



In contemporanea con il  
**Congresso ESMO 2023 di Madrid**

# PIÙ FORTI DEL CANCRO

*Prevenzione, ricerca e cura. Il valore della  
ricerca oncologica italiana nel mondo*



**23 OTTOBRE 2023, ORE 18**

In diretta su [CORRIERE.IT](https://www.corriere.it)

**20  
23**

[piufortidelcancro.it](https://piufortidelcancro.it)

*Più forti del cancro*  
*Ed. 2023*

*Evento a cura di: Fingers Communication SA*

*Testi a cura di: Carlo Buffoli e Valentina Arcovio*  
*Supervisione editoriale: Carlo Buffoli*

*Web: <https://piufortidelcancro.it>*



## **PREFAZIONE**

*Siamo alla nona edizione e ci avviciniamo a festeggiare il decennale di Più forti del Cancro. Una iniziativa, una scommessa. Cercavo uno stimolo, una soluzione per valorizzare, durante la mia presidenza, la ricerca italiana in oncologia, che è tra le prime al mondo, e i suoi ricercatori straordinari che rendono grande il nostro Paese, sia che lavorino in Italia che all'estero.*

*Il Covid era lontano anni luce, così come termini come 'smart working', 'streaming', 'zoom' o 'teams' per citarne due, non esistevano quasi.*

*Eppure, con l'agenzia Fingers, abbiamo scommesso su questo modo di comunicare, di arrivare nelle case di tutti attraverso i canali digitali di grandi testate giornalistiche che hanno creduto in questo progetto: il gruppo RCS-Corriere della Sera, il primo, ma anche la RAI e il Tg1, così come il gruppo Caltanet e il Mattino di Napoli.*

*Una scommessa vinta, che non si è fermata grazie all'aiuto e alla convinzione di tante aziende partner che, senza nulla chiedere, ogni anno sono sempre state pronte e presenti.*

*Ci avviamo ora a festeggiare i 10 anni sicuri di essere stati i primi. E siamo certi, il prossimo anno, troveremo ancora più strumenti digitali per arrivare direttamente ai cittadini, per dimostrare loro che la ricerca, la fatica, l'impegno dei medici, delle università, della società, dell'industria, sono l'unico modo per sconfiggere il cancro.*

*Fortunato Ciardiello*



## INTRODUZIONE

*Lo sviluppo della ricerca in ambito oncologico in questi anni è stato straordinario. L'evoluzione della ricerca genomica sta fornendo risposte e soluzioni per la cura dei tumori. In questa nona edizione di Più Forti del Cancro, tratteremo 4 temi, scelti nell'enorme quantità di numeri e dati presentati al congresso ESMO. Inizieremo, ne parlerò io, con affrontare un tumore quasi 'alieno', il tumore del seno triplo negativo, che grazie a nuove cure, può essere sconfitto, soprattutto quando possiamo identificarlo in fase precoce. Lisa Salvatore, una bravissima collega del policlinico Gemelli di Roma, racconterà tutte le novità che riguardano i tumori intestinali, raccontandoci come – partendo dalla ricerca di un sottotipo raro di tumore del retto – si possano poi trasferire le conoscenze per trattare quelli più comuni, differenziando le terapie e inserendo l'immunoterapia. Domenica Lorusso, professoressa all'Humanitas University di Milano, dopo anni di ricerca a Roma, una delle maggiori esperte in tumori ginecologici, ci parlerà di tutte le novità che riguardano il tumore dell'endometrio, forse meno famoso di altri, ma non per questo meno importante. Concluderà il prof. Ciardiello, che tratterà il tema della genomica, partendo dal presupposto che il cancro è una galassia di malattie diverse, e ormai le cure saranno sempre più personalizzate grazie all'analisi genetica.*

*Giuseppe Curigliano*



## GIUSEPPE CURIGLIANO

Componente del board scientifico  
ESMO

Professore Ordinario di Oncologia  
Medica, Università di Milano

Direttore Struttura Complessa Sviluppo  
Nuovi Farmaci

Istituto Europeo di Oncologia, Milano

## TUMORE DEL SENO TRIPLO NEGATIVO, L'ALIENO QUASI 'SCONFITTO'

ALLE GIOVANI BISOGNA DARE LA SICUREZZA DI RICEVERE LE MIGLIORI  
CURE POSSIBILI

**Tumore al seno triplo negativo: l'“alieno” tra tutti i carcinomi mammari. Professore, quanto è difficile far digerire una notizia come questa a una donna giovane?**

«In realtà, oggi è un errore continuare a considerare il tumore al seno triplo negativo, soprattutto se diagnosticato allo stadio precoce, come un male incurabile.

*chirurgico. I dati che abbiamo a disposizione indicano un aumento della percentuale di donne che, dopo il trattamento, al momento della chirurgia non hanno più il tumore.*

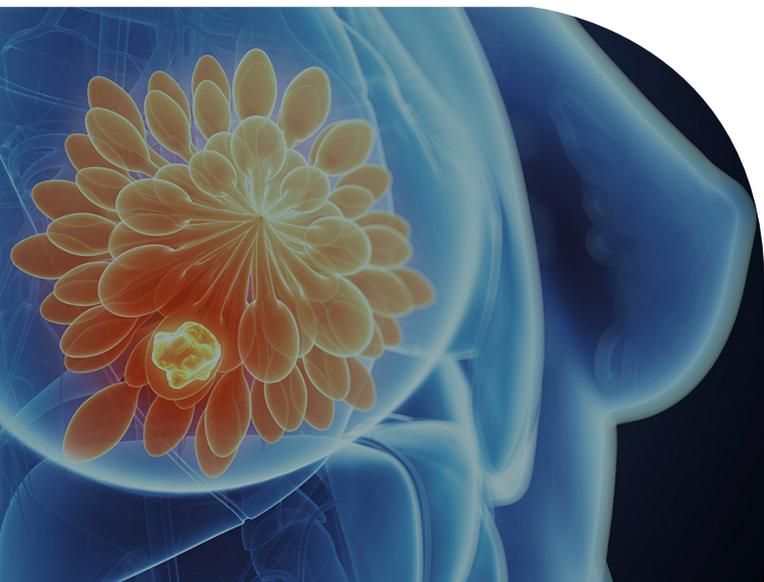
*Ma la cosa più importante è che l'utilizzo combinato di pembrolizumab e chemioterapia ha ridotto significativamente la comparsa di nuovi eventi, cioè della riapparizione del tumore sia livello locale che a distanza».*

**Un vero e proprio cambio di paradigma per un tumore la cui diagnosi, in passato, spaventava molte donne?**

«I dati relativi a questa combinazione di immunoterapia e chemioterapia sono 'practice changing', cioè in grado di cambiare concretamente gli standard di cura. Prima dell'intervento chirurgico, il 'best of care', la migliore cura possibile, per le pazienti con tumore al seno triplo negativo non è più solo la chemioterapia, come lo è stato per tantissimo tempo, ma è la chemioterapia e l'immunoterapia insieme».

**Questo vale per tutte le pazienti e per tutti i tumori al seno triplo negativo?**

«Sì, ed è questa la cosa a mio avviso più significativa. Infatti, non serve selezionare le pazienti in base a un determinato recettore. Perché non servono biomarcatori che predicano la risposta all'immunoterapia. Basta solo che il tumore sia triplo negativo. Questo significa che possiamo offrire lo stesso trattamento a tutte le donne».



Tumore al seno triplo negativo - Fondazione Umberto Veronesi

Soprattutto da quando è stata dimostrata chiaramente l'efficacia di una nuova combinazione di farmaci, l'immunoterapico pembrolizumab con la 'tradizionale' chemioterapia, sia prima che dopo l'intervento

**Quali sono le caratteristiche di questo tumore e quali sono le donne più a rischio?**

«Si chiama tumore al seno triplo negativo perché, rispetto alle altre forme di cancro al seno, non presenta i recettori degli estrogeni, dei progestinici e di HER2. È particolarmente aggressivo e fino a poco tempo fa era difficile da trattare proprio per la mancanza di bersagli terapeutici, appunto i tre recettori ormonali. Questo tipo di tumore rappresenta all'incirca il 15% di tutte le neoplasie della mammella ed è particolarmente diffuso nelle donne più giovani, con età inferiore ai 40 anni. Stiamo parlando dunque di madri, donne in età lavorativa e la loro malattia ha un impatto sociale significativo che non possiamo ignorare. E la ricerca non ha ignorato queste donne e sono molto entusiasta che, oggi, a queste pazienti possiamo finalmente offrire un'opzione di cura che ha reso questo tumore potenzialmente guaribile

con percentuali che si aggirano intorno al 90% per coloro a cui è stata somministrata la combinazione di immunoterapia-chemioterapia prima dell'intervento e che abbiano una risposta patologica completa, assenza di tumore, alla chirurgia».

**Deve essere gratificante per un medico come lei poter offrire una così preziosa speranza a pazienti così giovani?**

«Le pazienti cercano speranza, ma a noi medici spetta il compito di dare sicurezza. Ed è proprio quello che mi propongo di offrire alle mie pazienti: la sicurezza di proporre loro le migliori cure possibili, basate sulle evidenze».

**Come ci si sente a essere "più forti del cancro"?**

«Quando succede, e per fortuna grazie alla ricerca capita sempre più spesso, è una soddisfazione straordinaria».



## LISA SALVATORE

*Ricercatrice e specialista di Oncologia Medica*

Presso Università Cattolica del Sacro Cuore e Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS

## IO, ONCOLOGA E RICERCATRICE FUORI SEDE, HO TRASFERITO LA FAMIGLIA A ROMA PER LAVORO

Professoressa, lei per il suo lavoro, ha dovuto fare le valigie, e farle fare a suo marito e alla sua famiglia, lasciando la bella spiaggia di Viareggio per trasferirsi a Roma. Com'è stato?

«Una gara contro il tempo e contro il mondo per le difficoltà che una donna e mamma in Italia si trova ad affrontare (in ogni ambito, per

la verità). Salti mortali quotidiani per incastrare tutto alla perfezione. E io sono fortunata perché ho avuto, e ho, il supporto della famiglia, dal mio compagno che, Vigile del Fuoco, per me, si è trasferito a Roma, così come i miei genitori per aiutarmi con mia figlia».

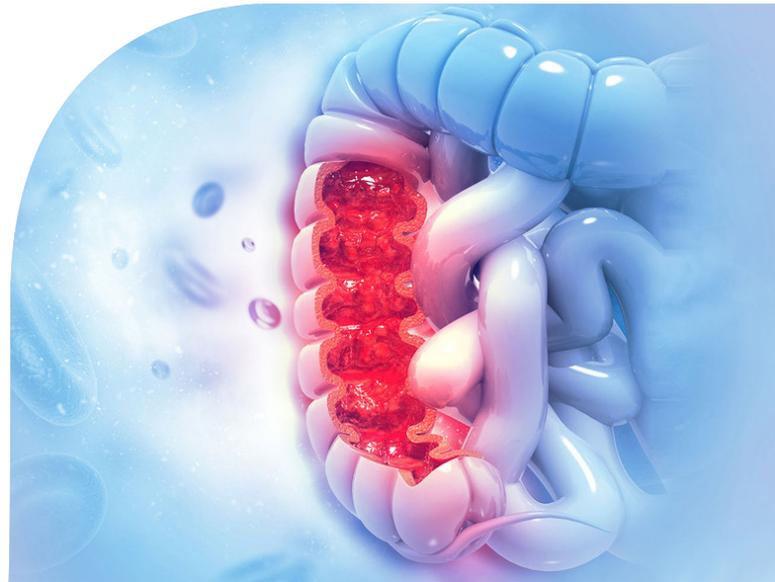
**Strategie per organizzarsi la vita, strategie di cura come medico per essere 'più forti del cancro'**

«Esatto. Solo che per il cancro non c'è una sola terapia che funziona contro tutti i tipi di tumore. Anzi due persone che hanno lo stesso cancro possono rispondere in maniera completamente diversa allo stesso trattamento. Per questo oggi i nostri sforzi sono tutti nel cercare di comprendere quale trattamento o combinazione di trattamenti dare a ogni singolo paziente. È quella che chiamiamo medicina di precisione o medicina personalizzata».

**Questo vale anche per i tumori intestinali?**

«Sì. Faccio un esempio. Nel tumore del retto localmente avanzato, fino a poco tempo fa il trattamento standard prevedeva la combinazione di radioterapia e chemioterapia. Negli ultimi anni le cose stanno notevolmente cambiando e oggi il trattamento in questo setting sta diventando particolarmente complesso. Esiste ad esempio un sottotipo raro, circa il 5%, che presenta una particolare alterazione che si chiama instabilità dei microsatelliti. Ecco, proprio in questi pazienti sembra che la chemioradioterapia o la chemioterapia neoadiuvante non sia così efficace, mentre l'utilizzo di immunoterapia per 6 mesi porta ad una completa regressione della malattia, potendo evitare radioterapia e chirurgia. Questi dati eccezionali, pubblicati su una delle riviste più autorevoli di medicina, il *New England Journal of Medicine*, sono, è vero, su un campione limitato di pazienti, ma mai in oncologia si sono ottenuti risultati del genere. Tanto da far continuare la sperimentazione a livello mondiale. Noi al Policlinico Gemelli siamo uno dei cinque centri italiani che partecipano allo studio in questione, al momento 'top accrual', di miglior competenza, a livello mondiale, e posso dire che i primi risultati confermano i dati pubblicati. Credo che questa è, e sarà, la rivoluzione nel trattamento del tumore del retto localmente avanzato con instabilità dei microsatelliti. Chiaramente stiamo parlando di un gruppo limitato di pazienti e chiaramente la ricerca sta andando avanti per cercare il modo di far funzionare l'immunoterapia anche nei pazienti con tumore del colon-retto senza instabilità dei microsatelliti, che sono la stragrande maggioranza. Con un pizzico di orgoglio possiamo affermare che la ricerca no profit (non sponsorizzata da case farmaceutiche) in Italia sta facendo molto. Nonostante tutte le difficoltà i ricercatori italiani, con grande

dedizione e passione, hanno dato e continuano a dare un forte contributo in questo campo. Proprio in questo ambito, io e il mio gruppo, abbiamo vinto un finanziamento AIRC per l'identificazione di biomarcatori predittivi di resistenza o risposta all'immunoterapia nel tumore del retto con stabilità dei microsatelliti».



Tumore del colon retto - Sif Magazine

**L'obiettivo della medicina di precisione non è quindi solo quello di ricercare la massima efficacia, ma anche di risparmiare trattamenti inutili?**

«Esattamente. A volte meno si somministra meglio è. Lo abbiamo appena visto con l'immunoterapia nei tumori del retto e instabilità dei microsatelliti. Questi pazienti possono evitare sia radioterapia che chirurgia, approcci associati a complicanze importanti: disfunzioni intestinali, urinarie, sessuali e infertilità con un grave peggioramento della qualità di vita dei pazienti. E dobbiamo ricordare che spesso sono pazienti giovani con una lunga aspettativa di vita di fronte a loro. Un altro studio presentato in plenaria all'ultimo ASCO, il congresso americano più importante per noi oncologi, ha dimostrato come in pazienti con tumore del retto, con stabilità dei microsatelliti e particolari caratteristiche cliniche, possano beneficiare della sola chemioterapia, omettendo la radioterapia e quindi risparmiandosi gli effetti a lungo termine su funzionalità intestinale e sessuale».

**La medicina di precisione è una medicina più umana?**

«Sì, proprio così. Il nostro obiettivo non è curare il cancro (o almeno non solo questo), ma prendersi cura del paziente a 360 gradi. E sono due i modi in cui cerchiamo di farlo: sviluppando terapie sempre più mirate al tessuto malato con specifiche caratteristiche molecolari e che riescano a risparmiare il più possibile quello sano; e selezionando al meglio i pazienti che possono trarre beneficio da un trattamento e non da un altro. In questo modo evitiamo di somministrare terapie che non funzionano, evitando eventuali effetti collaterali, a favore di altri trattamenti che sarebbero invece più efficaci».

**E' complicato bilanciare l'attività di ricerca con quella in clinica?**

«In realtà si completano. Non nascondo che all'inizio mi affascinava il mondo del laboratorio, forse perché sono cresciuta in mezzo ai microscopi fin da piccola, grazie a mia madre che era un tecnico di laboratorio. Ho iniziato il mio percorso in oncologia con una domanda fissa in mente: "Come mai le cellule impazziscono e danno poi origine al cancro?". Poi, una volta iniziata l'Università e

ancor di più durante la specializzazione a Pisa, mi sono sempre più avvicinata alla clinica. La mia passione per la ricerca mi ha avvicinato alla cura dei pazienti, è stato inevitabile per me. Ed è proprio la mia passione che mi ha poi portato a girare per l'Italia, da una breve parentesi Veronese di due anni, fino all'approdo al Policlinico Gemelli nel 2018».

**È dura però vedere ogni giorno tanta sofferenza?**

«Sì, è vero. Certi pazienti, certe storie e famiglie ti entrano dentro. Per questo è fondamentale imparare a creare un certo distacco. È necessario sia per curare in maniera più lucida il paziente, sia per il proprio benessere mentale. Una volta uscita dall'ospedale cerco di chiudere e mi dedico completamente alla mia famiglia, primo fra tutti la mia bimba di 2 anni. Aiuta però la consapevolezza che i nostri sforzi, in laboratorio e in clinica, ci aiuteranno a diventare in futuro 'più forti del cancro' sempre. Nei reparti di oncologia c'è tanta sofferenza, ma anche tanta speranza».



## DOMENICA LORUSSO

*Docente ordinario di  
Ginecologia e Ostetricia*  
all'Humanitas University  
di Milano

## LE DONNE SONO CREATURE SPECIALI, IL MIO COMPITO È PRENDERMI CURA DI LORO...

**Professoressa, perché le donne? È questione di solidarietà di genere?**

«No, affatto. È solo perché dalla mia esperienza ho maturato la consapevolezza che le donne

possono essere pazienti molto speciali. Riescono a essere generose anche nella malattia: non si disperano perché stanno soffrendo o perché sanno che possono rischiare la loro vita, ma

*perché non vogliono lasciare soli i loro figli. È un pensiero sempre rivolto verso gli altri, quasi mai a sé stesse. La donna per vocazione dona la vita e continua a donare tutta sé stessa fine alla fine: è straordinario! Così, mentre le mie pazienti pensano agli altri, io voglio pensare a loro. Mi prendo cura di chi si prende sempre cura degli altri».*

**La cura dei tumori femminili si è evoluta molto negli ultimi anni. Con quali risultati?**

*«È vero sono stati fatti molti progressi per le forme di cancro che colpiscono le donne, dal carcinoma mammario, che oggi può contare su terapie sempre più efficaci, ai tumori ovarici contro i quali stanno aumentando le opzioni di trattamento. Ma c'è un altro tumore femminile contro il quale sono stati compiuti passi da gigante ed è quello dell'endometrio avanzato o ricorrente. Fino a poco a tempo fa le possibilità di controllare a lungo la malattia erano molto basse, ma ora le cose stanno cambiando».*

**Ma il tumore dell'endometrio non è tra le neoplasie meno gravi?**

*«No, questa convinzione è frutto di un enorme equivoco. È vero che il cancro endometriale è il tumore ginecologico più comune nei paesi sviluppati. In Italia, ad esempio, si ammalano circa 10mila pazienti ogni anno. Ma non è affatto innocuo, e questa sua fama immeritata ha fatto sì che non si investisse nella ricerca e nella cura in strutture di riferimento. Il risultato è che oggi è in aumento l'incidenza e la mortalità da malattia, e la prognosi per i casi di recidiva non è buona. Perché se nella stragrande maggioranza dei casi il tumore dell'endometrio viene diagnosticato in fase precoce e la chirurgia, eventualmente seguita da chemio o radioterapia, permette la guarigione, nel caso invece di una recidiva o di una diagnosi già in fase avanzata le possibilità di cura diminuiscono. Ma ora abbiamo un'arma in più su cui contare».*

**A cosa si riferisce?**

*«Abbiamo scoperto che il tumore dell'endometrio non è un singolo tumore ma almeno 4 sottogruppi molecolari diversi; in particolare circa il 30% dei tumori dell'endometrio presenta una caratteristica genomica che si chiama instabilità dei microsatelliti che rende il tumore particolarmente in grado di rispondere alla immunoterapia. Quando combiniamo l'immunoterapia alla chemioterapia a base di*

*carboplatino e paclitaxel otteniamo riduzioni del rischio di progressione del 70% se il tumore ha questa caratteristica genomica. Sono due gli studi che hanno dimostrato questo beneficio ma in particolare in Italia uno dei due si può già utilizzare. Il dordstalimab è anticorpo monoclonale anti-PD1, mirato a sciogliere uno dei 'nodi' che impedisce al sistema immunitario di contrastare le cellule cancerose. Nello studio chiamato RUBY si è dimostrato che questa combinazione è in grado di aumentare la cosiddetta sopravvivenza libera dalla progressione della malattia in modo sorprendente. Per la prima volta in 20 anni abbiamo ottenuto risultati straordinari: nelle donne che presentano instabilità dei microsatelliti è stata registrata una riduzione del 70% del rischio di progressione. A due anni il 16% delle pazienti in trattamento con la sola chemioterapia non aveva recidivato contro il 61% delle pazienti in trattamento con chemio e immunoterapia. I risultati sulla sopravvivenza sono incoraggianti anche se ancora immaturi: a due anni era vivo il 56% delle pazienti in chemioterapia contro il 76% di pazienti in trattamento con chemio e immunoterapia. Sono convinta che da ora in poi tutte le pazienti con tumore dell'endometrio avanzato o recidivante che presentino instabilità dei microsatelliti riceveranno chemio più immunoterapia».*



Tumore dell'endometrio - IRCCS Ospedale San Raffaele

**Immagino che questa sia la parte bella del suo lavoro. È per vittorie come questa che ha scelto di diventare un medico?**

*«In realtà ho scelto questa strada per una vicenda molto personale. Ancora oggi ricordo il momento della decisione. Da piccola, mio nonno si è ammalato di un tumore, che poi alla fine lo ha ucciso. Ero molto legata a lui, come tipicamente accade nelle famiglie del Sud (io sono di origini pugliesi). Mia mamma aveva già cinque figli da accudire, eppure passava notte e giorno ad assisterlo. Forse è anche per questo che a colpirmi particolarmente è stata la freddezza del medico: entrava ed usciva dalla stanza di mio nonno senza mai dare spiegazioni a nessuno. Mia mamma era una donna consumata che aspettava una qualunque informazione dal medico di suo padre. Fu allora che ho deciso di diventare un medico. Volevo però essere un medico diverso da quello che*

*si stava occupando di mio nonno. Certo, mi hanno sempre affascinato i misteri del corpo umano, ma ancor prima ho sempre desiderato di prendermi cura a 360 gradi dei miei pazienti. E credo che ogni medico debba farlo».*

**Professoressa, saremo mai più forti del cancro?**

*«Sono convinta di sì. Non sono mai stata così ottimista come adesso. Oggi abbiamo gli strumenti e tutte le potenzialità per fare enormi progressi e combattiamo la malattia con armi più paritarie di solo pochissimi anni fa. Non ci muoviamo più alla cieca e quando si ottengono buoni risultati il passaggio in clinica è quasi immediato. Per cui dico: sì, possiamo essere più forti del cancro e lo saremo».*



## FORTUNATO CIARDIELLO

*Professore Ordinario di  
Oncologia Medica,  
Prorettore, Università degli Studi  
della Campania Luigi Vanvitelli*

## IL CANCRO E' UNA GALASSIA DI MALATTIE DIVERSE

LA GENOMICA COME 'CHIAVE' PER POTERLE INDIVIDUARE E CURARE

**Professore, arriveremo mai a una cura contro il cancro?**

*«Se c'è una cosa che abbiamo imparato in tutti questi anni di ricerca è che il cancro è una galassia di malattie diverse, ognuna delle quali è legata a svariate combinazioni di alterazioni genetiche responsabili dell'insorgenza e della proliferazione della malattia. Il tumore insorge infatti quando si verificano una serie di mutazioni che si accumulano in una cellula, trasformandola da sana a tumorale. E' un processo dinamico*

*che si evolve nel tempo: le alterazioni genetiche fanno nascere il cancro, lo aiutano ad attecchirsi e a diffondersi in altre parti del corpo. Per cui a questo punto è sbagliato parlare di una cura. Dovremmo piuttosto parlare di cure e, per fortuna, oggi ne abbiamo diverse».*

**Come possiamo orientarci in questa galassia di malattie?**

*«Con quella che tecnicamente si chiama profilazione genomica tumorale. Si tratta del*

mezzo attraverso il quale possiamo ottenere una sorta di carta d'identità del tumore del paziente, in cui sono descritte tutte le mutazioni che caratterizzano le cellule cancerose. Questo permette infatti di caratterizzare il singolo tumore sul quale poi è possibile selezionare la terapia migliore. E' la cosiddetta medicina di precisione».

#### **Come si ottiene la carta d'identità di un tumore?**

«Tramite test genomici. E' infatti possibile analizzare il Dna tumorale con una metodica chiamata 'Next-Generation Sequencing' che consente di identificare contemporaneamente tutti i diversi tipi di alterazioni genomiche in più geni in una singola analisi con una profilazione genomica ampia (Comprehensive Genomic Profiling, CGP). Questo avviene già da tempo attraverso l'analisi genetica del tessuto tumorale, anche se ancora oggi purtroppo non viene effettuata in maniera uniforme su tutto il territorio. Nonostante questo la ricerca va avanti e negli ultimi anni si fa sempre più ricorso alla cosiddetta biopsia liquida, che consente l'analisi del Dna tumorale circolante. Un esame che avviene tramite un prelievo di sangue e che può fornire informazioni sulle caratteristiche del tumore e che ha permesso lo sviluppo di nuove terapie dirette contro cellule tumorali con specifiche caratteristiche genetico-molecolari».

#### **Quali sono i vantaggi della biopsia liquida rispetto a quella tradizionale?**

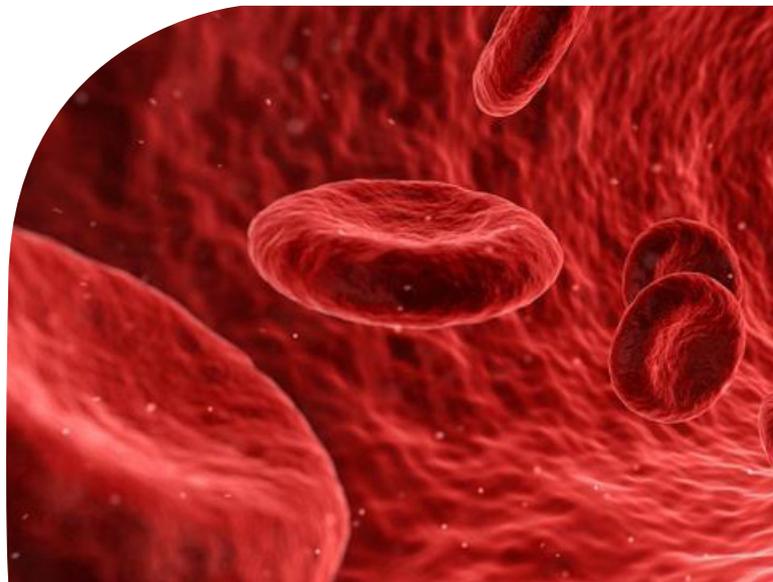
«Innanzitutto è minimamente invasiva, più veloce, priva di complicanze e a basso costo. Per questo può essere ripetuta senza problemi, eseguendo campionamenti in serie per evidenziare in tempo reale l'andamento e l'evoluzione della malattia, come ad esempio lo sviluppo di alterazioni genetiche legate

all'insorgenza di resistenze alla terapia. Inoltre, mentre il materiale prelevato mediante la biopsia sul tessuto non sempre è rappresentativo di tutta la neoplasia, il Dna tumorale rilasciato in circolo 'ricapitola' un po' tutto il tumore. In sostanza nella biopsia liquida può essere rilevato il Dna di cellule tumorali provenienti da sedi metastatiche o che sono espressione di malattia residua in un paziente a cui è stato asportato il tumore chirurgicamente».

#### **La biopsia liquida è già in uso nella pratica clinica?**

«Sta entrando un po' alla volta nella pratica

clinica. E' ad esempio già utile nel tumore polmone metastatico o nel tumore del colon. Ma nei prossimi anni la biopsia liquida verrà, si spera, utilizzata nella pratica clinica per affrontare al meglio la cosiddetta malattia minima residua: dopo l'asportazione chirurgica di un tumore, ad esempio, possiamo ricorrere alla ricerca del Dna tumorale circolante per verificare la presenza o meno di micrometastasi, non visibili in altro modo, e quindi per scegliere terapie mediche in grado di eradicarle. In questo modo possiamo selezionare in maniera più precisa i pazienti che beneficeranno o meno di una terapia adiuvante, quella post-chirurgica, e risparmiarla a chi non ne ha bisogno».



Biopsia liquida - Corriere.it

#### **Stiamo diventando davvero più forti del cancro?**

«Di sicuro ci stiamo provando e, in alcuni casi, ci stiamo riuscendo. Ma la vera sfida è quella di garantire a tutti i pazienti, a prescindere dal luogo di residenza, il diritto alla medicina personalizzata. Questo è l'obiettivo di iniziative come quella del gruppo APMP - Associazioni Pazienti, insieme per il diritto alla Medicina Personalizzata in oncologia, chiamata emblematicamente "Percorso regionale per l'implementazione della medicina di precisione nei territori italiani". Non saremo mai più forti del cancro se non riusciremo a garantire a tutti i pazienti le stesse straordinarie opportunità offerte dalla medicina di precisione».

*A cura di:*



*Con il contributo incondizionato di:*



**MERCK**



Progetto grafico

