

EDITORIALE

Dieci milioni di pazienti
chiedono di contare di più

Sono dieci milioni i pazienti tumorali in Europa, 1,5 milioni solo in Italia. Oggi questi malati chiedono di “contare di più” ed essere maggiormente ascoltati da medici, istituzioni e aziende farmaceutiche, con l’obiettivo di migliorare, attraverso un’alleanza istituzioni-pazienti, l’accesso alle cure antitumorali e la qualità delle stesse. Occasione per far sentire la propria voce è stato il seminario per i pazienti organizzato dalla Società Europea di Oncologia Medica (Esmo) nell’ambito del 29° congresso, che si è tenuto a Vienna dal 28 ottobre al 2 novembre. “I pazienti – ha affermato il rappresentante Esmo, Heinz Ludwig – devono avere la possibilità di far sentire la propria voce a livello internazionale. In Europa sono dieci milioni, ognuno con famiglia, amici e colleghi. Tutte queste persone insieme costituiscono una forza incredibile, capace di far cambiare le cose e fare in modo che la qualità delle cure sia al più alto livello possibile”. Al seminario è intervenuta anche la presidente dell’Associazione Europa Donna, Stella Kyriakides: “Per dare una svolta alla lotta contro il cancro – ha affermato nel suo intervento – dobbiamo guardare alle nostre personali esperienze sotto una luce politica e dare vita a forme di collaborazione con il mondo medico e scientifico; unire cioè le voci e le forze e farci sentire a livello nazionale ed europeo per garantire che questa malattia venga trattata ovunque in modo ottimale”. Un’alleanza fondamentale, quella medico-paziente, anche secondo il presidente Esmo, Paris Kosmidis: “Rinsaldare la collaborazione tra pazienti e medici serve a migliorare la comprensione e la comunicazione e a renderle più efficaci anche ai fini di un miglior esito delle terapie”.

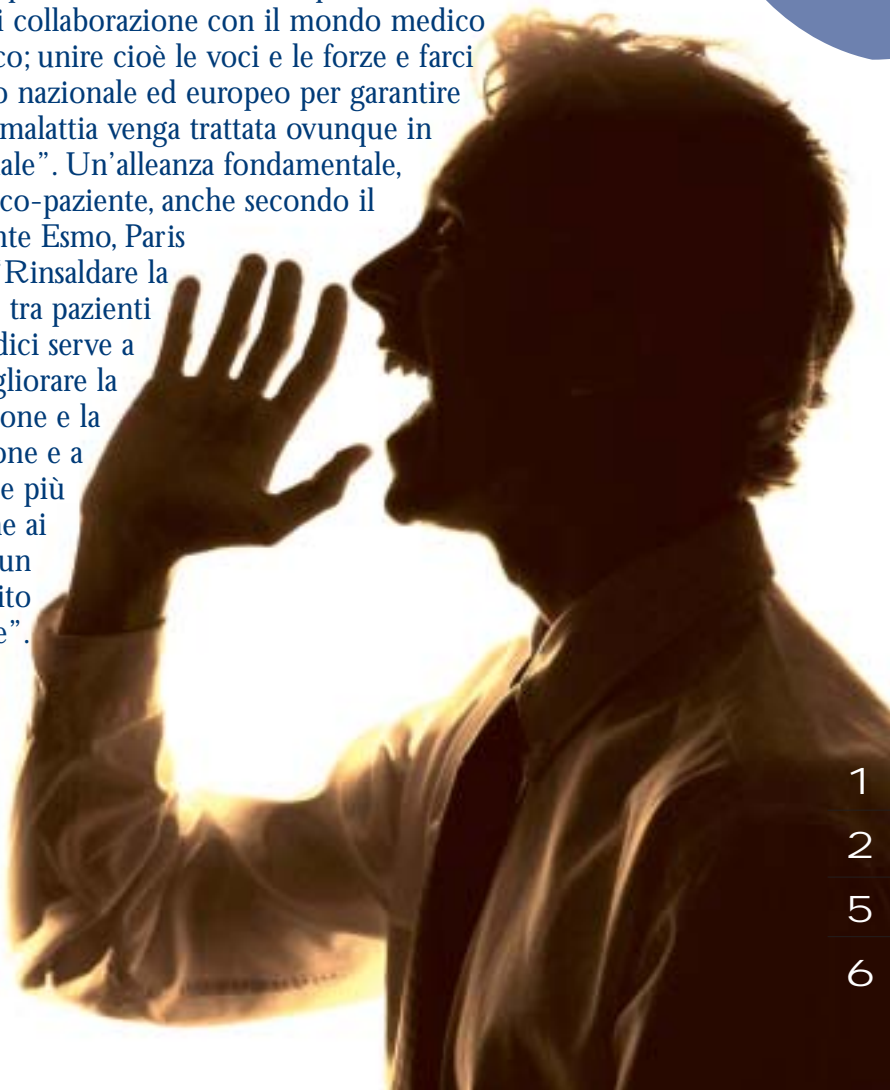
Newsletter di informazione per cittadini e pazienti
dell’Associazione Italiana di Oncologia Medica

Atom

info società

Nel n. 11 | 2004

- 1 Editoriale
- 2 Qualità di vita
- 5 Storie vere
- 6 Riflettori su: il tumore delle ghiandole salivari



SHOPPING SOLIDALE CON "CARTA ATTIVA"

Si chiama "Carta Attiva" ed è una carta di credito per acquisti solidali, accettata in oltre 26 milioni di esercizi commerciali in tutto il mondo senza commissioni aggiuntive per carburante o pedaggi. L'iniziativa, a sostegno delle attività di prevenzione e diagnosi precoce, è promossa dalla Lega Italiana per la Lotta ai Tumori (LILT) ed è frutto di una partnership tra l'associazione e Agos Itafinco, società attiva nel settore del credito al consumo. Per richiedere la carta, gratuita per il primo anno di utilizzo, basta telefonare al numero verde 800.191080 (lunedì-venerdì ore 8.30-21, sabato ore 8.30-17.30), oppure seguire la procedura on line indicata sul sito Internet www.cartageos.it o compilare un apposito coupon di adesione disponibile presso i 18 Spazi prevenzione gestiti da LILT Milano tra Milano, Monza, Lodi e altri centri della provincia. Carta Attiva offre un fido fino a 3.100 euro, da usare per qualunque tipo di spesa. Su questa cifra l'utente pagherà il 14% di interessi, di cui il 10% sarà versato da Agos alla LILT milanese. La carta permette inoltre di prelevare contanti presso tutti gli sportelli automatici che espongono il marchio Visa, con una commissione fissa di 2,58 euro, e chiamando il numero verde consente di ottenere l'accredito immediato sul conto corrente anche di tutta la disponibilità del fido. Sarà devoluta interamente all'associazione anche la quota associativa di 15 euro richiesta a chi, dopo il primo anno, volesse rinnovare la carta. "Fare shopping 'strisciando' una carta di credito è un gesto che facciamo ogni giorno – dice Ilaria Malvezzi, direttrice della LILT meneghina – La speranza è che con Carta Attiva anche aiutare gli altri diventi un'abitudine quotidiana".



TUMORE DEL POLMONE, UNO SCREENING "SALVA" I FUMATORI

Anche i tabagisti incalliti, quelli che bruciano sino a due pacchetti di sigarette al giorno, oggi hanno una speranza in più di vedersi diagnosticare la neoplasia quando è ancora ai primissimi stadi, con la possibilità dunque di poter intervenire precocemente e aumentare di conseguenza le possibilità di sopravvivenza. Il dato emerge da uno studio prospettico iniziato due anni fa all'Istituto Regina Elena di Roma e in cui sono state arruolate 1000 persone considerate ad alto rischio: fumatori o ex fumatori, tra i 55 e i 69 anni, che per 10 anni si sono accesi almeno 20 sigarette al giorno (o 40 per 5 anni) e che non avevano smesso di fumare da oltre un lustro. "I pazienti – spiega il dott. Salvatore Giunta, responsabile del Servizio di Radiologia e Diagnostica per Immagini del Regina Elena e coordinatore dello studio – sono stati inseriti in uno screening con TAC spirale, metodica in grado di evidenziare lesioni al di sotto dei 5 millimetri; per la precisione 770 sono stati sottoposti ad un primo screening e 272 ad un secondo dopo un anno, con 246 indagini di controllo di follow-up. Le indagini ci hanno permesso di rilevare complessivamente 16 carcinomi non a piccole cellule (NSCLC) (2.07%), 15 al primo screening e 1 al secondo. Di questi, 12 erano resecabili (75%), condizione non frequente nel cancro del polmone e 9 su 16 (il 56,25%) erano al I stadio di malattia che, in oltre l'85% dei casi, determina un'aspettativa di vita di 5 anni. Per avere un termine di paragone, nella popolazione normale, al di fuori dello screening, la percentuale di sopravvivenza globale è di circa l'11-14%".

Quello portato avanti dal Regina Elena è solo una porzione di un grande studio prospettico americano coordinato dall'International Early Lung Cancer Action Project (IELCAP), la più grande organizzazione scientifica che si occupa dello screening del cancro al polmone, diretta dalla prof. Claudia Henschke della Cornell University di New York. "L'IELCAP – spiega la prof. Henschke – coinvolge 34 Istituzioni in tutto il mondo. Sino ad ora sono stati esaminati oltre 26.000 casi al primo screening con 312 tumori individuati (l'1,2%) e circa 20.000 al secondo (60 tumori diagnosticati, 0,3%). Nell'80% dei casi la neoplasia era al I° stadio e quindi operabile".

La Chiesa si schiera CONTRO IL DOLORE

La terapia del dolore “va incoraggiata”. L'apprezzamento arriva dal prefetto della Congregazione per i vescovi, il cardinale Giovanni Battista Re. “Da sempre – ha ricordato Re – l'umanità ha cercato di eliminare il dolore ma solo recentemente sono stati raggiunti traguardi molto importanti. Non a caso Padre Pio chiamò il suo ospedale Casa sollievo della sofferenza, perché sollevare l'uomo dal dolore significa rispettare la sua dignità”.

Osservatorio permanente AL BANDO LE NOTIZIE “GONFIATE”

Attenzione a parlare e a scrivere in termini miracolistici delle nuove terapie, in particolar modo quando l'argomento è il cancro. Dall'altra parte dello schermo televisivo e del giornale ci sono migliaia di persone che vivono direttamente il dramma della malattia, o ci convivono in casa, e notizie gonfiate rischiano di creare solo illusioni. Per questo è necessario trovare un giusto equilibrio tra gli interessi di chi lancia la notizia, chi la diffonde e chi, suo malgrado, la subisce. Da qui la scelta di far nascere il primo Osservatorio sull'Informazione in Oncologia, una struttura permanente che si occuperà a 360 gradi di monitorare quanto pubblicato sui media italiani in materia, di elaborare proposte e progetti, di formare medici e operatori dell'informazione e presentare report periodici alle autorità sanitarie. Promotore dell'iniziativa il prof. Pierfranco Conte, direttore dell'Oncologia del Policlinico di Modena. “In Italia oggi non esiste nulla di tutto ciò – sottolinea il prof. Conte – eppure l'esigenza di meglio comprendere questi fenomeni è enorme. La comunicazione dei risultati della ricerca e degli effettivi avanzamenti nella cura dei pazienti oncologici rappresenta una delle sfide che la medicina deve affrontare per mantenere credibilità e fiducia nei confronti del pubblico”.

SENO, “RICOSTRUITO” SOLO AL 15% DELLE DONNE OPERATE

Sono poche le donne italiane che dopo un intervento al seno si sottopongono alla ricostruzione della mammella, circa il 15%. Ancora meno, il 7%, quelle che durante la stessa seduta operatoria si avvalgono di un chirurgo plastico. E non si tratta di un rifiuto da parte delle pazienti. Il limite è spesso delle strutture, che non hanno chirurghi specializzati. In moltissimi casi le donne non vengono nemmeno informate di questa possibilità. A sostenerlo è Marzia Salgarello, chirurgo dell'Università Cattolica di Roma. “La ricostruzione immediata – ricorda la chirurga – facilita il superamento della malattia, sia dal punto di vista fisico che psicologico, perché permette alla donna di non sentirsi menomata. Per questo facciamo un appello alle pazienti affinché chiedano subito l'intervento plastico”. Secondo i dati internazionali, 1 donna su 8 viene colpita da tumore alla mammella. Di queste, il 70% non asporta tutto il seno ma solo una piccola parte, con un rimodellamento immediato. Il 30% invece è sottoposto ad asportazione completa del seno. La scarsa attenzione dei chirurghi per la ricostruzione è un problema culturale che “va modificato”, alla luce soprattutto dell'aumento di incidenza nelle ragazze giovani. “Oggi – spiega Salgarello – le donne hanno un'aspettativa di vita più lunga. E anche dopo i 60 anni la rinuncia alla femminilità non deve essere data per scontata. Anzi. I benefici di una ricostruzione immediata del seno sono evidenti anche in chi è avanti con l'età”.

IL DIRITTO ALLA PENSIONE

Per il calcolo degli anni di servizio ai fini pensionistici, i lavoratori con un'invalidità fino al 74% hanno diritto al beneficio di 2 mesi di contribuzione figurativa per ogni anno di lavoro effettivamente svolto e ciò indipendentemente dalla causa dello stato di invalidità (L. 388/2000, art. 80 co. 3). Dal 1 gennaio 2002 questo beneficio è riconosciuto fino al limite massimo di 5 anni di contribuzione figurativa utile ai soli fini del diritto alla pensione e dell'anzianità contributiva. L'INPDAP, l'istituto che assicura buona parte dei dipendenti pubblici, con la circolare informativa n. 75/2001, ha confermato che vengono concessi 2 mesi di contributi figurativi per ogni anno effettivamente lavorato, fino ad un massimo di 5 anni di contributi figurativi (es. 30 anni di servizio = 60 mesi (5 anni) di contributi figurativi). L'aspetto positivo è che l'INPDAP ammette che i contributi figurativi incidono anche sull'ammontare della pensione e non solo sulla maturazione degli anni di servizio per il diritto alla quiescenza.

SOSTA GRATUITA IN CENTRO CITTÀ

Il Comune di residenza riconosce al malato di cancro in terapia il diritto ad ottenere il contrassegno di libera circolazione e sosta (D.P.R. 503/1996, pubblicato in S.O. della G.U. 27 settembre 1996, n. 227, denominato "Regolamento recante norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, spazi e servizi pubblici, che consente:

- il libero transito nelle zone a traffico limitato e nelle zone pedonali;
- la sosta nei parcheggi riservati ai disabili (delimitati con le strisce gialle) o, in mancanza di questi, la sosta gratuita nei parcheggi a pagamento. Il contrassegno di libera circolazione e sosta è nominativo e può essere utilizzato solo quando l'auto è al servizio del malato intestatario del permesso; l'utilizzo improprio comporta il pagamento di una sanzione e anche l'immediato ritiro del contrassegno.

COME SI OTTIENE IL PERMESSO

La domanda per il rilascio del contrassegno deve essere presentata al Comune di residenza (normalmente presso l'ufficio della Polizia Municipale), compilando l'apposito modulo e allegando un certificato medico-legale che attesti la grave difficoltà motoria (la relativa visita può essere prenotata presso l'ufficio di medicina legale della ASL). La validità del contrassegno dipende dalle condizioni di salute del cittadino, che saranno accertate dalla visita medico-legale. Se all'atto della visita viene accertata una temporanea grave difficoltà di deambulazione, la validità del permesso è stabilita dalla commissione medica tenendo conto dei tempi di recupero della funzionalità motoria. Negli altri casi (malattia stabile o senza possibilità di miglioramento) il contrassegno è valido cinque anni. In entrambi i casi il permesso di libera circolazione e sosta è rinnovabile.

Per maggiori
informazioni
www.aimac.it

SEAN, LO "SCALATORE DEL CANCRO"

È riuscito a conquistare il monte Everest e si sta preparando ad affrontare gli altri sei picchi più alti del mondo.

Ma lui è uno scalatore del tutto particolare, e decisamente poco convenzionale è la motivazione che anima le sue imprese. Si chiama Sean Swarner, americano, 30 anni appena compiuti, ed è il primo sopravvissuto a due gravissime forme di cancro ad aver compiuto una simile impresa. La sua è sempre stata una "vita in salita", ed è per questo che ha deciso di mettersi a scalare le vette più insidiose del globo: per dimostrare che non esistono imprese impossibili, così come non è impossibile riuscire a dare "la scalata" alla malattia e lanciare un messaggio di speranza ai milioni di malati oncologici nel mondo. Sean a fine ottobre è stato a Vienna, per partecipare al Congresso europeo di oncologia e raccontare la propria esperienza a medici e pazienti. Lui, che ama definirsi il "cancer climber", ovvero lo "scalatore del cancro", lo fa col sorriso sulle labbra: "Non bisogna mai perdere la speranza – dice – qualunque sia la montagna che ci troviamo dinanzi nel corso della nostra esistenza".

E la montagna che Sean ha scalato, quella che la vita gli ha posto dinanzi, era

davvero enorme. Nel 1988, all'età di 13 anni, gli era stato diagnosticato un linfoma di Hodgkin in stadio avanzato e i medici, allora, gli diedero 3 mesi di vita. Dopo circa un anno di chemioterapia e cure in ospedale, però, Sean ha avuto una remissione della malattia. Ma la gioia è durata poco: a 16 anni si ammala da un'altra forma di cancro. Si tratta, questa volta, del sarcoma di Ewings, una forma rara e molto grave che colpisce tre individui su un milione e che fa registrare un tasso di sopravvivenza inferiore al 30%. Sean viene quindi operato, per rimuovere il tumore al polmone che, in pochi mesi, aveva raggiunto le dimensioni di una palla da golf. I medici lo danno nuovamente per spacciato, ma non è così: per circa un anno e mezzo, Sean resta immobilizzato a letto e in stato di semi-incoscienza. Poi, la sorprendente, e per certi versi inspiegabile, ripresa. Oggi Sean sta bene. È l'unico caso al mondo di paziente che sia stato colpito da entrambe queste forme tumorali ed è anche il sopravvissuto per più lungo tempo al Sarcoma di Ewings. Ha vinto forse la sfida più difficile ed ha deciso di dare speranza agli altri, anche attraverso imprese apparentemente impossibili. Si è allenato costantemente marciando sulle montagne del Colorado, vicino la cittadina di Boulden di cui è originario, con uno zaino di sei chili sulle spalle. Poi la

grande impresa: due anni fa, nel maggio 2002, ha raggiunto la vetta dell'Everest.

Circa 4.500 scalatori hanno cercato di scalare l'Everest, ma meno di 1.500, negli anni, sono riusciti a portare a termine la missione. Sean è tra questi, ma la vetta più alta lo ricorderà, forse, per un'altra ragione: tra le sue rocce sventola infatti una bandiera con la scritta "*Dedicato a tutti coloro che soffrono di cancro nel nostro piccolo mondo, perché non si arrendano mai!*".

"Ricordo che mentre lottavo con il cancro – racconta Sean – i miei amici andavano a caccia di ragazze e provavano nuove acconciature. Io, invece, non avevo né capelli né ragazze, dato che nessuno si interessava a uno ridotto come un pallone ambulante a causa delle medicine; non avevo nessuno cui ispirarmi, nessun modello da seguire, mi sentivo tremendamente solo".

Scalare l'Everest, prosegue, "ha rappresentato il tentativo di diventare quel modello e quella fonte di ispirazione, che a me erano mancati, per tutti i malati: volevo diventare un'icona di speranza per tutti coloro che lottano contro il cancro, comunicando loro che possono scalare la vita presente per conquistarne un'altra straordinaria dopo la malattia". Sean è infaticabile: sta per discutere il dottorato in psicologia, è presidente dell'organizzazione no-profit Cancer-climber e si prepara a scalare altre sei vette, le più

alte di ogni continente. La prossima impresa a gennaio, in Antartide, per raggiungere la cima del Vinson. Anche lì potrà così sventolare la sua bandiera della speranza. Al Congresso di Vienna Sean è diventato una sorta di "star". Ha raccontato la sua esperienza ad un'affollata platea di medici e pazienti e, alla fine, era quasi imbarazzato a rispondere alle richieste di tanti, anche coetanei, che gli chiedevano un autografo. La firma, un sorriso e poi un consiglio: "Io ho sempre seguito la regola delle "5 L": live, love, laugh, learn, lead by example". Che in italiano suona: vivi, ama, ridi, impara e insegna dando l'esempio.



Le ghiandole salivari producono la saliva, che tiene la bocca umida e contribuisce alla digestione del cibo. Si dividono in due gruppi:

- Le ghiandole salivari maggiori si trovano in corrispondenza delle orecchie, ai lati della faccia (parotide); sotto la mandibola (ghiandola sottomandibolare) e sotto la lingua (ghiandola sottolinguale);
- Le ghiandole salivari minori sono distribuite lungo tutto il tratto aerodigestivo superiore.

Non è chiaro quali siano le cause che generano questa neoplasia, tuttavia sono stati identificati alcuni fattori che aumentano il rischio di ammalarsi.

Tra questi vanno ricordati:

- Il tipo di nutrizione seguita: un basso apporto di vitamine A e C nella dieta è associato a un'alta incidenza di questo tumore
- Un pregresso tumore benigno (per esempio un adenoma pleomorfo) in giovane età
- Una pregressa irradiazione della testa e del collo in giovane età

Non inciderebbero invece in maniera determinante il fumo di tabacco o il consumo di alcol.

Epidemiologia

1

Il tumore delle ghiandole salivari è molto raro e in genere si sviluppa dopo i 60 anni d'età. Secondo dati recenti risulta che in Italia i nuovi casi all'anno tra gli uomini sono circa 1 ogni 100.000 abitanti e tra le donne 0,7 ogni 100.000 abitanti, per un totale di meno di due nuovi casi all'anno ogni 100.000 abitanti. Il tumore colpisce inoltre in percentuali diverse organi differenti. Per quanto riguarda il tumore delle "salivari maggiori", la ghiandola più colpita sono nell'ordine:

- la parotide
- la ghiandola sottomandibolare
- la ghiandola sottolinguale.

Il tumore delle ghiandole salivari minori colpisce più frequentemente:

- il palato
- la cavità nasale
- la lingua.

Molti tumori che hanno origine nelle ghiandole salivari sono benigni: circa l'80% di quelli della parotide.

I sintomi

2

Esistono **segni** che possono indicare la presenza del tumore anche in assenza di dolore. È opportuno quindi recarsi dal medico per una visita di controllo in caso di:

- gonfiore sulla faccia, sotto il mento o nel collo;
- dolore ai muscoli facciali o sensazione di intorpidimento;
- ostruzione e/o sanguinamento del naso.

3

La diagnosi

Per arrivare ad una diagnosi certa il paziente verrà sottoposto ad una serie di esami.

- Il primo passo è una **visita** in cui il medico condurrà con appositi strumenti un esame del volto e della gola del paziente, a cui possono seguire:
- **ultrasonografia**: è una tecnica che utilizza gli ultrasuoni per esaminare gli organi interni;
- **tomografia computerizzata (TC)**: si tratta di una tecnica radiografica, che fotografa parti interne del corpo attraverso l'uso di un computer;
- **risonanza magnetica (RM)**: le onde magnetiche rilevano immagini di organi interni del corpo;
- **agoaspirato**: un sottile ago collegato a una siringa vuota viene impiegato per prelevare cellule o fluidi dal tessuto che si vuole analizzare, per verificare la presenza o meno di cellule tumorali.

Sono rischiosi questi esami per il paziente?

Ultrasonografia, tomografia computerizzata (TC) e risonanza magnetica (RM) non espongono il paziente ad alcun rischio particolare; inoltre sono tecniche non invasive, quindi non provocano alcun dolore. L'agoaspirato, invece, è un esame un po' più invasivo, dal momento che l'ago viene inserito nel tessuto da analizzare. La procedura è fastidiosa, ma non particolarmente dolorosa e non comporta rischi particolari.

Le cure

Esistono diverse terapie per la cura del tumore delle ghiandole salivari, che possono essere impiegate singolarmente o in combinazione tra loro. La scelta della cura più appropriata dipende da fattori diversi:

- la sede in cui è situato il tumore;
- l'estensione del tumore;
- la sua diffusione;
- la rapidità con cui si è diffuso;
- le condizioni di salute generale della persona.

4

1. La chirurgia. L'intervento chirurgico è la terapia più comune

- se il tumore è limitato alla sola ghiandola salivare, è sufficiente rimuovere interamente quella ghiandola;
- nel caso in cui il tumore sia diffuso nella zona intorno alla ghiandola, il chirurgo dovrà rimuovere anche i tessuti circostanti, intaccati dal tumore;
- se il tumore è diffuso ai linfonodi del collo, sarà necessario asportarli. In alcuni casi è raccomandabile asportare tutti i linfonodi del collo, anche quelli non chiaramente intaccati dal tumore, per evitare che vengano intaccati dal tumore in futuro.

2. Radioterapia. Può essere utilizzata prima dell'intervento chirurgico, al fine di ridurre le dimensioni del tumore da operare, oppure può seguire l'intervento chirurgico.

3. Chemioterapia. In questo tipo di tumore la chemioterapia è impiegata solo quando non è possibile ricorrere né alla chirurgia, né alla radioterapia, soprattutto quando si tratta di tumori molto estesi. Il suo utilizzo è attualmente oggetto di vari studi.

4. Il follow-up. Dopo aver completato tutti i trattamenti, lo specialista pianificherà una serie di visite successive e di esami ulteriori, per controllare gli effetti delle terapie e accertarsi che il tumore non si riformi. Questa pianificazione prende il nome di follow up, controllo clinico periodico.

• In ogni caso, soprattutto con tumore ad alto grado

• tumore ad alto grado
• tumore della ghiandola sottomandibolare

• umore delle ghiandole salivari minori

• altri tipi di tumore delle ghiandole salivari

• visita ogni 2 o 3 mesi dopo il trattamento

• una lastra del torace ogni 6 mesi

• lastra del torace ripetuta una volta all'anno



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 Nòe 23
tel. 02 70630279
aiom.mi@tiscalinet.it
www.aiom.it

Il presidente nazionale è il prof. Roberto Labianca

I CIBI? Meglio cotti al vapore

La preparazione dei cibi è importante. Un solo esempio: friggere delle patate con l'olio di oliva vuol dire portare ad un'altissima temperatura un vegetale che non ha nessun grasso capace di trasformarsi in pericolose molecole. Se invece friggiamo delle uova, del pesce o della carne, portiamo ad altissime temperature alimenti ricchi in grassi che idrogenandosi, possono divenire molecole pericolose. Usiamo dunque metodi di cottura leggeri.

Metodi di cottura consigliati

- al vapore
- bollitura
- stufati
- al forno
- al microonde

Metodi di cottura sconsigliati

- frittura: libera acroleina
- cottura alla brace libera benzopirene, molecola altamente cancerogena
- pentola a pressione: l'alta temperatura cui l'alimento è sottoposto distrugge la vitamina C

ATTENTI AL SALE

Il sale da cucina e quello dei dadi sono ricchi di sodio, una molecola che non solo provoca ritenzione idrica, affaticamento cardiaco e ipertensione, ma favorirebbe anche i tumori dello stomaco e del pancreas. L'abuso di questa spezia – un tempo molto rara, tanto che veniva utilizzata per pagare i soldati (da cui il termine salario) – è sempre negativo e purtroppo è molto facile eccedere, perché di sale ce n'è molto anche quando non lo vediamo. È infatti presente in tutti i cibi inscatolati o conservati, nei succhi di frutta, nelle caramelle, nei salumi, nei biscotti, nel pane... Per questo il consiglio è di salare i cibi il meno possibile.

LA DOMANDA

Le pillole di vitamine possono prevenire il tumore?

Malgrado diversi studi effettuati al riguardo non è stato possibile documentare che le pillole a base di vitamine hanno sui tumori lo stesso effetto protettivo esercitato dalla verdura e dalla frutta. Anzi, alcuni grandi studi hanno dovuto essere sospesi perché forti dosi di vitamine in compresse si sono dimostrate pericolose.

La ricetta

Crema di finocchi e mandorle

Ingredienti per 4 porzioni

4 finocchi (800/1000 gr. circa), 1 cipolla (150/2000 gr.), 2/3 cucchiaini olio d'oliva, 2 dadi vegetali, 20 gr. di mandorle con la buccia, 1,5 lt acqua bollente

crostini di pane abbrustolito

in aggiunta: pepe macinato, 1 dl di panna liquida

Preparazione

Pulire i finocchi tenendo da parte le foglie verdi, tagliare i finocchi e la cipolla a fette. Sciogliere i dadi vegetali nell'acqua bollente. Scaldare l'olio in una casseruola ed aggiungere i finocchi e la cipolla; mescolare per circa 5 minuti a fiamma viva. Aggiungere le foglie di finocchio, le mandorle e il brodo vegetale e portare a bollire per 2 minuti. Abbassare la fiamma e cuocere per 20 minuti chiudendo la casseruola a metà con il coperchio. Passare il composto con il passaverdura (o sminuzzarlo con il minipimer). Cuocere a fiamma bassa fino ad ottenere una crema densa (10/15 min. circa) Servire con crostini di pane abbrustolito.

Si può guarnire la crema con del pepe macinato all'istante ed eventualmente vellutarla aggiungendo della panna liquida nella parte finale della cottura.



800.237303

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



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

Supplemento a AIOM NOTIZIE.
N. 11/2004
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

Segreteria di redazione
Sheila Zucchi

Stampa
Officine Grafiche Staged
S. Zeno Naviglio (Bs)

Intermedia editore

Healthcare Communication Network

Via Malta 12B - 25124 Brescia
Tel. 030.226105 - Fax. 030.2420472
mediabs@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