

# ONCOLOGIA: STATO DELL'ARTE TRA CONOSCENZA E RICERCA

**DR. Salvatore Mazzotta**

Prima di affrontare il tema che mi è stato richiesto è utile sottolineare alcuni aspetti legati alla malattia tumorale come il disagio psicologico legato a questa patologia.

*Oggi più che mai nella sanità si percepisce un disagio*, mai riscontrato in precedenza, al quale contribuiscono molti fattori, che spesso ne rendono difficile l'identificazione e l'oncologia in particolare è l'espressione massima di questo disagio.

Possiamo imputare la burocraticizzazione del medico che ha necessità di produrre, la sempre più spinta efficienza specialistica, il perfezionamento tanto più prestigioso quanto più oneroso, ma non bisogna sottovalutare le difficili relazioni con la conseguente messa a distanza delle persona malate.

Oggi pur sapendo con certezza, grazie alla letteratura psicologica e psicoanalitica degli ultimi vent'anni, quali sono i bisogni psicologici degli ammalati tumorali e chiarito la loro complessità in ambito familiare, lavorativo, sessuale e relazionale in genere, pur tuttavia la medicina oncologica si dimostra piuttosto lenta, a comprenderli e a trattarli, legata com'è ad una concezione meccanicistica e dualistica dei rapporti tra mente e corpo. Ciò accresce quel divario tra pazienti ed operatori sanitari, definito " **conflitto di prospettive** " che può sfociare in contrasto.

oggi, merito anche della diagnosi precoce.

Come medico oncologo sono fermamente convinto che il problema psicologico degli ammalati è improcastinabile sia per *l'invalidità psicologica* ad esso connesso sia per il *numero di persone coinvolte*.

La realtà ospedaliera rappresenta l'espressione più significativa, quasi emblematica di questa medicina moderna, in cui ancora oggi è la malattia ad essere presa in carico più che il malato ed è il corpo l'oggetto degli interventi e delle cure; e contiene una intrinseca incapacità, a riconoscere i bisogni umani del paziente ed una inadeguatezza ad accoglierli ed a farvi fronte, al di là della buona o cattiva volontà dei singoli sanitari, generando nei pazienti un senso di precarietà e vulnerabilità.

Quindi a questo costante carattere di **precarietà** psicologica e di **vulnerabilità** della persona malata, l'istituzione dovrebbe rispondere fornendo servizi che abbiano anche una elevata capacità di relazione umana e di solidarietà, così che il malato possa sentirsi in un luogo protetto e insieme rispettato come persona.

Invece, l'organizzazione sanitaria attuale non solo non sa dare queste risposte, ma produce essa stessa, comportamenti impersonali ed atti burocratici che tendono a spersonalizzare e disorientare ulteriormente i pazienti.

Questo avviene fin dall'ingresso in Ospedale, quando il malato sperimenta la mancanza di informazioni di orientamento e deve sopportare l'insicurezza per l'assenza di qualcuno che stabilisca con lui un rapporto significativo.

L'accoglienza in ospedale è una cosa molto importante, quanto il rapporto medico-paziente, che condiziona tutto il periodo di degenza o gli ulteriori ingressi per visite ambulatoriali o in day hospital. In questa fase un ruolo molto importante può essere svolto dal volontariato.

All'insicurezza e alla vulnerabilità dell'ammalato oltre all'accoglienza deve far fronte un buon rapporto medico –paziente.

Oggi il paziente ha un'assoluta centralità in questo rapporto che si esprime in modo fattivo nella partecipazione attiva al consenso informato del proprio iter diagnostico e terapeutico ma non bisogna neanche sottovalutare l'autorevolezza del medico alla quale il paziente si può aggrappare ed aiutato nelle decisioni e nei momenti difficili.

Curiosamente a questo rapporto, che deve avere com'è ovvio una assoluta centralità nell'ambito dell'esercizio della professione medica, in Italia non viene dedicata alcuna specifica trattazione nell'ambito dei corsi di laurea, mentre in altri Paesi, a questo relazione sono dedicati invece corsi pluriennali fin dal primo anno che riflette la grande importanza e la perdurante influenza sull'educazione dei futuri medici.

Si pensa che bastino le capacità personali o imitative per condurre a buon fine tale rapporto, non tenendo assolutamente conto dell'ampia gamma di problemi dei quali è intessuto.

Fondamento del rapporto medico paziente è la comunicazione, nei suoi aspetti verbali e non verbali, emozionali e comportamentali. Tutti siamo d'accordo che bisogna dire la verità al paziente ma non tutti sanno come dirla senza togliere la speranza.

E' stato dimostrato che se insegnata, la comunicazione, può essere appresa e che se appresa aumenta significativamente l'efficacia diagnostica e terapeutica dell'azione medica. Infatti conoscendo un percorso comunicativo e relazionale con il paziente

permetterebbe di acquisire competenze nell'uso dell'empatia, nella gestione delle emozioni, e la possibilità di riconoscere i problemi psicologici dei pazienti.

Ma a questo punto bisogna spendere qualche parola in favore degli operatori sanitari.

Non è pensabile che persone a diretto contatto con la sofferenza per molte ore al giorno e spesso per sette giorni alla settimana, possano non avere bisogno di un sostegno o quanto meno aiutati nella gestione dei problemi psicologici dei propri ammalati.

Spesso la vita in corsia o negli ambulatori oncologici è intrisa dalla costante paura di comunicare cattive notizie temendo di essere biasimati o considerati colpevoli, e il timore di fare scattare nel paziente una violenta reazione emozionale che non sarebbe più in grado di gestire, attribuendo al paziente o ai loro familiari sentimenti e paure che in realtà esistono solo nel medico stesso.

Queste paure, associate all'incapacità di riuscire a riconoscerle, comporta un grave rischio del burnout.

Quindi per una migliore **qualità di vita** intesa non solo in senso farmacologico ma rispecchiando il concetto di salute dell'O:M:S: che definisce non solo la mancanza di malattia o infermità ma uno stato di completo benessere fisico, psicologico e sociale, gli interventi devo mirare non solo al sostegno degli ammalati e dei loro familiari ma anche degli operatori sanitari. In quanto dei medici o del personale sanitario demotivato o peggio stressato o depresso va a scapito non solo dei rapporti umani ma dell'assistenza in generale.

Possiamo a questo punto chiederci legittimamente le ragioni di una situazione in apparenza paradossale: che la medicina nata per aiutare l'uomo e curarlo delle sue sofferenze abbia raggiunto uno sviluppo scientifico e tecnico vincente sul piano diagnostico e terapeutico e non abbia saputo nello stesso tempo progredire sul piano umano e relazionale, così da arrivare a ferire l'intimità delle persone ed a suscitare incertezze e diffidenza.

Per tali carenze è nata la Psiconcologia che ha più aree di intervento dalla prevenzione alla gestione del lutto

#### Stato dell'arte su Conoscenza e Ricerca

Per comprendere la vastità del problema e le difficoltà della sua soluzione è necessario chiarire che cosa intendiamo per tumore.

Questo termine infatti, non indica una sola malattia, bensì un complesso di malattie diverse fra loro sia per le cause che lo provocano, sia per la presentazione clinica, sia per la risposta alla terapia e per i fattori prognostici, anche se hanno in comune le alterazioni genetiche.

- Carcinomi dal tessuto epiteliale
- Sarcomi dal tessuto mesenchimale
- Blastomi dal tessuto embrionale
- Linfomi
- Leucemie

### Quali sono le cause?

**Come si formano** : la cellula normale è continuamente sottoposta a stimoli e irritazioni da parte di moltissimi fattori che ne provocano danni. Questa è in grado di riparare tali danni finì a quando , per motivi ancora da scoprire , gli stessi non solo non vengono riparati , ma si trasmettono alle cellule figlie. Da questo momento nasce una cellula nuova ( atipica) che ha la capacità di continuare a moltiplicarsi , fino a raggiungere una dimensione tale da essere avvertita dall'organismo.

Il processo che porta alla trasformazione di una cellula normale in una cellula tumorale si chiama **CANCEROGENESI** e si divide in tre fasi:

1. **INIZIAZIONE**: la cellula cambia forma.
2. **PROMOZIONE**: la cellula cambia il comportamento.
3. **PROGRESSIONE TUMORALE**. Le cellule acquisiscono i loro caratteri biologici tipici, cioè si riproducono indefinitamente.

Quindi la storia naturale del tumore comincia molto tempo prima della manifestazione clinica.

## Epidemiologia

Detto questo per entrare nel tema occorre prima di tutto quantificare la patologia a cui ci riferiamo.

Nel 1993 una Commissione statunitense di Oncologia voluta da Clinton per valutare i risultati della ricerca negli ultimi 20 anni in campo oncologico è giunta ad una conclusione sconcertante e cioè a fronte di un investimento di circa 47 mila miliardi di lire "... nonostante i miglioramenti delle terapie e la migliore comprensione dei problemi di carattere molecolare inerenti il cancro, sia l'incidenza che la mortalità si sono rivelate, comunque, in continuo aumento.

Anche in Italia Per la prima volta nel 2001 è stato pubblicato uno studio che presenta le stime sull'insieme dei tumori dandoci un utile strumento per comprenderne la diffusione e la distribuzione dei tumori nel nostro Paese.

I risultati non fanno altro che confermare quanto già si sapeva e già riscontrato in tutti i Paesi industrializzati, cioè un aumento sia della mortalità che dell'incidenza.

Infatti le morti sono passate dai 91000 casi del 1970, al 130 000 del 2000 ( 52.000 uomini e 39.000 donne) e l'incidenza dai 149.000 del 1970 ai 234.000 del 2000 (136.000 uomini 98.000 donne).

Viste così queste cifre solamente in termini numerici ci sarebbe da allarmarsi e non poco ma i nostri Epidemiologi ci rassicurano spiegandoci che se è vero che c'è stato un aumento negli ultimi 10 anni la crescita sia della mortalità che dell'incidenza sono in diminuzione rispetto ai decenni precedenti.

Ed analizzando in termini temporali questi dati si è visto che il rischio di ammalarsi di tumore è andato aumentato dalle generazioni nate ai primi del novecento sino a quelle nate intorno agli anni della seconda guerra mondiale, mentre quelle successive, quelle del dopo guerra, mostrano invece un rischio più limitato, progressivamente simile a quello delle generazioni dell'inizio del secolo scorso.

L'impennata della seconda guerra mondiale del rischio oncologico è andato di pari passo con il processo di industrializzazione, con il progressivo svuotamento delle campagne, il conseguente processo di urbanizzazione e il cambiamento nei ritmi e stili di vita e di lavoro che ha coinvolto milioni di Italiani. Dati che si riscontrano anche nelle varie aree geografiche del nostro paese Nord Centro Sud).

In Italia il NORD ha un'incidenza superiore a quella del SUD ma nella nostra Provincia un dato sconcertante è quello dei tumori polmonari che sono più vicini a quelli del Nord rispetto a quelli del sud.

Anche la mortalità è in diminuzione non solo per la contrazione dell'incidenza ma anche per la migliore sopravvivenza dei malati .

Infatti se analizziamo la sopravvivenza a 5 anni anche questa è in netto miglioramento passando dal 33 % degli anni settanta al 39% degli anni 80 e i primi dati di questi ultimi anni mostrano ancora un ulteriore miglioramento.

Ciò comporta la presenza sul territorio italiano di un enorme numero di pazienti con storia di tumore. Si calcola infatti che nel 1970 fossero 850 000 e nel 2000 invece 1.300.000 carichi di problemi psicologici sia in ambito familiare che lavorativo dovuti al solo fatto di essere stati colpiti dal tumore, per i quali è necessario concentrare la sorveglianza sanitaria e definire specifici programmi di controllo.

**A Lecce nel 1992 la nostra Fondazione ha fatto un'indagine.....**

Per ridurre la mortalità legata ai tumori la ricerca sta utilizzando diversi approcci

- migliorare la prevenzione
- attuare una più attenta diagnosi precoce
- e sviluppare terapie più efficaci.

### **PREVENZIONE PRIMARIA**

La prevenzione primaria ha da sempre attirato poco la classe medica e l'industria in quanto è una branca che non elargisce gratificazioni nè compensi ma è quella branca della medicina che pur salvando molte vite non dà un riscontro immediato.

Pur non essendo in grado di spiegare il motivo per cui una persona si ammala di cancro e l'altra no , oggi conosciamo molti elementi che ci circondano e molte abitudini di vita che aumentano il rischio di ammalarsi di tumore.

Ciò che aumenta la possibilità di sviluppare un tumore è chiamato FATTORE DI RISCHIO , quello che diminuisce questa possibilità è invece FATTORE PROTETTIVO.

Quindi il termine PREVENZIONE SIGNIFICA EVITARE I FATTORI DI RISCHIO E AUMENTARE I FATTORI PROTETTIVI.

Parlando di Prevenzione Primaria in Oncologia bisogna distinguere 4 aree di intervento:

1. La riduzione dell'esposizione individuale ai fattori endogeni ed esogeni
2. L'identificazione di nuovi fattori di rischio

3. Lo studio del meccanismo d'azione di tali fattori
4. Chemioprevenzione.

Focalizzando l'attenzione solo sulla prima area bisogna sottolineare che negli anni 50 una serie di studi epidemiologici, partendo dalla stima che il 70-80% dei casi oncologici siano attribuibili a fattori esogeni, hanno individuato numerosi cancerogeni e hanno anche indicato come questi possono essere eliminati o controllati in ciascuna delle DUE TIPOLOGIA DI PREVENZIONE.

- **PREVENZIONE DIRETTA** CHE SI RIFERISCE ALLE SCELTE PERSONALI
- **PREVENZIONE INDIRETTA** CHE SI RIFERISCE ALLE LEGGI E AGLI INCENTIVI DECISI DAL GOVERNO.

Per elencare i principali fattori di rischio dei tumori possiamo fare riferimento a 4 grandi gruppi

#### STILI DI VITA:

- Fumo
- Alcol
- Attività fisica
- Dieta

#### RISCHIO AMBIENTALE

- Inquinamento atmosferico
- Radon

#### RISCHIO OCCUPAZIONALE

- Amianto
- Aflatossine
- Benzene
- Ammine Aromatiche

#### INFEZIONI

- Papilloma Virus
- Epatite B e C

- HIV
- Helicobacter pylori
- Virus Epstein-Bar (EBV)

## FUMO

Oggi conosciamo meglio numerosi fattori di rischio che hanno un'importanza considerevole per la comparsa di tumori e sulla base di queste conoscenze si può programmare un'efficace prevenzione primaria.

Oggi possiamo affermare con estrema precisione che nel nostro paese sono da attribuire al FUMO DI TABACCO almeno 90-100.000 morti all'anno, di cui almeno il 25% tra i 35 e 65 anni e in campo mondiale

Il fumo oltre al tumore del polmone provoca bronchite cronica, infarti e in generale malattie cardiovascolari, l'asma, ed un ridotto sviluppo del feto se in gravidanza si fuma.

E' stato calcolato che un fumatore dalla giovane età riduce la speranza di vita di oltre 15 anni.

Anche il fumo di pipa e di sigaro aumentano il rischio di tumori della cavità orale e dell'orofaringe.

evidenziato un aumento del rischio nelle persone che i coniugi sono fumatori

Il tutto si aggrava se al fumo di tabacco si aggiunge l'inquinamento ambientale o quello sul posto di lavoro.

Sono stati fatti anche degli studi sul fumo passivo ed hanno evidenziato un aumento del rischio nelle persone che i coniugi sono fumatori

Di contro smettere di fumare apporta dei benefici immediati per quanto riguarda la funzionalità polmonare e dopo 5 anni quello riferiti ai tumori.

Anche per l'ALIMENTAZIONE abbiamo prove scientifiche anche se meno evidenti del fumo che indicano che ad alcuni comportamenti alimentari ( per esempio, dieta ricca di frutta e verdura ) è associata una diminuzione importante del rischio di cancro, come per altri ( grassi animali ) è associato un aumento.

- GRASSI
- FIBRE ALIMENTARI
- OLIO DI OLIVA

- FRUTTA E VERDURA
- FREQUENZA DEI PASTI
- Conosciamo meglio il ruolo dell'ALCOOL anche se è difficile stabilire la soglia limite sopra la quale è dannoso ,
- conosciamo i rischi di una VITA SEDENTARIA,
- conosciamo i rischi dell'aumento di peso ed OBESITA'.

Oggi conosciamo meglio il ruolo dei VIRUS per l'insorgenza di alcuni tumori come per esempio il Papilloma Virus per i tumori del collo dell'utero e il virus dell'epatite B per quelli del fegato.

Conosciamo il rischio dell'ESPOSIZIONE IN AMBITO PROFESSIONALE

Infatti Sono state identificate infatti come cancerogene numerose sostanze legate al processo produttivo e all'esposizione professionale responsabili del 3-4 % di tutti i tumori in particolare quelli del polmone e della vescica.

Esiste comunque un divario notevole fra il numero di tumori professionali stimati e quelli indennizzati.

Ciò accade perché spesso l'insorgenza della patologia neoplastica avviene dopo il pensionamento ed è molto difficile ricostruire l'esposizione lavorative lontane nel tempo.

Conosciamo il ruolo dell'INQUINAMENTO ATMOSFERICO nella genesi dei polmonari a causa delle sostanze presenti, ma anche in questo caso è difficile quantificare il rischio perché l'esposizione a piccole dosi per un lungo periodo alle quali si sommano altre cause rende difficile la quantificazione.

Quindi si può affermare che oggi circa un terzo dei tumori maligni potrebbero essere prevenuti con l'eliminazione del fumo di tabacco e oltre un terzo con un'alimentazione più congrua. Frazioni più piccole , ma non trascurabili ,potrebbero essere prevenute riducendo l'inquinamento ambientale , le esposizioni professionali , l'esposizione alle radiazioni ed eradicando certe infezioni ( helicobacter pilori, papilloma virus dell'epatite b –c.

Ma pur conoscendo tutti i benefici e i rischi di un corretto stile di vita non ci sono stati sostanziali progressi nel modificazione da parte della nostra popolazione.

Ciò sta ad indicare che se bastasse la conoscenza dei rischi per modificare il nostro stile di vita, avremmo risolto il problema della prevenzione.

Occorrono invece programmi più incisivi già dall'età scolare .

Il **futuro della Prevenzione** è rappresentato dalla **Chemioprevenzione**, campo di ricerca di grande interesse impegnato sull'identificazione di composti in grado di prevenire, bloccare o rallentare lo sviluppo neoplastico.

Anche se estremamente complesso in quanto richiede un lungo periodo di osservazione e un numero elevatissimo di popolazione, per il grande ritorno che ci può essere in termini di salute ci sono numerosi studi in corso. Ad oggi sono stati identificati alcuni composti naturali come la vitamina E la vitamina D il selenio ecc che possono modificare l'incidenza del tumore della prostata ed altri sintetici quali il retinolo, gli attivatori dei recettori degli estrogeni, e in generale i composti che controllano le attività ormonali, i processi che regolano i segnale intra ed extracellulari e molti altri.

Uno studio che ha dato i primi

risultati interessanti è quello sulla somministrazione del Tamoxifene, anti estrogeno usato nella terapia ormonale del cancro della mammella ed è in grado di prevenire l'insorgenza del cancro al seno nelle donne ad alto rischio di sviluppare la malattia.

### **DIAGNOSI PRECOCE**

Un altro grosso capitolo dell'Oncologia è quello della **Diagnosi Precoce** che ha un grosso merito non solo nell'aumento delle guarigioni o della sopravvivenza, ma anche per il ridimensionamento degli interventi chirurgici.

Questo capitolo dell'oncologia ancora oggi è uno dei campi più discusso, discussione non sulla validità o meno della diagnosi precoce ma sulla validità di alcuni test di screening.

Per esempio per quanto riguarda la mammella alcuni studi documentano l'efficacia della mammografia e dell'autopalpazione altri invece ne sottolineano l'inutilità.

Ma nessun Paese ha modificati le linee guida per alcuni tumori che possono essere così riassunte:

Il **Carcinoma Polmonare** rappresenta il problema più pressante senza definitive soluzioni. E' oggi comunemente accettato che nel paziente asintomatico con fattori di rischio l'Rx del torace e l'esame dell'espettorato non costituiscono uno screening efficace.

Sono in corso studi randomizzati e controllati sull'uso della TAC spirale che pare da un lato molto sensibile ma dall'altro ancora troppo poco specifica per non rischiare di esporre il paziente a una sovradiagnosi.

Il **Pap Test** continua a rappresentare il test che ha modificato radicalmente l'incidenza del tumore del collo dell'utero ed è raccomandato dopo i primi due negativi ogni tre anni.

Per il **Carcinoma mammario** le linee guida consigliano la mammografia dopo i 40 anni e l'autopalpazione mensile.

Per i tumori del colo retto ogni adulto dopo i 50 anni o a 40 se di familiarità positiva si consiglia la ricerca del sangue occulto ogni anno la rettosigmoidoscopia ogni 5 anni e la coloscopia ogni 5 -10 anni.

**Carcinoma prostatico** il mondo scientifico non si pronuncia né pro né contro in quanto l'esame clinico e il dosaggio del PSA non hanno modificato né la sopravvivenza né la qualità di vita.

Sono in corso degli studi con una sonda ispirata dalla tecnologia militare in grado di identificare tumori prostatici in una fase iniziale con PSA nella norma.

Per le **Oncoemopatie** non esistono linee guida condivise per uno screenign – diagnosi precoce

Si ritiene comunque da stime fatte che nei prossimi 10 anni le morti per tumore saranno causate da un numero limitato di neoplasie ( polmone 32 % uomini e 25 % donne, mammella 15%, colon 10 % negli uomini e il 10% nelle donne, prostata 10 %, utero e ovaie 10% oncoemopatie 10 % ) appare evidente che i maggiori sforzi della medicina generale andranno orientati a una prevenzione – diagnosi precoce su quelle aree critiche.

**In conclusione** possiamo dire che grazie all'innovazione tecnologica nel campo della diagnostica per immagine , saranno sempre maggiori i benefici valutabili in termini di salute e qualità di vita. Però esiste concretamente un potenziale rischio di creare “ falsi malati” con le campagne di diagnosi precoce. Per questi motivi nuovi test e modalità di impiego , in particolare in ambito di interventi di sanità pubblica come gli screening , devono essere attentamente valutati e vanno previsti adeguati interventi di informazione dei soggetti interessati

### **Il futuro.**

In questi ultimi anni si è aperto un filone di ricerca che sicuramente modificherà di molto tutta la medicina sia in campo diagnostico che terapeutico ed è la **Genomica** scienza che decifra il codice genetico umano e che sta cercando di decifrarne le funzioni.

Ciò significa in termini pratici poter studiare il profilo genetico del singolo individuo e scoprire la sua suscettibilità a contrarre una malattia o a rispondere ad un determinato

farmaco con ripercussioni positive nel campo della diagnosi della prevenzione e della terapia.

Già oggi disponiamo di tre tipi di test genetici

**TEST DIAGNOSTICI** permettono di stabilire una diagnosi sulla base dello stato genetico dell'individuo. Lo scopo del test è identificare soggetti portatori di un gene-malattia, pertanto "malati", da sottoporre eventualmente a forme di prevenzione e di terapia qualora disponibili.

Questi test possono essere effettuati durante il periodo prenatale o durante tutto l'arco della vita post natale. Il primo tipo di esame (test prenatale) consente di stabilire se il feto porta errori nel suo corredo genetico. Esempi sono i test per la fibrosi cistica, la talassemia, la sindrome di Down, la neurofibromatosi. Del secondo tipo di analisi fanno parte gli screening neonatali per la fibrosi cistica, la fenilchetonuria e l'ipotiroidismo (programmazione nazionale, Legge del 1992), gli screening per la talassemia, i test per l'x fragile:

**TEST PRESINTOMATICI** sono in grado di identificare un soggetto clinicamente non malato ma portatore di una mutazione genetica che in futuro darà luogo, con certezza pressochè totale, alla manifestazione patologica conseguente alla mutazione; è questo il caso di malattie a sviluppo tardivo, quale per esempio la malattia di Huntington. In quest'ultimo caso, però, a causa del particolare tipo di mutazione genetica (un'espansione di triplette), l'esito positivo del test non è sempre in grado di predire con sicurezza il momento di esordio della malattia.

**TEST PREDITTIVI** si accerta se un soggetto sano, portatore di una particolare alterazione genica, abbia ereditato, una particolare predisposizione a sviluppare una patologia.

Tale alterazione non è di per sè la causa del disturbo, ma comporta un aumentato del rischio di sviluppare una malattia in seguito all'esposizione a fattori genetici o a entrambi.

Quindi questi test, non servono a determinare se il soggetto sia sano o malato, ma se sia "malato di rischio" o meno. Questi test come si può immaginare aprono dei problemi seri sia etici che sociologici.

Al primo tipo (esposizione a fattori ambientali) appartengono i deficit dell'enzima glucosio-6-fosfato deidrogenasi che predispone a crisi di emolisi acuta, in seguito, per esempio,

all'assunzione di determinati farmaci, e il deficit di alfa-1-antitripsina che, associato al fumo, predispone all'enfisema polmonare giovanile.

Al secondo e terzo tipo (concomitanza di fattori ambientali e di fattori genetici) appartengono le cosiddette patologie multifattoriali, quali ipertensione, Alzheimer, ictus e i cosiddetti tumori famigliari, come la poliposi famigliare o il carcinoma famigliare della mammella e dell'ovaio.

Vi sono quindi due grandi prospettive di prevenzione.

- **La prevenzione individuale** , basata sulla valutazione del rischio genetico e la modifica del nostro stile di vita, la prescrizione di farmaci chemipreventivi, le visite periodiche per diagnosi precoce ecc.
- **L'altra della sanità pubblica** basata sulla legislazione ,sulla incentivazione economica sull'informazione ed educazione sanitaria ,sull'organizzazione di programmi per la popolazione e sulla promozione della ricerca.

### **Terapia**

Come abbiamo visto la strada della prevenzione è difficile e lunga, fatta di privazioni e sacrifici e quindi tutti noi che abbiamo da sempre identificato la medicina con la terapia speriamo moltissimo che sia questa a risolvere i nostri problemi soprattutto in campo oncologico.

Pur non condividendo l'ottimismo e il trionfalismo di molta stampa che spesso interpreta, ingenerando false speranze nell'opinione pubblica, scoperte anche importanti in campo biologico ma che non hanno nessun riscontro in clinico, terapia dei tumori ha fatto notevolissimi passi avanti.

E' noto che l'approccio terapeutico in oncologia è multidisciplinare in cui l'oncologo medico, il chirurgo e il radioterapista senza ruoli predominanti intervengono in tempi diversi a seconda del tipo di tumore dell'estensione della malattia in base a protocolli ben codificati.

Tutti sappiamo che cosa intendiamo con chemioterapia e quante sofferenze procurava nei primi anni 70 quando non si disponeva né di antiemetici validi né di terapie di supporto.

Oggi disponiamo di farmaci antitumorali innovativi con procedure di somministrazioni meno tossiche e di fattori di crescita che ci permettono di somministrare i cicli nei tempi previsti e alle dosi programmate.

Ancora oggi la chemioterapia ha un ruolo determinante nella cura dei tumori in quanto viene impiegata in circa i due terzi dei tumori solidi.

Scopo di questi farmaci è quello di distruggere la cellula neoplastica intervenendo sul ciclo cellulare con un grosso limite, quello cioè di non distinguere le cellule sane da quelle malate con notevoli effetti collaterali.

Oggi disponiamo di farmaci antitumorali innovativi con procedure di somministrazioni meno tossiche e di fattori di crescita che ci permettono di somministrare i cicli nei tempi previsti e alle dosi programmate. La migliore conoscenza dei meccanismi molecolari coinvolti nella trasformazione della cellula sana in quella malata e della progressione tumorale ha permesso di identificare molteplici nuovi bersagli terapeutici per possibili strategie antineoplastiche selettive e mirate.

Nell'ambito delle terapie antitumorali innovative sviluppate negli ultimi anni meritano attenzione gli:

- Inibitori dell'angiogenesi
- Anticorpi monoclonali
- Modulatore della trasduzione del segnale proliferativo
- Inibitori dell'attività tirosinasi
- Inibitori delle ciclossigenasi
- Cellule staminali
- Terapia genica

Tutte le terapie, ancora in fase di studio, che hanno lo scopo di scoprire una nuova generazione di farmaci in grado di neutralizzare i geni coinvolti e i meccanismi molecolari a cui essi soggiacciono, senza danneggiare la cellula sana.

Anche la **chirurgia** ha fatto passi in avanti.

Infatti fino a pochi anni fa l'unica tecnica per intervenire sulla maggior parte dei tumori solidi era quella del "massimo tollerabile" che comportava gravi mutilazioni e provocava al paziente, soprattutto alle donne, effetti psicologici, sociali e comportamentali devastanti.

Basti pensare alle mastectomie allargate per il tumore della mammella o le eviscerazioni per quelle dell'utero o dell'ovaio. Il grande chirurgo veniva identificato con il grande taglio.

Oggi invece prevale l'approccio chirurgico conservativo, basato sul principio del "minimo efficace": l'idea cioè di calibrare al minimo l'intervento chirurgico e al tempo stesso garantire al paziente la sua efficacia.

In questo l'Italia nella persona del Prof Veronesi ha avuto un ruolo determinante quando 35 anni fa basandosi sulla constatazione che il tumore difficilmente invadeva tutta la mammella cominciò a pensare di asportarne una parte. Le quadrantectomie fino ad arrivare oggi al linfonodo sentinella per impedire l'asportazione di linfonodi sani o la radioterapia in corso di intervento chirurgico con un acceleratore portatile.

Tutto questo è possibile grazie al grande sviluppo della diagnostica per immagini e alla sensibilità delle persone a sottoporsi ad indagini in tempo utile.

Altro caposaldo della terapia dei tumori è **la Radioterapia**, basti pensare che il 70 % degli ammalati nel loro percorso terapeutico totale fa un ciclo di terapia.

Anche in questo campo notevoli sono stati i progressi .

Le prime apparecchiature a raggi gamma (Cobalto) colpivano oltre alle cellule malate anche quelle sane circostanti provocando spiacevoli danni collaterali.

Oggi invece grazie alle moderne apparecchiature ( gli acceleratori lineari) coadivate da attrezzature diagnostiche molto sofisticate come la PET in grado di visionare non solo gli organi ma anche il loro funzionamento questi danni sono ridotti al minimo.

**Queste sono le terapie nella fase curativa del malato oncologico.**

Esiste invece una terapia molto più complessa per i pazienti che si trovano in quella fase della malattia non più suscettibile di guarigione, dimessi dalle strutture di ricovero , dalle quali difficilmente verranno riammessi, ed è la Terapia Palliativa.

In medicina e nell'opinione pubblica questo termine ha sempre avuto un significato di terapia fatta tanto per fare evidenziando la sconfitta del medico e l'abbandono del malato.

In questi ammalati , l'approccio medico cambia totalmente e, visto che già tutto è stato tentato, deve essere considerato prioritario l'obiettivo di migliorare la vita che rimane al paziente , procurandogli innanzitutto un sollievo dal dolore e dagli altri sintomi fisici, quindi mettendosi all'ascolto e interpretando , quando non siano esplicite le più piccole esigenze.

In questa fase si parla di dolore totale perchè è un intreccio di dolore fisico ,psichico e spirituale e per questo si deve intervenire:

- affermare il valore della vita ,considerando la morte un evento naturale
- provvedere al sollievo del dolore e degli altri sintomi
- integrare gli aspetti psicologici e spirituali dell'assistenza
- offrire un sistema di supporto alla famiglia
- aiutare le famiglia anche nella fase del lutto.
- E non ultimo supportare gli operatori sanitari

Per fare ciò il medico deve essere aiutato da altri curanti, specialisti e non e dalla famiglia, in quanto è impossibile pensare che da solo possa seguire un malato terminale fino alla fine.

In questa fase un ruolo determinante hanno le **Associazioni di Volontariato** , anche se spesso forniscono un supporto medico e infermieristico e gli Hospice strutture in fase di crescita e di accettazione dell'opinione pubblica.

**Gli Hospices** non sono strutture alternative agli Ospedali o alla propria abitazione, bensì completano e si integrano con esse, nelle quali bisogna dare assistenza:

- efficiente ma non *asettica e indifferente*,
- sostegno *attivo e attento*;
- sostegno sociale *solerte e competente*,
- sostegno spirituale *indulgente e amorevole*.

Il **Volontariato** ha un ruolo insostituibile nell'equipe degli Hospice , in quanto è l'unico che ha come caratteristica l'investimento e la partecipazione affettiva, come un essere umano che si avvicina ad un altro essere umano.

Egli può attuare specifici compiti socio assistenziali , differenti e integrati con quelli degli altri componenti l'equipe, può svolgere compiti di animazione, di terapia diversionale, di compagnia al malato e ai familiari, ma soprattutto , non risentendo della routine dell'istituzione, offre al malato una disponibilità che è difficilmente realizzabile da qualsiasi operatore che da anni svolge il proprio lavoro.

Perciò il Volontario, anche se non deve diventare un tecnico, un professionista dell'accompagnamento, deve essere formato e preparato perché il dilettantismo si paga in termini di sofferenza, causata a chi si vorrebbe aiutare e a loro stessi.

Per questi motivi il Volontario deve essere selezionato, preparato e continuamente supervisionato e sostenuto.

Un ruolo determinante è rappresentato anche dal medico di famiglia , figura molto importante sia nella prevenzione che nelle varie fasi dell'iter della malattia oncologica.

che ha dei punti di forza che gli derivano dalla conoscenza e vicinanza del paziente ma tenendo però presente che in questa situazione sono insite anche alcune debolezze che occorre conoscere.

Quindi come abbiamo visto per raggiungere lo scopo dell'assistenza totale e continuativa del malato oncologico è indispensabile che tutti gli attori dell'assistenza giungano insieme alla definizione di un "piano di cura interdisciplinare" e " multiprofessionale il cui scopo sia costituito dalla continuità delle cure, per una migliore gestione del malato

In conclusione l'oncologia ha fatto notevolissimi passi in avanti sia nel campo della prevenzione sia in quello diagnostico che terapeutico.

Possiamo affermare che la lotta contro il cancro inizia prima della sua insorgenza, con la chemioprevenzione e mira alle terapie geniche che sebbene promettenti risultati in fase preclinica , nell'uomo i risultati a oggi ottenuti sono stati inferiori alle aspettative.

Particolare rilievo riveste il capitolo delle cosiddette terapie "intelligenti" che sono intese a trattare un difetto specifico di una determinata patologia.

Questo è l'approccio che ogni oncologo, ematologo vorrebbe idealmente utilizzare : passare cioè dai trattamenti convenzionali quale la chemioterapia e la radioterapia , che ancora oggi rappresentano i capisaldi della terapia antitumorale , al miglioramento di procedure più fisiologiche come l'immunoterapia e infine l'uso di trattamenti specifici .

In attesa che questo avvenga nella comunità scientifica è in atto una sorta di rivoluzione culturale nell'approccio al cancro : invece di puntare solo a vincere la guerra , molti scienziati ora pensano che sia possibile e auspicabile una forma di coesistenza pacifica.

Convertire la malattia mortale in una patologia cronica è una tappa molto importante nel cammino verso la vittoria finale.

Se riusciamo a diffondere l'idea che il cancro può essere sconfitto , ma in alternativa anche tollerato per anni , allora la diagnosi diventa meno sconvolgente e i pazienti

possono affrontare le cure con più fiducia , ma per raggiungere questo scopo la Psiconcologia deve avere un ruolo paritario con l'approccio multidisciplinare dell'ammalato oncologico.

Ed ecco perchè la sfida che noi lanciamo è quella di sensibilizzare gli operatori sanitari e la classe politica a dare maggiore risalto a queste problematiche in quanto è certo che non si può avere qualità di vista se l'uomo è visto solamente come una macchina da riparare e non come un connubio di corpo e spirito.