

Ambra Chessa

Negli ultimi anni, la parola “cancro” ha iniziato a comparire dove prima stonava: nei reparti frequentati da trentenni, nei programmi di screening anticipati, nei racconti clinici che iniziano sempre allo stesso modo: “ma è troppo giovane”. Non è solo una sensazione. Oggi, chi lavora in oncologia racconta che non sono dei casi isolati e che il cancro ha veramente abbassato lo sguardo: verso i quarantenni, verso i trentenni. E noi, come società, come sistema sanitario, come informazione pubblica, siamo stati lenti ad accorgercene.

Nel 2025, l’American Association for Cancer Research, la più importante associazione oncologica al mondo, ha tenuto una conferenza speciale dedicata interamente a questo fenomeno, intitolata “L’aumento dei tumori a insorgenza precoce: lacune conoscitive e opportunità di ricerca”. Ed è qui che la comunità scientifica ha smesso di usare il linguaggio cauto della ricerca e ha usato parole nette: nella storia della medicina, i tumori non hanno mai cambiato così rapidamente il profilo di chi colpiscono. I tumori a insorgenza precoce sono generalmente definiti come quelli diagnosticati prima dei 50 anni; talvolta si distingue il sottogruppo dei giovani adulti (20–40 anni). *In questo articolo, i due termini vengono considerati equivalenti per agevolare la narrazione.*

Ma partiamo dai dati... che fanno più effetto di qualsiasi retorica.

Con quasi un milione di casi oncologici all’anno tra i giovani adulti a livello mondiale, i tumori a insorgenza precoce sono oggi la prima causa di morte per questa fascia d’età nelle regioni ad alto indice socioeconomico, superando le malattie cardiovascolari (1). Uno studio pubblicato su BMJ Oncology ha rilevato che tra il 1990 e il 2019 il tasso globale di incidenza dei tumori a esordio precoce è aumentato del 79,1% (2). Le previsioni dicono che i casi di cancro tra gli under 50 aumenteranno del 30% a livello globale dal 2019 al 2030 (3). Il Time ci ha dedicato una copertina, come una delle questioni sanitarie più urgenti e meno spiegate del presente. Harvard ci ha fatto un podcast (4). Il Dana-Farber Cancer Institute ha pubblicato un rapporto in cui descrive la crescita dei tumori gastrointestinali giovanili come allarmante: tra il 2010 e il 2019 questi tumori sono aumentati del 14,8%, con la crescita più ripida proprio nelle coorti più giovani. **Anche in Italia, il tumore del colon-retto è tra i più diffusi, con oltre 50.000 nuovi casi**

l'anno. Ma il dato che cambia la prospettiva è che nella fascia under 50 i casi sono raddoppiati (5). Non aumentati. Raddoppiati. Chi è nato nel 1990, secondo i ricercatori di Harvard, ha quattro volte il rischio di sviluppare un cancro al retto e più del doppio del rischio di sviluppare un cancro al colon rispetto a qualcuno nato nel 1950 (3). Quarant'anni di distanza, rischio quadruplicato.

Non riguarda una sola patologia né una sola area geografica: è un pattern globale che coinvolge diversi tipi di tumore, come mammella, pancreas, stomaco, utero, tiroide, attraverso contesti sanitari molto diversi tra loro. A questo si aggiunge un problema strutturale: il ritardo diagnostico.

A 30 o 40 anni, il tumore non è tra le prime ipotesi; i sintomi vengono banalizzati, confusi con disturbi benigni. Quando arriva la diagnosi, spesso è già tardi. E poi, i tumori a insorgenza precoce tendono a essere più aggressivi: crescono più in fretta, recidivano di più, lasciano meno margine (6). La spiegazione riduzionista, "li troviamo perché li cerchiamo meglio", non regge da sola: questi pazienti sono troppo giovani per i programmi di screening. Può spiegarne una parte, non l'insieme. E soprattutto non spiega perché l'aumento sia simultaneo, globale e trasversale. **Il punto non è solo che il cancro sia più frequente, ma che sta diventando generalmente più precoce.** Le ipotesi sulle cause sono molteplici e ancora non definitive. Circa l'80% di questi tumori non è spiegato da predisposizione genetica ereditaria nota. E questo sposta l'attenzione altrove: verso l'ambiente, verso quello che mangiamo, respiriamo, assumiamo. Ci sono i fattori conosciuti: alcol, obesità, sedentarietà, eccesso di zuccheri, fumo, esposizioni a sostanze chimiche e inquinanti. A questi si aggiungono elementi sempre più studiati: infezioni croniche (come alcuni virus e batteri), infiammazione persistente, squilibri ormonali, uso prolungato di antibiotici.

Nel tavolo degli imputati c'è anche quello che accade all'inizio della vita e nel periodo prenatale. Il microbioma intestinale, ad esempio, si forma nei primi anni e può restare segnato per decenni. Una dieta povera di fibre e ricca di cibi ultra-processati in quell'età non fa rumore, ma costruisce un terreno biologico diverso e più vulnerabile. **La prima generazione cresciuta dentro il cibo industriale sta iniziando ora a mostrarne le conseguenze.** Nel frattempo, il resto lavora in sottofondo. Sonno irregolare, luce artificiale, ritmi sfasati, pasti disordinati: piccole alterazioni che, sommate, diventano una pressione costante sui meccanismi di riparazione del DNA e sull'equilibrio immunitario. Il corpo compensa

per anni, poi smette.

Quello che osserviamo oggi potrebbe essere il risultato cumulativo di una trasformazione degli stili di vita avvenuta troppo in fretta per essere compresa in tempo. Un problema che si è mosso prima di noi e che ora stiamo cercando di raggiungere.

A Davos si parlava d'altro.

Mentre la scienza lanciava questi allarmi, a gennaio 2026 si riuniva a Davos il World Economic Forum: il luogo in cui i governi, le multinazionali e le organizzazioni internazionali decidono quali temi meritano attenzione globale. Il cancro era in agenda. Le sessioni hanno affrontato strategie innovative per la diagnosi precoce, il finanziamento value-based, i progressi scientifici e il futuro dell'oncologia. Tutto giusto, tutto necessario. **Ma il trend dei tumori nei giovani adulti**, quello che la comunità scientifica stava definendo "senza precedenti", **non era sul tavolo.** La parola chiave di Davos era un'altra: *longevity*. Vivere più a lungo, invecchiare meglio, estendere la vita attiva. Un racconto seducente e ottimista. Ma la domanda è davvero quanto a lungo riusciremo a vivere? **O, piuttosto: perché abbiamo iniziato ad ammalarci prima, e perché ce ne stiamo accorgendo solo adesso? Qui emerge una frattura.**

Dove la scienza è netta, la politica diventa sfumata.

L'alcol (etanolo) ne è un esempio perfetto: è un cancerogeno certo, classificato come tale dall'OMS (7). Eppure, nei documenti ufficiali, diventa "uso dannoso", "consumo da moderare", "scelta individuale". A settembre 2025, i capi di Stato e di governo si sono incontrati a New York per il Quarto High-Level Meeting ONU sulle malattie non trasmissibili, "le NCD", la categoria che include cancro, diabete, malattie cardiovascolari. Un appuntamento decennale. Una dichiarazione politica negoziata per mesi, attesa come segnale di svolta globale sulla prevenzione. A maggio, la bozza includeva misure concrete appoggiate dall'OMS, i cosiddetti "best buys": **più tasse sull'alcol, minore disponibilità ed etichette obbligatorie con avvertenze sul cancro. A settembre, nel testo finale, tutto questo era scomparso (8).** Il linguaggio sulle politiche sull'alcol è stato annacquato: i verbi "implementare" e "adottare" sono stati sostituiti con

“considerare” e “incoraggiare”. La differenza non è semantica. È la differenza tra un impegno e un auspicio, tra una politica e una dichiarazione d’intenti. **Ed il risultato è una prevenzione che non disturba, che non regola, che non tassa. Una prevenzione compatibile con il mercato, ma non con l’evidenza.** E quando sembra che si sia già fatto abbastanza poco, la dichiarazione non è nemmeno stata adottata formalmente il 25 settembre: gli Stati Uniti l’hanno bloccata in extremis, giudicandola eccessiva. Una dichiarazione già svuotata dall’industria, ulteriormente sabotata da un governo. Il documento venne rinviato a un voto in assemblea generale (9).

Quindi, scegliere, sì. Ma dentro quale cornice?

La ricerca ha ancora molti passi da compiere. Tuttavia, è questo il contesto in cui oggi si parla di prevenzione del cancro a livello globale. Da una parte, abbiamo i dati che ci indicano un aumento preoccupante ed inedito dei tumori nelle fasce più giovani, mentre fattori ambientali e stili di vita sono sempre più sotto esame. Ci dicono anche che esistono fattori di rischio certi, documentati, senza una soglia sicura. Dall’altra parte, la politica, invece, risponde: *considerate, incoraggiate, valutate in base alle circostanze nazionali*, **facendo entrare in scena l’argomento preferito di ogni sua rinuncia: la responsabilità individuale.** Mangia meglio. Bevi meno. Muoviti di più. Di nuovo, tutto vero. **Ma sufficiente?** Perché la capacità di scegliere nasce dentro una cornice culturale, economica e normativa. Se l’ambiente alimentare è dominato dall’ultra-processato, se l’alcol è normalizzato e promosso, se l’inquinamento è trattato come un effetto collaterale inevitabile, allora la scelta individuale diventa un esercizio di resistenza. E, spesso, una colpa attribuita a posteriori.

È qui che il cancro nei giovani smette di essere solo un tema clinico, un’anomalia statistica, per rivelarsi come lo specchio di un problema politico e culturale, di cui rappresenta una conseguenza coerente. Politicamente, questo processo ha un nome: si chiama cattura regolatoria. Quando le industrie che traggono profitto da un comportamento dannoso riescono a riscrivere i documenti che dovrebbero limitarle, il risultato non è un compromesso. È una resa.

Ambra Chessa – MD, MPH, Hôpitaux Universitaires de Genève; Columbia University Mailman School of Public Health

1. André, F., et al. (2025). *The rising tides of cancers among young adults*. Disponibile su: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12446525/>
2. City of Hope. (2025, 9 maggio). *Increasing cancer rates among younger adults cause concern*. Disponibile su: <https://www.cancercenter.com/community/blog/2025/05/why-is-cancer-increasing-in-young-adults>
3. Memorial Sloan Kettering Cancer Center. (2024). *The latest research on why so many young adults are getting cancer*. Disponibile su: <https://www.mskcc.org/news/why-is-cancer-rising-among-young-adults>
4. Harvard Gazette. (2025). *Cancer is rising among younger people — why?* Disponibile su: <https://news.harvard.edu/gazette/story/2025/10/cancer-is-rising-among-younger-people-why/>
5. Microbiologia Italia. (2024). *Tre tumori stanno esplodendo tra i giovani under 50*. Disponibile su: <https://www.microbiologiaitalia.it/salute/tre-tumori-stanno-esplodendo-tra-i-giovani-under-50/>
6. Yale School of Medicine. (s.d.). *Early-onset cancers*. Disponibile su: <https://medicine.yale.edu/cancer/patient/specialty/early-onset-cancer-program/early-onset-cancers/>
7. World Health Organization. (2023). *No level of alcohol consumption is safe for our health*.
International Agency for Research on Cancer. (2012). *Personal habits and indoor combustions (IARC Monographs, Volume 100E)*.
8. Movendi International. (2025). *Final UN Political Declaration on NCDs fails to deliver on alcohol policy: missed opportunity*.
<https://movendi.ngo/media-release/final-un-political-declaration-on-ncds-fails-to-deliver-on-alcohol-policy-movendi-details-missed-opportunity/>
9. Health Policy Watch. (2025). *Near-unanimous adoption of UN declaration on NCDs*. Disponibile su: <https://healthpolicy-watch.news/near-unanimous-adoption-of-un-declaration-on-ncds/>

Screening oncologici in Italia: cosa fare e quando

I programmi di screening oncologico sono offerti gratuitamente dal Servizio Sanitario Nazionale a tutta la popolazione nelle fasce d'età a

rischio. L'ASL invia l'invito direttamente a casa; la partecipazione è volontaria ma fortemente raccomandata.

Tumore della mammella (donne 50-69 anni) Mammografia bilaterale ogni 2 anni.

In caso di risultato sospetto, l'approfondimento (ecografia, biopsia) è anch'esso gratuito.

***Le donne con familiarità per tumore al seno (madre, sorella) dovrebbero parlarne con il proprio medico: potrebbe essere indicato iniziare prima dei 50 anni o eseguire un test genetico (BRCA1/2). Alcune Regioni (es. Emilia-Romagna, Toscana) estendono già lo screening alle donne di 45-74 anni.**

Tumore della cervice uterina (donne 25-64 anni) Pap test ogni 3 anni tra i 25 e i 29 anni; HPV test ogni 5 anni dai 30 ai 64 anni. In caso di HPV positivo, segue un Pap test di triage e, se necessario, una colposcopia, tutto gratuito. Le donne vaccinate contro l'HPV mantengono lo stesso schema di screening.

Tumore del colon-retto (uomini e donne 50-69 anni) Ricerca del sangue occulto nelle feci (SOF) ogni 2 anni. Se positivo, si esegue una colonscopia gratuita.

***In caso di familiarità di primo grado (genitore o fratello/sorella con tumore al colon), è consigliabile eseguire una colonscopia già a partire dai 40-45 anni. Molte Regioni stanno estendendo il programma fino ai 74 anni.**