

FRANCESCO SCHITTULLI

RIELETTO PRESIDENTE NAZIONALE LILT



Il 21 gennaio scorso, l'Assemblea Generale dei Presidenti delle Sezioni provinciali LILT, riunitasi nella sede dell'Ordine dei Medici di Roma (g.c.), ha rieletto il prof. Francesco Schittulli Presidente Nazionale con la totalità dei voti validi.

La sezione provinciale di Siena e le altre nove consorelle toscane esprimono al riconfermato Presidente le più affettuose congratulazioni e si impegnano, con rinnovato entusiasmo, a contribuire alla realizzazione della programmazione istituzionale.

Nel prossimo numero, i risultati ufficiali per le elezioni del Comitato Direttivo Centrale

24-01-2010 ore 23,10

A MILANO SCOMPARE PER UN ICTUS IL Prof. GIANNI RAVASI

*VICEPRESIDENTE NAZIONALE LILT
E PRESIDENTE PROVINCIALE
DELLA SEZIONE MILANESE*

Prevenzione notiziario di *legatumori senese*

Direttore responsabile

Franco Nobile

Segretaria

Daniela Pilli

Grafica ed impaginazione

Bernard Chazine. - Siena

Stampa

Industria Grafica Pistolesi - Monteriggioni SI

Distribuzione gratuita

ai Soci di *legatumori senese*

ISCRIZIONE AL REGISTRO DEI PERIODICI

Presso il Tribunale di Siena

n. 673 del 22/3/1999

IL CONSIGLIO DI

legatumori senese

FRANCO NOBILE (presidente)

oncologo

GAIA TANCREDI (vicepresidente)

giornalista

ANGELA ANNESE

magistrato

PASQUALINO CAPPELLI

presidente Silog

GIORDANA DELL'EVA

ricercatrice

SUSANNA FRATIGLIONI

funzionaria comunale

NICOLA MARINI

magistrato

GLAUCO MINERVINI

ten. col. 'Folgore'

FLAVIO MOCENNI

gruppo MPS

MASSIMO PAOLUZZI

col. Guardia di Finanza

GIORGIA ROMEO

naturalista

SINDACI REVISORI

ALESSANDRO FRUSCHELLI

LORENZO GALEOTTI FLORI

PALMIERO MAI

legatumori senese

Via Massetana Romana 44

53100 - SIENA

Tel. 0577.285147

Fax 0577.44104

e-mail: info@legatumori.siena.it

www.legatumori.siena.it



*Addio, Gianni carissimo, apostolo della prevenzione,
sarai per sempre nei nostri cuori*

Finché riusciremo a conservarne la memoria, la sua perdita non sarà mai definitiva...

LA FIGURA DELL'ONCOLOGO GIANNI RAVASI

Finché riusciremo a conservarne. È mancato improvvisamente domenica 24 gennaio il professor Gianni Ravasi vicepresidente nazionale della LILT, (Lega Italiana Lotta contro, i Tumori) e presidente della consorella milanese da oltre trenta anni.

Laureato in Medicina nel 1955, Gianni Ravasi nel 1975 divenne direttore della Divisione di Chirurgia Toracica all'Istituto Tumori di Milano. Dal 1980 ad oggi è stato presidente della Sezione milanese della LILT e dal 1984 fa parte del Consiglio Direttivo Centrale e della Giunta Esecutiva della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori. Dal 1997 era il responsabile dell'Unità di Chirurgia Toracica dell'Istituto Clinico Humanitas di Milano.

Ravasi ha lavorato sulla strada già tracciata dai suoi predecessori cercando di ampliare l'attività di informazione e sensibilizzazione nei confronti della popolazione alla luce dei grandi progressi che la scienza oncologica ha continuato a compiere nel corso degli anni. Infatti attraverso i suoi programmi formativi ha potenziato tutte le attività della Lega contro i Tumori agendo soprattutto nel campo della prevenzione e della diagnosi precoce.

Nel settore dell'assistenza ha concentrato l'attenzione sulla qualità della vita del paziente oncologico sia sul piano delle condizioni materiali che di quelle psicologiche, con una particolare attenzione ai malati in fase terminale.

Il prof. Ravasi ha operato e curato, con innegabili successi, molti pazienti toscani e senesi ed ha instancabilmente trasmesso le sue sempre aggiornate conoscenze tecnico-scientifiche a quanti lavorano nel settore dell'oncologia.

Per ricordare l'esempio, di elevato valore umano e sociale, di questo apostolo della prevenzione, il Consiglio Direttivo di Legatumori Senese, con l'assenso dei propri Organi Centrali ha deliberato di intitolare alla cara memoria di Gianni Ravasi il Centro oncologico di Strada Massetana Romana.



La lampada della sua vita si è spenta

IL RICORDO DELL'ALLIEVO PREDILETTO

Il Prof. Gianni Ravasi: pioniere e maestro di chirurgia toracica

In questi giorni, molto è stato scritto su quello che il prof. Gianni Ravasi ha rappresentato per l'Oncologia italiana, di quanto abbia fatto come presidente della Sezione Milanese e vice-presidente nazionale della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori nel campo della prevenzione oncologica, dell'assistenza al malato oncologico e nello sviluppo del volontariato oncologico. Tutti hanno perfettamente sottolineato quelle che erano le principali caratteristiche del suo modo di essere: una impareggiabile umanità, soprattutto nei confronti delle persone sofferenti, una bontà d'animo che, spesso si tramutava in generosità, altruismo e molto altro ancora.

Tutto vero. E lo posso testimoniare come suo allievo da oltre trent'anni.

In campo professionale, però, una cosa non è stata, a mio avviso, sufficientemente messa in rilievo; ed è la cosa alla quale - sono certo - lui teneva più che ad ogni altra: essere stato un chirurgo toracico pioniere di questa disciplina, un innovatore e, per tutti i suoi allievi, un grande maestro di chirurgia.

Laureato in Medicina e Chirurgia nel '55, già nel '72 era Primario della Divisione di Chirurgia Toracica all'Istituto Tumori di Milano, all'epoca guidato da Pietro Bucalossi e centro di prim' ordine in Europa e nel mondo per la cura dei tumori.

Dal 1996 al 2006 ha diretto l'U.O. di Chirurgia Toracica e Generale presso l'Istituto Clinico Humanitas di Rozzano (Mi).

Concentrare in poche righe e parole tutto quello che è stato e che ha fatto questo grande chirurgo è praticamente impossibile. Di sicuro, aveva il bisturi saldato al suo dna: la sicurezza della diagnosi, la precisione chirurgica, il coraggio ma anche l'intuizione. Non a caso, nel '62, dopo un viaggio in Unione Sovietica, introdusse in Italia le prime suture meccaniche a punti metallici, intuendo con largo anticipo la rivoluzione che avrebbero provocato nel campo della chirurgia: maggiore rapidità di utilizzo e, pertanto, riduzione dei tempi operatori; diminuzione delle complicanze da sutura bronchiale - a volte fatali per il paziente; standardizzazione nella confezione delle

suture chirurgiche che diventavano, così, alla portata di un maggior numero di chirurghi. L'utilizzo di queste pinze negli interventi di chirurgia toracica maggiore, funestati, all'epoca, da alta morbilità e mortalità, confermò immediatamente (e con risultati tangibili) che, come sempre, Ravasi aveva avuto l'intuizione giusta: una caratteristica naturale che tutta la comunità scientifica gli ha sempre riconosciuto e che o si possiede o non si possederà mai.

Da un secondo viaggio in Russia, nei primi anni Set-

tanta, tornò con altre due preziose innovazioni: la suturatrice circolare PKS, ideata dal russo Kalinina (1966) per le suture in chirurgia esofagea e, soprattutto, una rivoluzionaria tecnica chirurgica di accesso al torace attraverso una piccola incisione toracica anteriore.

Erano gli anni in cui chirurghi di fama praticavano incisioni toraciche con vie di accesso che andavano dalla colonna vertebrale allo sterno: "Grande taglio, grande chirurgo", si sentenziava. E lui, giovane chirurgo, aveva messo a punto, invece, una tecnica che preservava i muscoli del torace, divaricava le coste senza interromperle e consentiva all'anestesista una migliore gestione intraoperatoria del paziente. Non è un caso che la sua sala operatoria sia stata spesso affollata da chirurghi che venivano da tutto il mondo per assistere ai suoi interventi, spesso arditi, e che diverse Scuole chirurgiche, soprattutto europee, abbiano abbracciato questa tecnica. Che ancora oggi, del resto, è la più eseguita e che ha aperto la strada a quel grande capitolo della chirurgia moderna che è la chirurgia meno invasiva e al futuro di quella robotica. Un modo chirurgico più "gentile" e umano, come era lui, in fondo, di esprimere il rispetto per chi sta soffrendo.

Ora che questo Grande Chirurgo se n'è andato, mi faccio portavoce di tutti i suoi allievi. E sono tanti. Tanti quelli che, tutti i giorni, seguono in sala operatoria gli insegnamenti di cui lui è sempre stato prodigo e mi riferisco in particolare a coloro che continueranno il suo lavoro all'Humanitas, sulla traccia da lui segnata. Anche questi, soprattutto questi, sono stati i suoi meriti.

Grazie professore. Grazie Maestro.

Marco Alloisio



Marco Alloisio
(Direttore
del Reparto di
Chirurgia Toracica
e Generale
all'Istituto Clinico
Humanitas di
Rozzano -Milano)

LE SINDROMI DA SQUILIBRIO IMMUNITARIO POST VACCINALE

Autore: Prof. Aldo Ferrara – Dipartimento di Scienze Biomediche Cattedra di malattie dell'Apparato Respiratorio dell'Università di Siena

Le interferenze che ogni vaccinazione determina al livello immunitario obbliga ad una condotta sanitaria di analisi clinica anziché di inclusione ubiquitaria. Ciò vuol dire che per ogni vaccinazione è d'obbligo la valutazione clinica del soggetto, caso per caso e non la indiscriminata distribuzione longitudinale del prodotto vaccinic, qual'esso sia. Il sistema immunitario ha due funzioni separate e in equilibrio tra di loro, T1 e T2. Con T1 è indicata l'immunità cellulare, primaria difesa contro funghi, virus e protozoi; con T2 è indicata l'immunità sierologica (IgE, IgM, IgG), che produce anticorpi specifici. T2 rappresenta l'immunità funzionale ed il riconoscimento immunologico, T1 è il processo di eliminazione diretti degli agenti aggressori. Alla base di ogni problema immunologico c'è uno squilibrio tra le funzioni T1 e T2. La risposta davanti ad uno stesso stimolo può essere sia T1 che T2, dipende dallo stato immunologico della persona. Predominanza di T2 significa risposta allergica (elevati IgE, IgM) o malattia autoimmune cronica (auto-anticorpi). Il processo T1 di distruggere, digerire ed espellere antigeni estranei dal corpo è noto come "risposta infiammatoria acuta", i cui sintomi classici sono: tumor, dolor, calor, febbre, presenza di secrezioni purulente e non, diarrea. In poche parole: dal foruncolo all'ascesso. Le vaccinazioni spostano l'equilibrio T1/ T2 verso la predominanza di T2. Un vaccino diminuisce l'immunità mediata da linfociti (T1) del 50%, due vaccini insieme del 70%. Ormai sono una norma 3 vaccini nella stessa iniezione, il tutto ripetuto in tre dosi successive a distanza di qualche mese. I vaccini riducono il numero di globuli bianchi, la capacità fagocitante dei neutrofili polimorfonucleari, la vitalità dei linfociti, la segmentazione dei neutrofili. Il livello di produzione delle IgE è sotto lo stretto controllo dei linfociti T2. Lo

squilibrio verso T2 è un fattore predisponente alle atopie o allergie (raffreddori, asma, rash cutanei, etc.). Nella vita odierna il condizionamento ambientale massivo dà luogo all'incremento esponenziale delle forme allergiche tra cui rinite allergica, asma bronchiale allergico, dermatite atopica, che rappresentano il risultato di una risposta T2 nei confronti di antigeni ambientali innocui (allergeni). Tuttavia costituiscono anche lo sfondo per l'insorgenza di altre patologie in condizione di "derivazione immunologica".

In presenza di infiammazioni autoimmuni o allergie croniche, per una funzione T2 predominante, una vaccinazione porterebbe la funzione T2 a predominare ancora di più, aggravando lo squilibrio del sistema immunitario e predisponendo l'individuo a sviluppare asma, eczema, allergie primaverili, intolleranze alimentari ed eventualmente autoimmunità. Imani & Proud hanno dimostrato una correlazione tra le vaccinazioni e i parametri biochimici responsabili per l'attivazione dell'asma infantile. La probabilità di avere asma era doppia in una popolazione di bambini che aveva ricevuto il vaccino triplo DPT (difterite tetano pertosse) rispetto a quelli che non lo avevano ricevuto (Hurwitz & Morgensten, 2003).

L'Interleukina 9 è una di quelle sostanze T2 che diventa iperattiva, che sopprime la funzione T1 e che induce asma. Se si riesce ridurre il tasso di IL-9, appare più semplice la prevenzione dell'asma. Predominanza di T2 coincide con depressione di T1, cosa che favorisce lo sviluppo di infezioni virali croniche (virus influenzale o altri, ma anche candida), perché l'organismo non riesce più ad arginare e scacciare entità virali e batteriche aggressive. vaccini, tutti i vaccini, sono immunosoppressori (per la precisione deprimono T1). Essi riducono la nostra

immunità attraverso molti meccanismi importanti:

1. I vaccini contengono sostanze chimiche (formaldeide) e metalli tossici (mercurio e alluminio) che hanno un forte effetto di depressione immunitaria (T1, ridotto numero di macrofagi). Il mercurio è il più allergizzante dei metalli insieme al nichel (T2, iperattività IgE, IgM).
2. I vaccini contengono tessuti e materiale DNA/RNA di altri animali, che hanno l'effetto di deprimere il sistema immunitario attraverso un meccanismo di rigetto dell'organismo di cellule estranee.
3. I vaccini alterano il rapporto di linfociti T helper/ linfociti soppressori. Tale parametro è un indicatore chiave del grado di funzionalità del sistema immunitario.
4. I vaccini alterano l'attività metabolica di polimorfonucleari (NPM), utili nella difesa dell'organismo contro batteri e virus e riducono la loro capacità fagocitante.
5. I vaccini sopprimono la nostra immunità non solo sovraccaricando l'organismo con mercurio ed altro materiale estraneo, ma anche introducendo virus attenuati e patogeni. Mentre le tossine nei vaccini rallentano il sistema immunitario, i virus si instaurano e mutano predisponendosi ad un nuovo stato infettivo.
6. I vaccini obbligano a superlavoro il nostro sistema linfatico e i linfonodi con grandi molecole di proteine che essendo state iniettate direttamente nel sangue, non sono state adeguatamente ridotte dai processi digestivi.
7. I vaccini impoveriscono il nostro organismo di elementi essenziali per la vitalità immunitaria, quali vitamina C, A e zinco, attivatori e



Il dr. PAOLO MORELLO, Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, ricevuto al Centro Prevenzione dall'ESECUTIVO LILT F. Nobile, G. Tancredi e P. Cappelli.

modulatori di globuli bianchi e ai macrofagi di funzionare in maniera ideale.

8. I vaccini sono neurotossici, rallentano il livello di trasmissione nervosa e di comunicazione al cervello ed altri tessuti. È noto che alcuni linfociti comunicano direttamente con il cervello attraverso una complessa serie di neurotrasmettitori.

Alterare questi fattori avrà conseguenze anche sulla immunità. Di qui una possibile spiegazione all'incremento fino a 50 mila unità di soggetti colpiti da sclerosi multipla. Una forte polarizzazione verso T2 è caratteristica di patologie autoimmuni e sclerosi sistemiche e produzione di auto-anticorpi. Elevati livelli di anticorpi alle proteine di base della mielina cerebrale sono riscontrati in oltre il 95% dei bambini autistici (Singh et al., 2003). T1 (linfociti T helper di tipo 1) produce una serie di modulatori immunitari molto importanti: interferone gamma, interleukina (IL)-2 e TNF, tumor necrosis factor. Uno studio pubblicato dal *Journal of Infectious Diseases* ha documentato una diminuzione di produzione di interferone causata dal vaccino del morbillo. Questo declino persisteva per un anno dopo la vaccinazione, periodo cui fu limitato tale studio. L'interferone è una sostanza prodotta da T1 che rende

l'organismo resistente alle infezioni. Cioè il risultato finale è che i vaccini portano ad una maggiore vulnerabilità alle infezioni. Ed in effetti fu scoperto da uno studio pubblicato dalla rivista *American Journal of Public Health Investigators* (1990) che, su un campione di 3437 casi di polio nello stato di New York, le vittime avevano probabilità doppia di avere ricevuto il vaccino DTP nei due mesi precedenti la comparsa del polio rispetto ai bambini di controllo. Più recentemente, in un'epidemia di polio nello stato di Oman, è stato dimostrato che le vaccinazioni DPT, difterite tetano pertosse, avevano causato la comparsa di polio paralitico. Recenti ricerche indicano che una percentuale significativamente elevata di questi bambini con polio avevano ricevuto una vaccinazione DTP nei 30 giorni precedenti la comparsa del polio. I vaccini DTP sopprimono la capacità del corpo di combattere il virus del polio. Fino a poco tempo fa veniva indicato, quale meccanismo d'azione dei vaccini, l'aumento di livelli di anticorpi contro un antigene specifico di una malattia (virus o batterio). Oggi si ritiene che il sistema immunitario umano è più complesso e si distinguono schematicamente almeno due categorie differenti, T1 e T2. Quanto sopra indicato segnala che esistono numerosi elementi scienti-

fici per dimostrare l'assunto in base al quale, contrariamente a quanto ipotizzato in passato, i vaccini non rafforzano o sostengono il sistema immunitario nel suo complesso. Anzi predispongono ad infezioni ed allergie, rispettivamente perché deprimono T1 e spostano l'equilibrio verso T2. Da una specifica immunità di 3-4 anni (temporanea) verso un virus innocuo (per es. morbillo) al posto di una depressione generalizzata del sistema immunitario.

LE CONTAMINAZIONI

Uno dei problemi relativi a questo vaccino deriva dalla sua contaminazione con un numero ancora sconosciuto di virus animali. Il vaccino contiene centinaia di migliaia di virus che possono produrre polio, meningite, encefalite, epilessia e quindi compromettere essenzialmente il cervello. Accreditate ricerche ha mostrato che l'iniezione di un virus da una specie di scimmia all'altra ha provocato lo sviluppo di tumori maligni. Tuttavia, dopo la morte di queste, si è cercato di isolare i virus ma fu impossibile recuperarli (perché mutati). La cancerogenicità di alcuni di questi virus fu dimostrata da Sweet (1960), Fraumemeni (1963), Gerber (1962), Rowe (1962). Innes scoprì nel 1968 che la mortalità per leucemia negli USA dal 1955 al 1959 era cresciuta del 10% circa tra i 5 e i 14 anni, proprio negli anni del Salk. Efficacia: Secondo Sabin, il vaccino garantisce una copertura per soli cinque anni, quindi soggetto a richiami periodici. Secondo l'O.M.S., tra il 1970 e il 1974 in otto paesi europei ci sono stati 360 casi di polio di cui 205 associati alla vaccinazione. Secondo il *Medical Letter* (1988), negli ultimi decenni negli USA si sono verificati fino a 5-10 casi dall'anno di polio paralitica come conseguenza del vaccino Sabin, praticamente quasi il 100% dei casi di polio paralizzante. Secondo Mendelshon, nel 1977, su 18 casi di polio negli USA, 13 erano derivati dalla vaccinazione. In Israele nell'88 ci sono stati 15 casi di polio (Slater, 1988) di cui 9 vaccinati con almeno tre dosi di Sabin, due con due dosi, ed uno con una. Si ritiene che l'87% dei casi di polio dal 1970

negli USA derivavano dall'uso del vaccino antipolio.

■ Morbillo

La vaccinazione impedisce la produzione di anticorpi permanenti. Efficacia: Nel giugno 1984 la rivista medica "USA MMWR" riportò un'epidemia di morbillo tra studenti di due scuole superiori dell'Illinois e del New Mexico dove il 98% erano stati vaccinati da poco. Gustafson (1987) descrive un'epidemia in una scuola secondaria dove il 99% erano stati vaccinati con virus attenuato. Secondo i dati della FDA nel 1988, negli USA, l'80% dei casi di morbillo erano di persone precedentemente vaccinate al morbillo.

■ Parotite

Secondo West (1966), la mancanza della malattia in età infantile corrisponde ad una maggior probabilità di cancro alle ovaie e in generale di tutti i tumori (Ronnie, 1985). Efficacia: dal 1986 sta aumentando l'incidenza di parotite, caratterizzata da una particolare presenza tra gli studenti delle scuole medie e superiori.

■ Rosolia

Efficacia: Secondo Cherry (1980), l'utilizzo di centinaia di milioni di dosi negli USA non ha sortito alcun effetto nei confronti delle continue ondate periodiche della malattia, anzi è stata notata la reinfezione da parotite nei vaccinati. Kloch e Rachelefsky (1973) descrissero un'epidemia di oltre mille casi a Casper (USA) nel 1971 che si presentò nove mesi dopo la campagna vaccinale e coinvolse per lo più vaccinati, pari all'83% nelle elementari ed il 52% negli asili. Hartman afferma che la rosolia produce malattia visibile solo nel 2-5% di non vaccinati contro un 50-100% dei vaccinati, cosa che dovrebbe far riflettere in generale sull'efficacia dei vaccini.

■ Pertosse

Nel 1975 il Giappone decise di posticipare questa vaccinazione (particolarmente pericolosa) dal secondo mese di vita al secondo anno di vita e nel 1981 fu abolita del tutto. A partire dal 1975 la mortalità nei primi mesi di vita scomparve in

Giappone, ma aumentò l'incidenza di meningite al secondo anno di età. Levine (1966) e Savinski (1973) hanno documentato che alti dosaggi di tale vaccino preludono alla comparsa di encefalomielite animali da laboratorio. Smith (1988) dimostrò l'esistenza della meningite da vaccino, con incrementi pari al 400% al terzo mese di età. In tutti i Paesi in cui sono partiti massicci programmi di vaccinazioni si sono verificati aumenti esponenziali di casi di paralisi cerebrali.

■ Antinfluenzale (Emophilus B)

Numerosi ricercatori (Curphey, Warren, Rosenberg, Wells, Cherington, Weintraubs) segnalano il pericolo di complicazioni neurologiche (encefaliti e paralisi di Guillen-Barrè) soprattutto nei bambini, a seguito di vaccini antinfluenzali. A seguito di una campagna massiva di vaccinazione, con oltre 40 milioni di soggetti, furono registrate migliaia di reazioni avverse con centinaia di paralisi di Guillen-Barrè e 10 decessi, nell'arco di quattro mesi. Conseguirono 4.000 cause civili che con un fatturato di 3 miliardi di dollari di risarcimento. Nel 1978-79 una nuova campagna convinse nuovamente gli americani a vaccinarsi e nel periodo 78-79 apparvero altri casi di Guillen-Barrè, di cui il 67% era già stato vaccinato nel 1976. Secondo uno studio del CDC, i bambini vaccinati avevano un'incidenza 5 volte maggiore di contrarre il virus del vaccino stesso e quindi l'influenza.

■ Vaiolo

Kittel verifica che, dopo l'antivaiolosa, 3297 bambini hanno riportato danni all'udito e 71 sono rimasti sordi. Bambini che hanno ripetuto l'antivaiolosa diverse volte presentano delle aberrazioni cromosomiche nei loro globuli bianchi. Miller (1967) descrive nove pazienti che svilupparono la sclerosi multipla dopo la prima o la seconda vaccinazione antivaiolosa. I sintomi apparvero tra le 7 e le 48 ore oppure a distanza di 7-14 giorni. Efficacia: Il Messico e l'India hanno subito le epidemie di vaiolo più violente e mortali, sebbene le loro popolazioni fossero state rispettivamente comple-

tamente e parzialmente vaccinate. In Italia già nel 1887-89 la morte per vaiolo tra i vaccinati era equivalente a quella tra la popolazione non vaccinata. In Gran Bretagna la vaccinazione anti-vaiolo divenne obbligatoria nel 1853 e vent'anni dopo, nel 1870-71, si manifestò la più spaventosa epidemia della storia (23.000 morti); nei decenni successivi la mortalità da vaiolo in Gran Bretagna diminuì in modo perfettamente parallelo alla diminuzione del tasso di vaccinazione.

■ UN PROGRAMMA DI PREVENZIONE AD HOC

Quanto sopra si limita a focalizzare alcune condizioni clinico-epidemiologiche che impongono cautela nella vaccinazione indiscriminata. Il principio della cautela, altrove impiegato ad esempio nella contaminazione elettromagnetica, indica che comunque esso va seguito ed applicato. Basterebbe un solo caso di patologia da introduzione vaccinale per imporre un principio di cautela, ovvero un principio di esecuzione vaccinale controllata. Le motivazioni adottate sono sufficienti e bastevoli per imporre un Programma di Prevenzione non solo delle patologie sottoposte a vaccinazione (Polio, Morbillo, Difterite, Epatite, e soprattutto Influenza) ma di prevenzione delle complicanze attese. Si esclude che si possa continuare senza una programmazione in tal senso anche per i costi che le patologie da complicazione e iatrogene implicano. Pertanto si richiede una politica sanitaria di maggiore controllo della prevenzione vaccinale: visita clinica presso le ASL prima della pratica vaccinale; obbligatorietà della prescrizione medica vaccinale; imposizione di sanzioni penali per coloro che praticano autovaccinazioni e per coloro che vendono prodotti vaccinali senza prescrizione medica.

Estratto dall'ultimo comunicato ufficiale del CONDAV (Coordinamento Nazionale Daneggianti Da Vaccino) consultabile su: <http://www.webalice.it/mymmouth/Doc/CONDAV-IV-Giornata-Memoria%20.pdf>

Assistenza e previdenza dei lavoratori affetti da tumori

Abbiamo spesso ripetuto che l'informazione è la madre di ogni educazione, compresa l'educazione sanitaria. Perciò uno dei compiti fondamentali della LILT è quello di garantire al lavoratore ammalato di tumore, e ai suoi familiari, una corretta informazione sulla legislazione assistenziale previdenziale vigente in materia e delle diverse forme di tutela che si prevedono.

Con l'entrata in vigore della Legge Biagi nel 2003 è stato superato finalmente l'antiquato assistenzialismo che prevedeva per i lavoratori affetti da patologie oncologiche soltanto un limitato periodo di congedo per curarsi o addirittura il pensionamento anticipato per sopraggiunta invalidità. I lavoratori hanno successivamente avuto a disposizione strumenti più adatti per conciliare il lavoro con le cure necessarie alle loro patologie oncologiche.

Oggi ad esempio, qualora residui una ridotta attività lavorativa, il rapporto di lavoro a tempo pieno può essere temporaneamente trasformato in lavoro a tempo parziale, per ritornare ad orario completo una volta superate le fasi più critiche della malattia. Sempre al fine di garantire al lavoratore malato la possibilità di conservare il proprio posto, si può estendere il cosiddetto "periodo di comporto" cioè il periodo in cui il datore di lavoro non può licenziare un dipendente assente per malattia, come prevedono diversi contratti collettivi di lavoro e alcune norme del Ministero del lavoro.

Abbiamo perciò ritenuto utile estendere la collaborazione informativa, tra la LILT e il SIULP anche al settore previdenziale comprendendo in tre brevi puntate quanto annunciato nel titolo del servizio.

■ Parte prima: I TUOI DIRITTI

Lo Stato italiano eroga prestazioni e servizi di tipo assistenziale e previdenziale attraverso leggi specifiche, a tutela di condizioni di :

- **inabilità**: riduzione permanente della capacità di lavoro.
- **invalidità**: assoluta e permanente impossibilità a svolgere un lavoro
- **handicap**: minorazione fisica o psichica stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.

Si segnalano le quattro leggi più importanti.

- **La Legge 104/1992** detta i principi in materia di diritti, integrazione sociale e assistenza della persona handicappata, al fine di garantire il pieno rispetto della dignità umana di persone affette da disabilità. Quindi hai la possibilità di ottenere, tramite il tuo Ente Previdenziale, la riduzione di due ore giornaliere di lavoro e usufruire di permessi retribuiti per cure e controlli ed avere precedenza in una eventuale scelta della sede di lavoro.

I tuoi parenti fino al terzo grado e i conviventi possono chiedere un permesso fino a tre giorni mensili per starti accanto ed assisterti ed essere anch'essi avvantaggiati nella scelta della sede di lavoro.

- **La Legge 68/1999** ti dà la possibilità di essere assunto presso imprese ed Enti pubblici se hai una invalidità superiore al 46% e sei iscritto nelle liste di collocamento per disabili.

- **Il decreto legislativo 276/03 (legge Biagi)** prevede anche per i lavoratori malati di tumore il diritto al mantenimento del posto di lavoro e la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale.

■ Parte seconda: TUTELA ASSISTENZIALE

È erogata dallo Stato in favore di cittadini privi di mezzi di assistenza e incapaci al lavoro.

Richiesta di riconoscimento di invalidità o inabilità civile

Il tuo stato di malattia ti consente di presentare domanda per ottenere il riconoscimento della invalidità o dell'inabilità che ne deriva.

Per avviare la pratica ti devi recare presso l'Ufficio Invalidi Civili della tua ASL, richiedere il modulo e ripresentarlo compilato e firmato allo stesso Ufficio. Ricorda che la parte sanitaria del modulo deve essere compilata dal tuo medico di base o dallo specialista che ti ha in cura.

Se desideri accedere anche ai benefici previsti dalla Legge sull'handicap (legge n.104/1992) ti consigliamo di specificarlo già nella domanda di invalidità civile. Sarai così sottoposto a una sola visita medico-legale per accertare l'esistenza dei requisiti di entrambe le leggi.

La legge n. 80 del 2006 prevede misure d'urgenza circa i tempi per l'accertamento dell'invalidità civile. Stabilisce che la visita di accertamento dell'invalidità venga effettuata entro 15 giorni dalla data di presentazione della domanda. Ha efficacia immediata per il godimento dei benefici connessi allo stato di invalidità. Il compito dell'accertamento dello stato d'invalidità

dità è affidato alle Regioni. Ogni Regione emana circolari applicative della legge che stabiliscono i criteri per le procedure d'urgenza.

Dovrai presentarti con tutta la documentazione clinica ed è tuo diritto farti assistere dal tuo medico di fiducia.

Se sei allettato, potrai richiedere la visita di accertamento a domicilio, dietro presentazione di certificato medico.

Lo stato di invalidità civile verrà espresso in percentuale. Ogni percentuale fa maturare differenti diritti economici o particolari agevolazioni.

Pensione di inabilità

La pensione di inabilità civile viene concessa:

- se sei cittadino italiano residente in Italia o cittadino straniero titolare di carta di soggiorno
- se hai un'invalidità civile riconosciuta del 100%
- se hai un'età compresa tra i 18 e i 65 anni (per i maggiori di 65 anni è sostituita dall'assegno sociale)
- se hai un reddito personale che non supera il tetto minimo fissato periodicamente dalla Legge Finanziaria.

La pensione ti verrà pagata in 13 mensilità dall'INPS.

Assegno mensile di assistenza

L'assegno viene concesso:

- se sei cittadino italiano residente in Italia o cittadino straniero titolare di carta di soggiorno
- se hai un'invalidità civile compresa tra il 74% e il 99%
- se hai un'età compresa tra i 18 e i 65 anni (per i maggiori di 65 anni è sostituita dall'assegno sociale)
- se sei disoccupato o lavoratore
- se hai un reddito personale che non supera il tetto minimo fissato periodicamente dalla Legge Finanziaria.

L'assegno ti verrà pagato in 13 mensilità dall'INPS.

Le due provvidenze non sono assolutamente cumulabili: la pen-

legatumori per Siena



La dr. ssa Andreina Scaglione (al centro) presidente dell'Associazione Mogli dei Medici consegna a Legatumori Senese il resoconto di un primo ricavato della sottoscrizione indetta a favore della famiglia dello scomparso capitano dei parà Fabio Taranta.

sione viene corrisposta agli invalidi civili totali, l'assegno agli invalidi civili parziali.

Anche se la pensione di inabilità o l'assegno mensile di assistenza sono riservati ai cittadini di età compresa fra 18 e 65 anni, è importante per tutti i malati ottenere il riconoscimento dell'invalidità civile, che è il presupposto indispensabile per poter accedere a vari benefici economici o assistenziali.

Indennità di accompagnamento

Se hai avuto il riconoscimento dell'invalidità civile al 100% e le tue condizioni di salute sono tali da aver compromesso la tua autonomia nello svolgimento degli atti della vita quotidiana, puoi richiedere l'indennità di accompagnamento che verrà erogata indipendentemente dal tuo reddito e dalla tua età.

Richiesta di aggravamento

Se le tue condizioni peggiorano puoi fare richiesta di aggravamen-

to, sempre alla tua ASL allegando documentazione medica che attesti il peggioramento della patologia oncologica per la quale hai richiesto l'invalidità.

Parte terza: TUTELA PREVIDENZIALE

È erogata da enti previdenziali in favore di lavoratori iscritti a forme di previdenza obbligatoria e che abbiano maturato sufficienti requisiti contributivi.

Se sei lavoratore ti devi rivolgere al tuo Ente Previdenziale di competenza (esempio: INPS, INPDAP o altro).

Questa procedura non interferisce in alcun modo con quella che hai svolto presso la tua ASL per avere il riconoscimento dell'invalidità civile. I benefici economici riconosciuti non sono cumulabili salvo un reddito inferiore al parametri fissati dalla Legge Finanziaria.

Qui di seguito ti forniamo alcune informazioni valide per l'INPS.

Se sei iscritto ad altri Enti ti consigliamo di rivolgerti direttamente a loro.

Per poter accedere a una pensione di inabilità o ad un assegno di invalidità INPS è necessario che il richiedente:

- sia in età lavorativa
- abbia versato almeno cinque anni di contributi, di cui tre anni nei cinque anni precedenti la presentazione della domanda.

La valutazione viene eseguita dalla Commissione medico-fiscale dell'INPS. Puoi inoltrare la tua richiesta, compatibile con la richiesta di riconoscimento d'invalidità civile, direttamente alle sedi INPS oppure tramite i Patronati.

Inps – Pensione di inabilità

Hai diritto di richiedere la pensione di inabilità INPS se l'incapacità al lavoro è totale. Requisito essenziale è la cessazione di qualsiasi tipo di attività dipendente o autonoma. La pensione è reversibile.

Inps – Assegno di invalidità

Se l'incapacità al lavoro è parziale, hai diritto di richiedere l'assegno di invalidità INPS.

L'assegno di invalidità prevede la compatibilità con l'attività lavorativa ed è sottoposto a revisioni periodiche. Può essere confermato per altre 2 volte per ulteriori 3 anni, su tua domanda presentata nei 6 mesi che precedono la scadenza. L'assegno non è reversibile. Quando raggiungi l'età pensionabile l'assegno si trasforma in pensione di vecchiaia.

Esenzione ticket sanitari

Hai diritto all'esenzione totale dal pagamento del ticket su visite, esami e farmaci per la cura del tumore. Al momento della dimissione dall'ospedale ricordati di farti rilasciare la richiesta di esenzione. La richiesta di esenzione va presentata alla tua ASL di appartenenza, allegando tessera sanitaria, codice fiscale, documentazione medica ospedaliera o specialistica, che attesti la patologia in atto. Se

hai un'invalidità civile riconosciuta del 100% hai diritto all'esenzione totale dal ticket per qualsiasi prestazione.

Contrassegno per la sosta e la libera circolazione

Il tuo Comune di residenza ti riconosce, se sei in terapia, il diritto ad avere in aiuto un contrassegno per la sosta e la circolazione, e altri benefici di cui ti puoi informare presso il Comune stesso. Potrai così circolare nelle zone a traffico limitato e in quelle pedonali e sostare nei parcheggi riservati ai disabili e contrassegnati, oppure gratuitamente in quelli a pagamento. La domanda va inoltrata all'Ufficio di Polizia Municipale del tuo Comune di residenza.

Trasporto alle terapie

Se sei in difficoltà per recarti alle cure, informati presso la tua ASL o il tuo Comune. A seconda della tua zona di residenza sono previsti rimborsi per le spese di trasporto dal tuo domicilio alle terapie. Sem-



Legatumori Senese ha sponsorizzato le squadre di Volley femminile dell'A.S. Libertas Petriccio di Siena. Qui una rappresentanza delle ragazze e l'incaricata sponsor Michela Smorto in occasione dello scambio degli auguri.

pre secondo la tua zona di residenza, il servizio può essere eseguito gratuitamente oppure i rimborsi possono essere parziali o totali.

Assistenza domiciliare

Se necessiti di cure mediche specialistiche, infermieristiche e riabilitative a domicilio dopo la dimissione ospedaliera, potrai rivolgerti all'ADI, (Assistenza Domiciliare Integrata) erogata dalla tua ASL in collaborazione con il medico di base, che dovrà farne richiesta.

Protesi e presidi sanitari

Hai diritto alla fornitura gratuita di protesi e presidi sanitari per facilitare la tua cura e assistenza a domicilio. La domanda va presentata all'Ufficio protesi della tua ASL.

Cure fuori regione

Se devi recarti per le cure fuori

dalla tua Regione, alcune Regioni prevedono il rimborso delle spese di viaggio e, in certi casi, anche di soggiorno. Ti consigliamo di rivolgerti prima della partenza alla tua ASL per avere le necessarie informazioni.

Cure all'estero

Puoi chiedere di curarti all'estero presso Centri di Alta Specializzazione per prestazioni non ottenibili in Italia in modo tempestivo e adeguato.

L'autorizzazione va richiesta alla tua ASL che, al momento della richiesta, specificherà le condizioni necessarie. Alla domanda bisogna allegare il certificato del medico specialista che dichiara l'impossibilità a ricevere le cure adeguate e immediate in Italia ed eventuale altra documentazione in base a disposizioni regionali.

Consenso informato

Solo tu puoi decidere se sottoposti o meno ad un accertamento diagnostico o ad una terapia. Per poter fare una scelta consapevole hai diritto a essere informato del tuo stato di malattia, delle indagini e cure che ti verranno proposte dai medici, dei loro benefici e rischi, delle conseguenze di un tuo eventuale rifiuto. La tua decisione si esprimerà firmando un modulo chiamato "consenso informato". Prima di firmarlo ti consigliamo di leggerlo attentamente e chiedere spiegazioni al medico, che ha l'obbligo di rispondere a tutte le tue domande.

Inoltre hai diritto ad aver accesso e prendere visione della tua cartella clinica, a conoscere i nomi e gli orari di disponibilità degli specialisti e degli operatori che ti stanno curando, ad avere una lettera di dimissione da presentare al tuo medico di base, a richiedere copia della tua cartella clinica.

navigate sul nostro sito...



www.legatumori.siena.it

Il sintomo del dolore: più informazione, meno paure

Servizio di Anestesia e Terapia Antalgica
Ospedale San Giovanni di Torino

Con questa nota cercheremo di dare alcune informazioni, il più chiaramente possibile, sulla Terapia Antalgica, cioè su quell'insieme di trattamenti volti a controllare il sintomo dolore.

Pensiamo che una corretta informazione possa aiutare ad affrontare con una maggiore serenità questo problema, perché ognuno possa trovare una adeguata risposta alle domande che a volte possono nascere o restare insolute.

- La terapia antalgica è utile in quanto consente di migliorare la qualità della vita delle persone colpite da dolore, qualunque ne sia la causa.
- Le cure del dolore non impediscono, in nessuna circostanza, di praticare le terapie che curano le malattie di base, siano esse chirurgiche, chemioterapiche, radioterapiche, ortopediche.
- Tutte le terapie comprese l'antalgica hanno possibile effetti collaterali, ma questo non vuole dire che dovranno necessariamente verificarsi.

Esistono diversi tipi di strategie antalgiche perché ogni trattamento viene personalizzato, adattandolo alle esigenze di ogni paziente. È per questo motivo che si deve evitare di

fare confronti con altri pazienti, perché la storia di ognuno può essere molto diversa.

È anche grazie alla terapia antalgica che molti pazienti hanno riacquisito una buona qualità della vita.

COME AGISCE LA TERAPIA ANTALGICA

Il dolore nasce dalla periferia per una lesione di alcune strutture (es. una lacerazione cutanea), quindi viene portato dai nervi sensitivi prima al midollo spinale e poi al cervello. (Fig. 1)

Qui attraverso meccanismi solo in parte noti, attiva delle risposte di difesa e, affiorato alla coscienza, delle risposte di tipo emozionale-affettivo.

La terapia antalgica può agire a livello periferico bloccando o modu-

lando la trasmissione dell'impulso doloroso dal midollo spinale al cervello.

Una terapia comportamentale può modificare le risposte di tipo comportamentale-affettivo.

QUANDO OCCORRE LA TERAPIA ANTALGICA?

• Dolore acuto

Periodo post-operatorio

Periodo post-traumatico

• Dolore cronico

Malattie reumatiche

Malattie ortopediche

Malattie vascolari

Malattie neurologiche

Malattie tumorali

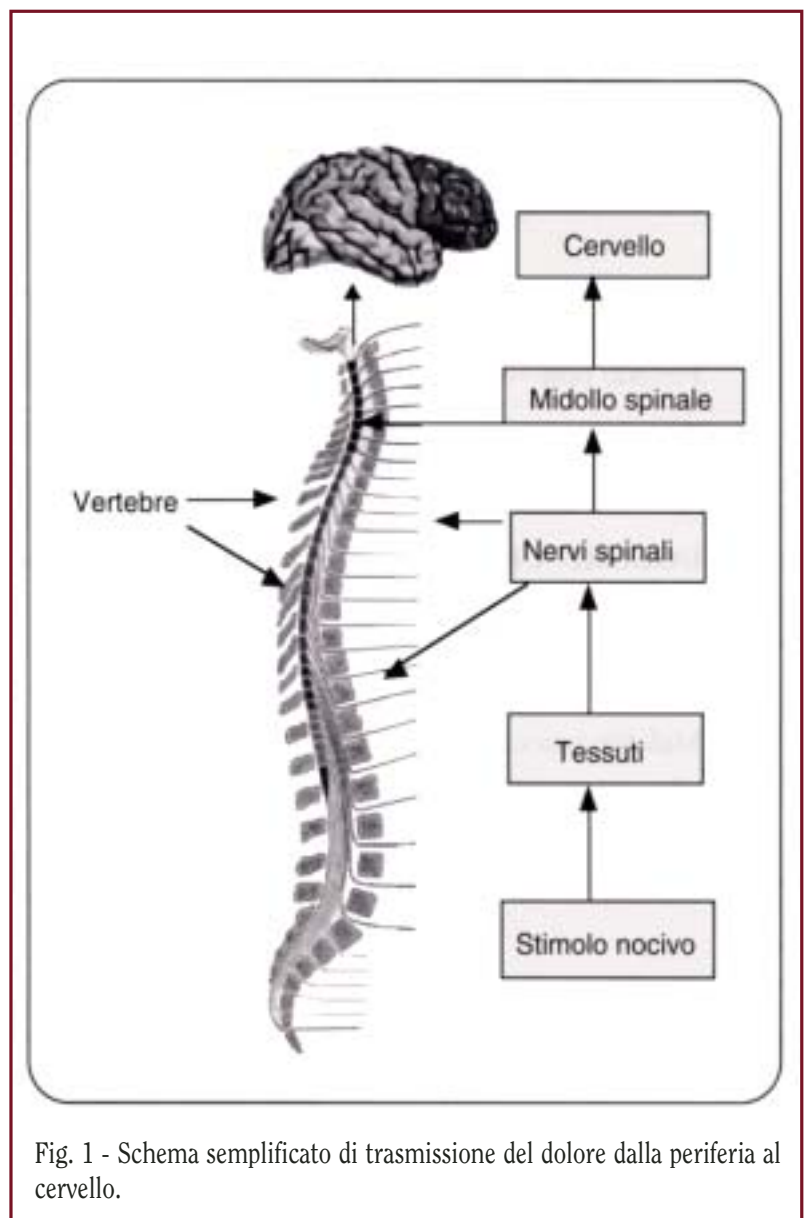


Fig. 1 - Schema semplificato di trasmissione del dolore dalla periferia al cervello.

RAPPORTO TRA DOLORE E TUMORE

Il controllo del dolore è estremamente importante nella terapia di supporto in oncologia

All'esordio il 30-40% dei pazienti ha dolore, mentre nel 65-80% dei casi il dolore compare con il progredire della malattia.

La terapia del dolore è importante per questi pazienti perché interferisce in modo positivo anche su altri sintomi presenti (anoressia, astenia, insonnia).

Il dolore è inoltre il sintomo che più coinvolge emotivamente il paziente ed è il sintomo più facilmente dominabile.

Non sempre il dolore è dovuto alla malattia, ma può essere correlato alla terapia o essere indipendente dalla malattia stessa e dovuto ad altre cause.

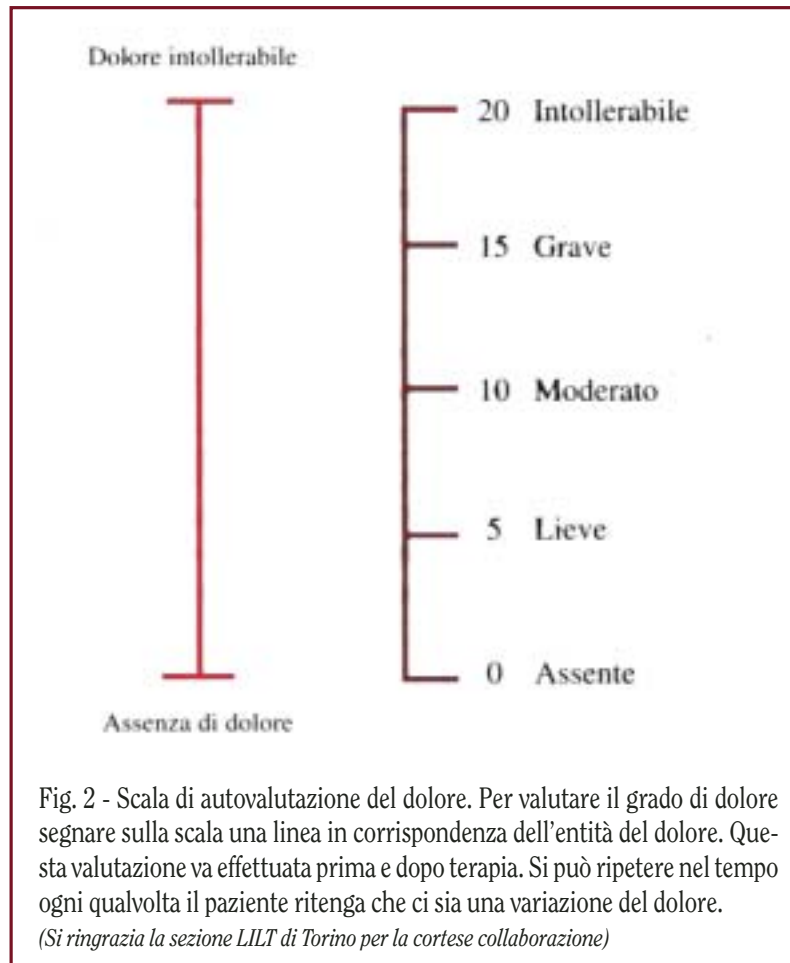
È ingiustificato pensare che la presenza di dolore voglia sempre dire aggravamento, una persistenza o una ricaduta della malattia tumorale: le cause del dolore possono infatti essere molteplici

QUANDO INIZIARE LA TERAPIA ANTALGICA?

La terapia antalgica può essere l'unica cura proposta oppure può far parte di un programma di cure integrate insieme a Chirurgia, Chemioterapia, Radioterapia, Ormonoterapia, Terapia Ortopedica variamente combinate tra loro a seconda del tipo di malattia scatenante e della sua evoluzione.

Può capitare che il problema scatenante il dolore sia complesso e richieda trattamenti antalgici diversi che si sovrappongono tra loro nel tempo. Fare più terapie insieme o avere trattamenti antalgici multipli più grave, ma semplicemente che ogni malattia è diversa dall'altra e richiede cure diverse.

legatumori per Siena



COME VIENE EFFETTUATA LA TERAPIA ANTALGICA

La Terapia Antalgica può essere effettuata in modi diversi:

- a) per via orale, cioè per bocca, come qualsiasi altro farmaco. In questo caso è importante ricordare di attenersi scrupolosamente alle prescrizioni del medico e soprattutto di rispettare gli orari, perché non si deve mai aspettare che il dolore diventi intenso, ma occorre sempre cercare di prevenirlo. Gli effetti collaterali possibili sono ben conosciuti e sono controllabili, è sempre possibile smettere la terapia, occorre unicamente diminuire gradatamente i farmaci.
- b) per via sistemica, cioè intramuscolare, endovena o più spesso sottocutanea, per mezzo di pompe infusionali che consentono, senza causare dolore né disagio, di som-

ministrare il farmaco in modo continuo.

Queste pompe sono personalizzate e, dopo preparazione presso la farmacia ospedaliera, vengono fornite dal Servizio di terapia antalgica che provvede a spiegare al paziente come utilizzarle.

- c) con blocchi anestetici e neuroolitici, nei casi in cui è più utile bloccare il dolore in periferia, cioè dove sorge. Si tratta in pratica di interrompere il segnale doloroso che, come abbiamo visto, segue il percorso: "zona danneggiata dalla lesione-midollo spinale-stazioni nervose centrali", bloccando i nervi con dell'anestetico.

Per fare ciò occorrono delle semplici iniezioni che possono essere somministrate una volta sola o essere ripetute per cicli di 5-6 iniezioni.

- d) impianto di cateterini a livello della colonna vertebrale i cateterini sono dei semplici tubicini che consentono di somministrare gli

analgesici in prossimità del midollo spinale (dove cioè passano tutti gli impulsi dolorosi provenienti dagli arti, dal torace e dall'addome) e che quindi permettono di trarre il maggior beneficio dai farmaci somministrati.

**DOVE E
IN QUANTO TEMPO
VIENE
EFFETTUATA
LA TERAPIA
ANTALGICA**

La terapia antalgica può essere effettuata in ambulatorio (prescri-

zione di terapia per bocca, blocchi anestetici) o in Ospedale (Day Hospital-Ospedale a Domicilio-Reperto di Degenza)

I blocchi neurolitici, una volta effettuati, sono efficaci per periodi che variano da qualche settimana a qualche mese senza richiedere altri supporti terapeutici.

Le rimanenti terapie antalgiche normalmente si protraggono per periodi abbastanza lunghi, si possono sempre sospendere qualora le condizioni cliniche lo richiedono o qualora lo desideri il paziente.

Ogni trattamento antalgico è quindi personalizzato.

**COSA SI PROVA
NEL RICEVERE
UN TRATTAMENTO
ANTALGICO**

Generalmente i blocchi anestetici non danno particolari problemi se si esclude la sensazione della puntura.

Quelli neurolitici possono dare una sensazione di bruciore che si esaurisce in pochi minuti.

L'inserimento dei cateterini è equiparabile ad un piccolo intervento eseguito in anestesia locale e cioè che si avverte è l'iniezione che si effettua per praticare l'anestesia.

Poiché i blocchi neurolitici e



Il Generale Federico D'Apuzzo, Comandante Brigata Paracadutisti Folgore il 16 dicembre scorso ha ufficialmente inaugurato il nuovo Centro di Prevenzione oncologica di Legatumori senese

Accompagnato dal presidente Franco Nobile il generale D'Apuzzo taglia il nastro tricolore.



Gaia Tancredi, vicepresidente di Legatumori Senese, consegna la generale D'Apuzzo il diploma di Socio Benemerito

l'inserimento dei cateterini richiedono il mantenimento di posizioni a volte scomode per 30-40 minuti, il paziente è invitato a collaborare.

SI POSSONO ASSUMERE ALTRI FARMACI DURANTE IL TRATTAMENTO ANTALGICO?

Poiché alcune medicine possono interferire con i farmaci somministrati per combattere il dolore, è indispensabile, prima di iniziare il trattamento e quando questo è in corso, fornire al medico l'elenco dettagliato dei farmaci che si stanno già prendendo e attenersi scrupolosamente alle sue indicazioni.

DIETA E TERAPIA ANTALGICA

Occorre rispettare il digiuno prima di effettuare un blocco neurolitico o l'inserimento di un cateterino.

Durante la terapia non occorre praticare una dieta particolare; però va tenuto presente che alcuni farmaci somministrati possono determinare all'inizio un po' di nausea e, durante il trattamento, stitichezza.

CHE COSA SONO GLI EFFETTI COLLATERALI

Sono gli effetti secondari indesiderati che possono manifestarsi insieme agli effetti terapeutici di qualsiasi medicina.

Alcune persone non hanno alcuna sensazione particolare, cioè non hanno effetti collaterali importanti. Tuttavia alcuni pazienti possono manifestare, soprattutto all'inizio della terapia, la comparsa di nausea e talvolta di vomito.

Si tratta di fenomeni temporanei che spariscono spontaneamente dopo i primi giorni di assunzione dei farmaci e che, comunque, sono ben conosciuti e controllabili con adeguata terapia di supporto, che il

medico prescriverà insieme alla terapia di base.

Per la maggior parte del tempo si potrà proseguire normalmente la propria vita.

In seguito all'assunzione di alcuni farmaci il medico potrà limitare la guida di autoveicoli e i lavori più pericolosi o che richiedono una particolare concentrazione.

È necessario e opportuno segnalare al medico la comparsa di qualsiasi effetto collaterale.

QUALI SONO GLI EFFETTI COLLATERALI

■ Nausea e vomito

In condizioni normali nausea e vomito rappresentano un meccanismo di difesa con cui l'organismo espelle cibi o sostanze tossiche ingeriti accidentalmente.

Nel nostro caso si tratta di un effetto di disturbo dei farmaci. Sono colpiti solo alcuni soggetti che sono più sensibili di altri a determinati medicinali e si manifestano solo nei primi giorni di assunzione di essi.

Sono bene controllabili con i comuni antiemetici assunti sistematicamente prima dei pasti nei primi 3-4 giorni.

Possono ricomparire ogni qual volta viene variata la terapia ed aumentato il dosaggio.

■ Diarrea

Compare generalmente dopo il blocco neurolitico del plesso celiaco. È un indice di riuscita del blocco stesso.

Si risolve spontaneamente in qualche giorno e, se particolarmente fastidiosa, può essere bloccata con dei farmaci specifici.

Si consiglia di fare pasti piccoli e frequenti e di evitare latte, latticini, verdure, e pane integrale; bere preferibilmente acqua minerale non gassata e tè per rimpiazzare i liquidi persi. Preferire cibi con basso contenuto in fibre come pane bianco, riso, pasta.



■ Stitichezza

Molti dei farmaci che vengono usati per curare il dolore limitano la funzionalità dell'intestino.

Si suggerisce di aumentare il contenuto di fibre nella dieta. Le fibre sono contenute in abbondanza in verdure e frutta come carciofi, finocchi, sedani, cachi, arance, albicocche, prugne ecc.

Utili sono due o tre cucchiaini di crusca al giorno mescolati ad un bicchiere di yogurt o latte o succo di frutta.

Spesso, tuttavia, sarà necessario ricorrere a lassativi o purganti ed effettuare clisteri di pulizia.

CONCLUSIONI

Questa nota è stata scritta per aiutare il paziente a conoscere i vari trattamenti per il dolore, affinché possa affrontarli con più serenità, consapevole sia degli effetti curativi che dei disturbi secondari da essi provocati.

Il miglior antidoto alla paura è la conoscenza;

solo questa permette di affrontare con un atteggiamento psicologico positivo le cure.

Il rapporto ottimale tra il personale di assistenza e pazienti è fondamentale per ottenere i migliori risultati terapeutici.

un consiglio di Legatumori senese...

*...fai un tagliando
in Massetana*

UOMO

- Visita oncologica
- Ecografie: tiroide, fegato, pancreas, reni e vescica
- Ecografia prostatica
- Visita dermatologica
- Ricerca sangue occulto feci (se positiva, coloscopia)

DONNA

- Visita oncologica
- Ecografie: tiroide, fegato, pancreas, reni e vescica
- Mammografia – Pap test
- Visita dermatologica
- Ricerca sangue occulto feci (se positiva, coloscopia)

al **Centro Prevenzione ‘Gianni Ravasi’**

Strada Massetana Romana 44 – Siena

tel. **0577 24 72 59**

Si rilasciano regolari ricevute fiscali