



RETE ONCOLOGICA PAZIENTI ITALIA

Tumore della prostata in fase precoce: informazioni per una scelta consapevole

**INFORMAZIONI PER
PAZIENTI E CAREGIVER**



Maggio 2026



Tumore della prostata in fase precoce: informazioni per una scelta consapevole

INFORMAZIONI PER PAZIENTI E CAREGIVER

A cura di:

Filippo Alongi

Professore di Radioterapia Oncologica, Università di Brescia
Direttore Dipartimento di Radiologia Oncologica Avanzata IRCCS Ospedale Sacro Cuore
Don Calabria, Negrar di Valpolicella (VR)

Stefano Cavalleri

Chirurgia urologica
IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria, Negrar di Valpolicella (VR)

De Marco Vincenzo

Chirurgia urologica
IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria, Negrar di Valpolicella (VR)

Edoardo Pastorello

Dipartimento di Radiologia Oncologica Avanzata
IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria, Negrar di Valpolicella (VR)



<u>Epidemiologia</u>	4
<u>Diagnosi</u>	4
<u>La classificazione del rischio</u>	4
<u>Perché questo calcolo è fondamentale per scegliere la terapia?</u>	5
<u>Opzioni di Trattamento per il Basso Rischio</u>	5
<u>Sorveglianza Attiva (Active Surveillance)</u>	6
<u>Chirurgia (Prostatectomia Radicale)</u>	6
<u>Radioterapia</u>	7
<u>Opzioni di Trattamento per il Rischio Intermedio</u>	9
<u>Un breve accenno al Rischio Alto</u>	9
<u>La Terapia Ormonale (Deprivazione Androgenica - ADT)</u>	10

TUMORE DELLA PROSTATA IN FASE PRECOCE: INFORMAZIONI PER UNA SCELTA CONSAPEVOLE

Informazioni per pazienti e caregiver

EPIDEMIOLOGIA

Ricevere una diagnosi di tumore della prostata può comprensibilmente spaventare, ma il paziente non sarà da solo ad affrontare questo momento. In Italia e in Europa, infatti, questa patologia rappresenta attualmente la neoplasia più frequentemente diagnosticata nella popolazione maschile. Grazie alla diagnosi precoce e ai continui progressi delle cure, oggi nel nostro Paese oltre mezzo milione di uomini convive serenamente con una precedente diagnosi di questo tumore. Si tratta di una malattia altamente curabile, e un team clinico multidisciplinare affiancherà il paziente passo dopo passo per affrontare la malattia nel modo migliore.

DIAGNOSI

Per confermare la diagnosi e comprendere esattamente le caratteristiche della malattia, per trattarla correttamente, vengono eseguiti alcuni esami specifici:

- **Esplorazione rettale:** una visita rapida che consente al medico di valutare al tatto il volume, la consistenza e la regolarità della ghiandola.
- **PSA (Antigene Prostatico Specifico):** un normale prelievo di sangue che misura una proteina prodotta dalla prostata; se il valore è alterato, funge da prezioso “campanello d’allarme”.
- **Risonanza Magnetica (RM):** un esame radiologico non invasivo che, attraverso immagini dettagliate, aiuta a localizzare con precisione eventuali aree sospette all’interno della ghiandola e l’estensione delle stesse.
- **Biopsia prostatica:** la procedura diagnostica definitiva, che consiste nel prelevare piccolissimi frammenti di tessuto per analizzarli al microscopio e confermare l’effettiva presenza di cellule tumorali e darne una precisa

caratterizzazione. Può essere effettuata una biopsia random, in cui vengono prelevati casualmente numerosi frustoli da tutta la ghiandola, oppure una biopsia mirata, sulla lesione sospetta documentata alla RM.

- **Tomografia ad emissione di positroni (PET) o tomografia computerizzata (TC) + scintigrafia ossea:** esami di stadiazione che possono essere eseguiti alternativamente nei pazienti con un rischio di malattia a distanza, per escludere ulteriori localizzazioni di malattia in altri distretti corporei prima di avviare il trattamento

Questi esami, combinati tra loro, ci forniscono una mappa precisa della situazione clinica del paziente alla diagnosi.

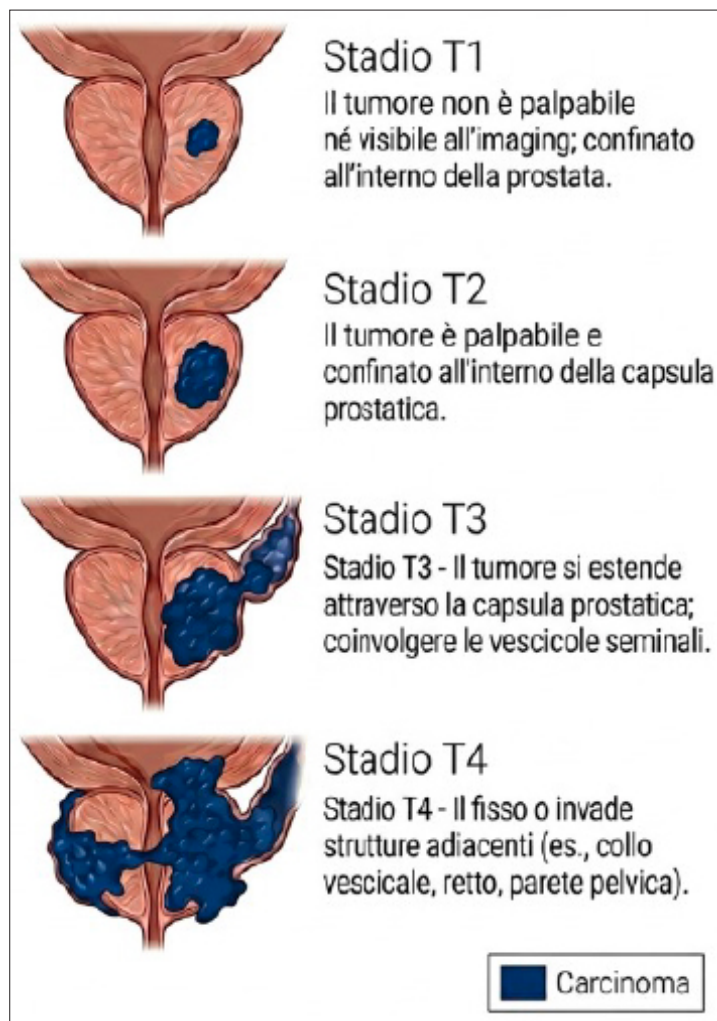
LA CLASSIFICAZIONE DEL RISCHIO

Quando si parla di tumore della prostata, è fondamentale comprendere che non tutte le malattie sono uguali. Alcune neoplasie hanno una crescita estremamente lenta e indolente, mentre altre sono più aggressive e possono svilupparsi in modo più rapido. Per questo motivo, è fondamentale la “classificazione del rischio”, che permette al medico di inquadrare con esattezza la specifica situazione clinica del paziente per offrire la cura più adatta e personalizzata.

Per la classificazione di rischio, vengono presi in considerazione 3 parametri fondamentali:

- **Il valore del PSA nel sangue:** fornisce un’indicazione preliminare dell’attività della malattia. Si valuta se il valore è inferiore a 10 ng/ml, compreso tra 10 e 20 ng/ml o se supera 20 ng/ml.
- **Lo stadio clinico del tumore (TNM):** definito dalla RM, indica l’estensione anatomica del tumore, ovvero se è confinato all’interno della prostata, o se si estende oltre la capsula prostatica o coinvolge le vescicole seminali.

Figura 1: Stadiazione del Cancro della Prostata: Classificazione T



- **Il grado di aggressività della malattia, Gleason Score (GS) o ISUP:** questo è un dato che viene ottenuto dall'esame istologico della biopsia. Viene assegnato un punteggio crescente che definisce l'aggressività della malattia. Per il GS il punteggio va da 3+3 a 5+5, mentre l'ISUP attribuisce un valore da 1 a 5. Incrociando quindi questi 3 dati (PSA massimo, estensione alla RM e punteggio alla biopsia), la malattia viene classificata in: rischio basso, intermedio (favorevole o sfavorevole) o alto. Solo nella malattia a rischio intermedio sfavorevole o alto viene raccomandata l'esecuzione di esami di stadiazione (PET o TC e scintigrafia).

PERCHÉ QUESTO CALCOLO È FONDAMENTALE PER SCEGLIERE LA TERAPIA?

Conoscere la classe di rischio è fondamentale per definire la prospettiva terapeutica e a ogni classe corrisponde un trattamento specifico, per evitare due errori opposti: curare troppo una malattia innocua (il cosiddetto *overtreatment*) o curare troppo poco una malattia che richiede invece di essere debellata.

In ogni caso, la decisione finale sul trattamento dovrebbe sempre essere presa nell'ambito di una valutazione multidisciplinare, sempre considerando non solo la classe di rischio della malattia, ma anche le altre caratteristiche cliniche del paziente (età, stato di salute generale, patologie associate).

OPZIONI DI TRATTAMENTO PER IL BASSO RISCHIO

Un tumore della prostata a "basso rischio" è una malattia confinata a un lobo ghiandolare della prostata, un PSA che non superi i 10 ng/ml e una biopsia che abbia indicato un GS 3+3 (equivalente ad ISUP 1).

Pur essendo una neoplasia maligna, la situazione medica è molto più rassicurante di quanto si possa immaginare: ci troviamo di fronte a una malattia che cresce in modo estremamente lento o che, nella maggior parte dei casi, potrebbe non svilupparsi mai al punto da causare sintomi o problemi nel corso della vostra vita. Proprio per questa sua natura indolente, vi sono a disposizione diverse opzioni per approcciare questo tipo di malattia, al fine non solo di curare la malattia, ma tutelare anche

TUMORE DELLA PROSTATA IN FASE PRECOCE: INFORMAZIONI PER UNA SCELTA CONSAPEVOLE

Informazioni per pazienti e caregiver

la qualità di vita del paziente. In questa fase di malattia, il ruolo del medico è quello di informare correttamente il paziente riguardo tutte le possibili opzioni, spiegando benefici e potenziali rischi correlati ai rispettivi approcci, ma la scelta finale spetta al paziente, in quanto non vi è un'opzione migliore delle altre.

Qui nel dettaglio le 3 opzioni:

SORVEGLIANZA ATTIVA (ACTIVE SURVEILLANCE)

Cos'è e perché non si tratta subito? La Sorveglianza Attiva è attualmente raccomandata come l'opzione standard, ovvero la prima scelta secondo le linee guida, per la maggior parte dei pazienti con un tumore a basso rischio e con un'aspettativa di vita superiore a 10 anni. Cosa implica all'atto pratico? Significa che non si procede immediatamente con un trattamento curativo (chirurgia o radioterapia), bensì si mantiene la malattia sotto una stretta osservazione clinica. Questo viene proposto perché la maggior parte dei tumori a rischio basso non rappresenterà mai una reale minaccia per la vita del paziente. Un grande studio internazionale ha infatti dimostrato come la sorveglianza attiva non determini un peggioramento della sopravvivenza rispetto a un trattamento attivo. Un atteggiamento diverso in questa fase potrebbe talvolta rappresentare un "sovratrattamento" (overtreatment) ed è ciò che la sorveglianza attiva mira ad evitare.

Come funziona il monitoraggio? Attenzione a non confondere la parola "sorveglianza" con un "abbandono" del paziente. Al contrario, il paziente verrà inserito in un programma clinico altamente strutturato, rigoroso e predefinito. Il protocollo di monitoraggio prevede la ripetizione periodica di PSA, RM e biopsia. Generalmente il PSA viene dosato ogni 6 mesi, la

RM viene ripetuta a cadenza annuale, mentre la biopsia a intervalli più lunghi.

Se durante questi controlli periodici si dovesse notare un cambiamento, ovvero se il tumore dovesse dare segni di risveglio o maggiore aggressività, si interverrà tempestivamente passando a un trattamento curativo attivo (chirurgia o radioterapia), senza aver perso le probabilità di guarigione definitiva.

Quali sono i vantaggi e i possibili svantaggi di questo approccio? Dal punto di vista fisico, per il periodo della sorveglianza, non vi sono effetti collaterali nel lungo termine. La sorveglianza consente di posticipare il trattamento curativo potenzialmente anche di diversi anni o in alcuni casi potrebbe non essere necessario ricorrere a un trattamento attivo. Dal punto di vista psicologico, è comprensibile che all'inizio l'idea di convivere con un tumore senza rimuoverlo possa generare incertezza e preoccupazione. Tuttavia, la maggior parte dei pazienti, dopo un iniziale timore, si abitua e si adatta a questa strategia. E' fondamentale per il paziente comprendere che la sorveglianza deve essere proseguita secondo le indicazioni fornite dallo specialista, per non rischiare di perdere un'opzione terapeutica.

CHIRURGIA (PROSTATECTOMIA RADICALE)

Come funziona l'intervento? La prostatectomia radicale consiste nella rimozione chirurgica dell'intera ghiandola prostatica e delle vescicole seminali. Oggi questa operazione viene eseguita in anestesia generale avvalendosi quasi esclusivamente della tecnica "robot-assistita", un approccio chirurgico minimamente invasivo che fornisce al chirurgo una visione tridimensionale ingrandita e una

TUMORE DELLA PROSTATA IN FASE PRECOCE: INFORMAZIONI PER UNA SCELTA CONSAPEVOLE

Informazioni per pazienti e caregiver

precisione di movimento millimetrica. Grazie alle piattaforme robotiche più avanzate e di nuova generazione (come i sistemi Single Port), è spesso possibile utilizzare diversi accessi chirurgici con una o poche millimetriche incisioni, favorendo un recupero post-operatorio rapido e un minore dolore. Alla fine della procedura si ricongiunge la vescica all'uretra e si posiziona un catetere che verrà rimosso solitamente dopo pochi giorni.

Quali sono i vantaggi? Il vantaggio principale della chirurgia risiede nell'asportazione fisica della neoplasia e nella possibilità di far analizzare in laboratorio di anatomia patologica l'intera ghiandola, ottenendo così una mappa definitiva, reale e precisa della malattia tumorale. Inoltre, con la rimozione della prostata, il valore del PSA nel sangue si azzerà: questo fattore rende il monitoraggio successivo più semplice, poiché qualsiasi piccolissimo rialzo del PSA costituirà un prezioso e precoce campanello d'allarme.

Quali sono i possibili effetti collaterali e come si gestiscono? Nonostante l'elevata precisione del robot, la prostata è intimamente circondata da strutture nervose e muscolari che sono fondamentali sia per il controllo dell'urina sia per la capacità di avere un'erezione. La manipolazione chirurgica di questa delicata area pelvica può generare temporanee sequele funzionali, per le quali sono previsti specifici percorsi di riabilitazione.

- **Incontinenza urinaria:** Subito dopo la rimozione del catetere urinario è piuttosto frequente sperimentare delle perdite involontarie di urina per qualche settimana. Questo avviene poiché il principale muscolo deputato al contenimento dell'urina (lo sfintere uretrale esterno) deve riadattarsi per funzionare autonomamente. Per recuperare la continenza nel più breve tempo possibile, la riabilitazio-

ne del pavimento pelvico è il trattamento conservativo di eccellenza. Il paziente verrà inserito in un programma di allenamento muscolare specifico, venendo istruito su come eseguire contrazioni isolate e volontarie della muscolatura del piano perineale e su come ottimizzare lo stile di vita. La maggior parte dei pazienti riacquisisce la totale continenza nell'arco di breve tempo.

- **Disfunzione erettile (Impotenza):** I fasci nervosi che comandano il meccanismo dell'erezione decorrono aderenti alla superficie esterna della prostata. Se le condizioni e la posizione del tumore lo consentono, il chirurgo ricorrerà a una tecnica di preservazione di questi nervi (tecnica nerve-sparing). Tuttavia, lo stress fisico dell'intervento causa solitamente uno "spegnimento temporaneo" della funzione erettile. I tempi di guarigione e recupero possono essere lunghi (da vari mesi fino a oltre un anno) e dipendono strettamente dall'età del paziente, dalla validità della sua funzione sessuale precedente all'intervento e dal grado di conservazione dei nervi ottenuta in sala operatoria. A supporto del percorso, può essere prescritta una terapia riabilitativa con farmaci specifici, al fine di riossigenare i tessuti e promuovere il risveglio funzionale.

RADIOTERAPIA

Come funziona e quali sono le tempistiche?

La radioterapia è un trattamento non chirurgico e non invasivo che utilizza radiazioni ad alta energia mirate con l'obiettivo di uccidere le cellule tumorali, senza rimuovere l'organo. Per il tumore della prostata esistono 2 modalità di radioterapia:

- **Radioterapia a fasci esterni:** Le radiazioni provengono da un apparecchio all'esterno del vostro corpo. Storicamente il trattamento radioterapico per il tumore prostatico ri-

TUMORE DELLA PROSTATA IN FASE PRECOCE: INFORMAZIONI PER UNA SCELTA CONSAPEVOLE

Informazioni per pazienti e caregiver

chiedeva un elevato numero di sedute, che venivano erogate nell'arco di 8 settimane di trattamento. Attualmente, grazie all'avanzamento tecnologico e ad una precisione sempre maggiore garantita dai macchinari, il trattamento radioterapico può essere fatto in sempre meno frazioni: i protocolli più comunemente usati prevedono 20 sedute o, in alcuni casi selezionati, anche in 5 sedute. Il trattamento in 5 frazioni viene effettuato mediante l'applicazione della radioterapia stereotassica (SBRT), che consiste nell'erogazione di un'elevata dose di radiazioni in un numero ridotto di frazioni, grazie ad un'elevata accuratezza spaziale. Questo trattamento viene attualmente sempre più proposto, in quanto garantisce la stessa efficacia del trattamento convenzionale, riducendo però gli accessi ospedalieri al paziente. Si può comunque in casi selezionati effettuare trattamenti radioterapici dilazionati nel tempo, laddove l'anatomia del paziente non consenta un trattamento in poche frazioni. In ogni caso il trattamento radioterapico viene sempre effettuato in regime ambulatoriale, dura pochi minuti al giorno, il paziente può presentarsi autonomamente e, una volta conclusa la seduta, non è radioattivo e non ha problemi nello stare a contatto con le persone.

• **Brachiterapia:** Un approccio diverso che prevede l'inserimento permanente all'interno della prostata di piccolissimi "semi" radioattivi, grandi quanto un chicco di riso. Questa operazione si svolge in anestesia e in un'unica giornata; i semi rilasceranno lentamente la loro dose curativa nel corso di alcune settimane.

Quali sono i vantaggi? Il vantaggio ineguagliabile della radioterapia è la cura radicale del tumore in modo del tutto non invasivo. Garantisce risultati uguali identici rispetto alla chirurgia, evitando però un intervento in anestesia generale, i giorni di ricovero ospedaliero e il posizionamento del catetere urinario.

Quali sono gli effetti collaterali a breve e lungo termine? La radioterapia è in genere ottimamente tollerata, ma le radiazioni provocano una reazione infiammatoria nei tessuti limitrofi. Allo scopo di ridurre il più possibile l'esposizione alle radiazioni dei tessuti sani, solitamente si raccomanda al paziente una preparazione giornaliera con retto vuoto e vescica piena.

La radioterapia, seppur solitamente ben tollerata, può comunque causare effetti collaterali, che si distinguono in:

Acuti: compaiono solitamente in corso di trattamento o poco dopo la conclusione e che solitamente si risolvono fisiologicamente nell'arco del primo mese dopo la fine della radioterapia. Nella brachiterapia, l'irritazione per le prime settimane può essere un po' più fastidiosa. I più comuni sono:

Cistite: L'infiammazione della mucosa vescicale può determinare la necessità di urinare frequentemente o bruciore minzionale. E' raccomandata un'abbondante idratazione, evitando

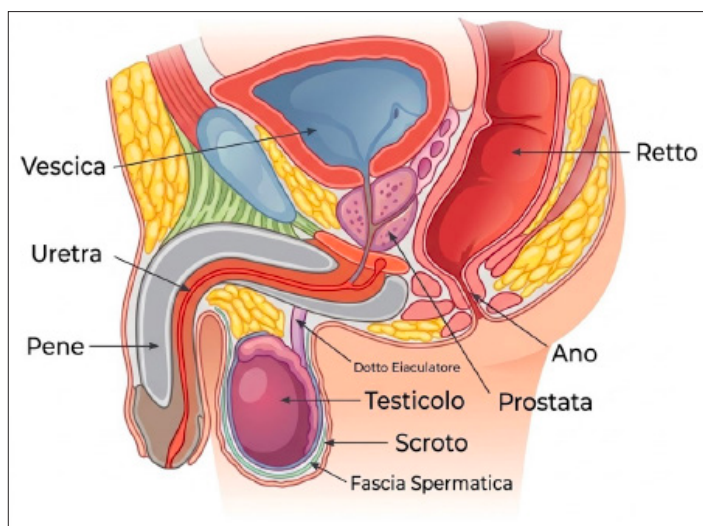


Figura 2: Anatomia del sistema urogenitale maschile

TUMORE DELLA PROSTATA IN FASE PRECOCE: INFORMAZIONI PER UNA SCELTA CONSAPEVOLE

Informazioni per pazienti e caregiver

sostanze irritanti. In caso di necessità, possono essere utilizzati farmaci antinfiammatori e sintomatici, e solo raramente antibiotici (non essendo nella maggior parte dei casi causata da agenti infettivi).

Proctite: Questo disturbo è causato dall'infiammazione della mucosa rettale e può comportare un bisogno frequente di defecare, spesso con scarsa emissione di feci, ma prevalentemente gas e muco. In presenza di patologie emorroidarie preesistenti, i sintomi possono peggiorare. In alcuni casi, è possibile ricorrere all'uso di pomate o supposte a base di anestetici locali e/o cortisonici.

Tardivi: Si possono verificare dopo mesi o talvolta anni dalla fine della terapia:

Proctite: sicuramente meno comune rispetto al passato, residua tuttavia una piccola quota di pazienti che nel lungo termine avrà sanguinamenti rettali (il più delle volte di modesta entità).

Disfunzione erettile: non compare subito dopo il trattamento, ma può verificarsi un progressivo peggioramento (l'impotenza assoluta è poco comune), dovuto perlopiù alla fibrosi indotta sui vasi sanguigni.

Sintomi urinari persistenti: talvolta possono persistere anche nel lungo termine dopo il trattamento, quali riduzione del flusso urinario o aumentata frequenza urinaria.

OPZIONI DI TRATTAMENTO PER IL RISCHIO INTERMEDIO

È fondamentale dividere la malattia a rischio intermedio in 2 ulteriori sottogruppi: malattia a rischio intermedio favorevole e sfavorevole. La malattia a rischio intermedio favorevole è infatti più simile alla malattia a basso rischio e

in alcuni casi selezionati si può proporre anche in questo caso la sorveglianza attiva.

Nella maggior parte dei casi viene comunque proposto un trattamento attivo (chirurgia o radioterapia, con le stesse elevate probabilità di guarigione).

Nel rischio intermedio sfavorevole invece aumenta la probabilità di malattia extraprostatica ed è necessaria una stadiazione sistemica prima di avviare il trattamento. È necessario infatti, mediante TC e scintigrafia ossea o con una PET PSMA, escludere la presenza di localizzazioni di malattia extraprostatica.

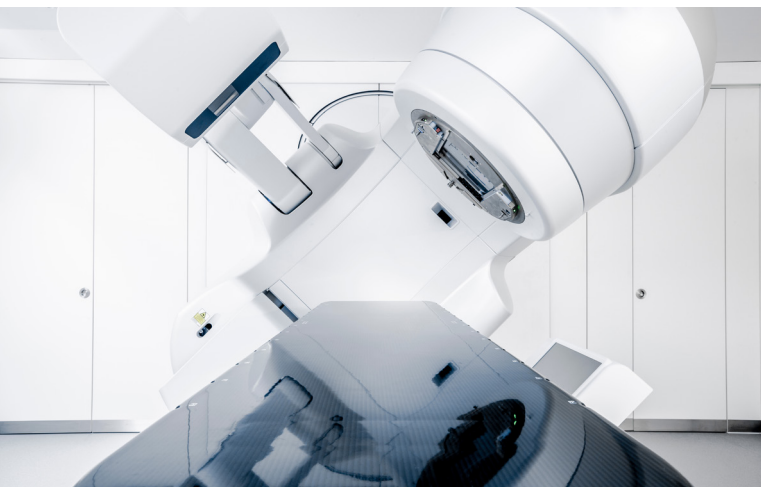
In questi pazienti il trattamento è sempre necessario e le 2 opzioni sono egualmente valide: chirurgia o radioterapia.

Nel rischio intermedio, a maggior ragione nel sottogruppo sfavorevole, viene spesso consigliata in associazione alla radioterapia una terapia ormonale di breve durata (generalmente 6 mesi), per massimizzare il risultato.

UN BREVE ACCENNO AL RISCHIO ALTO

In questo caso ci si trova di fronte a un tumore ha mostrato caratteristiche di maggiore aggressività (ad esempio, un valore di PSA superiore a 20 ng/ml, un Gleason Score/Gruppo di Grado pari a 4 o 5, o l'estensione al di fuori della capsula prostatica). Per questo motivo, richiede un approccio più aggressivo e spesso richiede un trattamento multimodale. Le opzioni terapeutiche in questo caso sono:

- **Chirurgia (Prostatectomia Radicale):** In questo specifico scenario, in cui il tumore mostra una maggiore aggressività, la chirurgia rimane indicata. L'intervento chirurgico comprende l'asportazione della prostata



solitamente unito all'asportazione estesa dei linfonodi pelvici (linfadenectomia pelvica). Data l'assoluta priorità di debellare ogni traccia della malattia aggressiva, l'obiettivo oncologico supera quello del recupero funzionale sessuale; pertanto, la conservazione dei nervi (nerve-sparing) potrebbe essere sconsigliata. Sulla base dei risultati dell'esame istologico finale, qualora l'intervento chirurgico non fosse risultato completamente radicale, il gruppo medico multidisciplinare potrà valutare se associare un trattamento radioterapico, con l'aggiunta o meno di una terapia farmacologica.

- **Radioterapia associata a Terapia Ormonale prolungata:** Un'alternativa terapeutica ugualmente valida per curare in modo definitivo la malattia è l'impiego della radioterapia esterna ad alte dosi mirata sulla prostata e, spesso, sui linfonodi della pelvi. In questo scenario, però, viene raccomandata l'associazione di terapia ormonale per un periodo più lungo, che va generalmente dai 18 ai 24 mesi. La radioterapia viene solitamente preferita quando alla diagnosi vi sia già un coinvolgimento dei linfonodi pelvici.

Nel rischio alto è in ogni caso fondamentale che l'approccio venga definito il più possibile in ambito multidisciplinare.

LA TERAPIA ORMONALE (DEPRIVAZIONE ANDROGENICA - ADT)

Cos'è e come funziona? Le cellule del tumore della prostata sono estremamente dipendenti dagli ormoni per sopravvivere; in particolare, utilizzano il testosterone (il principale ormone maschile) come "carburante" per crescere e moltiplicarsi. La terapia ormonale, tecnicamente definita *Terapia di Deprivazione Androgenica (ADT)*, consiste nel bloccare questo meccanismo. Viene somministrata solitamente attraverso iniezioni (mensili, trimestrali o semestrali) o pillole che azzerano la produzione di testosterone nel corpo, portandolo a "livelli di castrazione" (inferiori a 50 ng/dL).

Questo meccanismo indebolisce le cellule tumorali. La durata della terapia ormonale nella malattia localizzata varia a seconda della classe di rischio e dell'aggressività della malattia.

Quali sono gli effetti collaterali e come gestirli nella vita di tutti i giorni? Abbassare i livelli di testosterone nel sangue comporta inevitabilmente dei cambiamenti fisici e psicologici. La maggior parte di questi disturbi regredisce progressivamente una volta terminati i mesi di terapia. Ecco i principali:

- **Vampate di calore:** Molto simili a quelle sperimentate dalle donne in menopausa, le vampate colpiscono un'ampia maggioranza degli uomini in terapia ormonale, comparendo di solito dopo i primi tre mesi. Si manifestano con improvvise ondate di calore e sudorazione.
- **Stanchezza (Fatigue) e spossatezza:** Un senso di affaticamento generale e una ridotta tolleranza allo sforzo sono molto comuni.
- **Aumento di peso, perdita muscolare e alterazioni del metabolismo:** L'assenza di testosterone tende a far diminuire la massa magra e la muscolatura (sarcopenia) e ad aumentare la massa grassa, specialmente

TUMORE DELLA PROSTATA IN FASE PRECOCE: INFORMAZIONI PER UNA SCELTA CONSAPEVOLE

Informazioni per pazienti e caregiver

sul girovita. L'ormonoterapia altera inoltre il metabolismo, potendo causare un aumento del colesterolo, dei trigliceridi, della pressione arteriosa e della glicemia, configurando a volte una "sindrome metabolica".

- **Osteoporosi e fragilità ossea:** Il testosterone è vitale per mantenere le ossa dense e robuste. La terapia ormonale accelera il riassorbimento osseo, aumentando il rischio di osteoporosi e potenziali fratture ad essa correlate.

- **Calo del desiderio sessuale (Libido) e sbalzi d'umore:** Eliminare il testosterone "spegne" inevitabilmente il desiderio sessuale e causa difficoltà di erezione per tutta la durata della terapia. Oltre all'impatto fisico, questa situazione, unita alle variazioni ormonali, può favorire irritabilità, ansia, tensione e sbalzi d'umore.

TUMORE DELLA PROSTATA IN FASE PRECOCE: INFORMAZIONI PER UNA SCELTA CONSAPEVOLE

Informazioni per pazienti e caregiver

QUADERNI INFORMATIVI DI ROPI PER I PAZIENTI SONO DISPONIBILI NEL SITO WEB:

<https://www.reteoncologicaropi.it/quaderni-informativi/>

1. Informazioni per i pazienti oncologici durante l'emergenza COVID-19 - *Dicembre 2020*
2. Il manuale del Caregiver in oncologia: "Aspetti pratici dell'assistenza al paziente oncologico" - *Edizione 2021*
3. FOCUS "CAREGIVER IN ONCOLOGIA" - *Gennaio 2021*
4. Alimentazione e nutrizione nel paziente con carcinoma dello stomaco - *Gennaio 2021*
5. BRCA e adenocarcinoma del pancreas metastatico - *Gennaio 2021*
6. Carcinoma mammario invasivo non metastatico (stadio I-II-III) - *Febbraio 2021*
7. Informazioni per i pazienti oncologici durante l'emergenza COVID -19 - 2a edizione - *Marzo 2021*
8. Sarcomi dei tessuti molli - *Aprile 2021*
9. Il carcinoma della vescica - *Maggio 2021*
10. Colangiocarcinoma - *Maggio 2021*
11. Test genomici e carcinoma mammario invasivo in stadio iniziale - 4a edizione - *Ottobre 2021*
12. Carcinoma dell'ovaio - *Agosto 2021*
13. Il tumore dell'endometrio - *Giugno 2022*
14. ABC degli effetti collaterali da immunoterapia - *Agosto 2021*
15. Carcinoma mammario metastatico - *Agosto 2021*
16. Carcinoma mammario metastatico triplo negativo: quali novità per il 2021 - *Agosto 2021*
17. Carcinoma mammario metastatico HER2-positivo: quali novità per il 2021 - *Ottobre 2021*
18. Carcinoma mammario metastatico HR-positivo e HER2-negativo: quali novità per il 2021 - *Novembre 2021*
19. Immunoterapia e tumori: meccanismo d'azione e indicazioni terapeutiche - *Febbraio 2022*
20. Carcinoma mammario durante la gravidanza - *Febbraio 2022*
21. Attività fisica e tumori - *Marzo 2022*
22. Vaccinazioni nei pazienti oncologici- Raccomandazioni ROPI - *Maggio 2022*
23. Pillole di sanità digitale - *2022*
24. La ricerca clinica in oncologia spiegata ai pazienti - *Edizione 2022*
25. Carcinoma mammario in fase precoce - *Settembre 2022*
26. Carcinoma mammario metastatico - 2a edizione - *Settembre 2022*
27. Carcinoma mammario metastatico triplo negativo: quali novità per il 2022 - 2a edizione - *Settembre 2022*
28. Tumore dell'endometrio - *Settembre 2022*
29. Immunoterapia e tumori: meccanismo d'azione e indicazioni terapeutiche - 2a edizione - *Settembre 2022*
30. Carcinoma dell'ovaio - 3a edizione - *Ottobre 2022*
31. Colangiocarcinoma - 2a edizione - *Ottobre 2022*
32. Carcinoma mammario metastatico HER2- positivo: quali novità per il 2022 - 3a edizione - *Dicembre 2022*
33. Carcinoma mammario metastatico HR-positivo e HER2-negativo: quali novità per il 2022 - 3a edizione - *Dicembre 2022*
34. Carcinoma mammario metastatico HER2-positivo: quali novità per il 2023 - 4a edizione - *Luglio 2023*
35. Metastasi ossee nei tumori solidi - *Agosto 2023*
36. Vaccinazione anti COVID-19: le indicazioni preliminari del Ministero della Salute in vista della stagione autunno-inverno 2023-2024 - *Agosto 2023*
37. Immunoterapia e tumori: meccanismo d'azione e indicazioni terapeutiche. 3a edizione - *Settembre 2023*

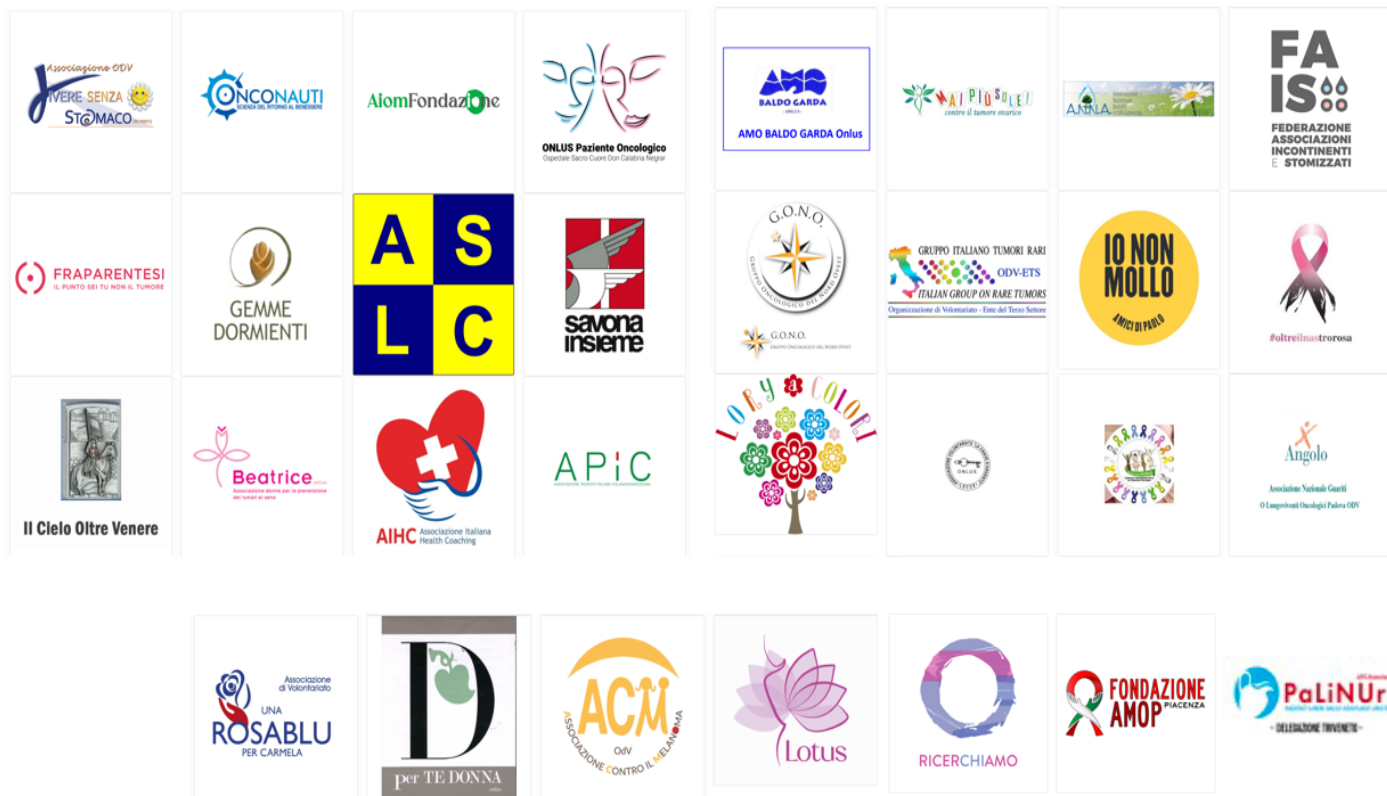
TUMORE DELLA PROSTATA IN FASE PRECOCE: INFORMAZIONI PER UNA SCELTA CONSAPEVOLE

Informazioni per pazienti e caregiver

38. Vaccinazione anti COVID-19. Indicazioni e raccomandazioni del Ministero della Salute per la campagna di vaccinazione autunnale/invernale 2023/2024 anti COVID-19. *Ottobre 2023*
39. Carcinoma Mammario in fase precoce. 3a edizione - *Marzo 2024*
40. Carcinoma Mammario Metastatico HER2-Positivo: quali novità nel 2024? 4a edizione - *Marzo 2024*
41. Carcinoma Mammario Metastatico HR-Positivo e HER2-negativo: quali novità nel 2024? 3a edizione- *Marzo 2024*
42. Carcinoma Mammario Metastatico Triplo: quali novità nel 2024?- 3a edizione - *Marzo 2024*
43. Attività fisica e tumori. Una guida per pazienti - Edizione *Marzo 2024*
44. IL TUMORE DELL'ENDOMETRIO: novità nel 2024 - *Aprile 2024*
45. I TUMORI DELL'OVAIO: novità nel 2024 - *Aprile 2024*
46. RADIOTERAPIA ONCOLOGICA - *Febbraio 2025*
47. IL MANUALE DEL CAREGIVER. "ASPETTI PRATICI DELL'ASSISTENZA AL PAZIENTE ONCOLOGICO". Edizione *2025*
48. Carcinoma mammario in fase precoce. 4a edizione. *Marzo 2025*
49. Carcinoma Mammario Metastatico HR-Positivo e HER2-negativo. 4a edizione - *Marzo 2025*
50. Carcinoma Mammario Metastatico HER2-Positivo. 5a edizione - *Marzo 2025*
51. Carcinoma Mammario Metastatico Triplo. 4a edizione - *Marzo 2025*
52. La ricerca clinica spiegata ai pazienti. Edizione *2025*
53. Metastasi ossee nei tumori solidi. 2a edizione. *Aprile 2025*
54. IL CARCINOMA DELLA VESCICA. 2a edizione. *Settembre 2025*
55. Carcinoma polmonare: perché la ricerca delle alterazioni molecolari è importante? *Ottobre 2025*
56. Carcinoma mammario in fase precoce- 5a edizione - *Marzo 2026*
57. Carcinoma Mammario Metastatico HR-Positivo e HER2-negativo. 5a edizione - *Marzo 2026*
58. Carcinoma Mammario Metastatico HER2-Positivo. 6a edizione - *Marzo 2026*
59. Carcinoma Mammario Metastatico Triplo. 4a edizione - *Marzo 2026*
60. Attività fisica e tumori. Una guida per pazienti - 3a edizione - *Marzo 2026*
61. Il tumore dell'endometrio: novità nel 2026. Una guida per le pazienti - 4a edizione - *Aprile 2026*
62. I tumori dell'ovaio: novità nel 2026. Una guida per le pazienti - 4a edizione - *Aprile 2026*
63. Carcinoma mammario in fase precoce - 6a edizione - *Aprile 2026*
64. Tumore della prostata in fase precoce: informazioni per una scelta consapevole - *Maggio 2026*

ROPI

RETE ONCOLOGICA PAZIENTI ITALIA



ROPI - RETE ONCOLOGICA PAZIENTI ITALIA

Via del Gesù, 17-20121 Milano
info@reteoncologiaropi.it- segreteria@reteoncologiaropi.it
www.reteoncologiaropi.it

