

Screening emergenti: il caso dei tumori del polmone e della prostata

Giuseppe Gorini

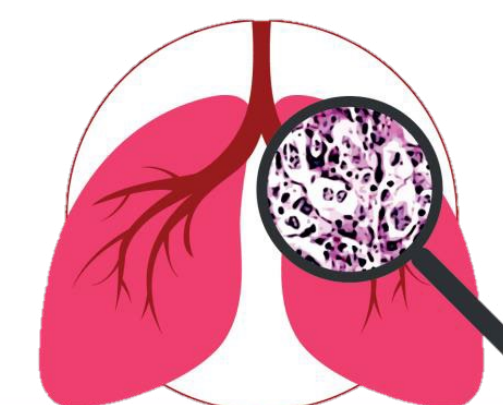
Responsabile SS valutazione screening
SC epidemiologia clinica e di supporto al governo clinico
g.gorini@ispro.toscana.it



Insieme in Toscana per capire, evitare e curare il cancro
www.ispro.toscana.it



Regione Toscana



#ForumRisk19



www.forumriskmanagement.it

Raccomandazioni EU screening tumore del polmone



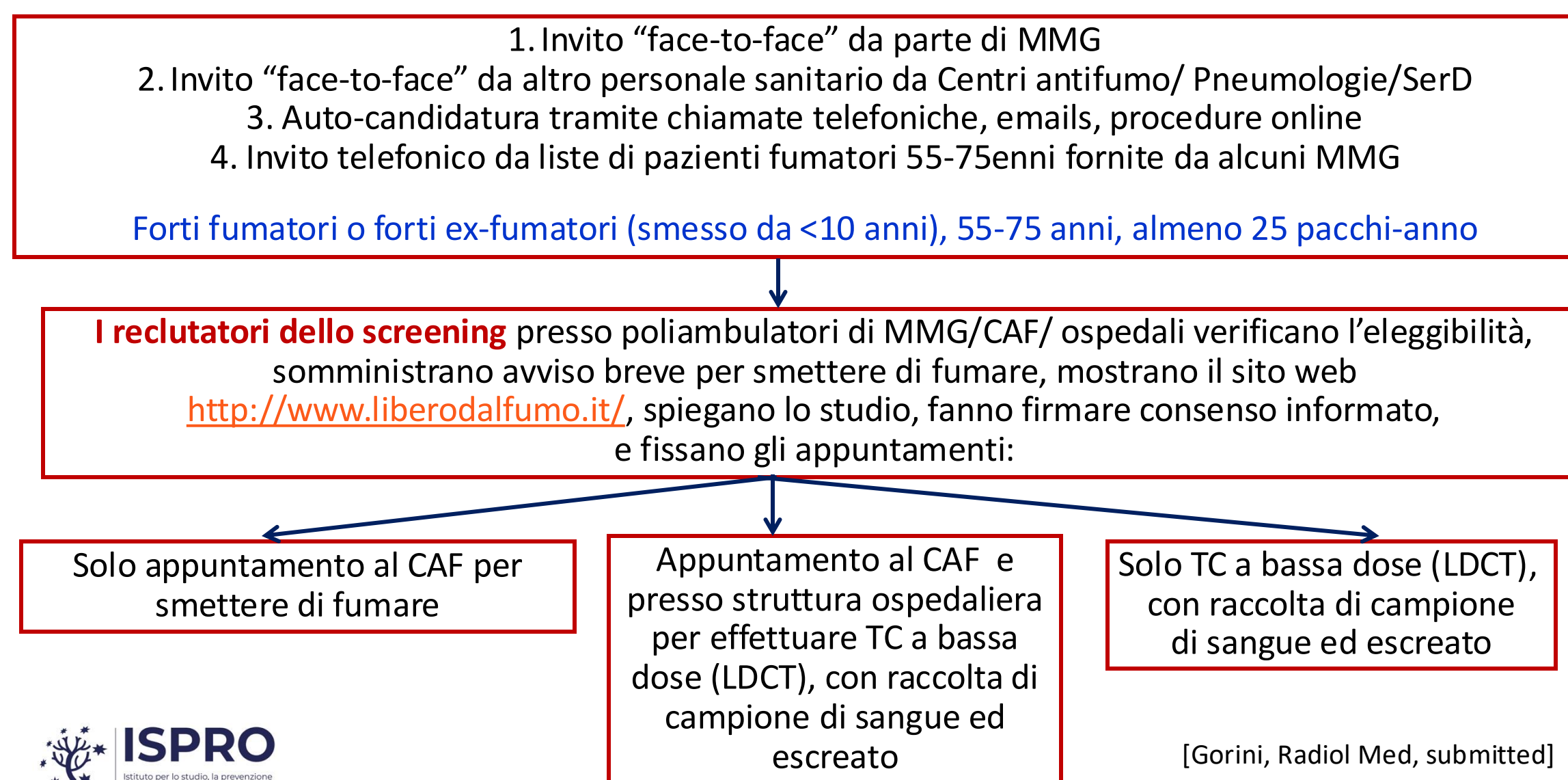
i Paesi dovrebbero esaminare la fattibilità e l'efficacia di questo programma, ad esempio utilizzando **studi pilota con utilizzo di TC a bassa dose**

Il programma dovrebbe **integrare approcci di prevenzione primaria e secondaria**, a cominciare dalle persone ad alto rischio.

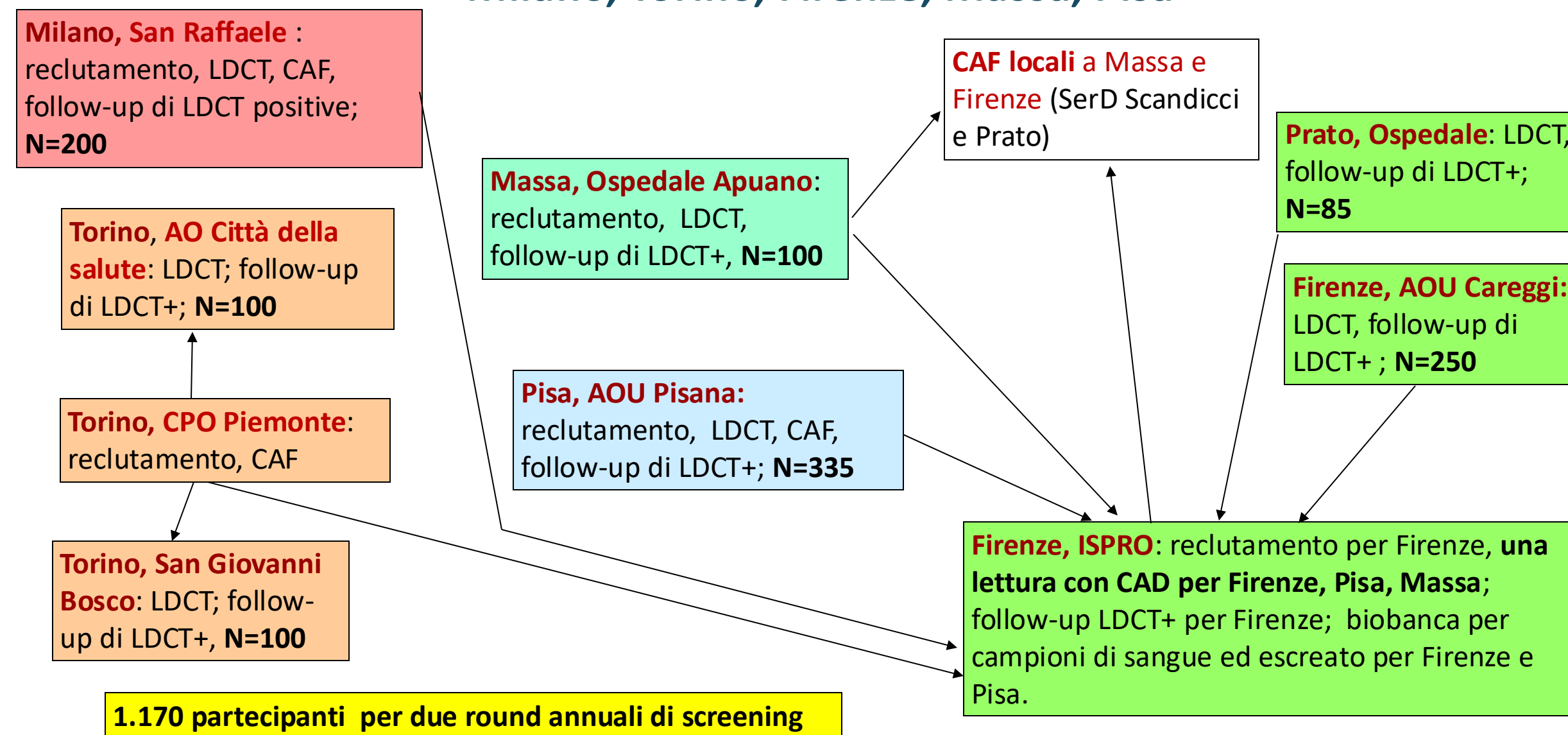
Come identificare raggiungere e invitare forti fumatori e dagli ex forti fumatori, visto che non esistono dati sistematici su “smoking status”.

Identificare altri profili di rischio elevato.

Studio pilota CCM-ITALUNG2: strategie di reclutamento, la figura del reclutatore e il coinvolgimento dei centri antifumo



**Livelli di centralizzazione diversificati nei centri dei due studi pilota di ISPRO:
 Milano, Torino, Firenze, Massa, Pisa**



[Gorini, Radiol Med, submitted]



Regione Toscana

Sito web di supporto a smettere di fumare sviluppato nell'ambito degli studi pilota condotti da ISPRO



ISPRO
Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica



Libero dal fumo

Home Chi siamo Link utili Centri antifumo

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

Se non ce la fai alla prima,
prova, prova, prova ancora



Vuoi saperne di più?

"Insieme in Toscana per capire, evitare e curare il cancro"



www.liberodalfumo.it: pagine per fumatori pronti a smettere

Rispondi a queste domande per ricevere i consigli giusti per te.

In questo periodo:

Sto fumando
 Non sto più fumando

Vorresti smettere?

Sì, vorrei smettere, ma temo di non riuscire
 Sì, sono pronto a smettere, ho già deciso
 No, ma vorrei sapere cosa sto rischiando

Clicca sul pulsante per ricevere i consigli che ti proponiamo.



Ho deciso di smettere

Ecco alcuni consigli e supporti che possono esserti utili per la tua decisione



CONSIGLI PRATICI PER UN PERCORSO DI CESSAZIONE



COME GESTIRE IL PRIMO GIORNO LIBERO DA FUMO



SINTOMI DI ASTINENZA



PAURA DI INGRASSARE



COMBATTI IL DESIDERIO DI FUMARE CON L'ESERCIZIO FISICO



FARMACI PER SMETTERE

"Insieme in Toscana per capire, evitare e curare il cancro"

www.liberodalfumo.it: pagine per fumatori in fase di contemplazione, con elenco delle pagine da consultare

Rispondi a queste domande per ricevere i consigli giusti per te.

In questo periodo:

Sto fumando

Non sto più fumando

Vorresti smettere?

Sì, vorrei smettere, ma temo di non riuscire

Sì, sono pronto a smettere, ho già deciso

No, ma vorrei sapere cosa sto rischiando

Clicca sul pulsante per ricevere i consigli che ti proponiamo.



Vorrei smettere di fumare

Ecco alcuni spunti che possono esserti utili per prendere una decisione



PRO E CONTRO



BENEFICI DELLO SMETTERE DI FUMARE



DANNI DA FUMO



SOLDI RISPARMIATI



DOMANDE & RISPOSTE

Modalità di invito e reclutamento (Nov 2022- Apr 2024)

CHI SONO I PARTECIPANTI? 1143 forti ed ex forti fumatori

52% uomini; età mediana 62 anni
13% ex-fumatori
42 pack-year
22% di familiarità di I grado tum. polmone
92% ha ricevuto avviso breve per smettere
39% ha accettato invio al CAF

	Invito diretto pers sanit	Auto- candidatura	Liste pz MMG	Totale
Invitati (N)	747	782	441	1970
Rifiuti	10%	4%	26%	11%
Non eleggibili	13%	43%	38%	31%
Adesione	77%	53%	36%	58%

Adesione trial ITALUNG (invio lettera a 55-69enni nel 2004-2006 in FI, PI, PT): **16%**

Invito diretto MMG/altri vs. auto-candidatura: più basso titolo di studio; più comorbidità (BPCO); più efficiente

Liste pz MMG: OTTIMO: basso titolo di studio, meno comorbidità rispetto all'invito attivo di MMG.

[Gorini, Radiol Med, submitted]

Risultati primo round

Da 1.143 TC sono risultate
83% negative (N=944),
16% (N=180) con TC di conferma dopo 3-6 mesi
19 positive con approfondimento immediato
Altre 14 TC sono risultate positive dopo effettuazione di TC di conferma

Su un totale di 33 TC positive, sono stati individuati 18 tumori del polmone in 17 soggetti

13 su 17 (77%) sono in stadio I o II; 9 sono stati trattati solo chirurgicamente

Detection rate: 1.5% (=17/1.143)

10 adenocarcinoma su 17 tumori

[Gorini, Radiol Med, submitted]

Conclusioni studio pilota CCM-ITALUNG2

- L'utilizzo di **diversi modelli organizzativi**, da quelli più centralizzati a Pisa e Milano a quelli più diffusi di Firenze, ha permesso di tenere conto delle diverse caratteristiche dei centri di screening.
- Invitare principalmente per telefono tramite le liste di pazienti dei MMG, ma anche tramite l'invito diretto da parte di personale sanitario (MMG e altro) e anche mediante auto-candidatura, può garantire una **maggiore equità di accesso** rispetto all'utilizzo della sola auto-candidatura.
- L'impiego di **operatori di screening**, l'uso di **Lung-RADS** per i risultati di LDCT e l'impostazione multidisciplinare del follow-up clinico hanno supportato i partecipanti durante l'intero percorso di screening.
- **Fornire avviso breve per smettere di fumare durante il reclutamento e inviare al centro antifumo** sono entrambi fattibili all'interno del percorso di screening.



**Gruppo di lavoro
studio pilota
CCM-ITALUNG2**



Firenze

ISPRO, AOU Careggi, ASL Toscana Centro, Università di Firenze, LILT Firenze, Università di Bologna

Giuseppe Gorini, Mario Mascalchi, Giulia Picozzi, Donella Puliti, Jasmine Giovannoli, Simonetta Bisanzì, Enrica Stancanelli, Marika Furuya, Giuseppe Cavallo, Giulia Carreras, Cristina Sani, Jessica Viti, Carmen Visioli, Giovanna Masala, Paola Mantellini, Eugenio Paci, Stefano Diciotti, Edoardo Cavigli, Diletta Cozzi, Katia Ferrari, Amedeo Vannacci, Serena Checcacci, Olga Smorchkova, Luca Gozzi, Alessandra Bindi, Chiara Moroni, Silvia Luvarà, Maurizio Bartolucci, Ilaria Orlandi, Cristina Fanini, Guido Guidoni, Valentina Galli, Patrizia Gai, Antonella Manfredi, Anna Di Natale, Marzio Taddei, Laura Fallani, Michela Fioriti, Michele Di Francesco, Alessandro Guerrini, Niccolò Biancalani, Barbara Calistri, Lara Romagnani.

Milano

San Raffaele: Giulia Veronesi, Elisa Dieci, Piergiorgio Muriana, Simona De Santis, Stefano Viscardi, Domenico Ghio

Torino

CPO Piemonte, San Giovanni Bosco, AO città della Salute, Università di Torino, ASL "Città di

Torino" Carlo Senore, Emanuela Romano, Cristiano Piccinelli, Paolo Fonio, Riccardo Faletti, Andrea Di Chio, Tiziana Vavalà, Roberto Albera, Silvia Novello, Paola Gollini, Sandra Anglesio, Fabio Beatrice, Pavilio Piccioni, Marco Araldi, Pier Riccardo Rossi, Sabina Bianchi, Annalisa Cannatelli, Paolo Cataldi, Roberto Cernigliaro, Francesca D'Agostino, Cristina De Ambrogio, Francesca Di Valente, Giulia Durando, Alessandra Fracchia, Eleonora Giraudi, Patrizia Guerra, Massimo Massi, Laura Mondino, Cristina Nollì, Chiara Pagni, Enrica Zucchetti

Pisa

AOU Pisana: Laura Carrozzì, Francesco Pistelli, Chiara Cruschelli, Annalisa Deliperi, Chiara Romei, Zeno Falaschi, Valentina Bessi, Stefano Paoli, Elisabetta Casto, Giulia Marchi, Giacomo Guglie, Giacomo Guglielmi, Beatrice Vivaldi, Luca Puccetti

Massa

Ospedale Apuano, ASL Toscana Nord-Ovest: Carlo Tessa, Paola Vivani, Michela Zanetti, Ilaria Stellati, Maila Cottelli, Gianluca Sassi

**Studio CCM Polmone: Forum dei portatori di interesse
(Stakeholder Forum) – Obiettivi e metodologia**



- (1) Valutare l'impatto dello screening del polmone in varie dimensioni (etica, organizzativa, sociale e legale), considerando la situazione reale italiana;
- (2) Fornire ai decisori una gamma di possibili soluzioni da adottare

Stakeholder (N=22):

- L'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) guidato da ISPRO
- Alcuni responsabili regionali dei programmi di screening oncologici già sviluppati
- Alcuni operatori sanitari coinvolti negli studi pilota in Italia (RISP, CCM, ITALUNG2),
- Referenti di organizzazioni di pazienti oncologici, della ONG LILT.

Metodologia: riunioni plenarie e consultazioni secondo il **metodo Delphi**, basato sull'espressione e sulla valutazione iterativa dei pareri di un gruppo di esperti.



Regione Toscana

Stakeholder Forum – Domande emerse



ISPRO

Istituto per lo studio, la prevenzione
e la rete oncologica

- Qual è la **metodologia di reclutamento** più efficace ed efficiente?
- **Come integrare la cessazione del fumo?**
- Quanto è appropriata la **centralizzazione nei grandi ospedali?**
- Quali **rilievi incidentali** è possibile comunicare al paziente?
- Quanto è **diffusa la tecnologia LDCT** in Italia?
- Quali sono i **requisiti organizzativi** per coordinare e monitorare un programma di screening del polmone? Quali sono i **requisiti minimi** di esperienza clinica, radiologica e tecnologica?
- **Monitoraggio dello screening**: definizione degli indicatori di performance
- **Comunicazione** con i pazienti
- Problemi sulle **disuguaglianze sociali**, questioni etiche, legali e di privacy

"Insieme in Toscana per capire, evitare e curare il cancro"

Forum dei portatori di interesse - Soluzioni per l'implementazione - 1

Modalità di reclutamento

- **Chiarire il ruolo del MMG** ed eventualmente creare le condizioni, anche di tutela della privacy, per una partecipazione uniforme a livello nazionale; Garantire l'esistenza di percorsi strutturati su tutto il territorio nazionale;
- **Per combinare l'offerta di screening con quella del percorso di cessazione, chiarire la gratuità o meno del percorso di cessazione**, inclusi eventuali farmaci di comprovata efficacia per la cessazione;
- Definire linee guida nazionali per informativa e consenso informato;
- **Dare indicazioni sulle possibili strategie per individuare e contattare la popolazione target** e quali passaggi amministrativi devono essere fatti per garantire la legittimità del trattamento del dato a livello regionale ed aziendale.

Centri di screening

- Definire una **lista di requisiti organizzativi e funzionali per i centri di reclutamento**, di erogazione TC, di approfondimenti di secondo livello e trattamento;
- Chiarire se la **TC a bassa dose deve avere un codice separato nel nomenclatore** e criteri di rimborsabilità/esenzione screening;
- Definire i carichi di lavoro per l'effettuazione di TC a bassa dose per programmare le attività. Governare interazioni con libera professione.

Forum dei portatori di interesse - Soluzioni per l'implementazione - 2

Rilievi incidentali alla TC

- Identificare i rilievi incidentali della TC a bassa dose da segnalare nel referto di screening; Definire i percorsi standard per la gestione dei rilievi incidentali
- Chiarire la rimborsabilità e prescrivibilità degli esami di approfondimento dopo segnalazione di rilievi incidentali;
- Comunicazione con i partecipanti

Formazione del personale implicato nello screening, informazione e sensibilizzazione dei MMG

- Definizione dei contenuti essenziali del materiale informativo e dell'invito.

Monitoraggio e valutazione dei percorsi di screening del polmone

- Adozione di un set minimo di indicatori; Armonizzare i criteri di positività e richiamo della TC;
- Integrazione del questionario PASSI sullo screening del polmone



- Paolo Giorgi Rossi, Francesco Venturelli, Olivera Djuric, Luca Ghirotto, E. Camelia Ivanciu, AUSL-IRCCS di Reggio Emilia
- Giulia Veronesi, IRCCS ospedale S. Raffaele, Milano
- Paola Mantellini, Osservatorio Nazionale Screening, ISPRO, Firenze
- Giuseppe Gorini, Giulia Picozzi, Alessandro Mosti, ISPRO, Firenze
- Mario Mascalchi, Università di Firenze
- Nek Albano, Coordinatore regionale screening della Puglia
- Angelo D'Argenzio, Coordinamento regionale screening della Campania
- Elena Narne, Azienda Zero Veneto, Padova
- Alessandra Barca, Regione Lazio
- Marco Araldi, MMG ASL Torino 1
- Maurizio Balbi, Università di Torino
- Antonella Cardone, European Cancer Patients Coalition (ECPC), Bruxelles, Belgio
- Laura Carrozzi, Azienda Ospedaliero Universitaria di Pisa
- Valeria Fava, Cittadinanza attiva, Roma
- Patrizia Gai, USL Toscana Centro, Prato, Paola Martucci, AORN Cardarelli, Napoli
- Simone Ghislandi, Università Bocconi, Milano
- Vera Martinella, Fondazione Umberto Veronesi e Corriere della sera, Milano
- Eugenio Paci, LILT Firenze
- Luigi Rolli, Sara Trussardo, IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano

**Gruppo di lavoro Stakeholder Forum
Screening del tumore del polmone –
Progetto CCM**

#ForumRisk19



www.forumriskmanagement.it

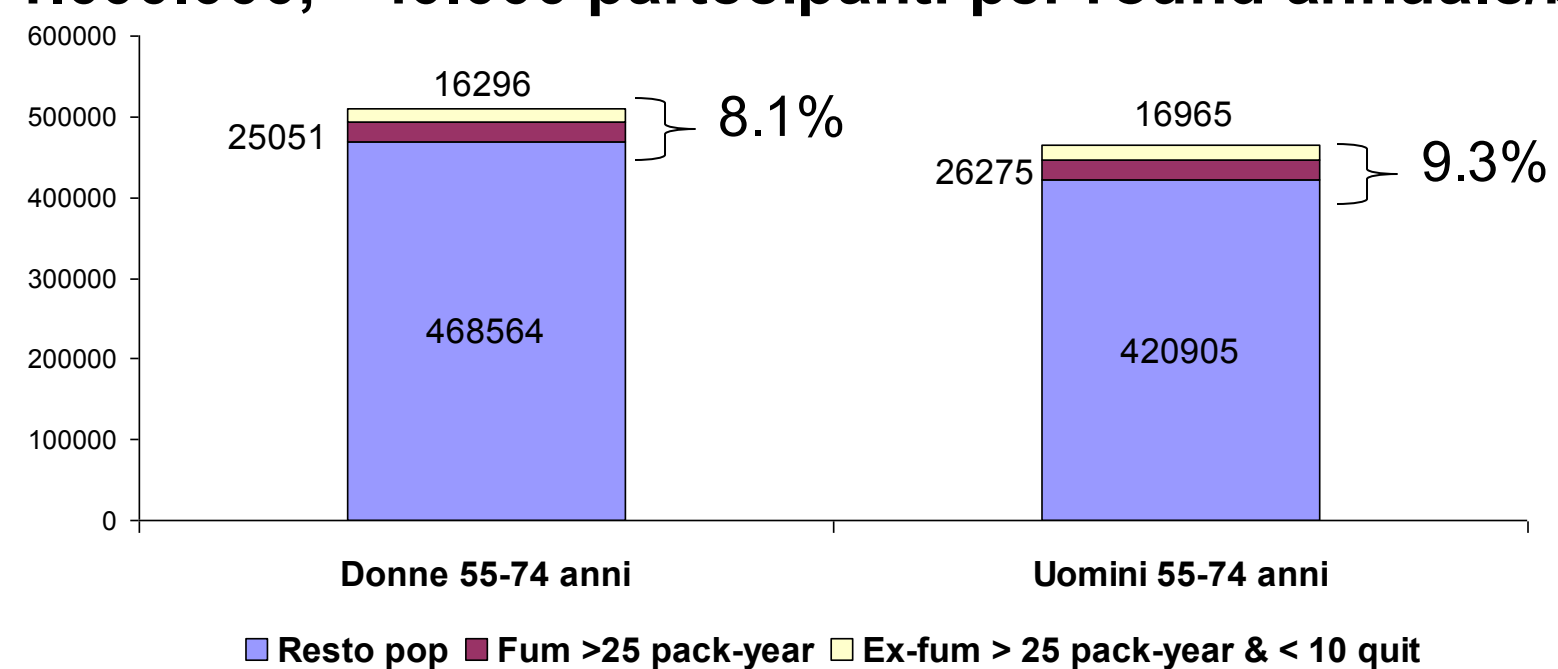
**Analisi di impatto sul budget di un programma di screening organizzato del polmone
(Budget Impact Analysis: BIA)**

- La BIA sviluppata nel periodo 2030-2035 stima \approx € 200 mln (10%) il costo per l'implementazione di un programma nazionale di screening organizzato del **polmone**, rispetto ai costi derivanti dalla diagnostica e trattamento del tumore del polmone in forti ed ex forti fumatori in assenza di screening.
- Una volta a regime, il costo è \approx € 20 mln/anno. La voce che ha maggior peso nei costi sono le TC; si stima una riduzione dei costi dei trattamenti derivante da una minor numero di tumori non operabili.

Popolazione screening polmone

TOSCANA: 41.300 donne (61% fumatrici); 43.200 uomini (61% fumatori)

Totale 85.000 /~1.000.000; ~40.000 partecipanti per round annuale/biennale

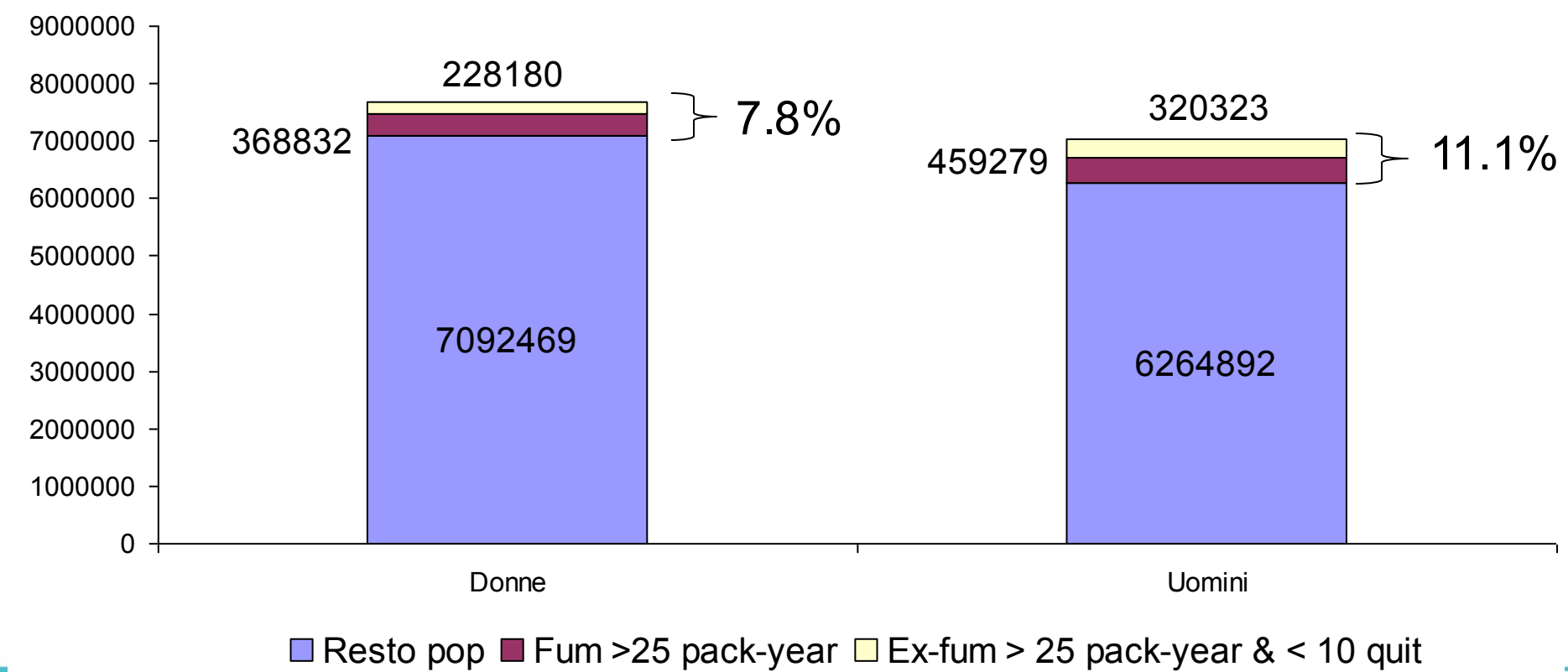


Proposta di continuare lo studio pilota in Toscana nelle aree di Pisa, Firenze e Massa Carrara e iniziare anche nella ASL Sud Est

Popolazione screening polmone

ITALIA: 600.000 donne (62% fumatrici); 780.000 uomini (59% fumatori)

Totale 1 milione 380.000/~15.000.000; ~500.000 partecipanti per round ogni 1-2 anni



#ForumRisk19



www.forumriskmanagement.it

Gruppo di Lavoro Budget Impact Analysis – Progetto CCM

- Olivera Djuric, Paolo Giorgi Rossi, Elena Camelia Ivanciu, Francesco Venturelli, Elena Davoli, Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia
- Giuseppe Gorini, Paola Mantellini, Giulia Picozzi, ISPRO, Firenze
- Simone Ghislandi, Università Bocconi, Milano
- Francesco Pistelli, Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, Pisa

Progetto CCM 2023

Valutazione della fattibilità di programmi organizzati sullo
screening della prostata e loro efficacia nel ridurre
l'inappropriatezza dell'uso del test del PSA nel contesto italiano

Raccomandazioni EU screening carcinoma prostatico



i Paesi dovrebbero prendere un **approccio graduale**, che comprenda la sperimentazione e ulteriori ricerche per **valutare la fattibilità e l'efficacia** di programmi organizzati con antigene prostatico specifico (**PSA**), in **combinazione con risonanza magnetica (MRI)** supplementare come test di follow-up.

Razionale - 1

- Circa **1/3 dei tumori alla prostata cresce in modo aggressivo** e la diagnosi precoce di questo tipo di tumori è di beneficio.
- I rimanenti **2/3 crescono più lentamente, sono a basso grado di aggressività; per questi la diagnosi precoce non è di beneficio.**

Quindi nel 2012 US Preventive Service Task Force e nel 2015 l'Associazione Europea di Urologia consigliavano di non intraprendere uno screening di popolazione con il PSA.

Razionale - 2

Queste raccomandazioni sono state riviste, alla luce di nuovi dati:

- un **aumento di tumori metastatici della prostata in uomini ultra75enni** negli USA, a seguito della raccomandazione USA di interrompere lo screening con PSA; stesso fenomeno occorso in Europa successivamente;
- **progressi nella tecnologia di screening**: l'introduzione della **risonanza magnetica multi-parametrica**, proposta come test di secondo livello, della **stratificazione del rischio** e della **biopsia prostatica mirata** sulle immagini della risonanza; **nuova generazione di biomarker**
- ampi studi randomizzati e controllati hanno evidenziato come gli **effetti benefici sulla mortalità per tumore della prostata cominciano ad essere apprezzabili dopo diversi anni dall'inizio dello screening**. Nello studio europeo randomizzato ERSPC, con 180.000 55-74enni (tra cui 14.500 fiorentini seguiti da ISPRO), lo screening con PSA ha ridotto significativamente la mortalità per K prostata del 20% a 16 anni di follow-up.

Raccomandazioni dell'Associazione Europea di Urologia (EAU) nel 2021



- **1-3 ng/mL: ripetere dopo 2-4 anni;**
- **PSA < 1 ng/mL: ripetere dopo 5 anni; ridurre PSA sopra i 70 anni se con comorbidità;** se non ha comorbidità e ha una speranza di vita di 10-15 anni, continuare PSA;
- **Utilizzare la risonanza multi-parametrica come test di triage** dopo riscontro di un PSA elevato
- **Sviluppare protocolli di sorveglianza attiva** in caso di individuazione di tumori classificati a basso rischio dopo risonanza magnetica e/o biopsia. La sorveglianza attiva, in assenza di segnali di aggravamento, consente di evitare o di ritardare un trattamento radicale, riducendo le conseguenze negative di questi interventi (disturbi della sfera sessuale, urinaria ed intestinale).

[van Poppel, 2021]

Progetto CCM 2023 screening prostata:
Valutazione di fattibilità di programmi organizzati nel contesto italiano
Valutazione della loro efficacia nel ridurre l'inappropriatezza dell'uso del PSA

Partner: ISPRO, Azienda USL TC, il CPO Piemonte, ATS Pavia, Regione Lombardia, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano, Azienda USL- IRCCS di Reggio Emilia, l'AUSL di Modena, Regione Puglia.

-- **Fotografia della diffusione e delle caratteristiche dello screening opportunistico in Italia**

- tramite le indagini PASSI e PASSI d'ARGENTO dell'ISS;
- tramite l'effettuazione di **analisi di dati sanitari correnti** per conoscere nel dettaglio i percorsi di screening opportunistico in 6 ASL in Italia (ASL Toscana Centro, AUSL Reggio Emilia, ATS Pavia, ATS Milano, ASL Bari, ASL TO5 Moncalieri)

-- **Ricognizione degli studi pilota sullo screening della prostata e dei protocolli di sorveglianza attiva dei tumori di basso grado in corso**, favorendo sinergie fra i vari studi programmati o in corso in Italia

-- **Forum di cittadini e di portatori di interesse** per analizzare gli elementi essenziali di un percorso organizzato di screening della prostata, definire i criteri e requisiti per **l'attivazione di nuovi studi pilota, e l'informazione da fornire ai cittadini,**

Il progetto CCM 223 darà infine la possibilità di sviluppare una nuova generazione di studi pilota sullo screening della prostata e di studi di sorveglianza attiva dei tumori di basso grado.



Regione Lombardia
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XII / 2767

avvia su tutto il territorio regionale il **programma organizzato di screening della prostata**, a partire da novembre 2024, affidandone la governance alle ATS;

il reclutamento è attivato **a partire dai soggetti con 50 anni di età e progressivamente esteso** a tutte le fasce di età eleggibili (50-69 anni), **compatibilmente con la sostenibilità dei centri erogatori**;

sono arruolare e mappare le **strutture pubbliche e private accreditate, idonee ad erogare le prestazioni** previste dal programma di screening;

le prestazioni eseguite nell'ambito dello screening della prostata, al pari degli altri programmi di screening, è riconosciuta agli assistiti **l'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria** (cod. D01);

Protocollo screening regione Lombardia

Nell'ipotesi di 40% soggetti aderiscono allo screening e il 15% di questi risultano meritevoli di approfondimento (PSA > 3ng/mL o storia familiare positiva):

Visita urologica (15% degli aderenti)

• Soggetti a rischio basso: **richiamo ad un anno (2.5%)[^]**

• Soggetti a rischio alto: **biopsia sistematica mirata (0.5%)[^]**

• Soggetti a rischio intermedio: **MRI (12%)**

Soggetti con PI-RADS ≥ 4: **biopsia sistematica mirata (6%)**

Soggetti con PI-RADS 3 e PSA-Density < 0.10: **richiamo ad un anno (0.44%)**

Soggetti con PI-RADS 3 e PSA-Density ≥ 0.10, < 0.15: **seconda visita urologica di valutazione (0.40%)**

Soggetti con PI-RADS 3 e PSA-Density ≥ 0.15: **biopsia sistematica mirata (0.55%)**

Soggetti con PI-RADS ≤ 2 e PSA-Density < 0.20: **richiamo ad un anno (3.4%)**

Soggetti con PI-RADS ≤ 2 e PSA-Density ≥ 0.20: **seconda visita urologica di valutazione (1,2%)**

Costi stimati Regione Lombardia

- Il programma è finanziato attraverso un contributo regionale specifico a valere sui fondi del "Piano oncologico nazionale 2023-2027 – PON". Questo finanziamento sostiene i costi per l'erogazione dei test del PSA e della prima visita urologica.
- Gli ulteriori approfondimenti – essendo il paziente ormai identificato come a rischio elevato – sono finanziati con risorse del FSR.

ATS	Soggetti rispondenti	Previsione costi PSA	Soggetti meritevoli di visita urologica	Previsione costi visita urologica 15% dei soggetti meritevoli di approfondimento	TOTALE COSTI PRIMA ANNUALITÀ
ATS DI MILANO	8993	138.495,00 €	1349	30352	168.847,00 €
ATS DELL'INSUBRIA	3785	58.292,00 €	568	12775	71.067,00 €
ATS DELLA MONTAGNA	725	11.162,00 €	109	2446	13.608,00 €
ATS DELLA BRIANZA	3113	47.937,00 €	467	10506	58.443,00 €
ATS DI BERGAMO	2896	44.598,00 €	434	9774	54.372,00 €
ATS DI BRESCIA	3101	47.752,00 €	465	10465	58.217,00 €
ATS DELLA VAL PADANA	1981	30.511,00 €	297	6687	37.198,00 €
ATS DI PAVIA	1418	21.831,00 €	213	4784	26.615,00 €
TOTALE RL	26012	400.578,00 €	3902	87789	488.367,00 €

50enni lombardi: 82.633; reclutabili: 65.069



**Proiezioni protocollo per Regione Toscana:
costo annuale per la coorte di 50enni nel 2026**

	Pop 50 anni nel 2026	Pop reclutabile al netto delle esclusioni pre-invito 2026	Rispondenti 2026 (40%)	PSA+ Visita Urologica (15%) 2026	RMmp (12%) 2026	Biopsia mirata (7.05%) 2026	Seconda visita urologica dopo RM (1.6%) 2026	Richiamo PSA ad un anno dopo visita/RM (6.34%) 2026	Costi tot 2026
Massa Carrara	1450	1160	464	70	56	33	7	29	25294
Lucca	3010	2408	963	144	116	68	15	61	52507
Pisa	3322	2658	1063	159	128	75	17	67	57950
Livorno	2480	1984	794	119	95	56	13	50	43262
Firenze	7416	5933	2373	356	285	167	38	150	129366
Prato	2203	1762	705	106	85	50	11	45	38430
Pistoia	2286	1829	732	110	88	52	12	46	39877
Arezzo	2486	1989	796	119	95	56	13	50	43366
Siena	1930	1544	618	93	74	44	10	39	33667
Grosseto	1668	1334	534	80	64	38	9	34	29097
Toscana	28251	22601	9040	1356	1085	637	145	573	492817

Costo PSA (Costo unitario [CU]: 13 euro): **25%**

Costo visita urologica (CU:22 euro): **6%**

Costo RMmp 2026 (CU: 254 euro): **56%**

Costo agobiopsia eco-guidata prostatica (CU:48 euro)+ Costo esame istologico (50 euro): **13%**



<https://www.tabaccoendgame.it/>



Studio pilota Regione Lombardia

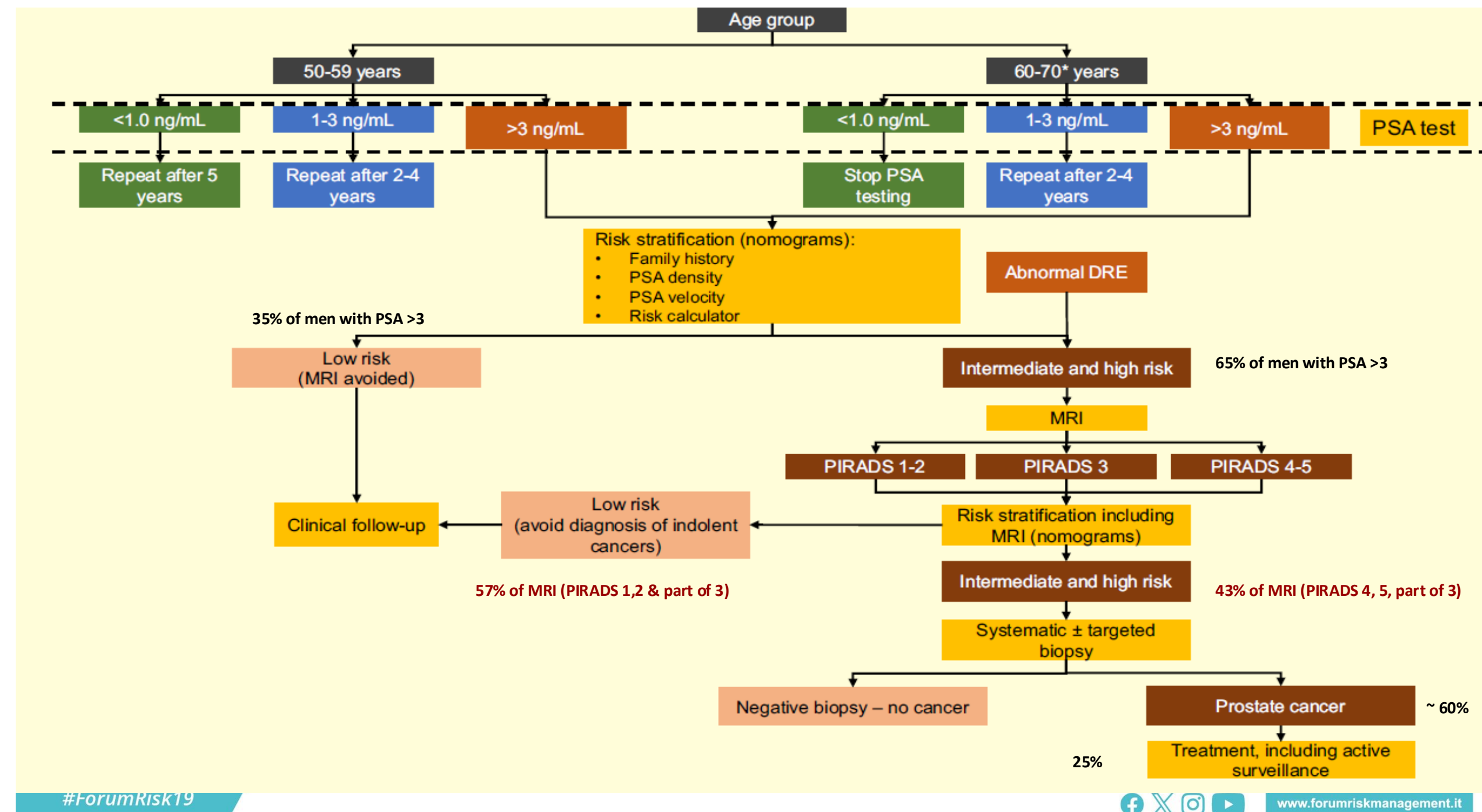
- Nell'ambito del progetto verranno randomizzate valutate due modalità di invito :
- **lettera standard**
- **cartolina con infografica** contenente un QR-code che rimanda ad un video in 5 lingue.
- Per entrambe, link per compilare il consenso informato ed il questionario e, se idoneo, ottenere l'elenco dei centri erogatori per prelievo per PSA.
- Campione rappresentativo per classi di età e distretto (86 distretti in Lombardia): estrazione di un totale di **33.727 soggetti**.

ATS	Soggetti rispondenti	Previsione costi PSA	Soggetti meritevoli di visita urologica	Previsione costi visita urologica	TOTALE COSTI PRIMA ANNUALITÀ
ATS DI MILANO	3.878	59.721,26 €	593	13.333€	73.053,82 €
ATS DELL'INSUBRIA	2.638	40.631,40 €	391	8.798€	49.428,90 €
ATS DELLA MONTAGNA	776	11.950,41 €	119	2.668€	14.618,30 €
ATS DELLA BRIANZA	1.240	19.089,86 €	189	4.262€	23.351,60 €
ATS DI BERGAMO	1.394	21.467,62 €	213	4.793€	26.260,19 €
ATS DI BRESCIA	1.705	26.260,10 €	261	5.862€	32.122,58 €
ATS DELLA VAL PADANA	1.086	16.724,42 €	166	3.734€	20.458,08 €
ATS DI PAVIA	774	11.913,45 €	118	2.660€	14.573,09 €
TOTALE RL	13.491	207.758,52 €	2.049	46.108€	253.866,57 €

#ForumRisk19



www.forumriskmanagement.it



Nuovo protocollo EAU, 2021: meno biopsie, ma tanto follow-up e sorveglianza attiva

PSA+ : 15% degli uomini screenati

- Dopo stratificazione del rischio ed esplorazione rettale (DRE):
 - circa un terzo non fanno RM perché a basso rischio: **follow-up clinico (5% degli uomini screenati)**
 - Circa 2/3, fanno MRI perché sono ad alto rischio (10%):
 - 57% PIRADS 1,2, e parte di 3: **follow-up clinico (5.6% degli uomini screenati)**
 - Dopo MRI: 43% PIRADS 4,5, e parte di 3: Biopsia (**4.2% degli uomini screenati**):
 - ~ 60% tumore (**2.5% degli uomini screenati**):
 - 25% grading favorevole (**0.6% degli screenati**): **sorveglianza attiva**