



La chirurgia dei tumori

Una guida 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@krebsliga.ch, www.krebsliga.ch

Direzione del progetto e redazione – 2ª edizione in tedesco

Nicole Maeder, specialista pubblicazioni,
Lega svizzera contro il cancro, Berna

Consulenza specialistica/testo

Stefanie Lacher, MScN, infermiera di pratica
avanzata in chirurgia, Stadtspital Triemli,
Zurigo

Prof. Dr. med. Markus von Flüe, direttore della
Clinica di chirurgia e primario di chirurgia
generale, St. Claraspital, Basilea

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Markus Weber, primario
e capo dipartimento, Clinica di chirurgia
viscerale, toracica e vascolare, Stadtspital
Triemli, Zurigo

Ringraziamo la persona interessata per
l'attenta rilettura del manoscritto e il prezioso
feedback.

Questo opuscolo è disponibile anche in lingua tedesca e francese.

© 2018, 2001, Lega svizzera contro il cancro, Berna | 3ª edizione rivista

Collaboratori della Lega svizzera contro il cancro, Berna

Regula Schär, responsabile pubblicazioni
Beate Schneider-Mörsch, specialista riabilita-
zione e controlli
Lorenzo Terzi, collaboratore pubblicazioni

Traduzione

Paolo Valenti, Zurigo

Lettorato

Antonio Campagnuolo, Lugano

Illustrazioni

p. 50: pqsg.de: das Altenpflegemagazin im
Internet

Immagini

Immagine di copertina, pp. 4, 18, 44:
shutterstock

p. 30: autore noto alla redazione, fotolia
p. 32: © 2017 Intuitive Surgical, Inc.

Design

Wassmer Graphic Design, Zäziwil

Stampa

Merkur Druck AG, Langenthal

Indice

- 5 Editoriale**
- 6 Quando si opera?**
 - 6 Scelta della terapia
 - 7 È possibile guarire da un tumore operandolo?
 - 8 Studi clinici
- 9 Pianificazione del trattamento**
 - 10 Obiettivi della chirurgia
- 15 Aiuto alla decisione di sottoporsi o no a un'operazione**
- 19 Prima dell'operazione**
 - 19 In ospedale o nella clinica diurna?
 - 20 Durata della degenza in ospedale
 - 20 Gestire le paure
 - 21 Colloquio con il chirurgo
 - 24 Immediatamente prima dell'operazione
- 25 L'anestesia**
 - 25 Il colloquio con l'anestesista
 - 26 Tipi di anestesia
 - 27 Effetti sul cervello dopo una lunga operazione
- 28 Come si svolge l'operazione?**
 - 29 L'operazione a cielo aperto
 - 29 La chirurgia mininvasiva
 - 33 Misure di sicurezza durante l'operazione
- 36 Tecniche chirurgiche complementari**
 - 36 Che cosa sono le tecniche chirurgiche complementari?
 - 36 Terapia laser
 - 38 Crioterapia
 - 40 Elettrochirurgia
 - 40 Termoterapia
- 45 Rischi di un'operazione**
 - 45 Rischi generali di un'operazione
 - 45 Fattori di rischio individuali
 - 46 Infezioni
 - 48 Dolore
 - 49 Emorragie
 - 49 Trombosi
- 51 Dopo l'operazione**
 - 51 Fase di risveglio
 - 52 Nausea
 - 52 Trattamento della ferita
 - 53 Mangiare e bere
- 54 La dimissione e la convalescenza**
 - 54 Convalescenza a casa
 - 54 Che cosa succede dopo l'operazione?
 - 59 Riprendere la vita quotidiana
 - 60 Assistenza a domicilio
 - 61 Controlli postoperatori
 - 62 sessualità
 - 63 Lavoro
 - 64 Conseguenze a lungo termine
- 68 Consulenza e informazione**



Cara lettrice, caro lettore

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

La chirurgia è uno dei trattamenti più comuni per il cancro. L'obiettivo di un'operazione, la tecnica chirurgica, gli effetti sulla salute e sulla vita quotidiana differiscono da persona a persona.

Questo opuscolo fornisce informazioni utili per acquisire maggiore sicurezza con la chirurgia dei tumori. Alcune indicazioni La aiuteranno a porre domande importanti ai professionisti coinvolti.

Le indicazioni contenute in questo opuscolo hanno lo scopo di aiutare a ridurre la paura nei confronti di un intervento chirurgico legato al cancro. Si lasci aiutare dalle persone vicine: famiglia, amici, vicini di casa.

In numerosi opuscoli della Lega contro il cancro troverà ulteriori informazioni e suggerimenti. Si rivolga alla Lega contro il cancro più vicina e faccia richiesta di opuscoli che trattino la Sua forma di cancro.

I consulenti delle Leghe cantonali e regionali contro il cancro e della Linea cancro saranno lieti di aiutarla.

Troverà gli indirizzi e i dettagli di contatto dei centri di consulenza a partire da pagina 74.

Le auguriamo ogni bene.

La Sua Lega contro il cancro

Quando si opera?

Scelta della terapia

La chirurgia è uno dei metodi principali e più frequenti per trattare il cancro. Nel presente opuscolo, insieme al termine «chirurgia» sono utilizzati anche i sinonimi largamente diffusi «operazione» e «intervento chirurgico». I tumori che vengono operati sono quelli solidi, sia benigni sia maligni. L'obiettivo di un'operazione di solito è la guarigione (vedi «Guarigione/operazione curativa», p. 10). Le degenerazioni maligne del sistema di produzione delle cellule del sangue, come una leucemia, o delle vie linfatiche, come un linfoma, non possono essere operate. Questi tipi di cancro sono trattati con una radioterapia e/o una terapia medicamentosa.

Si opera anche quando non c'è la possibilità di una guarigione definitiva dal cancro: in questi casi si parla di «chirurgia palliativa» (vedi p. 12). Con un intervento palliativo si mira ad esempio a preservare le funzioni corporee, alleviare i sintomi o prevenire o trattare possibili complicazioni della malattia tumorale.

Talvolta si rinuncia a un'operazione, quando non ci si può attendere un grande beneficio o se l'intervento comporta un rischio troppo elevato per il paziente. In questi casi

possono entrare in considerazione una radioterapia e/o una terapia medicamentosa.

La scelta della terapia dipende dallo stadio della malattia, dal tipo di cellule e dalle dimensioni del tumore. L'équipe curante si pone ad esempio le seguenti domande:

- in quale organo o regione di un organo si trova il tumore? Il tumore è circoscritto a un organo?
- Sono colpiti i linfonodi? Si sono formate metastasi in altri organi?
- Il tumore può essere asportato chirurgicamente? È necessaria una chemioterapia e/o radioterapia supplementare? Questi trattamenti sono applicati prima o dopo l'intervento?
- Quali sono le caratteristiche del tessuto del tumore?

Siccome un intervento chirurgico spesso non è sufficiente come unico trattamento, si ricorre a terapie supplementari, come una radioterapia e/o la somministrazione di medicinali specifici, ad esempio una chemioterapia.

A seconda del tipo di tumore e dell'obiettivo di trattamento, queste terapie aggiuntive sono impiegate singolarmente o in combinazione, talvolta prima dell'operazione (trattamenti neoadiuvanti)

oppure, come nella maggior parte dei casi, dopo la stessa (trattamenti adiuvanti).

Terapie neoadiuvanti

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

Si tratta di terapie (per es. chemioterapia o radioterapia) che precedono l'operazione, volte a rimpicciolire il tumore per favorirne l'asportazione completa o per renderlo operabile.

Terapie adiuvanti

(dal latino *adiuvare* = aiutare)

Si definiscono adiuvanti le terapie supplementari (chemioterapia, radioterapia) che hanno per scopo l'eliminazione di eventuali cellule cancerose residue dopo l'intervento chirurgico.

Anche le metastasi molto piccole (micrometastasi) possono essere distrutte da una terapia adiuvante, contribuendo a ridurre il rischio di una ricomparsa del tumore (ricidiva) e a rallentare la progressione della malattia.

Per saperne di più su radioterapia e terapie medicamentose...

... consulti i rispettivi opuscoli della Lega contro il cancro (vedi p. 71).

Nella pianificazione della terapia sono presi in considerazione lo stato di salute generale, l'età e le aspirazioni individuali in termini di qualità della vita.

È possibile guarire da un tumore operandolo?

Un intervento chirurgico è in grado di curare con successo numerosi tipi di tumore. In sala operatoria si cerca sempre di asportare il tumore con un margine di sicurezza nel tessuto sano. Questi margini di resezione sono esaminati al microscopio: se sono liberi da cellule cancerose, in gergo tecnico si parla di «resezione R0». Una resezione R0 comporta un rischio minore di ricomparsa del tumore (ricidiva) o di formazione di metastasi rispetto a una resezione R1 o R2. Per maggiori informazioni sui tipi di resezione rimandiamo a pagina 35.

Purtroppo non è sempre chiaro se si siano già diffuse cellule del tumore nel corpo. I sistemi di diagnostica per immagini, come la tomografia a risonanza magnetica (vedi p. 33), non consentono di visualizzare le micrometastasi. Da tali micrometastasi potrebbero svilupparsi in un secondo tempo metastasi, per cui spesso dopo un intervento chirurgico sono raccomandati altri trattamenti, come

una chemioterapia o una radioterapia.

Quali fattori incidono sul successo del trattamento?

- Il tipo di tumore.
- La sede del tumore.
- Lo stadio della malattia.
- L'estensione dell'asportazione chirurgica del tumore.
- Le condizioni fisiche generali e di salute.
- L'età della persona colpita.

Studi clinici

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

Un colloquio personale con il Suo medico potrà chiarire quali vantaggi o svantaggi potrebbe avere

nel Suo caso la partecipazione a uno studio clinico. Spesso i pazienti che acconsentono a partecipare a uno studio clinico sono motivati anche dal pensiero dei possibili benefici per le persone che si ammaleranno di cancro dopo di loro.

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

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

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

L'opuscolo «Terapia oncologica nell'ambito di uno studio clinico» (vedi p. 72) spiega come si svolgono questi studi e quali possono essere le implicazioni per chi partecipa.

Pianificazione del trattamento

Spesso occorrono giorni o persino settimane prima di avere tutti i risultati degli esami. In questa fase occorre molta pazienza, ma più è completo il quadro dei risultati, più la terapia può essere programmata in base alle caratteristiche individuali.

Le fasi del trattamento sono pianificate e sorvegliate da un'équipe interdisciplinare. In altre parole, specialisti di diversi campi si riuniscono in un cosiddetto «tumor board» per valutare congiuntamente la situazione e individuare il trattamento più adeguato al Suo caso.

Operazioni e interventi di minore entità sono eseguiti nelle seguenti specialità:

- medicina generale, medicina di famiglia: piccoli interventi come prelievi di tessuto;
- dermatologia: malattie della pelle;
- gastroenterologia: malattie dell'apparato digestivo;
- ginecologia: malattie dell'apparato sessuale e riproduttivo femminile, ostetricia;
- chirurgia otorinolaringoiatrica;
- neurochirurgia: trattamento chirurgico delle malattie dei nervi e del sistema nervoso centrale;

- chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica: ricostruzione chirurgica di tessuti e parti del corpo;
- chirurgia toracica: trattamento chirurgico di polmoni e bronchi;
- urologia: interventi chirurgici e trattamenti delle malattie dell'apparato urinario e degli organi sessuali maschili;
- chirurgia viscerale: operazioni degli organi addominali ed endocrini. Gli organi endocrini, come per esempio la tiroide, regolano funzioni complesse dell'organismo tramite gli ormoni;
- chirurgia maxillo-facciale;
- ortopedia: lesioni dell'apparato locomotore (per es. anca, ginocchio);
- radiologia interventistica: sottospecialità della radiologia. Sfruttando la diagnostica per immagini il radiologo interventista pone diagnosi ed esegue terapie, come ad esempio posare uno stent (piccolo tubicino) all'interno del corpo. Uno degli impieghi degli stent è riaprire le vie respiratorie ristrette per colpa di un tumore.

Obiettivi della chirurgia

Gli obiettivi di un intervento chirurgico su un tumore possono variare a seconda del successo della terapia, del decorso della malattia e/o delle condizioni personali del paziente. Con un'operazione si cerca sempre di migliorare la situazione di vita della persona operata.

Di seguito sono presentati i possibili obiettivi di un intervento chirurgico. Prima di avviare la terapia, discuta con il Suo medico degli obiettivi perseguiti con l'intervento che Le è stato proposto. Per esempio, chieda se si punta alla guarigione.

Guarigione/operazione curativa

«Curativa» significa che l'operazione ha per obiettivo la guarigione. Di solito si ambisce a questo risultato quando il tumore può essere asportato completamente. La condizione per un'operazione curativa è l'assenza di metastasi visibili o, qualora siano presenti metastasi, devono essere tutte asportabili.

Prima avviene la diagnosi e l'asportazione chirurgica di un tumore, maggiori sono le probabilità di guarigione. Inoltre, più un tumore è piccolo al momento dell'inter-

vento, meno danni vengono inflitti al tessuto circostante e agli organi confinanti.

Per rimuovere il più completamente possibile le cellule tumorali, il tumore viene asportato insieme a un margine di sicurezza (vedi p. 34) nel tessuto sano. A seconda dello stadio della malattia, anche l'organo colpito dal tumore dovrà essere asportato parzialmente o integralmente. Spesso i chirurghi rimuovono anche i linfonodi vicini.

Ma anche se il tessuto colpito dal tumore può essere completamente rimosso, non significa necessariamente che il tumore sia scomparso in via definitiva o che si possa decretare la guarigione. C'è sempre il rischio di una recidiva. Perciò prima o dopo un'operazione spesso si ricorre a una terapia medicamentosa del tumore e/o a una radioterapia come trattamenti aggiuntivi.

Prelievo di linfonodi

Per permettere la guarigione, sovente in un intervento chirurgico devono essere asportati anche linfonodi. Di solito si cerca nel limite del possibile di asportare tutti i linfonodi invasi o potenzialmente invasi dal tumore. I linfonodi da prelevare sono chiaramente

definiti a seconda del tipo e della localizzazione del tumore: il Suo chirurgo Le dirà quanti dovrà asportarne.

Il numero di linfonodi invasi dal tumore influisce sul seguito delle terapie e sulla prognosi. La regola generale è: meno linfonodi sono colpiti, più il decorso della malattia tende a essere favorevole.

Se nei linfonodi si riscontrano cellule cancerose, dopo l'intervento chirurgico è spesso indicato un ulteriore trattamento, come una radioterapia o una chemioterapia, al fine di ridurre la probabilità di ricomparsa (recidiva) del tumore.

Chirurgia delle metastasi

Come i tumori primari, anche le metastasi possono essere trattate con l'asportazione chirurgica, una farmacoterapia e/o una radioterapia, a seconda della situazione.

Una terapia curativa di solito è presa in considerazione solo se è possibile rimuovere completamente tutte le metastasi. Ma la chirurgia delle metastasi può anche avere la funzione di allungare la sopravvivenza nei malati di cancro, perciò è impiegata con scopo sia curativo sia palliativo.

Spesso le metastasi sono operate con tecnica laparoscopica (vedi p. 30). La scelta della tecnica chirurgica dipende dal tipo di tessuto e dal numero, dalla localizzazione e dalle dimensioni delle metastasi.

Esame del tessuto

In caso di sospetto di cancro si procede a un prelievo di tessuto dalla regione colpita. Il campione di tessuto prelevato viene esaminato in laboratorio per confermare o smentire la presenza di cellule tumorali. In caso affermativo, le cellule tumorali sono analizzate

Linfonodi

I linfonodi sono organi del sistema linfatico, il quale fa parte del sistema immunitario. Per esempio il sistema linfatico funge da filtro per gli agenti patogeni e le sostanze di scarto.

L'asportazione di linfonodi può provocare la comparsa di un linfedema: per saperne di più vada a pagina 65 e legga l'opuscolo «Il linfedema e il cancro» (vedi p. 71) .

per valutarne caratteristiche come l'aggressività e le proprietà biologiche.

Talvolta in un campione di tessuto non si riscontrano cellule cancerose, ma se numerosi segni depongono in favore della presenza di un tumore maligno, alla persona colpita si consiglia comunque di farsi operare. Tale consiglio viene discusso dagli specialisti del *tumor board* (vedi p. 9) e insieme al paziente prima di decidere di intervenire.

Prelievo di tessuto

Di solito il prelievo di tessuto (biopsia) richiede solo un piccolo intervento. Il medico esegue una piccolissima incisione per asportare minimi frammenti di tessuto (1–2 mm), per esempio dal seno. Alcuni tumori possono essere sottoposti a una cosiddetta «agobiopsia» (prelievo di tessuto con ago sottile, vedi p. 35) guidata dalla tomografia computerizzata o dall'ecografia. Spesso queste biopsie sono eseguite in ambito ambulatoriale, ossia senza che sia necessario ricoverare il paziente in ospedale.

In altre situazioni, per esempio nei tumori addominali, il prelievo di tessuto richiede un'operazione, come nel caso di un tumore difficilmente accessibile o quando è necessario prelevare quantità

maggiori di tessuto. Spesso durante questi interventi sono prelevati anche i linfonodi che potrebbero essere invasi dal cancro.

Nei tumori dello stomaco, dell'intestino o dei polmoni, la biopsia può avvenire nell'ambito di un'endoscopia dell'organo.

Operazioni palliative

«Palliativo» (dal latino *palliare* = avvolgere con un mantello) significa che l'obiettivo non è più la guarigione, ma conservare il più possibile la qualità della vita del paziente, mirando a prevenire o alleviare complicazioni o disturbi di qualsiasi tipo che possono insorgere in seguito alla malattia tumorale.

In uno stadio avanzato della malattia l'asportazione completa del tumore può rivelarsi impossibile, sia per la sua localizzazione in una regione difficilmente accessibile, sia per il fatto che il tumore fa corpo col tessuto vicino, oppure perché si sono sviluppate metastasi non operabili.

La priorità in un intervento palliativo è la qualità della vita. Attraverso misure mediche, infermieristiche, psicologiche e spirituali si possono attenuare o migliorare disturbi come il dolore, la paura, la stanchezza o problemi di alimentazione.

Esistono molte possibili operazioni palliative. Per esempio ci sono interventi volti a prevenire le fratture in caso di metastasi ossee. Oppure a impedire un'emorragia o un'occlusione intestinale nel caso di un cancro gastrointestinale. L'intervento consente di migliorare o prolungare la funzione degli organi colpiti, come quella digestiva.

Se si trova in una situazione in cui la guarigione non è più possibile, rifletta su cosa significa per Lei la qualità della vita, eventualmente con l'aiuto di uno psico-oncologo. Ne parli anche con la Sua équipe curante, che potrà così definire i trattamenti in base alle Sue esigenze.

Rimpicciolimento del tumore

Un tumore non può essere sempre asportato completamente. Nella chirurgia citoreduttiva (dal greco *zytos* = cellula), l'obiettivo è rimuovere il maggior numero possibile di cellule cancerose per ridurre la massa del tumore e aumentare in tal modo l'efficacia di altri trattamenti, come la radioterapia o le terapie medicamentose. Questa procedura viene chiamata «debulking» (dall'inglese *bulk* = massa).

Operazioni preventive

Un'operazione preventiva viene eseguita prima della comparsa

di un cancro. Si tratta di un intervento raro e indicato soprattutto se:

- sono riscontrati precursori di un tumore, per esempio alterazioni cellulari nell'utero, polipi nell'intestino o alterazioni cistiche dei dotti del pancreas;
- test genetici evidenziano un'alta probabilità di insorgenza futura di un tumore.

In alcune famiglie si osserva una frequenza sproporzionatamente elevata di determinati tipi di cancro. La causa è stata individuata in alterazioni genetiche specifiche che possono essere ereditate. Oggi si conoscono diversi geni che provocano un aumento del rischio di alcuni tumori, come quello dell'intestino, dell'ovaia e del seno. Per informazioni più approfondite su questo argomento La invitiamo a leggere l'opuscolo «Rischio di cancro ereditario» (vedi p. 71).

I membri delle famiglie con un rischio ereditario comprovato sono sottoposti a una serie di accertamenti medici e ricevono una consulenza approfondita. Lo scopo è individuare se i familiari sani abbiano ereditato il gene malato. In questo caso può essere proposta l'asportazione dell'organo a rischio, come le mammelle in una situazione di cancro al seno ereditario.

Prima di un intervento così radicale devono essere attentamente ponderati vantaggi e svantaggi. L'asportazione dell'organo interessato abbatte drasticamente il rischio di cancro, ma non esclude al cento per cento la comparsa della malattia. Inoltre, le persone operate devono confrontarsi con l'amputazione di un organo sano, per esempio di entrambe le mammelle, senza mai sapere se si sarebbe sviluppato davvero un cancro.

Chirurgia ricostruttiva

Le terapie possono cambiare l'aspetto di una persona e/o limitare o sopprimere alcune funzioni corporee.

Una terapia contro il cancro, per esempio della cavità orale, può avere conseguenze visibili che rendono necessaria una correzione delle labbra. Oppure, una mammella amputata può essere ricostruita con un cuscinetto di silicone o utilizzando tessuto muscolare. Anche la correzione delle cicatrici fa parte della chirurgia ricostruttiva.

Non si tratta però solo dell'aspetto esterno, talvolta può esserci la necessità di ricostruire anche l'interno del corpo. Contro il cancro dello stomaco può capitare che il chirurgo debba asportare tutto o parte dello stomaco. Per sostituire la parte o l'organo mancante si utilizza una porzione dell'intestino tenue come stomaco sostitutivo.

Aiuto alla decisione di sottoporsi o no a un'operazione

Il Suo chirurgo (l'operatore) discuterà insieme a Lei dell'intervento. I colloqui sugli effetti attesi e indesiderati dell'intervento servono per aiutarla a decidere. Le informazioni contenute in questo opuscolo fungono da ulteriore supporto al Suo processo decisionale.

Le suggeriamo di farsi accompagnare ai colloqui col chirurgo da un familiare o da una persona di fiducia. Prima, a casa, scriva su un foglio tutte le domande che Le vengono in mente, in modo da non dimenticarsele durante il colloquio.

Può anche consultare il Suo medico di famiglia oppure richiedere un secondo parere a un altro specialista. Il medico curante non lo considererà come una mancanza di fiducia, ma sa bene che è un Suo diritto.

Se sente l'esigenza di parlare con qualcuno dei problemi di natura psicologica o sociale causati dalla malattia, richieda una consulenza psico-oncologica, durante la quale saranno affrontati gli aspetti legati alla malattia di natura non medica, ad esempio le paure o i problemi sociali (vedi anche p. 68).

La decisione spetta a Lei

Le consigliamo di discutere delle terapie proposte con il medico curante. In alcuni ospedali e centri di trattamento le varie fasi della terapia sono coordinate da uno specialista.

In qualsiasi momento può porre domande, mettere in discussione una decisione presa in passato o prendersi del tempo per riflettere. L'importante è che acconsenta a intraprendere un determinato passo soltanto dopo aver ricevuto informazioni esaustive sulla procedura precisa, sulle possibili conseguenze e sugli effetti indesiderati, e nella certezza di aver compreso tutto. Se qualcosa non è chiaro non esiti a domandare.

Lei ha il diritto di rifiutare un trattamento. Si faccia spiegare che decorso potrà prendere la malattia tumorale se decidesse di non seguire la terapia.

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

Aiuto alla decisione

Il seguente schema di domande La aiuta a focalizzarsi sugli aspetti importanti per decidere in favore o contro un'operazione. Prima di rispondere alle domande legga i capitoli di questo opuscolo pertinenti al Suo caso. Può anche fare una copia dell'aiuto alla decisione e portarla con sé ai colloqui con i medici.

Compili lo schema partendo dalla domanda «Obiettivi dell'operazione?» in basso al centro e poi segua le frecce in senso orario.

Vantaggi dell'operazione?

Rischi dell'operazione?

Raccomandazione del medico?

Operazione:

Obiettivi dell'operazione?

Come si svolge l'operazione?

Com'è il decorso della guarigione?

Qualità della vita dopo l'operazione?

Decorso della malattia senza operazione?

Le mie alternative?

La mia decisione?

- sì
- no
- non è ancora chiaro

sì o no



Prima dell'operazione

Tra la diagnosi e l'operazione può passare un tempo più o meno lungo. Il periodo prima dell'operazione può essere pesante e difficile. Cerchi ugualmente di sfruttarlo per prepararsi all'intervento, con l'aiuto delle informazioni che trova negli opuscoli della Lega contro il cancro o nella documentazione dell'ospedale. Essere ben informati su quello che succede in sala operatoria aiuta a sentirsi più sicuri e a ridurre l'ansia.

La fase preoperatoria viene talvolta utilizzata per migliorare il benessere generale del paziente, in particolare il suo stato nutrizionale. Questo perché il rischio di complicazioni può essere ridotto ottimizzando l'alimentazione. Per saperne di più sull'alimentazione e la consulenza dietetica legga l'opuscolo «Difficoltà di alimentazione e cancro» (vedi p. 71).

Se già prima dell'intervento ne conosce le possibili conseguenze, può prepararsi meglio per il periodo dopo l'operazione (postoperatorio). Ha il tempo per informarsi sulle numerose offerte di servizi e di pianificare in anticipo per esempio l'assistenza domiciliare.

Talvolta la malattia si incrocia con programmi familiari o lavorativi e possono rendersi necessari adattamenti sia nella vita professionale sia in quella familiare. Possono

farne le spese anche le abitudini alimentari, la mobilità, la relazione di coppia e la sessualità (vedi p. 62).

Parli di questi argomenti con le persone che Le stanno vicine. Accetti il loro aiuto per non sentirsi solo/a in questo periodo.

In ospedale o nella clinica diurna?

Alcuni esami preliminari possono essere svolti ambulatorialmente, altri no. Se è necessario un ricovero per effettuare determinati esami, entrerà in ospedale uno o più giorni prima della data prevista dell'intervento. Questo periodo Le offre l'opportunità di conoscere l'équipe di trattamento e di prendere confidenza con la routine ospedaliera.

Un'operazione può essere eseguita in regime stazionario o ambulatoriale:

- «stazionario» significa che dovrà trascorrere almeno una notte e forse più notti o alcune settimane in ospedale;
- con un intervento ambulatoriale tornerà a casa la sera stessa. L'operazione sarà eseguita in ospedale, nello studio medico o nella clinica diurna, chiamata anche «(poli)ambulatorio» o, in alcuni ospedali, «policlinico».

In passato si potevano eseguire solo piccoli interventi in sede ambulatoriale; oggi spesso si pianificano ed eseguono operazioni di maggior portata in una clinica diurna. Tuttavia, se un intervento si prefigura complesso e richiede un'assistenza postoperatoria intensiva, il paziente viene ricoverato in ospedale. La maggior parte degli interventi chirurgici sui tumori viene eseguita in ambito stazionario.

Durata della degenza in ospedale

Il medico saprà indicarle la durata della permanenza in ospedale già prima dell'operazione. La maggior parte dei grandi interventi per un tumore richiede una degenza di una o due settimane, ma essa dipende da vari fattori, per esempio dalla tecnica chirurgica, dalle possibili complicazioni, dallo stato di salute generale, dall'età del paziente, dalla salute psichica e dalla situazione dell'assistenza a domicilio.

Dopo un intervento importante spesso viene consigliata una riabilitazione ambulatoriale o stazionaria (vedi p. 56).

Gestire le paure

Forse avrà una sensazione di disagio o di paura prima di entrare in ospedale e dell'operazione. È una cosa assolutamente normale e comprensibile. L'incertezza su quello che ci attende, la paura di provare dolore e di subire complicazioni suscitano ansie nella maggior parte delle persone.

Esistono diversi modi per ridurre quest'ansia. Una possibilità è raccogliere una quantità adeguata di informazioni. Alcune persone hanno bisogno di essere informate il più possibile per sentirsi sicure, mentre per altre è sufficiente conoscere solo le coordinate essenziali di una terapia. L'importante è evitare informazioni false da fonti non attendibili, come talvolta capita navigando in Internet. Si informi solo su siti online affidabili come quello della Lega contro il cancro o le pagine degli ospedali. Non esiti a chiedere alla sua équipe curante dove trovare su Internet informazioni approfondite o possibilità di scambio con altre persone colpite. Se si affida agli specialisti corre un rischio minore di ricevere informazioni sbagliate.

Cerchi di distrarsi e di rilassarsi fino al momento dell'operazione.

Che accorgimenti ha usato per rilassarsi in altre situazioni difficili della vita? Cerchi di ricordarselo. Magari è servito passare una serata al cinema, passeggiare nel bosco, parlare con un amico o un'amica. Quello che è stato utile in passato potrebbe alleviare anche oggi il tempo dell'attesa.

In ospedale tra i diversi esami può uscire dalla stanza e recarsi in caffetteria, telefonare, leggere un libro, guardare un film o ascoltare musica: faccia tutto quello che La distrae. Anche uno smartphone, il computer portatile o altri dispositivi elettronici aiutano a occupare la giornata. Abbellisca la stanza con oggetti personali, come un piccolo cuscino, un portafortuna o qualche fotografia, per sentirsi più a Suo agio.

Se Le piace ricevere visite, informi amici, vicini e colleghi della Sua degenza in ospedale. In molte città sono disponibili anche volontari che visitano i pazienti. Ma magari vuole incontrare solo poche persone all'interno di una cerchia ristretta di conoscenti: anche questo è perfettamente accettabile.

Se desidera parlare con un assistente spirituale o uno specialista in psico-oncologia (vedi p. 68), si rivolga al Suo medico.

Colloquio con il chirurgo

Il chirurgo si intratterrà con Lei per spiegarle la tecnica operatoria e pianificare l'intervento.

La informerà sulla preparazione, l'esecuzione e lo svolgimento dell'operazione, sia a voce sia consegnandole un foglio informativo. Potrebbe anche farle un disegno per mostrarle dove e come interverrà. Le porrà alcune domande sulla Sua vita quotidiana e sul Suo stile di vita. Per il buono svolgimento dell'operazione è importante che sappia se Lei fuma, quali medicinali prende regolarmente, se ha allergie o che esperienze ha avuto in occasione di precedenti operazioni.

Dichiarazione di consenso

Durante il colloquio il chirurgo Le fornirà tutte le informazioni necessarie sull'operazione prevista. Lei può porre domande in ogni momento. Quando avrà compreso tutte le informazioni importanti per Lei e sarà d'accordo a sottoporsi all'intervento, Le sarà chiesto di firmare una dichiarazione di consenso.

È possibile che il chirurgo Le illustri diverse modalità di svolgimento dell'operazione. Talvolta solo durante l'intervento potrà

Non abbia timore di porre domande

Domande sull'operazione

- Sarò guarito/a dopo l'operazione? Saranno necessari ulteriori trattamenti dopo l'operazione?
- Che risultati mi posso attendere dall'operazione proposta? Mi allungherà la vita? Migliorerà la mia qualità della vita?
- Che alternative ci sono all'operazione proposta?
- Quante volte hanno già operato i chirurghi questo tumore? Questa domanda è importante perché l'esperienza degli specialisti coinvolti può incidere sul decorso della malattia e sulla qualità di vita.
- Quale tecnica operatoria (vedi pp. 28 sgg.) verrà impiegata? Come mai proprio questa tecnica?
- Per quanto tempo dovrò restare in ospedale o quanto spesso dovrò recarmi in ospedale per le visite ambulatoriali?
- I costi del trattamento sono coperti dalla cassa malati?
- A chi mi posso rivolgere se ho ulteriori domande?

Domande sulla preparazione

- Quali esami preliminari sono previsti?
- Fino a quando prima dell'intervento posso mangiare e bere? Cosa posso mangiare e bere? Cosa devo evitare?
- Che cosa posso fare contro la mia paura dell'operazione?
- Prima dell'intervento riceverò un tranquillante o un sonnifero?
- Devo assumere un lassativo?

Domande sui rischi

- Quali sono i vantaggi e gli svantaggi dell'operazione?
- Quali complicazioni possono insorgere durante l'operazione?
- Quali sono i rischi e gli effetti collaterali da tenere in considerazione? Quando cesserà il periodo in cui potranno comparire questi rischi ed effetti collaterali?
- Che aspetto avrò dopo l'operazione? Per esempio, avrò cicatrici? Guariranno?
- Quali funzioni del corpo saranno compromesse dal trattamento? Queste limitazioni saranno passeggero o permanenti? Si può fare qualcosa per contrastarle?
- Quali ulteriori disturbi devo temere se il tumore ha invaso anche altri organi o se saranno danneggiati durante l'intervento?

Domande sugli effetti dell'operazione

- Avrò dolori? Come saranno trattati?
- Dovrò prendere anticoagulanti dopo l'operazione?
- Che impatto avrà presumibilmente l'operazione sulla mia vita quotidiana, sul mio entourage e sul mio benessere?
- Se rinuncio all'operazione, quali possono essere le conseguenze sul tempo che mi resta da vivere e sulla qualità di vita?

Domande sul periodo dopo la dimissione

- Quali misure di sostegno, come ad esempio le cure domiciliari o un'assistenza da parte dei vicini di casa, devono essere organizzate per il periodo dopo l'operazione?
- Quali trattamenti potrebbero essere necessari dopo l'intervento?
- Quando e dove dovrò recarmi ai controlli postoperatori?
- È pianificata una riabilitazione ambulatoriale o stazionaria?

decidere che passaggi eseguire e quali evitare. Pertanto il chirurgo deve essere autorizzato dalla Sua firma a prendere la decisione appropriata alla Sua situazione.

La decisione di sottoporsi o no a un intervento chirurgico spetta esclusivamente a Lei. Nessuno può operarla se non ha firmato la dichiarazione di consenso. Naturalmente se cambiasse idea, anche dopo aver firmato, ha la possibilità di revocare il Suo consenso.

Immediatamente prima dell'operazione

Se l'operazione è prevista il giorno stesso dell'ingresso in ospedale, dovrà recarsi in ospedale la mattina presto. Nel caso di un'operazione addominale, il giorno prima dovrà svuotare l'intestino con un lassativo o un clistere, a casa o in ospedale a seconda del caso.

A partire da qualche ora prima dell'intervento non potrà più mangiare né bere alcunché. Questa precauzione serve per evitare che vomiti durante l'anestesia e il contenuto dello stomaco finisca nelle vie respiratorie.

Una protesi dentaria può finire di traverso in gola durante l'anestesia e pertanto deve essere rimossa prima dell'intervento.

Prima dell'operazione di solito si procede alla rasatura della zona da operare. In sala operatoria indosserà un camice e probabilmente calze a compressione per prevenire le trombosi (vedi p. 49). Alcuni pazienti indossano anche una cuffia per evitare che i batteri trasportati sui capelli caduti infettino la ferita. Per ridurre il rischio di contaminazioni batteriche in sala operatoria, dovrà togliersi occhiali, lenti a contatto, gioielli o piercing.

Durata dell'intervento

Un grande intervento per asportare un tumore dura circa tra le due e le quattro ore: il chirurgo La informerà in merito prima dell'operazione. Tuttavia la durata effettiva ha poca importanza per Lei perché in ogni caso dormirà e sarà attentamente monitorato/a durante tutto l'intervento.

L'anestesia

Il colloquio con l'anestesista

L'équipe di anestesia ha un'importanza cruciale durante l'intervento chirurgico. Provvede affinché l'anestesia funzioni correttamente e renda insensibile al dolore. Inoltre controlla costantemente la respirazione, la circolazione, il metabolismo, la funzione renale e altre importanti funzioni corporee. L'anestesista, che è un medico specialista, è in grado di reagire immediatamente di fronte a un problema fisico.

L'anestesista si presenterà da Lei prima dell'operazione per porle alcune domande:

- valuterà il Suo stato generale di salute, in particolare le funzioni cardiocircolatorie;
- si informerà su tutti i farmaci che Lei prende regolarmente, in modo da poter valutare il rischio di interazioni con i farmaci anestetici;
- si informerà su allergie e intolleranze, per evitare possibili complicazioni;
- vorrà sapere se fuma e beve alcol;
- La informerà sugli eventuali medicinali preparatori (premedicazione);

- discuterà con Lei sul tipo di anestesia previsto;
- Le spiegherà il decorso dopo l'operazione, per esempio la permanenza nella sala di risveglio o in cure intensive;
- risponderà alle Sue domande.

Comunichi all'anestesista anche se ha avuto brutte esperienze con precedenti narcosi, in particolare associate a nausea. Esistono medicinali, che possono essere prescritti a scopo preventivo, in grado di ridurre nettamente la sensazione di nausea.

Se è in agitazione o ha paura dell'anestesia, non esiti a parlarne all'anestesista: è uno specialista che sa come gestire queste paure. Si faccia spiegare per filo e per segno tutto ciò che accadrà dal momento in cui Lei lascerà la Sua camera fino al risveglio. Sapendo ciò che l'aspetta avrà maggiore fiducia. Se Lei è in preda al nervosismo Le sarà somministrato un tranquillante prima dell'intervento.

Tipi di anestesia

Si distinguono tre tipi di anestesia:

- anestesia locale;
- anestesia regionale;
- anestesia generale (narcosi).

Anestesia locale

Nell'anestesia locale solo una piccola zona del corpo viene resa insensibile al dolore. Si utilizza per esempio per le biopsie della pelle. Il paziente rimane cosciente.

Anestesia regionale

Con questa tecnica viene anestetizzata un'area più grande (regione) rispetto all'anestesia locale. Un esempio di anestesia regionale è l'anestesia peridurale (PDA), nella quale il farmaco anestetico è iniettato nella schiena dopo aver introdotto una cannula nel canale vertebrale sotto il midollo spinale. Con una PDA perdono sensibilità al dolore il basso ventre e le gambe: questa tecnica viene utilizzata non solo per l'anestesia, ma anche per la terapia del dolore (vedi p. 48). Una PDA può provocare un ematoma, ma quest'evento è abbastanza raro.

Sedativi

In un'anestesia locale o regionale possono essere somministrati sedativi. Il paziente è sonnolento

durante l'operazione e non pienamente cosciente. Questi medicinali possono provocare amnesie dopo l'intervento e/o ridurre lo stato di coscienza.

Anestesia generale

Un'anestesia generale (narcosi) induce:

- perdita della coscienza: Lei non udrà né percepirà nulla di quanto avviene intorno a Lei perché starà dormendo;
- perdita della sensibilità al dolore (analgesia);
- rilassamento muscolare: il Suo corpo sarà completamente rilassato e immobile, permettendo al chirurgo di lavorare con precisione.

In oncologia la maggior parte degli interventi chirurgici avviene in anestesia generale poiché spesso sono coinvolte la regione ORL (orecchie, naso, gola), i polmoni o il basso addome.

Durante l'anestesia generale sono costantemente controllate la funzione cardiaca e respiratoria, oltre al livello di ossigeno nel sangue, il polso, la pressione sanguigna e la temperatura corporea. In una narcosi profonda, il paziente è sottoposto a respirazione artificiale.

Effetti sul cervello dopo una lunga operazione

Molte persone hanno solo ricordi frammentari dei primi giorni dopo una grande operazione. Narcosi, dormiveglia e fasi vigili si mescolano, anche se la persona in questo periodo appare perlopiù lucida. Le persone anziane spesso hanno bisogno di più tempo rispetto ai giovani per riprendersi dall'anestesia generale e dall'operazione.

Una narcosi e/o un intervento chirurgico possono per esempio indurre uno squilibrio dei neurotrasmettitori cerebrali, alterando le funzioni cerebrali fino al punto che alcune persone entrano in uno stato confusionale passeggero. Per le persone anziane un ricovero in ospedale e un'operazione possono essere una prova particolarmente dura. Si ritrovano più spesso disorientate rispetto ai giovani dopo l'intervento. Questa confusione svanisce generalmente dopo qualche giorno, ma se necessario può essere trattata con medicinali.

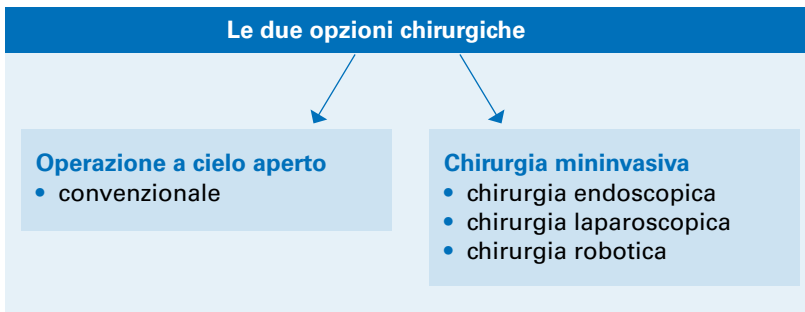
Come si svolge l'operazione?

La maggior parte delle operazioni oncologiche mira ad asportare completamente il tessuto tumorale mantenendo un buon margine di sicurezza (vedi p. 34), e nello stesso tempo risparmiando il più possibile i tessuti sani. Esistono due tecniche operatorie principali: la chirurgia a cielo aperto e la chirurgia mininvasiva.

Gli interventi a cielo aperto sono i cosiddetti «interventi convenzionali». La chirurgia mininvasiva comprende l'endoscopia, la laparoscopia o la chirurgia robotica. L'idoneità dell'una o dell'altra tecnica dipende da vari fattori:

- quale tecnica consente di operare in modo più efficace un determinato tipo di tumore?
- Localizzazione del tumore?
- Estensione del tumore?
- Esperienza e abitudini del chirurgo.

Se lo scopo dell'intervento è curativo (vedi p. 10), le tecniche di prima scelta sono la chirurgia a cielo aperto o quella mininvasiva. Se un tumore non può essere asportato completamente entrano in considerazione tecniche chirurgiche complementari (vedi p. 36), come ad esempio una terapia laser.



L'operazione a cielo aperto

In un'operazione a cielo aperto il chirurgo pratica un'incisione di 5 fino a 20 cm attraverso la pelle e gli strati sottostanti per raggiungere la zona da operare.

Vantaggi

- L'équipe chirurgica ha una buona visione della massa tumorale e degli organi vicini.
- I tumori di maggiori dimensioni sono più facili da asportare che in un intervento mininvasivo.
- Un'operazione a cielo aperto può essere eseguita anche per i tumori in stadio avanzato che hanno già infiltrato altri tessuti.

Svantaggi

- Il tempo di recupero dall'intervento è più lungo.
- Dopo l'operazione restano cicatrici.
- Talvolta il rischio di infezione della ferita operatoria è più elevato che con un intervento mininvasivo.

La chirurgia mininvasiva

A seconda dell'intervento viene chiamata anche:

- chirurgia microinvasiva;
- chirurgia endoscopica (vedi p. 30);
- chirurgia laparoscopica (vedi pp. 30 sg.);
- chirurgia robotica (vedi p. 32).

Nella chirurgia mininvasiva il chirurgo introduce gli strumenti nel corpo attraverso piccole incisioni della pelle o un'apertura naturale per asportare il tessuto tumorale. Lo strumento è dotato di una videocamera che consente di visualizzare il campo operatorio su uno schermo, in modo che il chirurgo possa sempre controllare la situazione.

Vantaggi

- La tecnica mininvasiva è spesso adottata in caso di tumori di piccole dimensioni e negli stadi precoci.
- Il paziente ha bisogno di una dose minore di anestetico, si riprende più rapidamente dall'intervento e richiede un ricovero più breve rispetto a un intervento a cielo aperto.

Svantaggi

- Se il tumore è in una localizzazione sfavorevole, l'accesso mininvasivo può rivelarsi difficile.

- Questa tecnica è sconsigliata se si sono formate metastasi a distanza.
- Se il tumore è grande, spesso è comunque necessaria un'operazione a cielo aperto per asportarlo.

I progressi medici consentono di operare sempre più frequentemente un tumore con la tecnica mininvasiva. Talvolta però la situazione impone di convertire in corso d'opera un intervento mininvasivo in un intervento a cielo aperto.

Chirurgia endoscopica

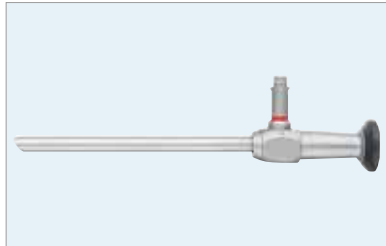
Una tecnica mininvasiva è la chirurgia endoscopica. In un'endoscopia (dal greco *endon* = dentro e *skopein* = osservare) viene introdotto uno strumento tubolare o cilindrico (endoscopio) nel corpo. L'endoscopio è dotato di piccoli strumenti operatori, una lampada e una mini-videocamera. Può essere introdotto attraverso un'apertura naturale (condotto uditivo, bocca, ano, vagina, pene) o piccole incisioni della pelle. Nel primo caso l'endoscopia non lascia alcuna cicatrice chirurgica.

L'endoscopia viene usata sia per la diagnosi sia per la terapia, per esempio con lo scopo di asportare precursori del cancro nell'intestino.

Secondo l'impiego previsto, il chirurgo si serve di un endoscopio rigido o flessibile. Lo strumento rigido è impiegato per esempio nella laparoscopia (endoscopia dell'addome) e quello flessibile nella broncoscopia (vedi tabella).

Esempio: la chirurgia laparoscopica

La laparoscopia è un'endoscopia della cavità addominale. Gli strumenti sono introdotti attraverso piccole incisioni di 0,5–1 cm della parete addominale. In seguito il chirurgo gonfia la cavità addo-



Endoscopio rigido.



Endoscopio flessibile.

Diversi tipi di endoscopia

La tabella mostra vari tipi di endoscopia: il nome indica la parte del corpo esplorata. Per esempio, l'endoscopia dell'intestino crasso, o colon, è chiamata «colonscopia».

Parte del corpo	Termine tecnico
Faringe	Faringoscopia
Laringe	Laringoscopia
Addome	Laparoscopia
Esofago	Esofagoscopia
Stomaco	Gastrosocopia
Intestino crasso	Colonscopia, rettoscopia
Duodeno	Duodenoscopia
Vescica urinaria	Cistosocopia
Vagina e utero	Colposocopia
Trachea e polmoni	Broncosocopia

minale con un gas innocuo (anidride carbonica): la pancia si gonfia come un pallone consentendo all'operatore di vedere bene gli organi addominali. L'intervento viene eseguito osservando su uno schermo le immagini trasmesse dall'interno dell'addome.

Una laparoscopia viene presa in considerazione per esempio per operare il cancro dell'utero, del colon, del retto e della prostata. Con questi tumori i risultati della tecnica mininvasiva sono paragonabili a quelli di un intervento a cielo aperto.

Chirurgia robotica

Nella chirurgia robotica, il chirurgo viene assistito da un robot mentre opera con tecnica endoscopica. L'operatore siede a una postazione di comando, da dove guida i bracci del robot durante l'intervento.

La chirurgia robotica consente al chirurgo di avere una prospettiva tridimensionale del campo operatorio; gli strumenti sono più manovrabili con un robot, in particolare

negli spazi ristretti. Naturalmente tutta l'operazione è sempre sotto il controllo del chirurgo. Il robot può solo eseguire gli ordini impartiti.

Questa tecnica viene talvolta utilizzata nel trattamento dei tumori di intestino, prostata, reni o utero. Oggi non è possibile pronosticare con certezza se sia destinata un giorno a soppiantare le tecniche convenzionali.



Misure di sicurezza durante l'operazione

Diagnostica per immagini

Prima, durante e dopo l'operazione vengono impiegate tecniche di diagnostica per immagini. Durante l'intervento aiutano il chirurgo a orientarsi, per esempio per determinare l'esatta posizione del tumore. A seconda dell'organo o della regione del corpo si ricorre a diverse tecniche; le più frequenti sono l'ecografia, la tomografia computerizzata e la radioscopia; di rado si impiega anche la tomografia a risonanza magnetica.

Ecografia

L'ecografia (ultrasonografia) è indolore e priva di rischi. Il dispositivo emette ultrasuoni, il cui segnale (onde sonore) è convertito dal computer in immagini. Si possono così visualizzare i vari strati e tipi di tessuto ed eventuali anomalie. L'ecografia come metodo di trattamento è descritta a pagina 42.

Tomografia computerizzata (TC)

La tomografia computerizzata (TC) è una speciale forma di radiografia, nella quale una sorgente di raggi X circonda il corpo e compie numerose registrazioni da diverse angolazioni. Queste registrazioni

sono elaborate elettronicamente e convertite da un computer in immagini in sezione o composte in un'immagine tridimensionale. Le strutture del corpo e degli organi sono visualizzate a strati. Con queste immagini è possibile determinare precisamente la posizione, le dimensioni e l'estensione del tumore.

Radioscopia

Si tratta anche in questo caso di una forma speciale di radiografia, con cui vengono prodotte immagini in serie per visualizzare la dinamica di processi nel corpo. Le radiografie convenzionali invece producono solo immagini statiche.

La radioscopia può essere eseguita con o senza mezzo di contrasto, come, ad esempio, quando è necessario esaminare la funzione del tratto gastrointestinale durante l'operazione.

Tomografia a risonanza magnetica (MRT)

La tomografia a risonanza magnetica (MRT, talvolta abbreviata anche con RM, RMN, MRI) produce immagini in sezione del corpo. L'apparecchio emette segnali e ne rileva la risposta per commutarla in immagini visibili.

PET-TC

La PET-TC è una TC combinata con una tomografia a emissione di positroni (PET). I tumori maligni esibiscono un'attività metabolica molto più intensa rispetto al tessuto sano, e una PET consente di visualizzare tali processi metabolici.

Liste di controllo

Le cosiddette «checklist» aiutano ad aumentare la sicurezza dei pazienti durante gli interventi chirurgici. Prima di iniziare l'intervento, l'équipe chirurgica ad esempio verifica che si tratti del paziente giusto, che sia contrassegnata la zona corretta da operare e se ci siano allergie di cui tenere conto. Durante l'intervento, l'équipe ne verbalizza lo svolgimento, registrando eventuali perdite di sangue o la comparsa di complicazioni. Per ridurre il rischio di dimenticare tamponi o strumenti all'interno del corpo, alla fine dell'intervento essi vengono attentamente contati.

Decisioni nel corso dell'operazione

Prima dell'operazione, la diagnostica per immagini, l'endoscopia e le biopsie forniscono utilissime informazioni sulla localizzazione,

l'estensione e il tipo di tumore. Tuttavia è possibile che durante l'intervento emergano nuove particolarità. Talvolta il tumore è più grande del previsto, o solo la visualizzazione diretta consente di scoprire metastasi. Per esempio, nel cancro intestinale può capitare che la necessità di praticare un ano artificiale appaia evidente solo all'ultimo momento.

Non è facile prendere decisioni durante l'intervento (intraoperatorie). Prima di operare, il chirurgo Le chiederà il consenso ad ampliare o modificare l'intervento se dovesse rendersi necessario.

Margine di sicurezza

Dopo l'operazione, il tessuto prelevato viene esaminato da un patologo, che al microscopio controlla quanto è stata efficace l'asportazione del tumore. L'obiettivo di solito è rimuovere completamente il tumore insieme a un margine di sicurezza nel tessuto sano (resezione). Tale margine di sicurezza dipende dal tipo di tumore e varia da 5 a 10 millimetri. Purtroppo non è sempre possibile rispettare un margine sufficiente o asportare tutto il tumore, poiché si danneggerebbero funzioni od organi vitali.

R significa «tumore residuo», ossia il resto (residuo) di tessuto tumorale che rimane nel corpo dopo l'operazione.

Resezione R0 = il tumore è stato asportato completamente.

Resezione R1 = cellule tumorali ancora visibili al microscopio.

Resezione R2 = tumore residuo visibile a occhio nudo.

Logicamente, dopo una resezione R1 o R2 aumenta in misura considerevole il rischio di recidiva del tumore. Di conseguenza può essere necessaria una seconda resezione o un altro trattamento (terapie medicamentose, radioterapia).

Disseminazione di cellule tumorali?

Le persone colpite hanno talvolta paura che le cellule del tumore vengano trasportate da una biopsia o un'operazione in un'altra zona del corpo, dove potrebbero insediarsi e formare metastasi. Gli studi hanno però dimostrato che solo in pochi tipi di tumore esiste effettivamente il rischio di una disseminazione delle cellule tumorali con proliferazione in un'altra sede. Se ci fosse il rischio di quest'evenienza, il Suo medico La informerà prima dell'intervento sulle misure per prevenirla.

A seconda dell'intervento e del tipo di tumore, possono essere adottate diverse tecniche per minimizzare il rischio.

- Rimozione *en bloc*: con questa tecnica sono rimossi contemporaneamente il tumore e gli organi o i linfonodi adiacenti, in un unico blocco (dal francese *en bloc*).
- Tecnica *no touch*: il chirurgo evita di toccare il tumore (dall'inglese *no touch* = non toccare) e quindi anche di trasportare cellule tumorali da un'altra parte.
- Speciali tecniche di biopsia: i tumori a rischio di disseminazione non sono punti per via diretta durante una biopsia. L'ago per la biopsia viene introdotto tramite una cannula guida cava e molto sottile. Se nel campione di tessuto sono riscontrate cellule tumorali, durante l'operazione oltre al tumore viene asportato anche il canale di inserzione dell'ago (il cosiddetto tramite bioptico).
- Biopsia guidata da ecografia: questa tecnica è adottata per esempio nei tumori del tratto gastrointestinale superiore. In gergo medico viene chiamata endosonografia.

Tecniche chirurgiche complementari

Che cosa sono le tecniche chirurgiche complementari?

Le tecniche complementari sono impiegate quando non è possibile un'operazione a cielo aperto (vedi p. 29). Spesso si tratta di trattamenti di seconda linea, poiché solo in pochi tipi di tumore riescono a ottenere un successo terapeutico.

Di solito si ricorre a queste tecniche quando i pazienti versano in condizioni così precarie da scoraggiare un intervento a cielo aperto. Oppure entrano in considerazione dopo altri trattamenti che hanno dato risultati insoddisfacenti. In alcune forme di cancro le tecniche chirurgiche complementari aiutano a migliorare la qualità di vita delle persone colpite.

Esempi di queste tecniche sono la terapia laser, la crioterapia, l'elettrochirurgia e la termoterapia. Molti di questi metodi rientrano nel campo della chirurgia mininvasiva. Hanno un impatto più lieve rispetto a un intervento a cielo aperto.

Terapia laser

Che cos'è una terapia laser?

Un laser è un fascio di luce molto intenso. La luce di una lampadina è composta da diverse lunghezze d'onda e viene emessa in tutte le direzioni. Il laser invece possiede una lunghezza d'onda specifica e i raggi luminosi sono convogliati su un punto. Un laser è talmente potente da tagliare il ferro e i diamanti.

Peggiori risultati a lungo termine delle tecniche chirurgiche complementari

Tutte le tecniche chirurgiche complementari presentano lo svantaggio che non si può determinare la riuscita del trattamento esaminando il margine di sicurezza nel tessuto sano (vedi p. 34). I risultati a lungo termine sono generalmente peggiori rispetto all'asportazione chirurgica.

In quali tumori si impiega la terapia laser?

Il laser in oncologia è utilizzato se bisogna operare una zona molto piccola ed è importante la precisione, oppure quando è necessario recidere il tessuto. Un trattamento con il laser rimpicciolisce o distrugge tumori e precursori tumorali.

Il laser trova uso contro tumori superficiali degli organi interni o sulla superficie del corpo, come un tipo di cancro della pelle (basalioma) o negli stadi precoci del cancro dell'utero, del pene o del polmone.

Tumori che invadono e restringono la trachea o l'esofago possono essere rimpiccioliti o distrutti dalla terapia laser.

Il laser può servire anche per rimuovere polipi o tumori gastrointestinali, quando la loro crescita provoca una restrizione od occlusione dell'intestino crasso o dello stomaco.

Altre possibilità d'impiego di una terapia laser

Con il laser è possibile cauterizzare le terminazioni nervose per combattere il dolore. Si possono

trattare anche le vie linfatiche, per ridurre il gonfiore (linfedema) e/o impedire la disseminazione delle cellule tumorali attraverso la linfa.

Utilizzo

Una terapia laser spesso viene eseguita direttamente nella zona desiderata con l'aiuto di un endoscopio flessibile (vedi p. 30). Nei confronti di un intervento a cielo aperto presenta una serie di vantaggi e svantaggi.

Vantaggi

- La terapia laser è molto precisa. I pazienti accusano meno dolore ed emorragie dopo il trattamento; gonfiori e cicatrici sono più rare rispetto alla chirurgia a cielo aperto.
- La terapia laser dura meno di un intervento a cielo aperto.
- Il rischio di infezioni è minore.

Svantaggi

- Una terapia laser è costosa e richiede un'infrastruttura maggiore rispetto a un'operazione a cielo aperto.
- L'impiego di un laser impone ingenti misure di sicurezza.
- Talvolta il trattamento laser deve essere ripetuto perché la sua efficacia non dura a lungo.

Terapia fotodinamica

Una forma di terapia laser è la terapia fotodinamica. Viene impiegata nel trattamento del cancro dell'esofago, del polmone o della pelle.

Svolgimento della terapia fotodinamica

Per prima cosa si induce una fotosensibilità cellulare, applicando per via ematica o attraverso la pelle un principio attivo che si accumula nelle cellule tumorali e le rende sensibili alla luce. Successivamente tali cellule sono trattate con un laser. Il principio attivo al loro interno assorbe la luce fredda del laser e come conseguenza si forma un radicale aggressivo dell'ossigeno che distrugge le cellule.

Effetti indesiderati

Un possibile effetto indesiderato della terapia fotodinamica è l'ipersensibilità alla luce: pelle e occhi possono rimanere fotosensibili per circa sei settimane dopo il trattamento. In questo periodo va evitata la luce diretta del sole e anche una forte illuminazione interna; alcuni pazienti devono proteggersi con occhiali da sole, guanti e una mascherina per il viso, altrimenti in questa fase la pelle potrebbe arrossarsi fortemente e subire danni. Se dovesse soffrire di fotosensibilità, la Sua équipe di trattamento Le fornirà consigli per gestirla.

A seconda della zona del corpo dove viene eseguita la terapia fotodinamica possono insorgere differenti effetti indesiderati: tosse, difficoltà di deglutizione, mal di stomaco o mancanza di respiro. In genere questi effetti collaterali sono passeggeri.

Crioterapia

Cos'è la crioterapia?

La crioterapia (dal greco *kryos* = freddo) è chiamata anche «criochirurgia» o «terapia del freddo». In questa tecnica viene utilizzato azoto o argon (un gas nobile) per congelare le cellule tumorali.

In quali tumori si impiega la crioterapia?

La crioterapia trova uso nei seguenti tipi di cancro:

- cancro della prostata in stadio precoce, ossia limitato alla prostata;
- alcuni tumori della retina oculare nei bambini;
- precursori del cancro della pelle;
- precursori del cancro del collo dell'utero;
- stadi precoci di tumori benigni e maligni delle ossa;
- se altri trattamenti non hanno dato gli esiti sperati;
- quando un tumore non può essere operato.

Tecnica

Applicazione esterna

Nei tumori esterni (per es. quelli della pelle), l'azoto liquido viene applicato con un batuffolo d'ovatta o uno spray. Le cellule tumorali si dissolvono e al loro posto si forma una crosta.

Applicazione interna

Nella crioterapia interna, il freddo viene introdotto nel corpo tramite sonde, inserite attraverso piccole incisioni cutanee o applicate sul tumore durante un'operazione. Per collocare precisamente la sonda sul tumore e controllare il congelamento, il chirurgo si orienta con l'aiuto delle immagini MRT o TC o con l'ecografia (vedi p. 33). Sulla punta della sonda si creano cristalli di ghiaccio che congelano il tessuto tumorale: grazie al controllo visivo tramite ecografia o MRT il chirurgo riesce a prevenire danni al tessuto sano.

Dopo la crioterapia, il tessuto trattato si scongela e viene eliminato in modo naturale dall'organismo.

Vantaggi

I vantaggi di una crioterapia nei confronti di un'operazione a cielo aperto sono simili a quelli della chirurgia mininvasiva (vedi p. 29).

È necessaria, per esempio, solo una breve degenza ospedaliera. La crioterapia è un'opzione adatta alle persone che non possono essere sottoposte a un intervento convenzionale a causa della loro età e/o del loro stato di salute, anche perché la sua esecuzione richiede spesso solo un'anestesia locale e non una narcosi.

Svantaggi

A seconda della zona in cui viene applicata, la crioterapia può provocare diversi effetti indesiderati.

- Prostata: gli uomini che hanno già ricevuto una radioterapia, dopo una crioterapia sono più frequentemente colpiti da impotenza e perdita temporanea del controllo della minzione (incontinenza).
- Collo dell'utero: possibili crampi, dolori ed emorragie.
- Precursori e stadi precoci del cancro della pelle: cicatrici, gonfiore, in caso di danno ai nervi possibili disturbi della sensibilità.
- Tumori delle ossa: se viene danneggiato il tessuto osseo può insorgere una frattura. Non si sa ancora quali possano essere gli effetti collaterali a lungo termine di una crioterapia.

Elettrochirurgia

Con «elettrochirurgia» si definiscono le procedure chirurgiche che producono calore con l'elettricità per distruggere le cellule cancerose. La tecnica utilizza corrente elettrica ad alta frequenza per il trattamento di tumori come il cancro del collo dell'utero, del pene o della pelle. I rischi associati all'elettrochirurgia sono, per esempio, scosse elettriche o ustioni.

Termoterapia

Cos'è la termoterapia?

La termoterapia (terapia termica, ipertermia) danneggia le cellule tumorali in modo che siano eliminate dall'organismo e le può rendere più sensibili ad altri trattamenti: talvolta questa tecnica consente di migliorare l'efficacia di una radioterapia o di una chemioterapia.

Sebbene molti studi dimostrino l'impatto positivo di una termoterapia sull'efficacia di radio- e chemioterapia, rimangono molte questioni aperte, per esempio per quali tipi di tumore e per quali stadi della malattia sia una terapia appropriata. Se nel Suo caso en-

trasse in linea di conto una termoterapia, il Suo medico ne verificherà la copertura da parte della Sua cassa malati prima di avviare il trattamento.

In quali tumori si impiega la termoterapia?

La termoterapia può essere impiegata nelle seguenti situazioni:

- se altri trattamenti non hanno dato gli esiti sperati;
- quando un tumore non può essere operato;
- se il tumore è in uno stadio avanzato.

Ipertermia locale

Con un'applicazione locale di calore sono trattati tumori e metastasi che si trovano immediatamente sotto lo strato superficiale della pelle, come ad esempio le metastasi nei linfonodi del collo o le recidive di cancro del seno o di melanoma.

Ipertermia regionale e del corpo intero

Applicazione di calore su aree estese o su tutto il corpo. Questa forma di termoterapia trova uso per esempio contro i sarcomi dei tessuti molli di braccia o gambe, il carcinoma del pancreas o i tumori del retto.

Tecnica

La tecnica si basa sull'applicazione di calore ai tessuti: solo in un'area circoscritta (locale), su una parte (regionale) o su tutto il corpo. Sono disponibili diversi metodi per produrre calore, i più diffusi si basano sulle onde elettromagnetiche (ultrasuoni, onde radio o microonde). Il calore è somministrato tramite cuscini termici, sonde o aghi sottili.

Vantaggi

La termoterapia è una tecnica precisa che provoca solo pochi danni al tessuto sano. Talvolta questa terapia riesce ad alleviare i disturbi causati dal tumore. Può ridurre la massa del tumore o rallentarne la crescita: tuttavia questi effetti hanno solo carattere temporaneo.

Svantaggi

Effetti indesiderati locali

Il tessuto sano può surriscaldarsi, con conseguenti arrossamenti, dolori e, più raramente, ustioni.

Effetti indesiderati sistemici

Un'ipertermia di tutto il corpo può sollecitare il sistema cardiocircolatorio del paziente. Se la persona versa in cattive condizioni di salute, l'équipe di trattamento valuterà l'opportunità di sottoporla a termoterapia.

Metodi di termoterapia

Termoablazione con radiofrequenza (RFA)

La termoablazione con radiofrequenza (RFA) è un trattamento termico locale ampiamente diffuso. Tramite una sonda, il tumore viene colpito da onde radio e «cotto» dal calore generato (da 50 a 100 gradi Celsius). La sonda viene lasciata da 10 a 30 minuti nel tumore. Una RFA locale produce una temperatura più elevata rispetto alle termoterapie regionali.

Questo metodo viene impiegato quando un'operazione convenzionale sarebbe insostenibile per la persona colpita. Trova applicazione contro il cancro del fegato, del rene o dei polmoni; sono in corso studi per esaminare se la RFA possa essere utile anche in altri tumori.

Chemioipertermia intraperitoneale (HIPEC)

Nella chemioipertermia intraperitoneale (HIPEC), in una parte della cavità addominale viene somministrata una soluzione riscaldata contenente farmaci chemioterapici. Il medico procede a un lavaggio peritoneale con questa soluzione dopo l'asportazione di un cancro del pancreas, dell'ovaia o dello stomaco. L'HIPEC trova

applicazione anche come terapia palliativa, per esempio contro un'ascite (raccolta di liquido nell'addome) o su minaccia di occlusione intestinale.

Il trattamento dura dai 30 ai 90 minuti; la soluzione è riscaldata a circa 42 gradi Celsius. Il paziente è sottoposto ad anestesia generale e dopo l'operazione è sorvegliato nel reparto di cure intensive. l'HIPEC viene eseguita solo nel quadro di studi clinici.

Ablazione a microonde

In questa forma di termoablazione il chirurgo introduce una sonda attraverso la pelle per dirigere le microonde direttamente sul tessuto tumorale. Le microonde generano calore che distrugge le cellule cancerose, che in seguito saranno eliminate dal corpo. L'ablazione a microonde è efficace contro le metastasi polmonari. Di solito può essere eseguita ambulatorialmente e ha pochissimi effetti colla-

terali. Uno dei suoi vantaggi è che si può fare a meno di una narcosi, poiché richiede soltanto un'anestesia locale. Attualmente si sta studiando se possa essere efficace anche contro le metastasi nel fegato.

Ultrasuoni

Gli ultrasuoni in sala operatoria possono essere utilizzati nella diagnostica per immagini (ecografia), ma anche per trattare il cancro. Il trattamento oncologico tramite ultrasuoni, per esempio la terapia HIFU, è ancora poco diffuso. Viene offerto nel quadro di studi clinici. HIFU, ossia «ultrasuono ad alta intensità focalizzato», è un'opzione per il trattamento del cancro della prostata. Il principio è lo sfruttamento di ultrasuoni per riscaldare le cellule tumorali a 70 a 100 gradi Celsius, sopprimendone il funzionamento. Attualmente sono in corso studi per esaminare l'impiego di questa tecnica in altri tipi di tumore.

La termoterapia nella medicina complementare

La terapia con il calore è un trattamento offerto anche nella medicina complementare. Se chi la pratica non si attiene agli standard minimi, come ad esempio le misure di sicurezza, l'esperienza può diventare problematica per il paziente. Prima di decidere di sottoporsi a una termoterapia nell'ambito della medicina complementare, si informi bene sul fornitore della prestazione e sulla qualità del trattamento.

Molte persone malate di cancro non si affidano solo alle terapie convenzionali, ma ricorrono anche a metodi della medicina complementare. Complementare significa «che completa», vale a dire che questi metodi sono impiegati per integrare i trattamenti della medicina tradizionale. Troverà maggiori informazioni nell'opuscolo «Alternativi? Complementari?» (vedi p. 71).



Rischi di un'operazione

Ogni operazione può causare complicazioni: il rischio zero purtroppo non esiste. Tuttavia molte complicazioni possono essere evitate o almeno riconosciute tempestivamente e trattate.

Rischi generali di un'operazione

I rischi più frequenti, chiamati «rischi generali», di un intervento chirurgico comprendono la polmonite, la trombosi venosa e l'embolia polmonare. Nelle prossime pagine apprenderà che cosa può fare per prevenirli o ridurli.

In chirurgia e in anestesia oggi le complicazioni sono più rare rispetto al passato. Le tecniche operatorie e di sorveglianza, i metodi di prevenzione delle emorragie e delle infezioni sono di livello elevato in Svizzera, consentendo di ridurre un buon numero di rischi.

Fattori di rischio individuali

La probabilità di comparsa di complicazioni durante o dopo l'operazione dipende da vari fattori, da un lato di natura oggettiva, come la parte del corpo operata, la durata dell'intervento e della narcosi, dall'altro soggettivi come i fattori di rischio individuali, che comprendono:

- l'età;
- malattie preesistenti, come affezioni cardiocircolatorie e polmonari o il diabete;
- il fumo;
- il consumo di alcol;
- il forte sovrappeso;
- stati di malnutrizione e il sottopeso.

Smettere di fumare

Smettere di fumare da uno a due mesi prima dell'operazione conviene. Si riduce il rischio di problemi respiratori, infezioni e di una cattiva guarigione della ferita. Ricorra per tempo a un sostegno per disassuefarsi dal fumo. Una terapia sostitutiva della nicotina e l'assistenza telefonica gratuita da parte di uno specialista della Linea stop tabacco 0848 000 181 possono essere di grande aiuto per chi vuole smettere.

Infezioni

Infezioni come quelle delle vie urinarie, dei polmoni, della ferita o una setticemia possono insorgere per vari motivi.

Le persone con un sistema immunitario indebolito sono più suscettibili alle infezioni rispetto alle persone sane. Questa depressione immunitaria può essere causata per esempio dal cancro stesso o dalle terapie per trattarlo. Di conseguenza, la pelle e le mucose, che normalmente costituiscono una barriera contro gli agenti patogeni, possono diventare più «ricettive» alle infezioni. Il rischio di contrarre un'infezione è accresciuto anche in presenza di malnutrizione, sovrappeso o se il paziente fuma. In ospedale possono essere veicoli di agenti patogeni i pazienti, il personale e i visitatori. Non sarà mai possibile impedire tutte le infezioni ospedaliere, ma si può ridurre il rischio di trasmissione rispettando le misure igieniche in ospedale.

In particolare è difficile il trattamento degli agenti patogeni insensibili (resistenti) agli antibiotici. Queste resistenze si sviluppano a causa di un impiego eccessivo e in parte scorretto degli antibiotici.

Che cosa può fare per prevenire le infezioni?

- Lavarsi regolarmente le mani.
- Seguire una scrupolosa igiene orale e della pelle, per evitare infiammazioni e l'insediamento di germi.
- La fasciatura della ferita non deve essere rimossa di propria iniziativa e la ferita chirurgica non può essere toccata se non sotto la guida dell'équipe curante. Per maggiori informazioni in merito vada a pagina 52.
- Finché non è guarita, la ferita deve essere protetta dallo sporco e da altri fattori esterni, come i raggi solari o la pressione.

Si informi presso la Sua équipe di trattamento sulle misure raccomandate nel Suo caso: possono cambiare a seconda delle terapie che riceverà in aggiunta all'operazione.

Infezioni della ferita

La ferita può infettarsi sia in ospedale sia dopo un intervento ambulatoriale. I possibili sintomi sono:

- forte arrossamento;
- dolore;
- calore/surriscaldamento;
- essudazione, pus;
- eventualmente febbre;
- eventualmente cattivo odore.

Informi la Sua équipe curante se nota sintomi di un'infezione della ferita. Qualora non fosse trattata potrebbe allargarsi il danno ai tessuti; oppure i batteri potrebbero entrare nella circolazione sanguigna, disseminarsi in tutto il corpo e provocare una setticemia.

Le infezioni sono trattate attraverso la disinfezione della zona attorno alla ferita e/o con antibiotici. Questi farmaci sono somministrati sotto forma di pomate, compresse o in infusione. Immobilizzare la zona colpita può accelerare la guarigione dell'infezione. Se si è formato pus, la ferita deve essere riaperta; talvolta in seguito viene lasciata aperta in modo da poterla controllare meglio finché si rimargina spontaneamente. Avere una ferita aperta non è pericoloso, ma spesso è abbastanza disagiata perché fino alla sua chiusura possono occorrere settimane.

Cistite, infezione delle vie urinarie

Prima dell'operazione alcuni pazienti ricevono un catetere vescicale, che viene introdotto attraverso l'uretra. L'urina è convogliata tramite il catetere in una sacca di plastica. A seconda del tipo e della localizzazione dell'intervento, il catetere può essere lasciato più o meno tempo nella vescica dopo l'operazione e questo aumenta il

rischio di subire una cistite o un'altra infezione delle vie urinarie. Il rischio può essere ridotto bevendo molto e rimuovendo il catetere il prima possibile. Chieda al medico se anche Lei avrà bisogno di un catetere. Oltre al catetere vescicale, una cistite/infezione delle vie urinarie può essere provocata indirettamente anche da alcuni prodotti di degrado dei farmaci chemioterapici, che irritano la mucosa della vescica.

Polmonite

Alcune persone tendono a respirare superficialmente dopo un'operazione, o reprimono la tosse. Molti infatti hanno paura di provocare dolore con un movimento sbagliato o un colpo di tosse. Ma se si respira solo superficialmente, i polmoni non ricevono abbastanza sangue né aria, e le secrezioni (muco) stagnano nelle vie respiratorie. Questi fattori combinati comportano un rischio di polmonite. Pertanto è importante inspirare ed espirare profondamente e non reprimere la tosse. Se il dolore glielo impedisce, riceverà degli analgesici: non rifiuti questa terapia contro il dolore.

Per prevenire una polmonite cerchi di alzarsi dal letto il più frequentemente possibile, per esempio per mangiare o andare alla toilette.

Chieda al medico quando può alzarsi. L'équipe curante, in particolare i fisioterapisti, Le mostreranno esercizi per favorire il movimento e la respirazione. Li avverta se gli esercizi provocano dolore e chieda un trattamento per attenuarlo.

Dolore

Il dolore postoperatorio è trattabile con successo nella maggior parte dei casi. I medicinali e le misure analgesiche sono adattati all'operazione, all'intensità del dolore e alla situazione personale. È importante che comunichi ogni Suo dolore all'équipe curante, affinché possano essere sfruttate al meglio le numerose possibilità offerte dalla terapia del dolore.

Nella terapia farmacologica, all'inizio oltre ad altri principi attivi spesso si ricorre anche agli oppioidi. Si tratta di derivati dell'oppio sintetizzati in laboratorio. Esempi di oppioidi sono la morfina, la codeina o il tramadolo. Un trattamento con oppioidi può suscitare preoccupazioni nei pazienti e nei loro cari a causa degli effetti collaterali e del rischio di dipendenza. Nell'ambito dell'impiego postoperatorio però queste paure sono in-

fondate. All'inizio possono comparire manifestazioni collaterali come una lieve nausea o sonnolenza, ma sono facilmente controllabili o scompaiono spontaneamente.

Talvolta, nel corso di un grande intervento viene impiantata una pompa d'infusione, ossia un dispositivo che somministra medicinali (analgesici) nella regione del midollo spinale (vedi p. 26). La pompa è programmata in modo da evitare la somministrazione di dosi eccessive e spesso viene lasciata nel corpo per diversi giorni dopo l'operazione.

Può capitare che gli antidolorifici continuino a essere somministrati anche diversi giorni dopo l'intervento. Oltre all'effetto analgesico, questi farmaci agiscono contro il gonfiore e l'infiammazione, favorendo la guarigione della ferita. Perciò può essere giustificato continuare ad assumere le medicine contro il dolore anche quando il dolore non è più un problema.

Per informazioni dettagliate sul tema del dolore, La invitiamo a leggere l'opuscolo «Dolori da cancro e loro cura», vedi p. 71.

Emorragie

Per quanto più rare delle infezioni postoperatorie, le emorragie possono rendere necessario un secondo intervento chirurgico. Spesso le emorragie sono dovute a disturbi della coagulazione. Medicamenti come gli anticoagulanti (per prevenire la trombosi), l'aspirina e quasi tutti gli antireumatici interferiscono con il processo di coagulazione.

Trombosi

La degenza a letto e/o la mancanza di esercizio fisico possono favorire la formazione di un coagulo sanguigno (trombo) con conseguente ostruzione di una vena (trombosi venosa). Può succedere che il coagulo si stacchi, viaggi attraverso i vasi sanguigni e si incastri nelle arterie dei polmoni, ostruendole (embolia polmonare). A seconda della sua entità, una trombosi può avere esiti potenzialmente letali.

Le persone affette da un cancro hanno un rischio più elevato di sviluppare una trombosi rispetto alle persone sane. Per prevenire questo rischio dopo un'operazione, il

personale infermieristico fascia le gambe del paziente o gli fa indossare calze compressive. Spesso sono iniettati sotto la cute dell'addome farmaci che prevengono la trombosi (anticoagulanti), che tuttavia vanno usati con cautela a causa del rischio di emorragie secondarie.

Il movimento aiuta a migliorare il flusso del sangue e quindi anche a prevenire una trombosi. Se il Suo stato di salute lo consentirà, già subito dopo l'operazione Le sarà dato un aiuto ad alzarsi e a fare qualche passo. Se non sarà possibile, i fisioterapisti o gli infermieri Le insegneranno esercizi da eseguire a letto o sulla sedia.

Nelle immagini seguenti sono illustrati alcuni esercizi per prevenire la trombosi. Prima di eseguirli dovrebbe però chiarire con la Sua équipe di trattamento se siano adatti al Suo caso. Qualora si rivelino troppo difficili, chiedi a un fisioterapista o a un infermiere di aiutarla.

Ogni esercizio deve essere ripetuto circa cinque volte.

Esercizi con i piedi

I seguenti esercizi possono essere eseguiti da seduti o sdraiati.



Alzi e abbassi alternativamente le punte dei piedi.



Faccia movimenti rotatori con entrambi i piedi.



Stringa le dita dei piedi e poi le rilassi.

Esercizi con le gambe

I seguenti esercizi non sono indicati dopo un'operazione all'addome. Vanno eseguiti da sdraiati.



Pieghe le gambe e appoggi i piedi sul materasso.



Estenda le gambe verso l'alto.



Pieghe nuovamente le gambe fino a riappoggiare i piedi sul materasso.



Faccia la bicicletta sul letto.

Dopo l'operazione

Fase di risveglio

Sorveglianza intensiva

Dopo l'operazione (fase postoperatoria) avverrà il risveglio dalla narcosi. I primi tempi li trascorrerà nella sala di risveglio o nel reparto di cure intensive, dove è possibile assicurare un monitoraggio costante (per es. polso, respirazione, pressione, ecc.) e sopperire con speciali apparecchi alle funzioni corporee (per es. respirazione artificiale). Il trasferimento nel reparto normale viene solitamente autorizzato quando l'attività cardiaca e respiratoria è stabile ed è stata trovata una soluzione ottimale per il trattamento del dolore.

A causa dei sedativi le persone tendono a rimanere sonnolente dopo l'anestesia generale, con risvegli intermittenti seguiti da riasopimenti. I parenti che si recano in visita in questa fase devono tenerne conto.

Per la Sua sicurezza, dopo l'operazione potrà alzarsi la prima volta dal letto solo su autorizzazione degli infermieri e con un accompagnamento.

Dopo un grande intervento potrà avere un catetere venoso collegato a un'infusione, con la quale riceverà medicinali, liquidi e sostanze nutritive.

È possibile che i chirurghi abbiano posato una sonda gastrica, ossia un tubicino inserito nel naso fino allo stomaco. La sonda serve per drenare i succhi gastrici finché gli organi della digestione tornano a funzionare normalmente. Il suo scopo è impedire che i succhi gastrici arrivino nei polmoni, per esempio in caso di vomito. Gli acidi dello stomaco nei polmoni possono provocare una polmonite.

Molti pazienti si risvegliano dall'operazione anche con un catetere vescicale che evacua l'urina in una sacca di plastica. Spesso il catetere viene rimosso quando il paziente torna ad alzarsi regolarmente dal letto.

Nella zona della ferita potrà notare dei drenaggi che trasportano all'esterno le secrezioni prodotte dalla ferita.

Alcuni pazienti, i primi giorni dopo l'operazione, possono avere la sensazione di essere in balia delle decisioni degli specialisti e delle procedure ospedaliere. Qualcuno in questa situazione reagisce con irritazione o rabbia, altri con insoddisfazione o tristezza. Accetti di buon grado che per il momento dipende dall'aiuto di altri, anche solo per le faccende quotidiane.

Tenga presente che l'operazione è una dura prova sia per il Suo corpo sia per la Sua mente e quindi è comprensibile che non tutto funzioni subito come prima dell'intervento.

Nausea

I seguenti fattori favoriscono la comparsa di nausea nella fase di risveglio:

- l'operazione;
- gli anestetici usati;
- il dolore e i medicinali;
- le donne sono più soggette a nausea degli uomini;
- le persone che soffrono di mal di viaggio tendono a risvegliarsi con nausea;
- intervento difficile e lungo.

Oggi le opzioni di trattamento della nausea postoperatoria sono molto più efficaci che in passato.

Comunichi al medico o al personale curante se in precedenza ha avuto nausea dopo un intervento chirurgico. Esistono medicinali che possono essere somministrati preventivamente.

Trattamento della ferita

Da uno a due giorni dopo l'intervento, il medico o l'infermiere eseguirà il primo cambio della fasciatura. Il cambio può avvenire anche prima se la ferita si infiamma, perde sangue o provoca forti dolori. Dopo la prima volta, il cambio sarà rinnovato ogni giorno.

Nelle operazioni ambulatoriali la fasciatura di solito viene cambiata meno spesso che in ospedale. I drenaggi che evacuano le secrezioni della ferita favorendone la guarigione sono a poco a poco estratti e accorciati ad ogni cambio della fasciatura, fino ad essere rimossi del tutto qualche giorno dopo l'intervento. Questa manovra è un po' sgradevole ma in genere non è dolorosa.

Per ridurre il rischio di un'infezione (vedi p. 46), fino alla rimozione dei punti la ferita non può bagnarsi né essere sfregata da indumenti troppo stretti. Se la Sua ferita non è molto grande potrà ricevere una fasciatura impermeabile per fare la doccia. Dopo circa una o due settimane saranno tolti i punti o le graffette. Talvolta il chirurgo usa un filo di sutura che si dissolve da solo dopo un certo tempo (filo riassorbibile).

Mangiare e bere

Per quanto tempo dopo l'operazione dovrà astenersi dal cibo dipenderà dal tipo di intervento e di narcosi. Siccome il tratto digerente ha bisogno di tempo per ristabilirsi e tornare a funzionare dopo un grande intervento, potrebbe trascorrere qualche giorno prima che sia in grado di mangiare. Spesso invece è possibile bere già prima. Sono soprattutto gli interventi sullo stomaco o sull'intestino che richiedono un tempo maggiore rispetto ad altre operazioni fino al momento in cui il paziente potrà ingerire cibo e bevande. Dopo determinate operazioni quindi potranno esserle somministrate una soluzione nutritiva e liquidi per via endovenosa o attraverso una sonda gastrica per evitare che soffra di fame e di sete.

La dimissione e la convalescenza

Convalescenza a casa

All'operazione di solito segue una pausa della terapia. Approfitti di questo periodo per riprendersi dall'intervento. Si riposi a casa propria e si prenda tempo a sufficienza per ristabilirsi dopo tutti gli strapazzi. Dopo una grande operazione la convalescenza può durare settimane o mesi.

Si prenda tempo anche per organizzare la Sua nuova situazione di vita. Cerchi di capire cosa La fa star bene e contribuisce in misura maggiore alla Sua qualità della vita.

Talvolta basta porsi qualche semplice domanda per iniziare a fare chiarezza:

- cos'è importante per me ora?
- Di cosa ho bisogno?
- Come posso ottenerlo?
- Chi mi può aiutare?

Che cosa succede dopo l'operazione?

Nel *tumor board* (vedi p. 9), i medici discutono su come procedere dopo l'operazione. In particolare si valuta se siano necessarie terapie adiuvanti o se il trattamento possa essere dichiarato concluso. Se non ha più bisogno di una terapia,

le alternative sono andare a casa, un soggiorno di cura, le cure transitorie o la riabilitazione (vedi grafico). La Sua destinazione dipenderà dall'intervento, dall'utilità della riabilitazione e dalla garanzia di assunzione dei costi approvata dal medico di fiducia dell'assicurazione. Di seguito le offerte vengono descritte separatamente, ma non vi è un confine netto tra l'una e l'altra.

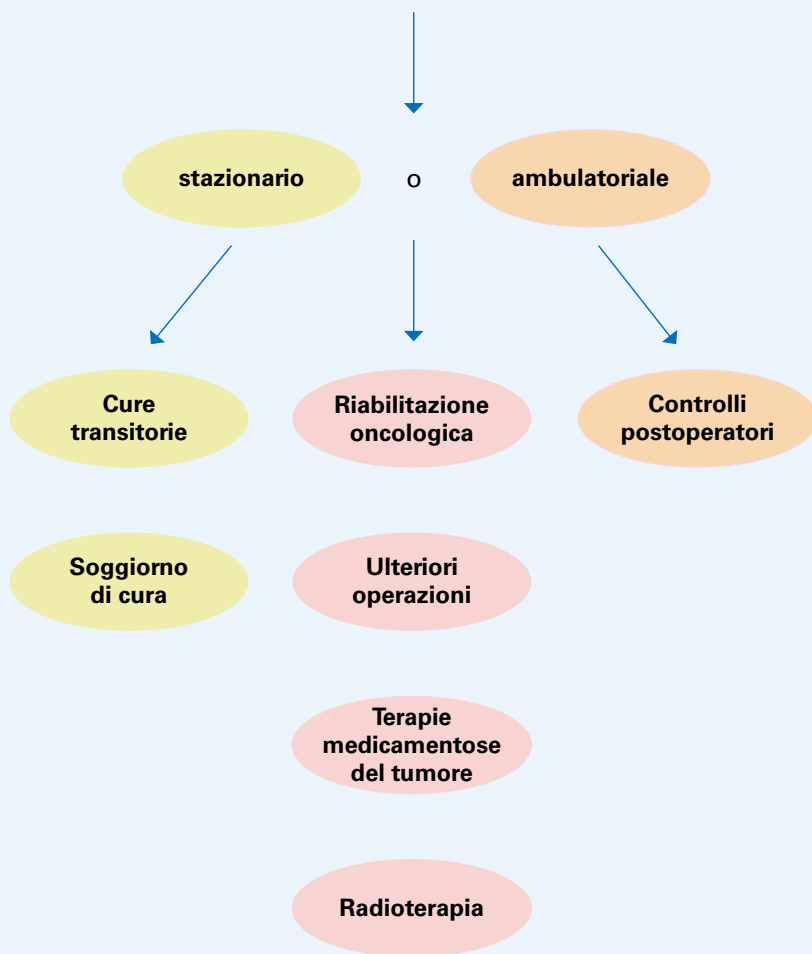
Il periodo dopo l'operazione

Spesso la cura non si conclude con l'intervento chirurgico. A seconda del tipo di tumore, i medici Le consiglieranno uno o più trattamenti supplementari. Per esempio potrà aver bisogno di una nuova operazione, di una terapia medicamentosa o di una radioterapia. Questi trattamenti saranno svolti in ambito stazionario o ambulatoriale.

Cure transitorie

Le cure transitorie sono destinate alle persone che non possono ancora andare a casa propria poiché necessitano di assistenza. Sono pensate anche per chi ha ancora un basso fabbisogno di cure o deve attendere che il proprio domicilio sia configurato secondo le nuove esigenze. La persona paga di tasca propria parte dei costi. Le cure transitorie sono fornite in ambito stazionario.

Il periodo dopo l'operazione



In **giallo** sono indicate le offerte **stazionarie**, in **arancione** quella **ambulatoriale**, mentre un'offerta **rossa** può avvenire sia in ambito **stazionario** sia **ambulatoriale**.

Soggiorno di cura

Un soggiorno di cura per certi versi è simile a un soggiorno in albergo. Il paziente è assistito da un medico esterno e l'aspetto prioritario è il recupero dalla malattia e dalle terapie. Solitamente la cassa malati si assume una parte dei costi. Le consigliamo di chiarire in via preliminare l'aspetto del finanziamento con la Sua cassa malati. Un soggiorno di cura è un'offerta di tipo stazionario.

Riabilitazione oncologica

La riabilitazione è paragonabile a una degenza in ospedale. Nella maggior parte dei casi i costi sono interamente coperti dalla cassa malati. Può avvenire in ambito stazionario o ambulatoriale.

La riabilitazione aiuta a superare le alterazioni fisiche e le sollecitazioni psichiche causate dall'operazione. Può aiutarla a ridurre le limitazioni o a imparare a gestire una disabilità permanente. Talvolta occorre molta pazienza per riacquistare le forze dopo un intervento chirurgico e ritrovare una buona qualità della vita.

Una riabilitazione è composta da diverse misure volte ad alleviare disturbi e restituire il maggior grado di autonomia possibile. Terapie specifiche, le cosiddette «misure

riabilitative», sono concepite in modo mirato per i problemi che può generare un intervento chirurgico. Nella riabilitazione viene coinvolto anche l'ambiente sociale del paziente.

Il tipo di riabilitazione viene deciso sulla base delle condizioni del paziente, della sua età e della sua situazione di vita. Può essere ambulatoriale, ma dopo i grandi interventi si predilige una riabilitazione in ambito stazionario. Nel sito web della Lega svizzera contro il cancro trova un elenco di offerte di riabilitazione oncologica.

L'ideale è introdurre precocemente la riabilitazione e affidarne il coordinamento al servizio sociale dell'ospedale o speciali coach di riabilitazione per evitare di perdere tempo.

A seconda dell'intervento chirurgico, alla riabilitazione partecipano professionisti di diverse discipline:

- cure infermieristiche;
- fisioterapia;
- terapia del movimento e sportiva;
- consulenza dietetica;
- psico-oncologia (vedi p. 58);
- consulenza sociale;
- ergoterapia (sostegno all'esecuzione delle faccende quotidiane, destrezza manuale);

- logopedia (terapia vocale e della parola);
- medicina complementare.

Questi campi si intersecano in modo interdisciplinare e spesso lavorano in stretta collaborazione.

Cure infermieristiche

Gli infermieri somministrano medicinali, si occupano del trattamento della ferita e aiutano il paziente a lavarsi o a gestire altre attività quotidiane. Per esempio spiegano al paziente come prendere le medicine o come prendersi cura della ferita. Gli infermieri inoltre fungono da intermediari con tutti gli altri professionisti del campo sanitario, con i quali collaborano strettamente.

Fisioterapia

Nella fisioterapia si svolgono esercizi per migliorare le difficoltà di movimento causate dall'operazione o dalla malattia stessa. Se dopo un intervento dovesse avere problemi a camminare, potrebbe per esempio partecipare a un cosiddetto «training della deambulazione», con esercizi per l'equilibrio. Se invece dovessero comparire linfedemi (vedi p. 65), il fisioterapista può trattarli con un linfodrenaggio.

La fisioterapia va iniziata precocemente: le misure applicate possono attenuare o compensare le possibili limitazioni.

Terapia del movimento e terapia sportiva

Spesso dopo un cancro, l'operazione e le altre terapie il rendimento fisico può essere limitato.

Misure mirate di terapia del movimento aiutano a ritrovare la forma fisica. Oltre a migliorare forza e resistenza, il movimento fortifica anche il sistema immunitario e l'equilibrio psichico. Lo sport e l'attività fisica hanno anche un influsso positivo sulla stanchezza cronica (*fatigue*), che colpisce molte persone affette da un cancro. Inoltre, studi scientifici mostrano un'associazione tra un'attività fisica regolare e un abbassamento del rischio di recidiva del cancro. Per saperne di più legga l'opuscolo «Attività fisica e cancro» (vedi p. 71).

Offerte di riabilitazione oncologica

Sul sito web della Lega svizzera contro il cancro trova un ampio elenco di offerte di riabilitazione orientate alle esigenze delle persone colpite da un cancro.

Consulenza dietetica

Il dietista dà consigli su come nutrirsi nel modo migliore dopo un'operazione alla testa, al collo o nel tratto gastrointestinale. La consulenza è improntata alle Sue esigenze personali.

Psico-oncologia

Un cancro incide pesantemente sul corpo, ma anche sulla mente. Gli psico-oncologi (vedi «Consulenza e informazione» a p. 68) si occupano di problemi che rientrano nella sfera del cancro, come: gestire la malattia, imparare a controllare meglio sentimenti come l'ansia e la tristezza e trovare nuove energie.

Consulenza sociale

Una malattia può avere pesanti conseguenze sulle finanze. L'incapacità lavorativa e un'infinità di piccole e grandi spese talvolta spingono al limite le proprie capacità economiche. I consulenti sociali e i collaboratori delle Leghe

Fatigue o stanchezza

Per maggiori informazioni sulla stanchezza cronica (*fatigue*) e il cancro, La invitiamo a leggere l'opuscolo «Senza forze» (vedi p. 71).

regionali e cantonali contro il cancro sono pronti a discutere con Lei questioni concernenti le finanze, le assicurazioni sociali e il lavoro, e L'aiuteranno a trovare le soluzioni più appropriate. Trova gli indirizzi delle Leghe regionali e cantonali nelle pagine 74 e seguenti di quest'opuscolo.

Medicina complementare

Spesso chi è colpito da un cancro cerca un sostegno nella medicina complementare accanto ai trattamenti convenzionali. Alcuni di questi metodi, come ad esempio la terapia del vischio o l'omeopatia, possono aiutare a migliorare la qualità della vita durante e dopo una terapia antitumorale. Talvolta contribuiscono a un rafforzamento generale e rendono più sopportabili gli effetti indesiderati. Di solito non hanno alcuna efficacia contro il tumore in sé.

Ergoterapia

Gli ergoterapeuti danno consigli in merito all'acquisizione e all'utilizzo di ausili come rialzi per WC, maniglie di sicurezza nel bagno, carrozzine elettriche o montascale.

Se gli effetti di una terapia limitano le Sue attività quotidiane, l'ergoterapia La aiuta a migliorare la situazione. Per ritrovare il maggior

grado di autonomia possibile, gli ergoterapeuti istruiscono i pazienti per esempio su come lavarsi, fare le pulizie, cucinare o consumare i pasti.

Logopedia

Le operazioni alla testa o al collo possono ripercuotersi negativamente sulla capacità di parlare. I logopedisti offrono un addestramento appropriato per ogni situazione, da lievi disturbi della pronuncia a gravi problemi di eloquio, affinché le persone colpite ritrovino una buona capacità di esprimersi con le parole. Oggi vengono spesso in aiuto programmi di apprendimento specifici al computer.

Nel capitolo «Consulenza e informazione» trova i rimandi agli opuscoli della Lega contro il cancro che affrontano temi legati alla riabilitazione, come «Attività fisica e cancro». La Lega contro il cancro offre inoltre corsi su diversi argomenti. La Sua Lega cantonale contro il cancro Le darà informazioni sui corsi che si tengono nelle Sue vicinanze (vedi pp. 68 sgg.).

Riprendere la vita quotidiana

Una volta concluse le terapie, non è sempre facile tornare alla propria vita di tutti i giorni. Ha superato le terapie con il sostegno della Sua équipe curante. Le persone a Lei vicine si sono prese cura di Lei. Vi è stato chi ha condiviso con Lei paure e speranze, dandole il coraggio di tenere duro. Per lungo tempo Lei era al centro dell'attenzione.

Ora deve tornare a cavarsela da sé. Può darsi che provi un senso di smarrimento o di vuoto interiore. È possibile che non se la senta ancora di affrontare la quotidianità, con tutti i suoi impegni. Forse soffre ancora delle conseguenze fisiche e psichiche della malattia e delle terapie: ha ancora dolore, La affligge una costante stanchezza o una profonda tristezza. Desidera informazioni su come affrontare queste difficoltà? Le può trovare negli opuscoli della Lega contro il cancro «Quando anche l'anima soffre», «Dolori da cancro e loro cura» e «Senza forze» (vedi p. 71)

Parenti e amici

Molte persone si sentono stanche dopo una terapia contro il cancro. È probabile che la causa non siano solo i trattamenti, ma anche lo stress psichico. Spesso predomina la paura di una recidiva o che il proprio aspetto non sarà più come prima, e tutto questo può incidere negativamente sull'autostima. E talvolta ne fanno le spese i rapporti con familiari e amici.

Chieda consiglio al Suo medico o ai collaboratori della Lega contro il cancro. In particolare, partecipare a un gruppo di autoaiuto (vedi p. 69) può aiutare Lei, ma anche la Sua famiglia e i Suoi amici, a superare meglio le difficoltà. In un gruppo di autoaiuto incontrerà altre persone in una situazione analoga alla Sua, troverà perciò comprensione e si sentirà meno solo/a.

L'opuscolo «Accompagnare un malato di cancro» si rivolge a parenti e amici e contiene preziose informazioni su come comportarsi con la persona colpita e anche su come gestire i propri sentimenti, per esempio il senso di colpa. È importante che anche le persone vicine prestino attenzione ai loro bisogni, altrimenti può capitare che non abbiano più le forze per sostenere la persona malata.

Assistenza a domicilio

Una domanda molto importante è chi Le darà una mano a casa nel periodo dopo l'operazione. Forse dovrà riorganizzare la Sua vita quotidiana, rivedere le Sue priorità e delegare alcune faccende. Ha la possibilità e desidera l'assistenza di parenti o vicini? Vede con favore le cure a domicilio (Spitex) e o un aiuto domestico? Ha bisogno di aiuto per l'accudimento dei figli?

Sicuramente si sarà già posto/a molte di queste domande già prima dell'operazione. Per ragioni di pianificazione è utile organizzare questo tipo di aiuto prima dell'intervento. Il colloquio con il chirurgo o con il Suo medico di famiglia è una buona occasione per discutere il da farsi dopo la dimissione e per informarsi sulle opzioni di assistenza a domicilio.

Il seguente elenco riassume le possibilità di sostegno:

- medico di famiglia;
- parenti;
- amici;
- vicini di casa;
- Lega cantonale/regionale contro il cancro;
- Spitex;
- servizio di cure oncologiche a domicilio (SEOP);

- Onko Spitex (ove presente);
- psico-oncologia (vedi p. 68);
- servizio di assistenza diurna;
- servizio di volontari;
- servizio di trasporto;
- servizio pasti a domicilio;
- sorveglianza notturna.

L'équipe curante La metterà in contatto con il servizio sociale dell'ospedale, con lo Spitex, con la Lega contro il cancro del Suo cantone, con gruppi di autoaiuto e con altre organizzazioni che possono facilitarle il rientro nella vita di tutti i giorni.

Parli con il medico possibilmente già prima di concludere la terapia se ritiene che avrà bisogno di un sostegno. Insieme troverete le soluzioni più appropriate ed eventualmente rimborsate dalla cassa malati.

Controlli postoperatori

Dopo l'operazione di solito sono raccomandate alcune visite di controllo. Il tipo di assistenza dopo la terapia e le scadenze dei controlli dipendono dalla tecnica chirurgica, dal tipo di tumore e dalla sua malignità.

Nelle visite di controllo, il medico controllerà che la ferita operatoria guarisca bene. A seconda dell'intervento, esaminerà anche eventuali limitazioni dei movimenti. Fino al momento dell'operazione il trattamento spesso coinvolge diversi specialisti, ma alla fase postoperatoria non parteciperanno più tutti i medici in ugual misura. È pertanto importante che sappia chi è il responsabile principale dell'assistenza dopo la terapia. Se non è chiaro, non esiti a chiederlo ai medici che L'avranno in cura dopo l'operazione.

I controlli postoperatori servono a riconoscere eventuali recidive in uno stadio in cui sono curabili, ma anche a individuare e trattare effetti indesiderati e disturbi insorti dopo l'operazione.

Se ha dei dolori o altri problemi, se nota dei cambiamenti nella Sua persona, se perde peso o prova una stanchezza insolita non

aspetti la visita prefissata ma consulti subito il medico.

Durante le visite di controllo potrà chiarire i seguenti interrogativi:

- La fasciatura dev'essere cambiata? Chi se ne incarica?
- Bisogna rimuovere i punti o le graffette? Se sì, chi se ne incarica?
- Quanto movimento fisico posso fare? Per esempio, posso sollevare pesi, sbrigare i lavori domestici o andare in palestra?
- Devo fare esercizi specifici?
- Quando potrò avere di nuovo rapporti sessuali?
- Posso fare un bagno o la doccia?
- Posso tornare a mangiare normalmente?
- Posso guidare l'automobile?
- Quando potrò tornare a lavorare?
- Devo evitare la luce forte? Se sì, per quanto tempo?
- Come posso curare la mia cicatrice?
- Che medicinali devo continuare a prendere?
- Chi posso contattare dell'équipe curante se insorgono difficoltà?

Il Suo medico Le fornirà informazioni dettagliate sullo svolgimento dei controlli postoperatori dopo un tumore come il Suo.

Sessualità

L'attività sessuale non è la prima cosa a cui si pensa dopo un'operazione, o spesso è compromessa per un certo tempo. Quando dopo la conclusione dei trattamenti riaffiora gradualmente la gioia di vivere, riemerge anche la voglia di intimità sessuale.

Nel frattempo non se ne faccia un problema: non esistono norme su come e con che frequenza debbano avvenire i rapporti sessuali, pertanto si prenda tutto il tempo necessario e, magari, sfrutti l'opportunità per parlare apertamente con il Suo partner dei Suoi desideri e delle Sue possibilità.

La sessualità può essere vissuta e sperimentata in modi diversi. Il rapporto sessuale può, ma non deve, esserne una componente. L'erotismo sovente nasce «a metà strada», nel luogo in cui si incontra l'attrazione reciproca e due persone si sfiorano, si toccano, si accarezzano e si massaggiano.

Il cancro può minacciare o modificare una parte di quello che in precedenza Le infondeva sicurezza, tra cui anche le abitudini e i rituali della relazione di coppia e della vita sessuale. Alcuni aspetti della vita devono essere riconsiderati e i piani per il futuro rivisti.

Forse avrà bisogno dell'aiuto di altre persone poiché la malattia ha imposto dei limiti alle Sue capacità fisiche.

Di conseguenza muteranno anche i ruoli all'interno della famiglia e della coppia. Potrebbero venire alla luce problemi che covavano già sotto le braci prima della malattia. Spesso però la condivisione del duro cammino attraverso la malattia e i trattamenti ha l'effetto di fortificare la relazione.

Ci sono motivi per rinunciare all'attività sessuale?

Se ha subito un'operazione nella regione del bacino dovrà astenersi dal sesso finché la ferita operatoria sarà completamente guarita. In seguito potrà provare se l'autoerotismo o un rapporto sessuale le daranno piacere. In caso di dolore raccomandiamo cautela.

Gli opuscoli della Lega contro il cancro «Il cancro e la sessualità femminile» e «Il cancro e la sessualità maschile» (vedi p. 71) sono ricchi di informazioni su quest'argomento.

Lavoro

Già prima dell'operazione il chirurgo potrà dirle indicativamente per quanto tempo sarà assente dal lavoro. Tutto dipenderà dal decorso operatorio, dagli eventuali trattamenti successivi, dalla Sua età e dal lavoro che svolge.

Paure e difficoltà psichiche, professionali o sociali sono un peso e parlarne aiuta. È importante cercare un accompagnamento alla ricerca di soluzioni, poiché quest'aiuto agevola il reinserimento nella vita di tutti i giorni. All'occorrenza, non esiti a ricorrere a una consulenza psico-oncologica o psico-sociale: coinvolga anche il Suo medico di famiglia.

In alcune situazioni sono inevitabili lunghe assenze dal lavoro. La malattia, le sue conseguenze o gli effetti indesiderati della terapia possono rendere più complicato il rientro nella routine professionale.

In generale, le persone che riescono a riprendere a lavorare ritrovano più velocemente il proprio equilibrio. Forse sarà necessario adeguare l'infrastruttura sul posto di lavoro o gli orari lavorativi. Discuta col medico e il datore di lavoro come Lei vede le cose e che volume di lavoro ritiene di potersi

assumere al rientro. Soprattutto all'inizio non bisogna aspettarsi troppo dai propri mezzi; si prenda tempo per un reinserimento graduale.

La Lega contro il cancro del Suo Cantone (vedi pp. 74 sg.) può consigliarla su questioni legate alle assicurazioni sociali e su eventuali problemi sul posto di lavoro.

Nei casi in cui non è più possibile un reinserimento professionale, è opportuno chiarire la situazione finanziaria.

Per saperne di più...

... consulti l'opuscolo della Lega contro il cancro «Cancro – le prestazioni delle assicurazioni sociali». Può ottenere informazioni sul rientro nella vita quotidiana dagli specialisti delle Leghe cantonali e regionali contro il cancro. Anche le consulenti specializzate della Linea cancro (vedi p. 68) o i servizi sociali degli ospedali sono pronti a fornirle una consulenza.

Conseguenze a lungo termine

Le operazioni possono avere conseguenze sul corpo e sulla mente. Alcune alterazioni fisiche sono temporanee, altre permanenti, come le cicatrici operatorie o la perdita di una parte del corpo. Le conseguenze a lungo termine sono di vario tipo: di seguito ne descriviamo brevemente alcuni esempi.

La invitiamo a discutere delle ripercussioni a lungo termine dell'intervento con la Sua équipe curante.

Alterazioni fisiche Operazioni dello stomaco o dell'intestino

I disturbi digestivi che insorgono dopo un intervento chirurgico gastrointestinale possono essere attenuati con medicinali o altre misure terapeutiche; talvolta aiuta un cambio di regime alimentare. Se Le è stato praticato un ano artificiale (stoma) permanente, può ricorrere a numerosi ausili per facilitarle la vita quotidiana. La Lega contro il cancro ha pubblicato opuscoli specifici sulle stomie.

Operazioni della laringe

Grazie ad ausili elettronici e alla logopedia, dopo un intervento alla laringe è possibile tornare a parlare. Trova maggiori informazioni

su questo argomento nell'opuscolo «Vivere senza laringe».

Operazioni della prostata

Un intervento sulla prostata può creare problemi di erezione o di continenza (perdita del controllo della minzione). Esistono diversi ausili per rimediare ai disturbi di erezione. Contro l'incontinenza può essere utile la ginnastica del pavimento pelvico.

Operazioni dell'utero

Nelle donne che desiderano avere figli si cerca di preservare la fertilità quando si deve operare l'utero. Tuttavia ciò non è sempre possibile. Se è necessario asportare l'utero e gli annessi (entrambe le ovaie e le tube uterine), la sterilità è inevitabile. Nella rete FertiPRO-TEKT trova informazioni dettagliate sulla fertilità dopo un intervento sull'utero (vedi p. 73).

Amputazione

Un'amputazione è l'asportazione di una parte del corpo. In alcune circostanze, la malattia impone l'amputazione parziale o totale di una parte del corpo. In seguito alla persona amputata può essere adattata, a seconda del caso, una protesi del braccio o della gamba.

La chirurgia ricostruttiva aiuta a ripristinare il proprio aspetto dopo l'amputazione per esempio di una mammella.

Linfedema

Se nelle operazioni di tumori è necessario asportare linfonodi nella regione inguinale, del bacino e dell'addome, il liquido interstiziale (linfa) può ristagnare nelle gambe, formando un cosiddetto «linfedema». Un trattamento possibile contro i linfedemi è il linfo-drenaggio. A pagina 71 trova il rimando all'opuscolo della Lega contro il cancro «Il linfedema e il cancro».

Cicatrici

Ogni incisione della pelle produce una cicatrice. Il chirurgo cerca di ottenere il miglior risultato estetico possibile con la cicatrizzazione della ferita.

Solo gli interventi mininvasivi attraverso un'apertura naturale del corpo non lasciano cicatrici. La formazione di una cicatrice può essere un'esperienza dolorosa. Spesso ci vuole del tempo per abituarsi all'idea che la cicatrice fa parte del proprio corpo. Deve avere pazienza. L'aspetto di una cicatrice chirurgica può migliorare spontaneamente nel primo anno dopo l'operazione. Una cicatrice del viso può essere coperta con un trucco speciale dopo la guarigione. Per maggiori informazioni consulti l'opuscolo della Lega contro il cancro «La terapia antitumorale ha cambiato il mio aspetto».

Conseguenze psichiche

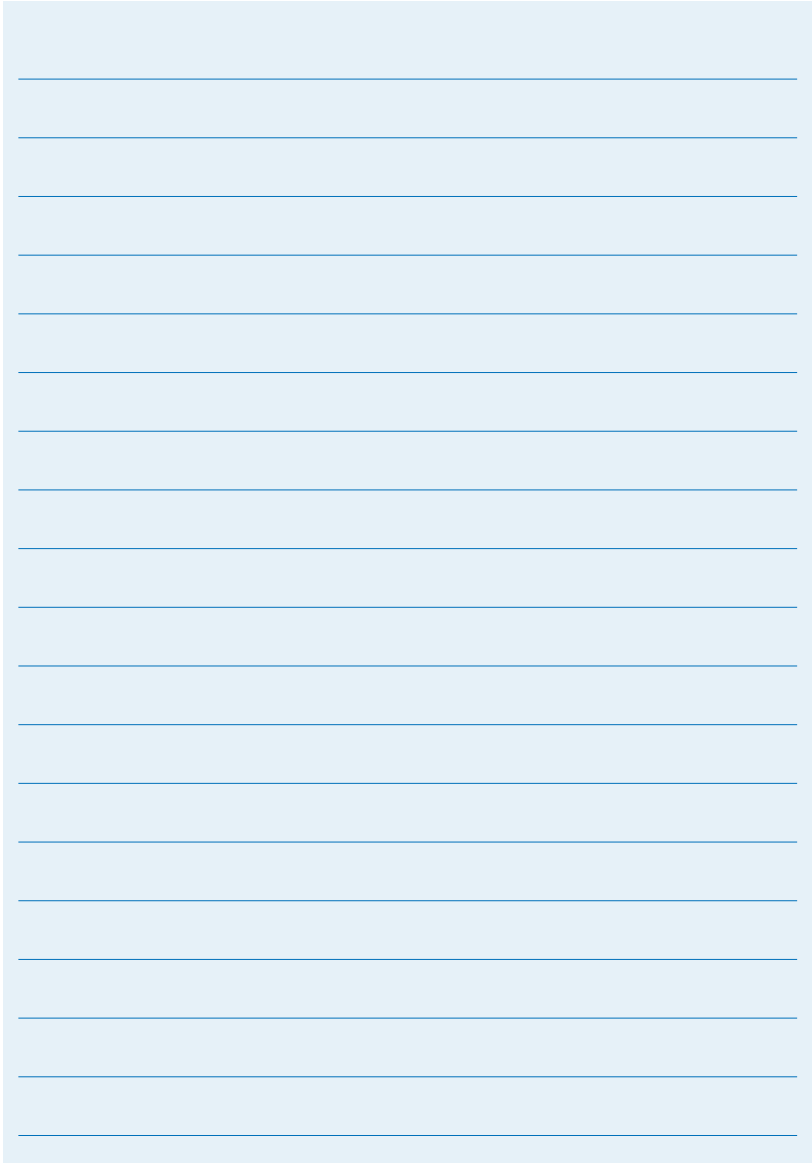
L'autostima è strettamente legata alla propria immagine corporea: avere un'opinione favorevole del proprio corpo aumenta l'autostima, mentre avere un'immagine negativa di sé la abbassa. Dopo un'operazione l'immagine corporea può essere stravolta perché il proprio corpo è ora percepito come estraneo, è mutato l'aspetto o l'organismo non funziona più come prima.

Bisogna imparare a convivere con queste alterazioni e, lentamente, costruire una nuova immagine corporea e magari persino una nuova identità. Può darsi che le idee precedenti su come deve apparire o funzionare il proprio corpo debbano essere riviste e adattate nella misura del possibile alla nuova situazione.

Nell'opuscolo della Lega contro il cancro «Quando anche l'anima soffre» trova ulteriori informazioni sulle sfide psichiche legate a una malattia tumorale.

Se ha bisogno di un sostegno personale all'elaborazione delle conseguenze a lungo termine della Sua operazione, si rivolga alla Sua Lega cantonale o regionale contro il cancro o alla Linea cancro (vedi p. 74).

I miei appunti



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

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. ser-

vizio 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 autoaiuto e corsi, indirizzano agli specialisti (per es. nei campi dell'alimentazione, delle terapie complementari, ecc.).

Linea cancro 0800 11 88 11

Le operatrici specializzate della Linea cancro Le offrono un ascolto attivo, rispondono alle Sue domande sui molteplici aspetti della malattia, La orientano verso altre forme di sostegno consone ai Suoi bisogni, accolgono le Sue paure e incertezze, il Suo vissuto di malattia. Le chiamate al numero verde e le consulenze telefoniche sono gratuite. I clienti che usano Skype possono raggiungere le operatrici anche all'indirizzo Skype krebs-telefon.ch (attualmente solo in tedesco e francese).

Cancerline – la chat sul cancro

I bambini, i giovani e gli adulti possono accedere alla chat dal 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. 71).

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. 71).

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.selbsthilfes Schweiz.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 (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
Bubenberglplatz 11
3011 Berna
Tel. 044 240 16 21
info@palliative.ch
www.palliative.ch

Prestazioni assicurative

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

Sono coperte altresì le spese di cura derivanti dalla partecipazione a uno studio clinico (vedi p. 8) 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. 71).

Opuscoli della Lega contro il cancro

- **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
- **Rischio di cancro ereditario**
Guida per le famiglie con numerosi casi di cancro
- **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 colostomia**
- **L'ileostomia**
- **L'urostomia**
- **Vivere senza laringe**
- **La terapia antitumorale ha cambiato il mio aspetto**
Consigli e suggerimenti da capo a piedi
- **Attività fisica e cancro**
Riacquistare fiducia nel proprio corpo
- **Il moto fa bene**
Esercizi per donne operate al seno
- **Accompagnare un malato di cancro**
Una guida della Lega contro il cancro per familiari e amici
- **Assistenza a un familiare e attività lavorativa**
Flyer di 8 pagine 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?**
Un'informazione per genitori con consigli per i docenti
- **Cancro – le prestazioni delle assicurazioni sociali**
- **Direttive anticipate della Lega contro il cancro**
La mia volontà vincolante rispetto alla malattia, l'agonia e alla morte
- **Cancro – quando le speranze di guarigione svaniscono**

- **Quando anche l'anima soffre**

Il cancro stravolge tutti gli aspetti della vita

- **Scelte di fine vita**

Guida alla compilazione delle direttive anticipate

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.forumcancro.ch 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

«**La termoablazione con microonde o radiofrequenze**» dell'Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici (AIMaC), disponibile sul sito www.aimac.it.

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

Letture consigliate

«**Asportazione del tumore**» dell'Associazione Italiana per la ricerca sul Cancro, disponibile sul sito www.airc.it, digitando «Chirurgia» o «Operazione» come parola di ricerca.

«**Chirurgia per i tumori**» dell'Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici (AIMaC), disponibile sul sito www.aimac.it. Questo e altri articoli riguardanti la chirurgia e il cancro possono essere trovati digitando «Chirurgia» o «Operazione» come parola di ricerca.

«**La ripresa dopo l'intervento e il ritorno a casa**» dell'Associazione Italiana per la ricerca sul Cancro, disponibile sul sito www.airc.it, digitando «Operazione» come parola di ricerca.

«**Le cure dopo la chirurgia**» dell'Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici (AIMaC), disponibile sul sito www.aimac.it, digitando «Chirurgia» come parola di ricerca.

«**Prima dell'intervento, in ospedale**» dell'Associazione Italiana per la ricerca sul Cancro, disponibile sul sito www.airc.it, digitando «Chirurgia» come parola di ricerca.

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. 74).

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.krebsliga.ch/kinderbibliothek

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

www.krebsligazuerich.ch → Beratung & Unterstützung → Bibliothek

Inserendo la parola di ricerca «Operazione» o «Terapie», si possono ottenere letture pertinenti.

Internet

Italiano

Offerta della Lega contro il cancro

www.forumcancro.ch

Piattaforma virtuale di scambio della Lega contro il cancro.

www.legacancro.ch

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

www.legacancro.ch/cancerline

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

www.legacancro.ch/corsi

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

Altri enti e consultori, altre associazioni

www.aistom.org

Associazione Italiana Stomizzati

www.avac.ch

Verein Lernen mit Krebs zu Leben

www.fertiPROTEKT.ch

FertiPROTEKT Netzwerk e.V. (in tedesco)

www.komplementaermethoden.de

Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen (in tedesco e inglese)

www.palliative.ch

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

www.patientenkompetenz.ch

Stiftung Patientenkompetenz (in tedesco)

www.psychoonkologie.ch

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

Inglese

www.cancer.ca

Canada Cancer Society

www.cancer.org

American Cancer Society

www.cancer.org.au

Cancer Council Australia

www.cancer.gov

National Cancer Institute USA

www.cancer.net

American Society of Clinical Oncology

www.cancerresearchuk.org

Cancer Research UK

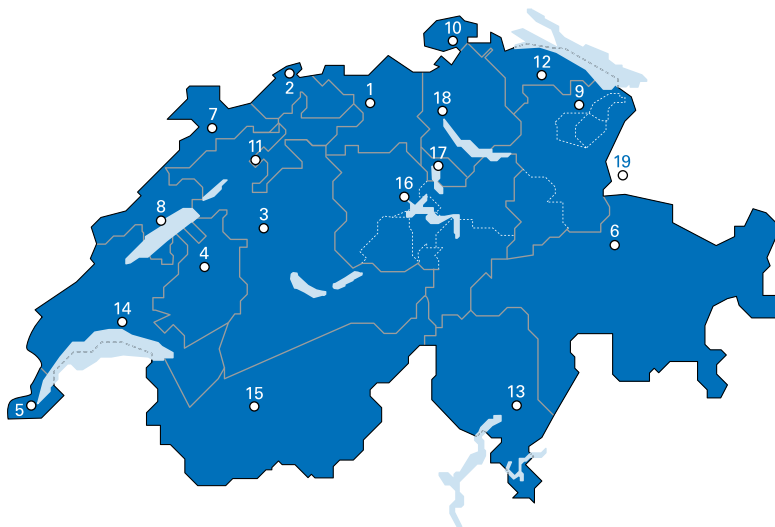
www.macmillan.org.uk

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).

La Lega contro il cancro offre aiuto e consulenza



1 Krebsliga Aargau

Kasernenstrasse 25
Postfach 3225
5001 Aarau
Tel. 062 834 75 75
Fax 062 834 75 76
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
Fax 061 319 99 89
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
Fax 031 313 24 20
info@bernischekrebsliga.ch
www.bernischekrebsliga.ch
PK 30-22695-4

4 Ligue fribourgeoise contre le cancer Krebsliga Freiburg

route St-Nicolas-de-Flüe 2
case postale 96
1705 Fribourg
tél. 026 426 02 90
fax 026 426 02 88
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
fax 022 322 13 39
ligue.cancer@mediane.ch
www.lgc.ch
CP 12-380-8

6 Krebsliga Graubünden

Ottoplatz 1
Postfach 368
7001 Chur
Tel. 081 300 50 90
info@krebssliga-gr.ch
www.krebssliga-gr.ch
PK 70-1442-0

7 Ligue jurassienne contre le cancer

rue des Moulins 12
2800 Delémont
tél. 032 422 20 30
fax 032 422 26 10
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
Fax 071 242 70 30
info@krebssliga-ostschweiz.ch
www.krebssliga-ostschweiz.ch
PK 90-15390-1

10 Krebsliga Schaffhausen

Rheinstrasse 17
8200 Schaffhausen
Tel. 052 741 45 45
Fax 052 741 45 57
info@krebssliga-sh.ch
www.krebssliga-sh.ch
PK 82-3096-2

11 Krebsliga Solothurn

Wengstrasse 16
4500 Solothurn
Tel. 032 628 68 10
Fax 032 628 68 11
info@krebssliga-so.ch
www.krebssliga-so.ch
PK 45-1044-7

12 Thurgauische Krebsliga

Bahnhofstrasse 5
8570 Weinfelden
Tel. 071 626 70 00
Fax 071 626 70 01
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
Fax 091 820 64 60
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
fax 021 623 11 10
info@lvc.ch
www.lvc.ch
CP 10-22260-0

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

Siège central:
rue de la Dixence 19
1950 Sion
tél. 027 322 99 74
fax 027 322 99 75
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
Fax 041 210 26 50
info@krebssliga.info
www.krebssliga.info
PK 60-13232-5

17 Krebsliga Zug

Alpenstrasse 14
6300 Zug
Tel. 041 720 20 45
Fax 041 720 20 46
info@krebssliga-zug.ch
www.krebssliga-zug.ch
PK 80-56342-6

18 Krebsliga Zürich

Freiestrasse 71
8032 Zürich
Tel. 044 388 55 00
Fax 044 388 55 11
info@krebssligazuerich.ch
www.krebssligazuerich.ch
PK 80-868-5

19 Krebshilfe Liechtenstein

Im Malarsch 4
FL-9494 Schaan
Tel. 00423 233 18 45
Fax 00423 233 18 55
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
Fax 031 389 91 60
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.