

Scienze MEDICINA / NUOVI PROGRESSI

CANCRO TI BATTERÒ

Sono 100 gli esperti che proveranno a rispondere alla domanda: “Stiamo vincendo la guerra contro il cancro?”. A Lugano, il 26 e il 27 ottobre, si terrà il World Oncology Forum. Un evento atteso, che riunirà un gruppo selezionato di ricercatori, clinici, politici, manager, associazioni civili e giornalisti dai cinque continenti. Per arrivare a una dichiarazione finale, che darà indicazioni e priorità

sulla strategia da adottare per un significativo miglioramento della situazione oncologica globale entro i prossimi dieci anni. L'evento è organizzato dalla European School of Oncology, in occasione dei suoi trent'anni di attività, che attraverso il Wof vuole sollecitare gli organismi internazionali e i governi locali, affinché inseriscano il problema cancro fra gli impegni essenziali della politica. Il tema è urgente, il numero di malati di cancro è in aumento in tutto il mondo: i decessi per tumore

INTERVENTO PER TOGLIERE UN TUMORE DEL SENO. IL SERVIZIO CHE ILLUSTRERÀ QUESTE PAGINE È UN REPORTAGE DAL CANCER CENTER DELL'ISTITUTO CLINICO HUMANITAS DI ROZZANO, MILANO

sono circa 7,6 milioni ogni anno, vale a dire 20 mila ogni giorno. In queste pagine, “l'Espresso” ha interrogato alcuni grandi esperti italiani non certo per rispondere alla domanda del Wof, ma per raccontare a che punto è la guerra contro i cosiddetti big killer, i tumori più diffusi.

Aumenta la sopravvivenza ai big killer: seno, prostata, colon. E persino le bestie nere polmone e melanoma cominciano a cedere. Abbiamo chiesto a cinque esperti: stiamo vincendo la guerra al grande male? Ecco le loro risposte

A CURA DI AGNESE CODIGNOLA
E DANIELA MINERVA
FOTO DI CARLO CERCHIOLI

Piccoli grandi passi

Percentuale di malati che sopravvivono a 5 anni dalla diagnosi per tutti i tipi di cancro

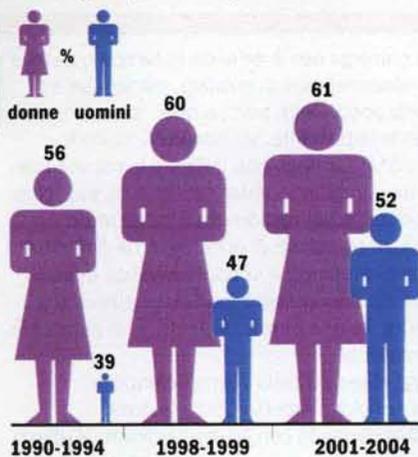


Foto: Buenavista

Fonte: I numeri del Cancro in Italia, Aiom-Airtum 2012

Cercasi pillola intelligente

DI ALBERTO COSTA



I cento maggiori esperti mondiali nella lotta al cancro. Li abbiamo riuniti a Lugano, nel World Oncology Forum, per rispondere alla domanda più difficile: "Stiamo vincendo la guerra contro il cancro?". Non è un quesito cui si può rispondere mettendo insieme tante lezioni super specialistiche di personalità indiscusse e inattaccabili, che rendano conto dell'enorme mole di studi clinici e delle grandi innovazioni apportate nelle terapie per ogni diverso tipo di tumore. Perché la lotta al cancro è molto di più di un insieme di battaglie, perse o vinte. È un grande sforzo collettivo che impegna la società e, su suo mandato, la comunità scientifica. Ecco allora perché abbiamo chiesto a 100 superesperti di sedersi attorno a un tavolo e cercare di rispondere a una serie di punti interrogativi che interessano trasversalmente la lotta al cancro. Lo faranno liberamente, perché il Forum non ha sponsor di mercato, ma un unico promotore istituzionale privato (la European School of Oncology) affinché le opinioni espresse siano indipendenti da condizionamenti e pressioni.

Il primo degli interrogativi nasce dal fatto che, a più di dieci anni dalla decodifica del genoma, che aveva generato forti aspettative sulla conoscenza dei meccanismi di formazione del cancro, di fatto ancora non ne capiamo le cause. L'analisi dei geni ci ha spiegato i dati epidemiologici - ad esempio abbiamo capito perché se mangiamo troppi grassi ci ammaliamo di più di cancro al colon, come ci dicevano i confronti di dati di incidenza fra popolazioni con abitudini alimentari diverse - ma speravamo aprisse la strada anche alla identificazione di nuove cause. Cinquanta anni fa abbiamo dimostrato il legame causa-effetto tra fumo e tumore polmonare, ma è stata sostanzialmente l'unica scoperta per i big killer, i tumori a maggiore diffusione e aggressività (polmone, seno, colon, prostata) che da soli

sono responsabili della maggioranza delle morti per tumore nel mondo.

Ma non è tutto. Dobbiamo poi chiederci perché, anche quando conosciamo la causa, non riusciamo ad intervenire efficacemente per eliminarla. In decenni di campagne antitabacco non siamo riusciti a convincere le persone a smettere di fumare. È vero che esiste negli Stati Uniti e in Europa un nuovo trend all'abbandono della sigaretta, ma di fatto i fumatori nel mondo continuano ad aumentare, l'età della prima sigaretta si abbassa e, se ci concentriamo sulla fotografia attuale, soltanto in Italia, poco meno di 100 persone al giorno muoiono per tumore del polmone.

Un discorso analogo si può fare per il tumore del seno. Sappiamo che avere tanti figli in giovane età (intorno ai 20 anni o prima) e allattarli al seno è un forte fattore protettivo da questo tumore, ma riusciremo a ribaltare il modello di vita delle nostre società e tornare a un'organizzazione sociale in cui le ragazze hanno il primo figlio a 15 anni? E, soprattutto, davvero vorremmo farlo? Io francamente penso di no: ho una figlia adolescente e non vorrei che lei tornasse a casa incinta per prevenire così una potenziale malattia. Vorrei, invece, che lei studiasse, vivesse liberamente la sua vita e, se lo desidera, trovasse la persona giusta con la quale mettere al mondo dei bambini. Noi vogliamo questo per le nostre figlie e la società tutta, maschi e femmine, deve impegnarsi a combattere il tumore del seno senza pregiudicare la libertà delle donne.

Grande entusiasmo ha sollevato anche la scoperta delle origini virali di alcuni tipi di cancro, in particolare il virus Hpv, quale causa dei tumori del collo dell'utero. È innegabile che il vaccino contro l'Hpv sia una conquista scientifica, ma dobbiamo riconoscere che non siamo in grado di applicarla laddove ce ne sarebbe maggiore bisogno: nei Paesi, come quelli africani, dove il tumore del collo dell'utero è una piaga.

Infine, dobbiamo chiederci perché la conoscenza del Dna non ha aumentato ▶

Scienze

NELLA FOTO GRANDE A SINISTRA: ALBERTO TESTORI, CHIRURGO TORACICO DELL'ISTITUTO CLINICO HUMANITAS PRIMA DI UN INTERVENTO. A FIANCO: FLACCONI DELLA CHEMIOTERAPIA

COLON

Vita sana e il fastidio del test

COLLOQUIO CON ERMANNO LEO



Il tumore del colon è e resta uno dei big killer: circa 50 mila nuove diagnosi ogni anno, con 18.500 decessi. Ma a guardare i trend, sembra proprio che sia iniziata una china inesorabile: l'aumento delle diagnosi degli ultimi anni sta rallentando, e questo grazie a un fattore che ha poco a che vedere con bisturi, raggi e farmaci: la cultura. Dopo decenni di crescita, infatti, laddove poco o nulla hanno potuto le terapie, sta arrivando la conoscenza dei fattori di rischio e, soprattutto, dell'importanza della diagnosi precoce, certificata anche da uno studio recentissimo che ha mostrato una netta diminuzione dell'incidenza e della mortalità in chi si sottopone alla colonscopia rispetto a chi non la fa. La pensa così Ermanno Leo, direttore dell'Unità di chirurgia colonrettale dell'Istituto dei tumori di Milano.

Professor Leo, tutto merito di una vita sana?
«Il tumore del colon è quello che si potrebbe definire un caso di scuola. Non c'è nessun'altra forma tumorale di cui si sappia così tanto: perché viene e, soprattutto, quali sono i passaggi che portano

dalle prime formazioni benigne a quelle più pericolose. E non c'è nessun'altra forma in cui la separazione tra forme curabili e non è così netta. Da qui l'importanza della prevenzione e della diagnosi precoce. Si è capito che bisogna mangiare meno carni rosse, più vegetali freschi, più fibre, che bisogna muoversi di più e non fumare. L'altro fattore di enorme importanza è quello della diagnosi precoce: si sa che se il risultato di una colonscopia è negativo si possono attendere dieci anni per farne un'altra, e questo vuol dire che, anche se l'esame è fastidioso, tutti, dopo i 50 anni, dovrebbero sottoporvisi, perché trovare il tumore quando è in fase iniziale, come detto, fa realmente la differenza. Oggi, grazie alla diffusione di questa consapevolezza, le diagnosi precoci aumentano, e con esse sale il numero di malati che guariscono».

E quando la malattia c'è?

«Negli ultimi vent'anni, anche se non molti lo ammettono, la farmacologia non ha avuto successo in questo tumore: poco o nulla è cambiato, neppure con le molecole più nuove e selettive. Ciò che abbiamo visto mutare, e anche profondamente, sono le tecniche chirurgiche,



www.ecostampa.it

significativamente il numero di farmaci efficaci. La pillola anticancro o, nel linguaggio di noi oncologi, i farmaci intelligenti, sono stati il grande sogno del 2000. Di fatto, tuttavia, i nuovi farmaci molecolari sono pochi (non più di 20) e applicabili a tumori meno diffusi, come il Glivec per la leucemia. Ma contro i big killer, a parte l'Herceptin per il tumore del seno, siamo ancora in attesa di grandi novità. Il Dna ha portato certamente un aumento di conoscenza, ma non ancora un'analoga riduzione di mortalità. Oltre a ciò ci viene spesso ricordato - non a torto - che i pochi punti percentuali che oggi guadagniamo in sopravvivenza, comportano un aumento dei costi delle terapie da 300 fino a 800 volte superiore.

Lo statement finale del forum di Lugano dovrà dunque dare una risposta che sia anche una soluzione, e per questo è una scommessa altissima sulle capacità delle nostre menti di individuare una strategia contro il male del secolo, che non può più essere confinata alla ricerca, ma dovrà necessariamente essere strategia sociale, economica e politica. Potrebbe anche succedere che a Lugano nulla succeda, ma in ogni caso il World Oncology Forum segnerà un cambio di marcia nella lotta al cancro e un cambio di registro nella comunicazione dei suoi risultati.

Ultimo miglio per le donne colpite al seno

Cinquecentomila donne ogni anno in Europa, 50 mila circa in Italia, scoprono dall'oggi al domani che la loro vita è cambiata per sempre. Donne per lo più giovani, perché a quaranta o cinquant'anni si è giovani. Ma anche donne in età che qualcosa prima o poi se lo aspettavano, ma che no, il cancro proprio non lo avevano messo nel conto. Nessuna è mai preparata a sentirsi dire che c'è qualcosa lì dentro che non dovrebbe esserci. E quella che per i medici è una diagnosi di tumore, per ognuna di queste 50 mila italiane è l'inizio di una guerra sfibrante e complessa. Ma anche a lieto fine per oltre l'80 per cento di loro che, anche se a un prezzo molto alto, la vincono. Grazie alla diagnosi precoce che permette di scovare i tumori ancora piccolissimi, alla chirurgia che è capace di levare la neoplasia e lasciare il seno pressoché intatto, e alle terapie che fermano, a volte per sempre, la proliferazione e liberano la donna dalla malattia. Tutto bene, allora? Non esattamente. Perché per oltre otto donne su dieci che ce la fanno e hanno tante cure a disposizione, ne restano molte

senza terapie. Perché il chirurgo non è arrivato in tempo o perché le ha colpite un cancro impermeabile ai farmaci, comunque sia per loro c'è davvero molto poco. Oggi, però, a quel "poco" si aggiunge uno strumento importante: gli addetti ai lavori lo chiamano "everolimus"; è un farmaco che inibisce la crescita dei vasi che nutrono il tumore. Un grande studio pubblicato sul "New England Journal of Medicine" e poi aggiornato e presentato all'Asco, la massima assise mondiale di oncologia, ha dimostrato che everolimus è capace di prolungare la sopravvivenza delle donne col tumore metastatico e riduce in maniera significativa la progressione del tumore. In una parola, rallenta, e di parecchio, la fase avanzata della malattia. Perché questa fase è oggi al centro della scena scientifica. È quella che il chirurgo e senologo Alberto Costa (autore dell'articolo di pagina 124) parlando con noi ha chiamato "l'ultimo miglio". È l'ultimo pezzo di strada per gli scienziati che devono trovare il modo di curare anche quello che loro chiamano "tumore

097156



MELANOMA

Costruiamo difese hi-tech

COLLOQUIO CON MICHELE MAIO



Una malattia in chiaroscuro dove, a fronte di un continuo aumento di incidenza (4.500 nuovi casi tra i maschi ogni anno, 4 mila tra le femmine, con circa mille decessi tra i primi e 650 tra le seconde),

ci sono innovazioni terapeutiche che potrebbero essere utili anche per le altre forme di cancro. La più importante riguarda i vaccini e in generale l'approccio che punta a rinforzare il sistema immunitario del malato affinché sia esso stesso a difendere nel tempo dalle recidive, men- ▶

che oggi permettono di fare interventi sempre meno demolitivi e di evitare a molti malati effetti collaterali come la perdita della continenza, con grandi vantaggi per la qualità di vita».

Pochi anni fa il suo gruppo ha annunciato importanti risultati con il vaccino che blocca la survivina, proteina la cui assenza induce il suicidio delle cellule malate. Com'è andata a finire?

«Anche in questo caso possiamo parlare di una situazione esemplare, anche se per altri motivi. Nei malati (una quindicina) che avevano provato il vaccino, le reci-

dive scendevano dal 16 al 2 per cento, e molti altri dati erano positivi (compresa un'ottima tollerabilità). Ma siccome non era coinvolta nessuna multinazionale del farmaco, la sperimentazione è finita su un binario morto, a riprova del fatto che oggi la libertà di ricerca è poco più di una bella idea. Per questo, per ora, non resta che affidarci alla cultura, alla diffusione delle conoscenze, sperando che prima o poi maturi una coscienza diversa nell'opinione pubblica, l'unico fattore che potrebbe avviare e sostenere un approccio diverso alla ricerca».

metastatico». Ed è l'ultimo miglio per migliaia di donne che chiedono, comunque, una terapia. Sanno che non sarà risolutiva, che servirà a prolungare la vita magari solo di qualche mese. Ma se a chi è in buona salute "qualche mese" sembra irrilevante, diventa fondamentale a chi ha ancora delle cose da fare. Non solo. Sulle barricate ci sono le associazioni delle malate che non ci stanno a pensare a se stesse come a dei vuoti a perdere. Parlano di diritti alle cure. Non gliene importa nulla di quanto, ed è tanto, costi trovare un farmaco per il tumore del seno metastatico, e chiedono ai governi di mettere sul piatto i denari necessari. C'è persino chi, come Dian Corneliusen-James, che ha un tumore in fase avanzata ed è presidente di METAvivor, dichiara senza mezzi termini: «Si investono molti soldi per la diagnosi precoce, milioni di dollari per persone che non si ammaleranno mai. E mentre quasi un terzo delle donne che si ammalano non guarisce e avrà metastasi, meno del 10 per cento delle risorse investite nella ricerca vengono impegnate a cercare

nuovi farmaci per il cancro metastatico». È un punto di vista forte. Forse non condivisibile perché quel che è certo è che con la diagnosi precoce si vince il cancro. Ma rende conto di un nuovo bisogno: sempre più donne vivono anni e anni col cancro e non accettano l'idea che a un certo punto non ci sia più niente che possa aiutarle a guadagnare mesi preziosi. È un tema etico, certo: Quanto vale la vita di una donna? Quanto possono contare sei mesi in più? È ancora Alberto Costa che annota: «Ci sono persone per le quali due mesi in più sono fondamentali, perché devono sistemare dal notaio, perché devono dire delle cose che non hanno mai detto, vedere delle persone che devono vedere da anni. Sono storie quotidiane: chiunque di noi può raccontare e spiegare come può essere fondamentale dare a qualunque prezzo a qualche paziente sei mesi in più. E poi c'è il diritto del singolo di dire: «Io penso che la società mi debba dare questo, per esempio perché non mi darà la pensione».

Foto: S. Dei Puppo - Fotogramma, S. Oliverio - Imagoeconomica

Scienze

tre altre riguardano questioni cruciali come la possibilità che i farmaci arrivino o meno anche al cervello colpito da metastasi. Tra i pionieri c'è Michele Maio, che a Siena ha aperto e dirige il primo reparto in Italia di immunoterapia dei tumori, presso l'Ospedale Le Scotte.

Professor Maio, è l'azione sul sistema immunitario la chiave giusta per sconfiggere il melanoma?

«In alcuni casi sicuramente sì. Ormai sono anni che sperimentiamo l'ipilimumab, l'anticorpo monoclonale già approvato in molti paesi, e possiamo dire che per alcuni pazienti la sopravvivenza aumenta anche di tre-quattro anni. In più stiamo verificando l'associazione con alcuni chemioterapici per vedere se si possano curare anche le metastasi cerebrali: i risultati sono molto incoraggianti e lasciano forse intravedere la possibilità, per alcuni pazienti, di non ricorrere alla radioterapia. Siamo quindi di fronte a dati significativi per tutto l'approccio terapeutico».

Che conseguenze ha tutto questo?

«La più importante riguarda il ruolo dell'immunoterapia, per anni messa in discussione ma oggi sempre più compresa, studiata e applicata. Naturalmente ciò non significa che tutti i pazienti di tutte le forme tumorali possano essere curati solo attraverso uno stimolo del proprio sistema immunitario, ma che in alcuni questo approccio può essere di grande aiuto e talvolta sostituire altre cure. Inoltre, se troveremo conferme - attraverso alcuni studi in corso o ai nastri di partenza - del fatto che alcuni vaccini, con o senza chemioterapici, possono attraversare la barriera ematoencefalica e arrivare al cervello, avremo fatto un grande passo in avanti anche nella cura e nella prevenzione delle metastasi cerebrali, date da molti tumori e spesso fatali».

E quando i farmaci immunologici non funzionano o non sono indicati?

«Negli ultimi anni sono stati studiati farmaci per esempio contro il gene B-Raf mutato, che nei malati con la mutazione hanno un'efficacia che nessun altro chemioterapico raggiunge. Si tratta di piccole percentuali di malati, ma è probabile che via via vengano introdotti altri farmaci per altre mutazioni, fino a fornire farmaci adeguati a molti malati».

PROSTATA

Meglio il chirurgo meccanico

COLLOQUIO CON OTTAVIO DE COBELLI



Psa sì o Psa no: da anni gli esperti dibattono sull'opportunità di sottoporre la popolazione maschile a un test, quello del Psa (prostate specific antigen) capace di rivelare un'anomalia genetica

che il più delle volte predice la progressione tumorale. Lo fa, ma a dispetto di molti falsi positivi. E questo ha indotto gli epidemiologi a interrogarsi su quanto serva davvero a salvare dal tumore della prostata. Che significato ha il test? Quando e da chi va fatto? Domande cui vengono date le risposte più varie, a seconda del tipo di dato che si prende in considerazione. Se dati molto recenti sembrano far pendere la bilancia verso un effetto positivo del Psa sulla mortalità, altri mostrano che test a tappeto non fanno altro che spingere migliaia di uomini verso accertamenti e terapie inutili.

Ma il dato è che oggi gli oltre 40 mila italiani cui viene diagnosticato il tumore ogni anno possono avere più speranze di farcela rispetto ai loro padri (i decessi diminuiscono dell'1 per cento all'anno). E questo accade soprattutto grazie alla diagnosi precoce che permette di scovare neoplasie sempre più piccole e localizzate. Come spiega Ottavio De Cobelli, che dirige la Divisione di urologia dell'Istituto europeo di oncologia di Milano, convinto che, in questo contesto, sia la chirurgia a giocare un ruolo di assoluto primo piano, soprattutto da quando le mani del chirurgo si servono di bracci meccanici: quelli del robot.

Professor De Cobelli, la macchina può dunque laddove la farmacologia, a oggi, non ha dato risposte soddisfacenti?

«Abbiamo pazienti sempre più giovani, spesso poco più che cinquantenni, che hanno spesso tumori piccoli o in stadi iniziali. A costoro dobbiamo assicurare la cura della malattia e una buona qualità di vita, che significa innanzitutto la salvaguardia della funzione sessuale e

della continenza. Ciò è possibile grazie alle nuove tecniche chirurgiche, mininvasive, che riescono a non tagliare i nervi fondamentali per la minzione e la funzionalità sessuale e, soprattutto, grazie alla precisione del robot chirurgico, il cui utilizzo è stato convalidato proprio in questa malattia. Noi abbiamo condotto più di 1.300 interventi e ogni anno ne facciamo circa 400, e dopo sei anni di esperienza possiamo dire che in molti pazienti il robot è la via migliore».

È quindi auspicabile che ogni centro abbia un suo robot?

«Assolutamente no, perché come per tutti gli interventi, l'esito dipende dal numero di interventi fatti ogni giorno, ogni mese, ogni anno. Il robot chirurgico è una macchina molto costosa e molto di moda, ma non è semplice da utilizzare e soprattutto i risultati migliori si raggiungono solo con l'esperienza del team chirurgico nel suo insieme. È auspicabile che la chirurgia robotica in generale, e quella della prostata in particolare, siano proposte solo da grandi centri dove équipe specialistiche possono formarsi e lavorare costantemente, fino ad acquisire tutta



l'esperienza necessaria, anche perché - non dimentichiamolo - dietro la macchina c'è sempre il chirurgo che decide come farla muovere. E in ogni caso, l'intervento deve essere scelto solo quando ci sono fondati elementi per temere che il tumore sia pericoloso».

E quando il robot non può o non deve intervenire?

«Purtroppo per quanto riguarda i farmaci, negli ultimi 15 anni non ci sono state novità di rilievo, se non per ciò che riguarda la prevenzione farmacologica, cioè l'assunzione di farmaci nelle forme pretumorali, che in certi casi potrebbe funzionare. Nel frattempo però si è capito meglio come agisce questo tumore, che ruolo hanno le sue cellule staminali e i suoi geni e molto altro e tutto ciò, probabilmente, porterà a nuove terapie nei prossimi anni. Quello che tutti ci auguriamo è che si possano trovare strumenti capaci di distinguere tra tumori maligni e formazioni a crescita lenta, nella maggior parte dei casi innocue. Fino a quando non avremo a disposizione mezzi diagnostici per operare questa fondamentale distinzione dobbiamo continuare a proporre la semplice sorveglianza ogni volta che si può, e a seguire con la massima attenzione ogni singolo caso, per evitare interventi inutili ma anche per curare al meglio chi ne ha davvero bisogno».

Foto: S. Scarpello - Imagoeconomica

POLMONE

Quel mostro perde terreno

COLLOQUIO CON CESARE GRIDELLI



Eppure, la buona notizia c'è. Il tumore del polmone, è vero, sembra ancora oggi spietato, subdolo, spesso invincibile. Ma ad aprirci gli occhi è Cesare Gridelli, uno dei massimi esperti di

questa neoplasia, direttore di un'eccellenza del Sud, l'Oncologia medica dell'Ospedale Moscati di Avellino, quando ci invita a guardare i numeri nella loro crudezza, e vedere che, sia pure lentamente, il cancro del polmone sta cominciando a perdere terreno.

Professor Gridelli, ci sono validi motivi per essere ottimisti?

«Dalla fine degli anni Novanta, incidenza e mortalità sono in calo negli uomini, ma in aumento nelle donne. Ogni anno vi sono circa 25 mila nuove diagnosi tra gli uomini e 8 mila tra le donne, e questo perché oggi vediamo i tumori che hanno iniziato a svilupparsi negli anni in cui fumare era considerato uno status symbol positivo e in cui le sigarette, per molte donne, purtroppo hanno rappresentato uno strumento di emancipazione. Vediamo però già i primi segni dell'aumento della consapevolezza. Per quanto riguarda la mortalità le cose non vanno ancora come vorremmo (oltre 27 mila decessi negli uomini, 7 mesi nelle donne). Tuttavia, basta tenere a mente un numero per capire quanta strada è stata fatta: fino a vent'anni fa, dopo la diagnosi non si faceva quasi nulla, e la sopravvivenza era al massimo di 3-4 mesi. Oggi si fa molto, e i pazienti con tumore anche abbastanza avanzato riescono a vivere in media 18 mesi, spesso con una buona qualità di vita. Non si tratta certo di un risultato di poco conto, anche se molto resta da fare».

A che cosa dobbiamo questo progresso?

«Fortunatamente, oggi tutti conoscono

l'esistenza del legame tra fumo e tumori polmonari e il numero di fumatori è in diminuzione: ci aspettiamo che nei prossimi anni diminuisca il numero delle persone che si ammalano. E poi ci sono stati notevoli passi in avanti nella conoscenza della biologia del tumore, che stanno portando a una vera e propria rivoluzione culturale. Sappiamo infatti che questa non è una malattia con poche varianti istologiche, ma che, anzi, è molto diversificata. Possiamo dire di avere numerose malattie diverse, in alcune delle quali, per fortuna, un singolo gene mutato è essenziale per la crescita del tumore. Questo ha portato allo sviluppo di farmaci specifici come gefitinib, erlotinib, afatinib, crizotinib e altri. Ognuno di questi farmaci è attivo solo su un 2-3 per cento del totale dei malati ma, in costoro, può avere effetti anche spettacolari, allungando molto la sopravvivenza e in alcuni casi portando a uno stato di cronicizzazione. Ecco perché sono ottimista: il puzzle si sta componendo, e grazie anche alle tecnologie, che oggi permettono analisi genetiche in poche ore e a costi accettabili, presto ogni malato avrà il suo farmaco specifico, più efficace di quelli usati in passato».

Le novità vengono dai farmaci biologici, allora?

«Non solo. Abbiamo dimostrato, coordinando uno studio da poco pubblicato su "Lancet Oncology", che il pemetrexed, un farmaco che si usa normalmente solo per i cicli di chemioterapia, può essere impiegato più a lungo e diventare cura di mantenimento, facendo aumentare la sopravvivenza di tre mesi. Un guadagno che sembra di poco conto ma che, considerato nell'ottica che ricordavo prima (oltretutto, naturalmente, in quella della vita dei singoli malati), è molto importante perché potrebbe indurci a ripensare a come diamo anche altri farmaci. Anche se non sempre se ne ha la percezione, molto sta cambiando nella cura di questa malattia, e oggi è lecito attendersi - in un orizzonte temporale non troppo lungo - ulteriori, significativi progressi». ■

DA SINISTRA: SIMONE GRAPPOLINI, CHIRURGO PLASTICO CON ALBERTO TESTORI, SENOLOGO, PRIMA DI UN INTERVENTO CHIRURGICO ALL'HUMANITAS

