**», a cura dell'associazione italiana AIMaC. Disponibile all'indirizzo www.aimac.it, digitando la parola di ricerca «pancreas».

«**Tumore al pancreas**», a cura dell'associazione italiana AIMaC. Disponibile all'indirizzo www.aimac.it, digitando la parola di ricerca «pancreas».

«**Tumore del pancreas**», a cura della Fondazione AIRC. Disponibile all'indirizzo www.airc.it, nella sezione «Guida ai tumori».

«**Tumore del pancreas**», a cura della Fondazione Veronesi. Disponibile all'indirizzo www.fondazioneveronesi.it, nella sezione «Glossario delle malattie».

«**Tumore del pancreas**», a cura dell'Istituto clinico Humanitas di Milano. Disponibile all'indirizzo www.humanitas.it, nella sezione «Malattie».

«**Tumore del pancreas**», a cura dell'Istituto europeo di oncologia. Disponibile all'indirizzo www.ieo.it, nella sezione «Per i pazienti».

La Lega ticinese contro il cancro dispone di una biblioteca tematica. Il catalogo può essere richiesto per e-mail (info@legacancro-ti.ch).

Alcune Leghe cantonali contro il cancro dispongono di una biblioteca presso la quale possono essere presi in prestito gratuitamente dei libri. Si informi presso la Lega del Suo cantone di residenza (vedi p. 78).

La Lega svizzera contro il cancro, la Lega bernese e la Lega zurighese contro il cancro dispongono di un catalogo bibliotecario online che prevede la possibilità di ordinare e di riservare libri. Il prestito bibliotecario ovvero l'invio dei libri è garantito in tutta la Svizzera.

Sul nostro sito in tedesco:

www.krebsliga.ch/bibliothek

Di seguito un collegamento diretto al sito con libri per bambini:

www.krebsliga.ch/kinderbibliothek

www.bernischekrebsliga.ch → Das bieten wir → Informationen finden → Bibliothek

www.krebsligazuerich.ch → Beratung & Unterstützung → Bibliothek

Inserendo le parole chiave di ricerca «Pancreas», «Ho il cancro», «Congiunto», si possono ottenere letture tematiche pertinenti.

Internet

Italiano

Offerta della Lega contro il cancro

www.forumcancro.ch

Piattaforma virtuale di scambio della Lega contro il cancro.

www.legacancro.ch

Servizi di sostegno della Lega svizzera contro il cancro e recapiti delle Leghe cantonali.

www.legacancro.ch/cancerline

La Lega contro il cancro offre a bambini, giovani e adulti una chat con consulenza.

www.legacancro.ch/corsi

Corsi proposti dalla Lega contro il cancro per affrontare al meglio la vita quotidiana durante la malattia.

www.legacancro.ch/il-cancro/riabilitazione-oncologica

Centri di riabilitazione oncologica ambulatoriale e stazionaria

Altri enti e consultori, altre associazioni

www.aimac.it

Associazione italiana malati di cancro, parenti e amici

www.aiom.it

Associazione italiana di oncologia medica

www.airc.it

Fondazione AIRC per la ricerca sul cancro

www.aisponline.it

Associazione italiana per lo studio del pancreas

www.avac.ch

Lernen mit Krebs zu leben (in tedesco e francese)

www.centropancreatico.com

Sezione Italiana del Centro pancreatico europeo

www.esmo.org

European Society of Medical Oncology

www.favo.it

Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia

www.fondazioneaiom.it

Fondazione AIOM

www.fondazionevalsecchi.org

Fondazione Nadia Valsecchi: per la ricerca scientifica, la cura e la prevenzione del cancro del pancreas

www.gdk-cds.ch

Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (in tedesco e francese)

www.ieo.it

Istituto europeo di oncologia

www.insiemecontroilcancro.net

Fondazione Insieme contro il cancro

www.kofam.ch

Organo di coordinamento della ricerca sull'essere umano

www.nastroviola.org

Nastro viola – Associazione italiana per il sostegno alla lotta al tumore al pancreas

www.oltrelaricerca.org

Associazione italiana Oltre la ricerca

www.palliative.ch

Associazione svizzera per la medicina, la cura e l'accompagnamento palliativi

www.pancreas-help.ch

Organizzazione svizzera di autoaiuto per i sofferenti di affezioni al pancreas

www.pankreasstiftung.ch/it

Fondazione Pancreas Svizzera

www.patientenkompetenz.ch

Stiftung Patientenkompetenz (in tedesco)

www.psychoonkologie.ch

Società svizzera di psico-oncologia (in tedesco e francese)

www.smartfood.ieo.it

Programma Smartfood, a cura dell'Istituto Europeo di Oncologia

www.swissnet.net/it

Associazione SwissNET

www.tumorepancreas.com

Sito italiano informativo sul cancro del pancreas

Inglese

www.animatedpancreaspatient.com

The National Pancreas Foundation

www.cancer.gov

National Cancer Institute USA

www.cancer.net

American Society of Clinical Oncology

www.cancer.org

American Cancer Society

www.ecpc.org/edu/pancreas

European Cancer Patient Coalition

www.letswinpc.org

Let's Win! Pancreatic Cancer Organisation

www.macmillan.org.uk

A non-profit cancer information service

www.pancan.org

Pancreatic Cancer Action Network

www.pancreaticcanceraction.org

Pancreatic Cancer Action

www.pancreaticcancereurope.eu

Pancreatic Cancer Europe

www.worldpancreaticcancercoalition.org

World Pancreatic Cancer Coalition

Fonti

Le pubblicazioni e i siti Internet citati nel presente opuscolo servono alla Lega contro il cancro anche da fonte. Soddisfano sostanzialmente i criteri di qualità della Health On the Net Foundation, il cosiddetto «HonCode» (vedi www.hon.ch/HONcode/Italian).

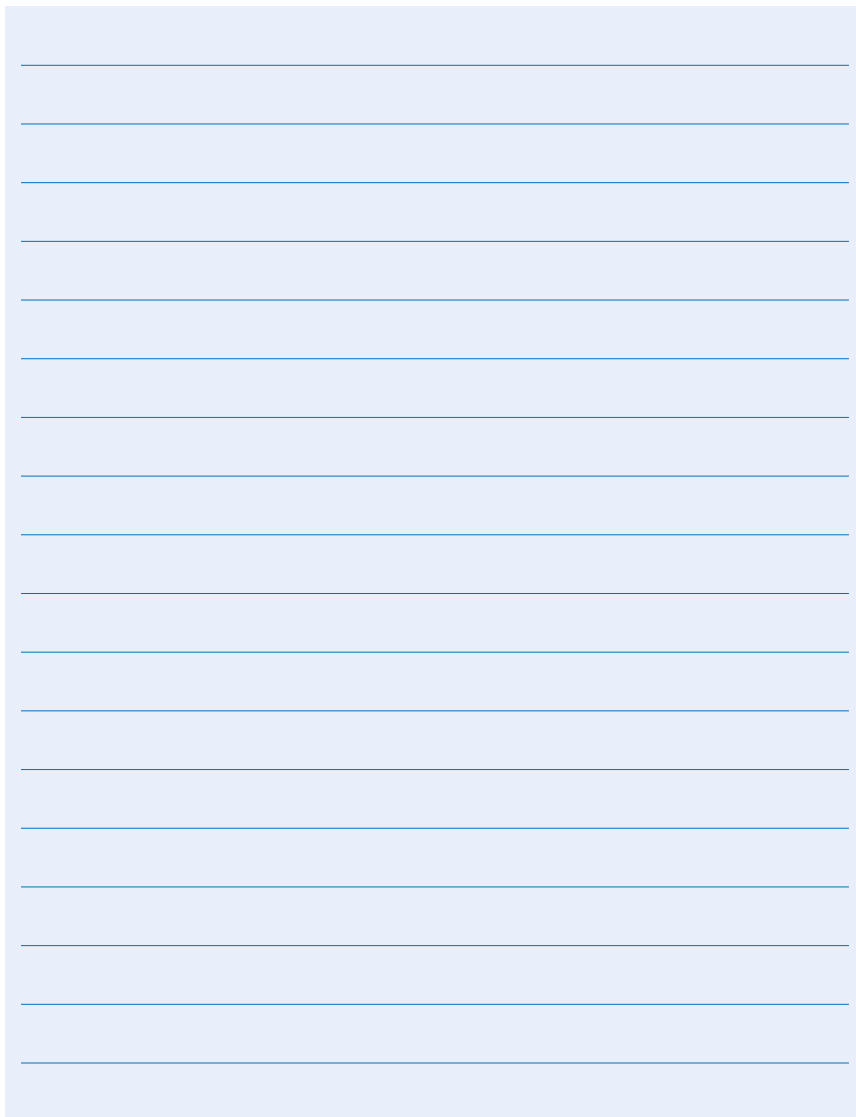
Come per tutti gli opuscoli della Lega svizzera contro il cancro, anche in questo caso, la correttezza dei contenuti è garantita dal controllo da parte di specialisti. Il contenuto viene infatti aggiornato regolarmente.

Gli opuscoli non sono destinati principalmente a un pubblico di professionisti del settore medico, pertanto non pretendono di essere esaustivi. La versione in tedesco tiene conto delle Linee guida per il paziente per quanto concerne le informazioni sanitarie (*Patientenleitlinien für Gesundheitsinformationen*), dei criteri di qualità DISCERN e del Check-in per la valutazione della qualità delle informazioni per il paziente.

Gli opuscoli della Lega svizzera contro il cancro sono neutrali e redatti in modo indipendente.

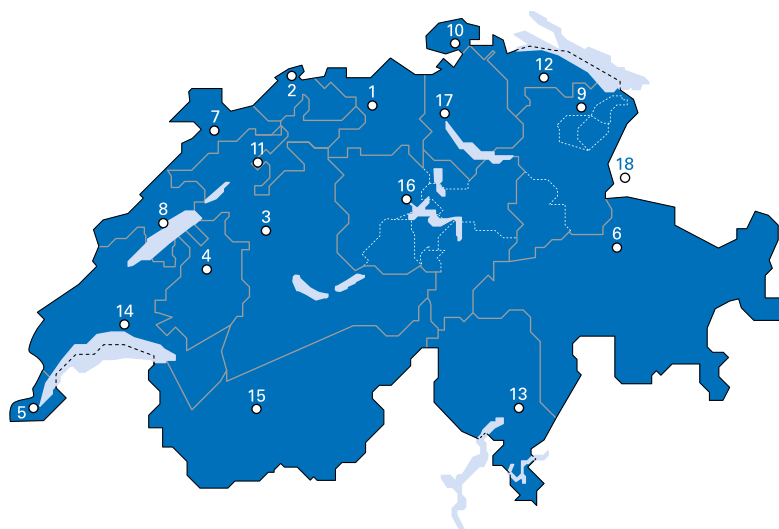
Questa pubblicazione non è destinata alla vendita. La ristampa, la riproduzione, la copia e ogni genere di diffusione, anche solo parziale, necessitano del permesso scritto della Lega svizzera contro il cancro. Tutti i grafici, le illustrazioni e le immagini sono protetti da copyright e non possono essere utilizzati.

I miei appunti



A large light blue rectangular area containing horizontal blue lines, serving as a space for notes.

La Lega contro il cancro offre aiuto e consulenza



- 1 Krebsliga Aargau**
Kasernenstrasse 25
Postfach 3225
5001 Aarau
Tel. 062 834 75 75
admin@krebssliga-aargau.ch
www.krebssliga-aargau.ch
PK 50-12121-7
- 2 Krebsliga beider Basel**
Petersplatz 12
4051 Basel
Tel. 061 319 99 88
info@klbb.ch
www.klbb.ch
PK 40-28150-6
- 3 Bernische Krebsliga**
Ligue bernoise contre le cancer
Marktgasse 55
Postfach
3001 Bern
Tel. 031 313 24 24
info@bernischekrebsliga.ch
www.bernischekrebsliga.ch
PK 30-22695-4
- 4 Ligue fribourgeoise contre le cancer**
Krebsliga Freiburg
route St-Nicolas-de-Flüe 2
case postale
1701 Fribourg
tél. 026 426 02 90
info@liguecancer-fr.ch
www.liguecancer-fr.ch
CP 17-6131-3
- 5 Ligue genevoise contre le cancer**
11, rue Leschot
1205 Genève
tél. 022 322 13 33
ligue.cancer@mediane.ch
www.lgc.ch
CP 12-380-8
- 6 Krebsliga Graubünden**
Ottoplatz 1
Postfach 368
7001 Chur
Tel. 081 300 50 90
info@krebssliga-gr.ch
www.krebssliga-gr.ch
PK 70-1442-0
- 7 Ligue jurassienne contre le cancer**
rue des Moulins 12
2800 Delémont
tél. 032 422 20 30
ligue.ju.cancer@bluewin.ch
www.liguecancer-ju.ch
CP 25-7881-3
- 8 Ligue neuchâteloise contre le cancer**
faubourg du Lac 17
2000 Neuchâtel
tél. 032 886 85 90
LNCC@ne.ch
www.liguecancer-ne.ch
CP 20-6717-9
- 9 Krebsliga Ostschweiz**
SG, AR, AI, GL
Flurhofstrasse 7
9000 St. Gallen
Tel. 071 242 70 00
info@krebssliga-ostschweiz.ch
www.krebssliga-ostschweiz.ch
PK 90-15390-1

10 **Krebsliga Schaffhausen**

Mühlentalstrasse 84
8200 Schaffhausen
Tel. 052 741 45 45
info@krebssliga-sh.ch
www.krebssliga-sh.ch
PK 82-3096-2

11 **Krebsliga Solothurn**

Wengistrasse 16
4500 Solothurn
Tel. 032 628 68 10
info@krebssliga-so.ch
www.krebssliga-so.ch
PK 45-1044-7

12 **Thurgauische Krebsliga**

Bahnhofstrasse 5
8570 Weinfelden
Tel. 071 626 70 00
info@tgkl.ch
www.tgkl.ch
PK 85-4796-4

13 **Lega ticinese contro il cancro**

Piazza Nosetto 3
6500 Bellinzona
Tel. 091 820 64 20
info@legacancro-ti.ch
www.legacancro-ti.ch
CP 65-126-6

14 **Ligue vaudoise contre le cancer**

place Pépinet 1
1003 Lausanne
tél. 021 623 11 11
info@lvc.ch
www.lvc.ch
UBS 243-483205.01Y
CCP UBS 80-2-2

15 **Ligue valaisanne contre le cancer Krebsliga Wallis**

Siège central:
rue de la Dixence 19
1950 Sion
tél. 027 322 99 74
info@lvcc.ch
www.lvcc.ch
Beratungsbüro:
Spitalzentrum Oberwallis
Überlandstrasse 14
3900 Brig
Tel. 027 604 35 41
Mobile 079 644 80 18
info@krebssliga-wallis.ch
www.krebssliga-wallis.ch
CP/PK 19-340-2

16 **Krebsliga Zentralschweiz LU, OW, NW, SZ, UR, ZG**

Löwenstrasse 3
6004 Luzern
Tel. 041 210 25 50
info@krebssliga.info
www.krebssliga.info
PK 60-13232-5

17 **Krebsliga Zürich**

Freiestrasse 71
8032 Zürich
Tel. 044 388 55 00
info@krebssligazuerich.ch
www.krebssligazuerich.ch
PK 80-868-5

18 **Krebshilfe Liechtenstein**

Im Malarsch 4
FL-9494 Schaan
Tel. 00423 233 18 45
admin@krebshilfe.li
www.krebshilfe.li
PK 90-4828-8

Lega svizzera contro il cancro

Effingerstrasse 40
casella postale
3001 Berna
Tel. 031 389 91 00
info@legacancro.ch
www.legacancro.ch
CP 30-4843-9

Opuscoli

Tel. 0844 85 00 00
shop@legacancro.ch
www.legacancro.ch/
opuscoli

Forum

www.forumcancro.ch,
piattaforma virtuale della
Lega contro il cancro

Cancerline

www.legacancro.ch/
cancerline, la chat sul
cancro per bambini,
adolescenti e adulti
lunedì–venerdì
ore 11.00–16.00

Skype

krebstelefon.ch
lunedì–venerdì
ore 11.00–16.00

Linea stop tabacco

Tel. 0848 000 181
massimo 8 centesimi
al minuto (rete fissa)
lunedì–venerdì
ore 11.00–19.00

Le siamo molto grati del Suo sostegno.

Linea cancro 0800 11 88 11

lunedì–venerdì
ore 9.00–19.00
chiamata gratuita
helpline@legacancro.ch

Uniti contro il cancro

Questo opuscolo Le viene consegnato dalla Sua Lega contro il cancro, la quale è a Sua disposizione con la sua ampia gamma di prestazioni di consulenza, accompagnamento e sostegno. All'interno trova l'indirizzo della Sua Lega cantonale o regionale.