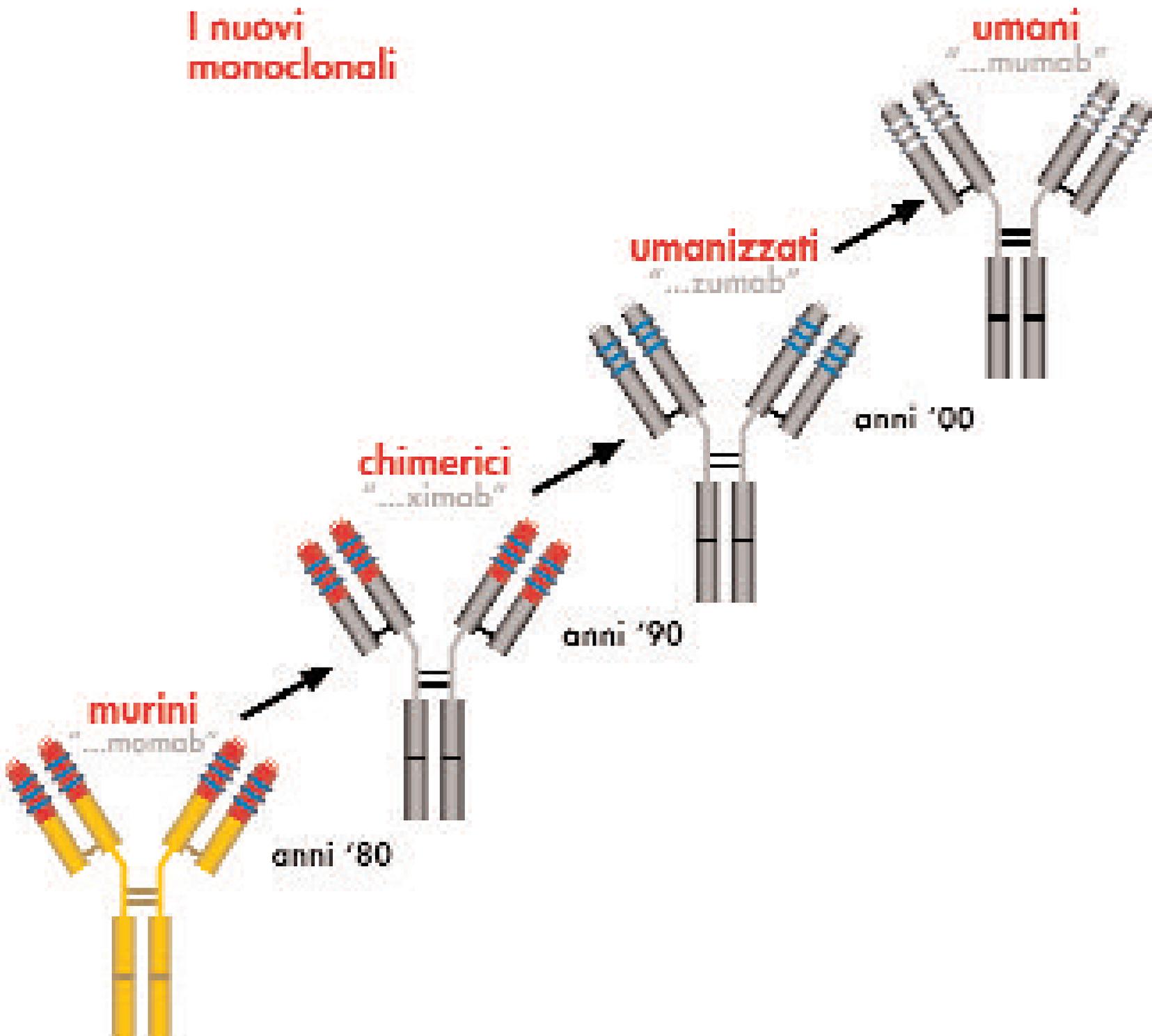
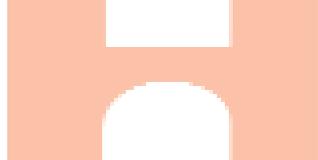


OCCO

anno 3
numero 3
novembre 2006

I nuovi monoclonali





Questo numero de "Il Notiziario" vede la stampa in un periodo di intensissima attività della Oncologia Ca' Granda Onlus, probabilmente come mai si è verificato in passato nella Oncologia Falck dell'Ospedale Niguarda Ca' Granda. Abbiamo proseguito alacremente l'attività di miglioramento delle cure oncologiche acquisendo nuove terapie mediche come quelle a bersaglio molecolare e anti-angiogenesi con farmaci come trastuzumab, panitumumab, cetuximab, sorafenib, erlotinib e sunitinib. Abbiamo superato brillantemente l'ispezione di funzionari dell'autorità sanitaria degli Stati Uniti d'America, la famosa FDA (Food and Drug Administration), che per una settimana e per 12 ore al giorno senza tregua hanno verificato minuziosamente la qualità e la veridicità delle ricerche da noi condotte. L'Associazione Italiana Ricerca Cancro (AIRC) ci ha assegnato un finanziamento triennale per studi sulla terapia dei tumori del colon-retto. Abbiamo sostenuto e finanziato l'avvio della Scuola di Specializzazione in Oncologia dell'Università di Milano-Bicocca in modo che i medici specializzandi possano prestare la loro opera di ricerca e di assistenza a favore delle persone curate in Oncologia Falck. Tutto ciò non sarebbe stato possibile senza la sinergia di tutte le professionalità presenti nell'Ospedale Niguarda Ca' Granda e senza il lavoro dei medici, biologi, infermieri che con borse di studio e contratti finanziati dalla Oncologia Ca' Grande Onlus fanno dell'Oncologia Falck un luogo di cura e di ricerca di eccellenza. Tutto inizia quindi con l'opera di concreta idealità dei nostri Benefattori cui "Il Notiziario" è dedicato.

*Il presidente
Salvatore Siena*

*In copertina:
evoluzione degli
anticorpi
monoclonali per
la terapia dei
tumori.*



Ines Chiara
Andreotti



Anna Maria
Pacella



Andrea
Sartore-Bianchi



Ilaria Schiavetto

Ines Chiara Andreotti

Ho 31 anni e una laurea in Chimica e Tecnologia Farmaceutica presa a Modena nel 2000. Mi sono trasferita a Milano con una prima borsa di studio di sintesi chimica, ma poi volevo cambiare e ho trovato una borsa studio della Oncologia Ca' Granda per ricerche cliniche con la funzione di "data manager". Mi occupo di sperimentazioni cliniche, seguo cioè i pazienti che entrano nei protocolli clinici. Sono una sorta di tutor, li seguo costantemente durante tutta la sperimentazione. E' un lavoro appassionante. Qui ho trovato un ambiente molto favorevole, i medici sono cordiali, bravi. Prima di cominciare a Niguarda, non sapevo dell'esistenza della figura del "data manager" e avevo una visione del farmaco limitata, cioè sapevo come arrivare alla sua sintesi. Ora, che mi trovo dall'altra parte, ne vedo l'applicazione. E' molto interessante questa conoscenza a trecentosessanta gradi. Il futuro? Non lo so. Ma mi sono appassionata all'oncologia, è più stimolante di quanto immaginavo, una sfida continua con sempre nuovi punti interrogativi da risolvere e qualcosa da scoprire. Hobby? Disegnare e dipingere e seguire mostre.

Anna Maria Pacella

Ho 26 anni e sono lucana. Mi sono laureata due anni fa all'Università Cattolica di Potenza e, subito dopo la laurea, ho vinto il concorso a Niguarda. Non avevo un'idea precisa del reparto da cui cominciare e ho accettato la proposta dell'ospedale. Ho cominciato subito a lavorare in Oncologia Falck, nel reparto di degenza. Ammetto, ero un po' titubante, mi sembrava 'forte' come prima esperienza. Ma mi sono trovata molto bene con i colleghi e anche con i pazienti. Li vediamo spesso, perché o tornano ad essere ricoverati in degenza o proseguono le cure in ambulatorio. Si instaura un rapporto di fiducia. Mi occupo della loro accoglienza, della preparazione delle terapie, delle infusioni e anche dell'assistenza domiciliare oncologica. Intendo iscrivermi di nuovo all'Università per seguire i due anni di specializzazione. La mia città? Mi manca, moltissimo. E appena posso ci torno, anche a costo di farmi una notte di viaggio.

Andrea Sartore Bianchi

Sono medico, ho 32 anni e sono nato a Milano. Dopo il liceo Berchet ho studiato Medicina e Pavia, dove sono stato alunno del Collegio Cairoli, in un ambiente che ricorda i campus anglosassoni per la vita studentesca e il vivace scambio fra cultura scientifica e umanistica. Nel 1999, appena laureatomi, sono venuto qui all'Oncologia Falck, dove il Dr. Siena mi offrì l'opportunità di una borsa di studio e di ricerca clinica. Quell'anno fu per me fondamentale per capire cosa volevo fare: dedicarmi all'oncologia medica e soprattutto ai suoi affascinanti aspetti di ricerca. Così, durante gli anni della specialità, ho trascorso un periodo negli Stati Uniti, a Providence, nel Rhode Island, come ricercatore presso il Dipartimento di Farmacologia Clinica e Terapie Oncologiche Sperimentali di Brown University, occupandomi della valutazione preclinica di nuovi farmaci antineoplastici. Ora, tornato a Niguarda, svolgo la mia attività clinica interessandomi in particolare di terapia molecolare e di agenti farmacologici anti-EGFR nel carcinoma del colon retto e del polmone. Oltre al laboratorio, i miei grandi interessi sono la musica, il cinema e la biologia evolutivistica.

Ilaria Schiavetto

Ho 28 anni, sono milanese e sono specializzanda in oncologia. Sin da piccola ho coltivato il sogno di fare il medico o il veterinario. Mi sono laureata in medicina al San Raffaele, nel 2002. Dopo la laurea, ho lavorato al San Raffaele in medicina interna e in oncologia. Quando ho vinto il concorso di specializzazione che è stato finanziato dalla Oncologia Ca' Granda ONLUS, ho avuto diverse sedi tra cui scegliere ma ho deciso di rimanere a Milano e sono così arrivata in Oncologia Falck nel 2004, e qui mi piacerebbe restare dopo la specialità prevista nel 2006. Lavoro in degenza e mi occupo anche di assistenza domiciliare oncologica. Mi ero iscritta a medicina pensando di fare la pediatra. Ma, durante il periodo di tirocinio, mi sono appassionata all'oncologia. I miei hobby? Lettura e nuoto, nel poco tempo libero che rimane.

Lidia Grigioni
Comitato Direttivo, Oncologia Ca' Granda ONLUS

Da associazione a fondazione

La trasformazione da Associazione in Fondazione è, per la nostra ONLUS una tappa obbligata, richiesta dall'Agenzia delle Entrate nell'ambito di una verifica operata su questo tipo di organizzazioni nella Circostrizione di Milano

La nostra Associazione, infatti, dal 12 Aprile 2000 opera come ONLUS cioè Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale e ciò vuol dire che, pur essendo una persona giuridica sotto la forma associativa, essa opera con un regime fiscale di favore in vari settori impositivi.

In particolare la più rilevante agevolazione consiste nel fatto che lo svolgimento delle attività istituzionali nel perseguimento di esclusive finalità di solidarietà sociale non costituisce esercizio di attività commerciale e, dunque, non è imponibile.

A differenza dall'associazione, che si configura come un gruppo di persone che lavora ad uno scopo, la fondazione, per essere tale, deve avere un patrimonio destinato ad uno scopo. L'obiettivo finale è lo stesso: dare un sostegno sostanziale per la ricerca e l'assistenza nell'Oncologia Falck di Niguarda Ca' Granda. Come identica è la finalizzazione delle raccolte di fondi. In sostanza, ogni centesimo proveniente dalle donazioni deve essere reinvestito per lo scopo previsto dallo statuto. Ciò che cambia è l'involucro giuridico.

L'Associazione Oncologia Medica Ca' Granda è stata costituita nel 1984. Dal 12 aprile 2000 è registrata come ONLUS. E dal 21 luglio 2004 ha ottenuto riconoscimento e iscrizione nel registro delle persone giuridiche.

In ventidue anni i contributi della ONLUS alla Divisione di Oncologia Medica Falck sono stati veramente molti. Nel 1988 ha contribuito a realizzare la degenza, nel 1992 il primo ambulatorio, nel 1999 il Day Hospital, nel 2000 l'Associazione ha finanziato l'ammodernamento della degenza in camere a 1 o 2 letti con bagno e ha acquisito le apparecchiature per l'abbattimento della carica microbica ambientale in camere destinate a terapie cellulari. Dal 2001 i finanziamenti hanno consentito l'erogazione di borse di studio per medici e biologi e contribuito a programmi di ricerca di nuove terapie che stanno avendo conferma e successo internazionale come la terapia del carcinoma dell'intestino con anticorpi monoclonali, la terapia con linfociti del carcinoma del rinofaringe ed altre. La ONLUS ha reso possibile l'insegnamento di Oncologia a Niguarda Ca' Granda con la Scuola di Specializzazione dell'Università Milano-Bicocca e dell'Università di Milano.

Per i Benefattori sono previste agevolazioni fiscali, siano essi imprese o persone fisiche. I lasciti a favore dell'Oncologia

Ca' Granda, in quanto ONLUS, non sono sottoposti ad alcuna imposta di successione. Pertanto chi desidera lasciare parte dei propri beni all'Associazione può essere certo che l'intero ammontare dell'eredità sarà totalmente utilizzato per il finanziamento delle attività della ONLUS.



Sopra: il decreto della Regione Lombardia che riconosce l'Associazione Oncologia Ca' Granda come Onlus.

Sotto: il Padiglione Oncologia Falck, Ospedale Niguarda Ca' Granda.





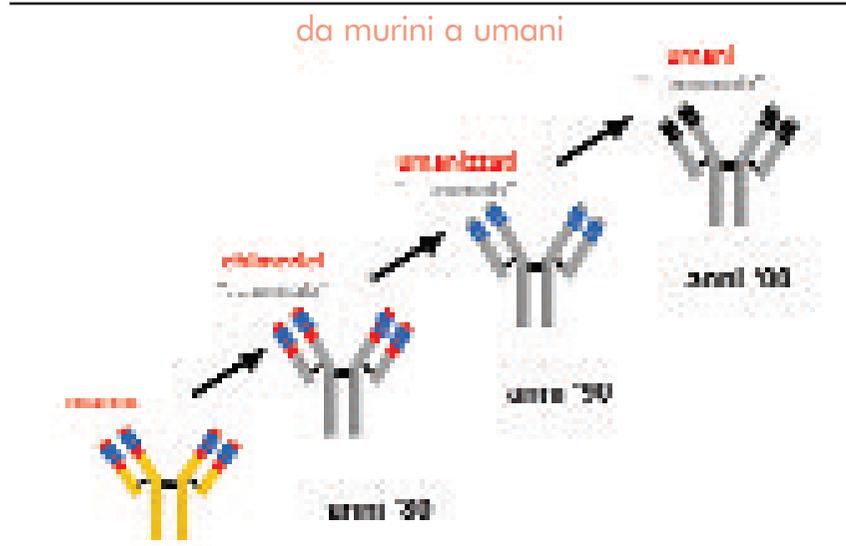
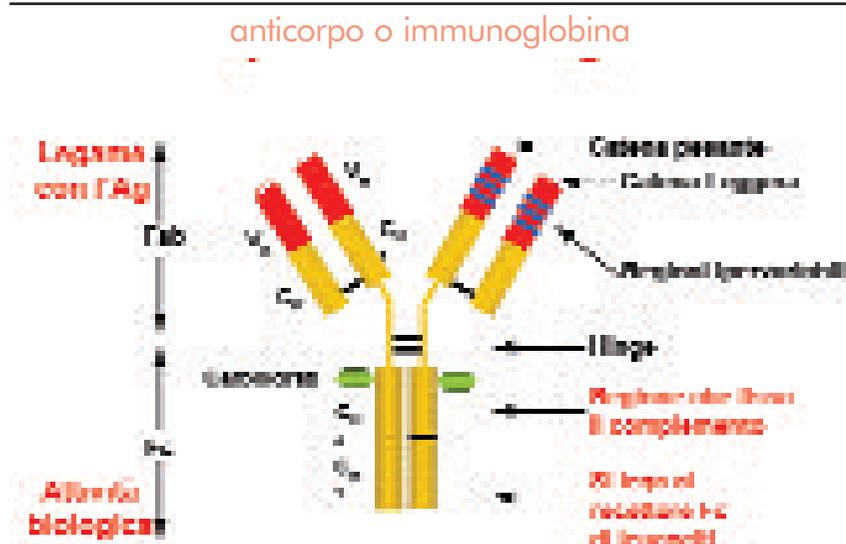
Salvatore Siena
 Direttore S.C. Divisione Oncologia Medica Falck
 Ospedale Niguarda Ca' Granda

Gli anticorpi monoclonali

Cosa sono i monoclonali
 Gli anticorpi sono immunoglobuline, cioè molecole naturali che il corpo umano fabbrica per difendersi dalle infezioni. Ciascun anticorpo ha una struttura molecolare del tutto singolare e assolutamente specifica per il bersaglio contro cui è diretto e che in natura è un antigene virale o batterico. La specificità di un anticorpo è strabiliante, basti pensare che per riconoscere molecole (antigeni) che differiscono anche per un solo piccolissimo compo-

nente, il corpo umano fabbrica anticorpi differenti e ciascuno assolutamente specifico!
 La medicina ha sempre desiderato e cercato medicine infallibili per distruggere le cause delle malattie e i successi delle vaccinazioni contro le infezioni nel secolo scorso sono noti a tutti. In questo nuovo secolo stiamo vivendo lo sviluppo degli anticorpi anche come nuove terapie contro i tumori. Nel 1984 Kohler e Milstein si videro assegnare il premio Nobel per la scoperta

fatta nel 1975 di una metodica per la produzione di anticorpi tutti uguali (monoclonali) e assolutamente specifici per l'antigene desiderato: si apriva la strada ad una nuova farmaceutica biologica. Oggi non c'è farmacia ospedaliera che non dispensi almeno un tipo di terapia a base di anticorpo monoclonale. Dopo 20 anni di ricerca i risultati sono tangibili. Ma perché solo adesso e non prima? Perché i primi anticorpi monoclonali erano di topo e nell'uomo non funzionano. La ricerca cui noi abbiamo contribuito in modo sostanziale fin dagli anni '80, ha messo a punto anticorpi monoclonali più naturali e funzionanti anche per la terapia delle malattie umane. Si tratta di anticorpi monoclonali "chimerici" e sempre più recentemente "umanizzati" e poi completamente "umani".



Contro quali malattie e quali tumori gli anticorpi monoclonali sono utili?
 La terapia con anticorpi monoclonali si è rivelata utile contro malattie infettive, cardiovascolari, infiammatorie e degenerative, per i trapianti d'organo e soprattutto contro alcuni tumori: linfomi, carcinomi dell'intestino, dello stomaco, del distretto orecchio-naso-gola, del seno. Ma in cosa consiste questa utilità? Abbiamo osservato 3 tipi di beneficio clinico: 1) l'allungamento della sopravvivenza senza progressione del tumore (bevacizumab o panitumumab per il tumore dell'intestino; trastuzumab per il tumore della mammella; cetuximab per il tumore ORL); 2) l'aumento della percentuale di donne guarite dalla terapia precauzionale post-chirurgica con l'aggiunta di trastuzumab alla terapia convenzionale; 3) la regressione del tumore anche in casi resistenti alla terapia convenzionale (cetuximab o panitumumab per il tumore dell'intestino).

Sopra: rappresentazione schematica della molecola di un anticorpo e delle sue funzioni.

Sotto: evoluzione degli anticorpi monoclonali per la terapia dei tumori.

cosa ha fatto l'Oncologia Falck per lo sviluppo clinico degli anticorpi monoclonali

1	Ricerca di laboratorio
	<p>I anticorpi del gruppo Fc gamma con IgG1 sono stati prodotti stabilmente in cellule a sviluppo plasmacitoma e purificati (J Clin Oncol 2004)</p> <p>I anticorpi del gruppo Fc gamma con molecole di IgG2 e IgG3 stabilmente sono stati prodotti a lungo in colture di plasmacitoma (J Clin Oncol 2004)</p>
2	Ricerca clinica oncologica
	<ul style="list-style-type: none"> • Trastuzumab con anticorpi del gruppo Fc gamma stabilmente (New England Journal Medicine 2005) • Panitumumab con anticorpi del gruppo Fc gamma stabilmente in corso di sperimentazione su carcinoma colorettale (J Clin Oncol 2004) • Bevacizumab con anticorpi del gruppo Fc gamma stabilmente, del tipo del sistema IgG1 in corso di sperimentazione • Denosumab con anticorpi del gruppo Fc gamma stabilmente in corso di sperimentazione (J Clin Oncol 2004) • Enfiterumab con anticorpi del gruppo Fc gamma stabilmente (New England Journal Medicine 2005) • Trastuzumab con anticorpi del gruppo Fc gamma stabilmente (New England Journal Medicine 2005) • Enfiterumab con anticorpi del gruppo Fc gamma stabilmente in corso di sperimentazione
3	INDICAZIONI CLINICHE IN CORSO
	<ul style="list-style-type: none"> • Trastuzumab per i tumori del gruppo Fc gamma stabilmente • Enfiterumab per i tumori del gruppo Fc gamma stabilmente • Bevacizumab con anticorpi del gruppo Fc gamma stabilmente

A colloquio con Salvatore Siena

Nel luglio 2006, per una settimana, per 12 ore al giorno senza tregua, gli ispettori della FDA (Food and Drug Administration), l'autorità sanitaria statunitense, hanno messo sotto esame l'Oncologia Falck per verificare i risultati di due sperimentazioni multicentriche internazionali di cui l'équipe di Niguarda Ca' Granda è capofila. Risultati dai quali dipende la approvazione dei farmaci sperimentali e la loro futura commercializzazione negli Stati Uniti e in Europa. Si tratta di due anticorpi monoclonali.

Professor Siena, cos'è l'anticorpo monoclonale?

"E' una immunoglobulina, cioè una sostanza prodotta dal corpo che ci difende perlopiù dalle infezioni. Nel corso degli ultimi vent'anni si è tentato, con un certo successo, di usare anticorpi monoclonali diretti contro le cellule tumorali.

Secondo quale principio?

Si è sfruttata la capacità degli anticorpi di attaccarsi ad un antigene che si presenta su una cellula tumorale, antigene coinvolto nella replicazione della cellula. L'anticorpo, per usare una metafora, spegne l'interruttore, blocca la replicazione.

Di quali forme tumorali stiamo parlando?

La ricerca è durata una ventina d'anni e

i primi anticorpi molecolari sono stati messi a punto per i linfomi non-Hodgkin, poi per il tumore della mammella e del colon retto. Kohler e Milstein hanno trovato il modo di produrli tutti uguali per utilizzarli contro i tumori.

Come si producono?

Oggi ci sono non solo colture cellulari ma anche topi transgenici, xenotipi, che producono anticorpi completamente umani. Si manipola l'embrione del topo e nascono topolini che vengono usati come fabbriche.

Perché si chiamano proiettili intelligenti? Perché vanno diretti al bersaglio, si attaccano ad un antigene della cellula tumorale che riconoscono e vanno a spegnere l'interruttore della replicazione.

Cosa avete sperimentato in Falck?

Il trastuzumab per il tumore della mammella, nello studio HERA. Poi dal 2000 cetuximab e più recentemente panitumumab l'anticorpo più moderno per il carcinoma del grosso intestino. Per entrambi abbiamo avuto l'ispezione della Food and Drug Administration, l'autorità sanitaria di controllo degli Stati Uniti per l'approvazione dei farmaci, e per panitumumab anche dell'AlFA, per il Ministero della Salute Italiano.

Superata la prova?

Sì, brillantemente. Entrambe le ispezioni hanno confermato la bontà e la qualità dei nostri dati.

Siete stati i primi a sperimentare i due anticorpi?

Siamo entrati nel primo studio multicentrico. E abbiamo standard di qualità elevati e un'alta casistica di pazienti. Abbiamo coordinato più di una sperimentazione clinica con questi farmaci.

Ora qual è il prossimo passo?

Il panitumumab (?) è stato approvato la scorsa settimana dalla FDA per l'uso in vivo, come terapia per i pazienti che non rispondono alla chemioterapia e alle terapie convenzionali. Inoltre, ora lo sperimentiamo in associazione alla chemioterapia convenzionale, in prima linea, e in seconda per il carcinoma coloretale metastatico.

Avete in corso altre sperimentazioni?

Con l'Erbitux, per altre malattie per le quali il farmaco non è ancora stato registrato, cioè il carcinoma dello stomaco. Abbiamo già riscontrato risultati complessivamente migliori rispetto alla sola terapia convenzionale. Inoltre stiamo sperimentando l'anticorpo umano denosumab per le metastasi ossee. Anche qui siamo il centro principale che coordina la ricerca.

Sono farmaci costosi?

Costosissimi. Averli prima, per queste sperimentazioni, vuol dire essere in grado di offrire cure migliori ai cittadini. Cure che saranno in commercio spesso dopo anni.

Il futuro?

Migliorare l'uso di questi farmaci, capire quali sono i pazienti più sensibili, che rispondono meglio, cominciare prima l'uso nella storia terapeutica, in modo da aumentare l'efficienza del farmaco e da non sprecarlo.

Potranno mai sostituire la chemioterapia? E' più una speranza che una realtà. Penso piuttosto che si potrà usare una chemioterapia con meno effetti collaterali, ma per i prossimi 5-10 anni non ancora eliminarla del tutto.

Come si somministrano?

Per via endovena. Una soluzione, in più dosi, ogni 3 settimane anche per un anno, per il tumore della mammella. Per il grosso intestino si sta ancora lavorando per mettere a fuoco il calendario di somministrazione ideale, che potrà essere settimanale o, meglio, ogni 15 giorni.

l'intervista

Claudio Rossetti
Primario di Medicina Nucleare
Ospedale Niguarda Ca' Granda

Con la PET, l'identikit del tumore

Quando è arrivata questa nuova tecnica diagnostica chiamata PET ?

Trent'anni fa, quando venne introdotta in Europa e poi negli Stati Uniti, la PET (Positron Emission

Tomography) era considerata una tecnica di medicina nucleare indispensabile per lo studio delle patologie cerebrali e divenne una tecnica di elezione per la ricerca in neuroscienze. Utilizzando, infatti, un analogo dello zucchero comune - il desossiglucosio marcato con un atomo di fluoro 18 - come tracciante, l'esame è in grado di evidenziare lo stato metabolico delle cellule. In particolare di quelle del cervello che, appunto, sono golose di zucchero.

E in oncologia ?

La PET si è imposta all'inizio degli anni Novanta. Oggi il 98 per cento degli esami PET è per indicazioni oncologiche.

Perché ?

Anche la cellula tumorale è golosa di zucchero, più golosa delle cellule dell'organo cui appartiene, perché la cellula tumorale prolifera più rapidamen-

te e in modo sregolato e, quindi, ha bisogno di più benzina e consuma più zucchero. Con la PET si può individuare l'aumento relativo di zucchero in un tessuto e riconoscere o meglio individuare la presenza, la sede e l'estensione della massa tumorale.

Parliamo di tumori solidi ?

Nei linfomi e nei tumori del polmone l'utilizzo della PET è ben consolidato.

Quando è utile questa procedura diagnostica ?

Non è strumento di diagnosi primaria. Spesso, per esempio, non posso differenziare una infiammazione dal tumore, perché in entrambi ci sono le condizioni che determinano un maggiore consumo di zucchero.

Quindi ?

Va eseguita quando è stata già fatta la diagnosi di malattia, per determinarne la sede e l'estensione. Oppure è utile per il riconoscimento di lesioni di dubbia natura.

Per esempio ?

Nel caso di un esito cicatriziale in un polmone, per una terapia precedente,



la PET consente di caratterizzare, studiare bene una lesione.

Poi ?

E' anche preziosa per la stadiazione, ossia dopo la terapia sia medica sia radiante o entrambe, la PET permette di verificare se c'è stata una regressione della malattia. E' la tecnica più efficace.

I vantaggi ?

E' una tecnica molto affidabile, non è invasiva, è ben tollerata e ripetibile. Il problema dell'esposizione radiologica è limitato, soprattutto a fronte del vantaggio diagnostico che se ne ricava.

Ma si parla di fluoro 18, non siamo nel campo della radioattività ?

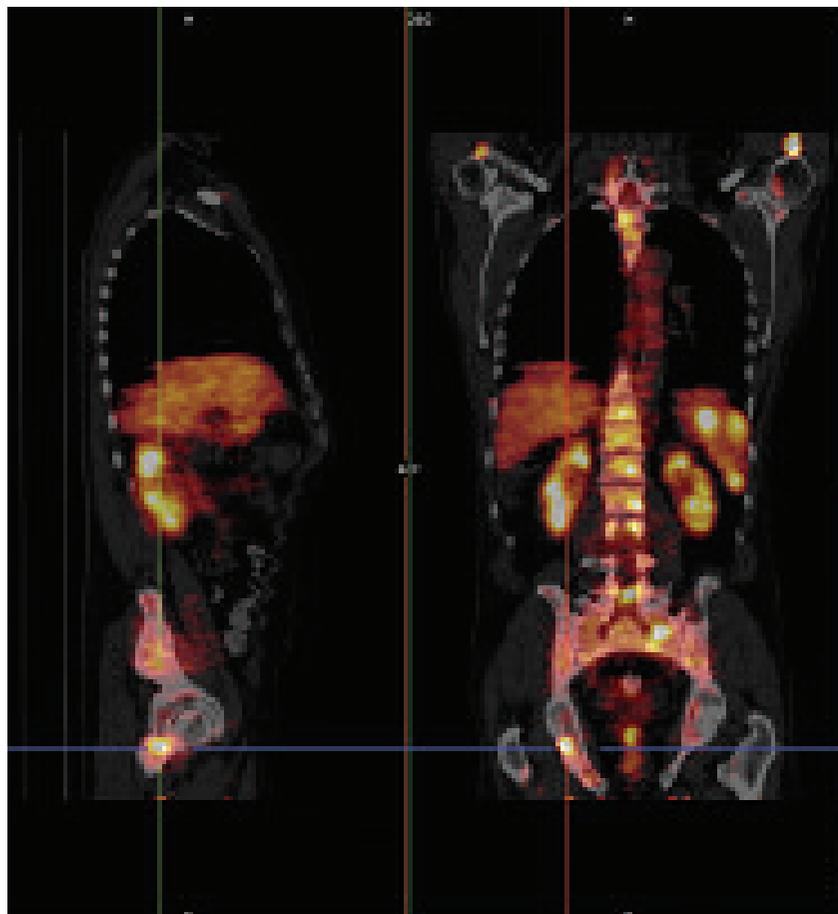
La tecnica prevede di somministrare per via endovenosa una piccola quantità di tracciante radioattivo, la cui 'emivita' (il tempo di dimezzamento fisico della radioattività) è di circa due ore. In otto ore, cioè, non è più rilevabile. Il tracciante viene eliminato attraverso le urine, bevendo acqua si accelera il processo. E il rischio biologico è molto contenuto.

In sintesi, cosa accade ?

Appena lo zucchero entra in circolo, viene assorbito dalle cellule in misura proporzionale al proprio livello metabolico. In un'ora raggiunge tutte le cellule dell'organismo. Il paziente viene allora sottoposto a una sorta di Tac, le immagini vengono acquisite. E la PET cattura e registra le immagini emesse dal fluoro 18 che è andato a concentrarsi nelle cellule tumorali. Le parti ammalate vengono riconosciute con la PET e localizzate prendendo come riferimento anatomico le immagini TAC ottenute contemporaneamente quindi nelle stesse condizioni.

Chi è Claudio Rossetti

Claudio Rossetti, si laurea in Medicina nel 1983, consegue le specializzazioni in Neurologia (1987) e in Medicina Nucleare (1992), ricercatore presso la Divisione di Medicina Nucleare dell'IRCCS San Raffaele e guest researcher presso il Laboratorio of Cerebral Metabolism del'NIH di Bethesda (USA). Dal 2001 è Direttore della Struttura di Medicina Nucleare dell'Ospedale Niguarda Ca' Granda.



Tipica immagine diagnostica PET

dialogando



Salvatore Artale
Dirigente medico oncologo, Oncologia Falck, Ospedale Niguarda Ca' Granda

Ambulatorio multidisciplinare retto-ano: con l'oncologo l'ammalato trova anche il chirurgo e il radioterapista

Ambulatorio multidisciplinare retto-ano: con l'oncologo l'ammalato trova anche il chirurgo e il radioterapista, perché?

E' ormai noto che il tumore del retto localmente avanzato, un tumore che quindi è confinato alla sua sede di origine senza altre localizzazioni a distanza, richiede un approccio terapeutico multidisciplinare comprendente una terapia medica (perlopiù chemioterapia) in associazione alla radioterapia sulla pelvi che precedono la chirurgia radicale sul tumore (chemioterapia e radioterapia pre-operatoria). I tre specialisti (oncologo-radioterapista-chirurgo) lavorano così all'unisono per ottimizzare il programma terapeutico per il paziente e per orchestrare i tempi della sua realizzazione.

E l'iter diagnostico ?

Anche questo sarebbe lunghissimo se non ci fosse la preziosa collaborazione dei colleghi della radiologia e dell'endoscopia digestiva che ci consentono di determinare in breve tempo

la reale estensione di malattia. Con più di 40 nuovi casi l'anno si comprende come sia nata l'esigenza di costituire un ambulatorio multidisciplinare per una malattia tanto più curabile e sempre più frequentemente guaribile, quanto più ottimali sono l'accuratezza della diagnosi e la qualità delle cure.

In cosa consiste la terapia ?

Il programma della fase pre-operatoria prevede circa 5 settimane di chemioterapia concomitante alla radioterapia. Dopo 6-8 settimane è previsto l'intervento chirurgico, già programmato durante il primo incontro ambulatoriale e che si propone sempre di preservare al massimo e per quanto possibile la funzione dell'ano e del retto.

Quali sono i vantaggi di questo approccio rispetto ad una chirurgia immediata sul tumore primitivo?

La terapia preoperatoria consente una riduzione delle dimensioni del tumore, una riduzione dell'incidenza di recidive locali e una minore tossicità farmacologica. Si tratta infatti di una

terapia generalmente ben tollerata senza importanti effetti collaterali per il paziente. Inoltre, dato assolutamente non trascurabile, può dare al chirurgo la possibilità di preservare lo sfintere anale senza dovere confezionare una colostomia definitiva.

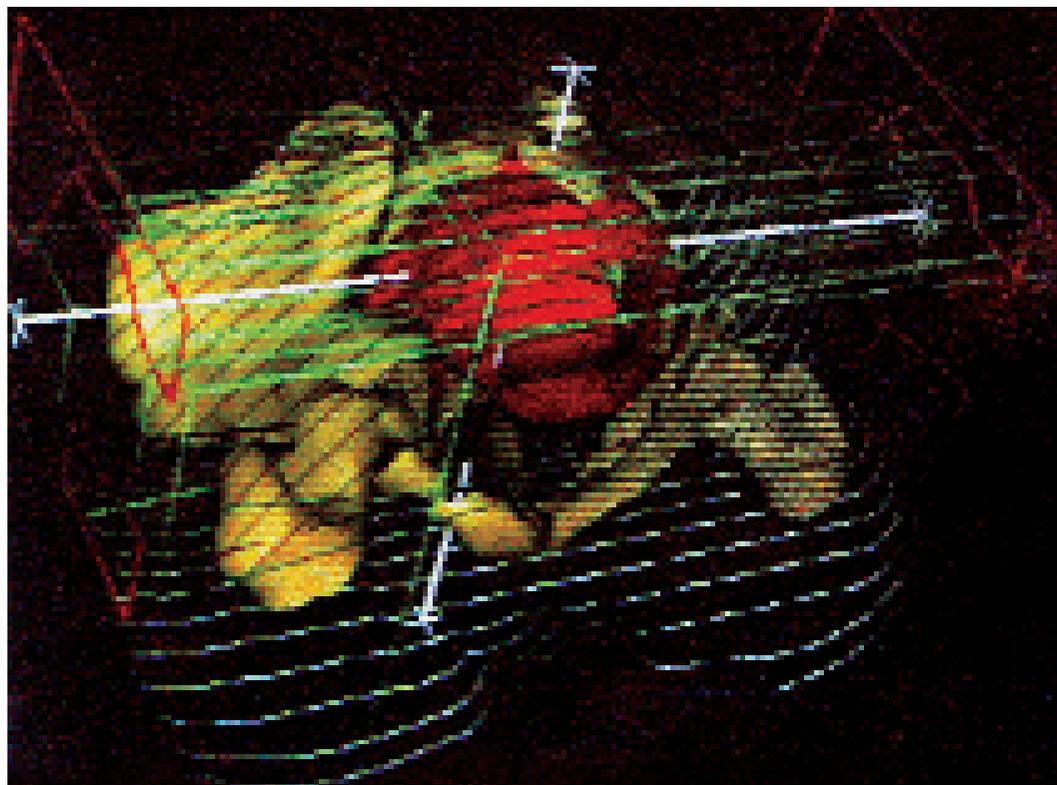
E' in corso anche un nuovo progetto multiistituzionale, denominato Studio STAR, che prevede l'utilizzo di un farmaco di ultima generazione denominato oxaliplatino che senza tossicità aggiunta è in grado di aumentare la capacità di ridurre le dimensioni del tumore e, in alcuni casi, si ha la remissione completa della patologia.

C'è una predisposizione per questa forma di tumore?

Difficile dirlo, non necessariamente. Rispetto al tumore del colon, quello del retto e dell'ano è più raro.

Segnali premonitori?

Un sanguinamento rettale di colore rosso vivo o cambiamenti dell'alvo (comparso di importante stipsi) devono essere riferiti prontamente al Medico Curante.



In alto: Di Lernia, Bracco e Artale rispettivamente chirurgo, radioterapista e oncologo dell'ambulatorio ano-retto in Falck.

A sinistra: esempio di pianificazione del trattamento della radioterapia di un tumore del retto. Viene elaborato con gli specialisti della Fisica Sanitaria di Niguarda Ca' Granda.

Da Ivano Bronzetti- Milano
Premetto che questa mia non vuole puntare il dito su specifici operatori o categorie che lavorano nel reparto di oncologia diretto dal dottor Siena. Ma, più semplicemente, vuole portare all'attenzione un argomento che, confido, verrà discusso con il personale e sono altresì certo che dalla discussione si arriverà alla soluzione del problema, della quale beneficeranno tutti i pazienti frequentatori del reparto, sottoscritto compreso. Nelle tre volte in cui sono stato assoggettato a chemioterapia, ho atteso dalle quattro alle cinque ore e mezza dal prelievo, che viene consigliato a partire dalle 8.

eri, 14 settembre, ultima seduta delle tre, sono entrato in reparto alle 7,45 e uscito alle 15, considerando che la terapia dura, compresa l'installazione della pompa, all'incirca un'ora e mezza.

Mi sono permesso di chiedere delucidazioni, in modo molto garbato, al personale infermieristico, in quanto conoscendo i posti di trattamento disponibili, il numero dei soggetti da trattare e la durata delle terapie da somministrare, non dovrebbe essere così difficile avvertire il paziente in sala d'attesa, facendolo sentire forse meno penalizzato.

Sottolineo che il mio, pur sembrandomi un parere isolato, corrisponde invece ad una opinione largamente diffusa e condivisa da altri pazienti che forse più rassegnati, vivono le lunghe attese come una gentile concessione di chi li deve curare.

Ivano Bronzetti

Il primario risponde

L'incoraggiamento a fare meglio ci aiuterà a costruire una organizzazione sempre migliore. Tuttavia, le osservazioni del Signor Bronzetti non sono corrette, perché per servire circa 50 persone ammalate nella stesse ore di lavoro bisogna stabilire priorità di intervento

che prescindono dall'arrivo in day hospital ma che invece dipendono da molti fattori quali:

- Esame clinico e condizioni della persona ammalata;
- Esami di funzionalità d'organo (rene, fegato, ematopoiesi, metabolismo) che spesso vanno validati e ripetuti senza che la persona ammalata, che è in attesa, ne abbia percezione;
- Durata della terapia prevista: (chi ha terapie più lunghe viene servito prima in ogni caso);
- Disponibilità del letto (non prenotabile al 100% perché un malessere ne prolunga l'occupazione e ritarda la cura successiva);
- Preparazione dei farmaci da somministrare (ciascuna cura è personalizzata e la preparazione richiede vari controlli e molta accuratezza).

Tenuto conto di queste non poche variabili umane ed organizzative, sarà possibile comprendere come il disagio certamente provato non sia causato, come affermato dal Signor Bronzetti, da "...semplice disorganizzazione dei sanitari e della organizzazione ospedaliera...". In pratica, senza l'impegno e l'organizzazione attuale che comprime in poche ore l'erogazione delle cure, saremmo costretti a far venire gli ammalati in ospedale più volte in giorni successivi per le stesse prestazioni che durano solo mezza giornata. A titolo di esempio, in altre Istituzioni la terapia del Signor Bronzetti con l'organizzazione attuale viene erogata in regime di ricovero in degenza ordinaria mentre nel suo caso a Niguarda Ca' Granda riusciamo a farla in Day Hospital.

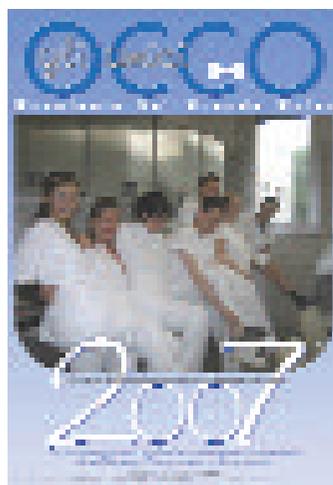
Ho cercato di informare le persone curate di questi aspetti organizzativi e ho chiesto la collaborazione e tolleranza all'inevitabile, seppur contenuto, disagio che si prova quando si è in ospedale. A

tale riguardo Le invio copia della lettera di informazione che consegnamo al momento del ricovero. Per meglio far trascorrere il tempo di attesa, la ONLUS Oncologia Ca' Granda ha provveduto a fornire costose strumentazioni di intrattenimento (sala di attesa con videoclip e video DVD nelle sale di cura con programmi diversificati a secondo dei giorni).

Confido nella comprensione e collaborazione e invio saluti molto cordiali.

Il Direttore S.C. Oncologia Falck
Dr. Salvatore Siena

Sta arrivando il calendario 2007, sarà una piacevole sorpresa. Compralo e sosterrai questa ONLUS !



Notizia dell'ultima ora

Prima di andare in stampa apprendiamo che l'AIRC (Associazione Italiana Ricerca Cancro) ha assegnato all'Oncologia Falck un finanziamento triennale per il progetto di ricerca intitolato "Studio del gene dell'EGFR come elemento predittivo della sensibilità a terapia con anticorpi monoclonali per il tumore colo-rettale", condotto da Mauro Moroni, Andrea Sartore-Bianchi e Silvio Veronese.

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: Ines Chiara Andreotti, Salvatore Artale, Lidia Grigioni, Anna Maria Pacella, Claudio Rossetti, Andrea Sartore-Bianchi, Ilaria Schiavetto, Salvatore Siena

Fotografie: Orazio Truglio, Stefano Guatelli

Ufficio operativo: Anna Di Cintio, Adele Gatti

Consulenza editoriale: Getulio Alviani

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.