

Dialogo e verifica: nasce la rivista del COM

Riflettori puntati
sulle novità
medico-scientifiche per
la cura dei tumori

L'EVOLUZIONE dei rapporti tra le Istituzioni sanitarie e il recente processo di trasformazione delle strutture di diagnosi e cura hanno posto le basi per una diversa visione della sanità pubblica, sempre più orientata e attenta alle mutate e crescenti esigenze dei cittadini nel campo della salute. La riorganizzazione delle unità ospedaliere e la delocalizzazione delle competenze – processi tesi ad un'ottimale gestione delle risorse sanitarie – impongono la qualità delle prestazioni e l'efficienza delle strutture come principi ispiratori del nuovo modello di sanità,

al fine di assicurare al cittadino i trattamenti migliori e un'effettiva libertà e consapevolezza nella scelta della struttura cui affidarsi.

Nell'ambito di questo processo, le aziende ospedaliere e i Dipartimenti specialistici ad esse afferenti hanno di recente avviato percorsi di costante incremento della qualità dell'assistenza che prevedono anche l'adozione di strumenti utili per verificare se le attese espresse dai cittadini vengono realmente soddisfatte. Si tratta di strumenti di comunicazione (riviste, siti internet, attività di relazioni esterne, uffici di relazione con il pubblico) in grado di assicurare un feedback e un flusso continuo d'informazione, necessario anche per mantenere stretti e indispensabili rapporti di collaborazione e scambio con le altre strutture sanitarie, le Associazioni di pazienti, le Società scientifiche degli operatori e con Enti e Istituzioni responsabili dell'organizzazione e della pianificazione degli interventi sanitari.

La rivista del **Centro Oncologico Modenese (COM)** nasce proprio come strumento per soddisfare quest'imprescindibile esigenza di comunicazione, **dialogo e verifica** delle prestazioni offerte dalla struttura ospedaliera, in questo caso il Dipartimento oncologico, in rapporto alla società e all'opinione pubblica. Una pubblicazione istituzionale che oggi non po-



teva più tardare, specie dopo l'avvio dell'attività editoriale del COM avvenuto grazie ad altre pubblicazioni e alla nuova comunicazione sul sito internet del Policlinico.

La rivista del COM sarà una **pubblicazione di approfondimento e discussione delle novità** medico-scientifiche più rilevanti e attuali nella cura dei tumori; con editoriali, focus on, interviste, report dai congressi, faremo luce sui laboratori di ricerca del Centro, conosceremo gli esperti e i temi sui quali sono impegnati. Ma ci occuperemo anche, numero dopo numero, di tematiche sanitarie ad ampio raggio che riguardano tutti coloro che – medici, oncologi, società scientifiche, rappresentanti di istituzioni, associazioni e altri – sono impegnati ogni giorno a lottare contro le patologie neoplastiche.

Non ospiteremo, quindi, solo gli aggiornamenti delle attività del Centro, ma cercheremo, anche grazie alle indicazioni che giungeranno dai nostri lettori, di occuparci delle più dibattute e attuali questioni mediche, scientifiche, politiche e sanitarie che riguardano i progressi dell'oncologia nel nostro Paese. Ma **soprattutto, con questa rivista, ci rivolgiamo a chi è impegnato a combattere la patologia tumorale in prima persona**: malati, familiari, care-givers e operatori sanitari troveranno qui informazioni aggiornate sui servizi del Centro, notizie e consigli sulle patologie, su come affrontarle, novità commentate dai massimi esperti dalla letteratura medica e dai congressi scientifici che solo raramente trovano modi e mezzi corretti di contestualizzazione e divulgazione pubblica.

La rivista del COM è un'occasione nuova per far sì che le conquiste della comunità scientifica nel campo della lotta ai tumori e le tematiche socio-sanitarie ad essa collegate divengano argomenti di discussione pubblica, siano conosciuti e condivisi da tutti, nell'ottica di un'azienda ospedaliera sempre più aperta alla società e alla ricerca di un dialogo fecondo. Per offrire servizi adeguati alle crescenti esigenze di salute e d'informazione dei cittadini.

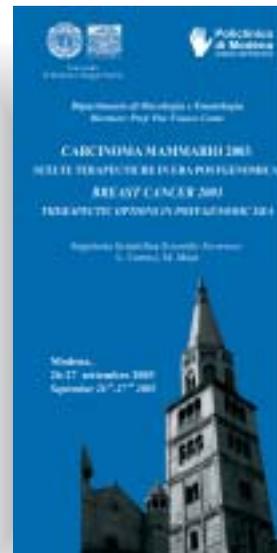
PROF. PIER FRANCO CONTE

Direttore del Dipartimento di Oncologia e Ematologia dell'Università di Modena e Reggio Emilia

Il punto su: tumore del seno

Le principali novità dal congresso
'Carcinoma mammario 2003: scelte terapeutiche
in era post-genomica'

Modena, 26-27 settembre 2003



Al congresso organizzato dal Centro Oncologico Modenese, importanti relatori nazionali e internazionali – presente il prof. Gabriel Hortobaghy, uno dei massimi esperti mondiali della lotta al tumore del seno – hanno offerto una sintesi dei più importanti progressi ottenuti negli ultimi anni nella diagnosi e nella terapia della più frequente patologia tumorale femminile. Ecco un riassunto delle principali novità emerse.

LA DIFFUSIONE DEL TUMORE DEL SENO

Negli **Stati Uniti** nel 2002 le nuove diagnosi sono state 203.000, in **Europa** 321.000; l'incidenza stimata in **Italia** è di 31.000 nuovi casi all'anno.

Nella **provincia di Modena**, nel 2000 sono stati diagnosticati 564 tumori mammari, ovvero il 31.9% di tutti i tumori contro i 408 casi diagnosticati nel 1994. Dal 1992 al 1998 c'è stato un aumento del numero di tumori diagnosticati in stadio iniziale (0-I), passati dal 42% del periodo che ha preceduto l'avvio degli esami su larga scala (pre-screening) al 54% attuale.

I MIGLIORAMENTI: DIAGNOSI PIÙ PRECOCI E LINFONODO SENTINELLA

A seguito di una diagnosi precoce è diventato sempre più frequente il riscontro di lesioni piccole, spesso non palpabili. Ciò ha determinato un profondo

cambiamento sia dell'approccio chirurgico che di quello medico¹.

La *mammografia* è l'esame decisivo perché consente, se effettuato regolarmente nell'ambito di un programma di screening, di scoprire il tumore quand'è confinato al seno, più piccolo di 2 cm e perciò più guaribile.

“A Modena e provincia – ha spiegato il prof. Pier Franco Conte, direttore del Dipartimento di Oncologia e Ematologia dell'Università di Modena e Reggio Emilia - le dimensioni medie del tumore alla diagnosi si sono progressivamente ridotte, passando dai 2,2 cm del biennio '92-'94 a 1,8 cm del '96-'98. A ciò corrisponde anche un aumento del numero di tumori diagnosticati in stadio primitivo o iniziale, cioè più facilmente curabili”.

In ambito chirurgico il ricercatore Paolo Veronesi ha confermato i risultati sul *linfonodo sentinella*, l'analisi del quale evita gli interventi chirurgici più mutilanti, consentendo una chirurgia conservativa nella maggioranza dei casi².

Al congresso ampio spazio è stato dedicato alle relazioni sulle *terapie innovative*³ e sulla *chemioterapia primaria* quale nuovo approccio anche per il carcinoma mammario operabile. Esaurienti in tal senso sono state sia la relazione del prof. Gabriel Hortobaghy, direttore del Dipartimento di Senologia Oncologica dell'Università di Houston, Texas, sulle correlazioni biologiche del trattamento pre-operatorio, che quella del prof. Conte sulle nuove schede di trattamento⁴.

Le ultime relazioni del congresso sono state dedicate ai trattamenti mirati al controllo dei sintomi correlati alla diffusione a distanza della malattia: *dolore osseo, anemia e "fatigue"*. A tal proposito il prof. Dino



Amadori ha parlato dell'efficacia clinica del *pamidronato* nel controllo del dolore da localizzazione ossea e nella prevenzione di eventi scheletrici secondari dimostrando la superiorità dei difosfonati di terza generazione. Infine il Dr Khayat ha spiegato il ruolo delle epoietine nel migliorare l'anemizzazione e l'astenia ad essa correlata, dimostrando come il mantenere un valore emoglobinico medio-alto durante la terapia migliori obiettivamente la qualità di vita.

DR. ANTONIO FRASSOLATI
DR.SSA MICHELA MAUR

Divisione Oncologia Medica Azienda Ospedaliera,
Policlinico di Modena

Note

¹ Oggi più che mai viene confermato come le caratteristiche biologiche della neoplasia siano importanti per individuare delle classi di rischio meritevoli di specifico trattamento. Pusztai ha riportato i dati emersi dagli studi di Van der Vijver che ha utilizzato la tecnologia dei microarray per valutare l'impatto prognostico di un profilo genico su 295 pazienti. Tale profilo ha permesso di riconoscere due gruppi di rischio. La sopravvivenza libera da malattia è stata del 50.6% nel gruppo a cattiva prognosi e dell'82.5% in quello con profilo favorevole. Inoltre se ad oggi potessimo usare uno specifico profilo genico per scegliere la migliore terapia adiuvante potremmo evitare delle terapie non necessarie nel 43% delle pazienti secondo le indicazioni di San Gallo e nel 64% secondo le indicazioni dell'NIH. In un'esperienza condotta recentemente dallo stesso Pusztai a Houston, sempre con la tecnica del microarray, è stato possibile anche individuare un profilo unico predittivo di risposta alla TE.

² Da una recente analisi dei dati ottenuti da 69 studi su 10.000 donne circa è stato dimostrato che in più del 90% dei casi è possibile l'identificazione e rimozione del linfonodo sentinella con l'8.4% di falsi negativi.

³ Dopo la metanalisi di Oxford del 2000 che ha decretato la superiorità della polichemioterapia con antraciline nella donne a medio-alto rischio di recidiva e del Tamoxifene per 5 anni nei tumori ormonosensibili, grandi aspettative sono riposte nei Taxani. Hudis ha riportato i dati di 3 grossi studi randomizzati che hanno dimostrato un vantaggio in termini di sopravvivenza libera da malattia e sopravvivenza globale sebbene non in tutti sia stata raggiunta la significatività statistica. Il vantaggio assoluto in sopravvivenza libera da malattia (DFS) è stato del 5% nello studio CALGB 9344 ($p=0.02$), del 4% nello studio NSABP B28 ($p=0.008$) e dell'8% ($p=0.001$) nel BCRG 001. In termini di sopravvivenza globale (OS) il vantaggio assoluto a 5 anni è stato del 3% nello studio con il paclitaxel e del 5% a 3 anni nello studio con il docetaxel.

⁴ Nelle varie casistiche le risposte obiettive ottenute variano dal 66% al 99%, con una percentuale di risposte patologiche complete variabile tra l'8% e il 18%. Tumori che all'esordio misurano meno di 4 cm hanno una chance di conservazione della mammella di oltre il 90% mentre per tumori maggiori di 5 cm la chirurgia conservativa è ottenibile nel 60-70% dei casi dopo chemioterapia primaria. Risultati incoraggianti sono stati presentati anche dal Dr. Dowsett sull'ormonoterapia preoperatoria con inibitori dell'aromatasi nei tumori ormonosensibili.

Il Centro Oncologico Modenese e la cura del tumore del seno: un primato mondiale, un esempio da imitare

NELL'AMBITO delle cure per il carcinoma della mammella, Modena, l'organizzazione sanitaria locale e il suo Policlinico possono vantare le più alte percentuali di guarigione al mondo (>90%).

La città è un modello di assistenza oncologica, quindi, da esportare in Europa e nel resto del Paese, come auspicato dal ministro Girolamo Sirchia che al recente vertice dei Ministri della salute europei ha indicato nella diffusione del test mammografico una delle tre priorità della lotta ai tumori. Bisogna insistere decisamente sulla mammografia, facendo in modo che il massimo numero di donne segua i programmi di screening. Ma è necessario anche far sì che in tutti i centri italiani siano disponibili le metodiche analitiche più sofisticate per procedere, quand'è il caso, alle analisi più approfondite.

Nuovi successi sono attesi dalla ricerca post-genomica che cerca di 'fotografare' le alterazioni genetiche alla base dei tumori. Per il momento si tratta ancora di uno scenario di ricerca pura, ma tra qualche anno sono attesi risultati che porteranno ancora maggiore efficacia delle cure. Per non farsi cogliere impreparati da questa attesa rivoluzione scientifica è necessario che i medici oncologi non si limitino alla diagnosi patologica o biologica del tumore, ad esempio valutando se esprime o meno certi recettori, ma è indispensabile, così come avviene al Centro Oncologico Modenese, riuscire a comprendere quali sono i gruppi di geni mutati nel singolo tumore cercando di correlare questi segnali con quello che sarà l'andamento individuale della malattia e con l'efficacia dei trattamenti a disposizione. Affrontare queste sfide richiede un vasto e complesso sforzo scientifico e organizzativo sanitario e la Facoltà di Medicina di Modena partecipa a questo sforzo su tutti i fronti. La nascita del COM, nel quale l'Università ha avuto e mantiene un ruolo fondamentale, ha contribuito fortemente a sviluppare le attività didattiche e di ricerca in senso oncoematologico, tanto che questo settore è riconosciuto ormai come il principale della Facoltà emiliana.

PROF. GIUSEPPE TORELLI

Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia
dell'Università di Modena e Reggio Emilia



Sarcoma di Kaposi post trapianto: il 30% dei casi deriva da contagio virale

Importanti contributi alla ricerca da parte del Laboratorio di Ematologia del COM

ALL'INTERNO del Centro Oncologico Modenese, il gruppo di ricerca del Laboratorio di Ematologia diretto dal prof. Giuseppe Torelli e coordinato dal prof. Mario Luppi e dalla dott.ssa Patrizia Barozzi, si occupa da più di 10 anni del ruolo dei virus nella genesi dei tumori.

Recentemente il gruppo di ricercatori del COM si è dedicato allo studio del ruolo del virus erpetico umano (ottavo, HHV-8) nello sviluppo del sarcoma di Kaposi, un tumore maligno di origine vascolare che insorge nei pazienti sottoposti a trapianto di organo solido, specialmente di rene e fegato. Attualmente si ritiene che la maggior parte dei casi di sarcoma di Kaposi post-trapianto derivi dalla riattivazione dell'infezione da parte del virus HHV-8, nelle persone costrette a trapianto, a causa della terapia immunosoppressiva cui i pazienti sono sottoposti per contrastare il rischio di rigetto dell'organo trapiantato. Tuttavia, circa due anni fa, il gruppo di ricercatori del COM dimostrò per la prima volta che il sarcoma di Kaposi può derivare dall'infezione

primaria dovuta al virus HHV-8 trasmesso con il trapianto di rene, da un donatore HHV-8 sieropositivo, cioè portatore asintomatico dell'infezione latente da HHV-8, ad un ricevente HHV-8 sieronegativo, al momento del trapianto (*New England Journal of Medicine*, **343**: 1378, 2000). L'infezione primaria da HHV-8, conseguente alla trasmissione del virus con il trapianto di organo, può causare non solo il sarcoma di Kaposi, ma anche quadri clinici di natura non neoplastica, ma ugualmente molto gravi e talvolta fatali, quali un quadro di severa aplasia midollare e citopenia periferica.

La trasmissione dell'infezione da HHV-8 con il trapianto di rene è stata successivamente confermata sempre dal gruppo del COM (*Blood* **96**: 3279, 2000) e da altri gruppi di ricerca su casistiche più ampie, per cui, *oggi è documentato che circa un terzo dei casi di Kaposi post-trapianto derivi appunto da un virus trasmesso con la donazione di organo.*

Più recentemente abbiamo dimostrato che non solo il virus libero ma una cellula possibilmente infettata dal virus, può essere trasmessa con la donazione di un rene da un donatore HHV-8 sieropositivo ad un ricevente HHV-8 sieronegativo: tale cellula infettata dal virus è tenuta sotto controllo dal sistema immunitario intatto del donatore sano ma, una volta trasferita con il trapianto ad un soggetto ricevente, ha la possibilità di sfuggire al controllo del sistema immune, fortemente compromesso, espandendosi in modo incontrollato e dando così inizio alla proliferazione di cellule endoteliali del sarcoma di Kaposi (*Nature Medicine* **9**:554-561, 2003).

La dimostrazione che il sarcoma di Kaposi può originare da progenitori cellulari di origine del donatore, è stata ottenuta grazie alla combinazione delle più sofisticate tecniche di biologia molecolare ed immunoistochimica. In particolare sono state studiate 6 pazienti di sesso femminile che avevano ricevuto il rene da donatori di sesso maschile. In quattro di queste pazienti, nelle lesioni tumorali insorte diversi mesi dopo il trapianto, è stato possibile dimostrare la presenza di sequenze del cromosoma Y, di sequenze di geni di HLA specifici e di polimorfismi genici dei rispettivi donatori nelle singole cellule neoplastiche isolate mediante tecnica di micromanipolazione dalle lesioni tumorali e successivamente analizzate mediante PCR sulla singola cellula o su tessuto microdissezionato. Tali dati sono stati



Centro Oncologico Modenese (COM)

“Padiglione Pier Camillo Beccaria”

Azienda Ospedaliera Policlinico di Modena

Localizzazione	Ingresso 33 (via Emilia)
Portineria - informazioni	Piano terra 059.422.3200 dal lunedì al sabato dalle 7 alle 18,30
Reception - accettazione DH	1° piano 059.422.2230 dal lunedì al venerdì dalle 7 alle 18,30 sabato dalle 7 alle 13
Caposala	Degenze ordinarie e hospice: telefono: 059.422.5191 Day Hospital telefono: 059.422.5149
Segreteria	tel. 059.422.4482 - 3222 Fax 059.422.2647 orario: 8,30-14,30

confermati anche da metodiche di immunoistochimica ed immunofluorescenza che hanno mostrato l'espressione di antigeni HLA specifici del donatore nella maggior parte delle cellule tumorali delle lesioni di Kaposi. Inoltre, per escludere che tali risultati, ottenuti in pazienti di sesso femminile, potessero essere attribuiti ad un fenomeno di microchimerismo associato alla gravidanza, sono stati studiati due pazienti di sesso maschile che hanno sviluppato il sarcoma di Kaposi dopo trapianto di rene da donatore sempre di sesso maschile. In un caso, l'analisi dei microsattelliti ha mostrato nel tessuto tumorale microdissezionato la presenza di polimorfismi genici caratteristici del donatore.

Tali risultati hanno almeno due importanti implicazioni. La prima è che lo screening per l'infezione da HHV-8 dei donatori e riceventi un trapianto di organo solido deve essere introdotta ed implementata almeno in quei Paesi, come l'Italia, in cui l'infezione da HHV-8 è endemica. L'identificazione di donatori HHV-8 positivi, può orientare nella scelta degli organi da trapiantare, ma soprattutto può consentire di intraprendere tempestivamente nel paziente HHV-8 negativo ricevente il trapianto da un donatore HHV-8 positivo, una profilassi o un trattamento preventivo dell'infezione da HHV-8. Attualmente il nostro gruppo di ricerca, in collaborazione con il Nord Italian Transplant (NIT), il Centro Trasfusionale di Milano ed il Gruppo Italiano Trapianto di Midollo Osseo, sta conducendo nel nostro Paese uno studio prospettico a livello nazionale sulla prevalenza di infezione da HHV-8 nei donatori e riceventi di organo solido e di midollo osseo. Tale studio fornirà informazioni sul rischio di trasmissione di HHV-8 con il trapianto di organo solido e di midollo osseo e sulle possibili conseguenze cliniche di tale fenomeno. In particolare, il nostro gruppo ha già segnalato per la

prima volta l'insorgenza di complicanze, quali epatite e citopenia periferica, associate alla riattivazione dell'infezione da HHV-8, anche nei pazienti sottoposti a trapianto di midollo osseo e di cellule staminali periferiche (*Blood* **96**: 2355, 2000).

La seconda implicazione riguarda la terapia del sarcoma di Kaposi post-trapianto. Spesso tale tumore è clinicamente aggressivo e richiede un trattamento con chemioterapia, con ovvie e gravi conseguenze di tossicità. L'unica opzione terapeutica attualmente disponibile è quella di ridurre la terapia immunosoppressiva, con il risultato che se da un lato si può ottenere la regressione del tumore, dall'altro si procura, quasi invariabilmente, il rigetto dell'organo. La dimostrazione che il sarcoma di Kaposi può derivare da cellule progenitrici presenti nel donatore, pone la base per studi volti a sviluppare strategie di terapia cellulare adottiva. Tale approccio prevede che si ottengano i linfociti T citotossici già presenti nel donatore, i quali sono in grado di riconoscere ed uccidere le cellule infettate dal virus, proprio perché deputati al controllo ed al mantenimento dell'infezione latente da HHV-8 nel donatore asintomatico. Tali linfociti espansi ed attivati, utilizzando ad esempio cellule dendritiche, possono essere reinfusi nel paziente che in tale modo viene “armato” di una immunità cellulare T citotossica diretta contro le cellule progenitrici del tumore infettate da HHV-8. La realizzazione di questa strategia terapeutica presenta numerose difficoltà per così dire “tecniche”, legate alla biologia di questo virus, per il quale non esiste a tutt'oggi un modello di infezione stabile di cellule emopoietiche umane in vitro, ma è destinata certamente ad avere importanti applicazioni future.

PROF. MARIO LUPPI

Professore associato di Ematologia
dell'Università di Modena e Reggio Emilia

La carta d'identità del Centro Oncologico Modenese

Dipartimento misto di Oncologia ed Ematologia, Direttore: Prof. Pier Franco Conte

UNITÀ OPERATIVE E SERVIZI

Struttura Complessa di Oncologia Medica

Direttore: prof. P.F. Conte

DEGENZA	Resp. Dr. A. Frassoldati
DAY HOSPITAL	Resp. Dr. G. Luppi
UNITÀ DI PATOLOGIA: Oncologia senologica e dell'apparato genitourinario Oncologia dell'apparato gastroenterico Oncologia Toracica	Resp. Dr. A. Frassoldati Resp. Dr. G. Luppi Resp. per l'Oncologia Dr. F. Barbieri, per la Pneumologia Dr. M. Bavieri
Unità di Ricerca Terapie Cellulari In Oncologia: Laboratorio di Oncologia Sperimentale	Resp. Prof. P. F. Conte, Prof. L. Piccinini, Dr. R. Sabbatini
PROGRAMMA DI EPIDEMIOLOGIA ONCOLOGICA – CENTRO PER LO STUDIO DEI TUMORI FAMILIARI DELLA MAMMELLA E DELL'OVAIO	Resp. Prof. M. Federico

Struttura Complessa di Oncologia II

Direttore: prof. P.F. Conte

DEGENZA E AMBULATORIO AFFIDO-PS	Resp. Dr. G. Longo
HOSPICE	Resp. Prof. L. Piccinini
PROGRAMMA DI TERAPIE ONCOEMATOLOGICHE INNOVATIVE	Resp. Prof. S. Sacchi

Struttura Complessa di Ematologia

Direttore: prof. G. Torelli

DEGENZA	Resp. Prof. M. Luppi
DAY HOSPITAL	Resp. Dr.ssa G. Leonardi, Dr. R. Marasca
UNITA' TRAPIANTI DI MIDOLLO OSSEO	Resp. Prof. F. Narni
AMBULATORIO MALATTIE DELLA COAGULAZIONE – CENTRO EMOFILIA – LABORATORIO DI CITOGENETICA ONCOEMATOLOGICA – LABORATORIO DI BIOLOGIA CELLULARE – LABORATORIO DI EMATOLOGIA – LABORATORIO DI DIAGNOSTICA EMOLINFOPATOLOGICA – LABORATORIO DI DIAGNOSTICA MOLECOLARE	Resp. Dr. M. Marietta Resp. Dr.ssa P. Temperani Resp. Dr.ssa A. Donelli Resp. Prof. M. Luppi Resp. Dr.ssa G. Bonacorsi Resp. Dr. R. Marasca

Altre strutture afferenti al Dipartimento:

U.O. DI RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	Dir. dr. F. Bertoni
CATTEDRA DI RADIOTERAPIA	Dir. prof.ssa A.M. Falchi
SERVIZIO DI MEDICINA TRASFUSIONALE E IMMUNOEMATOLOGIA Centro TrASFusionale a valenza provinciale	Dir. Dr.ssa M. De Palma
AMBULATORIO AFERESI TERAPEUTICA E TERAPIA TRASFUSIONALE	Resp. dr. G. Milanti
UFFICIO SPERIMENTAZIONI CLINICHE – CATTEDRA DI EPIDEMIOLOGIA CLINICA E STATISTICA MEDICA	Dir. prof. A. Liberati
GRUPPO ITALIANO STUDIO LINFOMI (GISL)	Coordinatore Prof. M. Federico
REGISTRO TUMORI DELLA PROVINCIA DI MODENA	Coordinatore Prof. M. Federico
SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE IN: EMATOLOGIA ONCOLOGIA RADIOTERAPIA	Dir. Prof. G. Torelli Dir. Prof. P.F. Conte Dir. Prof. R. Romagnoli
MASTER: EVIDENCE BASED MEDICINE E METODOLOGIA DELLA RICERCA SANITARIA DIAGNOSTICA MOLECOLARE E SCELTE TERAPEUTICHE IN ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA	Coordinatore Prof. A. Liberati Coordinatore Prof. P.F. Conte

L'Associazione Angela Serra per la ricerca sul cancro

IL 2 GIUGNO 1986 la dott.ssa Angela Serra, originaria della provincia di Lecce ma attiva presso il Policlinico di Modena, muore a soli 29 anni per un tumore. Alcuni suoi amici e colleghi decidono allora – per onorarne la memoria e offrire un contributo alla lotta contro i tumori – di fondare un'associazione senza fini di lucro.

Quando il 19 Febbraio 1987, nella sala riunioni dell'Ordine dei Medici, alla presenza di 35 soci nasceva l'Associazione "Angela Serra" per la ricerca sul cancro, nessuno poteva immaginare che in pochi anni si sarebbe radicata in modo così forte nel cuore della gente, tanto da poter dapprima lanciare l'idea e poi curare la realizzazione di un grande Centro Oncologico a Modena.



**ASSOCIAZIONE
ANGELA SERRA PER LA
RICERCA SUL CANCRO
ONLUS**

**Segreteria
e Amministrazione:**
c/o Azienda Ospedaliera
Policlinico di Modena,
nell'atrio centrale dell'edificio
del Centro Oncologico
Modenese

Via del Pozzo, 71
41100 Modena
Tel . 059/422.3203 -
059/422.3204
Fax 059/422.3219

<http://www.angelaserra.com>
serra@unimo.it

LE TAPPE PIÙ SIGNIFICATIVE

30 Settembre 1994. Ai funerali di Pier Camillo Beccaria i familiari dell'ex Sindaco invitano la cittadinanza ad aderire ad una campagna di sottoscrizione in favore del Centro Oncologico Modenese. L'obiettivo è quello di raccogliere un miliardo in 6 mesi e di coinvolgere almeno 10.000 cittadini.

10 Maggio 1996. L'Università degli Studi di Modena, l'Azienda Ospedaliera Policlinico di Modena e l'Associazione Angela Serra per la Ricerca sul Cancro firmano la convenzione per la costruzione del Centro Oncologico Modenese.

Dicembre 1998. L'Azienda Ospedaliera Policlinico di Modena delibera di siglare un accordo con l'Associazione "Angela Serra" per la gestione del Registro Tumori della Provincia di Modena.

8 Aprile 1999. Cerimonia di consegna dell'edificio del COM dedicato a Pier Camillo Beccaria da parte dell'Associazione "Angela Serra" ad Azienda Ospedaliera di Modena e Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia. L'atto notarile viene firmato in data 01/04/99 ed il valore dell'immobile è di oltre 6.300.000.000 di lire.

Dicembre 2001. L'Associazione organizza l'iniziativa delle Strenne Natalizie: le aziende private sono invitate a sostituire la tradizionale strenna al cliente con una donazione. L'iniziativa porta nelle casse dell'Associazione circa 110 milioni.

1 Febbraio 2003. Inaugurazione del Centro Oncologico Modenese e intitolazione del padiglione al sindaco Pier Camillo Beccaria.

COM
n e w s
c e n t r o m o d e n e s e
o n c o l o g i c o
ANNO 1, N. 1, NOVEMBRE 2003

Comitato scientifico
Prof. Pier Franco Conte
Prof. Giuseppe Torelli
Dr. Gabriele Luppi

Direttore responsabile
Mauro Boldrini

Redazione
Sabrina Smerrieri, Gino
Tomasini, Sergio Ceccone,
Carlo Buffoli, Daniela Peliccioli

com.unimo.it
Giorgio Fontana

Intermedia editore
Healthcare Communication Network
via Cefalonia, 24 - 25124 Brescia
Tel. 030.226105 - Fax 030.2420472
Via Costantino Morin, 44 - 00195 Roma
Tel. 06.3723187
www.medinews.it
imediabs@tin.it