



Tumore della pelle nero

Melanoma



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

Impressum

[_Editrice](#)

Lega svizzera contro il cancro
Effingerstrasse 40
casella postale 8219
3001 Berna
tel. 031 389 91 00
fax 031 389 91 60
info@legacancro.ch
www.legacancro.ch

[_Direzione del progetto](#)

Susanne Lanz, Lega svizzera contro il cancro,
Berna

[_Consulenza scientifica \(in ordine alfabetico\)](#)

Prof. dott. med. Reinhard Dummer, vicedirettore,
clinica dermatologica, UniversitätsSpital
Zurigo

Dott.a med. Philippa Golling, capoclinica, clinica
dermatologica, UniversitätsSpital Zurigo

Dott.a med. Clarissa Huber, medico assistente,
clinica dermatologica, UniversitätsSpital Zurigo

Prof. dott. med. Renato Panizzon, servizio di
dermatologia, Centre Hospitalier Universitaire
Vaudois Losanna

[_Testo](#)

Dott. phil. Nicolas Broccard, giornalista scientifico,
Berna

Susanne Lanz, Lega svizzera contro il cancro,
Berna

[_Traduzione e redazione](#)

Christina Müller, Bellinzona

[_Immagine di copertina](#)

Adamo ed Eva (secondo un disegno di Albrecht
Dürer)

[_Illustrazione](#)

pag. 9: Essex Pharma GmbH Monaco, elaborata
da Willi R. Hess, disegnatore scientifico, Berna

[_Fotografie](#)

pag. 4: Sutterstock

pag. 11, 14: clinica dermatologica, UniversitätsSpital
Zürich

pag. 15: Dott. med. Jean-Philipp Görög, Berna

pag. 18: MichaelJordan by Fotolia

pag. 24: Getty Images

pag. 34: Peter Schneider, Thun

[_Design](#)

Wassmer Graphic Design, Langnau i. E.

[_Stampa](#)

Ast & Jakob, Vetsch AG, Köniz

Questo opuscolo è disponibile anche in lingua
francese e tedesca.

© 2008 Lega svizzera contro il cancro, Berna

Sommario

Editoriale	5
Cos'è il cancro?	6
Pelle e tumori della pelle	8
Struttura della pelle	8
Diverse forme di tumori	10
Il melanoma	10
Cancro della pelle, un tumore frequente	12
Cause e rischi	12
Esami e diagnosi	15
Stadi della malattia	17
Metodi terapeutici	20
Operazione	20
Radioterapia	21
Terapie medicamentose	22
Medicina complementare	25
Terapia del melanoma	26
Osservazioni generali	26
Scelta della terapia	27
Effetti indesiderati	28
Terapia nell'ambito di uno studio clinico	29
Terapia negli stadi precoci	30
Terapia nello stadio avanzato	31
Terapia del dolore	32
Il post-trattamento e la riabilitazione	32
Convivere con il cancro	33
Appendice	35



Gentile lettrice, egregio lettore

Quando nel testo è utilizzata solo la forma maschile o femminile, questa si riferisce a entrambi i sessi.

Per le persone colpite e i loro familiari una diagnosi di cancro rappresenta dapprima uno choc. La malattia incide sulla vita quotidiana e sulle prospettive future, i pensieri possono oscillare tra speranza e paura. Tutto sembra messo in discussione.

Questo opuscolo descrive in maniera concisa la malattia, i metodi diagnostici e la terapia del melanoma. Costaterà che «cancro della pelle» è un termine generico per indicare diverse malattie, che possono avere effetti diversi.

Grazie ai progressi della medicina, nel corso degli ultimi anni le terapie sono diventate più efficaci e più tollerabili. In uno stadio precoce il melanoma oggi è curabile, negli stadi più avanzati si può rallentare il decorso della malattia e attenuarne i sintomi. Ciò contribuisce in misura determinante alla conservazione della qualità di vita.

Nei numerosi opuscoli della Lega contro il cancro (vedi p. 36) troverà altri suggerimenti e informazioni che possono contribuire a facilitare la convivenza con la malattia.

Accetti il sostegno delle persone che le sono vicine. Può inoltre rivolgersi in ogni momento alla sua équipe curante e, se necessario, ricorrere anche all'aiuto di specialisti (vedi Appendice).

La sua Lega contro il cancro

Osservazione

Il melanoma dell'occhio, il sarcoma di Kaposi o il carcinoma a cellule di Merkel non vengono affrontati nel presente opuscolo.

Il basalioma e lo spinalioma, altri due tipi di tumori cutanei, come pure la cheratosi attinica e il morbo di Bowen, degli stadi precancerosi, sono trattati in dettaglio nell'opuscolo «Tumori della pelle chiari – basalioma, spinalioma, stadi precursori». L'opuscolo «Linfomi Hodgkin e Non-Hodgkin» informa sui linfomi acuti.

Cos'è il cancro?

Cancro è il termine generico di uso comune con cui si indica una malattia tumorale maligna. I tumori sono degenerazioni dei tessuti che possono avere carattere benigno o maligno. Accanto a numerosi tumori benigni, vi sono oltre cento diverse forme di cancro.

I tumori maligni che originano da tessuti epiteliali quali la pelle, la mucosa o il tessuto ghiandolare sono detti anche carcinomi.

Benigno o maligno?

I tumori benigni possono solo comprimere ma non invadere i tessuti sani. I tumori maligni invece s'infiltrano nei tessuti circostanti e li distruggono: attraverso i vasi linfatici e sanguigni le cellule cancerose possono infatti migrare nei linfonodi prossimali e quindi in altri organi dove formeranno delle metastasi.

Solitamente è possibile determinare da quale organo (tipo di cellula) hanno avuto origine queste metastasi. Le cellule di una metastasi generata da un melanoma, per esempio nei polmoni, sono diverse dalle cellule di un tumore del polmone. La distinzione può essere effettuata grazie a un esame istologico (esame al microscopio del tessuto, dal greco histos = tessuto).

Tutto ha inizio nella cellula

I tessuti e gli organi del nostro corpo sono formati da bilioni di cellule. Le cellule sono gli elementi di base del nostro corpo. Nel nucleo di ogni cellula si trova il «progetto di costruzione» esatto di ogni individuo: è il suo patrimonio ereditario, costituito dall'acido desossiribonucleico (DNA) e contenente i cromosomi e i geni.

Attraverso la divisione cellulare nascono in continuazione nuove cellule mentre quelle vecchie muoiono. Solitamente una cellula sana si divide solo per il numero di volte previsto dal patrimonio genetico. Questo può però subire un danno che altera il meccanismo di divisione cellulare.

Di solito l'organismo è in grado di riparare i danni subiti da una cellula. Ma se ciò non avviene, la cellula fuori controllo (che ha subito cioè una mutazione) può riprodursi in maniera illimitata.

Le cellule fuori controllo si aggregano e formano con il tempo un nodulo, il tumore.

Dimensioni inimmaginabili

Un tumore di un centimetro di diametro contiene già milioni di cellule e con grande probabilità ha raggiunto queste dimensioni nel corso di vari anni. Ciò significa che un tumore non si sviluppa da un giorno all'altro. La rapidità di crescita varia notevolmente da tumore a tumore e da individuo a individuo.

Molteplici le cause

In genere la causa di un tumore rimane ignota. La struttura genetica di una cellula può subire delle modifiche, apparentemente «per caso», ma anche per il naturale processo d'invecchiamento, per cause esterne (stile di vita, eccessiva esposizione alla luce solare, fattori ambientali, sostanze nocive, alimentazione, ecc.) e anche – sebbene più raramente – a causa di fattori ereditari.

Il rischio di cancro

Si può ridurre il rischio di alcuni tumori adottando uno stile di vita sano, proteggendosi per esempio dall'eccessiva esposizione al sole, rinunciando al fumo, alimentandosi in modo equilibrato e praticando regolarmente un'attività fisica. Per altre forme di cancro invece non si conoscono strategie per ridurre il rischio di ammalarsi.

Se una persona si ammalerà o meno di cancro in definitiva non è prevedibile e dipende dal caso. Possono esserne colpiti gli ottimisti e i pessimisti, chi conduce una vita sana e chi non si cura della propria salute. Non vi è alcuna garanzia contro questo tipo di malattia.

In alcune famiglie si osserva una maggiore incidenza di certe forme di cancro (anche di tumori cutanei come il melanoma) rispetto alla media. Troverà altre informazioni su questo argomento nell'opuscolo «Rischio di cancro ereditario» (vedi p. 36).

Pelle e tumori della pelle

La pelle è l'organo più grande dell'uomo. Negli adulti si estende su una superficie di ca. 1,5–2 m².

Assolve i compiti più svariati:

- > Regola la temperatura corporea e una parte del bilancio idrico, secernendo sudore da un lato e proteggendo l'organismo dalla perdita di liquidi dall'altro.
- > Serve da organo di contatto e di senso, tramite il quale possiamo percepire delle sensazioni, dalla leggera brezza, alle carezze fino al dolore.
- > Protegge il corpo da influssi ambientali quali il freddo, il caldo, i raggi UV, agenti chimici, germi, batteri, ecc.
- > In certa misura è pure in grado di assorbire sostanze e medicinali, contenuti per esempio nelle pomate.
- > Grazie all'irradiazione solare è in grado di produrre la vitamina D, importante per la struttura e la conservazione delle ossa. Questa vitamina è presente negli alimenti solo in dosi limitate.

Struttura della pelle

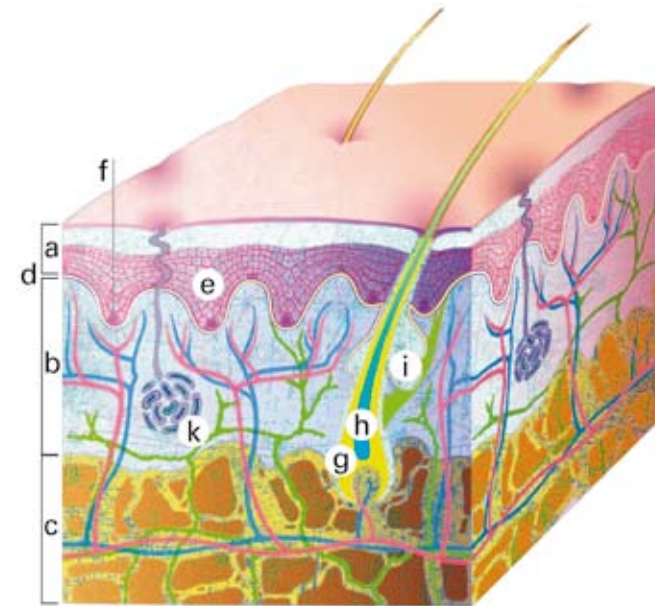
La pelle (lat. cutis) è costituita da vari strati:

- > Epidermide con lo strato spinoso; nel punto più profondo dell'epidermide si trova lo strato basocellulare, detto anche membrana basale, in cui si formano le cellule pigmentate (melanociti).
- > Derma (corium) che contiene tra l'altro i follicoli capillari, che talvolta raggiungono la sottocute.
- > Sottocute.

Lo spessore degli strati cutanei varia a seconda della zona del corpo. L'epidermide misura tra 0,04 mm (palpebre) e 1,5 mm (pianta del piede). Il derma e la sottocute sono più spesse.

L'*epidermide* è formata principalmente da cheratociti, che producono la cheratina.

Nello strato basocellulare dell'epidermide si formano sempre nuove cellule cutanee. Mentre vengono spinte in superficie dalle nuove cellule, attraversano diverse fasi di sviluppo e si trasformano infine in cellule cornee che vengono espulse in un processo di desquamazione. Questo continuo rinnovamento della pelle dura da tre a quattro settimane per ciclo.



Struttura della pelle

- a Epidermide
- b Derma (corium)
- c Sottocute
- d Strato basocellulare (membrana basale)
- e Strato spinoso
- f Cellule pigmentate (melanociti)
- g Follicoli capillari
- h Capelli, peli
- i Ghiandola sebacea
- k Ghiandola sudorifera

I melanociti producono la melanina, il pigmento che conferisce alla pelle la sua colorazione e ci protegge in misura molto ridotta dai raggi UV (vedi anche p. 13).

Nel *derma*, un tessuto connettivo elastico e fibroso, si trovano tra l'altro le cellule immunitarie, fibre

nervose, vasi linfatici e sanguigni, ghiandole sudorifere e sebacee, come pure follicoli capillari.

La *sottocute* – un misto di tessuto adiposo e tessuto connettivo dalla struttura poco compatta, attraversata da vasi sanguigni e nervi – è legata ai muscoli sottostanti.

Diverse forme di tumori

Negli ultimi decenni il tasso di tumori cutanei (incidenza) è fortemente cresciuto, da una parte a causa della più elevata aspettativa di vita, dall'altra in ragione dei mutati comportamenti nel tempo libero (bagni di sole, attività sportive e altre attività all'aria aperta).

Cancro della pelle è un termine generico che comprende diverse malattie tumorali. Nel linguaggio tecnico hanno denominazioni diverse a dipendenza dalla loro origine, cioè in quali strati cutanei o cellule si formano (vedi illustrazione a p. 9).

In caso di un mutamento cutaneo il dermatologo è la persona più indicata per determinare se si tratta di un tumore – e di quale tipo – o se si è invece in presenza di una forma benigna.

Tumore della pelle nero

> Il *melanoma* (detto anche melanoma maligno) si sviluppa a partire dai melanociti.

Tumori della pelle chiari

> Il *basalioma* (detto anche carcinoma basocellulare o cancro basocellulare) si forma tra lo strato basocellulare e lo strato superiore del derma e origina da cheratociti posti lungo i follicoli dei capelli.

- > Lo *spinalioma* (detto anche carcinoma spinocellulare o epiteloma) origina da cheratinociti presenti nello strato spinocellulare (epidermide).
- > Stadi precursori dei tumori della pelle chiari: la *cheratosi attinica* e il *morbo di Bowen* si formano nell'epidermide; la cheratosi attinica si manifesta come zona incallita superficiale, mentre il morbo di Bowen si presenta in genere come una zona in rilievo, rossastra e squamosa.

I tumori della pelle chiari e gli stadi precursori si differenziano in maniera marcata dal melanoma per quanto riguarda il decorso e la terapia; sono quindi trattati più in dettaglio nell'opuscolo separato «Tumori della pelle chiari: basalioma, spinalioma, stadi precursori» (vedi p. 36).

Il melanoma

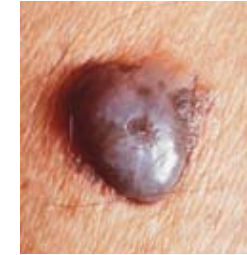
Il melanoma si presenta sotto diverse forme. Nei casi più frequenti si forma una macchia da scura a nera, che può apparire piana, in rilievo o come un nodulo.

Un melanoma può presentarsi in qualsiasi parte del corpo, anche nella regione genitale o – talvolta – sotto le unghie dei piedi o delle mani. In casi più rari possono for-

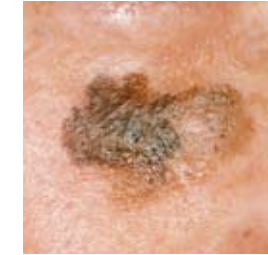
Alcuni tipi di melanoma



Melanoma diffuso in superficie



Melanoma nodulare



Melanoma del tipo lentigo-maligna

marsi dei melanomi anche sulle mucose, sulla meninge o sugli organi interni.

Le quattro forme più frequenti di melanoma:

- > melanoma diffuso in superficie
- > melanoma nodulare
- > melanoma del tipo lentigo-maligna (specialmente sul viso di persone anziane)
- > melanoma acrolentiginoso (sotto le unghie, rispettivamente sui palmi delle mani e dei piedi)

A dipendenza dalla forma tumorale, un melanoma si sviluppa sull'arco di diversi mesi o anni.

Se un tumore è ancora di piccole dimensioni e limitato all'epidermide, le probabilità di guarigione sono maggiori.

Se un melanoma penetra nel derma, le cellule cancerose possono estendersi, attraverso i vasi linfatici, nei linfonodi prossimali, rispettivamente attraverso i vasi sanguigni in altri organi (in particolare polmoni, ossa, fegato, cervello) e formarvi delle metastasi.

Nel melanoma esistono anche metastasi locali:

- > metastasi in transito: si formano nella pelle tra il tumore e il più vicino linfonodo
- > metastasi satellite: si manifestano nel raggio di 2 cm attorno al tumore
- > micrometastasi: metastasi nei linfonodi da 0,2 a 2 millimetri
- > macrometastasi: metastasi nei linfonodi più grandi di 2 millimetri

Cancro della pelle, un tumore frequente

Nell'Europa centrale, il basalioma è il tipo di tumore cutaneo nettamente più frequente; lo spinalioma si trova al secondo posto. A livello internazionale, la Svizzera presenta uno dei tassi più elevati di nuovi casi di tumori della pelle (vedi riquadro).

Cause e rischi

Diverse circostanze possono incrementare il rischio personale di ammalarsi di un melanoma:

- > numero di nei o di macchie pigmentate (più di 50);

- > tipo di pelle chiaro che non abbronzia o solo lentamente (ridotta pigmentazione della pelle);
- > presenza di melanoma in famiglia;
- > precedenti tumori della pelle;
- > esposizione breve e intensa, legata a scottature solari, specialmente nell'infanzia e nella gioventù;
- > immunosoppressione: significa che il sistema immunitario di una persona è indebolito a causa di una malattia o viene soppresso con medicinali, per esempio dopo un trapianto di organi per evitare il rigetto dell'organo trapiantato.

Le varie forme di tumori cutanei in cifre

In Svizzera ogni anno ca. 15 000 persone si ammalano di un tumore della pelle.

> In un buon 10% dei casi (ca. 1700 persone) si tratta di un *melanoma*. Gli uomini sono spesso colpiti sul tronco, le donne spesso sulle gambe e sulle braccia. I melanomi si manifestano soprattutto nelle persone oltre i 50 anni di età. Un terzo delle persone colpite al momento della diagnosi ha 70 anni o più, ma un terzo ne ha meno di 50. Anche i giovani e gli adolescenti si possono ammalare di un melanoma.

> Nel 90% dei casi si tratta di un *basalioma* o di uno *spinalioma*. Queste forme tumorali vengono descritte in un opuscolo separato (vedi p. 36).

Radiazione UV

I raggi termici del sole sono percepibili, i raggi visibili (luce) danno chiarezza e colore, ma i raggi ultravioletti non sono né visibili, né percepibili. La maggior parte della radiazione UV viene assorbita dallo strato d'ozono che si trova sopra la superficie terrestre. Una parte dei raggi UV riesce tuttavia a raggiungere la superficie terrestre.

I raggi UV vengono suddivisi in tre categorie:

- > I raggi *UVA* provocano un'abbronzatura superficiale della pelle. Penetrano in parte fino al derma e fanno invecchiare precocemente la pelle. I raggi UVA possono danneggiare indirettamente il patrimonio genetico (DNA) e aumentare il rischio di cancro della pelle.
- > I raggi *UVB* sono più ricchi di energia e più aggressivi dei raggi UVA. Penetrano solo fino all'epidermide, dove provocano le pericolose scottature. Sotto il loro influsso l'epider-

mide si ispessisce, comportando una certa protezione (limitata). I raggi UVB possono danneggiare direttamente il patrimonio genetico (DNA) e sovraccaricare il naturale meccanismo di riparazione della pelle. In questo modo aumenta il rischio di cancro della pelle.

- > I raggi *UVC* vengono assorbiti nello strato d'ozono e non penetrano sulla superficie terrestre.

I raggi UV artificiali dei solarium rappresentano un ulteriore carico per la pelle. L'entità dei danni provocati dai raggi UV naturali e artificiali dipende tra l'altro dal tipo di pelle.

Per saperne di più ...

sui tipi di pelle, sul rischio di cancro della pelle, sulle misure di protezione, sull'autoesame della pelle e sulla diagnosi precoce, consultate gli opuscoli «Sole, una questione di pelle» e «Cancro della pelle – Rischi e diagnosi precoce» (vedi p. 36), pubblicati dalla Lega contro il cancro.

Mutazioni cutanee: quando devo recarmi dal medico?

Grazie a un regolare autoesame della pelle è possibile individuare precocemente mutazioni sospette della pelle. Specialmente le persone che presentano un rischio più elevato di cancro della pelle dovrebbero esaminare ogni tre/quattro mesi la propria pelle in vista di cambiamenti visibili e percepibili al tatto.

Chi scopre una mutazione sospetta, dovrebbe recarsi senza indugio da un dermatologo.

Lesioni cutanee sospette

Circa un terzo dei melanomi origina da una macchia pigmentata. Grazie alla cosiddetta regola dell'ABCD si può determinare se una data macchia può essere considerata piuttosto innocua o piuttosto sospetta.

La regola dell'ABCD

Macchia pigmentata innocua **Macchia pigmentata sospetta**

A = Asimmetria

forma regolare, simmetrica



forma irregolare, non simmetrica

B = Bordi

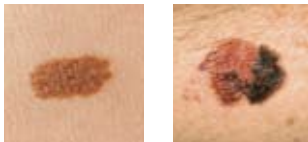
bordi regolari, ben delineati



bordi frastagliati non ben delineati

C = Colore

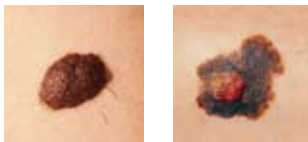
colorazione omogenea



colorazione non omogenea, a chiazze

D = Dinamica

non subisce cambiamenti



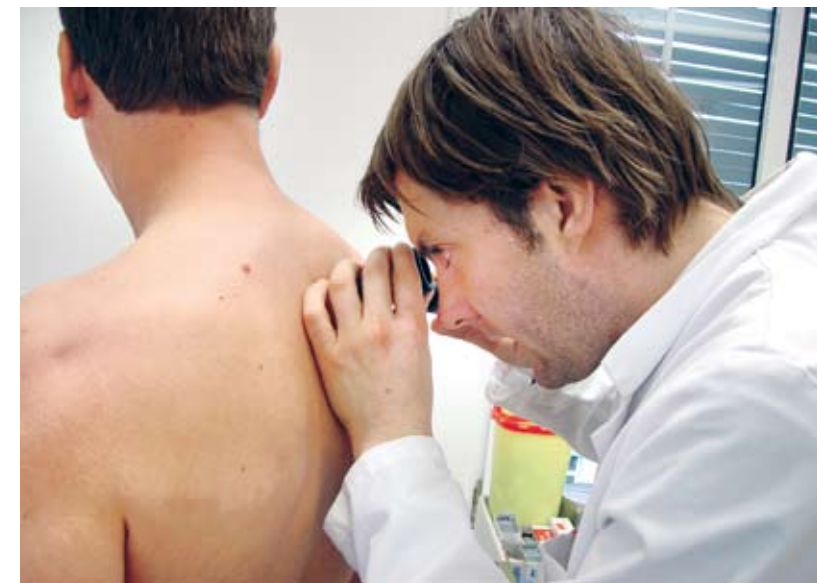
cambiamenti (dimensione, colore, forma, spessore)

Per una diagnosi precisa e per la scelta ottimale della terapia si combinano, se occorre, diversi esami medici:

- > Esame approfondito della pelle a occhio nudo e al tatto, specialmente dei nei e delle zone pigmentate.
- > Mutazioni sospette vengono inoltre esaminate con il dermatoscopio.
- > Se un neo, una nuova macchia o un nuovo nodulo presentano diverse caratteristiche sospette (vedi regola ABCD), questa lesione viene generalmente asportata sotto anestesia locale, con un piccolo margine di sicu-

rezza (biopsia a escissione). Il medico tasterà inoltre i linfonodi e le vie linfatiche prossimali.

- > Questo campione di tessuto viene analizzato microscopicamente in laboratorio. Solo allora può essere formulata la diagnosi precisa.
- > Se si tratta di un melanoma, si devono determinare le altre caratteristiche del tumore: tipo di melanoma (vedi p. 11), spessore del melanoma in millimetri e profondità di penetrazione del melanoma nel tessuto.



Il dott. med. Jean-Philipp Görög, Berna, durante l'analisi con il dermatoscopio

Durante un colloquio approfondito con un medico il paziente riceve ulteriori informazioni sulla sua malattia e ha l'occasione di chiarire le sue domande. Gli vengono inoltre proposti importanti esami supplementari:

- > prelievo ed esame del sangue
- > sonografia, ev. anche foto-sonografia dei linfonodi prossimali
- > radiografie dei polmoni
- > ev. sonografia degli organi addominali

Si presta particolare attenzione al cosiddetto linfonodo sentinella, cioè il linfonodo più vicino al tumore nella direzione di deflusso della linfa.

- > Se cellule di melanoma migrano nei linfonodi, solitamente il linfonodo sentinella è colpito per primo.

- > Se il linfonodo sentinella sulla sonografia si presenta in buone condizioni, ciò è un segno positivo.
- > Se il melanoma è più spesso di 1 mm o se sulla sonografia il linfonodo sentinella presenta un aspetto anomalo, quest'ultimo viene asportato ed esaminato.
- > Se nel linfonodo sentinella si trovano delle cellule di melanoma, di regola vengono asportati tutti i linfonodi della regione interessata (linfadenectomia).

Ulteriori esami diagnostici per immagini

Se lo spessore del melanoma è superiore a 1 mm, si raccomandano altri esami specialistici. Grazie a radiografie del torace, alla tomografia computerizzata (CT), alla risonanza magnetica (MRI), alla tomografia a emissione di positroni (PET) o alla scintigrafia dello scheletro si possono individuare possibili metastasi in organi più lontani.

Nel caso singolo non vengono applicati tutti i metodi diagnostici qui elencati. La scelta degli esami dipende dalla situazione individuale del paziente e dai risultati degli esami precedenti.

Procedimento diagnostico PET/CT

Si tratta di un nuovo apparecchio, che combina la tomografia a emissione di positroni (PET) con la tomografia computerizzata (CT). Questi due diversi procedimenti si completano molto bene e insieme forniscono immagini ancora più precise.

A seconda del tipo di tumore, della sua dimensione e dei risultati degli esami, al paziente si raccomanderà la migliore terapia possibile.

Stadi della malattia

I diversi esami permettono al medico di individuare e valutare lo stadio della malattia tumorale. Si parla anche di stadiazione o staging. Tale stadiazione è importante per la scelta della terapia migliore. La denominazione degli stadi segue la classificazione internazionale TNM.

Classificazione TNM

T sta per tumore; l'estensione (dimensione) del tumore viene espressa in cifre da 0 a 4. Più elevata è la cifra, più il tumore si è esteso, rispettivamente più è grande.

Tis significa tumore in situ, limitato all'epidermide; il tumore non è penetrato nella membrana basale (vedi p. 9).

T1 lo spessore del tumore è di massimo 1 mm

T2 lo spessore del tumore è tra 1 e 2 mm

T3 lo spessore del tumore è tra 2 e 4 mm

T4 lo spessore del tumore supera i 4 mm

Delle lettere minuscole aggiuntive precisano la diagnosi. Per esempio T2b significa che la superficie del tumore non è più intatta, ma ulcerosa, T2a che il tumore non presenta ulcerazioni.

N sta per linfonodi.

N0 i linfonodi prossimali sono liberi da tumore.

N1 in un linfonodo prossimale (linfonodo sentinella) sono presenti micrometastasi.

N2 metastasi si trovano in 2 o 3 linfonodi prossimali e/o vi sono metastasi satellite o in transito (vedi 11).

N3 metastasi si trovano in 4 o più linfonodi prossimali, vi sono inoltre metastasi satellite o in transito.

Delle lettere minuscole supplementari precisano la diagnosi:

a micrometastasi (0,2 a 2 mm) dei linfonodi

b macrometastasi (oltre 2 mm) dei linfonodi

c metastasi satellite o in transito

M sta per metastasi in altri organi più distanti.

M0 non vi sono metastasi.

M1 vi sono metastasi:

M1a sulla o nella pelle

M1b nei polmoni

M1c in altri organi (p.e. ossa, fegato, cervello)



Il suo dermatologo o la sua dermatologa risponderanno volentieri alle sue domande.

Stadiazione

Nei melanomi si riassume la stadiazione TNM in quattro stadi. Più la malattia si è estesa nel corpo, più alta è la cifra e più avanzato è lo stadio.

Stadio I

Il tumore presenta una dimensione di massimo 1 mm (con ulcerazione, cioè T1b) o di massimo 2 mm (senza ulcerazione, cioè T2a).

Stadio II

Il tumore presenta una dimensione di fino a 4 mm e oltre (con o senza ulcerazione, cioè T3a o T3b).

Stadio III

Lo spessore del tumore è superiore a 4 mm (con o senza ulcerazione, cioè T4a e T4b); sono colpiti fino a quattro o più linfonodi prossimali (N3) o vi sono metastasi satellite e/o in transito con interessamento dei linfonodi (N2).

Stadio IV

Vi sono metastasi in organi lontani. Per la determinazione di questo stadio non importa lo spessore del tumore o quanti linfonodi sono colpiti. È invece determinante la presenza di metastasi in altri organi del corpo.

Metodi terapeutici

Nel singolo caso non vengono mai applicati tutti i metodi terapeutici descritti di seguito.

Quali metodi si adottano nelle varie situazioni è spiegato dalla p. 30.

Operazione

L'intervento chirurgico ha per obiettivo di asportare completamente il tumore con un margine di sicurezza di tessuto sano.

- > Negli interventi minori, la ferita viene subito richiusa.
- > Se è necessario un intervento più grande, la ferita viene chiusa con un lembo di pelle adiacente. Talvolta è necessario chiudere la ferita prelevando una striscia di pelle proveniente da un'altra zona del corpo (trapianto di pelle).
- > Si farà di tutto per richiudere la ferita in maniera tale che la cicatrice in seguito non comprometta la funzionalità della zona interessata e che il risultato cosmetico sia il più soddisfacente possibile.

Gli interventi minori vengono eseguiti dal dermatologo stesso, quelli maggiori in collaborazione con chirurghi di altre discipline specialistiche (a dipendenza della zona

del corpo colpita), per esempio di otorinolaringoiatria e/o di chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica.

Chirurgia con margine di sicurezza

Se il melanoma si trova in una zona del corpo dove per ragioni cosmetiche o per altri motivi non è possibile prelevare quanto tessuto si desidera, per esempio nella zona dell'occhio, talvolta sono necessari due o più interventi.

- > In un primo tempo si asporta il tumore chirurgicamente (escissione). Il tessuto tumorale prelevato viene colorato e analizzato microscopicamente in laboratorio.
- > Nei punti in cui piccolissime propaggini raggiungono il bordo del taglio, queste vengono asportate durante un secondo, più raramente anche un terzo, intervento.
- > Quando dall'esame completo del tessuto risulta che non vi sono più resti di tumore, la ferita viene chiusa definitivamente.
- > Normalmente non è possibile effettuare questo procedimento graduale in uno stesso giorno. Per questa ragione la ferita viene provvisoriamente chiusa con un sostituto cutaneo.

- > Questo procedimento consente di eliminare il maggior numero possibile di cellule tumorali senza richiedere il prelevamento di una porzione troppo grande di tessuto. Si tenta in questo modo di evitare una recidiva e la formazione di metastasi.

Possibili conseguenze dell'intervento

A dipendenza dalla posizione, dalla dimensione e dalla profondità di penetrazione del tumore, il punto operato può disturbare dal profilo cosmetico. Può anche succedere che vengano lesi nervi, tendini o muscoli, compromettendone la sensibilità o causando altri danni.

Se durante l'intervento sono stati compromessi dei vasi linfatici, a causa del reflusso di linfa può formarsi un linfedema (rigonfiamento), che può tuttavia essere trattato (linfodrenaggio, bendaggi, ecc., vedi anche Opuscoli, p. 36).

Radioterapia delle parti molli

Non penetra molto profondamente nei tessuti ed è quindi indicata per tumori superficiali. Il tumore viene distrutto in maniera mirata e il tessuto sottostante in larga misura salvaguardato.

Radioterapia

La radioterapia danneggia in primo luogo le cellule tumorali, impedendo la loro divisione. Non essendo più in grado di moltiplicarsi, muoiono. Le radiazioni possono però anche agire sulle cellule sane, provocando degli effetti secondari temporanei. Contrariamente alle cellule cancerose, quelle sane in maggioranza si riprendono.

Le radiazioni in genere vengono indirizzate sul tumore e sui linfonodi prossimali dall'esterno (radiazione percutanea, attraverso la pelle).

Il campo di irradiazione viene definito con precisione attraverso una tomografia computerizzata; ciò consente di proteggere in buona misura i tessuti circostanti.

Il paziente o la paziente si reca al centro di radioterapia cinque volte la settimana per un periodo da quattro a sei settimane. Una singola seduta dura una decina di minuti.

Nei pazienti colpiti da melanoma, la radioterapia viene solitamente impiegata a scopo adiuvante per trattare linfonodi colpiti e metastasi a distanza. Secondo la situazione, la radioterapia viene combinata con una terapia medicamentosa.

Se un melanoma (per esempio sul viso) non può essere operato in maniera ottimale, si può ricorrere alla radioterapia delle parti molli (vedi p. 21).

Le radioterapie comportano spesso secchezza o arrossamento della pelle irradiata.

- > Discuta questi o altri disturbi immediatamente con il suo medico e si faccia consigliare per trovare delle soluzioni. Osservi anche le indicazioni a p. 28.
- > Troverà altre informazioni sulla radioterapia nell'opuscolo della Lega contro il cancro «Radiooncologia» (vedi p. 36)

Terapie medicamentose

Chemioterapia (citostatici)

Si tratta di una terapia con medicinali che danneggiano le cellule o ne inibiscono la crescita, i cosiddetti citostatici (dal greco *zyto* = cellula, *statikós* = staticità). Contrariamente alla radiazione (radioterapia), che agisce localmente, i medicinali antitumorali giungono attraverso i vasi sanguigni in tutto l'organismo; hanno cioè un effetto sistemico.

I citostatici dovrebbero impedire che le cellule tumorali, a crescita rapida, si dividano e si moltiplichino. In questo processo vengono danneggiate anche cellule sane a crescita rapida, per esempio le cellule del sistema emopoietico (midollo spinale), dei capelli, delle mucose (bocca, stomaco, vagina), gli spermatozoi e gli ovociti.

Questo indesiderato danneggiamento delle cellule sane è la causa principale dei possibili effetti secondari della chemioterapia. Mentre le cellule cancerose muoiono, le cellule sane in genere si riprendono. Gli effetti indesiderati della terapia dopo il trattamento scompaiono o si attenuano.

A seconda del tipo di tumore vengono applicati diversi citostatici; ve ne sono oltre cento.

Nel caso del melanoma spesso si utilizza una sola sostanza (monoterapia). Essa viene somministrata in diversi cicli (da quattro a sei) con un intervallo tra i vari cicli, sotto forma di infusione o di capsule. Il trattamento avviene nella maggior parte dei casi ambulatorialmente. L'obiettivo è l'attenuazione dei disturbi in una fase avanzata della malattia.

Perfusione con citostatici

Se vi sono metastasi satellite o in transito (vedi p. 11) nelle estremità (braccia, gambe), possono essere trattate localmente con citostatici.

La circolazione sanguigna del braccio o della gamba colpita viene temporaneamente staccata dalla restante circolazione e l'arto interessato collegato a una macchina cuore-polmone. L'arto viene riscaldato a 41 °C (ipotermia) e perfuso con un'elevata dose di citostatico.

Questo trattamento tecnicamente viene chiamato perfusione ipotermica. Il riscaldamento permette di aumentare maggiormente l'efficacia dei citostatici.

Possibili effetti indesiderati dei citostatici

Cambiamenti del quadro ematico (con possibile aumento del rischio di infezioni, emorragie o di spossatezza/fatigue), disturbi gastrointestinali, dell'attività cardiaca, infiammazione della mucosa buccale o perdita di capelli. La perfusione localmente può danneggiare anche dei tessuti sani.

Quali di questi effetti secondari si presenteranno nel singolo caso dipende dal tipo di farmaco. Anche il dosaggio e la sensibilità del paziente giocano un ruolo.

Molti effetti indesiderati sono temporanei. Il suo medico, la sua infermiera o un'altra persona di riferimento nell'istituto ospedaliero le forniranno le relative informazioni e la consiglieranno.

Osservi anche le indicazioni generali a p. 28.

Immunoterapia con interferone

Questo trattamento si basa su sostanze prodotte in laboratorio (sintetiche), che fanno parte del sistema immunitario anche nell'organismo naturale.

Una parte di queste sostanze viene definita citochine, tra cui figurano anche gli interferoni. Le citochine possono attivare specifiche cellule del sistema immunitario, stimolandole a crescere e ad aggredire le cellule tumorali. Una immunoterapia in caso di tumore non ha quindi niente a che vedere con un rafforzamento generale del sistema immunitario.

Una tale immunoterapia è possibile solo in determinate situazioni e per pochi tipi di cancro, come per esempio il melanoma. Per questo tipo di tumore può essere utilizzato l'interferone alfa, di regola come sostanza unica (monoterapia). Il suo oncologo o la sua dermatologa la informeranno sul tipo di dosaggio e di somministrazione.



Secondo lo stato attuale delle conoscenze non è però possibile prevedere con certezza se il paziente risponderà alla terapia con interferone.

Possibili effetti indesiderati

Febbre, brividi, mal di testa e dolori alle articolazioni. Dopo una terapia prolungata possono manifestarsi stanchezza, problemi di natura psichica come depressione e difficoltà di concentrazione o perdita di peso.

Gli effetti indesiderati dell'interferone non sono durevoli, ma scompaiono quando cessa la somministrazione del medicamento. Osservi anche le indicazioni generali a p. 28.

Medicina complementare

Molte persone malate di cancro ricorrono, oltre che alla medicina tradizionale, anche a metodi complementari. Questi metodi completano la terapia antitumorale della medicina classica.

Alcune di queste terapie possono in certe circostanze migliorare il benessere e la qualità di vita durante e dopo una terapia antitumorale. Di regola non hanno però alcun effetto sul tumore stesso.

Si sconsiglia l'uso di terapie *alternative*, che vengono cioè applicate in *sostituzione* delle terapie antitumorali della medicina tradizionale. Nell'opuscolo «Alternativi? Complementari?» (vedi p. 36) troverà ulteriori informazioni a proposito.

Durante un colloquio individuale con la sua équipe curante o il suo medico di famiglia sarà possibile stabilire se e quali misure di medicina complementare possono essere sensate nel suo caso, senza compromettere l'effetto della terapia antitumorale in senso stretto. Anche preparati apparentemente innocui possono essere incompatibili con certe terapie antitumorali e sono quindi controindicati.

È importante che informi la sua équipe curante su eventuali metodi da lei scelti autonomamente.

Osservazioni generali

Determinanti per la scelta della terapia sono in primo luogo:

- > la dimensione, la profondità e la localizzazione (zona corporea) del tumore,
- > lo stadio della malattia (vedi p.19), cioè domande quali: quanto spesso è il tumore e fino a dove è penetrato? Quanto profondamente è penetrato? Sono stati colpiti dei linfonodi? Quali? Quanti? Si sono formate metastasi in altri organi o c'è un rischio elevato che ciò accada?
- > l'età e lo stato generale di salute del paziente.

Possibilità di trattamento

I principali metodi terapeutici sono (vedi anche p. 20)

- > chirurgia (escissione, operazione)
- > terapia medicamentosa (chemioterapia, immunoterapia)
- > radioterapia (irradiazione)

Queste opzioni terapeutiche vengono applicate singolarmente o in combinazione, contemporaneamente o in successione.

La chirurgia e la radioterapia possono essere applicate unicamente per tumori chiaramente localizzati, poiché sono efficaci solo localmente.

Le terapie medicamentose a effetto sistemico agiscono invece su tutto il corpo perché si diffondono attraverso i vasi sanguigni e linfatici. Vengono applicate per i tumori non chiaramente localizzati, cioè per tumori che hanno già formato delle metastasi.

A seconda del tumore e dello stadio della malattia si modificano obiettivi e principi terapeutici.

Obiettivi terapeutici

Curativo

Significa che l'obiettivo della terapia è la guarigione.

Palliativo

(dal lat. palliare = ammantare, coprire con un manto)

Quando la guarigione non è più possibile, si tenta di ritardare la progressione della malattia con diversi trattamenti medici; ci si preme in particolare di conservare una buona qualità di vita. In alcuni casi è possibile tenere sotto controllo la malattia per diversi anni.

Sono inoltre a disposizione diverse misure mediche, infermieristiche, psicologiche e spirituali per attenuare i disturbi (per esempio i dolori).

Quando la situazione lo consente, l'obiettivo della terapia è la guarigione. Di regola una guarigione è possibile solo se il tumore ha po-

tuto essere asportato completamente durante l'intervento chirurgico (vedi anche p. 20).

Se il tumore risulta inoperabile a causa della sua localizzazione ed estensione o se ha già formato delle metastasi in altri organi, solo in rari casi è possibile ottenere una guarigione; si può però frenare la progressione della malattia o stabilizzare la situazione per un certo periodo. Eventuali disturbi possono essere in larga misura attenuati.

Principi terapeutici

Adiuvante

(lat. adiuvaré = sostenere, aiutare) Si tratta di terapie supplementari che dopo l'operazione distruggono eventuali cellule cancerose rimaste e che mirano a ridurre il rischio di recidiva e di metastasi.

Neoadiuvante/preoperatorio

(greco néos = nuovo) Si tratta di una terapia che precede l'operazione per ridurre la dimensione di un tumore esistente. Ciò permette un intervento meno invasivo. Anche metastasi di dimensioni microscopiche (micro-metastasi) possono così già essere distrutte.

Scelta della terapia

Di regola la terapia viene pianificata e sorvegliata in maniera interdisciplinare. Significa che il medico specialista in dermatologia coinvolge anche medici di altre discipline (per esempio chirurgia, radiooncologia, oncologia, chirurgia plastica e ricostruttiva). Insieme valutano le condizioni di partenza e le proporranno la migliore terapia possibile per la sua situazione.

Discuta le possibilità di trattamento proposte con il suo dermatologo ed eventualmente anche con altri specialisti coinvolti.

Forse desidera che un familiare o un'altra persona di fiducia l'accompagni in occasione di questi colloqui.

Può anche consultare il suo medico di famiglia o chiedere un secondo parere. Il suo medico curante non lo interpreterà come un segno di sfiducia ma lo reputa un suo diritto.

Chieda eventualmente la consulenza di uno psicooncologo. Non è automatico che le venga offerto questo tipo di sostegno, che comprende anche altri aspetti, oltre a quelli medici.

Riservi sufficiente tempo per la discussione della terapia e per le sue domande:

- > L'obiettivo della terapia è la guarigione? Può prolungare la vita? Migliora la qualità di vita?
- > Vi sono alternative alla terapia proposta?
- > Quali benefici e svantaggi presenta la terapia (anche relativi alla qualità e alla durata della vita)?
- > Quali effetti secondari bisogna aspettarsi? Sono temporanei o permanenti? Come si possono combattere e attenuare?
- > Quali ripercussioni avranno la malattia e la terapia sulla sua vita quotidiana e sulle persone che la circondano?
- > Quale risultato ci si può aspettare dalle varie opzioni terapeutiche dal profilo cosmetico?

Effetti indesiderati

Se e con quale intensità si presenteranno degli effetti secondari dipende da individuo a individuo. Alcuni degli effetti secondari menzionati nel capitolo Metodi terapeutici (vedi p. 20) possono oggi essere attenuati con misure mediche o infermieristiche. A condizione di informare la sua équipe curante quando accusa dei disturbi.

Alcuni effetti secondari possono manifestarsi durante la terapia e scomparire più tardi, mentre altri sono permanenti e altri ancora si presentano solo in una fase successiva, quando il trattamento vero e proprio è già concluso. La maggior parte degli effetti secondari diminuisce nel corso di giorni, settimane o mesi.

Specialmente in uno stadio avanzato è consigliabile soppesare attentamente il probabile successo della terapia e gli effetti secondari indesiderati che sono legati al trattamento.

Importante

- > Molti effetti secondari si possono prevedere. Per attenuarli le saranno somministrati – a dipendenza dal trattamento antitumorale scelto – determinati farmaci di accompagnamento, talvolta già prima di iniziare la terapia; è importante assumerli secondo le prescrizioni.
- > Parli sempre con la sua équipe curante prima di ricorrere a medicinali scelti da lei. Ciò vale pure per pomate, lozioni e simili. Anche se si tratta di prodotti «naturali» o se appaiono innocui, possono incidere sulla terapia.

Numerosi opuscoli della Lega contro il cancro (vedi p. 36) si occupano delle terapie antitumorali più diffuse e degli effetti della malattia e delle terapie, fornendo utili indicazioni per meglio conviverci.

La terapia nell'ambito di uno studio clinico

La ricerca medica studia in continuazione nuovi approcci terapeutici e nuovi metodi di cura. Dopo numerosi test preliminari le nuove terapie sono infine sperimentate sull'uomo. In genere si cerca di accrescere l'efficacia e la tollerabilità di terapie già note oppure di verificare se i nuovi metodi comportano dei vantaggi (allungamento della vita, rallentamento della malattia, attenuazione dei dolori, ecc.).

Forse le verrà proposto di effettuare parte della terapia nel quadro di uno studio clinico. Lei ha però anche il diritto di informarsi autonomamente sullo svolgimento di studi sulla sua malattia.

Queste terapie hanno dei vantaggi, ma anche degli inconvenienti: solo un colloquio personale con il medico può chiarire ogni aspetto.

La partecipazione a uno studio clinico è sempre volontaria e lei può interrompere la terapia in qualsiasi momento.

L'opuscolo «Trattamento dei tumori nell'ambito di uno studio clinico» (vedi p. 37) spiega il perché di questi studi e l'importanza che una sua partecipazione potrebbe avere per lei.

La terapia negli stadi precoci (I, II, parzialmente III)

Troverà informazioni più dettagliate sulla suddivisione in stadi a p. 19; i singoli metodi terapeutici sono descritti da p. 20.

La terapia di elezione è l'asportazione chirurgica completa del tumore; l'intervento avviene solitamente in anestesia locale.

Margine di sicurezza

Se l'esame del tessuto prelevato ha confermato la diagnosi di melanoma, durante un secondo intervento praticato nello stesso punto viene asportato altro tessuto con un margine di sicurezza.

Con uno spessore del tumore fino a 2 mm il necessario margine di sicurezza dal tessuto sano circostante è di 1 cm; se il tumore è più spesso di 2 mm, il margine è di 2 cm.

Se non è possibile ottenere il necessario margine di sicurezza di tessuto sano, per esempio sul viso, sulle mani o sui piedi, il tumore può essere asportato mediante il procedimento graduale della chirurgia con margine di sicurezza.

Nelle persone anziane con una determinata forma di melanoma sul viso (melanoma del tipo lentiginomaligno) si può ricorrere, invece dell'operazione, a una radioterapia.

Altre terapie o terapie supplementari

Se dall'esame del linfonodo sentinella (vedi p. 16) è risultata la presenza di micrometastasi, può essere necessario asportare altri linfonodi nella zona colpita. Un tale intervento può anche essere effettuato nel quadro di uno studio clinico (vedi p. 29).

Se sono colpiti da cellule cancerose diversi linfonodi prossimali, oltre al tumore vengono asportati tutti i linfonodi della zona corporea interessata. Se ciò non è possibile o troppo gravoso per il paziente, si può considerare anche una combinazione di radio e chemioterapia.

Trattamenti medicamentosi con interferone alfa vengono offerti ed effettuati unicamente nel quadro di uno studio clinico.

La terapia nello stadio avanzato (IV, parzialmente III)

Troverà informazioni più dettagliate sulla suddivisione in stadi a p. 19; i singoli metodi terapeutici sono descritti da p. 20.

Anche nello stadio avanzato, l'asportazione completa del tumore e dei linfonodi colpiti è la terapia d'elezione (vedi Terapia negli stadi precoci, p. 30).

Se il tumore ha formato singole metastasi in un organo interno (per esempio nei polmoni o nel cervello), queste possono eventualmente essere asportate chirurgicamente o ridotte.

Se vi sono numerose metastasi in organi distanti, non è possibile asportarle completamente mediante un intervento chirurgico. In questo caso si applicano altri trattamenti per ridurre i focolai tumorali e attenuare i disturbi; queste terapie si svolgono spesso nell'ambito di uno studio clinico.

La terapia ottimale si differenzia secondo la localizzazione (zona del corpo) e il tipo di metastasi:

- > Se vi sono metastasi satellite o in transito nella regione delle estremità (braccia, gambe) possono essere trattate localmente con farmaci anti-tumorali (perfusione con citostatici).
- > In caso di metastasi disseminate in diverse zone del corpo possono recare sollievo e migliorare la qualità di vita una terapia medicamentosa e/o una radioterapia.
- > In caso di metastasi dolorose o che limitano la mobilità si possono attenuare i disturbi con un'asportazione dei linfonodi.

Terapia del dolore

In caso di melanoma in stadio avanzato possono manifestarsi – non da ultimo a causa di possibili metastasi – dei dolori che, se non trattati, sono pesanti da sopportare.

È quindi importante non tacere o sopportare in silenzio i suoi dolori.

I dolori non trattati indeboliscono e logorano inutilmente una persona, sottraendole forze necessarie per combattere la malattia. Perciò dovrebbe sfruttare al massimo le possibilità offerte dalla moderna terapia del dolore.

I dolori tumorali possono sempre essere attenuati e, in molti casi, eliminati completamente, grazie a farmaci o ad altre misure. Troverà molte e utili informazioni in proposito nell'opuscolo della Lega contro il cancro «Vivere con il cancro, senza dolore», p. 36.

Il post-trattamento e la riabilitazione

Una volta conclusa la terapia, le saranno proposti esami di controllo regolari. Questi esami servono tra l'altro a individuare precocemente e a trattare adeguatamente una recidiva del tumore, un tumore secondario o metastasi a distanza.

Questi esami servono inoltre a diagnosticare e a lenire effetti secondari e disturbi legati alla malattia o alla terapia. Ne fanno parte – a seconda del bisogno – anche la consulenza e il sostegno psico-oncologico e psicosociale (vedi Appendice).

È importante affrontare le difficoltà legate alla malattia, siano esse di natura psicologica, professionale o sociale. È la via migliore per ottenere una buona riabilitazione e un reinserimento sereno nella vita quotidiana.

Per favore non esiti a rivolgerti al medico all'insorgere di sintomi e disturbi, senza aspettare la scadenza del successivo controllo.

Numerose persone confrontate con una diagnosi di cancro vivono oggi meglio e più a lungo che non alcuni decenni fa. In molti casi, tuttavia, il trattamento è lungo e gravoso. Alcune persone riescono a mantenere più o meno l'abituale ritmo di vita, mentre per altre ciò non è impossibile.

Ascoltare sé stessi

Si conceda il tempo necessario per configurare la sua nuova situazione di vita. Il ritorno alla vita quotidiana può avvenire in maniera graduale, in sintonia con il carico che è in grado di sopportare.

Proprio come le persone sane affrontano in maniera diversa le questioni esistenziali, anche una situazione di malattia è vissuta in modo differente da un individuo all'altro. La gamma delle reazioni va da un «Tutto andrà bene!» o «Speriamo che tutto vada bene!» a «Di certo andrà tutto storto!» o «È finita, dovrò morire!».

Cercare il dialogo

Ogni malattia tumorale è accompagnata da sentimenti di paura, indipendentemente dalle probabilità di guarigione.

Alcuni non vogliono parlare della propria situazione, altri lo desiderano ma non osano affrontare l'argomento. Altri ancora sono delusi se le persone che li circondano

fanno finta di niente. Tuttavia non esistono ricette miracolose. Ciò che può aiutare una persona può essere insignificante per un'altra o viceversa.

Cerchi di scoprire quali aspetti potrebbero contribuire a migliorare la sua qualità di vita. A volte basta porsi semplici domande come:

- > Cosa voglio? Quali sono i miei bisogni?
- > Cosa mi occorre?
- > Come potrei soddisfare i miei bisogni?
- > Chi potrebbe aiutarmi?

Consulti anche l'appendice e consideri le altre indicazioni contenute in questo opuscolo.

Richiedere assistenza specialistica

Se dopo un periodo prolungato non riesce ancora ad affrontare le difficoltà come auspicerebbe, non esiti a richiedere un'adeguata assistenza specialistica.

Parli con qualcuno della sua équipe curante o con il suo medico di famiglia. In questa maniera le potranno eventualmente essere raccomandate o prescritte ulteriori misure di sostegno coperte dall'assicurazione malattia di base.

Per questioni psicosociali e offerte di riabilitazione può rivolgersi anche al servizio sociale dell'ospedale o alla sua Lega contro il cancro.



Appendice

Chieda consiglio

Il personale curante

... le fornirà volentieri ulteriori indicazioni per superare i disturbi legati alla malattia e ai trattamenti. Consideri anche la possibilità di ricorrere a eventuali misure complementari in grado di contribuire al suo recupero e reinserimento nella vita professionale e sociale e a migliorare il suo benessere.

Eventualmente chieda anche una consulenza presso uno psicooncologo.

La sua Lega cantonale contro il cancro

... le offre consulenza, assistenza e sostegno per superare le difficoltà dovute alla malattia. L'offerta delle Leghe cantonali comprende anche corsi o aiuto nel chiarimento di questioni assicurative e la mediazione di altri specialisti (per esempio per il linfodrenaggio, la consulenza psicooncologica, le terapie complementari, ecc.)

Linea cancro 0800 11 88 11

Una specialista le presterà ascolto, la informerà sui possibili passi da intraprendere e risponderà alle sue domande relative alla malattia tumorale e alle terapie che sta seguendo. La chiamata e la consulenza sono gratuite.

Scambio con altri pazienti

Lei ha inoltre la possibilità di discutere di ciò che le sta a cuore in un forum in internet. A questo proposito le segnaliamo il sito www.forumcancro.ch, una delle prestazioni di Linea cancro.

La preghiamo tuttavia di tenere presente che ciò che ha aiutato o danneggiato un'altra persona non deve avere lo stes-

so effetto su di lei. Ma apprendere in che modo altri pazienti e i loro familiari sono riusciti a gestire la propria situazione può di certo aiutare.

Organizzazioni di autoaiuto

In questi gruppi i pazienti si scambiano esperienze e informazioni. Ciò risulta spesso più facile con persone che si sono trovate in situazioni analoghe.

Assicurazione

- > I costi del trattamento in caso di cancro vengono assunti dall'assicurazione di base obbligatoria a condizione che si tratti di una terapia riconosciuta o che il prodotto figuri nel cosiddetto elenco delle specialità dell'UFSP (Ufficio federale della sanità pubblica). Il suo medico curante è tenuto a informarla accuratamente a questo proposito.
- > Anche nell'ambito di uno studio clinico (vedi p. 29) i costi per i trattamenti con sostanze riconosciute sono coperti. Alcune procedure relative a nuove terapie sono tuttavia legate a determinate condizioni.
- > Per consulenze/terapie complementari di carattere non medico la copertura dei costi da parte dell'assicurazione di base o dell'assicurazione complementare non è garantita. Chiarisca per favore questo punto prima di iniziare il trattamento o chieda al suo medico curante, all'ospedale o alla Lega cantonale contro il cancro di farlo per lei.
- > Le persone a cui è stata diagnosticata una malattia tumorale vengono accettate solo con riserva in una nuova assicurazione malattia complementare. Anche per assicurazioni sulla vita che superano una determinata somma l'assicurazione esprimerà delle riserve.

Opuscoli della Lega contro il cancro

- > **Sole – una questione di pelle**
- > **Tumore della pelle – rischi e diagnosi precoce**
- > **Tumori della pelle chiari – basalioma, spinalioma, stadi precursori**
- > **La terapia medicamentosa dei tumori**
- > **La radio-oncologia**
- > **Vivere con il cancro, senza dolore**
- > **La terapia antitumorale ha cambiato il mio aspetto**
Suggerimenti e idee da capo a piedi
- > **Sessualità femminile e cancro**
- > **Sessualità maschile e cancro**
- > **Il linfedema**
Informazioni per i pazienti per la prevenzione e la cura
- > **Alternativi? Complementari?**
Rischi e benefici di metodi non riconosciuti in oncologia
- > **Attività fisica e cancro**
Riacquistare fiducia nel proprio corpo
- > **Accompagnare un malato di cancro**
Guida per familiari e amici

> **Neuland entdecken – REHA-Seminare der Krebsliga/A la découverte de nouveaux horizons – Stages de réadaptation**
Programma di corsi

> **Rischio di cancro ereditario**
Aiuto all'orientamento per famiglie con numerosi casi di cancro

> **Cancro – dai geni all'uomo**
Un CD-Rom che illustra l'origine e il trattamento delle malattie tumorali (fr. 25.–, più spese di spedizione). Disponibile in tedesco e francese.

> **Cancro – quando le speranze di guarigione svaniscono**

Le pubblicazioni si possono ordinare

- > presso la Lega contro il cancro della sua regione
- > chiamando il numero telefonico: 0844 85 00 00
- > per e-mail: shop@legacancro.ch
- > all'indirizzo www.legacancro.ch

Sul sito www.legacancro.ch/opuscoli troverà l'elenco completo di tutti gli opuscoli della Lega contro il cancro con una breve descrizione del loro contenuto. La maggior parte degli opuscoli è gratuita. Le vengono offerti dalla Lega svizzera contro il cancro e dalla sua Lega cantonale contro il cancro. Ciò è possibile unicamente grazie alle offerte delle nostre sostenitrici e dei nostri sostenitori.

Opuscoli di altre organizzazioni

«**Melanoma**», Associazione italiana malati di cancro, parenti e amici, disponibile online: www.aimac.it/informazioni/libretti/

«**Melanoma**», Associazione italiana di oncologia medica, disponibile online: www.fondazioneaiom.it/opuscoli/10-Melanoma.pdf

«**Melanoma**», SOS tumori, Servizio nazionale di supporto ed informazioni in oncologia, disponibile online: www.sostumori.org/Documenti/Guide/melanoma1.htm

«**Trattamento dei tumori nell'ambito di uno studio clinico**», ottenibile presso il Gruppo svizzero di ricerca clinica sul cancro SAKK, tel. 031 389 91 91, www.sakk.ch, e-mail: sakccc@sakk.ch.

Internet

(in ordine alfabetico)

www.aimac.it

Associazione italiana malati di cancro, parenti e amici

www.airc.it/tumori/tumore-alla-pelle.asp

Associazione italiana per la ricerca sul cancro

www.cancer.gov/cancertopics/types/skin (in inglese)

National Cancer Institute USA

www.forumcancro.ch

Il forum internet della Lega contro il cancro

www.melanoma.ch

Un sito della Lega contro il cancro

www.skincancerday.it

Un sito per la prevenzione delle malattie cutanee

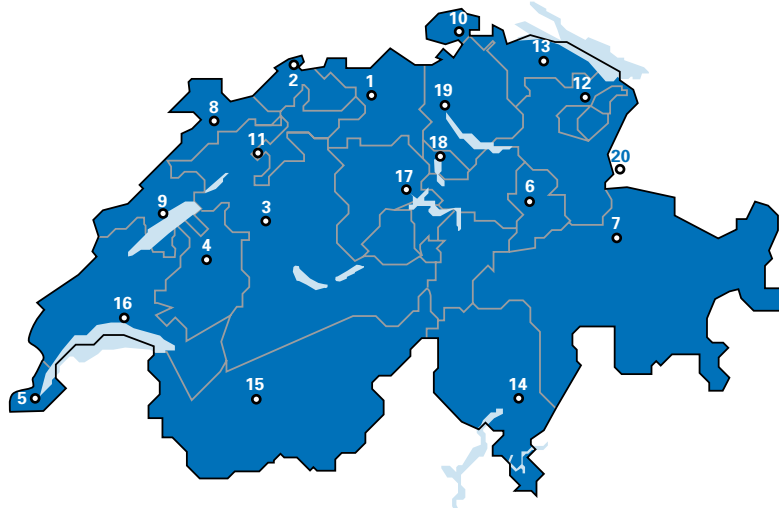
www.tipodipelle.ch

Un sito della Lega contro il cancro con semplice test per determinare il proprio tipo di pelle

Fonti

Le pubblicazioni e i siti internet citati in questo opuscolo sono serviti alla Lega contro il cancro tra l'altro anche come fonti. Soddisfano complessivamente i criteri di qualità della Health On the Net Foundation, il cosiddetto HonCode (vedi www.hon.ch).

Consulenza e aiuto – la Lega contro il cancro nella sua regione



1 Krebsliga Aargau
Milchgasse 41, 5000 Aarau
Tel. 062 834 75 75
Fax 062 834 75 76
admin@krebssliga-aargau.ch
www.krebssliga-aargau.ch
PK 50-12121-7

2 Krebsliga beider Basel
Mittlere Strasse 35, 4056 Basel
Tel. 061 319 99 88
Fax 061 319 99 89
info@klbb.ch
www.krebssliga-basel.ch
PK 40-28150-6

3 Bernische Krebsliga
Ligue bernoise contre le cancer
Marktgasse 55, Postfach 184
3000 Bern 7
Tel. 031 313 24 24
Fax 031 313 24 20
info@bernischekrebssliga.ch
www.bernischekrebssliga.ch
PK 30-22695-4

4 Ligue fribourgeoise contre le cancer
Krebsliga Freiburg
Route de Beaumont 2
case postale 75
1709 Fribourg
tél. 026 426 02 90
fax 026 425 54 01
info@liguecancer-fr.ch
www.liguecancer-fr.ch
CP 17-6131-3

5 Ligue genevoise contre le cancer
17, boulevard des Philosophes
1205 Genève
tél. 022 322 13 33
fax 022 322 13 39
ligue.cancer@mediane.ch
www.lgc.ch
CP 12-380-8

6 Krebsliga Glarus
Kantonsspital, 8750 Glarus
Tel. 055 646 32 47
Fax 055 646 43 00
krebssliga-gl@bluewin.ch
PK 87-2462-9

7 Krebsliga Graubünden
Alexanderstrasse 38, 7000 Chur
Tel. 081 252 50 90
Fax 081 253 76 08
info@krebssliga-gr.ch
www.krebssliga-gr.ch
PK 70-1442-0

8 Ligue jurassienne contre le cancer
Rue de l'Hôpital 40
case postale 2210
2800 Delémont
tél. 032 422 20 30
fax 032 422 26 10
ligue.ju.cancer@bluewin.ch
www.liguecancer-ju.ch
CP 25-7881-3

9 Ligue neuchâteloise contre le cancer
Faubourg du Lac 17
case postale
2001 Neuchâtel
tél. 032 721 23 25
lnc@ne.ch
www.liguecancer-ne.ch
CP 20-6717-9

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

11 Krebsliga Solothurn
Hauptbahnhofstrasse 12
4500 Solothurn
Tel. 032 628 68 10
Fax 032 628 68 11
info@krebssliga-so.ch
www.krebssliga-so.ch
PK 45-1044-7

12 Krebsliga St. Gallen-Appenzell
Flurhofstrasse 7
9000 St. Gallen
Tel. 071 242 70 00
Fax 071 242 70 30
beratung@krebssliga-sg.ch
www.krebssliga-sg.ch
PK 90-15390-1

13 Thurgauische Krebsliga
Bahnhofstrasse 5
8570 Weinfelden
Tel. 071 626 70 00
Fax 071 626 70 01
info@tgkl.ch
www.tgkl.ch
PK 85-4796-4

14 Lega ticinese contro il cancro
Piazza Nosetto 3
6500 Bellinzona
tel. 091 820 64 20
fax 091 820 64 60
info@legacancro-ti.ch
www.legacancro-ti.ch
CP 65-126-6

15 Ligue valaisanne contre le cancer
Krebsliga Wallis
Siège central:
Rue de la Dixence 19, 1950 Sion
tél. 027 322 99 74
fax 027 322 99 75
info@lvcc.ch
www.lvcc.ch
Beratungsbüro:
Spitalzentrum Oberwallis
Überlandstrasse 14, 3900 Brig
Tel. 027 922 93 21
Mobile 079 644 80 18
Fax 027 922 93 25
info@krebssliga-wallis.ch
www.krebssliga-wallis.ch
CP/PK 19-340-2

16 Ligue vaudoise contre le cancer
Av. de Gratta-Paille 2
case postale 411
1000 Lausanne 30 Grey
tél. 021 641 15 15
fax 021 641 15 40
info@lvc.ch
www.lvc.ch
CP 10-22260-0

17 Krebsliga Zentralschweiz
Hirschmattstrasse 29, 6003 Luzern
Tel. 041 210 25 50
Fax 041 210 26 50
info@krebssliga.info
www.krebssliga.info
PK 60-13232-5

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

19 Krebsliga Zürich
Moussonstrasse 2, 8044 Zürich
Tel. 044 388 55 00
Fax 044 388 55 11
info@krebssliga-zh.ch
www.krebssliga-zh.ch
PK 80-868-5

20 Krebshilfe Liechtenstein
Im Malarsch 4, FL-9494 Schaan
Tel. 00423 233 18 45
Fax 00423 233 18 55
admin@krebshilfe.li
www.krebshilfe.li
PK 90-4828-8

Lega svizzera contro il cancro
Effingerstrasse 40
casella postale 8219
3001 Berna
tel. 031 389 91 00
fax 031 389 91 60
info@legacancro.ch
www.legacancro.ch
CP 30-4843-9

Linea cancro
tel. 0800 11 88 11
(chiamata gratuita)
lunedì-venerdì
ore 10.00–18.00
helpline@legacancro.ch
www.forumcancro.ch

Per ordinare gli opuscoli
tel. 0844 85 00 00
shop@legacancro.ch

Siamo grati per qualsiasi offerta.

Offerto dalla sua Lega contro il cancro: