

ROPI

RETE ONCOLOGICA PAZIENTI ITALIA



IL CARCINOMA DELLA VESCICA

INFORMAZIONI PER I PAZIENTI



2^a edizione
Settembre 2025

IL CARCINOMA DELLA VESCICA

INFORMAZIONI PER I PAZIENTI

Nunzio Digiacomo

SC Oncologia Medica

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

Sergio Bracarda

SC Oncologia Medica e Traslazionale

Azienda Santa Maria, Terni

Claudia Caserta

SC Oncologia Medica

Perugia

Claudia Mosillo

Oncologia Medica

IRCCS IFO Regina Elena, Roma

SOMMARIO

Epidemiologia	4
Brevi cenni di anatomia	4
Fattori di rischio	5
Diagnosi precoce e screening	5
Sintomi e segni clinici associati al tumore della vescica	5
Modalità della diagnosi	6
Cistoscopia	6
Citologia urinaria	7
Esami radiologici	7
Ecografia	7
UTO-TC	7
RMN (Risonanza Magnetica)	7
PET-TC FDG	8
Anatomia patologica e cenni di biologia molecolare	8
Trattamento della malattia superficiale	9
Trattamento della malattia muscolo infiltrante	10
Trattamento della malattia avanzata	11
I controlli (follow up)	13
Bibliografia	14

EPIDEMIOLOGIA

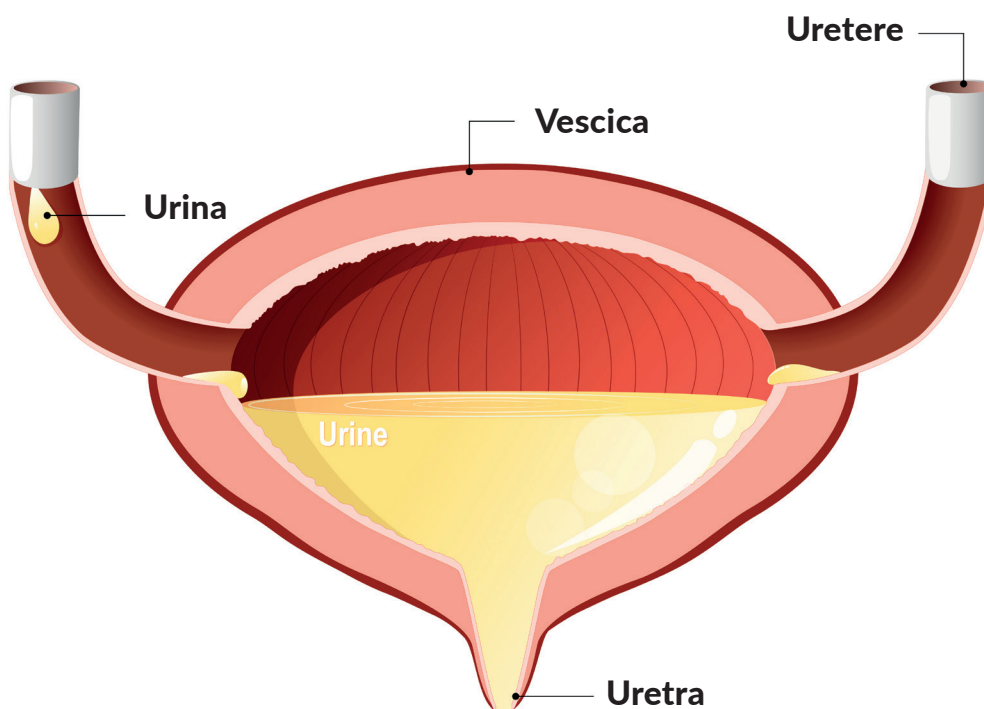
Globalmente, nel 2023 in Italia, il tumore della vescica è stato il 5° tumore più frequentemente diagnosticato con circa 29.000 nuovi casi (23.000 tra gli uomini e 6.000 tra le donne), dopo prostata (41.100), polmone (44.000), colon-retto (50.500), mammella (55.900 casi). Questa neoplasia interessa più frequentemente l'età avanzata ed il sesso maschile, risultando negli uomini il quarto tumore più frequente dopo i 50 anni.

Nel 2024 sono stimate circa 31.016 nuove diagnosi con netta prevalenza per il sesso maschile (uomini= 25.227; donne= 5.789; rispettivamente, 11,4% e 3,2% di tutti i tumori). La sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi è pari al 79% senza significative differenze di genere (80% per gli uomini e 78% per le donne) ma con un forte gradiente per età: è del 96% nella popolazione di età inferiore ai 45 anni e del 66% nel sottogruppo di pazienti con più di 75 anni, dati che vanno interpretati tenendo

conto della distinzione, e differente prevalenza, tra forme superficiali (più frequenti e a prognosi migliore), forme infiltranti la parete muscolare, più aggressive, e avanzate. Non ci sono differenze significative sulla sopravvivenza a 5 anni in base alla sede geografica (80%-81% al Nord Italia e 78%-79% al Centro Sud ed Isole).

BREVI CENNI DI ANATOMIA

La vescica è un organo muscolare cavo situato nella pelvi. Nel maschio si localizza al di sopra della ghiandola prostatica, attraversata centralmente dal "canale" dell'uretra, che porta l'urina, prodotta dai reni e pervenuta nel serbatoio vescica attraverso gli ureteri, all'esterno, grazie al contemporaneo rilascio dello sfintere uretrale e alla contrazione della parete muscolare della vescica. Nella donna la vescica contrae rapporti anatomici con il più complesso apparato genitale femminile.



FATTORI DI RISCHIO



Fattori che favoriscono lo sviluppo di un tumore della vescica sono: il fumo, responsabile da solo di oltre il 50% dei tumori della vescica; durata ed intensità del

fumo sono positivamente correlati con l'insorgenza del tumore; altri fattori di rischio sono rappresentati da **esposizione professio-**



nale (5-10% dei tumori della vescica, soprattutto nei lavoratori del tabacco e coloranti); **dieta** (alcol ed eccessivo consumo di carni rosse); **esposizione ambientale** (l'arsenico presente nell'acqua



potabile è un noto cancerogeno per il tumore vescicale così come le amine aromatiche e i pesticidi utilizzati in agricoltura).

Invece, **fattori protettivi che contrastano lo sviluppo del tumore vescicale sembrano essere:** vitamina D, consumo quotidiano di frutta e verdura, elevato consumo di pesce e, ovviamente, l'abolizione di fumo e alcol.

Il carcinoma uroteliale non è ad oggi considerato tra le forme a trasmissione familiare, anche se sono state documentate alcune alterazioni genetiche che possono aumentare il rischio di insorgenza di questa neoplasia. Un esempio sono le mutazioni a carico di un sistema di geni responsabili della riparazione del DNA conosciuto come *mismatch repair system*. Questa condizione, nota come "carcinoma colorettales ereditario non poliposico" o Sindrome di Lynch, comporta una predisposizione a diversi tumori maligni tra cui il carcinoma uroteliale dell'alta via escretrice (pelvi renale e uretere).

DIAGNOSI PRECOCE E SCREENING

Il tumore della vescica soddisfa alcuni dei criteri necessari per adottare uno screening di popolazione: numerosità e rilevanza della patologia, accettabilità dei trattamenti proponibili, strumenti che permettono di riconoscere la malattia in fase asintomatica (precoce) con buon rapporto costo/beneficio. Manca, tuttavia, al momento, un consenso univoco sull'eventuale test di screening da impiegare, nessuna modalità di screening ha dato infatti risultati soddisfacenti.

SINTOMI E SEGNI CLINICI ASSOCIATI AL TUMORE DELLA VESCICA

La **macroematuria** (ossia la presenza di sangue visibile nelle urine) è il segno più frequente di esordio della malattia, presente in circa l'80% dei casi, la sua entità è indipendente dalle dimensioni o stadio della neoplasia, va tuttavia tenuto presente che molte condizioni benigne (in primis infezio-



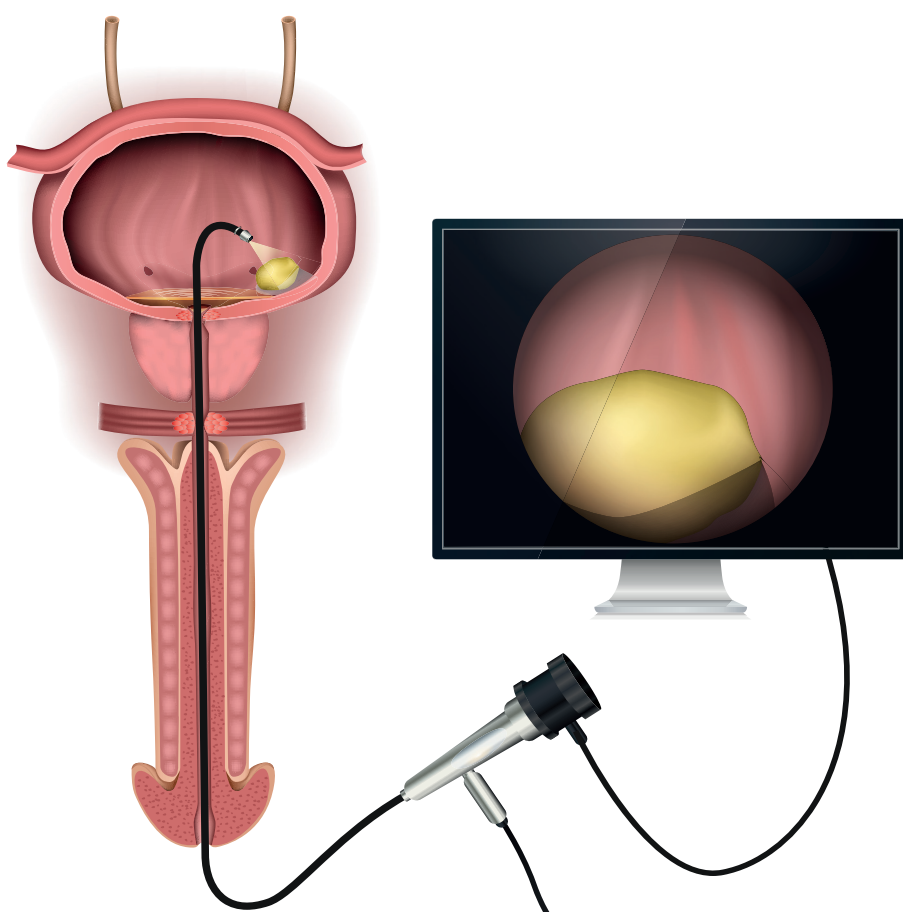
ni) possono causare ematuria, anche più frequentemente. Altri sintomi o segni clinici possono essere **disturbi di tipo irritativo** come stranguria (minzione difficoltosa, lenta o dolorosa), pollachiuria (minzione frequente durante tutto il giorno), urgenza minzionale, che possono essere tipici di carcinomi in situ; una **ritenzione acuta di urina** (incapacità di svuotare la vescica a causa di ostacoli che ne impediscono il regolare deflusso) può essere dovuta a neoplasie che insorgono in prossimità del collo vescicale o che coinvolgono l'uretra; **algie pelviche** e il riscontro di **idroureteronefrosi** (ossia dilatazione delle vie urinarie) possono essere indicativi di una malattia invasiva o anche in stadio localmente avanzato. Anche in questo caso, è tuttavia opportuno ricordare che molte patologie benigne, a partire dall'ipertrofia prostatica benigna (IPB) e da anomalie della statica pelvica nella donna possono portare agli stessi disturbi. In presenza di questi segni o sintomi vanno quindi fatti degli accertamenti per chiarirne la causa.

MODALITÀ DELLA DIAGNOSI

In caso di quadro clinico sospetto per tumore della vescica, è opportuno rivolgersi ad uno specialista che, valutato il caso e confermato il sospetto diagnostico, ponga indicazione all'effettuazione di esami per confermare o meno la diagnosi.

CISTOSCOPIA

Si tratta di un esame endoscopico finalizzato all'esplorazione visiva delle pareti interne di uretra e vescica, in modo da individuare eventuali anomalie: presenza, numero ed aspetto (solido o sfrangiato) di eventuali neoformazioni, verifica della sede e funzionalità degli sbocchi (ostii) degli ureteri in vescica. L'esame è effettuato mediante uno strumento tubulare di piccolo calibro, rigido o flessibile. Durante la procedura è possibile effettuare prelievi per conferma istologica. In caso di conferma dell'iniziale sospetto clinico mediante cistoscopia diagnostica seguirà una resezione endoscopica della malattia visibile, definita TUR-BT o TURV (Trans-Urethral Resection of Bladder Tumor: "resezione endoscopica, trans-ure-





trale, di tumore vescicale”) che potrebbe diventare il primo passaggio endoscopico nel caso di esame ecografico iniziale positivo.

CITOLOGIA URINARIA

Si tratta di un esame non invasivo volto ad evidenziare nelle urine, mediante microscopia, la presenza di cellule uroteliali atipiche o francamente neoplastiche che derivano dallo sfaldamento della parte superficiale di alcune forme di tumore delle vie urinarie. È tuttavia importante tener presente la possibile utilità della citologia nelle sole forme di alto grado, avendo bassa sensibilità in quelle di basso grado. Infezioni, corpi estranei (calcoli), la presenza di una neovescica ileale, ne limitano ulteriormente l'utilizzo.

ESAMI RADIOLOGICI

ECOGRAFIA

Indagine di I livello. L'ecografia può evidenziare, a vescica distesa, lesioni poli-

poidi aggettanti nel lume. Al contrario non è in grado di evidenziare lesioni vescicali piatte (es: CIS).

URO-TC

Tomografia Computerizzata con effettuazione di scansioni TC al momento del passaggio del mezzo di contrasto nell'apparato urinario: indagine di II livello. Questo esame consente di studiare l'intero apparato urinario per confermare la presenza di lesioni vescicali riscontrate all'esame ecografico e valutare la presenza o meno di lesioni uretrali o delle alte vie escretrici data la tendenza alla multifocalità dei tumori uroteliali. Inoltre, le scansioni TC total body consentono anche di valutare la presenza di un eventuale interessamento linfonodale o di altri organi per valutare la presenza o meno di metastasi.

RMN (RISONANZA MAGNETICA)

Indagine di II livello. Fornisce informazioni sovrapponibili a quelle della TC e viene

utilizzata in presenza di controindicazioni all'uso della TC stessa (soprattutto, allergia al mezzo di contrasto iodato).

PET-TC FDG

La PET FDG (o PET con 18F-FDG) è un esame di medicina nucleare che usa il 18F-Fluorodesossiglucosio, un traccianti radioattivo per studiare il metabolismo glucidico, in particolare nei tumori.

È un analogo del glucosio che viene accumulato dalle cellule, rendendo visibili zone con elevata attività metabolica, come i tessuti tumorali. Questo esame non fornisce informazioni utili in questa patologia neoplastica e se ne stanno valutando possibili indicazioni in casi selezionati, anche nell'ambito di studi clinici.

A seguito della effettuazione degli esami sopra indicati potrà essere definita l'estensione della malattia, espressa mediante la Classificazione TNM, dove T indica l'entità dell'estensione in profondità del Tumore primitivo, N la presenza o meno di interessamento dei linfonodi e la sua eventuale estensione, e M la presenza o meno di metastasi a distanza.

ANATOMIA PATOLOGICA E CENNI DI BIOLOGIA MOLECOLARE

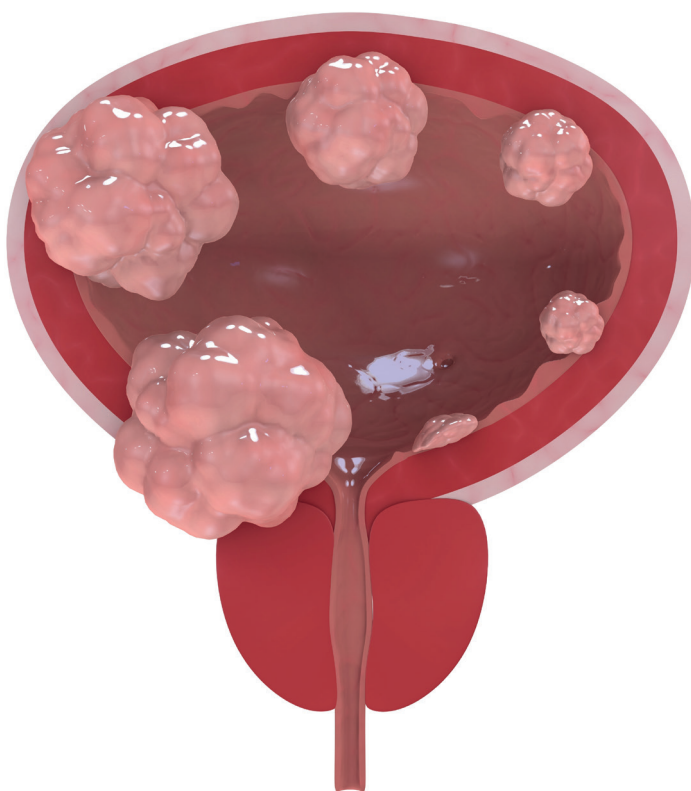
Nel 90% circa dei casi, i tumori vescicali sono costituiti da "carcinomi a cellule uroteliali". La prima distinzione che occorre fare nell'ambito del carcinoma della vescica è quella fra **Malattia Superficiale** e **Malattia Muscolo-Infiltrante**.

NELLA MALATTIA SUPERFICIALE SONO COMPRESI:

- i tumori di tipo Ta, che sono circoscritti al rivestimento della vescica (indicata come "muco-sa")
- i tumori di tipo T1, che hanno invaso i tessuti adiacenti sotto il rivestimento della vescica, ma che non si sono ancora sviluppati nel muscolo della parete vescicale
- i tumori CIS (carcinoma in situ) che assomigliano ad un tappeto tumorale, circoscritto al rivestimento della vescica ("mucosa")

La Malattia Muscolo-Infiltrante ($\geq T2$)

comprende le neoplasie che infiltrano (T2) o superano (T3-4) la parete muscolare della vescica. Queste forme tumorali sono meno frequenti ma sono più aggressive e solitamente necessitano di un intervento





di asportazione radicale dell'organo (cistectomia) anche se, in casi selezionati favorevolmente, si può valutare in ambito multidisciplinare, una preservazione della vescica.

Al momento della prima diagnosi, il 70% circa dei tumori della vescica è rappresentato da neoplasie uroteliali non infiltranti la tonaca muscolare.

La classificazione di un carcinoma uroteliale in malattia non muscolo-infiltrante e muscolo-infiltrante richiede una resezione endoscopica della lesione evidenziata alla cistoscopia (o ecografia).

Nell'esame istologico relativo ad una resezione endoscopica o all'intervento di cistectomia, il patologo deve riportare specifici elementi (istotipo, grading, livello di infiltrazione, presenza o meno di CIS, presenza o meno di tonaca muscolare nel caso di resezione endoscopica, invasione linfatica e vascolare, numero e stato dei

linfonodi, presenza o meno di neoplasia sui margini di resezione) la cui valutazione da parte dell'oncologo e dell'urologo porterà alla definizione del successivo iter terapeutico.

Il trattamento e la prognosi delle neoplasie vescicali differisce in modo sostanziale a seconda che si tratti di forme superficiali, muscolo-infiltranti o metastatiche.

TRATTAMENTO DELLA MALATTIA SUPERFICIALE

Nei casi di Malattia superficiale la malattia viene sottoposta a resezione endoscopica vescicale transuretrale (TUR-BT o TURV) che costituisce un approccio diagnostico obbligatorio e, allo stesso tempo, terapeutico perché rappresenta il trattamento iniziale del tumore. Questa procedura consente di acquisire informazioni sul tu-



more quali *numero e dimensione della/e neoplasia/e, profondità di infiltrazione (infiltrazione degli strati che costituiscono la parete della vescica), grading (grado di differenziazione cellulare), presenza o meno di CIS concomitante.*

Sulla base di questi parametri, le neoplasie superficiali della vescica vengono quindi distinte in forme a basso rischio, rischio intermedio ed alto rischio, per quanto riguarda la probabilità di recidiva e/o progressione di malattia verso una forma infiltrante la tonaca muscolare. In base a tale categorizzazione, i pazienti con malattia superficiale a basso rischio verranno sottoposti a singola instillazione precoce e soli controlli o a cicli di instillazioni endovesicali periodiche con chemioterapici o BCG (immunoterapia con Bacillo di Calmette-Guerin), riservando quest'ultimo alle forme più impegnative, in cui è raccomandato un trattamento di mantenimento fino ad 1-3 anni in assenza di recidive ai controlli programmati.

Nello stadio T1, oppure nelle neoplasie ad alto grado, o in assenza di tonaca muscolare alla TURV, è indicata una seconda resezione endoscopica trans-uretrale (**ReTUR**) necessaria per verificare la radicalità

dell'intervento e, in caso di residuo, per completare la resezione.

Obiettivi della **terapia endovesicale**, con chemioterapia o BCG, sono: la riduzione del tasso delle recidive, l'allungamento dell'intervallo libero tra TURV ed eventuale recidiva, la prevenzione della progressione della malattia. In caso di fallimento di una terapia endovesicale con BCG, inteso come persistenza di malattia in corso di trattamento, o recidiva dopo le instillazioni, è indicata una rivalutazione complessiva del caso con possibile indicazione anche ad una cistectomia radicale.

TRATTAMENTO DELLA MALATTIA MUSCOLO INFILTRANTE

In caso di carcinomi uroteliali con infiltrazione della tonaca muscolare, il trattamento standard è rappresentato dalla cistectomia radicale (negli uomini consiste nella rimozione in blocco di vescica, prostata e vescichette seminali; mentre nelle donne, rimozione di vescica, utero e annessi) associata a linfadenectomia pelvica. In una discreta percentuale di

uomini sottoposti a cistectomia, si può riscontrare un “inaspettato” tumore prostatico (incidentale).

La cistectomia può essere effettuata con metodica “robot-assisted”, per via laparoscopica o a cielo aperto (open). Alla rimozione dell’organo, segue una ricostruzione ortotopica (cioè nella stessa sede) dell’organo asportato (neo-vescica) mediante riconfigurazione di una ansa intestinale (ileale). Quando la ricostruzione ortotopica dell’organo non è possibile o opportuna si ricorre a derivazioni più semplici come la uretero-cutaneo-stomia bilaterale o la uretero-ileo-cutaneo-stomia (Bricker).

La cistectomia radicale, va associata quando possibile a chemioterapia pre-operatoria (terapia neo-adiuvante) con schemi a base di cisplatino (cisplatino e gemcitabina, dose dense M-VAC), con dimostrati vantaggi in sopravvivenza; in alternativa è possibile valutare trattamenti chemioterapici post-operatori (terapia adiuvante) con schemi di chemioterapia sempre comprendenti cisplatino.

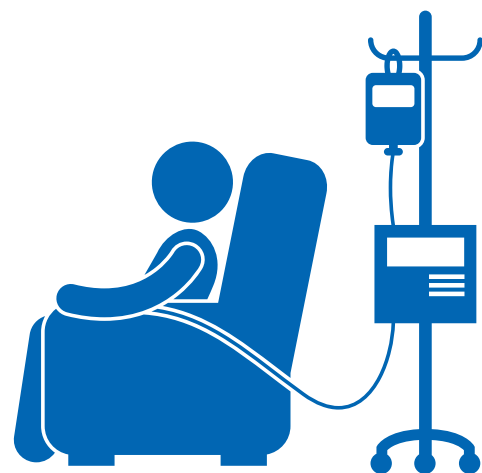
Negli ultimi anni sono stati pubblicati dati di studi clinici che dimostrano l’efficacia di trattamenti neoadiuvanti (pre-chirurgia), adiuvanti (post-chirurgia) o peri-operatori (pre- e post- chirurgia) con farmaci immunoterapici, sia da soli che combinati con chemioterapia, e con farmaci immunconiugati di ultima generazione. Al momento della stesura di questo Quaderno, queste strategie terapeutiche non sono utilizzabili nella pratica clinica. In una minoranza di casi di malattia muscolo infiltrante, favorevolmente selezionati da un punto di vista prognostico, in particolare per estensione di malattia, è anche possibile valutare, sempre in ambito multidisciplinare, strategie di preservazione della vescica (“bladder sparing”) caratterizzate da trattamenti integrati e sequenziali di

chirurgia endoscopica massimale e chemio e radioterapia (cosiddetti approcci trimodali).

TRATTAMENTO DELLA MALATTIA AVANZATA

In Italia, **il trattamento standard di prima linea** del carcinoma uroteliale in stadio localmente avanzato non operabile o metastatico è, al momento della stesura di questo documento rappresentato da schemi polichemioterapici comprendenti platino (quando possibile cisplatino, ad esempio cisplatino-gemcitabina o M-VAC, per maggior attività rispetto all’analogo carboplatino) per una durata di 4-6 cicli seguita da una rivalutazione di malattia (solitamente con una TC o altro esame radiologico preferibilmente lo stesso utilizzato al basale) e, in caso di risposta o stabilità di malattia, da immunoterapia di mantenimento con avelumab fino a progressione. Questo approccio terapeutico ha dimostrato un vantaggio in sopravvivenza rispetto alla sola chemioterapia seguita da controlli periodici. La principale limitazione a questa scelta è rappresentata dalla presenza di insufficienza renale grave.

Nei casi con progressione di malattia in corso di chemioterapia di prima linea può essere valutata come terapia di seconda linea una immunoterapia con pem-



brolizumab, che ha dimostrato maggior efficacia rispetto a chemioterapia con vinflunina o taxani (docetaxel o paclitaxel). Per i pazienti in progressione dopo precedente chemioterapia con sali di platino e immunoterapia (avelumab somministrato come mantenimento dopo una chemioterapia di prima linea o pembrolizumab somministrato come terapia di seconda linea) è possibile proporre **una terapia di terza linea** con enfortumab vedotin, un anticorpo farmaco-coniugato (ADC) costituito da un anticorpo che si lega specificamente a una proteina chiamata Nectina-4 (presente sulla superficie delle cellule tumorali) e da un farmaco antitumorale (monometil auristatina- MMAE). Dopo il legame dell'anticorpo alla proteina specifica presente sulla superficie delle cellule tumorali, l'enfortumab vedotin viene portato all'interno della cellula e viene rilasciato il farmaco MMAE, diretto contro i microtubuli (microstrutture indispensabili alla cellula tumorale per replicarsi) con conseguente arresto del ciclo cellulare e morte delle cellule tumorali per apoptosi. Le tossicità più frequentemente riportate sono state quelle neurologiche periferiche e cutanee.

Nell'ambito della malattia in stadio avanzato, numerosi studi clinici stanno valutando farmaci innovativi per meccanismo d'azione o bersaglio molecolare o combinazioni di farmaci. Tra questi erdafitinib, che inibisce una proteina nota come FGFR3, alterata nella sua funzione da alcune anomalie genetiche specifiche che ne rappresentano il target, espresse nel 15-20% dei pazienti con carcinoma uro-

teliale metastatico. Al momento della stesura di questo Quaderno il farmaco non è ancora rimborsato dal Servizio Sanitario Nazionale italiano ed è attualmente accessibile mediante specifici programmi di richiesta ad uso nominale.

Nuove combinazioni di farmaci nel trattamento di prima linea hanno recentemente dimostrato risultati di estremo interesse in termini di aumento della sopravvivenza rispetto alla sola chemioterapia a base di platino. In particolare al Congresso ESMO 2023 sono stati presentati i risultati di due studi clinici di fase III nel trattamento di prima linea della malattia avanzata: lo studio EV-302/KN-A39 e lo studio CheckMate 901.

Lo studio EV-302/KN-A39 ha confrontato la combinazione enfortumab vedotin + pembrolizumab con la chemioterapia a base di platino e riportando, con la terapia di combinazione, un raddoppiamento della sopravvivenza (31,5 rispetto a 16,1 mesi con la sola chemioterapia): Lo schema terapeutico enfortumab vedotin + pembrolizumab, al momento della stesura di questo Quaderno, non è ancora rimborsato in Italia dal SSN.

Lo studio CheckMate 901 ha confrontato la combinazione di chemioterapia (cisplatino e gemcitabina) e immunoterapia (nivolumab) rispetto alla sola chemioterapia, riportando un vantaggio in sopravvivenza di circa 3 mesi (21,7 vs 18,9 mesi) con la chemio-immunoterapia. Sono in corso di valutazione altri farmaci rivolti contro bersagli diversi, come ad esempio IL trastuzumab deruxtecan contro il bersaglio HER-2.

I CONTROLLI (FOLLOW UP)

Per follow-up si intende l'effettuazione di controlli periodici dopo effettuazione di un trattamento a scopo curativo (ad esempio chemioterapia pre-operatoria seguita da cistectomia). L'intento di tale strategia è quello di identificare eventuali recidive di malattia. Il termine potrebbe applicarsi anche ad alcuni casi di malattia avanzata nei quali la terapia effettuata abbia portato ad una regressione (parziale o totale) di malattia, con sospensione, almeno temporanea, del trattamento stesso.

Ovviamente, sono molto differenti i programmi di follow up per pazienti sottoposti a trattamento per malattia superficiale (non muscolo-infiltrante) e per pazienti con malattia muscolo-infiltrante.

Nel primo caso si tratta di controlli preva-



lentemente endoscopici e citologici volti ad individuare eventuali recidive a livello della parete vescicale.

Nel secondo caso sono largamente legati ad esami di diagnostica per immagini che andranno a valutare la presenza o meno di metastasi viscerali, linfonodali o ossee.

BIBLIOGRAFIA

Tumori dell'Urotelio – Linee Guida AIOM, Edizione 2024

I Numeri Del Cancro in Italia 2024 – AIOM

Van der Heijden MS, Sonpavde G, Powles T, et al. Nivolumab plus gemcitabine-cisplatin in advanced urothelial carcinoma. *N Engl J Med.* 2023.

Powles T, Valderrama BP, Gupta S, et al. Enfortumab vedotin and pembrolizumab in untreated advanced urothelial cancer. *N Engl J Med.* 2024.

Powles T, Park SH, Voog E, et al. Avelumab maintenance therapy for advanced or metastatic urothelial carcinoma. *N Engl J Med.* 2020.

Fradet Y, Bellmunt J, Vaughn DJ, et al. Randomized phase III KEYNOTE-045 trial of pembrolizumab versus paclitaxel, docetaxel, or vinflunine in recurrent advanced urothelial cancer: results of > 2 years of follow up. *Ann Oncol.* 2019

Rosemberg JE, Powles T, Sonpavde GP, et al. Long-term outcomes in EV-301: 24-month findings from the phase 3 trial of enfortumab vedotin versus chemotherapy in patients with previously treated advanced urothelial carcinoma. *J Clin Oncol.* 2022.

Loriot Y, Matsubara N, Park SH, et al. Erdafitinib or chemotherapy in advanced or metastatic urothelial carcinoma. *N Engl J Med.* 2023.

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

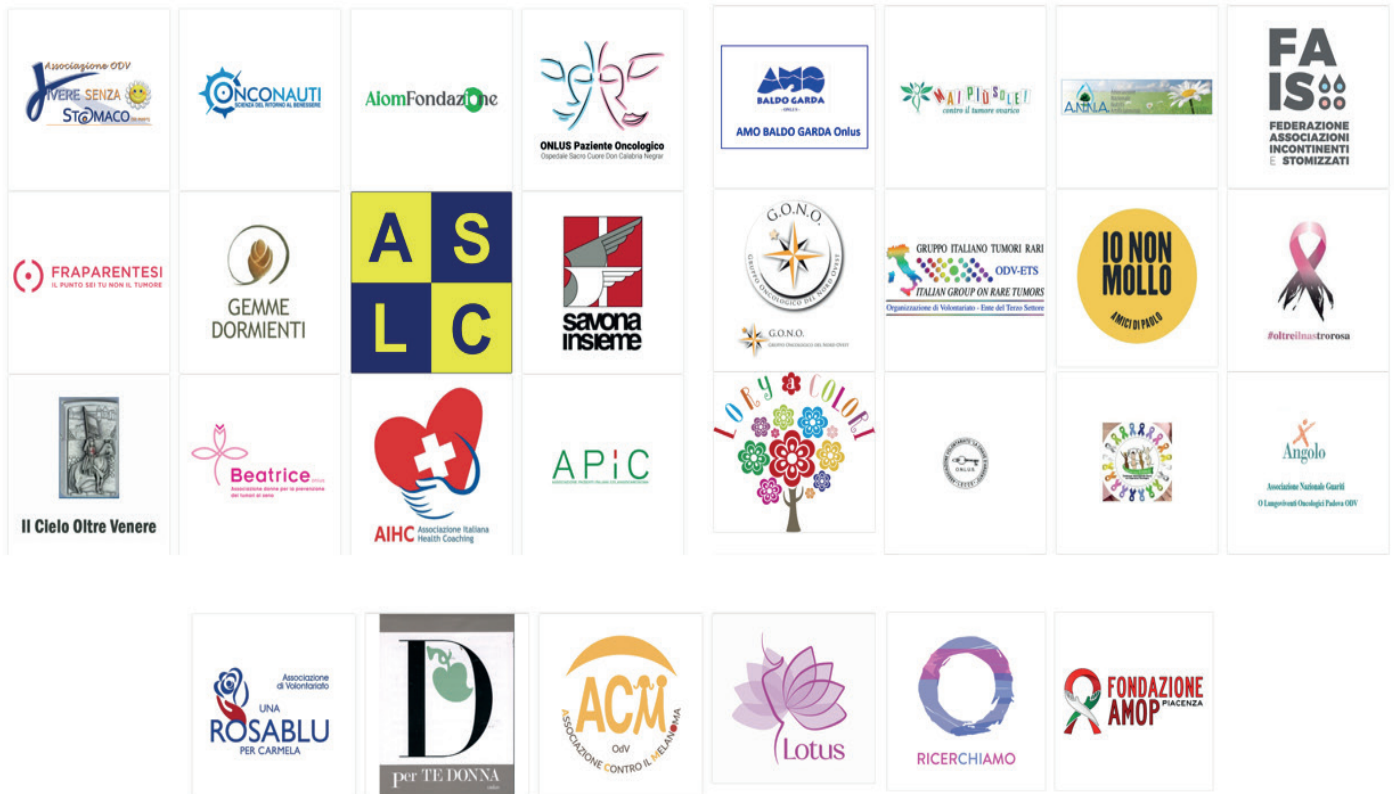
<https://www.reteoncologicaropi.it/quaderni-informativi/>

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

- 39. Carcinoma Mammario in fase precoce. 3a edizione- Marzo 2024
- 40. Carcinoma Mammario Metastatico HER2-Positivo: quali novità nel 2024? 4a edizione- Marzo 2024
- 41. Carcinoma Mammario Metastatico HR-Positivo e HER2-negativo: quali novità nel 2024? 3a edizione- Marzo 2024
- 42. Carcinoma Mammario Metastatico Triplo: quali novità nel 2024?- 3a edizione- Marzo 2024
- 43. Attività fisica e tumori. Una guida per pazienti -edizione Marzo 2024
- 44. IL TUMORE DELL'ENDOMETRIO: novità nel 2024- Aprile 2024
- 45. I TUMORI DELL'OVAIO: novità nel 2024- Aprile 2024
- 46. RADIOTERAPIA ONCOLOGICA- Febbraio 2025
- 47. IL MANUALE DEL CAREGIVER. "ASPETTI PRATICI DELL'ASSISTENZA AL PAZIENTE ONCOLOGICO". Edizione 2025
- 48. Carcinoma mammario in fase precoce. 4a edizione. Marzo 2025
- 49. Carcinoma Mammario Metastatico HR-Positivo e HER2-negativo. 4a edizione- Marzo 2025
- 50. Carcinoma Mammario Metastatico HER2-Positivo. 5a edizione- Marzo 2025
- 51. Carcinoma Mammario Metastatico Triplo. 4a edizione- Marzo 2025
- 52. La ricerca clinica spiegata ai pazienti. Edizione 2025
- 52. Metastasi ossee nei tumori solidi. 2a edizione. Aprile 2025
- 53. IL CARCINOMA DELLA VESCICA. 2a edizione. Settembre 2025

ROPI

RETE ONCOLOGICA PAZIENTI ITALIA



ROPI - RETE ONCOLOGICA PAZIENTI ITALIA

info@reteoncologiaropi.it- segreteria@reteoncologiaropi.it
www.reteoncologiaropi.it

