



lega contro il cancro

Il cancro del polmone

Carcinoma bronchiale

Un'informazione della Lega
contro il cancro
per malati e familiari



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, fax 031 389 91 60
info@legacancro.ch, www.legacancro.ch

3^a edizione in tedesco

Direzione del progetto e redazione

Barbara Karlen, specialista pubblicazioni,
Lega svizzera contro il cancro, Berna

Consulenza specialistica

Prof. Dr. med. Oliver Gautschi, co-primario di oncologia medica dell'ospedale cantonale di Lucerna
Dr. med. Roland Kuster, medico specialista di chirurgia toracica e coordinatore del Centro per il trattamento del cancro del polmone dell'Inselspital di Berna

Persona colpita dal cancro, in veste di esperto

Ringraziamo la persona interessata per aver letto con attenzione il presente opuscolo e per il prezioso feedback.

Collaboratrice della Lega svizzera contro il cancro, Berna

Alexandra Uster, collaboratrice scientifica

1^a e 2^a edizione in tedesco

Prof. Dr. med. Oliver Gautschi, co-primario di oncologia medica dell'ospedale cantonale di Lucerna; Sabine Jenny, Lega svizzera contro il cancro, Berna; Dr. med. Roland Kuster, vice-primario di chirurgia toracica dell'Inselspital di Berna; Susanne Lanz, Lega svizzera contro il

cancro, Berna; Verena Marti, Lega svizzera contro il cancro, Berna; Prof. Dr. med. Adrian Ochsenbein, primario di oncologia medica dell'Inselspital di Berna; Ernst Schlumpf, Lega svizzera contro il cancro, Berna; Prof. Dr. med. Ralph Schmid, primario di chirurgia toracica dell'Inselspital di Berna.

Immagine di copertina

Adamo ed Eva di Albrecht Dürer

Illustrazioni

p. 9: Frank Geisler, illustratore scientifico, Berlino
p. 12: Willi R. Hess, disegnatore scientifico, Berna
p. 19: Pneumologia USZ
p. 29: © Roche Pharma AG

Immagini

p. 4: Verena Brügger, Lega svizzera contro il cancro, Berna
p. 16: Shutterstock
p. 37: Urs Flury, ospedale universitario di Basilea
p. 60: ImagePoint, Zurigo

Traduzione

Paolo Giannoni, Thun

Lettorato

Terzi Lorenzo, specialista pubblicazioni, Lega svizzera contro il cancro, Berna

Design

Lega svizzera contro il cancro, Berna

Stampa

Jordi AG, Belp

Questo opuscolo è disponibile anche in lingua tedesca e francese.

© 2019, Lega svizzera contro il cancro, Berna | 3^a edizione rivista

Indice

Editoriale	5	Ulteriori trattamenti	52
Che cos'è il cancro?	6	Terapia del dolore	52
Il cancro del polmone	11	Medicina complementare	53
Il polmone e le sue funzioni	11	Convivere con il cancro	55
Il cancro del polmone	11	Controlli periodici	56
Possibili cause e rischi	13	Offerte di riabilitazione	57
Possibili disturbi e sintomi	15	Cure palliative	58
Esami e diagnosi	17	Consulenza e informazione	61
Primi accertamenti	17		
Esami di approfondimento	18		
Stadi della malattia	21		
Possibili trattamenti	27		
Intervento chirurgico	27		
Terapie medicamentose contro il cancro	30		
Radioterapia	36		
Quale terapia in quale stadio della malattia	39		
Pianificazione del trattamento	39		
Terapia del carcinoma polmonare non a piccole cellule	43		
Terapia del carcinoma polmonare a piccole cellule	45		
Studi clinici	47		
Gestione degli effetti indesiderati	48		
Attenuazione delle difficoltà respiratorie	49		
Consulenza dietetica in caso di carenze nutrizionali	51		



Cara lettrice, caro lettore

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

Una diagnosi di cancro è in un primo momento uno shock per il paziente e i suoi familiari. La quotidianità e le prospettive di vita vengono stravolte all'improvviso e il pensiero ritorna continuamente alle innumerevoli domande che non hanno risposta, in un alternarsi di speranza, rabbia e paura.

Ci auguriamo che le informazioni contenute nel presente opuscolo Le siano di aiuto nell'affrontare la malattia. Le spiegheremo come insorge il cancro del polmone, i possibili esami diagnostici e le terapie disponibili.*Il cancro del polmone è anche definito «carcinoma polmonare» o «carcinoma bronchiale». Informazioni importanti concernenti il periodo successivo alle terapie e ulteriori offerte di sostegno possono aiutarla a convivere con il cancro.

Negli ultimi anni la terapia del cancro del polmone è diventata nettamente più efficace e meglio tollerata. Anche se non tutti i pazienti possono sperare in una guarigione definitiva, spesso è comunque possibile rallentare la

progressione della malattia e lenirne i sintomi. Ciò contribuisce in modo significativo a mantenere la qualità di vita del paziente e a prolungargliela, anche nel caso in cui, per esempio, non sia più possibile operare il carcinoma polmonare perché in stadio avanzato.

In caso di domande, non esiti a rivolgerti ai medici curanti e al personale infermieristico. Accetti anche l'aiuto delle persone a Lei vicine: famiglia, amici, vicini di casa.

Nei numerosi opuscoli della Lega contro il cancro troverà ulteriori informazioni e suggerimenti. Inoltre, può contare sul sostegno e sulla disponibilità all'ascolto dei consulenti specializzati delle Leghe cantonali e regionali nonché della Linea cancro. A pagina 70 sono elencati i recapiti dei rispettivi servizi di consulenza.

Le auguriamo ogni bene.

La Sua Lega contro il cancro

* Nota bene

Malattie come il mesotelioma pleurico e i tumori mediastinici, che insorgono ugualmente nella regione toracica e nei relativi organi, non sono oggetto di questo opuscolo. Non rientrano infatti nell'ambito del cancro del polmone e sono pertanto trattate in modo diverso.

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 (nodulo), e malattie del sistema sanguigno e linfatico (per es. leucemie). Questi ultimi possono 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». Ecco perché il cancro del polmone, per esempio, è chiamato anche «carcinoma bronchiale». La maggior parte dei tumori maligni è costituita da carcinomi.

Sono definiti «sarcomi» (dal greco *sarkos* = carne e *oma* = protuberanza) i tumori maligni solidi che originano da tessuti connettivi, adiposi, cartilaginei, muscolari e ossei o da vasi.

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 orifizi 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 ri-

condurre 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 pro-

prie 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.

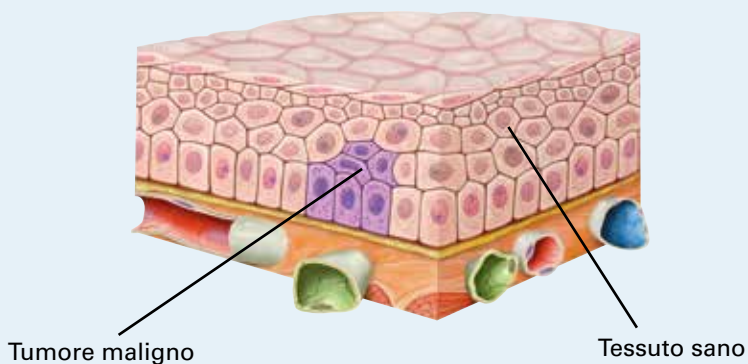
Fattori genetici

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.

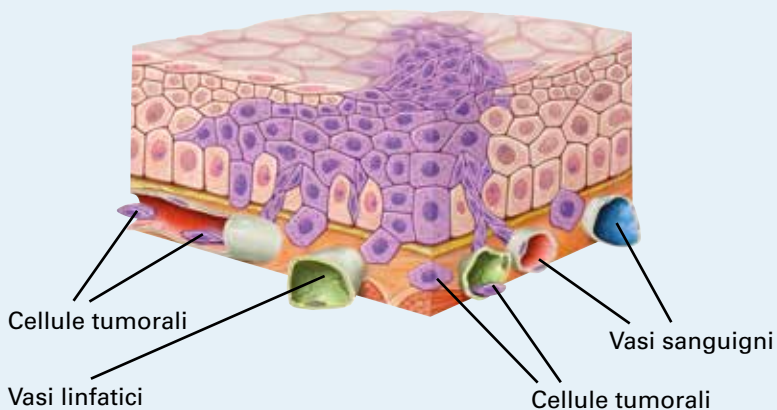
Come si forma un tumore

Esempio: un carcinoma 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.



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 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. 64) della Lega contro il cancro si sofferma sugli aspetti psicologici della malattia, suggerendo possibili modalità di gestione degli stati d'animo ad essa legati.

Il cancro del polmone

Il polmone e le sue funzioni

I polmoni sono due. Il polmone destro è più grande del sinistro ed è suddiviso in tre lobi: superiore, medio e inferiore. Il polmone sinistro, situato sul lato del cuore, è costituito da due lobi (superiore e inferiore). I polmoni sono attraversati da vasi sanguigni e linfatici.

I polmoni sono l'organo della respirazione e provvedono allo scambio gassoso di ossigeno e anidride carbonica. L'aria giunge nei due bronchi principali attraverso la trachea, passa quindi nei bronchioli e infine nei piccolissimi alveoli, dove avviene lo scambio gassoso, vale a dire l'assorbimento di ossigeno nell'organismo e l'eliminazione di anidride carbonica dallo stesso.

La trachea, i bronchi e gli alveoli sono strutturati a forma di albero, dal cui tronco si dipartono grandi rami e ramoscelli. Il numero di alveoli nel polmone umano è stimato intorno a 300 milioni: essi occupano una superficie complessiva di circa 100 metri quadrati.

Il cancro del polmone

Il cancro del polmone, detto anche «carcinoma polmonare» o «carcinoma bronchiale», può formarsi ovunque nei polmoni. Il carcinoma polmonare può originarsi dai tipi di cellule più disparati, sia all'interno delle vie respiratorie (bronchi), sia nel tessuto polmonare. Sulla base dell'esame istologico al microscopio vengono accertati l'estensione, il tipo e l'aspetto delle cellule cancerose. Di conseguenza si distinguono due tipi principali di cancro del polmone: carcinomi polmonari non a piccole cellule e a piccole cellule, la cui denominazione dipende in effetti dalle dimensioni delle cellule.

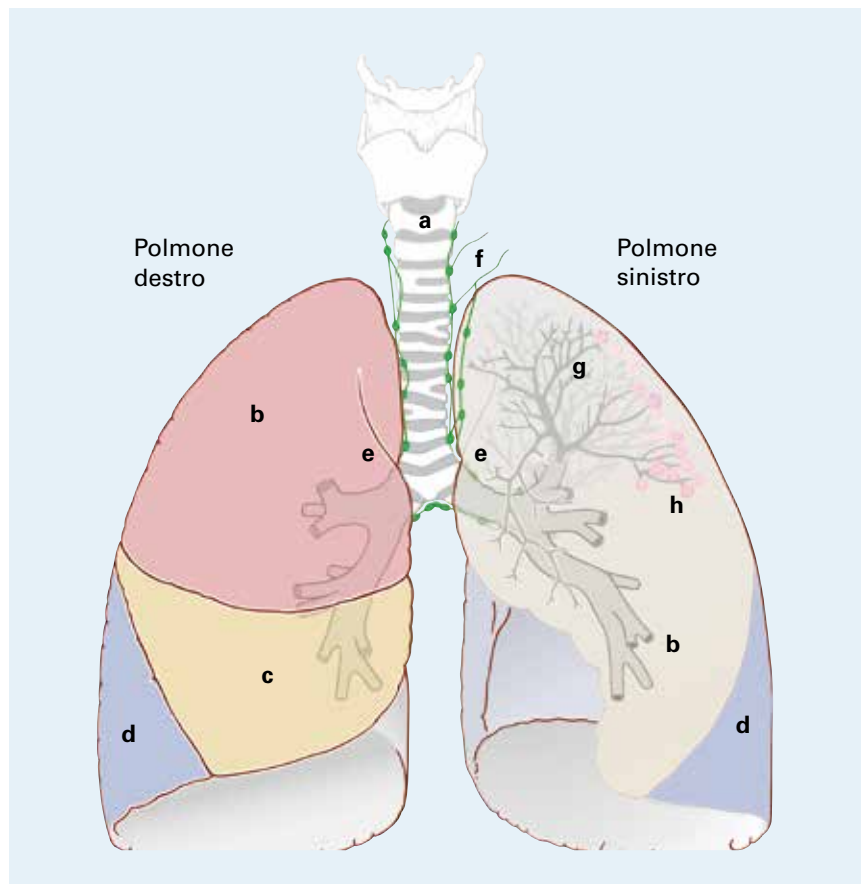
È importante differenziare i due tipi principali di cancro del polmone, perché vengono trattati in modo diverso.

Carcinomi polmonari non a piccole cellule

Circa l'80-85 per cento di tutti i carcinomi polmonari sono del tipo non a piccole cellule (*dall'inglese NSCLC = Non Small Cell Lung Cancer*). Essi possono essere suddivisi in ulteriori sottogruppi a seconda del tipo di tessuto interessato (tessuto ghiandolare, cutaneo o mucosa):

- adenocarcinomi (circa il 40 per cento): si sviluppano a partire dal tessuto ghiandolare;

Il polmone



a Trachea
b Lobo superiore
c Lobo medio
d Lobo inferiore

e Bronchi principali
f Linfonodi
g Bronchioli
h Alveoli

- carcinomi polmonari a cellule squamose (circa il 25-30 per cento): si sviluppano a partire dalla pelle o dalla mucosa;
- carcinomi a grandi cellule (circa il 10-15 per cento): si tratta di carcinomi polmonari che non hanno caratteristiche tissutali specifiche.

Carcinomi polmonari a piccole cellule

All'incirca il 10-15 per cento di tutti i carcinomi polmonari sono del tipo a piccole cellule (dall'inglese *SCLC* = *Small Cell Lung Cancer*).

I carcinomi polmonari a piccole cellule sono più aggressivi dei carcinomi polmonari non a piccole cellule, per cui crescono più rapidamente e formano spesso metastasi nei linfonodi, nelle ossa, nel cervello, nelle ghiandole surrenali e nel fegato. Le probabilità di guarigione per i pazienti affetti da questo cancro del polmone sono pertanto meno fauste che in altre forme di carcinoma polmonare.

Carcinomi polmonari neuroendocrini

Il carcinoma polmonare neuroendocrino a grandi cellule è una forma di transizione tra il carcinoma a piccole cellule e quello non a piccole cellule. Sebbene sia caratterizzato da cellule di grandi dimensioni, si comporta in modo analogo ai carcinomi a piccole cellule.

Forme benigne di tumore polmonare

Il due per cento di tutti i tumori del polmone è di tipo benigno. Non causano nessun segno patologico particolare per cui vengono spesso scoperti casualmente durante un controllo radiografico.

Il trattamento dei tumori benigni dipende soprattutto dalla posizione e dall'estensione della massa tumorale e prevede l'esecuzione di una broncoscopia (vedi p. 18) o di un intervento chirurgico (vedi p. 27). Dopo l'intervento il paziente è, nella maggior parte dei casi, guarito.

Metastasi polmonari

I tumori sviluppatosi in altri organi (per es. seno, prostata o intestino) possono formare metastasi nei polmoni. Queste metastasi non vengono trattate come il cancro del polmone, per cui nel presente opuscolo non approfondiremo il tema del trattamento delle metastasi polmonari.

Possibili cause e rischi

Fumare

Il fumo è la principale causa di cancro del polmone ed è considerato il principale fattore di rischio che può influire sull'insorgenza della malattia. Circa l'80-90 per cento delle morti per cancro del polmone è riconducibile

al fumo. Tuttavia non tutti i fumatori si ammalano di cancro del polmone. Il rischio di sviluppare la malattia è influenzato da:

- numero di anni in cui si è fumato. Più a lungo si fuma, più alto è il rischio di sviluppare il cancro del polmone;
- quante sigarette sono state fumate al giorno. Più sigarette si fumano, maggiore è il rischio di sviluppare il cancro del polmone.

Anche le persone che non hanno mai fumato possono ammalarsi di cancro del polmone.

Fumo passivo

Un altro fattore di rischio per il cancro del polmone è rappresentato dal fumo passivo che può contenere concentrazioni di sostanze cancerogene addirittura più elevate del fumo inalato direttamente mentre si fuma una sigaretta.

Inquinanti ambientali

Un altro fattore di rischio per il cancro del polmone è rappresentato dagli inquinanti ambientali tra cui vari elementi chimici naturali come l'arsenico, il cromo e il nichel, ma anche i gas di scarico dei motori diesel, l'amianto, le polveri sottili, la fuliggine e l'esposizione alle radiazioni come quelle del radon. Per mag-

Prevenzione - Stop tabacco

Astenersi dal fumo è certamente la misura preventiva più efficace contro il cancro del polmone. Smettere di fumare è sempre una decisione sensata. Dopo aver smesso di fumare, il rischio di sviluppare il cancro del polmone scende in 15 anni quasi allo stesso livello di quello dei non fumatori.

Rinunciare al fumo è comunque utile anche una volta che è stato diagnosticato il cancro del polmone. Se non si fuma più, migliora infatti la funzione polmonare e diminuisce il rischio di sviluppare un nuovo tumore, non solo nei polmoni, ma anche nella gola, nel pancreas, nell'intestino e nella vescica. Inoltre, se non si fuma, molti trattamenti sono meglio tollerati.

Utili suggerimenti per smettere di fumare possono essere richiesti alla Linea stop tabacco (vedi p. 62).

giori informazioni sugli inquinanti ambientali, consultare il sito web della Lega svizzera contro il cancro: www.legacancro.ch

Fattori genetici

I dati disponibili indicano che esiste una predisposizione ereditaria al cancro del polmone. Il cancro ereditario del polmone è estremamente raro e non è ancora chiaro come si verifichi tale predisposizione ereditaria.

Aumento del numero di casi tra le donne

Ogni anno in Svizzera viene diagnosticato il cancro del polmone a circa 2600 uomini e 1700 donne. Quasi tutti i nuovi casi riguardano persone che al momento della diagnosi hanno più di 50 anni.

Mentre il numero di nuovi casi tra gli uomini è diminuito negli ultimi anni, è cresciuto invece significativamente il numero di donne colpite dalla malattia in Svizzera. In 30 anni è infatti raddoppiato. Questo incremento è riconducibile all'aumento delle donne fumatrici.

Possibili disturbi e sintomi

I carcinomi polmonari restano pressoché asintomatici nei primi stadi,

per cui la malattia viene spesso diagnosticata per caso e in uno stadio avanzato.

Il cancro del polmone presenta spesso gli stessi sintomi di altre malattie polmonari, come la broncopneumopatia polmonare cronica ostruttiva (BPCO) o la fibrosi polmonare.

Sintomi che possono indicare un cancro del polmone:

- tosse persistente da oltre quattro settimane;
- tosse cronica (tosse del fumatore) che cambia improvvisamente;
- difficoltà respiratorie praticando una leggera attività fisica o a riposo;
- dolori al torace;
- espettorato, con o senza tracce di sangue;
- dolori alle ossa;
- stanchezza inspiegabile e debolezza generale;
- perdita di peso non voluta e/o inappetenza;
- febbre inspiegabile.

Tuttavia questi sintomi possono anche essere causati da una malattia diversa dal cancro del polmone. Per questo motivo in presenza di tali disturbi si raccomanda di consultare un medico.



Esami e diagnosi

Per formulare la diagnosi di cancro del polmone sono generalmente necessari diversi esami. In singoli casi, non vengono effettuati tutti gli esami qui descritti.

Primi accertamenti	Diagnostica per immagini	Conferma della diagnosi con prelievo di tessuto
<ul style="list-style-type: none">• Raccolta di informazioni dal paziente• Esame obiettivo• Analisi del sangue	<ul style="list-style-type: none">• RX toracica• TC• PET-TC• RM	<ul style="list-style-type: none">• Broncoscopia• Ecografia endobronchiale• Mediastinoscopia

Primi accertamenti

Raccolta di informazioni dal paziente

La raccolta di informazioni dalla voce diretta del paziente da parte del medico prende il nome di «anamnesi». In questa fase viene presa nota dei disturbi attuali, delle malattie precedenti, delle condizioni di vita e delle abitudini relative al fumo. Viene inoltre chiesto al paziente se per lavoro è stato esposto o se è ancora esposto a sostanze tossiche.

Esame obiettivo

Il medico ausculta i polmoni e palpa il corpo del paziente per rilevare eventuali alterazioni dei tessuti, ritenzione idrica o linfonodi ingrossati.

Analisi del sangue

Gli esami del sangue servono a verificare il normale funzionamento degli organi corporei prima di un trattamento.

Radiografia

La radiografia del torace fornisce un'immagine dei polmoni, consentendo di individuare quei cambiamenti che potrebbero indicare la presenza di un cancro del polmone.

Test della funzionalità respiratoria

Il test della funzionalità respiratoria (spirometria) serve a stabilire le prestazioni del polmone. A tal fine si misura la quantità di aria inspirata ed espirata (volume polmonare). L'esame è indolore e richiede solo pochi minuti.

Esami di approfondimento

A seconda dei primi risultati ottenuti, seguiranno ulteriori indagini. Gli obiettivi sono i seguenti:

- determinare l'estensione e la posizione del carcinoma polmonare;
- raccogliere porzioni di tessuto per determinare il tipo di tumore (non a piccole cellule, a piccole cellule);
- rilevare metastasi in altri organi.

Esami endoscopici

Gli esami endoscopici sono tutti quegli esami eseguiti con un endoscopio (tubo morbido e flessibile), tra cui la broncoscopia, l'ecografia endobronchiale e la mediastinoscopia.

Broncoscopia con prelievo di campioni di tessuto

La broncoscopia è l'esame più importante per formulare la diagnosi di cancro del polmone.

Durante la broncoscopia, un tubicino sottile, morbido ed elastico (endoscopio) dotato di una piccola telecamera, viene introdotto nei bronchi attraverso il naso e la trachea. Con l'endoscopio è possibile visualizzare le vie respiratorie all'interno del polmone e prelevare campioni di tessuto (biopsie). Un patologo esamina poi questi campioni di tessuto per accertare se si tratta di cellule maligne.

Generalmente l'esame viene eseguito in regime ambulatoriale, vale a dire che non è necessaria l'ospedalizzazione. La broncoscopia dura da 10 a 50 minuti e viene eseguita in anestesia locale. Su richiesta è possibile somministrare dei sedativi.

Se la trachea è ostruita, l'esame viene eseguito con un endoscopio rigido. In questo caso, la broncoscopia è effettuata in anestesia generale.

Esame dell'espettorato

L'espettorato viene esaminato solo se non è possibile eseguire né la broncoscopia né l'agoaspirato. L'espettorato viene esaminato in laboratorio come un qualsiasi campione di tessuto per determinare il tipo di cellule.

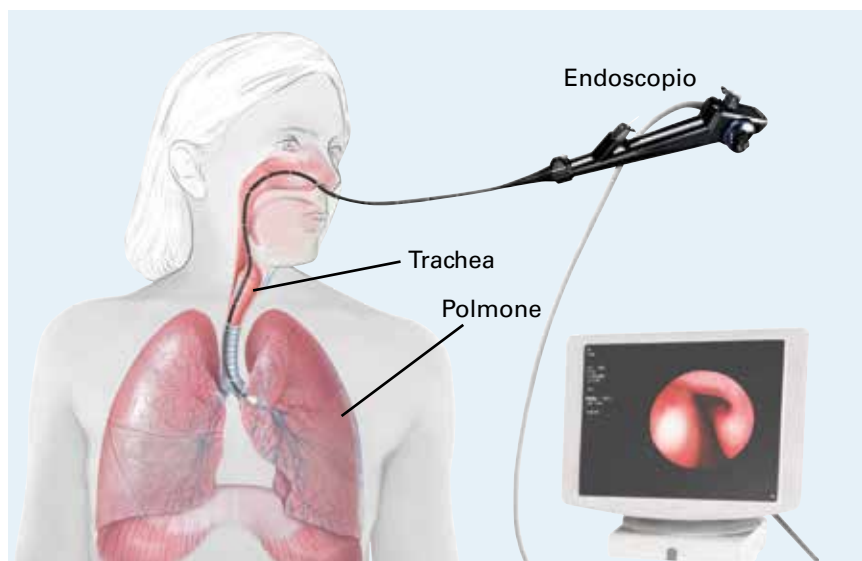
Agoaspirato con prelievo di tessuto

Se il carcinoma polmonare è localizzato nelle zone periferiche del polmone, i medici non riescono a raggiungerle con l'endoscopio. In questi casi, il tessuto, e talvolta anche i liquidi, viene prelevato per mezzo di un sottile ago inserito attraverso la parete toracica. Il punto di inserimento dell'ago viene anestetizzato. Questo esame viene spesso eseguito sotto guida ecografica o TC.

Ecografia endobronchiale (EBUS)

L'EBUS è una forma estesa di broncoscopia, in cui l'endoscopio viene dotato anche di un dispositivo a ultrasuoni. Con l'ecografia endobronchiale è possibile localizzare i linfonodi del torace che non sarebbero visibili in una broncoscopia tradizionale.

Broncoscopia



Mediastinoscopia

Con la mediastinoscopia viene inserito un endoscopio nella cavità toracica centrale tra i due polmoni (mediastino) potendo individuare eventuali linfonodi affetti dalla malattia. I linfonodi e altro tessuto polmonare possono così essere prelevati per essere poi esaminati. L'esame viene eseguito in anestesia generale.

Diagnostica per immagini

Con le tecniche diagnostiche per immagini è possibile individuare con maggiore precisione la posizione e l'estensione del carcinoma polmonare, i linfonodi colpiti ed eventuali metastasi.

Tomografia computerizzata dei polmoni (TC)

La tomografia computerizzata è una tecnica diagnostica per immagini con cui viene somministrato in vena un mezzo di contrasto. Le immagini della TC mostrano l'area toracica in sezione, consentendo di individuare i linfonodi colpiti, la posizione e l'estensione del carcinoma polmonare ed eventuali metastasi nell'altro polmone.

Tomografia computerizzata ad emissione di positroni (PET-TC)

La PET-TC è un esame diagnostico per immagini combinato a una TC.

Per eseguire l'esame viene somministrato zucchero a bassa radioattività per via endovenosa. Lo zucchero radioattivo si accumula nelle cellule che si dividono rapidamente, come le cellule cancerose. La PET-TC consente quindi di rilevare con maggiore accuratezza, rispetto alla TC, i linfonodi colpiti e le metastasi in organi diversi dai polmoni.

Risonanza magnetica (RM)

La risonanza magnetica (RM) lavora con campi magnetici e onde radio. Analogamente alla TC, ai pazienti viene innanzitutto iniettato un mezzo di contrasto in vena. La RM viene eseguita qualora vi sia il sospetto di cancro del polmone o nel caso di malattia conclamata al fine di escludere o rilevare metastasi al cervello.

Si lasci spiegare gli esami diagnostici a cui deve sottoporsi

Il Suo medico Le spiegherà quali esami dovranno essere eseguiti. Si lasci spiegare gli esami e chieda perché sono necessari e quali sono i loro effetti. Chieda anche quali possono essere le conseguenze se rinunciaste a un determinato esame.

Gli esami vengono valutati quanto prima possibile. Tuttavia i risultati degli esami diagnostici per immagini possono richiedere diversi giorni,

quelli degli esami istologici addirittura settimane. L'attesa è spesso molto snervante.

Se desidera parlarne con qualcuno che non sia la Sua famiglia, i Suoi amici o il Suo medico, potrà rivolgersi alla Sua Lega contro il cancro cantonale o regionale o ai consulenti della Linea cancro (vedi p. 70).

Stadi della malattia

I risultati degli esami consentono di valutare l'estensione del cancro e di determinare lo stadio della malattia secondo la classificazione TNM. Sulla base di questi risultati e in considerazione dei risultati di tutti gli altri esami, i medici pianificano la miglior terapia possibile per il paziente.

Classificazione TNM

La classificazione TNM dell'*Union internationale contre le cancer* (UICC) serve a determinare la diffusione del cancro nel polmone, nei linfonodi o in altri organi. Viene anche chiamata «stadiazione» o «staging» in inglese.

Le lettere **T**, **N**, **M** indicano quanto segue:

- T** Tumore primario (primitivo) (dal latino *primarius* = al primo posto)
- N** linfonodi regionali (dal latino *nodus* = nodo)
- M** Metastasi (dal greco: migrare in un altro luogo)

Classificazione TNM nel cancro del polmone (8ª edizione, 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 esteso è il tumore o maggiori sono le sue dimensioni.

TX Il tumore non è valutabile

T0 Nessuna evidenza di un tumore.

Tis Tumore *in situ*, circoscritto alla superficie della mucosa.

T1 Il tumore ha dimensioni massime uguali o inferiori a 3 cm, circondato da tessuto polmonare o pleura viscerale; il bronco principale non è interessato.

T1mi Adenocarcinoma minimamente invasivo (penetrante).

T1a Il tumore ha dimensioni massime di 1 cm.

T1b Diametro massimo superiore a 1 cm, ma inferiore a 2 cm.

T1c Diametro massimo superiore a 2 cm, ma inferiore a 3 cm.

T2 Il tumore ha dimensioni superiori a 3 cm, ma non superiori a 5 cm o presenta almeno una delle seguenti caratteristiche:

- interessamento del bronco principale, infiltrato per 2 cm o più in corrispondenza dello sperone cartilagineo della divisione della trachea (carena tracheale), ma senza coinvolgimento della carena;
- invasione della pleura viscerale; *oppure*
- atelettasia parziale indotta dal tumore (collasso del polmone per la riduzione o l'assenza di aria) o polmonite ostruttiva che si estende alla regione ilare, che coinvolge il polmone in tutto o in parte.

T2a Il tumore ha dimensioni superiori a 3 cm, ma non superiori a 4 cm.

T2b Il tumore ha dimensioni superiori a 4 cm, ma non superiori a 5 cm.

T3 Il tumore ha dimensioni superiori a 5 cm, ma non superiori a 7 cm o ha invaso le strutture limitrofe come la pleura, la parete toracica, il diaframma o il pericardio; o sono presenti noduli neoplastici nello stesso lobo polmonare del tumore primitivo.

T4 Il tumore di qualsiasi dimensione ha invaso una delle seguenti strutture: diaframma, mediastino, cuore, grandi vasi sanguigni, trachea o esofago, corpi vertebrali o cartilagine in corrispondenza della divisione della trachea (carena tracheale); focolai tumorali in un lobo polmonare differente sullo stesso lato del tumore primitivo.

N La lettera N sta per «linfonodi».

NX I linfonodi regionali non sono valutabili.

N0 Assenza di metastasi nei linfonodi regionali.

N1 Metastasi nei linfonodi dello stesso polmone. I linfonodi interessati si trovano in corrispondenza del bronco e/o dell'ilo polmonare (dove la vena e l'arteria polmonari, il bronco principale e i vasi linfatici entrano nei polmoni) o all'interno del tessuto polmonare.

N2 Metastasi nei linfonodi dello stesso polmone. I linfonodi interessati si trovano in corrispondenza del mediastino e/o sotto la ramificazione della trachea.

N3 Metastasi nei linfonodi del polmone non interessato dal tumore primitivo o in linfonodi più distanti.

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

M0 Assenza di metastasi a distanza.

M1 Presenza di metastasi a distanza.

M1a Focolai tumorali in un lobo controlaterale rispetto al tumore primitivo; tumore con metastasi toraciche o pericardiche o versamento pleurico o pericardico.

M1b Una singola metastasi extratoracica in un solo organo (per es. fegato, ghiandole surrenali, ossa, cervello).

M1c Metastasi multiple extratoraciche in uno o più organi.

Stadiazione: carcinomi polmonari non a piccole cellule

Secondo la classificazione TNM i carcinomi polmonari non a piccole cellule possono essere suddivisi in cinque stadi, contrassegnati da 0 e dai numeri romani da I a IV. Più alto è il numero, più avanzato è lo stadio della malattia.

Stadio 0

Carcinoma polmonare *in situ*: Le cellule tumorali sono presenti solo sulla superficie della mucosa. Non sono interessati linfonodi né sono presenti metastasi.

Stadio I

Nello stadio I non sono interessati i linfonodi e non sono presenti metastasi.

Si distingue quanto segue:

stadio IA

- il carcinoma polmonare ha dimensioni massime di 3 cm, circondato da tessuto polmonare o pleura, bronco principale non coinvolto;

stadio IA1

- il carcinoma polmonare ha dimensioni massime di 1 cm;

stadio IA2

- il carcinoma polmonare ha dimensioni superiori a 1 cm, ma non superiori a 2 cm;

stadio IA3

- il carcinoma polmonare ha dimensioni superiori a 2 cm, ma non superiori a 3 cm;

stadio IB

- il carcinoma polmonare ha dimensioni superiori a 3 cm, ma non superiori a 4 cm.

Stadio II

Nello stadio II è interessato al massimo un linfonodo nello stesso polmone colpito dal tumore primitivo. Non si evidenziano metastasi.

Si distingue quanto segue:

stadio IIA

- il carcinoma polmonare ha dimensioni superiori a 4 cm, ma non superiori a 5 cm e non sono interessati linfonodi;

stadio IIB

- il carcinoma polmonare ha dimensioni massime di 5 cm ed è interessato un linfonodo nello stesso polmone colpito dal tumore primitivo;
- il carcinoma polmonare ha dimensioni massime di 7 cm o ha invaso la pleura, la parete toracica, il diaframma o il pericardio

o sono presenti ulteriori noduli neoplastici nello stesso lobo polmonare del tumore primitivo.

Stadio III

Lo stadio III comprende i carcinomi polmonari di qualsiasi spessore, con interessamento di linfonodi, ma senza metastasi.

Si distingue quanto segue:

stadio IIIA

- il carcinoma polmonare ha dimensioni massime di 5 cm; sono interessati i linfonodi nella stessa parete toracica e/o all'uscita della trachea;
- il carcinoma polmonare ha dimensioni massime di 7 cm o ha invaso la pleura, la parete toracica, il diaframma o il pericardio oppure è presente un ulteriore nodulo neoplastico nello stesso lobo polmonare del tumore primitivo e inoltre sono interessati i linfonodi nello stesso polmone colpito dal tumore primitivo;
- il carcinoma polmonare di qualsiasi spessore ha invaso il diaframma, il mediastino, il cuore, i grandi vasi sanguigni, la trachea o l'esofago, i corpi vertebrali o la cartilagine in corrispondenza della divisione della trachea (carena tracheale). Sono presenti noduli neoplastici separati in un altro lobo polmonare, sullo stesso lato del tumore primitivo

e, inoltre, sono interessati i linfonodi nello stesso polmone colpito dal tumore primitivo;

stadio IIIB

- il carcinoma polmonare ha dimensioni massime di 5 cm; sono interessati i linfonodi del polmone non colpito dal tumore primitivo o altri linfonodi più distanti;
- il carcinoma polmonare ha dimensioni minime di 5 cm e ha invaso il diaframma, il mediastino, il cuore, i grandi vasi sanguigni, la trachea o l'esofago, il corpo vertebrale o la cartilagine in corrispondenza della divisione della trachea (carena tracheale); sono presenti noduli neoplastici separati dal tumore primitivo in un altro lobo polmonare, sullo stesso lato del tumore primitivo e sono presenti metastasi nei linfonodi dello stesso polmone colpito dal tumore primitivo;

stadio IIIC

- il carcinoma polmonare ha dimensioni minime di 5 cm e ha invaso il diaframma, il mediastino, il cuore, i grandi vasi sanguigni, la trachea o l'esofago, i corpi vertebrali o la cartilagine in corrispondenza della divisione della trachea (carena tracheale); sono presenti noduli neoplastici separati dal tumore primitivo in

un altro lobo polmonare, sullo stesso lato del tumore primitivo e sono interessati i linfonodi del polmone non colpito dal tumore primitivo o altri linfonodi più distanti.

Stadio IV

Lo stadio IV comprende i carcinomi polmonari di qualsiasi spessore, con interessamento di linfonodi e presenza di metastasi in altri organi.

Si distingue quanto segue:

stadio IVA

- noduli neoplastici separati dal tumore primitivo in un lobo polmonare controlaterale rispetto al tumore primitivo e tumore con metastasi toraciche o pericardiche o versamento pleurico o pericardico oppure una singola metastasi extratoracica in un solo organo (per es. fegato, ghiandole surrenali, ossa, cervello);

stadio IVB

- si evidenziano varie metastasi in uno o più organi.

Stadiazione: carcinomi polmonari a piccole cellule

La stadiazione dei carcinomi polmonari a piccole cellule è identica a quella dei carcinomi polmonari non a piccole cellule (vedi p. 24). Unica eccezione è costituita dallo stadio IV in cui non vi è differenziazione tra stadio IVA e IVB.

Oltre alla classificazione TNM, i carcinomi polmonari a piccole cellule si possono suddividere in: *Very Limited Disease (VLD)*, *Limited Disease (LD)* ed *Extensive Disease (ED)*.

- *Very Limited Disease (VLD)*: malattia circoscritta a un solo polmone senza metastasi.
- *Limited Disease (LD)*: malattia circoscritta a un solo polmone con o senza metastasi e con o senza versamento pleurico.
- *Extensive Disease (ED)*: malattia in stadio avanzato. Il tumore ha invaso i due polmoni e ha formato metastasi.

Possibili trattamenti

La scelta della terapia dipende dai seguenti fattori:

- tipo di tumore (a piccole cellule, non a piccole cellule);
- stadio della malattia (vedi p. 21);
- funzionalità polmonare;
- resistenza allo sforzo del cuore e della circolazione sanguigna;
- stato di salute generale, altre patologie ed età del paziente.

La strategia di trattamento dei carcinomi polmonari a piccole cellule differisce da quella delle forme tumorali non a piccole cellule (vedi «Quale terapia in quale stadio della malattia», p. 39).

Le strategie per il trattamento del cancro del polmone sono l'intervento chirurgico, la chemioterapia e la radioterapia.

Questi trattamenti possono essere somministrati singolarmente o combinati. In caso di terapia combinata, i trattamenti possono essere effettuati simultaneamente o uno di seguito all'altro.

Un trattamento di successo («curativo», vedi p. 39) finalizzato alla guarigione è possibile se il carcinoma polmonare può essere asportato completamente o eliminato con la radioterapia e/o la chemioterapia. Il paziente può tuttavia essere dichiarato guarito solo dopo molti anni.

Se la malattia è in stadio avanzato, vale a dire se il cancro si è già diffuso in entrambi i polmoni o in altri organi, la guarigione non è di solito più possibile. In questi casi, le cure palliative (vedi p. 40) hanno lo scopo di rallentare la progressione della malattia, lenire gli eventuali sintomi e mantenere la qualità di vita del paziente.

Intervento chirurgico

La possibilità di eseguire l'intervento chirurgico dipende dall'estensione, dalla posizione del carcinoma polmonare e dallo stato di salute generale del paziente. Un altro requisito essenziale per l'operazione è dato dalla buona funzionalità respiratoria. Pertanto, prima di un'operazione ai polmoni viene eseguito un test di funzionalità respiratoria (vedi p. 17).

Carcinoma polmonare a piccole cellule

Solitamente al momento della diagnosi il carcinoma polmonare a piccole cellule a crescita rapida ha già invaso un polmone e/o ha formato metastasi. Pertanto spesso non è più possibile effettuare un intervento chirurgico.

Carcinoma polmonare non a piccole cellule

L'intervento chirurgico è indicato per lo più nei carcinomi polmonari non a piccole cellule.

Obiettivo dell'intervento chirurgico

L'intervento chirurgico ha per obiettivo l'asportazione completa del tumore e di un margine di sicurezza costituito da tessuto sano, in modo che nel polmone non rimanga tessuto maligno. Se i margini di sicurezza sono privi di tessuto canceroso residuo, si parla di «resezione R0». Non è però sempre possibile rimuovere l'intero tessuto maligno. In questi casi si parla di «resezione R1» o «R2» (vedi riquadro sotto).

Asportazione dei linfonodi

Durante l'operazione vengono asportati anche i linfonodi presenti nel mediastino, che saranno esaminati per

accertare se sono invasi da cellule cancerose. In tal modo è possibile avere un quadro preciso dello stadio della malattia (vedi p. 21) per poter pianificare i trattamenti successivi.

Intervento a cielo aperto (accesso attraverso la cassa toracica)

Dopo l'operazione, i polmoni devono funzionare al meglio. Pertanto può essere asportata solo una porzione di polmone tale da assicurare comunque una sufficiente funzionalità respiratoria. Se, a causa delle dimensioni e della diffusione del carcinoma polmonare, ciò non fosse possibile, l'intervento chirurgico spesso non può essere eseguito.

Resezione - Margine di sicurezza di tessuto sano

Classi di resezione (asportazione) del tumore:

- **resezione R0:** rimozione completa del tumore. Non si evidenzia più alcun tessuto canceroso nel margine di resezione;
- **resezione R1:** è stato possibile asportare il tumore a livello macroscopico (porzioni visibili a occhio nudo). Si evidenziano porzioni di tessuto canceroso più piccole (non visibili a occhio nudo) nel margine di resezione;
- **resezione R2:** non è stato possibile asportare grandi porzioni del tumore visibili a occhio nudo.

Di seguito si elencano le tecniche chirurgiche di più frequente utilizzo:

Segmentectomia

Nei carcinomi polmonari di dimensioni inferiori a 2 cm o nei casi di funzionalità polmonare significativamente compromessa, si procede all'ablazione di una sola parte del lobo polmonare (segmento polmonare). In questo modo si preserva il tessuto polmonare e il paziente non ha difficoltà a respirare dopo l'intervento chirurgico.

Lobectomia

La lobectomia, in cui viene rimosso un intero lobo polmonare, è l'operazione standard in circa due terzi dei casi di carcinoma polmonare. Insieme al lobo polmonare si asportano completamente anche i linfonodi (linfadenectomia).

Oltre alla segmentectomia e alla lobectomia vengono utilizzate anche le seguenti tecniche chirurgiche:

Bilobectomia

La bilobectomia prevede la rimozione di due dei cinque lobi polmonari.

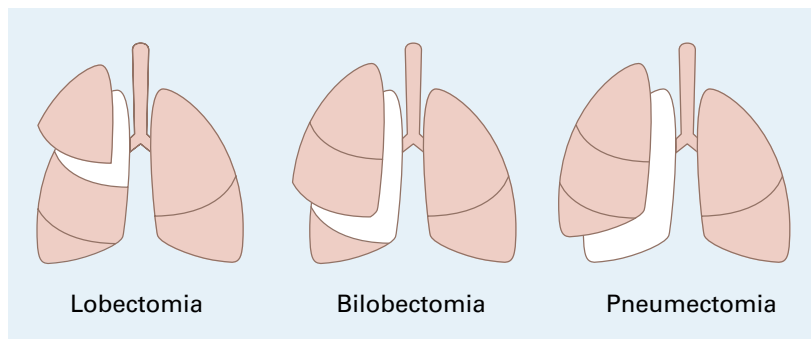
Pneumectomia

Con il termine «pneumectomia» si indica l'asportazione di un intero polmone.

Intervento endoscopico

In alternativa all'intervento a cielo aperto (vedi p. 28) si può ricorrere alla tecnica endoscopica (mini-invasiva), utilizzata per i carcinomi polmonari delle dimensioni massime di 5 cm e se non vi sono metastasi negli organi limitrofi. Rispetto alla chirurgia a cielo aperto, questa tecnica comporta meno dolori e assicura un

Tecniche chirurgiche per il trattamento del cancro del polmone



processo di guarigione migliore. L'intervento endoscopico viene eseguito in circa il 50% dei casi.

In alcuni ospedali, l'intervento endoscopico è eseguito con un sistema di chirurgia robotica. Il robot Da Vinci supporta i chirurghi durante l'operazione.

Possibili conseguenze delle operazioni

Parli con il Suo chirurgo, prima dell'intervento, dei vantaggi e degli svantaggi delle diverse tecniche chirurgiche.

Il dolore al torace e al busto si presenta soprattutto in caso di chirurgia a cielo aperto.

Indipendentemente dalla tecnica chirurgica adottata, dopo l'operazione manca una porzione di polmone. A seconda del numero di lobi asportati, i polmoni riescono a incamerare meno ossigeno, per cui raggiungono più rapidamente la loro capacità respiratoria massima rispetto a quanto accadeva prima dell'intervento.

Maggiori informazioni...

... sulle tecniche chirurgiche sono disponibili nell'opuscolo della Lega contro il cancro «La chirurgia dei tumori» (vedi p. 64).

Gli esercizi di respirazione aiutano a migliorare la capacità polmonare dopo l'intervento chirurgico. I primi esercizi vengono appresi già in ospedale, seguiti da uno specialista, e possono essere poi proseguiti a domicilio.

Riabilitazione

Molti pazienti si trasferiscono in un centro di riabilitazione residenziale subito dopo il ricovero ospedaliero (vedi p. 57), dove con esercizi mirati quotidiani si cerca di facilitare il recupero fisico. Chieda al Suo chirurgo ancor prima dell'operazione se potrà soggiornare in una clinica di riabilitazione e si faccia spiegare le possibilità di finanziamento da parte della Sua cassa malati.

Terapie medicamentose contro il cancro

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 *zyto* = cellula, *statikos* = fermare, bloccare).

Le cellule si dividono secondo una determinata sequenza che si sviluppa in diverse fasi. I farmaci citostatici interferiscono con le diverse fasi di divisione cellulare, inibendo

quindi anche la crescita del tumore. Questi medicinali si diffondono in altre regioni corporee attraverso i vasi sanguigni. Per questo motivo si parla di «effetto sistemico», per distinguerli dalle terapie locali come l'intervento chirurgico o la radioterapia.

Nel cancro del polmone la chemioterapia può essere somministrata:

- prima dell'intervento chirurgico per ridurre la massa tumorale;
- dopo l'intervento chirurgico per distruggere le cellule cancerose eventualmente ancora presenti e ridurre il rischio di recidive.

Somministrazione

La maggior parte dei farmaci citostatici usati nel cancro del polmone viene somministrata direttamente in vena per infusione. Il trattamento viene di solito eseguito in regime ambulatoriale, vale a dire che non è necessaria una lunga degenza ospedaliera. Determinati farmaci citostatici possono essere assunti in compresse a casa (terapia antitumorale orale).

La chemioterapia è suddivisa in cicli (solitamente di 3-4 settimane). Ogni ciclo consiste in un trattamento di una certa durata e nella pausa successiva che consente agli organi sani di ristabilirsi.

La chemioterapia «curativa» pre- e post-intervento dura 3-4 mesi. La durata della chemioterapia «palliativa» è invece in linea di principio illimitata e dipende dalla tollerabilità da parte del paziente e dal successo della terapia.

A seconda del tipo di carcinoma polmonare, viene somministrata la radioterapia contemporaneamente alla chemioterapia (radiochemioterapia, vedi p. 38).

Possibili effetti indesiderati

I citostatici danneggiano anche le cellule sane a crescita rapida, come per esempio:

- le cellule del sistema emopoietico (midollo osseo);
- le cellule dei follicoli piliferi;
- le cellule delle mucose (bocca, stomaco, intestino, vagina);
- gli spermatozoi e gli ovociti.

Maggiori informazioni...

... sui tipi di chemioterapie sono disponibili negli opuscoli «Terapie medicamentose dei tumori» o «Terapie orali in oncologia» (vedi p. 64).

Ed è proprio il danneggiamento delle cellule sane la principale causa degli effetti collaterali che possono manifestarsi durante e dopo la chemioterapia:

- ridotta produzione delle cellule del sangue con conseguente maggiore rischio di infezioni, emorragie o anemia;
- fatica cronica (fatigue), elaborazione rallentata del pensiero, amnesia;
- nausea e vomito, diarrea o stipsi;
- pelle e mucose secche, infiammazione delle mucose (bocca, intestino, genitali), alterazioni delle unghie e caduta dei capelli;
- inappetenza e perdita di peso, alterazione dell'olfatto e del gusto;
- formicolio nelle dita delle mani e dei piedi, disturbi sensoriali (vista, udito);

- danni alle cellule del muscolo cardiaco, alla funzione renale ed epatica;
- irritabilità e calo della libido.

Mentre le cellule tumorali muoiono con la chemioterapia, gli organi sani riescono per lo più a rigenerarsi tanto che al termine del trattamento gli effetti collaterali scompaiono gradualmente.

Esistono misure terapeutiche che possono alleviare o addirittura evitare alcuni effetti collaterali. Parli con il Suo medico degli effetti collaterali che possono manifestarsi e, a questo proposito, anche della prevista inabilità al lavoro (vedi riquadro sotto).

Inabilità al lavoro

La chemioterapia è fisicamente molto debilitante. Il tempo che intercorre tra un'infusione e la successiva deve essere utilizzato per il recupero fisico e i pazienti sono al 100% inabili al lavoro. Alcune persone, nonostante la chemioterapia, hanno comunque ancora l'energia necessaria per lavorare. Dovrebbero in ogni caso parlare con il medico curante delle ore di lavoro che devono svolgere, perché, di norma, anche loro sono in grado di lavorare solo con un orario di lavoro ridotto.

Misure e farmaci di accompagnamento

Per combattere i sintomi e gli effetti collaterali legati alla malattia o alle terapie, come nausea, vomito, ipossia, diarrea, febbre, infezioni, dispnea, dolori e anemia, il medico può prescrivere – anche a scopo preventivo – diversi farmaci o terapie:

- antiemetici contro la nausea e il vomito;
- antidiarroici contro la diarrea e/o lassativi contro la stipsi;
- antipiretici contro la febbre (in parte identici agli analgesici);
- analgesici per combattere i dolori;
- antibiotici contro le infezioni batteriche;
- antimicotici contro le infezioni da funghi;
- misure per combattere le infiammazioni delle mucose del cavo oro-faringeo;
- trasfusioni di sangue o somministrazione di farmaci in caso di anemia e trasfusione di piastrine in caso di rischio di emorragia;
- misure (igiene, farmaci) che stimolano il sistema immunitario in caso di drastica diminuzione dei globuli bianchi;
- bisfosfonati contro l'osteoporosi;
- cortisonici, utilizzati tra l'altro per prevenire le reazioni allergiche e contro la nausea;
- misure terapeutiche nutrizionali;
- esercizi di rilassamento, attività fisica e sport;
- fisioterapia, terapia fisica con applicazioni di caldo e di freddo, ergoterapia;
- consulenza psico-oncologica, psicoterapia.

L'assunzione di dosi precise dei farmaci prescritti è importante per l'efficacia della terapia. (vedi «Gestione degli effetti indesiderati» a p. 48).

Terapie mirate

Ogni cellula umana presenta sulla sua superficie e al suo interno numerose caratteristiche diverse (recettori, antigeni, ecc.), alle quali possono fissarsi determinate molecole, innescando molteplici reazioni note come «cascate di trasduzione del segnale». Esse sono necessarie, per esempio, per la divisione cellulare o per la morte di una cellula.

Le terapie mirate (dette in inglese «targeted therapies») riconoscono le cellule tumorali in base alle loro caratteristiche specifiche e le bloccano. Le cascate di segnali vengono così disturbate e la crescita o il metabolismo del tumore possono quindi essere temporaneamente frenati.

Per quanto riguarda i carcinomi polmonari non a piccole cellule in stadio avanzato, sono stati nel frattempo sviluppati diversi farmaci mirati, i cosiddetti «inibitori della tirosin-chinasi» che vengono utilizzati per contrastare le seguenti caratteristiche: EGFR (recettore del fattore di crescita dell'epidermide), ALK (chinasi del linfoma anaplastico), ROS1 e BRAF. Questi farmaci bloccano la trasduzione del segnale e mirano ad arrestare la progressione della malattia.

La terapia mirata per il cancro del polmone è una cura palliativa a lungo termine, somministrata finché

la malattia può essere tenuta sotto controllo e fino a che il paziente tollera o desidera la terapia.

La possibilità di utilizzare efficacemente un inibitore della tirosin-chinasi di questo tipo viene accertata prima dell'inizio della terapia mediante analisi del sangue o dei tessuti, cercando di individuare le corrispondenti alterazioni (mutazioni) nel materiale genetico del tumore. La terapia mirata può essere presa in considerazione solo se sono presenti determinate caratteristiche (strutture target). I pazienti che mostrano mutazioni di tipo tumorale trattabili sono spesso non fumatori o ex fumatori.

Ad oggi non esistono farmaci mirati per il trattamento del carcinoma polmonare a piccole cellule. Per questo motivo, il materiale genetico del carcinoma polmonare a piccole cellule viene analizzato solo in casi eccezionali, come per esempio nei non fumatori, per individuare le corrispondenti mutazioni.

Possibili effetti indesiderati

Gli inibitori della tirosin-chinasi sono relativamente ben tollerati rispetto alla chemioterapia. Un effetto indesiderato frequente è la comparsa di un'eruzione cutanea di tipo acneico. Altri possibili effetti collaterali sono diarrea, perdita di peso e affaticamento. Alcuni farmaci possono cau-

sare anche altri effetti collaterali. Chieda informazioni al Suo medico.

Terapia con checkpoint immunitari

Un altro approccio per il trattamento del cancro del polmone è quello dell'immunoterapia.

Il normale sistema immunitario cerca di riconoscere le cellule tumorali e di eliminarle con l'aiuto delle cosiddette «cellule T». Tuttavia, le cellule tumorali possono eludere il sistema immunitario, ricorrendo ai cosiddetti «checkpoint immunitari», molecole superficiali che impediscono alle cellule T di distruggere le cellule tumorali. Oggi sono stati sviluppati farmaci in grado di contrastare tali checkpoint immunitari. Il legame di questi farmaci ai checkpoint immunitari fa sì che il sistema immunitario sia nuovamente reattivo e le cellule T possano distruggere le cellule cancerose.

Attualmente in Svizzera è stato autorizzato l'impiego di diversi inibitori dei checkpoint immunitari per il trattamento di pazienti con carcinoma polmonare non a piccole cellule in stadio avanzato. Questi inibitori dei checkpoint immunitari sono anticorpi monoclonali che inibiscono la «via del segnale PD-L1» e vengono somministrati per via endovenosa. Le cellule tumorali possono essere testate per verificarne la sensibilità

alla PD-L1, consentendo così di determinare in anticipo le probabilità di successo terapeutico.

Nei carcinomi polmonari non a piccole cellule in stadio avanzato, con alto tasso di risposta PD-L1, l'immunoterapia è oggi considerata più efficace della chemioterapia. In futuro (dati aggiornati al 2018) si prevede che verranno autorizzate terapie combinate di immunoterapia e chemioterapia.

Recentemente (dati aggiornati al 2018) è stata autorizzata un'immunoterapia per i pazienti con cancro polmonare non a piccole cellule in stadio III, qualora la radiochemioterapia abbia dato risultati positivi. L'obiettivo è di ridurre il rischio di recidive e migliorare la prognosi della malattia.

Possibili effetti indesiderati

Una volta che il sistema immunitario è stato stimolato con la somministrazione degli inibitori dei checkpoint immunitari, può verificarsi una reazione autoimmune. Ciò significa che il sistema immunitario reagisce anche contro le cellule sane ed endogene. Le possibili conseguenze sono infiammazioni dell'intestino, del fegato, della pelle, dei nervi e di altri organi. Questi effetti collaterali sono perlopiù deboli, ma possono intensificarsi e devono pertanto essere riconosciuti e trattati tempestivamente.

Se, quando e in che misura si manifestano uno o più di questi effetti collaterali dipende dal tipo di farmaco o dalla combinazione di medicinali assunti. Il Suo oncologo e il Suo infermiere La informeranno fornendole consigli utili. Osservi anche le indicazioni presenti in «Gestione degli effetti indesiderati» a pagina 48.

Radioterapia

La radioterapia danneggia le cellule tumorali in modo che esse muoiano. A differenza dei farmaci che agiscono in tutto il corpo a livello sistemico, la radioterapia è un trattamento locale. Ciò significa che agisce solo nel punto in cui vengono somministrate le radiazioni.

La radioterapia viene utilizzata in molte situazioni: nella terapia individuale, prima o dopo un intervento chirurgico, in combinazione con la chemioterapia (radiochemioterapia) se il cancro del polmone non può essere completamente rimosso o se vi sono metastasi dolorose inoperabili.

Stato dei denti e cassa malati

Prima di iniziare la terapia, dovrà farsi controllare i denti e le gengive dal dentista che dovrà rilasciarle una relazione sullo stato dei Suoi denti.

Da un lato, per determinare se vi sono focolai d'infiammazione o infezioni in atto che devono essere trattati prima di sottoporsi alla terapia; dall'altro perché le terapie medicamentose antitumorali possono danneggiare i denti.

Le casse malati coprono i costi di trattamento dei danni ai denti solo se con la relazione sullo stato dei denti è possibile dimostrare che prima della terapia antitumorale i denti erano sani.

Procedura di somministrazione della radioterapia

La radioterapia viene eseguita nei reparti di radio-oncologia. I pazienti si sottopongono alla radioterapia dal lunedì al venerdì, per un ciclo di quattro – sei settimane. Le singole sedute durano solo pochi minuti.

Prima della prima seduta di radioterapia viene realizzata un'immagine tridimensionale del polmone con l'ausilio della tomografia compute-

rizzata (TC). In tal modo si stabilisce la posizione ideale in cui il paziente deve distendersi per ricevere le radiazioni e l'area da irradiare viene tracciata sulla pelle con un pennarello. Basandosi sui segni così tracciati si può assumere sempre la stessa posizione ad ogni seduta e direzionare i raggi in maniera mirata sul carcinoma del polmone. Queste operazioni preliminari servono a proteggere il più possibile gli organi circostanti dalle radiazioni.

Radioterapia per il trattamento del cancro del polmone



Radiochemioterapia

La radiochemioterapia combina la chemioterapia alla radioterapia. La radiochemioterapia può essere più debilitante della sola radioterapia o chemioterapia, ma se queste terapie sono somministrate insieme offrono spesso migliori probabilità di guarigione.

Radioterapia stereotassica

Nella radioterapia stereotassica, le radiazioni vengono inviate con precisione sulla massa tumorale nel polmone. L'obiettivo è quello di dirigere una dose di radiazioni molto elevata direttamente sul carcinoma polmonare in una sola volta o in poche sedute per distruggere completamente la massa tumorale.

Possibili conseguenze del trattamento

Le radiazioni possono anche agire sulle cellule sane e provocare effetti indesiderati temporanei nella parte del corpo irradiata. A differenza delle cellule tumorali, le cellule sane riescono però generalmente a ristabilirsi.

Gli effetti indesiderati a breve termine possono essere:

- difficoltà di deglutizione se è stato irradiato anche l'esofago;
- reazione infiammatoria nel tessuto polmonare (polmonite);
- affaticamento o fatigue;

- secchezza o arrossamento della pelle irradiata;
- maggiore predisposizione a raffreddori e infezioni.

Gli effetti collaterali scompaiono di solito completamente poche settimane dopo la fine del trattamento.

A lungo termine, ossia settimane o mesi dopo il trattamento, possono ancora manifestarsi effetti collaterali come lo scolorimento cutaneo nella zona irradiata, l'indurimento del tessuto adiposo dell'ipoderma, ma anche infiammazioni e/o cicatrizzazioni del tessuto polmonare (fibrosi). La fibrosi polmonare può causare la tosse e ridurre le prestazioni dei polmoni. Se la radioterapia interessa anche il cuore, le prestazioni cardiache possono ridursi e i vasi coronarici alterarsi.

Illustri immediatamente i sintomi al Suo radio-oncologo o a un medico dell'équipe curante.

Maggiori informazioni...

...sulla radioterapia e su come contrastare gli effetti indesiderati sono disponibili nell'opuscolo «La radioterapia» (vedi p. 64).

Quale terapia in quale stadio della malattia

La scelta della terapia per il trattamento del cancro del polmone dipende soprattutto dai seguenti fattori:

- il tumore è circoscritto al polmone?
- Sono interessati i linfonodi? Si sono formate metastasi in altri organi?
- Quali caratteristiche – per esempio il tipo istologico (a piccole cellule, non a piccole cellule) (vedi p. 11), le mutazioni (vedi p. 34) – presenta il tessuto tumorale prelevato durante la biopsia o durante l'intervento chirurgico?

Durante la pianificazione dei trattamenti vengono inoltre tenuti in considerazione lo stato di salute generale del paziente e l'idea personale che ha della qualità di vita.

Pianificazione del trattamento

Per ricevere l'esito di tutti gli esami, possono trascorrere alcuni giorni o settimane. In questo periodo è pertanto necessario che Lei abbia molta pazienza. La terapia potrà essere tanto più personalizzata, quanto più numerosi saranno i risultati disponibili. Parli con il Suo medico se l'attesa è per Lei troppo snervante.

Di norma le singole fasi del trattamento vengono programmate e monitorate a livello multidisciplinare, mediante un apposito incontro (*tumor board*) nell'ambito del quale gli specialisti valutano insieme i risultati dei Suoi esami per consigliarle il trattamento che meglio risponde alle Sue esigenze.

Un *tumor board* per il cancro del polmone coinvolge specialisti operanti nei seguenti settori:

- pneumologia: diagnosi, controlli periodici;
- chirurgia toracica: trattamento chirurgico (operazione);
- oncologia: terapia medicamentosa antitumorale, misure di sostegno, coordinamento delle cure;
- patologia: esame istologico;
- radio-oncologia: radioterapia;
- radiologia e medicina nucleare: tecnica diagnostica e terapeutica per immagini.

Principi della terapia

I principi terapeutici variano a seconda del tipo di carcinoma polmonare e dello stadio della malattia.

Terapia curativa

(dal latino *curare*). La terapia ha per obiettivo la guarigione.

Nel cancro del polmone, la terapia curativa viene perseguita di regola nel caso in cui il carcinoma polmo-

nare non sia ancora troppo diffuso, sia possibile asportarlo per intero chirurgicamente e non siano presenti metastasi (o solo pochissime, asportabili).

In ogni caso, anche se il tessuto colpito dal tumore può essere asportato completamente, ciò non significa sempre che il cancro del polmone sia stato debellato, né la guarigione sia definitiva. Il rischio di recidiva permane.

Per tale motivo, prima e dopo l'intervento chirurgico si valuta spesso l'opportunità di ricorrere anche a una terapia medicamentosa antitumorale e/o alla radioterapia.

Cure palliative

(dal latino *palliare* = coprire, avvolgere con un mantello)

Se la guarigione è improbabile, si cerca di rallentare nei limiti del possibile la progressione della malattia. Talora si può tenere sotto controllo la malattia per un lungo periodo di tempo.

La qualità di vita del paziente è comunque in primo piano: attraverso cure mediche, infermieristiche, psicologiche e spirituali si possono lenire i sintomi e i disturbi legati alla malattia, come dolori, paura, stanchezza, problemi di respirazione.

Se si trova in una situazione del genere, valuti eventualmente con uno psico-oncologo che cosa significa per Lei migliorare la qualità di vita e ne parli anche con la Sua équipe curante, in modo da scegliere un percorso terapeutico su misura per le Sue esigenze.

Terapia neoadiuvante/terapia preoperatoria

(dal greco *neos* = nuovo)

Terapie (chemioterapia, radioterapia) che precedono l'intervento chirurgico allo scopo di ridurre la massa tumorale e facilitarne così l'asportazione.

Terapia adiuvante

(dal latino *adiuvare* = sostenere, aiutare)

Si definiscono adiuvanti le terapie post-operatorie (chemioterapia, radioterapia) che puntano a distruggere eventuali cellule tumorali non visibili rimaste nel corpo, riducendo così il rischio di recidiva.

Obiettivi terapeutici

Prima di iniziare le terapie chiedi al Suo medico quali obiettivi si intendono perseguire con la terapia programmata e se si tratta di una terapia curativa o di cure palliative.

Gli obiettivi terapeutici vengono verificati ripetutamente durante il trattamento, adeguandoli al decorso della malattia, ai successi terapeutici raggiunti e alla situazione personale del malato, discutendoli comunque prima con il paziente.

Si faccia accompagnare e consigliare

Si prenda tempo a sufficienza per discutere della terapia e porre tutte le domande che ha in merito.

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

Annoti a casa le domande, in modo da non dimenticarne nessuna durante il colloquio.

Può anche consultare il Suo medico di famiglia o richiedere un secondo parere medico. Per il medico curante questo non significa mancanza di fiducia nei suoi confronti, perché sa che questo è un Suo diritto. Preferibilmente, il Suo medico scriverà una lettera di presentazione a un suo collega specialista del campo, in modo che abbia il tempo sufficiente per prepararsi.

Magari sente anche il bisogno di parlare delle implicazioni psicologiche e sociali della malattia. Potrà pertanto

richiedere una consulenza psico-oncologica che considera anche gli aspetti legati alla malattia che vanno ben oltre quelli puramente medici, come per esempio ansie o problemi sociali (vedi anche p. 61).

Sta a Lei decidere

È opportuno che Lei discuta con i rispettivi specialisti le varie terapie proposte. In alcuni ospedali e centri di cura le fasi di trattamento sono coordinate da uno specialista.

Lei potrà in qualsiasi momento porre domande, chiedere maggiori chiarimenti su una decisione precedente o richiedere un periodo di riflessione. L'importante è che esprima il Suo consenso sulla terapia proposta solo dopo aver ricevuto informazioni dettagliate sul procedimento, sugli effetti collaterali e dopo aver compreso tutto.

È Suo diritto rifiutare una terapia. Si faccia spiegare come potrebbe progredire la malattia se rinuncia a queste cure.

Può anche lasciare che siano i medici curanti a scegliere la terapia. Qualsiasi terapia è comunque possibile sempre solo con il Suo consenso.

Non abbia timore di porre domande

- Che cosa posso attendermi dalla terapia proposta? Può allungarmi la vita? Migliora la qualità della mia vita?
- Quali vantaggi e svantaggi comporta la terapia?
- Quanta esperienza ha maturato l'ospedale nella cura del cancro del polmone? Questa domanda è importante perché l'esperienza dei medici e degli infermieri che la curano può influenzare il decorso della malattia e la qualità della vita.
- Che conseguenze ha il trattamento per le mie prestazioni fisiche, il mio lavoro e i miei hobby? Chi discute con me dell'eventuale abilità/inabilità al lavoro e rilascia i certificati necessari?
- Quali rischi ed effetti collaterali devo attendermi? Sono temporanei o permanenti? Come si possono contrastare?
- Quali altre funzioni corporee vengono compromesse con la terapia?
- Quali altri disturbi possono insorgere se il tumore ha colpito anche altri organi?
- Che conseguenze avranno presumibilmente la malattia e la terapia sulla mia vita privata, la mia vita quotidiana, le mie relazioni e il mio benessere?
- L'eventuale rinuncia a determinate terapie quali effetti potrebbe avere sulla mia aspettativa di vita e sulla mia qualità di vita?
- Vi sono alternative alla terapia proposta?
- I costi della terapia saranno sostenuti dalla cassa malati? In caso contrario, chi li sostiene?

Terapia del carcinoma polmonare non a piccole cellule

I medici pianificano la terapia su misura per ciascun paziente. Fattore decisivo nella scelta della terapia è lo stadio della malattia, ma anche la capacità respiratoria e le condizioni generali di salute del paziente.

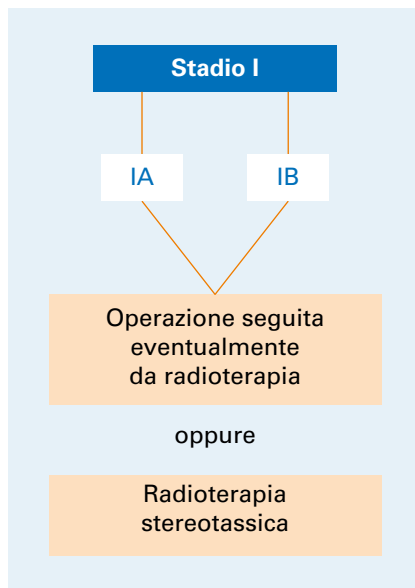
Maggiori informazioni sulla classificazione degli stadi della malattia da I a IV sono disponibili a pagina 24.

Stadio IA e stadio IB

Per il carcinoma polmonare senza interessamento dei linfonodi e metastasi, la chirurgia è la terapia più efficace e offre le migliori probabilità di guarigione. Dopo la rimozione completa del tumore (resezione R0, vedi p. 28), non viene consigliata né la radioterapia, né la chemioterapia.

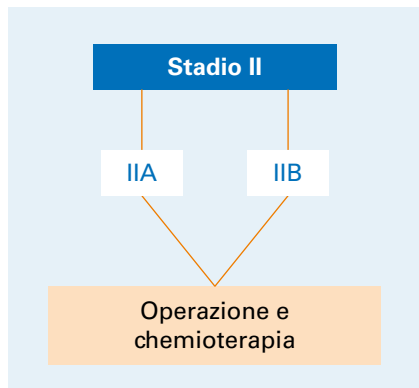
Se il carcinoma polmonare non può essere rimosso completamente durante l'intervento chirurgico (resezione R1 o R2, vedi p. 28), occorre considerare la strada della radioterapia.

Se l'operazione è esclusa a causa della ridotta capacità respiratoria e delle condizioni di salute generali del paziente, una possibile alternativa è data dalla radioterapia stereotassica (vedi p. 38).



Stadio IIA e IIB

In questi stadi, la chirurgia è la terapia più efficace e offre le migliori probabilità di guarigione. Dopo la rimozione completa del carcinoma polmonare (resezione R0, vedi p. 28), si raccomanda la chemioterapia e non la radioterapia.



Stadio III

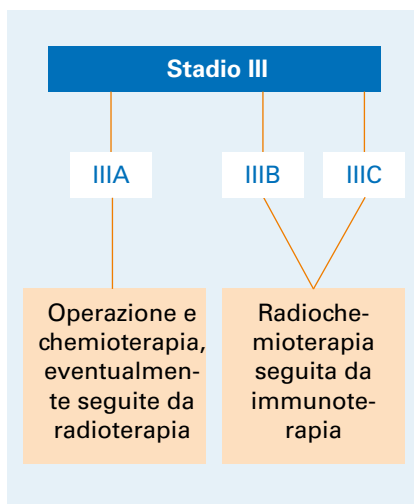
Lo stadio III si suddivide in tre sottogruppi (A, B e C).

Stadio IIIA

Lo stadio IIIA comprende i carcinomi polmonari che talora possono ancora essere asportati completamente. Prima o dopo l'intervento chirurgico viene spesso somministrata la chemioterapia. La chemioterapia viene somministrata prima dell'operazione allo scopo di ridurre le dimensioni della massa tumorale e consentire poi di rimuoverla completamente. Se viene somministrata dopo l'operazione, si intende invece distruggere le cellule tumorali eventualmente ancora presenti. Se il tumore viene rimosso completamente (resezione R0, vedi p. 28), la radioterapia non è obbligatoria, ma riduce il rischio di recidive. Sarà l'équipe curante a decidere se effettuarla o meno.

Stadio IIIB e IIIC

Negli stadi IIIB e IIIC viene spesso somministrata la radiochemioterapia, recentemente (dati aggiornati al 2018) seguita dall'immunoterapia (vedi p. 35). L'intervento chirurgico non è escluso e dipende dalle dimensioni e/o dalla posizione del tumore, dalle condizioni di salute del paziente e da come la persona ha risposto alle terapie precedenti.



Stadio IV

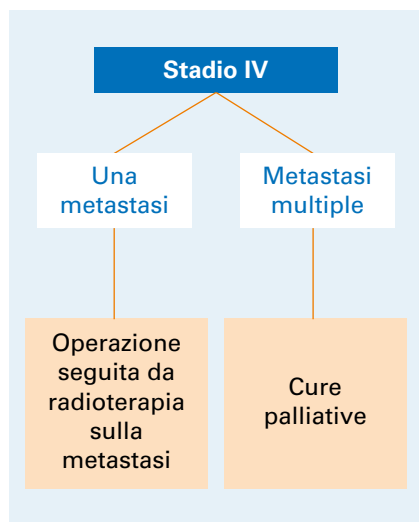
Terapia curativa

Nello stadio IVA può essere pianificata una terapia con intento curativo che include la chirurgia e la radioterapia. Rientrano in questo stadio i carcinomi polmonari con una sola

metastasi in un singolo organo (per es. fegato, ghiandole surrenali, ossa, cervello).

Cure palliative

Negli stadi avanzati, le cure palliative sono la terapia d'elezione. Ciò significa che gli obiettivi terapeutici sono volti ad alleviare i sintomi, a rallentare la crescita tumorale e a mantenere la qualità di vita del paziente.



Terapia del carcinoma polmonare a piccole cellule

Maggiori informazioni sulla classificazione della malattia negli stadi *Very Limited Disease (VLD)*, *Limited Disease (LD)* ed *Extensive Disease (ED)* sono disponibili a pagina 26.

Terapia curativa

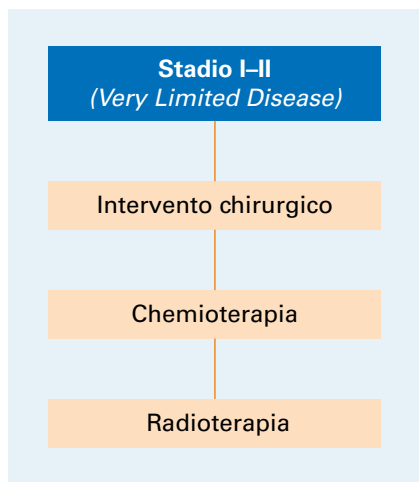
Nei carcinomi polmonari localizzati negli stadi *Very Limited Disease* e *Limited Disease* (vedi p. 26), la terapia è finalizzata alla guarigione. Tuttavia il carcinoma polmonare a piccole cellule viene diagnosticato molto raramente in questi due stadi.

Cure palliative

In stadio avanzato (*Extensive Disease*) si programmano le cure palliative. Ciò significa che gli obiettivi terapeutici sono volti ad alleviare i sintomi, a rallentare la crescita tumorale e a mantenere la qualità di vita del paziente.

Very Limited Disease (VLD)

Si tratta di carcinomi relativamente piccoli, circoscritti a un solo polmone. Vengono spesso scoperti per caso durante un esame diagnostico. Può essere presa in considerazione la chirurgia, seguita da chemioterapia e radioterapia.

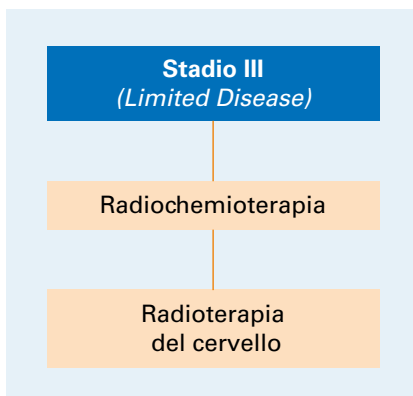


Limited Disease (LD)

In questo stadio della malattia, il carcinoma polmonare è circoscritto a un solo polmone. Vi sono o meno metastasi.

Il trattamento d'elezione è quello della radiochemioterapia combinata, al termine della quale si può discutere se ricorrere a una radioterapia preventiva del cervello per eliminare le micrometastasi invisibili eventualmente presenti nel cervello.

Pur trattandosi di una terapia «curativa», il rischio di recidive è molto alto.

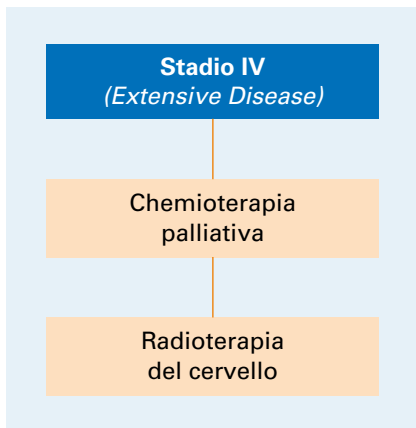


Extensive Disease (ED)

In questo stadio della malattia, il carcinoma polmonare si è diffuso in entrambi i polmoni e si sono formate metastasi.

La guarigione non è più possibile. Si programmano le cure palliative allo scopo di alleviare i sintomi, contenere la crescita della massa tumorale e mantenere la qualità di vita del paziente.

Secondo il protocollo standard, il paziente viene sottoposto a chemioterapia palliativa. Se la chemioterapia ha successo, si può considerare una radioterapia preventiva del cervello per rimuovere le micrometastasi invisibili eventualmente presenti nel cervello.



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 col-

loquio 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 ammalano di cancro dopo di loro.

Può darsi che Le 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. 65) spiega come si svolgono questi studi e quali possono essere le implicazioni per chi partecipa.

Gestione degli effetti indesiderati

L'intervento chirurgico, la radioterapia e le terapie medicamentose antitumorali svolgono azione specifica con effetti collaterali differenti da metodo a metodo. A partire da pagina 27 sono descritti in modo dettagliato i singoli metodi terapeutici.

La comparsa e la gravità degli effetti collaterali di una terapia variano molto da individuo a individuo. Alcuni effetti indesiderati possono manifestarsi durante il trattamento e scomparire in seguito spontaneamente; altri si presentano invece solo al termine della terapia.

Alcuni effetti indesiderati, come infiammazioni, infezioni, problemi neurologici o reazioni cutanee, si manifestano solo con alcune terapie. Pertanto è possibile che Lei non ne sarà affatto colpito.

Informarsi è indispensabile

La Sua équipe curante è tenuta a informarla con precisione in merito. Spesso viene consegnato anche un promemoria con indicazioni sui farmaci, sui possibili effetti collaterali e su come gestirli.

Gran parte degli effetti collaterali possono essere trattati con cure mediche e infermieristiche (vedi «Misure e farmaci di accompagnamento», p. 33) e si attenuano dopo alcuni giorni, settimane o mesi.

È però importante che comunichi alla Sua équipe curante gli eventuali disturbi di cui soffre, per consentire l'adozione delle necessarie misure.

Soprattutto in uno stadio avanzato della malattia è consigliabile valutare insieme con attenzione i risultati positivi attesi dalle terapie e gli effetti collaterali ad essi connessi.

Importante

- Alcuni effetti collaterali come dolori o nausea sono prevedibili. Per lenirli Le saranno talvolta prescritti, ancor prima dell'inizio della cura, e a seconda della terapia prescelta, 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 ed essere quindi controindicati. La Sua équipe curante Le fornirà utili indicazioni qualora Lei desideri avvalersi di terapie di medicina complementare.

Numerosi opuscoli della Lega contro il cancro (vedi p. 64) illustrano le terapie antitumorali più comuni e

gli effetti collaterali della malattia e della terapia, fornendo indicazioni su come affrontarli.

Attenuazione delle difficoltà respiratorie

Molti pazienti affetti da cancro del polmone soffrono di difficoltà respiratoria. Un tumore inoperabile può talora ostruire le vie respiratorie e anche la riduzione della massa del polmone a seguito di un'operazione può limitare la capacità respiratoria. In entrambi i casi possono quindi insorgere difficoltà respiratorie e i trattamenti utilizzati per lenire tali sintomi sono di tipo differente.

- **Laserterapia e/o terapia del freddo (crioterapia)**

Le zone ostruite possono essere dilatate migliorando così la respirazione.

- **Inserimento di tubicini a rete metallica (stent)**

Gli stent espandono i punti ostruiti delle vie aeree, creando più spazio per il passaggio dell'aria e riducendo le difficoltà respiratorie.

- **Drenaggio**

Tra i polmoni e la parete toracica può accumularsi del liquido (versamento pleurico) che rende la respirazione affannosa. Questo fluido può però essere drenato.

- **Farmaci broncodilatatori**

Questi farmaci rilassano i muscoli dei polmoni e aprono le vie respiratorie, agevolando la respirazione e sono spesso somministrati per inalazione.

- **Ossigenoterapia**

Questa terapia aumenta il contenuto di ossigeno nei polmoni e nella circolazione sanguigna. L'ossigeno viene somministrato con una maschera facciale o sondini che terminano sotto le narici (le cosiddette «cannule nasali»).

Stop al fumo

Il fumo compromette ulteriormente la funzionalità dei polmoni, pertanto smettere di fumare è sempre opportuno.

Consulenti professionali Le forniranno informazioni utili e La aiuteranno a smettere di fumare (vedi p. 62).

Trattamento dell'ansia in presenza di difficoltà respiratorie

Le difficoltà respiratorie non causano solo disturbi fisici, ma anche ansia. Diverse misure possono contribuire ad alleviare la dispnea e aiutare a far fronte all'ansia:

- la fisioterapia e gli esercizi respiratori aiutano a controllare meglio la respirazione;
- i sedativi contribuiscono a ridurre l'ansia;
- i farmaci oppiacei aiutano a combattere gli attacchi acuti di affanno respiratorio. Gli oppiacei agiscono sul centro di controllo della respirazione nel cervello, per cui nella maggior parte dei casi le difficoltà respiratorie si attenuano. Questi farmaci hanno

anche un effetto calmante che aiuta a ridurre l'ansia;

- sostegno psicologico e/o psico-oncologico per ridurre l'ansia;
- apprendimento di esercizi di rilassamento;
- adeguamento del ritmo giornaliero all'intensità variabile della dispnea.

Informi la Sua équipe curante...

... se soffre di difficoltà respiratorie, in modo che i medici possano pianificare le misure più appropriate per Lei. Inoltre, discuta con la Sua équipe curante di come può affrontare gli eventuali attacchi di affanno respiratorio.

Ossigenoterapia e terapia inalatoria

Una volta apprese le modalità di esecuzione, l'ossigenoterapia può essere effettuata anche a casa. La Lega polmonare svizzera (vedi p. 61) mette a disposizione gli apparecchi per la terapia domiciliare. Anche i dispositivi per l'inalazione dei farmaci possono essere noleggiati presso la Lega polmonare.

Consulenza dietetica in caso di carenze nutrizionali

Molte persone perdono peso ancor prima della diagnosi di cancro del polmone. L'inappetenza aumenta ulteriormente il problema del peso con una conseguente carenza di importanti sostanze nutritive, il che è considerato un fattore di rischio per un intervento chirurgico. Inoltre le persone con carenze nutrizionali sopportano spesso più difficilmente la chemioterapia e la radioterapia.

La consulenza dietetica è di conseguenza un sostegno importante, che è disponibile nei centri polmonari specializzati e in tutti gli altri ospedali. Non esiste una «dieta anticancro» per il cancro del polmone che ammette solo alcuni alimenti e ne vieta altri. Al contrario, è molto importante seguire una dieta equilibrata, varia e nutriente. Per saperne di più su questo argomento, consulti l'opuscolo della Lega contro il cancro «Difficoltà di alimentazione e cancro», p. 64.

Ulteriori trattamenti

Terapia del dolore

Per la presenza di metastasi ossee, il carcinoma polmonare può provocare dolori, soprattutto negli stadi avanzati della malattia. Il dolore è estenuante e molto snervante.

I dolori legati al cancro possono essere leniti nella maggior parte dei casi e molto spesso eliminati del tutto. La scelta dei farmaci e delle misure per alleviare i dolori dipende dal tipo di cancro, dall'intensità dei dolori, dalle loro cause e dalle Sue esigenze personali.

È importante che Lei non sopporti in silenzio e soffra inutilmente, ma che si rivolga alla Sua équipe curante. Oggi vi sono équipe sanitarie specializzate nella cura del dolore da cancro. La terapia del dolore offre un'ampia gamma di possibili misure terapeutiche di cui ogni paziente oncologico dovrebbe poter usufruire.

Vi sono anche altre misure che contribuiscono ad alleviare il dolore come, per esempio, gli esercizi di rilassamento, l'agopuntura o il supporto psicoterapeutico. Queste misure coadiuvanti consentono talvolta di ridurre la dose di farmaci analgesici.

Si ricorre invece alla chirurgia o alla radioterapia a scopo antalgico, per esempio, quando il dolore è dovuto

a una compressione dei nervi esercitata dalla massa tumorale.

Se ha dolori leggeri e vuole lenirli con l'assunzione di farmaci, spesso il medico Le prescrive analgesici blandi come il paracetamolo, l'acido acetilsalicilico o il diclofenac. Se l'azione di questi analgesici non è sufficiente, è possibile potenziare la terapia antidolorifica con la somministrazione di oppioidi.

Trattamento con oppioidi

L'idea di sottoporsi a una terapia con oppioidi può spaventare il paziente e i suoi familiari. Tuttavia, se somministrati correttamente, la paura, per esempio di effetti collaterali come la dipendenza, è ingiustificata. Inoltre, gli eventuali effetti secondari iniziali, come una leggera nausea o la sonnolenza, sono facilmente controllabili o regrediscono spontaneamente, dopo un certo tempo.

L'impiego di oppioidi in oncologia è molto differente rispetto a quanto accade in caso di tossicodipendenza. I tossicodipendenti si iniettano un'elevata dose di oppiacei direttamente in vena, ottenendo un immediato effetto stupefacente che può creare dipendenza. In oncologia, invece, gli oppioidi sono somministrati in dosi minime e secondo uno schema concepito su misura per le Sue esigenze. È frequente l'impiego di una pompa

per infusione azionata dal paziente stesso che programma autonomamente il dosaggio. L'esperienza clinica dimostra che in tal modo è possibile ridurre notevolmente la dose di oppiacei.

Queste informazioni sono importanti perché spesso, a seconda del tipo di dolori, il sollievo può essere raggiunto solo con l'assunzione di un oppioide.

Comunichi apertamente al Suo medico le Sue perplessità o quelle dei Suoi familiari, nei confronti della morfina o di altri oppioidi.

Se desidera approfondire l'argomento, può leggere l'opuscolo «Dolori da cancro e loro cura» (vedi p. 64).

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 di vita dei pazienti durante e dopo le terapie oncologiche; possono rinvigorire l'organismo e rendere meglio sopportabili gli effetti collaterali. In generale, non sono però efficaci contro il tumore.

Talora questi metodi sono utilizzati in alternativa, val a dire al posto della terapia oncologica convenzionale. La Lega contro il cancro sconsiglia una tale scelta. Legga a questo proposito l'opuscolo intitolato «Alternativi? Complementari?» (vedi p. 64).

Informi il Suo medico o un altro specialista della Sua équipe curante se desidera ricorrere a un rimedio di medicina complementare o se sta già seguendo questa strada.

Con un colloquio personale è possibile capire quale metodo potrebbe essere utile per Lei senza compromettere l'efficacia della terapia oncologica raccomandata dal medico.

Che cosa sono gli oppioidi?

Gli oppioidi sono componenti naturali dell'oppio, come la morfina o la codeina. Gli oppioidi possono anche essere di origine sintetica (per es. il tramadolo).

Occuparsi della medicina complementare è comunque un modo per affrontare la malattia. Entrano in gioco prospettive che danno speranza. Molte delle persone affette da tumore desiderano anche contribuire attivamente alle cure.

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, vale a dire non essere utilizzabili o essere controindicati per determinati motivi.

Convivere con il cancro

La diagnosi di cancro cambia la vita. Per settimane l'agenda è stata piena di appuntamenti con medici e terapisti. Si sono dovuti rimandare per settimane molti impegni della vita quotidiana. Tutto è stato messo in discussione: i programmi di lavoro, la situazione familiare e i desideri personali. Con l'assistenza e il supporto della Sua équipe curante ha dovuto affrontare varie terapie. I Suoi familiari erano preoccupati 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 qual modo Lei è stato per lungo tempo al centro dell'attenzione ed 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 e 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. Le terapie possono anche aver influenzato la Sua vita sessuale. Allora è particolarmente importante

che parli apertamente con il Suo partner di come lui/lei si sente riguardo a questo cambiamento.

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.

Si conceda del tempo per riorganizzare la Sua vita, ora mutata. Cerchi di individuare ciò che potrebbe contribuire a migliorare la qualità della Sua vita.

Cercare il dialogo

Per alcune persone è d'aiuto parlare di ciò che hanno vissuto. Le persone affette dalla malattia non dovrebbero avere paura di descrivere la propria situazione ad amici e parenti perché spesso questi ultimi si sentono impotenti e non sanno come aiutare il malato.

Parlando insieme ad amici e parenti, questi possono imparare a offrire l'aiuto adeguato. E i malati ricevono in tal modo il sostegno di cui hanno bisogno in quel momento.

Assistenza specialistica e gruppi di autoaiuto

Proprio al termine delle cure può essere d'aiuto rivolgersi a un consulente della Lega regionale o cantonale contro il cancro o a un altro specialista (vedi «Consulenza e informazione», p. 61). Può anche parlare con uno psico-oncologo o uno psicoterapeuta. Andare da uno di questi specialisti non significa che Lei è malato di mente. Significa piuttosto che Lei coglie l'opportunità di elaborare attivamente la Sua malattia.

Parli anche con il Suo medico, possibilmente prima della fine della terapia, se ritiene che determinate misure di sostegno potrebbero farle bene. In questo modo potrà capire insieme al medico cosa è più adatto a Lei e se i costi sono eventualmente coperti dalla cassa malati.

Spesso è più facile parlare dei propri problemi con persone che hanno vissuto esperienze simili. I gruppi di autoaiuto offrono tale opportunità e gli incontri servono ai malati e ai loro familiari per sostenersi a vicenda. Gli indirizzi dei gruppi di autoaiuto sono riportati a pagina 62.

Controlli periodici

Al termine delle cure, vengono effettuati esami di controllo periodici, finalizzati a individuare precocemente eventuali recidive della malattia e a rilevare e alleviare i possibili sintomi della malattia e della terapia.

Inizialmente gli esami di controllo sono effettuati a brevi intervalli di tempo, poi a intervalli più lunghi. L'intervallo di tempo dipende dal tipo di tumore, dallo stadio della malattia, dalle terapie precedenti e dal Suo stato di salute.

Una malattia oncologica non ha solo ripercussioni fisiche come il dolore, i problemi respiratori e la stanchezza, ma crea anche stati di ansia e problemi psichici, in ambito professionale o sociale che sono estenuanti e devono essere affrontati.

Può essere allora d'aiuto discutere delle difficoltà nell'affrontare la malattia e farsi sostenere nella ricerca di soluzioni. Questo facilita la Sua riabilitazione e il ritorno alla vita normale.

Buono a sapersi

Informi il Suo medico se compaiono sintomi o disturbi, indipendentemente dal fatto che abbia già o meno un appuntamento.

Offerte di riabilitazione

Le misure riabilitative possono aiutarla a recuperare le forze fisiche e mentali e a elaborare e accettare i cambiamenti fisici e psicologici intervenuti. Dovrebbe essere di nuovo in grado di occuparsi di tutti gli ambiti della vita e di organizzare liberamente la Sua esistenza. L'attività fisica e lo sport, le attività creative e artistiche e una vasta scelta di tecniche di rilassamento possono aiutarla a trovare nuova energia e a sentirsi più vitale.

La Lega contro il cancro offre corsi di più giorni su vari argomenti (vedi p. 62). La Sua Lega contro il cancro cantonale o regionale potrà fornirle gli indirizzi delle sedi che offrono corsi di questo tipo nella Sua zona.

Programmi di riabilitazione oncologica

Le persone affette da cancro beneficiano di programmi di riabilitazione oncologica, offerti a livello ambulatoriale o in regime di ricovero, nei seguenti casi:

- se soffrono degli effetti collaterali legati al cancro o alle terapie;
- se la malattia limita la loro attività e la partecipazione alla vita quotidiana;
- se hanno bisogno di recuperare le forze fisiche e mentali prima di sottoporsi ad un nuovo trattamento oncologico.

Consulti anche gli opuscoli «Riabilitazione oncologica» e «Attività fisica e cancro» (p. 64). Per le proposte di programmi di riabilitazione oncologica sotto sorveglianza medica, consulti il sito www.legacancro.ch

Cure palliative

L'espressione «cure palliative» 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 non è infatti tanto quello di accorciare la vita in modo artificiale 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.

Nei casi di cancro del polmone incurabile, è particolarmente importante affrontare precocemente il tema della morte. Magari Le dà sicurezza e conforto potersi confrontare con

qualcuno su questo argomento. La morte dovrebbe essere riconosciuta come parte del ciclo naturale della vita. Tutte le misure dovrebbero essere orientate al raggiungimento della migliore qualità di vita e di una morte dignitosa anche nell'ultima fase della vita. Se desidera ricevere sostegno in questa difficile fase (per es. consulenza psico-oncologica), informi il personale specializzato. Maggiori informazioni sulle possibili cure palliative a fine vita sono reperibili nell'opuscolo «Cancro – quando le speranze di guarigione svaniscono», pagina 64.

Palliative Care Team o Advance Care Planning (ACP)

Questi due team si sono specializzati in un tipo di assistenza di tipo lungimirante che coinvolge anche i familiari e le persone più vicine al malato. Viene definito congiuntamente un piano d'intervento individuale in cui le persone interessate esprimono i

loro bisogni, le loro idee e loro desideri. Si stabilisce quali misure mediche o infermieristiche vanno eseguite in una particolare situazione.

Palliative Care Team mobili

In alcune regioni della Svizzera sono presenti team mobili che offrono cure palliative e seguono i pazienti a casa, coordinando l'assistenza secondo un approccio olistico. In un team di questo tipo collaborano specialisti appartenenti alle seguenti categorie professionali: medici specializzati in cure palliative, personale infermieristico, psico-oncologi, guide spirituali, assistenti sociali, nutrizionisti

ma anche musicoterapisti, arteterapeuti e terapisti del movimento.

Lo stato di salute dei pazienti e le loro esigenze sono spesso determinanti per la scelta del luogo in cui curarsi: a casa con il supporto del servizio Onkospitex (ove presente), in un reparto di cure palliative in ospedale, in un ospizio o in una casa di cura.

I consulenti delle Leghe regionali e cantonali e della Linea cancro possono aiutarla a programmare le cure palliative. Gli indirizzi e i numeri di telefono sono disponibili a partire da pagina 70.

Direttive anticipate

Per fare in modo che le decisioni mediche siano prese rispettando la Sua volontà e i Suoi desideri, è utile redigere le direttive anticipate.

Certo non è un compito facile. Malattia e morte sono infatti argomenti che preferiamo bandire dalla nostra vita quotidiana. Tuttavia le direttive anticipate aiutano a chiarire ciò che si desidera alla fine della propria vita e, soprattutto, quello che non si desidera. Le direttive anticipate sono espressione della Sua volontà manifestata prima che Lei un giorno non sia magari più in grado di esprimersi.

Maggiori informazioni sull'argomento sono disponibili negli opuscoli «Scelte di fine vita» o «Direttive anticipate della Lega contro il cancro» (vedi p. 64).



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).

La Lega polmonare svizzera

La Lega polmonare svizzera mette a disposizione le attrezzature per l'inalazione e l'ossigenoterapia e fornisce consigli a 360 gradi su problemi respiratori, misure di riabilitazione e corsi. I recapiti sono disponibili all'indirizzo www.legapolmonare.ch

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.krebstelefon.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. 64).

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 nel 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. 64).

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.

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
Bubenberplatz 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 figurì 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. 47) 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 p. 64).

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**
- **Alternativi? Complementari?**
Rischi e benefici di metodi non provati in oncologia
- **Dolori da cancro e loro cura**
- **Diario del dolore**
Ascolto i miei dolori
- **Dolometer® VAS**
Misuratore per valutare l'intensità dei dolori
- **Senza forze**
Cause e gestione della stanchezza associata al cancro
- **Difficoltà di alimentazione e cancro**
- **Il linfedema e il cancro**
- **Il cancro e la sessualità femminile**
- **Il cancro e la sessualità maschile**
- **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
- **Riabilitazione oncologica**
- **Attività fisica e cancro**
Riacquistare fiducia nel proprio corpo
- **Accompagnare un malato di cancro**
Una guida della Lega contro il cancro per familiari e amici
- **Assistenza a un familiare e attività lavorativa**
Pieghevole informativo sulla compatibilità del lavoro e delle cure familiari
- **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**
- **Scelte di fine vita**
Guida alla compilazione delle direttive anticipate
- **Direttive anticipate della Lega contro il cancro**
La mia volontà vincolante rispetto alla malattia, l'agonia e alla morte
- **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

«**Cancro ai polmoni**», a cura della Lega polmonare svizzera, disponibile online all'indirizzo www.lungenliga.ch

«**Cancro al polmone**», a cura della European Lung Foundation (ELF), disponibile online all'indirizzo www.europeanlung.org/it

«**Il cancro del polmone**», a cura dell'associazione italiana AIMaC, disponibile online all'indirizzo www.aimac.it

«**Glossario**», a cura dell'associazione italiana AIMaC. Disponibile all'indirizzo www.aimac.it, nella sezione «Informarsi sui tumori».

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

Letture consigliate

«**Cancro del polmone**», a cura della European Lung Foundation (ELF), disponibile online all'indirizzo www.europeanlung.org/it

«**I polmoni**», a cura dell'associazione italiana AIMaC, disponibile online all'indirizzo www.aimac.it. Digitando «polmone» come parola di ricerca nel sito si ottengono diversi contenuti sul cancro del polmone.

«**Il trattamento del carcinoma polmonare a piccole cellule**», a cura dell'associazione italiana AIMaC. Disponibile all'indirizzo www.aimac.it, nella sezione «Il cancro del polmone».

«**Il trattamento del carcinoma polmonare non a piccole cellule**», a cura dell'associazione italiana AIMaC. Disponibile all'indirizzo www.aimac.it, nella sezione «Il cancro del polmone».

«**Tipi di cancro del polmone**», a cura dell'associazione italiana AIMaC. Disponibile all'indirizzo www.aimac.it, nella sezione «Il cancro del polmone».

«**Tumore al polmone**», a cura dell'Istituto Europeo di Oncologia. Disponibile all'indirizzo www.ieo.it, nella sezione «Per i pazienti».

«**Tumore al polmone**», a cura dell'Istituto Superiore di Sanità. Disponibile all'indirizzo www.issalute.it, nella sezione «La salute dalla A alla Z».

«**Tumore del polmone**», a cura della Fondazione italiana per la ricerca sul cancro.

Disponibile all'indirizzo www.airc.it, nella sezione «Guida ai tumori».

«**Tumore del polmone**», a cura della Fondazione Umberto Veronesi. Disponibile all'indirizzo www.fondazioneveronesi.it, nella sezione «Guida ai tumori».

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. 70).

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

Qui c'è anche un collegamento diretto al sito con libri per bambini:

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

www.krebsligazuerich.ch → Beratung & Unterstützung → Bibliothek

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.

Altri enti e consultori, altre associazioni

www.aimac.it

Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici

www.airc.it

Fondazione AIRC per la ricerca sul cancro

www.europeanlung.org/it

European Lung Foundation

www.ieo.it

Istituto Europeo di Oncologia

www.issalute.it

A cura dell'Istituto Superiore di Sanità

www.legapolmonare.ch

Lega polmonare svizzera

www.lpti.ch

Lega polmonare ticinese

www.palliative.ch

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

www.psychoonkologie.ch

Società Svizzera di Psico-Oncologia (in tedesco e francese)

www.forumtumore.aimac.it/tumore-polmone

Forum sul cancro del polmone, a cura dell'associazione italiana AIMaC

Inglese

www.cancer.org

American Cancer Society

www.cancer.gov

National Cancer Institute USA

www.cancer.net

American Society of Clinical Oncology

www.ersnet.org

European Respiratory Society

www.macmillan.org.uk

A non-profit cancer information service

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.

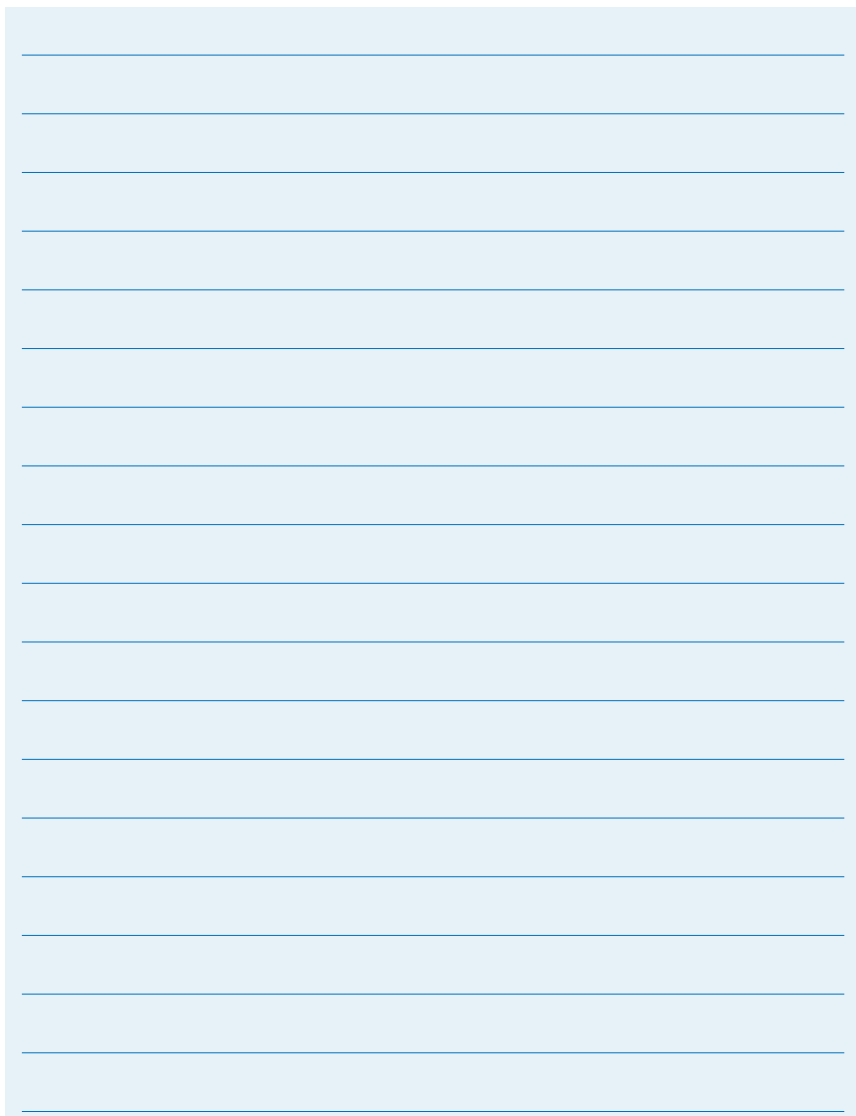
Gli opuscoli non sono destinati principalmente a un pubblico di professionisti del settore medico, pertanto non pretendono di essere esaustivi. La versione in

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.

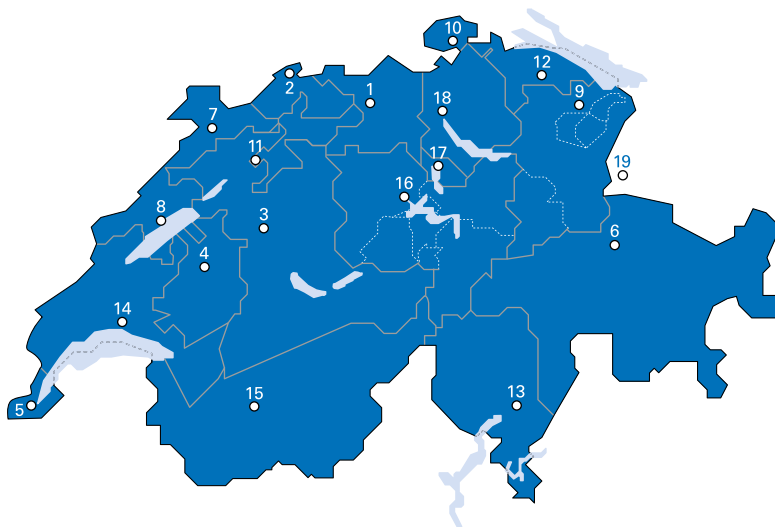
Questa pubblicazione non è destinata alla vendita. La ristampa, la riproduzione, la copia e ogni genere di diffusione, anche solo parziale, necessitano del permesso scritto della Lega svizzera contro il cancro. Tutti i grafici, le illustrazioni e le immagini sono protetti da copyright e non possono essere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

I miei appunti



A large light blue rectangular area containing 20 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@bernischekrebssliga.ch
www.bernischekrebssliga.ch
PK 30-22695-4

4 **Ligue fribourgeoise** **contre le cancer** **Krebsliga Freiburg**

route St-Nicolas-de-Flüe 2
case postale 96
1705 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
tel. 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**

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

17 Krebsliga Zug

Alpenstrasse 14
6300 Zug
Tel. 041 720 20 45
info@krebssliga-zug.ch
www.krebssliga-zug.ch
PK 80-56342-6

18 Krebsliga Zürich

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

19 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.