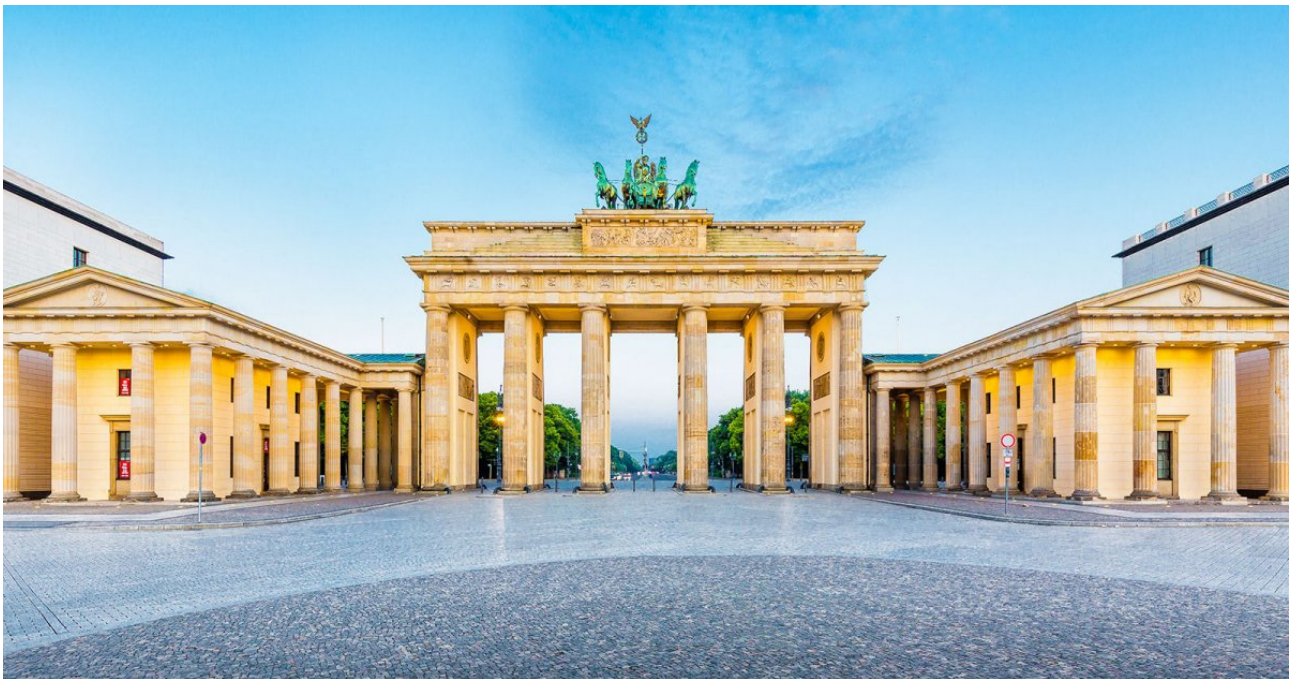
PIÙ FORTI DEL CANCRO

Dal congresso ESMO di BERLINO



LUNEDÌ 20 OTTOBRE 2025

In diretta da Berlino, alle 18, su Corriere.it

PIÙ FORTI DEL CANCRO

Undicesima edizione

Fortunato Ciardiello | Giuseppe Curigliano | Paolo Ascierto | Domenica Lorusso | Alessandro Pastorino | Roberto Burioni | Vera Martinella

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

Nessuno è immune dal cancro, una lezione che quest'anno sono stato costretto a ricordare

D: Professore, il camice bianco non funziona come una sorta di "scudo emotivo" contro la malattia?
R: Purtroppo no. Specialmente quando la malattia colpisce una persona cara. Molto tempo fa si è ammalata mia madre e negli ultimi due anni è toccato a due mie ex-allieve, oggi diventate colleghe eccezionali, colpite entrambe da un tumore al seno a distanza di pochi mesi. Ho seguito il loro percorso di cura, sia in sala operatoria che con la terapia farmacologica. E ho avuto il privilegio di osservare come la malattia ha cambiato la loro prospettiva e, per certi versi, le ha rese medici migliori. Ad esempio, hanno cambiato il loro modo di rapportarsi con i propri pazienti. Una delle due colleghe mi ha anche raccontato che quando gli stessi pazienti hanno appreso della sua malattia si è creata tra loro un'alleanza ancora più forte.

D: Che effetto ha avuto su di lei la malattia delle sue colleghe?
R: Mi ha fatto molto riflettere sul fatto che anche se, come medici, combattiamo il cancro tutti i giorni, in realtà nessuno di noi è immune dalla malattia. Il lato positivo è che, nonostante la diagnosi, ho assistito alla loro vittoria. Trenta o quarant'anni fa non ci sarebbero state le stesse opportunità terapeutiche che hanno permesso loro di sopravvivere e guarire. Mi sembra davvero un gran risultato.

D: Qual è stato secondo lei, nell'ultimo anno, il passo più significativo che abbiamo fatto nella lotta al cancro, in particolare quello al colon di cui si occupa?
R: Il più grande progresso nell'ultimo anno, almeno relativo al cancro al colon, è probabilmente la scoperta che una parte di questi tumori è potenzialmente sensibile all'immunoterapia. Ci sono sempre più evidenze della curabilità del tumore del colon-retto con elevata instabilità microsatellitare o con deficit del mismatch repair, un particolare meccanismo di riparazione del DNA, sia nella malattia iniziale che in quella metastatica con l'appropriato uso dell'immunoterapia. Stanno venendo fuori dati sempre più consolidati e sempre più a lungo termine. Riguarda certamente un piccolo gruppo di pazienti con il tumore al colon-retto, caratterizzato da particolari

caratteristiche molecolari, ma l'immunoterapia di precisione ha oggi altissime possibilità di guarigione e anche di controllo a lungo tempo della malattia metastatica.

D: Per gli altri pazienti, quali sono le novità più importanti?
R: Abbiamo sempre più dati sull'efficacia dell'utilizzo della caratterizzazione molecolare mediante biopsia liquida, sia per tracciare la malattia minima residua dopo l'intervento chirurgico locoregionale. In questo modo possiamo individuare i pazienti veramente a rischio che hanno bisogno di terapie più intense, sia per individuare le caratteristiche del tumore in termini di alterazioni molecolari nella malattia metastatica, in modo da selezionare il trattamento più appropriato. In questo anno, in entrambi gli ambiti, i dati sono sempre più consolidati: la biopsia liquida si sta dimostrando sempre più fattibile e, anche da un punto di vista economico, diventa sempre più applicabile su larga scala.

D: In che modo la biopsia liquida e immunoterapia hanno migliorato la prognosi dei pazienti?
R: Grazie alla possibilità di effettuare una caratterizzazione molecolare estesa, che può essere fatta con la biopsia liquida, si possono individuare le alterazioni che ci danno informazioni preziose sui trattamenti, compresa l'immunoterapia. Ad esempio, nel tumore del colon-retto metastatico con mutazioni nel gene BRAF, una malattia che prima aveva una prognosi molto infausta, il trattamento con l'inibitore di EGFR (cetuximab) e l'inibitore di BRAF-mutato ha dato dati veramente molto importanti nella prima linea, cambiando la storia naturale di questa malattia. Oggi finalmente abbiamo una prima linea efficace.

D: Cosa possiamo aspettarci nel prossimo futuro?
R: Stanno uscendo sempre più dati che ci fanno sperare che nella malattia con mutazioni di RAS, che rappresentano la maggioranza dei tumori con metastasi, le nuove generazioni di inibitori selettivi di RAS potranno assumere un ruolo sempre più rilevante. Quindi, ci aspettiamo nei prossimi anni nuovi dati sull'uso di vari inibitori di RAS contro le diverse mutazioni di questo gene. Questa, ad oggi, è la nostra grande speranza per il futuro.

PIÙ FORTI DEL CANCRO

Domenica Lorusso
Direttore programma ginecologia oncologica Humanitas San Pio X
Professore ordinario ostetricia e ginecologia Humanitas University Milano

Un centro per le donne, che le segue dalla diagnosi al follow-up e le novità della ricerca: approvato un nuovo standard di cura per i tumori dell'endometrio

Dopo un anno, il centro interamente dedicato alla cura dei tumori femminili che era nei progetti (e nei sogni) della professoressa Lorusso, annunciato durante la scorsa edizione di Più forti del Cancro, si è realizzato all'Humanitas di Milano. Un centro che parte da una nuova visione della ginecologia oncologica che offre un modello di presa in carico totale, che coniughi le migliori competenze chirurgiche, terapeutiche e di ricerca in un percorso personalizzato, aperto anche a pazienti internazionali. E questo affiancato al lavoro di ricerca, che porta qui ad ESMO sempre novità importanti.

D: Quindi ce l'ha fatta, possiamo dirlo?
R: Ci stiamo riuscendo, anche se non ci fermiamo mai. Il centro è interamente dedicato alla ginecologia oncologica, con l'ambizione di diventare un punto di riferimento nazionale e internazionale. Puntiamo a un modello di presa in carico totale: la paziente trova in un unico luogo la migliore chirurgia, la migliore terapia medica, e l'accesso ai trial clinici, che oggi coprono le fasi 1, 2 e 3. In un solo anno siamo riusciti ad accreditarci per tutti i livelli, un risultato davvero straordinario.

D: Qual è la filosofia clinica che guida questo nuovo centro?
R: L'idea è quella di costruire un'oncologia come la immaginiamo oggi: integrata, personalizzata e fondata sull'evidenza. Tutte le pazienti che accedono vengono invitate a donare tessuti e campioni biologici (come sangue e plasma), che vengono conservati e analizzati in diversi momenti della malattia – non solo alla diagnosi, ma anche alla recidiva – per comprendere come evolve il tumore e come prevenirne il ritorno. È un investimento concreto nella medicina personalizzata.

D: Quali tecnologie innovative state adottando?
R: Lavoriamo con l'intelligenza artificiale e modelli predittivi per orientare le scelte terapeutiche. Per esempio, stiamo cercando di capire fin da subito se una paziente dovrà essere operata o avviata a trattamenti sistemici. Inoltre, stiamo sviluppando un assistente virtuale in grado di seguire le pazienti da casa, mantenendo un contatto continuo durante il percorso di cura.

D: Passiamo alla ricerca. Che novità ha portato a ESMO quest'anno nel campo della ginecologia oncologica?
R: Tra le notizie più importanti quelle che riguardano il tumore dell'endometrio: la combinazione di chemioterapia e immunoterapia si conferma come nuovo standard di cura in prima linea, anche in fase metastatica. In particolare, la combinazione di chemioterapia con dostarlimab ha allungato di tre anni sia la sopravvivenza libera da progressione che quella globale nelle pazienti con tumori legati alla instabilità dei microsatelliti ma anche nelle altre si vede un beneficio, anche se minore, di sopravvivenza. Stiamo lavorando per individuare biomarcatori predittivi di risposta, ma quando si ottiene un beneficio così marcato è chiaro che si è già definito un cambiamento di paradigma.

D: Come si è evoluto l'approccio al tumore dell'endometrio negli ultimi dieci anni?
R: Siamo passati da trattamenti "uguali per tutti" a una visione molecolare della malattia: oggi sappiamo che esistono almeno quattro diversi sottotipi di tumore dell'endometrio, con caratteristiche e bisogni terapeutici distinti. È il tumore ginecologico che più ricorda la mammella per quantità di conoscenze biologiche acquisite e opportunità terapeutiche in rapido sviluppo. Inoltre, negli ultimi anni con le aziende farmaceutiche abbiamo lavorato e continuiamo a farlo per avere a disposizione le terapie anche prima dell'approvazione Aifa.

D: Quindi è cambiata anche la collaborazione con le aziende?
R: In modo sostanziale. Appena escono i risultati di uno studio, grazie ai programmi di accesso anticipato, possiamo disporre del farmaco in tempi rapidissimi, anche prima della rimborsabilità AIFA. Questo ci permette di trattare pazienti senza attendere i più lunghi tempi delle approvazioni ufficiali. Una svolta.

D: Ci sono state novità anche sul fronte del tumore ovarico?
R: All'ESMO ho presentato una sotto analisi dello studio sul **relacorilant**, un nuovo farmaco che agisce sul recettore dei glucocorticoidi riducendo i livelli di cortisolo. Nelle pazienti con tumore ovarico **platino-resistente** – una condizione purtroppo molto comune – in combinazione con la chemioterapia ha migliorato in modo significativo la sopravvivenza. Inoltre, ho discusso due ulteriori studi: uno sull'**atezolizumab** nei tumori dell'endometrio, e un altro su una combinazione di due immunoterapici per il tumore della cervice avanzato e metastatico. Entrambi con ottimi risultati.

Alessandro Pastorino
Dirigente Medico di I livello U.O. Oncologia Medica 1 IRCCS Ospedale Policlinico San Martino di Genova

In parte siamo già "più forti del cancro", ma dobbiamo lavorare per esserlo sempre

Alessandro Pastorino, classe 1985, è nato a Genova, dove si è anche laureato e specializzato. Dirigente medico presso l'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino di Genova. Dal 2017 Pastorino ricopre anche l'incarico di segretario scientifico delle Linee guida AIOM per il tumore del retto-ano, che contengono le raccomandazioni cliniche basate sulle migliori evidenze scientifiche disponibili per guidare i professionisti sanitari nella gestione dei pazienti oncologici e migliorare l'appropriatezza delle cure. La scelta di Pastorino di diventare medico e poi oncologo si è basata sia sull'interesse scientifico sia sulla volontà di contribuire al miglioramento dell'assistenza ai pazienti.

D: Dottore, cosa di preciso l'affascinava di questa professione?
R: La mia scelta è dipesa dall'interesse scientifico e dalla volontà di contribuire al progresso in una disciplina che 15 anni fa era totalmente diversa da come la vediamo oggi. All'inizio della mia professione nel 2011, moltissimi tipi di tumore che erano ancora al palo dal punto di vista dei trattamenti, soprattutto le neoplasie gastrointestinali. I benefici delle terapie erano relativamente scarsi e le tossicità non trascurabili. Eravamo anche appena agli albori della profilazione molecolare e della personalizzazione delle cure. Quindi, ricordo di aver pensato che ci fossero margini di miglioramento molto marcati. Intravedere questo orizzonte di crescita ha sicuramente stimolato il mio interesse e l'impegno. Ho così deciso di poter fare la mia parte sia nella parte di ricerca che nell'assistenza ai pazienti che rimane un aspetto cruciale della nostra professione.

D: A quali miglioramenti ha assistito dall'inizio della sua carriera a oggi?
R: Tantissimi. Sul fronte della diagnosi e cura del tumore al colon-retto ho assistito a una moltitudine di miglioramenti. Oggi, ad esempio, abbiamo un ventaglio di opzioni terapeutiche che fino a 6-7 anni fa erano impensabili. I risultati a cui hanno portato questi miglioramenti sono straordinari: la sopravvivenza media e il tasso di risposta, anche nei pazienti in cui il tumore si è diffuso in altre sedi, quindi con metastasi, e quindi con prognosi sfavorevole fino a pochi anni fa,

ha raggiunto livelli assolutamente imparagonabili rispetto al passato e che potrebbe aumentare ancora di più nel prossimo futuro. Questo si deve alla nostra migliore capacità di selezionare i pazienti e assegnare loro a trattamenti mirati in base alle caratteristiche molecolari del tumore. Più impariamo a conoscere il tumore, maggiore diventa anche la nostra capacità di contrastarlo.

D: Può farci qualche esempio concreto di progresso?
R: Se prendiamo in considerazione il tumore del colon-retto metastatico, negli ultimi cinque anni abbiamo individuato biomarcatori che identificano sottopopolazioni di pazienti che possono avere un beneficio enorme da alcuni specifici trattamenti. Mi riferisco, ad esempio, ai pazienti con tumore caratterizzato da instabilità microsatellitare (MSI): sono pochi casi, circa il 5% del totale dei pazienti con metastasi. Ebbene, per questi pazienti l'immunoterapia può portare alla guarigione, nonostante la malattia sia diffusa. Ancora più sfidante è l'utilizzo dell'immunoterapia nella malattia non metastatica, ma questo è ancora in fase di studio sebbene le evidenze siano già sorprendenti. Per tutti gli altri pazienti abbiamo comunque la possibilità di scegliere i migliori trattamenti in base al profilo molecolare.

D: A ognuno la sua terapia?
R: Esattamente. È la personalizzazione delle cure, in particolare con le terapie target. Ad esempio, per i tumori con mutazioni BRAF, un'alterazione che è sempre stata considerata nefasta, avremo nel prossimo futuro la possibilità di utilizzare terapie target, in associazione alla chemioterapia di prima linea raddoppiando la sopravvivenza. E ancora: nei pazienti con tumori che non presentano mutazioni né BRAF né KRAS, possiamo utilizzare una terapia anti-EGFR in associazione alla chemioterapia. Per il prossimo futuro, se i risultati dei trial in corso saranno positivi, potremo utilizzare altre terapie target per alterazioni come HER2 e KRAS G12C.

D: Grazie a questi progressi, secondo lei, quando potremo dire di essere davvero più forti del cancro?
R: In realtà, per alcune tipologie di tumore del colon lo siamo già. Mi riferisco, in particolare, alle neoplasie con instabilità microsatellitare. Nei tumori del retto MSI, oggi, la sola immunoterapia può portare alla guarigione senza dover ricorrere a chemioradioterapia e all'intervento chirurgico con enorme risparmio di tossicità e miglioramento della qualità di vita. Quindi, la mia risposta è sì, in alcune situazioni specifiche siamo già più forti del cancro e lo siamo grazie alla selezione molecolare dei pazienti e alla scelta di trattamenti personalizzati. Rimangono però ancora molti campi in cui il bisogno di innovazione e miglioramento è marcato per cui ora dobbiamo lavorare per colmare questi gap. Un obiettivo, quest'ultimo, a cui ci si può avvicinare grazie alla ricerca e all'assistenza quotidiana ai pazienti.

Paolo Antonio Ascierto
Professore ordinario di Oncologia all'Università Federico II di Napoli
Direttore dell'Unità di Oncologia Melanoma, Immunoterapia Oncologica e Terapie Innovative dell'Istituto Pascale di Napoli

L'immunoterapia ha rivoluzionato la cura del tumore, ma non bisogna mai dimenticare la prevenzione

Con il giubbotto di pelle in sella alla sua Harley Davidson o con gli stivali di gomma tra i vigneti che ha ereditato da suo nonno. Mentre nel weekend indossa la sua intoccabile maglia bianconera e, quando può, va allo stadio o altrimenti si mette davanti alla tv. È davvero un mistero come Paolo Antonio Ascierto, un luminare nel campo della cura del melanoma, riesca a conciliare così tante passioni con i suoi innumerevoli impegni in clinica e in laboratorio. Per non parlare delle numerose iniziative di sensibilizzazione organizzate dalla Fondazione Melanoma, che presiede. Gran parte delle giornate Ascierto le trascorre in camice bianco all'IRCCS Pascale di Napoli, dove dirige l'Unità di Oncologia Melanoma, Immunoterapia Oncologica e Terapie Innovative. Nello stesso istituto lavora sua moglie, Maria Teresa Melucci, che si occupa di tumore al seno. Poi ci sono i figli Marco e Luca, che lo seguono ovunque con grande ammirazione. Di recente è stato nominato anche professore ordinario di oncologia all'Università Federico II di Napoli.

D: Professore, sembrerebbe che lei sia nato con il camice bianco, vero?
R: In realtà, non avevo mai pensato di diventare medico, almeno fino al primo anno di università. Il mio sogno era quello di indossare la stessa divisa di mio padre, che era un appuntato dei Carabinieri. Ma lui non voleva che seguissi la sua stessa strada. In famiglia c'era già mio fratello che era entrato nell'Arma. Mio padre voleva che mi laureassi e così, quasi a malincuore, mi iscrissi a Ingegneria Chimica a Napoli. Mi sentivo fuori posto e scoprii che mi piaceva la ricerca. Poi dopo una chiacchierata sincera con un mio professore, decisi di cambiare e iscrivermi a Medicina. L'interesse per l'oncologia nacque intorno al quarto anno di studi e già dai primi anni '90 ho iniziato a occuparmi di melanoma, il tumore della pelle più aggressivo.

D: Più di 30 anni a osservare, studiare e combattere lo stesso nemico. Può fare un bilancio?
R: L'oncologia ha assistito a un'innovazione rivoluzionaria con l'introduzione dell'immunoterapia, che si è affermata come un vero "game changer" nella lotta contro il melanoma. I risultati raggiunti sono stati straordinari. La storia di Jimmy Carter, il 39° presidente degli Stati Uniti, ne è un esempio. Nel 2015, a 90 anni, gli fu diagnosticato un melanoma, ma grazie all'immunoterapia con pembrolizumab, la prima terapia anti PD1, e alla radioterapia, ottenne una remissione completa e definitiva. Al contrario, Bob Marley, il leggendario cantautore reggae, morì di

melanoma nel 1981 a soli 36 anni, in un'epoca in cui non esistevano terapie efficaci per la sua malattia. Questo contrasto sottolinea il profondo cambiamento che l'immunoterapia ha portato nel trattamento del cancro.

D: Per quali pazienti è indicata questa terapia e l'immunoterapia in generale?
R: Questa prima immunoterapia è stata approvata negli Stati Uniti nel 2014 e in Europa nel 2015 per il melanoma avanzato non resecabile o metastatico. Ma abbiamo subito capito che poteva essere efficace in diverse fasi della malattia. Molti studi clinici, alcuni presentati proprio ai congressi ESMO, ne hanno confermato il valore, sia nei pazienti trattati precedentemente con altre terapie senza successo e sia in prima linea. Da questo momento in poi l'immunoterapia ha iniziato a offrire alternative in grado di aumentare la sopravvivenza a lungo termine dei pazienti, prevenendo anche le recidive.

D: Quali novità ha portato a ESMO quest'anno?
R: Sul fronte del melanoma abbiamo presentato due studi molto importanti. Il primo è CheckMate 238, pubblicato anche sul New England Journal of Medicine, il quale dimostra che l'immunoterapia adiuvante è efficace fino a 10 anni dopo. Si tratta del follow-up più lungo mai registrato per un immunoterapico somministrato dopo l'intervento chirurgico nei pazienti con melanoma resecato ad alto rischio. Inoltre, in un'analisi successiva abbiamo osservato che l'immunoterapia funziona meglio, e con meno effetti collaterali, quando somministrata la mattina, prima delle ore 13. Nel secondo studio presentato, invece, abbiamo dimostrato per la prima volta che il vaccino "fisso" BNT111, più facile ed economico da produrre rispetto ai vaccini personalizzati, è in grado di raddoppiare il tasso di risposta nei pazienti con melanoma avanzato e resistenti a più trattamenti standard, sia in combinazione con l'immunoterapia che da solo. In una popolazione refrattaria ad altri trattamenti, vedere risposte obiettive, incluse remissioni complete, è un risultato davvero incoraggiante.

D: Nonostante questi progressi, la sua più importante battaglia riguarda la prevenzione. Perché?
R: Perché il melanoma si può prevenire. E prevenire è sempre meglio che curare. Infatti, per quanti progressi abbiamo fatto di melanoma si muore ancora. Non mi stancherò mai di dire che dobbiamo proteggerci dai fattori di rischio che dipendono perlopiù dall'esposizione ai raggi UV. Usiamo quindi sempre la crema protettiva, in estate e in inverno, ed evitiamo i lettini abbronzanti. Mi fa rabbia vedere ancora così tanti giovani che non seguono queste poche regole. È per questo che con la Fondazione Melanoma continuiamo a promuovere campagne di informazione e visite gratuite in tutta Italia

PIÙ FORTI DEL CANCRO

Giuseppe Curigliano
Presidente eletto di ESMO
Professore Ordinario di Oncologia Medica, Università di Milano
Direttore Struttura Complessa Sviluppo Nuovi Farmaci, Istituto Europeo di Oncologia, Milano

Con le nuove terapie migliora anche la qualità della vita dei pazienti

D: Professore, lei è 'presidente eletto' ESMO. Significa che a gennaio 2027 entrerà ufficialmente in carica e per 2 anni e rappresenterà nel mondo l'oncologia internazionale. Un ruolo importantissimo per la ricerca italiana in questo ambito, da tempo ai massimi livelli. Quali saranno le priorità come presidente?
R: Sono convinto che ESMO debba avere un ruolo di leadership nel decodificare le complessità del cancro per prevenirlo e curarlo attraverso la scienza e la formazione, applicando i risultati a pazienti ed ex-pazienti, oltre i confini geografici. Sarà una mia priorità concentrare gli sforzi per superare le attuali sfide di integrazione disciplinare con un piano incentrato su formazione e inclusività per un progresso globale nella cura del cancro. Il mio impegno è quello di promuovere una cultura di formazione continua per garantire agli oncologi di tutto il mondo l'accesso alle risorse e alle conoscenze più recenti. Infine, tra i miei obiettivi è quello di istituire all'interno di ESMO un hub dedicato per potenziare le opportunità di carriera per i giovani specialisti. Questo include la creazione di una piattaforma interna che coinvolge università e industria, offrendo opportunità concrete e garantendo pari possibilità agli oncologi di talento globali, anche attraverso un percorso di mentoring. Un piano ambizioso in cui credo molto e che, a sua volta, potrebbe avere ricadute positive anche sui pazienti, aumentando le possibilità di cura e migliorando la qualità della loro vita.

D: In che modo, ad oggi, i progressi della ricerca hanno modificato l'esperienza diretta dei pazienti con la malattia?
R: Moltissimo. Oggi, guarire dal cancro non è più l'unico obiettivo. C'è un'attenzione crescente alla qualità di vita durante e dopo i trattamenti. Le nuove terapie oncologiche riescono a migliorare concretamente la qualità della vita, che è diventata un aspetto centrale e irrinunciabile dell'oncologia moderna. I farmaci di nuova generazione ci danno la possibilità di meglio integrare le cure e, di conseguenza, di rispettare meglio la vita stessa del paziente.

D: C'è una differenza tangibile nei pazienti che cura oggi rispetto a quelli di venti o trenta anni fa?

R: Assolutamente sì. La differenza è palese e significativa. Oggi, i pazienti vivono meglio durante il trattamento. Non hanno più quelle profonde neutropenie febbrili che avevamo in passato con le chemioterapie più aggressive. Ci sono soluzioni per la nausea e il vomito, e si fa in generale più attenzione all'impatto dei trattamenti. Questo significa che la loro qualità di vita è nettamente migliorata rispetto al passato. Ed è proprio da qui che l'idea della cronicizzazione della malattia acquisisce un doppio valore: non solo vivere più a lungo, ma vivere bene.

D: Quali sono, secondo lei, le novità più importanti del congresso ESMO di quest'anno?
R: Sono state presentate numerose novità e diversi dati rilevanti: da nuove combinazioni di farmaci ad approcci innovativi che sembrano essere molto promettenti. Rilevanti i dati sull'utilizzo degli anticorpi coniugati nelle fasi precoci del tumore mammario. Molto interessanti, ad esempio, sono i dati sull'immunoterapia, che vedono in particolare l'introduzione di innovative terapie cellulari. Queste terapie stanno dimostrando di dare un significativo beneficio ai pazienti.

D: Può spiegarci meglio di cosa si tratta?
R: Parliamo di cellule geneticamente modificate che vengono reinfuse nel paziente: vanno ad agire in modo mirato, potenziando la risposta immunitaria dell'organismo contro le cellule tumorali. Questo approccio rappresenta un passo in avanti cruciale.

D: Queste terapie innovative e personalizzate sono però spesso molto costose. Questo non rischia di creare disuguaglianze nell'accesso alle cure?
R: In effetti, questo è un punto fondamentale ed è al centro di un dibattito ancora aperto. Perché è vero che le terapie innovative sono più costose, ma dobbiamo considerare il valore che portano in termini di beneficio e miglioramento della qualità della vita. La ricerca è essenziale per trovare nuove soluzioni, e l'impegno deve essere quello di garantire che queste innovazioni siano sostenibili e accessibili per tutti i pazienti che ne hanno bisogno.

D: Guardando al futuro, dove sta andando l'oncologia in generale, anche alla luce di queste scoperte?
R: L'oncologia sta andando sempre più verso una medicina disegnata sul profilo genomico del singolo paziente. Avremo nel futuro sempre più cure "sartoriali", ritagliate sul singolo individuo e sul suo tumore. L'obiettivo primario è massimizzare il beneficio terapeutico riducendo al contempo il rischio di tossicità.

D: La cronicizzazione della malattia, di cui parlavamo, è un sogno o una realtà attuale?
R: La cronicizzazione è già una realtà in molte patologie oncologiche. Per alcuni tumori, grazie alle terapie di cui disponiamo oggi, il cancro è diventato gestibile a lungo termine, quasi come una malattia cronica. Questo significa che, molte volte, quando non riusciamo ad eliminare la malattia, possiamo fare in modo che il paziente ci conviva, mantenendo una qualità della vita soddisfacente.

D: L'approccio sul singolo paziente è legato alla nostra crescente comprensione del cancro come una malattia complessa?
R: Esattamente. È fondamentale non parlare più di "cancro" al singolare, ma di "tumori" al plurale. I tumori non sono singole entità; sono molte patologie diverse sulla base dei loro sottotipi molecolari. Questa rivoluzione, ovvero l'aver compreso e mappato l'identikit molecolare di questi sottogruppi, è la vera ragione per cui il cancro è diventato sempre più curabile. E questi sottogruppi, a loro volta, generano altri sottogruppi. È un continuo affinamento della conoscenza che man mano ci avvicina all'obiettivo finale: diventare più forti del cancro.

PIÙ FORTI DEL CANCRO

Testi di:
Carlo Buffoli
Valentina Arcovio

A cura di:

FINGERS COMMUNICATION

Con il contributo incondizionato di:

MSD GSK MERCK