

# Insieme a te...

DALLA PREVENZIONE ALLA CURA  
DEL TUMORE DELLA PROSTATA

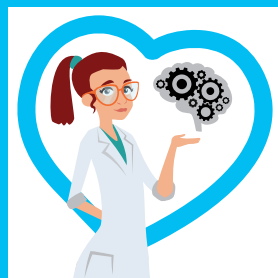


# Insieme a te...

## DALLA PREVENZIONE ALLA CURA DEL TUMORE DELLA PROSTATA

### INDICE

<u>PREFAZIONE</u>	p. 3
<u>A COSA SERVE QUESTO OPUSCOLO?</u>	p. 4
• definizioni	p. 4
• epidemiologia	p. 5
<u>PREVENZIONE PRIMARIA</u>	p. 6
• Fattori di rischio e di protezione	p. 6
<u>PREVENZIONE SECONDARIA</u>	p. 7
<u>SINTOMI DEL CARCINOMA PROSTATICO</u>	p. 8
• diagnosi	p. 8
• grading, stadiazione e classi di rischio	p. 10
<u>PROGNOSI</u>	p. 12
<u>TERAPIA</u>	p. 12
<u>FOLLOW UP</u>	p. 17
• diagnosi e terapia delle recidive	p. 17
• il trattamento dei principali effetti collaterali	p. 18
<u>ASSISTENZA PSICO-ONCOLOGICA</u>	p. 20
<u>TUTELE</u>	p. 22



## prefazione

La corretta informazione rappresenta una strategia essenziale nella battaglia contro il cancro. È essenziale nell'ambito della prevenzione, laddove educa alla modifica di abitudini e stili di vita insalubri (prevenzione primaria) ed orienta verso i percorsi diagnostici atti ad individuare la malattia tumorale in fase precoce (prevenzione secondaria). È fondamentale anche in ambito terapeutico, ove l'antico modello di unilateralità decisionale (il medico decide la terapia che il paziente "supinamente" accetta) deve essere sostituito da un rapporto in cui i professionisti sanitari interagiscono con pazienti consapevoli ed informati su benefici ed effetti collaterali dei trattamenti. Numerosi studi sottolineano quanto consapevolezza e partecipazione ("patient empowerment") comportino un miglioramento di numerosi indicatori di outcome clinico e psicologico.

Da tale presupposto deriva il Progetto della Fondazione del Piemonte per l'Oncologia - a cui ha aderito la Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta - che è stato denominato OMERO 2.0 (dal nome del narratore per eccellenza). Gli specialisti dell'IRCCS di Candiolo, utilizzando lessico e stili descrittivi semplici ma scientificamente accurati, hanno elaborato opuscoli informativi inerenti le principali patologie tumorali. Particolare attenzione è stata dedicata, oltre alla prevenzione ed al contesto diagnostico-terapeutico, alla descrizione delle opportunità socio-assistenziali ed all'importanza dell'assistenza psico-oncologica per i pazienti ed i familiari.

**Dr. PIERO FENU**

*Direttore Sanitario Istituto di Candiolo, FPO-IRCCS*

**Dr. OSCAR BERTEGTO**

*Direttore Dipartimento Interaziendale  
Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta*



## a cosa serve questo opuscolo?

Il tumore della prostata è la principale neoplasia maligna nel sesso maschile. La sua curabilità è migliorata costantemente dalla metà degli anni '90 e continuerà a migliorare sempre di più in futuro. Questo si sta realizzando grazie alla sempre maggiore diffusione dei programmi di screening mediante visite urologiche e PSA seriali e grazie al progresso scientifico che sta mettendo a disposizione dei Medici strumenti sempre più efficaci sia a livello diagnostico (nuove tipologie di PSA, Risonanza magnetica multiparametrica, PET colina a PSMA) che terapeutico (nuove forme sofisticate di chirurgia e di radioterapia, varie linee di ormonoterapia, terapie biologiche e terapie locali di tipo interventistico e medico-nucleari). In più, la chirurgia e la radioterapia, che mantengono un ruolo primario nella terapia del tumore alla prostata, sono sempre meno invasive e volte a rispettare quanto più

possibile l'integrità fisica del paziente.

C'è da dire che nessuna di queste motivazioni, da sola, potrebbe spiegare la costante riduzione di mortalità legata al tumore alla prostata se non si tenesse conto di quella che, forse, è la componente più importante: il lavoro coordinato dei vari specialisti intorno a ciascun paziente. Termini come "gruppi interdisciplinari cure", o "Prostate Unit" (come dicono gli anglosassoni) indicano il modello organizzativo ideale per il conseguimento di questi importanti successi: l'elevata interazione tra specialisti di discipline diverse ha lo scopo di assicurare al paziente che riceve una diagnosi di tumore alla prostata il percorso terapeutico personalizzato ottimale non solo per guarire ma anche per salvaguardare il suo benessere psico-fisico durante il trattamento e negli anni successivi alla terapia.

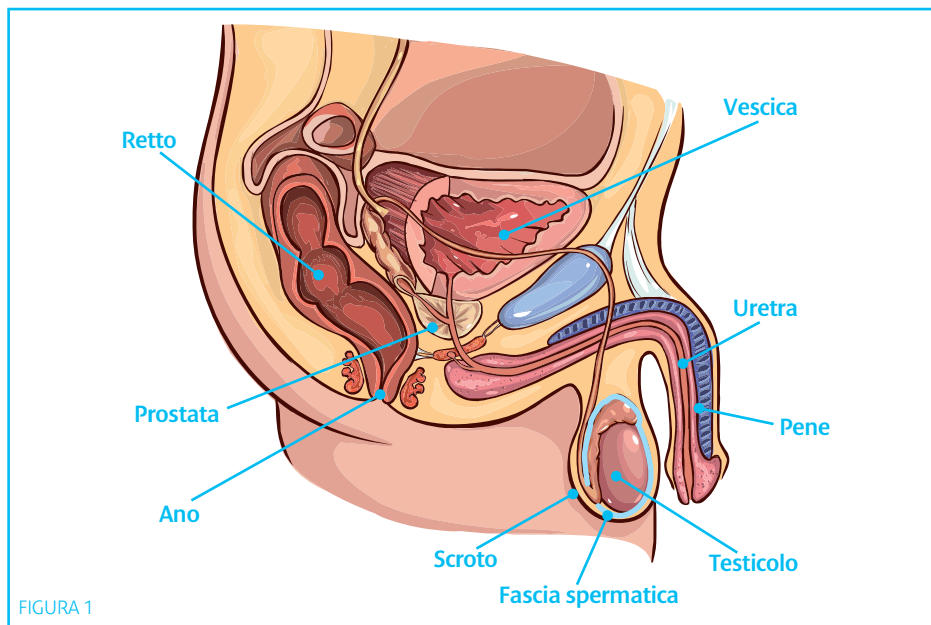
Questo opuscolo vuole essere un ulteriore ausilio alle informazioni che vengono discusse durante il percorso diagnostico e terapeutico, ben consci che, spesso, il trauma associato ad una recente diagnosi di tumore alla prostata fa sì che ciò che viene detto durante i colloqui susciti molti interrogativi, perplessità e angosce nel paziente. In più questo sta divenendo sempre più spesso protagonista delle scelte terapeutiche quando esse prevedono più opzioni alternative. Infine un doveroso "mea culpa": dobbiamo ammettere che la nostra percezione di operatori non è quella di aver fornito sempre "adeguata informazione".

Abbiamo pensato quindi che un opuscolo che racconti nel modo più semplice ma accurato possibile quello che normalmente viene condiviso, dal risultato delle indagini diagnostiche alle proposte di terapia, possa consentire al paziente di "ritornarci su" e farne un interlocutore consapevole e sereno nella sua battaglia contro questa malattia.

## DEFINIZIONI

Per **tumore** maligno alla prostata si intende una crescita anomala di cellule a livello della ghiandola prostatica con caratteristiche di **malignità**; esso è la **seconda** causa di mortalità per tumore dopo il tumore polmonare, nonostante sia più frequente di quest' ultimo.

La **prostata** è una ghiandola che produce il liquido prostatico, che normalmente si aggiunge al liquido seminale durante l'eiaculazione. Essa è posta davanti al retto ed al di sotto della vescica, intorno al canale uretrale (**FIGURA 1**) entro il quale riversa il proprio secreto, ed è suddivisa in una zona centrale (circa il 25% del volume), una piccola zona transizionale e una voluminosa zona periferica (circa 70% del volume). Dal punto di vista istologico, la ghiandola è costituita da uno stroma fibromuscolare di sostegno entro il quale sono comprese da 30 a 50 ghiandole tubuloacinosi ramificate che producono il liquido prostatico; esse riversano il proprio secreto all'interno dei dotti, i quali terminano a livello dei seni prostatici all'interno dell'uretra.



Il **tumore prostatico maligno** origina dal tessuto ghiandolare (a differenza dell'adenoma prostatico in cui vi è invece una proliferazione delle cellule dello stroma), ed è pertanto denominato anche **adenocarcinoma della prostata**. In particolare, nel 70% dei casi origina dalla zona periferica, nel 20% dalla zona di transizione e nel 10% dalla zona centrale: questo è importante in quanto all'esplorazione rettale, che è una delle principali manovre di diagnosi, non è possibile verificare la presenza di noduli – finché questi sono piccoli – quando sono all'interno della zona centrale; la sola manovra non è quindi sufficiente a escludere la diagnosi nel caso non venga riscontrata la presenza di **noduli**.

## EPIDEMIOLOGIA

È il più frequente tipo di tumore negli uomini, con una percentuale di prevalenza che cresce del 3-4% per ogni anno dai 50 anni in poi, fino ad arrivare all'80% al di sopra degli 85 anni di età.

In Italia ne è affetto **1 uomo su 8**, ed 1 su 30 va incontro a morte a causa del tumore della prostata.



## prevenzione primaria

### È possibile prevenire il cancro alla prostata?

La prevenzione è la migliore arma per vincere il cancro ed è a nostra portata ogni giorno a cominciare dalla tavola, seguendo le regole della corretta alimentazione, per finire ai controlli medici periodici.

Si è cominciato a dare importanza al concetto di prevenzione del cancro soprattutto perché negli ultimi decenni l'incidenza della mortalità per questa patologia ha subito un forte incremento.

Le ragioni di una crescita così marcata sono legate all'allungamento della vita media e a un sensibile cambiamento negli stili di vita.

Preso atto di questa situazione si è passati da un approccio solamente curativo della malattia ad uno preventivo, anche a causa dei limiti riscontrati nell'efficacia delle terapie mediche. Risale al 1981 la pubblicazione del primo elenco scientificamente controllato dei principali fattori di rischio che determinano la comparsa di un cancro.

Lo scopo della **prevenzione primaria** è quello di ridurre l'incidenza del cancro tenendo sotto controllo i fattori di rischio e aumentando la resistenza individuale a tali fattori. In altre parole si tratta di evitare l'insorgenza del tumore.

Bisogna quindi riconoscere tutti i fattori di rischio a cui una persona può andare incontro oltre che riconoscere eventuali fattori genetici.

Una **corretta prevenzione primaria** non si basa solo sull'identificazione dei fattori di rischio, ma anche e soprattutto sulla valutazione di quanto l'intera popolazione o il singolo individuo sono esposti a tali fattori.

## FATTORI DI RISCHIO E DI PROTEZIONE

### QUALI SONO LE CAUSE DEL TUMORE ALLA PROSTATA?

Nella genesi e nella crescita di tutti i tumori non c'è mai una causa unica (tranne in alcuni casi), in quanto la formazione di cellule tumorali è dovuta a vari fattori di origine differente. Sicuramente c'è una certa percentuale, variabile da tumore a tumore, di predisposizione genetica, la quale è il substrato su cui possono agire dei fattori di rischio ambientale che possono essere fisici (radiazioni ionizzanti), chimici (sostanze cancerogene) o biologici (particolari infezioni). Alcune attività lavorative quali l'industria tessile e le fabbriche inquinanti e voluttuarie, come il fumo, l'alcol ed il caffè, oltre che la **dieta**, sono state associate a numerosi tipi di tumore differenti.



FIGURA 2A



FIGURA 2B

Nel caso del carcinoma prostatico, i principali **fattori di rischio** per il suo sviluppo sono:

- L'**avanzamento dell'età**, sia per il normale invecchiamento delle cellule, sia per la maggiore possibilità di esposizione ad altri fattori di rischio;
- **Familiarità**: è più probabile lo sviluppo di tumore prostatico se si hanno consanguinei (padre, fratelli) affetti a loro volta dalla patologia;
- L'**etnia**: il carcinoma alla prostata è più frequente negli **afroamericani** e nella popolazione scandinava, seguiti dai caucasici e infine dagli asiatici;
- **Sedentarietà**
- **Inquinamento** atmosferico;
- **Dieta ricca di grassi e di carne, e povera di frutta e verdura**;
- **Alti livelli di testosterone**: questo ormone non è sicuramente una causa diretta del tumore, ma ne favorisce il mantenimento e la progressione.
- **Radiazioni ionizzanti**;
- La correlazione tra l'intervento di **vasectomia** e lo sviluppo di tumore alla prostata non è ancora stata dimostrata.

Alcuni fattori alimentari hanno invece un **effetto protettivo**:

- la **soia** (che contiene fitoestrogeni),
- il **pomodoro** (che contiene licopene) (FIGURA 2A)
- la **frutta** (in particolare il melograno),
- il **té verde** (FIGURA 2B)
- la **vitamina E** in quantità adeguate.

## prevenzione secondaria

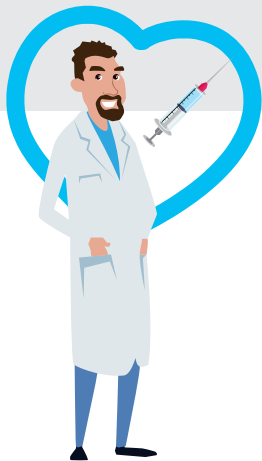
### È importante la diagnosi precoce di tumore ?PSA sì o no?

Questo marker tumorale è una proteina che viene prodotta dalle cellule della ghiandola prostatica e serve per sciogliere i coaguli seminali che si formano nel liquido spermatico. Il dosaggio del PSA fornisce al medico un'idea degli eventuali processi patologici che stanno avvenendo a livello della prostata: il PSA può essere aumentato durante una prostatite, dopo un' esplorazione rettale o un lungo tragitto in bicicletta o motocicletta per compressione della prostata e ovviamente anche nell'ipertrofia prostatica, nell'iperplasia prostatica benigna (o adenoma prostatico) e nel carcinoma della prostata.

Il discorso rimanda all'utilità in chiave diagnostica del PSA . Negli Stati Uniti, sulla spinta dell'American Urological Association e dell'American Cancer Society, il suo dosaggio oggi è usato in maniera diffusa per lo **screening di popolazione**. In Italia, come in molti altri Paesi europei, no. Ci si chiede il perché.

Nonostante l'impiego del test evidenzia una certa riduzione della mortalità per il tumore della prostata, è necessario considerare l'aumento del rischio legato all'eccesso diagnostico. Il PSA **non** sembra quindi utile come test di **screening**: un importante studio svedese del 2014 ha infatti evidenziato l'assenza di vantaggi nel misurare il PSA in assenza di sintomi o di sospetto clinico. Futuri studi potranno confermare o contraddire questa affermazione.

**Facendo la tara tra vantaggi e svantaggi i risultati non sono al momento considerati sufficienti a giustificare un'attività di screening sulla popolazione.**



## simptomi del carcinoma prostatico

L'elevata mortalità del tumore maligno della **prostata** deriva dal fatto che questo provoca delle manifestazioni solo molto **tardivamente**: a causa dell'assenza di sintomi iniziali, molte persone affette da **cancro alla prostata** non sanno di esserlo, e questo permette al tumore di continuare a crescere fino a dare metastasi.

Nel momento in cui il carcinoma diventa sintomatico, i disturbi che provoca possono essere suddivisi in tre categorie:

1. Sintomi del cancro della prostata da **compressione** locale, quando la massa tumorale cresce molto di dimensioni e comprime le strutture contigue:
  - **esitazione minzionale**, ovvero allungamento del tempo per iniziare la minzione
  - **mitto ipovalido** (flusso urinario di scarsa portata) e/o interrotto
  - **gocciolamento** terminale
  - **infezioni urinarie** dovute alla ritenzione urinaria cronica
2. Sintomi del tumore alla prostata da **infiltrazione** locale, dovuti a invasione, da parte delle cellule in crescita, delle strutture adiacenti alla massa tumorale:
  - **dolore perineale** (nella zona compresa tra ano e scroto)
  - **emospermia**, ovvero presenza di sangue nell'eiaculato
  - **ematuria**, presenza di sangue nelle urine, per invasione dell'uretra prostatica
  - **impotenza**, o **disfunzione erettile**, cioè l'impossibilità di raggiungere l'erezione del pene. Questo sintomo è dovuto alla distruzione delle fibre nervose del nervo pudendo, che servono appunto a permettere l'erezione.
3. Sintomi del tumore della prostata da **metastasi**, che più frequentemente si localizzano alle ossa, ai linfonodi, ai polmoni e al fegato:
  - **dolori ossei** in caso di metastasi ossee
  - ingrossamento degli arti inferiori (**linfedema**) a causa delle metastasi linfonodali
  - **tosse** o dispnea per metastasi polmonari

## DIAGNOSI

Per la diagnosi di carcinoma della prostata è necessario percorrere varie tappe, che portano prima al sospetto e poi alla certezza della patologia.

La presenza dei fattori di rischio sopraelencati può già fornire un certo sospetto di patologia prostatica.

Intanto è utile procedere ad una **esplorazione rettale (FIGURA 3)** da parte del medico, attraverso la quale può verificare la presenza di un eventuale **nodulo** a livello della ghiandola prostatica. Quest'indagine è molto importante dal punto di vista della **prevenzione** in quanto, sebbene possa talvolta essere spiacevole, permette di fare una rapida verifica che può portare alla individuazione del tumore: più è precoce la diagnosi, maggiore è l'aspettativa di vita della persona.

Contestualmente di grande importanza è il dosaggio del **PSA**.

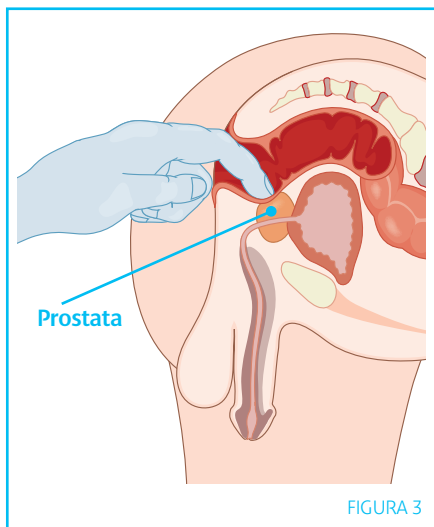


FIGURA 3



I livelli di PSA hanno normalmente valori compresi tra 0 e 4 ng/ml, e possono aumentare nei processi patologici fino a valori superiori a 10 ng/ml. Per valori inferiori ai 4 ng/ml vi è una probabilità del 5% della presenza di carcinoma; per i valori compresi tra 4 e 10 la percentuale sale al 25%, fino ad arrivare al 55% in presenza di valori maggiori di 10 ng/ml. Per migliorare l'affidabilità dei valori di PSA (quando superiori a 4 ng/ml) possono essere richiesti altri tre parametri:

- **rapporto tra PSA libero e PSA totale:** se inferiore al 15% aumenta la probabilità che sia presente il tumore, ma non c'è ancora la certezza
- **PSA density:** è il rapporto tra il valore di PSA e il volume della prostata (misurato tramite ecografia). Può essere indicativo di tumore quando superiore a 0,1
- **PSA velocity:** indica la quantità di aumento annuo nel dosaggio di PSA; valori superiori a 0,75 ng/ml/anno possono indicare la presenza di **cancro della prostata**.

Le indagini di radiologia diagnostica a seguire sono:

- **Ecografia** sovrapubica o, meglio, transrettale (vedi immagine), che permette di indagare anche la zona centrale della prostata
- **Risonanza Magnetica** multiparametrica che permette una indagine della prostata con particolare riguardo al tumore ed alla integrità della capsula prostatica (**FIGURA 4**)
- **TAC** per ricercare le metastasi ossee.

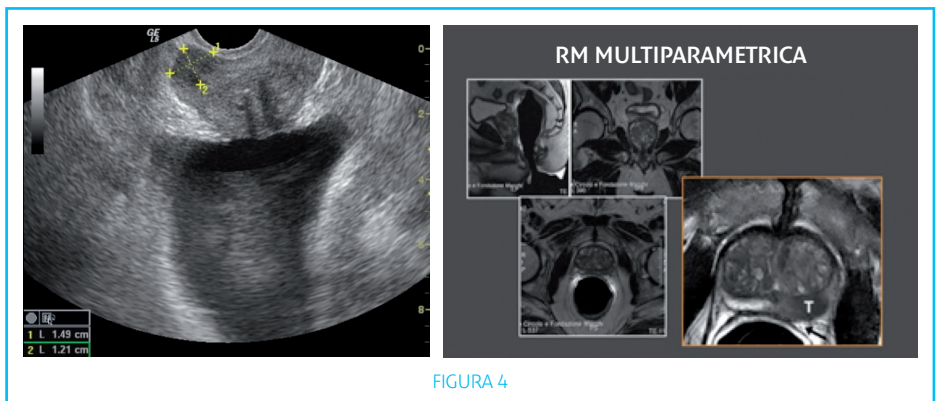


FIGURA 4

Durante il percorso diagnostico-terapeutico è possibile che al paziente venga richiesto di effettuare una **indagine di medicina nucleare**, essenzialmente la scintigrafia ossea globale corporea e/o la PET/TC con colina.

Tutte le indagini di medicina nucleare prevedono la somministrazione endovenosa di una piccola quantità di radiofarmaco che, una volta distribuitasi all'interno dell'organismo, permette di ottenere delle immagini diagnostiche che possono fornire importanti informazioni ai fini del più corretto approccio terapeutico alla malattia. I radiofarmaci non sono mezzi di contrasto, non sono pericolosi, esponendo i pazienti ad una debole radioattività per brevi periodi di tempo.

La **scintigrafia ossea** può essere utilizzata nella fase di stadiazione iniziale, prima o dopo l'intervento chirurgico e può essere ripetuta nel tempo, specie quando siano presenti sintomi suggestivi per la presenza di localizzazioni scheletriche di malattia o quando altre indagini radiologiche pongono in evidenza alterazioni dell'osso sospette per secondarietà.

La **PET/TC** è un'altra indagine di medicina nucleare ampiamente utilizzata in ambito oncologico per lo studio di diverse tipologie di tumori. Il radiofarmaco maggiormente utilizzato per lo studio del tumore prostatico è rappresentato dalla colina, marcata con un isotopo radioattivo, che permette di valutare il metabolismo delle cellule tumorali.

La **PET/TC con colina** non è richiesta di routine per tutti i pazienti con tumore prostatico: l'indicazione principale è data da un progressivo incremento dei valori di PSA, in assenza di evidenza clinica o strumentale di recidiva/localizzazioni della malattia di base.

La **diagnosi di certezza è data esclusivamente dalla biopsia**, che viene fatta solo in presenza di PSA > 4 ng/ml, rilevazione di nodulo all'esplorazione rettale e reperto ecografico indicativo. La biopsia consiste nell'asportazione di un pezzetto di tessuto dal nodulo sospetto e sua successiva analisi anatomico-patologica.

## GRADING, STADIAZIONE E CLASSI DI RISCHIO

Attraverso la valutazione del campione di tessuto prelevato tramite la biopsia si ricava il **Gleason Score (GS)**. Nell'analisi delle due diverse aree maggiormente estese all'interno del campione, l'anatomico-patologo assegna a ciascuna di esse un punteggio tra 1 e 5 dove 1 indica la presenza di cellule ben differenziate, quindi a scarsa malignità, mentre 5 indica la presenza di cellule indifferenziate ad elevata malignità. Il Gleason Score non è altro che la somma dei due valori, e sarà quindi compreso tra 2 e 10; questo punteggio determina la malignità complessiva del tessuto tumorale.

Più **recenti Linee Guida (ISUP 2015)** considerano 5 gradi di aggressività, che raggruppano i percentri Gleason score:

Grade group 1: Tutti i GS minori o uguali a 6 Grade group 2: GS 7 (3+4)

Grade group 3: GS 7 (4+3) Grade group 4: GS 8

Grade group 5: GS 9-10

Per la **classificazione in classi di rischio** vanno considerati 3 parametri:

1. La **stadiazione clinica** prevede lesioni non detettabili, presenti in un solo lobo o nei due lobi, invadenti la capsula ed invadenti le strutture contigue (retto o vescica) e quindi catalogate a salire da cT1, cT2, cT3 sino a cT4
2. Il **valore di PSA** (sino a 10ng/ml, tra 10 e 20 e superiore a 20ng/ml)
3. Il **valore di GS** (sino a 6, 7 e 8-10)

I pazienti possono quindi, sommando le varie caratteristiche mediante formule dette nomogrammi, essere suddivisi in tre gruppi di rischio: a basso rischio, a rischio intermedio e ad alto rischio così da modulare la terapia in maniera adeguata al livello di rischio del paziente stesso.

Un **nomogramma** è una rappresentazione grafica di una funzione matematica con più variabili e nel caso specifico nostro misura la probabilità di efficacia di un trattamento (chirurgia o radioterapia) sulla base delle caratteristiche del tumore (stadiazione clinica, GS e PSA). Per quanto concerne la chirurgia esistono numerosi nomogrammi il primo dei quali e che resta il più importante è quello di Partin; esso è stato recentemente aggiornato. **PartinTables 2013: predizione tra stadio clinico e patologico (Johns Hopkins RP patients 2006–2011)**.

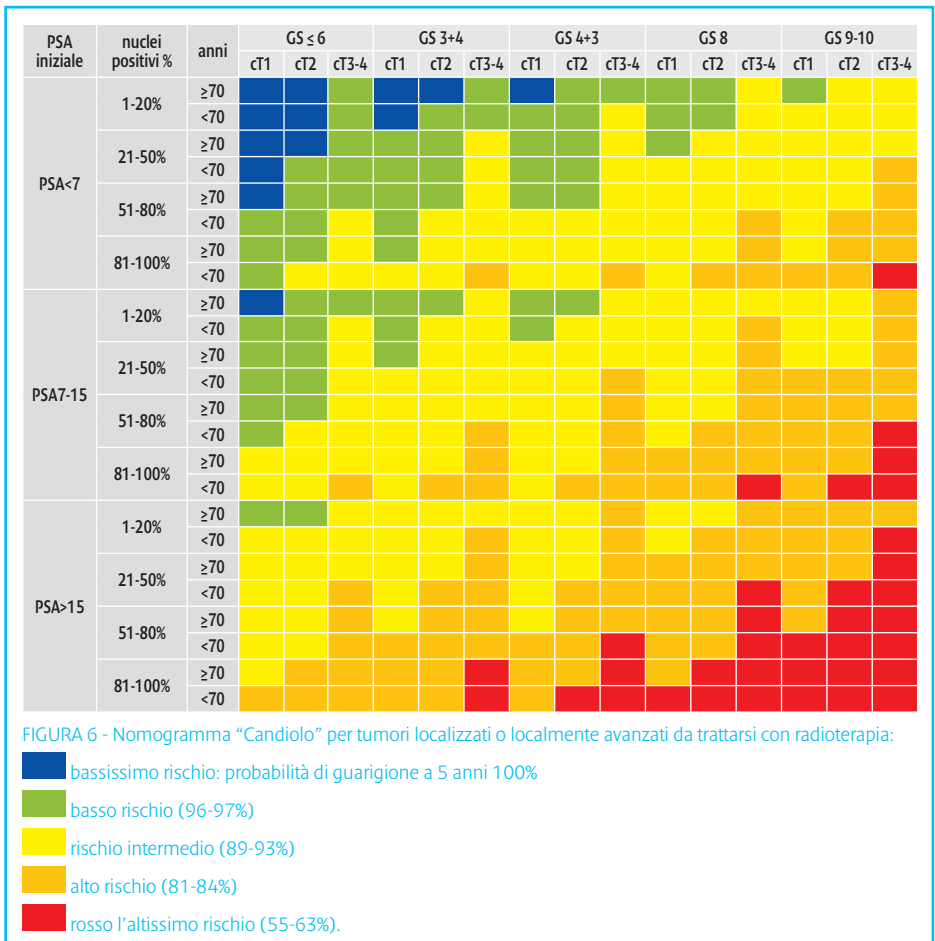
Anche per la radioterapia esistono nomogrammi tra cui il più utilizzato è quello di d'Amico (3) (**FIGURA 5**) che utilizza i tre classici parametri (PSA, GS e stadio clinico) al fine di dividere i pazienti in tre gruppi di rischio.

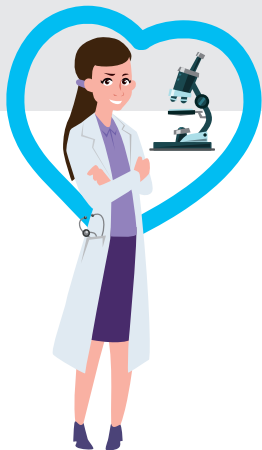
## CLASSIFICAZIONE DI RISCHIO DI D'AMICO

Classe di rischio	PSA		Staging clinico		Gleason score della biopsia
<b>Basso</b>	< 10	AND	T1-T2a	AND	≤ 6
<b>Medio</b>	10-20	OR	T2b	OR	7
<b>Alto</b>	> 20	OR	T2c-T3-T4	OR	≥ 8

FIGURA 5

Più di recente, grazie all'analisi dei dati di un'ampia casistica di pazienti trattati con radioterapia nel nord Italia, ed in particolare in Piemonte, è stato proposto un nomogramma che divide i tumori prostatici da sottoporre a radioterapia, in 5 classi e cioè in bassissimo rischio, basso rischio, rischio intermedio, alto rischio ed altissimo rischio (FIGURA 6) tenendo conto anche della età e del carico tumorale (5,6).





## prognosi

L'**aspettativa di vita** dei soggetti affetti da carcinoma prostatico è strettamente legata ai valori di PSA, alla stadiazione TNM (che valuta la dimensione e la presenza di metastasi a linfonodi e altri tessuti) e al Gleason Score. È quindi necessario che vengano valutati tutti e tre questi parametri per poter fornire una qualsiasi stima sulla sopravvivenza del soggetto.

In generale in presenza di malattia in fase iniziale cioè in pazienti a basso rischio la percentuale (tasso) di guarigione è molto elevata arrivando a valori del 98-100% a 5 anni ed a valori del 96-99% a 10 anni; per tumori in stadio intermedio cioè in pazienti a rischio intermedio la percentuale di guarigione a 5 e 10 anni varia dal 90 all'85% mentre per pazienti ad alto rischio la percentuale di guarigione scende a valori del 65-50%; quando invece la malattia viene diagnosticata in fase già metastatica il tasso di sopravvivenza a 5 anni può scendere attorno al 20%.



## terapia

### Esistono cure per il Tumore della prostata?

**Si esistono e ce ne sono molte, tra le quali le principali sono la chirurgia, la radioterapia e la terapia medica. Esse possono essere impiegate singolarmente od anche in associazione tra loro.**

La terapia dipende essenzialmente da quattro fattori:

- La estensione del tumore
- La sua aggressività
- La età del paziente e la sua aspettativa di vita
- La presenza di altre patologie (comorbidità)

Le varie possibilità terapeutiche sono quindi rivolte alle più varie presentazioni del tumore in pazienti di differenti età e condizioni generali.

Esistono numerose **linee guida** sulla terapia del cancro prostatico. Le più seguite sono le seguenti: **NCCN** (National Comprehensive Cancer Network); sono linee guida americane e vengono aggiornate ogni anno

**EAU** (European Association of Urology); sono linee guida europee, anche esse aggiornate ogni anno

**SIU** (Società Italiana di Urologia): sono comprensive anche di aspetti propriamente urologici; sono aggiornate al 2016

**AURO** (Associazione Urologi Ospedalieri): molto dettagliate ma non aggiornate di recente

**AIRO** (Associazione Italiana Radioterapia e Oncologia): sono aggiornate al 2015

**AIOM** (Associazione Italiana di Oncologia Medica): sono aggiornate al 2017

Tutte le linee guida riflettono lo stato dell'arte della letteratura ma sono viste da angolazioni proprie della specialità che le promuove.

In ogni caso **le indicazioni alla terapia dovrebbero essere discusse in maniera collegiale** tra chirurgo urologo e radioterapista e possibilmente anche con l'oncologo medico. In queste riunioni, dette anche visite collegiali o GIC (Gruppi Interdisciplinari Cure),

in presenza del paziente, vengono presentate allo stesso le opzioni terapeutiche con vantaggi e svantaggi di ognuna e l'opzione suggerita dai curanti in modo che il paziente sia in grado di prendere la sua decisione. Alle tre figure possono aggiungersi, per casi selezionati, il radiologo, il medico nucleare ed il patologo; dovrebbe essere presente anche la figura infermieristica di supporto. Alla fine della discussione tra i vari specialisti viene presentata al paziente la terapia che i medici ritengono ideale per il suo caso; se vi sono più terapie vengono discussi con lui vantaggi e svantaggi dei diversi approcci; da questo momento il paziente è in grado di aderire al programma proposto o di scegliere tra le diverse opzioni.

Nelle pagine seguenti vengono prospettati alcuni dei principali approcci terapeutici.

1. **“Wait and watch”**: nel caso di pazienti molto anziani e con importanti comorbidità, se affetti da carcinomi a bassa-intermedia malignità è possibile non fare alcuna terapia in quanto si andrebbe ad accorciare l'aspettativa di vita del paziente più di quanto lo farebbe il tumore stesso; talvolta la proposta di non trattamento arriva dal paziente stesso e talvolta dal medico curante
2. **Sorveglianza attiva**: in caso di pazienti con carcinomi a basso rischio e con basso carico tumorale (cosiddetti tumori indolenti) è possibile controllare l'evoluzione del tumore senza intervenire, facendo dosaggi frequenti del PSA (in media ogni 3-4 mesi), e ripetendo biopsia e/o RM a scadenze predefinite; si tratta di un protocollo da condividere con il paziente che si impegna a rispettarlo scrupolosamente; in caso di evoluzione del tumore si passa ad un trattamento radicale cioè a chirurgia o a radioterapia. In Europa ed in Italia sono in corso numerosi studi sulla sorveglianza attiva; uno studio della rete oncologica piemontese (studio START) ha ormai arruolato centinaia di pazienti.
3. **Intervento chirurgico** cioè **Prostatectomia radicale**: è stato il primo approccio radicale nel trattamento del carcinoma della prostata sin dagli anni '70 dello scorso secolo; chiamata anche prostatico-vescicolectomia radicale è indicata per tumori localizzati (sino al T2c e, in casi selezionati anche in stadi più avanzati) ed è considerata una delle due procedure di elezione. Si tratta di una procedura che permette di asportare tutta la ghiandola prostatica assieme alle vescicole seminali tramite vari approcci: 1. a cielo aperto, cioè tagliando l'addome 2. Laparoscopico, cioè inserendo in tre appositi buchi dei ferri che consentono di vedere ed asportare la lesione 3. assistito dal robot chirurgico (vedi immagine), cioè lavorando su un apparecchio che permette una visione ingrandita e con apposite manopole che consentono una maggiore precisione nel taglio. Inoltre la chirurgia permette la asportazione dei linfonodi delle stazioni linfatiche (linfadenectomia) in cui drena la prostata e che potrebbero essere intaccati dalla malattia. La chirurgia può avere effetti avversi essendo gravata da un rischio, seppur piccolo, di incontinenza urinaria e un po' maggiore di impotenza. In caso di resezione incompleta (margini positivi) è indicata una radioterapia postoperatoria. L'intervento prevede la messa in situ di un catetere vescicale che in genere viene tolto prima della dimissione del paziente. La chirurgia viene praticata in regime di ricovero, che attualmente tende a ridursi entro una settimana circa.

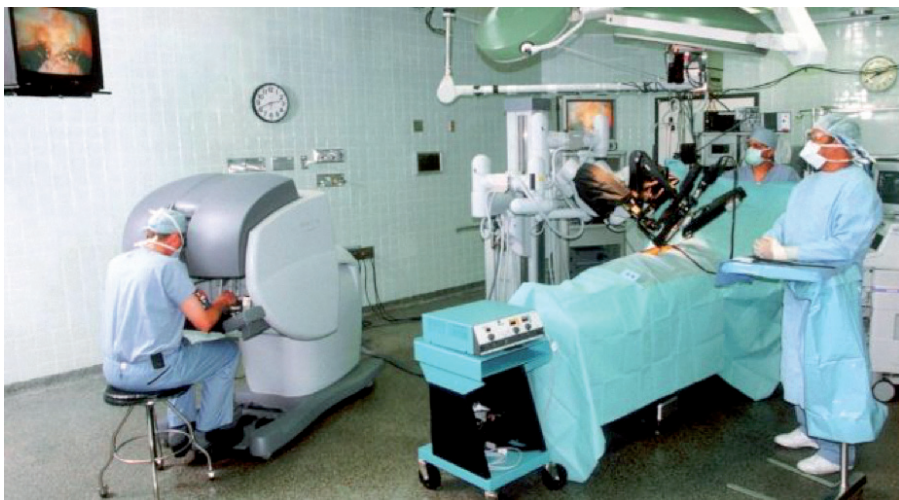


FIGURA 7

L'apparecchio Robotico Da Vinci: a sinistra l'operatore a destra il paziente sul lettino mentre il robot esegue le manovre comandate dall'operatore

4. **Radioterapia:** è la vera alternativa alla chirurgia utilizzata in caso di tumori localizzati ma anche nel caso di tumori localmente avanzati; in passato, sino a circa 15-20 anni orsono, essa veniva utilizzata nei pazienti in cui non si poteva procedere alla chirurgia o che rifiutavano l'approccio chirurgico; attualmente i risultati della Radioterapia sono assolutamente uguali a quelli della chirurgia come dimostrato da un recente studio inglese pubblicato su una delle più importanti riviste mediche internazionali. La Radioterapia può essere effettuata mediante un approccio interno cioè con **brachiterapia** con impianto di una sorgente radioattiva permanente (semi di Iodio 125 o di palladio 103 a bassa energia o temporanea con Iridio 192 ad alta energia) oppure con un approccio esterno mediante radiazioni ad alta energia cioè con **Radioterapia conformazionale (3DCRT)** che è lo standard internazionale minimo o meglio con **Radioterapia ad Intensità modulata (IMRT)**, nuovo standard internazionale. La possibilità di un controllo mediante immagini (IGRT) la rende più sicura ed efficace. La radioterapia esterna viene effettuata mediante acceleratori lineari (vedi Figura 9b) oppure mediante macchine dedicate, ad esempio la Tomoterapia (vedi Figura 9a). Il trattamento con radioterapia può avere effetti avversi essendo gravato da effetti collaterali acuti quali fastidi a livello del retto e aumento della peristalsi intestinale, irritazione della regione anale, cistite e da un rischio tardivo, seppur piccolo, di uretrite per quanto concerne la brachiterapia o di danno rettale per quanto attiene la radioterapia esterna.

La radioterapia esterna viene praticata in regime ambulatoriale e la sua durata varia classicamente da 6 a 8 settimane; più recentemente sono state messe a punto tecniche di radioterapia ipofrazionate la cui durata varia da 5 a 6 settimane sino a giungere, solo per casi estremamente selezionati, ad una radioterapia con alte dosi concentrate in poco tempo (ipofrazionamento spinto), ad esempio in una settimana, grazie all'impiego di una tecnica stereotassica, che si può attuare sia con acceleratori lineari oppure con macchine dedicate come ad esempio il Cyberknife.



FIGURA 8

Nelle immagini due delle attrezzature di Radioterapia utilizzate per il tumore della prostata: entrambe consentono di eseguire la IMRT-IGRT: a sinistra apparecchio di Tomoterapia, a destra Acceleratore True Beam

5. **Terapia ormonale:** Il testosterone, l'ormone sessuale maschile prodotto principalmente dai testicoli, influisce sulla crescita del cancro della prostata. Abbassando il livello di testosterone in circolo, è possibile rallentare o anche bloccare la crescita delle cellule tumorali e ridurre le dimensioni del tumore. Il livello di testosterone può essere ridotto con la somministrazione di farmaci simili agli ormoni prodotti dall'organismo.

L'**ormonoterapia** può essere utilizzata per controllare la malattia in stadio avanzato o metastatico e dopo chirurgia o radioterapia se il livello di PSA continua ad aumentare oppure per prevenire la ripresa della malattia se i linfonodi risultano invasi o in combinazione con la radioterapia nei tumori a rischio intermedio-alto.

I farmaci utilizzati si distinguono in funzione del meccanismo d'azione e sono:

- **analoghi del GnRH:** bloccano la produzione degli ormoni maschili da parte dei testicoli e si somministrano per iniezione intramuscolare o sottodermica mensile o trimestrale. I più usati sono goserelin, leuprorelin, buserelin e triptorelin
- **antiandrogeni:** si legano alle proteine presenti sulla superficie delle cellule tumorali, impedendo in tal modo al testosterone di entrare; si somministrano sotto forma di compresse da assumere giornalmente, e spesso anche in associazione con gli analoghi del GnRH. I più usati sono: bicalutamide e flutamide.

L'ormonoterapia può essere somministrata prima, durante o dopo chirurgia, radioterapia o brachiterapia rispettivamente come neoadiuvante, concomitante e adiuvante.

Per valutare la risposta all'ormonoterapia è necessario sottoporsi a visite di controllo e ripetere il test del PSA ogni 3-4 mesi e potrebbe essere necessario sottoporsi a esami radiologici (radiografie mirate, scintigrafia ossea, PET, RMN).

L'ormonoterapia utilizzata in modo continuativo per lunghi periodi può diminuire il suo effetto terapeutico di controllo della malattia. Il primo segnale è l'aumento costante del PSA. Al fallimento dell'ormonoterapia si può tentare un altro trattamento ormonale o chemioterapico.

Recentemente sono stati introdotti due trattamenti ormonali che attualmente si utilizzano nella fase metastatica della malattia: abiraterone ed enzalutamide. Abiraterone agisce bloccando la produzione del testosterone da parte delle ghiandole surrenaliche, mentre enzalutamide è un farmaco che inibisce l'attività del recettore per gli androgeni.

Gli effetti collaterali dell'ormonoterapia più frequenti sono vampate di calore, aumento di peso, disturbi del tono dell'umore, osteoporosi, perdita della libido e disfunzione erettile. Alcuni preparati ormonali (flutamide e bicalutamide) tendono a ingrossare le mammelle, creando un senso di tensione, a volte dolorosa. Gli effetti collaterali possono compromettere la qualità di vita dei pazienti in modo signifi-

cativo: per ridurre gli effetti collaterali della terapia alcuni specialisti adottano una modalità di somministrazione intermittente, cioè somministrano il trattamento per un certo periodo, lo sospendono al riscontro di un abbassamento del PSA e lo riprendono quando questo aumenta di nuovo.

6. **Chemioterapia:** è riservata in genere ai pazienti che non rispondono più alla terapia ormonale e serve a migliorare i sintomi di cui soffrono i pazienti stessi. La chemioterapia viene in genere praticata in regime di Day-hospital ma, in casi particolari, necessita di ricovero del paziente. Il farmaco più impiegato è il Docetaxel.
7. **HIFU (High Intensity Focused Ultrasound):** è un trattamento che utilizza fasci focalizzati di ultrasuoni (FIGURA 9A); è utilizzato in genere in alternativa alla chirurgia o alla radioterapia in pazienti anziani ma non è uno standard; meglio quando viene utilizzato come terapia di salvataggio dopo recidive post-radioterapia visibili alla risonanza magnetica (FIGURA 9B). In genere la terapia con HIFU viene praticata nelle recidive dopo radioterapia. Il trattamento mediante HIFU necessita di una notte di ospedalizzazione.
8. **Crioterapia:** si effettua attraverso aghi inseriti direttamente nel tumore collegati ad un criostato, cioè ad un generatore del freddo, viene iniettato gas Argon, che congela il tumore trasformandolo in una palla di ghiaccio; la procedura viene ripetuta a pochi centimetri di distanza e determina la morte sia delle cellule tumorali che dei vasi che nutrono il tumore; la palla di ghiaccio viene poi scongelata mediante gas Elio; la crioterapia rappresenta l'unica ablazione la cui estensione è monitorizzabile in tempo reale sotto guida TC o RM. È un trattamento utilizzato in genere come terapia di salvataggio.
9. **RITA (Radiofrequency Interstitial Tumor Ablation):** più impiegata nel trattamento dei tumori renali mentre nel campo dei tumori della prostata è una metodica sperimentale con ancora pochi dati al suo attivo.
10. **Microonde interstiziali:** anche questa tecnica ha al momento pochi risultati in letteratura.
11. **Ipertermia a microonde:** si tratta di una tecnica che impiega le microonde per generare un calore moderato (41-42.5°C) come radiosensibilizzante della radioterapia a dosi subottimali in quanto in sede già precedentemente radiotrattata od operata. Da poche équipes nel mondo viene impiegata anche come radiosensibilizzante nel trattamento radicale dei casi localmente avanzati.

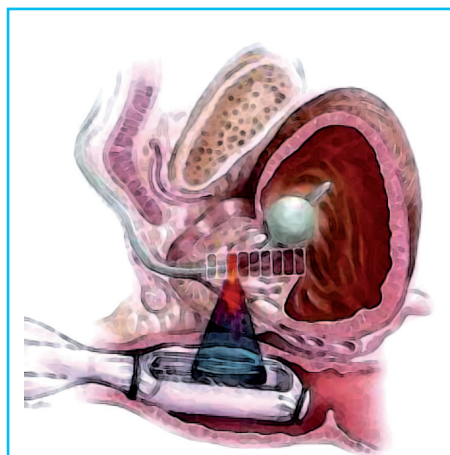


FIGURA 9A

**HIFU:** Sonda ad ultrasuoni inserita nel retto con fascio di US diretto verso il bersaglio prostatico.

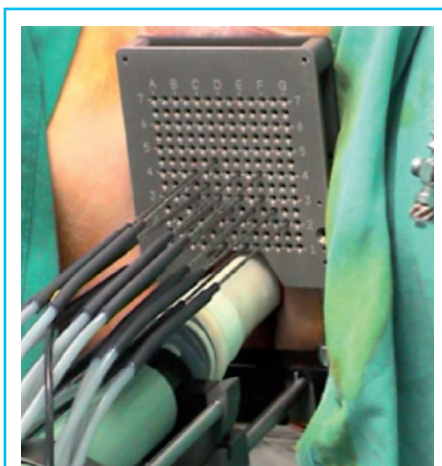
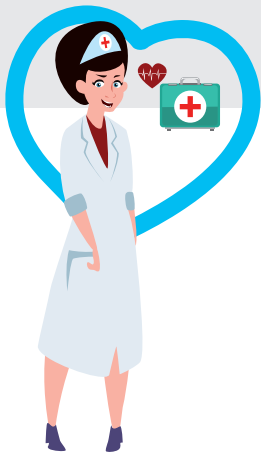


FIGURA 9B

**Crioterapia:** inserimento per via perineale delle sonde criogeniche.





## follow up

Il follow-up dopo la rimozione chirurgica del tumore o dopo la radioterapia è basato sui valori di PSA in quanto questa sostanza viene prodotta esclusivamente dalle cellule prostatiche. Il PSA viene in genere prescritto ogni 3 mesi nel primo anno, ogni 4 mesi nel secondo, ogni 6 mesi dal terzo al quinto anno e poi ogni anno sino al decimo anno.

Nel caso siano presenti valori di PSA superiori a 0.2 ng/ml dopo terapia chirurgica o superiori a 2 ng/ml dopo radioterapia è probabile che vi sia stata una rimozione o distruzione incompleta del tessuto prostatico tumorale e che si stia instaurando una recidiva, cioè nuovo tessuto neoplastico in crescita, oppure che siano presenti metastasi che non erano state individuate precedentemente.

## DIAGNOSI E TRATTAMENTO DELLA RECIDIVA

La diagnosi di recidiva può essere fatta soltanto con la elevazione del PSA ed allora si tratta di una recidiva solo biochimica mentre se sono presenti segni clinici bisogna effettuare una serie di esami.

Le recidive di malattia si distinguono in :

- Recidive locali, cioè a carico della prostata
- Recidive linfonodali, cioè a carico dei linfonodi pelvici o lombo-aortici
- Recidive a distanza (o metastasi a distanza) che in genere colpiscono ossa, fegato e polmone
- Recidive plurime, siano esse locali, linfonodali o a distanza.

Il tumore della prostata è uno dei tumori che dà più frequentemente origine al fenomeno delle “**oligometastasi**”, cioè pazienti il cui il tumore primitivo è controllato ma sono presenti una o più metastasi a distanza in uno o più organi. Riguardo al cut-off di numero di localizzazioni fino a cui si può adottare il termine di oligometastasi esso varia in letteratura da 3 a 7, ma in genere viene accettato il numero massimo di cinque. La prognosi di questi pazienti è relativamente buona fino a quando queste oligometastasi sono curabili con trattamenti locali, quali la radioterapia o le procedure di radiologia interventistica e pertanto vi è una probabilità di ottenere una sopravvivenza a lungo termine.

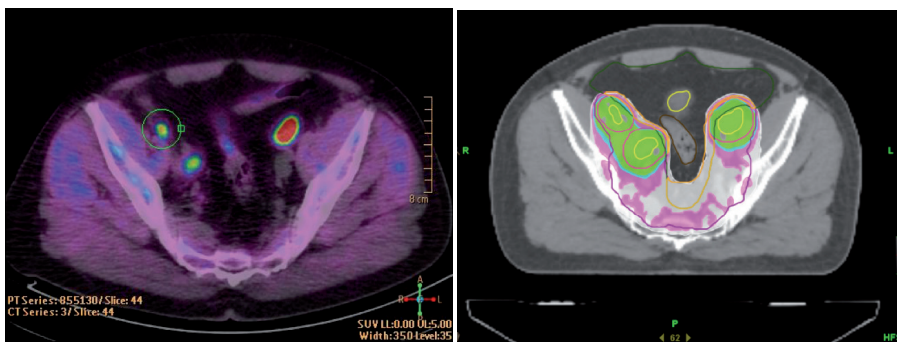


FIGURA 10

A sinistra immagine di 3 recidive linfonodali alla PET colina; a destra piano di trattamento per Radioterapia ad Intensità Modulata Guidata dalle Immagini PET.

Per diagnosticare una recidiva servono i vari esami di radiodiagnostica quali la RM e la TC a seconda delle varie presentazioni, ma l'esame medico-nucleare importante ed utile in questa fase di malattia è la PET che può essere eseguita con colina oppure, più modernamente, mediante PSMA. Quando vi è una lesione che capta il radiofarmaco questa si accende (vedi immagine) e così possiamo vedere in immagini la lesione sovrapposta alle immagini TAC; l'esame è particolarmente utile per guidare le terapie mirate come la radioterapia iMRT-IGRT (FIGURA 10) oppure la stereotassi e serve anche per rivalutare il paziente per conoscere la risposta alla terapia mirata oppure alle terapie sistemiche come la ormonoterapia o la chemioterapia.

Se viene diagnosticata una recidiva il suo trattamento è possibile ma deve essere discusso collegialmente tra urologo, radioterapista oncologo ed oncologo medico.

In genere le recidive locali dei tumori operati vengono trattate con radioterapia, le recidive locali dei tumori radiotrattati vengono operate oppure trattate con HIFU/crioterapia oppure reirradiate, le recidive dei pazienti operati e successivamente radiotrattati post operatoriamente vengono trattate con ormonoterapia. Infine le riprese evolutive dopo ormonoterapia possono essere trattate con chemioterapia od ormonoterapia di seconda linea oppure, se solo ossee, mediante Radium.

## IL TRATTAMENTO DEI PRINCIPALI EFFETTI COLLATERALI

### TRATTAMENTO DELLA IMPOTENZA (DISFUNZIONE ERETTILE)

La prevenzione e la terapia della disfunzione erettile conseguente a prostatectomia radicale può essere attuata a vari livelli:

- con la selezione e preparazione dei pazienti
- con la prevenzione introoperatoria mediante tecnica "nerve-sparing"
- con l'innesto intraoperatorio di nervi
- con la terapia con inibitori delle fosfodiesterasi di tipo 5 (Vardenafil, Tadalafil)
- con iniezioni intracavernose di prostaglandina E1
- con il "Vacuumdevice"
- ed infine mediante protesi peniene.

Anche la radioterapia può contribuire a causare una disfunzione erettile ma spesso, poiché essa è associata ad una terapia ormonale, essa è una concausa e non la sola causa dell'evento. La terapia in tal caso prevede essenzialmente iniezioni intracavernose di prostaglandina E1, l'impiego del "Vacuumdevice" o la messa in situ di protesi peniene.

### TRATTAMENTO DELLA INCONTINENZA URINARIA

Predire con certezza il tempo di recupero della continenza dopo prostatectomia radicale rimane un problema quasi irrisolvibile. La ragione sta nella molteplicità dei fattori che intervengono nel determinismo dell'incontinenza ad esempio l'età del paziente, la funzione urinaria, le dimensioni della prostata, la capacità vescicale e la "compliance". La tecnica chirurgica è un fattore importante nel ridurre il rischio di incontinenza.

La terapia consiste in una fisioterapia per la riabilitazione del pavimento pelvico.

È una variabile anche il tempo della rimozione del catetere vescicale; alcuni studi hanno dimostrato che è possibile la sua rimozione anche a partire dalla terza giornata ma la decisione finale resta nelle mani della esperienza e della prudenza dell'operatore.

### TRATTAMENTO DEL DANNO RETTALE

Il danno rettale da radioterapia si distingue in danno acuto e danno tardivo; quello acuto si manifesta verso il termine e nelle settimane successive alla radioterapia; si tratta di una risposta acuta del tes-

suto rettale alle radiazioni e sintomatologicamente si manifesta con dolore, bruciore e sensazione di peso anale, perdita di muco dal retto ed anche saltuaria presenza di sangue nelle feci soprattutto dopo la defecazione ed infine stimolo ad evacuare senza riuscire ad emettere feci (“tenesmo rettale”). In genere vengono prescritte perette con soluzioni anti-infiammatorie, supposte, creme o gel sino a perette con prodotti cortisonici. In genere il disturbo scompare nel giro di un mese dal termine della terapia. Il danno tardivo si manifesta a mesi od anni dalla radioterapia in genere in pazienti con danno vasale in quanto diabetici, ipertesi e/o obesi. Il sintomo più frequente è il sanguinamento (rettorragia) che deve essere trattato con terapia topica (perette, supposte, gel); quando questa terapia non è sufficiente la lesione viene trattata dal gastroenterologo con laser; solo in casi eccezionali è necessaria una derivazione intestinale.



## assistenza psico-oncologica

La salute, definita nella Costituzione dell'OMS, è uno "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia".

L'annuncio al paziente che è affetto da una patologia oncologica destabilizza transitoriamente questo equilibrio assumendo tutte le caratteristiche di quello che è stato definito uno shock da trauma, che innesca un brusco passaggio dall'essere sani all'essere malati, interrompendo in maniera repentina il percorso di vita. Effettivamente ammalarsi fisicamente rappresenta sempre, anche in patologie lievi, un momento di crisi che opera un cambiamento che non coinvolge solo il corpo "biologico" ma la persona in quanto unità bio-psico-sociale: la malattia va ad agire, modificandolo, il precedente equilibrio fisiologico, sociale e psicologico. Il soggetto si trova catapultato in una situazione caratterizzata da incertezza e minaccia di vita,

da cambiamenti di ruolo e da importanti trasformazioni fisiche. La malattia diagnosticata innesca quindi fantasie di perdita. Perdita della propria integrità fisica a causa degli interventi chirurgici e degli effetti collaterali delle terapie; perdita delle proprie sicurezze, della propria progettualità e della proiezione nel futuro; perdita del ruolo familiare e sociale con conseguenti modificazioni nei rapporti interpersonali e timore della stigmatizzazione nel ruolo del malato e infine, perdita del ruolo lavorativo anche a causa di una eventuale riduzione della performance. Si tratta di un processo che ovviamente richiede elevati costi psicologici per chi si trova costretto a doverlo affrontare.

La letteratura sull'argomento è concorde nell'evidenziare una serie di fasi fisiologiche caratteristiche (quindi del tutto attese e normali in un soggetto "sano di mente") di questo percorso che, pur nel rispetto delle caratteristiche individuali, sembra che si ripresentino con una certa frequenza.

Generalmente gli esseri umani reagiscono prima con incredulità ad un evento che non aspettavano (**fase di shock**)... "non è vero che sta capitando proprio a me...mi sembrava parlassero di un'altra persona, come se la cosa non mi riguardasse...". Immediatamente successiva si manifesta un'esplosione pluriemozionale forte, dove si alterneranno sentimenti di rabbia, collera, aggressività, disperazione, angoscia e paura (**fase di reazione**)... perchè proprio a me! È colpa di quello che respiriamo, mangiamo... La crisi emozionale acuta scema nel tempo lasciando il posto a vissuti di tipo essenzialmente depressivo, relativi alla perdita, precursori della ricerca di un nuovo equilibrio psicologico che prevede una riorganizzazione esistenziale con finalità di adattamento ad una situazione mutata (**fase di elaborazione e riorientamento**). In realtà questo è un processo naturale che si attiva ogni qual volta veniamo in contatto con eventi di separazione, perdita e lutto o con eventi catastrofici che interrompono bruscamente la continuità della nostra esistenza.

È del tutto fisiologico quindi provare questi sentimenti anche se a volte la rabbia e la paura possono configurarsi come sintomi ansiosi ovvero agitazione psicomotoria, difficoltà di concentrazione, insonnie/o sintomi depressivi transitori come apatia, isolamento sociale, inappetenza. Anche piangere è fisiologico e non ci deve fare allarmare. Il pianto è semplicemente una modalità di espressione di una emozione dolorosa. Quando però tali emozioni raggiungono una intensità elevata, tale da interferire con lo svolgimento delle nostre attività quotidiane, o quando permangono anche superato l'intervento e avviate o concluse le terapie limitandone notevolmente la nostra qualità di vita, sarebbe opportuno rivolgerci ad uno psicologo che è un esperto nella cura psicologica e relazionale dei malati oncologici con l'obiettivo di aiutarci a migliorare la qualità della vita e lo stato globale di salute. La consulenza psico-oncologica infatti mira ad accompagnare psicologicamente il paziente oncologico in tutte le fasi della malattia fin dal momento della prima diagnosi.

<http://www.siponazionale.it/>

## Scopo di un servizio di psico-oncologia è quindi quello di:

- aiutare la persona a vivere con più serenità la sua malattia aiutandola a riconoscere ed analizzare le emozioni provate per poi saperle gestire ed elaborare
- aiutarla a riorganizzare la propria vita in presenza della patologia tumorale inserendo la malattia nel suo contesto di vita senza permettere che lo invada più del necessario
- aiutarla ad accettare le modificazioni corporee (chirurgia e alopecia) lavorando sull'immagine di sé e sulla perdita come investimento rispetto alla propria salute e benessere futuro
- fare emergere e utilizzare le sue personali risorse al fine migliorare la qualità di vita individuando le strategie di coping maggiormente funzionali ed adattative
- favorire la comunicazione in famiglia soprattutto nei confronti dei minori.

A tale proposito la rete oncologica Piemonte e Valle d Aosta promuove un progetto specifico (PROGETTO PROTEZIONE FAMIGLIA a cui anche l'IRCCS di Candiolo aderisce) che tra le altre cose aiuta i genitori nella comunicazione/relazione con i figli o altri soggetti fragili rispetto alla malattia del genitore.

In alcuni casi, oltre ai colloqui individuali, si è dimostrato utile ed efficace partecipare a gruppi di sostegno psicologico nei quali si ha la possibilità di conoscere e di confrontarsi con altre persone che hanno vissuto o vivono la stessa esperienza. È ormai consolidato infatti che condividere emozioni e pensieri in uno spazio protetto possa favorire l'espressione di emozioni non altrimenti condivise (a volte si tende a proteggere i familiari non condividendo con loro emozioni forti per paura di farli soffrire).

Chi si occupa di psico-oncologia ha quindi l'ambiziosa speranza di accompagnare la paziente lungo questo tragitto, di guardare con lui i pericoli, di riconoscerli, offrendole gli strumenti più sani e più idonei per non 'cedere', supportandola nei momenti in cui si sente stanca e demoralizzata. È una lotta per la "vivenza" che ha come obiettivo non il sopravvivere ma il vivere imparando a usare nuove modalità, nuove risorse e nuove consapevolezza. Imparando a sollecitare l'utilizzo del sé creativo, nucleo profondo della nostra personalità, motore dinamico finalizzato alla ricerca di mete nuove attraverso modalità non patologiche.

## TUTELE (accompagnamenti, lavoro, 104, riferimenti legislative, prescrizione protesi ausilii ecc.)

NOTE INFORMATIVE: PRINCIPALI PRESTAZIONI **ASSISTENZIALI** E **PREVIDENZIALI** A FAVORE DEI PAZIENTI E DELLE LORO **FAMIGLIE**

*ESENZIONE TICKET per patologia: cod. 048 - 048 provvisorio*

### INVALIDITÀ CIVILE:

#### • ALTRE ESENZIONE TICKET

le persone cui è riconosciuta un'invalidità civile pari o superiore al 67% possono usufruire dell'esenzione totale C01 e se riconosciuta al 100%, C03.

#### • ASSEGNO MENSILE PER INVALIDI PARZIALI

invalidità civile superiore al 74%, sottoposto a limite di reddito ed età.

#### • PENSIONE MENSILE PER INVALIDI TOTALI

invalidità civile al 100%, sottoposta a limite di reddito ed età.

#### • INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO

È prevista, senza limiti d'età e di reddito, agli invalidi civili al 100% e riconosciuti con impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore e/o con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita. Codice di esenzione C02.

#### • AUSILI e PROTESI

Si ottengono presentando la prescrizione unitamente al verbale d'invalidità civile o ricevuta della presentazione della domanda presso l'ufficio protesi dell'ASL di residenza. Gratuiti, con un'IC superiore al 33%.

#### • TRASPORTI

Con percentuale d'invalidità civile superiore al 67%: tesserino per libera circolazione sulle linee urbane ed extraurbane e ferrovie (treni regionali ed alcuni extra-regionali).

Con percentuale al 100% + Indennità d'accompagnamento: rilascio da parte delle Ferrovie dello Stato della CARTA BLU.

#### • CONGEDO STRAORDINARIO PER CURE PER I LAVORATORI (D.L. 119/2011)

Con invalidità superiore al 50% è previsto un congedo straordinario per cure (connesse alla malattia per la quale è stata riconosciuta l'invalidità), per un massimo di 30 giorni per ogni anno solare.

#### • CONTRASSEGNO SPECIALE PER LA LIBERA CIRCOLAZIONE E LA SOSTA DEI VEICOLI AL SERVIZIO DI PERSONE DISABILI

Rilascio da parte del proprio Comune di residenza per i cittadini con difficoltà alla deambulazione e non vedenti.

---

#### • LEGGE 104/92

Tre giorni di permesso al mese di assenza dal lavoro per assistere il familiare.

#### • CONGEDI BIENNALI RETRIBUITI

Per i coniugi, i genitori, i figli, i fratelli e le sorelle, purché conviventi.

#### • CONGEDO BIENNALE NON RETRIBUITO

#### • PERMESSI LAVORATIVI PER EVENTI E CAUSE PARTICOLARI

#### • ASSEGNI FAMILIARI

Adeguamento degli assegni familiari per i nuclei in cui vi siano presenti almeno un componente inabile e con almeno il 70% di reddito derivante da lavoro subordinato.

- **COLLOCAMENTO AL LAVORO**

Iscrizione nelle liste di collocamento guidato.

- **L. 104/92**

- permessi sul lavoro (tre giorni al mese o 2 ore al giorno, per orario di lavoro superiore alle 6 ore al giorno, oppure 1 ora al giorno, per orario di lavoro inferiore alle 6 ore al giorno);
- superamento delle barriere architettoniche;
- IVA agevolata per acquisto di veicoli adattati per trasporto di persone disabili (vedere verbale rilasciato dalla Commissione medico-legale dell'ASL);
- Esonero pagamento della tassa automobilista per veicoli adattati al trasporto di persone disabili (vedere verbale rilasciato dalla Commissione medico-legale dell'ASL), art. 8 della L. 449/1997 e D. Leg. 285/1992.

- **TERAPIA SALVAVITA**

Per i dipendenti pubblici ed alcuni CCNL dipendenti privati sono concesse assenze dal lavoro retribuite.

- **PERIODO DI COMPORTO**

Per il calcolo dei giorni di mutua relativamente al periodo di comporto, bisogna fare riferimento al Contratto di lavoro firmato all'atto dell'assunzione e/o eventuali integrativi.

- **INIDONEITÀ ALLA MANSIONE SPECIFICA**

D. Lgs. n. 81/2008.

- **ASSEGNO SOCIALE**

- **ASSEGNO ORDINARIO DI INVALIDITÀ**

Per lavoratori INPS. Ha durata triennale.

- **PENSIONE DI INABILITÀ; Per lavoratori INPS.**

- **PENSIONE di INABILITÀ per DIPENDENTI PUBBLICI: L. 335/1995**

“Riconoscimento di uno stato di assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi attività lavorativa conseguente ad infermità non imputabili a causa di servizio”.

- **VECCHIAIA ANTICIPATA: D. Leg. 503/1992**



## REDATTORI DEL PRESENTE OPUSCOLO

Pietro Gabriele  
(Radioterapia)

Filippo Russo  
(Radiodiagnostica)

Alberto Pisacane  
(Anatomia Patologica)

Massimo Aglietta  
(Oncologia Medica)

Maria Enrica Cruto  
(Terapia Antalgica)

Maria Grazia Pettiti  
(Servizio di Assistenza Sociale)

Manuela Manfredi  
(Psicologia)

Piero Fenu  
(Direzione Sanitaria)

**Istituto di Candiolo, FPO-IRCCS**

Progetto grafico e illustrazione copertina Elena Zoccarato  
Illustrazioni delle figure professionali Andrea Gatti





# 5X1000 BUONE RAGIONI PER SOSTENERE CANDIOLO

Ci sono mille buone ragioni per destinare il tuo 5X1000 alla Fondazione Piemontese per la Ricerca sul Cancro-Onlus ma una è fondamentale: stiamo cercando di sconfiggere il cancro e abbiamo bisogno del tuo aiuto. Rinnova il tuo sostegno: firma l'apposito spazio del tuo 5X1000. È un gesto concreto che non costa nulla e può fare tanto.



FONDAZIONE PIEMONTESE  
PER LA RICERCA SUL CANCRO  
ONLUS

FIRMA PER LA RICERCA SANITARIA

CODICE FISCALE **97519070011**

