

Prostata, a chi serve il test del Psa? Chi deve iniziare a 40 anni? E cosa si deve fare se è alto?

Un uomo su otto in Italia farà i conti con un tumore alla prostata: oggi, grazie alla diagnosi precoce, il 90% dei casi viene individuato ai primi stadi

(Fonte: <https://www.corriere.it/> 21 giugno 2025)



Psa sì o Psa no? La domanda è «vecchia» e ormai ha trovato una risposta che, dopo anni di discussioni scientifiche, mette d'accordo tutti. Psa sì, ma: non «a tappeto» per tutti e non da solo. «E soprattutto agli uomini dev'essere chiaro che **quali sono i vantaggi e i limiti del test del Psa** e cosa potrebbe essere necessario effettuare qualora questo esame risultasse non nei limiti di normalità - sottolinea **Giuseppe Procopio, direttore del Programma Prostata e dell'Oncologia Medica Genitourinaria Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano** -. Valori elevati di Psa non indicano obbligatoriamente la presenza di un tumore, ma che qualcosa non va a livello prostatico: può trattarsi infatti di un'infezione (prostatite) o di aumento del volume della ghiandola (ipertrofia), ma possono essere chiamati in causa anche fattori fisiologici come un rapporto sessuale precedente al prelievo».

Chi deve cominciare i controlli a 40 anni

Esistono a tal proposito delle **regole da rispettare per un prelievo corretto** che il medico spiegherà nel dettaglio. E in caso di ripetizione dell'esame è corretto eseguirlo nello stesso laboratorio per le differenze che possono esistere tra laboratori e che porterebbero ad allarmismi

ingiustificati.

Il test del PSA è di semplice esecuzione perché avviene tramite **un normale prelievo di sangue** (che misura l'antigene prostatico specifico) e viene oggi consigliato agli uomini a partire dai 50 anni. «Chi ha diversi casi di cancro in famiglia, però, dovrebbe cominciare prima, già dai 40 - spiega **Orazio Caffo, direttore dell'Oncologia all'Ospedale Santa Chiara di Trento** -. Non esistono, al momento, test migliori del Psa, sebbene non sia specifico per un tumore». Su questo fronte la ricerca scientifica ferve, ma per ora l'unica novità importante riguarda il **test genetico per la mutazione dei geni BRCA**, già "famosi" perché fanno salire (e parecchio) il rischio di sviluppare cancro [alla mammella e alle ovaie](#). [«Anche di pancreas e prostata](#), e questo è meno noto - dice Caffo -. E abbiamo imparato che le neoplasie prostatiche collegate alle mutazioni BRCA insorgono anche in persone giovani, sono più aggressive. Per questo anche **i maschi che appartengono a famiglie a rischio eredo-familiare devono iniziare i controlli dai 40 anni**».

Sintomi da non trascurare

E per controlli si intende, innanzitutto, **la visita urologica che gli uomini dovrebbero fare una volta all'anno**, come le donne con quella ginecologica: un modo semplice e molto efficace per restare in salute e scoprire per tempo, quando sono più facili da curare, eventuali problemi, oncologici e non. «Durante la visita raccogliamo informazioni importanti e spieghiamo vantaggi e limiti del test del Psa - chiarisce **Nicolò Maria Buffi, direttore della Scuola di Specializzazione in Urologia di Humanitas University a Milano** -. Sebbene il cancro alla prostata in fase iniziale [non dia sintomi specifici](#), è sempre bene non trascurare disturbi quali: difficoltà a iniziare la minzione, **flusso urinario debole**, necessità di spingere durante la minzione, **incompleto svuotamento della vescica**, elevata frequenza delle minzioni, urgenza di svuotare la vescica e presenza di **minzioni notturne**. Avvisaglie tipiche anche di infiammazioni e ipertrofia».

Se il Psa è alto

E se il Psa risulta elevato che si fa? Per cercare di individuare coloro che realmente dovrebbero fare la biopsia sono stati e ancora vengono proposti dei [test aggiuntivi](#) come la valutazione del **rapporto Psa libero/totale**, la **Psa density e/o velocity**, il **proPSA** e l'**indice PHI** (il cosiddetto indice di salute prostatica che si effettua con un prelievo di sangue) o marcatori come PCA3 (un esame che si esegue sulle urine), che in realtà **non si sono dimostrati molto efficaci**. «Se il valore del PSA e l'esplorazione rettale danno luogo a un sospetto di neoplasia prostatica, oggi si prescrive una [risonanza magnetica multiparametrica](#) che è in grado di distinguere noduli benigni (indicati come PIRADS 1 e 2) da quelli probabilmente maligni, che necessitano davvero di una biopsia - conclude Buffi -. Un esame che ci ha aiutato a **ridurre il numero di biopsie non necessarie** e a migliorare l'efficienza della biopsia perché oltre a "mappare" tutta la ghiandola prostatica consente di eseguire prelievi mirati su bersagli ben identificati».

Il 90% dei pazienti guarisce

Un uomo su otto in Italia farà i conti con un tumore alla prostata che, con oltre **40mila nuovi casi diagnosticati ogni anno**, è il tipo di cancro più frequente nei maschi dopo i 50 anni. Grazie a diagnosi precoci e terapie sempre più efficaci, **oggi oltre il 90% dei pazienti guarisce** o a convive con la malattia anche per decenni. «I numeri lo dimostrano: sono circa 564mila gli italiani che vivono dopo aver ricevuto una diagnosi di carcinoma prostatico - ricorda **Giario Conti, Segretario Generale della Società Italiana di Urologia (SIUrO)** -. Molte nuove opzioni sono disponibili anche per quei pazienti, circa 7mila in più ogni anno, che hanno una neoplasia metastatica. Abbiamo fatto progressi importanti perché abbiamo a disposizione molte opzioni: **chirurgia, radioterapia, brachiterapia, ormonoterapia e moltissimi farmaci**, vecchi (ma ancora validi) e nuovi. La scelta della cura dipende dalle caratteristiche del paziente e della malattia, serve un confronto fra più specialisti per stabilire la strategia “migliore”, caso per caso».

Chi sceglie la terapia migliore

Grazie alla diffusione della diagnosi precoce, **oggi il 90% dei carcinomi prostatici viene individuato ai primi stadi**, quando il carcinoma è localizzato e non ha ancora dato metastasi. In queste circostanze **non esiste una «cura migliore» in assoluto, universalmente valida per tutti** gli uomini. La scelta fra **chirurgia, radioterapia, brachiterapia e sorveglianza attiva** dovrebbe essere condivisa con i pazienti, per decidere qual è l'alternativa migliore per la propria situazione, valutando anche le probabili conseguenze indesiderate (in particolare **incontinenza e disfunzione erettile**).

«Sono opzioni valide da valutare soprattutto per quelle forme di tumore che sappiamo essere a **basso rischio di progressione** (ovvero, in pratica, con poche probabilità di evolvere e dare metastasi) - evidenzia **Sergio Bracarda, presidente della Società Italiana di Urologia Oncologica (SIUrO)** -. La cosa più importante è che a scegliere la terapia “giusta” sia un **team multidisciplinare di esperti (e non un singolo specialista)** che esponga le varie opzioni per il singolo caso. La scelta va fatta prendendo in considerazione le caratteristiche della malattia, i **possibili effetti collaterali**, le preferenze e le aspettative del diretto interessato».