



Asco 2025: innovazioni rivoluzionarie che ridefiniscono la cura del cancro

Giuseppe Curigliano illustra i progressi significativi presentati di recente al congresso mondiale di oncologia a Chicago e ribadisce il ruolo cruciale del Medico di medicina generale nella diagnosi precoce, nel supporto ai pazienti durante i trattamenti e nella gestione degli effetti collaterali, sottolineando la necessità di una maggiore integrazione con gli specialisti oncologi

Nicola Miglino

Il congresso **Asco 2025** (American society of clinical oncology), tenutosi di recente a Chicago, ha messo in luce progressi significativi in diverse aree oncologiche. Medicina di precisione, immunoterapia e tecnologie avanzate come le biopsie liquide e l'intelligenza artificiale stanno cambiando diagnosi e prognosi di tante neoplasie. In questo rapido stravolgimento, il **medico di Medicina generale** è chiamato a un ruolo da protagonista per il prezioso contributo che può dare all'interno di una collaborazione virtuosa tra territorio e specialistica, per trasformare la diagnosi in cura e la cura in qualità di vita per il paziente. Ne parliamo con **Giuseppe Curigliano**, ordinario di Oncologia medica all'Università degli studi di Milano, nonché direttore della divisione di sviluppo nuovi farmaci per terapie innovative, condirettore del programma nuovi farmaci all'Istituto europeo di oncologia e presidente eletto Esmo (European society for medical oncology) per il biennio 2027/2028.



Asco 2025, Prof. Curigliano: quali tumori hanno ricevuto maggiore attenzione quest'anno in termini di innovazioni terapeutiche o diagnostiche?

“Diverse le novità. Per quanto riguarda il **tumore al seno**, AstraZeneca ha presentato risultati promettenti per camizestrant, farmaco che, combinato con un inibitore Cdk4/6, ha ridotto del 56% il rischio di progressione o morte in pazienti con tumore Hr+/Her2- e mutazioni Esr1. L'uso della biopsia liquida in assenza di progressione radiologica ha permesso di identificare precocemente le mutazioni, migliorando la personalizzazione del trattamento. Novità anche per trastuzumab deruxtecan, il cui utilizzo nella prima linea di trattamento dei tumori Her2 positivi in setting metastatico ha migliorato in modo significativo il controllo della malattia, con una differenza di oltre un anno di controllo rispetto alla terapia

standard. **Per il polmone**, la combinazione di atezolizumab e lurbinectedina ha mostrato una riduzione del 27% del rischio di morte nei pazienti con carcinoma polmonare a piccole cellule e nuove opzioni terapeutiche per mutazioni Egfr e Alk hanno migliorato la sopravvivenza e la qualità della vita nei pazienti con Nscl. Si è visto, inoltre, che l'utilizzo dell'immunoterapia nelle ore mattutine rispetto a quelle pomeridiane migliora controllo di malattia e sopravvivenza. Lo stress è minore al mattino e questo migliora forse il beneficio della terapia”.



Quali progressi sul fronte di tumori cerebrali e gastrointestinali?

“Nel primo caso, abbiamo visto come il farmaco vorasidenib si sia dimostrato in grado di prolungare il tempo alla recidiva nei gliomi di basso grado Idh-mutati, con buona tollerabilità. Per il **cancro esofageo**, l'aggiunta di tislelizumab alla chemio pre-operatoria ha raddoppiato il tasso di risposta patologica completa, migliorando la sopravvivenza libera da progressione. Per il **cancro gastrico Her+**, evorpaccept, un inibitore del checkpoint Cd47, combinato con trastuzumab e paclitaxel, ha mostrato risultati promettenti nei pazienti precedentemente trattati con terapie anti-Her2. **Nel cancro pancreatico**, i pan-Ras inibitori hanno mostrato risposte molecolari profonde nel carcinoma pancreatico duttale, offrendo nuove speranze per terapie mirate, mentre per il **colore**, l'attività fisica dopo un intervento e una chemioterapia adiuvante si è visto che migliorano la sopravvivenza, sottolineando una volta di più come gli stili di vita abbiano un impatto sull'outcome di tale patologia”.



In ambito genitourinario?

“Per **prostata e vescica**, i test genomici Decipher Prostate e Bladder hanno migliorato la personalizzazione del-

DALLA RICERCA ALLA CLINICA: UNA VITA DEDICATA AI PAZIENTI



Giuseppe Curigliano è vicedirettore scientifico, direttore della divisione di sviluppo precoce di farmaci e co-presidente del programma di terapia sperimentale presso l'istituto europeo di oncologia Irccs di Milano.

È professore ordinario di Oncologia medica presso il dipartimento di Oncologia ed Emato-Oncologia dell'Università degli studi di Milano. Inoltre, è membro del Consiglio superiore di sanità in qualità di consulente del ministero della Salute per le questioni di politica contro il cancro.

È il presidente eletto dell'Esmo (European society for medical oncology), che guiderà nel biennio 2027-2028. La sua ricerca traslazionale si concentra sul campo dei biomarcatori e delle terapie personalizzate.

Curigliano è stato identificato fra i ricercatori più influenti al mondo da Clarivate™ (i ricercatori più citati) nel 2022, 2023 e 2024.

le terapie, guidando le decisioni cliniche, mentre per il **carcinoma renale**, il farmaco casdatifan ha mostrato efficacia nei pazienti con carcinoma a cellule chiare refrattari ad altri trattamenti. Inoltre, il biomarcatore Kim-1 si è rivelato utile nel monitorare la risposta alla terapia ”.



Come può il medico di Medicina generale contribuire oggi a una diagnosi precoce più efficace?

“ Il medico di Medicina generale ha un ruolo centrale nella **diagnosi precoce del cancro**, soprattutto in un'epoca in cui l'accesso tempestivo alle cure è strettamente legato alla prognosi. Oggi, il suo contributo può essere potenziato in diversi modi. Sicuramente sul fronte della vigilanza clinica e dell'interpretazione dei segnali deboli, così come nell'uso appropriato degli strumenti diagnostici di primo livello. Fondamentali, poi, il coinvolgimento per l'adesione e la promozione attiva degli screening oncologici, l'educazione del paziente e l'empowerment, nonché la formazione continua, l'uso dell'intelligenza artificiale e l'integrazione nella rete oncologica. In sintesi, oggi il Mmg è molto più di un "filtro": è un **detector precoce**, un ponte tra territorio e oncologia e un educatore alla salute. Per rendere questo ruolo ancora più incisivo, serve una struttura di supporto integrata, accesso a risorse diagnostiche adeguate e il riconoscimento del suo ruolo strategico nel sistema salute ”.



Cosa può fare il Mmg per supportare al meglio i pazienti durante i trattamenti oncologici, anche in ottica di gestione degli effetti collaterali?

“ Può svolgere un ruolo cruciale nel supporto continuo e integrato dei pazienti in trattamento, non solo

nella fase diagnostica ma anche durante e dopo la terapia attiva, contribuendo in modo sostanziale alla qualità di vita e all'aderenza terapeutica. Sicuramente può svolgere un monitoraggio attivo degli effetti collaterali e un coordinamento della **gestione polipatologica**, considerato che molti pazienti oncologici, specie anziani, hanno patologie croniche concomitanti. Cruciale il suo **supporto psicologico e relazionale**, considerato che, spesso, è il primo interlocutore per esprimere ansie, paure, dubbi o segni di depressione. Altre azioni chiave, la promozione dell'aderenza terapeutica, l'educazione e il counselling continuo, una partecipazione attiva al follow-up oncologico condiviso e l'attivazione della rete territoriale ”.



C'è qualcosa che oggi si chiede di più al medico di famiglia rispetto al passato, nella presa in carico oncologica?

“ Assolutamente sì. Oggi al medico di famiglia viene richiesto un ruolo molto più ampio, attivo e integrato rispetto al passato. Non è più solo un "segnalatore" iniziale o un gestore delle comorbidità, ma viene sempre più riconosciuto come un **attore chiave del percorso oncologico continuativo**. Gli si chiede maggiore proattività nella diagnosi precoce, più collaborazione strutturata con l'oncologia, gestione degli effetti collaterali e dei trattamenti orali, supporto psicologico e comunicativo, coordinamento e regia della cronicità oncologica, nonché partecipazione alla rete di cure palliative precoci ”.



Qual è lo stato attuale degli screening oncologici in Italia?

“ Presenta luci e ombre: il Paese dispone di programmi organizzati efficaci e gratuiti, ma la partecipa-

zione è disomogenea e il potenziale di impatto sulla mortalità non è ancora pienamente realizzato ”.



Cosa possiamo fare per migliorare la situazione?

“ Fondamentale, innanzitutto, ridurre le disuguaglianze regionali. Le regioni del nord hanno tassi di adesione superiori al 60%, mentre quelle del sud inferiori al 30. Serve potenziare i sistemi di invito attivo, migliorare l'accessibilità fisica e informativa e aumentare risorse e personale per le Asl in difficoltà. Gli inviti devono essere più efficaci e personalizzati, mentre oggi molti sono cartacei e generici. Si possono usare messaggi Sms o email personalizzate così come è importante implementare portali digitali per prenotare/riplanificare. I medici di Medicina generale vanno coinvolti attivamente, come **ambasciatori dello screening**, con accesso diretto a liste di pazienti non aderenti, possibilità di prenotare direttamente, incentivi formativi e operativi ”.



Vi sono screening in corso di validazione scientifica?

“ Ci attendiamo di espandere lo spettro degli screening in base all'evidenza. In fase pilota o di studio abbia-

mo lo screening polmonare con Tc a bassa dose per forti fumatori. Lo screening per la prostata è ancora controverso, ma si discute di Psa personalizzato per età e rischio familiare. Infine, si parla di auto-prelievo per Hpv, utile per aumentare adesione nelle aree fragili ”.



C'è un problema di consapevolezza generale nella popolazione, rispetto al valore della prevenzione?

“ Sì, molti cittadini non comprendono l'importanza dello screening asintomatico. Servono campagne più capillari e culturalmente mirate, anche attraverso l'uso di testimonianze, social media, farmacie di prossimità ”.



Guardando al futuro, quali tecnologie o approcci potrebbero cambiare la pratica clinica nei prossimi anni?

“ L'oncologia è destinata a cambiare radicalmente grazie a tecnologie e approcci innovativi che stanno già dimostrando un potenziale trasformativo, sia in termini di diagnosi precoce, sia di personalizzazione delle terapie. Tra i principali *game changer* attesi nei prossimi anni, sicuramente la biopsia liquida, una tecnica non invasiva che rileva Dna tumorale circolante, Rna, proteine o cellule tumorali nel san-

TABELLA 1

Mmg, un ponte tra territorio e oncologia

“Il medico di medicina generale ha un ruolo centrale nella diagnosi precoce del cancro, soprattutto in un'epoca in cui l'accesso tempestivo alle cure è strettamente legato alla prognosi. Oggi, il suo contributo può essere potenziato in diversi modi”. Ecco quali, come suggerito da Giuseppe Curigliano

Vigilanza clinica e interpretazione dei segnali deboli

- Riconoscere sintomi atipici e persistenti anche se aspecifici (stanchezza, perdita di peso, dolore cronico, cambiamenti intestinali, tosse persistente)
- Tenere conto dei fattori di rischio individuali (fumo, familiarità, età, infezioni croniche, esposizioni ambientali) per personalizzare il sospetto clinico

Uso appropriato degli strumenti diagnostici di primo livello

- Esami di laboratorio mirati (per esempio, emocromo con formula, Psa, transaminasi, marcatori specifici solo quando indicati)
- Diagnostica di base: radiografie, ecografie o richieste motivate per esami più approfonditi in presenza di segni di allarme
- Biopsie liquide e test molecolari in contesti specifici, se disponibili a livello territoriale, per stratificare il rischio

Adesione e promozione attiva degli screening oncologici

- Invitare e motivare i pazienti a partecipare ai programmi di screening organizzati (mammografia, Pap-test/Hpv, sangue occulto fecale)
- Riconoscere i limiti degli screening e affiancarli a un giudizio clinico dinamico, specialmente nei soggetti ad alto rischio
- Monitorare la compliance e intervenire con azioni di recupero per i non aderenti

Formazione continua e uso dell'intelligenza artificiale

- Aggiornamento su linee guida oncologiche e sintomi precoci dei diversi tumori
- Utilizzo di strumenti digitali/algoritmi di supporto decisionale, sempre più integrati nei software gestionali, per identificare pattern sospetti o suggerire indagini precoci

Integrazione nella rete oncologica

- Accesso facilitato a consulenze specialistiche, diagnostica avanzata e fast-track oncologici
- Comunicazione efficace con gli oncologi e con i centri di riferimento per una gestione condivisa dei casi sospetti
- Partecipazione attiva ai percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (Pdta)

Educazione del paziente ed empowerment

- Sensibilizzazione su segnali d'allarme e comportamenti preventivi. Creazione di un rapporto di fiducia, che favorisca la segnalazione precoce di sintomi spesso sottovalutati

gue. Sarà utile per diagnosi precoce multi-tumorale, rilevazione minima di malattia residua e recidiva molecolare, monitoraggio in tempo reale della risposta ai trattamenti ”.



Quale ruolo per l'intelligenza artificiale?

“ Ci aiuterà a trasformare i dati clinici in decisioni intelligenti. Per esempio, radiomica e AI imaging consentiranno l'analisi avanzata di immagini Tc, Rm, Pet per scoprire pattern invisibili all'occhio umano. Si parla anche di patologia digitale, ovvero di riconoscimento automatico di sottotipi istologici, grading, marker molecolari, così come di AI clinica, con la messa a disposizione di algoritmi predittivi per scelta terapeutica, stratificazione del rischio e gestione degli effetti collaterali, per non dire della possibilità per Mmg e oncologo di ricevere alert automatici da sistemi di AI clinica ”.



Si parla tanto di vaccini anti-cancro, medicina di precisione terapie cellulari e geniche. A che punto siamo?

“ I vaccini terapeutici a mRNA, con applicazioni nel melanoma, nel pancreas e nel tumore del polmone, vengono sviluppati sulla base delle mutazioni del tumore individua-

le. Abbiamo poi i vaccini preventivi di nuova generazione: oltre Hpv ed epatite B, se ne stanno studiando per Ebv, Helicobacter pylori. Studi in corso con BioNTech, Moderna, Genentech suggeriscono dati promettenti già nel melanoma e nel polmone.

Per quanto riguarda la **medicina di precisione, l'integrazione** di genomica, trascrittomica, epigenomica, metabolomica e microbioma contribuirà a scelte terapeutiche mirate, previsione della tossicità, identificazione di nuove combinazioni terapeutiche.

Infine, le **terapie cellulari e geniche, ovvero** il paziente curato con le proprie cellule riprogrammate. Abbiamo le Car-T di seconda generazione, che consentono un'espansione delle applicazioni ai tumori solidi, le cellule Nk ingegnerizzate e la terapia con tumor-infiltrating lymphocytes o TIL e l'editing genico, o Crispr, per disattivare geni driver o di resistenza. Senza dimenticare le sfide che tutto ciò impone, quali costi elevati, tossicità immunologiche e logistica complessa ”.



La sanità digitale sarà utile per una oncologia di prossimità?

“ La tecnologia deve essere al servizio della continuità di cura. Wearables, app e telemonitoraggio sono im-

TABELLA 2

Segnali subdoli da non sottovalutare

Ecco alcuni importanti segni e sintomi da prendere in seria considerazione per un sospetto oncologico, come suggerito da Giuseppe Curigliano

Perdita di peso involontaria

Una perdita >5% del peso corporeo in sei mesi senza cause apparenti può essere un campanello d'allarme precoce per neoplasie pancreatiche, gastrointestinali, polmonari o linfomi

Stanchezza persistente o sproporzionata

Non giustificata da sforzi, infezioni o anemia note. Può essere il primo sintomo di neoplasie ematologiche o tumori solidi con malnutrizione o infiammazione sistemica

Modifiche dell'alvo (diarrea/stitichezza) persistenti

Se associate a sangue occulto, meteorismo o senso di evacuazione incompleta → colon-retto, anche in assenza di dolore

Dolori vaghi o migranti (per esempio, addominali, lombari, ossei)

Non spiegati da esami o che non migliorano con i trattamenti, possono celare tumori pancreatici, ossei, renali o ovarici

Sintomi respiratori "banali" ma persistenti

Tosse secca o catarrale che dura >3-4 settimane, voce rauca, respiro corto. Soprattutto nei fumatori: rischio di tumore del polmone o laringe

Dispepsia atipica o sazietà precoce

Soprattutto in pazienti over 50: può essere indice di neoplasie gastriche o pancreatiche

Sanguinamenti inspiegabili

Gengive, urine, feci, o perdite vaginali anomale (post-menopausali): mai considerare "banali" finché non si chiarisce l'origine

Masse o rigonfiamenti non dolenti

In qualsiasi distretto corporeo (linfonodi, testicoli, mammella, addome): sempre da indagare se persistenti o in crescita

Febbricola o sudorazioni notturne

Se croniche e non spiegate da infezioni → considerare linfomi, leucemie o tumori solidi in fase iniziale

Alterazioni cutanee persistenti

Lesioni pigmentate, non cicatrizzanti, o che cambiano forma/colore → melanoma o carcinomi cutanei. Prurito generalizzato, soprattutto notturno, può precedere linfomi

TABELLA 3

Le 7 azioni chiave del Medico di medicina generale

Il Mmg può svolgere un ruolo cruciale nel supporto continuo e integrato dei pazienti oncologici in trattamento, non solo nella fase diagnostica ma anche durante e dopo la terapia attiva, contribuendo in modo sostanziale alla qualità di vita e all'aderenza terapeutica. Ecco le azioni suggerite da Giuseppe Curigliano

Monitoraggio attivo degli effetti collaterali

- Gestione di tossicità comuni (astenia, mucositi, nausea, diarrea, rash, dolore neuropatico, infezioni lievi, alterazioni ematologiche lievi)
- Sorveglianza domiciliare di parametri clinici e laboratori (es. emocromo, funzionalità epatica/renale)
- Uso di schede-tossicità semplificate condivise con l'oncologo per segnalazioni precoci e interventi mirati
- Riconoscimento precoce di eventi gravi da immunoterapia (es. diarrea persistente, febbre, dispnea, segni neurologici), che richiedono invio urgente

Coordinamento della gestione polipatologica

- Monitorare e regolare le terapie concomitanti
- Ridurre il rischio di interazioni farmacologiche
- Coordinare le visite con altri specialisti per evitare duplicazioni e conflitti terapeutici

Supporto psicologico e relazionale

- Offrire ascolto empatico e continuità di relazione
- Attivare psico-oncologi o servizi di supporto psicologico se disponibili
- Monitorare l'umore e segnalare sintomi di burnout familiare nei caregiver

Promozione dell'aderenza terapeutica

- Spiegare in modo semplice l'importanza della regolarità nei trattamenti orali o infusioni
- Aiutare a gestire e ridurre gli effetti collaterali, evitando che portino all'interruzione precoce
- Identificare barriere sociali o logistiche (trasporti, solitudine, accesso ai farmaci) e attivare servizi di rete

Educazione e counselling continuo

- Dare informazioni semplici, chiare e verificate su alimentazione, stili di vita, igiene, gestione domiciliare dei sintomi
- Combattere la disinformazione online
- Supportare la decisione informata rispetto a terapie di supporto, integratori, cure palliative precoci

Partecipazione attiva al follow-up oncologico condiviso

- Collaborare con l'oncologo nel follow-up condiviso post-trattamento (es. sorveglianza di recidive, gestione delle sequele a lungo termine)
- Monitorare sintomi tardivi (es. fatigue cronica, deficit cognitivi, problemi endocrini o cardiovascolari)

Attivazione della rete territoriale

Coinvolgere, se disponibili:

- Infermieri di famiglia/comunità
- Cure domiciliari oncologiche e palliative precoci
- Farmacista di prossimità (per gestione farmaci orali o controllo aderenza)
- Servizi sociali o volontariato oncologico (es. trasporti, pasti, supporto emotivo)

portanti per rilevare in tempo reale segni precoci di tossicità o peggioramento clinico. Potremo puntare a piattaforme di triage intelligente in medicina generale per indirizzare rapidamente i casi sospetti e a cartelle oncologiche condivise tra Mmg, oncologi e specialisti ”.



Un messaggio chiave che vorrebbe lasciare ai medici di famiglia per rafforzare la collaborazione tra territorio e specialistica in oncologia?

“ Nel percorso oncologico, il medico di famiglia non è il prima né il dopo: è il durante, il costante, il riferimento che resta. Solo insieme, territorio e specialistica, possiamo trasformare la diagnosi in una cura e la cura in qualità di vita ”.

TABELLA 4

Screening oncologici in Italia (2024-2025): una criticità persistente

La fotografia dei tre programmi di screening attivi a livello nazionale, secondo i dati recenti di ministero Salute, Aiom, Osservatorio nazionale screening

Tumore della cervice uterina

Target: donne 25-64 anni

Test: Pap test (25-30), Hpv test (31-64)

Frequenza: ogni 3-5 anni

Pap test/Hpv - Adesione media: intorno al 44%, con forti differenze Nord-Sud

Tumore della mammella

Target: donne 50-69 anni

Test: mammografia bilaterale

Frequenza: ogni 2 anni

Mammografia, adesione media: 55-60%, ma ancora sotto il target europeo (>70%)

Tumore del colon-retto

Target: uomini e donne 50-74 anni

Test: sangue occulto fecale (Sof)

Frequenza: ogni 2 anni

Screening colon-retto: adesione media 40-45%, in crescita ma ancora insufficiente