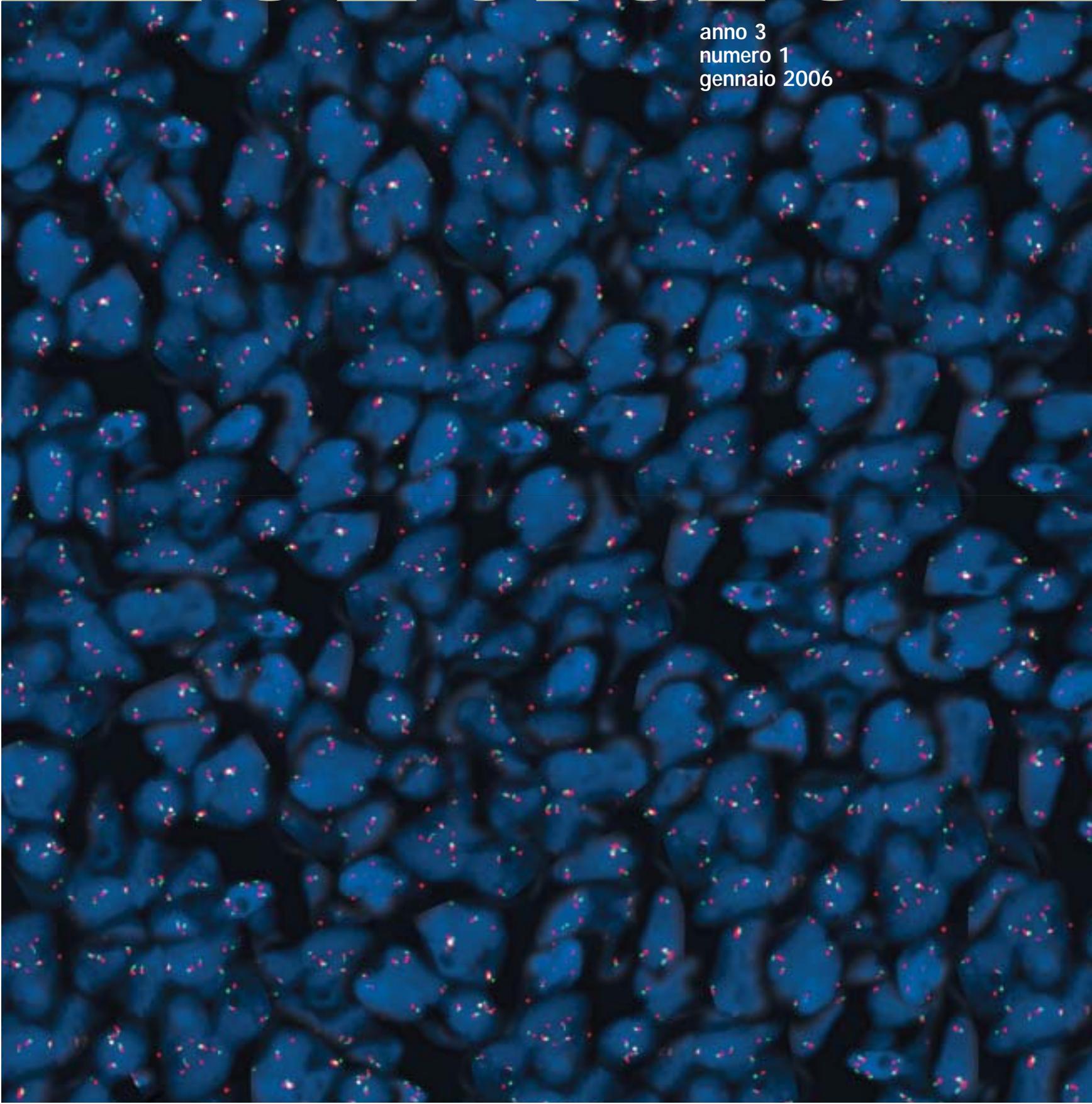


il notiziario  
dell'Oncologia  
Ca' Granda Onlus



anno 3  
numero 1  
gennaio 2006





Questo numero de "il notiziario ocgo" è davvero speciale per almeno 3 ordini di ragioni. La prima è che esso viene dato alle stampe all'inizio del 2006, il ventiduesimo anno di vita della Oncologia Ca' Granda ONLUS, in forma sostanzialmente rinnovata: Lionello Bianchi e Paola D'Amico, firme indiscusse del giornalismo, sono rispettivamente il direttore e la responsabile del nuovo progetto editoriale! L'inizio di un nuovo anno è un momento di riflessioni e di proponimenti e queste pagine desiderano essere la sede di tutto ciò.

La seconda ragione è che la Oncologia Falck dell'Ospedale Niguarda Ca' Granda ha inaugurato una nuova attività: l'assistenza domiciliare agli ammalati di tumore. E siccome parte delle energie per questa nobilissima opera provengono dalla ONLUS e quindi dalle donazioni di voi benefattori, ne parliamo già in questo numero. A voi i commenti per migliorare e costruire ancora insieme.

La terza ragione è che la ONLUS ha finanziato due importanti ricerche pubblicate dal Journal of Clinical Oncology e da Lancet Oncology. Queste ricerche, di cui parliamo in questo numero de "Il Notiziario", hanno un risvolto terapeutico immediato e riguardano i tumori del rinofaringe e dell'intestino. Augurandovi ogni bene per il 2006 appena iniziato, esprimo a nome del Consiglio Direttivo e della Oncologia Falck un vivo sentimento di gratitudine ai benefattori che sostengono l'opera della Oncologia Ca' Granda ONLUS.

*Il presidente Salvatore Siena*



Roberta Schiavo



Emiliana Tarenzi



Riccardo Ricotta

## Roberta Schiavo

33 anni, vigevanese, biologa

Mi sono laureata nel '97, a Pavia. Ho iniziato a lavorare con il dottor Siena nel gennaio '98 all'Humanitas poi l'ho seguito a Niguarda, nel '99. E due anni dopo mi sono specializzata in biochimica e chimica. Sono rimasta a Niguarda occupandomi della parte biologica correlata alla clinica: congelamento di staminali, raccolta di campioni tumorali per ottenere cellule da utilizzare nelle ricerche, investigator meeting, una sorta di interfaccia tra il medico e chi deve organizzare gli studi in laboratorio. E nel gennaio 2004 sono partita per Baltimora con una borsa di studio per lavorare presso il National Institute of Aging. Un'esperienza straordinaria per crescere come ricercatore. Lì diventi autonomo, sei buttato allo sbaraglio, devi fare e se non hai un progetto te lo devi scrivere e portare avanti. Loro, in cambio, ti mettono a disposizione tutto ciò che ti serve per lavorare. Qui, ora, potrò essere essere più utile.

## Emiliana Tarenzi

38 anni, milanese, medico oncologo

Ho studiato medicina alla Statale di Milano. Dopo la laurea, il mio professore suggeriva la specialità in gastroenterologia. Ma ero scettica, occuparmi di colecisti per tutta la vita? No, grazie. Invece, avevo un vago amore per l'Istituto dei Tumori. Ci passavo davanti ogni giorno nel tragitto casa-scuola ed esercitavo su di me un enorme fascino e moltissima curiosità. Ne parlo con il professore con il quale mi sono laureata e vengo indirizzata dal professor Luca Gianni, uno degli aiuti di Gianni Bonadonna. Non sono niente di tumori, sono una tabula rasa. Mi prende con sé, per fare pratica: sei mesi di lavoro per decidere se tentare poi il concorso per la specialità. Ho capito che quella era la scelta giusta, la mia strada. Intanto mi sono sposata, dopo la specialità ho avuto contratti libero professionali all'INT. Interrotti solo per la maternità, e quando sono rientrata dopo la nascita della mia prima figlia che oggi ha sei anni, nel 2000, mi è arrivata la proposta di venire a Niguarda dove mi occupo del tumore della mammella.

## Riccardo Ricotta

29 anni, catanese, medico oncologo

Mi sono laureato a Catania e sono a Milano da 3 anni. Ho completato la specialità in oncologia all'Istituto dei Tumori. Sono rimasto a lavorare in via Venezian con un contratto di sei mesi e sono arrivato a Niguarda lo scorso agosto. Quasi per caso. Mi considero fortunato, ho finito la specialità con un anno di anticipo e ho trovato aperte diverse strade. All'Istituto mi occupavo di colon retto, melanomi, di tumori della sfera urogenitale. Qui non ho una mission particolare ma da settembre sono entrato nel programma di assistenza domiciliare. Da fuori avevo sentito parlare molto bene di questa divisione e ora, anche se ho avuto altre opportunità inclusa quella di tornare in Sicilia, ho deciso di investire su me stesso e restare. E' un gruppo dinamico, con molti progetti. Da piccolo l'ultima cosa che pensavo è che sarei diventato medico: suonavo in un gruppo rock, amavo e amo ancora disegnare.

## Mario Bonetti

41 anni, bergamasco, infermiere professionale

Sono venuto a Milano a quindici anni per lavorare in uno studio grafico. Facevo manifesti pubblicitari, il fotografo grafico. Ma quando ho compiuto 30 anni ho detto basta. Voglio cambiare. E ho deciso di studiare per diventare infermiere. Abitavo vicino a Niguarda, sono entrato come aiutante, intanto facevo la scuola. Avevo 30 anni e una figlia di 3. Ricominciare la vita da studente non è stato facile. Studiavo con la bimba che guardava i cartoni animati, facevo i turni. Dopo il diploma sono stato al Centro Ustioni, poi in Chirurgia generale al padiglione Ponti e infine in Chirurgia Vascolare. Dal maggio 2000 sono stato assegnato al Falck perché avevo chiesto di non fare più i turni. Mai avuto un rimpianto, anche se da grafico guadagnavo di più. Questa è una professione che richiede una dose infinita di pazienza. Se non sai metterti nei panni del malato è meglio cambiare mestiere.

Raffaele Pugliese  
Direttore Chirurgia Generale e Laparoscopia  
Ospedale Niguarda Ca' Granda

## laparoscopia: nuove metodiche nella chirurgia dei tumori

Il 90 per cento dei pazienti ammalati di tumore del colon li opera con chirurgia minivasiva. In nove anni il professor Raffaele Pugliese, direttore del dipartimento di chirurgia polispecialistica di Niguarda e della struttura complessa di chirurgia generale, minivasiva e d'urgenza, ha affrontato mille interventi "maggiori", cioè complessi, per via laparoscopica. I risultati sono tali da spazzare via i dubbi di chi ancora ritiene non etico proporre la via meno traumatica ad un malato di tumore

**"Quando ho iniziato questa chirurgia c'erano molti dubbi. C'è ancora qualcuno che ritiene sia una fantasia fare interventi anche maggiori senza aprire la pancia. C'è una sorta di scetticismo. Non sono un pioniere - spiega il chirurgo - Non mi assumo il rischio di aprire un sentiero nuovo ma se qualcuno l'ha già aperto, come è accaduto, verifico se quel sentiero può diventare una strada".** A confermare che la tecnica laparoscopica è vincente anche nel campo dei tumori sono i dati.

"Opero il 90 per cento dei colon maligni e non per via laparoscopica e nel confronto con la casistica tradizionale raccolta prima del '96, quando ho introdotto la minivasiva nella chirurgia dei tumori, ho verificato che non c'è differenza di prognosi tra chirurgia tradizionale e laparoscopica. Addirittura nella mia casistica, che conferma uno studio randomizzato pubblicato sulla rivista Lancet, nel terzo stadio della malattia c'è un vantaggio. Chi viene operato in laparoscopia ha migliori risultati". Alla domanda perché ci siano tanti scettici, Pugliese risponde: **"Sono convinto che ancora molti si oppongono perché occorre una grande fatica e un sacrificio per apprendere questa metodica".** Nel mondo i tumori del colon vengono operati per via laparoscopica solo in una percentuale che varia dal 10 al 15 per cento. "Nel nostro Paese ci sono 30 mila nuovi casi di tumore del colon e in generale le percentuali si allineano a queste, solo uno su dieci è operato con chirurgia minivasiva". E spiegando i risultati di questa nuova strada chirurgica, Pugliese aggiunge: **"Meno trauma per il paziente e meno**

**immunodepressione. Sono stati fatti studi sull'immunità. Anche nel tumore è importante il sistema immunitario. Riducendo il trauma operatorio, lo si aiuta ad avere una buona risposta, ci sono minori rischi di infezione post operatoria, è più facile iniziare cure complementare come la chemioterapia. Siamo abituati a lavorare in equipe multidisciplinare e proprio per questo in oncologia Falck vediamo gli ammalati e programiamo la strategia di terapia insieme con l'oncologo e il radioterapista. Nel preoperatorio e nel postoperatorio c'è un ambulatorio dove gli specialisti vedono insieme il paziente. La laparoscopia comporta una convalescenza più breve, permette di iniziare prima le altre cure".** Il tumore del colon colpisce in particolare tra la sesta e la settima decade della vita. **"Solo nel 20% dei casi si manifesta prima dei 50 anni, mentre l'80% dei pazienti si ammala dopo i 60 anni". L'Italia come i paesi occidentali ha un rischio medio-alto".** Sarebbe opportuno alzare il livello della prevenzione, dopo i 50 anni fare poche semplici cose, avere un medico che faccia una esplorazione rettale digitale, poi la ricerca del sangue occulto nelle feci, infine esami come la colonscopia o

il clisma opaco ogni 5-10 anni". Questo approccio permette di scoprire il tumore ad uno stadio 1, nelle prime fasi. Non si è fermato al colon il professor Pugliese. **"La tecnica è ormai utilizzata nella chirurgia dello stomaco, nel tumore stromale, nei tumori gastrici, nelle forme precoci e poi nelle avanzate ma della parte più distale. Ed è lo stesso identico intervento fatto a torace aperto".** La regola numero uno è selezionare i pazienti. "Un buon numero si può avvantaggiare della laparoscopia con risultati eccellenti". Pugliese ha abbattuto anche l'ultimo ostacolo, la chirurgia minivasiva del pancreas. **"L'ultimo e il più complicato tra gli interventi in assoluto è la duodenocefalopancreasectomia, il tumore della testa del pancreas. Si contano sulle dita di una mano i centri al mondo che lo fanno".**

### Chi è Raffaele Pugliese

Nato vicino a Tropea, in Calabria, 58 anni fa, arriva a Milano all'età di 7 anni. Dopo la laurea e la specializzazione è prima all'Istituto dei Tumori poi, dopo una parentesi in un ospedale missionario in Africa, a Niguarda, dal 1976. Primario a Busto Arsizio nel 1993, è rientrato a Niguarda nel '98.





Mauro Moroni  
 Dirigente Medico Oncologo S.C. Divisione Oncologia Medica Falck  
 Ospedale Niguarda Ca' Granda

## un test furbo per farmaci intelligenti

La terapia del carcinoma coloretale rappresenta un problema oncologico rilevante, trattandosi di una delle patologie tumorali più frequenti nei paesi industrializzati. L'utilizzo di nuovi agenti chemioterapici ha portato negli ultimi anni ad un notevole miglioramento dell'efficacia della terapia di tale neoplasia, con un impatto sulla sopravvivenza anche nei pazienti affetti da malattia in stadio avanzato (tabella 1).

**Una delle più recenti** ed importanti acquisizioni nell'ambito della terapia del carcinoma coloretale è certamente l'utilizzo clinico di anticorpi monoclonali aventi la capacità di inibire selettivamente importanti meccanismi molecolari che stanno alla base della proliferazione, della angiogenesi e della metastatizzazione della neoplasia. **Tali anticorpi sono in grado** infatti di riconoscere specifiche molecole recettoriali presenti a livello della superficie della cellula neoplastica e, legandovisi con grande affinità come una chiave alla propria serratura, impediscono l'attivazione di meccanismi indispensabili alla sopravvivenza cellulare (figura 1).

**Negli ultimi quattro anni** poi l'Oncologia Medica Falck ha attivamente contribuito allo sviluppo clinico dei farmaci Cetuximab (Erbix) e Panitumumab, anticorpi monoclonali aventi come specifico bersaglio molecolare il recettore per un fattore di crescita chiamato Epidermal Growth Factor (EGF). La valutazione clinica di tali farmaci, su pazienti affetti da carcinoma coloretale metastatico ampiamente pretrattati con chemioterapia, ha permesso di verificarne l'estrema efficacia in termini di regressione del tumore e durata prolungata di tale regressione, ma tale efficacia è limitata al 10-20% dei casi trattati. **Considerato anche l'alto costo di tali farmaci**, si capisce come l'identificazione di test predittivi, che ci permettano a priori di identificare i casi che possono beneficiare di tale terapia, sia un obiettivo prioritario per evitare che numerosi pazienti

si sottopongano ad un trattamento inefficace e che vengano inoltre sottratte inutilmente notevoli risorse economiche alla spesa sanitaria.

**Molti studi hanno cercato** una correlazione tra l'intensità di espressione del recettore per l'EGF sulla superficie della cellula neoplastica e l'efficacia della terapia con Cetuximab (Erbix) e Panitumumab, nell'ipotesi che la presenza di un'elevata concentrazione di specifici punti d'attacco per questi anticorpi (di serrature per le specifiche chiavi) pol'Oncologia tesse favorire il funzionamento di questi farmaci. Tale correlazione non è stata trovata. La possibilità da parte dell'anticorpo (la chiave) di interagire in modo specifico con il recettore (la serratura) non è elemento sufficiente ad attivare il meccanismo di spegnimento della cellula neoplastica.

**Si deve ad uno studio** finanziato interamente dalla ONLUS Oncologia Ca' Granda e pubblicato da medici e biologi dell'Oncologia Falck dell'Ospedale Niguarda di Milano e dell'Anatomia Patologica dello stesso Ospedale, in collaborazione con l'Istituto per la Ricerca e la cura del Cancro di Candiolo (Torino), la descrizione di un test che, con ottima approssimazione, può predire la risposta agli anticorpi monoclonali specifici per il recettore per EGF. Tale test, che viene frequentemente effettuato utilizzando tessuto tumorale già in possesso dell'anatomopatologo, perché fissato e conservato nel corso dell'iniziale asportazione della neoplasia primitiva, valuta il meccanismo mediato dal recettore per EGF all'interno della cellula neoplastica (l'ingranaggio della serratura).

**In particolare si è visto che** se a livello del patrimonio genetico della cellula tumorale esiste un aumentato numero di punti nei quali è possibile codificare il recettore per EGF (aumentato numero di geni per il recettore per EGF), la cellula più facilmente risulta dipendente dal meccanismo mediato da tale recettore e più fa-

cilmente viene disattivata da farmaci che agiscono specificatamente su tale meccanismo. Tale osservazione, che dovrà essere ulteriormente verificata e sviluppata tramite l'analisi di una più ampia casistica, potrà avere nel prossimo futuro un notevole impatto nell'indirizzare in modo più adeguato i pazienti al trattamento con anticorpi monoclonali anti recettore per EGF.

### Glossario

**Anticorpi monoclonali:** gli anticorpi sono proteine prodotte da cellule del sangue chiamate linfociti e, per la loro capacità di riconoscere specifiche molecole proteiche (antigeni) e di innescare meccanismi di risposta immunitaria, sono parte fondamentale del processo di difesa dell'organismo. Qualora gli anticorpi vengano prodotti da linfociti geneticamente identici, perché derivati da un'unica cellula madre, vengono definiti monoclonali ed hanno la caratteristica di essere tutti uguali ed estremamente selettivi per uno stesso antigene. La produzione di specifici anticorpi monoclonali in laboratorio è uno strumento molto utilizzato sia in biologia che in medicina per raggiungere selettivamente il bersaglio desiderato.

**Angiogenesi:** processo di generazione e sviluppo dei vasi sanguigni indispensabile per la crescita tumorale.

**Metastatizzazione:** processo di migrazione della cellula tumorale dall'organo di origine con attecchimento e crescita in altri organi.

**Recettore:** molecola influenzata elettivamente da una sostanza elaborata in un punto del corpo più o meno lontano.

**Fattore di crescita:** sostanza in grado di legarsi specificatamente con un recettore in questo modo stimolando la crescita cellulare.

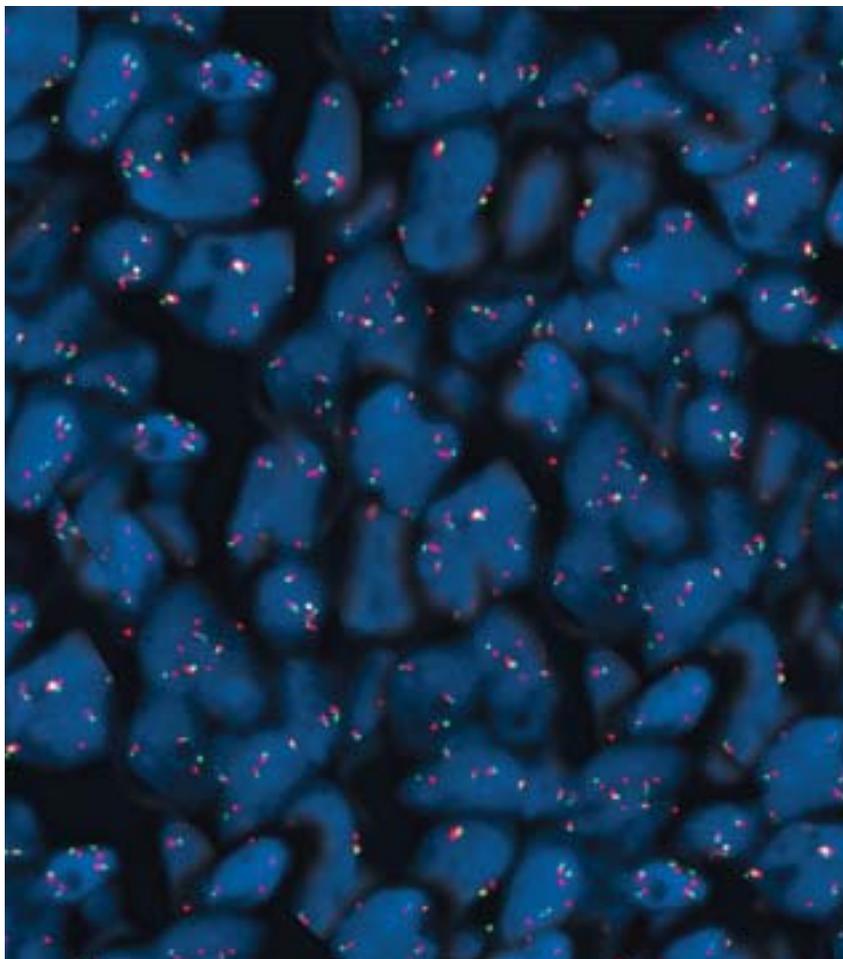
### Mauro Moroni

Il dr. Mauro Moroni ha esposto, nel corso della seduta plenaria del congresso nazionale dell'Associazione Italiana Oncologia Medica (AIOM) tenutosi a Napoli nell'ottobre 2005, i risultati della ricerca che l'Oncologia Falck e l'Anatomia Patologica dell'Ospedale Niguarda hanno effettuato in collaborazione con l'Istituto per la Ricerca ed il Trattamento del Cancro di Candiolo (TO).

### Tab1. Carcinoma colon e retto in Italia

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| Nuovi casi per anno: | circa 30.000 casi |
| Decessi per anno:    | circa 18.000 casi |

**Negli ultimi dieci anni** più che triplicata la sopravvivenza dei pazienti con malattia in stadio avanzato grazie all'utilizzo di nuovi farmaci.



Mi chiamo Viviana Folchini, ho 50 anni, e da 8 cerco di convivere con un linfedema al braccio sinistro dovuto allo svuotamento del cavo ascellare per un carcinoma mammario.

Vi scrivo per ringraziarvi di avere istituito presso la vostra struttura un ambulatorio di fisioterapia riabilitativa veramente degno di questo nome, forse per voi addetti ai lavori non è così evidente ma noi "donne dal braccio grosso" troviamo al Niguarda ciò che andavamo a cercare all'estero o che pagavamo caro e salato presso qualche terapeuta.

**Purtroppo la nostra cronicità** porta spesso l'occhio degli amministratori sanitari a considerarci dei pesi, ma sapeste che peso è per noi questo braccio! Il mio, calcolandone il volume, pesa circa un chilo più dell'altro e, nonostante tutto, ho spesso incontrato medici che mi hanno detto: "beh, considerando che ha portato a casa la pelle, questo problema è il meno!"

**Il meno di che cosa?** Di essere guardati con curiosità in giro o sui mezzi, di non trovare golfini, camicette, giacche per vestirsi senza sembrare Scaramacai, di non riuscire a stendere il bucato senza dover continuamente appoggiare il braccio, di cambiare assetto mentale per usare il braccio senza sforzo, ma con il giusto movimento, di perdere buona parte della propria autonomia contando sull'aiuto degli altri.

**No, scusate, questo meno non mi bastava** e rivendicavo con rabbia il diritto ad essere curata. Ed ecco che mi sono ritrovata nel vostro reparto di riabilitazione, dove mi sono state offerte le terapie aggiornate e più adeguate, effettuate da terapisti formidabili e coordinati da un primario eccezionale che crede in quello che sta portando avanti anche se a volte gli eventi gli rimangono contro. Tecnicamente e per i protocolli applicati il vostro "eccellente reparto" non ha veramente nulla da invidiare alle ben note cliniche estere.

### La risposta di Salvatore Siena

Gentilissima Signora Folchini, nella sua bella lettera con la quale elogia e descrive le capacità professionali e umane del dottor Massimiliano Cossu e della fisioterapista Elena Porcella, la carica positiva che lei riesce a trasmetterci è tale da proporre di pubblicare la sua lettera senza cambiare una virgola su Il Notiziario della Oncologia Cà Granda ONLUS.

In questo modo aiuteremo altre persone come lei e incoraggeremo la promozione della Medicina Riabilitativa anche in campo oncologico nell'ospedale Niguarda Ca' Granda.

In alto: immagine a fluorescenza di cellule di tumore del grosso intestino.

Sotto, da sinistra: Alberto Bardelli (IRCCS, Candiolo), Silvio Veronese, Andrea Sartore-Bianchi, Mauro Moroni.



Giuseppe Landonio  
Dirigente Medico Oncologo S.C. Divisione Oncologia Medica Falck  
Ospedale Niguarda Ca' Granda

## L'ospedale a casa tua

Quaranta pazienti terminali assistiti a domicilio in sei mesi. Il programma di Assistenza domiciliare in oncologia è partito il primo marzo 2005. I risultati sono positivi. Ma la sperimentazione ha anche messo in luce i limiti del progetto che, in prospettiva, dovrebbe essere esteso a più cittadini che ne abbiano bisogno, come spiega Giuseppe Landonio.

### Ci illustri il programma avviato.

Fa parte del Piano Urbano, è un progetto della Regione fatto proprio dalla Asl di Milano. Prestare assistenza domiciliare al malato oncologico o terminale è una procedura più complessa dell'Assistenza domiciliare classica. La città è stata divisa in più zone. Noi ci siamo presi l'impegno di assistere a casa 80 pazienti. Ma solo per il primo anno perché questo numero non copre il reale bisogno.

### Quanto è il bisogno reale?

Nella zona di Niguarda calcoliamo tra 120 e 160 malati ogni anno.

### Chi sono questi pazienti?

Tutti i pazienti oncologici che sono passati per la nostra struttura e abbiano raggiunto una fase avanzata della malattia.

### Cosa significa per loro l'assistenza a casa?

Avere il supporto di un infermiere fisso almeno 3 volte alla settimana e di un medico una volta alla settimana. Hanno tutta l'assistenza necessaria, idratazione, flebo, terapia del dolore, controllo dei vari sintomi, supporto psicologico alle famiglie. Dal lunedì al venerdì, dalle 8 alle 20. Rimane scoperta la notte per il momento.

### Senza questa assistenza?

Alcuni di questi malati sono votati a cercare disperatamente un hospice dove ricoverarsi o a fare ricoveri ripetuti e per certi versi impropri e defatiganti nelle medicine di un ospedale.

### Per il reparto è oneroso?

Abbiamo costituito un pool, con medico coordinatore, caposala, 3 giovani medici e 5 infermieri.

### I costi?

Coperti in parte dalla ASL che fornisce all'Ospedale Niguarda Ca' Granda una quota fissa che però copre le

spese solo in parte ed è per questo che abbiamo bisogno della generosità dei Benefattori della ONLUS. In questo modo abbiamo iniziato a comporre un "parco di presidi sanitari" che l'Ospedale acquisisce come donazione per metterlo a disposizione degli ammalati a domicilio. Inoltre la ONLUS grazie a una generosissima oblazione della Immobiliare San Carlo Trieste ha finanziato due borse di studio per specializzandi in Oncologia che a turno contribuiscono al programma di assistenza domiciliare."

### I limiti?

Non c'è copertura sulle 24 ore, ma il problema va risolto a livello milanese. .. in questa fase iniziale non è stato possibile consolidare una equipe permanente e si lavora anche su base volontaria. Infine, non essendoci una strutturazione completa del servizio, mancano alcuni ausili e il materiale sanitario deve essere reperito attraverso la prescrizione esterna. Ma è una sperimentazione e serve per correggere il tiro e c'è ampio spazio di miglioramento. All'inizio era una scommessa. I risultati sono positivi. E la ONLUS e i suoi Benefattori, come dicevo prima, ci hanno aiutato in modo sostanziale.

### Chi seleziona i pazienti?

La richiesta parte dai parenti. Segue un colloquio. Perché parta l'assistenza domiciliare è fondamentale che accanto al paziente ci sia una figura di supporto, il cosiddetto care giver, che si assume la responsabilità e che noi supportiamo.

### L'analisi dei primi 60 casi?

Fatta: una media di 20 giorni di assistenza per paziente, ma 12 su 40 sono stati presi in carico in fase terminalissima, sono morti entro i primi 5 giorni. E gli ultimi giorni sono i più gravosi. L'età media: 71 anni, 35 anni il più giovane, 85 il più anziano.

### Un'esperienza importante per l'équipe?

Certamente, finisce quella brutta esperienza di accompagnare il malato per tre quarti della sua storia e doverlo abbandonare nel momento più critico. Una cosa dolorosa per il malato e per lo staff. Avendo inserito medici giovani è importante anche per la loro forma-

zione. Perché bisogna uscire dalla logica della sola oncologia vincente. L'oncologia purtroppo è anche perdente. Solo vedendo l'insieme degli aspetti ti fai l'esperienza da oncologo a tutto tondo.

### Questo non esclude l'hospice?

Lo integra, Non soltanto. Questo modello può mettere fine alla divisione tra oncologi e palliativisti, sbagliata culturalmente. Man mano finisce il ruolo delle terapie tradizionali cresce quello delle terapie del dolore. I due punti si devono integrare, e l'assistenza domiciliare è il modello ideale.

### Il sogno nel cassetto?

Estenderla come supporto anche a chi fa una terapia oncologica impegnativa, perché il paziente non sia mai lasciato solo con il suo dolore o con i suoi disturbi.



Salvatore Siena  
 Direttore S.C. Divisione Oncologia Medica Falck  
 Ospedale Niguarda Ca' Granda

## dentro al protocollo

Quando un paziente ammalato di tumore viene curato in un reparto di oncologia come il nostro è possibile che gli venga offerta la possibilità di partecipare a un "protocollo", oppure gli potrà capitare di sentire che altre persone partecipano a protocolli. La domanda che viene spontanea è: "Perché lo chiedono a me, perché non a un altro?" e viceversa "Perché non entro io nel protocollo e hanno scelto, invece, il mio compagno di stanza?".

### Cos'è il protocollo?

Un programma clinico controllato, ossia un programma prestabilito. E consiste nell'utilizzo di un farmaco secondo una modalità decisa da chi ha proposto quel programma e da chi lo ha approvato. Vale a dire dalle autorità sanitarie del Paese dove il protocollo viene avviato e dal comitato etico dell'ospedale che è composto da sanitari e tecnici (clinici specialisti, infermiere, farmacista, statistico, bioetico, farmacologo) e anche da rappresentanti della società (religioso, associazione del volontariato e degli ammalati).

### Si entra nel campo delle sperimentazioni?

Esattamente. L'oncologia è un settore della medicina in continuo e rapidissimo sviluppo. Quindi ci sono molti nuovi farmaci che vengono sviluppati. Noi dell'Oncologia Falck siamo un centro che attiva sia la ricerca clinica sia pre-clinica. Per lo più si tratta dell'utilizzo di farmaci nuovi o di nuove modalità di applicazione di farmaci noti, per esempio attraverso una modifica delle dosi o del calendario di somministrazione.

### Ci sono vari tipi di protocolli?

In generale sono di fase 1, quando si testano esclusivamente gli effetti collaterali del farmaco. Noi non ne facciamo. La fase 2 attesta, invece, l'attività di un farmaco o la modalità della terapia per tutta una serie di tumori. C'è poi la fase 3, quando le terapie che in fase 2 si sono mostrate attive, vengono valutate rispetto al meglio delle terapie conosciute e disponibili fino a quel momento. Somministro il farmaco e verifico se è attivo e in quale percentuale degli ammalati.

### Perché?

All'ammalato va data la garanzia di avere il miglior trattamento disponibile al mondo. E partecipando allo studio può, spesso, avere anche qualcosa in più. PUÒ FARE UN ESEMPIO? E' capitato quando sperimentavamo l'anticorpo monoclonale per il carcinoma colonrettale. Ebbene, proprio qui abbiamo visto i risultati migliori di quanto ci attendessimo. Così buoni che abbiamo avuto la visita per una intera settimana di una commissione della Food and Drug Administration (FDA) statunitense che ha voluto verificare la bontà della nostra sperimentazione.

### Una verifica possibile?

Certamente perché proprio seguendo un protocollo è possibile uno studio retrospettivo con la valutazione di tutti gli elementi che hanno contribuito a portare a quel buon risultato. Un risultato che è così riproducibile e trasferibile. Gli esperti hanno valutato la nostra documentazione in modo, direi, quasi poliziesco.

### Il fatto che un centro abbia in corso più protocolli è indice di qualità?

E' indice che fa ricerca e che funziona. Questi farmaci di cui parliamo sono molto costosi, attorno ad un protocollo lavora moltissima gente. Per lo più i nostri protocolli sono internazionali e questo garantisce l'accesso dei nostri ammalati ai farmaci più innovativi che ancora non sono sul mercato.

### Protocollo garanzia di qualità?

E' la metodologia del progresso. L'ammalato ha accesso al migliore standard anche quando il farmaco non è ancora disponibile in Italia. E' lo sforzo che facciamo per ottenere il meglio.

### Quanti protocolli avete in corso?

Una quindicina.

**E quanto dura la sperimentazione?** Circa un anno. Un buon protocollo deve essere sufficientemente rapido perché non ci sia selezione dei pazienti. Più è rapido, più rapidamente si reclutano pazienti, più è buona la qualità dello studio.

### A protocollo concluso?

Si va avanti. Si valutano i risultati, ci si impegna a pubblicarli siano essi positivi siano negativi. Questo è indice di serietà del centro.

### Cosa deve pensare chi è escluso dal protocollo?

Essere esclusi vuol dire non avere le caratteristiche per partecipare alla sperimentazione. Significa che il rischio di effetti collaterali era superiore al rischio accettabile, superava il beneficio. E' una ulteriore precauzione nei confronti dell'ammalato.



È un libro curato da Manuela Pellegrini e promosso dal reparto di Oncologia dell'ospedale di Lucca. Questa pubblicazione, che è inserita tra le iniziative degli Ospedali che promuovono salute, si è sviluppata dall'esigenza di aiutare i pazienti oncologici a recuperare un buon rapporto con il cibo, elemento importante anche ai fini del successo della terapia. Le ricette contenute in questo libro tengono conto degli effetti collaterali derivanti dai chemioterapici e vogliono rappresentare uno stimolo per chi affronta la chemioterapia a mantenere una nutrizione adeguata.

#### Come è nata questa iniziativa?

In occasione del congresso "Nutrizione e Cancro", che si è svolto a Lucca nel dicembre 2004 è stata effettuata un'approfondita ricerca in letteratura sull'alimentazione durante la chemioterapia, evidenziando le indicazioni sia degli oncologi che dei nutrizionisti. In base ai risultati ottenuti, si è pensato di "tradurre" questi studi in pratica. L'autrice ha quindi raccolto 200 ricette, alcune rielaborate dalla tradizione culinaria lucchese e toscana, altre che fanno riferimento alla cucina di altre regioni e internazionale. Ci sono piatti molto semplici da realizzare ma anche ricette che potremmo definire di "alta cucina", per chi ha capacità e possibilità di eseguirle. Il libro è suddiviso in quattro capitoli, in cui vengono analizzati sei aspetti specifici della tossicità da chemioterapici.

**Un capitolo speciale è quello** dedicato ai pranzi per le occasioni speciali: le ricette che sono riportate in questa sezione consentono di soddisfare l'esigenza di poter partecipare alla festa anche quando ci si sottopone a chemioterapia.

Euro 14,00,  
pagine 292  
Anno 2005,  
Editore  
San Marco Litotipo  
www.quavio.it



"Sono entrata a Niguarda nel 1980, come volontaria dell'AVO. Ci hanno assegnato il reparto Falck, la fisioterapia, il Vergani. Ricordo il primo impatto come fosse ieri. Il Falck era un padiglione triste, vecchio, con le camerate di oltre dieci letti, i malati in branda, quasi tutti terminali, perché allora nessuno li voleva. Me lo lasci dire, orrendo. Un bel giorno, arriva a curarsi di un tumore una dottoressa, sorella di un cardiologo del De Gasperis, la signora Pezzano. Parlando con il professor Ghislandi, allora primario dell'oncologia, lancia una proposta. Perché non creiamo un'associazione come è stato fatto al De Gasperis? Detto fatto. Il padiglione allora fatiscente si chiama Falck in ricordo del senatore Giorgio Falck e di una vecchia donazione della famiglia. Prendo l'iniziativa e chiamo Giulia Falck Devoto, la figlia. La invito a visitarlo. E lei, che non ne conosceva l'esistenza, rimane profondamente colpita: "Il nome di mio padre non può essere portato così male", dice. Poi stacca un assegno da 300 milioni di lire. Era il 1984. Quelli furono i primi fondi donati per la ricostruzione del Falck. Con Giulia Falck, il professor Ghislandi e la dottoressa Pezzano andammo da un notaio. Nacque così l'Associazione Amici dell'Oncologia Medica Falck".

**Rosa Fantuzzi Cembe-Ternex 86 anni, decana dell'Associazione Amici Oncologia Falck**, ricostruisce così la storia dell'associazione che da 25 anni è l'anima della Oncologia Falck. "Una volontaria che aveva una cartiera fece stampare dei volantini e così andavamo a raccogliere soldi. Non era facile. Andavamo a vendere l'uva alla festa di quartiere, a Niguarda, c'era chi organizzava spettacoli teatrali, qualche lascito. Quando i soldi sono stati sufficienti, abbiamo informato il presidente dell'ospedale, Sbressa, e insieme deciso di mettere a posto un padiglione". Torinese di nascita, milanese di adozione, figlia di un medico, sposata a Luciano Fantuzzi, già presidente di Finlombarda, ha cominciato ad occuparsi di volontariato negli anni Settanta e ha smesso, racconta, "per ragioni di età e perché la mia vista sta diminuendo e non mi consente di andare e venire come volevo da Niguarda in macchina, guidando, da sola". Non ha perso, invece, l'energia e l'entusiasmo. E i ricordi sono più che mai vividi. "Ho cominciato al Policlinico, con l'AVO. Erano anni difficili, gli anni delle Brigate Rosse, un periodo tremendo. Gli infermieri in via Sforza ci avevano accolto malvolentieri, poi quando capirono che non eravamo lì per guadagnare ma per dare aiuto agli ammalati, gratis e senza alcuna ambizione economica, ci accettarono. La mia vita - racconta Rosa - è stata interessante perché fare la volontaria mi faceva sentire viva. Potevo dare e fare. Erano altri tempi, quando assistere gli ammalati voleva dire aiutarli nelle piccole cose, organizzare feste di Natale, travestirsi da befane, portare una rosa alle donne per la Festa della Mamma, pagare il viaggio a chi doveva tornare al Sud o al parente di un ammalato che non aveva i soldi per venire fin quassù. A Ferragosto correre a cercare un'anguria perché qualcuno la desiderava tanto ma era costretto a letto. Allora compravamo indumenti, radioline, libri per la biblioteca. Oggi hanno tutto, il telefonino, la tv in camera. Ma il volontario serve ancora. Il segreto è saper ascoltare più che parlare. Gli ammalati hanno bisogno di sfogarsi, parlare, lamentarsi, raccontare le loro ansie, il loro dolore, le paure, liberarsi".

**OCGO editore** web:www.ocgo.org  
email: oncologia.onlus@ospedaleniguarda.it  
Registro periodici del Tribunale  
di Milano n.953 del 16/12/2005

**Consiglio Direttivo:** Giulia Devoto-Falck,  
Federico Falck, Marco Gasparini, Lidia  
Grigioni, Cesare Sirtori, Filippo Sugar  
**Presidente:** Salvatore Siena

**Revisore dei Conti:** Mauro Bramieri

**Direttore responsabile:** Lionello Bianchi

**Direttore scientifico:** Salvatore Siena

**Redazione:** Giulio Cerea, Giuseppe Landonio,  
Mauro Moroni, Paolo Pedrazzoli,  
Monica Renga, Andrea Sartore Bianchi

**Fotografie:** Orazio Truglio

**Ufficio operativo:** Anna Di Cintio, Adele Gatti

**Hanno collaborato:** Mario Bonetti, Raffaele  
Pugliese, Emiliana Gabriella Rassu, Riccardo  
Ricotta, Roberta Schiavo,

**Consulenza editoriale:** Getulio Alviani

**Progetto:** Paola D'Amico

**Grafica e impaginazione:** Marco Matricardi

**Stampa:** Grafical, via Tibullo 6, 20151 Milano

**OCGO - Associazione Oncologia  
Ca' Granda ONLUS**

Piazza Ospedale Maggiore, 3  
20162 Milano

tel. 02 6444 2821; fax 02 6444 2957 mail:  
oncologia.onlus@ospedaleniguarda.it sito

internet: www.ocgo.org

**Come donare all'associazione**

- 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: c/c 25855/1 ABI 06906, CAB 01798, CIN U, presso la Banca Regionale Europea, Agenzia 39

- L'Oncologia Ca' Granda ONLUS può ricevere lasciti testamentari

**L'Associazione è una Organizzazione Non  
Lucrativa di Utilità Sociale (ONLUS) e per le  
donazioni sono previste le seguenti  
agevolazioni fiscali:**

**Per le imprese:** Per i soggetti che conseguono redditi di impresa, l'art.65 comma 2, lettera c-sexies del D.P.R. 917 del 1986, come modificato dal D.L. 460 del 4 Dicembre 1997, consente la detrazione per erogazioni liberali in denaro a favore delle Onlus per importo non superiore ai 4 milioni o al 2% del reddito di impresa dichiarato.

**Per le persone fisiche:** Per i soggetti che conseguono reddito come persone fisiche, l'art. 13-bis comma 1, lettera i-bis del D.P.R. 917 del 1986, come modificato dal D.L. 460 del 4 Dicembre 1997, consente la detrazione per erogazioni liberali in denaro a favore delle ONLUS per importo non superiore ai 4 milioni a condizione che il versamento sia eseguito tramite banca o ufficio postale, ovvero mediante gli altri sistemi di pagamento diversi dal contante.