

LA VOSTRA SALUTE

Speciale a cura della A. Manzoni & C. S.p.A.

Tumore al polmone, luci ed ombre

Tumore al polmone, uno spiraglio di luce nella terapia. Almeno per quello 'non a piccole cellule'. Ci sono farmaci intelligenti, i farmaci a bersaglio molecolare che agiscono sulla mutazione genetica. Una compressa da prendere a casa. Alcuni sono già pra-

tica clinica, altri stanno per arrivare, altri ancora sono in fase avanzata di studio. Una buona notizia se non fosse che in Italia sono ancora pochi i Centri che fanno diagnosi genetica e troppo pochi i pazienti che accedono a queste terapie. Tutto sta nella fortuna -perché di fortuna si

tratta- di aver bussato alla porta giusta. Pazienti di serie A e di serie B. Inconsapevoli di esserlo. Una fotografia piena di luci -le scoperte della Ricerca- e di ombre -le disparità di accesso alle cure- quella dell'oncologia toracica nel nostro Paese scattata in occasione della Conferen-

za stampa di presentazione della 3ª Conferenza Internazionale di Oncologia Toracica (CIOT) da Cesare Gridelli, presidente della Conferenza, e da Filippo de Marinis, presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Toracica (AIOT), istituzione che ha promosso l'evento.



» IL PRESIDENTE CIOT 2012

La strada giusta è quella della terapia personalizzata con i farmaci a bersaglio

Parla Cesare Gridelli.

«**A**bbiamo preso la strada giusta. Su questo ormai non ci sono più dubbi. Certo c'è ancora molto da fare per combattere il tumore al polmone del tipo 'non a piccole cellule', una delle forme più frequenti e che colpisce anche i non fumatori, ma la direzione intrapresa con la terapia biomolecolare è quella giusta - dice Cesare Gridelli, Presidente della 3ª Conferenza Internazionale di Oncologia Toracica (CIOT) a Napoli dal 28 al 30 giugno e Direttore del Dipartimento di Onco-Ematologia A.O.R.N. "S.G. Moscati" di Avellino - Alcune molecole sono già pratica clinica, altre in via di studio con pazienti arruolati, altre ancora in fase più iniziale di sperimentazione.



Ma tutto ci lascia pensare che i risultati per molte di loro saranno veramente importanti e che già oggi è possibile anzitutto il tessuto tumorale trovare il farmaco biomolecolare adatto. Fino a qualche anno fa un paziente con una diagnosi di tumore al polmone aveva a disposizione esclusivamente la chemioterapia. Negli ultimi anni si è scoperto che questa forma di tumore al polmone è caratterizzata da alterazioni genetiche specifiche e così sono stati messi a punto farmaci 'intelligenti' in grado di colpire quasi selettivamente proprio questi bersagli risparmiando le cellule sane. Grazie alla diagnosi molecolare sul tessuto possiamo conoscere l'anomalia genetica del tumore di ogni paziente e quindi utilizzare il farmaco mirato. Abbiamo la possibilità di selezionare i pazienti che rispondono maggiormente ai nuovi farmaci. Inoltre, si riducono gli effetti collaterali soprattutto nei confronti delle cellule e dei tessuti sani, con maggiore tollerabilità del trattamento. Il tutto con più possibilità di stabilizzare la malattia avanzata in malattia cronica. I farmaci a bersaglio hanno rivoluzionato l'approccio terapeutico al trattamento del tumore al polmone. Si sta andando incontro alla terapia super personalizzata. Ma è veramente importante che anche i pazienti se ne rendano conto e che a fronte di una diagnosi non si perdano d'animo e cerchino il Centro che possa garantire la terapia in modo completo. La ricerca delle mutazioni di EGFR e ALK si esegue in pochi centri italiani e spesso le lunghezze procedurali fanno sì che i test non vengano eseguiti per la necessità di iniziare rapidamente un trattamento. Per le altre mutazioni è evidente che un paziente viene arruolato in uno studio clinico e riceve il farmaco specifico se il centro al quale si rivolge fa parte dello studio. Non tutte le strutture oncologiche hanno questa possibilità. Inoltre deve cambiare il modo e la mentalità di fare diagnosi ed oggi è fondamentale effettuare una diagnosi prelevando un adeguato campione tumorale per eseguire tutti i test istologici e soprattutto genetici. In un futuro molto vicino sarà possibile, inserendo il tessuto in un'apparecchiatura, effettuare tutti i test genetici contemporaneamente dando subito l'identikit genetico del tumore. Ancora nel nostro paese un buona percentuale di pazienti -quasi la maggioranza- accede oggi solo alla chemioterapia».

» IL PRESIDENTE AIOT

In Italia ci sono inconsapevoli pazienti di serie A e di serie B

Parla Filippo de Marinis.

«**P**er dichiarare veramente guerra all'adenocarcinoma, il tumore al polmone più diffuso anche nei non fumatori, è arrivato il momento che tutti facciamo la loro parte: Istituzioni, Ci-



nici e anche i Pazienti - dice Filippo de Marinis, presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Toracica (AIOT) e Direttore della Unità Operativa di Pneumologia Oncologica dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma - Perché il nemico da combattere non sembra più così invincibile. Ma richiede armi sofisticate e mirate. Armi che la Ricerca sta mettendo a disposizione ma alle quali accedono, a tutt'oggi, solo una ridotta percentuale di pazienti venendosi così a creare una discrepanza di trattamento spesso incomprensibile. "Colpa" del troppo lento adeguamento della nostra Società, nel suo complesso, alle nuove possibilità diagnostico-terapeutiche offerte dalla globalizzazione della Ricerca. Un mix di responsabilità parziali e frammentate che fa sì che nel nostro Paese ci siano malati di serie A e di serie B, all'interno di un SSN che vorrebbe invece garantire tutti. È arrivato il momento di cambiare marcia. Più che una denuncia è una fotografia. Il primo nodo cruciale è proprio nel momento della diagnosi. Oggi sappiamo che l'adenocarcinoma mostra delle anomalie genetiche che si possono mettere in evidenza attraverso esami molecolari sul tessuto. Ma solo nel 50% dei casi abbiamo tessuto a disposizione per poter eseguire l'esame molecolare. Questo perché con l'agobiopsia si prelevano solo cellule e non tessuto. Pochissimi sono i Centri italiani di qualità che riescono con questo esame a realizzare una reale biopsia oltre a un aspirato cellulare. E quanti sono poi i Centri che hanno a disposizione un biologo molecolare per fare questo esame? Ancora troppo pochi in un rapporto di 1 per ogni 10 strutture di oncologia medica. Ma anche con le terapie le cose sono complicate: ad oggi nella pratica clinica abbiamo farmaci per una mutazione genetica, l'EGFR. Per le altre ci sono studi in corso e i pazienti possono accedervi solo se arruolati da Centri dove si fa Ricerca. È un circolo vizioso: il paziente spesso non riceve una diagnosi genetica e quindi non accede a farmaci a bersaglio. Ma anche nel caso in cui ha una diagnosi sul tessuto se il Centro al quale si è rivolto non ha uno studio in corso non accede a farmaci mirati. In assenza di una generalizzata Rete oncologica a livello nazionale (troppo poche ancora le Regioni che se ne sono efficacemente dotate) il paziente non può sapere all'inizio del suo percorso se la fortuna lo ha portato a bussare alla porta di un Centro che potrà mettere a disposizione qualcosa in più oltre allo standard. Ma i pazienti qualcosa in realtà lo possono fare: informarsi. Identificare attentamente il Centro più idoneo per la patologia polmonare, più accessibile, più organizzato, anche per l'emergenza, dove si faccia Ricerca clinica è importante. Circa il 20% di questi adenocarcinomi hanno mutazioni trattabili con farmaci in commercio, e il 40% con farmaci in studio. Le probabilità, di rientrare in queste casistiche non sono poche e, quindi, vale la pena aspettare la risposta del laboratorio. Ma questo dimostra anche quanto sia importante che più pazienti possibile possano accedere a queste terapie».

CIOT 2012

Ricerca e Clinica internazionali si incontrano

È in corso a Napoli, fino a domani 30 giugno, all'Hotel Royal Continental la Terza edizione della Conferenza Internazionale di Oncologia Toracica (CIOT) promossa dall'Associazione Italiana di

Oncologia Toracica (AIOT) che si conferma come un appuntamento di elevato interesse scientifico a livello internazionale. Tanto che da quest'anno, nell'acronimo CIOT la 'I' perde il suo valore di Italiana ed assume quello di Internazionale, a testimonianza di come questo evento sia l'occasione per fornire informazioni che vogliono essere "pietre miliari" sul piano

concettuale e clinico in Oncologia Toracica. I dati sono forniti direttamente dagli Autori più rappresentativi: quest'anno circa il 70% dei relatori sono stranieri, autorevoli rappresentanti nel campo dell'oncologia toracica del tumore al polmone e della Ricerca. Stranieri i relatori, ma non solo. Anche tanti partecipanti provengono da vari Paesi d'Europa.

3RD INTERNATIONAL CONFERENCE ON THORACIC ONCOLOGY

CIOT

NAPLES, June 28th - 30th 2012

ROYAL CONTINENTAL HOTEL
Via Parthenope 38/44

PROGRAMME

AIOT
ASSOCIAZIONE ITALIANA ONCOLOGIA TORACICA

Il congresso

Gridelli e de Marinis (Aiot): anche sulle cure troppa disparità

Campania prima in Italia per tumori al polmone

Meglio in Puglia. Gli oncologi: abbiamo nuove armi

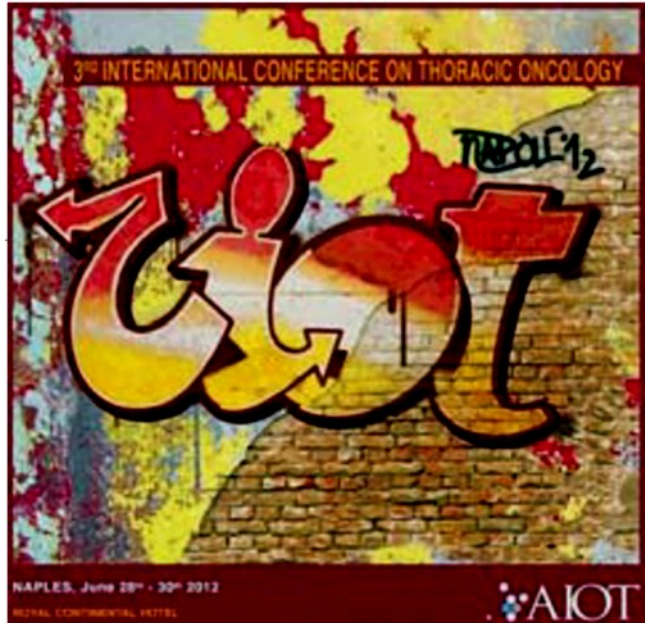
Protagonisti



Filippo de Marinis



Cesare Gridelli



di RAFFAELE NESPOLI

NAPOLI — Passi avanti nella sperimentazione clinica grazie a nuovi farmaci «intelligenti», ma anche disparità di trattamento nella cura dei pazienti e un dato su tutti: la Campania veste la maglia nera per il numero di casi annui di tumore al polmone. Migliore la situazione in Puglia, dove la casistica risulta in linea con il dato nazionale.

Sono queste alcune delle luci e delle ombre registrate in occasione della presentazione della terza Conferenza internazionale di oncologia toracica (Ciot) da Cesare Gridelli (presidente della Conferenza), e da Filippo de Marinis (presidente dell'Associazione italiana di oncologia toracica -Aiot). Ed è proprio l'Aiot che ha promosso la Conferenza internazionale che si è aperta ieri a Napoli e proseguirà sino a domani.

«La strada intrapresa è quella giusta — dice Gridelli, che è anche direttore del dipartimento di Onco-Ematologia del San Giovanni Moscati di Avellino —, su questo ormai non ci sono più dubbi. Certo, c'è ancora molto da fare

per combattere il tumore al polmone del tipo “non a piccole cellule”, tra i più frequenti anche per i non fumatori. Alcune molecole sono già pratica clinica, altre in via di studio con pazienti arruolati, altre ancora in fase più iniziale di sperimentazione. Ma tutto ci lascia pensare che i risultati per molte di loro saranno veramente importanti e che già oggi è possibile, analizzando il tessuto tumorale, trovare il farmaco biomolecolare adatto. Fino a qualche anno fa un paziente con una diagnosi di tumore al polmone aveva a disposizione esclusivamente la chemioterapia. I farmaci a bersaglio hanno invece rivoluzionato l'approccio terapeutico al trattamento del tumore al polmone e ora si va incontro alla terapia super personalizzata. Ma è veramente importante che anche i pazienti se ne rendano conto e che a fronte di una diagnosi non si perdano d'animo e cerchino il centro che possa garantire la terapia in modo completo».

E sono diversi quelli che si possono trovare nel Mezzogiorno d'Italia. In Campania certamente il Pascale, il Cardarelli, il Monal-

ni Moscati di Avellino, vero polo d'eccellenza anche per quel che riguarda la sperimentazione clinica.

Molti, e altamente specializzati, anche i centri di riferimento della Puglia. Tra i quali, l'Istituto oncologico di Bari, le aziende ospedaliere di Brindisi e di Lecce, e il San Giovanni Rotondo. Ma al di là delle speranze concrete che arrivano oggi dalla ricerca, molto preoccupanti sono invece le ombre di intollerabili differenze tra struttura e struttura e tra le diverse regioni. Differenze che inevitabilmente cerano una distinzione tra pazienti di serie A e pazienti di serie B.

«Abbiamo armi nuove e sofisticate per combattere l'adenocarci-



noma (il **tumore al polmone** più diffuso anche nei non fumatori, ndr) — spiega Filippo de Marinis, che è anche direttore della I Unità operativa di Pneumologia Oncologica del San Camillo Forlanini di Roma —. Armi che la ricerca sta mettendo a disposizione ma alle quali accede solo una ridotta percentuale di pazienti. In questo modo si crea una discrepanza di trattamento spesso incomprensibile. Così, in Italia ci sono oggi malati di serie A e di serie B, all'interno di un sistema sanitario nazionale che vorrebbe invece garantire tutti. Tutti gli addetti ai lavori — continua — sanno esattamente come stanno le cose, gli unici a non rendersene conto subito sono proprio i pazienti. E purtroppo il problema nasce già al momento della diagnosi, infatti solo nel 50 per cento dei casi abbiamo tessuto a disposizione per poter eseguire l'esame molecolare. Pochissimi sono i centri italiani di qualità che riescono a realizzare una reale biopsia oltre a un aspirato cellulari. Così il paziente non può sapere all'inizio del suo percorso se la fortuna lo ha portato a bussare alla porta di un centro che gli potrà mettere a disposizione qualcosa in più oltre allo standard. E' importante far capire che attendere un tempo giusto per una diagnosi molecolare che porti alla giusta terapia per la giusta malattia, non è tempo perso».

Tornando ai dati, ogni anno in Italia si registrano circa 38 mila nuovi casi di **tumore al polmone**, il quindici per cento (circa 4.800) solo in Campania. Alla base di questa differenza il fatto che in Campania non solo c'è il più alto numero di fumatori, ma anche il maggior numero di sigarette fumate. Un problema evidentemente legato ad aspetti culturali e alla mancanza di reali campagne di sensibilizzazione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA VOSTRA SALUTE

Speciale a cura della A. Manzoni & C. S.p.A.

Tumore al polmone, luci ed ombre

Tumore al polmone, uno spiraglio di luce nella terapia. Almeno per quello 'non a piccole cellule'. Ci sono farmaci intelligenti, i farmaci a bersaglio molecolare che agiscono sulla mutazione genetica. Una compressa da prendere a casa. Alcuni sono già pra-

tica clinica, altri stanno per arrivare, altri ancora sono in fase avanzata di studio. Una buona notizia se non fosse che in Italia sono ancora pochi i Centri che fanno diagnosi genetica e troppo pochi i pazienti che accedono a queste terapie. Tutto sta nella fortuna -perché di fortuna si

tratta- di aver bussato alla porta giusta. Pazienti di serie A e di serie B. Inconsapevoli di esserlo. Una fotografia piena di luci -le scoperte della Ricerca- e di ombre -le disparità di accesso alle cure- quella dell'oncologia toracica nel nostro Paese scattata in occasione della Conferen-

za stampa di presentazione della 3^a Conferenza Internazionale di Oncologia Toracica (CIOT) da Cesare Gridelli, presidente della Conferenza, e da Filippo de Marinis, presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Toracica (AIOT), istituzione che ha promosso l'evento.



» IL PRESIDENTE CIOT 2012

La strada giusta è quella della terapia personalizzata con i farmaci a bersaglio

Parla Cesare Gridelli.

«**A**bbiamo preso la strada giusta. Su questo ormai non ci sono più dubbi. Certo c'è ancora molto da fare per combattere il tumore al polmone del tipo 'non a piccole cellule', una delle forme più frequenti e che colpisce anche i non fumatori, ma la direzione intrapresa con la terapia biomolecolare è quella giusta - dice Cesare Gridelli, Presidente della 3^a Conferenza Internazionale di Oncologia Toracica (CIOT) a Napoli dal 28 al 30 giugno e Direttore del Dipartimento di Onco-Ematologia A.O.R.N. "S.G. Moscati" di Avellino - Alcune molecole sono già pratica clinica, altre in via di studio con pazienti arruolati, altre ancora in fase più iniziale di sperimentazione.



Ma tutto ci lascia pensare che i risultati per molte di loro saranno veramente importanti e che già oggi è possibile anzianizzando il tessuto tumorale trovare il farmaco biomolecolare adatto. Fino a qualche anno fa un paziente con una diagnosi di tumore al polmone aveva a disposizione esclusivamente la chemioterapia. Negli ultimi anni si è scoperto che questa forma di tumore al polmone è caratterizzata da alterazioni genetiche specifiche e così sono stati messi a punto farmaci 'intelligenti' in grado di colpire quasi selettivamente proprio questi bersagli risparmiando le cellule sane. Grazie alla diagnosi molecolare sul tessuto possiamo conoscere l'anomalia genetica del tumore di ogni paziente e quindi utilizzare il farmaco mirato. Abbiamo la possibilità di selezionare i pazienti che rispondono maggiormente ai nuovi farmaci. Inoltre, si riducono gli effetti collaterali soprattutto nei confronti delle cellule e dei tessuti sani, con maggiore tollerabilità del trattamento. Il tutto con più possibilità di stabilizzare la malattia avanzata in malattia cronica. I farmaci a bersaglio hanno rivoluzionato l'approccio terapeutico al trattamento del tumore al polmone. Si sta andando incontro alla terapia super personalizzata. Ma è veramente importante che anche i pazienti se ne rendano conto e che a fronte di una diagnosi non si perdano d'animo e cerchino il Centro che possa garantire la terapia in modo completo. La ricerca delle mutazioni di EGFR e ALK si esegue in pochi centri italiani e spesso le lunghezze procedurali fanno sì che i test non vengano eseguiti per la necessità di iniziare rapidamente un trattamento. Per le altre mutazioni è evidente che un paziente viene arruolato in uno studio clinico e riceve il farmaco specifico se il centro al quale si rivolge fa parte dello studio. Non tutte le strutture oncologiche hanno questa possibilità. Inoltre deve cambiare il modo e la mentalità di fare diagnosi ed oggi è fondamentale effettuare una diagnosi prelevando un adeguato campione tumorale per eseguire tutti i test istologici e soprattutto genetici. In un futuro molto vicino sarà possibile, inserendo il tessuto in un'apparecchiatura, effettuare tutti i test genetici contemporaneamente dando subito l'identikit genetico del tumore. Ancora nel nostro paese un buona percentuale di pazienti -quasi la maggioranza- accede oggi solo alla chemioterapia».

» IL PRESIDENTE AIOT

In Italia ci sono inconsapevoli pazienti di serie A e di serie B

Parla Filippo de Marinis.

«**P**er dichiarare veramente guerra all'adenocarcinoma, il tumore al polmone più diffuso anche nei non fumatori, è arrivato il momento che tutti facciamo la loro parte: Istituzioni, Ci-



nici e anche i Pazienti - dice Filippo de Marinis, presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Toracica (AIOT) e Direttore della Unità Operativa di Pneumologia Oncologica dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma - Perché il nemico da combattere non sembra più così invincibile. Ma richiede armi sofisticate e mirate. Armi che la Ricerca sta mettendo a disposizione ma alle quali accedono, a tutt'oggi, solo una ridotta percentuale di pazienti venendosi così a creare una discrepanza di trattamento spesso incomprensibile. "Colpa" del troppo lento adeguamento della nostra Società, nel suo complesso, alle nuove possibilità diagnostico-terapeutiche offerte dalla globalizzazione della Ricerca. Un mix di responsabilità parziali e frammentate che fa sì che nel nostro Paese ci siano malati di serie A e di serie B, all'interno di un SSN che vorrebbe invece garantire tutti. È arrivato il momento di cambiare marcia. Più che una denuncia è una fotografia. Il primo nodo cruciale è proprio nel momento della diagnosi. Oggi sappiamo che l'adenocarcinoma mostra delle anomalie genetiche che si possono mettere in evidenza attraverso esami molecolari sul tessuto. Ma solo nel 50% dei casi abbiamo tessuto a disposizione per poter eseguire l'esame molecolare. Questo perché con l'agobiopsia si prelevano solo cellule e non tessuto. Pochissimi sono i Centri italiani di qualità che riescono con questo esame a realizzare una reale biopsia oltre a un aspirato cellulare. E quanti sono poi i Centri che hanno a disposizione un biologo molecolare per fare questo esame? Ancora troppo pochi in un rapporto di 1 per ogni 10 strutture di oncologia medica. Ma anche con le terapie le cose sono complicate: ad oggi nella pratica clinica abbiamo farmaci per una mutazione genetica, l'EGFR. Per le altre ci sono studi in corso e i pazienti possono accedervi solo se arruolati da Centri dove si fa Ricerca. È un circolo vizioso: il paziente spesso non riceve una diagnosi genetica e quindi non accede a farmaci a bersaglio. Ma anche nel caso in cui ha una diagnosi sul tessuto se il Centro al quale si è rivolto non ha uno studio in corso non accede a farmaci mirati. In assenza di una generalizzata Rete oncologica a livello nazionale (troppo poche ancora le Regioni che se ne sono efficacemente dotate) il paziente non può sapere all'inizio del suo percorso se la fortuna lo ha portato a bussare alla porta di un Centro che gli potrà mettere a disposizione qualcosa in più oltre allo standard. Ma i pazienti qualcosa in realtà lo possono fare: informarsi. Identificare attentamente il Centro più idoneo per la patologia polmonare, più accessibile, più organizzato, anche per l'emergenza, dove si faccia Ricerca clinica è importante. Circa il 20% di questi adenocarcinomi hanno mutazioni trattabili con farmaci in commercio, e il 40% con farmaci in studio. Le probabilità, di rientrare in queste casistiche non sono poche e, quindi, vale la pena aspettare la risposta del laboratorio. Ma questo dimostra anche quanto sia importante che più pazienti possibile possano accedere a queste terapie».

CIOT 2012

Ricerca e Clinica internazionali si incontrano

È in corso a Napoli, fino a domani 30 giugno, all'Hotel Royal Continental la Terza edizione della Conferenza Internazionale di Oncologia Toracica (CIOT) promossa dall'Associazione Italiana di

Oncologia Toracica (AIOT) che si conferma come un appuntamento di elevato interesse scientifico a livello internazionale. Tanto che da quest'anno, nell'acronimo CIOT la 'I' perde il suo valore di Italiana ed assume quello di Internazionale, a testimonianza di come questo evento sia l'occasione per fornire informazioni che vogliono essere "pietre miliari" sul piano

concettuale e clinico in Oncologia Toracica. I dati sono forniti direttamente dagli Autori più rappresentativi: quest'anno circa il 70% dei relatori sono stranieri, autorevoli rappresentanti nel campo dell'oncologia toracica del tumore al polmone e della Ricerca. Stranieri i relatori, ma non solo. Anche tanti partecipanti provengono da vari Paesi d'Europa.

Il congresso

Gridelli e de Marinis (Aiot): anche sulle cure troppa disparità

Campania prima in Italia per tumori al polmone

Meglio in Puglia. Gli oncologi: abbiamo nuove armi

di RAFFAELE NESPOLI

NAPOLI — Passi avanti nella sperimentazione clinica grazie a nuovi farmaci «intelligenti», ma anche disparità di trattamento nella cura dei pazienti e un dato su tutti: la Campania veste la maglia nera per il numero di casi annui di **tumore al polmone**. Migliore la situazione in Puglia, dove la casistica risulta in linea con il dato nazionale.

Sono queste alcune delle luci e delle ombre registrate in occasione della presentazione della terza **Conferenza internazionale di oncologia toracica (Ciot)** da **Cesare Gridelli** (presidente della Conferenza), e da **Filippo de Marinis** (presidente dell'Associazione italiana di **oncologia toracica -Aiot**). Ed è proprio l'Aiot che ha promosso la Conferenza internazionale che si è aperta ieri a Napoli e proseguirà sino a domani.

«La strada intrapresa è quella giusta — dice Gridelli, che è anche direttore del dipartimento di Onco-Ematologia del San Giovanni Moscati di Avellino —, su questo ormai non ci sono più dubbi. Certo, c'è ancora molto da fare per combattere il **tumore al polmone** del tipo "non a piccole cellule", tra i più frequenti anche per i non fumatori. Alcune molecole sono già pratica clinica, altre in via di studio con pazienti arruolati, altre ancora in fase più iniziale di sperimentazione. Ma tutto ci lascia pensare che i risultati per molte di loro saranno veramente importanti e che già oggi è possibile, analizzando il tessuto tumorale, trovare il farmaco biomolecolare adatto. Fino a qualche anno fa un paziente con una diagnosi di **tumore al polmone**

aveva a disposizione esclusivamente la chemioterapia. I farmaci a bersaglio hanno invece rivoluzionato l'approccio terapeutico al trattamento del **tumore al polmone** e ora si va incontro alla terapia super personalizzata. Ma è veramente importante che anche i pazienti se ne rendano conto e che a fronte di una diagnosi non si perdano d'animo e cerchino il centro che possa garantire la terapia in modo completo».

E sono diversi quelli che si possono trovare nel Mezzogiorno d'Italia. In Campania certamente il Pascale, il Cardarelli, il Monaldi e naturalmente il San Giovanni Moscati di Avellino, vero polo d'eccellenza anche per quel che riguarda la sperimentazione clinica.

Molti, e altamente specializzati, anche i centri di riferimento della Puglia. Tra i quali, l'Istituto oncologico di Bari, le aziende ospedaliere di Brindisi e di Lecce, e il San Giovanni Rotondo. Ma al di là delle speranze concrete che arrivano oggi dalla ricerca, molto preoccupanti sono invece le ombre di intollerabili differenze tra struttura e struttura e tra le diverse regioni. Differenze che inevitabilmente cerano una distinzione tra pazienti di serie A e pazienti di serie B.

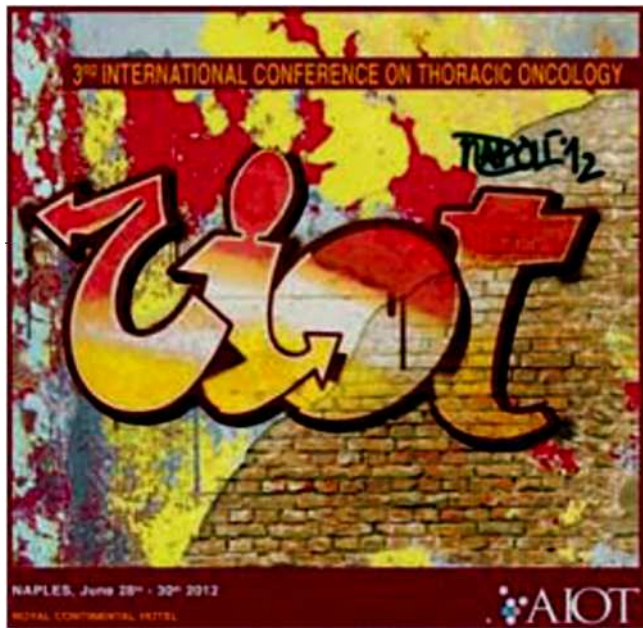
«Abbiamo armi nuove e sofisticate per combattere l'**adenocarcinoma** (il **tumore al polmone** più diffuso anche nei non fumatori, ndr) — spiega Filippo de Marinis, che è anche direttore della I Unità operativa di Pneumologia Oncologica del San Camillo Forlanini di Roma —. Armi che la ricerca sta mettendo a disposizione ma alle quali accede solo una ri-

dotta percentuale di pazienti. In questo modo si crea una discrepanza di trattamento spesso incomprensibile. Così, in Italia ci sono oggi malati di serie A e di serie B, all'interno di un sistema sanitario nazionale che vorrebbe invece garantire tutti. Tutti gli addetti ai lavori — continua — sanno esattamente come stanno le cose, gli unici a non rendersene conto subito sono proprio i pazienti. E purtroppo il problema nasce già al momento della diagnosi, infatti solo nel 50 per cento dei casi abbiamo tessuto a disposizione per poter eseguire l'esame molecolare. Pochissimi sono i centri italiani di qualità che riescono a realizzare una reale biopsia oltre a un aspirato cellulare. Così il paziente non può sapere all'inizio del suo percorso se la fortuna lo ha portato a bussare alla porta di un centro che gli potrà mettere a disposizione qualcosa in più oltre allo standard. E' importante far capire che attendere un tempo giusto per una diagnosi molecolare che porti alla giusta terapia per la giusta malattia, non è tempo perso».

Tornando ai dati, ogni anno in Italia si registrano circa 38 mila nuovi casi di **tumore al polmone**, il quindici per cento (circa 4.800) solo in Campania. Alla base di questa differenza il fatto che in Campania non solo c'è il più alto numero di fumatori, manche il maggior numero di sigarette fumate. Un problema evidentemente legato ad aspetti culturali e alla mancanza di reali campagne di sensibilizzazione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Protagonisti



Filippo
de Marinis



Cesare
Gridelli

LA VOSTRA SALUTE

NAPOLI CAPITALE DELL'ONCOLOGIA TORACICA

INFORMAZIONE PUBBLICITARIA

In corso la 3° Conferenza CIOT dove Ricerca e Clinica internazionali fanno il punto sul tumore al polmone. Presidente Cesare Gridelli

«Abbiamo preso la strada giusta. Su questo ormai non ci sono più dubbi. Certo c'è ancora molto da fare per combattere il tumore al polmone del tipo 'non a piccole cellule', una delle forme più frequenti e che colpisce anche i non fumatori, ma la direzione intrapresa con la terapia biomolecolare è quella giusta – dice Cesare Gridelli, Presidente della 3° Conferenza Internazionale di Oncologia Toracica (CIOT) a Napoli dal 28 al 30 giugno e Direttore del Dipartimento di Onco-Ematologia A.O.R.N "S.G. Moscati" di Avellino - Alcune molecole sono già pratica clinica, altre in via di studio con pazienti arruolati, altre ancora in fase più iniziale di sperimentazione. Ma tutto ci lascia pensare che i risultati per molte di loro saranno veramente importanti e che già oggi è possibile analizzando il tessuto tumorale trovare il farmaco adatto. Fino a qualche anno fa un paziente con una diagnosi di tumore al polmone aveva a disposizione esclusivamente la chemioterapia. Negli ultimi anni si è scoperto che questa forma di tumore al polmone è caratterizzata da alterazioni genetiche specifiche e così sono stati messi a punto farmaci 'intelligenti' in grado di colpire quasi selettivamente proprio questi bersagli risparmiando le cellule sane. Grazie alla diagnosi molecolare sul tessuto possiamo conoscere l'anomalia genetica del tumore di ogni paziente e quindi utilizzare il farmaco mirato. Abbiamo la possibilità di selezionare i

pazienti che rispondono maggiormente ai nuovi farmaci. Inoltre, si riducono gli effetti collaterali soprattutto nei confronti delle cellule e dei tessuti sani, con maggiore tollerabilità del trattamento. Il tutto con più possibilità di stabilizzare la malattia avanzata in malattia cronica. I farmaci a bersaglio hanno rivoluzionato l'approccio terapeutico al trattamento del tumore al polmone. Si sta andando incontro alla terapia super personalizzata. Ma è veramente importante che anche i pazienti se ne rendano conto e che a fronte di una diagnosi non si perdano d'animo e cerchino il Centro che possa garantire la terapia in modo completo. La ricerca delle mutazioni di EGFR e ALK si esegue in pochi centri italiani e spesso le lunghezze procedurali fanno sì che i test non vengano eseguiti per la necessità di iniziare rapidamente un trattamento. Per le altre mutazioni è evidente che un paziente viene arruolato in uno studio clinico e riceve il farmaco specifico se il centro al quale si rivolge fa parte dello studio. Non tutte le strutture oncologiche hanno questa possibilità. Inoltre deve cambiare il modo e la mentalità di fare diagnosi ed oggi è fondamentale effettuare una diagnosi prelevando un adeguato campione tumorale per eseguire tutti i test istologici e soprattutto genetici. In un futuro molto vicino sarà possibile, inserendo il tessuto in un'apparecchiatura, effettuare tutti i test genetici contemporaneamente dando subito l'identikit genetico del tumore. Ancora nel nostro Paese una buona percentuale di pazienti – quasi la maggioranza – accede oggi solo alla chemioterapia».

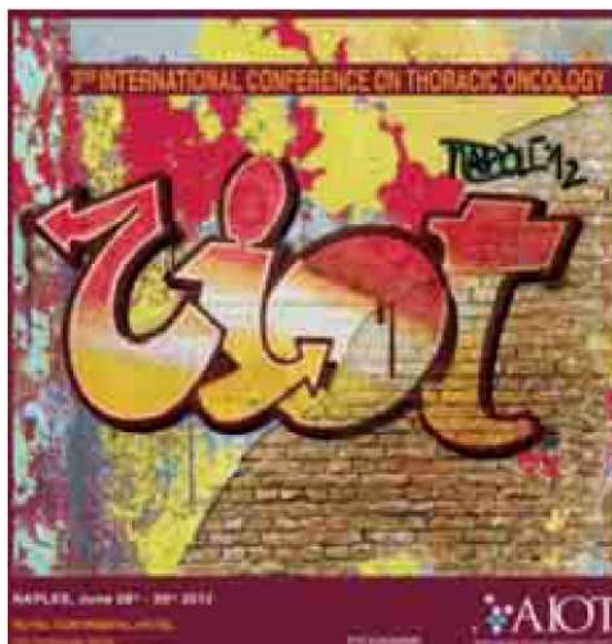
inserendo il tessuto in un'apparecchiatura, effettuare tutti i test genetici contemporaneamente dando subito l'identikit genetico del tumore. Ancora nel nostro Paese una buona percentuale di pazienti – quasi la maggioranza – accede oggi solo alla chemioterapia».





«PER DICHIARARE veramente guerra all'adenocarcinoma, il tumore al polmone più diffuso anche nei non fumatori, è arrivato il momento che tutti facciamo la loro parte: Istituzioni, Clinici e anche i Pazienti – dice Filippo de Marinis, presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Toracica (AIOT) e Direttore della I Unità Operativa di Pneumologia Oncologica dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma - Un mix di responsabilità parziali e frammentate fa sì che nel nostro Paese ci siano malati di serie A e di serie B, all'interno di un SSN che vorrebbe invece garantire tutti. E' arrivato il momento di cambiare marcia. Più che una denuncia è una fotografia».

E' IN CORSO A NAPOLI, fino a domani 30 giugno, all'Hotel Royal Continental, sotto la presidenza di Cesare Gridelli, la Terza edizione della Conferenza Internazionale di Oncologia Toracica (CIOT) promossa dall'Associazione Italiana di Oncologia Toracica (AIOT) che si conferma come un appuntamento di elevato interesse scientifico a livello internazionale. Tanto che da quest'anno, nell'acronimo CIOT la 'I' perde il suo valore di Italiana ed assume quello di Internazionale, a testimonianza di come questo evento sia l'occasione per fornire informazioni che vogliono essere "pietre miliari" sul piano concettuale e clinico in Oncologia Toracica. Quest'anno il 70 per cento dei relatori sono stranieri, autorevoli rappresentanti nel campo dell'oncologia toracica del tumore al polmone e della Ricerca.



4 Primo piano

Venerdì 29 giugno 2012 Il Mattino

Il calcio

Van Rompuy gela i leader: niente partita

Il richiamo del presidente: siamo seri Televisione e birre negate a tutti

Alessandra Chello

Prandelli contro Loew. Pirlo contro Lahm. Ma soprattutto Monti contro Merkel. Enaturalmente Btp contro Bund. Della serie: l'incontro più rovente dell'estate. La sfida dello "spread" è servita. Ma al di là del risultato, Italia-Germania è stata molto di più di una partita. Undici azzurri a Varsavia per strappare una vittoria da sogno. La squadra del Professore a Bruxelles per salvare il salvabile.

Ecco che l'eterno match tra i due Paesi riprende corpo. Certo, Monti piace a Berlino. Ma l'insolvenza cova sotto la cenere. Il settimanale "Der Spiegel" ha scritto che gli italiani per risollevarsi si danno poco da fare e chiedono a "mamma Angela" che però non molla. E ripete come un disco rotto che di eurobond non se ne parla nemmeno. Gli Stati devono essere responsabili del proprio debito pubblico. Punto e basta. Ovvero una sonora bocciatura a tutto ciò che il Prof propone da mesi.

E l'effetto si è visto a Milano che è stata la Borsa peggiore d'Europa: -4% e differenziale tra i due titoli di Stato a quota 450. E non c'è dubbio che il fatto che i principali hedge funds siano short sul titolo di Stato tedesco, benchmark europeo, ci confermi che i destini della Germania sono legati a filo doppio con quelli dell'eurozona, area eco-

nomica più potente a livello globale e destinataria del 60% dell'export teutonico. Perché si scommette contro il Bund? Facile. Si dà per certo un salvataggio spagnolo molto più ampio e doloroso di quello preventivato dalla Commissione Ue e dallo stesso governo spagnolo, situazione questa che minerebbe alle fondamenta la credibilità finanziaria della Germania, bancomat dell'Unione attraverso la Bundesbank e il programma "Target2". Per questo la Merkel grida: «Scordatevi la condivisione del debito finché sarò in vita».

Il resto, risultato a parte, è cronaca di un match al cardiopalmo. Il direttore della sala stampa vaticana, padre Federico Lombardi, ha raccontato che nell'appartamento pontificio coesistevano un partito pro-Germania, composto dal segretario mons. Georg Gaenswein, e uno pro-Italia, composto da tutti gli altri, compreso l'altro segretario, il maltese mons. Alfred Xuereb. «Il Papa - ha spiegato - è al di sopra delle parti. Non ha assistito alla partita perché doveva prepararsi per la celebrazione di oggi nella basilica di San Pietro».

E niente tv anche per i leader Ue impegnati nei negoziati del vertice salva-euro. Fonti del Consiglio europeo hanno fatto sapere che tre televisori erano piazzati solo nella stanza a fianco alla sala in cui si è svolta la cena di lavoro dei leader: quella riservata alle delegazio-



ni al seguito dei capi di Stato e di governo.

Nessuna distrazione, dunque, per la cancelliera tedesca Angela Merkel, grande tifosa di calcio, che invece, venerdì scorso, aveva fatto anticipare il vertice a Roma con il premier spagnolo Mariano Rajoy, con il presidente francese Francois Hollande e con il premier Mario Monti, per poter volare a Danzica ed assistere ai quarti di finale contro la Grecia. Si insomma, se la cancelliera o il Prof volevano sbriciare le loro nazionali in campo, dovevano per forza alzarsi dal tavolo della cena - noto come tavolo Berlusconi, perché donato dall'ex presidente del Consiglio durante la presiden-

za italiana dell'Ue nel 2003 - e spostarsi nella sala a fianco. Occhi incollati allo schermo e cuore in gola anche per il presidente della Repubblica Giorgio Napolitano che oggi compie gli anni. È per la sfilza di politici italiani, da Berlusconi e Casini a Bersani, volati a Bruxelles per dare sostegno al vertice. E ovviamente, clima da stadio in sala stampa al fischio di inizio della sfida. Che per disposizioni della presidenza del Consiglio non è stata trasmessa sui grandi schermi televisivi. «Siamo seri, stiamo facendo cose serie», avrebbe tagliato corto un algido Van Rompuy lasciando praticamente di sasso leader e cronisti che avevano chiesto di vedere il match.



Il presepe E a Napoli il Professore batte Angela

Il risultato che tutta l'Italia sognava per la semifinale degli Europei di calcio, sul presepe napoletano di San Gregorio Armeno era già realtà: 2-1 per l'Italia guidata da Supermarino Monti e la cancelliera Angela Merkel, nelle vesti inedite di portiere, a casa sconfitta. Frutto della goliarità dei maestri dell'arte del presepe che Italia-Germania l'hanno già

giocata con le loro statue in terracotta: nella disfida tutta politica, giocata sul manto verde in truciolo ricoperto di finto muschio, per gli azzurri è sceso in campo il premier Monti. Dall'altra parte della barricata, a difesa della porta tedesca, la cancelliera Merkel in un derby dello spread. A decidere l'incontro un gol di testa di Supermarino Monti.



Il pasticcio Alemanno «diviso» con l'ambasciatore tedesco Gerdts

Una giornata di trattative, poi alla fine la soluzione ecumenica. Oggetto del contendere la presenza dell'ambasciatore tedesco Michael H. Gerdts a piazza del Popolo a Roma a vedere sul maxischermo la semifinale degli Europei. Un invito annunciato, poi annullato. Infine, la soluzione comunicata. Il sindaco di Roma, Gianni

Alemanno, ha assistito al primo tempo della semifinale Germania-Italia di Euro 2012 in compagnia dell'ambasciatore tedesco, Michael H. Gerdts, presso la sua residenza di Villa Almona. I due poi hanno seguito il secondo tempo della partita in piazza del Popolo, fra i tifosi delle rispettive nazionali.



Lo striscione «E ora SuperMà lo conquistiamo sto spread?»

«SuperMà e ora 'o vincimmo 'stu spread?». L'allusione è doppia: SuperMario come il calciatore della nostra nazionale Mario Balotelli, ma anche come il presidente del Consiglio, Mario Monti. Su uno striscione apparso sugli spalti dello stadio questo lo slogan a caratteri cubitali. Gli autori? Sono arrivati da Napoli: erano tifosi azzurri

che sugli spalti dello stadio di Varsavia hanno incitato Balotelli e con lui tutta la nazionale italiana, a battere la Germania nella semifinale di euro 2012 anche per una piccola rivincita esportativa. Nel loro settore, i sostenitori dell'Italia hanno dato sfogo alla fantasia con altri striscioni come quelli per il numero 9, o come «Stasera a cena salisciootti bolliti».

LA VOSTRA SALUTE NAPOLI CAPITALE DELL'ONCOLOGIA TORACICA

INFORMAZIONE PUBBLICITARIA

In corso la 3° Conferenza CIOT dove Ricerca e Clinica internazionali fanno il punto sul tumore al polmone. Presidente Cesare Gridelli

«Abbiamo preso la strada giusta. Su questo ormai non ci sono più dubbi. Certo c'è ancora molto da fare per combattere il tumore al polmone del tipo non a piccole cellule, una delle forme più frequenti e che colpisce anche i non fumatori, ma la direzione intrapresa con la terapia biomolecolare è quella giusta - dice Cesare Gridelli, Presidente della 3° Conferenza Internazionale di Oncologia Toracica (CIOT) a Napoli dal 28 al 30 giugno e Direttore del Dipartimento di Onco-Ematologia A.O.R.N. "S.G. Moscati" di Avellino - Alcune molecole sono già pratica clinica, altre in via di studio con pazienti arruolati, altre ancora in fase più iniziale di sperimentazione. Ma tutto ci lascia pensare che i risultati per molte di loro saranno veramente importanti e che già oggi è possibile analizzando il tessuto tumorale trovare il farmaco a c

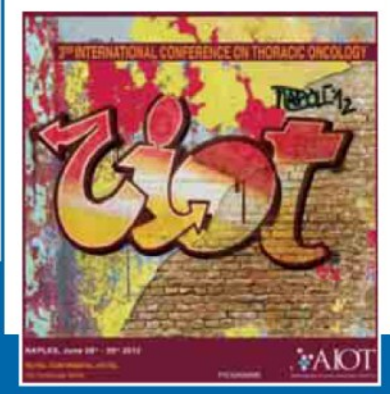
biomolecolare adatto. Fino a qualche anno fa un paziente con una diagnosi di tumore al polmone aveva a disposizione esclusivamente la chemioterapia. Negli ultimi anni si è scoperto che questa forma di tumore al polmone è caratterizzata da alterazioni genetiche specifiche e così sono stati messi a punto farmaci "intelligenti" in grado di colpire quasi selettivamente proprio questi bersagli risparmiando le cellule sane. Grazie alla diagnosi molecolare sul tessuto possiamo conoscere l'anomalia genetica del tumore di ogni paziente e quindi utilizzare il farmaco mirato. Abbiamo la possibilità di selezionare i pazienti che rispondono maggiormente ai

nuovi farmaci. Inoltre, si riducono gli effetti collaterali soprattutto nei confronti delle cellule e dei tessuti sani, con maggiore tollerabilità del trattamento. Il tutto con più possibilità di stabilizzare la malattia avanzata in malattia cronica. I farmaci a bersaglio hanno rivoluzionato l'approccio terapeutico al trattamento del tumore al polmone. Si sta andando incontro alla terapia super personalizzata. Ma è veramente importante che anche i pazienti se ne rendano conto e che a fronte di una diagnosi non si perdano d'animo e cerchino il Centro che possa garantire la terapia in modo completo. La ricerca delle mutazioni di EGFR e ALK si esegue in pochi centri italiani e spesso le lunghezze procedurali fanno sì che i test non vengano eseguiti per la necessità di iniziare rapidamente un trattamento. Per le altre mutazioni è evidente che un paziente viene arruolato in uno studio clinico e riceve il farmaco specifico se il centro al quale si rivolge fa parte dello studio. Non tutte le strutture oncologiche hanno questa possibilità. Inoltre deve cambiare il modo e la mentalità di fare diagnosi ed oggi è fondamentale effettuare una diagnosi prelevando un adeguato campione tumorale per eseguire tutti i test istologici e soprattutto genetici. In un futuro molto vicino sarà possibile, inserendo il tessuto in un'apparecchiatura, effettuare tutti i test genetici contemporaneamente dando subito l'identikit genetico del tumore. Ancora nel nostro Paese una buona percentuale di pazienti - quasi la maggioranza - accede oggi solo alla chemioterapia».

E' IN CORSO A NAPOLI, fino a domani 30 giugno, all'Hotel Royal Continental, sotto la presidenza di Cesare Gridelli, la Terza edizione della Conferenza Internazionale di Oncologia Toracica (CIOT) promossa dall'Associazione Italiana di Oncologia Toracica (AIOT) che si conferma come un appuntamento di elevato interesse scientifico a livello internazionale. Tanto che da quest'anno, nell'acronimo CIOT la "I" perde il suo valore di italiana ed assume quello di Internazionale, a testimonianza di come questo evento sia l'occasione per fornire informazioni che vogliono essere "pietre miliari" sul piano concettuale e clinico in Oncologia Toracica. Quest'anno il 70 per cento dei relatori sono stranieri, autorevoli rappresentanti nel campo dell'oncologia toracica del tumore al polmone e della Ricerca.



«PER DICHIARARE veramente guerra all'adenocarcinoma, il tumore al polmone più diffuso anche nei non fumatori, è arrivato il momento che tutti facciano la loro parte: Istituzioni, Clinici e anche i Pazienti - dice Filippo de Marinis, presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Toracica (AIOT) e Direttore della Unità Operativa di Pneumologia Oncologica dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma - Un mix di responsabilità parziali e frammentate fa sì che nel nostro Paese ci siano malati di serie A e di serie B, all'interno di un SSN che vorrebbe invece garantire tutti. E' arrivato il momento di cambiare marcia. Più che una denuncia è una fotografia».



The image shows a video player interface for a news segment. The main video area displays a man in a suit and glasses speaking. The video player includes a progress bar at the bottom showing 26:36 / 31:33. The sidebar on the right contains the following elements:

- TG5 logo
- lun - dom ore 13:00
- lun - dom ore 20:00
- Vota il video (5 stars)
- Info
- Correlati
- Autoplay (checked)

The bottom control bar includes a play button, a progress bar, and a timestamp of 26:36 / 31:33.

CESARE GRIDELLI
Cattedrino, Ospedale Morgagni-Avella
EDIZIONE ORE 08.00 DEL 28 GIUGNO

08:20
TG5

FILIPPO DE MARINIS

EDIZIONE ORE 08.00 DEL 28 GIUGNO

08:25 TG5

25:56 / 31:33

TG5

lun - dom ore 13:00
lun - dom ore 20:00

Vota il video

Info

Correlati

Autoplay