

Glossario in parole semplici

I termini che sentirai dai medici, spiegati da uomo a uomo

La parola fa più paura della malattia: metà dell'ansia nasce da termini mai sentiti prima. Qui li trovi tradotti in italiano semplice. Portalo con te alle visite, se vuoi.

PSA	Una proteina prodotta dalla prostata, misurata con un prelievo di sangue. Un valore alto NON significa tumore: può salire per infiammazioni, età, sport, rapporti recenti o ingrossamento benigno. È un campanello, non un verdetto.
PSA non dosabile	Dopo l'asportazione della prostata, il PSA scende così in basso da non potersi leggere. È esattamente quello che vuoi vedere ai controlli.
IPB (Ipertrofia Prostatica Benigna)	L'ingrossamento naturale e benigno della prostata che arriva con l'età. Dà fastidi urinari ma NON è un tumore, non lo diventa e non si diffonde.
Esplorazione rettale	La palpazione della prostata durante la visita urologica. Dura pochi secondi: più imbarazzo che dolore.
Risonanza magnetica multiparametrica (RM)	Un esame indolore e senza radiazioni che «fotografa» la prostata in dettaglio. Spesso si fa prima della biopsia per capire se e dove serve davvero pungere.
PI-RADS	Il punteggio (da 1 a 5) con cui la risonanza classifica le aree sospette: aiuta i medici a decidere se approfondire.
Biopsia (e biopsia fusion)	Il prelievo di piccolissimi campioni di tessuto con un ago, in anestesia locale: più fastidio che dolore. È l'unico esame che dà la certezza. La «fusion» è guidata dalla risonanza: più precisa.
Gleason / Grade Group	Il punteggio del patologo (es. 3+4=7, tradotto in Grade Group da 1 a 5) che dice quanto il tumore è «tranquillo» o «sveglio». Guida tutte le scelte successive.
Stadiazione	Gli esami (TC, scintigrafia ossea, PET-PSMA) che verificano quanto è esteso il tumore. Prescriverli non significa che le cose vanno male: serve a decidere bene.

PET-PSMA	Un esame molto preciso che individua dove si trovano eventuali cellule tumorali. Usato soprattutto nella stadiazione o se il PSA risale.
Sorveglianza attiva	Per tumori piccoli e poco aggressivi: non si opera subito, si controlla nel tempo. Non è «non fare niente»: è un monitoraggio attento che evita cure inutili.
Prostatectomia radicale	L'intervento che rimuove tutta la prostata, oggi spesso con tecnica robotica mini-invasiva. È diverso dall'intervento per l'IPB, che toglie solo la parte interna ingrossata.
Nerve-sparing	La tecnica chirurgica che risparmia i nervi dell'erezione. Non sempre possibile, ma quando lo è fa una grande differenza sul recupero della sessualità. Chiedila sempre.
Radioterapia (e brachiterapia)	Cura il tumore con radiazioni mirate, dall'esterno o con piccole sorgenti interne (brachiterapia). In molti casi alternativa alla chirurgia con esiti paragonabili.
Terapia ormonale	Farmaci che «tolgono il carburante» al tumore riducendo il testosterone. Usata soprattutto nelle forme più estese o insieme alla radioterapia.
Catetere	Il tubicino che drena la pipì dopo l'intervento, di solito per una settimana scarsa. Fa più impressione che male — e toglierlo NON fa male: è un attimo.
Pavimento pelvico / esercizi di Kegel	I muscoli che controllano la pipì e gli esercizi per riallenarli. Iniziarli prima dell'intervento accelera il recupero della continenza.
Orgasmo secco	Dopo la prostatectomia l'eiaculazione non c'è più, ma l'orgasmo come piacere resta possibile.
Recidiva biochimica	Il PSA che risale dopo la cura, spesso molto prima di qualsiasi sintomo. Non è una condanna: significa «serve approfondire», e le opzioni esistono (es. radioterapia di salvataggio).
Radioterapia di salvataggio	La radioterapia usata come «rete di sicurezza» se il PSA risale dopo la chirurgia.

**Équipe multidisciplinare
/ PDTA**

Il gruppo di specialisti (urologo, oncologo, radioterapista, patologo, psico-oncologo) che decide insieme, seguendo un percorso di cura dedicato (PDTA). I centri che lavorano così ottengono i risultati migliori.

Psico-oncologo

Lo psicologo specializzato nell'accompagnare chi affronta un tumore. Non è l'ultima spiaggia: è un alleato fin dal primo giorno, spesso gratuito nei centri oncologici.

Questa scheda raccoglie esperienza personale e informazioni divulgative: non è un consulto medico e non sostituisce il rapporto con il tuo medico. Fatti sempre spiegare il TUO referto dal tuo medico.