

**ROTARY CLUB CHIVASSO**  
Bollettino 1787 – CREN 217 – 26 Maggio 2005



Governatore Distretto 2030°  
Giuseppe Nuzzo

**ROTARY CLUB CHIVASSO**

Distretto 2030° R.I.

Anno del Centenario  
2004-2005

"Insieme per fare"

Presidente: Guido Anfosso

WWW.ROTARYCHIVASSO.ORG  
Segreteria: segre@rotarychivasso.org



Presidente Internazionale  
Glenn E. Estess Sr.

**BOLLETTINO N° 1787**  
**CREN 217**

**“Terapie vecchie e nuove nelle malattie oncoematologiche”**

**Relatrice:**

Dott.ssa Delia Rota Scalabrini

Ristorante Villa Sassi, Torino  
26 Maggio 2005

**Percentuale di assiduità: 65,57%**

**PROSSIMI APPUNTAMENTI**

Sabato 04/06/05	Ore 8.30/9.30 Sheraton Genova Via Pionieri e Aviatori d'Italia, 44 - Genova	ASSEMBLEA DISTRETTUALE
Mercoledì 08/06/05	Concerto di Giorgio Conte Ore 20.30 - Piccolo Regio di Torino	Service INNER WHEEL a favore dell' UGI
Giovedì 09/06/05	Informazione rotariana. Ore 20.00 – Ristorante dei Cacciatori, Rolandini (TO)	RIUNIONE RISERVATA
Giovedì 16/06/05	Venticinquennale di fondazione del RTC Chivasso. Ore 20.00 – Ristorante dei Cacciatori, Rolandini (TO)	Festa per 25 anni del RTC di Chivasso
Giovedì 23/06/05	“Piazza dei mestieri. Il lavoro contro l'emarginazione giovanile”. Ritrovo ore 19.30 in Via Jacopo Durandi, 13 – Torino.	Dott.ssa Ilaria Poggio

*Lettor, se trovi cosa che t'offenda  
in questa edizion del bollettino,  
non ti maravigliar, perchè divino  
e non humano è quel ch'è senza menda.*

## LA CRONACA DELLA SERATA

La Dottoressa Delia Rota Scalabrini è nata a Bergamo e risiede a Torino dal 1986.

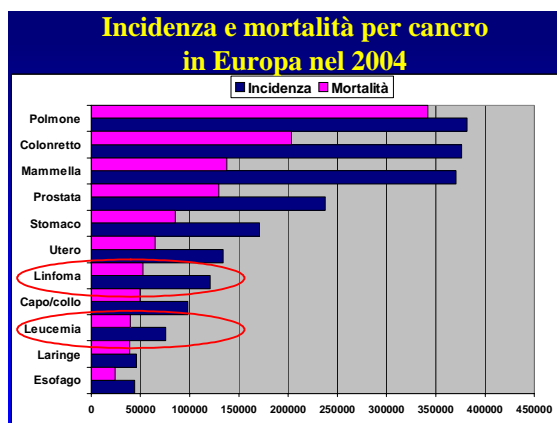
Ha conseguito la Maturità Classica presso il Liceo "Paolo Sarpi" di Bergamo. Nel luglio 1982 si è laureata con lode in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Pavia. Presso la stessa Università, ha conseguito nel 1985 la Specializzazione in Ematologia Clinica e Laboratorio e nel 1990 la Specializzazione in Medicina Interna entrambi con lode. Dal luglio 1982 al giugno 1986 ha frequentato la Clinica Medica I dell'Università di Pavia, in qualità di Medico Interno, prima con il Prof. Edoardo Storti, quindi con il Prof. Carlo Mauri, svolgendo attività assistenziale e di ricerca, con particolare interesse allo studio dell'emostasi e della trombosi. Nel luglio 1986 le è stato attribuito il Premio S.I.S.E.T. "Giovani Ricercatori" per le sue ricerche su trombosi ed emostasi.

Nel luglio 1986 è entrata nella Divisione di Ematologia (Prof. Emilio Giovanelli) dell'Ospedale Mauriziano "Umberto I" di Torino, in qualità di Assistente. Nel 1994 ha assunto il ruolo di Aiuto Corresponsabile.

Dal novembre 1996, a seguito di una convenzione con l'Università di Torino, la Divisione di Ematologia è stata trasformata in Divisione di Oncologia ed Ematologia diretta dal Prof. Massimo Aglietta.

Ha contribuito attivamente alla creazione dei servizi clinici dell'Istituto per la Ricerca e Cura del Cancro (I.R.C.C.) di Candiolo. Dall'aprile 1998 è responsabile della Degenza di Oncologia ed Ematologia di tale Istituto.

La Dott.ssa Delia Rota Scalabrini ha svolto studi su fisiopatologia dell'emostasi, sui meccanismi della trombosi, sugli aspetti immunobiologici, clinici e della cura delle malattie linfocitarie e mieloproliferative. E' stata oratrice in interventi formativi e divulgativi, e coautrice di oltre 150 pubblicazioni a congressi e su riviste nazionali ed internazionali.



La prima diapositiva presentata, mostra *l'incidenza e la mortalità dei vari tipi di cancro in Europa nel 2004*. A differenza del tumore al polmone, dove incidenza e mortalità quasi coincidono, per tutti gli altri tumori, nonostante l'alta incidenza, la mortalità sta diminuendo, soprattutto per i linfomi e per le leucemie. E' proprio queste patologie che la dott.ssa Rota ci ha illustrato: i **tumori ematologici**, cioè i tumori del sistema ematopoietico. Che cos'è l'ematopoiesi?

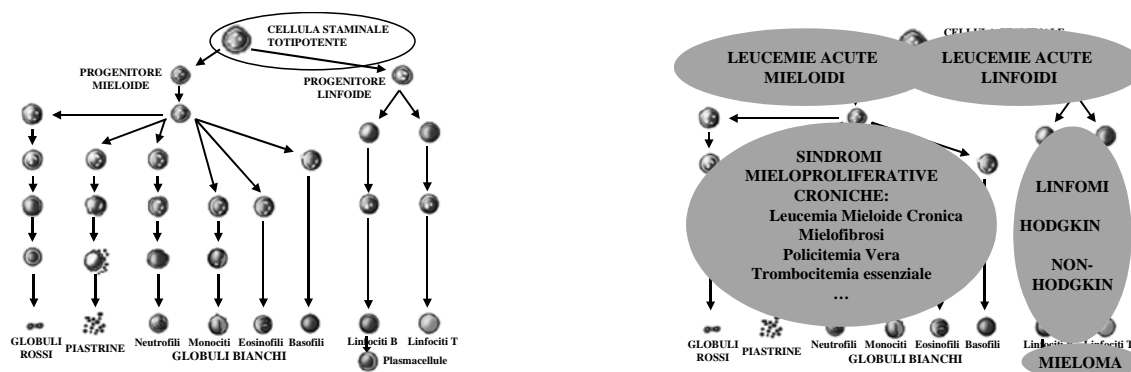
L'ematopoiesi parte dalla cellula staminale totipotente che è una cellula presente nel midollo osseo ed è caratterizzata dalla capacità di auto mantenersi (cioè è in grado di rigenerarsi e dare luogo ad altre cellule staminali) ed è altamente versatile (se viene presa una cellula staminale e viene messa in un altro tessuto, sotto stimoli appropriati, è in grado di rigenerare quel tessuto). La cellula staminale nel midollo osseo è la cellula che dà origine al progenitore mieloide e da questa, attraverso tappe successive, hanno origine i globuli rossi, le piastrine (cellule che aiutano a far coagulare il sangue) e i globuli bianchi suddivisi a loro volta in neutrofili, monociti, eosinofili e basofili (sono le cellule che ci difendono dalle infezioni). Dalla cellula staminale deriva anche il progenitore linfoide che, attraversando i tessuti linfoidi (il timo, la linfa, i linfonodi), si differenzia in linfociti B che a loro volta attraverso tappe successive formano la plasmacellula (quella che produce gli anticorpi e ci difende dalle varie infezioni virali) oppure il linfocita T che è quella cellula che ci difende da parassiti, virus e anche dalle cellule tumorali che ogni giorno, dentro di noi, si formano.

Ogni momento differenziativi di questo processo può essere colpito da una noxa patogena e da questo derivare una malattia. Se la noxa patogena colpisce una cellula staminale totipotente o già differenziata nel progenitore mieloide, si possono formare le **leucemie acute mieloidi**. Se colpisce il progenitore linfoide genera una **leucemia acuta linfoide**.

Che cosa sono le leucemie? Sono un tumore delle cellule del sangue caratterizzate da una proliferazione anomala della cellula staminale cioè non ancora differenziata e con molta potenzialità. Le leucemie possono essere acute e croniche a seconda che abbiamo un andamento spontaneo rapidamente evolutivo e fatale se non curato oppure un andamento clinico più lento. Queste cellule vengono pertanto “bloccate”, hanno una capacità proliferativa, occupano spazio del midollo osseo, fanno sì che non si formino più le cellule normali e di conseguenza il paziente si sente stanco, è anemico, non ha le piastrine e ha problemi di coagulazione, non ha globuli bianchi che lo difendono dalle infezioni dei vari tessuti. Queste cellule possono accumularsi nel fegato, nella milza, nei linfonodi, nella cute dando luogo a una insufficienza di quell'organo: in quanto occupato da cellule tumorali esso non è più in grado di svolgere la sua funzione.

Se il meccanismo patogenetico avviene più a valle si originano le **sindromi mieloproliferative croniche**: leucemia mieloide cronica, mielofibrosi, policitemia vera, trombocitemia essenziale; tutte forme che aumentano la produzione di globuli bianchi, rossi e piastrine per cui il paziente va incontro a problemi vascolari Troppi globuli rossi, troppe piastrine predispongono alla trombosi. Se questi pazienti non sono curati, hanno vita breve per gli accidenti cardio vascolari che possono verificarsi, ma è altrettanto vero che se sono curati, la loro vita è esattamente uguale ad un loro coetaneo che non ha questa malattia.

Se la noxa patogena invece colpisce il progenitore linfoide che si sta differenziando nei linfonociti B e T avremo i **linfomi Hodgkin o non-Hodgkin** o, se colpisce i linfociti B abbiamo il **mieloma** (il mieloma multiplo è una neoplasia caratterizzata dalla proliferazione incontrollata delle plasmacellule cioè delle cellule che producono gli anticorpi). Queste sono tutte le malattie ematologiche.



L'incidenza dei linfomi non-Hodgkin è di 16 ogni 100mila abitanti; quella del linfoma di Hodgkin è di 4 ogni 100mila esattamente come il mieloma. Le leucemie linfoidi hanno un picco di incidenza prevalentemente nel bambino (rappresenta il tumore più frequente) e nell'adulto sopra i 60 anni. La leucemia acuta mieloide ha una incidenza elevata soprattutto nell'adulto e nell'anziano: 16 ogni 100mila abitanti.

Quali sono le **terapie**?

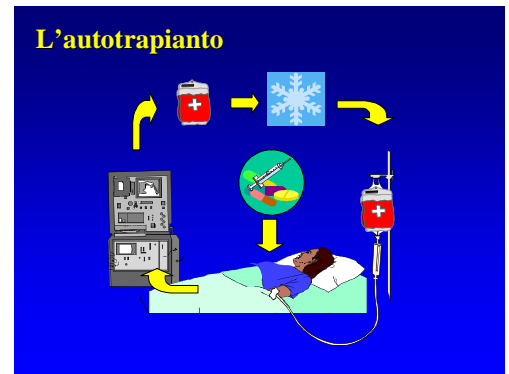
Fino alla fine dell'800 la **chirurgia**. Il chirurgo asportava il linfonodo, toglieva la milza malata. La chirurgia è molto importante per i tumori “solidi”, ma nei tumori ematologici ha solo uno scopo diagnostico. Negli anni '20 è intervenuta la **radioterapia** (ora notevolmente migliorata) che ha cominciato a guarire i malati ematologici, ma questa è una terapia essenzialmente localizzata. Negli anni '60 è intervenuta la **chemioterapia** che ha iniziato a creare dei lungo-sopravvissuti nelle malattie ematologiche. Quest'ultima terapia che spaventa tutti noi, ha tanti effetti tossici, ma al momento attuale non si può prescindere da tale trattamento.

Attualmente vengono utilizzati più chemioterapici in contemporanea, più farmaci che agiscono in punti differenti del meccanismo cellulare.

Nel 1999 il 50% dei tumori, con queste terapie, veniva curato e di conseguenza guarito. Ma resta un 50%!!! Qui entrano in gioco i **nuovi approcci terapeutici**, senza però prescindere da un discorso di **prevenzione**.

a) **l'autotrapianto.** Premesso che un tumore è sensibile alla chemioterapia, è chiaro che se invece di dare una dose di chemioterapia viene somministrata una dose di 3-4 volte superiore, si possono potenziare i risultati ottenuti ed aumentare la quantità di cellule tumorali uccise; ma se si aumenta troppo il chemioterapico, si rischia di uccidere quelle cellule staminali che, se non ci sono, non siamo più in grado di fabbricare globuli bianchi, rossi e piastrine ed il paziente muore perché va incontro a sanguinamenti ed infezioni. Dal 1991 queste cellule staminali è possibile stimolarle per aumentare la produzione, raccoglierle con una macchina, metterle in una stanza e criopreservarle a  $-190^{\circ}$  per anni. Il paziente stesso è la sorgente della cellula staminale: prima viene effettuata una chemioterapia per distruggere il tumore, poi viene stimolata la produzione di queste cellule che vengono raccolte e criopreservate, viene nuovamente effettuata una chemioterapia ad alte dosi e, dopo 24/48 ore, vengono reinfondate (tramite trasfusione) queste cellule staminali precedentemente raccolte: nel giro di 10/12 giorni queste ultime ripopolano il midollo ed il paziente è in grado di produrre i globuli bianchi, rossi e le piastrine.

Applicazioni attuali dell'autotrapianto sono: leucemie acute, mielosa multiplo, linfoma di Hodgkin, linfomi non-Hodgkin, carcinoma mammario, carcinoma ovarico, sarcomi dei tessuti molli, osteosarcoma.



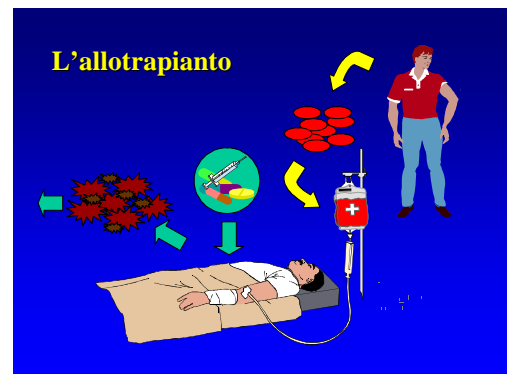
b) **l'allotrapianto.** La sorgente delle cellule staminali non è il paziente ma un donatore esterno; utilizzando cellule del donatore si ha il minor rischio che queste cellule siano contaminate da cellule tumorali.

Il trapianto di midollo osseo allogenico consiste nella sostituzione del patrimonio staminale del paziente con l'infusione di cellule staminali ottenute da un donatore sano e compatibile.

L'obiettivo terapeutico dipende da tre fattori fondamentali: la scomparsa totale delle cellule staminali del ricevente (perseguita tramite dosi sovramassimali al fine di eradicare il più possibile il midollo del paziente creando "spazio" alle cellule del donatore), il superamento degli effetti tossici del regime di condizionamento stesso (l'alto dosaggio dei farmaci impiegati può provocare danni a vari organi ed abbattere le difese immunitarie del paziente esponendolo ad alto rischio infezioni) ed il superamento della barriera immunologica (rigetto).

La guarigione del paziente dipende dalla reale scomparsa delle sue cellule midollari, ottenuta con il regime di condizionamento e dalla loro sostituzione da parte delle cellule staminali emopoietiche del donatore. Il ricevente presenta pertanto due sistemi cellulari diversi: le cellule del midollo osseo derivano dal donatore, mentre tutte le altre cellule dei tessuti dell'organismo appartengono al ricevente.

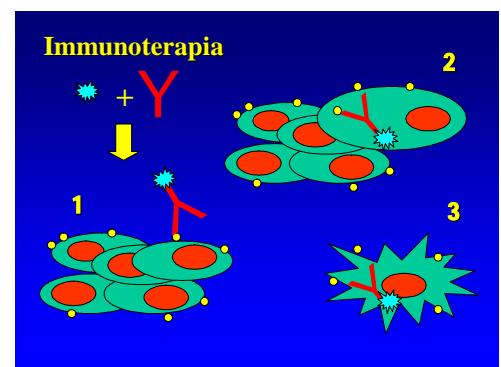
Applicazioni attuali dell'allotrapianto sono: leucemie acute e croniche, linfomi non-Hodgkin.



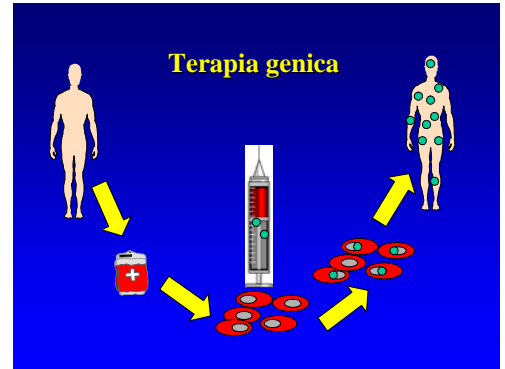
c) **l'immunoterapia.** Studiando le cellule tumorali sono state individuate delle molecole caratteristiche di tali cellule e sono stati "costruiti" degli anticorpi monoclonali che, legandosi alle cellule tumorali, le distruggono.

Il sistema di difesa dell'organismo (sistema immunitario) esercita un ruolo importante nella lotta contro le malattie tumorali, in quanto non solo riconosce e uccide i batteri e i virus penetrati all'interno dell'organismo, ma è in grado anche di identificare e distruggere le cellule corporee che si sono trasformate in cellule tumorali. A questi anticorpi sono state addirittura legate delle sostanze tossiche, dei chemioterapici, in modo che l'anticorpo, introducendosi nella cellula, libera la sostanza tossica solo al suo interno ed uccide solo quella e non le cellule sane.

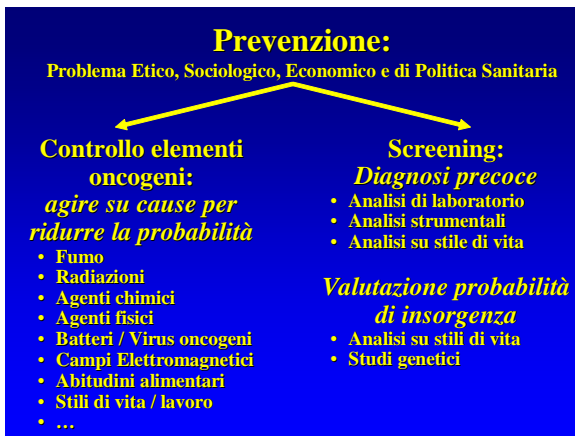
Gli anticorpi monoclonali possono marcare la cellula tumorale così che possa essere riconosciuta come estranea e distrutta da parte del sistema immunitario oppure possono bloccare un recettore di vitale importanza della cellula tumorale. Un'importante differenza rispetto alla chemioterapia è costituita dall'estrema precisione di questa moderna modalità terapeutica. Oltre alle cellule tumorali vengono colpite e distrutte solo poche altre cellule dell'organismo. Molte volte si associa alla chemioterapia perché dall'associazione ne deriva un'azione sinergica.



d) **Terapia genica.** La terapia del futuro: studiare quale è il gene alterato ed eliminare il difetto genetico significa in pratica colpire la malattia tumorale alla sua origine. La leucemia mieloide cronica, fino al 2000, portava alla morte il paziente nel giro di 3-4 anni. Già nel 1964 i ricercatori di Philadelphia avevano scoperto che la leucemia mieloide cronica aveva un cromosoma strano: il c.d. cromosoma di Philadelphia (per la città che l'ha individuato). In pratica un pezzettino del cromosoma 9 era andato a finire sul cromosoma 22 ed un pezzettino del cromosoma 22 era finito sul cromosoma 9. Questo cosa aveva portato? Ad un cromosoma nuovo e un nuovo gene che produceva una proteina che stimolava la proliferazione di queste cellule che erano all'origine del tumore e poi alla loro evoluzione leucemica.



Attualmente questa malattia non porta più a morte sicura: è stato individuato un farmaco che blocca questo gene. Non è una chemioterapia ma una pastiglia che viene somministrata 4 volte al giorno, non fa perdere i capelli, il gene malato è presente ma viene bloccato. Il futuro quale sarà? Si tenderà a rimodificare il gene modificato entrando nella cellula per poterlo rimettere in condizioni normali.



Molto importante è ancora la **prevenzione** che è anche un problema etico, sociologico, economico e di politica sanitaria. Sono stati individuati alcuni elementi oncogeni che sono cioè in grado di determinare situazioni che sviluppano il cancro: il fumo (80% dei pazienti con tumore ai polmoni sono fumatori), le radiazioni (l'esposizione agli ultravioletti, soprattutto in età infantile, può determinare lo sviluppo del melanoma), agenti chimici quali il benzene per le leucemia, i pesticidi (per i tumori linfoidi), i batteri. Tutto questo fa riflettere come si debba intervenire anche sugli stili di vita, nelle abitudini alimentari e negli ambienti di lavoro. Bisogna inoltre puntare su una **diagnosi precoce** con analisi di laboratorio, strumentali e valutando lo stile di vita.

Tutto questi fattori hanno comunque portato ad un miglioramento della sopravvivenza. Concludendo il suo

intervento, la dott.ssa ci tiene a sottolineare come, all'IRCC di Candiolo, accanto ad un lavoro di ricerca e cura del malato, non viene trascurata neanche la formazione del personale medico e degli operatori sanitari.

Numerose sono state le domande formulate per un argomento che, seppur angosciante, è stato trattato dalla relatrice in modo estremamente semplice e reso comprensibile anche a chi, fortunatamente, non si era ancora confrontato con esso.

A conclusione della serata è stata consegnata personalmente alla dott.ssa una busta contenente una offerta anonima affinché impieghi la donazione per quello che, a sua discrezione, ritiene possa in qualche modo contribuire a migliorare lo svolgimento del suo prezioso lavoro.

**DAL CONGRESSO DI LINGOTTO 2005. UN OMAGGIO A VINCENZO GRIBALDO**



In apertura dei lavori, il Governatore Giuseppe Nuzzo ha voluto ricordare Vincenzo Gribaldo con un minuto di silenzio preceduto dalle seguenti parole:

*“Prima di iniziare i lavori voglio ricordare a tutti Voi che il 21 marzo 2005 ci ha lasciato Vincenzo Gribaldo del R. C. Chivasso, Governatore del nostro Distretto nell’anno 1980-1981.*

*Ricordo Vincenzo Gribaldo come un uomo buono, sempre sorridente, sempre pronto ad aiutare chiunque si rivolgesse a lui.*

*Un uomo incapace di dire no. Un uomo che quando individuava un problema non lo lasciava maturare ma si impegnava a risolverlo. Un uomo che tanto ha fatto per il suo club, per il Distretto, per il Rotary e per la sua città, Chivasso.*

*Vi invito pertanto tutti ad onorarne la memoria alzandoVi in piedi e dedicandogli un minuto di silenzio”.*

Il Presidente Guido Anfosso in segno di apprezzamento e di ringraziamento per questo gesto che ha onorato il nostro indimenticato Past-Governor, ha indirizzato al Governatore la seguente lettera:

*Caro Governatore*

*Nel complimentarmi con Te per il successo del Congresso Distrettuale, permettimi di rivolgerTi un particolare ringraziamento, a nome mio personale e di tutto il Club per le bellissime parole di stima e di affetto e per il minuto di raccoglimento che ci hai voluto proporre in apertura dei lavori congressuali per ricordare Vincenzo Gribaldo.*

*Quanto hai detto mi ha particolarmente commosso perché, con pochissime parole, hai saputo perfettamente delineare quello che Vincenzo è stato, un Uomo buono, sempre disponibile, che non sapeva mai dire di no. Basta così. Non c’è altro da aggiungere per ricordare questa splendida Persona che è e che rimarrà sempre nel cuore di tutti coloro che hanno avuto il grande privilegio di incontrarLo.*

*Grazie, grazie di vero cuore.*

*Un abbraccio.*

*Guido.*

**LA SICILIA E' DI MODA**

Dopo Riccardo Martini e Vincenzo Borasi, anche Roberto Spazzali e Gemma sono stati in Sicilia: abbiamo ricevuto una loro cartolina da Taormina.

Ringraziamo e ricambiamo i saluti.

**ALCUNE NOTIZIE “FOTOGRAFICHE” (e non telegrafiche perché brevi)...**

Antonio ha pubblicato sul nostro sito, le foto del Liceo Newton scattate il 7 di Maggio in occasione della manifestazione “Cento strade” di Chivasso. Vi invitiamo a visionarle partendo dalla pagina dell’Album fotografico 2004-2005 avvisandovi che si possono anche scaricare.

Gianni ci avverte che ha pubblicato sul sito della Rotary Communiy Corps alcune immagini del Campus che si è svolto a Villa Figoli e che ha presentato al Congresso del Rotary International che si è svolto al Lingotto. Per visionarle utilizzate il seguente indirizzo: <http://www.rcc-2030it.org/Novità2005.htm>

**ROTARY CLUB CHIVASSO**  
**Bollettino 1787 – CREN 217 – 26 Maggio 2005**

**ATTENTI AL LUPO...oppure ALLA DATA (variazione data rappresentazione)**

Il Presidente Anfosso ci informa che la rappresentazione di "ATTENTI AL LUPO" in programma ad Ivrea per l'11 giugno ha subito una variazione: lo spettacolo si svolgerà in data **25 giugno 2005** presso una "sede ancora in fase di definizione". Ringraziamo per l'attenzione e vi preghiamo di prenderne buona nota!!!

**APPUNTAMENTI DI ALTRI CLUB**

**Concerto "NOTE D'ESTATE"**

**Orchestra Filarmonica Santa Cecilia di Avigliana, Direttore M.o Gianfranco Mussino**  
**Giovedì 9 Giugno 2005 – Ore 21.00 Circolo Ufficiali (C.so Vinzaglio, 6 – Torino)**  
(Organizzato dal Rotary Club Rivoli)

*PROGRAMMA*

- 1° parte – Mediterranean suite (T. Legredy)  
Teorema (D. Carnevali)  
Glenn Miller Story (Fantasia)  
Moment for Morricone (Fantasia)  
National Embleme (Marcia)
- 2° parte – Washington Post (Marcia)  
Dancing Show (J. Mastreiter)  
Gonna Fly Now (Theme from Rocky)  
Abba Gold (Fantasia)  
Free World Fantasy (J. Dehaan)

Ingresso ad offerta libera. I fondi raccolti verranno devoluti alla A.Pi.S.B. (Associazione Piemontese Sbina Bifida Onlus). Nel cortile interno del Circolo Si potranno ammirare alcune "TOP CAR" provenienti da una collezione privata.

**"Conoscere Le Nostre Valli" - Quarto Raduno**  
**VAL CHIUSELLA, Sabato 25 e Domenica 26 Giugno 2005**  
(Organizzato dal Rotary Club Cirie' Valli Di Lanzo)

*PROGRAMMA*

*Sabato 25 Giugno 2005*

- Ore 10,00 Primo ritrovo a Traversella presso l'Albergo Miniere  
Ore 11,00 Passeggiata facoltativa presso il rifugio Piazza (mezz'ora di camminata)  
Ore 14,00 Ritorno a Traversella Albergo Miniere e 2° ritrovo per coloro che non hanno fatto la passeggiata mattutina.  
Ore 15,00 Visita guidata alla miniera.  
Ore 20,00 Cena ristorante miniere allietata da complesso musicale locale.

*Domenica 26 Giugno 2005*

- Ore 08,00 Colazione  
Ore 08.30 Trasferimento in auto a Fondo (1070 mt.)  
Ore 09.00 Gita a Tallono 1220 mt. che prosegue a 1480 mt. Alpe Pasquere-Alpe Pra 1600 mt.  
Ore 14.00 Ritorno previsto. Pranzo Ristorante Miniere. Ritorno a casa.

Partecipazione completa: 100,00 Euro  
Costo cena del 25 Giugno: 50,00 Euro  
Costo pranzo del 26 Giugno: 40,00 Euro  
La quota comprende: la maglietta ricordo, la visita guidata alla miniera e gadget.