

Per 4 donne su 10 rimane una delle patologie che fa più paura, causa di infelicità (14,4%), isolamento (9,6%) menomazioni fisiche e psichiche (9,6%). Ma è al momento della diagnosi che il tumore del seno ha un impatto devastante. Malgrado la consapevolezza dei progressi dell'oncologia medica e l'alta percentuale di guarigioni (80-90%), l'83% delle pazienti afferma di aver provato "angoscia profonda" alle parole del medico e una su due descrive l'avvento del cancro nella propria esistenza come "il mondo che improvvisamente ti crolla addosso". Sono questi alcuni dei 'macrodati' che emergono dal Rapporto Artemide, una ricerca sociologica che ha voluto verificare la percezione delle donne e degli oncologi riguardo a questa neoplasia, in particolare rispetto alla prevenzione e alla qualità della vita. L'indagine, coordinata dall'Istituto Tumori di Bari e che ha visto coinvolto un campione di 800 persone (donne sane, malate e oncologi), mette in luce una situazione non del tutto tranquillizzante. Se da un lato sembra ormai acquisita una cultura della prevenzione, soprattutto nelle donne tra i 51 e i 60 anni (l'84% si sottopone a visite di controllo e mammografia), dall'altro c'è un 31% di donne sane e il 64% di pazienti che al Sud afferma di non fare alcun test. Ma quel che è peggio è che queste signore dichiarano di evitare i controlli perché "non li ritengono necessari". Altro dato preoccupante, l'80% delle donne sane dell'intero campione ammette di non aver mai effettuato l'autopalpazione. Eppure, nel 46,4% dei casi le pazienti intervistate confermano che la scoperta del tumore è avvenuta proprio attraverso l'autodiagnosi, mentre per una su due il tumore è stato diagnosticato con un esame di routine. Da questo quadro appare dunque evidente un gap di comunicazione. Ma chi sono le principali fonti d'informazione tra le donne? Per il 43,7% delle donne sane è il proprio medico di famiglia, mentre per il 36,8% delle malate il punto di riferimento è l'oncologo. A seguire c'è la televisione (21% delle donne sane e 15,5 delle malate). È interessante infine notare come soprattutto al Sud e nelle Isole la televisione abbia un ruolo significativo (30,7% contro il 17 del Centro il 17,2 del Nord Ovest e il 16 del Nord Est).

Newsletter di informazione per cittadini e pazienti dell'**Associazione Italiana di Oncologia Medica**



Nel n. 2 | 2004

- 1** Editoriale
- 2** Qualità di vita
- 5** Storie vere
- 6** Riflettori su: tumori del testicolo

LAVORO, QUANDO È IL MOMENTO DI DIRE **BASTA**

Per molte donne un fattore di grande preoccupazione riguarda il lavoro: le terapie esauriscono buona parte delle energie e la stanchezza si accompagna così ai sintomi collaterali, che variano a seconda del trattamento farmacologico. Cosa fare? Alcune donne riescono a mantenere una collaborazione part-time, per altre ciò è improponibile, o per motivi organizzativi oppure proprio per la condizione debilitante dovuta alle terapie. Non è facile accettare l'idea di smettere forzatamente di lavorare e magari succede di doverlo fare senza avere avuto il tempo di organizzare il lavoro in vista della propria assenza. Ma in certe occasioni, e questa è una di quelle, è importante permettersi di prendere un periodo di pausa per poter poi tornare a lavorare in condizioni di salute migliori, una volta completato il programma di terapie. Astenersi da alcuni impegni, che possono talvolta aumentare il disagio fisico e psicologico, è di aiuto per affrontare e superare la fase delle terapie, già abbastanza impegnativa da sola.

Ecco comunque quali sono i passi da fare con la vostra azienda.

Incapacità lavorativa temporanea assoluta:

riguarda in genere il periodo che va dall'intervento alla guarigione clinica delle lesioni chirurgiche

- Lo stato di malattia e la prognosi vanno comunicati al datore di lavoro. Non è obbligatorio comunicare la diagnosi ed è proibito anche alla Usl, che effettua la visita di controllo, trasmettere al datore di lavoro comunicazioni sullo stato di salute.
- Il riconoscimento dell'assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi attività lavorativa è di competenza del Collegio Medico Militare che si attiva su domanda dell'interessato. La domanda va presentata all'istituto di appartenenza.
- Il riconoscimento comporta il collocamento in quiescenza con la pensione di inabilità e cioè con il trattamento pensionistico calcolato sull'anzianità di servizio, incrementata del periodo temporale compreso tra la data di risoluzione e quella del compimento del limite di età.

Non idoneità temporanea al servizio:

riguarda il periodo di convalescenza

- La prognosi è formulata dal medico curante e confermata o modificata nella sua durata dal Collegio medico della Usl.
- Il riconoscimento della non idoneità totale e permanente al servizio di Istituto è sancito dal Collegio Medico della Usl su richiesta dell'interessato o del datore di lavoro e comporta il collocamento in quiescenza con il trattamento pensionistico pari al numero degli anni di servizio.

Idoneità alla mansione specifica.

- Il decreto legislativo 626/94 dispone anche la sorveglianza fisica e ambientale nei posti di lavoro per stabilire le mansioni specifiche dei lavoratori.
Le lavoratrici operate possono rivolgersi ai medici competenti nel caso siano assegnate a compiti particolarmente gravosi per l'arto relativo alla mammella o all'ascella operate.
Possono richiedere anche una visita medico-legale presso la Ausl territorialmente competente, per un giudizio di minor aggravio.
- La legge 104/92 stabilisce che l'accertamento dell'handicap, inteso come minorazione, difficoltà, necessità di intervento assistenziale permanente alla capacità complessiva individuale residua, viene effettuato dalle Commissioni Mediche delle Unità Sanitarie, integrate da un operatore sociale e da un esperto del caso da trattare. Dice anche che l'intervento riabilitativo, consentito dalle conoscenze attualmente disponibili, è un diritto. Sono previste da questa legge alcune norme che possono essere utilizzate dalle persone sottoposte a intervento per carcinoma della mammella con invalidità superiore a due terzi:
 1. abolizione della certificazione di sana e robusta costituzione fisica
 2. il diritto di scelta prioritaria tra sedi disponibili per i vincitori di concorso o assunti ad altro titolo
 3. la precedenza in sede di trasferimento, a domanda
 4. il diritto di scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio
 5. il divieto di trasferimento in altra sede senza il consenso della persona interessata.

ESENZIONE DAL TICKET

È possibile ottenere l'esenzione dal ticket presentando la documentazione relativa alla patologia, rilasciata da un medico specialista di una struttura pubblica.

Se ricoverati in una struttura privata si può presentare il modulo rilasciato dal reparto con il codice corrispondente alla patologia, come da D.M. 329/99 e successive modificazioni.

INVALIDITÀ CIVILE, PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Per quanto riguarda il riconoscimento di invalidità civile in seguito a mastectomia o per le donne operate con un intervento più conservativo che presentino il linfedema dell'arto superiore, i Collegi giudicanti di solito tengono conto della valutazione di tutti gli atti: cartella clinica dell'intervento, esame istologico, chemioterapia, stato attuale, certificato dall'oncologo. Se la presenza del linfedema compromette, sia pure in modo non grave, la funzionalità dell'arto, può comportare una invalidità del 40-60%. Per tutte le patologie oncologiche il parametro più importante che viene considerato è la prognosi. In caso di mastectomia la valutazione, anche dopo cinque anni, prevede una percentuale fissa del 34%.

- **La corretta valutazione del danno funzionale permanente può andare da un minimo del 70% ad un massimo del 100% della valutazione massima consentita. Una valutazione pari o superiore al 74%, in persone di età compresa tra i 18 e i 65 anni, dà diritto alla pensione di invalidità.**

- **Nella valutazione complessiva della donna operata si tengono anche in considerazione gli eventuali fatti depressivi indotti dall'intervento, che vengono valutati e percentualizzati in base alla loro gravità.**

- **I documenti da presentare personalmente, o delegando un Ente di Patronato, agli Uffici Invalidi Civili del Servizio Igiene Pubblica del Distretto di appartenenza sono:**

1. domanda su apposito modulo
2. certificato medico in originale che attesti le patologie e ogni altra documentazione sanitaria significativa in fotocopia.

In seguito la richiedente riceverà una lettera con l'invito a sottoporsi ad una visita da parte dell'apposita Commissione Medica. Occorre presentarsi muniti di:

1. Documento d'identità
2. Fotocopia di eventuale documentazione sanitaria ancora non presentata.

LA RICOSTRUZIONE CHIRURGICA DEL SENO

Si tratta di un procedimento finalizzato a restituire alla donna la forma del seno asportato mediante l'inserimento di una protesi (gonfiabile o in gel di silicone) oppure con l'utilizzo di parti di muscoli e pelle prelevati in altre zone del corpo, in particolare dal dorso o dall'addome. Se si decide per la protesi, questa può essere inserita solo dopo aver creato una "tasca", di solito al di sotto del muscolo pettorale, in cui viene posizionato un espansore già durante l'intervento di asportazione della mammella. Questo espansore viene poi periodicamente riempito (tramite un'apposita valvola), per allargare la tasca fino alle dimensioni necessarie per inserire la protesi definitiva (con un nuovo intervento chirurgico). Se si opta invece per la ricostruzione con lembi tissutali, questi interventi vengono in genere eseguiti in un secondo tempo e richiedono un'attenta valutazione da parte di un chirurgo plastico, per decidere quale tipo di intervento sia più indicato nel caso specifico. Questi interventi sono in genere più complessi, ma nella maggior parte dei casi il risultato raggiunge una maggiore somiglianza alla condizione naturale. Si deve ricordare infine che in tutti i tipi di ricostruzione è di solito necessario intervenire anche sulla mammella sana, per ottenere una maggiore simmetria. Attualmente i risultati della chirurgia estetica sono decisamente buoni. Non esiti a chiedere al suo medico di indicarle un chirurgo estetico specializzato per una consulenza.

Testi liberamente tratti da "Le neoplasie della mammella", Associazione Angela Serra per la ricerca sul cancro



qualità
di vita

SUSSIDI PER LE PROTESI

Le donne che abbiano subito un intervento di mastectomia hanno diritto alla protesi, fornita dall'azienda USL, indipendentemente dal riconoscimento dell'invalidità civile.

Occorre presentare la seguente certificazione medica alla Saub: prescrizione redatta dal medico specialista, se la persona è stata ricoverata in una struttura pubblica o dal medico di reparto se il ricovero è stato effettuato in una struttura privata

Trascorsi i tempi di rinnovo previsti (3 anni), la successiva richiesta può essere prescritta dal medico di medicina generale.

La protesi potrà essere ritirata presso una sanitaria di fiducia convenzionata. Per le protesi mammarie esterne provvisorie deve essere indicato il codice 06.30.18.003, per quelle definitive il codice 06.30.18.006.

Si ha diritto ad una protesi gratuita in silicone ogni 3 anni. Le sostituzioni prima della scadenza, per motivi di deterioramento, devono essere richieste dallo specialista.

LA RAGAZZA DAI CAPELLI CORVINI

Arrivò dalla Calabria in treno. Aveva scelto Torino perché vi erano immigrati i suoi parenti.

Aveva 16 anni, era accompagnata dalla mamma, una timida signora vestita di nero, e dai fratelli. Era stremata dal lungo viaggio, per controllare il dolore nelle ultime 24 ore aveva dovuto somministrarsi 6 fiale di morfina. Sotto i lineamenti tirati, il volto disfatto e sofferente, si intravedeva tutta la bellezza delle giovani ragazze del sud, con i suoi occhioni neri e i folti capelli corvini. Lavoravo allora al San Giovanni Vecchio, l'unico centro oncologico a quei tempi a Torino. Il primario era il prof. Calciati, una persona un po' schiva ma di profonda preparazione medica, di grande cultura e umanità; con me collaborava strettamente un allora giovane medico, Mario Clerico ora primario a Biella.

Visitammo insieme la ragazza: la situazione ci parve disperata. Era presente un imponente versamento ascitico con un quadro di carcinosi peritoneale e un versamento pleurico bilaterale; vi erano segni di importante cachessia, le mucose si presentavano secche, la pressione era al limite del collasso cardio-circolatorio. Una Tac, eseguita in urgenza, evidenziò metastasi epatiche multiple e metastasi ad entrambi i polmoni. Una piccola luce di speranza si accese quando leggemmo l'esame istologico: la ragazza era stata sottoposta alcuni mesi prima ad un isteroannessiectomia per un tumore del se-

no endodermico dell'ovaio. È un tumore molto responsivo alla chemioterapia: bisognava dunque tentare, anche se iniziare un trattamento in quelle condizioni cliniche era rischiosissimo. Parlammo a lungo con la ragazza, consultammo la mamma e i fratelli: avevano fatto quel viaggio con grandi speranze e aspettative, si fidavano delle nostre scelte. Le prime settimane furono anche per noi un'esperienza molto dura ed emotivamente coinvolgente: sfiorammo più volte la morte della ragazza. La chemioterapia causò infatti gravi mucositi, infezioni con febbre elevata, vomito e diarrea con ulteriore perdita di peso, nonostante avessimo impostato una alimentazione parenterale totale. Vi fu anche una trombosi venosa profonda con iniziale embolia polmonare. Seguivamo tesi momento per momento tutti i problemi che insorgevano cercando con le terapie di supporto di mitigare i numerosi sintomi. Dopo i primi cicli si ebbe una buona regressione della malattia e cominciammo a credere di potercela fare. Ci fu però una ripresa del tumore, probabilmente si era instaurata una resistenza ai farmaci e occorreva impostare una diversa chemioterapia. Non sapevamo quale potesse essere la migliore; iniziammo perciò a consultare diversi centri italiani ed esteri. Alla fine compimmo una scelta coraggiosa: adottammo uno schema molto aggressivo, messo a punto per un'altra patologia, il linfoma.

Fu un successo, la malattia lentamente andò incontro ad una regressione completa. La ra-

gazza rifiorì, tornò il colore sulle guance e sulle labbra, gli occhi, così espressivi da sempre si fecero ridenti, i capelli corvini non c'erano più, ma sarebbero ricresciuti, il peso in ripresa riportava forme attraenti in quel corpo che si era presentato quasi scheletrito alla prima visita. Rimase ricoverata quasi sei mesi; diventammo amici; i familiari andavano e venivano dalla Calabria e ogni volta era una festa di prodotti di quella regione, coltivati o raccolti direttamente da loro. Qualche volta li cucinammo in reparto e mangiammo insieme.

Dopo la guarigione ritornò in Calabria ma abbiamo continuato a sentirci. Ci fu un altro momento di tensione e paura: un brutto incidente d'auto sulle strade accidentate della Sila, un ricovero al Rizzoli di Bologna per le gravi fratture riportate, ma anche questa volta il pericolo fu superato. Durante la riabilitazione ha trovato un lavoro a Bologna e ora vive lì: ritorna a Torino ogni tanto per alcuni problemi legati alla terapia sostitutiva ormonale resa purtroppo necessaria per l'ovariectomia bilaterale avuta solo a 16 anni.

Conservo una Bibbia portata come regalo dalla mamma in uno dei suoi viaggi. Nella prima pagina c'è scritto: "Con riconoscenza e gratitudine. Che Dio la benedica. La mamma".

Ricordo queste parole semplici e immediate quando sono preso da momenti di indecisione o sconforto. Mi servono per andare avanti con rinnovato entusiasmo; così come mi serve il ricordo del sorriso della ragazza, quando mi salutò per ripartire guarita per la Calabria. È una storia accaduta 20 anni fa: mi conforta oggi pensare che la ragazza non dovrebbe più raggiungere i parenti a Torino perché valide strutture oncologiche sono nate nel frattempo in più centri calabresi e l'AIOM ha il merito di aver contribuito alla diffusione di una cultura oncologica in tutte le regioni italiane.

OSCAR BERTETTO
direttore dell'Oncologia Medica
dell'Ospedale Molinette di Torino

I tumori del testicolo costituiscono solo l'1% tra tutti i tumori nel maschio ma sono la neoplasia più frequente negli uomini tra i 20 e i 40 anni. Quasi tutti i tumori testicolari che colpiscono persone giovani originano dalle cellule germinali; negli ultra sessantacinquenni, invece, la neoplasia più frequente è il linfoma.

1. Tumori di origine germinale

Costituiscono il 95% circa dei tumori testicolari. Si pensa che ciascun tipo di neoplasia germinale rappresenti la controparte maligna del normale sviluppo embrionale. Vengono distinti in due grossi gruppi per il differente andamento clinico e approccio terapeutico:

Seminomi. Costituiscono la frazione più numerosa, derivano dallo spermatozoo, cioè quella cellula che darà origine allo spermatozoo. Rappresentano il 40-50% dei tumori testicolari. Colpiscono dopo i 30 anni. Hanno una buona sensibilità alla radioterapia e alla chemioterapia.

Non seminomi. Sono l'equivalente tumorale dei tessuti embrionali alle prime fasi di sviluppo: queste cellule sono molto immature e possono dare origine sia all'embrione sia alla placenta. Colpiscono individui tra i 20 e 30 anni. Hanno una prognosi peggiore dei precedenti in quanto, spesso, la malattia è metastatica al momento della diagnosi; rispondono bene alla chemioterapia ma sono poco sensibili alla radioterapia.

Forme miste. seminomi/non seminomi.

2. Tumori di origine stromale

(cioè dalle cellule non specializzate del testicolo)

Linfomi maligni. Hanno origine dalle cellule del sistema immunitario presenti nel testicolo.

Fibromi. Derivano dal tessuto connettivo.

Mesoteliomi. Hanno origine dalla tonaca albuginea, cioè la membrana che riveste il testicolo.

3. I tumori testicolari non di origine germinale

(molto rari)

Tumori delle cellule interstiziali di Leydig (derivano dalle cellule deputate alla produzione di androgeni). Si osservano più frequentemente in bambini tra i 5 e i 10 anni.

Tumori delle cellule del Sertoli. Derivano da cellule che sostengono e nutrono gli spermatozoi in via di sviluppo.

Androblastomi. Hanno origine anch'essi dalle cellule di Sertoli.

Fattori di rischio

I pazienti con **criptorchidismo** (testicolo che non discende nello scroto durante lo sviluppo) hanno un rischio di sviluppare una neoplasia testicolare (in particolare di tipo seminomatosa) tra 10 e 40 volte superiore rispetto a un uomo normale. Se l'intervento di orchipessia (fissazione chirurgica del testicolo allo scroto) è stato eseguito prima dei 6 anni, il rischio si riduce.

Vi è un rischio aumentato se vi sono parenti di primo grado affetti da tumore del testicolo.



2

La prevenzione

È consigliata l'autopalpazione del testicolo a partire dalla pubertà. Inoltre, per soggetti con una storia di criptorchidismo, atrofia testicolare (perdita della funzione testicolare), precedente tumore testicolare o familiari di primo grado affetti, sarebbe indicata una visita urologica specialistica annuale.

3

I sintomi

- Tumefazione non dolente o senso di peso del testicolo
 - Dolore testicolare acuto
 - Manifestazioni generali dovute alle metastasi (se la malattia è in stadio avanzato)
 - Sintomi più rari sono: la ginecomastia (aumento della/delle mammella/e nel maschio), sterilità.

4

La diagnosi

Viene effettuata dal medico con la **palpazione del testicolo**. L'**ecografia testicolare** permette di distinguere una forma cistica (in genere benigna) da una solida. La diagnosi definitiva avviene dopo l'atto operatorio: **inguinotomia esplorativa** e, nel caso di conferma di presenza di tumore, **asportazione del testicolo** (orchifunicolectomia) **con legatura del funicolo spermatico nell'anello inguinale interno**. Dopo l'asportazione del testicolo, viene posizionata una protesi. L'unico accertamento da eseguire prima dell'intervento chirurgico è una lastra del torace per escludere la presenza di metastasi polmonari e il dosaggio dei marcatori sierici circolanti. L'asportazione del testicolo è sempre indicata qualunque sia il tipo di tumore testicolare e indipendentemente dallo stadio di malattia perché serve sia per fare una diagnosi precisa, sia a scopo curativo.

5

Prognosi e terapia

Varia in base al tipo di cellule tumorali e allo stadio di malattia. La prognosi, in genere è buona (ad eccezione del corioncarcinoma): con la polichemioterapia (chemioterapia con più farmaci) è possibile guarire il 90% di questi tumori.

DOPO LA TERAPIA

I tumori germinali del testicolo, in particolare i seminomi, hanno un'ottima prognosi grazie ad una notevole sensibilità alla terapia medica. Al termine del programma terapeutico, i pazienti vengono seguiti con visite, esami strumentali e dosaggio dei marcatori circolanti nel siero (Follow-up). Si consigliano visite di controllo per 10 anni consecutivi, anche se la maggior parte di recidive di malattia avvengono nei primi due anni. Come conseguenza alla chemioterapia, può esserci una sterilità permanente: per tale motivo è opportuno, data la giovane età di questi pazienti, effettuare la criopreservazione del liquido seminale (conservazione del liquido seminale a basse temperature presso Banche del Seme). Attualmente, nei centri specializzati, la linfoadenectomia durante l'intervento chirurgico viene effettuata con una tecnica che permette di evitare complicanze nervose (problemi di eiaculazione).



L'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM)

L'AIOM è nata nel 1973 e riunisce la maggioranza degli oncologi medici italiani. Tra i suoi obiettivi, la ricerca e l'informazione corretta su cura e prevenzione dei tumori. La sede è a Milano in via Nöe 23 tel. 02 70630279 aiom.mi@tiscalinet.it www.aiom.it; www.oncologiaonline.org. Il presidente nazionale è il prof. Roberto Labianca

LA DOMANDA

Cosa si intende per remissione?

Si parla di remissione di fronte alla scomparsa dei segni e dei sintomi del cancro. La remissione può essere temporanea o definitiva.

Il dolore si può evitare

Purtroppo esiste una notevole riluttanza a manifestare il proprio dolore e ad usare i farmaci analgesici. La volontà di non disturbare e la necessità di essere un "buon paziente", nel timore di distogliere l'attenzione dalla malattia principale, sembrano le ragioni principali di questa inadeguata attenzione sul sintomo, che invece può e deve essere controllato. Le preoccupazioni sull'uso degli oppiacei, soprattutto per paura della dipendenza, risultano spesso legate a ragioni sociali, culturali e religiose. Circa il 45% dei malati ritiene addirittura di non dover parlare del proprio dolore con il medico. A presentare i maggiori problemi di accettabilità al trattamento sono gli anziani e, più in generale, gli strati sociali più poveri.

INTESTINO PIGRO? ECCO COSA FARE

Alcuni farmaci o un insufficiente consumo di liquidi e fibre possono dare problemi di stitichezza. Di seguito le diamo dei suggerimenti per cercare di prevenire e trattare questo disturbo.

- Beva abbondantemente, preferibilmente lontano dai pasti;
- Per stimolare il movimento intestinale si abitui a bere una bevanda calda al mattino, a digiuno;
- Per regolare l'intestino senza ricorrere a farmaci approfitti di quanto le offra la natura: succo di prugne, d'uva, d'arancia e mele cotte;
- Cerchi, nei limiti del possibile, di fare un po' di movimento ogni giorno;
- Segua una dieta ricca di fibre preferendo i seguenti alimenti:

• **Cereali e derivati:** pane e pasta integrali, riso integrale, farina integrale, avena, orzo perlato, farro, segale integrale. Aggiunga crusca nelle zuppe e consumi muesli a colazione

• **Frutta:** mele, pere, kiwi, melograni, arance, prugne, cachi, fichi, ananas, noce di cocco e, in genere, tutta la frutta con la buccia. Frutta secca e disidratata

• **Verdura:** carote crude, cavoli, carciofi, broccoli, fagiolini, rape, spinaci, barbabietole, porri, funghi

• **Legumi:** fagioli, fave, lenticchie, ceci, piselli, soia.



LA RICETTA

Minestra di farro

Ingredienti per 4 persone:
250 gr di farro già ammollato
1 cipolla
1 carota
1 gambo di sedano
1 patata
maggiorana
1 spicchio d'aglio
200 gr di polpa di pomodoro
2-3 cucch. di olio extravergine di oliva sale
1 cucchiaino di prezzemolo tritato
1 litro e mezzo di brodo vegetale
crostini di pane casereccio tostato

Preparazione

Preparate un trito con la carota, la cipolla, il sedano, l'aglio e la maggiorana. Fate insaporire il tutto in un cucchiaino di olio. Unite la polpa di pomodoro e fate cuocere per 5 minuti. Aggiungete il brodo vegetale, le patate a dadini, il farro e proseguite la cottura a fiamma bassa e pentola scoperta per circa 40 minuti (o anche più di un'ora, se si usa farro integrale). Aggiustate di sale e controllate che la minestra resti della giusta densità. Spolverizzate con il prezzemolo, distribuite in fondine e servite con olio crudo e crostini di pane.

800.237303

è il numero verde dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica
Dal lunedì al venerdì, dalle 13 alle 17



Newsletter di informazione per cittadini e pazienti dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica

Supplemento a AIOM NOTIZIE. N.2/2004 Reg. Trib. di Brescia n° 35/2001 del 2/7/2001

infosocietà

Consiglio Direttivo Nazionale AIOM


Presidente
Roberto Labianca
Presidente Eletto
Emilio Bajetta
Segretario
Carmelo Iacono
Tesoriere
Marco Venturini
Consiglieri
Vincenzo Adamo, Sandro Barni, Oscar Bertetto, Filippo De Marinis, Gianfranco Filippelli, Fausto Roila, Giovanni Rosti, Vittorina Zagonel

AIOM infosocietà

Direttore Responsabile
Mauro Boldrini
Coordinamento
Gino Tomasini
Sabrina Smerrieri
Redazione
Carlo Buffoli, Sergio Ceccone, Daniela Peliccioli, Giuliano D'Ambrosio
Stampa
Officine Grafiche Staged
S. Zeno Naviglio (Bs)

Intermedia editore

Healthcare Communication Network
via Malta 12B - 25124 Brescia
Tel. 030.226105 - Fax. 030.2420472
imediabs@tin.it
Via C. Morin, 44 - 00195 Roma
Tel. 06.3723187
intermedia@intermedianews.it
www.medinews.it

Questa pubblicazione è resa possibile da un educational grant di  **Innovazione per la salute**