

BARCELONA 2024



LUNEDÌ 16 SETTEMBRE 2024

In diretta alle 18 su [Corriere.it](https://www.corriere.it)



PIÙ FORTI DEL CANCRO

Decima edizione

Ospiti



Fortunato
Ciardiello

Giuseppe
Curigliano

Domenica
Lorusso

Roberto
Iacovelli

Filippo
Pietrantonio

Luisa
Fioretto

Emi
Bondi

Vera
Martinella

Conduce: Vera Martinella



Più forti del cancro

Ed. 2024

Evento a cura di: Fingers Communication SA

Testi a cura di: Valentina Arcovio, Carlo Buffoli e Francesca Morelli

Supervisione editoriale: Carlo Buffoli

Web: <https://piufortidelcancro.it>



FORTUNATO CIARDIELLO

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

LA RI(E)VOLUZIONE DELLE CURE ONCOLOGICHE NEGLI ULTIMI DIECI ANNI. LA GRANDE SFIDA DEL FUTURO

Fortunato Ciardiello è professore Ordinario di Oncologia Medica e Prorettore dell'Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli. Presidente eletto dell'ESMO nel 2014-15, presidente nel 2016-17 e past president nel 2018-19. A lui abbiamo chiesto di raccontarci in sintesi questi 10 anni di ricerca, un decennio in cui l'oncologia ha avuto uno sviluppo come mai si era visto prima, fino a poter parlare di "rivoluzione". Tutto questo anche con il contributo della ricerca italiana, come testimoniato nei Congressi annuali dell'ESMO (European Society for Medical Oncology) e come emerso in queste dieci edizioni di "Più forti del cancro". In dieci anni sono emerse nuove modalità organizzative di approccio al paziente oncologico, evoluzione della diagnostica, ingresso di nuovi farmaci nella pratica clinica, sono gli ambiti di lavoro del decennio passato, che si aprono al futuro.

La presa in carico iniziale alla diagnosi di cancro per ogni paziente è fondamentale per garantire le migliori opportunità di cura.

In questi dieci anni è diventata pratica clinica la collaborazione tra specialisti nell'ambito di un gruppo oncologico multidisciplinare, che comprenda l'oncologo medico, il chirurgo (toracico, urologo, chirurgo generale, senologo, ginecologo, ecc.) in funzione della neoplasia, il radiologo, il radioterapista, l'anatomopatologo, che insieme definiscono il più appropriato percorso diagnostico e terapeutico per ciascun paziente.

Nell'ultimo decennio si è assistito a un importante cambiamento della diagnostica dei tumori.

Sono entrate nella pratica clinica, dopo la immunoistochimica, la FISH (ibridazione in situ fluorescente), un test genetico che consente di rilevare alterazioni molto piccole della struttura dei cromosomi non evidenziabili dall'analisi citogenetica tradizionale, la valutazione funzionale di

alcuni antigeni espressi in specifici tumori, come l'amplificazione di HER 2. Inoltre, tra le indagini più recenti per la caratterizzazione funzionale delle neoplasie si è affermata la "next generation sequencing" (NGS), che permette la profilazione genomica molecolare estesa (o GCP, comprehensive genomic profiling"), cioè, che non si basa sulla rilevazione di singole mutazioni presenti in specifici geni, ma amplia l'analisi fino a centinaia di geni, consentendo di ottenere la "carta di identità" genetica della neoplasia, obiettivo delle scelte terapeutiche secondo la medicina di precisione. La CGP può essere effettuata anche attraverso l'analisi del DNA tumorale circolante nel plasma (biopsia liquida).

Questo ha portato ad una straordinaria accelerazione nello studio e nell'approvazione di nuove cure, dalle terapie con farmaci a bersaglio molecolare ai farmaci che riattivano il sistema immunitario

(immunoterapia in senso lato), fino ai farmaci coniugati (in genere, farmaco citotossico-anticorpo monoclonale). Tutti sono approcci terapeutici per cure sempre più “precise”.

- **I farmaci coniugati** sono veri e propri “magic bullets” (proiettili magici), che utilizzano un anticorpo monoclonale come veicolo per riconoscere un antigene specifico sulla cellula tumorale, per veicolarvi direttamente una o più molecole di un farmaco citotossico.
- Dall’inizio degli anni 2000 sono esplose le **terapie a bersaglio molecolare**, di cui oggi sono disponibili moltissimi farmaci, impiegabili in vari contesti clinici in numerose neoplasie, ad esempio in terapie adiuvanti, nella malattia localmente avanzata o metastatica, da soli o in associazione fra loro o in associazione con altri farmaci chemioterapici citotossici. I farmaci a bersaglio molecolare possono essere impiegati in neoplasie in cui sia possibile individuare un bersaglio molecolare indispensabile alla crescita del tumore. Un grande successo degli ultimi anni è stato lo sviluppo dei primi farmaci a bersaglio molecolare che efficacemente bloccano una delle proteine chiave, le cui mutazioni sono tra le più frequenti alterazioni genetiche di numerose terapie: RAS. I primi inibitori entrati in commercio agiscono su una specifica proteina mutata (RAS^{G12C}) e sono utilizzati nel cancro del polmone e del colon-retto. Altri inibitori selettivi di altre forme di *RAS* mutato sono attualmente in avanzata fase di sviluppo clinico.
- **Lo sviluppo di farmaci che riattivano la risposta del sistema immunitario in pazienti con cancro ha cambiato letteralmente la storia naturale di molte neoplasie.** In particolare, è stata una rivoluzione copernicana per la cura del melanoma maligno, malattia fino a 10-15 anni fa estremamente grave, che, se non guarita nella fase iniziale dalla chirurgia, esponeva a un elevata mortalità in fase

localmente avanzata o metastatica. Anche per l’immunoterapia si stanno scoprendo marcatori molecolari che ne permettono l’uso “preciso” e maggiormente efficace. Tra questi, l’instabilità microsatellitare, dovuta al deficit di geni che riparano il DNA danneggiato (“mismatch repair”, MMR, deficiency) durante la replicazione cellulare.

Un esempio paradigmatico dell’importanza della presenza di **instabilità microsatellitare** è rappresentato dal tumore del retto localmente avanzato, in cui i primi studi clinici hanno dimostrato che l’immunoterapia può essere da sola efficace nel controllo a lungo termine della malattia, evitando le terapie standard che consistono in combinazione di chemioterapia, radioterapia e, infine, intervento chirurgico di asportazione del retto. Se l’evidenza di questo approccio conservativo (immunoterapia) sarà confermata da dati di follow-up a lungo termine, si assisterà una rivoluzione: gli adenocarcinomi del retto saranno i primi tumori solidi a potere essere trattati con la sola terapia medica (immunoterapia). Tale approccio potrà tuttavia riguardare solo i tumori del colon-retto che presentano instabilità microsatellitare, circa 3-5% dei casi, continuando a trattare gli altri pazienti con tumore caratterizzato da stabilità microsatellitare con chemio-radioterapia e chirurgia. Tuttavia, anche per questa tipologia di tumori vi sono novità: in alcuni pazienti (circa uno su quattro-cinque) si può adottare un approccio di “non operative management”, cioè di vigile attesa che può potenzialmente evitare l’intervento chirurgico di asportazione del retto dopo la chemioterapia e la radioterapia.

Ora la grande sfida è la realizzazione di modelli organizzativi appropriati, di allocazione di risorse economiche sufficienti nel Servizio Sanitario Nazionale, che dia risposte di salute a tutti, traducendo nella pratica quotidiana gli enormi progressi della ricerca oncologica che sono avvenuti in questi anni.



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*

LA LOTTA AL CANCRO NEL PROSSIMO DECENNIO È ANCHE LA SFIDA PER I PAZIENTI CHE (SEMPRE DI PIÙ) GUARISCONO

Giuseppe Curigliano sarà il prossimo presidente ESMO, il secondo italiano in meno di 10 anni, segno che l'oncologia del nostro Paese resta ai vertici mondiali per quantità e qualità della ricerca. Tra la carica di presidente eletto, di presidente e poi di past president, avrà di fronte solo lui 6 anni di lavoro nella associazione internazionale più importante di oncologia, oltre che nel suo ruolo di professore ordinario di Oncologia Medica all'Università di Milano e di direttore della Struttura Complessa per lo Sviluppo dei Nuovi Farmaci all' Istituto Europeo di Oncologia. Un impegno gigantesco. A lui abbiamo chiesto cosa dobbiamo aspettarci dalla ricerca del prossimo decennio.

Intercettazione precoce e prevenzione primaria

Nei prossimi 10 anni saranno gli screening a fare la differenza. Ci si sta infatti spostando sull'utilizzo di nuove tecnologie che permettono di intercettare il cancro prima ancora del suo riscontro clinico. Questo avverrà su persone sane, ma che noi consideriamo ad alto rischio: grandi fumatori, persone che soffrono di obesità e di malattie metaboliche, o coloro che sono portatori di mutazioni patogenetiche su specifici geni che possono predisporre al cancro.

Si tratta di individuare, in sostanza, tracce di tumore attraverso prelievi ematici, cioè gli esami del sangue, con l'identificazione del DNA tumorale circolante. In questo ambito avremo quindi sempre più investimenti in prevenzione primaria.

Individuate le tracce di DNA circolante, si può procedere all'approfondimento con la diagnostica 'tradizionale'. Diciamo tradizionale, ma considerando che anche in questo settore la tecnologia ha fatto passi da

gigante in precisione e velocità di risultati e che recentemente ha iniziato ad avvalersi anche di algoritmi dell'intelligenza artificiale. La 'macchina' e gli algoritmi saranno progressivamente più efficienti nell'identificare forme sempre più precoci di cancro.

La 'segmentazione molecolare' del tumore

Da oggi e in futuro non esisterà più la singola patologia oncologica (tumore del polmone, del colon, del seno...) ma, nell'ambito della stessa patologia, esisteranno segmentazioni del tumore in base alle caratteristiche genetiche specifiche. Questo naturalmente offre e offrirà sempre più enormi vantaggi e opportunità terapeutiche. Per ogni segmento molecolare si potrà cioè lavorare allo sviluppo di farmaci estremamente selettivi e specifici, massimizzando il beneficio e riducendo gli effetti collaterali. La segmentazione molecolare apre anche opportunità di cura con approccio agnostico, ovvero sviluppare i farmaci non sulla base dell'organo di origine

ma sulla base dell'alterazione molecolare che lo caratterizza.

Una nuova popolazione di pazienti e i nuovi farmaci

In quest'ottica è bene anche specificare che integrando tecnologie di nuova acquisizione come la biopsia liquida, si creerà una nuova popolazione di pazienti: persone che tumore non ne hanno, che non è visibile alla Tac o alla Pet, ma che hanno una positività al tumore diagnosticata con la biopsia liquida. Pazienti nuovi, o pazienti già operati di tumore in corso di follow-up, cui viene identificata nel sangue la presenza di DNA tumorale circolante.

Una nuova categoria di pazienti con malattia molecolare residua.

Presto ci saranno farmaci che saranno approvati per questo 'nuovo' tipo di tumore residuo, non ancora sviluppato in modo clinico.

I pazienti guariti (cancer survivorship)

Dobbiamo prepararci al fatto che sempre più pazienti guariscono dal tumore, e sempre più guariranno. E che possono avere problemi causati dai trattamenti precedenti, ma soprattutto stigma psicologico, o una capacità più difficoltosa di reinserimento nella vita quotidiana.

Questa è una grande sfida e una grande area di investimento per noi oncologi. Si tratta di persone da riportare nella vita reale, familiare e lavorativa. Sta nascendo una linea di ricerca che potremmo definire 'olistica', 'umanistica', che dimostra come sia possibile passare da una ricerca avanzatissima con l'IA nella prevenzione e nella terapia, a quella più umana, solo apparentemente più semplice, destinata a migliorare la qualità di vita di chi è guarito. Qui servirà una alleanza multidisciplinare tra oncologi, psichiatri, psicologi, sociologi, per riportare i pazienti che ne avranno bisogno alla loro quotidianità pre-malattia.

Il futuro di ESMO

La mia visione ha l'obiettivo di integrare il continuum tra prevenzione e cura del cancro, sfruttando tutte le tecnologie disponibili e rendendo ESMO un facilitatore tra i vari stakeholders (oncologi, ricercatori, case farmaceutiche e pazienti) per arrivare a ridurre la mortalità da cancro e migliorare la qualità della vita di chi sopravvive.



Roberto Iacovelli, UOC Oncologia Medica, Comprehensive Cancer Center, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS e professore associato di Oncologia Medica, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

VORREI AGGIUNGERE UN NUOVO PICCOLO TASSELLO ALLA RICERCA PER MIGLIORARE LA VITA DEI PAZIENTI

Professore, è la sua prima volta a PFDC, dunque non può sottrarsi a qualche domanda personale prima di entrare nel merito del suo lavoro. Quarantatré anni, 2 figli piccoli e già una lunga carriera alle spalle. Qual è il suo segreto?

«Nessun segreto, ma solo tanta passione per il mio lavoro. La scelta di intraprendere una professione così impegnativa, come quella dell'oncologo, non deriva da alcun trauma personale, come spesso accade. Ho invece sempre avuto un interesse per la ricerca medica. Mi sono sempre chiesto come e perché le cellule, a un certo punto della vita di una persona, possono cambiare in senso negativo come accade nella genesi di un tumore. Questo cambio di fisiologia che porta poi alla patologia è un campo di studi davvero molto interessante che mi ha portato a fare tante esperienze in diversi istituti di eccellenza».

Nato nella Capitale, laureato all'Università Sapienza e oggi al Policlinico Gemelli di Roma. Alla fine è ritornato alle origini?

«Proprio così, ma in parte è stata una casualità. Dopo la laurea e il dottorato all'Università Sapienza, ho trascorso un periodo di formazione all'Istituto Gustave-Roussy, in Francia, dove ho iniziato a occuparmi di tumori del tratto genito-urinario. Poi sono rientrato in Italia: prima all'Istituto Nazionale dei Tumori, poi all'Istituto Europeo di Oncologia e, prima di ritornare a Roma, ho lavorato all'Ospedale di Verona. Tanti istituti d'eccellenza, è vero. Ma non è poi così strano in chi fa il mio lavoro».

Da quando ha iniziato a studiare il cancro, sono cambiate molte cose nella cura dei tumori. Qual è, secondo lei, la novità più importante nel trattamento del tumore del rene, una delle sue specialità?

«Certamente una recentissima e importante novità riguarda l'utilizzo dell'immunoterapia con pembrolizumab in modalità adiuvante, cioè dopo l'intervento chirurgico. Gli ultimi dati ci dicono che questo trattamento è in grado di ridurre la possibilità che la malattia si ripresenti nei pazienti ad alto rischio, facendoli vivere sostanzialmente di più. Sappiamo che circa la metà dei tumori del rene in forma localizzata può essere considerata a rischio intermedio-alto di sviluppare metastasi entro pochi anni dalla diagnosi, portando a un netto peggioramento dell'aspettativa di vita, nonostante i recenti passi avanti fatti nel trattamento delle forme avanzate. Questo è il motivo per cui la ricerca in questi anni si è concentrata su nuove strategie per evitare il rischio di recidiva. L'immunoterapia adiuvante si è dimostrata una valida opzione».

Quanto è diffuso il tumore del rene nel nostro paese?

«Secondo i dati dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica, sono circa 12.700 le nuove diagnosi di tumore del rene in Italia. Nell'85% dei casi la malattia, per fortuna, viene diagnosticata quando la massa tumorale è ancora localizzata. Per questa ragione la prima strategia di cura è rappresentata dall'intervento chirurgico di nefrectomia. Quando invece la malattia è in fase più avanzata e ha già formato metastasi si procede, a seconda delle caratteristiche della malattia e del grado di aggressività, alla somministrazione di terapie a bersaglio molecolare, terapie anti-angiogeniche e immunoterapia. Strategie di cura che negli anni hanno portato a notevoli progressi nel trattamento del tumore del rene.

L'immunoterapia adiuvante ha aggiunto un nuovo tassello mancante. Nello studio clinico di Fase 3 KEYNOTE-564 che prevedeva l'arruolamento di pazienti sottoposti a nefrectomia a rischio di sviluppare recidive, nel gruppo che ha ricevuto l'immunoterapico pembrolizumab, a 48 mesi dall'intervento, si è riusciti a ottenere una sopravvivenza globale del 91,2% rispetto all'86% di quelli con il placebo. Questo significa una diminuzione del rischio di morte del 38% grazie all'immunoterapia adiuvante».

Quali sono invece le nuove linee di ricerca?

«Stiamo raccogliendo dati interessanti, anche se negativi. Abbiamo ad esempio osservato che l'immunoterapia, dopo le prime linee di terapia per la malattia metastatica, non è

utile. Ora stiamo cercando di capire come sequenziare e combinare i farmaci che abbiamo a disposizione, come ad esempio quelli a bersaglio molecolare che inibiscono l'angiogenesi e altre proteine essenziali nella crescita tumorale o bloccano l'ossigeno al tumore come gli inibitori di HIF2alfa. In altre fasi della malattia stiamo cercando di personalizzare le strategie di trattamento attraverso una intensificazione o al contrario una deintensificazione del trattamento sulla base della risposta del tumore che è diversa da paziente a paziente. Insomma, ci sono diversi studi in corso che, si spera, ci aiuteranno a capire quali siano le strategie terapeutiche ottimali».

Qual è il suo obiettivo professionale finale, quello da raggiungere prima di appendere il camice al chiodo?

«Mi basterebbe aggiungere un nuovo tassello, anche piccolo, nella ricerca che sia in qualche modo utile per i pazienti. Che possa aumentarne la sopravvivenza o anche che ne migliori significativamente la qualità della vita».

Le piacerebbe che uno dei suoi due figli seguisse le sue orme?

«Assolutamente no. Se la scelta dipendesse da me mi piacerebbe che i miei figli facessero un lavoro che possa rendere felici tutti. Il pasticciere, ad esempio. Chiunque entri in pasticceria, che sia triste o felice, esce sempre con il sorriso sulla bocca. Ecco mi piacerebbe che i miei figli si circondassero di persone felici e serene».



Domenica Lorusso è professore ordinario presso Humanitas University e responsabile del Programma di Ginecologia Oncologica di Humanitas San Pio X (Milano)

UN NUOVO INCARICO, UNA NUOVA ESPERIENZA E NUOVE SPERANZE PER I MIEI PAZIENTI

Professoressa, in quest'ultimo anno la sua vita è molto cambiata, vero?

«Sì, tantissimo. Professionalmente ho intrapreso una nuova avventura all'Humanitas, dove mi è stato affidato il compito di mettere in piedi un centro di riferimento per il trattamento delle neoplasie ginecologiche. Sarà a tutti gli effetti un centro di eccellenza al servizio delle pazienti, all'interno del quale è prevista la presa in carico totale del paziente, dalla diagnosi alla cura fino alla fine vita. Allo stesso tempo in questa nuova struttura i giovani medici potranno formarsi e fare esperienza. Per me si tratta di un nuovo inizio entusiasmante, ma anche di una grande responsabilità. Dobbiamo continuare a lottare per diventare più forti del cancro».

È proprio decisa a non darla vinta al cancro?

«Assolutamente no. La mia professione è una parte fondamentale della mia vita e per nulla al mondo rinuncerei al mio obiettivo che è quello di aiutare tutte le donne a sconfiggere il cancro. Non ho avuto figli e anche per questo ho avuto più tempo per dedicarmi alla carriera. Una scelta importante, per certo versi forte, ma che mi ha permesso di mettermi in gioco totalmente e di arrivare fino a qui».

Endometrio, cervice, ovaio. Da dove iniziamo? Quali sono le ultime novità più importanti per la cura dei tumori ginecologici in questo Esmo2024?

«Partiamo dall'endometrio. Tra le novità più importanti, quasi impensabili fino a poco tempo fa, va certamente citata l'immunoterapia per il tumore all'endometrio avanzato o recidivato. Oggi possiamo aumentare in maniera significativa la sopravvivenza di queste pazienti aggiungendo

alla chemioterapia, fin da subito, un farmaco immunoterapico (dostarlimab) che agisce sul sistema immunitario, permette di ridurre il rischio di morte del 31%.

L'anno scorso era stato dimostrato che aggiungendolo alla chemioterapia avevamo un miglioramento della sopravvivenza libera da progressione rispetto alla sola chemioterapia in un gruppo specifico di pazienti, quelle che presentano la cosiddetta instabilità dei microsatelliti, un difetto genetico dovuto ad alterazioni che colpiscono il sistema che dovrebbe riparare il Dna. Dati che hanno portato all'approvazione di questa immunoterapia come trattamento di prima linea in combinazione con la chemio per la fase avanzata di malattia.

Oggi però ulteriori dati più maturi dello studio Ruby aprono uno scenario nuovo perché indicano che il vantaggio è per tutte le pazienti. Questo dimostra come sono ancora i piccoli passi, uno alla volta, a farci diventare 'più forti del cancro'».

Novità su tumore della cervice?

«Qui finalmente abbiamo i dati che dimostrano come la combinazione dell'immunoterapia, il pembrolizumab, con la radiochemioterapia contro il tumore alla cervice uterina localmente avanzato sia in grado non solo di aumentare la sopravvivenza libera da progressione, ma anche di ridurre il rischio morte rispetto alla sola radiochemioterapia. Quest'ultimi sono risultati pazzeschi e vanno a modificare lo standard di cura rimasto immutato per 25 anni. Finalmente oggi abbiamo a disposizione un protocollo di cura che migliora significativamente l'efficacia del trattamento contro il quarto tumore più comune nelle donne in tutto il mondo e la quarta causa di morte per cancro nelle donne tra i 35 e i 54 anni».

Ci sono buone notizie anche sul fronte della cura del tumore ovarico?

«Attendevamo i risultati dello studio ATHENA-COMBO, che ha valutato la combinazione di un PARP inibitore con un immunoterapico nel trattamento di mantenimento di prima linea nelle donne con carcinoma ovarico avanzato. I risultati indicano che questo trattamento non da vantaggi aggiuntivi al solo parp inibitore nel tumore ovarico ci fa supporre che c'è qualcosa nel microambiente tumorale che possa fare la differenza nel rendere la

malattia più o meno responsiva alla immunoterapia. Questo, dunque, ci suggerisce che dobbiamo andare più a fondo per capire meglio i meccanismi d'azione della combinazione di questi farmaci in modo da poter meglio selezionare le pazienti che possono beneficiare dell'immunoterapia».

Continuare a fare ricerca è quindi ancora essenziale?

«È irrinunciabile se vogliamo migliorare l'efficacia e la qualità delle cure. Anche quando i risultati non sono quelli sperati o quando uno studio fallisce e confuta un'ipotesi, acquisiamo informazioni preziose che ci consentono di andare avanti e continuare a sperare. Lo dobbiamo ai nostri pazienti e alle loro famiglie».

I malati prima di tutto, vero?

«Sì. È per loro che facciamo tutto questo. Non dimentico mai qual è l'obiettivo del mio lavoro, dei miei sforzi e dei miei sacrifici. Ed è per lo stesso motivo che, nonostante i numerosi impegni, ritengo che sia fondamentale dare priorità al rapporto con i pazienti e le loro famiglie. Questa mia convinzione è anche il motivo per cui ho scelto di diventare medico, un medico diverso da tanti che mi è capitato di incontrare e che ancora vivono nei miei ricordi di bambina, un medico più umano».



Filippo Pietrantonio è responsabile dell'Oncologia medica gastroenterologica alla Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano

AMO IL CONTATTO CON I MIEI PAZIENTI, CON CUI SPESSO SI PIANGE E SI RIDE INSIEME

Professore, anche per Lei è la sua prima volta a Più forti del Cancro, dunque anche per Lei qualche personale. Quante volte le avranno detto che il suo lavoro è triste e difficile?

«Tante volte. È il primo commento che fa il 95% delle persone che incontro. Ma la verità è che non è sempre cupo e triste. Con il mio lavoro riesco a stabilire un contatto speciale con i pazienti, tutti diversi fra loro. Si piange certo, ma si parla, scherza e si ride anche tanto. Si instaurano rapporti che vanno anche oltre la malattia, anche quando questa è particolarmente grave o addirittura mortale. L'oncologo è una professione che ha mille sfaccettature: incontri pazienti diversi, con patologie diverse e prognosi differenti, a volte negative e altre volte positive. Molte volte è dura, lo ammetto. Ma ti arricchisce».

L'empatia sembra una sua dote innata. È così?

«L'empatia è qualcosa che ho imparato negli anni ed è frutto anche di un importante lavoro che ho fatto e che continuo a fare su me stesso. Credo che faccia parte integrante della nostra professione e che ci aiuta a essere medici migliori».

Non ci si poteva aspettare nulla di meno dal figlio di uno psichiatra. A proposito, perché non ha scelto di seguire le orme di suo padre?

«In realtà inizialmente volevo diventare uno psichiatra, ma durante il mio primo tirocinio è bastato davvero poco per capire che non faceva per me: un paio di ore in una clinica psichiatrica e sono andato subito via. Dopo la laurea in Medicina all'Università di Parma, che poi è la stessa città in cui sono nato, ho iniziato a essere attratto da specialità mediche dinamiche, stimolanti, in continua evoluzione proprio come l'oncologia. Questa stessa branca ti dà anche l'opportunità di studiare la biologia

molecolare che è qualcosa che mi appassiona molto e che ha portato allo sviluppo di nuovi trattamenti.

Oggi, con il senno di poi, penso che probabilmente sulla mia scelta di diventare oncologo è pesata anche una vicenda personale».

A cosa si riferisce?

«Mio padre, con cui non avevo un rapporto molto facile, è morto di cancro. In realtà, ha avuto 4 tipi di cancro diversi, una lunga storia con questa malattia durata circa 10 anni. Gli ultimi 2 tumori sono stati curati nel mio stesso ospedale ed erano anche patologie di cui mi occupo quotidianamente, anche se per ovvi motivi non ero io il medico di mio padre, ma una mia carissima collega. Ma è stata una casualità. Quindi penso che in parte la mia scelta sia stata influenzata anche da questi eventi. Senza contare che poi la mia è una famiglia di medici, non so davvero quanto tutto questo abbia influito».

Una pesante eredità da portare avanti?

«No, affatto. Anzi per me diventare medico è stato divertentissimo. Ai tempi dell'università ero un secchione solo perché mi piaceva quello che studiavo e poi passavo davvero poco tempo sui libri. Avevo la fortuna di avere una grandissima memoria, per cui mi bastava poco per superare gli esami. Avevo così molto tempo per uscire e divertirmi con i miei amici, con cui andavamo a ballare spesso. Di quel periodo ho davvero tanti bei ricordi. E poi con lo studio è nato anche il mio amore per la ricerca, di cui all'inizio non volevo occuparmi, ma che poi ho capito essere fondamentale per gli straordinari progressi che possiamo fare grazie ad essa».

Il suo campo d'azione sono i tumori gastrointestinali, difficili da curare. Come possiamo prevenirli o diagnosticarli precocemente?

«I tumori gastrointestinali che, oltre al colon-retto, riguardano anche il pancreas, le vie biliari, lo stomaco e l'esofago, sono patologie per cui purtroppo non esistono screening. L'unica arma che abbiamo è la prevenzione primaria basata essenzialmente sugli stili di vita: no fumo e alcol, attività sportiva, no stress... Sappiamo che questi tumori stanno diventando più frequenti e quelli che colpiscono il distretto gastroenterico superiore hanno purtroppo anche una sopravvivenza molto bassa. In particolare, si stima che con l'aumento dell'obesità e lo stile di vita inadeguato il tumore al pancreas diventerà una delle principali cause di morte

nei paesi occidentali. Per cui abbiamo bisogno di nuove armi con cui difenderci e attaccare questi tumori».

Allora cosa bolle in pentola contro questi "mostri"?

«Ci sono nuovi farmaci, come anticorpi coniugati e anticorpi bispecifici in grado di potenziare la capacità del nostro sistema immunitario di riconoscere e attaccare il tumore. Poi si stanno sviluppando nuovi biomarcatori che ci consentiranno, in futuro, di sviluppare terapie sempre più mirate. Ma la tematica che rimarrà sempre importante è rappresentata dai cosiddetti studi di strategia. Si tratta di un approccio nuovo e multidisciplinare che vede il coinvolgimento di figure diverse, necessarie per affrontare patologie abbastanza diversificate come lo sono quelle gastrointestinali. Servono dunque studi che vanno a integrare diverse discipline, portati perlopiù avanti dal mondo accademico che mirano a migliorare la pratica clinica».

Il bisogno di coinvolgere diverse figure professionali può essere compensato dall'intelligenza artificiale?

«No, almeno per il momento. Per gioco, un po' di tempo fa ho chiesto a ChatGPT se l'intelligenza artificiale potrà mai sostituire la figura dell'oncologo. La sua risposta è stata "questo è molto improbabile" ed è una valutazione che condivido»

A cura di:



Con il contributo incondizionato di:

