

Un progetto di



Con il patrocinio di



Con il contributo incondizionato di



## **LIBRO BIANCO**

### **TUMORE ALLA PROSTATA. Stato dell'arte e nuove prospettive**

*FrancoAngeli Editore*

Il volume “TUMORE ALLA PROSTATA. Stato dell'arte e nuove prospettive” si propone di esaminare fattori di rischio, incidenza e mortalità della neoplasia prostatica nonché di analizzare le diverse terapie disponibili e le strategie e tecnologie più innovative. Una sezione è dedicata agli aspetti psicologici del tumore e ai loro effetti sulla vita relazionale e affettiva, oltre alla formazione specifica dei professionisti dedicati alla cura di questa patologia e al ruolo dei centri multidisciplinari.

Il libro è stato realizzato grazie al contributo incondizionato della Fondazione per la Formazione Oncologica.

#### **1. Epidemiologia del tumore alla prostata nello scenario europeo**

di *Claudia Santucci<sup>1</sup>, Giorgio Gandaglia<sup>2</sup>, Carlo La Vecchia<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Dipartimento di Scienze Cliniche e di comunità, Università degli Studi di Milano La Statale, Milano.

<sup>2</sup>Unità di Urologia/Divisione di Oncologia, IRCCS Ospedale San Raffaele, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano.

Gli Autori presentano l'andamento epidemiologico del tumore della prostata a livello europeo, il cui tasso di incidenza nel 2020 era di 63 per 100.000 persone.

L'incidenza varia considerevolmente in tutta Europa: i valori più alti si registravano nei Paesi nordeuropei come Irlanda, Francia, Svezia, Norvegia, Estonia e Lituania, con tassi aggiustati  $\geq 90/100.000$ , mentre i tassi più bassi si riscontravano nei Paesi dell'Europa meridionale e orientale, dove erano inferiori a 40/100.000.

Nel 2020 il tasso di mortalità europeo era di 11,1/100.000, con circa 108.088 decessi. Per quanto riguarda la mortalità si riscontrano altresì differenze geografiche notevoli, con tassi più elevati nei Paesi del Nord ed Est Europa.

La sopravvivenza a 5 anni del tumore alla prostata in Europa era dell'81,7%. Anche questo indice trova delle differenze geografiche: nella maggior parte dei Paesi del database EURO CARE la sopravvivenza era dell'80–90%, nei Paesi dell'Est, invece, i valori erano minori (72,2%).

Negli ultimi decenni il paradigma di diagnosi e trattamento del tumore della prostata è stato profondamente modificato, portando cambiamenti nell'epidemiologia del tumore.

La diagnosi precoce, basata sull'utilizzo di marcatori sierici come il PSA, riduce il rischio di mortalità e ha portato nel tempo a una riduzione nell'incidenza di malattia localmente avanzata o metastatica al momento della diagnosi.

#### **2. Dagli aspetti clinico-eziologici alla prevenzione e diagnosi precoce**

di *Domenico Prezioso, Biagio Barone*

Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Riproductive e Odontostomatologia, Università Federico II di Napoli.

L'eziologia del tumore alla prostata è multifattoriale e tra i fattori di rischio non modificabili si annoverano età avanzata, predisposizione familiare e discendenza africana. Tuttavia, diversi studi hanno mostrato come fattori ambientali, stile di vita e dieta possano influenzarne incidenza e progressione.

Il tumore della prostata è asintomatico, in rarissimi casi può associarsi a sintomi quali ematuria, emospermia e disfunzione erettile. Nella maggior parte dei casi, tuttavia, la presenza di sintomi è legata a fenomeni di

origine benigna. La diagnosi è tradizionalmente legata all'esplorazione digito-rettale, associata al dosaggio dell'antigene prostatico specifico (PSA).

Il PSA è organospecifico, piuttosto che cancro-specifico, e perciò può innalzarsi sopra i valori soglia anche per fenomeni infiammatori. Nonostante ciò, resta un miglior predittore rispetto all'esame digito-rettale.

In assenza di familiarità, negli uomini sotto i 50 anni, non è raccomandato eseguire il PSA, in quanto si rischierebbe di procedere a un trattamento sproporzionato rispetto all'effettiva pericolosità della malattia. Per gli over 50 è, invece, raccomandata la visita urologica annuale con dosaggio del PSA ed esame digito-rettale. Tale raccomandazione si basa sul rischio di sviluppare un tumore prostatico superati i 50 anni.

L'elevato consumo di frutta e verdura sembrerebbe prevenire il tumore prostatico. Come per altri tumori, l'effetto è provocato dall'aumentato apporto di sostanze naturalmente antiossidanti. Anche una dieta a basso contenuto di acidi grassi e alto contenuto di fibre sembrerebbe avere effetti simili.

Numerosi studi hanno dimostrato il rapporto inverso fra frequenza eiaculatoria e tumore della prostata. Sembrerebbero essere associati a un rischio minore anche una età maggiore per il primo rapporto ed un numero limitato di partner sessuali; tale dato potrebbe essere associato all'influenza delle malattie sessualmente trasmissibili nella carcinogenesi del tumore prostatico.

## Capitolo 3 – Le strategie terapeutiche

### 3.1. La Sorveglianza Attiva: evitare il trattamento dei tumori indolenti è un'opzione standard

di Cristina Marengli<sup>1</sup>, Marco Roscigno<sup>2</sup>, Luigi Da Pozzo<sup>2</sup>, Riccardo Valdagni<sup>1,3,4</sup>

<sup>1</sup>Programma Prostata, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano.

<sup>2</sup>Dipartimento di Chirurgia, ASST Papa Giovanni XXIII.

<sup>3</sup>Dipartimento di Oncologia ed Emato-oncologia, Università degli studi di Milano.

<sup>4</sup>Struttura Complessa di Radioterapia Oncologica, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano.

La Sorveglianza Attiva costituisce un'alternativa ai trattamenti radicali (chirurgia e radioterapia) per uomini con lunga attesa di vita e una diagnosi di adenocarcinoma prostatico in classe di rischio bassa. Sua caratteristica peculiare è la sistematicità delle procedure di controllo, basate su schemi predefiniti. Tali esami includono il test del PSA, la visita con esplorazione rettale, la re-biopsia della prostata a intervalli prestabiliti. A queste procedure si è aggiunta, negli anni recenti, la Risonanza Magnetica multiparametrica.

Non trattare immediatamente un tumore può sembrare illogico e pericoloso, ma è possibile monitorare in sicurezza il carcinoma della prostata a basso rischio, preservando la qualità della vita ed evitando gli effetti collaterali dei trattamenti radicali.

Tuttavia, convivere con una malattia non trattata potrebbe provocare ansia e un carico emotivo negativo: diversi studi hanno esaminato questa ipotesi, somministrando ai pazienti questionari standardizzati e validati. Emerge complessivamente un buon livello di qualità di vita in Sorveglianza Attiva, paragonabile o superiore a quella dei pazienti trattati con chirurgia o radioterapia.

Discriminare meglio le malattie significative dalle indolenti può ridurre la quota di sovra-trattamento: attualmente è in studio la presenza di proteine, RNA, cellule e loro frammenti nei liquidi biologici, con l'obiettivo di mettere a punto la cosiddetta biopsia liquida, ottenibile senza procedure invasive e indipendente dagli attuali sistemi di classificazione dell'aggressività tumorale.

Nuovi metodi di analisi arrivano dai sistemi di intelligenza artificiale e machine learning, in grado di elaborare una quantità enorme di dati: le caratteristiche clinico-patologiche, i biomarcatori, le immagini e tutte le altre variabili. Queste tecnologie sono in fase di studio per fornire nuovi strumenti a supporto del medico e del paziente e per delineare una Sorveglianza Attiva sempre più mirata e personalizzata.

### 3.2. La Chirurgia

di *Bernardo Rocco*<sup>1</sup>, *Maria Chiara Sighinolfi*<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Unità Operativa Complessa di Urologia, ASST Santi Paolo e Carlo, Milano, Università degli Studi di Milano.*

<sup>2</sup>*Dirigente Medico Ospedaliero, Specialista in Urologia, ASST Santi Paolo e Carlo.*

La chirurgia rappresenta un trattamento di scelta per la neoplasia prostatica organo-confinata. Al fine di garantire la rimozione del tumore, l'intervento prevede l'asportazione completa della prostata e delle vescicole seminali.

La prostatectomia radicale è indicata per pazienti con neoplasia a rischio intermedio che abbiano una aspettativa di vita superiore ai 10 anni. Trova indicazione anche in pazienti con neoplasia a rischio elevato o localmente avanzata: in questi casi, la chirurgia fa parte di un trattamento multimodale che può coinvolgere anche la radioterapia e il trattamento medico.

L'intervento consta di una fase di dissezione della ghiandola e di una fase di ricostruzione del tratto urinario, attraverso una sutura fra la vescica e il moncone uretrale a valle della prostata.

Tanto più la dissezione decorre adiacente la ghiandola, quanto più tessuto circostante si riesce a preservare, risparmiando i fasci neuro-vascolari (nerve sparing) e consentendo di mantenere la funzione erettile.

Tuttavia, eseguire una tecnica nerve-sparing in un tumore localmente avanzato potrebbe comportare il rischio di dissezione al suo interno. Occorre quindi sapere prevedere pre-operatoriamente lo stadio clinico della malattia per poter impiegare la strategia chirurgica più adeguata.

Nelle malattie a rischio elevato viene eseguita anche l'asportazione dei linfonodi loco-regionali, con lo scopo di conoscere l'esatta estensione della malattia per pianificare l'iter terapeutico.

L'incontinenza urinaria e il deficit erettile sono i problemi più comuni, dopo la prostatectomia radicale. La ripresa della continenza oscilla tra il 70 e il 98% a 12 settimane; analogamente, anche il recupero della potenza è variabile (30-80%) e può dipendere dall'età del paziente, dalla funzione erettile preoperatoria, dal tipo di tecnica chirurgica utilizzato.

### 3.3. La Radioterapia di Precisione nel Carcinoma della Prostata

di *Riccardo Valdagni*<sup>1,2,3</sup>, *Barbara Noris Chiorda*<sup>2</sup>, *Alessandro Cicchetti*<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*Dipartimento di Oncologia ed Emato-oncologia, Università degli Studi di Milano.*

<sup>2</sup>*Struttura Complessa di Radioterapia Oncologica, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano.*

<sup>3</sup>*Programma Prostata, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano.*

La Radioterapia impiega radiazioni ionizzanti per trattare il tumore. Nelle prime applicazioni terapeutiche si agiva con campi sovradimensionati per essere sicuri di colpire il bersaglio tumorale e ciò causava l'irradiazione di una porzione della pelvi.

La maggiore accuratezza del trattamento e il ridotto coinvolgimento degli organi adiacenti, garantiti dall'introduzione della Radioterapia a intensità modulata e dell'imaging durante la fase di trattamento, hanno reso possibile aumentare la dose di radiazioni da erogare.

Il processo di elaborazione di un piano di cura radioterapico parte dall'acquisizione di una TC, sulle cui immagini vengono identificati gli organi da irradiare e le strutture da risparmiare.

La Risonanza Magnetica multiparametrica, permette di identificare all'interno della prostata la lesione intraprostatica dominante, consentendo di dedicarle un trattamento intensificato.

La precisione dell'irradiazione comporta svariati risvolti pratici, dalla capacità di somministrare in sicurezza dosi sempre più elevate, alla possibilità di concentrare i trattamenti in un numero limitato di sedute (ipofrazionamento).

Durante il trattamento o nei primi mesi dopo la sua conclusione, possono comparire effetti collaterali, rappresentati principalmente da infiammazione della vescica, del retto o dell'intestino. Possono manifestarsi effetti tardivi dopo mesi o anni dal trattamento, che consistono essenzialmente in sanguinamenti vescicali o rettali o in sintomi ostruttivi urinari.

Tra gli effetti collaterali va segnalata anche la disfunzione erettile, che può insorgere negli anni successivi all'irradiazione.

Grandi sforzi di ricerca sono stati compiuti anche per individuare dei fattori genetici che rendono un individuo più sensibile alla radiazione: l'inclusione di queste caratteristiche in modelli predittivi permette di ottimizzare i trattamenti.

L'evoluzione tecnologica degli ultimi due decenni e la sempre maggiore attenzione verso il paziente e la sua malattia hanno permesso alla Radioterapia di divenire un trattamento di riferimento per la cura delle neoplasie della prostata.

### **3.4. Le terapie mediche**

di *Francesco Boccardo*

*Professore Emerito di Oncologia Medica, Università degli Studi di Genova, Dipartimento di Medicina interna e Specialità Mediche (DIMI).*

Le principali terapie per il trattamento del carcinoma prostatico sono l'ormonoterapia, la chemioterapia, la terapia radio-metabolica, l'immunoterapia e l'impiego degli inibitori di PARP.

Il trattamento ormonale è basato sulla riduzione dei livelli circolanti di testosterone o sull'interferenza del legame dell'ormone maschile con il recettore androgenico (AR). Vengono impiegati gli LHRH analoghi agonisti o antagonisti, che bloccano la sintesi del testosterone a livello dei testicoli (Terapia androgeno deprivativa - ADT) oppure gli antiandrogeni, farmaci che si legano all'AR, impedendo la trascrizione del testosterone.

La ADT non è però priva di effetti collaterali, quali: vampate di calore, impotenza sessuale, anemia, stanchezza, osteoporosi. L'effetto collaterale tipico degli antiandrogeni è la ginecomastia, spesso associato a dolenzia.

La chemioterapia, invece, è impiegata principalmente nei pazienti metastatici resistenti alla ADT, anche in combinazione con LHRH analoghi agonisti. Tale trattamento provoca frequentemente una diminuzione dei globuli bianchi. Un altro effetto collaterale è l'alopecia, che può manifestarsi insieme a nausea, vomito, diarrea, ritenzione idrica, perdita dell'appetito e alterazioni delle unghie.

Nella terapia radio-metabolica si somministra al paziente un farmaco radio-marcato che emette radiazioni in grado di raggiungere le cellule tumorali in via indiretta o diretta. Nel primo caso, il radio-farmaco è captato dagli osteoblasti, facendo sì che questo trattamento sia riservato ai pazienti con metastasi ossee. Nel secondo caso, il radio-farmaco raggiunge direttamente le cellule tumorali, impiegando la PSMA, una proteina della membrana delle cellule prostatiche.

L'immunoterapia si è finora rivelata deludente nella cura del carcinoma prostatico. Anche i trattamenti più recenti, come gli inibitori di checkpoint immunitari, non hanno dimostrato grande efficacia, probabilmente per la scarsa presenza nella prostata di cellule immuno-competenti.

Gli inibitori di PARP sono i farmaci più recentemente studiati nel trattamento del carcinoma prostatico. Risultano efficaci solo nei pazienti che presentano mutazioni di alcuni geni coinvolti nel danno-riparo del DNA.

L'approccio terapeutico al carcinoma prostatico sta cambiando rapidamente, orientandosi sempre più verso la medicina di precisione e la personalizzazione delle cure. In tutti i casi è opportuno che la scelta terapeutica derivi dall'attiva collaborazione e dal confronto tra i diversi specialisti.

### **3.5. Uno sguardo al futuro: nuove sfide terapeutiche**

di *Giuseppe Sanguineti<sup>1</sup>, Marta Bottero<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>*Direttore UOC Radioterapia, Istituto Nazionale Tumori "Regina Elena".*

<sup>2</sup>*UOC Radioterapia, Istituto Nazionale Tumori "Regina Elena".*

Il capitolo analizza le prospettive future per la cura del tumore prostatico, presentando le novità in ambito radioterapico, oncologico e chirurgico.

In radioterapia la novità è rappresentata dai trattamenti stereotassici, altamente precisi ed erogati in poche sedute (<8). Tuttavia, essi presentano comunque degli effetti collaterali e la ricerca è indirizzata a valutare delle metodiche per predirne la tossicità.

Le terapie focali stanno emergendo come strategie alternative a trattamenti definitivi in classi selezionate di pazienti. L'obiettivo di tali terapie è quello di trattare selettivamente la malattia macroscopica nota e di risparmiare quanto più possibile gli organi limitrofi. Diverse sono le tecniche di terapia focale attualmente disponibili: la crioterapia, la tecnica a ultrasuoni focalizzati ad alta intensità (HIFU), l'ablazione focale laser, l'elettroporazione irreversibile.

L'intelligenza artificiale ricopre un ruolo sempre più importante nell'ambito oncologico. Tra le nuove tecniche sta acquisendo importanza la radiomica, che consente di integrare informazioni ottenute attraverso diversi esami diagnostici (TAC, risonanza magnetica, PET) con i dati clinici. La radiomica ha molteplici applicazioni nell'ambito del tumore prostatico: non solo come supporto diagnostico ma anche come strumento per predire l'insorgenza di recidiva biochimica, le metastasi a distanza, l'estensione extracapsulare di malattia e l'efficacia del trattamento radioterapico.

Sono stati compiuti grandi progressi nell'ambito della cura farmacologica del tumore metastatico, la maggior parte dei quali riguardano i recettori androgenici. Purtroppo, l'efficacia clinica è transitoria ed evolve verso una fase di resistenza alla castrazione dopo circa 18-36 mesi. Diverse mutazioni dei recettori androgenici sono state identificate come responsabili del fallimento dei suddetti farmaci, aprendo nuove opportunità di cura.

Infine, la combinazione di farmaci antiandrogenici, sia tra loro, sia con altri farmaci, si è dimostrata promettente, anche se occorrerà attendere i dati di un follow up più lungo per confermare queste terapie.

#### **4. Aspetti psicologici del tumore alla prostata**

di Chiara Marzorati<sup>1</sup>, Gabriella Pravettoni<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Divisione di Psiconcologia, Istituto Europeo di Oncologia.

<sup>2</sup>Direttore Divisione di Psiconcologia, Istituto Europeo di Oncologia.

Il capitolo si focalizza sugli aspetti psicologici relativi al cancro alla prostata. Esso, infatti, non è solo una malattia del corpo, ma colpisce l'identità maschile più intima dell'uomo.

Indipendentemente dalla tipologia d'intervento o dalla persistenza degli effetti collaterali, i pazienti con cancro alla prostata sperimentano un senso di perdita. Questa percezione riguarda quattro aree principali: perdita delle proprie funzioni, perdita del proprio sé, perdita della connessione con l'altro e perdita di controllo.

Tra le perdite funzionali, l'incontinenza provoca sensazioni di inadeguatezza, vergogna, imbarazzo, insicurezza, ma soprattutto una tendenza all'isolamento sociale. Per questo motivo compaiono spesso depressione, perdita dell'autostima e apatia.

La patologia oncologica può provocare cambiamenti radicali nello stile di vita dei pazienti. Questo implica una perdita del proprio ruolo sociale, familiare, lavorativo e identitario, generando insicurezza e smarrimento.

La vita sociale può subire delle limitazioni a causa delle condizioni fisiche determinate dal tumore prostatico, che possono condurre il paziente a un maggiore isolamento. Nell'ambito della relazione di coppia i partner possono andare incontro a tensioni, conflitti e difficoltà comunicative a causa degli effetti collaterali delle terapie. Spesso sentimenti di vergogna inficiano la condivisione dei propri vissuti, compromettendo i rapporti di vicinanza e contribuendo all'isolamento.

La mancanza di controllo sul proprio corpo può portare il paziente a sentirsi dipendente e impotente. Infine, la propria condizione clinica può far scaturire preoccupazioni riguardanti il futuro e il paziente arriva a sentirsi sopraffatto dalla malattia oncologica.

Occorre coltivare una visione di presa in carico globale del paziente: l'intervento psicologico gli permetterebbe di affrontare al meglio l'esperienza del cancro e di elaborare il senso di perdita.

## **5. Il ruolo dei centri multidisciplinari prostata per una presa in carico più efficace a misura di paziente**

*di Sergio Bracarda<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup>*Presidente incoming SIUrO (Società Italiana di Uro-Oncologia).*

<sup>2</sup>*Direttore Dipartimento di Oncologia e S.C. Oncologia Medica e Traslazionale Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni.*

I team multidisciplinari e multiprofessionali per la patologia prostatica nascono sul modello delle Breast Unit, con l'obiettivo di organizzare percorsi di cura dedicati che comprendano l'eterogeneità biologica delle neoplasie prostatiche, le quali includono forme non aggressive e forme estremamente aggressive e potenzialmente letali.

Proprio per garantire l'approccio migliore ad ogni paziente, i gruppi multidisciplinari sono molto sfaccettati, composti da un "Core Team" e da numerose figure "Ancillari".

Il Core Team è formato da urologo, oncologo radioterapista, oncologo medico, patologo, radiologo, infermiere dedicato; altre figure ancillari presenti a chiamata sono: psicologo, medico nucleare, andrologo, riabilitatore, fisioterapista, palliativista, case manager, geriatra e, più recentemente, genetista e biologo molecolare.

Per istituire un centro multidisciplinare per le neoplasie prostatiche è necessario rispettare dei requisiti minimi: la presenza di una agenda pianificata degli incontri e la tracciabilità degli stessi, la disponibilità di un setting adeguato per le riunioni, compresa la possibilità di visione delle immagini e di condivisione della riunione anche mediante collegamenti esterni. Quest'ultima caratteristica è importante per possibili organizzazioni hub & spoke del gruppo, che possano consentire l'aggregazione anche a gruppi minori, carenti di alcune figure o dotazioni tecnologiche.

Altre condizioni importanti sono la discussione di un numero minimo di nuovi casi per anno (almeno 100), il possesso di risorse tecnologiche diagnostico-terapeutiche adeguate, nonché la verifica periodica dell'expertise dei componenti del team e la definizione di linee guida comuni.

A questi requisiti dovrebbero aggiungersi un adeguato rapporto con il territorio e con la medicina di base al fine di favorire uno scambio continuo di servizi offerti e di comunicazione e aggiornamenti.

### **BOX. Il Bollino Azzurro di Fondazione Onda**

*di Nicoletta Orthmann*

*Coordinatore medico-scientifico Fondazione Onda, Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere.*

Il Bollino Azzurro, presentato nel febbraio 2022, è il primo riconoscimento promosso da Fondazione Onda dedicato alla salute maschile, con l'obiettivo di identificare i centri che garantiscono un approccio multiprofessionale e interdisciplinare nell'ambito dei percorsi diagnostici e terapeutici per il tumore della prostata.

Le strutture sono state invitate alla compilazione di un questionario di mappatura online, volto a misurare la qualità e la multidisciplinarietà dei servizi; sulla base di questi criteri, 94 centri hanno ottenuto il Bollino Azzurro. Contestualmente, altre 33 strutture sono state insignite di una menzione speciale, in quanto mancanti di uno solo dei requisiti essenziali, in prospettiva di un miglioramento futuro.

## **6. Il ruolo dell'infermiere dedicato**

*di Giovanni Presta*

*Centro prostata Svizzera italiana.*

Il capitolo descrive le caratteristiche specifiche e il ruolo organizzativo dell'infermiere dedicato nell'ambito del tumore prostatico. Questa figura funge da tramite tra il paziente e il gruppo multidisciplinare che lo cura, facilitando il passaggio e la comprensione delle informazioni cliniche, oltre a gestire il follow up. Parallelamente, con la sua conoscenza "diretta" del paziente, aiuta a stabilire un piano terapeutico personalizzato e affianca gli altri infermieri nella gestione delle attività di cura.

Il ruolo degli infermieri in ambito oncologico si è evoluto fortemente, con l'introduzione di figure infermieristiche specialistiche con competenze avanzate (APN). L'APN è un professionista con una formazione accademica avanzata (livello master), il quale, oltre ad essere competente nella pratica clinica diretta, si distingue dagli altri infermieri per l'utilizzo di una prospettiva olistica, la costruzione di partnership terapeutiche con i pazienti, l'utilizzo del ragionamento clinico esperto, l'uso della pratica riflessiva e delle evidenze scientifiche come una guida alla pratica e alla capacità di utilizzare diversi approcci alla gestione della salute e della malattia.

Il termine APN viene considerato un termine "ombrello", in quanto accomuna diversi ruoli e per facilitarne la comprensione l'International Council of Nurses ne ha chiarito i due principali: il Clinical Nurse Specialist (CNS) e il Nurse Practitioner (NP), i quali presentano le stesse caratteristiche dell'APN, ma declinate diversamente. Il CNS si concentra maggiormente sull'assistenza indiretta a sostegno dell'eccellenza clinica, mentre il NP si dedica in maggior misura sulla cura diretta del paziente. Per quanto riguarda l'infermiere dedicato al tumore alla prostata, in base al contesto dove viene inserito e alle necessità, può assumere le caratteristiche di un CNS o un NP.

## **7. La formazione dei giovani urologi per una maggiore sicurezza dei pazienti**

*di Domenico Veneziano*

*Dept of Urology, Hofstra Northwell Long Island Jewish, New York (USA); School of Medicine, Moscow State University, Moscow (RU).*

Nel 2011, l'implementazione del protocollo EBLUS (European Basic Laparoscopic Urological Skills) segna l'inizio del training standardizzato in ambito urologico. Tale protocollo include quattro esercizi per l'addestramento di diverse skill di base. Tuttavia, la sua connessione con le procedure chirurgiche vere e proprie è sfumata e l'esame risulta poco contestualizzato; per tale motivo viene introdotto nel 2016 il concetto di "modular hands-on-training". Il sistema di hands-on training modulare è rappresentato da una piramide inversa, suddivisa in tre step progressivi di complessità crescente. Il passaggio da uno step all'altro avviene tramite prova d'esame, durante la quale vengono valutate le skill del discente tramite metriche prestabilite.

La prostatectomia radicale costituisce oggi il gold-standard chirurgico per il trattamento del tumore prostatico. Tale intervento presenta svariate sfide dal punto di vista tecnico, che lo rendono una sorta di "playground" perfetto per padroneggiare la tecnica chirurgica. Sono innumerevoli i "trucchi", che possono essere identificati durante la procedura e che permettono nel corso dell'intervento di prepararsi meglio alla fase successiva.

Protocolli sempre più complessi necessitano di una maggiore preparazione dei docenti, i quali devono attenersi a metodiche definite di insegnamento. Tramite corsi specifici essi vengono formati e valutati sia sulle abilità tecniche di insegnamento, sia sulle soft skill correlate, come l'abilità di interfacciarsi correttamente al discente.

Il teletraining potrebbe costituire una grande svolta nell'addestramento chirurgico. Si tratta di una sessione pratica, somministrata da remoto tramite sistemi di web-conferencing: tutor e discenti dispongono della stessa strumentazione e si mantengono in connessione tramite webcam e microfono. Ciò permette a un singolo docente di seguire contemporaneamente diversi studenti, con una riduzione significativa dei costi di logistica.

Il mondo del training chirurgico sta subendo profondi cambiamenti. La standardizzazione ha permesso l'introduzione di tecnologie sempre più evolute, che garantiranno ai chirurghi una maggiore efficienza e sicurezza.

## 8. Europa Uomo: Attività di Advocacy a favore dei pazienti

di Maria Laura De Cristofaro<sup>1</sup>, Cosimo Pieri<sup>2</sup>, Claudio Talmelli<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Presidente, Europa Uomo Italia.

<sup>2</sup>Segretario Generale, Europa Uomo Italia e membro del board di Europa Uomo Europa.

<sup>3</sup>Consigliere, Europa Uomo Italia.

Europa Uomo rappresenta la principale rete di informazione e supporto per il cancro alla prostata in Italia e in Europa.

Nel capitolo sono presentate le attività di advocacy, i progetti dedicati al sostegno dei pazienti e i risultati di un recente sondaggio europeo circa la qualità di vita dei pazienti, anche in relazione agli eventuali effetti collaterali delle terapie seguite.

Durante e dopo le cure, Europa Uomo sostiene gli uomini tramite un gruppo di auto-aiuto, i Venerdì di Europa Uomo. Il gruppo prevede attività supportivo-espressive coordinate da uno psicologo, attività di riabilitazione motoria guidate da un personal trainer, incontri con gli specialisti del settore e attività socioculturali. I Venerdì di Europa Uomo si propongono di tutelare e migliorare la qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie, aiutandoli a creare una nuova rete sociale di supporto.

Il sondaggio ha ottenuto 6.500 risposte da pazienti provenienti da tutte le 27 nazioni europee in cui sono presenti le associazioni nazionali. I pazienti, la cui età media è di 70 anni, hanno seguito complessivamente ogni tipo di terapia. Dai dati emerge che il disagio più avvertito dopo i trattamenti è il loro effetto sulla vita sessuale: la metà degli intervistati ha riscontrato un problema moderato o grave dopo le cure. Sotto questo profilo, la sorveglianza attiva offre la migliore risposta possibile.

Il malessere, la stanchezza e l'insonnia riguardano maggiormente la radioterapia associata ad ADT e chemioterapia, poiché tali cure hanno una durata maggiore. Per quanto concerne l'insonnia, la sorveglianza attiva rivela un maggior impatto, perché l'ansia aumenta in occasione dei controlli periodici.

A fronte di una migliore qualità della vita, il paziente in sorveglianza attiva deve sopportare una maggiore incertezza per tutta la propria esistenza. Europa Uomo esplicita il suo ruolo proprio in tali frangenti: informa sulle terapie, diffonde i dati relativi alla sicurezza clinica e offre sostegno psicologico specifico.

### Conclusioni. Il progetto “Bollino Azzurro”: dal modello multiprofessionale al *real world*

di Orazio Caffo<sup>1</sup>, Giario Conti<sup>2</sup>, Rolando Maria D'Angelillo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Presidio Ospedaliero S. Chiara, APSS Trento.

<sup>2</sup>Segretario SIUrO (Società Italiana di Uro-Oncologia).

<sup>3</sup>Policlinico Tor Vergata, Roma.

La creazione di un team multiprofessionale richiede innanzitutto il passaggio da una visione che coinvolge la singola disciplina a una che abbraccia tutte le discipline e le figure professionali coinvolte nella presa in carico del paziente.

Gli obiettivi di un team multiprofessionale sono: migliorare la capacità diagnostica e l'appropriatezza delle strategie terapeutiche, rendere accessibili le cure disponibili, migliorare la qualità di vita e la compliance dei pazienti, ottimizzando l'uso delle risorse.

Perché tutto ciò si realizzi è necessario, in primo luogo, definire quali sono i professionisti che compongono il gruppo, dagli specialisti del core team alle figure di supporto.

Una volta stabiliti i componenti del gruppo è indispensabile dotarsi di strumenti per lavorare adeguatamente e verificare che gli sforzi stiano andando verso l'obiettivo prefissato. Il primo strumento è la definizione dei requisiti minimi, riferiti al volume di attività, alle capacità professionali e alle dotazioni tecnologiche.

Occorre inoltre, creare dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, che definiscano e descrivano le modalità per costruire un percorso di diagnosi e cura.

Altro strumento fondamentale sono gli indicatori che aiutano a verificare periodicamente, in termini quantitativi, gli obiettivi che ci si era prefissi di raggiungere. Gli indicatori, di processo e/o di risultato, dovrebbero essere sempre in numero non eccessivo e soprattutto avere degli elementi valoriali raggiungibili.

L'ultimo strumento, ma non per questo il meno importante, è quello della comunicazione, sia fra medico e paziente sia fra medico e medico.

Questo percorso virtuoso ha trovato un riconoscimento formale con l'attribuzione del Bollino Azzurro di Fondazione Onda. L'obiettivo di questa iniziativa è quello di contribuire alla creazione di team multiprofessionali sulla patologia prostatica che non siano “di facciata” ma rappresentino una realtà operativa vera, concreta e reale che coinvolga direttamente i pazienti nel percorso di diagnosi e cura.