

5 novembre 2025

DIAGNOSI PRECOCE DEL TUMORE DELLA PROSTATA

TAVOLO INTERREGIONALE
Veneto, Emilia-Romagna e Campania



DALLE RACCOMANDAZIONI DEL
CONSIGLIO DELL'UNIONE EUROPEA
ALLE REALTÀ REGIONALI

Progetto di:



INDICE

1. Introduzione
2. Screening regionali avviati per il tumore della prostata
3. Europa Uomo Italia: il punto di vista del paziente
4. Esperienze regionali a confronto
5. Conclusioni

Testi a cura di Nicoletta Orthmann, Direttrice medico-scientifica Fondazione Onda ETS.
Si ringraziano i partecipanti al Tavolo per la collaborazione nella revisione dei testi.

1. INTRODUZIONE

Questo documento è stato redatto a seguito del Tavolo interregionale “Tumore della prostata e Raccomandazioni del Consiglio dell’Unione Europea. *Prevenzione e diagnosi precoce*”, organizzato in modalità virtuale da Fondazione Onda ETS il 5 novembre 2025.

L’evento aveva l’obiettivo di condividere l’esperienza delle due regioni che per prime hanno avviato un programma di screening gratuito per il tumore della prostata – Lombardia e Basilicata – e di proseguire un confronto multistakeholder e interregionale volto a identificare le migliori strategie per aumentare l’informazione alla popolazione e facilitare l’accesso alla diagnosi precoce, coinvolgendo le regioni Veneto, Emilia-Romagna e Campania.

Fondazione Onda ha avviato il proprio impegno su questo fronte nel 2023¹, facendo seguito alle Raccomandazione del Consiglio EU del 2022, che sollecitano una maggiore attenzione verso la diagnosi precoce con l’obiettivo di ridurre la mortalità e le diseguaglianze, aggiornando le indicazioni per lo screening del carcinoma della mammella, della cervice uterina e del colon-retto ed estendendo lo screening organizzato anche ad altri tumori, tra cui quello della prostata. Sono stati organizzati, rispettivamente nel 2023 e 2024, due tavoli di lavoro che hanno coinvolto prima Lombardia, Marche e Sicilia² e successivamente Piemonte, Toscana e Lazio³.

All’evento hanno partecipato:

- **Francesco Bencivenga**, Responsabile UO Regionale Prevenzione e Igiene Sanitaria, Regione Campania
- **Alberto Bortolami**, Responsabile Area Qualità delle Cure, Reti e Percorsi – Settore Assistenza Ospedaliera, Regione Emilia-Romagna
- **Marco Cupardo**, Segretario Sezione regionale Emilia-Romagna, SIMG
- **Biancamaria Fraccaro**, Segretario Sezione regionale Veneto, SIMG
- **Ciro Imbimbo**, Professore Ordinario di Urologia presso l’Università degli Studi di Napoli e Direttore UOC Urologia AOU Federico II, Napoli
- **Enza Lamanna**, UOC Urologia, AUSL della Romagna, Ravenna
- **Giorgio Macellari**, Consigliere Europa Uomo Italia Onlus
- **Francesca Merzagora**, Presidente Fondazione Onda ETS
- **Giancarlo Muzzarelli**, Presidente IV Commissione Politiche per la Salute e Politiche sociali, Regione Emilia-Romagna (video-messaggio)
- **Giacomo Novara**, Clinica Urologica, AOU di Padova e Professore associato presso il Dipartimento di Scienze Chirurgiche Oncologiche e Gastroenterologiche dell’Università di Padova
- **Nicoletta Orthmann**, Direttrice medico-scientifica Fondazione Onda ETS
- **Sara Piccinelli**, Unità Organizzativa Prevenzione, Direzione Generale Welfare, Regione Lombardia
- **Lupo Giacomo Pulcino**, Segretario Sezione regionale Campania, SIMG
- **Francesca Russo**, Direttore, Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria, Regione Veneto (contributo scritto)
- **Priscilla Sassoli de Bianchi**, Coordinatrice regionale programmi di screening oncologici - Settore Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica, Regione Emilia-Romagna

¹ <https://fondazioneonda.it/it/appuntamenti-onda/tumore-della-prostata-unalleanza-per-combatterlo/>

² <https://fondazioneonda.it/it/appuntamenti-onda/tumore-della-prostata-e-raccomandazioni-del-consiglio-dellunione-europea-prevenzione-e-diagnosi-precoce/>

³ <https://fondazioneonda.it/it/appuntamenti-onda/tumore-della-prostata-e-raccomandazioni-del-consiglio-dellunione-europea-prevenzione-e-diagnosi-precoce-2/>

-
- **Enrico Scarano**, Direttore UOC di Radiologia, Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo, Potenza – Consigliere SIRM Società Italiana di Radiologia Medica e Interventistica

L'evento è stato patrocinato da: AIGOM, AIRO, AURO, CIPOMO, EUROPA Uomo Italia, Let's Talk Prostate Cancer, ROPI, SIMG, SIU, SIUrO.

2. SCREENING REGIONALI AVVIATI PER IL TUMORE DELLA PROSTATA

LOMBARDIA

Lo screening per il tumore della prostata è stato avviato in data 1 novembre 2024 ed è articolato in un percorso multilivello, volto all'individuazione di un eventuale rischio da approfondire attraverso l'integrazione di diversi dati.

Il primo step prevede la compilazione di un **questionario** sul Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), a seguito del quale il cittadino riceve un “**buono per il PSA**” da presentare presso i laboratori aderenti all'iniziativa di Regione Lombardia (validità 30 giorni). Le strutture sono consultabili tramite una mappa interattiva che compare al termine della compilazione del questionario.

Per valori di PSA > 3 o in caso di anamnesi positiva per tumori della prostata in familiare/i di primo grado (padre/figlio/fratello), viene proposto un approfondimento tramite visita urologica, sempre gratuita con l'esenzione di screening.

L'ATS – che ha a disposizione in un gestionale integrato sia i dati in merito alla familiarità autodichiarata sul tumore della prostata che provengono dal FSE sia il valore del PSA che viene caricato dal laboratorio – contatta il cittadino e prenota direttamente presso il CUP la **visita urologica**.

L'esito della visita viene anch'esso caricato sul gestionale e può consistere nella indicazione di esecuzione di risonanza magnetica o di follow-up (a 5 o 2 anni oppure anticipato a 1 anno) o di ripetizione di dosaggio del PSA.

Nel primo caso è sempre il Centro screening del Dipartimento di Prevenzione dell'ATS che contatta il cittadino e prenota la **risonanza magnetica biparametrica**.

In base all'esito della RM viene valutata la necessità di un ulteriore approfondimento e in tal caso verrà programmata una **seconda visita urologica** oppure di follow-up che verrà definito in base ai dati raccolti.

La seconda visita non ha la funzione di “filtro” per accedere allo step successivo, che è la biopsia, ma è indicata per discuterne con il paziente e concordarne l'esecuzione in base alla sua scelta.

L'urologo o l'ATS prenota la **biopsia** e, in base al risultato dell'esame istologico, viene definito il percorso finale che potrà essere di follow-up o di uscita dal programma di screening con presa in carico presso struttura specialistica.

Nelle successive tabelle sono riportati i **dati aggiornati al 23 ottobre 2025**.

STEP	AZIONI	TOTALE AZIONI	TOTALE STEP
Questionari	n°questionari compilati che rientrano nella campagna	14844	19454
	n° questionari compilati che NON rientrano nella campagna	4610	
Family History	n° questionari con FH positiva	1633	14844
	n° questionari con FH negativa	11821	
	n° questionari con FH non nota	1350	
Test PSA	n° pz con test del PSA effettuato	4667	8841
	n° pz in attesa di test PSA	4174	
	n° pz con test del PSA non effettuato con questionario compilato > 90 gg*	6003	6003

Nota: I criteri di esclusione dal programma di screening, eventualmente solo temporanea, sono: anamnesi positiva per pregresso tumore prostatico, recente esecuzione del dosaggio di PSA.

FH = familiarità. La familiarità non nota viene equiparata alla familiarità negativa.

Esito FH e valori PSA	FH negativa e PSA <1: richiamo a 5 aa	2599	3910
	FH negativa e PSA >= 1 e <= 3: richiamo a 2 aa	1311	
	FH negativa e PSA > 3: visita urologica	130	757
	FH positiva - qualunque valore PSA: visita urologica	627	

Visita Urologica	n° pz in attesa di visita urologica	184	757
	n° pz in attesa di registrazione esito visita urologica	101	
	n° pz con visita urologica effettuata: esito negativo, richiamo a 1 aa	348	
	n° pz in follow-up PSA	14	
	n° pz con visita urologica effettuata: esito positivo, invio RM	62	
	n° pz con rifiuto della presa in carico	43	
	n°pz esclusi dal percorso	5	

Nota: Il follow-up PSA è indicato nel caso di dichiarazione di intensa attività fisica il giorno precedente al test oppure nel caso di prostatite in corso. I 43 “rifiuti” comprendono sia i casi di mancata presentazione alla visita programmata dalla ASL sia i casi in cui viene scelto un percorso privato.

Risonanza	n° pz in attesa di RM	19	62
	n° pz in attesa di registrazione esito RM	12	
	n° pz con RM effettuata, esito: richiamo ad 1 aa	24	
	n° pz con esito: approfondimento biotico	7	
Biopsia	n° pz in attesa di Biopsia	5	7
	n° pz in attesa di referto istopatologico	0	
	n° pz con biopsia effettuata: esito negativo	1	
	n° pz con biopsia effettuata: esito positivo	1	

Una prima **criticità** che emerge dai dati è che, a fronte di un ingaggio elevato, risulta bassa la quota di cittadini che procede con l'esecuzione del test del PSA. Molti cittadini, tra quelli che le ATS sono riuscite a raggiungere telefonicamente, hanno risposto di essersi attivati autonomamente.

Altra criticità riguarda i tempi di registrazione nel gestionale di screening degli esiti degli accertamenti clinici e diagnostici.

Dall'attivazione dello screening sono stati fatti alcuni **aggiornamenti**.

Sono state ampliate le fasce di età eleggibili: attualmente i nati dal 1970 al 1975 (dai cinquantenni ai cinquantacinquenni). Entro il 2026 si prevede di ampliare a tutta la fascia di età di inclusione, quindi fino ai 69 anni, procedendo per quinquenni.

Sono state fatte, per lo meno in fase iniziale quando il volume di attività lo permetteva, chiamate attive

da parte delle ATS ai cittadini che non procedevano a effettuare il PSA nei centri aderenti al programma di screening regionale.

È stata effettuata una riduzione della durata del voucher del PSA da 60 a 30 giorni (come segnalato dai cittadini contattati, i tempi più dilatati aumentano il rischio di dimenticarsene); il buono viene comunque accettato dai laboratori anche se presentato alcuni giorni dopo la scadenza.

È stata implementata una mappa interattiva, disponibile direttamente nella piattaforma dopo la compilazione del questionario, che mostra i punti prelievo aderenti all'iniziativa e sono stati inseriti banner e pop up informativi sul FSE per potenziare l'arruolamento dei cittadini in target. Sono inoltre state revisionate le informazioni presenti sul foglio di esito in modo da renderle più dirette al cittadino e di facile comprensione.

Le **nuove prospettive** riguardano l'aggiornamento del protocollo alla luce dei cambiamenti legati all'introduzione, entro fine anno, di un nuovo gestionale unico di tutti gli screening oncologi LEA e non LEA: ScreenUp.

Sono poi in programma l'ampliamento delle fasce di età di ulteriori cinque anni a gennaio (nati dal 1969 al 1965), giugno e novembre 2026 (in modo da completare la fascia 50-69 anni) e il coinvolgimento dei medici di Medicina generale, che avranno la possibilità di accedere a ScreenUp.

Si sta valutando anche di avviare una modalità di ingaggio attraverso lettera personalizzata (come avviene per gli screening LEA) al fine di aumentare il tasso dei rispondenti al questionario e di potenziare la comunicazione in merito alla possibilità di farsi supportare da un operatore sanitario nella compilazione presso i Centri screening o le Case di comunità (al momento questa modalità è stata adottata da un numero molto ristretto di cittadini, ma potrà essere certamente utile andando ad ampliare la fascia di età).

BASILICATA

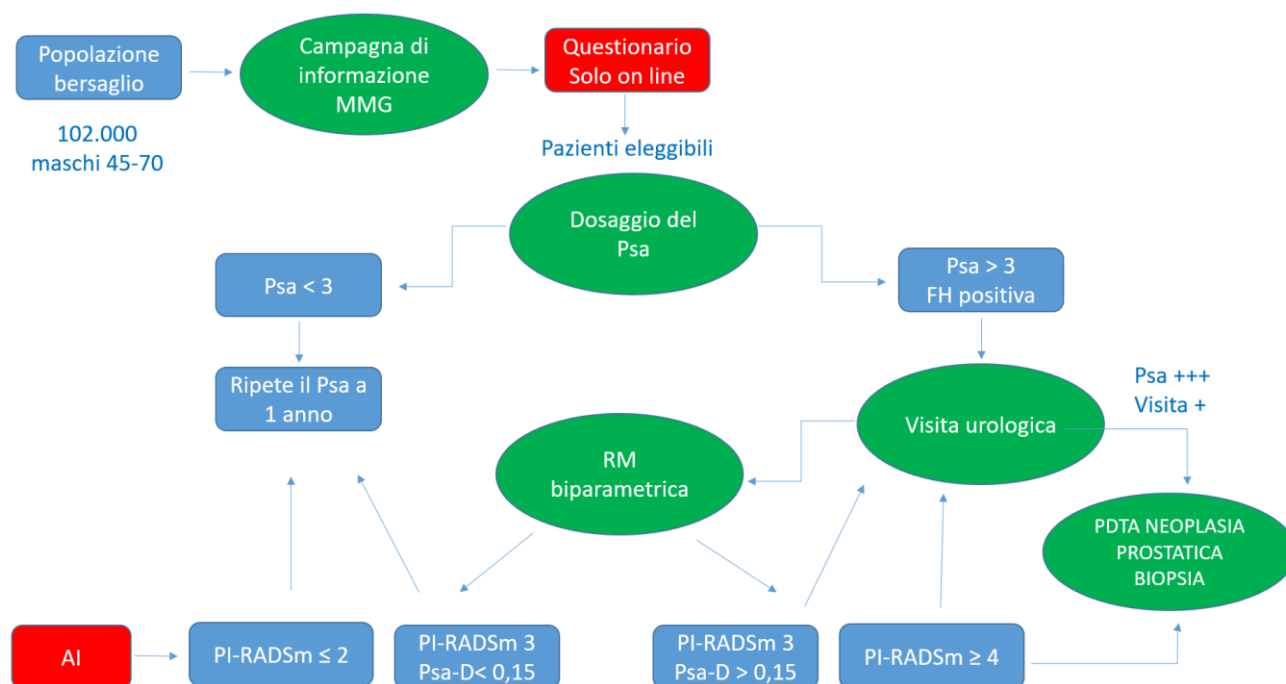
Il programma di screening del tumore della prostata è stato avviato il 3 giugno 2025. È stata creata una piattaforma informatica sul sito della AO Regionale San Carlo a cui i cittadini si iscrivono per accedere al **questionario** e al video esplicativo che illustra come è articolato il percorso. Lo screening è rivolto alla popolazione in fascia di età 50-70 anni e dai 45-49 anni (considerando per la fascia più giovane soltanto coloro che hanno un alto rischio eredo-familiare).

Nel questionario viene indagata l'anamnesi familiare, la pregressa diagnosi di tumore della prostata e di mutazione genetica specifiche (BRCA, CHEK2, ATM) nonché l'esecuzione negli ultimi due anni di indagini quali biopsia, RM ed ecografia trans-rettale.

L'avvio del programma è stato accompagnato da una capillare campagna di informazione attraverso cartelloni pubblicitari, totem esposti in tutti gli ospedali della Regione e la collaborazione dei medici di Medicina generale.

Il percorso, avviato con la compilazione del questionario e articolato in dosaggio del **PSA**, **visita urologica** e **risonanza magnetica biparametrica**, è illustrato nella figura seguente.

Nella piattaforma informatica sono caricati gli esiti di ciascun passaggio, consentendo quindi agli urologi e ai radiologi di comunicare tra loro.



Per cercare di ridurre l'errore legato all'esperienza dei radiologi e dunque alla variabilità interosservatore e migliorare l'accuratezza diagnostica della RM che utilizza solo due sequenze di immagini, è stato introdotto il supporto di un software di **intelligenza artificiale**.

Venendo ai **dati aggiornati**, da quando è stato avviato lo screening, delle 400 visite programmate ne sono state effettuate 240 a seguito delle quali sono state richieste 180 RM. Di queste, 80 sono state eseguite e 60 programmate, le restanti 40 non sono state effettuate o perché i pazienti non si sono presentati all'appuntamento oppure perché hanno deciso di eseguire l'esame altrove; in 6 casi è stata eseguita una RM multiparametrica. 22 pazienti sono stati sottoposti a biopsia (16 risultati positivi alla RM + 6 indentificati a rischio alla visita clinica) di cui 9 sono risultate positive. Tre pazienti sono già stati sottoposti a prostatectomia radicale, di un caso è disponibile l'esito dell'esame istologico refertato come pT3a Gleason 3+4.

I **punti critici**, su cui è necessario lavorare per rendere più efficace il percorso di screening, sono:

- inadeguata informazione, dal momento che il tumore alla prostata è ancora spesso percepito come patologia curabile e non drasticamente impattante sulla qualità di vita;
- assenza di linee guida condivise sui protocolli di diagnosi che rendono i percorsi lunghi, non lineari, durante i quali il paziente non si sente «preso in carico»;
- ridotta garanzia di qualità e di accesso dovuta alla scarsa diffusione su tutto il territorio di macchine performanti ed omogenizzate per l'esecuzione degli esami di RM;
- elevato numero di falsi positivi alla RM con conseguente rischio di sovradiagnosi e sovratrattamento;
- affidabilità dei software di intelligenza artificiale: non tutti quelli disponibili sono stati adeguatamente testati e l'affidabilità può dipendere dal macchinario impiegato. Nell'ambito del programma di screening è stato testato un primo software che, avendo dato risultati estremamente discordanti, è stato sostituito.

3. EUROPA UOMO ITALIA: IL PUNTO DI VISTA DEL PAZIENTE

Primo ostacolo alla diagnosi precoce è lo stigma sociale a cui gli uomini si sentono esposti: c'è ancora una forte reticenza legata al disagio e all'imbarazzo di parlare di possibili problematiche della sfera uro-andrologica. È quindi imprescindibile un **cambio di paradigma culturale** che valorizzi la diagnosi precoce come scelta virtuosa e premiante in termini di quantità ma anche di qualità di vita.

Per potenziare l'arruolamento allo screening della popolazione target è necessario attivare **campagne promozionali** molto capillari, basate su informazioni chiare, semplici e trasparenti per costruire fiducia e incoraggiare la partecipazione e inviare **lettere di invito** (l'arruolamento attraverso il FSE rischia di escludere i cittadini che non hanno dimestichezza con questo strumento). Il messaggio mediatico sarebbe ancora più forte se sostenuto da testimonial che, purtroppo, mancano proprio per la reticenza "tipicamente" maschile di condividere questo tipo di problematica.

I **medici di Medicina generale** giocano un ruolo cruciale nell'intercettare i soggetti che andrebbero indirizzati a uno screening organizzato; pertanto, devono ricevere adeguata formazione che deve essere condotta in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale.

Due considerazioni generali sono fondamentali. Anzitutto, lo screening dovrebbe essere coordinato da una **regia nazionale**, per garantire equità, monitorare gli obiettivi raggiunti e mettere in atto eventuali correzioni. Inoltre, il potenziamento della diagnosi precoce deve necessariamente accompagnarsi alla presenza di **Unità prostatiche multidisciplinari**, che rappresentano il modello di riferimento per un'appropriata ed efficiente presa in carico del paziente.

4. Esperienze regionali a confronto

VENETO

La Regione Veneto è una realtà consolidata nel campo della prevenzione oncologica organizzata. Sono stati raggiunti alti livelli di copertura e qualità per gli screening inseriti nei LEA e si sta lavorando per l'apertura graduale alle nuove fasce d'età, con l'obiettivo di mettere a regime tutti i percorsi entro la conclusione dell'attuale Piano Nazionale della Prevenzione.

La Regione partecipa attivamente anche a progetti innovativi sullo screening, come quello del polmone, in collaborazione con altri centri e istituzioni nazionali, a testimonianza di un impegno costante nel mantenere alto il livello di innovazione e valutazione scientifica.

Per quanto riguarda lo screening della prostata, il Veneto potrà valutare, nel prossimo futuro, la possibilità di avviare una sperimentazione pilota, dopo aver analizzato attentamente i risultati e le esperienze maturate in altre Regioni o in centri di dimensioni più contenute. In caso positivo, il progetto non sarà esteso da subito all'intera Regione, ma interesserà alcune aree selezionate, con l'obiettivo di testare percorsi, strumenti e idonee strategie di comunicazione alla popolazione.

Solo dopo una valutazione accurata dell'efficacia e dell'impatto, in termini sia di benefici sia di potenziali rischi, si potrà considerare una programmazione più ampia, ma sempre con l'attenzione e la prudenza che contraddistinguono la sanità pubblica di qualità.

Il **PDTA per i pazienti affetti da tumore prostatico** elaborato dalla Rete Oncologica Veneta (ultima versione approvata nel novembre 2023) è attualmente in aggiornamento⁴: a breve uscirà la nuova versione che sarà implementata con la parte relativa allo screening, facendo riferimento alle regioni che hanno attivato un programma dedicato.

In assenza di uno screening attivo in Veneto, è stata presentata una simulazione elaborata sulla base dei primi dati lombardi pubblicati⁵, in riferimento alla popolazione target del Comune e della Provincia di Padova: il volume complessivo stimato di visite urologiche e di risonanze magnetiche che ne deriverebbero evidenzia la prima criticità, legata alle **risorse economiche e umane** che sarebbe necessario mettere in campo per farvi fronte.

La sfida è di costruire un **modello di screening mirato e informato**, come emerge dallo studio europeo appena pubblicato sul New England Journal of Medicine che ha coinvolto oltre 160 mila uomini di otto Paesi europei, tra cui l'Italia⁶. Dopo 23 anni di follow-up, i partecipanti sottoposti a screening presentavano un numero maggiore di diagnosi (+30%), ma anche un rischio di morte inferiore (-13%), dunque 1 decesso evitato ogni 456 uomini sottoposti al test, 1 ogni 12 tra coloro a cui è stato diagnosticato un tumore.

Per l'implementazione e la messa a terra di questo modello è necessario un **coordinamento nazionale**, poiché l'avviare programmi di screening regionali comporta una raccolta dati che non sono omogenei e quindi valutabili ai fini del reale impatto in termini di riduzione della mortalità.

⁴ <https://salute.regione.veneto.it/rete-oncologica-veneta-%28rov%29/area-operatori/pdta/pdta-prostata>

⁵ E. Azzolini, D. Cereda, S. Piccinelli, M. Viscardi, S. Deandrea, Early Activation of a Multilevel Prostate Cancer Screening Model: Pilot Phase Results and Strategic Perspectives in Lombardy Region, *Healthcare* 2025, 13(16), 2041.

⁶ M.J. Roobol et al. European Study of Prostate Cancer Screening — 23-Year Follow-up, *N Engl J Med* 2025;393:1669-1680.

Per rendere i numeri dello screening più favorevoli è necessario distinguere i pazienti che hanno bisogno di trattamenti attivi, in quanto a maggior rischio di mortalità per neoplasia prostatica, da quelli che sono portatori di forme neoplastiche a basso rischio. Pertanto, affinché l'eccesso di diagnosi – associato inevitabilmente allo screening – non comporti un eccesso di trattamento, è necessario adottare un **protocollo di sorveglianza** a beneficio del paziente e del Sistema sanitario.

Dal punto di vista della Medicina generale, il primo dato da mettere in evidenza riguarda le diagnosi “tardive” di cancro prostatico, quando il tumore è già sintomatico; secondo il Registro tumori regionale, si tratta del 20-25% dei casi, distribuiti in modo non omogeneo, in particolare nelle zone meno servite.

Le barriere alla diagnosi precoce sono di ordine clinico, culturale e organizzativo.

Per quanto riguarda l'ambito clinico, è noto come nelle fasi iniziali il tumore possa essere asintomatico o accompagnarsi a sintomi aspecifici e come il PSA sia un marcatore organo-specifico ma non patologia-specifico; inoltre, il tumore alla prostata è, dal punto di vista biologico, una patologia eterogenea e con diversi profili di rischio, comprendendo anche forme clinicamente non significative che dovrebbero, pertanto, essere indirizzate a percorsi di sorveglianza attiva per un loro monitoraggio.

Dal punto di vista culturale, come già evidenziato, c'è ancora molta difficoltà da parte degli uomini a parlare di disturbi che riguardano la propria sfera sessuale riproduttiva soprattutto quando l'interlocutore medico è donna, situazione molto frequente dal momento che i dati FNOMCeO parlano di una professione al femminile. Per poter facilitare il dialogo su questi aspetti è necessario creare una **relazione di fiducia nell'ambito di quella di cura**, ma attualmente il Veneto sta vivendo un momento di profonda crisi; infatti, ci sono moltissimi cittadini che non hanno un proprio medico di Medicina generale di riferimento e si devono rapportare con medici diversi nei servizi di Continuità Assistenziale Diurna, situazione quindi non ottimale per costruire una relazione empatica continua, elemento imprescindibile per creare e incrementare nel tempo il rapporto di fiducia di cui si è parlato.

Ulteriore criticità, purtroppo condivisa con molte altre regioni italiane, è rappresentata dal problema delle **liste di attesa**.

È bene osservare anche che nel PDTA regionale dedicato al tumore della prostata il medico di Medicina generale, pur se molto citato nel documento con una serie di compiti affidategli; tuttavia, non è stato coinvolto nella stesura dello stesso. Eppure, il suo contributo nella promozione della diagnosi precoce è cruciale, in quanto primo contatto e primo “filtro” del sistema del Servizio Sanitario Nazionale attuale.

EMILIA-ROMAGNA

La Regione Emilia-Romagna è attivamente impegnata nel potenziamento degli screening (mammella – coloretto – collo dell’utero) e delle reti ospedaliere, territoriali e sociosanitarie. Per quanto riguarda lo screening mammografico, è stata la prima Regione ad ampliare la fascia di popolazione target da 50-69 anni a 45-74. Dal 2025 è stata avviata gradualmente anche l’estensione dello screening gratuito per il cancro del colon retto alla fascia d’età 70-74 anni. È stata recentemente promossa una campagna regionale di sensibilizzazione (“5 minuti che valgono una vita”) con l’obiettivo di aumentare l’adesione consapevole agli screening offerti. I dati presentati in termini di partecipazione delle cittadine e dei cittadini nonché di riduzione della mortalità e di casi diagnosticati in fase avanzata sono rilevanti e molto incoraggianti.

Per quanto riguarda nello specifico il tumore della prostata, la Regione partecipa attivamente al **Progetto CCM 2023** per la valutazione della fattibilità di programmi organizzati di screening e loro efficacia nel ridurre l’uso inappropriato del test del PSA nel contesto italiano, coordinato dall’Osservatorio Nazionale Screening, e valuterà, sulla base dei risultati, l’opportunità di avviare in futuro progetti pilota dedicati allo screening del tumore della prostata.

Gli studi pilota e le valutazioni per la fattibilità di programmi di screening per i tumori della prostata e del polmone saranno probabilmente sostenuti anche dal Piano Nazionale della Prevenzione 2026-2031 che per la prima volta includerà un programma specifico e predefinito sugli screening oncologici, la cui predisposizione è in corso ed è a cura di un ampio gruppo di esperti del Ministero della Salute e delle Regioni, coordinato da Emilia-Romagna e Puglia. Gli studi permetteranno di valutare meglio l’evidenza di efficacia di alcune metodiche di screening, di testare diverse scelte organizzative e protocolli per la gestione dei percorsi diagnostici in ambito di screening nonché di modificarli in base agli esiti sul campo.

Le prospettive di una eventuale implementazione di uno screening organizzato per il tumore della prostata sono la possibilità di diagnosi precoce con conseguente riduzione della mortalità, una migliore equità di accesso, una maggiore appropriatezza e l’integrazione tra i professionisti. Per raggiungere questi obiettivi è necessaria la definizione del protocollo di screening nell’ottica di minimizzare i rischi/danni e massimizzare i benefici; in particolare occorre definire: 1) la popolazione target e gli intervalli di screening; 2) criteri condivisi di selezione per l’invio agli approfondimenti partendo dai risultati del PSA; 3) il ruolo delle nuove tecnologie quali biomarcatori, calcolatori del rischio per la selezione delle persone da inviare a risonanza magnetica multiparametrica; 4) criteri condivisi per l’invio a biopsia prostatica; 5) protocolli per la stratificazione del rischio.

Una criticità rilevante è la sostenibilità organizzativa ed economica, a fronte di una popolazione target da gestire di dimensioni rilevanti e della necessità di un solido sistema di gestione e monitoraggio degli esiti. Necessaria e imprescindibile è anche un’adeguata comunicazione ai cittadini rispetto alle opportunità e ai limiti di questo screening.

Non esiste attualmente un PDTA regionale dedicato al tumore della prostata, ma una serie di **PDTA locali** diffusi capillarmente. L’obiettivo per il 2026 è costruire, attraverso le esperienze locali condotte sul territorio, un PDTA a livello regionale che garantisca una “architettura” unica della presa in carico del paziente e dell’accesso ai percorsi di cura attraverso il coordinamento di un gruppo multidisciplinare.

Cruciale è anche il coinvolgimento della figura del **medico di Medicina generale** che deve essere adeguatamente formato. Tra gli obiettivi della formazione, si annovera anche la riduzione della inappropriatezza prescrittiva del PSA. Al riguardo, sarebbe utile introdurre degli indicatori di performance.

Un nodo critico è rappresentato dalle lunghe liste di attesa per accedere alla risonanza multiparametrica, aspetto che deve essere considerato nella valutazione della fattibilità e sostenibilità di uno screening per il tumore della prostata.

In assenza di un programma di screening organizzato, è necessario implementare un percorso di prevenzione personalizzato coordinato dal medico di Medicina generale con il supporto dello specialista urologo.

CAMPANIA

Nella Regione Campania si sta lavorando per rafforzare le **politiche sanitarie di prevenzione oncologica** secondo una visione integrata che coinvolge le reti oncologiche, le ASL, i Dipartimenti di prevenzione, le strutture ospedaliere e le Università.

È fondamentale definire i target di prevenzione secondaria da intercettare, coinvolgere i medici di Medicina generale e investire nella **digitalizzazione**. In particolare, si sta lavorando su questo fronte per integrare con sistemi informatici le banche dati (es. MMG, specialisti, strutture private accreditate, registri tumori).

Per quanto riguarda nello specifico l'avvio di un programma di screening per il tumore della prostata, oltre alla mancanza di risorse (essendo la Regione ancora in piano di rientro), non è stata ancora definita una governance a livello nazionale che pertanto non può essere demandata alle singole regioni. I programmi avviati in alcune regioni “pilota” potranno essere certamente utili per raccogliere esperienze ed evidenze, punti di forza e criticità.

Il **PDTA prostata** è gestito dalla Rete Oncologica Campana (ROC) e definisce linee guida uniformi per la diagnosi e la cura del tumore della prostata in tutte le strutture regionali. La ROC ha reso efficiente e lineare il percorso della presa in carico dedicato, integrando funzionalmente il ruolo del medico di Medicina generale che può inviare il paziente al GOM di riferimento nel caso di sospetto diagnostico. Tale integrazione consente di contrarre i tempi di accesso alle valutazioni cliniche e diagnostiche di approfondimento.

Nel contesto della Medicina generale, nonostante la grave carenza di risorse e di personale medico e a supporto, sono stati promosse da SIMG alcune progettualità concrete come iniziative di medicina proattiva **dedicate agli screening oncologici** ai fini di una partecipazione consapevole e il più possibile estesa da parte delle persone che risultano in target.

5. Conclusioni

Mentre è in corso il **progetto nazionale** finanziato dal Centro per il Controllo delle Malattie (CCM), incentrato sulla valutazione della fattibilità e dell'efficacia di programmi organizzati di screening per il tumore della prostata per ridurre l'uso inappropriato del test PSA, sono stati avviati alcuni **progetti pilota**, come in Toscana e Piemonte, nonché **programmi di screening organizzati a livello regionale** in Lombardia (da novembre 2024) e Basilicata (da giugno 2025).

Uno **screening nazionale coordinato** garantirebbe equità nell'accesso, standardizzazione dei protocolli e monitoraggio efficace, superando le differenze regionali.

L'implementazione di uno screening organizzato per il tumore della prostata pone anzitutto il problema della **sostenibilità organizzativa ed economica**, in considerazione dell'estensione della popolazione target e del fatto che si tratta di un percorso multilivello (es. tempi di accesso alla RM).

Comporta la necessità di strutturare un sistema solido di gestione e monitoraggio (**protocolli di sorveglianza**) in grado di impedire che l'eccesso di diagnosi, associato inevitabilmente allo screening, comporti un eccesso di trattamento.

Il potenziamento della diagnosi precoce deve necessariamente accompagnarsi alla presenza di **Unità prostatiche multidisciplinari**, che rappresentano il modello di riferimento per un'appropriata ed efficiente presa in carico del paziente.

Ai fini di una partecipazione il più possibile estesa e consapevole da parte delle persone che risultano in target, è necessario valorizzare il ruolo del **medico di Medicina generale** e promuoverne l'integrazione funzionale nei PDTA in raccordo con le reti oncologiche (come avviene in Campania).





**Con il contributo
incondizionato di:**

