

## PRIMO PIANO

**L'assistenza  
alla lungovivenza  
dei pazienti  
oncologici**

PAG. 4

**PSA e screening  
delle neoplasie  
prostatiche:  
se ne discute**

PAG. 5

**Overtreatment  
in fase terminale:  
ottimizzare  
l'assistenza**

PAG. 7

**L'efficacia  
del Cemiplimab  
come terapia  
adiuvante**

PAG. 8

## Caregiver: una norma di civiltà

di Francesco Nania

Il consiglio dei ministri ha dato il via libera al disegno di legge quadri sul riconoscimento e la tutela della figura del Caregiver familiare. Un momento storico nel percorso legislativo che offre una cornice normativa, tutele differenziate e risorse certe per chi, quotidianamente, assiste familiari non autosufficienti o con disabilità.

La proposta della Ministra per le Disabilità Alessandra Locatelli, giunge dopo dieci anni in cui sono naufragate tante proposte di legge, che prevede una serie di agevolazioni e riconoscimenti come nel caso del contributo economico fino a 400 euro al mese, erogato dall'INPS, destinato ai caregiver familiari di persone con disabilità gravissima e con ISEE inferiore a 3mila euro annui. Il disegno di legge introduce una procedura di riconoscimento formale della figura.

Il nominativo del caregiver dovrà essere inserito obbligatoriamente nel Progetto di vita e nel Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) della persona con disabilità. Questo servirà come base formale per future tutele previdenziali e agevolazioni lavorative.

La norma stabilisce una cornice di raccordo tra le misure nazionali e le tutele eventualmente già attive a livello territoriale, per evitare disparità e duplicazioni. Il provvedimento include, tra le figure eleggibili: il coniuge o partner in unione civile; il convivente di fatto; i parenti entro il secondo grado e, in casi particolari, anche affini fino al terzo grado.

Il disegno di legge è il risultato di un percorso partecipativo, nato da un tavolo di lavoro composto da oltre cinquanta rappresentanti di famiglie, associazioni, enti locali ed esperti, coordinato dal Ministero per le Disabilità.

Lo scorso mese di gennaio, il Cipomo, Collegio Italiano dei Primari di Oncologia ha rilanciato la questione caregiver coinvolgendo le organizzazioni dei pazienti e del settore farmaceutico.

In quella circostanza è stata rilanciata l'esigenza di un confronto con le istituzioni pubbliche per giungere ad una legge a tutele differenziate, che parte dal caregiver familiare convivente e prevalente, ma che vuole riconoscere tutti i caregiver e il loro impegno, offrendo risposte, servizi e sostegni concreti.

*Strategie di controllo di fattori di rischio modificabili, inseriti nello Score Life's Simple 7*

## Il ruolo primario di cardio-oncologia nella gestione delle fasi della malattia

di Pierluigi Piovano

In Europa, vi sono circa 14 milioni di pazienti oncologici lungosopravvissuti, liberi da malattia o progressione ad oltre 5 anni dalla diagnosi di tumore. Questo si deve agli screening, al miglioramento delle tecniche diagnostiche e delle terapie oncologiche.

Cancro e patologia cardiovascolare condividono alcuni fattori di rischio e percorsi patogenetici (infiammazione cronica, stress ossidativo, disfunzione metabolica) in accordo con la teoria biologica del "common soil".

Non sorprende quindi che i pazienti oncologici lungosopravvissuti sviluppino frequentemente comorbidità cardio-metaboliche come obesità, ipertensione, diabete e dislipidemia, che ne compromettono lo stato di salute causando una precoce mortalità. Le complicanze cardiovascolari rappresentano infatti la seconda causa di decesso dei pazienti oncologici e sono causate sia da trattamenti citotossici che da abitudini di vita precedenti alla diagnosi.

PAG. 3



Screening su 13.282 pazienti: fumare dopo la diagnosi raddoppia il rischio di morte

## Stop al fumo per la cura del cancro Integrazione nei percorsi oncologici

di Nicola Silvestris ed Elena Sapuppo

Il fumo di tabacco rimane uno dei principali fattori di rischio oncologico modificabile. In Italia, i dati AIOM/AIRTUM indicano che circa il 24% degli adulti fuma e quasi 105.000 nuove diagnosi oncologiche all'anno sono riconducibili al tabagismo, il 27% del totale.

Negli Stati Uniti il fumo è responsabile di quasi 500 decessi per cancro al giorno, con l'85% dei decessi per neoplasie polmonari direttamente attribuibili al fumo attivo.

A fronte di questi dati, il supporto alla cessazione rimane sistematicamente sottovalutato nelle nostre oncologie, spesso considerato non prioritario in un setting già gravato da complessità terapeutica.

PAG. 4



PAG. 2 **A Roma, 12 e 13 marzo, il Congresso Nazionale Cipomo**



# Cipomo: un congresso per nuovi traguardi

## Garufi: "L'esigenza dei nostri pazienti sono l'attenzione e i tempi di cura"

Il 12 e 13 marzo 2026 si terrà a Roma il XXX Congresso Nazionale CIPOMO (Collegio Italiano Primari di Oncologia Medica Ospedaliera). Questo Congresso vuole rappresentare un punto di arrivo e una base di partenza per nuovi traguardi da raggiungere per l'Oncologia Medica Ospedaliera Italiana. Questi traguardi sono di tipo scientifico e di tipo manageriale. Ma riavvolgiamo il nastro dei ricordi. L'Oncologia Italiana celebra questo anno, anche con un francobollo delle Poste di San Marino donato per l'occasione ai partecipanti al Congresso, la pubblicazione nel 1976 dell'articolo di Gianni Bonadonna sul New England Journal of Medicine dell'efficacia dello schema CMF (ciclofosfamide-methotrexate e 5-fluorouracile) nel ridurre le recidive ed aumentare la sopravvivenza nelle donne operate di tumore della mammella rispetto alle pazienti che avevano ricevuto soltanto la chirurgia. Questo articolo segna una svolta culturale enorme, applicata poi anche a patologie neoplastiche differenti, che ha modificato la vita di milioni di pazienti oncologici in tutto il mondo, rappresentando l'origine dell'oncologia moderna. Ma il compito dei primari di Oncologia Medica non è soltanto quello di offrire il miglior trattamento a tutti i pazienti ma anche quello di affrontare sfide differenti nell'organizzazione del lavoro quotidiano che si riflettono ovviamente anche sulla qualità delle cure. A Roma in



Carlo Garufi\*

questo Congresso ci concentreremo su differenti aspetti che ci vedono particolarmente sensibili dal punto di vista organizzativo: il ruolo dell'Oncologia Medica all'interno delle Aziende Ospedaliere e Territoriali, il rapporto Ospedale – Università, quello Ospedale – Territorio ed il grande tema della Deburocratizzazione. Il primo aspetto richiama l'attenzione sulla centralità della Disciplina di Oncologia Medica come core dell'organizzazione aziendale, che vede nei Dipartimenti di Oncologia la struttura organizzativa funzionale che regola le cure oncologiche, in termini di uni-

formità, ottimale gestione di personale medico e sanitario in genere, in grado di integrarsi in organizzazioni complesse di percorsi (PDTA oncologici) e di gestione delle urgenze come il Pronto Soccorso e di snodo all'interno delle Reti Oncologiche Regionali.

Il rapporto Ospedale – Università sembra oggi essere caratterizzato anche dalle designazioni di apicalità dirigenziali a nomina universitaria che non sottostanno a regole comuni concorsuali sopravvenendo a note di equità e non permettendo di sviluppare idonee carriere in ambito

ospedaliero pubblico mentre, nel frattempo, l'Ospedale Pubblico continua ad essere il luogo di formazione di generazioni di specializzandi di oncologia.

Il rapporto con il Territorio rivela invece ancora una volta la capacità dell'Oncologia Ospedaliera di rinnovarsi. L'Oncologia è uscita dai Reparti di degenza per inaugurare la straordinaria stagione del Day Hospital prima ed i trattamenti ambulatoriali dopo creando percorsi innovativi come ad esempio le terapie orali. Oggi l'Oncologia Ospedaliera vuole aprirsi al territorio sulle note del DM77, attivando nelle Case di Comunità percorsi territoriali più vicini al paziente ma sempre vincolati da un solido legame culturale ed organizzativo ospedaliero. Ma il Congresso vuole anche affrontare il tema della de burocratizzazione del nostro lavoro. L'esigenza primaria dei nostri pazienti, talora più di quanto i progressi consentono di guadagnare, è l'attenzione ed il tempo di cura e noi ben sappiamo che il tempo della relazione medica è già di per sé cura. Ma di tempo oggi ne abbiamo sempre meno a disposizione perché sottratto da obblighi amministrativi che non possiamo evitare. Portare questa contraddizione all'attenzione dell'opinione pubblica e persino dei legislatori è una nuova, ennesima sfida.

\***Carlo Garufi**  
Direttore UOC Oncologia,  
AO San Camillo Forlanini, Roma

## Informazione, human touch e progetti innovativi: Cipomo rilancia tre premi ai protagonisti del mondo dell'oncologia

Anche quest'anno CIPOMO in occasione del Congresso Nazionale ha istituito tre premi dedicati a tre item differenti quali riconoscimenti a protagonisti del mondo sanitario che gravitano nell'orbita dell'Oncologia. Il primo Premio, bandito ormai da anni, è quello dedicato al mondo dell'Informazione. L'informazione attraverso la carta stampa, la TV, il web, rappresenta uno straordinario momento di formazione per i pazienti ed i loro familiari. Per i medici può significare anche un'opportunità di diffondere sapere, cultura e moderazione nei confronti di notizie esagerate. L'Oncologia, per la delicatezza dell'argomento e per la prognosi di alcune delle sue patologie, rappresenta uno dei capitoli su cui si concentra l'interesse giornalistico. Inoltre l'informazione ha contribuito a stimolare l'attenzione sulla qualità delle cure, come esse interferiscano sulla vita dei pazienti e delle famiglie, su nuovi campi di informazione quali la nutrizione, il benessere fisico, le cure complementari. CIPOMO ha saputo cogliere l'importanza del tema ed ha istituito il premio "Giovanni Bonadonna" dedicato al più grande oncologo italiano, fondatore dell'Oncologia Medica. Il premio viene assegnato a professionisti dell'informazione che con il loro operato hanno contribuito a diffondere saper in materia oncologica, mantenendo il giusto rapporto con la scienza, senza sfruttare l'emotività e la sensibilità di chi soffre. Abbiamo bisogno di in-



Direttivo CIPOMO 2025-2026

formazione equilibrata, capace di giungere a tutti, ai pazienti e familiari più skilled, ma anche a pazienti anziani e lontani dai centri più famosi.

Il secondo tema promosso da CIPOMO è quello dedicato alle Associazioni dei Pazienti, il premio "Human Touch". Il ruolo dell'Associazione in ambito oncologico è evoluto nel corso dei recenti decenni. Da voce dei pazienti a partner dei medici. Le Associazioni hanno spinto gli Oncologi a vedere al di là dei propri risultati medici, a com-

prendere come ciò che può essere ritenuto di estrema importanza per gli oncologi lo è di meno per i pazienti ed i loro familiari ed, al contrario, come ciò che veramente importa al paziente sia talvolta trascurato dai medici. In questo gioco di fragili equilibri le Associazioni continuano a giocare un ruolo fondamentale. Sono così diventate, giustamente, un punto di riferimento delle Regioni nella definizione delle Reti Oncologiche, sono ascoltate dai Comitati Etici, sono partner affidabili

delle Amministrazioni.

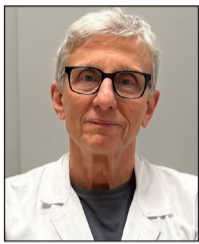
La terza onorificenza è stata sviluppata in collaborazione con FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie ed Ospedaliere) e FNOPI (Federazione Italiana Ordini Professioni Infermieristiche). Si tratta del "Premio Elisabetta Fabbrini" destinato ad un Ospedale che ha realizzato, nei precedenti due anni, un progetto innovativo in campo oncologico, in grado di unire tutte le competenze a favore dei pazienti e cioè la parte sanitaria (medici ed infermieri) e quella dirigenziale ed amministrativa. Non si intende premiare quindi un singolo professionista, ma il progetto ospedaliero che vede al centro l'Oncologia. Il Premio è intitolato alla dottoressa Elisabetta Fabbrini che si è dedicata per tutta la vita lavorativa nelle Direzioni Amministrative e poi in quelle Generali e che molto ha fatto per la crescita della Oncologia con una grande passione e competenza fino alla fine, anche sapendo che la sua malattia non poteva essere guarita. Cipomo è orgoglioso di ricevere progetti innovativi, che saranno disponibili sul sito, ed è interessato a proseguire in questa direzione, ritenendo che la condivisione di questi progetti è di stimolo ed utilità altre realtà.

Anche con questi Premi, CIPOMO, ogni anno, vuole dimostrare la propria sensibilità a tutto il mondo dell'Oncologia, coinvolgendo tutti i protagonisti che ruotano attorno al suo mondo.

Strategie di controllo di alcuni fattori di rischio modificabili, inseriti nello Score Life's Simple 7 della AHA

# Ruolo primario della Cardio-oncologia nella gestione multidisciplinare delle fasi della malattia oncologica

di Pierluigi Piovano\*



In Europa, vi sono circa 14 milioni di pazienti oncologici lungosopravvissuti, liberi da malattia o progressione ad oltre 5 anni dalla diagnosi di tumore. Questo si deve agli screening, al miglioramento delle tecniche

diagnostiche e delle terapie oncologiche.

Cancro e patologia cardiovascolare condividono alcuni fattori di rischio e percorsi patogenetici (infiammazione cronica, stress ossidativo, disfunzione metabolica) in accordo con la teoria biologica del "common soil".

Non sorprende quindi che i pazienti oncologici lungosopravvissuti sviluppino frequentemente comorbidità cardio-metaboliche come obesità, ipertensione, diabete e dislipidemia, che ne compromettono lo stato di salute causando una precoce mortalità. Le complicanze cardiovascolari rappresentano infatti la seconda causa di decesso dei pazienti oncologici e sono causate sia da trattamenti citotossici che da abitudini di vita precedenti alla diagnosi.

Esiste però la possibilità di adottare uno stile di vita più sano, che eviti alcuni fattori di rischio modificabili, migliorando la salute cardiovascolare e contemporaneamente prevenendo numerose forme tumorali.

Questi parametri, incorporati nel Life's Simple 7 Score dell'American Heart Association (AHA) che definisce lo stato di salute cardiovascolare, sono:

- 1) Fumo.
- 2) Attività fisica.
- 3) Dieta (in particolare quella mediterranea).
- 4) Indice di Massa Corporea (BMI).
- 5) Pressione arteriosa.
- 6) Colesterolo totale.
- 7) Glicemia.

Lo studio in oggetto ha applicato il Life's Simple Score 7 (LS7) ad un campione di 779 pazienti oncologici lungosopravvi-

venti, estratto dalla popolazione di 24325 soggetti dello studio di coorte Moli-sani. Il campione è stato valutato con LS7 all'arruolamento (avvenuto in media 8.4 anni dopo la diagnosi oncologica) e poi seguito prospetticamente per un tempo mediano di 14.6 anni. L'obiettivo era studiare la mortalità generale e cardiovascolare in tre gruppi con stato cardiovascolare definito dal LS7 come scarso (score 0-6), intermedio (score 7-9) ed ideale (score 10-14).

Lo studio dimostra che i pazienti con Score "ideale" (punteggio 10-14) hanno una riduzione del 38% della mortalità per tutte le cause e del 41% del rischio di morte per cancro, rispetto a quelli con Score "scarso" (punteggio 0-6). Ogni incremento di 1 singolo punto nel punteggio LS7 riduce del 10% la mortalità specifica per cancro, sottolineando la validità dei parametri individuati.

La forza dell'associazione tra mortalità e score LS7 è risultata simile nei pazienti oncologici e non oncologici, ed i dati mostrano che un paziente oncologico con score "ideale" ha un tasso di mortalità di 144.4 per 10000 persone/anno, quasi identico a quello di un soggetto sano con score "scarso".

Il rigoroso rispetto della propria salute cardiovascolare permette quindi ai pazienti oncologici un recupero in sopravvivenza che raggiunge quella di un soggetto sano che non se ne cura.

Tra i parametri dello score più difficili da controllare si segnalano la Pressione arteriosa, il Peso (BMI) e la qualità della dieta (massimale in caso di dieta mediterranea). Il 50% dell'associazione tra mortalità ed LS7 è dovuto a tre mediatori biologici che riflettono il "common soil" tra cuore e cancro:

- PCR come indice di infiammazione cronica, fattore di promozione della cancerogenesi.
- Frequenza cardiaca elevata a riposo, segno di disregolazione autonoma con secrezione di ormoni dello stress che si riflette su sistema immunitario e crescita tumorale, oppure dovuta a cardiotossicità della terapia.
- Livello serico della vitamina D, importante nella prevenzione tumorale e dello



scopimento cardiaco.

Anche il sesso femminile ed il livello elevato di istruzione influenzano positivamente la salute e la prognosi dei lungosopravvissuti.

Lo studio segnala quindi lo score LS7, creato per la salute cardiovascolare, come strumento di prevenzione cardio-oncologica, capace di predire la mortalità dei pazienti sopravvissuti al cancro.

Punti di forza dello studio sono il disegno prospettico di coorte basato su popolazioni, il lungo follow up, la valutazione separata della mortalità oncologica da quella cardiovascolare nel campione dei lungosopravvissuti, la completezza dei dati raccolti.

Gli stessi autori riconoscono alcuni limiti del loro lavoro: il carattere osservazionale che non permette di inferire chiaramente un nesso di causalità diretta; l'assenza di rivalutazione longitudinale dello score durante gli anni di follow up e di monitoraggio delle variazioni nel rispetto alla rilevazione basale; un probabile bias di sopravvivenza dovuto al tempo medio di arruolamento di 8.4 anni dalla diagnosi, che potrebbe aver selezionato un campione a prognosi troppo buona, cioè pazienti troppo lungo-sopravvissuti; la mancanza di analisi per sottogruppi di tumori, non consentita dal numero dei pazienti e soprattutto dallo scarso numero di eventi, nell'ipotesi di una maggiore correlazione con LS7 di tumori più classicamente legati a disregolazioni metaboliche come mam-

mella e colon-retto; l'assenza di dati sulla qualità del sonno, parametro correlato con la salute cardiovascolare ed incorporato nel successivo Score Life's Simple 8.

Lo studio Moli-sani conferma la stretta correlazione tra patologia cardiovascolare e cancro, sulla base della teoria del "common soil" e della condivisione di fattori di rischio e meccanismi patogenetici.

La ricerca sottolinea l'importanza di uno stile di vita sano basato sul controllo dei fattori di rischio modificabili e capace di prevenire la patologia cardiaca ed oncologica ma anche di recuperare in sopravvivenza nei pazienti con neoplasia.

La Cardio-oncologia, disciplina recente ma in rapida espansione, ha un ruolo fondamentale nella gestione multidisciplinare e proattiva sia della fase acuta della malattia oncologica, sia sulla prevenzione e trattamento precoce degli effetti collaterali tardivi delle terapie, sia sulla riduzione delle complicanze cardiovascolari durante il follow up a lungo termine.

## Bibliografia

- 1) Marialaura Bonaccio et al. Life's Simple 7 score and cardiovascular health in cancer survivors: the Moli-sani study. *European Heart Journal*, 2025 00, 1-14
- 2) Sneha AS, et al. Life's Essential 8 and the risk of cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Preventive Cardiology* (2025) 32, 358-373
- 3) Wing Lam Toc et al. Investigating modifiable risk factors associated with ideal cardiovascular health among cancer survivors: a scoping review. *Cardio-oncology* 2025 11:34
- 4) Shetty NS, et al. AHA life's essential 8 and ideal cardiovascular health among young adults. *Am J Prev Cardiol* 2022;13:100452.
- 5) Courneya KS, et al. CHALLENGE. Structured Exercise after Adjuvant Chemotherapy for Colon Cancer. *N. Engl. J. Med.* 2025 Jul 3; 393(1): 13-25.

\*Responsabile del Reparto della SC Oncologia dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria

## Depressione e cancro: un fattore aggravante talora misconosciuto nella prognosi oncologica

di Riccardo Torta\*



L'articolo di Ungvari e Colleghi, pubblicato su GeroCience nel maggio 2025 (1), sottolinea l'importanza dei disturbi emozionali, ed in particolare della depressione, nel decorso e prognosi di varie patologie tumorali, quali il cancro colon-retto, quello della mammella, del polmone e della prostata. In tali patologie gli Autori, esaminando una coorte di 65 studi, hanno riscontrato un incremento significativo di mortalità specifica rispetto alla popolazione con analogo patologia ma non depressa.

Dalla ricerca emergono alcuni aspetti fondamentali. Il primo è che la presenza di una deflessione del tono dell'umore nei pazienti oncologici, nota da tempo, si manifesta in varie modalità cliniche, dal

disturbo di adattamento con umore depresso ad una vera e propria depressione, talora anche maggiore. La novità dell'articolo è l'identificazione di quale percentuale effettiva di incremento di mortalità si possa rilevare in differenti oncotipi. Vengono citati valori di aumentato rischio di mortalità: nell'83% dei pazienti depressi con cancro del colon retto rispetto ai soggetti non depressi; del 74% nel cancro della prostata; del 59% nel cancro del polmone; del 23% nel cancro della mammella. I limiti di tali dati, riconosciuti dagli stessi Autori, sono rappresentati dalla eterogeneità degli studi, a riguardo delle differenti popolazioni, del come venga posta diagnosi di depressione, dalla presenza di fattori confusivi dovuti a variabili non del tutto misurabili (quali lo stato socio-economico, l'accesso alle cure, la predisposizione genetica alle patologie, gli interventi terapeutici eventualmente posti in atto, etc.). La conclusione è quindi la conferma che una depressione possa influire negativamente sull'aumento di mortalità dei pazienti oncologici ma in una percentuale che necessita di migliore definizione in studi controllati prospettici.

Il secondo aspetto dello studio, degno di rilievo, è la sintetica, ma esaustiva, considerazione di quali possano essere i fattori patogenetici che determinano la comparsa di depressione in un paziente oncologico.

Vengono citati, sul versante biologico, i meccanismi di neuro-infiammazione indotti dal tumore, la disregolazione dell'asse dello stress (HPA), la compromissione del sistema immunitario, le modifiche del sistema nervoso autonomo, fattori tutti che contribuiscono alla progressione tumorale ed alla metastatizzazione, determinando un ambiente maggiormente permissivo sullo sviluppo del cancro.

Vengono però anche ricordati gli aspetti psicologici e comportamentali che possono facilitare un aggravamento del decorso, quali un ritardo, da parte dei pazienti oncologici

depressi, nella ricerca di interventi medici, una bassa aderenza ai trattamenti, una messa in atto di comportamenti compensatori non salutari (fumo, alcool, inadeguata alimentazione, ridotta attività fisica, isolamento sociale, etc.)

In ultimo gli Autori ribadiscono l'importanza dell'esecuzione di un abituale screening della depressione, al fine di metter in campo adeguati interventi terapeutici, sia di tipo psicoterapico (ad esempio la terapia cognitivo-comportamentale, la mindfulness, interventi supportivo-espressivi, etc), che di tipo farmacologico (antidepressivi di seconda generazione, quali gli inibitori della ricaptazione della serotonina-SSRI, di cui però è ancora dibattuta la completa sicurezza di impiego in oncologia).

L'argomento è perfettamente in linea con analoghe considerazioni riguardanti un'altra rilevante patologia quale quella cardiologica. In tale ambito un 2025 ESC Clinical Consensus Statement on mental health and cardiovascular disease (2) ha ribadito l'assoluta necessità che i cardiologi mantengano una vigilante attenzione sulla diagnosi ed il trattamento delle patologie emozionali in cardiologia per l'interferenza delle stessa su decorso e prognosi della malattia cardiovascolare.

Analogamente una recente nostra pubblicazione (Torta e Barni, 2026) pone in rilievo la necessità di conoscere, diagnosticare e curare le patologie psichiche che, in modo differenziato, possono coinvolgere i vari oncotipi (3).

In conclusione, l'articolo di Ungvari e Colleghi ha il merito di ribadire il ruolo cruciale della salute mentale nella prognosi oncologica e quindi di enfatizzare la necessità di integrare un approccio terapeutico psicologico e/o psicofarmacologico nella routine oncologica.

1- Ungvari Z, Fekete M, Buda A, Lehoczki A, Fekete JT, Varga P, Ungvari A, Györfly B. Depression increases cancer mortality by 23-83%: a meta-analysis of 65 studies across five major cancer types. *GeroScience*. 2025 May 2.

2- Bueno H, Deaton C, Farrero M, Forsyth F, Braunschweig F, Buccheri S, Dragan S, Gevaert S, Held C, Kurpas D, Ladwig KH, Lionis CD, Maas AHEM, Merça CO, Mindham R, Pedersen SS, Rojnic Kuzman M, Szmít S, Taylor RS, Uchmanowicz I, Vilchinsky N; ESC Scientific Document Group. 2025 ESC Clinical Consensus Statement on mental health and cardiovascular disease: developed under the auspices of the ESC Clinical Practice Guidelines Committee. *Eur Heart J*. 2025 Nov 3;46(41):4156-4225.

3- Torta R, Barni S *Aspetti emozionali nel Paziente oncologico*. Edi Ermes Ed. Milano, 2026

\*Professore Ordinario di Psicologia Clinica, Università di Torino

# Lo studio di Tohmasi et al. su 13.282 pazienti: fumare dopo la diagnosi raddoppia il rischio di morte

## Smettere di fumare come parte della cura del cancro: dalle evidenze all'integrazione nei percorsi oncologici

di Nicola Silvestris\* ed Elena Sapuppo\*



Il fumo di tabacco rimane uno dei principali fattori di rischio oncologico modificabile. In Italia, i dati AIOM/AIRTUM indicano che circa il 24% degli adulti fuma e quasi 105.000 nuove diagnosi oncologiche all'anno sono riconducibili al tabagismo, il 27% del totale.<sup>1</sup> Negli Stati Uniti il fumo è responsabile di quasi 500 decessi per cancro al giorno, con l'85% dei decessi per neoplasie polmonari direttamente attribuibili al fumo attivo.<sup>2</sup> A fronte di

questi dati, il supporto alla cessazione rimane sistematicamente sottovalutato nelle nostre oncologie, spesso considerato non prioritario in un setting già gravato da complessità terapeutica e di risorse.

Lo studio di Tohmasi et al.<sup>3</sup>, riporta dati di real-world che ne confermano la rilevanza. Gli Autori hanno valutato in maniera prospettica un'ampia coorte (13.282) di pazienti oncologici, indipendentemente dal tipo di tumore, dallo stadio e dal tempo dalla diagnosi. I principali endpoint dello studio sono stati il tasso di sopravvivenza a due anni, valutato sia in funzione dello stato tabagico al momento della visita indice (1725 fumatori, 4989 ex fumatori, 6568 non fumatori), sia in funzione della cessazione del fumo entro i 6 mesi successivi nei soli pazienti fumatori attivi al momento della visita indice (1.725), con analisi per sottogruppi stratificate per stadio di malattia. Rispetto ai pazienti che non avevano mai fumato, coloro che continuavano a fumare al momento della visita indice avevano un rischio di morte aumentato del 35% (aHR 1,35; IC 95%: 1,20-1,53), con una sopravvivenza a 2 anni del 76,4% rispetto all'81,4%. Il dato più significativo emerge dall'analisi secondaria: tra i 1.725 pazienti che fumavano alla visita indice, solo il

22,1% aveva smesso nei 6 mesi successivi. Chi ha proseguito a fumare ha presentato un rischio di morte superiore del 97% rispetto a chi aveva interrotto (aHR 1,97; IC 95%: 1,53-2,55), con una sopravvivenza a 2 anni del 74,7% nei fumatori persistenti rispetto all'85,1% tra chi aveva smesso. Ancora più rilevante per la pratica clinica è il dato sugli stadi avanzati: la cessazione del fumo è risultata associata a una riduzione significativa del rischio di morte (aHR 2,11; IC 95%: 1,60-2,79). Questo dato ha sfatato l'assunto secondo il quale "smettere di fumare sia inutile quando la prognosi è già compromessa".

Risultati analoghi sono stati riportati in studi europei. I dati di una metanalisi condotta su oltre 10.000 pazienti con tumore del polmone, ha riportato una riduzione del 29% della mortalità nei pazienti che avevano cessato di fumare al momento della diagnosi, sia nel NSCLC che nello SCLC.<sup>4</sup> Un secondo lavoro dello stesso gruppo ha documentato, in oltre 2300 pazienti con tumore del distretto testa-collo, una riduzione del 20% della mortalità associata alla interruzione dell'abitudine tabagica.<sup>5</sup>

Questi dati sono stati confermati dallo studio prospettico multicentrico LungCAST (UK), condotto su 2.751 pazienti con NSCLC di nuova diagnosi e con verifica biochimica dello stato tabagico tramite misurazione del CO esalato. I pazienti che avevano smesso di fumare entro tre mesi dalla diagnosi presentavano una differenza in termini di sopravvivenza mediana di 10,4 mesi, indipendentemente dallo stadio (HR 0,75, IC 95%: 0,58-0,98).<sup>6</sup>

Una umbrella review ha recentemente riportato, in una coorte complessiva di oltre 1,6 milioni di pazienti oncologici, che la cessazione del fumo comporta una riduzione della mortalità del 15-29% nel tumore del polmone, del 20% nei tumori testa-collo e del 24% nel cancro del colonretto, con dati interessanti riguardanti anche il carcinoma uroteliale e il carcinoma mammario.<sup>7</sup> I meccanismi biologici responsabili di tale correlazione includono la riduzione della resistenza ai chemioterapici, il miglioramento dell'ossigenazione tumorale, la diminuzione delle complicanze chirurgiche e la riduzione del rischio di seconde neoplasie. Queste evidenze rappresentano il presupposto per considerare la cessazione del fumo

come il "quarto pilastro" dell'oncologia, accanto a chirurgia, radioterapia e chemio-immunoterapia.<sup>8</sup>

Un elemento di interesse pratico nello studio di Tohmasi et al. è rappresentato dall'utilizzo di uno strumento integrato nella cartella elettronica (ELEVATE) mirato alla raccolta semplice e strutturata dei dati sullo status tabagico e sulle eventuali terapie farmacologiche specifiche. Questa strategia ha consentito di snellire le procedure ambulatoriali e, in modo potenzialmente replicabile nelle varie strutture territoriali, di integrare il trattamento del tabagismo all'interno della pratica clinica. Secondo i Numeri del Cancro 2025, solo la metà dei fumatori adulti riferisce di aver ricevuto dal proprio medico il consiglio di smettere: un dato che riflette una lacuna sistematica e non individuale.

E' opportuno evidenziare come questo studio presenti alcuni bias che meritano attenzione: l'assenza di conferma biochimica dell'astensione, la mancanza di dati sui trattamenti oncologici specifici e il possibile "healthy quitter bias", ovvero la tendenza dei pazienti con prognosi migliore a cessare con maggiore facilità. Tuttavia, queste limitazioni non alterano la solidità dei risultati, coerente con la letteratura internazionale.

In conclusione, la domanda non è più se la cessazione del fumo rivesta un ruolo rilevante nel percorso terapeutico dei pazienti oncologici. La domanda urgente è perché solo un paziente su cinque riesca a smettere dopo la diagnosi e perché il supporto strutturato sia ancora assente in tante oncologie italiane. Ogni visita in cui non si affronta il tabagismo è un'opportunità terapeutica persa. Strumenti e volontà esistono. Quello che manca è una scelta organizzativa precisa: integrare la cessazione del fumo come componente standard e non negoziabile della cura oncologica.

In questo contesto si inserisce la campagna "5 euro contro il fumo", promossa a gennaio 2026 da AIOM, Fondazione AIRC, Fondazione Umberto Veronesi e Fondazione AIOM. L'iniziativa ha l'obiettivo di raccogliere 50.000 firme per una proposta di legge d'iniziativa popolare che aumenti di 5 euro il prezzo di tutti i prodotti da fumo, compresi i dispositivi di nuova generazione. A un mese dal lancio, 25.000 cittadini hanno già firmato, con l'adesione di

42 Società Scientifiche e 22 associazioni di pazienti. Le proiezioni indicano che tale incremento potrebbe ridurre il consumo complessivo del 37%, con ricadute significative sull'incidenza oncologica e sulla sostenibilità del SSN.<sup>9</sup>

### Bibliografia

1. AIOM/AIRTUM. I Numeri del Cancro in Italia 2025. Milano: AIOM; 2025.
2. Siegel, R. L., Kratzer, T. B., Giaquinto, A. N., Sung, H., & Jemal, A. (2025). Cancer statistics, 2025. CA: a cancer journal for clinicians, 75(1), 10-45. <https://doi.org/10.3322/caac.21871>
3. Tohmasi S, et al. Smoking cessation and survival outcomes in cancer patients: a real-world cohort analysis. J Natl Compr Canc Netw. 2025;23(10):e257059.
4. Caini S, Del Riccio M, Vettori V, et al. Quitting smoking at or around diagnosis improves the overall survival of lung cancer patients: a systematic review and meta-analysis. J Thorac Oncol. 2022;17(5):623-636.
5. Caini S, Del Riccio M, Vettori V, et al. Post-diagnosis smoking cessation and survival of patients with head and neck cancer: a systematic review and meta-analysis. Br J Cancer. 2022;127:1907-1915.
6. Gemine RE, Davies GR, Lanyon K, et al. Quitting smoking improves two-year survival after a diagnosis of non-small cell lung cancer (LungCAST study). Lung Cancer. 2023;186:107388.
7. Petrelli F, Ghidini A, Rossitto M, et al. An umbrella review of meta-analyses on smoking cessation and cancer survival: a brief report. Lung Cancer. 2025;208:108753.
8. Fiore MC, et al. Treating tobacco use as the "fourth pillar" of cancer treatment. JAMA Netw Open. 2019.
9. <https://www.aiom.it/al-via-la-campagna-per-aumentare-di-5-euro-il-prezzo-delle-sigarette-obiettivo-raccogliere-50mila-firme-per-la-proposta-di-legge/>

\*Nicola Silvestris, Dipartimento di Area Medica e UO Oncologia Medica – IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II", Bari

\*Elena Sapuppo, Dipartimento di Area Medica e UO Oncologia Medica – IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II", Bari

### INTERVISTA ALL'AUTORE

## L'assistenza alla lungovivenza per pazienti oncologici: crescente priorità in tema di ricerca e di nuovi modelli assistenziali

di Paolo Tralongo\*



Evan Graboyes\*\*

Il numero di persone a cui è stato diagnosticato un cancro che vive dopo la fase acuta di malattia insieme al numero di pazienti che vive con il cancro in uno stato cronico è in aumento nei paesi industrializzati. Di conseguenza, l'assistenza alla lungovivenza è ormai una branca consolidata dell'oncologia e una crescente priorità in tema di ricerca e di modelli assistenziali.

Recentemente sul Journal of Oncology Practice è stato pubblicato un articolo su un tema interessante del linguaggio dell'oncologia moderna cioè la categorizzazione dei pazienti ed in particolare sulla definizione di un sottogruppo di pazienti con malattia oncologica che, a prescindere dalla stadiazione anatomica, non riesce a raggiungere, attraverso l'impiego della migliore terapia disponibile, la guarigione ma solo una migliore aspettativa di vita ed un migliore controllo dei sintomi. Sul questi temi abbiamo posto due domande a Evan Graboyes, coautore dell'articolo.

La prima riguarda l'importanza di categorizzare i pazienti oncologici, considerata l'attuale storia di malattia. "La categorizzazione dei pazienti è utile nell'assistenza sanitaria perché consente di ottimizzare e personalizzare i servizi di cura, indirizzandoli verso quei pazienti che hanno maggiori probabilità di beneficiarne. Identificando gruppi di pazienti clinicamente e prognosticamente rilevanti, la categorizzazione supporta un processo decisionale più appropriato, una migliore allocazione delle risorse e una pianificazione dell'assistenza più coerente lungo l'intero decorso della malattia" afferma Graboyes.

Il vantaggio di una categorizzazione è evidente: pazienti che appartengono a categorie diverse non possono essere trattati o osservati allo stesso modo: pazienti ad alto rischio di ripresa evolutiva richiedono un follow-up più frequente e intensivo rispetto ai pazienti a basso rischio che viceversa non devono essere medicalizzati a vita. Non solo ma anche le linee guida per il follow-up dovrebbero essere personalizzate in base alla categoria di appartenenza e alla storia clinica personale di ciascun paziente, inclusi anamnesi familiari e mutazioni genetiche, esposizioni ambientali e altri fattori di rischio, nonché contesto e risorse familiari e socio-culturali. Sebbene i dilemmi e le differenze negli approcci clinici debbano essere affrontati a fondo nel passaggio verso un'accurata categorizzazione dei pazienti una mancata distinzione clinica può influire negativamente sulla comunicazione con i pazienti e le famiglie, sull'aderenza dei pazienti alle raccomandazioni cliniche e sull'efficacia dell'assistenza alla sopravvivenza in diversi contesti di erogazione. Al contrario, lo studio e l'applicazione delle categorie di attesa di vita potrebbero evitare di infliggere ad alcuni pazienti oneri psicologici di ipermedicalizzazione e potenziale stigmatizzazione sociale e, ad altri, a promuovere un follow-up, una sorveglianza e un'assistenza globale adeguati. Non solo ma quest'approccio consentirebbe anche di fornire assistenza a lungo termine comprese le misure per promuovere un buono stato di salute, in diversi contesti o strutture cliniche in base a specifiche categorie.

In definitiva una corretta categorizzazione dei pazienti è estremamente utile perché può fornire supporto all'assistenza basata sul rischio, a nuovi approcci clinici e organizzativi, a migliori raccomandazioni e linee guida per il follow-up. Bisogna constatare che accanto alla crescente opportunità di determinare la guarigione di patologie oncologiche con l'impiego di terapie personalizzate esiste, purtroppo ancora, una quota di paziente per i quali i trattamenti non hanno un effetto risolutivo e piuttosto consentono un contenimento dell'evoluzione di malattia, migliorando l'attesa di vita, e un

contestuale controllo dei sintomi. Per questi pazienti la definizione ripresa nell'articolo è quella, suggerita dal NCI statunitense di "individui che vivono con malattia inguaribile". A questo proposito abbiamo chiesto all'autore se i pazienti sottoposti a trattamenti a intento non curativo, finalizzati a migliorare la sopravvivenza o la qualità di vita, possono essere semplicemente definiti "pazienti cronici"?

"Attualmente non esiste una terminologia universalmente condivisa per descrivere i pazienti con tumore avanzato o metastatico sottoposti a trattamenti a intento non curativo, finalizzati a prolungare la sopravvivenza e a migliorare la qualità di vita. Nell'articolo ci siamo allineati alla terminologia precedentemente adottata dal National Cancer Institute. Come discusso, l'individuazione della definizione più appropriata per questa popolazione di pazienti rappresenta tuttora una questione aperta ed empirica." dichiara Graboyes aggiungendo "Sebbene il percorso di malattia di molti di questi pazienti possa assumere caratteristiche simili a quelle di una condizione cronica, la terminologia dovrebbe comunque riconoscere che il tumore in fase avanzata rimane, per una quota significativa di pazienti, una malattia a prognosi limitata. Inoltre, la definizione più adeguata può variare in base al contesto clinico o alla prospettiva dei diversi stakeholder. Auspichiamo che questo contributo stimoli un ulteriore confronto e approfondimenti volti a migliorare sia la ricerca sia la pratica clinica in questo ambito."

In conclusione l'impiego di termini che favoriscano il riconoscimento di pazienti in contesti di categorie diverse non è un semplice fatto semantico ma rappresenta uno strumento rilevante e di interesse pratico per la pianificazione di una assistenza personalizzata.

\*Direttore UOC Oncologia Medica, Ospedale Umberto I Siracusa

\*\*Professor in the Departments of Otolaryngology-Head & Neck Surgery and Public Health Sciences at the Medical University of South Carolina

L'analisi dei dati lascia irrisolte le criticità legate al test in termini di rapporto rischio/beneficio

# PSA e screening delle neoplasie prostatiche Un argomento ancora del tutto aperto

di **Orazio Caffo\***



Nel 1970 Richard Ablin pubblicò la prima descrizione di tre antigeni specifici della prostata, due dei quali erano presenti nell'estratto di tessuto prostatico, mentre il terzo era presente sia nell'estratto di tessuto prostatico che nel liquido prostatico (1). Tuttavia, si dovette attendere il 1979 per ottenere la purificazione del PSA e fin da subito apparvero evidenti le implicazioni cliniche legate al dosaggio di questo antigene nel sangue dei pazienti affetti da neoplasia prostatica (2). Oggi il PSA viene considerato come il marcatore "tumorale" più utile per monitorare la progressione e la risposta al trattamento nei pazienti affetti da neoplasia della prostata, anche se stiamo imparando che, specie nelle fasi più avanzate di malattia, ci può essere una discordanza fra andamento del PSA e imaging radiologico e/o molecolare. La disponibilità di un esame poco costoso e di facile esecuzione come il dosaggio del PSA nel sangue, non poteva che suggerire l'utilizzo per la diagnosi precoce delle neoplasie della prostata mediante screening. Due grandi studi condotti sull'utilizzo del PSA come screening condotti negli Stati Uniti (studio PLCO - Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial) e in Europa (studio ERSPC - European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer) hanno portato a conclusioni opposte sulla sua incidenza sulla mortalità per il cancro alla prostata

(3-4). Come risultato, pur non essendo mai stato adottato, lo screening di popolazione con dosaggio del PSA è rimasto un argomento estremamente controverso, mentre il cosiddetto screening "opportunistico" si sta diffondendo in modo incontrollato e disordinato nella pratica clinica attuale.

La recente pubblicazione di un aggiornamento dello studio ERSPC con un follow-up mediano di 23 anni (5) ha riaperto la discussione in merito a questo argomento, confermando la possibilità di ridurre la mortalità per carcinoma della prostata attraverso lo screening con il PSA.

Nell'articolo pubblicato nell'ottobre scorso sul NEJM, gli autori sottolineano che lo screening è in grado di prevenire un decesso per neoplasia ogni 456 soggetti screenati (95% CI, 306 to 943) e un decesso ogni 12 soggetti con diagnosi confermata di neoplasia prostatica (95% CI, 8 to 26), con una riduzione globale del rischio relativo di morte del 13%. Se andiamo, tuttavia, a considerare la percentuale di decessi per neoplasia prostatica, essa è dell'1,4% nel gruppo sottoposto a screening rispetto all'1,6% nel gruppo di controllo, con una differenza assoluta in termini di riduzione del rischio di 0,2%. Se poi osserviamo la sopravvivenza globale nessuna differenza si è riscontrata tra i due gruppi.

Questi dati, quindi, se nel complesso rafforzano gli argomenti a favore dello screening di popolazione, al tempo stesso, non risolvono i dubbi relativamente al rapporto rischio/beneficio, che è condizionato in maniera rilevante dal fatto che le neoplasie della prostata hanno delle manifestazioni cliniche che oscillano tra l'indolenza (più frequenti, se si guarda alle serie autoptiche) e l'aggressi-

sività (più rare). Nello studio si è avuto un eccesso di 27 nuove diagnosi su 1000 soggetti sottoposti a screening con una probabilità doppia di individuare neoplasie a basso rischio e il 34% di probabilità in meno di individuare forme neoplastiche avanzate.

A questo punto è chiaro che dati aggiuntivi da ulteriori studi prospettici non saranno disponibili e che i dati dagli studi disponibili sono ormai consolidati.

In realtà, dovremmo forse valutare la situazione da una prospettiva diversa, più aderente allo scenario attuale, molto diverso da quello in cui si sono sviluppati i due studi sopra riportati.

Oggi, sarebbe impensabile proporre una biopsia prostatica sulla base di un singolo valore incrementato di PSA: in prima battuta, sarebbe necessario un nuovo dosaggio del marker.

Ma quello che oggi farebbe la differenza è la disponibilità della risonanza magnetica multiparametrica (mpRMN), che consentirebbe di evitare biopsie basate solo sul PSA incrementato senza contestuale sospetto radiologico di neoplasia maligna, riducendo il rischio di sovra-diagnosi e di sovratrattamento, che è da sempre la critica principale rivolta agli studi di screening. Se l'opportunità di utilizzare la mpRMN potrebbe migliorare le performance degli screening di popolazione al tempo stesso aprirebbe dei problemi di sostenibilità. Quanti sistemi sanitari sarebbero in grado di rispondere con tempistiche adeguate alle esigenze di approfondimento radiologico al numero verosimilmente elevato di pazienti identificati come a rischio con lo screening?

In questo senso, sarebbero utili sono i nuovi algoritmi di stratificazione del rischio, che consentono di distinguere

meglio le neoplasie aggressive dalle neoplasie indolenti.

Dovremmo quindi indirizzarci non più verso uno screening di popolazione generale, ma verso la capacità di individuare gruppi di popolazione ben informati in cui lo screening possa effettivamente essere in grado di ridurre il rischio di comparsa di neoplasie aggressive. E soprattutto dovremmo avere la capacità di governare lo screening opportunistico in soggetti asintomatici non accompagnato da adeguata informazione sul rapporto rischio/beneficio.

## Bibliografia

1) *Precipitating antigens of the normal human prostate*. Ablin RJ, Soanes WA, Bronson P, Witelsky E. *J Reprod Fert* 1970; 22: 573-574

2) *Wang MC, Valenzuela LA, Murphy GP, et al. Purification of a human prostate specific antigen*. *Invest Urol* 1979; 17: 159-163

3) *Pinsky PF, Prorok PC, Yu K, et al. Extended mortality results for prostate cancer screening in the PLCO trial with median follow-up of 15 years*. *Cancer* 2017;123:592-9.

4) *Hugosson J, Roobol MJ, Månsson M, et al. A 16-yr follow-up of the European randomized study of screening for prostate cancer*. *Eur Urol* 2019; 76: 43-51.

5) *Roobol MJ, de Vos II, Månsson M, et al. European Study of Prostate Cancer Screening - 23-Year Follow-up*. *N Engl J Med*. 2025;393:1669-1680

\*Professore Associato di Oncologia del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Trento

## L'oncologo e il counselling

di **Raffaele Arigliani\***



Quando una persona riceve una diagnosi di patologia oncologica, non si trova soltanto di fronte a un problema clinico. Si apre improvvisamente una dimensione complessa, fatta di paure, incertezze, domande sul futuro e bisogno di orientamento. In questo contesto la qualità della comunicazione tra medico e paziente

diventa parte integrante della cura.

È qui che il counselling assume un ruolo sempre più rilevante nella pratica oncologica.

Il counselling non consiste semplicemente nel trasferire informazioni mediche. È un processo relazionale attraverso il quale il medico e l'équipe aiutano il paziente e la sua famiglia a comprendere la malattia, a orientarsi nelle decisioni terapeutiche e ad attivare risorse di adattamento alla nuova condizione.

La diagnosi oncologica, infatti, è accompagnata da un forte impatto emotivo: ansia, paura, rabbia, senso di colpa o smarrimento possono interferire con la capacità di ascoltare e comprendere le informazioni cliniche. In queste condizioni la semplice comunicazione di dati tecnici rischia di non essere realmente recepita: per essere efficaci entrano in gioco le competenze di Counselling dell'Oncologo. Elemento centrale è l'empatia professionale. Non si tratta della pretesa di comprendere pienamente l'esperienza dell'altro, ma dello sforzo di essere centrati sul paziente, sul suo vissuto, in un processo di decentra-

mento da sé stessi che è sempre difficile ma, con l'allenamento, può divenire per l'Oncologo un modo "normale" di lavorare e condurre il colloquio.

Il focus del counselling potremmo dire sia, per l'Oncologo, proprio il non rimanere ripiegati su stessi, sulle proprie idee, sul protocollo da applicare. Si tratta in primis di essere concentrati sull'altro, sulla sua dimensione emotiva, sul senso profondo delle domande che vengono poste. Se paziente e famiglia percepiscono rispetto, attenzione, delicatezza, si crea una relazione di fiducia, un clima più disteso, una diversa disponibilità all'ascolto e alla partecipazione proattiva alla scelte terapeutiche. Quando si è creata "sintonia", allora è il momento in cui si può, con maggiore efficacia, trasferire le informazioni: il modo con cui vengono comunicate è decisivo e fa la differenza. Saper comunicare è una vera e propria arte, non si finisce mai di impararla. Il linguaggio medico deve essere tradotto in parole semplici, accessibili, comprensibili all'interlocutore, evitando tecnicismi eccessivi, usando paragoni, immagini, talora metafore, frasi brevi. Le informazioni, cui paziente e famiglia hanno diritto di accesso (vedi anche sul tema legge 219 del 2017), vanno distribuite nel tempo. Pochi concetti possono essere colti di volta in volta, tanto più quando le emozioni sono intense e gli argomenti nuovi all'interlocutore. Bisogna essere consapevoli che esiste un tempo delle emozioni e un tempo dell'informazione, che va declinata all'interno di una relazione d'aiuto franca, trasparente, capace di graduare parole e concetti, senza altresì mai mentire o essere reticente.

L'oncologo, quando crea una vera alleanza terapeutica, diviene costruttore di resilienza. La resilienza viene definita come "la capacità di cogliere positività e nuove opportunità per affrontare gli eventi che schiacciano e fanno andare la vita in una direzione diversa da quella che si sarebbe voluto e si desiderava". Il concetto risulta chiaro se pensiamo alla pratica clinica: la stessa diagno-

si di prognosi gravissima viene vissuta con disperazione assoluta o con relativa serenità a seconda della capacità di accettazione, della forza delle relazioni, della dimensione personale e spirituale del paziente e dei familiari. L'Oncologo in questo processo può divenire ancora di riferimento, bussola per navigare in un mare tempestoso. Tuttavia questo modello relazionale, oggi considerato parte integrante di una medicina centrata sulla persona, non è sempre semplice da realizzare. L'oncologo opera spesso in un contesto caratterizzato da forti pressioni organizzative e umane. Il carico di pazienti, la complessità delle decisioni cliniche, la carenza di personale, i turni lunghi e le richieste crescenti delle famiglie rendono talvolta difficile trovare il tempo e lo spazio necessari per un ascolto autentico. A ciò si aggiunge un altro elemento meno visibile ma altrettanto importante: il carico emotivo che l'oncologo porta con sé. Ogni giorno egli incontra storie di sofferenza, fragilità, paura della morte, aspettative e talvolta disperazione. Anche il medico, come ogni persona, è esposto a queste emozioni e deve gestirle senza poter sempre contare su adeguati spazi di elaborazione. Restare centrati sui bisogni del paziente e della famiglia significa quindi, spesso, affrontare anche la propria vulnerabilità professionale e personale. In un'oncologia sempre più avanzata dal punto di vista tecnologico e terapeutico, il counselling ricorda che ascoltare, accompagnare, non sono attività accessorie al fare la migliore diagnosi e terapia, ma componenti essenziali della qualità dell'assistenza. La formazione al counselling in Oncologia e il supporto psicologico dovrebbero quindi divenire parte integrante non solo dell'iter studiorum ma dell'agenda di ciascun Oncologo.

\*Pediatra - Direttore Scuole di Counselling Italian Medical Research

Una revisione sistematica e meta-analisi mostra la riduzione del rischio lungo lo spettro della carcinogenesi

# Circoncisione maschile: tassello per prevenire il carcinoma della cervice uterina?

di Ilaria Sabatucci\*



**I**l carcinoma della cervice uterina resta una delle principali sfide oncologiche a livello globale, in particolare nei Paesi a basso e medio

reddito, dove l'accesso ai programmi di screening e alla vaccinazione anti-HPV è ancora limitato. In questo scenario si inserisce il recente lavoro di Qurieshi e colleghi, una revisione sistematica e meta-analisi che esplora l'associazione tra circoncisione maschile e rischio di lesioni cervicali e carcinoma della cervice uterina nelle partner femminili. Il tema non è nuovo, ma il lavoro ha il merito di aggiornare e sistematizzare evidenze frammentarie, riportando l'attenzione sul cosiddetto "fattore maschile" nella prevenzione di un tumore tradizionalmente considerato quasi esclusivamente una patologia femminile.

*Cosa ci dice la meta-analisi*

Analizzando 19 studi osservazionali condotti in diverse aree geografiche e culturali, gli Autori documentano un'associazione inversa tra circoncisione maschile e rischio di carcinoma cervicale complessivo, con una riduzione del rischio stimata intorno al 35%. Un dato interessante è la coerenza

dell'associazione anche quando si considerano separatamente le diverse fasi del continuum carcinogenetico: displasia cervicale, carcinoma in situ e carcinoma invasivo. Questo aspetto suggerisce che l'effetto protettivo, se presente, potrebbe agire precocemente, interferendo con l'acquisizione o la persistenza dell'infezione da HPV, passaggio chiave nello sviluppo del cervicocarcinoma.

*Il razionale biologico: il ruolo dell'HPV*

Il legame tra infezione da HPV ad alto rischio e carcinoma della cervice uterina è ormai indiscusso. È noto da tempo che la circoncisione maschile riduce la pre-

valenza e la carica virale dell'HPV penieno, oltre ad abbassare il rischio di altre infezioni sessualmente trasmesse. La riduzione dell'esposizione femminile al virus rappresenta quindi un meccanismo biologicamente plausibile per spiegare l'associazione osservata. In questo senso, la circoncisione non agirebbe come fattore protettivo diretto sul tumore, ma come intervento di sanità pubblica capace di modificare la dinamica di trasmissione dell'HPV all'interno della coppia.

*I limiti da non dimenticare*

Come correttamente sottolineato dagli Autori, i risultati vanno interpretati

con cautela. Gli studi inclusi sono quasi esclusivamente osservazionali, spesso datati, e caratterizzati da una notevole eterogeneità. In molti casi lo stato di circoncisione è auto-riferito o riferito dalla partner, con possibili errori di classificazione.

Mancano inoltre informazioni fondamentali su variabili oggi centrali nella prevenzione del cervicocarcinoma, come lo stato vaccinale anti-HPV, il numero di partner sessuali, l'età al primo rapporto o l'eventuale presenza di coinfezioni. È anche importante ricordare che gran parte dei dati analizzati precede l'introduzione

della vaccinazione anti-HPV, limitando l'applicabilità dei risultati ai contesti sanitari attuali dei Paesi ad alta copertura vaccinale.

Quali implicazioni per la pratica clinica?

Il messaggio che emerge non è quello di proporre la circoncisione maschile come strumento alternativo a screening e vaccinazione, che restano i pilastri della prevenzione del carcinoma cervicale. Piuttosto, il lavoro invita a considerarla come una possibile strategia complementare, soprattutto in contesti ad alta incidenza di cervicocarcinoma e con risorse limitate. Dal punto di vista culturale e clinico, questo studio contribuisce a spostare l'attenzione verso una visione più condivisa della prevenzione, in cui anche la salute sessuale maschile entra a pieno titolo nel percorso di riduzione del rischio oncologico femminile.

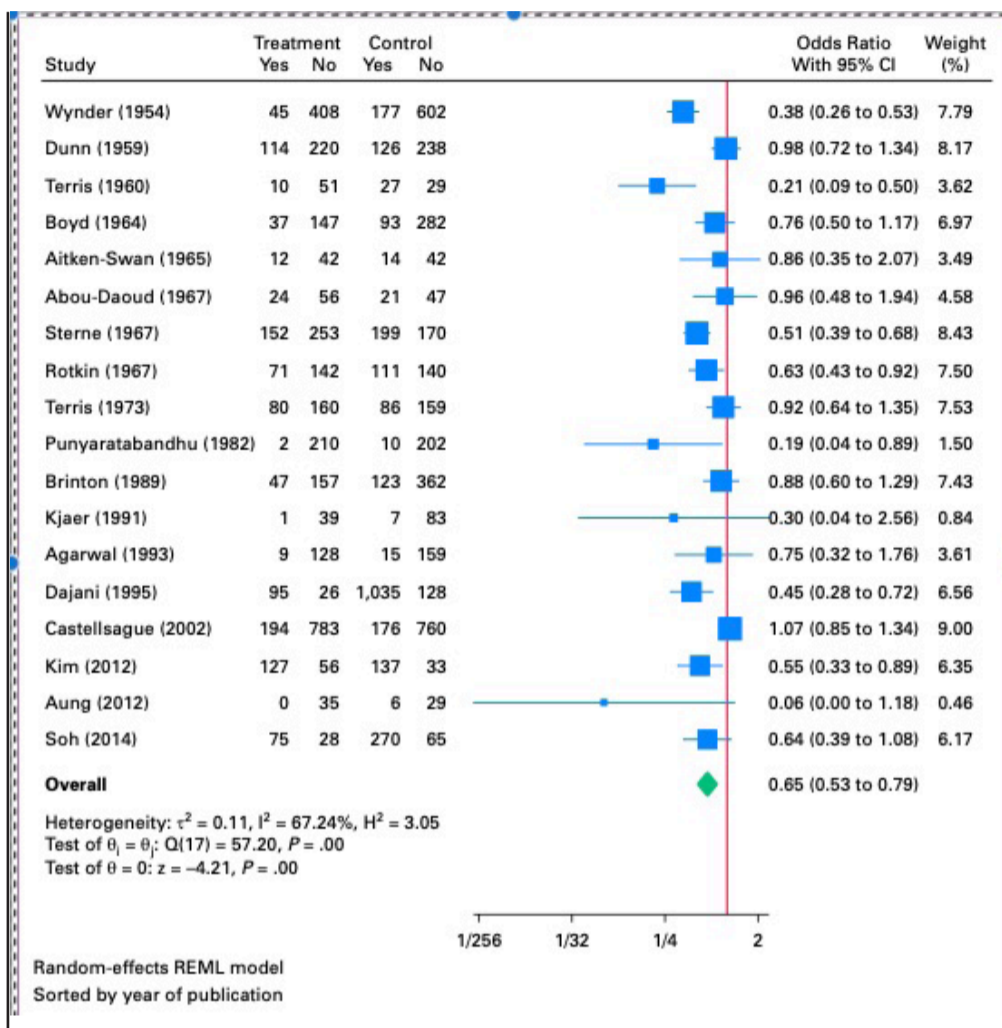
*Conclusioni*

La revisione sistematica di Qurieshi et al. rafforza l'ipotesi di un'associazione tra circoncisione maschile e riduzione del rischio di carcinoma della cervice uterina, fornendo un quadro complessivo aggiornato e coerente con il razionale biologico dell'infezione da HPV. Pur con i limiti intrinseci delle evidenze disponibili, il lavoro stimola una riflessione più ampia sulla prevenzione integrata del cervicocarcinoma e sottolinea l'importanza di strategie che coinvolgano entrambi i partner. In attesa di studi prospettici più

moderni, che tengano conto dell'impatto della vaccinazione anti-HPV, questi dati rappresentano un ulteriore tassello nella comprensione della complessa epidemiologia del tumore della cervice uterina.

Fonte: *Association Between Male Circumcision and Cervical Cancer Risk: A Systematic Review and Meta-Analysis of Analytical Studies*. Qurieshi M A et al. *JCO Global Oncol* 11:e2500126

\*Dipartimento di Ginecologia Oncologica, Humanitas San Pio X, Milano



## In aumento le guarigioni di pazienti oncologici

**L'**oncologia mostra cali significativi della mortalità e un aumento del 9% delle guarigioni. Le nuove terapie, inclusi vaccini anti-cancro e combinazioni mirate, si stanno spostando verso fasi precoci della malattia per aumentare le guarigioni, mentre l'intelligenza artificiale accelera lo sviluppo farmaceutico.

L'immunoterapia e i nuovi farmaci stanno ottenendo risultati eccezionali, con un calo dell'1% delle nuove diagnosi e un miglioramento delle sopravvivenze.

Tumore al Seno: Si registrano nuove terapie sottocute in grado di ridurre il rischio di recidiva, ma le diagnosi sono previste in aumento a 3,5 milioni nel mondo entro il 2050. Il tumore al seno si conferma il più diffuso a livello globale.

Tumore al Polmone: Ottime notizie per i pazienti operabili, con la chemioimmunoterapia pre-intervento che porta talvolta alla scomparsa totale del tumore.

## MEGLIO A SAPERSI

### Stop all'elevato consumo di alimenti ultra-processati

**I**risultati di uno studio dell'I.R.C.C.S. Neuromed, pubblicati sulla rivista "Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention" mostrano gli effetti della trasformazione industriale degli alimenti sulla sopravvivenza dopo una diagnosi oncologica.

Tra le persone che hanno già ricevuto una diagnosi di tumore e consumano quantità elevate di alimenti ultra-processati, è stato riscontrato un aumento della mortalità, sia specifica per malattia oncologica che per tutte le cause, rispetto a chi, invece, pur nella stessa condizione di salute, segue un'alimentazione più salutare.

Il dato, certamente confortante, è emerso da uno studio realizzato dall'Unità di Epidemiologia e Prevenzione dell'I.R.C.C.S. Neuromed di Pozzilli (IS), con il sostegno della Fondazione AIRC per la Ricerca sul Cancro ETS. I risultati sono stati pubblicati sulla rivista Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention, dell'American Association for Cancer Research (AACR).

### Raccolta firme per proposta di 5 euro contro il fumo

**I**l mondo scientifico italiano si sta mobilitando a sostegno della campagna "5 euro contro il fumo". A distanza di un mese dal lancio dell'iniziativa, sono state raccolte la metà delle firme necessarie per presentare una proposta di legge d'iniziativa popolare per aumentare di 5 euro il costo di tutti i prodotti da fumo e da inalazione di nicotina. Sono state raggiunte 25mila delle 50mila firme necessarie per presentare la proposta al Parlamento, che dovrà discutere il disegno di legge. La campagna è promossa da AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica), Fondazione AIRC per la ricerca sul cancro, Fondazione Umberto Veronesi e Fondazione AIOM. Tutti i cittadini maggiorenni possono firmare, andando sulla piattaforma del Ministero della Giustizia e utilizzando lo SPID, la CIE (Carta di Identità Elettronica) o la CNS (Carta Nazionale dei Servizi). L'aspettativa di vita complessiva può ridursi di 20 minuti per ogni sigaretta fumata.

## OncoPost

Editore:  
**Aridigital**  
 Magazine di:  
**Italian Medical News** con  
 iscrizione al registro del  
 Tribunale di Benevento n.1244  
 del 30 agosto 2021

Sede Amministrativa:  
**via Francesco Flora, 19**  
**82100, Benevento**

Direttore Responsabile:  
**Raffaele Arigliani**

Coordinatore Editoriale:  
**Francesco Nania**

Tipografia:  
**Grafiche Iuorio**  
**Lungocalore Manfredi**  
**di Svevia, 37 Benevento**

Membri Board Editoriale:

**Enrico Aitini**  
**Sandro Barni**  
**Roberto Bordonaro**  
**Francesco Ferrà**  
**Federica Grosso**  
**Marco Merlano**  
**Ilaria Sabatucci**  
**Paolo Tralongo**  
**Roberto Labianca**

Uno studio pubblicato su J Clin Oncology: il SACT associato ad alta tossicità e ridotta qualità di vita

# Overtreatment in fase terminale: ottimizzare l'assistenza del paziente alla fine della vita

di Sandro Barni\*



**M**olti pazienti affetti da cancro in fase terminale continuano a ricevere trattamenti che difficilmente apportano benefici clinici significativi, causando potenzialmente più danni che

benefici. Questo fenomeno è chiamato overtreatment in fase terminale.

L'argomento è dibattuto da molto tempo ma ancora oggi troppi pazienti vengono trattati con farmaci antitumorali nell'ultimo mese di vita. Il lavoro di Canavan e al. "Association Between Systemic Anticancer Therapy Administration Near the End of Life With Health Care and Hospice Utilization in Older Adults: A SEER Medicare Analysis of End-of-Life Care Quality" pubblicato su J Clin Oncology nel novembre 2025 sottolinea come il trattamento antitumorale sistemico (SACT) per pazienti affetti da tumore in stadio avanzato con prognosi limitata prima del decesso è associato ad alta tossicità e ridotta qualità della vita. Le linee guida scoraggiano questo approccio in quanto cura di scarso valore. Tuttavia, un numero significativo di pazienti, variabile secondo le casistiche dal 10 al 50%, continua a ricevere SACT negli ultimi 30 giorni di vita.

Il lavoro analizza l'associazione tra l'uso di terapie anticancro sistemiche alla fine della vita e l'utilizzo dei servizi sanitari e dell'hospice negli adulti anziani ed evidenzia come l'uso della terapia antitumorale sistemica (SACT) alla fine della vita è associato a un aumento dell'utilizzo delle cure sanitarie e a una minore adesione all'hospice.

Gli autori hanno preso in considerazione 315.089 pazienti all'interno del programma SEER-Medicare di età pari o superiore a 66 anni e affetti da tumore alla mammella, al colon-retto, al polmone, alla prostata, alla vescica, alla cervice uterina, al rene, al fegato, alle ovaie, al pancreas, melanoma o tumore uterino. I pazienti erano stati diagnosticati tra il 2005 e il 2019 e sono deceduti tra il 2015 e il 2020. Sono state analizzate le associazioni tra l'uso della terapia antitumorale sistemica (SACT) alla fine della vita, l'utilizzo dell'assistenza sanitaria negli ultimi 30 giorni di vita (pronto soccorso, ricovero ospedaliero, terapia intensiva e decesso in ospedale e hospice). 23.970 (7,6%) hanno ricevuto la SACT nei 30 giorni precedenti il decesso. La ripartizione per tipo era: terapia citotossica 50,6%, immunoterapia 20,8%, terapia mirata 18% e terapie combinate 10,6%. Dopo l'aggiustamento per le covariate, qualsiasi uso di SACT alla fine della vita era associato a un maggiore ricorso al PS (odds ratio [OR], 3,05 [IC al 95%, da 2,95 a 3,15]), ricoveri ospedalieri (OR, 2,64 [IC al 95%, da 2,56 a 2,72]), ricoveri in terapia intensiva (OR, 1,78 [IC al 95%, da 1,72 a 1,83]), morte in ospedale (OR, 2,02 [95% CI, da 1,96 a 2,08]) e un minor ricorso all'hospice (OR, 0,51 [95% CI, da 0,50 a 0,53]) rispetto all'assenza di SACT. Tutti i sottotipi di SACT erano associati individualmente a un maggiore ricorso all'assistenza sanitaria e a un minor ricorso all'hospice ( $P < 0,001$ ).

Inoltre l'uso di SACT alla fine della vita era correlato ad una qualità delle cure inferiore ed a un aumento della medicalizzazione della morte. Tutti i sottotipi di SACT sono stati associati a un aumento dell'utilizzo delle cure sanitarie e a una minore adesione all'hospice. I pazienti che ricevono SACT hanno una qualità della vita peggiore e costi sanitari più

## Fattori principali che contribuiscono all'overtreatment relativi all'oncologo al paziente ed ai familiari

### Fattori psicologici

- Paura e "determinazione controfobica a trattare"
- Preservazione della speranza
- Negazione e rabbia
- Desiderio di controllo
- Affaticamento decisionale
- Relazione oncologo-paziente

### Fattori sociali e culturali

- Norme e aspettative sociali
- Credenze culturali e religiose
- Pressione emotiva da parte della famiglia
- Cultura medica
- Norme professionali nell'ambito dell'oncologia
- Cultura istituzionale e dipartimentale
- Considerazioni finanziarie e legali
- Carico di lavoro dell'oncologo e vincoli di tempo

### Pregiudizi cognitivi

- Pregiudizio dell'ottimismo
- Pregiudizio di conferma
- Pregiudizio della novità (il fascino di nuove tecnologie)
- Pregiudizio della disponibilità (ricordo)
- Pregiudizio dell'eccessiva sicurezza
- Pregiudizio dell'avversione alla perdita
- B) Pregiudizio di ancoraggio

*Modificata da N. I. Cherny et al 2025*

elevati. Oltre i dati del lavoro di Canavan e al. vale la pena di analizzare, per quanto possibile, le cause che stanno alla base del fenomeno dell'overtreatment. Riportiamo in modo sintetico le indicazioni riportate recentemente da Cherny<sup>2</sup> e al. su ESMO Open e che abbiamo sintetizzato nella tabella.

Le evidenze suggeriscono la necessità di rivedere le pratiche cliniche riguardanti la SACT alla fine della vita. È fondamentale migliorare la comunicazione e la pianificazione delle cure avanzate con i pazienti. È importante che gli oncologi discutano con i pazienti riguardo ai rischi associati alla continuazione della terapia e alla transizione verso le cure palliative. Le conversazioni sui valori e sugli obiettivi dei pazienti possono ridurre l'uso della SACT e dovrebbero essere integrate nella pratica clinica per migliorare l'allineamento delle cure con le preferenze dei pazienti. Si devono quindi discutere approcci e strategie per mitigare le influenze culturali e professionali che determinano il trattamento eccessivo, ridurre il fascino delle nuove tecnologie, migliorare la comunicazione medico-paziente riguardo alle opzioni terapeutiche per i pazienti che si avvicinano alla fine della vita e affrontare i

pregiudizi cognitivi che possono contribuire al trattamento eccessivo alla fine della vita.

Cruciale resta l'implementazione di strumenti clinici per identificare i pazienti con aspettativa di vita limitata può aiutare a ridurre l'uso della SACT.

Un dato che gli AA stressano è che la continuazione della SACT nei pazienti con cancro avanzato prima del decesso è associato ad alta tossicità e ridotta qualità della vita e porta ad un aumento dell'uso di servizi sanitari.

L'overtreatment danneggia i pazienti causando effetti collaterali, aumentando i costi sanitari, ritardando importanti discussioni e preparativi relativi alle cure terminali e, occasionalmente, accelerando la morte. Il trattamento eccessivo può anche mettere a dura prova le risorse sanitarie, riducendo quelle disponibili per i servizi di cure palliative e causando disagio morale ai medici e alle équipe di cura.

Le conclusioni che si evincono dal lavoro sono che le tempistiche della SACT in prossimità della fine della vita sono influenzate in modo significativo da diversi fattori, tra cui il tipo di SACT, il rinvio ai servizi di cure palliative, il ricovero in un'unità di cure palliative e

lo stato di performance ECOG. Questi risultati sottolineano la complessità delle decisioni terapeutiche nella cura del cancro avanzato ed evidenziano la necessità di approcci personalizzati e incentrati sul paziente che tengano conto sia dei fattori clinici che di quelli relativi al paziente per ottimizzare l'assistenza alla fine della vita.

1-Canavan M.E., Cheng L., Jenny Jing Xiang J.J. et al. Association Between Systemic Anticancer Therapy Administration Near the End of Life With Health Care and Hospice Utilization in Older Adults: A SEER Medicare Analysis of End-of-Life Care Quality. J Clin Oncol. 2025 Nov;43(31):3391-3402.

2-Cherny N.I., Nortjé N., Kelly R. et al. A taxonomy of the factors contributing to the overtreatment of cancer patients at the end of life. What is the problem? Why does it happen? How can it be addressed? ESMO Open. 2025 Jan;10(1):104099. doi: 10.1016/j.esmoop.2024.104099.

\*Primario Emerito dell'Unità Operativa di Oncologia Medica dell'Ospedale di Treviglio-Caravaggio

# Lo ha dimostrato uno studio clinico di Fase 3 nel trattamento del carcinoma cutaneo a cellule squamose

## L'efficacia del Cemiplimab come terapia adiuvante

di Nerina Denaro\*



Il tumore cutaneo squamoso è il secondo tumore più frequente tra i tumori cutanei con un'incidenza stimata di 2,4 milioni l'anno. La chirurgia risulta curativa nel 95% dei pazienti. Un sottogruppo di pazienti può avere una ripresa di malattia, sia locoregionale che a distanza, dopo chirurgia e radioterapia adiuvante (Porceddu 2018), ma lo studio di fase 3 randomizzato (POST/TROG 05.01) non ha evidenziato un beneficio aggiuntivo del carboplatino somministrato contemporaneamente alla RT rispetto alla sola RT adiuvante in pazienti ad alto rischio di ripresa. Il Cemiplimab, un anticorpo anti PD-1, è stato approvato per il trattamento del carcinoma squamocellulare cutaneo localmente avanzato (non resecabile) o metastatico, in base ai risultati dello studio di fase 2 (EMPOWER-CSCC-1) che ha riportato una risposta obiettiva del 47% e una durata mediana della risposta di 41 mesi (range, 2-55) (Hughes 2025). Lo studio di fase III C-POST ha valutato nel setting adiuvante Cemiplimab versus placebo, ha coinvolto 107 sedi e 16 paesi. Nello studio sono stati arruolati da giugno 2019 a agosto 2024, 526 pazienti in 107 centri oncologici in 16 Paesi, di questi 415 sono stati randomizzati (1:1) 209 pazienti assegnati al braccio sperimentale (trattamento con Cemiplimab) e 206 al placebo. La definizione di pazienti ad alto rischio includeva pazienti con malattia linfonodale con estensione extracapsulare, almeno un linfonodo di 20 mm oppure 3 linfonodi oppure metastasi in transito, invasione peri neuronale, neoplasia con T4 (invasione osso) o recidiva con alcune caratteristiche di rischio come adenopatie  $\geq N2b$  (che significa metastasi multiple ipsilaterali, nessuna maggiore di 6 cm nella dimensione massima) tumori con  $\geq T3$  (diametro  $\geq 4$  cm) o scarsamente differenziato con recidiva  $\geq 2$  cm). Nello studio non erano

inclusi pazienti con altre neoplasie oppure che erano stati sottoposti a trapianto oppure con malattia autoimmune. Il 50% dei pazienti arruolati era considerato a rischio elevato perché presentava malattia extracapsulare e un linfonodo più grande di 2 cm; il 26% aveva una malattia recidiva cutanea. I pazienti randomizzati nel braccio sperimentale ricevevano Cemiplimab 350 mg ogni 3 settimane ma dopo l'emendamento di Giugno 2021 potevano ricevere la scheda 700 mg ogni 6 settimane. Era prevista una stratificazione per sede della neoplasia, area di reclutamento, Performance status e storia di leucemia. L'endpoint principale era la sopravvivenza libera da malattia, endpoints secondari erano la sopravvivenza libera da recidiva locoregionale, libera da metastasi a distanza, sopravvivenza globale, e tolleranza (valutata secondo CTCAE 5.0). Nuovi secondi tumori erano definiti nuove lesioni cutanee che potevano essere asportate localmente. Endpoints specifici erano pattern di ricorrenza, outcomes riportati dai pazienti (valutati attraverso i questionari di qualità di vita EORTC QLQ-C30), correlazione tra efficacia e espressione del tumore della proteina Programmed death ligand 1 (PDL1)  $<1\%$  versus  $\geq 1\%$ . L'età media dei pazienti era 71 anni (range da 36-95 anni e 83,9% uomini e 82,7% CSCC della regione testa collo). La durata mediana del trattamento è stata 47,9 settimane nel gruppo Cemiplimab e 47,7 nel gruppo placebo. Il 21,5% dei pazienti in trattamento con Cemiplimab ha interrotto il trattamento versus il 29,9% di quelli in terapia con placebo. Ad un follow up mediano di 24 mesi, la DFS era 87,1% (95% CI 80,3-91,6) nel gruppo Cemiplimab e 64,1% (95% CI, 55,9-71,1) nel gruppo Placebo (Figura 2), con un HR per ripresa di malattia o morte pari allo 0,32; 95% CI 0,20-0,51;  $p < 0,001$ . Le curve si separano precocemente e rimangono distanziate per la durata del follow up. La sopravvivenza globale a 2 anni è stata del 94,8% con Cemiplimab vs 92,3% con placebo (HR = 0,86; 95% CI

0,39-1,90) con 51 pazienti del gruppo placebo che hanno ricevuto Cemiplimab dopo la ripresa. Gli eventi avversi erano 91% e 89,2% nel braccio di trattamento attivo e braccio placebo. Gli effetti collaterali più frequenti con cemiplimab sono stati la fatigue (22% Cemiplimab e 21,6% placebo), il prurito (16,1% vs 12,3%), rash (16,1% vs 8,8%) e diarrea (15,6% vs 18,6%). Eventi avversi di grado 3 o superiore si sono verificati nel 23,9% dei pazienti del gruppo Cemiplimab e nel 14,2% dei pazienti del gruppo Placebo. La sospensione del trattamento dovuta a eventi avversi si è verificata nel 9,8% dei pazienti del gruppo Cemiplimab e nel 1,5% dei pazienti del gruppo Placebo. I risultati di questo studio sono molto importanti e meritano alcuni spunti di riflessione. Cemiplimab ha dimostrato una significativa riduzione del rischio di recidiva in pazienti con CSCC ad alto rischio di ripresa di malattia. I risultati relativi alla sicurezza con Cemiplimab sono stati in linea con quanto atteso. Ad ottobre 2025, FDA ha approvato Cemiplimab adiuvante per i pazienti con CSCC ad alto rischio di recidiva dopo intervento chirurgico e radioterapia postoperatoria. Il CHMP (Committee for Medicinal Products for Human Use) di EMA ha dato sempre ad ottobre 2025 parere favorevole: si rimane in attesa delle decisioni di EMA. Un ulteriore aspetto meritevole di approfondimento è rappresentato dall'oncogeriatrics, ambito di crescente rilevanza nella pratica clinica. Nei nostri centri, l'età media dei pazienti affetti da malattia localmente avanzata non operabile sottoposti a trattamento supera infatti gli 80 anni. Sebbene la terapia si dimostri globalmente ben tollerata — con una sospensione del cemiplimab adiuvante per tossicità limitata al 9,8% dei casi — l'opportunità di un anno di trattamento in una popolazione che potrebbe successivamente beneficiare di una terapia di prima linea rimane oggetto di discussione. Al momento dell'analisi, non è stato ancora evidenziato un chiaro bene-

ficio in termini di sopravvivenza globale, a fronte di 25 decessi osservati. Inoltre, il ricorso al cemiplimab alla recidiva nei pazienti inizialmente assegnati al braccio placebo, così come in quelli che hanno presentato progressione oltre i tre mesi dalla conclusione del trattamento adiuvante, potrebbe verosimilmente attenuare il potenziale beneficio dell'approccio adiuvante. Considerato che solo circa il 43-45% dei pazienti ottiene una risposta duratura al cemiplimab in fase di malattia recidivante, la capacità di incidere sul rischio di recidiva assume un ruolo clinicamente rilevante.

**Referenze**

- Porceddu SV, Bressel M, Poulsen MG, et al. Postoperative concurrent chemo-radiotherapy versus postoperative radiotherapy in high-risk cutaneous squamous cell carcinoma of the head and neck: the randomized phase III TROG 05.01 trial. *J Clin Oncol* 2018; 36: 1275-83.
- Hughes BGM, Guminski A, Bowyer S, et al. A phase 2 open-label study of cemiplimab in patients with advanced cutaneous squamous cell carcinoma (EMPOWER-CSCC-1): final long-term analysis of groups 1, 2, and 3, and primary analysis of fixed-dose treatment group 6. *J Am Acad Dermatol* 2025; 92: 68-77.
- Rischin D, Porceddu S, Day F, Brungs DP, Christie H, Jackson JE, Stein BN, Su YB, Ladwa R, Adams G, Bowyer SE, Oty Z, Yamazaki N, Bossi P, Challapalli A, Hauschild A, Lim AM, Patel VA, Walker JL, De Liz Vassen Schurmann M, Queirolo P, Cañueto J, Ferreira da Silva FA, Stratigos A, Guminski A, Lin C, Damian F, Flatz L, Taylor AE, Carr DR, Harris S, Kirtbaya D, Quereux G, Rutkowski P, Basset-Seguín N, Khushalani NI, Robert C, Ju H, Joseph C, Bansal S, Chen CI, Seebach F, Yoo SY, Lowy I, Goncalves P, Fury MG; C-POST Trial Investigators. Adjuvant Cemiplimab or Placebo in High-Risk Cutaneous Squamous-Cell Carcinoma. *N Engl J Med*. 2025 Aug 21;393(8):774-785. doi: 10.1056/NEJMoa2502449. Epub 2025 May 31.

\*Medico Oncologo, UO Oncologia, IRC-CS Fondazione Ca' Granda - Policlinico di Milano

 **imr consulting**

Formazione / Editoria / Comunicazione / Counselling

Scannerizza il QR Code sul tuo smartphone e visita il nostro sito web



Ci trovi anche su LinkedIn:  
IMR Consulting

Per approfondimenti:

**Antonio Arigliani – CEO**

antonio.arigliani@italianmr.com / 392 393 5727