

Il Notiziario 2|2004 Oncologia Ca' Granda



anno 1, n. 2 • giugno 2004



Il padiglione Oncologia,
Ospedale Niguarda Ca' Granda

EDITORIALE

Le novità in Oncologia Falck

Siamo arrivati al numero 2 de "Il Notiziario" e l'attività della Oncologia Falck continua senza sosta. Nei primi 5 mesi del 2004 abbiamo assistito persone provenienti da tutta Italia e dall'estero effettuando 595 ricoveri in degenza, 5434 prestazioni in day-hospital e 3470 visite, di cui 445 senologiche e 578 prime visite, in ambulatorio. Ma, grazie al supporto dei tanti Benefattori della ONLUS Oncologia Ca' Granda, continua anche l'attività di ricerca e di aggiornamento scientifico. Tre fatti meritano l'attenzione dei nostri lettori: 1) la partecipazione al più importante congresso oncologico dell'anno; 2) la selezione su base internazionale di una nostra giovane oncologa ad un seminario di studio intensivo; 3) la prospettiva, annunciata dalla Direzione dell'Ospedale Niguarda Ca' Granda proprio mentre andiamo in stampa, che ci sarà data la possibilità di potenziare l'assistenza con posti aggiuntivi di degenza dedicati alla riabilitazione delle persone curate per tumore.

Ai primi di giugno si è svolto a New Orleans, Louisiana, il congresso annuale dell'ASCO (American Society Clinical Oncology) e per l'Oncologia Falck, oltre al sottoscritto, vi hanno partecipato Monica Renga, Roberta Schiavo e Paolo Pedrazzoli. Sono stati presentati aggiornamenti sulle conoscenze oncologiche più rilevanti e fra queste desideriamo segnalare, perché rappresentano un progresso rilevante della medicina oncologica, alcuni studi sulla chemioterapia per il carcinoma polmonare operato e sulle terapie a bersaglio molecolare (targeted therapies) che hanno documentato che:

- La chemioterapia comprendente composti del platino è efficace a migliorare la prognosi del tumore polmonare non-microcitoma dopo l'intervento chirurgico;
- I farmaci cetuximab (Erbix) e panitumumab (ABX-EGF) sono efficaci nella terapia dei tumori del colon-retto e della testa e collo. Si tratta di anticorpi monoclonali somministrabili per via endovenosa che agiscono sul recettore del fattore di crescita epidermico (EGFR) e che sono in sperimentazione anche in Oncologia Falck fin dal 2001;
- Il farmaco erlotinib (Tarceva), analogamente a gefitinib (Iressa), è efficace nella terapia dei tumori del polmone nei casi resistenti alla chemioterapia. Anche Tarceva e Iressa, entrambi farmaci anti-EGFR somministrabili per via orale, sono stati sperimentati in Oncologia Falck;

La dottoressa Simona Secondino, oncologa della Oncologia Falck, ha partecipato con successo ad una

SEGUE A PAG. 2

In questo numero:

- 2 C'ERA UNA VOLTA IL "MALE INCURABILE" 3 LE TERAPIE A BERSAGLIO MOLECOLARE
4 COME STA CAMBIANDO LA GUERRA AL CANCRO 6 LINFOCITI "ADDESTRATI" PER COMBATTERE IL CARCINOMA DEL RINOFARINGE
8 UN SALUTO A MARIO CALGARO E MASSIMO FERRARI

selezione internazionale per il finanziamento dei costi e la partecipazione ad un seminario dell'ASCO e AACR (American Association Cancer Research) per lo sviluppo di nuove terapie oncologiche. Il progetto, cui ha già contribuito sia la ONLUS Oncologia Ca' Granda sia l'AIRC (Associazione Italiana Ricerca Cancro) si intitola "Prospective Evaluation of Conventional and Biological Markers of Response to Cellular Immunotherapy in Patients with Nasopharyngeal Carcinoma".

Siamo convinti che il progresso della medicina oncologica ha come scopo ultimo il miglioramento dell'assistenza. Per questo motivo siamo molto lieti di annunciare che il Dr. Pasquale Cannatelli, Direttore Generale dell'A. O. Ospedale Niguarda Ca' Granda, intende potenziare le dotazioni della degenza con posti letto dedicati alla riabilitazione dopo le cure oncologiche. Sottolineando questi tre fatti speciali apriamo il numero 2 de "Il Notiziario". Auguriamo ai nostri Benefattori una buona lettura, sempre fiduciosi nel loro aiuto sostanziale senza il quale la ONLUS Oncologia Ca' Granda non potrebbe continuare ad operare.

Salvatore Siena

Presidente

Associazione Oncologia Ca' Granda

ONLUS



C'era una volta il "male incurabile"

Le tappe più significative dello sviluppo dei diversi approcci terapeutici: dalla chirurgia alla chemioterapia, alle terapie di nuova generazione

Ancora oggi viene definito, seppur impropriamente, "male incurabile". Di sicuro fino a vent'anni fa le speranze di guarire dal cancro erano ben poche. Poi venne la **chirurgia**: una chirurgia invasiva e talora mutilante che invalidava pesantemente il paziente e dava comunque poche speranze. Fortunatamente nel corso degli anni anche lo strumento chirurgico è stato affinato e gli interventi sono diventati sempre meno invasivi e più conservativi. Ad esempio la chirurgia oncologica per via laparoscopica va sempre più affermandosi grazie anche a pionieri del settore come Raffaele Pugliese, direttore della

chirurgia generale di Niguarda Ca' Granda. Nel frattempo la ricerca oncologica ha iniziato a mettere a disposizione dei medici i primi farmaci **chemioterapici**, capaci sì di distruggere le cellule tumorali ma spesso non sufficientemente selettivi per salvaguardare i tessuti sani.

Il meccanismo d'azione dei farmaci citotossici consiste infatti nell'impedire la divisione e la riproduzione delle cellule tumorali, la cui attività viene progressivamente inibita fino all'apoptosi. Purtroppo la sua somministrazione compromette anche le cellule sane dell'organismo (bulbi piliferi, mucose, midollo osseo), causando, come detto, spiacevoli effetti collaterali: caduta parziale o completa dei capelli, nausea, vomito, stomatite, stanchezza, perdita dell'appetito, facile affaticamento, stipsi, diarrea.

Per questo negli ultimi anni è stata data molta importanza alle "terapie di supporto" che permettono di controllare gli effetti collaterali della chemioterapia con farmaci ade-

Nella foto in alto: da sinistra Schiavo, Siena, Pedrazzoli e Renga all'ASCO 2004

guati in modo da salvaguardare, o compromettere il meno possibile, la qualità di vita dei pazienti in trattamento.

Oggi il quadro è profondamente cambiato, anche se resta ancora molto da fare per riuscire ad ottenere un controllo ottimale di molte neoplasie mediante la terapia medica. Alcuni tumori maligni sono definitivamente guaribili con la chemioterapia (da sola o come trattamento impiegato in associazione con la chirurgia e/o la radioterapia); mentre in molti altri è possibile ottenere un efficace controllo dei sintomi seguito da un prolungamento della sopravvivenza.

Alla chemioterapia si è quindi aggiunta l'**ormonoterapia** per il trattamento di neoplasie epiteliali derivate da organi la cui crescita e funzione è già fisiologicamente sotto controllo ormonale, quali la mammella, la prostata e l'endometrio, che rappresentano per incidenza circa il 20-25% di tutti i tumori dell'adulto. I farmaci agiscono impedendo lo sviluppo degli estrogeni, necessari alla proliferazione delle cellule tumorali. I meccanismi utilizzati sono fondamentalmente due: il ricorso ad antiestrogeni che impediscono l'utilizzo degli estrogeni da parte delle cellule tumorali, o ad inibitori dell'aromatasi che prevengono invece la formazione degli estrogeni a partire dagli androgeni nei tessuti periferici. La cellula tumorale, privata di queste sostanze non è in grado di riprodursi. Gli effetti collaterali sono limitati, tanto che anche gli anziani o le persone in precarie condizioni generali riescono a tollerare i dosaggi necessari.

Le nuova frontiera delle cure

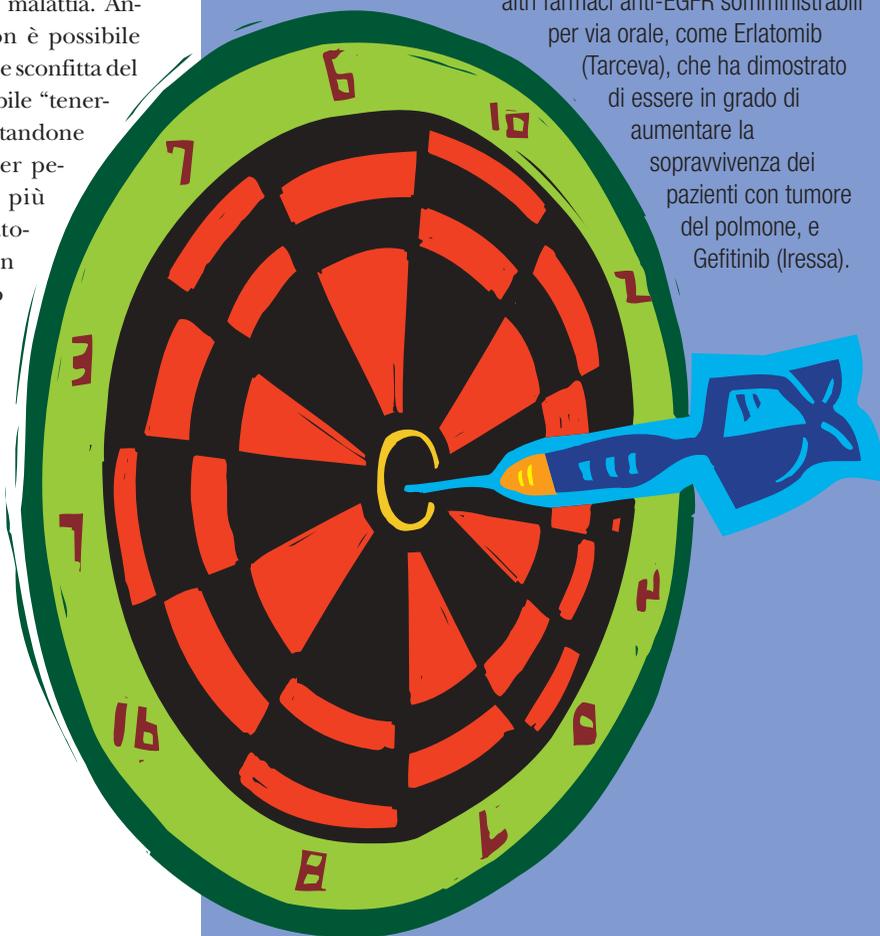
antitumorali è costituita dalle **terapie biologiche e cellulari**, ultima tappa (per ora) di un viaggio iniziato come una crociata senza armi e via via trasformatosi in una lotta con strumenti sempre più efficaci e sofisticati (vedi articolo a pag. 6). In contrasto con la chemioterapia e la **radioterapia** convenzionale, il nuovo approccio terapeutico del cancro è diretto verso i 'sentieri molecolari' che causano la trasformazione cellulare maligna. Queste terapie hanno cioè come bersaglio i recettori tumore-specifici della cellula e i segnali critici per la progressione della malattia, mentre la tossicità è ridotta per le cellule normali. L'evoluzione delle cure, l'avvento delle terapie a bersaglio molecolare e la **chemioterapia adiuvante** permettono oggi di parlare di cronicizzazione della malattia. Anche quando non è possibile garantire la totale sconfitta del tumore, è possibile "tenerlo a bada", arrestandone il progredire per periodi sempre più lunghi: una vittoria, un passo in più su quello stesso percorso che ha come obiettivo non solo la vittoria definitiva sul cancro ma anche una migliore qualità di vita per il paziente.

Le terapie a bersaglio molecolare

Negli ultimi 20 anni si è assistito ad un'esplosione delle conoscenze nel campo della biologia tumorale che hanno permesso l'identificazione di molecole che interagiscono con un difetto specifico. Ciò ha modificato radicalmente l'approccio ai trattamenti antitumorali, passando da una farmacologia basata sulla malattia ad una terapia più specifica guidata sul difetto molecolare. Queste scoperte sono alla base della **targeted therapy** (terapia a bersaglio molecolare), che utilizza farmaci che agiscono su recettori cellulari specifici.

I recettori per i fattori di crescita e le vie di trasduzione del segnale intracellulare rappresentano il bersaglio della maggior parte dei nuovi farmaci antineoplastici. L'azione di queste molecole è specifica e ciò le rende potenzialmente più efficaci e meno tossiche. Lo "spettro d'azione" è però limitato a quei particolari sottogruppi di neoplasie che dipendono da specifiche alterazioni molecolari. Alcuni di questi farmaci hanno superato celermente le fasi della sperimentazione controllata, diventando di comune impiego nella pratica clinica. Herceptin e Glivec ne sono un esempio e sono risultati determinanti nel produrre rispettivamente un aumento della sopravvivenza mediana di pazienti con neoplasia mammaria HER-2-positiva o nel permettere una prolungata remissione di malattia in tumori stromali dell'apparato gastroenterico non operabili (GIST). Tra i farmaci rilevatesi utili sono da annoverare Cetuximab e Lamitumumab, anticorpi monoclonali anti-EGFR, il cui utilizzo rientra nel concetto di targeted therapy.

Inoltre saranno a breve disponibili anche in Italia altri farmaci anti-EGFR somministrabili per via orale, come Erlatomib (Tarceva), che ha dimostrato di essere in grado di aumentare la sopravvivenza dei pazienti con tumore del polmone, e Gefitinib (Iressa).



Come sta cambiando la guerra al cancro

I nuovi farmaci antitumorali puntano a produrre l'allungamento della vita del malato interferendo solo con la crescita e la diffusione del tumore

Le nuove strategie terapeutiche si basano su un concetto nuovo: **cronicizzare la malattia neoplastica** attraverso una protratta inibizione della crescita tumorale, senza pretendere la completa regressione della malattia. Talora, la rapida riduzione della massa tumorale che avviene impiegando la chemioterapia è infatti seguita da una ripresa della malattia. I nuovi farmaci antitumorali puntano invece a produrre un allungamento della sopravvivenza del malato oncologico, interferendo solo con la crescita e la diffu-

sione del tumore, senza produrre importanti tossicità e senza compromettere la qualità della vita del paziente. Ecco, in sintesi, come è cambiata la guerra al cancro per alcuni tumori.

Tumore della mammella

Nel 25% circa dei casi di carcinoma mammario, l'amplificazione dell'oncogene c-erb-2 determina l'iperespressione di una proteina di membrana ad attività

tirosino-chinasica (p185). Studi clinici indicano che le cellule con un'amplificazione di questo gene rispondono all'azione della *doxorubicina*. Risultati incoraggianti nel carcinoma mammario metastatico che esprime il c-erb-2 vengono anche dall'impiego del *trastuzumab*, un anticorpo monoclonale contro la proteina dell'oncogene c-erb-2, tanto da suggerirne l'utilizzo in chemioterapia adiuvante.

Tumore del polmone

Recentemente in tre studi internazionali è stato dimostrato che la chemioterapia di ultima generazione è utile a migliorare la sopravvivenza dopo la chirurgia del carcinoma polmonare non microcitoma. Ulteriori possibilità terapeutiche nel trattamento di tale patologia in fase avanzata derivano dall'utilizzo degli inibitori dei recettori con attività tirosino-chinasica. Tra questi merita attenzione *Erlotinib* (Tarceva) di cui è stata recentemente confermata l'efficacia nel trattamento di pazienti colpiti da tumore al polmone non a piccole cellule (NSCLC: non-small cell lung cancer), e con recidiva. Inoltre *Iressa* che è in grado di bloccare il recettore per il fattore di crescita epidermico (Epidermal Growth Factor Receptor) attraverso l'inibizione dell'enzima necessario per la trasmissione del segnale di proliferazione all'interno della cellula tumorale. L'Iressa ha dato risultati incoraggianti in pazienti pretrattati con la chemioterapia. Purtroppo gli stessi riscontri non si sono registrati quando è stato associato alla chemioterapia.

Tumore del colonretto

Nei pazienti operati e con linfonodi positivi, la terapia adiuvante è in grado di migliorare la sopravvivenza di un 30% relativo portando la percentuale al 55%. Una molecola interessante è l'*oxaliplatino* che si inserisce nel DNA delle cellule tumorali e le danneggia. I risultati migliori si raggiungono quando l'oxaliplatino è utilizzato insieme al 5-Fluorouracile. Un altro farmaco degno di nota è il *cetuximab*, un anticorpo che agisce sul recettore di membrana. In questo caso sono stati ottenuti risultati significativi in quei pazienti che erano sfuggiti alla chemioterapia. Attualmente sono in corso altri studi per valutare gli effetti positivi dell'aggiunta di cetuximab alla chemioterapia standard. La Divisione Falck sin dal 2000 ha in corso la sperimentazione di molti farmaci innovativi (vedi tabelle a pag. 5).

Tumori stromali gastrointestinali (GIST)

Particolarmente significativi sono i risultati dell'impiego di *Glivec* per il trattamento del tumore GIST, un raro tumore che origina da cellule specificamente localizzate a livello intestinale (l'incidenza è simile a quella della leucemia mieloide cronica). Dopo i risultati incoraggianti degli studi di fase I e II effettuati in USA e Europa, che hanno portato alla registrazione del farmaco per questa indicazione, sono stati avviati studi di fase III, attualmente ancora in corso, per la valutazione della sopravvivenza, della qualità della vita. Nella Divisione Falck è attualmente in corso di sperimentazione il farmaco SUO11248 per la terapia dei GIST resistenti a Glivec.



La Targeted Therapy alla Divisione Falck

La Divisione di Oncologia Medica Falck è all'avanguardia nello studio (vedi box) e nell'utilizzo di terapie a bersaglio molecolare. I tumori più trattati sono i seguenti:

Tumore del polmone (non microcitoma)

Erlotinib (Tarceva)
Gefitinib (Iressa)
SCH66336 (Lonafarnib)

Tumore del colon-retto

Cetuximab (Erbix)
Panitumumab (ABX-EGF)
Gefitinib (Iressa)
PTK787/ZK 222584
SU5416 (Semanaxib)

Tumore del rinofaringe

Linfociti anti-EBV (collaborazione con IRCCS San Matteo, PV)

Tumore della mammella

Trastuzumab (Herceptin)
BAY 43-9006 (Sorafenib)

Tumori stromali gastrointestinali (GIST)

Imatinib (Glivec)
SU011248

Tumore del Testicolo

Gefitinib (Iressa)

Testa collo

Cetuximab (Erbix)

Tumore dello stomaco

Gefitinib (Iressa)

Tumore germinale del testicolo

Gefitinib (Iressa)

Le sperimentazioni in corso

I ricercatori della Divisione Falck sono impegnati anche nello studio di malattie non frequenti come il carcinoma del rinofaringe.

È stato appena pubblicato su *Annals of Oncology* uno studio su una terapia per il **tumore del rinofaringe** condotto in collaborazione con l'IRCCS di Pavia, la II Università di Napoli e l'ospedale S. Martino di Genova. Questo tipo di carcinoma, molto diffuso nei paesi asiatici e in Africa ma in aumento anche in Occidente, è quasi sempre associato con il virus Epstein-barr (EBV). È stata quindi messa a punto una terapia con linfociti 'educati' ex-vivo contro l'EBV e i risultati dello studio hanno evidenziato una stabilizzazione della malattia e un'ottima tollerabilità. Contemporaneamente, l'immunoterapia con questi linfociti ha indotto un significativo aumento delle cellule linfocitarie endogene in grado di infiltrare il tumore.

Linfociti "addestrati" per combattere il carcinoma del rinofaringe

All'Oncologia Falck di Niguarda Ca' Granda e all'IRCCS San Matteo di Pavia è in corso, unica in Europa, una sperimentazione clinica con linfociti T anti-virus di Epstein-Barr

Esistono forme di terapia mirata che utilizzano cellule del sistema immunitario 'addestrate' a colpire in modo specifico le cellule tumorali. Spesso questo tipo di terapia cellulare è indirizzato contro virus presenti nel tumore. Uno studio, in corso



presso l'UO Oncologia Medica Falck e i Laboratori di Ricerca di "Immunologia dei Trapianti" – UO di Oncoematologia Pediatrica dell'IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia, utilizza linfociti T anti-virus di Epstein-Barr (EBV) in pazienti con carcinoma indifferenziato del rinofaringe. Questo tipo di terapia cellulare è innovativo e lo studio è l'u-

nico in corso in Europa. Della ricerca, che per la rilevanza scientifica ha beneficiato di un finanziamento triennale dell'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC), ne parlano in questa intervista il dott. Paolo Pedrazzoli, della Divisione di Oncologia Medica Falck e la dott.ssa Patrizia Comoli, dell'IRCCS Policlinico S. Matteo di Pavia.

Come si è arrivati ad utilizzare linfociti anti-virus nella terapia dei tumori?

Comoli – Molti virus giocano un ruolo importante nella genesi di alcuni tumori. Il virus di Epstein-Barr è in grado di incorporare il suo genoma in quello di cellule dell'ospite, rimanendovi silente, contribuendo nel tempo a modificazioni cellulari che possono dare origine a neoplasie, tra cui appunto il carcinoma rinofaringeo. Poiché le cellule tumorali mantengono alcune caratteristiche del virus (antigeni), è possibile generare linfociti che agiscono contro il virus di Epstein-Barr e che sono in grado di uccidere anche le cellule tumorali. Questo tipo di terapia cellulare con linfociti anti-EBV è da tempo utilizzata a Pavia dal nostro gruppo per la cura di alcune forme di linfoma EBV correlato.

Quali sono le caratteristiche del carcinoma del rinofaringe?

Pedrazzoli – Si tratta di una neoplasia relativamente rara in Occidente (circa l'1% di

tutti i tumori maligni) ma molto più frequente in alcune regioni del sud est asiatico e in alcune popolazioni nordafricane. A causa dei flussi migratori da tali aree del mondo verso l'Europa, è prevedibile un progressivo incremento dei casi di carcinoma rinofaringeo anche nel nostro paese. La malattia si manifesta solitamente con sintomi di ingombro nasale o per la comparsa di linfonodi al collo e può essere guarita con chemioterapia e radioterapia nei casi nei quali la diagnosi è precoce. Nei casi avanzati o refrattari alle cure convenzionali, la prognosi è infausta ed è proprio in questi pazienti che la terapia cellulare è attualmente utilizzata.

Come vengono preparate i linfociti anti-tumore?

Comoli – Vengono utilizzati i linfociti prelevati dal paziente messi in contatto con cellule infettate dal virus. In questo modo si selezionano "cloni" di linfociti citotossici capaci di uccidere cellule tumorali che esprimono antigeni virali. Successivamente, i cloni di linfociti citotossici anti-virus vengono espansi per ottenerne quantità sufficienti all'infusione. La procedura è lunga (quando tutto va bene almeno 2 mesi) ed estremamente complessa: richiede notevole esperienza in questo specifico settore e il rispetto di condizioni di massima sicurezza per evitare qualsiasi rischio per il paziente.

Quali risultati avete finora ottenuto con questa terapia?

Pedrazzoli – I linfociti anti-EBV non hanno effetti collaterali e vanno a colpire in modo specifico le cellule tumorali. In alcuni casi, abbiamo osservato una regressione della malattia e questo risultato è da considerarsi ottimo perché si tratta di pazienti con malattia in fase molto avanzata e non più sensibile alla chemioterapia e alla radioterapia. I risultati preliminari di questo studio sono stati pubblicati sulla rivista *Annals of Oncology*, nel gennaio di quest'anno, e un nuovo lavoro con casistica più ampia è in fase di preparazione.

È possibile migliorare ulteriormente la terapia con linfociti anti-EBV in questa malattia?

Comoli – Stiamo lavorando alla produzione di linfociti che abbiano la capacità di aggredire in modo ancora più selettivo le cellule tumorali. In particolare stiamo cercando di selezionare quei cloni diretti contro gli antigeni virali maggiormente espressi nel carcinoma rinofaringeo.

Pedrazzoli – Da un punto di vista clinico, sarà importante nel prossimo futuro agire con questo tipo di terapia cellulare in fasi più precoci della malattia; tutte le forme di terapia cellulare sono, infatti, tanto più efficaci quanto l'estensione della malattia è ridotta. Stiamo inoltre esplorando la possibilità di "aiutare" l'espansione dei linfociti anti-EBV, dopo la loro infusione nel paziente. Ciò sembra possibile utilizzando farmaci "immunomodulatori", quali l'interleukina-2, che ha la proprietà di indurre l'espansione dei linfociti.

Gli uomini sono i più a rischio

Il picco di incidenza del carcinoma indifferenziato del rinofaringe è intorno ai 40-50 anni. È più colpito il sesso maschile. La diffusione per via linfatica è un evento precoce e frequente (80%) dovuto al notevole sviluppo della rete linfatica faringea. La diffusione per via ematica, diversamente da quanto avviene negli altri tumori della testa-collo, è frequente in questa malattia. Le sedi metastatiche più frequenti sono le ossa, il fegato ed il polmone.

Manifestazioni cliniche e diagnosi

La sintomatologia comprende senso di ostruzione nasale, epistassi (perdita di sangue dal naso), ipoacusia (calo dell'udito), spesso monolaterale, linfonodi ingrossati al collo, rinolalia (voce nasale). Se è presente invasione della base cranica possono verificarsi disturbi neurologici (ad esempio diplopia, ossia visione doppia). La diagnosi è costituita dall'endoscopia a fibre ottiche che evidenzia la neoplasia e dalla biopsia. La stadiazione prevede la radiografia del torace, TAC/RMN del massiccio facciale e del collo, ecografia epatica e scintigrafia ossea.

Terapia di prima linea

Negli stadi iniziali la radioterapia (comprendente il rinofaringe ed il collo) è la terapia standard. Negli stadi avanzati il trattamento d'elezione è la chemioradioterapia concomitante (schemi contenenti cisplatino insieme alla radioterapia).

Terapia delle recidive e della malattia metastatica

La scelta della modalità terapeutica dipende dalla sede coinvolta, dall'estensione della recidiva e dai pregressi trattamenti effettuati. Nel carcinoma rinofaringeo recidivato localmente o a distanza l'opzione terapeutica principale è la chemioterapia. I farmaci più frequentemente utilizzati sono cisplatino, antracicline, fluorouracile, paclitaxel, vinorelbina, ifosfamide. La radioterapia ha poche indicazioni nella recidiva locale (raramente può essere effettuata la radioterapia in sedi già trattate) mentre può essere molto utile sulle localizzazioni scheletriche. In casi selezionati è indicata la chirurgia ad es. per recidiva locale o per singole metastasi a distanza.

**Associazione Oncologia
Ca' Granda Onlus**

Consiglio direttivo

Giulia Devoto/Falck, Federico Falck,
Marco Gasparini, Lidia Grigioni,
Cesare Sirtori, Filippo Sugar, Mauro
Bramieri

Presidente

Salvatore Siena

Presidente onorario

Enrico Ghislandi

Revisore dei conti

Mauro Bramieri
Piazza Ospedale Maggiore, 3
20162 Milano
Tel. 02.6444 2291
Fax 02.6444 2957
oncologia@ospedaleniguarda.it

Il Notiziario

Direttore responsabile

Mauro Boldrini

Coordinamento

Gino Tomasini

Redazione

Daniela Peliccioli, Sergio Ceccone,
Carlo Buffoli, Giuliano D'Ambrosio

Comitato di redazione

Maria Novella Sugar, Mauro Moroni,
Giuseppe Landonio, Salvatore Siena

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
imedlabs@tin.it
via C. Morin, 44 - 00195 Roma
tel. 06.3723187
intermedia@intermedianews.it
www.medineews.it

Un saluto a Mario Calgaro e Massimo Ferrari

Un saluto per due colleghi che se ne vanno “per raggiunti limiti di età” come usa dire in linguaggio burocratico. Un saluto per due amici che hanno fatto la storia della Falck, accompagnandola in tutte le fasi: dalla sua nascita, alla trasformazione in oncologia medica, al trasferimento nella attuale sede del padiglione Vergani, al suo sviluppo con la creazione del day hospital, fino alla fase attuale.

Una presenza, la loro, mai “gridata”: per Mario Calgaro, in particolare, vale una citazione della Dickinson (“ho vissuto a bassa voce; detestavo parlare a voce alta”); silenzioso, ma sempre presente, attento ai bisogni dei pazienti, documentato, quasi maniacale nel riportare tutti i dati con quella sua scrittura inconfondibile e armoniosa, quasi perfetta. Negli ultimi anni ha lavorato continuamente nel day hospital, dove lascerà sicuramente una traccia importante. Più volte si è misurato il suo peso nelle assenze. E in generale il riconoscimento dei malati che l'hanno avuto come curante è stato unanime e lusinghiero.

Massimo Ferrari, che per un periodo non breve ha svolto facenti funzioni di primario tra l'uscita di scena di Ghislandi e l'arrivo di Siena (si dimostrò particolarmente attivo durante la vicenda Di Bella) lo ricorderemo per altre caratteristiche. Medico di vasta cultura (interessi letterari e musicali, come nella miglior tradizione dei medici di Niguarda) ha portato nel suo lavoro un atteggiamento non dogmatico, in qualche modo “relativista”: qualche paziente può avere talora equivocato la sua franchezza, ma il rapporto medico-paziente ne è spesso stato rinsaldato.

La loro uscita di scena quasi contemporanea segna, in qualche modo, la fine della vecchia Falck. L'attuale direzione ha portato una ventata di innovazione, ha aumentato la complessità degli interventi e delle prestazioni oncologiche, ha migliorato l'efficienza complessiva della struttura. Ma non per questo va dimenticata e sottovalutata la lunga fase pionieristica e poi di consolidamento che ha consentito all'oncologia medica di Niguarda, sotto la direzione di Ghislandi e con il contributo determinante di Calgaro e di Ferrari (oltre a quello della Gottardi, di Cacioppo e di altri medici che hanno seguito strade diverse) di diventare una struttura articolata, attenta a tutte le fasi della malattia oncologica, in particolare a quelle, dolorosamente complesse, avanzate o della terminalità.

Un'attenzione al malato oncologico “a tutto tondo” che può insegnare molto anche alle nuove generazioni di medici che già stanno facendo e che faranno la nuova storia della Falck.

Un saluto quindi a Mario Calgaro e a Massimo Ferrari; un vivo ringraziamento; e la speranza di trovarli ancora come amici negli anni a venire.

**Seduto Massimo Ferrari,
con il camice Mario Calgaro.**



Aiutala perché ti aiuta

L'associazione Amici dell'Oncologia Ca' Granda (ONLUS) aiuta a migliorare l'assistenza ai malati oncologici. Chi desidera può dare il proprio contributo:

- personalmente presso la Segreteria dell'Associazione o della Direzione della Divisione Oncologia Medica Falck;
- tramite lettera all'Associazione Amici Oncologia Medica Ca' Granda, Padiglione Vergani-Falck, Piazza Ospedale Maggiore 3, 20162 Milano;
- tramite versamento sul conto corrente postale 38223202 intestato a Amici Oncologia Medica Ca' Granda, Milano;
- tramite versamento sul conto corrente bancario 25855/1, CAB 06996, ABI 01798, presso la Banca Regionale Europea, agenzia interna o altre sedi.

«Anch'io voglio dare il mio contributo»

“Aiutala perché ti aiuta” è il titolo – riferito all'Associazione Amici dell'Oncologia Ca' Granda – che, leggendo il primo numero de “il Notiziario” dell'Associazione, mi ha colpito di più e che, spero, faccia riflettere il lettore sull'importanza di sostenere il Padiglione Vergani-Falck e la Divisione Oncologia Medica Falck dell'ospedale Niguarda Ca' Granda.

Cosa coglie un paziente della Divisione Oncologia Falck che – è il mio caso – per la prima volta, si trova a confrontarsi con una patologia tumorale? Ansia, paura, chi saranno i miei interlocutori, che notizie mi daranno dopo i primi controlli e le prime verifiche... e tutto quanto il lettore può intuire ed immaginare.

Chi, come me, è giornalista, trova anche attraverso questa piccola testata di “nicchia” sfogo ed espressione. Certo che è una pubblicazione utile. Perché attraverso questa “messa insieme” di piccole e grandi energie cresce lo spirito associazionistico. Vivendo un po' di giorni in questa realtà ho potuto cogliere quanto sia utile avere vicino persone – a tutti i livelli – sensibili e professionali. Sono valori importanti dei quali faccio tesoro. Per quanto spero e conto di poter tornare ad essere utile a “il notiziario” anche in un futuro dal di fuori.

Maurilio Sioli