

# Insieme a te...

DALLA PREVENZIONE ALLA CURA  
DEL **TUMORE DELLA LARINGE**



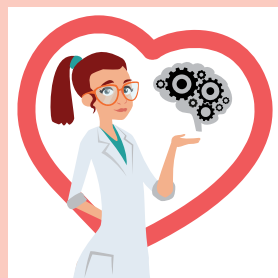
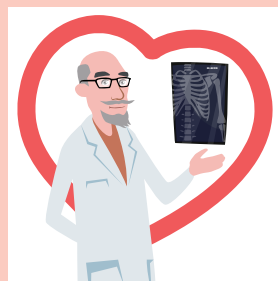


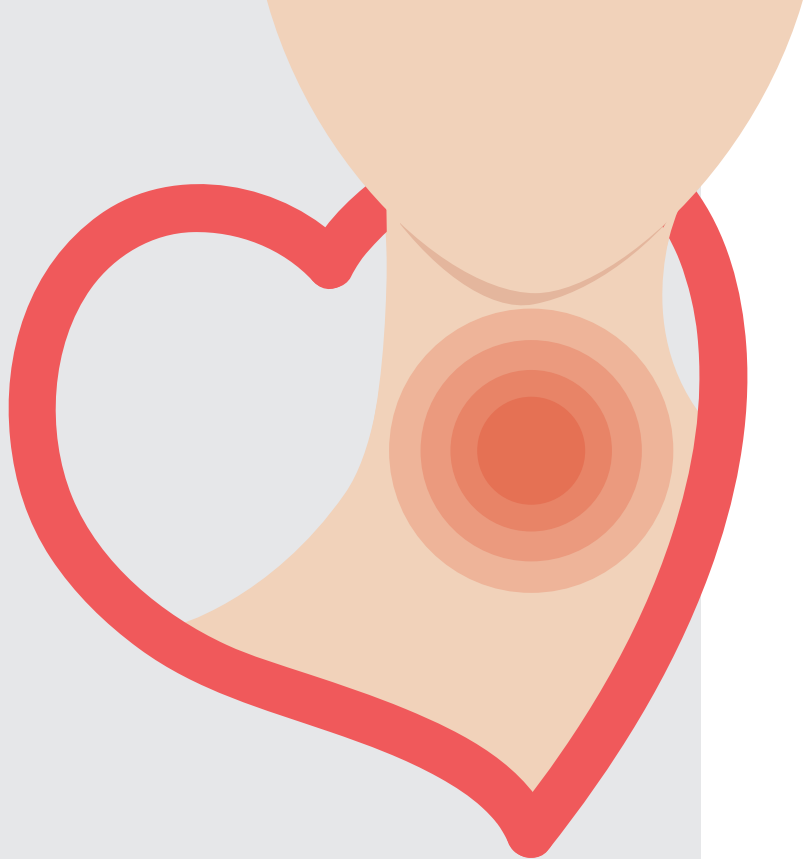
# Insieme a te...

## DALLA PREVENZIONE ALLA CURA DEL TUMORE DELLA LARINGE

### INDICE

<u>PREFAZIONE</u>	p. 3
<u>CHE COSA È LA LARINGE?</u>	p. 4
<u>IL TUMORE ALLA LARINGE</u>	p. 4
• cos'è	p. 4
• fattori di rischio	p. 4
• sintomi	p. 5
<u>COME SI FA DIAGNOSI</u>	p. 6
<u>COME SI CURA IL TUMORE ALLA LARINGE</u>	p. 7
• come si eseguono radioterapia e chemioterapia	p. 9
• come si vive senza laringe	p. 9
<u>ASSISTENZA PSICO-ONCOLOGICA</u>	p. 11
<u>TUTELE</u>	p. 13





*Prefazione a cura di:*

*Dr. PIERO FENU*

*Direttore Sanitario Istituto di Candiolo, FPO-IRCCS*

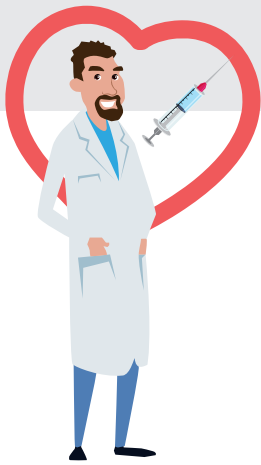
*Dr. OSCAR BERTETTO*

*Direttore Dipartimento Interaziendale Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta*

## prefazione

La corretta informazione rappresenta una strategia essenziale nella battaglia contro il cancro. È essenziale nell'ambito della prevenzione, laddove educa alla modifica di abitudini e stili di vita insalubri (prevenzione primaria) ed orienta verso i percorsi diagnostici atti ad individuare la malattia tumorale in fase precoce (prevenzione secondaria). È fondamentale anche in ambito terapeutico, ove l'antico modello di unilateralità decisionale (il medico decide la terapia che il paziente "supinamente" accetta) deve essere sostituito da un rapporto in cui i professionisti sanitari interagiscono con pazienti consapevoli ed informati su benefici ed effetti collaterali dei trattamenti. Numerosi studi sottolineano quanto consapevolezza e partecipazione ("patientempowerment") comportino un miglioramento di numerosi indicatori di outcome clinico e psicologico.

Da tale presupposto deriva il Progetto della Fondazione del Piemonte per l'Oncologia - a cui ha aderito la Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta - che è stato denominato OMERO 2.0 (dal nome del narratore per eccellenza). Gli specialisti dell'IRCCS di Candiolo, utilizzando lessico e stili descrittivi semplici ma scientificamente accurati, hanno elaborato opuscoli informativi inerenti le principali patologie tumorali. Particolare attenzione è stata dedicata, oltre alla prevenzione ed al contesto diagnostico-terapeutico, alla descrizione delle opportunità socio-assistenziali ed all'importanza dell'assistenza psico-oncologica per i pazienti ed i familiari.



## che cosa è la Laringe?

La laringe rappresenta la prima parte dell'apparato respiratorio; si continua con la trachea, che a sua volta si diramerà nei bronchi. È posta nella parte centrale del collo, in corrispondenza della quinta, sesta e settima vertebra cervicale, ed è costituita da cartilagini, membrane e muscoli connessi tra loro a formare uno scheletro cartilagineo ed uno mucoso. La cartilagine più prominente, chiamata cartilagine tiroide, forma una prominenza, nota come "pomo d'Adamo", evidente nel collo, soprattutto negli uomini, specie se magri.

La laringe si può suddividere in tre parti principali:

- Sovraglottide
- Glottide, sede delle corde vocali
- Sottoglottide

La laringe è un organo estremamente complesso, che possiede diverse funzioni.

Per prima cosa, è uno degli attori principali nel meccanismo di **respirazione** e di **deglutizione**. Protegge le basse vie aeree (bronchi e polmoni) impedendo l'ingresso del cibo, attraverso il riflesso della tosse e grazie all'epiglottide, una piccola cartilagine a forma di foglia, che funge da vero e proprio "coperchio" durante la deglutizione.

Inoltre, la laringe è sede delle corde vocali; ci permette quindi di **parlare**. Le corde vocali sono ascrivibili ad uno strumento musicale: si tendono e vibrano durante il passaggio dell'aria espirata dal polmoni, per produrre un suono.

## IL TUMORE ALLA LARINGE

### COS'È?

I tumori maligni della laringe costituiscono i tumori più frequenti del distretto cervico-cefalico, di pertinenza del medico-chirurgo specialista in **Otorinolaringoiatria** (ORL). Il più frequente tra questi è il cosiddetto carcinoma squamocellulare.

Il tumore della laringe è più frequente negli uomini, colpiti 10 volte di più delle donne. L'età media in cui questo si manifesta è tra i 50 ed i 70 anni.

Negli anni si è assistito ad un progressivo aumento dell'incidenza del tumore della laringe; questo trend è andato di pari passo agli sviluppi delle tecniche diagnostiche e terapeutiche, con il miglioramento delle cure e quindi dell'aspettativa di vita.

Oggi, la sopravvivenza dei pazienti affetti da tumore alla laringe varia a seconda dell'estensione del tumore; se la diagnosi è precoce, la sopravvivenza del paziente è intorno al 95%.

### QUALI SONO I FATTORI DI RISCHIO ASSOCIATI ALLO SVILUPPO DEL CANCRO ALLA LARINGE?

Il **fumo di tabacco** costituisce sicuramente il più importante tra i fattori di rischio connessi all'insorgenza di tumore maligno della laringe. I fumatori hanno una probabilità di sviluppare un tumore alla laringe dalle 4 alle 32 volte in più rispetto ai non fumatori. La relazione fra numero di sigarette fumate e cancro della laringe è lineare ed il rischio di ammalarsi aumenta con l'aumentare del numero di sigarette consumate. Il rischio è più basso nei fumatori di pipa e sigaro. Il rischio diminuisce nelle persone che hanno smesso di fumare da oltre 5 anni. Se il paziente è un accanito fumatore è consigliabile eseguire delle visite periodiche otorinolaringoiatriche, una volta all'anno. È ovviamente consigliato smettere di fumare o ridurre drasticamente la quantità di sigarette fumate.

In misura minore anche l'abuso di **alcool** è uno dei fattori di rischio per lo sviluppo del tumore laringeo.

Esistono altri fattori di rischio, senza dubbio meno importanti del fumo, quali l'esposizione lavorativa all'**amianto ed al nichel**.

### **QUALI SONO I SINTOMI?**

La presentazione clinica del tumore della laringe varia a seconda della zona in cui questo insorge.

Il sintomo più frequente è rappresentato dalla voce rauca (**disfonia**), resistente alle normali cure mediche. Tale disturbo è dapprima saltuario e tende a farsi più frequente e più intenso fino a trasformarsi in una mancanza completa della voce (**afonia**).

Quando non sono colpite le corde vocali, bensì altre zone della laringe, i sintomi sono purtroppo scarsi e costituiti per lo più da un **senso di fastidio ad inghiottire**.

Se il tumore è più esteso si può manifestare con una vera e propria difficoltà nella deglutizione (**disfagia**) e può comparire dolore, spesso irradiato verso l'orecchio.

Se il tumore è di grosse dimensioni e occlude il passaggio dell'aria attraverso la laringe, il paziente può aver difficoltà durante la respirazione (**dispnea**).

Talvolta il primo sintomo è costituito dall'aumento di volume di uno o più linfonodi situati nel collo. Il paziente se ne accorgerà autoriscontrandosi un rigonfiamento nel collo (**linfadenopatia laterocervicale**).



## Come si fa diagnosi?

Così come per tutti tumori, la diagnosi della malattia negli stadi iniziali permette maggiori possibilità di guarigione e scelte terapeutiche che rendono possibile la conservazione della laringe e conseguentemente delle sue funzioni. Per fare una corretta diagnosi della malattia e della sua estensione, sono di fondamentale importanza una corretta anamnesi del paziente, l'esame obiettivo completato da indagini strumentali e gli esami radiologici di imaging.

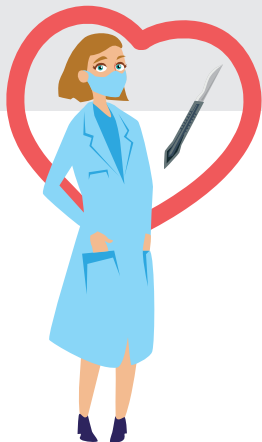
### ESAMI STRUMENTALI:

- **Laringoscopia indiretta:** consiste nella visualizzazione della laringe in modo indiretto, mediante l'utilizzo di uno specchietto introdotto dalla bocca. È un esame pratico, rapido e, nella maggior parte dei casi, può dare una discreta immagine della laringe e delle eventuali patologie presenti. Permette di valutare come si muovono le corde vocali sia in fonazione, mentre cioè si pronuncia "e" o "i", sia durante la respirazione. È necessaria la collaborazione del paziente. Oggi, la laringoscopia indiretta è stata pressoché interamente sostituita dalla (video)laringoscopia diretta con fibre ottiche
- **Laringoscopia diretta con fibre ottiche:** consiste nella visualizzazione diretta della laringe. Si esegue facendo passare un fibroscopio (tubo flessibile di piccolo diametro formato da un'ottica ed una telecamera) attraverso il naso fino ad arrivare a visualizzare la laringe ai suoi diversi livelli. È un esame ben tollerato dal paziente; permette un'ottima visualizzazione della laringe, della motilità delle corde vocali e di eventuale presenza di segni diretti o indiretti di malattia.
- **Laringoscopia in sospensione:** è un esame indispensabile. Viene eseguito mentre il paziente dorme, ovvero in anestesia generale. Passando attraverso la bocca, si arriva ad esplorare la laringe attraverso strumenti chirurgici ed ottici specifici, eventualmente avvalendosi anche del microscopio (**microlaringoscopia**). Attraverso questa procedura, la laringe viene studiata nella sua interezza, si possono individuare lesioni anche molto piccole e studiarle con delle particolari tecniche di colorazione, si può avere un'idea dell'estensione del tumore e si possono fare biopsie. È opportuno sottolineare che solo la biopsia, ovvero il prelievo e la successiva analisi al microscopio da parte del Collega Anatomopatologo di un frammento di tessuto (esame istologico) prelevato durante la laringoscopia con fibre ottiche o a sospensione costituisce l'unica vera prova che siamo di fronte ad un tumore.

### ESAMI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI:

- **Ecografia del collo:** è un esame di primo livello, non invasivo. Permette la valutazione dei linfonodi del collo. I linfonodi, infatti, come abbiamo già detto in precedenza, possono essere sedi di metastasi del tumore della laringe. L'ecografia può essere completata con un'agobiopsia di un linfonodo del collo se sospetto. Tramite un ago apposito si vanno a prelevare delle cellule del linfonodo, che verranno inviate al Collega Anatomopatologo per l'analisi (**esame citologico**)
- **Rx torace:** è un esame di primo livello, non invasivo, che permette di fare una fotografia del torace del Paziente, con particolare attenzione ai polmoni. Questo esame è molto importante sia nel pre-operatorio, nel caso il Paziente dovesse essere sottoposto a chirurgia, ma anche per valutare l'eventuale presenza di metastasi polmonari del tumore laringeo, o la contemporanea presenza di un tumore ai polmoni. Il fumo infatti è la causa più importante anche del tumore polmonare.
- **Tomografia Computerizzata (TC) e la Risonanza magnetica (RM):** sono esami di secondo livello, essenziali nella valutazione del tumore laringeo. Forniscono informazioni circa l'estensione precisa del tumore nella laringe ed in eventuali regioni vicine (linfonodi del collo).





## Come si cura il tumore alla laringe?

Diverse sono le opzioni terapeutiche per il tumore alla laringe. La scelta della corretta modalità terapeutica sarà basata su diversi fattori, quali lo stadio di malattia, l'estensione del tumore, l'età del paziente e le sue patologie concomitanti, l'esperienza del Chirurgo, dell'Oncologo e del Radioterapista e la volontà del paziente.

Per i **piccoli tumori della laringe**, nati sulle corde vocali o nelle regione vicine, si hanno a disposizione due alternative; l'intervento chirurgico e la radioterapia.

La **chirurgia** prevede un approccio endoscopico, mediante l'utilizzo del microscopio e di un particolare laser; passando attraverso la bocca senza tagli nel collo, il chirurgo va a togliere interamente il tumore.

Se questo è a livello delle corde vocali, il chirurgo andrà a "pelare la corda vocale", ovvero a toglierne gli strati più superficiali, a seconda della profondità del tumore. Questo intervento è chiamato **cordectomia**, ed offre al Paziente i migliori risultati in termini di qualità di vita e sopravvivenza.

Per i tumori piccoli, confinati alla laringe, non si devono toccare ed asportare i linfonodi del collo.

Le percentuali di guarigione per tumori piccoli della laringe sono del 90-95%.

Dopo un intervento di cordectomia, la voce rimane ovviamente più rauca, ma con notevoli miglioramenti nel corso dei mesi successivi all'operazione, grazie anche all'eventuale supporto logopedico. Dall'altra parte si ha la **radioterapia**, valida alternativa per il Paziente, sia come trattamento per i tumori di prima diagnosi, sia per un'eventuale recidiva. La radioterapia per i tumori piccoli possiede risultati di sopravvivenza pressoché uguali a quelli dell'intervento chirurgico. Questo trattamento dura circa 7 settimane con sedute giornaliere (esclusi sabato e domenica) della durata di circa 15 minuti. Questo tipo di trattamento ha minori effetti sulla voce rispetto all'intervento chirurgico, ma provoca effetti secondari, come bocca secca o bruciore in gola, che si possono protrarre per alcuni mesi o per tutta la vita. Inoltre, si deve tenere presente che la radioterapia si può fare soltanto una volta nella vita nello stesso distretto del corpo.

La scelta del trattamento più corretto terrà conto delle condizioni cliniche del Paziente, della sua volontà, della presenza di famigliari di supporto e delle scelte oncologiche terapeutiche del team medico multidisciplinare.

In entrambi i casi, comunque, il Paziente dopo l'intervento inizierà un percorso di follow-up, ovvero verrà sottoposto periodicamente a visite, indagini endoscopiche e di imaging, per facilitare una diagnosi precoce di un'eventuale recidiva.

Per quanto riguarda il tumore alla laringe in **stadio più avanzato**, la chirurgia è la scelta più appropriata. In alcuni tumori in stadio intermedio altamente selezionati, l'approccio endoscopico con laser permette di ottenere un'ottima radicalità oncologica; per tutti gli altri casi in cui un approccio endoscopico non permetterebbe di togliere tutto il tumore, la migliore scelta terapeutica risiede nell'intervento chirurgico attraverso il collo, cosiddetto open.

Esistono interventi chirurgici open di tipo conservativo o di tipo demolitivo e ricostruttivo.

Gli **interventi chirurgici conservativi** vanno a togliere solo una parte della laringe e sono riservati a quei tumori in stadio intermedio-avanzato che non sono ancora "scappati" dalle strutture fondamentali della laringe. La chirurgia conservativa permette di conservare le funzioni della laringe, ovvero la voce e la respirazione attraverso le vie naturali, ovvero la bocca e il naso. Sono tuttavia interventi che richiedono una riabilitazione molto lunga, e per questo sono da riservare solo ai pazienti fortemente motivati, senza gravi problemi di salute e con supporto familiare adeguato. Le guarigioni

ottenibili sono intorno all'90-95% ed esiste la possibilità di effettuare anche un secondo intervento chirurgico di asportazione completa della laringe, in caso di ripresa di malattia.

Come alternativa alla chirurgia conservativa è possibile sottoporre il paziente a trattamento chemio-radioterapico, ovvero combinando la chemioterapia alla radioterapia. Questo può determinare una guarigione del 70-80% dei casi e non evita comunque un intervento chirurgico per un'eventuale persistenza o ricomparsa del tumore, con tuttavia il sacrificio in genere della laringe.

I linfonodi del collo, anche nei casi in cui non siano aumentati di volume o sede di metastasi, verranno sempre asportati nel caso di intervento chirurgico sulla laringe, o irradiati, in caso di radioterapia.

Per quanto riguarda i **tumori estesi in profondità o ad altre sedi della laringe o della faringe**, un intervento chirurgico conservativo non permetterebbe di togliere tutto il tumore, per cui è obbligatorio un trattamento open demolitivo, ovvero la laringectomia totale. Questo intervento chirurgico prevede l'asportazione di tutta la laringe e talvolta anche delle strutture vicine. Come già detto, la laringe mette in comunicazione le vie respiratorie superiori (naso) con quelle inferiori (trachea, bronchi, polmoni).

Dopo l'intervento di laringectomia totale, la trachea terminerà in una nuova apertura realizzata nel collo, detta «tracheostoma» o semplicemente «stoma». Le persone che non hanno più la laringe respirano direttamente attraverso lo stoma e non più dal naso o dalla bocca.

La laringe è situata alla biforcazione delle vie respiratorie e alimentari e impedisce ai cibi e ai liquidi di finire nei polmoni quando mangiamo. Perciò, durante l'operazione, l'esofago verrà separato completamente dalle vie respiratorie, così si potrà deglutire tranquillamente senza preoccuparsi che qualcosa vada di traverso. Togliendo tutta la laringe, il Paziente non avrà più le corde vocali, per cui, almeno all'inizio, non potrà più comunicare per via verbale. Tuttavia, in seguito a questo tipo di intervento, ci sono diversi modi con cui il Paziente può tornare a parlare (vedi paragrafo Come si vive senza laringe?)

All'asportazione della laringe si deve associare l'asportazione dei linfonodi del collo talvolta da un lato, talvolta da entrambi.

Quando i linfonodi sono aumentati di volume, ovvero potrebbero essere già sede di metastasi tumorali, l'asportazione viene eseguita in modo cosiddetto "radicale" che comporta maggiori effetti collaterali per il paziente. Infatti, oltre ad una riduzione di volume del collo dovuta all'asportazione di un importante muscolo, è possibile che si abbia l'abbassamento della spalla dallo stesso lato dell'intervento per interruzione di alcune fibre nervose. Quando si associa la radioterapia all'intervento tali disturbi possono divenire più marcati.

Anche per i tumori in stadio più avanzato, i risultati ottenibili sono buoni ed i pazienti possono guarire nel 70-90% dei casi, seconda dell'estensione del tumore alle sottosedi della laringe.

Purtroppo il conseguimento di tali risultati si ottiene con una mutilazione importante e con la conseguente perdita delle funzioni svolte dalla laringe, prima fra tutte quella di potere parlare con le proprie corde vocali.

Dopo l'intervento chirurgico, viene effettuata l'analisi anatomopatologica definitiva, che descrive il tumore in base alle sue dimensioni, il grado di aggressività, l'estensione alle strutture vicine e ai linfonodi, con particolare attenzione ai margini di resezione chirurgica. In base a queste caratteristiche, l'esame istologico definitivo posiziona il tumore laringeo in uno stadio. Gli stadi più avanzati di malattia, quelli ovvero la cui probabilità di recidiva è più alta, richiedono un ulteriore trattamento dopo la chirurgia, che consiste nella radioterapia associata o meno alla chemioterapia. Queste permettono di avere percentuali di guarigione del 70% anche per i tumori più avanzati.

## COME SI ESEGUONO RADIOTERAPIA E CHEMIOTERAPIA?

La radioterapia è un trattamento che ha lo scopo di distruggere le cellule tumorali utilizzando radiazioni ionizzanti generate da un apparecchio con il cobalto o da un acceleratore lineare.

Le tecniche più moderne permettono di concentrare solo nella zona tumorale (volume di trattamento) le radiazioni, risparmiando al massimo i tessuti sani.

Le dimensioni del campo di trattamento radioterapico variano a seconda dell'estensione del tumore primitivo. Sarà limitato alla regione che comprende le corde vocali tutte le volte che il tumore è limitato a questa sede, senza necessità di irradiare i linfonodi del collo. In caso di tumori più estesi dovranno invece essere irradiati sia la laringe che i linfonodi del collo.

La dose totale necessaria per guarire il tumore è compresa fra 64 e 70 Gy (Gy = Gray, unità di misura della dose assorbita) e viene somministrata frazionata in sedute giornaliere per cinque giorni la settimana per il numero di settimane necessarie per completare il trattamento, in genere circa sette. Quando la radioterapia segue alla chirurgia, nel campo di trattamento viene compreso anche il tracheostoma. La dose che verrà somministrata sarà più bassa rispetto a quella che si somministra quando la radioterapia rappresenta l'unica cura: circa 60 Gray, frazionata in circa sei settimane.

In genere la radioterapia dovrebbe essere eseguita entro sei settimane dalla chirurgia, anche se talvolta per il prolungarsi della guarigione della ferita o per sovrappollamento dei centri di radioterapia non è possibile rispettare tale periodo. In caso di un grande rischio che la malattia tumorale si ripresenti può essere indicato associare alla radioterapia la chemioterapia.

Con i moderni apparecchi e tecniche accurate, le complicanze più gravi della radioterapia sono ridotte all'1 - 2 %. Tra gli effetti collaterali meno gravi c'è da segnalare una certa secchezza delle mucose laringee irradiate, talvolta edema (rigonfiamento) di alcune strutture laringee che generalmente sono irreversibili.

La chemioterapia antitumorale è un trattamento con farmaci che hanno lo scopo di distruggere o controllare la crescita delle cellule tumorali.

È possibile ottenere la guarigione in un alto numero di casi con un'associazione di radioterapia e chemioterapia. In tal modo è possibile preservare la laringe e le sue funzioni.

Questo tipo di terapia riguarda solo i casi di tumore esteso in cui non sia possibile ottenere la conservazione dell'organo con metodi tradizionali (sola chirurgia e sola radioterapia).

La chemioterapia utilizza vari farmaci fra i quali quelli a maggiore efficacia sono ancora oggi i derivati del platino (Cisplatino e Carboplatino) e il 5-Fluorouracile.

A seconda dei farmaci utilizzati variano gli effetti indesiderati; fra questi, i sintomi più comuni sono rappresentati dal vomito, dalla caduta dei capelli, dall'infiammazione delle mucose, soprattutto nei tratti compresi nel volume di trattamento radioterapico.

Una terapia di supporto mirata può ridurre molto gli effetti collaterali dei farmaci e della radioterapia. I farmaci in combinazione vengono somministrati all'inizio della radioterapia e poi ogni 21 giorni durante tutto il trattamento o in tempi diversi a seconda dei farmaci impiegati.

## COME SI VIVE SENZA LARINGE?

L'asportazione della laringe e la realizzazione di uno stoma segnano un grande cambiamento nella vita di una persona. È comprensibile che i primi giorni e settimane siano duri da sopportare sotto il profilo fisico e mentale. Con il tempo, tuttavia, il Paziente acquisirà familiarità e sicurezza nella gestione dello stoma. Imparerà una voce sostitutiva con cui si farà capire senza problemi dagli altri. Tutto questo consentirà di riacquistare fiducia e di ritrovare una quotidianità conforme alle necessità e possibilità.

Nelle prime settimane dopo l'intervento chirurgico, sarà fondamentale il supporto dei medici, dei logopedisti e dei famigliari. Il Paziente non potendo comunicare con le parole, potrà servirsi della

mimica e dei gesti, ma anche un taccuino, uno smartphone, una lavagnetta, un tablet o un computer portatile potranno essere molto utili.

In un primo momento sarà necessario inserire una cannula nello stoma, ossia un tubicino inserito nel tracheostoma per impedirne un possibile restringimento e di conseguenza problemi respiratori. Il personale di cura darà le istruzioni necessarie e aiuterà il Paziente e i famigliari ad imparare a cambiare la cannula e la tecnica di igiene dello stoma. Nell'immediato post-operatorio, il Paziente non potrà alimentarsi per bocca, ma verrà alimentato tramite un sondino naso gastrico, ovvero un sottile tubo che di norma viene introdotto nello stomaco attraverso il naso. Il sondino di solito non dà fastidio e non causa dolori. Con l'aiuto di un logopedista il Paziente imparerà presto ad alimentarsi di nuovo normalmente e la sonda sarà rimossa.

Dopo la laringectomia totale l'aria giunge nella trachea e nei polmoni direttamente dal tracheostoma. Nelle prime settimane dopo l'intervento, la nuova situazione può comportare la formazione eccessiva di muco e croste e costringere a tossire di più. Questi sintomi regrediranno non appena le mucose si saranno adattate alla nuova via respiratoria.

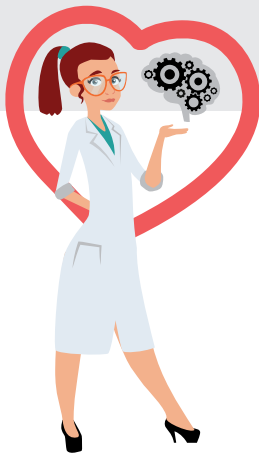
Il Paziente dopo l'intervento avrà diverse possibilità per tornare a parlare.

Immediatamente dopo l'operazione potrà farsi comprendere grazie al "sussurro"; il Paziente muoverà le labbra per parlare come faceva prima, ma senza la voce.

In passato, lo strumento più utilizzato per tornare a parlare era il laringofono, un ausilio elettronico che trasmette onde sonore alla gola, che si trasformano in suoni intelligibili mediante le normali articolazioni delle labbra e della lingua.

Oggi in base alle necessità e capacità del Paziente, sono disponibili 2 opzioni più che valide:

- Voce esofagea: questa voce si forma deglutendo l'aria in maniera controllata dalla bocca all'esofago, da dove viene espulsa con una pressione dosata («eruttazione controllata»). Nel giro di due mesi d'esercizio si formeranno delle rugosità nella mucosa della faringe, che vibreranno al momento dell'espulsione controllata dell'aria dell'esofago. La vibrazione produrrà dei suoni. Ci sono varie tecniche per deglutire l'aria fino all'altezza dello sterno ed espellerla poi con forza. È meglio provare le diverse possibilità e poi scegliere quella più appropriata. Per apprendere la voce esofagea occorrono tra le 50 e le 60 sedute di logopedia. La tecnica della voce esofagea produce una voce ben comprensibile. Suona bassa e rauca, richiede sforzo ed è stancante. Non consente di modulare molto la voce e le sequenze di parlato sono decisamente più brevi. Ma in compenso non occorrono ausili tecnici ed entrambe le mani sono libere mentre si parla.
- Protesi fonatoria: il metodo più diffuso ed efficace per recuperare la voce oggi è costituito dall'inserimento di una protesi fonatoria, ossia capace di produrre suoni. La protesi fonatoria può venire inserita contestualmente durante l'intervento di laringectomia totale oppure in un secondo momento. Viene inserita creando un piccolo passaggio fra la trachea e l'esofago in cui sarà collocata la protesi. Si tratta di un valvola a senso unico in silicone, che consente il passaggio dell'aria dalla trachea all'esofago ma impedisce il passaggio di cibo dall'esofago alla trachea. Chiudendo lo stoma con un dito durante l'inspirazione, l'aria sarà dirottata dalla trachea nell'esofago facendo vibrare le rugosità della mucosa faringea. Si formano così suoni chiaramente percepibili che vengono trasformati in vocali nel cavo orale. La voce maschile risulta un po' più bassa di prima, quella femminile decisamente più bassa. È relativamente facile modulare il volume e la melodia della voce in modo da conservare l'accentuazione, ossia le caratteristiche di volume, ritmo e altezza delle sillabe. L'aria è sufficiente anche per sequenze parlate prolungate. Per contro, dovrà servirsi della mano per tenere chiuso lo stoma, se il Suo modello non ha una valvola automatica. L'apprendimento della voce sostitutiva per mezzo della protesi fonatoria richiede in genere poche sedute di terapia. Dopo aver appreso come utilizzare la protesi, il paziente inizierà a costruire la nuova voce. In seguito imparerà a stabilizzarla ed a regolare con precisione la pressione del fiato.



## assistenza psico-oncologia

La salute, definita nella Costituzione dell'OMS, è uno "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia".

L'annuncio al paziente che è affetto da una patologia oncologica destabilizza transitoriamente questo equilibrio assumendo tutte le caratteristiche di quello che è stato definito uno shock da trauma, che innesca un brusco passaggio dall'essere sani all'essere malati, interrompendo in maniera repentina il percorso di vita. Effettivamente ammalarsi fisicamente rappresenta sempre, anche in patologie lievi, un momento di crisi che opera un cambiamento che non coinvolge solo il corpo "biologico" ma la persona in quanto unità bio-psico-sociale: la malattia va ad agire, modificandolo, il precedente equilibrio fisiologico, sociale e psicologico. Il soggetto si trova catapultato in una situazione caratterizzata da incertezza e minaccia di vita, da cambiamenti

di ruolo e da importanti trasformazioni fisiche. La malattia diagnosticata innesca quindi fantasie di perdita. Perdita della propria integrità fisica a causa degli interventi chirurgici e degli effetti collaterali delle terapie; perdita delle proprie sicurezze, della propria progettualità e della proiezione nel futuro; perdita del ruolo familiare e sociale con conseguenti modificazioni nei rapporti interpersonali e timore della stigmatizzazione nel ruolo del malato e infine, perdita del ruolo lavorativo anche a causa di una eventuale riduzione della performance. Si tratta di un processo che ovviamente richiede elevati costi psicologici per chi si trova costretto a doverlo affrontare.

La letteratura sull'argomento è concorde nell'evidenziare una serie di fasi fisiologiche caratteristiche (quindi del tutto attese e normali in un soggetto "sano di mente") di questo percorso che, pur nel rispetto delle caratteristiche individuali, sembra che si ripresentino con una certa frequenza.

Generalmente gli esseri umani reagiscono prima con incredulità ad un evento che non aspettavano (fase di shock)... "non è vero che sta capitando proprio a me... mi sembrava parlassero di un'altra persona, come se la cosa non mi riguardasse...". Immediatamente successiva si manifesta un'esplosione pluriemozionale forte, dove si alterneranno sentimenti di rabbia, collera, aggressività, disperazione, angoscia e paura (fase di reazione)... perchè proprio a me! È colpa di quello che respiriamo, mangiamo... La crisi emozionale acuta scema nel tempo lasciando il posto a vissuti di tipo essenzialmente depressivo, relativi alla perdita, precursori della ricerca di un nuovo equilibrio psicologico che prevede una riorganizzazione esistenziale con finalità di adattamento ad una situazione mutata (fase di elaborazione e riorientamento). In realtà questo è un processo naturale che si attiva ogni qual volta veniamo in contatto con eventi di separazione, perdita e lutto o con eventi catastrofici che interrompono bruscamente la continuità della nostra esistenza.

E' del tutto fisiologico quindi provare questi sentimenti anche se a volte la rabbia e la paura possono configurarsi come sintomi ansiosi ovvero agitazione psicomotoria, difficoltà di concentrazione, insonniae/o sintomi depressivitransitori come apatia, isolamento sociale, inappetenza. Anche piangere è fisiologico e non ci deve fare allarmare. Il pianto è semplicemente una modalità di espressione di una emozione dolorosa. Quando però tali emozioni raggiungono una intensità elevata, tale da interferire con lo svolgimento delle nostre attività quotidiane, o quando permangono anche superato l'intervento e avviate o concluse le terapie limitandone notevolmente la nostra qualità di vita, sarebbe opportuno rivolgerci ad uno psicooncologo che è un esperto nella cura psicologica e relazionale dei malati oncologici con l'obiettivo di aiutarci a migliorare la qualità della vita e lo stato globale di salute. La consulenza psico-oncologica infatti mira ad accompagnare psicologicamente il paziente oncologico in tutte le fasi della malattia fin dal momento della prima diagnosi.

<http://www.siponazionale.it/>

Scopodi un servizio psico-oncologia è quindi quello di

- aiutare la persona a vivere con più serenità la sua malattia aiutandola a riconoscere ed analizzare le emozioni provate per poi saperle gestire ed elaborare.
- aiutarla a riorganizzare la propria vita in presenza della patologia tumorale inserendo la malattia nel suo contesto di vita senza permettere che lo invada più del necessario
- aiutarla ad accettare le modificazioni corporee (chirurgia e alopecia) lavorando sull'immagine di sé e sulla perdita come investimento rispetto alla propria salute e benessere futuro.
- fare emergere e utilizzare le sue personali risorse al fine migliorare la qualità di vita individuando le strategie di coping maggiormente funzionali ed adattative
- favorire la comunicazione in famiglia soprattutto nei confronti dei minori.

A tale proposito la rete oncologica Piemonte e Valle d'Aosta promuove un progetto specifico (PROGETTO PROTEZIONE FAMIGLIA- a cui anche l'IRCCS di Candiolo aderisce) che tra le altre cose aiuta i genitori nella comunicazione/relazione con i figli o altri soggetti fragili rispetto alla malattia del genitore.

In alcuni casi, oltre ai colloqui individuali, si è dimostrato utile ed efficace partecipare a gruppi di sostegno psicologico nei quali si ha la possibilità di conoscere e di confrontarsi con altre persone che hanno vissuto o vivono la stessa esperienza. E' ormai consolidato infatti che condividere emozioni e pensieri in uno spazio protetto possa favorire l'espressione di emozioni non altrimenti condivise (a volte si tende a proteggere i familiari non condividendo con loro emozioni forti per paura di farli soffrire).

Chi si occupa di psico-oncologia ha quindi l'ambiziosa speranza di accompagnare la paziente lungo questo tragitto, di guardare con lui i pericoli, di riconoscerli, offrendole gli strumenti più sani e più idonei per non 'cedere', supportandola nei momenti in cui si sente stanca e demoralizzata. È una lotta per la "vivenza" che ha come obiettivo non il sopravvivere ma il vivere imparando a usare nuove modalità, nuove risorse e nuove consapevolezza. Imparando a sollecitare l'utilizzo del sé creativo, nucleo profondo della nostra personalità, motore dinamico finalizzato alla ricerca di mete nuove attraverso modalità non patologiche.

## TUTELE (accompagnamenti, lavoro, 104, riferimenti legislative, prescrizione protesi ausili ecc.)

NOTE INFORMATIVE: PRINCIPALI PRESTAZIONI **ASSISTENZIALI** E **PREVIDENZIALI** A FAVORE DEI PAZIENTI E DELLE LORO **FAMIGLIE**

*ESENZIONE TICKET per patologia: cod. 048 - 048 provvisorio*

### INVALIDITÀ CIVILE:

#### • ALTRE ESENZIONE TICKET

le persone cui è riconosciuta un'invalidità civile pari o superiore al 67% possono usufruire dell'esenzione totale C01 e se riconosciuta al 100%, C03.

#### • ASSEGNO MENSILE PER INVALIDI PARZIALI

invalidità civile superiore al 74%, sottoposto a limite di reddito ed età.

#### • PENSIONE MENSILE PER INVALIDI TOTALI

invalidità civile al 100%, sottoposta a limite di reddito ed età.

#### • INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO

È prevista, senza limiti d'età e di reddito, agli invalidi civili al 100% e riconosciuti con impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore e/o con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita. Codice di esenzione C02.

#### • AUSILI e PROTESI

Si ottengono presentando la prescrizione unitamente al verbale d'invalidità civile o ricevuta della presentazione della domanda presso l'ufficio protesi dell'ASL di residenza. Gratuiti, con un'IC superiore al 33%.

#### • TRASPORTI

Con percentuale d'invalidità civile superiore al 67%: tesserino per libera circolazione sulle linee urbane ed extraurbane e ferrovie (treni regionali ed alcuni extra-regionali).

Con percentuale al 100% + Indennità d'accompagnamento: rilascio da parte delle Ferrovie dello Stato della CARTA BLU.

#### • CONGEDO STRAORDINARIO PER CURE PER I LAVORATORI (D.L. 119/2011)

Con invalidità superiore al 50% è previsto un congedo straordinario per cure (connesse alla malattia per la quale è stata riconosciuta l'invalidità), per un massimo di 30 giorni per ogni anno solare.

#### • CONTRASSEGNO SPECIALE PER LA LIBERA CIRCOLAZIONE E LA SOSTA DEI VEICOLI AL SERVIZIO DI PERSONE DISABILI

Rilascio da parte del proprio Comune di residenza per i cittadini con difficoltà alla deambulazione e non vedenti.

---

#### • LEGGE 104/92

Tre giorni di permesso al mese di assenza dal lavoro per assistere il familiare.

#### • CONGEDI BIENNALI RETRIBUITI

Per i coniugi, i genitori, i figli, i fratelli e le sorelle, purché conviventi.

#### • CONGEDO BIENNALE NON RITRIBUITO

#### • PERMESSI LAVORATIVI PER EVENTI E CAUSE PARTICOLARI

#### • ASSEGNI FAMILIARI

Adeguamento degli assegni familiari per i nuclei in cui vi siano presenti almeno un componente inabile e con almeno il 70% di reddito derivante da lavoro subordinato.

- **COLLOCAMENTO AL LAVORO**

Iscrizione nelle liste di collocamento guidato.

- **L. 104/92**

- permessi sul lavoro (tre giorni al mese o 2 ore al giorno, per orario di lavoro superiore alle 6 ore al giorno, oppure 1 ora al giorno, per orario di lavoro inferiore alle 6 ore al giorno;
- superamento delle barriere architettoniche;
- IVA agevolata per acquisto di veicoli adattati per trasporto di persone disabili (vedere verbale rilasciato dalla Commissione medico-legale dell'ASL);
- Esonero pagamento della tassa automobilista per veicoli adattati al trasporto di persone disabili (vedere verbale rilasciato dalla Commissione medico-legale dell'ASL), art. 8 della L. 449/1997 e D. Leg. 285/1992.

- **TERAPIA SALVAVITA**

Per i dipendenti pubblici ed alcuni CCNL dipendenti privati.

- **PERIODO DI COMPORTO**

Per il calcolo dei giorni di mutua relativamente al periodo di comporto, bisogna fare riferimento al Contratto di lavoro firmato all'atto dell'assunzione e/o eventuali integrativi.

- **INIDONEITÀ ALLA MANSIONE SPECIFICA**

D. Lgs. n. 81/2008.

- **ASSEGNO SOCIALE**

- **ASSEGNO ORDINARIO DI INVALIDITÀ**

Per lavoratori INPS. Ha durata triennale.

- **PENSIONE DI INABILITÀ; Per lavoratori INPS.**

- **PENSIONE di INABILITÀ per DIPENDENTI PUBBLICI: L. 335/1995**

“Riconoscimento di uno stato di assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi attività lavorativa conseguente ad infermità non imputabili a causa di servizio”.

- **VECCHIAIA ANTICIPATA: D. Leg. 503/1992**







# 5X1000

## BUONE RAGIONI PER SOSTENERE CANDIOLO

Ci sono mille buone ragioni per destinare il tuo 5X1000 alla Fondazione Piemontese per la Ricerca sul Cancro-Onlus ma una è fondamentale: stiamo cercando di sconfiggere il cancro e abbiamo bisogno del tuo aiuto. Rinnova il tuo sostegno: firma l'apposito spazio del tuo 5X1000. È un gesto concreto che non costa nulla e può fare tanto.



FONDAZIONE PIEMONTESE  
PER LA RICERCA SUL CANCRO  
ONLUS

FIRMA PER LA RICERCA SANITARIA

CODICE  
FISCALE **97519070011**

