



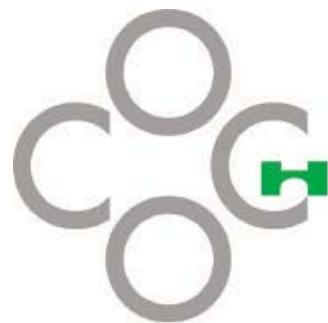
anno 4
numero 2
novembre 2007



Questo numero de *Il Notiziario* segna la trasformazione della Associazione Amici dell'Oncologia Medica di Niguarda Ca' Granda in un nuovo soggetto giuridico: la Oncologia Ca' Granda Onlus Fondazione., brevemente la **OCGO Fondazione**. L'Associazione venne fondata nel 1984 e da allora le realizzazioni nell'Ospedale Niguarda Ca' Granda sono state molte: la costruzione della prima Divisione di Oncologia Medica ospedaliera in Italia dopo quella dell'Istituto Tumori di Milano, il nuovo Day Hospital, il nuovo Ambulatorio, l'ammodernamento della Degenza e poi la ricerca pre-clinica e clinica. La **OCGO Fondazione** è stata ratificata nel Luglio 2007 e i fondatori e componenti del consiglio di amministrazione sono Getulio Alviani, Mauro Bramieri, Pasquale Cannatelli, Carlo Casalone, Federico Falck, Adele Gatti, Enrico Ghislandi, Lidia Grigioni, Antonio Perricone, Lupo Rattazzi e Salvatore Siena. Si tratta di persone che, distintesi nel mondo della cultura, della medicina e dell'imprenditoria, adesso pensano di contribuire al miglioramento della Società operando nella **OCGO Fondazione**. Il nuovo logo che conoscerete nelle pagine di questo notiziario è stato disegnato da Getulio Alviani e Marco Matricardi e intende stigmatizzare la nuova **OCGO Fondazione**. L'Oncologia Falck di Niguarda Ca' Granda lavora alacremente e alcune delle persone che a ciò contribuiscono sono fotografate in prima pagina. Molte di queste sono finanziate dalla OCGO Fondazione e a loro siamo grati per quanto fanno ogni giorno per le persone curate sia nel reparto ospedaliero sia nella loro casa. Affinché questo flusso vitale non si esaurisca, le donazioni dei Benefattori sono indispensabili. Grazie a tutti i Benefattori e buon Natale al completamento di questo intenso anno 2007.

Il presidente
Salvatore Siena

In copertina: le
persone della
OCGO
Fondazione.
A fianco:
il nuovo logo.



Andrea Sporchia



Paola D'Alessandro



Antonio Mura



Silvia Maglie

Andrea Sporchia

Ho 26 anni e sono medico. Ho studiato a Pavia e dallo scorso aprile sono in Oncologia Falck come borsista con il finanziamento della OCGO. La medicina non è una passione di famiglia: papà è dirigente e mamma casalinga. Ma io ho sempre desiderato diventare medico, sin da quando avevo otto anni. Se lo ricorda ancora persino la mia maestra. L'interesse per l'oncologia, invece, è nato durante l'università. Mi pareva che questa specialità consentisse di unire l'amore per la ricerca al rapporto medico paziente. Il paziente si affida in toto a te, mette la sua vita nelle tue mani. Nel tempo libero (poco) gioco a pallacanestro, nuoto, corro. Amo il cinema e il teatro, ma anche i viaggi avventura.

Paola D'Alessandro

Sono impiegata a Niguarda dal 1991. Ma sono approdata all'Oncologia Falck solo nel febbraio di due anni fa. Ho 37 anni, sono single e qui mi occupo del day hospital, dall'accoglienza dei pazienti all'accettazione per le terapie, prendo gli appuntamenti per gli esami negli altri reparti, sono una sorta di anello di congiunzione tra medici e paziente. Occuparsi di queste persone ammalate cambia la vita. Prima ero ad uno sportello e vedevo i pazienti solo per un attimo ma ero stufo di sentire gente lamentarsi per i tempi lunghi. Qui entri nella loro vita, hanno bisogno di gentilezza e di conforto, devi essere consapevole che sei un punto di riferimento per le mille informazioni di cui possono avere bisogno. Hobby? Le piante, il giardinaggio

Antonio Mura

Ho 30 anni e sono infermiere. Sono nato a Giussano e fino a 24 anni ho fatto l'analista contabile. Poi, durante il servizio civile, mi hanno mandato in una casa di riposo e lì ho deciso di cambiare lavoro. Mi sono iscritto all'università e ho preso la laurea infermieristica. Il primo incarico è stato in Oncologia Falck, era una delle opzioni che avevo fatto all'atto dell'assunzione. Sono in reparto e mi occupo anche di assistenza domiciliare. Sono single e vivo a Milano durante il turno di lavoro e torno in famiglia in

alta Brianza nei giorni di riposo. Ho molti hobby, fino a qualche anno fa ero cantante-chitarrista, ho fatto teatro. Leggo molto, scrivo racconti e-book. In prospettiva, mi piace il posto in cui lavoro e voglio continuare a fare quello che faccio.

Silvia Maglie

Sono infermiera, ho 31 anni, sono sposata con una bimba di 2 anni. Lavoro in Oncologia Falck da 11 anni. Sono nata a Lecce e prima di fermarmi a Niguarda ho lavorato al Sant'Anna di Como, in psichiatria, poi sono tornata a Lecce, dove seguivo un reparto dialisi. Infine di nuovo a Milano, perché ho sposato un ragazzo di qui. Mi sarebbe piaciuta un'esperienza in un'area critica. Il lavoro in Oncologia è stato un po' un caso, ma dal punto professionale la realizzazione è grande. C'è un bel rapporto tra medici, infermieri e anche con le persone ammalate alle quali si deve dare un aiuto, sia materiale ma anche umano e psicologico.

notiziario dell'Oncologia Ca' Granda Onlus - anno 4, numero 2, novembre 2007



Cesare Sirtori
Professore Ordinario di Farmacologia Clinica e
Presidente della Facoltà di Farmacia, Università degli Studi di Milano
benefattore e scienziato

Scienziato e Benefattore dell'Oncologia Ca' Granda ONLUS, Cesare Sirtori, 64 anni, è Preside della Facoltà di Farmacia dell'Università Statale di Milano. Il Centro Grossi Paoletti, che ha fondato ed è ospitato presso l'Ospedale Niguarda, è leader nelle ricerche sull'aterosclerosi e sulle patologie vascolari legate alle dislipidemie. Ma la sua fama è, prima di tutto, legata alla scoperta, a metà degli anni Settanta, di una mutazione (A-1Milano) che consente ad alcuni soggetti di convivere senza danni vascolari con valori altissimi di colesterolo. Il professor Sirtori è considerato il mago del colesterolo buono. La scoperta dell'apolipoproteina "A-1Milano", il primo mutante delle lipoproteine umane, è avvenuta come spesso accade per caso. "Questa storia diventerà presto anche il soggetto di un film. Nel 1975 visitai un signore che non aveva malattie vascolari, nonostante i trigliceridi fossero altissimi - racconta il professore -. Ma presentava stranezze nel settore proteico. Il signore era

di Limone sul Garda. Decisi di andare sul posto e studiare più famiglie. Lì nella popolazione locale trovai questa mutazione genetica frequentissima e intuì la potenzialità del dimero che scioglie le placche". Anche agli studi di medicina arrivò per caso. Il padre, Carlo, era medico, primario di anatomia patologica e vicedirettore all'Istituto Tumori di via Venezian. La mamma imprenditrice nel settore immobiliare. Fu lei, quando la Montedison mise in vendita Palazzo Visconti, in via Cino del Duca, a due passi dal Duomo di Milano, a subentrare per farne la dimora di famiglia e creare spazi per convegni scientifici che all'epoca mancavano. "Io ero destinato a seguirla. Ma ero bravo a scuola e questa è stata la mia disgrazia", racconta sorridendo. E' appena rientrato da un viaggio negli Stati Uniti dove sulla scia delle sue ricerche si sono mossi in tanti. "Quando si è compreso che quel dimero poteva avere una attività terapeutica, abbiamo cominciato sperimentazioni negli animali. Si trattava di

realizzare un prodotto biotecnologico e sono riuscito, unico italiano, a fondare una società biotech che è andata in Borsa a New York ed è poi stata acquistata da Pfizer". Non solo a testa china sulle provette. Il professor Sirtori ritaglia spazio all'attività sportiva agonistica. Corre i 200 e i 400 metri, è stato campione italiano centometrista nel 2005. "Come primario, preside e ricercatore lavoro settanta ore alla settimana. Lo sport rende molto alla piena efficienza fisica". Sue, ancora, sono le osservazioni di grande prestigio sulle proteine vegetali nella dieta (prima la soia, poi il lupino) per abbassare i livelli di colesterolo nel sangue. Sua la messa a punto, nell'area clinica, di un metodo che oggi è usato in tutto il mondo per diagnosticare precocemente l'aterosclerosi. L'impegno di Benefattore nei confronti dell'Oncologia Ca' Granda ONLUS è così riassunto senza troppe parole: "Credo molto in questa struttura, ritengo il professor Siena un oncologo di straordinaria qualità".



Il padiglione
Oncologia Falck

notiziario dell'Oncologia Ca' Granda Onlus - anno 4, numero 2, novembre 2007

chirurgia delle metastasi epatiche da tumore del colon e del retto

Nella storia naturale del tumore del colon e del retto la presenza di metastasi (disseminazione del tumore in altri organi al di fuori della sua zona primitiva di origine) è evidente in circa il 60% dei casi. Il fegato, in particolare, rappresenta il principale organo bersaglio di tali metastasi, dato che tutto il sangue proveniente dall'intestino attraverso il sistema della vena porta attraversa il fegato per motivi metabolici. La presenza e la frequenza di lesioni metastatiche in ambito epatico è soprattutto dipendente dalla tipologia istopatologica della neoplasia, dalla sua stadiazione oncologica e dalla sua intrinseca aggressività. Non raramente la presenza di aree epatiche metastatiche è contemporanea alla scoperta del tumore primitivo colo-rettale (metastasi sincrone) mentre in altre circostanze le metastasi compaiono successivamente al

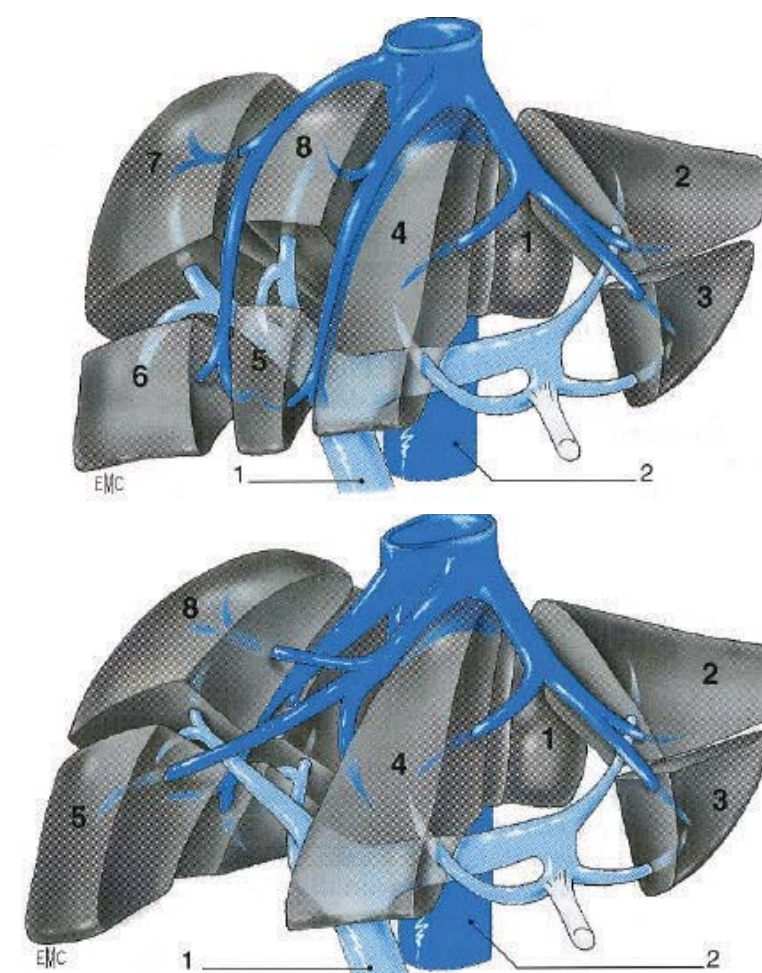
trattamento chirurgico o medico del tumore colo-rettale e sono scoperte durante esami radiologici specifici eseguiti nel corso di un follow-up oncologico specifico (metastasi metacrone). La presenza di metastasi sincrone rappresenta indubbiamente un fattore prognostico negativo della malattia neoplastica sottintendendo generalmente una maggiore aggressività della stessa. E' evidente infatti che se al momento della sua rappresentazione clinica il tumore intestinale ha già manifestato una tendenza metastatica le sue caratteristiche invasive sono sicuramente più severe rispetto ad un tumore che manifesta metastasi a distanza di mesi o anni dalla sua comparsa. Nel caso delle metastasi metacrone la distanza temporale delle loro manifestazioni dalla comparsa del tumore primitivo può essere con-

siderato un indice di minore aggressività oncologica. La comparsa di metastasi epatiche determina comunque un sostanziale aggravamento della prognosi della neoplasia del colon con sopravvivenze a 5 anni variabili dallo 0 al 20% dei casi trattati con la sola terapia medica. Attualmente la chirurgia ha radicalmente mutato il destino dei pazienti affetti da metastasi epatiche da carcinoma colo-rettale per una serie di motivazioni tecniche ed oncologiche. La chirurgia epatica, in primo luogo, ha raggiunto in Centri specializzati livelli di eccellenza tali da consentire una mortalità operatoria inferiore all'1% con livelli estremamente bassi di morbilità e complicanze postoperatorie. Attualmente le tecniche di dissezione parenchimali adottate, le metodiche di emostasi intra-operatoria e le in-

dagini radiologiche pre- e intra-operatorie consentono una esatta individuazione delle lesioni metastatiche ed una esatta delimitazione dei loro rapporti vascolari tali da consentire resezioni segmentarie e subsegmentarie del fegato con risparmio del parenchima sano e conseguentemente con riduzione dell'insufficienza epatica postoperatoria conseguente a eccessivo sacrificio parenchimale. Queste considerazioni sono particolarmente importanti in pazienti precedentemente trattati con farmaci epatotossici quali l'Oxaliplatino (schema Folfox) e soprattutto l'Irinotecan (schema Folfiri). In questi pazienti una resezione epatica più o meno estesa effettuata su un fegato già sofferente per un danno farmacologico conseguente alla chemioterapia può essere particolarmente dannosa e pertanto l'asportazione delle sole aree malate con risparmio chi-

urgico del fegato non affetto da malattia neoplastica risulta estremamente vantaggioso. Una terapia chirurgica "aggressiva" con resezioni ripetute anche in tempi successivi dopo la comparsa di recidiva tumorale si è dimostrata altresì valida portando in casi selezionati la sopravvivenza di questi pazienti a percentuali inaspettate fino ad alcuni anni fa e, a volte, superiori al 50% a 5 anni dal trattamento primitivo. Tali risultati devono spingere i clinici che si occupano del trattamento di tali patologie ad incrementare il trattamento multimodale implementando la collaborazione di oncologi, radioterapisti e chirurghi per una sempre maggiore completezza terapeutica. La tipologia di intervento adottata varia a seconda delle dimensioni, del numero e della posizione delle metastasi. Possono

essere eseguite resezioni estese del lobo epatico destro o sinistro fino a oltrepassare il 70% del volume del fegato, oppure limitarsi a resezioni di segmenti epatici (ve ne sono 8 di diversa forma ma di volume simile). La rigenerazione in breve tempo del fegato residuo (ripresa del volume iniziale in 1-3 mesi) consente al chirurgo questo ampio spazio di manovra se non sono state provocate lesioni vascolari o biliari durante le manovre chirurgiche. In caso di volumetria residua comunque insufficiente è oggi possibile, mediante manovre di radiologia interventistica chiudere il ramo portale della parte di fegato da asportare. Questa manovra provoca l'ipertrofia compensatoria del fegato residuo, che può aumentare anche del doppio del proprio volume e consentire resezioni prima non effettuabili.



A fianco: segmenti anatomici del fegato.

Nella pagina a sinistra: una equipe di chirurghi di Niguarda Ca' Granda.



Carmine Pinto
Dirigente medico, oncologia medica, Policlinico Sant'Orsola Malpighi, Bologna

avanzamenti nella terapia del tumore del retto

Quarantamila persone, ogni anno, si ammalano di tumore del colon o del retto in Italia. In due casi su dieci la malattia interessa il retto medio-basso, malattia oggi curabile e in alcuni casi guaribile in modo definitivo. Ma non solo la vita dell'ammalato, ma anche le sequele della cura e la preservazione della funzione dell'organo ammalato e poi guarito è cruciale nel bilancio complessivo della battaglia contro il tumore del retto. Oggi la terapia del carcinoma del retto è argomento di studio per il trattamento con nuove terapie mirate sui bersagli cellulari, le cosiddette targeted therapies.

Che caratteristiche ha il tumore del retto?

Può sanguinare, dare stenosi e se non è trattato bene si può andare incontro all'intervento di amputazione addomino-perineale e quindi alla colostomia.

Novità nelle cure?

In Italia siamo all'avanguardia in questo settore. Lo dimostra anche il fatto che praticamente su tutto il territorio nazionale nei centri migliori abbiamo in corso due studi, il cui obiettivo è ridurre il tumore prima dell'intervento chirurgico che può così risultare meno devastante. E' dimostrato che la radioterapia insieme alla chemioterapia può ridurre la comparsa di recidive loco-regionali nell'ordine del 20 per cento, quando è fatta a livello preoperatorio. Oggi conosciamo meglio che in passato i meccanismi di cancerogenesi e i fattori prognostici predittivi alla risposta al trattamento.

Cioè?

Sappiamo che il recettore "EGFR" è correlato ad un determinato stadio e ad una prognosi della malattia, così come il fattore "VEGF", che stimola la vascolarizzazione, favorisce cioè la crescita irregolare, anarchica, dei vasi che alimentano il tumore. E questo è un meccanismo di resistenza alla radioterapia.

Quindi?

Sappiamo già che nei pazienti con tumore del retto medio e retto basso la chemioterapia unita alla radioterapia riduce le recidive locali. Con la sperimentazione denominata STAR 01, che ha arruolato 500 pazienti e di cui continua a tuttoggi il reclutamento, utilizza-

mo come terapia adiuvante un farmaco storico (il fluorouracile) e in aggiunta un farmaco radiosensibilizzante molto efficace (oxaliplatino) con la radioterapia. Così da arrivare in sala operatoria all'intervento chirurgico talora anche in assenza di malattia. E' uno studio di cui siamo coordinatori con Genova e Pisa, in collaborazione con l'Oncologia Falck, la Radioterapia e la Chirurgia di Niguarda Ca' Granda.

L'obiettivo?

Aumentare il numero delle regressioni complete del tumore del retto e migliorare la sopravvivenza, ma anche sottoporre i malati ad interventi meno mutilanti, risparmiando cioè lo sfintere anale con il minimo di sequele iatrogene.

Molti arrivano tardi alla diagnosi?

Spesso le persone ammalate arrivano alla diagnosi con un tumore già avanzato localmente. Ma il difetto peggiore della malattia è che può recidivare. A differenza di altri tumori che possono ricadere anche a 10 o più anni, qui le recidive ci sono nei primi 2-3 anni dopo le cure. Ecco perché occorre attuare procedure prima e dopo l'atto chirurgico.

Avete in corso un'altra sperimentazione clinica?

Sì, la sperimentazione denominata in breve STAR 02, che utilizza anche un nuovo anticorpo monoclonale completamente umano anti EGFR, il Panitumumab. Stiamo studiando se ci sono alterazioni geniche particolari nel tumore prima e

dopo la terapia, che potrebbero rappresentare un fattore di rischio e di resistenza al nostro trattamento.

Cos'è cambiato per il paziente negli ultimi anni?

Più guarigioni e meno sequele e mutilazioni. L'approccio oggi è multimodale, multidisciplinare. L'ammalato viene visto contemporaneamente da chirurgo, oncologo, radioterapista, e in modo concertato e ottimizzato viene fatta la diagnosi, poi la stadiazione della malattia, quindi inizia il trattamento. Secondo una tempistica precisa: in dieci mesi il paziente passa dal trattamento pre-chirurgico alla sala operatoria e alla terapia precauzionale successiva.

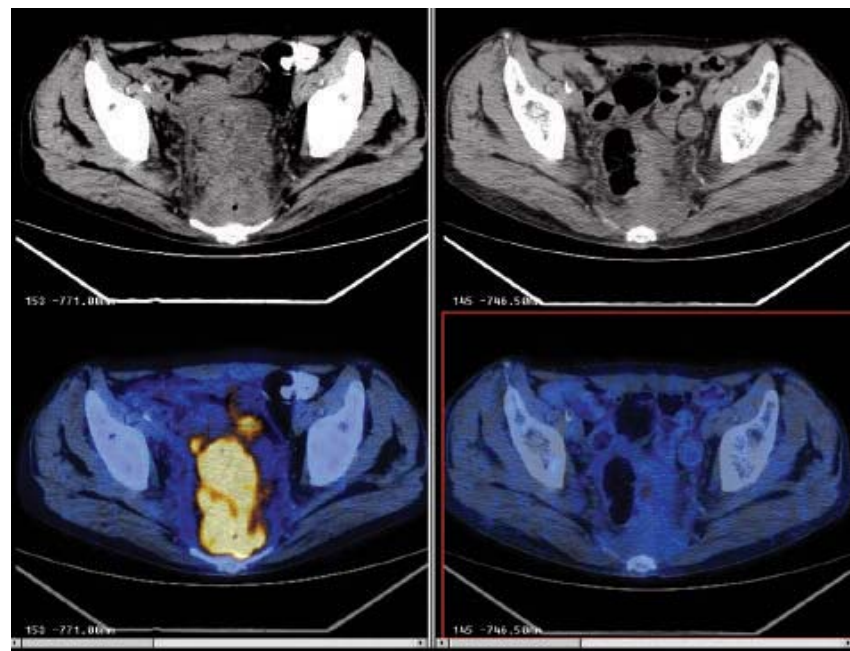
Il messaggio?

Oggi può essere ben curata la malattia avanzata con metastasi che, in alcuni casi, quando è possibile la resezione delle metastasi stesse, può anche andare incontro a guarigione. Il carcinoma del grosso intestino è una malattia la cui prognosi è andata migliorando in modo costante negli ultimi 15 anni.

Il futuro?

Penso ad una terapia individualizzata, cioè adattata e misurata, per il singolo ammalato. E sogno, ma ci credo, che un giorno il tumore del retto sarà guaribile senza sequele in tutti i casi.

Valutazione mediante PET TC dell'efficacia della chemio-radioterapia per il carcinoma rettale.



notiziario dell'Oncologia Ca' Granda Onlus - anno 4, numero 2, novembre 2007



Pasquale Cannatelli
Direttore Generale, A. O. Ospedae Niguarda Ca' Granda

il futuro di Niguarda

Tra meno di tre anni, nel giugno del 2010 l'Oncologia Falck traslocherà nella nuova sede. Tali sono i tempi per la realizzazione della prima piastra, la piastra Sud.

Cosa ne sarà delle donazioni dei benefattori della OCGO Fondazione?

Le dotazioni strutturali e tecnologiche dell'attuale Oncologia Falck, risultato delle donazioni di molti Benefattori, saranno mantenute anche nel nuovo Niguarda, come anche la denominazione "Oncologia Falck".

Pasquale Cannatelli, direttore generale di Niguarda, illustra le fasi del programma di ricostruzione dell'Ospedale.

Quando è partito il cantiere? Lo scorso dicembre è stata avviata la prima fase, con la realizzazione del parcheggio nell'area dell'ex elisoccorso. Avrà 800 posti e la capienza raddoppierà con un secondo parcheggio esterno.

I tempi? Per ora il cronogramma è rispettato. Abbiamo in corso 3 cantieri, la piastra Sud, il polo tecnologico e la demolizione della Radiologia Nord per fare posto al polo logistico, mensa, magazzini, farmacia e lavanderie.

Si lavora senza fermare l'ospedale? Questa è la sfida. Qui ci sono novemila persone ogni giorno.

Il trasloco nella piastra Sud? La piastra Sud sarà pronta alla fine del 2009 e in 6 mesi il trasloco sarà concluso. La piastra Sud ospiterà patologie ad alta intensità di cura: trapianti, oncologia, ematologia, chirurgia oncologica, sale operatorie e terapia intensiva.

I costi? Questo è un project financing da 262 milioni di euro.

Ovvero? L'Ospedale ha un finanziamento con contributi nazionali e regionali pari a 140 milioni di euro, il resto è di un concessionario che gestirà per 27 anni i servizi, dalla mensa alle pulizie, dal calore agli impianti tecnologici; l'Ospedale pagherà un canone per questo periodo.

Niguarda avrà anche negozi, ristoranti? Parrucchiere e supermercato, un asilo nido, un centro congressi e una struttura alberghiera per i parenti degli ammalati. Ma anche un parco di 330 mila metri quadrati.

La parola fine? Nel 2012.

I numeri del Niguarda del futuro

Il nuovo Ospedale Niguarda sarà realizzato secondo i principi costruttivi più avanzati, garantendo il pieno rispetto e la valorizzazione degli edifici monumentali originali secondo le indicazioni del Ministero per i Beni Culturali e Ambientali. Sarà garantita una concezione innovativa dei percorsi di assistenza e cura, progettati con il contributo delle professionalità, sia tecniche che sanitarie.

I numeri del Nuovo Ospedale:

- un parco di 330.000 mq con 165.000 mq di superficie edificata
- 1.285 posti letto totali
- 448 nuove camere di degenza
- 53 posti letto di terapia intensiva
- 34 sale operatorie.

Inoltre: parcheggi, parco scientifico, centro congressi, asilo nido, servizi commerciali, e una struttura alberghiera per ospitare i parenti dei degenti o i pazienti che devono sottoporsi a cure in regime diurno.



notiziario dell'Oncologia Ca' Granda Onlus - anno 4, numero 2, novembre 2007

Negli scorsi mesi tre amici della Falck hanno lasciato il lavoro per raggiunti limiti di età. Li vogliamo ricordare con particolare affetto e gratitudine.

Innanzitutto Anna Di Cintio. "La" segretaria della Falck. Presente ben prima dell'arrivo di Salvatore Siena. Soprattutto negli ultimi anni si è prodigata nel lavoro spesso oscuro di segretaria, per la divisione innanzitutto, ma anche per l'Associazione Amici della Falck, nonché per il progetto di assistenza domiciliare. In tutte queste attività ha portato il suo fervore, la sua disponibilità, la sua bontà. Le siamo grati, e la ricordiamo con particolare affetto, proprio per quel "qualcosa di più" che ha sempre messo nel suo lavoro.

Claudia Baiocchi, medico oncologo, ha lavorato in Falck per circa vent'anni. Si è prodigata in molti settori, dalle neoplasie renali, a quelle ginecologiche, fino alla senologia. La malattia con cui ha convissuto ha reso, negli ultimi anni, più faticosa la sua presenza al lavoro. Ma non per questo ha lesinato impegno, dedizione, sensibilità umana. Molti

malati e malate si sono legati a lei con particolare stima. Anche per questo le auguriamo un meritato e sereno riposo, per realizzare i vari interessi che le stanno a cuore.

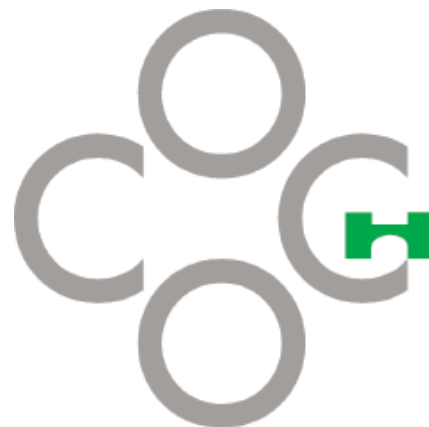
Infine, Pino Landonio. Anche lui una vecchia presenza della Falck (e, in precedenza, dell'ematologia). Si è occupato di neoplasie cerebrali, e non solo. Ultimamente si è prodigato per dar vita al progetto di ospedalizzazione domiciliare dei pazienti oncologici, al quale collabora tuttora. Figura nota in tutto l'ospedale anche per il suo impegno sindacale e politico, impegno che continuerà ora, in pensione, dai banchi di Palazzo Marino. Anche a lui un saluto particolarmente caloroso e l'augurio di averlo comunque vicino nell'impegno a sostenere e migliorare la sanità pubblica.

In alto: il nuovo letto di degenza ad alta tecnologia interamente automatizzato che sarà introdotto a partire dal 2008. Sotto, da sinistra: Anna Di Cintio, Pino Landonio e Claudia Baiocchi.

benefattori
la Fondazione
Banca Monte
Lombardia dona
25.000 Euro



Nel 2007 La OCGO Fondazione si è rivolta a molte istituzioni per ottenere finanziamenti da destinare all'ammodernamento delle strutture di assistenza nella Divisione Oncologia Falck. Chi ha conosciuto la degenza si sarà reso conto che i letti attuali sono obsoleti. Nel 2007-2008 la priorità di ammodernamento risiede nella sostituzione dei 25 letti della degenza che, trattandosi di vere e proprie apparecchiature sanitarie ad alta tecnologia, hanno un costo molto elevato: 60,000 Euro! La Banca Monte Lombardia attraverso la sua Fondazione ha risposto prontamente alla nostra richiesta e ha provveduto a stanziare la somma di 25.000 Euro che saranno sufficienti per acquisire solo 11 dei 25 letti necessari. Esprimendo tanta gratitudine alla Fondazione Banca Monte Lombardia per la concretezza del suo contributo, facciamo appello alla generosità di chi legge per ulteriori donazioni anche piccole ma che ci permettano di raccogliere i 35.000 Euro necessari per comprare tutti e 25 i letti della degenza Oncologia Falck.



OCGO editore www.ocgo.org
email: oncologia.onlus@ospedaleniguarda.it
Registro periodici del Tribunale di Milano n.953 del 16/12/2005

Fondatori e CdA: Getulio Alviani, Mauro Bramieri, Pasquale Cannatelli, Carlo Casalone, Federico Falck, Adele Gatti, Enrico Ghislandi, Lidia Grigioni, Antonio Perricone, Lupo Rattazzi, Cesare Sirtori, Salvatore Siena, presidente

Presidenti Emeriti: Giulia Devoto Falck, Rosa Fantuzzi Cembe-Ternex

Revisore dei Conti: Francesco Pastorelli

Direttore Responsabile: Lionello Bianchi

Direttore Scientifico: Roberta Schiavo

Redazione: Salvatore Artale, Mauro Moroni, Paolo Pedrazzoli, Monica Renga, Roberta Schiavo, Emiliana Tarenzi, Salvatore Siena

Fotografie: Stefano Guatelli, Orazio Truglio, archivio OCGO Fondazione

Ufficio Operativo: Anna Di Cintio, Adele Gatti

Consulenza editoriale: Getulio Alviani

Grafica e impaginazione: Marco Matricardi

Stampa: Grafical, Via Tibullo 6, 20151 Milano

OCGO - Oncologia

Ca' Granda ONLUS Fondazione

Piazza Ospedale Maggiore, 3

20162 Milano

tel. 02 6444 2821; fax 02 6444 2957

mail: oncologia.onlus@ospedaleniguarda.it

sito internet: www.ocgo.org

Come donare alla Fondazione

- Presso la Segreteria della Fondazione o della Direzione della Divisione Oncologia Medica Falck Tramite lettera a OCGO Fondazione, Padiglione Vergani-Falck, piazza Ospedale Maggiore 3, 20162 Milano.

- Tramite versamento sul conto corrente postale 38223202 intestato a Amici Oncologia Medica Ca' Granda, Milano

- Tramite versamento sul conto corrente bancario: c/c 25855/1 ABI 06906, CAB 01798, CIN U, presso la Banca Regionale Europea, Agenzia 39

- L'Oncologia Ca' Granda ONLUS può ricevere lasciti testamentari

La Fondazione è una Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale (ONLUS) e per le donazioni sono previste le seguenti agevolazioni fiscali:

Per le imprese: Per i soggetti che conseguono redditi di impresa, l'art.65 comma 2, lettera c-sexies del D.P.R. 917 del 1986, come modificato dal D.L. 460 del 4 Dicembre 1997, consente la detrazione per erogazioni liberali in denaro a favore delle Onlus per importo non superiore ai 4 milioni o al 2% del reddito di impresa dichiarato.

Per le persone fisiche: Per i soggetti che conseguono reddito come persone fisiche, l'art. 13-bis comma 1, lettera i-bis del D.P.R. 917 del 1986, come modificato dal D.L. 460 del 4 Dicembre 1997, consente la detrazione per erogazioni liberali in denaro a favore delle ONLUS per importo non superiore ai 4 milioni a condizione che il versamento sia eseguito tramite banca o ufficio postale, ovvero mediante gli altri sistemi di pagamento diversi dal contante.

