



Agire INT



Medici umani, pazienti guerrieri

Presentazione all'INT del libro di Gianni Bonadonna e Gian Giacomo Schiavi

Gianni Bonadonna

... Alla scuola del malato i giovani medici arrivano impreparati. Nelle facoltà di medicina si insegna il distacco, l'equanimità. Si ragiona col computer: l'uomo è sezionato in tanti pezzi, come in un quadro di Picasso. A questa barriera della comprensione umana i medici aggiungono tra loro e i pazienti la corazza dell'orgoglio e la forza di una scrivania. Durante il tirocinio imparano a mascherare i sentimenti o, peggio, a negarli. La crescente enfasi sulla biologia molecolare anziché sull'umanità incoraggia a focalizzare l'attenzione sulle malattie piuttosto che sui pazienti...

La medicina contemporanea allontana i clinici da loro stessi, li spinge a contemplare solo le immagini delle strutture corporee. Ma le radiografie e gli elettrocardiogrammi non rivelano la mente e lo spirito del paziente. Tutto è diventato impersonale, si espone il «caso» clinico, non si parla della persona; i rapporti, in cartelle e nelle pubblicazioni, sono obiettivi, sintetici, trasparenti. È diventato quasi irrealistico immaginare un buon medico che impegni il suo tempo per l'ascolto senza fremere per la fretta, che non guardi l'orologio, che visiti con calma il malato prima degli esami. La burocrazia frena gli entusiasmi dei giovani, la politica spesso li avvilisce, la routine spegne la passione e la corsa ai facili guadagni

segue a pag. 11

Carlo Borsani

Il Professor Gianni Bonadonna, oltre a rappresentare una figura storica nell'ambito della terapia medica oncologica a livello internazionale, è anche, al di là dei suoi meriti scientifici, una bandiera dei valori che da sempre caratterizzano l'Istituto Nazionale Tumori, oggi Fondazione IRCCS. Nel suo libro, ma anche in molte altre occasioni, ha voluto ricordarci che il medico contemporaneo possiede, anche se non completamente, qualcosa che tutti i suoi predecessori hanno soltanto sognato: la terapia su misura per diver-

segue a pag. 11

SOMMARIO

Marco Pierotti Presidente OECl	pag. 2
Il Giardino dei Monelli	pag. 2
L'infermiere oggi	pag. 3
Giovani liberi dal fumo	pag. 4
Nuove tecniche radio terapeutiche	pag. 5
I risultati della ricerca clinica e sperimentale per contrastare i tumori a prostata e colon	pag. 5
Tumore al fegato: un farmaco intelligente	pag. 6-7
Appunti dal "pensatoio" di Varazze	pag. 10
Seminario all'INT col Presidente Farmindustria	pag. 10

Superare la precarietà per rafforzare la ricerca

Nel corso del Convegno 'La Missione delle Fondazioni IRCCS' a cui hanno partecipato i massimi dirigenti degli IRCCS pubblici della Lombardia, assieme al Direttore Generale dell'Assessorato alla Sanità della Regione Lombardia, Carlo Lucchina, ho cercato di delineare alcune possibili soluzioni, fatti salvi i vincoli che derivano dalla normativa nazionale, alla situazione di precarietà in cui si trovano attualmente un numero significativo di ricercatori.

L'attività dei ricercatori, infatti, è fortemente correlata e, dunque, essenziale all'evoluzione delle cure, proprio per il carattere traslazionale della ricerca svolta negli Irccs.

Offrire garanzie di maggior sicurezza e stabilità non è solo una questione di doverosa equità sociale ma, anche e soprattutto, la strada maestra per aumentare l'efficacia e la produttività della ricerca.

Ampliare l'arco temporale dei contratti, seppur a tempo determinato, consentirebbe una migliore programmazione delle attività ed anche una migliore valutazione del merito e delle potenzialità del singolo ricercatore.

Per questo andrebbe garantito da parte dello Stato un flusso pluriennale certo di fondi legato alle attività di ricerca che consentirebbe, ad esempio, di stipulare contratti triennali con i ricercatori.

In questo quadro si potrebbe configurare una sorta di progressione di carriera con la definizione delle qualifiche di ricercatore junior, senior fino ai livelli di coordinatore e di direttore di ricerca.

Da ultimo, ma non meno importante, resta da approfondire la possibilità del ricorso a società di diritto privato a maggioranza pubblica, ma con l'apporto di capitali privati, previste dagli statuti delle Fondazioni, anche per dare maggior stabilità al rapporto di lavoro, potendo utilizzare sia i fondi provenienti da donazioni e liberalità, sia dalle royalties provenienti da brevetti frutto del lavoro di ricerca. ■

Alberto Scanni



Marco Pierotti nominato Presidente OECI

Marco Pierotti, Direttore Scientifico della Fondazione Irccs Istituto Nazionale Tumori di Milano, è stato nominato Presidente, per il prossimo triennio, della **Organization of European Cancer Institutes (OECI)**, che raggruppa tutti i più importanti e prestigiosi Istituti Oncologici Europei impegnati nella lotta contro il cancro. L'annuncio è stato ufficializzato al termine dei lavori dell'annuale Assemblea Generale dell'organizzazione svoltasi in maggio a Genova. Pierotti subentra al prof. **Ulrik Ringborg** del Karolinska Institute di Stoccolma.

Il prof. **Enrico Garaci**, Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e di Alleanza Contro il Cancro (ACC), l'associazione che riunisce gli Istituti Oncologici Italiani di Ricovero e Cura a



Carattere Scientifico ha dichiarato: "La nomina di Pierotti, Direttore Scientifico di un IRCCS oncologico e segretario di ACC, premia lo sforzo enorme fatto da questa Associazione per dotarsi di reti nazionali adeguate al contesto europeo. Uno sforzo fatto anche insie-

me all'Istituto Superiore di Sanità per rafforzare, armonizzare e rendere competitiva la partecipazione italiana alla costruzione dell'Area Europea della Ricerca con riferimento particolare alle scienze biomediche e all'oncologia".

Marco Pierotti, nel ringraziare gli associati OECI per la fiducia accordatagli, ha sottolineato che: "La mia nomina è anche e soprattutto un riconoscimento del ruolo d'avanguardia svolto dall'oncologia italiana a livello internazionale nella ricerca e nella cura dei tumori. Noi siamo oggi chiamati a contribuire ancor di più alla diffusione dei risultati della ricerca e degli standard di cura più avanzati in tutti i 27 Paesi dell'Unione europea, affiancando i processi di integrazione economica, politica e culturale in atto a livello continentale". ■

Chirurgia nuove sale contro le attese

Al via i lavori per 5 nuove sale operatorie più una sala risveglio che dovrebbero entrare in funzione entro maggio 2009 e che andranno ad aggiungersi alle otto in funzione. Le sale risveglio passeranno da una a due. La spesa prevista è 5 milioni di euro.

«Con il potenziamento e la ristrutturazione in atto delle sale operatorie - spiega **Alberto Scanni**, Direttore Generale dell'Istituto - vogliamo accorciare sempre più i tempi di attesa per rispondere al meglio alle esigenze dei pazienti. È una sfida continua di fronte alla domanda in crescita dei malati».

I casi urgenti hanno la priorità, per il resto la media di giorni che bisogna aspettare per essere operati in via Venezian va dalle tre settimane ai due mesi.

Hanno ripreso, intanto, anche i cantieri di via Amadeo, dove c'è un edificio di proprietà dell'Istituto dei Tumori: qui entro la primavera 2009 sorgeranno 14.500 metri quadrati di laboratori dedicati alla ricerca. L'investimento è di 16 milioni di euro. ■

Il giardino dei monelli

L'INT ha stipulato una Convenzione con gli Istituti Milanesi Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio per assicurare la possibilità di frequentare l'asilo nido interaziendale "Il Giardino dei Monelli" di via Pitteri n. 56, riservando 15 posti ai figli dei propri collaboratori, fatta salva la possibilità di ampliamento in caso di maggior richiesta da parte della Fondazione e contestuale disponibilità di posti nel nido. A seconda della fasce di reddito, definite in base ai criteri ISEE, la Fondazione, al di sotto dei 27.000 euro annui, si farà carico da un 30% fino al totale della retta. ■



L'Infermiere oggi: consapevolezza del proprio ruolo. Risultati di un'indagine conoscitiva all'interno dell'INT

Un'indagine sulla percezione dello status professionale e giuridico della professione da parte degli infermieri all'interno della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori di Milano è diventata la tesi di laurea di Daniela Sara Sgaramella, relatore Miriam Magri, correlatore Cristina Cerati. Al riguardo erano stati distribuiti 314 questionari, di cui 144 compilati ed analizzati, pari al 46% del campione. In sintesi, l'indagine ha evidenziato la presenza di conoscenze disomogenee tra gli infermieri INT circa la recente evoluzione della normativa in ambito professionale e formativo. A questo si associa una percezione non chiara di identità professionale rispetto agli ambiti di autonomia assegnati dalla legislazione vigente. Pertanto, gli infermieri intervistati pur riconoscendo la natura degli interventi infermieristici di loro pertinenza, così come definito dal codice deontologico, non si identificano ancora, in larga misura, nella veste di professionisti autonomi. Inoltre, l'aspetto relativo alla dichiarata conoscenza ed utilizzo dell'Evidence Based Nursing (EBN) nella pratica assistenziale, dovrebbe essere maggiormente valorizzato al fine di apportare sostanziali miglioramenti nell'ambito della qualità degli interventi assistenziali. Infine, l'esigenza sempre più sentita in ambito sanitario del lavoro d'équipe e di integrazione professionale, finalizzato al raggiungimento di obiettivi di salute, richiede il confronto tra professionisti e l'adozione di un modello decisionale di tipo interdisciplinare. A tal fine risulta necessario che i professionisti acquisiscano una maggiore consapevolezza del proprio ruolo. Lo strumento utilizzato dal Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Aziendale (SITRA) è la formazione, attraverso la trasmissione di contenuti specifici nell'ambito di eventi formativi programmati. ■



L'evoluzione del percorso formativo

La ricerca rileva, inoltre, disinformazione in merito all'evoluzione del percorso formativo che ha accompagnato la professione infermieristica nell'ultimo decennio. Infatti, il 46% degli infermieri dell'INT non conosce quali siano i requisiti di accesso ai corsi di formazione post base (Master di I e II livello e Laurea Specialistica), ed in modo particolare l'equipollenza dei titoli conseguiti con i precedenti ordinamenti. Inoltre, solo il 61% di loro ha correttamente individuato la Laurea in Infermieristica quale titolo di studio attualmente rilasciato per l'esercizio della professione, mentre il 35,4% ha indicato il Diploma Universitario.

In merito alla partecipazione alle attività di formazione continua, il 90,2% ha giustamente riconosciuto l'obbligatorietà della stessa. ■

Composizione del campione

L'età media degli intervistati è di 35,33 anni; il 75% del campione esaminato è composto da infermieri di sesso femminile.

In merito al titolo di studio risulta che il 55% è in possesso del Diploma di Maturità, mentre solo il 21,5% ha conseguito la Laurea in Infermieristica.

L'anzianità di servizio media è di 15 anni circa. ■

I risultati

Dall'indagine effettuata è emerso che il 55,6% degli intervistati ritiene la professione infermieristica autonoma nell'esercizio dei propri ambiti di competenza, così come sancito dalla Legge 42/99, mentre il 34,7% la definisce ancora professione paramedica.

Sempre in merito all'esercizio professionale, ridisegnato dalla nuova normativa, il 72,2% ha confermato che l'attività infermieristica è basata su interventi specifici, autonomi e complementari; le funzioni che rientrano tra le responsabilità dell'infermiere sono: garantire l'assistenza infermieristica generale e l'applicazione delle procedure terapeutiche (89,9%).

Circa il 28% degli infermieri ritiene invece che gli interventi infermieristici siano di tipo esecutivo e/o composti da specifici compiti/mansioni.

Contestualmente, risulta una netta convergenza nelle risposte degli intervistati in merito a: conoscenza di quanto delineato dal Codice Deontologico dell'Infermiere (95,1%); possibilità di carriera dirigenziale nell'ambito della professione infermieristica (86,1%) e delle procedure terapeutiche (89,9%). ■



World No Tobacco Day 2008 - Giovani liberi dal fumo

L'Istituto Nazionale dei Tumori e le Iene, Andrea Pellizzari e Pif, hanno incontrato 300 studenti delle Scuole Superiori di Milano e Provincia per battere insieme il fumo e la dipendenza dalle sigarette.

Nel corso dell'incontro tenutosi il 31 maggio 2008, gli esperti dell'Istituto Nazionale dei Tumori hanno illustrato le problematiche relative al fumo, la necessità di smettere di fumare, con le difficoltà connesse, ma soprattutto l'importanza di non iniziare il rapporto con "le bionde".

Attraverso esperimenti in diretta si è dimostrato in che modo il fumo incida sulla qualità dell'aria che respiriamo: in particolare l'allergologo **Giovanni Invernizzi** e lo specialista in analisi ambientali **Ario Ruprecht** hanno misurato, con un collegamento diretto dal cortile all'aula, l'inquinamento prodotto da una sola sigaretta all'interno dell'abitacolo di un'automobile.

Le rilevazioni hanno prodotto i seguenti risultati:

a) con condizionamento in funzione e finestrini chiusi si è registrato un picco dei $PM_{2,5}$ e PM_{10} di circa 500 microgrammi per m^3 (oltre 75 volte il basale per il $PM_{2,5}$ e 45 volte per il PM_{10}) mentre il PM_1 è arrivato a oltre 300;

b) con condizionamento in funzione e finestrino lato fumatore aperto per 1/4: nonostante l'aumen-



tato ricambio d'aria, le concentrazioni delle tre classi di polveri fini misurate sono aumentate fino a 60-80 microgrammi per m^3 , sempre al di sopra dei limiti di legge;

c) condizionamento in funzione e finestrino lato fumatore completamente aperto: le concentrazioni nei posti posteriori sono aumentate considerevolmente superando anche in questo caso i limiti.

In conclusione, nonostante la vettura fosse equipaggiata di un impianto di condizionamento dotato di filtri anti-

particolato, come ormai installato in quasi tutte le vetture moderne ed in grado di abbattere quasi l'80% delle polveri con un ricambio d'aria notevole (circa 6-8 a/c o ricambi per ora), **le concentrazioni nei sedili posteriori hanno raggiunto valori superiori alle soglie di legge anche nelle condizioni migliori di ventilazione e con il finestrino lato fumatore completamente aperto.** ■

Per informazioni su questo ed altri progetti, URP 02 23902772.

Nuove tecniche radioterapiche combinate con farmaci 'vecchi e nuovi' per la cura dei tumori della testa e collo

Nel corso di un convegno scientifico, coordinato da **Lisa Licitra e Patrizia Olmi**, rispettivamente Responsabili dell'Oncologia Medica dei Tumori Testa e Collo e della Radioterapia della Fondazione IRCCS - Istituto Nazionale dei Tumori, con la partecipazione di autorevoli relatori nazionali ed internazionali, è stata approfondita la valutazione dell'impatto nella pratica clinica delle novità in tema di radioterapia, chemioterapia e farmaci biologici nella cura dei tumori della testa e collo.

In generale si può dire che negli stadi più limitati di malattia le possibilità di guarigione a seconda della sede di origine del tumore oscillano dal 70 al 90% con radioterapia, parimenti a quanto si può ottenere con un intervento chirurgico conservativo.

Gli stadi avanzati di malattia hanno invece possibilità inferiori di guarigione

che vanno dal 30 al 60%. L'intervento chirurgico spesso è demolitivo, anche se oggi le possibilità di ricostruzione limitano la perdita di funzionalità.

La preservazione d'organo e delle sue funzioni è oggetto delle combinazioni terapeutiche di radioterapia e terapia con farmaci. La radioterapia si può avvalere di tecniche speciali, che consentono di focalizzare la dose nel volume tumorale che può essere oggi irradiato con un risparmio massimo delle strutture sane circostanti.

La diagnostica per immagini (TC, RM, PET) può essere "fusa" con le immagini della TC di pianificazione radioterapica per una delineazione dei volumi bersaglio più accurata possibile; con la PET e la RM con spettroscopia si può valutare il volume "biologico", che corrisponde alla parte biologicamente più attiva del tumore.

Nuove tecnologie radioterapiche consentono anche un controllo accurato del posizionamento del paziente durante le sedute di trattamento (cosiddetta radioterapia guidata dalle immagini) ottenendo così una più elevata qualità del trattamento stesso.

Nei tumori avanzati della testa e collo la radioterapia viene combinata, per aumentare il potenziale curativo, con chemioterapici e anche con farmaci "intelligenti" che interagiscono con il tumore in modo mirato.

Nuovi studi clinici sono in corso per comprovare l'efficacia delle strategie terapeutiche più innovative di combinazione della radioterapia con farmaci "vecchi e nuovi" per conseguire risultati migliori con tossicità locali e sistemiche inferiori. ■

I risultati della ricerca clinica e sperimentale, unite nel contrastare i tumori alla prostata e al colon

La convergenza della ricerca clinica e sperimentale nella cura dei tumori è uno dei caratteri distintivi degli Istituti di Ricerca e Cura ed, in particolare, dell'Istituto Nazionale dei Tumori, come ha dimostrato la presentazione, nel corso di una recente conferenza stampa, di alcuni risultati derivanti dalla convergenza della ricerca clinica e sperimentale nella cura di tumori alla prostata e al colon.

Durante l'incontro, **Nadia Zaffaroni** e **Riccardo Valdagni**, rispettivamente Coordinatore della Ricerca Preclinica e Direttore del 'Programma Prostata', hanno sottolineato che, in particolare, si sono avuti risultati innovativi e promettenti su tre linee di ricerca, di cui due in ambito clinico/terapeutico (la Sorveglianza attiva e lo sviluppo di un vaccino antitumorale).

Il Programma Prostata, sviluppato all'Istituto Nazionale Tumori a partire dal settembre 2004 come progetto speciale della Direzione Scientifica, è articolato in più linee di indagine: 3 studi di ricerca epidemiologica, 16 studi/protocolli clinici, 11 studi di ricerca sperimentale/traslazionale e 2 progetti di ricerca psicologica. La **Sorveglianza attiva** (S.A.) riguarda i soggetti con cancro della prostata di piccole dimensioni e scarsa aggressività, quindi a basso rischio evolutivo, con un'agenda di controlli clinici e diagnostici per il monitoraggio nel tempo dello stato di malattia. Solo se la malattia cambia comportamento in senso sfavorevole, come dimostrato con i controlli periodici, si fa ricorso al trattamento radicale invasivo (chirurgia o radioterapia o brachiterapia).

Da ottobre scorso è stata anche ufficializzata la partecipazione del Programma Prostata dell'Istituto come unico centro italiano, a due studi multicentrici internazionali PRIAS e PRO-CABIO, che valutano rispettivamente la S.A. come valida strategia osservazionale nel cancro prostatico localizzato a basso rischio e l'utilizzo di nuovi biomarcatori dosabili nel sangue del paziente con cancro prostatico in fase iniziale al fine di personalizzare il tipo di intervento e monitorare l'andamento della patologia in corso di S.A.

Un fronte di studio assolutamente in-

“ I risultati preliminari, dello studio pilota su 20 pazienti appena concluso, dimostrano che, nel 50% circa dei pazienti, il vaccino causa una riduzione o un rallentamento significativo della progressione del tumore prostatico. ”

novativo anche a livello internazionale, è poi rappresentato dallo sviluppo di **metodi statistico/matematici di previsione e, quindi, di possibile prevenzione delle tossicità correlate alla radioterapia esterna** somministrata ai pazienti con cancro prostatico. Altra linea di ricerca all'avanguardia in corso di valutazione è lo sviluppo di un **vaccino antitumorale terapeutico** come opzione nei pazienti che non abbiano tratto completa efficacia dalla chirurgia e dalla radioterapia. La ricerca è diretta dalla dott.ssa **Licia Rivoltini**, Responsabile dell'Unità di Immunoterapia dei Tumori Umani. Somministrando sottocute il vaccino (8 dosi totali, la prima metà bimensilmente e la seconda metà mensilmente) costituito da porzioni di proteine derivati dal tumore prostatico, si è valutata la possibilità di indurre un'attivazione del sistema immunitario che sia poi in grado di distruggere le cellule tumorali presenti nel paziente. ■



Marco Pierotti, Direttore Scientifico, ed **Ermanno Leo**, Direttore Struttura Complessa 'Chirurgia Colo-Rettale' hanno presentato i risultati di una ricerca per la **diagnosi molecolare** del tumore coloretale, che rappresenta la seconda causa di morte per malattie neoplastiche e la prima per patologie non collegate al fumo. L'ipotesi di partenza, avvalorata da numerosi ed approfonditi studi, riguardava l'associazione tra alterazioni geniche e sviluppo neoplastico. A causa della diffusione e della pericolosità di questo tumore, la possibilità di individuare precocemente tale malattia rappresenta il naturale sbocco delle analisi molecolari, soprattutto in virtù del fatto che la diagnosi precoce è attualmente basata su colonscopia (non sempre gradita ai pazienti), o la ricerca di sangue occulto nelle feci e di marcatori sierologici quali il CEA (caratterizzati da non elevata specificità e sensibilità). Sulla base di evidenze riscontrate nei carcinomi polmonari non a piccole cellule gli Autori del lavoro hanno investigato nel plasma di pazienti con carcinoma coloretale sia il livello di DNA liberamente circolante che due marcatori molecolari associati alle fasi iniziali della carcinogenesi coloretale. L'analisi del livello di DNA liberamente circolante nel plasma ha mostrato valori anormalmente elevati in tutti i pazienti in presenza della neoplasia. La quantificazione di DNA liberamente circolante nel plasma ha mostrato un andamento parallelo all'evoluzione della malattia: i livelli si sono abbassati nei pazienti che non hanno mostrato ripresa di malattia, e si sono innalzati al momento dell'insorgenza di recidiva o metastasi. Tali dati promettenti suggeriscono il possibile utilizzo di analisi più sensibili e specifiche nell'individuare precocemente un cancro coloretale e in grado di monitorare con efficienza il decorso nel tempo di tale malattia neoplastica, attraverso metodiche non invasive. ■



Fondazione IRCCS
"Istituto Nazionale dei Tumori"

L'Unità di Chirurgia dell'Apparato Digerente e Trapianto Fegato dell'INT

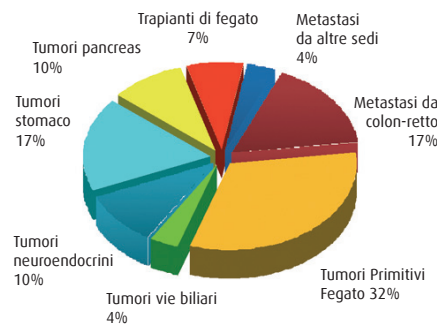
I risultati della ricerca dell'INT sul tumore al fegato diventano linee guida internazionali

I risultati oggi acquisiti con una metodologia scientifica indiscutibile (evidence-based) premiano anche uno sforzo preciso dell'Istituto Tumori a Milano, dove è presente un Centro di cura multidisciplinare molto avanzato su tutti i tipi di tumori del fegato, comprendente anche il trapianto di fegato e dove è attivo da tempo un Consorzio di Ricerca sul carcinoma epatico fondato insieme all'Università di Barcelona e alla Mount Sinai School of Medicine di New York.

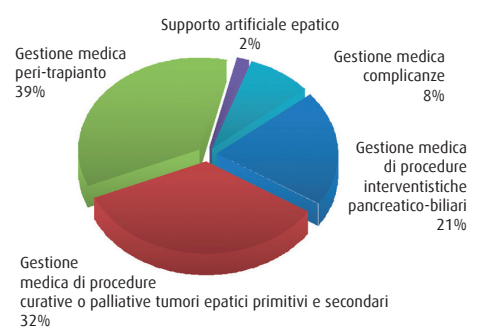
Questi tre Centri di eccellenza mondiale hanno prodotto di recente molti avanzamenti nell'approccio clinico e sperimentale all'epatocarcinoma che stanno rendendo possibile, grazie anche al contributo di altri, reali cambi della strategia di cura e di risultato a distanza per pazienti sino a pochi anni fa considerati senza speranza.

Resoconto attività 2007

423 ricoveri chirurgici



371 ricoveri gastroenterologici



Seguendo la missione originaria dell'Istituto Tumori di Milano focalizzata sull'interesse del paziente ammalato di tumore, l'attività del gruppo di lavoro dell'INT non si esplicita quindi sul solo piano clinico ma anche su quello di ricerca con produzioni scientifiche che sono da tempo riconosciute come linee guida internazionali.

Ad esempio:

- i criteri di Milano per la definizione dei pazienti con epatocarcinoma candidati a trapianto di fegato;
- i nuovi approcci terapeutici per ridurre le recidive dopo gli interventi chirurgici;
- i nuovi trattamenti di cura delle metastasi epatiche. ■

CasaPrometeo: accoglienza si coniuga con assistenza

Casa Prometeo



Prometeo, acronimo per Progetto Malattie Epatiche Trapianti e Oncologia (tel. 02 23902878) è un'Associazione onlus che opera in ambito oncologico promuovendo ed organizzando iniziative socio-assistenziali e sanitarie a favore dei malati con tumore del fegato, del pancreas e delle vie biliari.

E' stata fondata nel 2000 dalla volontà di alcuni pazienti trapiantati di Fegato e trattati presso l'Unità Operativa diretta dal dottor Mazzaferro.

Una delle realizzazioni dell'Associazione è CasaPrometeo, in Piazzale Gorini al 18, a due passi dall'Istituto, un "casa di accoglienza" in grado di ospitare contemporaneamente tre nuclei familiari a prezzi contenuti, con assistenza quotidiana da parte di volontari e contatto continuo con i Medici dell'Istituto. Si tratta dell'unico esempio attualmente operativo di de-localizzazione dell'assistenza per pazienti (e rispettive famiglie) provenienti da lontano malati di tumore in cura o in controllo presso il nostro Istituto, dopo procedure complesse come quelle eseguite presso l'Unità di Chirurgia dell'Apparato Digerente. ■

Una delle realizzazioni dell'Associazione è CasaPrometeo, in Piazzale Gorini al 18, a due passi dall'Istituto, un "casa di accoglienza" in grado di ospitare contemporaneamente tre nuclei familiari a prezzi contenuti, con assistenza quotidiana da parte di volontari e contatto continuo con i Medici dell'Istituto. Si tratta dell'unico esempio attualmente operativo di de-localizzazione dell'assistenza per pazienti (e rispettive famiglie) provenienti da lontano malati di tumore in cura o in controllo presso il nostro Istituto, dopo procedure complesse come quelle eseguite presso l'Unità di Chirurgia dell'Apparato Digerente. ■

U.O. Chirurgia Apparato Digerente (EGP) e Trapianto di Fegato

Resoconto attività 2007 800 ricoveri

N. posti letto	24
Tasso di occupazione	90%
Indice di rotazione	33
Degenza media totale (gg)	11
Degenza media post-chir (gg)	6.5
Indice di Complessità Media	2.51
Indice di Complessità Media dell'Istituto Tumori	1,68

Dati Controllo di Gestione INT

Il sorafenib autorizzato dall'Aifa per la cura dei tumori al fegato

Il farmaco denominato sorafenib, il cui nome commerciale è Nexavar e il cui brevetto è di proprietà delle aziende farmaceutiche Bayer Healthcare AG Germany e Onyx Pharma, come molti nuovi farmaci biologici ha effetti collaterali inferiori a quelli della tradizionale chemioterapia ma è ad alto costo, con un conseguente prevedibile impatto negativo sulla spesa farmaceutica nazionale.

Il sorafenib è stato approvato per l'uso nei pazienti affetti da epatocarcinoma dall'Agenzia Europea del Farmaco (EMA).

In Italia il meccanismo di rimborsabilità del sorafenib con il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) si è attivato in questi giorni (Gazzetta Ufficiale del 24.6.08) diventando un importante banco di

prova ed un precedente virtuoso per la definizione di criteri clinici tra specialisti in materia e Autorità Regolatorie in merito all'uso di molecole così costose, con lo scopo ultimo di rimborsare il costo del farmaco solo a coloro che ne possono beneficiare e

comunque nell'interesse dei pazienti e della comunità.

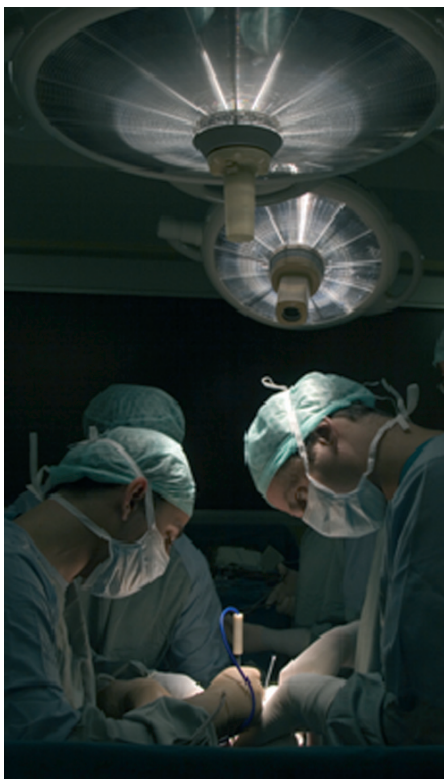
Per tale motivo la molecola è prevista come prescrivibile solo in fascia H, come farmaco a esclusiva prescrizione ospedaliera. ■



L'equipe del dott. Vincenzo Mazzaferro

Un commento del Dott. Vincenzo Mazzaferro

“ **Tumore al fegato: per la prima volta si dimostra l'efficacia di un farmaco 'intelligente', alla cui sperimentazione clinica l'Istituto dei Tumori ha dato un contributo decisivo**



Nello studio, a cui fa riferimento l'autorizzazione dell'AIFA, il sorafenib è, di fatto, il primo farmaco dimostratosi attivo contro l'epatocarcinoma, dopo decine di altri studi clinici condotti senza risultato negli ultimi 20 anni.

L'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano ha fornito il maggior contributo italiano allo studio multicentrico, seguito da altri Centri attivi sul territorio nazionale, come l'Università di Pisa, l'Istituto Humanitas di Milano e le Università di Pavia e Bologna.

Nei pazienti con tumore epatico avanzato (ovvero senza più possibilità di procedere a trattamenti alternativi quali l'ablazione, la resezione chirurgica o il trapianto) il sorafenib ha permesso di aumentare la sopravvivenza globale del 44% rispetto a coloro a cui non era stato somministrato altro che un placebo.

Si tratta di una nuova frontiera nel trattamento del tumore del fegato che sino

ad oggi non aveva alcun farmaco attivo da poter proporre ai pazienti, in aggiunta alle cure convenzionali sviluppate negli ultimi decenni soprattutto grazie al contributo dei ricercatori clinici operanti in Istituto: le resezioni chirurgiche, la procedure di ablazione e il trapianto di fegato.

I risultati positivi di questa sperimentazione **sono destinati a cambiare la pratica clinica di tutti coloro che avranno a che fare con questo tipo di tumore negli anni a venire.**

Si tratta di centinaia di migliaia di malati, molto comuni in Asia e in Africa ma in rapido incremento di incidenza anche in Europa e nel mondo occidentale, a causa della cirrosi epatica, prevalentemente correlata all'infezione da virus dell'epatite B e C e all'abuso di alcool.

”



Associazione Bianca Garavaglia

per l'aiuto e il sostegno di iniziative operanti nel campo dei tumori infantili.

Quando il dolore si trasforma in speranza

Quando un figlio ci lascia, pare che tutto ci lasci: cadono le speranze, i progetti, la voglia di fare, di dare... Ma la morte e la vita, realtà della stessa creazione, possono divenire un dono".

In queste parole, scritte in occasione del ventesimo anniversario dell'Associazione Bianca Garavaglia, per l'aiuto e il sostegno di iniziative operanti nel campo dei tumori infantili, è riassunta la scelta di vita di **Franca e Carlo Garavaglia** di fronte alla morte della loro piccola per un tumore: il Sarcoma di Ewing. "Nata nel 1987 - racconta il Presidente Carlo Garavaglia -, l'Associazione, che da allora affianca la Pediatria Oncologica dell'Istituto Nazionale Tumori sostenendo costi per la formazione e l'attività di ricerca e di cura, per l'acquisto di macchinari ed attrezzature e di materiali vari di consumo, è stata la prima, più di vent'anni fa, a farsi carico dei costi per istituire un servizio di psicologia specificamente dedicato ai piccoli pazienti del reparto".

Fin dall'inizio della sua attività l'Associazione Bianca Garavaglia, inoltre, ha sostenuto finanziariamente un posto aggiuntivo presso la Scuola di Specialità in Oncologia per un giovane medico intenzionato a specializzarsi in Oncologia Pediatrica.

"L'anno successivo - continua il dott. Garavaglia - l'Associazione decideva di sostenere i costi per la realizzazione di un laboratorio di ricerca presso il reparto di Oncologia Pediatrica, facendosi carico sia della formazione, presso il St. Jude Children's Research Hospital di Memphis (USA), e della remunerazione di una giovane biologa, sia dei macchinari e delle attrezzature necessarie".

In anni recenti, presso il laboratorio, ha significativamente concorso alla creazione della banca biologica dei tumori renali infantili, divenuta punto di riferimento nazionale presso la quale vengono centralizzati i campioni biologici di tutti i piccoli pazienti affetti da quei particolari tumori.

Da ultimo, ma di grande importanza sia per l'Associazione, che si è fatta carico di un impegno triennale di 860 mila euro, sia per l'INT, la definizione di una Convenzione, attiva nel triennio 2006-2008, per la realizzazione di sei progetti, ovviamente nell'ambito dell'Oncologia Pediatrica, finalizzati a promuovere programmi di formazione, aggiornamento e specializzazione tecnica di personale altamente qualificato e gli scambi scientifici e culturali fra i ricercatori dei Centri medico-biologici italiani e stranieri.

"Tutto quello che abbiamo concorso a realizzare - conclude Carlo Garavaglia - non sarebbe stato possibile senza il sostegno degli oltre 1.500 soci dell'Associazione dedicata a Bianca, delle donazioni di benefattori e delle manifestazioni organizzate da genitori, parenti ed amici di pazienti anche in occasione di ricorrenze come anniversari, matrimoni e battesimi. A loro va un grande, sentito ringraziamento". ■

"per contribuire c/c postale n.14925218 o on-line sul sito www.abianca.org"

L'Oncologia pediatrica della Fondazione Irccs Istituto Nazionale Tumori

Una struttura d'avanguardia per la diagnosi precoce e la cura dei tumori infantili

In Italia, ogni anno su **1 milione di bambini** e adolescenti si verificano circa **120-140 nuovi casi** di tumore. Per loro, oggi le prospettive di guarigione sono sempre più concrete, grazie ai graduali ma costanti progressi dell'Oncologia Pediatrica, una disciplina che dagli anni Sessanta ha iniziato a lavorare per trasformare le neoplasie infantili da cause perse a malattie curabili.

La struttura di Oncologia Pediatrica della Fondazione Irccs Istituto Nazionale Tumori di Milano è stata in assoluto la prima a farsi carico del problema in Italia e vanta oggi una competenza ed un approccio medico-scientifico al problema di assoluta primazia. "Negli anni '60 erano rarissimi i bambini che giungevano alla nostra osservazione - ricorda **Franca Fossati Bellani**, responsabile della struttura - e si poteva disporre di un solo letto in un box del reparto adulti, da allora abbiamo

assistito più di 5.000 casi". "Rispetto agli anni '60, quando erano guaribili solo 2 bambini su 10, oggi sono potenzialmente candidati alla guarigione 7 su 10". Conoscere i sintomi più comuni dei tumori infantili è uno dei passi più importanti per combattere questa malattia e salvare migliaia di giovani vite. I numeri parlano chiaro:

I tumori infantili nel mondo

Ogni anno nel mondo 160.000 bambini vengono colpiti da neoplasie, che rappresentano la seconda causa di morte tra il primo e il quattordicesimo anno d'età e 8 bambini ammalati su 10 vivono in nazioni in via di sviluppo, con percentuali di sopravvivenza che non superano in media il 50 per cento, contro oltre il 70 per cento raggiunto nei Paesi a più alto reddito.

l'85 per cento delle neoplasie infantili è riconducibile ad una serie di campanelli d'allarme, anche piuttosto comuni in un bambino (perdita di peso e febbre, pallore, mal di testa e vomito al mattino, gonfiore addominale, ecchimosi o emorragie), che però devono destare l'attenzione di familiari e pediatri e, se è il caso, condurre ad un adeguato approfondimento.

"Il punto fondamentale è fare di tutto per non ritardare la diagnosi - spiega Franca Fossati Bellani -. E' chiaro che per i bambini ha poco senso parlare di prevenzione come stile di vita o come screening, e allora è fondamentale non sottovalutare mai certi sintomi specifici o generici, che variano a seconda della sede della neoplasia e che possono sfuggire all'occhio del pediatra (il quale, va ricordato, in media nella sua vita professionale incontra 2 o al massimo 3 casi di tumore)." ■

I casi di tumore sono in aumento tra le donne italiane, ma di cancro si muore sempre di meno.

Rapporto 2008 dell'Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM)

● **120.000:** sono i casi di tumori maligni diagnosticati ogni anno in Italia in tutta la popolazione femminile di età compresa tra 0 e 84 anni;

● **di questi, 38.000 sono i tumori della mammella, al primo posto nella classifica delle patologie oncologiche che colpiscono il sesso femminile.**

Nell'ordine, per numero, seguono i tumori del colon-retto, del polmone, dello stomaco e del corpo dell'utero.

● **1 donna su 4 ha la probabilità teorica di ammalarsi di tumore nel corso della propria vita (dalla nascita a-74 anni);**

● **il rischio di ammalarsi di tumore cresce all'aumentare dell'età: nelle donne tra 0 e 44 anni si diagnostica il 9% dei tumori; 30 tumori su 100 nella fascia d'età 45-64 anni, il rimanente 60% riguarda le donne sopra i 65 anni;**

● **119 su 10.000: la quota di donne sopra i 75 anni che ogni anno muoiono per tumore; tra le più giovani (55-74 anni) tale quota scende a 38 su 10.000;**

● **1 donna su 11 è probabile che muoia a causa di un tumore;**

● **60 su 100: le donne ancora vive dopo 5 anni dalla diagnosi di tumore.**

Corpo dell'utero

- è al quinto posto fra i tumori diagnosticati nel sesso femminile;
- 75 su 100: sono le donne ancora vive dopo 5 anni dalla diagnosi di questo tumore;
- 1,6%: l'incremento di sopravvivenza registrato per questo tumore ogni tre anni dal 1985 al 2002

Cervice uterina

- 3.400: la stima dei casi diagnosticati ogni anno in Italia;
- 1 su 2,5: la proporzione di tumori della cervice uterina diagnosticati ogni anno rispetto a quelli del corpo dell'utero;
- 5 su 100: la quota di casi di tumore della cervice uterina rispetto a tutti i tumori diagnosticati nelle donne sotto i 45 anni (in questa fascia d'età è al quarto posto nella scala delle frequenze).
- 4.800: i nuovi casi diagnosticati ogni anno;
- 41 su 100: le donne ancora in vita dopo 5 anni dalla diagnosi;
- fra 40 e 60 anni di età il rischio di ammalarsi raddoppia

Polmone

- 28 su 100.000: la quota di donne a cui ogni anno viene diagnosticato un tumore del polmone;
- 17,2%: la quota di donne che fumano in Italia risultante nel 2003 (erano il 16,6% nel 1999).

Tumore della mammella

● 1 su 3: la proporzione di tumori della mammella (38.000 in numeri assoluti) tra tutti i tumori diagnosticati ogni anno;

● 1 su 11: le donne che si ammalano nel corso della vita (da 0 a 74 anni);

● 100 su 100.000: le quarantenni colpite ogni anno da tumore della mammella; questa frequenza

raddoppia nelle cinquantenni e triplica nelle sessantenni;

● 40 su 100: su cento casi di tumore diagnosticato nelle donne tra 45 e 64 anni, 40 sono della mammella;

● 11.000: i decessi per tumore della mammella registrati ogni anno;

Farmaci contro le metastasi del tumore al seno

Elda Tagliabue, Ricercatrice dell'Unità 'Bersagli Molecolari' e **Milvia Zambetti**, Oncologo Medico dell'Unità Operativa di 'Oncologia Medica 1', hanno recentemente illustrato i risultati di due studi (Demetra e Noah) relativi alle pazienti con neoplasie positive al seno per la presenza di HER2.

Lo studio Demetra (Donne con carcinomi mammari metastatici trattate con Trastuzumab) è uno studio osservazionale retrospettivo che ha lo scopo di analizzare l'efficacia terapeutica e la tossicità dell'anticorpo monoclonale trastuzumab diretto contro l'oncoproteina HER2 nella pratica clinica.

A questo scopo, un database posto su internet ha permesso ai 22 centri oncologici partecipanti allo studio di registrare la storia clinica di pazienti trattate con trastuzumab per carcinoma della mammella HER2-positivi metastatici.

Altri parametri inclusi sono stati altri farmaci utilizzati, la sede delle metastasi, la risposta clinica e la progressione tumorale.

L'analisi dei dati ha mostrato una risposta clinica in circa 50% delle pazienti con un significativo aumento di risposta per la combinazione di trastuzumab con i taxani.

La tossicità cardiaca registrata è stata molto bassa, con solo 0,3% di scompensi cardiaci e meno del 1% di diminuzione asintomatica della FEV. L'analisi multivariata dei parametri associati alla sopravvivenza

indica che i fattori rilevanti sono: la risposta alla terapia di prima linea, l'intervallo tra la diagnosi e la prima metastasi, il mantenimento di trastuzumab alla progressione e il trattamento con taxani.

Adesso, si sta allestendo un tissue microarray, una tecnologia per ricavare i profili di espressione genica, comprendente i campioni tumorali di tutte le pazienti dello studio per valutare eventuali fattori biologici che potrebbero essere associati alla risposta per una migliore selezione delle pazienti da trattare.

Lo studio NOAH riguarda la valutazione dell'efficacia e della tollerabilità della chemioterapia primaria in combinazione con Herceptin in pazienti con carcinoma mammario localmente avanzato e con iperespressione o amplificazione di HER2.

Lo studio prevede un concomitante gruppo di controllo in pazienti con analoghe caratteristiche di malattia ma negative per lo stato di HER2.

I risultati del trattamento in circa 230 pazienti (è lo studio più numeroso in questo particolare sottogruppo) dimostrano che l'aggiunta di Herceptin alla chemioterapia preoperatoria migliora significativamente la possibilità di una completa eradicazione locale della malattia, a livello mammario ed ascellare.

Sono in corso studi ulteriori per valutare le caratteristiche cliniche, genetiche e molecolari che si associano alla diversa risposta al trattamento. ■



Convention all'INT con il Presidente di Farmindustria "Industria farmaceutica e Fondazioni Irccs"

Il Presidente di Farmindustria **Sergio Dompé**, intervenendo alla Convention 'Industria farmaceutica e Fondazioni Irccs', organizzato dalla Direzione Generale dell'INT, cui hanno partecipato, Carlo Borsani, Marco Pierotti e Alberto Scanni, ha sostenuto la necessità di: "Valorizzare l'eccellenza della ricerca scientifica italiana creando un network integrato fra competenze istituzionali e imprenditoriali. Un'alleanza virtuosa e trasparente tra aziende del farmaco e Irccs può rivelarsi infatti una strategia vincente, per definire modelli organizzativi più flessibili ed efficaci nello sviluppo di terapie innovative". Ed ha aggiunto: "Questo è un momento eccezionale per stringere forti partnership, che possono trarre vantaggio dal credito d'imposta del 40% concesso alle imprese per i contratti di ricerca con enti pubblici. L'oncologia è la prima area di ricerca clinica in Italia. Dall'inizio del 2000 alla metà del 2007 si contano 1.283 trial. Il 50,7% degli studi è stato promosso dalle aziende e il 49,3% dal no profit. E nella quota no profit, gli Irccs promuovono il 32,4% dei trial in oncologia". "Nel quadriennio - ha concluso il Presidente di Farmindustria - contiamo di aumentare le attività di ricerca del 40-45%. Ma la quantità non deve andare a scapito

della qualità, e, pertanto, ci accontenteremo anche di un aumento del 20-25% delle attività di ricerca ai massimi livelli".

"L'industria farmaceutica - ha, a sua volta, sottolineato **Alberto Scanni**, Direttore Generale dell'INT - viene spesso descritta come cattiva e perciò demonizzata. Ma instaurando con le aziende un dialogo trasparente, su basi etiche ben definite, insieme si possono fare cose importanti.

Lo dimostrano anche i risultati di ricerca presentati dall'Int al recente congresso dell'Asco (American Society of Clinical Oncology) a Chicago.

Una collaborazione che potrebbe anche dar vita a strutture per la brevettazione delle innovazioni". ■



Momento conviviale a Varazze

Una banca regionale dei tessuti tumorali

Marco Pierotti, Direttore Scientifico INT, durante la convention, ha annunciato la costituzione di: "Una banca regionale dei tessuti tumorali interna alla Rete oncologica lombarda (Ro), gestita dall'INT per raccogliere materiale prelevato da tutti i pazienti della Regione, stoccarlo e utilizzarlo non solo per diagnosi mirate, ma anche per sviluppare terapie su misura sempre più 'intelligenti'. Il nuovo strumento di ricerca, co-finanziato da Regione Lombardia e Fondazione Cariplo per un valore stimato in oltre un milione di euro, offrirà un'opportunità preziosa anche alle aziende farmaceutiche. L'ambizione è quella di costruire un modello da replicare in tutte le regioni italiane".

Quale futuro per la ricerca: appunti dal "pensatoio" di Varazze

"Scienza è l'insieme di tutte le ricette che hanno successo in modo prevedibile. Tutto il resto è letteratura". **Paul Valery**

Con una iniziativa che non ha precedenti nell'ultimo quindicennio, il Direttore Generale ha riunito i capi dipartimento, il Direttore Scientifico e i suoi Vice, a Varazze, in una giornata-pensatoio dedicata a riflettere sulle prospettive e sui metodi con i quali la ricerca scientifica si potrà sviluppare nello specifico contesto dell'Istituto dei Tumori. Liberati da vincoli di appartenenza ai diversi riferimenti culturali e di operatività che caratterizzano i vari ambiti di un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico come il nostro (es. il laboratorio, la clinica, i servizi, l'assistenza, la gestione, il controllo) e favoriti dal clima costruttivo dato dall'estraneazione in un luogo diverso e meno formale delle sedi istituzionali, si è potuto concordare su alcuni punti che vengono qui elencati in estrema sintesi. Il tutto alla presenza anche di Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e

Responsabile Regionale di programmazione e sviluppo piani.

- Tra le molte alternative di ricerca, focalizzate sugli aspetti più vari e più o meno utili dell'oncologia, ciò che l'Istituto nella sua interezza considera prioritario è lo sviluppo di una ricerca innovativa, intendendosi come "innovativa" ogni forma organizzata di studio o di azione sperimentale e/o clinica che si proponga il miglioramento della pratica corrente. In altre parole è innovativo un risultato che cambia il modo corrente di operare nel risolvere un problema e che trova in sé le ragioni per far cambiare anche l'atteggiamento e la pratica altrui nell'affrontarlo.

- Anche se le potenzialità di fare innovazioni sono infinite, bisogna rilevare che invece sono limitate quelle applicabili a singoli o a gruppi organizzati di ricercatori che condividono una risorsa per definizione limitata. In pratica "fare delle scelte" è un atteggiamento

non solo necessario ma anche virtuoso, perchè permette lo sviluppo di progetti "strategici" per l'Istituzione in quanto dotati di un alto tasso di innovatività e di positivo miglioramento della condizione attuale.

- I progetti strategici dell'Istituto Tumori, una volta definiti, dovrebbero integrarsi nei piani di sviluppo clinico e sperimentale dell'Ente, in uno sforzo di integrazione tra le diverse componenti che dovrebbe superare le tradizionali barriere organizzativo-gerarchiche (Strutture, Dipartimenti etc.). In realtà l'applicazione del lavoro di alcuni dei membri di Strutture diverse a progetti che, per definizione, superano i tradizionali confini della routine, andrebbe favorita e così facendo, in nome di progetti davvero innovativi (anzi, a partire da essi) potrebbero cadere le barriere che ancora frammentano eccessivamente le realtà cliniche e sperimentali dell'Istituto.

Medici umani, pazienti guerrieri

Gianni Bonadonna

corrode una professione che un tempo si chiamava arte, l'arte di curare...

Il medico contemporaneo possiede qualcosa che tutti i suoi predecessori hanno soltanto sognato: la terapia su misura per ogni malattia...

Il paradosso è che le nuove possibilità curative stanno allontanando il medico dal paziente. Prima dell'avvento degli antibiotici la formazione dei nuovi internisti era tutta polarizzata sulla diagnosi.

La scoperta dei nuovi farmaci ha aperto orizzonti impensati. Ma il fascino quasi fetichistico esercitato dalle tecnologie e dalla potenza stessa dei farmaci ha fatto perdere

di vista il malato come essere umano. L'approccio al malato, a volte, somiglia a quello verso una macchina in avaria. Individuato il guasto ci si limita a porvi rimedio. La cura è un adempimento tecnico... Con questo non va demonizzato lo specialista: per risolvere problemi complessi occorre una competenza specifica.

Si deve però mettere in discussione quella visione parcellare fino all'esasperazione che pretende di vedere nel malato il portatore, soltanto, di una determinata avaria anatomica...

Il medico deve imparare a pensare come fa un malato. Bisogna avere l'umiltà di imparar-

re da chi soffre. Si dice che la malattia dà un nuovo e profondo valore alla vita. Ci si concentra su obiettivi concreti, raggiungibili: si va subito alla sostanza. Ma non è vero che il malato vuole stare da solo o chiede di non essere disturbato. Io sto meglio quando sento i rumori della vita, quando ho molte cose da fare. E se ci riesco, le faccio. ■

Gianni Bonadonna, Primario Emerito dell'INT, occupa un posto preminente nella storia dell'oncologia mondiale. Le sue ricerche di maggior prestigio includono il trattamento per la malattia di Hodgkin e la terapia sistemica nel carcinoma mammario operabile. In entrambe le neoplasie questi trattamenti hanno contribuito a ridurre significativamente il tasso di mortalità.

Carlo Borsani

si tipi di malattia. Purtroppo - ha scritto: "Negli ultimi anni la cura sembra essere un adempimento tecnico, tanto che l'approccio al malato, a volte, somiglia a quello verso una macchina in avaria: individuato il guasto, ci si limita a porvi rimedio". L'altro grande insegnamento che non si stanca mai di ripetere è la messa in guardia dall'eccesso di specialismo.

La necessità di studiare sempre più approfonditamente i singoli fattori all'origine di una determinata malattia non è in discussione. L'errore, però, si manifesta quando il medico stenta a vedere nel paziente la persona. Il problema credo

vada affrontato sia facendo appello alla deontologia e ai valori che devono animare l'attività professionale del medico e del ricercatore, sia trovando anche nuove modalità operative. Una prima risposta può senz'altro venire da una sempre migliore organizzazione del nostro lavoro di equipe. Che non deve significare un appesantimento burocratico, ma deve trovare, ad esempio, il modo di far circolare più velocemente ed efficacemente le informazioni. Un altro aspetto, che si sta mettendo a fuoco nella costruzione della Rete Oncologica Lombarda, e sul quale mi ero impegnato ancora da Assessore

alla Sanità, è il coinvolgimento del medico di famiglia. Non per delegare a lui la gestione 'umana' del rapporto con il paziente, ma come aiuto ad inquadrare la malattia diagnosticata in quel quadro più ampio che aiuta a mettere a fuoco non solo, come si diceva poc'anzi, il paziente, ma la persona. Se sapremo muoverci anche in questa direzione, non avremo risolto definitivamente il problema, ma avremmo, però, sicuramente dato un significativo contributo a ridimensionare l'allarme che il Prof. Bonadonna ci segnala, ancora una volta, con questo bel libro, che invito tutti a leggere. ■

- Vista la già consistente cornice normativa che inquadra lo sviluppo del lavoro della ricerca, i Progetti Integrati, una volta riconosciuti come tali, dovrebbero identificarsi in strutture agili e leggere, senza altro obiettivo che quello della realizzazione del Progetto. Esse dovrebbero essere guidate da Ricercatori che non avrebbero altro ruolo che quello di Coordinatore di aggregazioni libere di professionisti, basate sulla competenza e sul merito acquisito da ciascuno nel settore in oggetto, senza vincoli o modelli pre-determinati.

- I Progetti Integrati dovrebbero favorire le iniziative dei (gruppi di) Ricercatori e puntare quando necessario allo sviluppo di rapporti con l'industria farmaceutica caratterizzati da un interesse prioritario sui farmaci, sui loro bersagli e sulle loro applicazioni, anche favorendo collaborazioni con Aziende di non primissimo piano purché fortemente interessate agli aspetti innovativi della ricerca. L'impegno in soli studi registrativi costituiti in genere da partecipazioni a raccolta di casistiche occasionali è

prospettiva per definizione debole e poco rilevante per il ruolo futuro dell'Istituto.

- In generale in Istituto dovrebbe esser rilanciata la partecipazione e il coordinamento degli studi clinici controllati (i cosiddetti trials) da parte di tutte le unità di lavoro cliniche o sperimentali. Specifica attenzione dovrebbe essere dedicata allo sviluppo di strumenti, di competenze e di professionalità specifiche di appoggio alla medicina dell'evidenza, trovando in ambito gestionale meccanismi di riconoscimento e promozione del lavoro richiesto da questo tipo di prospettiva.

Alla luce di alcuni vissuti quotidiani qualche perplessità da "libro dei sogni" dell'Istituto potrebbe sorgere, ma la sensazione generale e il clima costruttivo che ha originato queste osservazioni testimoniano del contrario e anzi, della grande volontà di integrazione e di rilancio della ricerca come caratteristica più preziosa della nostra Istituzione. ■

Vincenzo Mazzaferro



Fondazione IRCCS
"Istituto Nazionale dei Tumori"

Agire
INT

Periodico della Fondazione IRCCS
dell'Istituto Nazionale dei tumori
20133 Milano, via Venezian 1
tel. 02 23 90 24 86
<http://www.istitutotumori.mi.it>
urp@istitutotumori.mi.it
Numero 3 - Periodicità trimestrale
Autorizzazione Tribunale - N. 592 del 23.09.1998

Direttore responsabile: **Carlo Borsani**

Comitato di redazione

Bruno Calvetta - Patricia Crollari
Marco A. Pierotti - Alberto Scanni

Coordinamento Editoriale

Enrica Alessi - Roberto Mazza - Sergio Vicario

Segreteria di redazione: **Katy Mennillo**

Editore: **Metafora srl**

Via Catania,8 20133 Milano - tel. 02 71 04 00 91

Design: **Cabrini Associati srl - Milano**

Stampa

Cattaneo Paolo Grafiche s.r.l. Oggiono - Lecco

Finito di stampare luglio 2008



Offriamo più semplicità ai liberi professionisti.

PROGETTO PROFESSIONISTI. CONTI SEMPLICI, FINANZIAMENTI VELOCI.

TRE CONTI CORRENTI SU MISURA.

Conto Professionisti: 4,50 euro al mese, tutte le operazioni via Internet, telefono, Bancomat senza alcun costo di gestione (i costi di gestione sono i costi di registrazione delle operazioni, e non comprendono le eventuali commissioni sui singoli servizi e operazioni).

Conto Business Illimitato: 30 euro al mese, inclusi tutti i costi di gestione.

Conto Business Light: 10 euro al mese, fino a 30 operazioni al trimestre, senza costi di gestione.

PRESTOBUSINESS, IL FINANZIAMENTO VELOCE.

Da 5.000 a 75.000 euro, da 2 a 5 anni più 1 anno di eventuale preammortamento.

Zero spese di istruttoria.

Zero spese di incasso rata.

Risposta in 5 giorni lavorativi dalla presentazione della domanda completa di tutta la documentazione necessaria.

www.professionisti.intesasanpaolo.com

NUMERO VERDE
800-714.714

INTESA  SANPAOLO

 BANCO DI NAPOLI

 CASSA DI RISPARMIO
DI VENEZIA

 CASSA DI RISPARMIO
DI PADOVA E ROVIGO

 CASSA DI RISPARMIO
DEL FRIULI VENEZIA GIULIA

 CARISBO

 CASSA DEI RISPARMI
DI FORLÌ E DELLA ROMAGNA

 BANCA DELL'ADRIATICO

 BANCA DI TRENTO
E BOLZANO 