

# Il Notiziario 3|2004 Oncologia Ca' Granda

anno 1, n. 3 • dicembre 2004



EDITORIALE

Ricerca  
e informazione

**S**iamo arrivati al numero 3 de "Il Notiziario" e, in Oncologia Falck, proseguiamo la nostra opera spronati dai continui progressi in campo oncologico. Recentemente, al Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) tenutosi a Bologna, il dott. Salvatore Artale ha presentato l'esperienza triennale dell'Ospedale Niguarda Ca' Granda nella terapia dei tumori neuroendocrini, dimostrando come sia possibile personalizzare la terapia (bioterapia o chemioterapia o entrambe) a seconda delle caratteristiche biologiche della malattia. Un breve riassunto del lavoro del dott. Artale e collaboratori lo trovate a pagina 5.

L'Oncologia Ca' Granda ONLUS ha un nuovo sito internet, denominato [www.ocgo.org](http://www.ocgo.org), disegnato dallo Studio ADM di Milano. Contiamo su [www.ocgo.org](http://www.ocgo.org) come un ulteriore strumento di comunicazione con i nostri benefattori per facilitare la conoscenza della Divisione di Oncologia Falck, dei suoi programmi e dei risultati delle attività. Anche di questo parleremo in questo numero a pagina 8.

L'ONLUS Oncologia Ca' Granda, grazie alle donazioni, continua a finanziare molte attività della Oncologia Falck e, fra queste, diamo risalto in questo numero all'assegnazione di due borse di studio ad un medico ed un biologo, entrambi neolaureati, e di un contratto ad un oncologo con esperienza di ricerca clinica in Italia e in USA, per sviluppare il Programma di Terapia Molecolare.

**Salvatore Siena**

Presidente

Associazione Oncologia Ca' Granda ONLUS

## In questo numero:

- 2 I SARCOMI, IN ITALIA 1.500 NUOVI CASI ALL'ANNO
- 4 WORKSHOP A FLIMS PER GIOVANI RICERCATORI
- 5 TUMORI NEUROENDOCRINI
- 6 IL MEDULLOBLASTOMA: UN TUMORE CEREBRALE DEI GIOVANI
- 6 LA MALATTIA COME PERCORSO DI PERFEZIONAMENTO
- 8 NEWS DALLA DIVISIONE DI ONCOLOGIA FALCK

# I sarcomi, in Italia 1.500 nuovi casi all'anno

**I sarcomi sono tumori rari che possono svilupparsi in qualsiasi parte del corpo, traendo origine da differenti tessuti. A seconda della sede di insorgenza vengono definiti con un termine diverso, come illustrato di seguito.**

**La maggior parte di questi sarcomi viene raggruppata con il termine "sarcomi dei tessuti molli".**

Nome	Sede di insorgenza
Osteosarcoma	Osso
Condrosarcoma	Cartilagine
Leiomiomasarcoma	Muscolo liscio
Rabdomiosarcoma	Muscolo striato (prevalentemente nei giovani)
Liposarcoma	Tessuto adiposo
Sinovialsarcoma	Tessuto sinoviale (presente nelle articolazioni)
Angiosarcoma	Vasi sanguigni
Istiocitoma fibroso maligno	Osso/Tessuti molli
Tumori neuroectodermici periferici	Tessuto nervoso periferico
Sarcoma di Ewing	Osso/tessuti molli (tumore prevalentemente dei giovani)
GIST (tumori stromali gastrointestinali)	Apparato digerente
Sarcoma di Kaposi	Cute (spesso correlato ad infezione da HIV)

ma più spesso vengono colpiti gli arti (59% dei casi), seguiti da tronco (19%), retroperitoneo (regione situata nell'addome, dietro all'intestino), testa e collo, utero.

Tra i fattori in grado di determinarne l'insorgenza vi sono: agenti chimici (diossina ed alcuni erbicidi, dopo esposizione prolungata o ad elevate dosi), radiazioni (radioterapia ad alto dosaggio), alcune condizioni cliniche croniche (ad esempio linfedema cronico). Anche alcune malattie ereditarie possono predisporre più facilmente all'insorgenza di un sarcoma. Si tratta tuttavia di situazioni estremamente rare, spesso associate ad altre manifestazioni cliniche.

È importante ricordare che i sarcomi dei tessuti molli in genere non sembrano derivare dalla trasformazione maligna di tumori benigni pre-esistenti.

## Sintomi e diagnosi

Un sarcoma può manifestarsi in diversi modi a seconda della sede di origine. In genere si presenta come una massa solida, non accompagnata da dolore né da segni di infiammazione (arrossamento, tumefazione, ecc). Inoltre il paziente non riferisce di avere subito traumi recenti in quella sede. In altri casi possono esserci segni legati alla compressione di tessuti o strutture nervose vicine al tumore (dolore, gonfiore, difficoltà nei movimenti, alterazioni della sensibilità locale). In presenza di una massa solida di recente insorgenza, più o meno accompagnata da dolore o altri sintomi, è quindi opportuno rivolgersi al medico curante. Va però sottolineato nuovamente che masse solide, che rimangono inalterate nel tempo, sono probabilm-

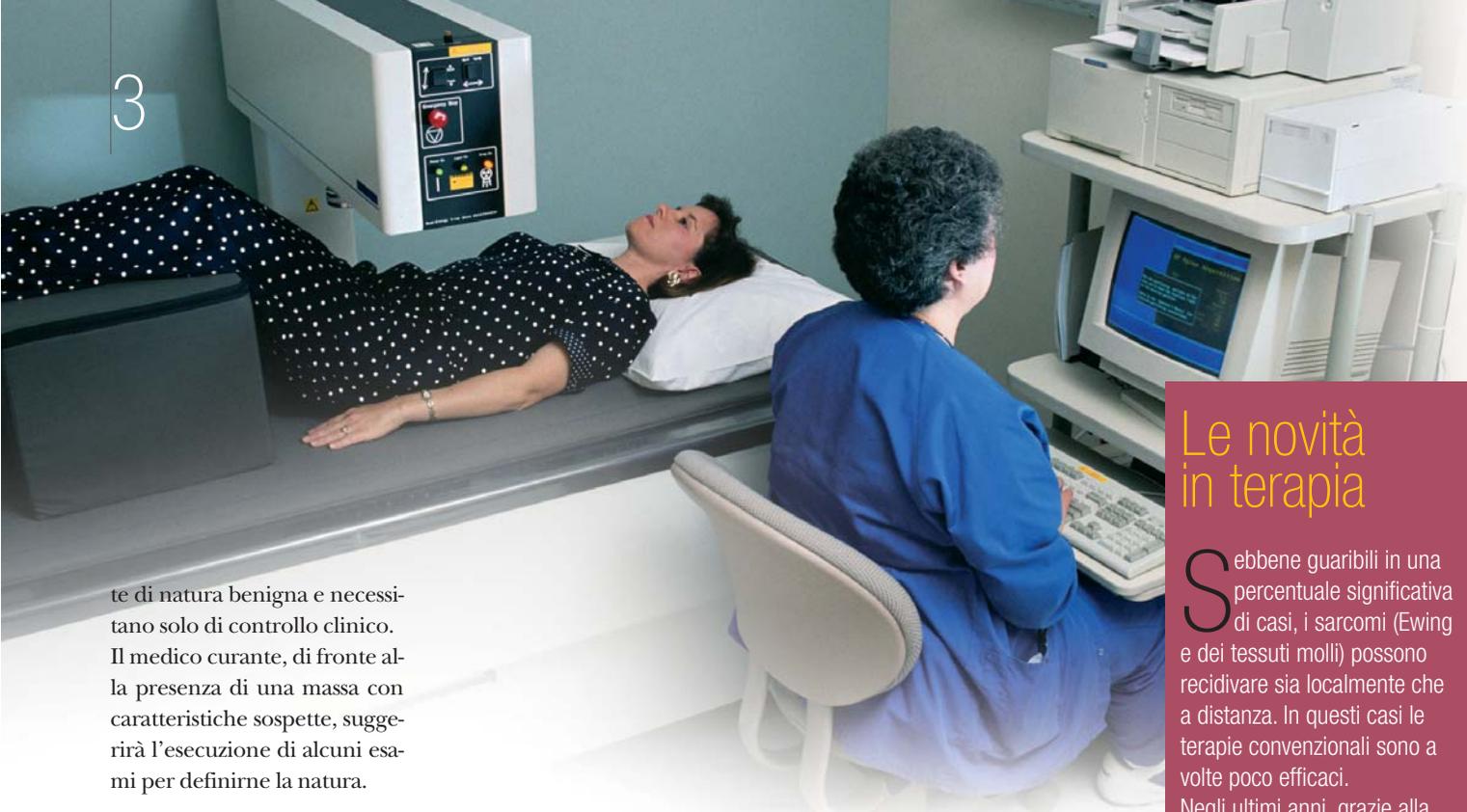
## Incidenza e fattori di rischio

Si stima che ogni anno circa 2-3 persone ogni 100.000 vengano colpite in Italia da un sarcoma dei tessuti molli per un totale di circa 1500 nuovi casi l'anno. Per questo motivo i sarcomi possono essere definiti "tumori rari".

Ad eccezione di alcune forme (rabdomiosarcoma, sarcoma di Ewing, vedi box), che si manifestano tipicamente in età pediatrica, gli altri sarcomi insorgono mediamente intorno ai 50 anni d'età, sia nei maschi che nelle femmine.

I sarcomi possono insorgere in qualsiasi parte del corpo,





te di natura benigna e necessitano solo di controllo clinico. Il medico curante, di fronte alla presenza di una massa con caratteristiche sospette, suggerirà l'esecuzione di alcuni esami per definirne la natura.

## Il Sarcoma di Ewing

Malattia rara prima dei 5 e dopo i 30 anni, ha un picco di incidenza nel secondo decennio di vita. Oltre alla sua prevalente localizzazione ossea (soprattutto femore e bacino), questa forma di sarcoma può insorgere anche nei tessuti molli. Si manifesta solitamente con dolore nella sede della malattia, più raramente, nelle forme superficiali, è presente una tumefazione a carico del segmento osseo. Si tratta di una malattia molto chemio e radiosensibile. L'obiettivo principale della terapia è di ottenere un controllo completo e definitivo, preservando al massimo la funzione del segmento corporeo interessato dalla neoplasia e di evitare la formazione di metastasi. La chirurgia delle lesioni localizzate ha un ruolo importante, ma viene sempre associata al trattamento chemio e radioterapico.

## I Sarcomi dei tessuti molli

Con l'eccezione delle varianti rabdomiosarcoma (che origina dal tessuto muscolare scheletrico) e osteosarcoma (che origina dal tessuto osseo), tipici dell'infanzia, in generale i sarcomi dei tessuti molli colpiscono la persona adulta. Si tratta di tumori rari (l'1% dei tumori maligni) e hanno un picco di incidenza intorno ai 50 anni. Questo tipo di sarcoma coinvolge molteplici tessuti e strutture. Si manifesta solitamente come una massa solida superficiale o profonda, nelle "parti molli" degli arti, del tronco, della testa e del collo, oppure con lesione degli organi viscerali. Da questo dipende la variabilità della presentazione clinica. Nonostante la diversità all'esame istologico, i sarcomi dei tessuti molli hanno caratteristiche comuni che vanno dalla invasività locale, alle recidive regionali, alla metastatizzazione, tipicamente ai polmoni. La terapia iniziale è solitamente la chirurgia a cui viene associata chemioterapia e/o radioterapia nelle forme a più alto rischio. In caso di metastasi il trattamento convenzionale è basato sulla chemioterapia e, quando possibile, su terapie locali (chirurgia, radioterapia).

## Prognosi e follow-up

Pur essendo tumori molto aggressivi, circa il 50-60% dei pazienti è vivo ad oltre 5 anni dalla diagnosi. Dopo aver completato la terapia, il paziente comincia una serie di controlli periodici (definiti follow-up) in modo tale da poter identificare precocemente un'eventuale ripresa di malattia. I controlli, dapprima ravvicinati ed in seguito sempre meno frequenti, consistono in visite periodiche associate ad esami strumentali. Poiché il rischio di recidiva è più elevato nei primi 2 anni, in tale periodo i controlli clinici saranno trimestrali e quelli strumentali (Rx, TAC o risonanza magnetica, a seconda dei casi) semestrali. Dal 3° al 5° anno i controlli clinici saranno semestrali e successivamente annuali.

## Le novità in terapia

Sebbene guaribili in una percentuale significativa di casi, i sarcomi (Ewing e dei tessuti molli) possono recidivare sia localmente che a distanza. In questi casi le terapie convenzionali sono a volte poco efficaci.

Negli ultimi anni, grazie alla migliore conoscenza delle caratteristiche biologiche dei sarcomi, è stato possibile avviare programmi di terapia con nuovi farmaci a bersaglio molecolare o di tipo immunoterapico per migliorare la prognosi dei pazienti con malattia refrattaria.

L'esempio più rilevante dell'efficacia di un nuovo farmaco a bersaglio molecolare nella cura dei tumori riguarda proprio un tipo di sarcoma, il GIST (gastro-intestinal stromal tumor). Fino a pochi anni fa questa neoplasia era curabile solo grazie alla chirurgia. Oggi si ha a disposizione un nuovo farmaco, l'Imatinib, che permette di curare pazienti che hanno già sviluppato metastasi, agendo sul danno molecolare caratteristico della cellula tumorale.

Per quanto riguarda l'immunoterapia dei sarcomi, sono in fase di studio approcci che vanno dall'utilizzo di linfociti tumore specifici (CTL) e cellule dendritiche fino al trapianto di cellule staminali di donatore HLA identico (miniallotrapianto).

## Workshop a Flims in Svizzera, giovani ricercatori crescono

**N**ella designazione e conduzione di trial vengono commessi errori che possono sfalsare di fatto le conclusioni e determinare, a volte, l'abbandono di strade di ricerca promettenti. Tre organizzazioni americane ed europee (FECS, AACR, l'ASCO),

conscie del problema, hanno dato vita al Flims Workshop. L'obiettivo è costituire un vivaio di ricercatori preparati, la cui esperienza incentiverà la messa a punto di studi scientificamente validi in modo da facilitare l'introduzione di nuovi regimi terapeutici per la cura dei tumori nella pratica medica quotidiana e nella cura del paziente.

Il progetto ha preso vita nel 1994, quando due medici americani, Daniel D. Von Hoff e Charles A. Coleman, manifestarono la loro preoccupazione per la carenza di giovani ricercatori clinici capaci di condurre trial. La AACR e l'ASCO risposero a queste preoccupazioni organizzando workshop dal titolo "Metodi di ricerca clinica sul cancro", il primo dei quali si è tenuto nello Utah nel '96. L'anno successivo anche l'Europa, rappresentata dalla FECS, riconoscendo l'importanza di una simile iniziativa, ha aderito al progetto. La loro collaborazione ha dato vita a un workshop che ha preso il nome dalla località in cui si è tenuto nel 1999: Flims. L'edizione di quest'anno è stata seguita da 70 studenti europei e americani. Il processo di selezione è molto rigido e la scelta dei ricercatori difficile, visto l'altissimo numero di richiedenti. Proprio per questo, l'ammissione della dottoressa Simona Secondino rappresenta un successo, non solo per lei ma per l'Italia.

## "Camminando nei sentieri della scienza"

**I**l workshop cui ho avuto l'onore di partecipare lo scorso giugno a Flims in Svizzera ha rappresentato un'esperienza indimenticabile nella mia crescita professionale. Come ogni anno, lo scopo di ogni "alunno" è scrivere un protocollo clinico, a partire da un progetto presentato e accolto dalla commissione organizzatrice, cui fanno parte le più importanti organizzazioni della società scientifica mondiale: FECS (Federation of European Cancer Societies), AACR (American Association of Clinical Research) e ASCO (American Society of Clinical Oncology). Tra centinaia di progetti presentati, solo 70 sono stati selezionati dagli Organizzatori. E tra questi il mio. Il titolo del mio progetto era "Phase II study of cellular immunotherapy biological correlates in patients with refractory EBV-related nasopharyngeal carcinoma". L'intensa settimana di lavoro ha avuto inizio il 19 giugno 2004, in una silenziosa cittadina svizzera, Flims, distante un paio d'ore da Zurigo. Il workshop era organizzato in un complesso alberghiero all'interno di un vasto parco. Le giornate di intenso lavoro iniziavano alle 8 con letture magistrali su differenti argomenti (aspetti statistici ed etici all'interno dei protocolli, studi clinici di fase I, II e III, farmacocinetica, chemioprevenzione, qualità di vita, e altro ancora). Nel pomeriggio si alternava lo studio personale e la scrittura del proprio protocollo, a discussioni all'interno di piccoli gruppi, ciascuno composto da 8-10 alunni e 3 "faculty" con l'intento di stimolare la discussione e lo scambio di idee tra i giovani oncologi, sotto la guida di esperti in grado di fornire la loro esperienza. Il gruppo si riuniva tutti i giorni e il lavoro personale di ogni alunno veniva messo in discussione al fine di arricchire con le conoscenze e le idee degli altri il lavoro del giorno precedente. Il lavoro proseguiva per molti di noi anche dopo cena, con gli incontri con i professori. L'obiettivo era terminare tutti i punti del proprio protocollo entro la fine della settimana, ovvero il 24 giugno.

I momenti più stimolanti che ricordo sono le discussioni con i "faculty", oncologi e ricercatori di fama mondiale provenienti da diversi Paesi (Stati Uniti, Regno Unito, Italia, Spagna, Svizzera, Belgio, Olanda, Canada e Francia), completamente a disposizione di noi studenti, per l'intera settimana; la loro esperienza è stata per noi una incredibile opportunità di crescita culturale. Con lo stesso entusiasmo ricordo i rari momenti di relax di cui noi alunni approfittavamo per scambiare opinioni e modus vivendi del paese d'origine. È stato entusiasmante incontrarsi con persone di paesi e culture diverse, Europa, Sud America, Stati Uniti, Israele, accomunati dalla passione per la ricerca clinica.

**Simona Secondino**

Oncologo  
 Divisione Oncologia Falck



## Prevenire il danno ai tessuti, oggi si può

Le antracicline sono molecole citostatiche utilizzate comunemente per trattare i pazienti oncologici. Capita a volte che fuoriescano dai vasi sanguigni causando una progressiva distruzione dei tessuti e danneggiando anche seriamente la pelle, il tessuto sottocutaneo, i muscoli e i nervi. I primi segnali di fuoriuscita sono rappresentati da sintomi acuti come dolore e gonfiore, per poi sfociare in rigonfiamento e necrosi della parte intaccata. Disturbi della sensibilità, danni alla pelle e alla funzionalità dell'arto costituiscono alcune delle conseguenze finali di questo processo tossico. Nei casi più gravi il danno prodotto è tale da rendere necessaria una rimozione chirurgica del tessuto intaccato dalle antracicline. Diversi studi condotti su animali e casi clinici pilota hanno messo in luce come il dexrazoxane possa prevenire la distruzione dei tessuti causata dalle antracicline. Adesso è in corso un trial per verificare l'efficacia di questa molecola, non ancora in commercio. Il Dipartimento di Oncologia del Niguarda partecipa allo studio, sotto il coordinamento del prof. Salvatore Siena. Partecipano inoltre il Dipartimento di Oncologia ed Ematologia del Presidio Ospedaliero di Ravenna, il Dipartimento di Oncologia presso gli Ospedali Riuniti in Trieste e la Divisione di Oncologia presso l'Ospedale degli Infermi di Rimini. Anche pazienti provenienti da Olanda, Germania Polonia e Danimarca stanno partecipando al trial il cui scopo è verificare se il nuovo trattamento è capace di impedire efficacemente la distruzione tissutale e rendere così superfluo l'intervento chirurgico.

(con il permesso del dottor Seppo W. Langer di Copenhagen, Danimarca)



## Tumori neuroendocrini, bioterapia o chemioterapia?

**Lo studio, condotto dai ricercatori dell'Oncologia Falck, è stato presentato all'ultimo congresso AIOM di Bologna**

Lo studio intendeva verificare l'efficacia della bioterapia e della chemioterapia nei diversi sottogruppi di carcinoma neuroendocrino (NECs) classificati secondo i criteri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Ventitre pazienti (12 uomini, ed 11 donne, età media 63 anni), affetti da un NEC metastatico, sono stati trattati in questo studio. 11 pazienti hanno ricevuto bioterapia con octeotride LAR una volta al mese e  $\alpha 2b$  interferone tre volte alla settimana per 1 anno al massimo. Otto pazienti con NEC poco differenziato (PD-NECs) sono stati trattati con chemioterapia con cisplatino e L-leucovorin e 5-fluorouracile. Quattro pazienti con tumore

NEC a cellule MERKEL (MC-NECs) hanno ricevuto etoposide e cisplatino per massimo 6 cicli.

5 pazienti (di cui 4 con WD-NECs) avevano la sindrome da carcinoide (diarrea, vampate di calore).

Le risposte cliniche sono state valutate secondo criteri radiologici, biochimici e di valutazione dei sintomi.

### Risultati

Tra i pazienti con WD-NECs, 4 (il 36%) hanno ottenuto una parziale risposta e 7 (il 64%) una stabilizzazione della malattia. Tra i pazienti con PD-NECs 3 (37%) ha avuto una parziale risposta, 2 (il 25%) hanno avuto una stabilizzazione della malattia e 3 hanno invece avuto

una progressione. Tra i pazienti con MC-NECs e PD-NECs le probabilità totali di sopravvivenza a due anni si aggiravano intorno rispettivamente all'88% e al 66%.

I risultati indicano che il trattamento – chemioterapia o bioterapia – del NECs avanzato andrebbe modulato sul grado di malignità dell'istotipo, sul grado e sull'indice di proliferazione.

# Il medulloblastoma: un tumore cerebrale dei giovani

**Dedichiamo questa pagina ad Elisa.  
E con Elisa a tutti quei giovani che hanno sofferto  
e combattuto per questa malattia.**

Il medulloblastoma è un tumore neuroectodermico primitivo (PNET) che origina nel cervelletto; rappresenta il 15-25% dei tumori cerebrali dell'età pediatrica ed è la più comune neoplasia solida nei bambini (età <16 anni). Nell'80% dei casi si verifica al di sotto dei 15 anni, con una incidenza stimata di circa 0,5/100.000 bambini.

Nelle persone adulte il medulloblastoma rappresenta l'1,7% di tutti i tumori primitivi a localizzazione cerebrale. Sebbene l'origine del medulloblastoma sia controversa, è probabile che questa neoplasia derivi dalle cellule neuroepiteliali del tetto del quarto ventricolo. A conferma della sua natura embrionale sta il fatto che il picco di incidenza si verifica nella prima decade di vita, mentre un secondo picco si verifica più tardivamente, tra i 20 e i 30 anni, fascia in cui si verifica circa l'80% dei medulloblastomi dell'adulto.

Pertanto si possono distinguere medulloblastomi dell'infanzia e medulloblastomi dell'adulto. Questa differenza non è solo anagrafica, ma si estende a caratteristiche anatomo-patologiche, biologiche, cliniche e prognostiche.

Il medulloblastoma dell'adulto differisce da quello del bambino in particolare:

- per la sede di origine (emisferica piuttosto che mediana)
- per l'istologia (la variante desmoplastica è prevalente)
- per la minor incidenza di metastasi
- per la maggior frequenza di recidive tardive.

Le attuali conoscenze dei **meccanismi molecolari** del medulloblastoma sono limitate alla identificazione di alcune alterazioni cromosomiche e genetiche. Tuttavia queste conoscenze non hanno ancora avuto un risvolto significativo in campo terapeutico.

Quanto alla **classificazione istologica**, il medulloblastoma viene raggruppato con altri tumori embrionali sotto la voce di tumore neuroectodermico primitivo (PNET). La corrente classificazione del medulloblastoma divide i medulloblastomi in due varianti prevalenti:

- 1. la variante classica o indifferenziata** rappresenta circa 80% dei casi di medulloblastoma. Si presenta come una neoplasia ad alta densità cellulare, composta da piccole cellule, prive delle caratteristiche presenti nelle altri varianti;
- 2. la variante desmoplastica o nodulare** ha una architettura patognomonica, contenente noduli impacchettati di cellule tumorali. Il termine desmoplastico indica un generico tumore con stroma di fibre collagene; ma nel caso specifico è an-

che utilizzato per indicare medulloblastomi che hanno noduli cellulari all'interno di un tessuto di fibre reticoliniche.

La sopravvivenza a 5 anni del medulloblastoma dell'adulto è stata calcolata in studi retrospettivi coinvolgenti campioni da 13 a 156 pazienti e l'intervallo emerso varia dal 40 all'84% a seconda della casistica, mentre la sopravvivenza libera da malattia varia dal 32 al 62%. Circa le metà delle recidive si verificano dopo il secondo anno contrariamente a quanto accade nel bambino, in cui le recidive si riscontrano non entro i primi 2 anni.

## Come si cura: chirurgia e radioterapia

L'**approccio neurochirurgico** costituisce il punto di partenza fondamentale nella cura del medulloblastoma: quanto più radicale è l'asportazione, tanto migliore è la prognosi per il paziente.

La **radioterapia** rappresenta il secondo step fondamentale della cura. Deve essere estesa sia al territorio craniale che spinale. Prevede dosi di radiazioni piuttosto elevate e deve essere somministrata con particolare cura e con tecniche di iper-frazionamento per ottenere il maggior vantaggio possibile e il minor danno per il paziente.

Anche la **chemioterapia** ha un ruolo certamente utile nel trattamento del medulloblastoma: sia la chemioterapia "standard" (cisplatino ed etoposide) nelle forme a basso rischio, che programmi di cura intensificata con chemioterapia ad alte dosi sequenziali, ed eventuale supporto di cellule staminali emopoietiche. Tale strategia di cura si può applicare anche alle forme recidivate e/o metastatiche.

## L'esperienza dell'Oncologia Falck

Nella nostra Divisione abbiamo curato in pochi anni 35 casi di medulloblastoma dell'adulto, sia nell'immediata fase post-neurochirurgica (la minoranza) che per recidive e/o metastasi (la maggioranza). Abbiamo praticato sia chemioterapie standard che, in una percentuale rilevante di





casi, chemioterapie intensificate con alte dosi sequenziali. Abbiamo confermato la scarsa tossicità dei trattamenti praticati. In termini di risposte i casi più promettenti risultano quelli all'esordio e con scarso residuo di malattia; nei casi recidivati e/o metastatici è quasi sempre possibile ottenere una risposta clinica misurabile, ma non è prevedibile la sua durata.

Ulteriori studi sono necessari per meglio puntualizzare i fattori prognostici della malattia, individuare i pazienti che possano beneficiare di trattamenti più intensivi, migliorare le strategie terapeutiche (sia radioterapiche che chemioterapiche) e la loro integrazione, per aumentarne la sopravvivenza. Abbiamo in corso una collaborazione con l'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano.

## “La malattia ci rende migliori”

Quanto è difficile per l'essere umano slegare tutti i sentimenti del passato e le aspettative del futuro per concentrarsi solo sul presente, specialmente quando non riflette le aspettative del passato e crollano i sentieri forgiati in mezzo a sogni e proiezioni verso il futuro. Nei due anni di convivenza con la malattia, l'integrazione, l'accettazione del mio passato e la certezza di un “futuro splendente” sono state le condizioni che mi hanno aiutato a filtrare le emozioni e a trarre da esse un grandissimo numero di insegnamenti che hanno arricchito la mia vita.

Mentre guardo al passato e mi ricordo di tutti quei momenti difficili, mi rendo conto che la condizione psicologica umana è assolutamente soggettiva e momentanea. Momenti che un tempo parevano eterni, si rivelano oggi situazioni passeggere delle quali rimangono solo ricordi lontani e solidi insegnamenti.

Il giorno in cui mi è stato diagnosticato il cancro al cuore, non avrei mai immaginato quello che stava per accadere alla mia vita e, nonostante ciò, oggi sono sicuro che le cose non sarebbero potute andare in un modo differente. Ogni passo e ogni esperienza che ho vissuto da quel momento hanno rappresentato dei tasselli fondamentali nella mia evoluzione come persona e mi hanno dato la serenità, la forza e la sicurezza per affrontare giorno dopo giorno la vita.

Come uomini tendiamo a chiuderci in processi abitudinari e a seguire percorsi prestabiliti che ci portano ad interagire secondo i piani creati dalla mente. Quando all'improvviso tutti questi piani vengono sconvolti a causa di una situazione non prevista, la mente si ritrova in uno stato di shock e spesso di negazione. È proprio in quel momento che dobbiamo confrontarci con l'accettazione della realtà e prendere coscienza di quello che sta accadendo. Dobbiamo riorganizzare i nostri pensieri e modificare la traiettoria che avevamo tracciato in modo da adattarci alle nuove circostanze a cui la vita ci pone di fronte.

È importante quindi imparare a manifestare oggi quello che vorremmo fosse l'avvenire, senza tuttavia portare e vivere al presente le emozioni positive o negative insite in quel futuro. Il passato se n'è andato, il futuro non sai se arriverà, puoi solo vivere il presente, ed è la consapevolezza di essere vivi che ci permette di godere di quello che ancora abbiamo e di sfruttare ogni singolo istante che ci riserva la vita.

Per riuscire in ciò, bisogna prima trovare la serenità assoluta della mente ed avere la certezza che il modo in cui si sta agendo è in linea con la migliore alternativa disponibile nel mazzo di possibilità che offre la realtà che ci circonda. Il mondo nel quale viviamo è privo di verità assolute, anche se possiamo vivere all'interno di strutture concettuali; ognuno di noi è padrone della propria verità. Prendere coscienza della propria verità ed il fatto che sia accettata dagli altri, ci può aiutare ad essere molto più in pace con noi stessi e dare valore positivo agli eventi che viviamo, per quanto difficili possano sembrare. In poche parole dobbiamo avere fede. Fede non vuol dire che tutto andrà a buon fine e che le cose si risolveranno nel modo che desideriamo. La fede non condiziona le circostanze, ma soprattutto non permette che lo stato emotivo dipenda da qualcosa che non possiamo controllare. La fede ci insegna che siamo noi, esseri indipendenti, gli unici in grado di controllare lo stato emotivo della nostra mente e che le circostanze che viviamo sono esperienze inserite nel momento giusto per permetterci di imparare da esse. La vera fede è l'assoluta convinzione che, accada quel che accada, siamo sempre in grado di affrontare ogni avvenimento con serenità, consapevolezza e amore. Per questo non possiamo considerare la malattia come una punizione, né tanto meno come un nemico. Si tratta, semplicemente, di una circostanza alla quale, nei limiti delle nostre possibilità, cerchiamo di porre rimedio. Ma nel frattempo dobbiamo imparare a convivere con essa, a gestire le emozioni che genera e a riconoscere in essa un'opportunità di crescita spirituale, sia per noi stessi, sia per le persone che ci stanno accanto.

Parecchie persone hanno apportato qualcosa nella mia vita. Nel momento esatto in cui si prende coscienza e si accetta l'esistenza di una situazione medica complessa, la mente si trova in uno stato misto di confusione e negazione, e risulta evidentissima l'influenza che può avere l'ambiente nel quale ci troviamo.

L'atteggiamento di scarsa comprensione nei confronti del malato che a volte si riscontra nel personale ospedaliero, quotidianamente a contatto con persone in situazioni di grande sofferenza, si riflette non solo sul paziente, ma su chi insieme a lui vive la malattia. Diminuisce la fiducia in ciò che lo circonda e la tranquillità necessaria per affrontare una situazione di per sé già molto complessa.

È dunque molto importante, durante questo percorso, trovare un punto di sostegno, una persona che ci dia sicurezza, nella quale possiamo riporre completamente la nostra fiducia, che ci faccia sentire che è dalla nostra parte, che si impegna con dedizione completa e sincera nella ricerca della migliore soluzione al problema, indipendentemente dai risultati finali. Questa guida non deve vivere la malattia *con il* paziente, ma *accanto* al paziente, non deve dare solo fredde risposte “da manuale”, ma risposte intinte di sincera umanità, senza dimenticare mai la vera essenza di ognuno di noi. Solo così diventa un riferimento medico e umano, capace di cambiare la prospettiva psicologica del paziente e la sua risposta alle terapie mediche che dipende in maniera diretta dalle condizioni emotive. Un ambiente di reciproca fiducia, sincerità, realismo e cameratismo intorno al paziente è di grande aiuto nella ricerca del benessere tanto fisico quanto psicologico.

**Associazione Oncologia  
Ca' Granda Onlus**

**Consiglio direttivo**

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

**Presidente**

Salvatore Siena

**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.medinews.it

**L'Oncologia Cà Granda ONLUS ha assegnato due borse di studio per ricerche nel campo delle terapie innovative dei tumori a Maria Rosaria Maugeri e Mariacarmela La Grotteria ed ha finanziato un contratto ad un giovane oncologo, Andrea Sartore-Bianchi.**



**Maria Rosaria Maugeri** è nata nel 1979 a Milano e si è laureata in Medicina e Chirurgia nella prima sessione di laurea del 2004 presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca discutendo la tesi sperimentale intitolata "Carcinoma Indifferenziato del Rinofaringe EBV-Correlato: Terapia Cellulare Mediante Linfociti T Citotossici Specifici per il Virus di Epstein Barr". Nel 2004 ha partecipato al corso di perfezionamento "Therapeutical Approaches on Colorectal Cancer" presso l'Imperial College School of Medicine, Londra, UK, e all'Investigators Meeting per lo Studio BO17705 Bevacizumab (Avastin) in the Treatment of Renal Cell Carcinoma. Nell'ottobre 2004, per selezione pubblica, le è stata assegnata la borsa di studio finanziata dalla Oncologia Ca' Granda ONLUS per ricerche nel campo della terapia molecolare dei tumori. A breve la dott.ssa Maugeri parteciperà al concorso di ammissione per la Scuola di Specializzazione in Oncologia.



**Mariacarmela La Grotteria** è nata nel 1978 a Milano e si è laureata in Scienze Biologiche nella prima sessione di laurea del 2003 presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca discutendo la tesi sperimentale intitolata "Omeostasi del Ca<sup>++</sup> Intracellulare in Miociti Ventricolari di Cavia". Nel 2004 ha terminato il Master in Immunopatologia Molecolare presso l'Università di Milano-Bicocca. Nel 2004 ha conseguito l'abilitazione all'Esercizio della Professione di Biologo e ha anche partecipato all'Investigators Meeting per lo Studio BO17705 Bevacizumab (Avastin) in the Treatment of Renal Cell Carcinoma. Nel settembre 2004, per selezione pubblica, le è stata assegnata la borsa di studio finanziata dalla Oncologia Ca' Granda ONLUS per ricerche nel campo della immunoterapia dei tumori.



**Andrea Sartore-Bianchi** è nato nel 1974 a Milano e si è laureato in Medicina e Chirurgia nel 1999 presso l'Università degli Studi di Pavia discutendo la tesi sperimentale intitolata "Centro dei progenitori emopoietici dopo trapianto combinato di organo solido (intestino/rene) e di midollo osseo in un modello animale". Nel 2002-2003 è stato Research fellow presso la Divisione di Farmacologia Clinica e Terapie Oncologiche Sperimentali del Dipartimento di Medicina di Brown University, Providence, Rhode Island (USA), occupandosi di un progetto di ricerca riguardante la valutazione preclinica di inibitori del proteasoma in neoplasie solide. Nel 2004 ha conseguito il Diploma di Specialità in Oncologia presso l'Università degli Studi di Pavia. Nel novembre 2004 gli è stato conferito un incarico su contratto finanziato dalla Oncologia Ca' Granda ONLUS per ricerche nel campo della terapia molecolare dei tumori con particolare attenzione alla identificazione di analisi predittive della risposta con farmaci anti-EGFR. Questo finanziamento è stato reso possibile da una generosa donazione della signora Graziella Caruso.

**L'Oncologia Falck presta la "sua" arte**

L'Associazione Oncologia Ca' Granda ha dato in prestito al Museo Carrara di Bergamo, per una mostra, le due opere dell'artista Getulio Alviani, normalmente esposte nella Divisione di Oncologia. L'artista, in occasione del ventennale dell'Associazione, donerà una sua opera ai grandi benefattori della ONLUS.

**Una sequoia per il nostro ventennale**

Per ricordare i primi 20 anni della ONLUS è stato piantato un albero simbolo di longevità, la *Sequoia Sempervirens*. Questo evento intende lasciare un segno della volontà di proseguire un itinerario di intenso lavoro che vorremmo si concludesse solo con la scomparsa o con la cura semplice delle malattie oncologiche. Questo tempo arriverà ma non vorremmo che per allora questo albero fosse diventato troppo grande. La messa a dimora della sequoia si è tenuta il 26 novembre nelle adiacenze del Padiglione Oncologia Falck dell'Ospedale Niguarda Ca' Granda.

**Sito internet**

È stato da poco attivato il nuovo sito internet

[www.ocgo.org](http://www.ocgo.org)

**Obiettivo: raggiungere i benefattori dell'Associazione anche attraverso questo innovativo sistema di comunicazione, rendendolo un riferimento affidabile per ottenere informazioni sulla vita della Divisione Oncologia Falck e su chi vi lavora, sui progetti portati avanti, sulle iniziative rivolte ai soci e a tutti coloro che vogliono partecipare alla vita di questa ricca e dinamica realtà incentrata sul paziente oncologico. Sarà inoltre possibile reperire tutte le edizioni del notiziario Ca' Granda finora pubblicate. Il sito è stato realizzato dagli architetti Giovanna Bianchi di Donnasibilla, da Ado Franchini e da Jan Przerwa.**