

*Libretto
educazionale*

1

I tumori del polmone



L'autore del testo è la dott.ssa **Barbara Melotti**, dirigente medico dell'Unità Operativa di Oncologia Medica-Martoni, Dipartimento Ematologia, Oncologia e Medicina di Laboratorio, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Poiliclinico S.Orsola-Malpighi

Indice

Presentazione	pag.
1. L'organo in cui nasce il tumore	
2. Inquadramento generale	
3. Cosa sappiamo sulle cause	
4. Quanto è frequente	
5. Cosa si può fare per prevenirlo	
6. Come si presenta e si sviluppa	
7. La stadiazione	
8. Le cure per guarire	
9. Le cure quando non si può guarire	
10. Gli effetti collaterali delle terapie	
11. Affrontare i momenti difficili	
12. L'assistenza domiciliare	

Presentazione

Negli ultimi dieci anni vi è stata una grande avanzamento delle conoscenze nel campo della medicina ed in particolare in uno dei suoi settori principali come quello dell'oncologia. Sono quasi quotidiane le notizie che i *mass media* diffondono su nuove scoperte o nuove terapie. Per la gente comune è molto difficile interpretarne il significato, comprenderne la reale portata scientifica e, soprattutto per chi è interessato direttamente o indirettamente dalla malattia, non prestarvi forte attenzione e non riporvi grandi speranze. Purtroppo, è quasi la regola che a queste notizie non corrisponda la reale possibilità di poter disporre oggi, cioè “nel momento in cui ne ho bisogno”, della nuova terapia di cui si parla. Le conseguenze nei pazienti e familiari sono serie (senso di delusione, frustrazione, incertezza) e possono anche influenzare negativamente il rapporto di fiducia con lo specialista e la struttura di riferimento.

Dall'altra parte i progressi nel campo dell'oncologia sono stati molto grandi negli ultimi anni e paradossalmente poco viene fatto sul fronte della corretta divulgazione scientifica dei nuovi avanzamenti.

Occuparsi oggi professionalmente ed istituzionalmente di cura dei pazienti oncologici significa anche farsi carico del grande bisogno di informazione sanitaria che cresce sempre più negli stessi pazienti, nei loro familiari e più in generale nella società. L'iniziativa di pubblicare “libretti” divulgativi sui principali tumori, promossa dall'ANT (Fondazione ANT *ITALIA* Onlus) nella cui *mission* sta anche l'educazione sanitaria e la prevenzione dei tumori, va in questa direzione. Vuole essere quella di mettere a disposizione di pazienti, familiari e cittadini in generale, informazioni aggiornate su cosa si può realmente fare per prevenire la malattia, su cosa si deve fare per arrivare ad una diagnosi precoce, su e attraverso quali terapia si può guarire e sulle nuove terapie oggi disponibili. Per facilitarne la lettura a tutti, si è volutamente utilizzato uno stile sintetico e adottato un linguaggio il più possibile per non addetti ai lavori. Ogni “libretto”, nell'ultima pagina, ha una sezione dedicata a commenti e suggerimenti da parte del lettore: la speranza degli autori è quella di averne riscontro per poter migliorare ed adeguare i testi di questa prima edizione.

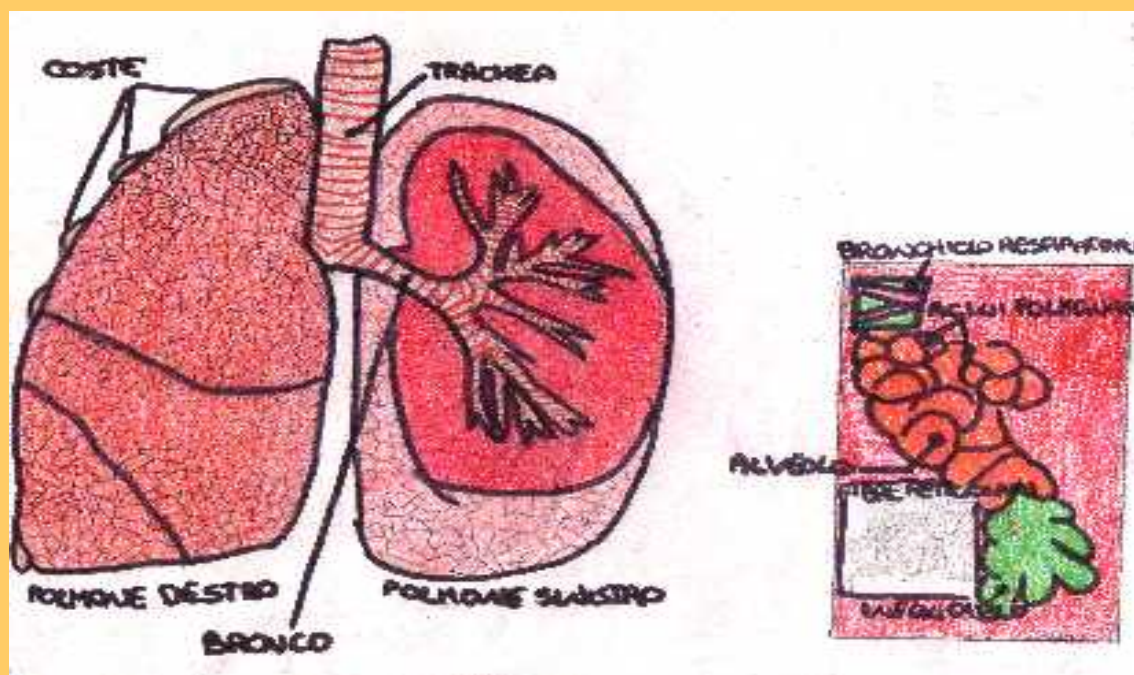
Il primo libretto è dedicato ai tumori del polmone, cioè ai tumori più diffusi in assoluto tra tutte le neoplasie maligne. La novità più rilevante intorno a questi tumori è che la loro incidenza sta lentamente riducendosi negli individui di sesso maschile, mentre sta aumentando in quelli di sesso femminile in conseguenza al diverso atteggiamento nei confronti della abitudine al fumo di sigaretta, che nell'ultimo decennio è andata riducendosi negli uomini e aumentando invece nelle donna. Da queste osservazioni ne deriva la necessità di intensificare e diffondere la campagna contro il fumo.

Andrea Angelo Martoni

Direttore Unità Operativa di Oncologia Medica
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna
Policlinico S.Orsola-Malpighi

1. L'organo in cui nasce il tumore

I polmoni sono situati all'interno della **gabbia toracica**, che li protegge, e che è formata dalle **coste** che partono dalle vertebre dorsali e, sul davanti, sono saldate allo **sterno**. In basso i polmoni poggiano sul **diaframma**, un muscolo piatto, posto trasversalmente. I polmoni sono avvolti dalla pleura, una membrana sierosa formata da due foglietti, uno parietale che tappezza la superficie delle logge polmonari ed uno viscerale che aderisce alla superficie dell'organo. Tra i due foglietti che continuano uno nell'altro a livello dell'ilo, si delimita la cavità pleurica vi è una piccola quantità di liquido necessaria per l'espansione polmonare. Il polmone destro è più voluminoso del sinistro (rapporto 11:10) per la presenza a sinistra, del cuore. La superficie del polmone è percorsa da scissure che dividono l'organo in lobi: tre lobi a destra (superiore, medio ed inferiore), due lobi a sinistra (superiore ed inferiore). A livello della 4°-5° vertebra toracica, la trachea si divide in due rami o bronchi principali, bronco destro e bronco sinistro. Questi raggiungono l'ilo polmonare dove si dividono dando origine ad una arborizzazione, la cui gran parte contenuta all'interno del polmone. Nel mediastino, uno spazio compreso fra i due polmoni e nel quale alloggia il cuore ed i grossi vasi sono presenti anche i linfonodi mediastinici. L'ossigeno contenuto nell'aria dai polmoni passa nei globuli rossi del sangue e di qui viene portato a tutte le cellule del corpo. Dalle cellule il sangue preleva l'anidride carbonica che viene trasportata ai **polmoni** ed emessa nell'aria. La **respirazione** consiste nell'assunzione dell'ossigeno e nella eliminazione dell'anidride carbonica. Con la **respirazione** viene prodotta anche **energia** per il lavoro delle cellule.



2. Inquadramento generale

I **tumori polmonari** possono essere distinti in " primitivi", e cioè insorti direttamente nel polmone, e "secondari cioè metastasi di neoplasie originate in altri organi.

I tumori primitivi possono essere benigni (5% dei casi) ma nella maggioranza dei casi sono maligni (95% dei casi).

Nel 1950, il tumore al polmone costituiva una patologia di scarso riscontro, ma nei decenni dal 1950 al 1980 il tasso di mortalità per tumore del polmone è salito del 225% nel sesso maschile e del 330% in quello femminile.

Il tumore polmonare maligno viene distinto in due grandi categorie; le forme epiteliali, più frequenti (carcinomi) e le forme connettivali, più rare (sarcomi polmonari). Le forme epiteliali si distinguono in "carcinomi a piccole cellule" e "carcinomi non a piccole cellule". I primi si curano prevalentemente con le terapie non chirurgiche mediche (chemioterapia e radioterapia) mentre i secondi, se individuati in tempo si curano bene con la chirurgia.

Il tumore polmonare in realtà è un tumore "bronchiale" poiché origina all'interno dei bronchi (le vie aeree del polmone) e in prevalenza dall'epitelio dei grossi bronchi.

Carcinoma a piccole cellule Rappresenta circa il 15-20% dei casi di carcinoma polmonare. Dal punto di vista biologico è un tumore molto aggressivo che provoca precocemente metastasi, tanto che, spesso vengono diagnosticate prima del tumore primitivo. Le sedi più frequenti di disseminazione sono i linfonodi mediastinici, il fegato e il cervello.

Carcinoma non a piccole cellule: le varianti più frequenti sono il Carcinoma a cellule squamose; Rappresenta circa il 30% dei casi di carcinoma polmonare ed è un tipo di tumore a relativa lenta crescita. Si è visto, infatti, che sono necessari 3-4 anni per passare dal carcinoma *in situ* (fase iniziale in cui il tumore non è ancora diagnosticabile) al tumore clinicamente evidente.

Adenocarcinoma Rappresenta circa il 40% dei casi di carcinoma polmonare. Generalmente è un tumore che si localizza alla periferia del polmone e che prende origine dall'epitelio di superficie dei piccoli bronchi o dalle ghiandole della mucosa bronchiale. L'andamento di questo istotipo è più severo rispetto a quello del carcinoma a cellule squamose, tranne che per le forme di piccole dimensioni che vengono diagnosticate precocemente.

Carcinoma a grandi cellule Rappresenta il 10-15% dei casi di carcinoma polmonare.. La prognosi è molto simile a quella dell'adenocarcinoma

3. Cosa sappiamo sulle cause

(eziologia)

L'incidenza del cancro ai polmoni è strettamente correlata col consumo di sigarette

- Ad oggi si riconosce come fattore causale principale del cancro del polmone il fumo di sigaretta, sia in forma attiva che passiva. Il tabacco è responsabile di circa il 30% di tutte le morti per tumore in Italia. Sono stati condotti numerosi studi che hanno provato una relazione causale tra fumo di sigaretta e neoplasie di almeno sette organi: polmone, cavo orale, faringe, laringe, esofago, pancreas, rene e vescica.
- L'aumento di rischio nei forti fumatori è di almeno 25 volte per polmone e laringe tra 2 e 10 volte per gli altri organi. E' stato dimostrato che un uomo o una donna dell'età di 35 anni, che fuma 25 o più sigarette al giorno, ha un rischio di morire di cancro del polmone prima dei 75 anni pari al 13%. Il rischio aumenta in relazione a:
 1. Numero di sigarette fumate
 2. Età di insorgenza dell'abitudine al fumo
 3. Maggior contenuto di nicotina
 4. Assenza di filtro nelle sigarette
 - Nei soggetti che smettono di fumare il rischio si riduce nel corso dei 10-15 anni successivi.
- Altre cause in successione sono lo smog e l'inquinamento atmosferico prodotto dalla combustione di derivati del petrolio, quindi l'esposizione professionale all'uso di metalli particolari (nichel, cromo, ecc.), di sostanze radioattive e di amianto.
- Vi sono poi fattori di rischio, ossia altre malattie polmonari preesistenti che possono facilitare l'insorgenza del tumore, quali bronchite cronica, bronchiectasia e una pregressa tubercolosi polmonare.

4. Quanto è frequente

(epidemiologia)

Il carcinoma del polmone rappresenta la prima causa di morte per tumore maligno nei paesi industrializzati.

Negli Stati Uniti è al primo posto delle morti per cancro sia nel sesso maschile che in quello femminile.

L'incidenza varia a seconda delle diverse aree geografiche: è più alta in Nord Europa, Stati Uniti e Canada; si riduce in Giappone, Israele e Svezia.

In Italia il numero di nuovi casi per anno si aggira intorno ai 35-40.000, con un tasso di mortalità di 81 casi su 100.000 abitanti nei maschi e 12 casi su 100.000 abitanti nelle donne. Fino a non molto tempo fa l'incidenza della neoplasia era maggiore nell'uomo rispetto alla donna con un rapporto maschi: femmine 5:1; oggi tale rapporto è 2,5:1, a causa della crescente abitudine al fumo nel sesso femminile.

L'incidenza della neoplasia aumenta all'aumentare dell'età passando da 1/100.000 abitanti/anno prima dei 30 anni a 329/100.000 abitanti/anno tra i 70 ed i 74 anni.

Alla diagnosi l'età media dei pazienti è 60 anni; oltre un terzo di nuovi casi è diagnosticato in soggetti di età superiore ai 70 anni.

Nei paesi industrializzati nell'ultimo decennio si è andato verificando un calo della mortalità del 2% all'anno nei maschi, contro un incremento compreso tra lo 0.5 – 1% all'anno nelle donne. Questo fenomeno è il risultato della riduzione del fumo di sigaretta registrato tra gli uomini contro l'incremento che si è manifestato tra le donne.

5. Cosa si può fare per prevenirlo

(prevenzione)

La cosa principale che il singolo individuo può mettere in atto per ridurre il rischio di ammalarsi di tumore polmonare è non fumare e limitare al minimo l'esposizione al fumo passivo.

Anche limitare l'esposizione allo smog ed all'inquinamento atmosferico è una modalità di riduzione del rischio che compete al singolo individuo ma soprattutto alle autorità preposte alla salute dei cittadini e alla protezione dell'ambiente in cui si vive.

Screening

Al momento attuale non vi sono studi clinici che dimostrino con certezza l'efficacia di uno "screening" di massa per giungere ad una diagnosi del tumore polmonare quando ancora è di piccole dimensioni e localizzato e quindi aggredibile chirurgicamente con buone possibilità di guarigione.

Ai pazienti forti fumatori o esposti per motivi professionali ad agenti cancerogeni è comunque consigliabile eseguire periodicamente una radiografia del torace ed un esame citologico dell'escreato.

Sono state condotte ricerche sull'impiego della tomografia assiale computerizzata (TC) per ottenere una diagnosi precoce del polmone, associata in alcuni casi anche alla tomografia per emissione di positroni (PET). I risultati disponibili non sono tali da poter utilizzare ancora queste metodiche per lo screening dei tumori polmonari.

6. Come si presenta e si sviluppa (storia naturale)

Lo sviluppo locale del tumore

Attraverso la replicazione cellulare anomala il tumore si accresce progressivamente così da ostruire fino ad occludere il bronco in cui è insorto, estendendosi verso la pleura e la parete toracica se la sua posizione è periferica o verso il mediastino se la sua posizione è più centrale. L'interessamento della pleura comporta costantemente la formazione di liquido nello scavo pleurico

Sintomi

La sintomatologia del tumore al polmone compare spesso in modo alquanto tardivo ed è in relazione alla sua sede, ai gradi di diffusione e all'interessamento di altre strutture anatomiche. I sintomi sono spesso rappresentati da tosse, emoftoe (presenza di sangue nell'escreato), dispnea (fatica a respirare) e dolore toracico.

La tosse è dovuta all'irritazione bronchiale, dapprima è secca quindi diviene produttiva, con espettorato che può essere mucoso, mucopurulento e a volte anche ematico. La dispnea può essere dovuta alla ostruzione di un grosso bronco o alla presenza di liquido nello scavo pleurico. Sono frequenti gli episodi bronchitici anche con febbre. La sintomatologia dolorosa è relativamente rara al momento della diagnosi ma diventa più frequente ed intensa nelle fasi avanzate della malattia.

Insorgenza di metastasi

Dalla sede di d'origine, le cellule tumorali possono migrare per la via linfatica ed ematica in altri organi dove attecchiscono e colonizzano in forma di aggregati detti "metastasi". Frequenti sono le metastasi alle linfoghiandole dell'ilo polmonare, del mediastino, del collo, oppure ad altri organi, come il fegato, le ossa, il cervello. Le cellule tumorali possono raramente migrare anche nei bronchi e da qui diffondersi in altre regioni polmonari.

7. La stadiazione

Di fronte al sospetto di un tumore polmonare, gli **esami necessari** sono:

- la TC del torace, addome ed encefalo.
- La broncoscopia (consente la visione diretta dei bronchi: il medico introduce un broncoscopio (un tubo sottile dotato di apparato illuminante) nella bocca o nel naso facendolo scorrere attraverso la trachea per poter visualizzare l'apparato respiratorio e prelevare campioni cellulari o piccoli campioni di tessuto (biopsia).

Altri esami strumentali che sono utilizzati per la diagnosi.

- L'agobiopsia percutanea sotto guida TC che permette il prelievo di tessuto dalla lesione sospetta mediante un ago introdotto all'esterno della parete toracica
- Scintigrafia ossea con Tecnezio99: serve per valutare l'estensione di una malattia a carico delle ossa.
- Scintigrafia PET: serve per valutare l'estensione della neoplasia quando questa è potenzialmente operabile per escludere l'eventuale presenza di metastasi.
- L'esame citologico dell'escreato serve per evidenziare eventualmente cellule neoplastiche esfoliate nelle secrezioni bronchiali ed emesse con i colpi di tosse.

Indagini diagnostiche che si eseguono solo in determinate circostanze:

- Mediastinoscopia: viene effettuata dal chirurgo e permette di controllare se sono presenti metastasi ai linfonodi mediastinici
- Toracoscopia: viene effettuata in ambiente chirurgico e permette di "vedere" il polmone e la pleura, di eseguire biopsie e piccoli interventi.

In base all'estensione documentata dagli accertamenti, la malattia viene classificata in Stadi:

Stadio I: tumore limitato al polmone senza interessamento linfonodale

Stadio II: tumore polmonare con interessamento linfonodale dell'ilo polmonare

Stadio III: A) tumore con estensione alla parete toracica o con interessamento dei linfonodi delò mediastino omolaterale; **B)** tumore con estensione ai vasi e agli organi intratoracici o con interessamento dei linfonodi delò mediastino controlaterale.

Stadio IV: tumore polmonare con metastasi a distanza

8. Le cure per guarire

Gli stadi I e II e alcuni stadi IIIA sono candidabili all'intervento chirurgico radicale. Talvolta è consigliabile anche eseguire una chemioterapia prima dell'intervento chirurgico (chemioterapia neoadiuvante) al fine di ridurre le dimensioni del tumore (specie nello stadio IIIA).

Chirurgia

L'intervento ideale è quello che offre la maggiore radicalità con il minimo danno funzionale. L'operazione chirurgica varia comunque in relazione alle dimensioni, alla posizione del tumore, al coinvolgimento più o meno esteso dei linfonodi intratoracici. In base a queste variabili il chirurgo può decidere tra:

La lobectomia. Si esegue nelle forme di dimensioni limitate e consiste nella asportazione di un solo lobo polmonare.

La pneumomectomia. Si esegue nelle forme di dimensioni più importanti o più centrali consiste nell'asportazione dell'intero polmone.

Chemioterapia adiuvante

Dopo l'intervento chirurgico, a seconda delle dimensioni e dello stadio della neoplasia, potrebbe essere indicata una chemioterapia "adiuvante" postoperatoria al fine di ridurre il rischio che la malattia possa ripresentarsi in futuro.

Radioterapia

In casi particolari di tumore allo stadio I e II, come in certe persone anziane in cui l'intervento chirurgico è controindicato, la radioterapia può essere utilizzata da sola al posto della chirurgia.

9. Le cure quando non si può guarire

Chemioterapia

Nei **carcinomi polmonari non a piccole cellule non operabili (stadio IIIB e IV)** l'obiettivo delle terapie oggi disponibili è piuttosto limitato ed è rappresentato dalla possibilità di controllare i sintomi della malattia e di allungare la durata della vita. L'approccio terapeutico di prima linea è rappresentato dalla chemioterapia. Il farmaco più importante è il **cisplatino** che generalmente viene combinato con altri farmaci attivi in questa malattia come la vinorelbina, la gemcitabina e i taxani (paclitaxel e docetaxel). Molti studi clinici hanno dimostrato che la combinazione di due farmaci è superiore ad una terapia con uno solo. In determinate situazioni cliniche, tuttavia, come nei pazienti anziani, si preferisce spesso usare un solo farmaco.

Quando la neoplasia progredisce dopo questa prima linea di terapia a volte ci si può aspettare di poter indurre beneficio clinico ancora con una seconda linea di chemioterapia.

Di recente è stato introdotto nell'uso clinico un agente antitumorale di nuova concezione (**Erlotinib**) somministrabile per via orale, che agisce sul tumore andando a bloccare un bersaglio cellulare specifico (il recettore denominato EGFR e sue varianti) . L'uso di questo farmaco si basa sulla dimostrazione nel tumore di EGFR oppure, sulla base di determinate caratteristiche cliniche che si sono dimostrate associate a maggior sensibilità del farmaco (paziente di sesso femminile, non fumatore, istotipo adenocarcinoma, razza asiatica).

Nel caso dei **carcinomi polmonari a piccole cellule** la malattia viene quasi sempre diagnosticata allo stadio IIIB o IV. Il trattamento si basa sulla chemioterapia a base di Cisplatino (o carboplatino) ed Etoposide. Se il tumore è localizzato ad un emitorace e dimostra una buona regressione dopo la chemioterapia è indicato eseguire la radioterapia sul tumore

Radioterapia

Nei tumori del polmone stadio III che non vengono ritenuti operabili, il trattamento di scelta è rappresentato dalla combinazione radiochemioterapia. Si può prima eseguire la chemioterapia e successivamente la radioterapia oppure si possono eseguire contemporaneamente. Quest'ultima modalità sembra più efficace ma è gravata da una maggiore tossicità. La radioterapia inoltre può essere efficace per alleviare sintomi quali il dolore causato da metastasi ossee.

10. Gli effetti collaterali delle terapie

Principali effetti collaterali della Chemioterapia

Nausea e vomito.

L'assunzione di chemioterapici si associa in alcuni casi a nausea e vomito. Esistono in ogni caso farmaci specifici, i cosiddetti antiemetici, efficaci nella stragrande maggioranza dei casi a prevenire questa sintomatologia..

Leucopenia

La chemioterapia colpisce tutti i tessuti a rapido rinnovamento e tra questi uno dei più colpiti è il midollo osseo. L'effetto più comune è il calo dei globuli bianchi (in particolare il tipo chiamato neutrofili) che comporta un aumentato rischio di contrarre infezioni. In genere però tale effetto è di breve durata e non comporta complicazioni severe. In caso di necessità vi sono comunque farmaci (fattori di crescita granulocitari) che stimolano il midollo osseo a produrre più globuli bianchi e che possono essere utilizzati per curare o ridurre preventivamente il rischio di leucopenia severa.

Anemia

Molte volte i trattamenti (o la malattia stessa) possono generare una riduzione dei livelli di emoglobina (e/o globuli rossi), diminuendo così la capacità di trasportare ossigeno nel sangue. Ne derivano varie conseguenze tra cui la stanchezza cronica. Anche in questo caso esistono farmaci specifici (eritropoietina) che possono contenere questo effetto collaterale riducendo anche il rischio di doversi sottoporre a trasfusioni di sangue.

Alopecia (caduta dei capelli)

L'azione di alcuni farmaci chemioterapici può causare la perdita dei capelli. Non è un effetto definitivo la sospensione della terapia si accompagna infatti una ripresa della crescita. Non tutti i farmaci antitumorali inducono questo effetto collaterale.

Altri effetti collaterali

Anche se più raramente, la chemioterapia dei tumori polmonari può indurre altri effetti collaterali come piastrinopenia (calo del numero delle piastrine nel sangue), stomatite (infiammazione della mucosa della bocca), modesta insufficienza renale, astenia (calo della forza) e parestesie (formicolii alle mani ed ai piedi) Il nuovo farmaco Erlotinib, pur avendo minori effetti collaterali della chemioterapia, può provocare irritazione cutanea simile all'acne sul viso e sul tronco e più raramente diarrea.

Radioterapia

La radioterapia può generare nausea, vomito, diarrea e stanchezza. Può indurre anche sintomi simil-influenzali o dolore al livello toracico. Al termine dei trattamenti sul torace il paziente può avvertire difficoltà a deglutire e a bere bevande molto calde o molto fredde. Si tratta comunque di un effetto temporaneo.

11. Affrontare i momenti difficili

Uno dei problemi principali della diagnosi di neoplasia polmonare è che questa generalmente avviene quando il tumore è in fase avanzata localmente (stadio III) o per la presenza di metastasi (stadio IV) che non permettono di eseguire un intervento chirurgico.

Quindi a ciel sereno ci si ritrova ammalati senza una possibilità di guarigione definitiva. Questo non significa che non sia possibile effettuare delle terapie con lo scopo di migliorare i sintomi, se sono presenti, e soprattutto con l'obiettivo principale di allungare la vita. Qualche volta poi è possibile che neoplasie inizialmente non operabili o non curabili localmente con radioterapia, lo diventino dopo trattamenti chemioterapici o chemio-radioterapici.

La cosa più importante è affidarsi ad un Centro Oncologico competente dove l'Oncologo di fiducia potrà offrire al meglio i trattamenti antitumorali (chemioterapia, radioterapia, farmaci biologici e terapie complementari) e di supporto a disposizione che lo scopo di controllare la progressione della malattia e al tempo stesso ridurre al minimo gli effetti collaterali e ritardare il più possibile la compromissione della qualità di vita. Quando la malattia o le condizioni generali del paziente sconsigliano di proseguire con ulteriori trattamenti antitumorali è molto importante che l'oncologo di riferimento si accordi con i servizi presenti nel territorio di Assistenza domiciliare o Hospice oltre che con il medico di medicina generale per garantire la continuità assistenziale e il miglior controllo dei sintomi.

12. L'assistenza domiciliare

Qualsiasi persona che abbia problemi di salute, una volta risolte le urgenze cliniche affidandosi al personale sanitario competente, preferisce affrontare la “convalescenza” nella propria casa, con la vicinanza dei propri cari e degli amici, permettendosi tempi di recupero in relazione al proprio bio - ritmo, mangiare e dormire quando se ne ha voglia, ad esempio.

Tutto ciò ha valore a maggior ragione se pensiamo di dover affrontare una malattia di lungo periodo come il tumore del colon-retto che può andare incontro a varie fasi cliniche portando il paziente ad essere assistito in ambulatorio, in day hospital o in reparto di degenza per le diverse necessità mediche (gli accertamenti diagnostici, la chemioterapia, la radioterapia, le visite mediche periodiche).

Ad integrazione di questo percorso clinico, in genere ospedaliero, il paziente che cerca riposo e conforto nella sua casa e con i suoi affetti, può aver bisogno anche al domicilio di assistenza competente da parte di operatori sanitari, medici, infermieri e psicologi per problemi clinici o sintomi legati alla malattia o alle cure.

Questi professionisti possono assistere il paziente controllando gli effetti collaterali delle chemio-radioterapie, effettuando prelievi ematici o terapie mediche concordate con i sanitari ospedalieri in piani terapeutici integrati.

L'assistenza al domicilio può prevedere oltre alle visite del medico o dell'infermiera, anche quelle dello psicologo per alleviare le crisi del paziente e dei suoi familiari.

Ogni intervento sanitario al domicilio avviene in pieno consenso del paziente, della famiglia e su richiesta del Medico di Medicina Generale con cui si concorda il piano terapeutico necessario per il singolo paziente.

Questa assistenza sanitaria viene erogata, a titolo completamente gratuito, da più di venti anni dall'ANT attraverso équipe sanitarie composte da medici, infermieri e psicologi ed è finalizzata all'organizzazione di una rete di continuità assistenziale con tutte le strutture sanitarie responsabili della cura del singolo paziente per migliorare la qualità di vita sua e dei suoi familiari e per garantirne la dignità fino all'ultimo respiro.

L'Associazione Nazionale Tumori (ANT) è stata fondata nel 1978 e si è trasformata in Fondazione nel dicembre 2002. Il nostro "Credo" e ad un tempo il nostro "Progetto di solidarietà" è la difesa della vita e della sua dignità fino all'ultimo respiro, e si riassume nella nostra parola simbolo di "EUBIOSIA" (dal greco antico, "buona vita" nel significato di "la vita con dignità dal primo all'ultimo respiro"). Assistiamo i Sofferenti di tumore (i cosiddetti "malati terminali") a domicilio e gratuitamente senza alcuna spesa a loro carico: possiamo farlo grazie alle offerte spontanee della gente e al supporto di molti Enti pubblici e privati.

Gli Hospice Oncologici Domiciliari (HOD) della Fondazione ANT *Italia*, sono gli ospedali che vanno a casa del Sofferente: i Professionisti dell'ANT (Medici, Psicologi, Infermieri e Tecnici) garantiscono la reperibilità 24 ore su 24, sette giorni la settimana. Ogni giorno assistiamo circa 3.000 Sofferenti (circa 65.000 dal 1985 ad oggi). Le missioni della Fondazione sono :

-ricerca scientifica

-formazione

-assistenza domiciliare gratuita

GLI HOD-ANT IN ITALIA - GLI UFFICI ACCOGLIENZA

1. **Bologna** - via J. di Paolo, 36 - tel. 051 7190111
2. **Bologna** - c/o Ospedale Malpighi, via Albertoni, 15 - tel. 051 6362320
3. **Acquaviva delle Fonti (BA)** - via N. Scalera, 45 - tel. 080 758055
4. **Alto Polesine (Bergantino-Ro)** - via Mazzini, 108 – tel 348 7900191
5. **Bari** - via Carafa, 61/B - tel. 080 5428730
6. **Brescia** - via della Chiesa, 75 - tel. 030 3099423
7. **Brindisi** – c/o ex ospedale "A.Summa" Piazza A. di Summa – tel. 0831 413771
8. **Civitanova Marche (MC)** - vicolo Sforza, 8 - tel. 0733 829606
9. **Ferrara** - corso Isonzo, 1/F - tel. 0532 201819
10. **Firenze** - Via del bersaglio, 9/A (Firenze) - tel. 055 5000210;
11. **Foggia** – viale di Vittorio, 183/A - tel. 0881 635484 cell. 32904278810
12. **Grottaglie (TA)** - via per Villa Castelli, 72 - tel. 099 5610104
13. **Imola (BO)** - via Selice, 76 - tel. 0542 27164
14. **Lecce** - via San Lazzaro, 5 - tel. 0832 303048
15. **Mesagne (BR)** - via A. Profilo fu Tommaso, 9 - tel. 0831 777000
16. **Modena** - via Verdi, 60 - tel. 059 238181
17. **Molfetta, Giovinazzo, Ruvo (BA)** - corso Regina Margherita di Savoia, 18 - tel. 080 3354777
18. **Monopoli (BA)** - via Vasco, 4 - tel. 080 9303894
19. **Napoli** - corso Umberto I, 381 - tel. 081 202638
20. **Parabita (LE)** - via Luigi Ferrari - tel. 0833 518196
21. **Pesaro** - corso XI Settembre, 221 - tel. 0721 370371
22. **Pistoia** - via del Canbianco, 35 - tel. 0573 20106
23. **Porto S.Elpidio (AP)** c/o Casa del Volontariato – via del Palo n.10 – tel.0734 900264
24. **Potenza** – piazzale Don Uva, 4 - tel. 0971 442950
25. **Prato** - via F. Ferrucci, 160 - tel. 0574 601841
26. **Roma-Ostia** – Piazza Conteduca, 21, - tel. 06 56368534
27. **San Pancrazio Talentino (BR)** - via Mesagne, 5 - tel. 0831 664680
28. **Taranto** - via Pitagora, 90/b - tel. 099 4526722
29. **Trani, Bisceglie, Barletta, Corato (BA)** - via Fusco, 59 - tel. 0883 584128
30. **Urbino** - via Gramsci, 29 - tel. 0722 2546
31. **Valdera (Pontedera-PI)** - via Belfiore, 2 - tel. 0587 53993
32. **Verona** - via della Repubblica, 15 - tel. 045 8300955
33. **Vignola (MO)** - via M. Pellegrini, 3 - tel. 059 766088
34. **Villa d'Agri di Marsicovetere (PZ)** - via Roma 16 - tel. 0975 354422

Commenti e suggerimenti sul libretto i tumori del polmone

(il contenuto di questa pagina può essere restituito per posta a..... via..... città
o tramite fax al o tramite e-mail all'indirizzo)