



# Oggi

Quadrimestrale dell'Associazione per l'Assistenza  
Morale e sociale negli Istituti Oncologici - onlus

gennaio - aprile 2011



# Sommario

- 3** Editoriale  
La vita è bella
- 4** Rubrica  
La psicologia oncologica
- 6** Informazione  
L'odontoiatria per l'oncologia
- 8** Verifica  
Come mi duole la testa!
- 11** Formazione permanente  
L'etica della cura nell'assistenza
- 12** Formazione permanente  
Recurrent training
- 14** Documentario  
La voce dell'Istituto
- 15** Attività  
A dieci centimetri dal cuore
- 16** Speciale  
Un Santo frugale
- 18** 2011  
L'anno del volontariato
- 19** Utilizzo del naso  
elettronico in medicina
- 20** La nostra presenza  
Una mattina al San Gallicano
- 21** Diario AMSO



Banco accoglienza  
gli Assistenti  
Franco Avallone  
Maria Rosaria  
Del Signore

Ambulatorio  
radiodiagnostica  
le Assistenti  
Lilla Barchi  
Rossana Morlacci



Ambulatorio  
radioterapia  
gli Assistenti  
Romolo Cruciani  
Fiorella Casti  
Aldo Nardini

Ambulatorio  
analisi  
gli Assistenti  
Elena Galizia  
Francesco Donadio



Amso Oggi

(quadrimestrale)

Registrato presso

il Tribunale di Roma

n. 381/87 del 24 - 06 - 1987

Direzione AMSO

Via delle Messi d'Oro, 156

00158 Roma

Tel. 06 52662107

Tel./fax 06 4181822

e-mail: amso@ifo.it

Sito Internet

www.associazione-amso.it

Direttore responsabile

Mario Mazzetti di Pietralata

Hanno collaborato

Francesco Avallone

Roberto Baldinetti

Maria Sofia Barbasetti di Prun

Paolo Bonetti

Rosanna Cerbo

Vittoria Carla d'Agostino

Vera d'Angelo

Piero Fantozzi

Mario Mazzetti di Pietralata

Serena Piroso

Piero Pugi

Claudio Roscioni

Gian Franco Svidereschi

Ufficio Stampa I.F.O.

In redazione

Maria Sofia Barbasetti di Prun

Piero Fantozzi

Giovanni Lucchetti

Mario Mazzetti di Pietralata

Aldo Nardini

Stampa

Multiprint

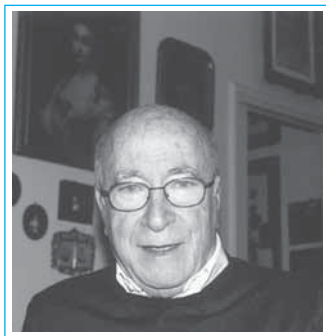
Via Braccio da Montone 109

00176 Roma

In copertina

alcune postazioni AMSO

all'IFO



## L'EDITORIALE

### La vita è bella

Il giornalista Saviano, l'autore di un famoso libro sulla malavita italiana, ha spiegato in un articolo comparso su La Repubblica, le ragioni per le quali ha pensato di confezionare un elenco di idee che possono giustificare il piacere di vivere. Così ha ricordato che la formula dell'elenco è stata inventata da quel genio di Woody Allen che nel film Manhattan, sdraiato su un divano, pensa che qualche idea ottimistica sia un antidoto ai problemi insolubili e terrificanti che ci assillano. L'idea è quella di riflettere sulle ragioni per le quali è bello vivere. Molti amici della mia età (più o meno ottantenni) sono amareggiati e delusi perché non si riconoscono più nel mondo in cui sono cresciuti e in cui vivono. Le nuove tecnologie, la maleducazione, lo sconvolgimento dei valori, l'inquinamento, la corruzione, le signorine dal costume incerto sono tutte le ragioni che li hanno profondamente segnati e non trovano punti di riferimento per avere fiducia e guardare con un certo ottimismo al proprio avvenire seppure nel breve termine e forse in quello dei figli e dei nipoti. Chi può negare certe verità "sgradevoli" incontestabili? Nessuno è felice di viaggiare in treno o in autobus ascoltando le conversazioni al cellulare, in italiano o in una incomprensibile lingua, di chi, imperterrito, sta seduto accanto a noi. Si continua a comprare il giornale ma non si leggono i titoli delle prime pagine per evitare un mal di stomaco. Tutti assistiamo impotenti alle malefatte della camorra purtroppo dilagante. Venti anni per aspettare una sentenza! Non credo che Fellini, memore della "soreghina" e della tabaccaia tettona di Amarcord, dedicherebbe attenzione artistica alle signorine che allietano le serate di qualche potente signore. Ci riconosciamo forse nei labbroni siliconati e nelle tette protesiche delle veline? Ogni giorno il mio pensiero va ai troppi detenuti accatastati nelle prigioni insufficienti. Confesso di rimanerci male quando sento le confidenze sconcertanti dei miei amici e istintivamente mi vengono in mente verità e punti di riferimento ai quali mi affido da 80 anni. Io ricordo gli ospedali che ho frequentato agli inizi della mia carriera e li confronto con quelli di oggi e mi sembra impossibile che in pochi anni sia avvenuta una rivoluzione così sorprendente. Nel '59 ho avuto una borsa di studio dell'Istituto Superiore di Sanità e ho esaminato le feci di tutti i bambini della Provincia di Latina per cercare i tanti parassiti intestinali che non li facevano crescere. Ho visto una miseria nei Borghi abitati dai veneti e friulani scesi dal nord ai tempi della bonifica, una miseria degna del migliore Bangladesh. Oggi l'Agro Pontino è un giardino abitato da una popolazione attiva e dignitosa. Che la vita sia bella da vivere non l'ho scoperto io né Benigni, non è diventata brutta negli ultimi venti anni e la maggioranza degli italiani continua ad avere fiducia malgrado tutto, aspetta di godersi il sorgere del sole ed il tramonto, di godersi la vista del mare e delle Dolomiti, di ascoltare Carreras e Domingo, di vedere la Ferrari vittoriosa, e la Pellegrini in gara, di frequentare belle mostre e bei musei, mangiare gli spaghetti aglio, olio e peperoncino, leggere o far leggere i racconti di Silvana Gandolfi o le poesie di Andrea Sebastiani che io ho la fortuna di conoscere. Sono sicuro che tutte queste belle cose non mancano nella vita dei miei amici o forse sono troppe per cui non si meravigliano più e non si fanno piacevolmente sorprendere, non rimangono stupefatti di fronte a certi spettacoli che sembrano quasi scontati. Gli italiani non ci piacciono più? Andiamoci piano! Sono rimasto piacevolmente colpito da una notizia data dalla Presidente del FAI (la Fondazione per l'Ambiente) Signora Borletti Buitoni (un cognome oltremodo singolare e divertente) secondo la quale 600.000 cittadini italiani hanno segnalato al FAI i luoghi "del cuore" che chiedono vengano tutelati e mantenuti in buone condizioni, una cifra ben superiore ai 160.000 della campagna precedente. Io mi riconosco in questo popolo di cittadini e sono sicuro di poter contare su di loro per garantire un futuro ragionevole ai miei nipoti. Quanti sono i cittadini italiani che prestano la propria preziosa opera nelle organizzazioni di volontariato? Sono tanti e poi tanti, quanti bastano per riconoscermi in loro perché nessuno si è impadronito dei miei sentimenti e con questi concittadini sono certo di poter condividere il piacere di stare al mondo, in questo mondo.

# LA PSICOLOGIA ONCOLOGICA

## Un approfondimento esperienziale 24 giorni, 2 anni



Lo scorso dicembre è terminato, presso l'IFO, il XIII Corso di Psicologia Oncologica, al quale ho partecipato grazie alla disponibilità dei dirigenti dell'Amso e della Dott.ssa Caruso: a loro va il mio ringraziamento per questo regalo.

Data la premessa mi è sembrato doveroso dare risposta positiva all'amico Aldo quando mi ha chiesto di condividere con i colleghi dell'Amso, tramite il giornale dell'Associazione, la mia esperienza di corsista. Naturalmente è molto probabile che altri, ad esempio chi sta frequentando il XIV e XV Corso, giungano a considerazioni e conclusioni completamente diverse dalle mie.

Il Corso è biennale (uso il presente perché la struttura è la stessa anche nelle edizioni in fase di svolgimento); ogni anno consta di quattro moduli, ciascuno articolato in tre giorni, dalle 9,00 alle 18,00 (con una pausa pranzo e due brevi intervalli per il caffè). Ogni modulo si conclude con una prova scritta di verifica: insomma un impegno di 24 giorni distribuiti in 2 anni. La prima parte della giornata prevede attività formativa con l'uso o meno di slides e/o filmati; la seconda parte prevede attività esperienziali (condivisione di vissuti emozionali, lavori di gruppo, ecc.). Finalità del Corso è *“una integrazione sempre più efficace di ciascun operatore nel contesto lavorativo oncologico”* e la promozione di *“nuovi modelli di relazione con i pazienti, con i loro familiari e fra gli stessi operatori sanitari”*. Ad esso possono partecipare quanti operano, con varie professionalità, nel settore oncologico. Per ogni professione al termine di ogni anno vengono rilasciati crediti formativi.

Il titolo di quest'articolo non è solo la sintesi temporale del corso, è anche una schematizzazione del suo significato: investire ventiquattro giorni della propria vita per ricavarne due anni di riflessioni, che, per quello che mi riguarda, non mi pare siano terminate. Riflessioni nate sia dall'osservazione del contesto in cui operi, sia dalla condivisione di esperienze di vita, a volte anche di dolore.

Partiamo dalle prime. Inizialmente il gruppo era composto da una trentina di allievi: due medici, quattro (se ben ricordo) infermiere, un volontario (io), il resto tutti psicologi (in verità tra loro c'era un solo maschietto). Per motivi di varia natura, compresi quelli che la vita ti mette davanti senza che tu te li sia andati a cercare, alla fine il gruppo si era ridotto a circa ventidue persone. Come volontario mi sono sentito quasi in una condizione di privilegio, in quanto non appartenente ad alcuna corrente scientifica o scuola di pensiero (come ad esempio il gruppo degli psicologi), privo di specifiche esigenze e/o conoscenze professionali: insomma mi sono sentito una specie di spugna in grado di assorbire insegnamenti da qualsiasi esperienza, senza dover mettere nulla in discussione del mio bagaglio di conoscenze. Con il tempo quel gruppo di professioni diverse, ha

assunto identità differenziate: nomi, volti, storie. Allora ti accorgi delle realtà che stanno dietro un titolo, magari anche di dottore. Allora ti accorgi che i tuoi compagni di corso (parlo degli psicologi) sono persone all'inizio della vita lavorativa (i più "anziani" non arrivano a dieci anni di attività), ognuno con il suo carico di problemi professionali: chi il tirocinio, chi la specializzazione, chi l'esercizio della professione. Attività che servono, insieme al credito formativo annuale (obbligatorio) alla creazione di una professionalità e di un curriculum in grado di offrire una certezza economica, che oggi quasi nessuno di loro ha. Allora vedi la grinta e il coraggio con cui questi giovani (categoria spesso accusata di passività e indifferenza) affrontano la vita e le sue beghe quotidiane: situazioni di lavoro in nero (necessarie per rimediare quei soldi che il lavoro professionale ancora non offre), retribuzioni irrisorie rimediate con arzigogolati espedienti giuridici, e tanto, tanto "volontariato" anche presso strutture pubbliche. Allora ti accorgi che il volontariato per quelli di una certa età (come me, ad esempio) è uno dei modi per cercare di dare un senso alla propria esistenza (o almeno a quello che ne resta), mentre per altri è una condizione obbligata per poter iniziare a lavorare. Ad esempio un giorno vedo una giovanissima corsista impegnata nella scrittura di un foglietto; mi avvicino e le chiedo se stesse scrivendo le sue memorie. Lei alza gli occhi tristissimi e mi dice: "Francesco sto vedendo come arrivare a fine mese". E chi se li scorda più quegli occhi. Nulla di nuovo, per carità, ma quando dei protagonisti conosci, gli occhi, la voce, le aspettative, allora non riesci a dare tutto per scontato.

Prima ho parlato anche di riflessioni nate dalla condivisione di storie, proprie o professionali, attuate con attività esperienziali. A dire il vero anche la parte teorica di alcuni moduli del corso ci ha posti di fronte a temi impegnativi sia dal punto di vista teorico che emotivo. Provo a fare un esempio. Un giorno, durante lo sviluppo di una di queste parti, una giovane collega di corso dichiara candidamente che la malattia (un tumore) per lei "è stata un dono". Dopo un paio di moduli non ce l'ho più fatta e le ho chiesto il significato delle sue parole: mi ha spiegato che quei momenti di dolore le sono serviti per reimpostare la vita, costruire una nuova scala di valori, fare chiarezza nei rapporti umani. Su una affermazione del genere si può ragionare quanto si vuole, però, per prima cosa, bisogna accettarla così com'è, anche se non è facile.

Certamente non è questa la sede per snocciolare i miei dubbi, perplessità e quant'altro, però delle cose che ho imparato credo che alcune siano qui condivisibili.. Ad esempio il riconoscimento e l'accettazione dei propri limiti (anche quelli operativi), la consapevolezza che morire per tumore non è il modo peggiore di morire anche se può essere dolorosissimo, la necessità della predisposizione all'ascolto dell'altro pure per le cose non dette, l'importanza delle emozioni nel processo della comunicazione, il rispetto del dolore quale fonte di speranza o di disperazione o di consapevolezza sia della intera esistenza sia del vivere quotidiano.

**Francesco Avallone**

E' mancata all'affetto di tutti la nostra collega Volontaria Maria Grazia Forte della quale abbiamo apprezzato e stimato le doti di umanità, disponibilità e professionalità. Esprimiamo alla famiglia il nostro più vivo cordoglio.

# L'ODONTOIATRIA PER L'ONCOLOGIA

**Abbiamo chiesto al Dott. Roberto Baldinetti che segue i pazienti affetti da varie neoplasie, quali sono le ragioni della sua collaborazione in Istituto. Lo ringraziamo vivamente.**

Il ruolo dell'Odontoiatra è oramai fondamentale come figura complementare nei pazienti affetti da malattie neoplasiche.

La prevenzione e la diagnosi precoce sono le chiavi del successo in medicina e maggiormente in questo tipo di malattie e l'Odontoiatra contribuisce in maniera talvolta determinante soprattutto nelle neoplasie del cavo orale.

Infatti la maggior parte di queste neoplasie viene diagnosticata dall'Odontoiatra sia con una semplice visita e con l'ausilio radiografico, sia prevenendo fattori scatenanti che potrebbero poi portare a questo tipo di patologia. Infatti, già ad un primo esame si possono riscontrare lesioni delle labbra, delle mucose, della lingua anche causate da denti scheggiati o mal curati, o da protesi non precise: in questi casi è necessaria, per una diagnosi esatta, la biopsia della lesione. È noto poi che a parte i fattori genetici, l'alcool, il fumo, la scarsa igiene orale siano i principali responsabili di questa neoplasia, e l'odontoiatra può sensibilizzare il paziente affinché limiti o meglio elimini questi fattori.

Con le Ortopanoramiche inoltre si possono visualizzare anomalie dell'osso e richiedere accertamenti più specifici come Tac o RNM per una diagnosi precisa e nel dubbio inviare il paziente all'Otorinolaringoiatra, medico elettivo per queste neoplasie sia benigne che maligne.

I pazienti affetti da neoplasie del distretto testa collo e quindi del cavo orale, possono essere curati chirurgicamente, con radioterapia, con chemioterapia, sia singolarmente che insieme a seconda del tipo e dell'estensione della malattia.

In caso di radioterapia o chemioterapia, singole o associate tra loro, i pazienti possono presentare delle complicanze a livello soprattutto delle mucose orali. È necessaria una visita odontoiatrica, prima di iniziare queste terapie, che miri ad eliminare il tartaro, le carie, estrarre i denti eccessivamente compromessi e che motivi il paziente ad avere un'ottima igiene orale, durante il trattamento, per abbassare la carica batterica.

Il trattamento radioterapico, nelle neoplasie

testa collo, può causare l'indebolimento precoce dei denti, alterazione del colore, causati anche da una diminuzione della saliva. È importante sottoporsi quindi ad una visita odontoiatrica, con scadenza mensile, per l'eventuale ricostruzione dei denti danneggiati. In caso di mucosite orale, complicanza più frequente sia nei pazienti trattati con radioterapia che con chemioterapia o entrambe, non usare collutori con alcool ed usare uno spazzolino con setole morbide. La benzidamina cloridrato può essere di valido aiuto.

Con le difese immunitarie diminuite possono insorgere anche delle micosi orali che devono essere trattate con i farmaci dedicati.

Nei casi di assunzione di chemioterapici per neoplasie ossee, in particolare Bifosfonati per via endovenosa, si possono manifestare zone di osteonecrosi dei mascellari. Fondamentale quindi, prima di iniziare il trattamento con questo farmaco, sottoporsi ad una visita odontoiatrica per eliminare quei fattori che facilitano l'insorgenza di questa complicanza.

I pazienti sottoposti a terapie chirurgiche volte all'asportazione completa della malattia, riportano spesso la perdita di elementi dentali, segmenti ossei più o meno ampi, perdita di tessuti molli. È necessaria quindi una ricostruzione che viene eseguita primariamente dagli Otorini e Chirurghi Plastici per quanto riguarda i segmenti ossei ed i tessuti molli, e successivamente dall'Odontoiatra per gli elementi dentali, sostituendoli con delle protesi mobili, o quando possibile con gli impianti per sostenere una protesi fissa o mobile, a seconda dei casi. Il ruolo dell'odontoiatra all'interno dell'Istituto "Regina Elena", da me svolto in stretta collaborazione con gli Otorini, è diviso tra ambulatorio, sala operatoria e consulenze nei reparti dei degenti: in ambulatorio si eseguono visite del cavo orale con eventuali biopsie delle lesioni mucose, visite preventive di pazienti che dovranno sottoporsi a trattamenti radiochemioterapici, visite preventive per quei pazienti che dovranno sottoporsi a terapie con Bifosfonati per via endovenosa o che già presentano osteonecrosi da questi farmaci, visite dei pazienti operati; in sala operatoria si eseguono interventi di implantologia su pazienti operati in precedenza dagli Otorini che necessitano di riabilitazione con impianti, terapia chirurgica di osteonecrosi da Bifosfonati, cisti dei mascellari di dimensioni inoperabili ambulatoriamente, il tutto sempre in equipe con i colleghi Otorini; visite ai pazienti degenti che presentano problemi al cavo orale.

Queste vogliono essere solo delle parole per portare a conoscenza dei pazienti le opportunità di prevenzione e l'importanza della figura dell'Odontoiatra, a cui demando le terapie specifiche del caso, come valido aiuto volto a diminuire le sofferenze di pazienti già provati fisicamente e moralmente.

**Dott. Roberto Baldinetti**  
Medico Chirurgo Spec.to in  
Odontostomatologia  
Cons.te Odontostomatologo Istituto  
Nazionale Tumori "Regina Elena"

## ULTIME NOTIZIE

**Riceviamo dalla responsabile della qualità della Banca del tessuto muscolo scheletrico e della Banca del tessuto ovarico, dott.ssa Stefania Moretti, questa comunicazione di grande interesse.**

A seguito della crescente richiesta da parte di donne affette da neoplasia in età giovanile che devono affrontare trattamento chemio-terapici, la Regione Lazio ha deciso di affidare all'Istituto Regina Elena l'impegno di conservare parte di tessuto ovarico delle pazienti che, a guarigione completa, decidessero di affrontare una gravidanza. Il prelievo e il reimpianto avvengono in laparoscopia. La infertilità causata dai trattamenti chemio-radioterapici, a seguito di studi condotti a livello internazionale, diverrebbe un fenomeno reversibile con l'applicazione di questa tecnica. fino ad oggi dal 2004, 13 successi con relativi 13 bambini nati sani.

L'Istituzione della Banca del tessuto ovarico è stata ora possibile grazie appunto all'esistenza, sempre all'IRE, della Banca del tessuto muscolo scheletrico che rende disponibile la propria struttura per tale attività.

Stefania Moretti

### DIRETTIVO: SI CAMBIA

Lo scorso 28 marzo una affollata assemblea ha provveduto alla elezione del nuovo Consiglio Direttivo dell'Associazione.

Sono risultati eletti: Pina Cervini, Lidia Natali ed Enrica Marini.

A Lia Rodoletti un caloroso ringraziamento per l'impegno profuso nella gestione di Casa Amso .

A Enrica Marini bentornata e auguri di buon lavoro.

La successiva riunione del Consiglio ha confermato e ratificato gli incarichi di Segretario Generale a Pina Cervini (nella foto), di Tesoriera a Lidia Natali e di Responsabile di Casa Amso a Enrica Marini.



# COME MI DUOLE LA TESTA! E SE PROVO A INCHINARMI ...ADDIO SCHIENA

Ciascuno di noi ha provato almeno una volta nella vita l'esperienza del mal di testa. Il termine scientifico per questo disturbo è cefalea.

Possiamo distinguere nell'ambito delle cefalee due grandi gruppi: primarie e secondarie. Per "cefalea primaria" si intende il mal di testa come malattia senza una patologia sottostante. Per "cefalea secondaria" si intende invece il mal di testa causato dalla presenza di altre patologie ben definite, in cui il dolore alla testa è solo uno dei sintomi, come ad esempio nel caso di malattie infettive sistemiche, trauma cranico, patologie vascolari intra ed extra craniche, emorragia sub aracnoidea e tumori cerebrali. Le più comuni cefalee primarie sono la cefalea di tipo tensivo, l'emicrania, la cefalea a colpo di pugnale e la cefalea a grappolo.

**Le cefalee primarie, oltre al fastidio legato al dolore comportano una sofferenza personale ad ampio spettro, con perdita di opportunità per i pazienti ed i loro familiari, nonché un elevato costo economico per l'intera società.**

L'emicrania ha infatti un elevato impatto economico e sociale, di poco inferiore a quello delle malattie considerate altamente disabilitanti, come le malattie cerebrovascolari, la schizofrenia e le demenze. Una famiglia con un membro emicranico spende il 70% in più rispetto ad una famiglia senza emicranici. Ciò è in gran parte attribuibile al fatto che questi pazienti non vengono sempre gestiti in maniera corretta, molto spesso addirittura non ricevono neppure una diagnosi di emicrania. Solo il 12%, infatti, consulta lo specialista neurologo e solo il 4% un neurologo che si occupi specificamente di terapia del dolore e /o cefalee. Un vanto del nostro Centro è la collaborazione (unica in Europa oltre a Parigi) con il Pronto Soccorso, per cui il paziente che accede in Pronto Soccorso per cefalea, una volta esclusa una cefalea secondaria, viene inviato presso di noi. Ciò consente di "pescare" un gran numero di emicranici, che altrimenti non riceverebbero diagnosi e/o si rivolgerebbero ad altri specialisti (odontoiatra, oculista, otorinolaringoiatra, ginecologo, fisiatra). Molto importante per noi è inoltre l'approccio multidisciplinare centrato sul paziente, che, trova presso il Centro tutti gli specialisti di cui ha bisogno ;neurologo, fisioterapista, chirurgo maxillo-facciale, neurochirurgo, otorinolaringoiatra, psicologo.

**L'emicrania** è una patologia frequente, che interessa circa il 12% della popolazione dei Paesi industrializzati, con una maggiore prevalenza nel sesso femminile (15-17%) rispetto al sesso maschile (6-9%). Esordisce in età giovanile, per lo più fra la pubertà e l'adolescenza, interessando in ugual misura i due sessi, ha un picco fra i 20 ed i 50 anni per ridursi drasticamente dopo i 60 anni. La prevalenza nel sesso femminile si manifesta a partire dalla pubertà, sottolineando l'importanza del ruolo degli ormoni sessuali femminili nella genesi di tale disturbo. Riprova ne è il fatto che il 60% delle pazienti migliora nettamente dopo la menopausa.

Nell'emicrania il dolore è unilaterale, pulsante, di intensità moderata-severa, peggiora con l'attività fisica ed è associato a nausea e/o vomito, fastidio alla luce o fastidio a rumori. Nel 75.9% dei pazienti l'attacco di emicrania è scatenato abitualmente da circostanze di tipo psicologico, alimentare, ambientale od ormonale. Durante l'attacco emicranico il paziente necessita di riposo assoluto, il che limita notevolmente le attività non solo lavorative ma anche ricreative e sociali. Il 25% degli emicranici ha prima del dolore l'aura, ovvero un sintomo neurologico, che può essere di tipo visivo (il più frequente), sensitivo, relativo al linguaggio o motorio, e dura tipicamente dai 5 minuti ad

un'ora.

La corteccia cerebrale del paziente emicranico risponde in maniera eccessiva e inadeguata ai cambiamenti repentini dall'ambiente esterno (temperatura, umidità, luci, suoni, odori...) o dell'ambiente interno (tasso glicemico, fluttuazioni ormonali, pressione arteriosa, secrezione di adrenalina, ritmo sonno-veglia,...), assolutamente "normali" per i soggetti non sofferenti di emicrania. In risposta a questi cambiamenti si verificano due processi: la depressione dell'attività elettrica della corteccia cerebrale, responsabile dell'aura, e la dilatazione dolorosa dei vasi extradurali intracranici, responsabile del dolore pulsante.

**Nella terapia dell'attacco di emicrania** possono essere impiegati i comuni analgesici o antinfiammatori oppure farmaci specifici per il dolore emicranico (triptani). In caso di 2 o più attacchi al mese tutti i mesi può essere utile una terapia di profilassi, con un farmaco da assumere tutti i giorni, per un anno circa. Ovvio il consulto del proprio medico. Obiettivo della terapia di profilassi è arrivare ad avere meno attacchi al mese, di più breve durata e con dolore meno intenso. Un paziente emicranico trattato male rischia di incorrere in una cefalea da abuso di farmaci ovvero una cefalea cronica, tipica di chi assume farmaci sintomatici più di 10-15 volte, che tipicamente migliora significativamente entro 2 mesi dalla fine dell'abuso.

**La cefalea di tipo tensivo** è la più comune delle cefalee primarie ed ha una prevalenza nella popolazione generale del 30 - 86 %. Il dolore è tipicamente bilaterale, gravativo o trafittivo (non pulsante), di intensità lieve-moderata, non è aggravato dalle comuni attività (camminare o salire scale) e non è associato a fastidio alle luci ed ai rumori insieme, né a nausea e/o vomito.

Di solito la cefalea tensiva è collegata ad aumento contrazione muscolare del capo e/o del collo (non farmaci, ma fisioterapia posturale e di rilassamento) o a disturbi dell'articolazione temporomandibolare (rumori o dolori legati alla masticazione), o a stati di ansia.

**Nella cefalea a grappolo (cluster headache)** il dolore dura dai 15 ai 180 minuti ed è unilaterale, periorbitale, severo fino a diventare talvolta intollerabile (non a caso questa cefalea è anche denominata "cefalea del suicidio"). Da lato del dolore è presente almeno un segno di interessamento del sistema nervoso vegetativo: lacrimazione, congestione nasale, riduzione del diametro della pupilla, abbassamento della palpebra superiore, gonfiore della palpebra, sudorazione. A differenza del paziente emicranico, che ha necessità di riposo assoluto, il paziente che ha un attacco di cefalea a grappolo è tipicamente agitato ed irrequieto. La frequenza di questa cefalea è di 1-8 attacchi al giorno (talvolta il paziente ha l'impressione di un unico attacco di lunga durata) e gli attacchi si concentrano tipicamente in un periodo di 2-3 mesi all'anno (periodo del grappolo, appunto), preferenzialmente in concomitanza con i cambi di stagione. Il trattamento prevede una terapia del singolo attacco con sumatriptan iniettabile sottocute od ossigeno 100% 7l/min per 10 minuti al momento del dolore ed una terapia preventiva con verapamil, che deve essere assunta ogni giorno per tutto il periodo del grappolo.

**Il mal di schiena** è un disturbo diffusissimo e si stima che circa 15 milioni di italiani ne soffrano con costi sociali pesantissimi: si tratta, infatti, della prima causa di assenteismo dal lavoro.

È un disturbo così frequente perché la schiena, lavorando continuamente durante tutto il corso della nostra vita sviluppa patologie che producono dolore. La colonna vertebrale è un insieme di oltre trenta ossa che sostengono tutto il corpo e che lo rendono mobile e flessibile.. Le vertebre sono separate l'una dall'altra da dischi intervertebrali, veri e propri cuscinetti che evitano l'attrito di queste ossa tra loro e ammortizzano i movimenti. La pressione che i dischi subiscono dipende dalla posizione che noi assumiamo: è al massimo quando ci pieghiamo in avanti, in particolare quando sorreggiamo un oggetto con le mani, poiché spostiamo ulteriormente il baricentro; è minima quando siamo sdraiati. I dischi sono pressoché privi di innervazione; questa condizione da un lato permette di muoversi senza avvertire dolore, e quindi il dolore nasce quando si forma ernia del disco intervertebrale con fuori-

uscita del nucleo polposo, o parte centrale, attraverso la parte fibrosa o periferica, che può premere le fibre nervose con comparsa di dolore o, più grave, di deficit di forza, o quando le ossa vanno incontro a grave degenerazione (artrosi)

**Il colpo della strega** rappresenta il più noto dei mal di schiena: una contrattura violenta dei muscoli che si trovano in prossimità delle vertebre. In questo caso, si avverte un forte dolore e si rimane bloccati nella posizione: la difficoltà a ritornare in posizione eretta è dovuta all'intensità del dolore stesso e alla paura di peggiorare la situazione. Il dolore arriva intenso ed improvviso nella parte inferiore mentre si sta spostando un peso. Altre volte invece si avverte solo un fastidio, che diventa spesso insopportabile e passa solo se assumiamo la posizione orizzontale. I dolori che ne derivano vengono definiti **lombalgia**, poiché il peso del corpo si scarica soprattutto sulla zona lombare.

Sette adulti italiani su dieci l'hanno sofferta almeno una volta nella vita: è la **cervicale** o **cervicalgia**, quel dolore che colpisce il collo, le spalle, la nuca e, talvolta, arriva fino alle braccia. Il dolore cervicale affligge molte persone per varie cause e, tra esse, un ruolo determinante lo assumono spesso le posture scorrette durante il lavoro o le normali attività quotidiane.

Nel 90% dei casi questi disturbi guariscono spontaneamente nell'arco di un mese circa, altre volte invece il dolore si cronicizza ripresentandosi periodicamente.

In caso di mal di schiena, la prima regola è il riposo a letto, possibilmente su un materasso con una rete ortopedica o adagiato su una tavola di legno; bisogna rimanere distesi sulla schiena, con le ginocchia flesse e sostenute da due cuscini, oppure ci si può adagiare su un fianco con le gambe piegate. Il riposo a letto dovrebbe durare almeno due giorni; se è proprio indispensabile alzarsi è bene farlo con molta attenzione, mettendosi prima a sedere sul letto, quindi facendo scendere lentamente le gambe fino a toccare con i piedi il pavimento e sollevandosi in piedi pian piano, sorreggendosi con le mani al bordo del letto. Insieme al riposo il medico prescriverà farmaci antidolorifici/ antinfiammatori o se è presente spasmo dei muscoli, possono essere utili farmaci miorilassanti che hanno lo scopo di far rilassare muscoli colpiti dalla contrattura.

Per evitare il mal di schiena, è soprattutto necessario assumere e mantenere posture corrette: così facendo è possibile distribuire il peso del corpo più uniformemente evitando lo stiramento dei muscoli.

**Prof. Rosanna Cerbo, Dott.Serena Piroso, Dott.Vittoria Carla D'Agostino  
Policlinico Umberto I°- "Sapienza" Università di Roma -  
Unità Funzionale Interdipartimentale Centro di medicina del dolore "Enzo Borzomati".  
Coordinatore Responsabile Prof. Rossana Cerbo**



Ambulatori generali - l'Assistente Rossella Sassano



Ambulatorio di Radioterapia l'Assistente Piero Fantozzi

# L'ETICA DELLA CURA NELL'ASSISTENZA AL MALATO ONCOLOGICO

**Nella giornata del 24 gennaio u.s. il Prof. Paolo Bonetti, docente di Filosofia Morale e di Bioetica, ha iniziato con un suo intervento il ciclo della formazione permanente 2011. Ne riportiamo una sua specifica sintesi.**

Tutti coloro che, a vario titolo (medici, infermieri, assistenti), si occupano di persone gravemente malate, conoscono la fragilità non solo fisica, ma soprattutto psicologica, di chi è entrato nel tunnel della malattia e ha visto sconvolte le sue abitudini di vita. Nella malattia si perde quella confidenza in se stessi che sorregge la nostra quotidianità e ci permette di affrontare le più diverse situazioni. In essa, come è stato giustamente detto, ogni uomo scopre la sua vulnerabilità, fa esperienza dei limiti invalicabili della condizione umana, sente di non essere autosufficiente, di aver bisogno dell'altro assai più di quanto non accada nella normalità. Certo, ognuno vive la propria condizione di malato in modo conforme al suo carattere e le reazioni a una medesima condizione patologica possono essere anche molto diverse fra di loro, ma resta per tutti il senso di spaesamento che la malattia produce e la tendenza a chiudersi nella sofferenza, a indebolire il rapporto con gli altri proprio nel momento in cui ci si accorge di essere maggiormente dipendenti da essi. Quello che ho detto vale in particolare per il malato oncologico, anche quando, come fortunatamente succede sempre più di frequente, esistono concrete possibilità di guarigione. Purtroppo, ancora oggi, in molti ambienti, c'è, attorno alla malattia oncologica, un clima di paura e quasi di vergogna, come si trattasse di qualcosa su cui è meglio tacere. E invece, come

è ormai chiaro, anche del cancro bisogna parlare senza falsi pudori, perché questo è il modo migliore per fare un'efficace opera di prevenzione e di cura. Ma bisogna parlarne rispettando sempre la particolare sensibilità di ogni malato, il suo modo di reagire a ciò che gli viene detto e che è necessariamente legato all'ambiente familiare da cui proviene, al suo livello di cultura, al particolare grado di emotività che contraddistingue ciascuno di noi.

Coloro che decidono di dedicare una parte del loro tempo all'assistenza dei malati oncologici (un tempo sempre troppo limitato per conoscere a fondo una persona) debbono possedere, in primo luogo, la capacità di ascoltare senza prevaricare, di essere vicini al malato, attenti ai suoi bisogni, senza diventare invadenti, di avere la pazienza e l'umiltà necessarie per comprendere davvero le esigenze di chi vive una situazione di profonda incertezza. Bisogna essere poi consapevoli che l'assistenza di un malato non è un mezzo per placare le nostre inquietudini personali, o magari per dare uno scopo alla nostra vita, ma un atto di solidarietà che noi compiamo come gesto profondamente umano, ben sapendo che l'amore per il prossimo, di cui troppo spesso si parla in modo superficiale e generico, è sempre l'impegno a fare qualcosa di concreto e di utile, con serietà, con discrezione, con rispetto.

***“La velocità della luce è superiore alla velocità del suono.  
Per questo motivo molte persone appaiono brillanti  
finché non aprono la bocca.”***

**Lao Tse**

## RECURRENT TRAINING

Ho avuto l'opportunità di seguire la seconda sessione della nostra formazione permanente che, lo scorso 9 febbraio, il dott. Gian Luca Giorda ha tenuto ad un folto gruppo di colleghi.

La conferenza riguardava *"La comunicazione nella relazione con il paziente oncologico"*, ed è stata assai utile sia sotto il profilo specifico della nostra attività, sia per un aspetto culturale assoluto.

L'incontro ha veramente aggiunto alcune armi in più al nostro pur fornito bagaglio di approccio, comunicazione e aiuto. Ci è stato chiaramente illustrato – tra l'altro – la necessità di connotare i nostri interlocutori (pazienti o loro parenti) come "persone", col loro specifico e unico bagaglio di esperienze, umanità e ansie. Particolare rilievo – assieme ad altrettanto validi spunti – è stato dato alla importanza della "narrazione", vale a dire della valenza terapeutica del racconto del percorso nella malattia, nonché alla comunicazione comportamentale, del linguaggio del corpo, delle espressioni, dei gesti, degli atteggiamenti. In proposito è sorprendente apprendere che solo il 7% della nostra comunicazione è determinato da quella verbale.

A questo proposito è stato curioso scoprire come e perché sia rilevante la direzione "naso - ombelico". Infatti mentre parliamo con qualcuno, costui potrà percepire che la nostra attenzione è interamente per lui solo se il nostro volto (naso) sia rivolto a lui così come il nostro intero corpo (ombelico) e non sia invece uno dei due distolto da altro.

Già sapevamo, sempre per merito delle sessioni che ci hanno tenuto gli psicologi IRE, che non necessariamente ognuno di noi sia simpatico a tutto il prossimo. Questo concetto guida è stato – in occasione della conferenza del dott. Giorda, integrato da quello che per ogni individuo "la mappa non è il territorio". Per parafrasare Camilleri, questo viene a dire che la realtà (mappa) viene elaborata da ognuno per conto proprio, creando un ambiente preciso e ad uso personale (territorio), che ha sovrapposizioni esatte con il riferimento esterno solo in alcune parti, e diverse per tutti.

In sostanza, comunicare è parte del curare, ed anche per questo motivo - per i medici e il personale sanitario - deve essere un atto consapevole: questa relazione, assieme alla collaborazione dei pazienti, che molto possono fare per aiutare nella comunicazione, aiuta ad alleviare sintomi oggettivi, motiva il malato a reagire, contribuisce al benessere. Certo, il malato è un interlocutore speciale, e comunicare con lui richiede un lavoro preliminare su noi stessi. Prima di venire accettati, dobbiamo accettare pienamente lui, sapendo ascoltare – interloquendo attivamente – e sforzandoci per avere chiarezza di espressione nonché una empatia tangibile. Le tecniche suggerite sono diverse, tra cui l'uso del linguaggio non verbale, il tono della voce, la gestione dello spazio.

Stavolta hanno avuto torto quelli che non c'erano: dal canto mio ho messo subito – il giorno dopo – in atto quello che mi ricordavo (ed ero in grado di fare) tra ciò che avevo capito. Mi è stato molto utile, e mi sono sorpreso nel realizzare che non riesco ancora a seguire tecniche, atteggiamenti, percorsi e valutazioni che, dopo una decina d'anni di pratica, credevo di conoscere bene.

Ma ho ancora un sacco di tempo per seguire altre lezioni, preziose come quella del dott. Giorda. A proposito: in molte aziende a tecnologia avanzata l'addestramento è pane quotidiano e per certi aspetti un fiore all'occhiello. Così, ad esempio, nel Trasporto Aereo il "Recurrent Training" è per i piloti di linea, periodicamente aggiornati sulla loro attività professionale e sui mutamenti correlati.

Noi volontari AMSO la chiamiamo "formazione permanente", ma il concetto è lo stesso, ed i benefici per l'intera attività analoghi.

**Piero Fantozzi**

## A DIECI ANNI DALLA SCOMPARSA DI LUCIANO TAVAZZA

**Vogliamo ricordare uno dei padri del Volontariato Sociale in Italia pubblicando questo suo pensiero.**

*“Deve circolare l’annuncio di una speranza che cammina e fa storia, fa nuova cultura, per restituire un sogno positivo all’esistenza, per una esistenza da adulti, di libertà, di giustizia, di pace.”*

### **Ho sceso, dandoti il braccio....**

di Eugenio Montale

*Ho sceso, dandoti il braccio, almeno un milione di scale  
e ora che non ci sei è il vuoto ad ogni gradino.*

*Anche così è stato breve il nostro lungo viaggio.*

*Il mio dura tuttora, né più mi occorrono*

*le coincidenze, le prenotazioni,*

*le trappole, gli scorni di chi crede*

*che la realtà sia quella che si vede.*

*Ho sceso milioni di scale dandoti il braccio*

*Non già perché con quattr’occhi forse si vede di più.*

*Con te le ho scese perché sapevo che di noi due*

*Le sole vere pupille, sebbene tanto offuscate,*

*erano le tue.*

# LA VOCE DELL'ISTITUTO

## ERAP1, un gene chiave per potenziare la risposta immune contro i tumori del sangue

Uno studio italiano appena pubblicato sulla prestigiosa rivista scientifica *Cancer Research*, organo ufficiale della Associazione Americana per la Ricerca sul Cancro, dimostra che per i linfomi, alcuni tumori del sangue, è possibile ottenere, nel topo, una cura eliminando (inattivando) un gene chiamato ERAP1. La manipolazione di questo gene consente di attivare un potente (e finora inesplorato) meccanismo di rigetto da parte del sistema immunitario; questa scoperta potrebbe aprire nuovi importanti scenari terapeutici anche nell'uomo.

## Tumori ovarici, scoperto il meccanismo che consente di aggirare la resistenza ai farmaci

Uno studio condotto da ricercatori dell'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena getta nuova luce sui meccanismi molecolari che causano la chemioresistenza nei tumori ovarici. La neoplasia ovarica è la più aggressiva tra i tumori ginecologici con 165.000 nuovi casi nel mondo e 4.000 in Italia, di primaria importanza sono quindi gli studi preclinici e clinici rivolti a identificare nuove terapie capaci di contrastare la comparsa della chemioresistenza. I risultati pubblicati su *Clinical Cancer Research* indicano come il farmaco molecolare zibotentan, agendo da inibitore del recettore dell'endotelina-1, riesca a ripristinare la sensibilità ai chemioterapici nelle recidive di carcinoma ovarico chemioresistenti e mandare così in apoptosi la cellula neoplastica.

## Al via la stimolazione cerebrale profonda efficace nella malattia di Parkinson

Grazie ad una consolidata esperienza nella chirurgia stereotassica delle patologie neuro-oncologiche, presso il Dipartimento di Neuroscienze dell'Istituto Nazionale Regina Elena (IRE) prende il via la Stimolazione Cerebrale Profonda che offre una nuova opportunità di trattamento per i pazienti affetti da Parkinson che non rispondono più alle terapie farmacologiche. In Italia oltre 200 mila persone sono colpite dalla malattia di Parkinson, patologia neurologica degenerativa che colpisce in genere la popolazione oltre la sesta decade, mentre per il 25% dei pazienti l'esordio avviene prima dei 50 anni. Ad oggi non esiste una cura preventiva e le cause sono in larga misura ignote.

## Il fumo ti fa brutta

I ricercatori dell'Istituto Dermatologico San Gallicano hanno confermato, con un nuovo studio, dati già evidenziati in precedenza che indicano che il fumo è correlato all'insorgenza, nelle donne, di una particolare forma di acne difficile da curare e da loro stessi definita Acne Comedogena Post Adolescenziale (CPAA). La distribuzione estesa a tutto il volto di queste lesioni è tale da avere un impatto psicologico significativo sulle donne. I dermatologi hanno esaminato un campione di 226 donne acneiche di età compresa tra i 25 e i 50 anni e la CPAA è stata riscontrata nell'85% delle pazienti esaminate, che infatti presentano una maggioranza di lesioni non infiammatorie, con numerosi comedoni, distribuite uniformemente su tutto il volto. Inoltre, poiché ben il 71,4% di queste fuma abitualmente è evidente il rapporto stretto tra fumo e CPAA. I dati ottenuti dalla ricerca pubblicata sul numero di novembre del *Journal of American Academy of Dermatology* confermano lo studio preliminare condotto sempre al San Gallicano su un campione più ampio, che includeva ben mille donne.

## Una mostra fotografica in omaggio al Giappone si aggiunge alle attività cliniche di Medicina Nucleare e Neuroscienze offerte in aiuto ai giapponesi

Roma, 12 aprile 2011 – Gli Istituti Regina Elena e San Gallicano da subito sono stati riferimento per le persone rientrate in Italia dopo il sisma che ha colpito il Giappone esattamente un mese fa. Il reparto di medicina nucleare IRE diretto dal Prof. Maini è tra le strutture indicate per monitorare il tasso di radiazioni cui sono stati esposti coloro rientrati a Roma subito dopo il disastro nucleare. Inoltre il Centro per la cura dell'Epilessia Tumorale, responsabile Dr.ssa Marta Maschio, ha risposto subito all'appello ricevuto dalla Japanese Epilepsy Society offrendo immediata disponibilità ad assistere i pazienti giapponesi epilettici nella nostra struttura. Oltre che attraverso l'assistenza clinica, gli Istituti testimoniano la propria vicinanza al popolo giapponese ospitando la mostra fotografica con la tipica esortazione **"Coraggio! Giappone"** **Hanami e Momijigari**: un viaggio tra il miracolo dei colori della primavera e dell'autunno in 26 scatti".

I fotografi **Adriano Sivori e Massimo Gasbarra** ci raccontano lo splendore del Giappone attraverso le foto scattate in due periodi molto diversi, ma allo stesso tempo unici e di grande fascino: la primavera e l'autunno, la fioritura dei ciliegi e gli aceri tinti di rosso.

# A DIECI CENTIMETRI DAL CUORE

Così è intitolato il coinvolgente libro di Cecilia Vedana, una giovane e piacente signora, che ha raccontato, in stile efficace e letterariamente attraente, la sua drammatica esperienza di ammalata di tumore. Nel pieno delle sue energie vitali di donna, di moglie felice, di professionista appagata, scopre, per caso, di avere un tumore al seno e le si cambia la vita, proprio nel momento in cui aveva in progetto un figlio.

Il volume, dedicato a tutte le donne e alla loro salute, è stato presentato, a Roma, città in cui vive Cecilia, dal III Municipio, per iniziativa della Commissione delle Elette per le Pari Opportunità, nella sala della Technotown di Villa Torlonia, "con l'intento di promuovere la riflessione e il dibattito sul tema della prevenzione e della lotta contro il tumore al seno". Infatti, sullo schermo di sfondo si leggeva: **"8 marzo 2011 - Prevenzione del tumore al seno"**.

La data della Giornata Internazionale della Donna e quella del Martedì Grasso, avrebbero potuto apparire inadatte alla trattazione di un tale argomento. Eppure esso è apparso pertinente, per la fiducia che ha saputo infondere l'autrice e per i progressi scientifici che hanno conseguito le cure dei tumori, in tutti i campi, da quello chirurgico a quelli chimico e fisico-nucleare. Erano presenti e hanno recato il loro saluto il Presidente del III Municipio, Dario Marcucci, e la Presidente della Commissione delle Elette per le Pari Opportunità, Maria Rita Salvatori, che ha indicato la prevenzione come un invito alle donne a volersi bene e che questo incontro è in sintonia con altre manifestazioni nazionali, come ad esempio, la Mostra Fotografica di Milano intitolata "Tu, ti vuoi bene?". È stato, quindi, presentato il libro: **"A dieci centimetri dal cuore"** (Giulio Perrone Editore. 12 euro). La poetessa Luisa Cappuccio ne ha letto alcune pagine significative, con sentita partecipazione.

Anche la seconda parte del dibattito, moderatrice l'oncologa D.ssa Rosina Lanza, si è svolta in modo agile e nel rispetto dei tempi previsti dal programma. Vi hanno partecipato: il Prof. Riccardo Masetti, la Prof.ssa Teresita Mazzei, la D.ssa Valentina Sini e la D.ssa Luisa Verdile.

Tra le Associazioni di Volontariato che si occupano del settore oncologico, invitate a partecipare, l'AMSO è stata rappresentata da Daniela Sanetti e dalla sottoscritta, che ha portato il saluto della Presidenza e ha fatto notare che, purtroppo, non sempre è possibile fare una tempestiva opera di prevenzione, date le risorse del settore sempre più esigue e le estenuanti liste di attesa. Pertanto, è maggiormente importante seguire un adeguato regime nutrizionale e fisico, come è stato illustrato nel convegno. Il breve intervento, ha raccolto il plauso dell'assemblea.

**Vera D'Angelo**



Accoglienza radiologica  
l'Assistente M.Teresa Di Persio



Ambulatorio di ematologia - le Assistenti  
Angela Zingale e Anna Paola Melis

*“Ai margini della beatificazione di Giovanni Paolo II”*

## UN SANTO FRUGALE

L'unica volta che mangiò a crepapelletta, fino a strafogarsi, fu probabilmente in quel giorno di giugno del 1938. Ma allora Karol Wojtyła aveva solo diciotto anni ed aveva appena visto i “quadri” degli esami di licenza liceale.

Era stato promosso a pieni voti. Così, con alcuni compagni, era andato in una pasticceria non lontana da lì, quella di Via Grodzka, ed aveva fatto un' incredibile scorpacciata di “Kremòski, simili, più o meno, ai nostri “diplomatici.”. La notte era stato male, e anche il giorno dopo. Ma non si era pentito. La promozione valeva bene quello stravizio.

Per il resto della sua esistenza, Karol mangiò sempre poco. Intanto perché fin da bambino – in una famiglia di condizione dignitosa ma modesta – era vissuto in un clima rigoroso, quasi spartano. E poi perché, morta sua madre, quando Lui aveva solo nove anni, le cose si erano fatte ancora più difficili. Il signor Wojtyła aveva stipulato una specie di accordo con la famiglia Banas, che gestiva il caffè-ristorante a due passi dalla loro abitazione, e lì andavano, per il pranzo, padre e figlio. Mangiavano naturalmente piatti polacchi, semplici ma sostanziosi, come i “puziy”, gnocchi di patate, e gli “zrazy” spezzatino di carne. In questo modo la cena, preparata a casa dal padre, poteva essere molto frugale: anche solo il “barszcz”, una zuppa di barbabietole rosse.

Nell'autunno del 1938 i Wojtyła lasciarono la loro piccola città, Wadowice, e si trasferirono a Cracovia. Karol fece in tempo solo a dare i primi esami all'università, e scoppiò la seconda guerra mondiale con l'invasione nazista della Polonia, Furono tempi durissimi, tragici. Un intero popolo venne come rinchiuso in carcere. Molta gente – specialmente ebrei – cominciò a sparire da un giorno all'altro.

Karol si alzava alle 4 del mattino, anche d'inverno, per mettersi in fila, per comprare mezza pagnotta, che oltretutto spesso era di qualche giorno prima, quasi immangiabile. Mentre per lo zucchero e la margarina bisognava ricorrere al mercato nero, con tutti i rischi che ciò comportava. Per non finire in un campo di concentramento, Karol si mise a lavorare, prima in una cava di marmo e poi nella fabbrica Solvay. Alla sera, Lui e il padre cenavano con pane duro, un po' di patate e, se c'era, un surrogato di caffè.

Morì improvvisamente il signor Wojtyła, e soltanto allora Karol capì che il suo futuro non era né il teatro né l'Università, ma il sacerdozio. Diventò prete subito dopo la fine della guerra; completò gli studi a Roma, e, dopo due anni, tornò nella sua patria, passata intanto sotto un'altra dittatura, quella comunista. Il giovane sacerdote, dopo una breve esperienza in parrocchia, cominciò ad occuparsi di pastorale giovanile; poi insegnò etica all'Università di Lublino; e infine venne nominato arcivescovo di Cracovia e Cardinale.

Io lo avevo conosciuto ai tempi del Concilio, ma ebbi occasione di rivederlo nel 1977. Lo incontrai dopo un'inchiesta che avevo fatto per il mio giornale in Polonia. Quindi lo rividi a pranzo, a Roma, nella casa del Cardinal Paupini. Ci fu un antipasto fantastico, salumi di tutti i tipi. Perciò, quando arrivò il primo, dei vincisgrassi immersi in un ragù pompeiano, Wojtyła non riuscì più ad andare avanti. Era “pieno”.

Il padrone di casa insisteva: “Ma Eminenza lo hanno preparato delle suore di origine polacca, ci rimarranno male...”.. E Wojtyła :” Ho mangiato troppo”...”. Paupini: “Almeno lo assaggi..”. Wojtyła faceva cenno di no con il capo, ma si vedeva che si sentiva a disagio. Allora intervenni io dicendo a Paupini:” Eminenza, non è che in questi tempi in Polonia si mangi tanto. E forse, l'Arcivescovo di Cracovia si è per così dire, abituato, nel senso che s'è dovuto per forza abituare, a stare a stecchetto...”

Ecco. Andava raccontato tutto questo per poter spiegare il perché del rapporto in qual-

che modo "problematico" di Karol Wojtyła con il cibo. O meglio, intendiamoci, lui era un uomo che a tavola si trovava a suo agio, Anzi, per lui, soprattutto da quando diventò Papa, lo stare a tavola rappresentò uno degli aspetti più visibili, e più emblematici, del suo modo particolarissimo, personalissimo, di esercitare il ruolo di Capo della Chiesa Cattolica. Infatti ogni giorno, a pranzo e a cena, aveva sempre dei commensali; persone che lavoravano in Curia o che erano di passaggio a Roma, amici polacchi e conosciuti in giro per il mondo. Personalità ecclesiastiche o politiche ma anche semplici fedeli.

Così il pranzo e la cena diventavano l'occasione per programmare un viaggio, per mettere a punto l'elaborazione di un documento importante, di un discorso, di una enciclica. Ma più ancora erano per il Papa l'occasione privilegiata per conoscere ciò che succedeva realmente nel mondo.

Giovanni Paolo II faceva domande, s'informava su quella particolare situazione ecclesiale o politica, su quel determinato problema. Dunque era spesso a tavola, oltre che naturalmente nelle lunghe ore passate in cappella a pregare, che il Papa prendeva decisioni rilevanti per la Chiesa Universale.

Ma, come si diceva, a tavola, il Papa mangiava poco. E non chiede mai: oggi vorrei questo o quel piatto. Mangiava ciò che gli preparavano, anche nei viaggi. In Vaticano, naturalmente era una cucina all'italiana. A pranzo c'era spesso la pasta; poi la carne con la verdura (a proposito va ricordato che in Polonia la verdura era stata introdotta da Bona Sforza moglie, milanese, di Re Sigismondo il Vecchio). Per lo più si finiva con una torta, che era stata mandata in dono. Si beveva acqua e un po' di vino rosso. La sera si mangiava più leggero una minestrina in brodo e del pesce.

Solo per le grandi Festività ritornava in auge la cucina polacca, e allora si che le suore dell'appartamento pontificio potevano scatenarsi. Si apriva con gli antipasti, prosciutto, salami, e lo "sledz", la famosa aringa. Poi, come primo piatto, c'erano preferibilmente i "pierogi", ravioli ripieni di crauti aromatizzati. Quindi l'agnello, oppure, ed era il massimo, la "golonka" ossia il ginocchio di maiale salato e bollito. Infine i dolci tra i quali, in particolare, una gustosissima torta di papavero.

Il Papa mangiava un pò di tutto. Poco, ma di tutto. Com'era ormai sua abitudine.

E come quella volta su un aereo africano, durante una delle sue visite in quel continente. Non aveva fame era stanco morto, ma per non offendere i cuochi che si erano dati un gran daffare piluccò qua e là sui tanti piatti, assaggiò di tutto un pò. Quando il sommelier gli chiese di scegliere tra cinque o sei dei più rinomati vini francesi, Giovanni Paolo II non sapendo che fare, si voltò verso il finestrino, e dunque, senza guardare, allungò una mano: "e allora beviamo quello che tocco per primo...".

Il sommelier fece fatica a nascondere il suo enorme disappunto di esperto. "Come desidera Sua Santità...

Gian Franco Svidercoschi  
Giornalista e Scrittore



Accoglienza radiologica - gli Assistenti  
Piero Pugi e Cesarina Bartolucci



Ambulatorio di senologia  
l'Assistente Annarita Iazzari

# 2011

## L'ANNO DEL VOLONTARIATO

**Secondo l'Unione Europea questo è l'anno del volontariato. Intanto in Italia...**

C'è poco da ridere. Oltre all'anno del Drago, del Gallo, del Cane (sono 12, mi pare) quest'anno ci si è messa anche l'UE, proclamando il 2011 anno del Volontariato.

Non è che il fatto abbia avuto grande risalto: certo è che l'idea stessa del volontariato non può dimenticare la sua Carta dei valori in cui si afferma tra l'altro che *"I volontari hanno in comune la passione per la causa degli esseri umani e per la costruzione di un mondo migliore"*.

In filosofia si afferma, con parole dure come pietre, che *"La vita di un individuo che soffre non ha il tempo delle riforme"*. (S. Natoli)

E da noi? Le incursioni sulla legge 266/90, quella sul volontariato, che assieme ai "tetti" sul 5 per mille rischiano di avere il sostegno economico e politico dell'incombente precarietà, delle scelte di molti governi europei, dell'incertezza sulle risorse a disposizione.

Questo periodico al momento non è il luogo per andare oltre in una analisi politica e sociale che superi il momento di una celebrazione, che coincide con quella dell'Unità d'Italia ma che si colloca assieme a tensioni politiche, migrazioni di massa, terremoti, rivoluzioni e radiazioni.

Ma dovrebbe essere proprio in questi frangenti che il volontariato, frutto di generosità e di fratellanza, dovrebbe imporsi ed essere imposto, se non altro come modello di speranza per una comune resistenza ai flagelli di questi tempi. Pare proprio di no. Ma non finisce qui.

**P.F.**

### DE GUSTIBUS

-Non posso nascondere il forte disagio provato nell'apprendere i risultati di una ricerca condotta negli USA da un italiano che ha riscontrato solo una "debole" associazione tra una dieta ricca di frutta e verdura e rischio-cancro. In questi ultimi anni, l'opinione pubblica è stata bombardata dalle raccomandazioni dietetiche fissate tutte sull'incoraggiamento a mangiare frutta e verdure, ovvero, tre volte al giorno la frutta, due volte al giorno la verdura. Ora non più, ora serve lo "stile di vita" che io stesso mi sono sforzato di spiegare a tutti convinto che fossero parole incomprensibili ai più. Allora più stile di vita e meno rigidità nel consumo di frutta e verdura. Purtroppo, queste notizie arrivano a disposizione di tutti, prima che qualcuno ci dica come è stata condotta questa indagine con grandi numeri: 400.000 persone!!! Quale frutta e verdura avranno mangiato? Di quali terreni parliamo? Di quali esposizioni climatiche? Di quali modalità di assunzione, cotta o cruda, condita o scondita, sbucciata o intera. Troppe le variabili. Ma allora perché le popolazioni mediterranee sono più longeve? E la dieta Mediterranea dov'è finita?

E' una notizia sconvolgente. Io propongo che, nell'impossibilità di fare chiarezza sulla base di una semplice lettura della metodologia impiegata in questo studio, gli esperti, almeno i nostri esperti che si sono impegnati a tutto campo per sostenere l'importanza della dieta a base di frutta e verdura, si riuniscano in un Forum per rivedere le proprie posizioni; rivalutare da capo tutto quello che è stato fatto e detto in più occasioni, lasciando fuori della sala i media e consegnarci un parere condiviso perché almeno in questo campo non dovrebbero sorgere le dispute che dividono i leghisti dai sostenitori della sinistra e della destra.

Noi per ora continuiamo ad affidarci al buon senso ossia mangiare di tutto un po' scegliendo frutta e verdura nostrane crude o bollite, alternando le fonti di proteine con legumi, pesce e carne bianca, cuocere e non stracuocere, bere poco vino, minimo burro, formaggi misurati, molta acqua sforzandoci di conoscere la provenienza di prodotti che prevengono da regioni climatiche differenti, e da aree di tradizioni agricole differenti. Mi sembra che finora queste ragioni benché non inquadrare in un protocollo di studio abbiano superato il vaglio della prova dell'esperienza provata. e continuiamo a crederci.

**Mario Mazzetti di Pietralata - Gastroenterologo**

# UTILIZZO DEL NASO ELETTRONICO IN MEDICINA

Da sempre in campo medico esiste l'obbiettivo di arrivare alla diagnosi di malattia il più precocemente possibile. La medicina moderna è riuscita ad ottenere ottimi risultati utilizzando strumenti e metodiche nuovi e la collaborazione di studiosi di discipline diverse come la chimica, la fisica, e l'ingegneria elettronica. Quest'ultima ha reso possibile la realizzazione di una proposta avanzata in un mio vecchio lavoro pubblicato nel 1968: "Sulla possibilità di utilizzare gli odori quale test diagnostico in medicina". L'idea era sorta dall'esperienza che avevo ottenuto all'ospedale Carlo Forlanini di Roma: nelle stanze dove erano ricoverate pazienti affette da tubercolosi polmonare avevo apprezzato un odore caratteristico, sempre lo stesso, del tutto assente negli altri reparti. Ne parlai con il collega Prof. Giacomo De Ritis ed insieme ricordammo dell'importanza che i nostri vecchi maestri davano agli odori che apprezzavano nelle stanze dei loro pazienti che contribuivano a fare la diagnosi di svariate malattie.

Approfondendo l'argomento venimmo a conoscenza dell'esistenza di determinate sostanze odorifere, i Ftomoni, e della loro importanza nella vita animale. Ne scrivemmo il lavoro che ho già citato e concludemmo nel modo seguente: "Sarebbe nostro proponimento iniziare delle ricerche in questo affascinante campo di studio ancora inesplorato che, come tale, potrebbe essere aperto a sviluppi di grande rilievo. Il nostro entusiasmo fu allora condiviso dal collega Prof. Mario Mazzetti che si complimentò per l'idea.

Dopo molti anni seppi che i ricercatori del "gruppo sensori e microsistemi" della facoltà di "Ingegneria Elettronica" dell'Università di Roma Tor Vergata guidati dal Prof. Arnaldo D'Amico avevano messo a punto uno strumento che, utilizzando tecniche di chimica analitica e sensori biochimici, riusciva a catturare gli odori, anche quelli non percepibili dall'olfatto umano e ad analizzare e documentare le sostanze odorose volatili, il NASO ELETTRONICO.

Il Prof. D'Amico lesse il lavoro del 1968 ed insieme decidemmo di provare l'applicazione dell'apparecchio per scopi diagnostici in medicina.

Abbiamo programmato la ricerca sulle sostanze volatili dell'alito di pazienti affetti da cancro del polmone. Il Prof. Massimo Martelli, primario di Chirurgia toracica del Forlanini, mise a nostra disposizione la sua divisione.

Nella prima casistica di 70 soggetti, l'apparecchio mise in evidenza la presenza di particolari sostanze volatili in tutti i 45 pazienti affetti da cancro del polmone ed assenti nei casi di controllo; queste sostanze non venivano più riscontrate dopo l'asportazione chirurgica della massa neoplastica. Confortati dal risultato raggiunto, abbiamo proseguito le ricerche con un gruppo di pazienti che si recavano a praticare una broncoscopia per diversi motivi, nel reparto di "Endoscopia bronchiale" dell'ospedale Forlanini diretto dal Prof. Giovanni Galluccio. I risultati sono stati molto interessanti perché riuscimmo ad identificare anche forme di cancro del polmone in pazienti asintomatici e con la malattia in fase iniziale. Abbiamo ottenuto la diagnosi precoce di una malattia dalla prognosi spesso infausta e raggiunto lo scopo al quale aspiravamo. La medicina moderna punta alla non invasività della ricerca, nel massimo rispetto del malato e nell'abbattimento dei costi con nuove tecniche di studio per ottenere la diagnosi precocie delle malattie. Il naso elettronico risponde pienamente a quanto richiesto: si tratta di un sistema non invasivo, gradito dal paziente (che deve solo emettere l'espriato profondo soffiando in un palloncino di plastica), di facile utilizzazione e di costo molto basso.

Dobbiamo ringraziare il Prof. D'Amico e i suoi collaboratori per averci messo a disposizione il naso elettronico. L'apparecchio è stato utilizzato nello studio dei tumori della pelle, tumori della vescica e nella diagnosi della schizofrenia con risultati incoraggianti.

**Prof. Dott. Claudio Roscioni**

Primario Medico Emerito Ospedale "S. Camillo di Roma"

# UNA MATTINA AL SAN GALLICANO



Ho appena indossato il camice e sono entrato nella hall principale, quando vedo una signora sulla trentina che spinge una carrozzina con dentro un bimbo di un paio di anni, accanto, una bambina di 7-8 anni, evidentemente la sorellina, che non sembra molto soddisfatta di esser lì; il piccolo è irrequieto e la mamma sembra in difficoltà a gestirlo; guarda il foglietto con le istruzioni che le hanno dato al Punto Cortesia ma non sembra molto convinta.

"Qualche problema? Posso aiutarla?" Lei alza gli occhi e mi guarda, perplessa per un istante ma poi, rassicurata dal mio camice bianco e dal distintivo di volontario, mi sorride e mi dice "Sono già venuta lo scorso anno per una dermatite della bambina ma vedo che ora le istruzioni sono completamente diverse!" "Non si preoccupi, i reparti di dermatologia pediatrica del San Gallicano non hanno cambiato ubicazione. Anche io vado al piano meno due; Le faccio strada".

Li precedo lungo il corridoio principale; la bambina mi guarda, incuriosita dal mio aspetto; è graziosa ed ha un aspetto sveglio; non sembra per niente intimorita dal mio aspetto.

"Come ti chiami?" "Irene; e tu?" "Piero. Cosa ha il tuo fratellino?" "Ieri sera, al momento di metterlo a letto, la mamma ha visto che gli erano venute delle macchie rosse sulla pancia".

Ora trotterella sicura, accanto a me; all'improvviso si china sul fratellino, alza poi la testa e, rivolto alla mamma, esclama: "Alessandro si è fatto la cacca addosso!" Oh, no! Questo non ci voleva! Ora è un problema – dice la mamma – Lo scorso anno fummo fortunati, trovammo una infermiera gentilissima che ci fece usare la sua stanza; ricordo ancora il suo nome, Katia, una biondina..."

"C'è ancora; ma ora ci siamo attrezzati: presso i servizi igienici femminili, abbiamo messo un fasciatoio, vicino all'acqua calda; abbiamo messo pure un vasino per i più grandini". Ormai siamo giunti al piano meno due; per guadagnare tempo Le prendo il numero per il Triage e poi la precedo fino ai servizi. Sento che la signora dice: "Vedo che avete messo anche un mibiletto per i giocattoli; prima erano sparpagliati nella stanza"

"Io ho avanzato la proposta e la mia Associazione ha provveduto all'acquisto: Signora, ora deve solo aspettare di essere chiamata. Irene, mentre la mamma pulisce Alessandro, perché non ti prendi qualche giocattolo o qualche libro? Se vuoi, posso leggergli o raccontarti una storia".

Signora, io resto qua con Irene" La bimba annuisce, la mamma mi ringrazia ed entra nei servizi igienici che sono antistanti la sala di attesa. Irene mi guarda e chiede: "Che storie sai? A chi le racconti?"

"Ai miei nipotini, ne ho due, di età simile; hanno circa 7 anni ma ad ambedue piacciono le vicende di Ulisse, di Romolo e Remo, di Giotto da Bondone, dell'elefantino del Bernini...."

"Questa non la conosco: me la racconti?" Ora Irene si è acciambellata sulla poltrona e aspetta.

"Devi sapere che questa storia l'ha inventata il mio nipotino milanese, Alex, quando è venuto per Natale; io l'avevo portato a Piazza Navona ma, passando da Piazza della Minerva, ha veduto l'elefantino che porta sulle spalle un piccolo obelisco. Lo guarda e dice: "Nonno, la notte di Natale, per magia, l'elefantino potrebbe diventar vivo?" "Certo, la notte di Natale, tutte le magie possono succedere; l'elefantino può parlare, correre, mangiare...."

L'elefantino dice che vuol mangiare una pizza; ha visto che a tutti i bambini piace e quindi pensa che sia buona; e così fa; ma poi pensa che sarebbe bello fare una corsa per la piazza, così come fanno tutti gli altri bambini, ma prima si deve togliere l'obelisco dalla schiena: è così pesante! così fa e poi si mette a correre, su, su fino al Panteon; i gatti che stanno lì di casa lo stanno a guardare: mai visto un elefantino che corre con un pezzo di pizza in bocca! anche la luna si è affacciata tra le nubi: sorride al vederlo correre, felice come tutti i bambini felici. All'improvviso, il suono di una campana: l'elefantino capisce che la magia sta per finire, deve tornare indietro, al suo posto in Piazza della Minerva, con l'obelisco sul dorso; la notte di Natale sta per finire ed il sogno pure...."

Irene continua a guardarmi, è come incantata. Poi si risveglia: "E poi?"

E' arrivata la mamma, mi ringrazia, mi confessa: "Sono anche andata a prendermi un caffè...; da lontano ho visto che Irene stava tranquilla ad ascoltarla."

"Mamma, lo sai? il signore mi ha raccontato la storia dell'elefantino; come, non la sai? ora te la racconto io"....

**Piero Pugi**

# diario Amso

# Diario Amso

a cura di Maria Sofia Barbasetti di Prun

2 Dicembre 2010

**RAI - Radio 3.** In preparazione alla Giornata del Volontariato (5 dicembre 2010) ha lasciato spazio tutta la giornata alle Associazioni per comunicare le loro attività di Volontariato.

Per l'AMSO Maria Sofia Barbasetti ha trasmesso una nota relativa ai 42 anni di presenza della Associazione presso l'Istituto Regina Elena di Roma e del servizio offerto dagli Assistenti in sostegno dei malati oncologici.

2 Dicembre 2010

**Palazzo Marini** - Associazione Giuseppe Dossetti - LA RETE ONCOLOGICA LAZIALE, Punti di forza e criticità. L'iniziativa ha lo scopo di mettere a confronto gli specialisti del settore oncologico con le istituzioni relativamente alla fase applicativa. Risulta sperequazione nella distribuzione dei pochi soldi assegnati che andrebbero divisi più equamente fra i centri operativi.

Presente Maria Sofia Barbasetti.

1 Ottobre / 3 Novembre 2010

**SPES** - Centro di Servizio per il Volontariato del Lazio - ACCOGLIERE E MOTIVARE I VOLONTARI. Il fine del corso era di far crescere i partecipanti delle Associazioni attraverso l'accoglienza, la condivisione, la compassione e l'apertura al nuovo.

Per l'AMSO è presente Rosario Alderisi.

24 Novembre / 9 Dicembre 2010

**SPES** - Centro di Servizio per il Volontariato del Lazio - LA GESTIONE DELLE DINAMICHE COMUNICATIVE INTERNE NELLE ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO. Una organizzazione di Volontariato, affinché possa durare nel tempo deve fare in modo che i singoli partecipanti si sentano accolti, rispettati e valorizzati anche affrontando e risolvendo le eventuali situazioni di conflittualità. Per l'AMSO è presente Rosario Alderisi.

24 Gennaio 2011

**I.R.E.** "Centro Congressi Bastianelli" Primo incontro del Corso di Formazione Permanente. Il Prof. Paolo Bonetti docente di Filosofia Morale e di Bioetica tratta il tema: L'ETICA DELLA CURA NELL'ASSISTENZA AI MALATI ONCOLOGICI. Sono presenti e interessati numerosissimi Assistenti AMSO.

9 Febbraio 2011

**I.R.E.** "Centro Congressi Bastianelli" Secondo incontro del Corso di Formazione Permanente. Il Dott. Gian Luca Giorda, Psicologo e Giornalista, tratta il tema: LA COMUNICAZIONE CONSAPEVOLE NELLA RELAZIONE CON IL PAZIENTE ONCOLOGICO. La presenza dei Volontari è stata assai numerosa, molto attenta e partecipata essendo un argomento necessario nell'approccio quotidiano con i pazienti che avviciniamo.

10 Febbraio 2011

**Palazzo Marini** - Associazione Giuseppe Dossetti - INNOVAZIONE TECNOLOGICA E INFORMATIZZAZIONE IN AMBITO ONCOLOGICO. Di fronte all'aumento delle patologie neoplastiche risulta necessario comprendere che i progressi nella terapia dei tumori, saranno dovuti sempre più non solo ai nuovi farmaci, ma anche al miglioramento dell'organizzazione sanitaria e degli strumenti tecnologici messi in campo in tale settore.

Presente Maria Sofia Barbasetti.

19 Febbraio 2011

**Palazzo di Giustizia** - LA FIGURA DEL VOLONTARIO IN ONCOLOGIA. Tema trattato durante un corso di formazione e aggiornamento sulla responsabilità professionale del medico. Maria Sofia Barbasetti ha presentato l'attività dell'AMSO con i pazienti oncologici nell'ambito dell'Istituto Regina Elena.

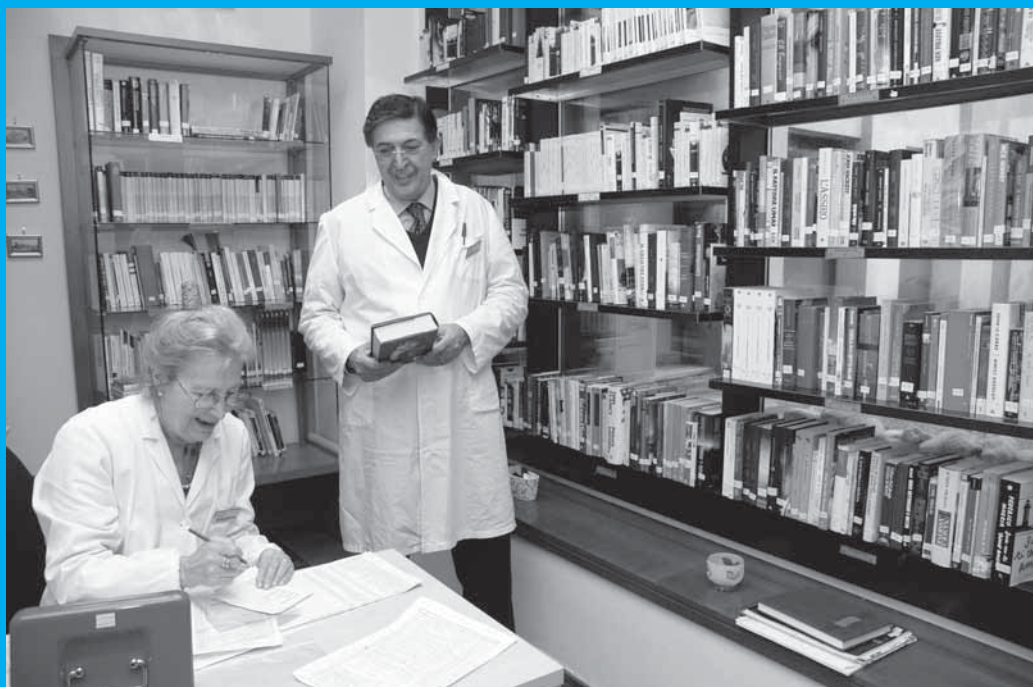
Marzo 2011

**Municipio 3** - Sala Conferenze Villa Torlonia - RIFLESSIONE E DIBATTITO SUL TEMA DELLA PREVENZIONE E DELLA LOTTA CONTRO IL TUMORE AL SENO. E' stato presentato il libro "A dieci centimetri dal cuore" di Cecilia Vedana sul tema del cancro alla mammella. Presenti per l'AMSO Daniela Sanetti e Vera d'Angelo.

8 Marzo 2011

**I.R.E.** "Centro Congresso Bastianelli". Istituto Regina Elena e 'Università Cattolica del Sacro Cuore: L'IMMAGINE RITROVATA: LA CENTRALITA' DELLA QUALITA' DI VITA DELLA PAZIENTE ONCOLOGICA. I temi sono stati svolti dal coordinamento scientifico dei due Istituti. Presenti per l'AMSO Pina Cervini e numerosi altri Assistenti.

Istituto Regina Elena e Istituto Dermatologico San Gallicano. Dal 2009 è stato avviato un percorso di umanizzazione per migliorare la vita dei pazienti ricoverati. Negli spazi della struttura si sono svolti e si svolgono tuttora settimanalmente incontri di yoga, pittura, e di make up. Gli Assistenti AMSO sono sempre impegnati andando a prendere ai reparti e accompagnando nei vari luoghi i pazienti. L'iniziativa di poter pensare oltre che alla cura della malattia, anche alla propria persona e/o ad un hobby ha avuto un riscontro assai positivo.



La Biblioteca i Volontari Meraban Meraban e Velia Peri



# ASSOCIAZIONE PER L'ASSISTENZA MORALE E SOCIALE NEGLI ISTITUTI ONCOLOGICI

L'A.M.S.O. è stata fondata nel 1968 allo scopo di fornire un servizio di sostegno ed informazioni ai malati ricoverati presso l'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena e l'Istituto San Gallicano.

Ente riconosciuto con D.P.R. n.375 del 16/5/1972 (G.U. n.205 del 7/8/1972) - Iscr.ne Registro Regionale D.P.G.R. n.664 del 18/4/1994 - ONLUS ai sensi del .DL.G.S. 460/1997, art.10, comma 8, - C.F. 97025440583



**oltre 40 anni  
di assistenza  
al paziente oncologico**



ASSOCIAZIONE PER L'ASSISTENZA MORALE E SOCIALE NEGLI ISTITUTI ONCOLOGICI

## CINQUE PER MILLE

**SOSTIENI L'ASSOCIAZIONE CON LA SCELTA DEL 5 PER MILLE A FAVORE DELL'AMSO**

**CODICE FISCALE AMSO  
97025440583**

### FAC-SIMILE

SCELTA PER LA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF (In caso di scelta FIRMARE in UNO degli spazi sottostanti)			
Sostegno del volontariato, delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale, delle associazioni e fondazioni		Finanziamento della ricerca scientifica e della università	
firma	_____	firma	_____
Codice fiscale del beneficiario (eventuale)	9 7 0 2 5 4 4 0 5 8 3	Codice fiscale del beneficiario (eventuale)	_____
Finanziamento della ricerca sanitaria		Attività sociali svolte dal comune di residenza del contribuente	
firma	_____	firma	_____
Codice fiscale del beneficiario (eventuale)	_____	Codice fiscale del beneficiario (eventuale)	_____



**ASSOCIAZIONE  
PER L'ASSISTENZA  
MORALE E SOCIALE  
NEGLI ISTITUTI  
ONCOLOGICI**

Segreteria e Sede legale  
Via delle Messi d'oro, 156  
00158 Roma  
Tel./Fax 06 4181822  
06 52662107  
e-mail: [amso@ifo.it](mailto:amso@ifo.it)  
[www.associazione-amso.it](http://www.associazione-amso.it)

Sede operativa: I.F.O.  
Istituti Fisioterapici Ospitalieri  
Via Chianesi, 53  
00128 Roma  
Tel. 06 52665143

Banca Nazionale del Lavoro Ag. 5  
Roma - piazza Fiume 53  
Codice Fiscale 97025440583  
IBAN  
IT90A0100503205000000001351

conto corrente postale 55385009  
AMSO Associazione Assistenza  
Morale e Sociale negli Istituti  
Oncologici - Onlus

IL PIU' ILLUSTRE FISICO ITALIANO  
DEL SECOLO XX  
**ENRICO FERMI**  
NACQUE IN QUESTA CASA IL  
29 SETTEMBRE 1901  
I SUOI CONCITTADINI  
LO RICORDANO  
CON AMMIRAZIONE  
+ S.P.Q.R. 2001

**CASA AMSO**  
**Via Gaeta 19**  
**Roma**

