

il notiziario

di Fondazione Oncologia Niguarda

Medicina personalizzata e immunoterapia: una svolta nella lotta ai tumori

Tumore del colon-retto
Terapie "a bersaglio"
sempre più efficaci
pag. 4-5

Tumore al polmone
Nuove strategie
di cura
pag. 6-7

Solidarietà
Il tuo 5x1000
per la ricerca
pag. 10



ONCOLOGIA NIGUARDA ONLUS



ONCOLOGIA NIGUARDA ONLUS

**Notiziario della Fondazione
Oncologia Niguarda Onlus**

Registro periodici del
Tribunale di Milano n.953
del 16/12/2005
Numero di iscrizione al ROC
34005 del 17/02/2020
Sede legale piazza Ospedale
Maggiore 3 - 20162 Milano
Anno 2023 - n. 1
aprile - giugno 2023
Periodicità quadrimestrale

Direttore responsabile
Adele Giuseppina Marini

Redazione
Andrea Sartore Bianchi,
Salvatore Siena
ARAGORN

Fotografie
Archivio fotografico Niguarda
Grazie a Bruna Rotunno

Art direction
ARAGORN

Stampa
Mediaprint
Via Mecenate 76
20138 Milano

**Consiglio di Amministrazione
Fondazione Oncologia
Niguarda Onlus**
Giovannella Bianchi
di Donnasibilla, Pier Giuseppe
Biandrino, Marco Bosio,
Federico Falck, Elio Franzini,
Lidia Grigioni, Daniela Murer,
Salvatore Siena

 @FondazioneON

 @nig_onco

 @oncologianiguardaonlus

Ricerca e innovazione: il futuro dell'oncologia

“Curare innovando”. Questo è da sempre il motto del Niguarda Cancer Center perché i risultati in oncologia derivano da un costante slancio verso lo sviluppo e il perfezionamento delle soluzioni terapeutiche già in uso. In una parola: ricerca. Ed è proprio alla ricerca e alle diverse sperimentazioni condotte nel nostro ospedale che è in gran parte dedicato questo numero del Notiziario.

Si parte (p. 4 e 5) con un approfondimento dedicato alla personalizzazione delle cure, obiettivo prioritario della medicina contemporanea, che sta raggiungendo il suo maggiore sviluppo in ambito oncologico consentendoci di intervenire in maniera sempre mirata ed efficace contro diversi tipi di tumore. È questo il caso della lotta al tumore al colon retto che oggi, anche grazie al Niguarda Cancer Center, può contare sulla prima terapia a bersaglio molecolare anti-HER2.

Il focus di p. 6 e 7 parla invece di tumore al polmone e immunoterapia neoadiuvante, cioè somministrata prima dell'intervento chirurgico. Si tratta di un percorso terapeutico che si sta rivelando sempre più efficace e in grado di migliorare la qualità di vita dei pazienti cui viene propo-

sto. È dedicato alla neoplasia polmonare anche l'inserito monografico allegato a questa pubblicazione.

Abbiamo infine scelto di dedicare il consueto spazio della testimonianza (p.8) a una storia che ha toccato il cuore di tutto il reparto. Raccontata dalla voce di Giandomenico, marito e papà a cui va tutto il nostro affetto, è quella di mamma Clelia e della sua piccola Aurora. Due vite, una al suo inizio, l'altra purtroppo giunta alla sua conclusione, che hanno fatto solo in tempo a incrociarsi ma che, nei pochi momenti trascorsi insieme, sono state circondate da tantissimo amore e dalle migliori cure possibili. Per noi si è trattato di una vicenda umana e professionale ardua, che accanto all'inevitabile dolore ha portato con sé anche tanta gioia per una nuova vita che siamo riusciti a difendere e preservare nonostante la malattia.



**Salvatore
Siena**

*Presidente
Fondazione
Oncologia
Niguarda
Onlus*

Un team consolidato



Francesca Carlotta Nava

ETÀ 36 anni

INCARICO *Impiegata amministrativa*
A NIGUARDA DA *marzo 2022*

SEGNİ PARTICOLARI *amo la montagna, la sensazione di leggerezza e libertà delle camminate, leggere libri*

IN COSA CONSISTE IL TUO LAVORO?

Mi occupo dell'accoglienza dei pazienti in Day Hospital, dell'organizzazione di esami strumentali e visite programmate con i vari dipartimenti. Gestisco email e telefonate di pazienti e medici.

COSA NON MANCA MAI NELLA TUA GIORNATA?

L'educazione, l'aiuto, la gentilezza nei confronti di chi sta affrontando un percorso in Day Hospital. Una parola di conforto, uno sguardo, una battuta per alleggerire le giornate dei nostri pazienti.

UN DESIDERIO PER IL FUTURO

La mia più grande speranza per il futuro in DH è quella di assistere a uno snellimento burocratico del percorso di cura del paziente, ponendolo in una posizione di centralità.



Laura Roazzi

ETÀ 29 anni

INCARICO *Medico in formazione specialistica in Oncologia*
A NIGUARDA DA *gennaio 2021*

SEGNİ PARTICOLARI *sono energica e determinata, ho sempre bisogno di stimoli, mi piace la natura e amo viaggiare*

IN COSA CONSISTE IL TUO LAVORO?

Sto conseguendo la specializzazione in Oncologia Medica. In particolare svolgo attività di degenza e ambulatorio e ho iniziato a collaborare alla redazione di pubblicazioni scientifiche.

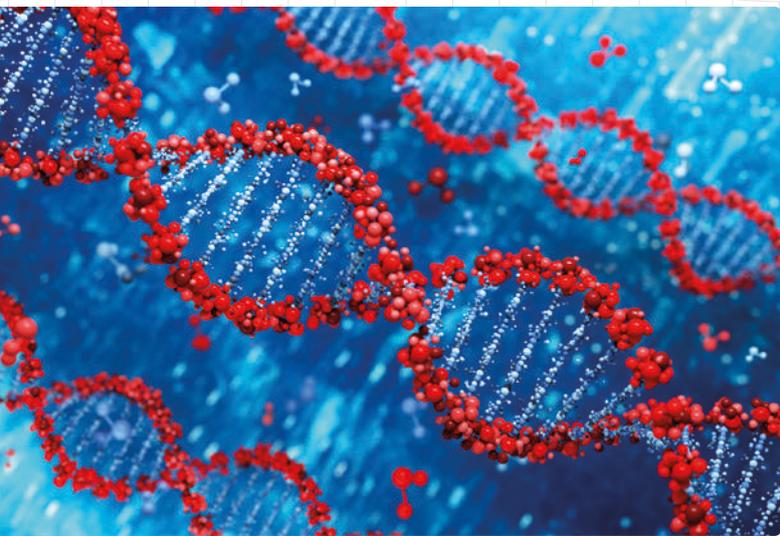
COSA NON MANCA MAI NELLA TUA GIORNATA?

I momenti di scambio e confronto tra colleghi. Cerco sempre uno spazio di comunicazione con i pazienti anche al di là del setting di cura, cercando di portarli a raccontare qualcosa di sé.

UN DESIDERIO PER IL FUTURO

Poter continuare a curare i nostri pazienti con terapie sempre più efficaci grazie ai costanti progressi della ricerca scientifica, che riveste un ruolo imprescindibile.

Nuove terapie “a bersaglio” contro il tumore del colon-retto



Il tumore del colon-retto è una delle neoplasie con la più alta incidenza nel mondo, in Italia conta più di 40.000 nuovi casi all'anno, ed è secondo per mortalità dopo quello al polmone.

Grazie ai progressi della ricerca scientifica, però, le opzioni di cura stanno aumentando.

Tra le terapie più promettenti ci sono quelle “a bersaglio” (*targeted therapy*), che sfruttano determinate caratteristiche molecolari del tumore, differenti da persona a persona, per rallentarne o inibirne la crescita.

Molti tumori, infatti, presentano alterazioni specifiche a carico di diversi geni (come *EGFR*, *KRAS*, *BRAF* e altri) che portano alla produzione di proteine con un ruolo chiave per la moltiplicazione cellulare, contribuendo alla crescita e alla diffusione del tumore.

Le terapie a bersaglio si basano sull'utilizzo di farmaci “intelligenti” in grado di colpire e distruggere solo le cellule cancerose che presentano queste alterazioni molecolari, senza danneggiare le cellule sane. Per questo la loro azione mirata, oltre a contrastare il tumore, permette di limitare gli effetti collaterali della terapia, con un notevole mi-

glioramento della qualità della vita dei pazienti. Per individuare se e quali caratteristiche molecolari possano essere utilizzate come bersagli di farmaci “intelligenti” è fondamentale analizzare, mediante test genomici, il DNA tumorale di ciascun paziente. Si parla infatti di medicina personalizzata.

DALLA TERAPIA ANTI-HER2 IN POI, IL PRIMATO DEL NIGUARDA CANCER CENTER

Una frazione di tumori del colon-retto si distingue per esprimere in modo elevato la proteina HER2 dell'oncogene *c-erb2*. Questa importante scoperta, fatta dieci anni fa proprio dal Niguarda Cancer Center in collaborazione con l'Istituto di Candiolo grazie a un progetto di ricerca finanziato da Fondazione Oncologia Niguarda e AIRC, ha aperto nuovi fondamentali orizzonti di cura. Da qui infatti è nata la prima terapia anti-HER2 del carcinoma coloretto al mondo, sperimentata dall'Ospedale Niguarda insieme ad altri Istituti, che ha mostrato evidenti regressioni tumorali mantenute a lungo termine grazie alla somministrazione combinata dei farmaci bersaglio Trastuzumab e Lapatinib.

Da allora gli studi sulla terapia anti-HER2 nel tumore colonrettale non si sono mai fermati. Un lavoro di ricerca costante, che ha permesso di inserire questa terapia nelle linee-guida americane ed europee per il tumore del colon-retto e di ampliare sempre più l'armamentario dei farmaci target disponibili.

Tra le sperimentazioni più recenti e promettenti, in particolare, quella avviata anche a Niguarda Cancer Center con il farmaco di ultima generazione anti-HER2 Trastuzumab-Deruxtecan, anticorpo monoclonale farmaco-coniugato che ha mostrato dati clinici molto incoraggianti nel trattamento di pazienti con tumore metastatico.

*Le caratteristiche
molecolari di un tumore
sono diverse da paziente
a paziente e si possono
sfruttare per rallentarne
o inibirne la crescita*

MUTAZIONI KRAS E BRAF, ALTRE SPERIMENTAZIONI IN CORSO

Attualmente al Niguarda Cancer Center sono attive ulteriori sperimentazioni con farmaci target contro alcune tra le più comuni mutazioni nel tumore del colon-retto, come quelle di KRAS e BRAF.

La mutazione del gene KRAS, in particolare la G12C, è nota da molto tempo, anche se fino a pochi anni fa non esisteva una terapia in grado di bersagliarla direttamente. Si trova nel 4-5% dei pazienti affetti da carcinoma del colon-retto ed è presente anche nel tumore al polmone. I primi farmaci anti-KRAS G12C, come Sotorasib, sono stati scoperti proprio per questa neoplasia. Quando si è provato a somministrarli come monoterapia anche nel tumore del colon-retto, però, non sono risultati ugualmente efficaci. Di qui la scelta del Niguarda Cancer Center di avviare più sperimentazioni, tuttora in corso, che li associano ad altre terapie, come la chemioterapia standard e il farmaco anti-EGFR Panitumumab. Un approccio che si sta rivelando efficace nel controllo e nella stabilizzazione della malattia.

Tra le mutazioni del gene BRAF nel tumore del colon-retto, invece, la più frequente è la V600E, che caratterizza una malattia molto aggressiva, refrattaria alle terapie standard. La buona notizia è che anche per questo bersaglio la ricerca è riuscita a trovare una terapia efficace, già approvata e rimborsata anche in Italia. Prevede la somministrazione combinata dei farmaci Encorafenib e Cetuximab e dà riscontri molto positivi, ritardando la progressione del tumore e incidendo positivamente sulla qualità della vita.

UN PICCOLO STUDIO SEGNA UNA GRANDE SVOLTA

Una sperimentazione condotta dal Memorial Sloan Kettering Cancer Center di New York su un piccolo gruppo di malati, che necessita quindi di ulteriori conferme, mostra risultati sorprendenti nella cura del tumore del retto localmente avanzato con una

specifica caratteristica molecolare: l'instabilità dei microsatelliti (MSI). Si tratta di una mutazione che riguarda circa il 3% dei tumori del retto e determina un deficit nel meccanismo di riparazione del DNA. Questa forma di cancro risponde meno a chemioterapia e radioterapia, rendendo più spesso necessario l'invasivo intervento chirurgico per la resezione del retto, che costringe il paziente a vivere con la stomia, ovvero con il sacchetto per la raccolta delle feci. Quella che fino ad ora era considerata una tra le prognosi peggiori, però, oggi dà grandi speranze. Queste particolari mutazioni nel DNA tumorale, infatti, grazie al supporto del giusto farmaco immunoterapico, possono agevolare l'azione del sistema immunitario, spingendolo ad attaccare le cellule malate.

Di qui la scelta di somministrare per via endovenosa ai 12 partecipanti dello studio un anticorpo monoclonale, il farmaco immunoterapico Dostarlimab, al posto della cura standard, molto più invasiva, che prevede una combinazione di chemio e radioterapia.

Al termine della terapia sperimentale, che prevedeva un'iniezione ogni 3 settimane per 6 mesi, in tutti i partecipanti il tumore è risultato "completamente eliminato".

Sulla base di questi dati clinici così rilevanti, il Niguarda Cancer Center sta già utilizzando Dostarlimab per il trattamento di alcuni pazienti. A breve inoltre partirà I NO-CUT, una nuova sperimentazione con questo farmaco che mira ad ampliare sempre più il numero dei malati candidabili a evitare la chirurgia del retto.



Immunoterapia pre-chirurgica: il futuro nella cura del tumore al polmone

Il tumore al polmone nasce dalle cellule presenti nei polmoni e nelle vie aeree come bronchi e bronchioli. È la seconda neoplasia più frequente negli uomini e la terza nelle donne, con circa 40.000 nuovi casi diagnosticati ogni anno in Italia. In base all'aspetto microscopico delle cellule tumorali, si distinguono due forme principali di tumore polmonare. La forma più frequente è detta "carcinoma polmonare non a piccole cellule" (es. adenocarcinomi, carcinomi squamocellulari), che si differenzia dalla variante meno frequente di "carcinoma a piccole cellule" o "microcitoma".

Se fino a pochi anni fa le uniche cure disponibili per questa patologia erano la chirurgia, la chemioterapia e la radioterapia, oggi, grazie al progresso della ricerca, il tumore al polmone sta diventando una neoplasia sempre più curabile grazie a nuove strategie terapeutiche. In particolare l'immunoterapia e le terapie a "bersaglio molecolare" hanno contribuito al notevole miglioramento della sopravvivenza e della qualità della vita dei pazienti.

APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE

Nonostante nella maggior parte dei casi la malattia si presenti in fase avanzata, circa il 25-30% delle diagnosi avviene in uno stadio più precoce, potenzialmente suscettibile di un trattamento a scopo guaritivo. In questo gruppo di pazienti, è fondamentale la valutazione da parte di una équipe multidisciplinare composta da tutte le figure professionali specialistiche dedicate al trattamento delle neoplasie toraciche (chirurghi toracici, oncologi, radioterapisti, radiologi, pneumologi, medici nucleari, anatomo-patologi).

QUANDO AGIRE PRIMA DELLA CHIRURGIA

Dalla condivisione del caso nella riunione multidisciplinare può emergere l'indicazione ad effettuare un trattamento pre-operatorio, ovvero prima dell'intervento chirurgico, in particolare nel caso di estensione della neoplasia ai linfonodi toracici. Tale trattamento, definito "neoadiuvante", ha lo scopo di sottoporre il paziente a una terapia antineoplastica sin da subito, e si basa al momento sui farmaci chemioterapici.

Fino a pochi anni fa le uniche cure disponibili per il tumore al polmone erano la chirurgia, la chemioterapia e la radioterapia. Oggi, grazie alla ricerca, nuove strategie terapeutiche rendono questa neoplasia sempre più curabile

Tuttavia, negli ultimi anni, la ricerca clinica ha valutato il potenziale ruolo dell'immunoterapia, già di documentata efficacia nella malattia avanzata, anche negli stadi precoci, da sola o in combinazione con farmaci citotossici, cioè capaci di impedire la moltiplicazione delle cellule o di ucciderle. Un effetto che, pur manifestandosi su tutte le cellule, è massimo su quelle in più rapida moltiplicazione, come le cellule tumorali.

IMMUNOTERAPIA NEOADIUVANTE

L'immunoterapia ha notevolmente cambiato il percorso di cura dei pazienti con neoplasia polmonare, dimostrandosi efficace nella maggior parte dei tumori al polmone, a fronte di un miglioramento della qualità di vita e di una tossicità in genere gestibile.

A differenza dei farmaci chemioterapici, l'immunoterapia non agisce direttamente sulle cellule tumorali, ma ha l'obiettivo di attivare il sistema immunitario contro il tumore.

Il sistema immunitario ci difende nei confronti degli agenti estranei, quali virus e batteri, e svolge anche un'azione di sorveglianza nei confronti di eventuali cellule dell'organismo che, attraverso

so diversi meccanismi di cancerogenesi, si trasformino in cellule tumorali.

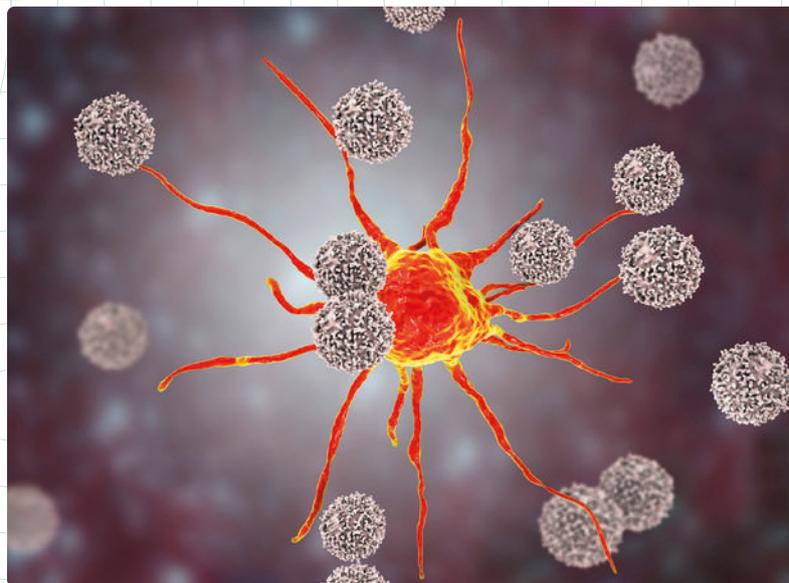
Tra le cellule coinvolte nei meccanismi di sorveglianza, i linfociti T in particolare sono le cellule deputate a riconoscere le cellule tumorali e ad eliminarle.

Il tumore talvolta riesce ad eludere la sorveglianza immunitaria attraverso multipli meccanismi che determinano alla fine l'inattivazione dei linfociti T. Tra questi, vi è l'attivazione dei "freni" del sistema immunitario, i cosiddetti "immune-checkpoint", proteine che hanno lo scopo in condizioni normali di moderare la risposta immunitaria per evitare danni ai tessuti sani. L'attivazione dei checkpoint immunitari in presenza del tumore, blocca l'azione dei linfociti T e favorisce, così, la proliferazione delle cellule tumorali.

I farmaci immunoterapici attualmente impiegati nella pratica clinica sono anticorpi monoclonali che impediscono l'attivazione di questi checkpoint e che quindi cercano di riattivare le cellule del sistema immunitario contro il tumore. L'obiettivo della combinazione della chemioterapia con l'immunoterapia nella fase preoperatoria, ovvero in forma neoadiuvante, è quindi duplice: da un lato favorire la regressione del tumore, dall'altro cercare di "istruire" il sistema immunitario a riconoscere e combattere la neoplasia quando è ancora in sede, in modo da poter continuare ad agire anche dopo la rimozione chirurgica.

A CHE PUNTO È LA RICERCA

Sulla base di questi principi è stato disegnato lo studio di fase III CheckMate 816 che ha confrontato la combinazione di chemioterapia e immunoterapia (Nivolumab) rispetto alla sola chemioterapia, come trattamento pre-operatorio. Lo studio ha dimostrato una maggiore efficacia della terapia di combinazione nel determinare la regressione del tumore (in circa un quarto dei casi non era più evidente il tumore sul pez-



Linfociti attaccano cellule tumorali

zo operatorio) e nel ritardare in maniera significativa l'eventuale ripresa della malattia, senza incremento delle tossicità o delle complicanze chirurgiche.

LO STUDIO AL NIGUARDA CANCER CENTER

Presso il Niguarda Cancer Center è attivo lo studio NEOCOAST 2 che prevede come terapia neoadiuvante per tutti i pazienti con tumore resecabile, ovvero asportabile chirurgicamente, in stadio II e III la combinazione di chemioterapia e immunoterapia con Durvalumab e nuovi farmaci immunoterapici (come Monalizumab o Oclumab). Lo studio, che coinvolge tutte le figure specialistiche incluse nel gruppo multidisciplinare di oncologia toracica, prevede la prosecuzione della sola immunoterapia anche in fase post-operatoria, per la durata di un anno.

È fondamentale partecipare a questo studio clinico, in modo da offrire ai pazienti che afferiscono al Niguarda Cancer Center quella che riteniamo attualmente la migliore terapia disponibile e che con ogni probabilità sarà il futuro standard terapeutico.

Clelia e Aurora, la gioia di una nascita nonostante la malattia

Aurora Clelia alla nascita pesava 1470 grammi, oggi ha otto mesi e cresce a vista d'occhio. È nata prematura lo scorso 7 agosto, la sua mamma Clelia è potuta rimanere con lei solo due settimane. In un sabato di fine estate si è infatti spenta a causa di un tumore molto grave diagnosticato solo quattro mesi prima. Quella che ha circondato entrambe è una storia d'amore che ci ha raccontato Giandomenico, papà e marito.

“La malattia di Clelia è stata un terremoto in un giorno di sole. Mia moglie è sempre stata bella e sana, il ritratto della salute. A maggio, però, accanto a spossatezza e nausea che riconducevamo alla sua gravidanza, ha iniziato ad avere anche problemi respiratori, tanto da spingerci una domenica a chiamare l'ambulanza. Una volta a Niguarda le analisi hanno rilevato un valore di emoglobina molto basso, da lì nuovi accertamenti ci hanno condotti alla diagnosi: tumore metastatico allo stomaco. I medici sono stati subito sinceri, per Clelia era una questione di tempo, un anno e mezzo, forse due, in base a come avrebbe reagito alle cure. Da una parte la sua malattia, dall'altra nostra figlia che doveva nascere a ottobre. In mezzo c'era la paura che le terapie cui doveva sottoporsi Clelia potessero nuocere alla bambina. Fortunatamente, nel suo caso, la chemio era compatibile con la gravidanza: il trattamento sarebbe durato fino a settembre, data in cui era pianificato anche il parto anticipato, poi era prevista l'immunoterapia. Clelia però peggiorava a vista d'occhio: mentre la sua pancia cresceva, lei dimagriva. La speranza di tutti era che la chemio bloccasse il progredire del tumore, ma già a fine luglio le analisi avevano evidenziato un peggioramento, tanto da programmare il cesareo per il 12 agosto. La rottura delle acque, causata dalla massa tumorale, lo ha anticipato al 7. Clelia quel giorno era felicissima, ha mandato messag-



Clelia insieme al marito Giandomenico

gi a tutti per annunciare la nascita di Aurora ma già a fine giornata non riusciva più a reggere il telefono. Da quel momento è stato un lento addio durato ancora 20 giorni. Nessuno si aspettava che accadesse tanto in fretta.

Dopo il parto Clelia è rimasta in ostetricia per poter andare da Aurora più facilmente: prima in sedia a rotelle, poi trasportata con tutto il letto.

Ha potuto tenere nostra figlia sul petto e vivere con lei pochi ma bellissimi momenti. Con l'aumentare del suo stato di incoscienza, è poi stata trasferita nel reparto di oncologia per poter ricevere un altro tipo di supporto.

Le condizioni di mia moglie sono state molto chiare fin dall'inizio. Ero tranquillo perché sapevo che a Niguarda per lei avrebbero fatto tutto il meglio dal punto di vista medico. Quello che non mi aspettavo è l'amore che le si è raccolto intorno. Un giorno una dottoressa le ha regalato un profumo, solo perché Clelia le aveva detto che le piaceva, alcune infermiere pregavano con lei, tutti la accudivano con generosità e affetto. Intorno a lei c'è stato amore. Io l'ho sentito e anche Clelia. Dopo, tutto quell'amore si è riversato su Aurora.”

Intorno a Clelia si è creato un clima di amore, lei lo ha sempre sentito. Dopo, tutto quell'amore si è riversato su Aurora

Tumore in gravidanza: le cure che preservano il nascituro

La diagnosi di tumore in gravidanza è un evento molto raro: nel 2013 la sua incidenza era stimata in un caso ogni mille donne, attualmente la tendenza è in aumento nei Paesi industrializzati, soprattutto per il carcinoma della mammella, della cervice uterina e il melanoma.

Secondo le Linee Guida della European Society of Clinical Oncology (ESMO) il trattamento medico oncologico non può essere somministrato prima della dodicesima settimana di gestazione a causa del rischio di teratogenesi, cioè dello sviluppo anomalo del feto. La maggior parte dei dati relativi alla somministrazione di chemioterapia in gravidanza proviene da studi di coorte, revisioni e metanalisi dei casi pubblicati, in assenza di studi clinici randomizzati. Esistono invece pochissimi dati sull'utilizzo dell'immunoterapia in gravidanza che non consentono ancora di affermarne la sicurezza in termini di impatto su gestazione, feto e fertilità.

Tra i tumori più rari in gravidanza c'è l'adenocarcinoma della giunzione gastroesofagea, la cui cura deve essere ideata e somministrata in centri ad alta specializzazione dotati di un gruppo multidisciplinare di professionisti dedicati, composto da oncologi, ginecologi-ostetrici, radiologi, psicologi e neonatologi.

È stato questo il caso di Clelia, giunta al Niguarda Cancer Center alla diciottesima settimana di gestazione con simultanea diagnosi di adenocarcinoma della giunzione gastroesofagea, con plurime metastasi epatiche e instabilità dei microsatelliti, caratteristica che favorisce la risposta del tumore all'immunoterapia. La paziente e il marito hanno subito espresso la volontà di portare a termine la gravidanza per cui l'equipe di Niguarda ha avviato l'unica strategia possibile per combattere il tumore con la duplice finalità di evitare l'insorgere di un'insufficienza epatica e di arrivare almeno alla trentesima settimana di gestazione.

Dopo un'approfondita analisi di rischi e benefici di ogni strategia possibile, in collaborazione con i

massimi esperti in questo campo, è stata avviata una terapia medica oncologica con oxaliplatino e 5-fluorouracile (FOLFOX), terapia con un rischio di malformazioni fetali comparabile a quello della popolazione generale una volta superate le 14 settimane di gestazione, come noto dai dati del National Toxicology Program (NPT) e dell'International Network on Cancer, Infertility and Pregnancy database.

Tuttavia, dopo il quinto ciclo di terapia gli esami radiologici hanno evidenziato una progressione epatica del tumore, associata a un rapido peggioramento delle condizioni cliniche generali della paziente, per cui è stato effettuato un parto cesareo d'urgenza alla ventinovesima settimana.

La paziente, nonostante tutto, è riuscita a fare visita a sua figlia ogni giorno, fino all'inevitabile decesso, avvenuto dopo circa un mese. La bambina è stata invece dimessa dopo quasi due mesi con un peso di 2,4 Kg e senza alcuna conseguenza.

Conclusa questa esperienza, si può affermare che la terapia antitumorale con chemioterapia, selezionata per farmaci compatibili, può essere somministrata, con cautela, dopo la quattordicesima settimana di gestazione, qualora l'obiettivo primario sia quello di dare alla luce il nascituro nelle migliori circostanze possibili. Sono invece attualmente scarse le conoscenze sull'immunoterapia, considerata ad alto rischio in gravidanza, sia in termini di prematurità del nascituro sia in termini di complicanze acute e potenzialmente gravi della gravidanza stessa.





Il tuo 5x1000 per la ricerca contro i tumori

I fondi raccolti grazie al 5x1000 rappresentano un'entrata fondamentale per la Fondazione Oncologia Niguarda, che grazie a queste risorse negli anni ha potuto finanziare numerosi studi e progetti di ricerca volti alla cura e al miglioramento della vita dei pazienti affetti da tumore.

Sono in particolare due i filoni su cui l'Oncologia Niguarda sta ottenendo importanti risultati a livello internazionale. Il primo riguarda la cosiddetta oncologia di precisione, che consiste nel bersagliare farmacologicamente in modo mirato alcune caratteristiche molecolari del tumore, il secondo l'immunoterapia, ovvero la possibilità di risvegliare il sistema immunitario del paziente e di rivolgerlo contro il tumore con farmaci cosiddetti inibitori del checkpoint immunitario.

Sono esempi di questi diversi approcci di cura alcuni degli studi di cui parliamo proprio in questo numero del Notiziario e che la nostra Fondazione ha potuto e può continuare a sostenere anche grazie a tutte le persone che negli anni hanno deciso di destinare il 5x1000 della propria dichiarazione dei redditi per dare nuova forza alla ricerca e alla cura dei tumori.

Sostieni anche tu la ricerca dell'Oncologia Niguarda, basta una firma!

5x1000: una scelta facile, che non costa nulla

Per destinare il 5x1000 all'Oncologia Niguarda è sufficiente inserire **la tua firma e il codice fiscale 97030760157 nella casella "Sostegno del volontariato..."** dell'apposito modulo deputato alla Scelta della destinazione del 5x1000 allegato al modello 730, Redditi o CU.

La tua scelta non comporterà nessun tipo di costo aggiuntivo. Il 5x1000 è infatti una quota di imposta comunque dovuta ma che può essere destinata a realtà che svolgono attività socialmente utili e rilevanti. Se non si effettua alcuna scelta questa somma rimane allo Stato. Non è quindi una tassa aggiuntiva, né un sostituto dell'8x1000 per le confessioni religiose.

Conserva questo promemoria con le istruzioni e insieme ai documenti per la tua dichiarazione dei redditi.

SOSTEGNO DEGLI ENTI DEL TERZO SETTORE ISCRITTI NEL RUNTS DI CUI ALL'ART. 46, C. 1, DEL D.LGS. 3 LUGLIO 2017, N. 117, COMPRESSE LE COOPERATIVE SOCIALI ED ESCLUSE LE IMPRESE SOCIALI COSTITUITE IN FORMA DI SOCIETÀ, NONCHÉ SOSTEGNO DELLE ONLUS ISCRITTE ALL'ANAGRAFE

FIRMA *la tua Firma*

Codice fiscale del beneficiario (eventuale) **97030760157**

Tutti possono donare il 5x1000

Se non presenti la dichiarazione dei redditi, è sufficiente la Certificazione Unica. Insieme al tuo modello CU trovi una scheda dedicata alla destinazione del 5x1000: compila con il codice fiscale 97030760157 e la tua firma. Hai tempo fino al 31 ottobre per consegnarla in busta chiusa presso un ufficio postale, un CAF o un professionista. Riporta sulla busta il tuo nome e cognome, il tuo codice fiscale e la dicitura "Scelta per la destinazione dell'otto, del cinque e del due per mille dell'IRPEF".



In breve

STUDIO NO-CUT VICINO AL TRAGUARDO

Ci sono tumori per cui evitare la chirurgia significa salvaguardare la qualità della vita del paziente. Il tumore del retto medio e basso localmente avanzato è tra questi. Il ricorso alla chirurgia può infatti compromettere la continenza e le funzioni sessuali. Per questo la ricerca sta indagando la possibilità di evitarla, a patto di garantire la stessa probabilità di guarigione. Va in questa direzione lo studio NO-CUT attivo dal 2018 presso il Niguarda Cancer Center e finanziato dalla Fondazione Oncologia Niguarda e AIRC. Lo studio è vicino alla conclusione: sono stati arruolati oltre 160 pazienti su 180 previsti. Diversi tra loro hanno potuto evitare la chirurgia grazie a una terapia multimodale, composta da una prima fase di chemioterapia seguita da una seconda di chemio e radioterapia. L'equipe del Niguarda Cancer Center li sta seguendo nel tempo con controlli molto stretti e i risultati sono incoraggianti.



Per vedere il video del progetto NO-CUT vai sul sito oncologianiguarda.org e clicca in alto a destra, sull'icona del canale YouTube.

Sostienici

Puoi farci arrivare il tuo aiuto in tanti modi:

- con un **bonifico bancario** intestato a Fondazione Oncologia Niguarda Onlus, Banca Generali, IBAN: IT77 A 03075 02200 CC8500530372
- con un **versamento su conto corrente postale** intestato a Fondazione Oncologia Niguarda Onlus, IBAN: IT20 O 07601 01600 000038223202
- con **carta di credito** e **PayPal** in tutta sicurezza sul nostro sito www.oncologianiguarda.org
- di persona **presso la Segreteria** della Fondazione Oncologia Niguarda Onlus (Blocco Sud – 3° piano ponti est)
- con il **5x1000**, inserendo la tua firma e il nostro codice fiscale **97030760157** nella casella **“Sostegno degli enti del Terzo Settore...”** dell'apposito modulo della dichiarazione dei redditi

Se è il tuo primo contributo, per favore indicaci il tuo indirizzo in una email a fondazione.oncologia@ospedaleniguarda.it, così potremo ringraziarti.

Contattaci

Fondazione Oncologia Niguarda Onlus

Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

📍 Piazza Ospedale Maggiore 3 - 20162 Milano

📞 02 6444 2821 | 351 577 4897 | Fax 02 6444 2957

✉️ fondazione.oncologia@ospedaleniguarda.it



ONCOLOGIA NIGUARDA ONLUS

www.oncologianiguarda.org

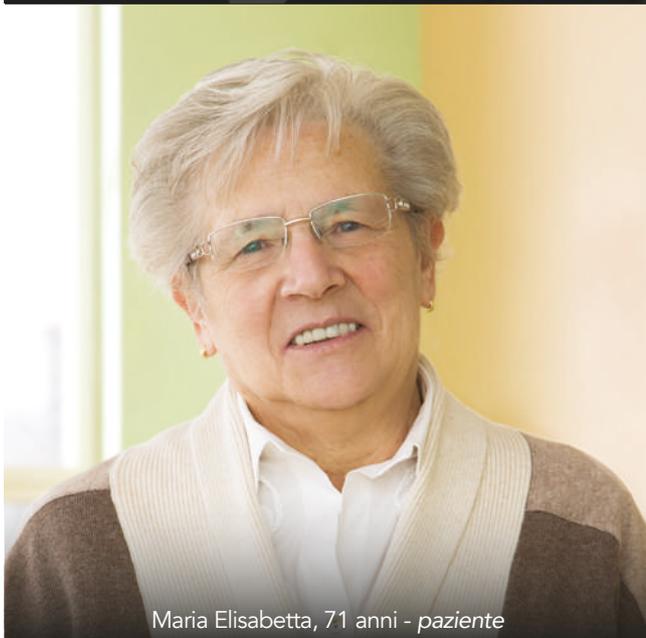
OGNUNO DI LORO MERITA UNA DICHIARAZIONE



Alex, 41 anni - paziente



Francesca, 33 anni - infermiera



Maria Elisabetta, 71 anni - paziente



Alessio, 40 anni - medico

Destina il tuo 5x1000 all'Oncologia Niguarda

Nella dichiarazione dei redditi, firma nel riquadro del 'Sostegno agli enti del Terzo Settore...' e scrivi il nostro codice fiscale **97030760157**

*Non ti costa nulla e darai nuova forza alla ricerca
e alla cura dei tumori. Grazie!*

