REGIONE LAZIO

SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE

RETE ONCOLOGICA LAZIO

PIANO DI RETE REGIONALE PER LA GESTIONE DEL TUMORE MALIGNO DELLA PROSTATA NEL LAZIO

2025

Prima edizione	Rete oncologica regionale per la gestione del tumore della prostata (DCA U00358/2017)
Revisione	2025

PREMESSA

Le linee di indirizzo della Rete Oncologica Regionale (ROL) del Lazio per il 2023, approvate con la Determinazione n. G01829 del 14 febbraio 2023, mirano a definire un modello organizzativo efficiente e integrato per la gestione dei pazienti oncologici nella regione. Gli obiettivi sono:

- Migliorare la qualità e l'efficacia dell'assistenza oncologica.
- Garantire l'equità di accesso alle cure.
- Promuovere la prevenzione e la diagnosi precoce.
- Ottimizzare i percorsi di cura e l'integrazione tra i diversi livelli assistenziali.
- Definire e successivamente implementare modelli organizzativi di rete per l'attuazione dei PDTA.

I PDTA e piani di rete sono considerati strumenti fondamentali per garantire un'assistenza oncologica omogenea nel territorio regionale e di qualità. Definiscono il percorso assistenziale del paziente, dalla diagnosi al trattamento e follow-up, con integrazione- laddove appropriato- anche del percorso di prevenzione e di sorveglianza, assicurando la continuità delle cure.

I piani di rete regionali dovranno essere integrati nell'organizzazione della rete, definendo i ruoli e le responsabilità dei diversi professionisti e strutture coinvolte. Essi individuano i Centri di Riferimento e descrivono gli strumenti per la gestione del percorso e della continuità assistenziale, i collegamenti- strutturali e funzionali, e le figure di riferimento.

Nell'ambito dei lavori della ROL sono stati avviati i lavori per la revisione/definizione dei piani di rete per patologia oncologica con la seguente metodologia:

- Individuazione delle patologie oncologiche oggetto di sviluppo del piano sulla base dei dati di incidenza, mortalità, specificità della patologia;
- Individuazione di due professionisti *facilitatori* che supportino le attività regionali relative al gruppo di lavoro multiprofessionale/multidisciplinare redazionale e che definiscano l'agenda dei lavori;
- Sviluppo della proposta di piano di rete;
- Revisione da parte dei componenti dei gruppi multidisciplinari regionali e da referee esterni.
- Condivisione con il Coordinamento strategico regionale per l'approvazione del Piano di rete.

Si rinvia al documento "Collegamenti fra i nodi della Rete Oncologica della regione Lazio (ROL) e Operatività Punto Oncologico di Accesso e di Continuità di Cura (PACO)" che fornisce le linee operative utili per la razionalizzazione dei collegamenti tra i nodi della rete e tra ospedale e territorio. La Rete Oncologica Regionale (ROL) del Lazio si impegna a garantire un accesso rapido ed efficace ai percorsi di diagnosi e cura per i pazienti oncologici, bilanciando l'accesso ai Centri di Riferimento Ospedalieri (CRO) con la gestione delle cure in prossimità, attraverso l'istituzione dei Punti di accesso e continuità delle cure in oncologia (PACO) presso ogni ASL e CRO, la definizione di gruppi multidisciplinari per sede tumorale, la collaborazione tra CRO e ASL per la continuità terapeutica del paziente.

La riorganizzazione della Rete Oncologica Regionale, nelle diverse fasi del percorso, deve tener conto della più ampia reingegnerizzazione dei processi relativi alla continuità delle cure tra diversi setting assistenziali. Il PNRR Missione 6 ed il DM 77/2022, recepiti con la DGR 643/2022, include prioritariamente il rafforzamento dell'assistenza distrettuale e delle cure intermedie, ovvero l'implementazione di processi di presa in carico e di integrazione socio-sanitaria che riducano la complessità clinica e organizzativa, migliorino le prestazioni erogate sul territorio anche grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali.

Si inserisce in tale contesto il modello di Transitional Care, riferito ad un approccio assistenziale che faciliti la continuità delle cure tra diversi setting, garantendo che i pazienti ricevano cure appropriate e coordinate durante le transizioni. Le Linee di Indirizzo Operativo per l'attività della Centrale Operativa Territoriale (COT) rappresentano il riferimento per i percorsi di continuità assistenziale dal ricovero ospedaliero in acuzie alle aree di post acuzie, delle

cure intermedie e della salute mentale[1] [2]. Successivamente all'implementazione del modello a partire dal ricovero ospedaliero (percorso top-down: da ospedale verso strutture intermedie e territorio), si prevede l'attivazione dei servizi territoriali e intermedi-ospedalieri tramite COT (percorso bottom-up) anche direttamente dai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta e dagli altri servizi territoriali (Specialistica Ambulatoriale, CdC, PUA).
Sono inoltre stati approvati gli atti regionali inerenti al *Modello organizzativo per Le Cure Palliative Simultanee*[3] e *Modello organizzativo per Le Cure palliative ospedaliere*[4].

Strumenti di supporto alle attività di connessione tra i nodi della rete, in fase di implementazione sono:

- La piattaforma SINFONIA in uso attualmente in regione Campania, che permetterà ai medici/specialisti/MMG di segnalare un sospetto diagnostico ai centri dotati di gruppo multidisciplinare, anche per il tramite del PACO al fine di una tempestiva presa in carico;
- Il potenziamento dei servizi di telemedicina previsti nell'ambito della Missione 6 del PNRR, tra i quali l'estensione ai reparti della piattaforma ADVICE di teleconsulto, attualmente in uso nelle strutture dell'emergenza e l'avvio della Infrastruttura Regionale di Telemedicina, da utilizzare per aumentare la disponibilità di televisite di controllo per il follow-up dei pazienti;
- La completa implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

Il documento è articolato in due sezioni, una dedicata alla descrizione della rete regionale ed una alle linee di indirizzo per la definizione del percorso assistenziale.
Per ciascuna fase del percorso sono state sviluppate tabelle di attività che definiscono aspetti organizzativi relativi ai seguenti elementi: Criteri di accesso; Chi fa; Come; Dove; Criteri di uscita; Raccomandazioni; Documenti/strumenti di riferimento.
In Appendice sono presenti elementi di approfondimento.
In Appendice 5 viene riportato un contributo delle associazioni sui diritti del malato non solo relativi al sistema sanitario ma anche su aspetti legati al lavoro, all'invalidità e altri aspetti sociali.

Obiettivo del documento è l'individuazione dei criteri minimi di un percorso – inteso come adeguata sequenza assistenziale del cittadino/paziente nell'ambito del servizio sanitario – per la gestione del tumore della prostata, fruibile dagli operatori regionali coinvolti nella organizzazione e gestione di tali condizioni. Le ASL e le strutture del SSR che sono coinvolte nel percorso devono garantirne i criteri individuati nel presente documento, ognuno per il suo ruolo nella rete.
L'implementazione del percorso clinico-organizzativo all'interno della Rete potrà contribuire alla uniformità dell'assistenza sul territorio regionale e alla facilitazione del processo di integrazione tra i servizi.
Il documento punta, inoltre, alla valorizzazione dell'approccio multiprofessionale e multidisciplinare dell'assistenza, ponendosi l'obiettivo di promuovere la stretta collaborazione degli operatori coinvolti, valorizzando la partecipazione delle Associazioni di Volontariato.

In linea con i principi della medicina basata sull'evidenza, le raccomandazioni di pratica clinica qui descritte, in particolare quelle relative alla terapia farmacologica, devono essere considerate indicative e dinamiche. Sarà cura dei professionisti monitorare e applicare gli aggiornamenti derivanti dalla costante evoluzione delle Linee Guida.

Il Piano di Rete è soggetto a revisione periodica, sulla base delle eventuali criticità emerse, della variazione dei bisogni di salute o della definizione di nuovi obiettivi da parte della Regione.

---

[1] Deliberazione 17 luglio 2025, n. 621 Approvazione delle Linee di indirizzo finalizzate al miglioramento della Governance per gli aspetti organizzativi e gestionali delle Centrali Operative della Regione Lazio. Implementazione dei processi di Transitional Care.
[2] Determinazione 8 gennaio 2025, n. G00128 "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza-M6C1 1.2.2.1 Centrali Operative Territoriali- Approvazione dei documenti descrittivi dei flussi operativi e relativi flow chart dei processi regionali del Piattaforma informatica- Transitional Care"
[3] Determinazione 7 novembre 2025, n. G14720. Approvazione del documento tecnico "Modello organizzativo per le Cure Palliative Simultanee".
[4] Determinazione 11 novembre 2025, n. G14930 Approvazione del documento tecnico "Le Cure Palliative in Ospedale: Inquadramento Strategico e Modelli di Integrazione nella Regione Lazio".

AMBITO DI APPLICAZIONE

A CHI	Tutti gli operatori coinvolti in processi clinico-assistenziali rivolti alla diagnosi e alla terapia del tumore maligno della prostata.
DOVE	Tutte le articolazioni organizzative e tutte le strutture ospedaliere e territoriali coinvolte nel percorso
QUANDO	Durante l'erogazione di tutto il processo clinico-assistenziale per la diagnosi e la terapia del tumore maligno della prostata.

Abbreviazioni

ADT: Androgen Deprivation Therapy
AIMN: Associazione Italiana di Medicina Nucleare
AIRO: Associazione Italiana Radioterapia Oncologica
AIRTUM: Associazione Italiana Registri Tumori
AJCC: American Joint Committee on Cancer
ARPI: Androgen Receptor Pathway Inhibitors
ASL: Azienda Sanitaria Locale (Local Health Authority)
AURO: Associazione Urologi Ospedalieri
COREFA: Commissione Regionale del Farmaco
CRS: Conferenza Stato-Regioni
ctDNA: Circolating Tumor DNA
ER: Esplorazione Rettale
FDG: Fluorodeoxyglucose
GS: Gleason Score
IC95%: Intervallo di Confidenza al 95%
ICD9CM: International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification
IRCCS: Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
IMRT: Intensity Modulated Radiation Therapy
ISUP: International Society of Urological Pathology
mCRPC: Carcinoma Prostatico Metastatico Resistente alla Castrazione
mdc: Mezzo di Contrasto
MDT: Gruppo Multidisciplinare
mHSPC: Malattia Metastatica Sensibile alla Castrazione
MMG: Medico di Medicina Generale
NGS: Next-Generation Sequencing
PAC: Percorso Ambulatoriale Complesso
PARP: Poli ADP-Ribosio Polimerasi (PARP)
PDTA: Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali
PET/TC: Tomografia ad Emissione di Positroni/Tomografia Computerizzata
PIRADS: Prostate Imaging Reporting and Data System
PR: Prostatectomia Radicale
PReValE: Programma regionale di valutazione degli esiti
PSA: Antigene Prostatico Specifico
PSMA: Prostate-Specific Membrane Antigen
ReCUP: (Sistema di prenotazione della Regione Lazio)
ReNCaM: Registro Nominativo delle Cause di Morte
RLT: Radioligand Therapy
RM: Risonanza Magnetica
RMN: Risonanza Magnetica Nucleare
ROL: Rete Oncologica Lazio
SDO: Schede di Dimissione Ospedaliera
SIAS: Sistema Informativo per l'Assistenza Specialistica Ambulatoriale
SIO: Sistema Informativo Ospedaliero
SIU: Società Italiana di Urologia
SIUrO: Società Italiana di Urologia Oncologica
SSN: Servizio Sanitario Nazionale
SSR: Servizio Sanitario Regionale
TCTB: Tomografia Computerizzata Total Body (con mezzo di contrasto)
UrOP: Uro-Oncologi Italiani
WHO: World Health Organization

Sommario

PREMESSA 2
GRUPPO DI LAVORO 6
CENNI EPIDEMIOLOGICI 8
ANALISI DEL CONTESTO REGIONALE 8
MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE DEL TUMORE DELLA PROSTATA 14
CENTRO DIAGNOSI 14
CENTRO DI RIFERIMENTO OSPEDALIERO PER IL TUMORE DELLA PROSTATA 14
INDICAZIONI PER L'IMPLEMENTAZIONE E IL MONITORAGGIO DELLA RETE 18
INDICATORI 20
FORMAZIONE/INFORMAZIONE 23
COINVOLGIMENTO E PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI E ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO 23
LINEE DI INDIRIZZO PER LA DEFINIZIONE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE 24
DIAGNOSI 24
STADIAZIONE CLINICA 25
INDICAZIONE TERAPEUTICA 26
FOLLOW UP 28
APPENDICE 1- RACCOMANDAZIONI BIOPSIA PROSTATICA 29
APPENDICE 2 - RACCOMANDAZIONI ALL'USO APPROPRIATO DELLA PET-PSMA NEL TUMORE DELLA PROSTATA 30
APPENDICE 3a RACCOMANDAZIONI PROSTATECTOMIA RADICALE 32
APPENDICE 3b - RACCOMANDAZIONI FATTORI MOLECOLARI PREDITTIVI DI RISPOSTA 33
APPENDICE 3c - RACCOMANDAZIONI VALUTAZIONE DEL CAMPIONE METASTATICO 33
APPENDICE 4 - RACCOMANDAZIONI RADIOTERAPIA 34
APPENDICE 5 - DIRITTI DEL MALATO CON TUMORE E DEI CAREGIVER ONCOLOGICI 35
APPENDICE A – Risultati Survey strutture regionali. Anno 2024 38

GRUPPO DI LAVORO

Coordinamento Rete Oncologica Lazio

Sara Farchi	Regione Lazio
Carmelina Guerrera	Regione Lazio
Sergio Ribaldi	Regione Lazio
Silvia Scalmana	Regione Lazio
Margherita Ferranti	DEP
Luigi Pinnarelli	DEP
Teresa Gamucci	Regione Lazio
Alessandra Montesi	Regione Lazio

Gruppo di Lavoro

Daniele Santini	UOC Oncologia Medica- Policlinico Umberto I, Roma
Giuseppe Sanguineti	UOC Radioterapia IRCCS IFO Istituto Nazionale Tumori Regina Elena (IRE), Roma
Valeria Panebianco	UOC Radiologia - Policlinico Umberto I, Roma
Linda Cerbone	UOC Oncologia Medica- 1- IRCCS IFO Istituto Nazionale Tumori Regina Elena (IRE), Roma
Michela Roberto	UOC di Oncologia Medica - Policlinico Umberto I, Roma
Nello Salesi	UOC di Oncologia Medica - Ospedale Santa Maria Goretti, Latina
Giuseppe De Vincentis	UOC Medicina Nucleare- Policlinico Umberto I, Roma
Maria Bottero	UOC Radioterapia IRCCS IFO Istituto Nazionale Tumori Regina Elena (IRE), Roma
Maria Elena Rosetto	UOC Radioterapia Ospedale Santa Rosa, Viterbo
Alessandro Sciarra	UOC Urologia - Policlinico Umberto I, Roma
Giuseppe Simone	UOC Urologia IRCCS IFO Istituto Nazionale Tumori Regina Elena (IRE), Roma
Gianluca D'Elia	UOC Urologia - AO San Giovanni-Addolorata, Roma
Giuseppe Perrone	UOC Anatomia Patologica – Policlinico Campus Biomedico, Roma
Santina Proietti	Associazione ALCLI
Paola Paolucci	Associazione ALCLI

Revisori esterni

Orazio Caffo	UOC Oncologia Medica- Trento
Stefano Arcangeli	UOC Radioterapia- ASST Monza- Ospedale San Gerardo

CENNI EPIDEMIOLOGICI

Il carcinoma della prostata rappresenta in Italia la neoplasia più frequente negli uomini, con 40.190 nuovi casi stimati per il 2024[5]. La sopravvivenza a 5 anni dei pazienti affetti da questa patologia è del 91%. Nel 2024 sono 485.000 gli uomini vivi dopo una diagnosi di tumore della prostata, mentre sono stimati 8.200 decessi per carcinoma della prostata nel 2022.

ANALISI DEL CONTESTO REGIONALE

Incidenza e prevalenza

Nel 2023 nella Regione Lazio si stimano 2984 casi incidenti[6] residenti di tumore maligno della prostata. All'interno della Regione, nel 2023 il tasso d'incidenza standardizzato per il tumore maligno della prostata è pari a 99,1 per 100.000 residenti (IC95%=95,6-102,7). Risulta più elevato nel comune di Roma (100,9 per 100.000 IC95%=95,8-106,3) rispetto alla media regionale, mentre un tasso più basso si osserva nella provincia di Viterbo (90,8 per 100.000 IC95%=78,0-105,7). La standardizzazione è basata sulla popolazione europea. La prevalenza osservata totale è di 26.592 uomini e la tabella seguente mostra la prevalenza per durata di malattia.

Tabella 1. Prevalenza osservata tumore della prostata per anni dalla diagnosi. Popolazione residente regione Lazio.

Anni dalla diagnosi	N. Casi prevalenti al 01/01/2023
≤ 2	5.766
3-5	6.543
6-10	9.179
>10	5.104
Totale:	26.592

Volumi di ricoveri per intervento chirurgico per tumore maligno della prostata

Dal 2015 al 2020, il volume totale di interventi chirurgici per tumore maligno della prostata si mantiene stabile approssimativamente tra i 1600 e i 1800 ricoveri annui. Nel 2021 si osserva un lieve incremento (1859 ricoveri), mentre nel triennio successivo si osserva un ulteriore e più rilevante aumento, passando a 2343 ricoveri nel 2022 e arrivando a un volume di 2562 ricoveri nel 2024. Tale andamento è dovuto soprattutto all'incremento del volume di prostatectomie radicali, che nel 2024 sono 1965, corrispondenti al 77% dei ricoveri totali. (P.Re.Val.E. ed. 2025).

I dati di letteratura attualmente disponibili riportano un'associazione inversa tra volume degli interventi chirurgici per tumore maligno della prostata e riammissioni entro 30 giorni[7]. Infatti, la proporzione di riammissioni diminuisce all'aumentare del volume fino a circa 50 interventi/anno.

I dati per singola struttura evidenziano una frammentazione dell'attività chirurgica, con 14 strutture sulle 34 pubbliche o private accreditate che hanno effettuato nel 2024 almeno 50 interventi di prostatectomia radicale; assumendo come riferimento una soglia calmierata del 10%, pari a 45 interventi/anno, la situazione rimane invariata.

---

[5] Rapporto AIOM AIRTUM- I numeri del cancro in Italia 2024

[6] https://www.opensalutelazio.it/salute/stato_salute.php?tumori. Il dato, elaborato dal Dipartimento di Epidemiologia del SSR, è frutto di un record linkage tra i flussi informativi sanitari- SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera), inclusa la mobilità passiva;- ReNCaM (Registro Nominativo delle Cause di Morte);- Sistema Informativo delle Prescrizioni Farmaceutiche Territoriali e Ospedaliere;- SIAS (Sistema Informativo per l'Assistenza Specialistica Ambulatoriale);- Sistema Informativo delle Esenzioni per patologia (codice 048 – esenzione per patologia neoplastica)- Anagrafe del Comune di Roma e l'Anagrafe Assistiti della Regione Lazio per la verifica della residenza dei casi incidenti di tumore. Per gli anni 2021-2023 può essere sottostimato a causa della mancanza del flusso informativo della mortalità per causa (il livello di sottostima dipende dal tasso di letalità della patologia osservata).

[7] Amato L, Fusco D, Acampora A et al. Volume and health outcomes: evidence from systematic reviews and from evaluation of Italian hospital data. Epidemiol Prev. 2017 Sep-Dec;41(5-6 (Suppl 2)):1-128

Tabella 2- Intervento chirurgico per tumore maligno della prostata- Ricoveri per prostatectomie radicali per struttura. Lazio, anni 2023-24 (dati ordinati per numero di prostatectomie radicali).

STRUTTURA	COMUNE	ASL	Prostatectomia radicale N (n/N)	
			2023	2024
IRCCS Istituto Regina Elena – IFO	Roma	ASL RM 2	287	279
Policlinico A. Gemelli	Roma	ASL RM 1	186	235
A.O. S.Giovanni Addolorata	Roma	ASL RM 1	252	211
Policlinico Campus Biomedico	Roma	ASL RM 2	150	156
AOU Policlinico Tor Vergata	Roma	ASL RM 2	53	103
Ospedale S.Eugenio	Roma	ASL RM 2	88	92
Azienda Policlinico Umberto I	Roma	ASL RM 1	95	78
Ospedale S.Carlo Di Nancy	Roma	ASL RM 1	116	66
Ospedale Regina Apostolorum	Albano Laziale	ASL RM 6	50	62
Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	Latina	ASL LATINA	70	56
Aurelia Hospital	Roma	ASL RM 1	58	54
P. O. S. Filippo Neri	Roma	ASL RM 1	26	53
Ospedale Fatebenefatelli-Isola Tiberina - Gemelli Isola	Roma	ASL RM 1	21	52
Azienda Ospedaliera Sant'Andrea	Roma	ASL RM 1	65	51
Policlinico Casilino	Roma	ASL RM 2	61	44
Ospedale Cristo Re	Roma	ASL RM 1	18	39
Ospedale MG Vannini	Roma	ASL RM 2	61	35
Ospedale S.Camillo De Lellis	Rieti	ASL RIETI	36	32
Villa Betania	Roma	ASL RM 1	34	21
Ospedale. S.Maria Goretti	Latina	ASL LATINA	14	19
A.O. S.Camillo – Forlanini	Roma	ASL RM 3	23	18
Nuova Villa Claudia	Roma	ASL RM 1	16	17
Ospedale L.Parodi Delfino	Colleferro	ASL RM 5	6	11
Ospedale Santa Rosa (ex Belcolle)	Viterbo	ASL VITERBO	7	10
Altre strutture*			132	171
Lazio			**1925**	**1965**

** strutture che hanno effettuato meno di 10 prostatectomie radicali e completamente private*

Fonte: P.Re.Val.E. ed. 2024 e ed. 2025

Riammissione a 30 giorni dall'intervento per tumore maligno della prostata

Nella Regione Lazio, la proporzione di riammissioni a 30 giorni dall'intervento per tumore maligno della prostata aumenta lievemente dal 2021 (2,7%), per arrivare al 3,4% nel 2023. Nel 2024 si riscontra una lieve diminuzione (3%). Nell'ultimo anno di analisi si osserva una variabilità in base alla struttura di ricovero, con valori più alti per il policlinico Gemelli (8,5%) e l'ospedale Regina Apostolorum (6,3%) e valori più bassi per l'ospedale Umberto I, l'ospedale Vannini e ICOT (0%).

Nel 2024 si osserva un'eterogeneità per ASL di residenza, con valori più alti per la ASL RM 1 (4,4%) e più bassi per la ASL RM 5 (1,2%) e la ASL di Rieti (0%). (P.Re.Val.E. ed. 2025). Nella lettura dell'indicatore è necessario valutare l'eterogeneità tra le strutture riguardo alla durata di degenza post-operatoria. Riguardo a tale dato, nel 2024 si osserva una degenza media e mediana di 3,93 e 3 giorni a livello regionale, la struttura con la degenza più bassa è l'IFO IRCCS Regina Elena (2,3 degenza media e 2 degenza mediana) e la struttura con la degenza più alta è il Sant'Eugenio (6,5 e 5).

Volumi di biopsie prostatiche

Il volume di biopsie prostatiche è stato quantificato misurando l'attività effettuata in regime ambulatoriale (codici prestazione: 60.11_0 e 60.11.1 fonte SIAS) e in regime ospedaliero (codice di procedura ICD9CM: 60.11 fonte SIO) nel 2024. Complessivamente si osservano 6.083 biopsie prostatiche a carico del SSR. La tabella 3 mostra i volumi per struttura.

Tabella 3 Volumi di attività ospedaliera e ambulatoriale di "Biopsia transperineale [percutanea][agobiopsia] della prostata". Lazio, 2024 (Fonti: SIAS e SIO-dato non consolidato)

DENOMINAZIONE STRUTTURA		N BIOPSIE 2024		
		SIAS	SIO	TOTALE
ROMA 1	P.O. San Filippo Neri	221	2	223
	A.O. S. Giovanni Addolorata	404	4	408
	Azienda Ospedaliera Sant'Andrea	1	266	267
	Azienda Policlinico Umberto I - Presidio	250	4	254
	Osp. S. Pietro	141	11	152
	Osp Cristo Re	61	8	69
	Osp. Fatebenefratelli Isola Tiberina - Gemelli Isola	191	6	197
	Nuova Villa Claudia		83	83
	Policlinico A. Gemelli		569	569
	San Carlo Di Nancy		32	32
ROMA 2	Ospedale S. Eugenio	120	102	222
	Ospedale C.T.O. Andrea Alesini	82		82
	Pres. S. Caterina Della Rosa Ai Funari	13		13
	Ospedale Sandro Pertini	99	4	103
	Policlinico Campus Biomedico	6	822	828
	Ospedale MG Vannini	177	3	180
	AOU Policlinico Tor Vergata	25	143	168
	IRCCS Istituto Regina Elena - IFO	541	4	545
ROMA 3	S. Camillo	98	7	105
	Poliambulatorio Osp. G.B. Grassi	2	3	5
	Panoramica Villa Pia S.R.L.	48		48
ROMA 5	Ospedale Tivoli S. Giovanni Evangelista	3	25	28
	Ospedale Colleferro L. Parodi Delfino	1	119	120
ROMA 6	Frascati Ospedale	62	23	85
	Velletri Ospedale	93	1	94
	Ospedale Dei Castelli	67		67
	Ospedale Regina Apostolorum	346	23	369
VT	Ospedale Santa Rosa (ex Belcolle)	158	15	173
RI	Ospedale S.Camillo De Lellis	97	47	144
LT	Poliambulatorio Ospedale Latina	114	8	122
	G.I.O.M.I. Spa Icot Latina	184	3	187
FR	Ospedale S.S. Trinità - Sora	64	1	65
	Sant'Anna		5	5
	Santa Scolastica		54	54
ALTRE STRUTTURE (VOLUME DI ATTIVITA' <5)				17
TOTALE		3669	2397	6083

Di seguito sono presenti delle schede elaborate dal Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio nelle quali vengono mostrati dati di incidenza e sopravvivenza con confronti per area geografica e per età e dati derivati dal Programma regionale di valutazione degli esiti (PReValE).

Tumore della

Prostata

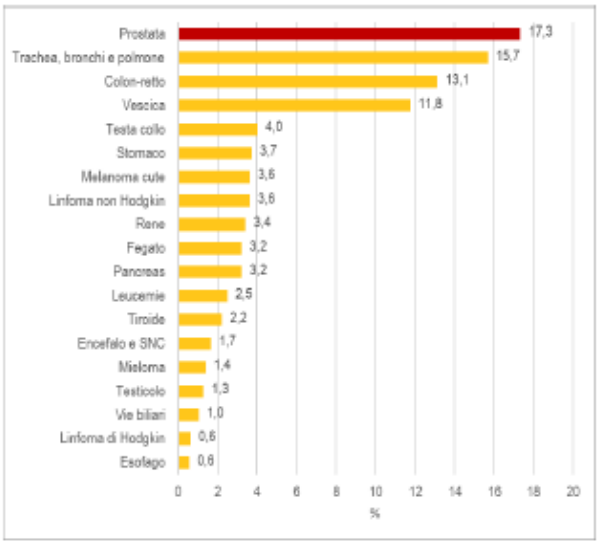
Registro Tumori Lazio

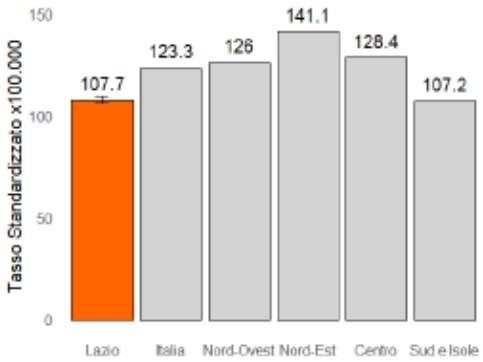
Anni 2013-2017

Incidenza

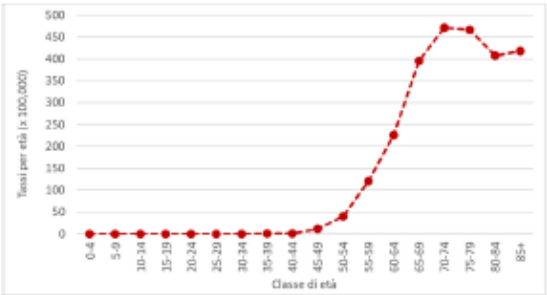
2013-2017

2,909	Numero nuovi casi diagnosticati/anno
17.3	% sul totale dei tumori maschili
1° tumore tra gli uomini	N° Rango
107.7	Tasso standardizzato (x 100,000)



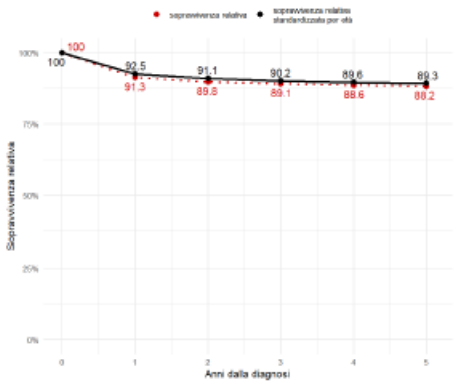


Confronto Incidenza del Lazio (RTL) per area geografica (Fonte AIRTUM)

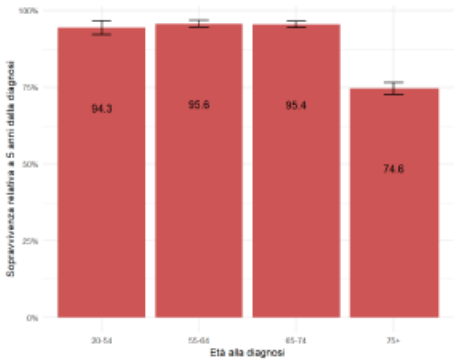


Tasso di incidenza per classe di età (x 100,000)

Sopravvivenza 2013-2017



Sopravvivenza relativa e standardizzata per età (%) calcolata fino a 5 anni dalla diagnosi



Sopravvivenza relativa (%) calcolata a 5 anni dalla diagnosi per età alla diagnosi

Mortalità 2006-2020

Prevalenza 01/01/2023

Prevalenza per anni dalla diagnosi	Maschi	
≤ 2	5766	22%
3-5	6543	25%
6-10	9179	35%
>10	5104	19%
Totale:	26592	100%

Prevalenza osservata per anni dalla diagnosi al 1/01/2023

Tumore Maligno (TM) della

Prostata

PREVALE

Regione Lazio 2015 - 2024

Indicatori di volume e di esito

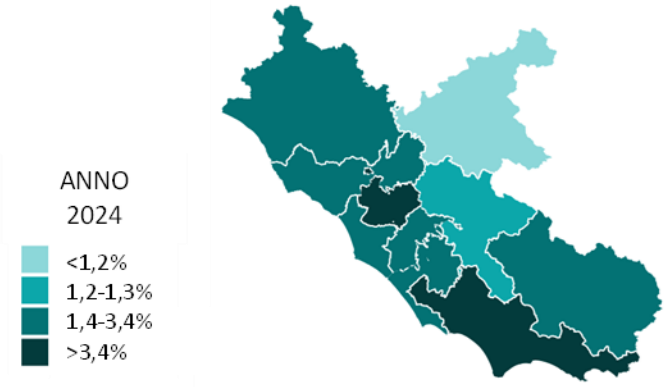
Per approfondimenti https://www.dep.lazio.it/prevale2025/

2562 — 2024 - Intervento chirurgico per TM prostata: volume totale di ricoveri

1965 — 2024 - Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri per prostatectomia radicale

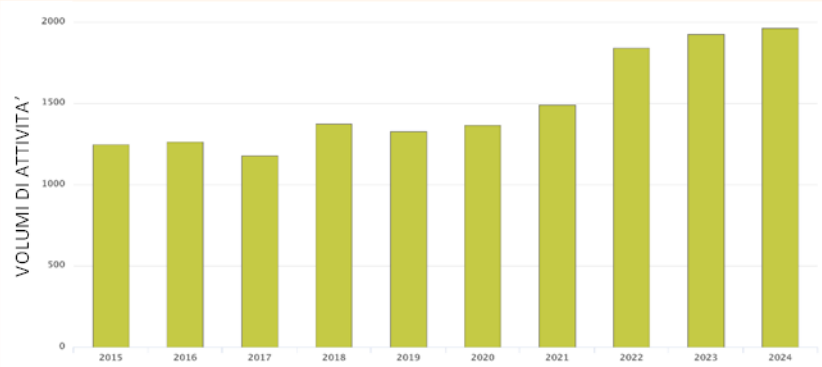
3% — 2024 - Intervento chirurgico per TM prostata: riammissioni a 30 giorni

Intervento chirurgico per TM prostata: riammissioni a 30 giorni



Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri per prostatectomia radicale

Nella Regione Lazio, nell'ultimo triennio si osserva un incremento del volume di prostatectomie radicali. I ricoveri sono passati da 1490 nel 2021 a 1841 nel 2022, superando i 1900 negli ultimi due anni (1925 nel 2023 e 1965 nel 2024).



Ricoveri dei residenti

1689

ANNO 2024

Asl di ricovero	Ricoveri	% Ricoveri
ASL RM 2	813	48,1
ASL RM 1	618	36,6
ASL LATINA	73	4,3
ASL RM 6	73	4,3
ASL RM 3	58	3,4

Strutture di ricovero	Ricoveri	% Ricoveri	Volume residenti Lazio
IRCCSpub REGINA ELENA	224	13,3	224
A.O. S.GIOVANNI ADDOLORATA	176	10,4	176
POL.U. A.GEMELLI	173	10,2	173
POL.U. CAMPUS BIOMEDICO	135	8	135
A.O.U.U. TOR VERGATA	97	5,7	97
OSP. S.EUGENIO	90	5,3	90
A.O.U.U. UMBERTO I	71	4,2	71
OSP.C. S.CARLO DI NANCY	62	3,7	62
OSP. REGINA APOSTOLORUM	61	3,6	61
C.C.A. I.C.O.T.	54	3,2	54

Nel 2024 sono 1689 i ricoveri dei residenti all'interno delle strutture della Regione, di cui il 48% è avvenuto nella ASL RM 2, il 37% nella ASL RM 1, il 4% nella ASL di Latina, il 4% nella ASL RM 6, il 3% nella ASL RM 3 e il restante 4% nelle altre ASL della Regione.

Indagine sulle attività delle strutture regionali per il tumore maligno della prostata

Al fine di acquisire informazioni relative ad alcuni importanti aspetti inerenti alla diagnosi e la terapia del tumore della prostata- non desumibili dai sistemi informativi correnti- e utili alla mappatura delle strutture di rete, è stato predisposto uno specifico questionario. La rilevazione, effettuata nel febbraio 2025, ha riguardato le strutture per quali si è evidenziata, dai sistemi informativi correnti, l'effettuazione di biopsia prostatica e/o intervento di prostatectomia radicale della prostata.

In appendice A è riportata una tabella con i dati riassuntivi del questionario

MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE DEL TUMORE DELLA PROSTATA

Il modello organizzativo per la gestione del tumore della prostata nella Regione Lazio è incentrato sullo sviluppo di una rete articolata per competenze esclusivamente diagnostiche e diagnostiche/terapeutiche.

- Centro Diagnosi: effettua la diagnosi e la stadiazione locale della malattia.
- Centro Trattamento: oltre ad assicurare la funzione di Centro Diagnosi, prende in carico il paziente con diagnosi di tumore della prostata e pianifica ed effettua il percorso terapeutico.

I nodi di rete dovranno operare secondo collegamenti strutturati per garantire al paziente una continuità di percorso.

CENTRO DIAGNOSI

Ha il compito di eseguire l'accertamento diagnostico e alla stadiazione locale di malattia. È una struttura accreditata per la branca specialistica di Urologia (cod. 43) che esegue non meno di 150 biopsie prostatiche/anno, e non meno di 250 risonanza magnetiche multiparametriche della prostata per anno con un limite di tolleranza del 10% per entrambe le prestazioni.

Nella struttura deve essere sempre disponibile:

- Ambulatorio urologia per visita iniziale
- Centro radiologico con disponibilità per risonanza magnetica multiparametrica della prostata
- Disponibilità presso urologia e/o radiologia per biopsia prostatica con tecnica mirata e di fusione d'immagine dalla RM multiparametrica.

Per l'individuazione delle strutture adibite alla diagnosi del tumore della prostata si è fatto riferimento ai dati mostrati sopra, relativi all'anno 2024 ed all'indagine sulle attività delle strutture regionali per il tumore maligno della prostata.

CENTRO DI RIFERIMENTO OSPEDALIERO PER IL TUMORE DELLA PROSTATA

Il Centro di Riferimento Ospedaliero è la struttura deputata alla presa in carico per la stadiazione sistemica e il trattamento di soggetti con diagnosi di tumore della prostata.

È collocato in una struttura ospedaliera pubblica o privata accreditata dotata di posti letto di Urologia ed accreditata per le branche specialistiche di Urologia, Oncologia, Radioterapia, Anatomia Patologica, Radiologia.

È in grado di effettuare:

- interventi di prostatectomia radicale con tecnica laparoscopica e/o robotica assistita con disponibilità per sala operatoria adeguate per attrezzatura, posti letto di degenza
- radioterapia con intento curativo del tumore della prostata con disponibilità per trattamenti ad intensità modulata della dose e con guida di immagini (IGRT);
- trattamenti medici erogati da centro prescrittore con disponibilità dei supporti necessari all'erogazione dei trattamenti sistemici quali chemioterapia, farmaci orali come ARPI (androgen receptor pathway inhibitors), PARP inibitori

- diagnosi Anatomo-Patologica (vedi appendice dedicata ai servizi offerti dall'anatomia patologica)
- diagnosi radiologica attraverso tutti gli esami necessari per la stadiazione delle forme localizzate e non.
- presa in carico multidisciplinare attraverso un gruppo multidisciplinare (MDT) dedicato e formalmente riconosciuto, composto da almeno le seguenti figure professionali (core team): oncologo medico, urologo, oncologo radioterapista, radiologo, anatomo-patologo e medico di medicina nucleare (quest'ultimo anche in collegamento formalizzato).

L'organizzazione del percorso diagnostico-terapeutico viene effettuato nell'ambito del gruppo multidisciplinare (MDT), al fine di formulare una corretta strategia di gestione dei singoli casi di malattia nei vari stadi, comprendendo la sorveglianza attiva e il follow up.
I professionisti devono partecipare agli incontri per la discussione dei casi. Gli incontri dovranno tenersi con cadenza settimanale o a seconda dei volumi di attività quindicinale, con obbligo di verbalizzazione e di firma delle decisioni adottate in merito al trattamento pianificato per ciascun caso, con identificazione del referente clinico deputato anche alla comunicazione con il paziente.
Deve essere prevista, all'interno del MDT, la figura di un *case manager* dedicato, di ausilio per la presa in carico del paziente e la programmazione del percorso diagnostico-terapeutico del paziente.
Devono essere disponibili opportuni canali di comunicazione (riferimento telefonico e/o email) per contatto da parte dei pazienti in caso di necessità.
Devono inoltre essere disponibili, anche in collegamento, ulteriori figure professionali, eventualmente coinvolte nella discussione del gruppo multidisciplinare (non core team), come: biologo molecolare, genetista, palliativista, psicologo, professionista della riabilitazione, nutrizionista.
Altre figure professionali importanti da considerare per la gestione multidisciplinare delle tossicità legate alla terapia medica sono: endocrinologo, cardiologo, dermatologo, terapista del dolore, odontoiatra. Se non presenti in struttura, il paziente deve essere indirizzato al percorso specifico attraverso strutture/servizi in rete anche per il tramite del PACO -vedi anche il documento "Collegamenti fra i nodi della Rete Oncologica della regione Lazio (ROL) e Operatività Punto Oncologico di Accesso e di Continuità di Cura (PACO)".
Nella presa in carico si sottolinea l'importanza della gestione delle problematiche post-trattamento che possono incidere notevolmente sulla qualità di vita della persona.
Sulla base delle evidenze a supporto della correlazione tra volumi adeguati di attività ed esiti migliori[8], il Centro deve essere in grado di eseguire almeno 50 interventi di prostatectomia radicale, almeno 50 trattamenti radioterapici con intento curativo, e almeno 80 trattamenti oncologici sistemici all'anno, con una tolleranza del 10% per tutte le tipologie di trattamento. Inoltre, almeno il 50% dei pazienti a basso rischio deve essere sottoposto a sorveglianza attiva. Tali volumi saranno monitorati in un triennio per consentire alle strutture della rete di raggiungere il target minimo. Deve inoltre essere disponibile un programma di sorveglianza attiva per il paziente con carcinoma prostatico a basso rischio.
Al fine di garantire a tutti i pazienti una corretta valutazione multidisciplinare, nei Centri in cui esiste una sproporzione fra interventi chirurgici e radioterapie con intento curativo si raccomanda che il rapporto trattamenti attivi di chirurgia radicale/radioterapia o viceversa non sia superiore a 2:1.
In considerazione della cospicua lista di attesa per gli interventi chirurgici di prostatectomia radicale al momento si ritiene utile mantenere l'attività dei centri chirurgici di strutture private accreditate presenti sul territorio regionale sotto la seguente condizione che ogni paziente sia preso in carico dall'MDT di CRO con il quale il centro chirurgico opera in collegamento formalizzato e che la scelta terapeutica debba essere

[8] *Laura Amato, Danilo Fusco, Anna Acampora, et al. Volumi di attività ed esiti delle cure: prove scientifiche in letteratura ed evidenze empiriche in Italia. E&P 2017, 41 (5-6) settembre-dicembre Suppl. 2*

verbalizzata dal MDT stesso e inserita in cartella clinica. Il paziente proseguirà il percorso presso il CRO in collegamento.

La tabella 4 identifica i potenziali nodi della rete con alcuni obiettivi oggetto di monitoraggio nel triennio successivo alla pubblicazione del presente atto.

Le Direzioni Sanitarie delle strutture appartenenti alla Rete dovranno comunicare formalmente la propria conformità ai requisiti previsti dal presente Piano, nel rispetto della normativa vigente in tema di autorizzazione e accreditamento.

Tabella 4. Centri diagnostici e di trattamento rete tumore maligno della prostata. Regione Lazio

	Centri Diagnosi	Centro di Riferimento Ospedaliero Prostata	Elementi di monitoraggio
ASL Roma 1	P.O. San Filippo Neri / P.O. Santo Spirito	P.O. San Filippo Neri / P.O. Santo Spirito	Monitoraggio volumi RM multiparametrica
	A.O. San Giovanni	A.O. San Giovanni	
	A.O.U. Sant'Andrea	A.O.U. Sant'Andrea	
	A.U. Policlinico Umberto I	A.U. Policlinico Umberto I	
	Ospedale S. Pietro -Fatebenefratelli		
	Policlinico A. Gemelli	Policlinico A. Gemelli	
	Fatebenefratelli - Gemelli Isola	Fatebenefratelli - Gemelli Isola	Monitoraggio volumi RM multiparametrica
ASL Roma 2	Ospedale S.Eugenio / Ospedale Pertini	Ospedale S. Eugenio / Ospedale Pertini	Costituzione di MDT interaziendale per la Radioterapia con intento curativo
	IRCCS IFO - Regina Elena	IRCCS IFO - Regina Elena	
	A.O.U. Policlinico Tor Vergata	A.O.U. Policlinico Tor Vergata	
	Policlinico Campus Biomedico	Policlinico Campus Biomedico	
ASL Roma 3	A.O. San Camillo Forlanini	A.O. San Camillo Forlanini	Autorizzazione vincolata all'attivazione Biopsia Fusion
			Monitoraggio volumi di prostatectomia radicale
ASL Roma 4	Il coordinamento della rete oncologica aziendale identificherà i nodi della rete con cui collegarsi		
ASL Roma 5	Ospedale San Giovanni Evangelista di Tivoli	Il coordinamento della rete oncologica aziendale ha identificato il Policlinico Umberto I come CRO di riferimento	Nel corso del monitoraggio triennale, anche in considerazione della parziale chiusura dell'ospedale di Tivoli a seguito dell'incendio, verranno verificati i volumi per il raggiungimento dei requisiti previsti.
ASL Roma 6	Il coordinamento della rete oncologica aziendale identificherà i nodi della rete		
ASL VT	Ospedale Santa Rosa - Viterbo	Ospedale Santa Rosa – Viterbo	Il coordinamento Oncologico Aziendale identificherà un CRO Prostata con cui collegarsi per l'attività di chirurgia con attivazione di MDT interaziendale
ASL RI	Ospedale San Camillo De Lellis - Rieti	Ospedale San Camillo De Lellis – Rieti	Autorizzazione vincolata all'attivazione Biopsia Fusion
			Monitoraggio triennale vol. di prostatectomia radicale e trattamenti oncologici
ASL LT	Ospedale Santa Maria Goretti -Latina	Ospedale Santa Maria Goretti -Latina	MDT interaziendale tra l'Ospedale di Latina e ICOT per garantire nel territorio l'offerta di centri di diagnosi e trattamento
	ICOT	ICOT	
ASL FR	Ospedale Santissima Trinità -Sora	Ospedale Santissima Trinità -Sora	Monitoraggio volumi Biopsia Fusion e RM Multiparametrica
			MDT intraziendale con Policlinico Tor Vergata per l'offerta dei trattamenti chirurgici

Riguardo alle Case di Cura accreditate Aurelia Hospital, San Carlo di Nancy, Nuova Villa Claudia, Ospedale M.G. Vannini Figlie di San Camillo, Policlinico Casilino e Regina Apostolorum che svolgono attività diagnostica e/o chirurgica, si rimanda agli accordi che i Coordinamenti aziendali della ASL Roma 1, Roma 2 e Roma 6 hanno attivato o attiveranno.

INDICAZIONI PER L'IMPLEMENTAZIONE E IL MONITORAGGIO DELLA RETE

A livello regionale, il Coordinamento della Rete Oncologica effettua il monitoraggio dell'implementazione della rete- anche attraverso processi di "audit e feedback" e "site visit"- come previsto dalle "Linee di indirizzo organizzative per la Rete oncologica regionale ai sensi dell'Accordo Stato Regioni n. 59/CRS del 17 aprile 2019" (det. G01829/2023), con il contributo dei facilitatori del gruppo di lavoro che ha elaborato il presente documento, di referenti dei coordinamenti territoriali di ASL (ivi inclusi i MMG/PLS), di un referente delle Associazioni, del coordinatore delle attività previste dalla COREFA per la somministrazione della terapia con radioligandi e dei Referenti dei Centri facenti parte della Rete.

L'organizzazione e il monitoraggio dei percorsi a livello locale avvengono attraverso il Coordinamento territoriale delle ASL e i Coordinamenti delle strutture sede di Centro di Riferimento Ospedaliero (CRO) per il tumore della prostata, operanti in collegamento fra loro. Ciascuna ASL e CRO individua il Referente del Piano per il tumore della prostata-per l'attuazione di quanto previsto nel presente documento.

Il Coordinamento locale svolge le funzioni dettagliate nella Det. G01829/2023 e, in particolare, provvede alla:

- Definizione fabbisogno;
- stesura della rete assistenziale aziendale, in linea con il presente documento di indirizzo, comprendendo tutte le strutture di rete- incluse le extraaziendali;
- implementazione della rete, con strutturazione dei collegamenti ed organizzazione del percorso, anche attraverso la definizione delle agende ambulatoriali.
- monitoraggio della rete, anche attraverso gli indicatori definiti nel presente documento di indirizzo. A tale scopo le Aziende dovranno definire/implementare opportuni strumenti per il calcolo degli indicatori.

Predisposizione delle agende per la prenotazione degli accertamenti

In linea con la normativa nazionale e regionale, è necessario garantire un accesso equo e appropriato ai percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) attraverso agende dedicate. La gestione di tali agende può essere effettuata direttamente dallo specialista di riferimento o dalla struttura appositamente dedicata della ASL di appartenenza.[9] Per l'implementazione locale, i Coordinamenti Oncologici Aziendali si avvarranno di quanto descritto nel presente documento, che mira a rispettare le tempistiche e gli standard di qualità.
Il capitolo riguardante le *LINEE DI INDIRIZZO PER LA DEFINIZIONE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE*, più avanti, descrive le attività e prestazioni per le quali devono essere programmate tali agende.
La Regione individuerà, nell'ambito del presente percorso, prestazioni- cosiddette "traccianti"- con la finalità di avviare il paziente alla rete e di rendere possibile il monitoraggio del percorso. Alla prestazione tracciante corrisponderà una specifica agenda che sarà disponibile solo nelle strutture identificate nel presente documento. Successivamente, una volta che il paziente è preso in carico dalla rete, questo proseguirà il percorso attraverso la prenotazione delle prestazioni nelle agende di continuità che saranno visibili al ReCUP ma prenotabili dalle strutture stesse.

Telemedicina

Oggi gli strumenti di telemedicina a disposizione a livello regionale rappresentano una grande opportunità per collegare funzionalmente i professionisti sanitari dei Centri Diagnosi, Centri di Trattamento, PACO e COT.
I servizi di TM a disposizione per i professionisti sono il teleconsulto e la teleconsulenza medico-sanitaria, da effettuare secondo le linee di indirizzo operative regionali, ed utilizzando i sistemi a disposizione a livello

[9] DECRETO-LEGGE 7 giugno 2024, n. 73 Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie.

aziendale, oppure ADVICE e SINFONIA regionali secondo i casi d'uso.
Oltre a ciò, è possibile utilizzare un ulteriore servizio di TM, la televisita, per il controllo di pazienti affetti da patologie croniche o che richiedano una rivalutazione di un quadro clinico già noto.
La televisita, effettuata mediante gli applicativi a disposizione a livello aziendale oppure tramite la IRT, sarà prescritta mediante lo specifico codice CUR dallo specialista che erogherà la prestazione, e prenotata in agende di televisita di *follow up* aziendali.

La tabella seguente mostra gli indicatori di monitoraggio della rete.

INDICATORI

INDICATORE	SETTING	NUMERATORE	DENOMINATORE	SOGLIA	SIGNIFICATO	RIFERIMENTI	Monitoraggio
Tempo intercorso tra la prescrizione e la visita urologica per sospetto diagnostico	Diagnosi	Non pertinente	Non pertinente	10 gg	Efficienza gestionale-organizzativa		Regionale/Locale
Tempo intercorso tra la data della biopsia e la consegna del referto istologico	Diagnosi	Non pertinente	Non pertinente	< 20 giorni	Efficienza gestionale-organizzativa	PDTA Rete Onc Veneta, 2016	Locale
Presenza delle informazioni obbligatorie nel referto istologico della biopsia alla diagnosi	Diagnosi	Numero di nuovi pazienti con biopsia alla diagnosi con referti istologici completi trattati o osservati (osservazione= sorv. attiva e vigile attesa) dal gruppo multidisciplinare (MDT) o PCU all' anno	Numero totale di nuovi pazienti con biopsia alla diagnosi, trattati o osservati (vedi note) dal gruppo multidisciplinare (MDT) o dalla PCU	>90%	Completezza delle informazioni istologiche essenziali alla diagnosi e conseguente appropriatezza clinica delle proposte terapeutiche e osservazionali	1. linee guida AIOM del Carcinoma della Prostata edizione 2017 2.The Scottish Government, Prostate Cancer Clinical Quality Performance Indicators, Engagement Document, NHS, may 2016	Locale
Classi di rischio: informazioni obbligatorie	Diagnosi	Numero di nuovi pazienti con malattia non metastatica categorizzati in classi di rischio, trattati o osservati dal Gruppo Multidisciplinare (MDT) o PCU all'anno	Numero di nuovi pazienti con malattia non metastatica, trattati o osservati dal MDT o PCU all'anno	> 90%	Appropriatezza delle informazioni cliniche alla diagnosi e conseguente appropriatezza clinica delle proposte terapeutiche e osservazionali	1. Classificazione D'Amico 2.Linee Guida European Association Urology 2016 3.The Scottish Government, Prostate Cancer Clinical Quality Performance Indicators, Engagement Document, NHS, may 2016	Locale
% pazienti con TM prostatico a basso rischio sottoposti a sorveglianza attiva	Terapia	Numero di pazienti a basso rischio sottoposti a sorveglianza attiva	Numero totale di pazienti a basso rischio	50%	La sorveglianza attiva è un'opzione valida per alcuni pazienti con tumore alla prostata, i quali non incorrono in effetti collaterali indesiderati come l'incontinenza e la disfunzione erettile e hanno una migliore qualità di vita.		Locale
Volumi di attività ospedaliera e ambulatoriale di "Biopsia transperineale [percutanea][agobiopsia] della prostata	Diagnosi	Numero di Biopsie transperineale [percutanea][agobiopsia] della prostata effettuate dalla struttura di diagnosi l'anno	Non pertinente	>=150	Volumi adeguati sono necessari per garantire una diagnosi accurata		Regionale

Appropriatezza PET-PSMA per stadiazione pre-trattamento	Diagnosi	N. di pazienti a rischio basso/molto basso sottoposti a PET-PSMA in stadiazione pre-trattamento	N. totale di pazienti a rischio basso/molto basso	0%	Le principali linee guida raccomandano l'imaging sistemico avanzato (come PET-PSMA) solo per le categorie a rischio intermedio non favorevole, alto o molto alto.	LG AIOM	Locale
Volume di prostatectomia radicale per tumore maligno della prostata	Trattamento chirurgico	Volume di ricoveri con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della prostata (185, 198.82) ed intervento principale o secondario di resezione radicale della prostata (60.5) per struttura per anno	Non pertinente	>50 (+/- 10%)	è stata documentata l'esistenza di un'associazione tra volume di attività ed esito delle cure.	Protocollo PReValE	Regionale
Proporzione di riammissioni ospedaliere a trenta giorni dall'intervento per tumore maligno della prostata	Trattamento chirurgico	Numero di ricoveri con intervento di asportazione di tumore maligno della prostata, con riammissione entro trenta giorni dalla data di dimissione.	Numero di ricoveri con intervento di asportazione di tumore maligno della prostata.	Confronto con il valore regionale e nazionale (fonte PNE)	L'indicatore misura un evento avvenuto entro breve termine dall'intervento chirurgico che può dipendere dall'insorgenza di complicanze o dal peggioramento del quadro clinico. Si ritiene che gli esiti dell'indicatore siano attribuibili, almeno in parte, al setting clinico nel quale è avvenuto l'intervento e alle caratteristiche del chirurgo (età, esperienza, specializzazione). Pertanto, l'indicatore consente di valutare la qualità della cura intraospedaliera relativa al trattamento chirurgico del tumore maligno della prostata. Il valore dell'indicatore può variare tra aree territoriali e strutture; questo fenomeno, oltre che dalla diversa qualità delle cure, può essere causato dalla eterogenea distribuzione, dovuta al case mix, di diversi fattori di rischio come ad esempio età, genere, condizioni di salute del paziente.	Protocollo PReValE	Regionale
Durata della degenza post-operatoria	Trattamento chirurgico	Numero di giorni di degenza post intervento chirurgico	-	3 gg	L'indicatore, letto insieme al precedente fornisce un quadro di insieme di valutare la qualità della cura intraospedaliera relativa al trattamento chirurgico del tumore maligno della prostata.	Proposta gruppo regionale	Regionale

Tempo intercorso tra l'intervento chirurgico di prostatectomia radicale e referto istologico definitivo	Trattamento chirurgico	Giorni intercorsi tra l'intervento chirurgico e il referto istologico definitivo		30 gg	Efficienza organizzativa	Proposta gruppo regionale	Regionale/Locale
Tempo intercorso dalla data di prenotazione dell'intervento chirurgico alla chirurgia	Trattamento chirurgico	Giorni tra la data di prenotazione dell'intervento chirurgico alla chirurgia		30 gg ad eccezione dei pazienti a basso rischio e rischio intermedio basso per i quali l'intervento può essere effettuato entro i 60 gg.	Efficienza organizzativa e tempestività	Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa e criteri di priorità adottati dalla Regione Toscana nel DGRT n.476/2018 (nota regione lazio n. 0709950 del 30-05-2024 – "Indicazioni Operative relative al percorso chirurgico e liste di attesa per intervento chirurgico – II")	Regionale/Locale
Tempo intercorso dalla decisione del gruppo multidisciplinare alla radioterapia	Radioterapia	Tempo intercorso dalla decisione del gruppo multidisciplinare alla radioterapia		30 gg Sono esclusi i pz che effettuano il trattamento chirurgico e pazienti a basso rischio e rischio intermedio basso per i quali la radioterapia può essere effettuata entro i 60 gg.	Efficienza organizzativa e tempestività	Proposta gruppo regionale	Locale
Tempo intercorso dalla decisione del gruppo multidisciplinare alla terapia medica	Terapia medica	Tempo intercorso dalla decisione del gruppo multidisciplinare al trattamento sistemico Oncologico		15 gg			

FORMAZIONE/INFORMAZIONE

La formazione/informazione riveste un ruolo fondamentale nella realizzazione di quanto previsto principalmente sotto i seguenti aspetti:

- Formazione del personale coinvolto nella rete, con particolare riferimento all'architettura generale della rete e all'implementazione capillare dei percorsi;
- Appropriatezza di accesso alla rete e di percorso – ad esempio, definizione dei segni e sintomi per il sospetto diagnostico;
- Realizzazione e/o aggiornamento di strumenti di comunicazione regionale e aziendali, per operatori e per pazienti, con la rappresentazione del percorso e delle strutture coinvolte, da aggiornare periodicamente.

COINVOLGIMENTO E PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI E ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO

Le Associazioni di volontariato in oncologia rappresentano un interlocutore privilegiato già dalle fasi progettuali e organizzative degli interventi; il loro coinvolgimento, infatti, contribuisce a migliorare la qualità dei servizi sanitari. La partecipazione delle associazioni alla *governance* sanitaria può esprimersi attraverso l'attivismo civico volto a tutelare i diritti dei cittadini e promuoverne *l'empowerment* o un diretto coinvolgimento istituzionale.

Il coinvolgimento delle associazioni di pazienti nei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) in oncologia è regolamentato da diverse atti normativi, in primis, i seguenti atti approvati in sede di Conferenza Stato-Regioni: nel 2019 con le Linee guida per la Rete oncologica che definiscono il ruolo delle associazioni di volontariato e di pazienti nelle Reti oncologiche; nel 2023 con i Requisiti essenziali per la valutazione delle performance delle Reti oncologiche ove è previsto che tra i criteri per valutare le performance delle Reti oncologiche debba essere incluso quello relativo al coinvolgimento delle associazioni di pazienti; sempre nel 2023 con Il ruolo delle Associazioni di volontariato, di malati e di attivismo civico nelle Reti oncologiche ove è definito il contributo delle associazioni di pazienti nei processi decisionali e nella gestione delle Reti oncologiche. Un riferimento importante, poi, è la previsione normativa contenuta nella legge di bilancio per il 2025 (legge 30 dicembre 2024, n. 207, art.1 commi da 293 a 297), che introduce criteri per la partecipazione delle organizzazioni di pazienti ai processi decisionali in materia di salute.

Le associazioni sono le prime ad intercettare i bisogni inespressi dei malati e favorire iniziative per rispondervi; viene riconosciuto, inoltre, un importante contributo nell'ambito della relazione di aiuto e supporto alle diverse aree di intervento presenti nella rete oncologica così come alle campagne di comunicazione, dalla prevenzione alla rimozione degli ostacoli alla cura in tutte le fasi.

Nello specifico vengono riconosciute alle organizzazioni di volontariato un ruolo rilevante nelle attività di informazione, formazione, assistenza, supporto, valutazione della qualità delle strutture e dei percorsi, *advocacy* e azioni di *lobbing*.

Sui siti dei centri di cura dovrà essere data indicazione delle associazioni pazienti e di volontariato oncologico che vi prestano servizio con la pubblicazione dei riferimenti per entrare in contatto con dette associazioni.

LINEE DI INDIRIZZO PER LA DEFINIZIONE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE

DIAGNOSI

Attività	Fase "diagnosi"
Criteri di accesso	Persona con sospetta neoplasia prostatica
Chi fa	urologo
Come	Prescrizione da parte dell'MMG/specialista di prima visita urologica con priorità breve (10 giorni), e nel campo «quesito diagnostico» il codice ICD9-CM "185"
Dove	Centro di diagnosi
In quanto tempo	10 giorni
Criteri di uscita	Se sospetto confermato, effettuazione di risonanza magnetica multiparametrica della prostata e successivamente biopsia prostatica mirata sulle indicazioni della risonanza con tecnica di fusione d'immagine.
Raccomandazioni/documenti di riferimento	Il paziente non deve prenotare in autonomia gli esami sopradescritti, ma devono essere prenotati direttamente dal centro. Importanza della aderenza degli standard di qualità relativi alle biopsie prostatiche e della standardizzazione del referto. Consultare l'appendice 1 relativa alle "RACCOMANDAZIONI BIOPSIA PROSTATICA" Successivamente all'emanazione del presente documento verrà definita la prestazione "tracciante" di ingresso al percorso (*vedi anche paragrafo "Predisposizione delle agende per la prenotazione degli accertamenti")*

In caso di sospetta neoplasia prostatica, il paziente ha accesso ad una visita urologica prenotata tramite ReCUP con priorità "breve" (10 giorni). La visita consiste in una raccolta anamnestica dei dati clinici generali del paziente, di quelli urologici, da una esplorazione rettale (ER) ed una presa visione degli esami effettuati. Sulla base dei risultati del PSA e della ER, l'urologo può porre indicazione ad eseguire una risonanza magnetica multiparametrica della prostata e successivamente biopsia prostatica mirata sulle indicazioni della risonanza con tecnica di fusione d'immagine. Se il risultato della biopsia depone per la presenza di una neoplasia prostatica, sulla base delle categorie di rischio, si procede ad una stadiazione clinica. Durante tale fase è opportuna una valutazione psico-oncologica in relazione alle problematiche (sociali, sessuali, di relazione) che tale tipo di patologia comporta.

Esami Diagnostici

La combinazione di PSA ed Esplorazione Rettale (ER) rappresenta il gold standard per determinare inizialmente la probabilità di una neoplasia della prostata.[10]

Sulla base di questi parametri tutti i pazienti con indici di rischio dovranno essere sottoposti a risonanza magnetica multiparametrica della prostata e determinazione del PIRADS score come indice di rischio per neoplasia prostatica. La diagnosi finale di neoplasia prostatica si esegue tramite biopsia ecoguidata mirata sulle aree indicate dalla RM associata o non a prelievi random. La tecnica di fusione d'immagine è considerata come la più favorevole per eseguire la biopsia mirata. L'aspettativa di vita e presenza di comorbidità devono essere valutate prima di porre indicazioni alla biopsia. Per approfondimenti in merito agli standard di qualità della biopsia si veda in appendice.

[10] Sulla base delle indicazioni fornite dalla consensus conference dell'Osservatorio Nazionale Screening e dalle linee guida AIOM 2024, lo screening di popolazione con PSA non è raccomandato, per il rapporto sfavorevole fra benefici ed effetti negativi in termini di sovradiagnosi e sovratrattamento.
Si raccomanda di evitare di effettuare il dosaggio del PSA negli individui con una attesa di vita inferiore a 10 anni e negli uomini sotto i 50 anni (senza fattori di rischio su base familiare, obesità) in quanto eventuali benefici sono marginali.

STADIAZIONE CLINICA

Attività	Fase "stadiazione clinica"
Criteri di accesso	Paziente con neoplasia prostatica
Chi fa	radiologo- medico nucleare
Come	Sulla base delle categorie di rischio seguenti esami: • RMN prostata • Scintigrafia ossea • TCTB con mdc • PET/TC con PSMA (in casi selezionati)
Dove	Centro di diagnosi e CRO
In quanto tempo	30-45 gg
Criteri di uscita	Paziente con stadiazione effettuata. Discussione multidisciplinare in presenza o mediante teleconsulto del caso per indicazione terapeutica
Raccomandazioni/documenti di riferimento	Se la stadiazione è stata effettuata in un centro diagnostico che non è anche CRO, il paziente sarà inviato, attraverso prenotazione di visita specialistica su apposita agenda ReCUP dedicata a quest'ultimo sulla base della scelta del paziente stesso e delle collaborazioni in essere tra i diversi nodi della rete. Per approfondimenti vedi anche le "RACCOMANDAZIONI ALL'USO APPROPRIATO DELLA PET-PSMA NEL TUMORE DELLA PROSTATA" in appendice 2

Classi di rischio e definizione di malattia localizzata e localmente avanzata

La valutazione del GLEASON SCORE (GS) sia sulla biopsia che sul pezzo operatorio, è determinante per la definizione della classe di rischio del paziente e per la decisione terapeutica, e dovrebbe essere eseguita da un patologo esperto di neoplasie prostatiche. Inoltre, è opportuno indicare il "Grade Group" che prevede la suddivisione in 5 gruppi approvata alla Consensus Conference 2014 dell'ISUP (Epstein JI. et al. Am J Surg Pathol.2015) e accettata dalla WHO per l'edizione 2016 della classificazione dei tumori della prostata.

Grade Group 1 (GS 3+3=6);
Grade Group 2 (GS 3+4=7);
Grade Group 3 (GS 4+3=7);
Grade Group 4 (GS 8);
Grade Group 5 (GS 9-10).

La semplice integrazione dei parametri clinici, laboratoristici e di imaging permette di inquadrare ciascun paziente in una delle seguenti classi di rischio:

Bassa	Intermedia	Alta	
PSA < 10 ng/mL e GS < 7 e cT1-2a	PSA 10-20 ng/mL o GS 7 o cT2b	PSA > 20 ng/mL o GS > 7 o cT2c	Qualsiasi PSA Qualsiasi GS cT3-4 o cN+
Malattia localizzata			**Malattia localmente avanzata**

INDICAZIONE TERAPEUTICA

Attività	Fase "indicazione terapeutica e realizzazione percorso terapeutico"
Criteri di accesso	Paziente con neoplasia prostatica e stadiazione
Chi fa	Gruppo multidisciplinare
Come	Riunione multidisciplinare in presenza o mediante teleconsulto e successiva visita specialistica al paziente per la comunicazione della decisione terapeutica e avvio della terapia che potrà essere di tipo chirurgico, radioterapico o sistemico o sorveglianza attiva.
Dove	CRO e/o centro di diagnosi (solo esami di sorveglianza attiva)
In quanto tempo (dalla discussione multidisciplinare[11])	Intervento chirurgico: 30 gg. In caso di tumori basso rischio e rischio intermedio basso è previsto la classe di priorità B (entro 60 gg) Radioterapia: 30 gg. In caso di tumori basso rischio e rischio intermedio basso entro 60 gg Trattamento sistemico Oncologico: 15 gg
Criteri di uscita	Paziente che ha terminato la fase terapeutica, in avvio al follow up
Raccomandazioni/documenti di riferimento	Per aspetti relativi all'anatomia patologica, fattori molecolari predittivi, staging patologico e raccomandazioni relative alla valutazione del campione metastatico si faccia riferimento all'appendice 3a, 3b e 3c. Dopo terapia chirurgica o radioterapica il paziente necessiterà di accesso a percorsi riabilitativi funzionali perineali e sessuali per valutare e correggere eventuali complicanze quali incontinenza urinaria e disfunzione sessuale e successive visite di follow up oncologiche e funzionali. Con Determinazione regionale n. G05042 del 04/05/2021 è stata istituita la "Rete regionale dei Centri per la prevenzione, diagnosi e cura dell'incontinenza urinaria e fecale", che prevede i seguenti nodi di rete: • Livello di Assistenza Primaria (Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta); • Centri di Livello I – Diagnostico – Riabilitativo; • Centri di Livello II – Specialistico (Urologico, Ginecologico, Coloproctologico); • Centri di Livello III – Alta Complessità di Cure.

Completato l'iter diagnostico, viene eseguito un consulto multidisciplinare dove vengono discusse tutte le opzioni terapeutiche: sorveglianza attiva, terapia focale, terapia chirurgica, radioterapia, terapia medica. Per elementi relativi alla Radioterapia consultare l'Appendice 4.

Verrà quindi approvata attraverso un verbale individuale redatto e firmato da almeno il core team del gruppo multidisciplinare e comunicata l'indicazione terapeutica per il paziente, esponendo chiaramente i possibili vantaggi e possibili effetti collaterali e complicanze a breve e lungo termine.

In caso di indicazione a sorveglianza attiva, il paziente verrà seguito dal CRO e/o centro di diagnosi, prescrivendo gli esami da eseguire (PSA totale, risonanza magnetica multiparametrica della prostata, biopsie mirate e random di conferma) e la loro cadenza. In caso di progressione alla risonanza (dimensioni e numero dei focus) o

[11] Le *Indicazioni Operative relative al percorso chirurgico e alle liste di attesa per intervento chirurgico* emanate dalla Regione a ottobre 2023 stabiliscono che l'inserimento in lista di attesa avviene solo al momento in cui le condizioni del paziente siano state valutate compatibili con l'esecuzione dell'intervento chirurgico.

alla biopsia (numero, lateralità, grading) il caso verrà discusso e proposta l'eventuale uscita dal programma di sorveglianza per intraprendere un trattamento attivo ad intento curativo (radioterapia o chirurgia), presso il CRO.
In caso di indicazione a trattamento primario chirurgico il paziente verrà sottoposto a prostatectomia radicale.
In caso di indicazione a trattamento primario radioterapico, il paziente verrà sottoposto a radioterapia con tecnica IMRT/IGRT, in base alle caratteristiche e stadiazione clinica con un volume di trattamento includente la prostata +/- la pelvi, non associata a ciclo di deprivazione sistemica (ADT) (basso rischio), 6 mesi di ADT (rischio intermedio), 24-36 mesi di ADT (alto rischio). Per approfondimenti si faccia riferimento all'appendice.
In caso di indicazione a trattamento primario sistemico per i pazienti con malattia metastatica, la presa in carico presso l'Oncologia deve essere garantita in 15 giorni per consentire l'accesso al trattamento farmacologico, al controllo dei sintomi o alla valutazione per avvio a cure palliative. I percorsi di attivazione dei servizi territoriali sono descritti nella Deliberazione Giunta n. 621/2025.[12]. L'accesso ai servizi di cure palliative è subordinato alla valutazione clinico-assistenziale dell'assistito mediante strumenti validati e condivisi a livello aziendale e regionale, di cui alla Determinazione n. G14720/2025.

Nei casi con indicazione a chemioterapia, l'impianto di un accesso venoso deve essere garantito in 10 giorni. Tramite la Rete, l'oncologo deve poter far accedere i pazienti ad eventuali Trials Clinici attivi e idonei. Dopo terapia chirurgica o radioterapica, se indicato, il paziente potrà giovarsi di accesso a percorsi riabilitativi funzionali perineali e sessuali per valutare e correggere eventuali complicanze quali incontinenza urinaria e disfunzione sessuale e successive visite di follow up oncologiche e funzionali.

La Commissione Regionale del Farmaco (Co.Re.Fa.) della Regione Lazio ha elaborato una linea di indirizzo per la gestione delle terapie con radioligandi nel trattamento del carcinoma prostatico metastatico resistente alla castrazione (mCRPC) conseguente al parere positivo da parte di AIFA alla rimborsabilità di tale terapia. Nel documento regionale è stata effettuata una stima del numero di pazienti elegibili al trattamento, sono stati identificati i centri presso i quali indirizzare i pazienti; è stato elaborato il modello organizzativo multidisciplinare di tale attività con la realizzazione e gestione da parte dell'IRCCS IFO di una piattaforma informatica volta a segnalare i pazienti, effettuare una valutazione dell'eleggibilità dei casi e prenotare i trattamenti.

[12] Vedere anche la Determinazione G14930/2025 "Approvazione del documento tecnico "Le Cure Palliative in Ospedale: Inquadramento Strategico e Modelli di Integrazione nella Regione Lazio"

FOLLOW UP

Attività	Fase "follow up"
Criteri di accesso	Paziente che ha eseguito il trattamento primario (chirurgia, radioterapia, sorveglianza attiva, terapia medica)
Chi fa	Specialista che ha trattato il paziente (Urologo, radioterapista, oncologo).
Come	Sulla base del trattamento eseguito si deciderà intervalli ed esami richiesti durante il follow-up
Dove	Ambulatorio del CRO
In quanto tempo	Il follow-up si prolungherà fino a 10 anni dal trattamento primario ed in base ad aspettativa di vita del paziente
Criteri di uscita	In presenza di progressione di malattia il caso verrà discusso ulteriormente presso il gruppo multidisciplinare per il trattamento e la gestione necessaria.
Raccomandazioni/documenti di riferimento	Durante il follow-up il paziente necessita di appuntamenti periodici per le visite di controllo ambulatoriale ed accesso a controlli eventuali con imaging. La struttura può avvalersi anche di erogatori esterni per l'effettuazione delle prestazioni programmate secondo collegamenti definiti a livello della rete locale e sempre in collegamento con lo specialista che ha trattato il paziente. Lo specialista - coadiuvato dal case manager - attiva le prestazioni necessarie, con prenotazione da parte della struttura tramite l'ausilio di specifiche agende dedicate. Per approfondimenti vedi anche le "RACCOMANDAZIONI ALL'USO APPROPRIATO DELLA PET-PSMA NEL TUMORE DELLA PROSTATA" in appendice Per le indicazioni ed esami consultare le linee guida AIOM sul TM prostata 2024.

Il follow-up ha lo scopo di identificare l'eventuale ripresa di malattia a livello locale o a distanza.
La periodicità dei controlli clinico-strumentali sarà definita in base allo stadio clinico della malattia, al trattamento primario eseguito e secondo le indicazioni date dalle linee guida.
Nei pazienti con malattia localizzata, sottoposti a chirurgia od a radioterapia con intento curativo, il follow up ha anche lo scopo di valutare l'evoluzione di eventuali effetti collaterali indotti dai vari tipi di trattamento; è consigliabile, quindi, che sia eseguito dallo specialista che ha effettuato il trattamento (urologo o radioterapista).
Dopo chirurgia radicale il PSA deve scendere a valori inferiori a 0.2 ng/ml e non salire successivamente oltre questa soglia. La valutazione del PSA può essere fatta dopo almeno 45 giorni dall'intervento e quindi proseguita con intervalli da 3 a 6 mesi e successivamente annuali.
Qualora il paziente sia stato sottoposto a radioterapia esclusiva con intento curativo, la riduzione del valore del PSA può essere variabile essendo legata alla presenza di tessuto prostatico residuo vitale o alla funzionalità del tessuto irradiato e quindi non deve necessariamente raggiungere un valore prefissato. La riduzione del valore del PSA può richiedere tempi anche molto lunghi, e, convenzionalmente, si considera che la terapia non abbia avuto successo quando il valore di PSA totale sale di 2 unità sopra il valore più basso raggiunto dopo il trattamento.
Se il valore del PSA, dopo chirurgia radicale o dopo radioterapia, tende all'incremento (come sopra specificato) il paziente deve essere ridiscusso nell'ambito del gruppo multidisciplinare.

APPENDICE 1- RACCOMANDAZIONI BIOPSIA PROSTATICA

Gli standard di qualità relativi alle biopsie prostatiche sono indicati in dettaglio nelle Linee Guida per la Biopsia Prostatica della Società Italiana di Urologia Oncologica (SIUrO) (www.siuro.it).

La valutazione delle agobiopsie prostatiche deve riportare:

- Numero dei prelievi;
- Sede dei singoli prelievi;
- Dimensioni dei frustoli ago-bioptici;
- Adeguatezza: si considera come adeguato un prelievo bioptico con le seguenti caratteristiche:
  - lunghezza di almeno 1 cm.
  - Presenza di tessuto ghiandolare (normale, benigno o neoplastico). Se la biopsia è costituita esclusivamente da stroma deve essere considerata inadeguata.

Marcatura con inchiostro di china (procedura opzionale): è buona norma, da parte del medico che esegue la biopsia, la marcatura con inchiostro di china di una estremità del frammento bioptico, allo scopo di rendere orientabile un'estremità, per convenzione l'estremo rettale o prossimale.

Il referto dell'esame istologico deve riportare:

- istotipo del tumore (adenocarcinoma acinare, carcinoma neuroendocrino, ecc.) ed eventuali varianti significative (mucinoso, signed-ring, adenosquamoso, sarcomatoide, indifferenziato);
- l'estensione della neoplasia nel frustolo agobioptico (percentuale della biopsia occupata dalla neoplasia oppure può essere espressa lunghezza in mm del tumore/mm del tessuto analizzato);
- il numero dei frustoli agobioptici positivi per carcinoma;
- la presenza di carcinoma intraduttale, di pattern di crescita cribriforme;
- il grado istologico e la percentuale di pattern Gleason 4 e 5;
- la presenza di eventuali lesioni associate significativamente a presenza di carcinoma in future biopsie (HGPIN, PINATYP, ASAP);
- l'infiltrazione del tessuto adiposo periprostatico e delle vescichette seminali;
- l'invasione degli spazi perineurali e linfovascolare;
- la presenza di infiammazione (acuta o cronica), estensione e intensità.

Nel caso di lesioni di significato incerto e/o ambiguo, si raccomanda l'approfondimento utilizzando metodiche immunoistochimiche (citocheratine di alto PM, p63 e alpha-methylacyl coenzyme A racemase (AMACR).

APPENDICE 2- RACCOMANDAZIONI ALL'USO APPROPRIATO DELLA PET-PSMA NEL TUMORE DELLA PROSTATA

(Fonte: Documento intersocietario AIMN – AIOM – AIRO – AURO – SIU – SIUrO – UrOP)
In questo scenario, ci sono numerose variabili da considerare nel ricorso estensivo alla PET-PSMA nelle neoplasie prostatiche: 1) accessibilità alle prestazioni; 2) appropriatezza prescrittiva e 3) il reale vantaggio in termini prognostici.

SCENARI DI MALATTIA

MALATTIA LOCALIZZATA
STADIAZIONE BASALE

La PET-PSMA è raccomandata come tecnica di primo livello nei pazienti a **rischio alto o molto alto**, in sostituzione dell'imaging convenzionale

La PET-PSMA e raccomandata come tecnica di secondo livello nei pazienti a **rischio intermedio non favorevole**

La PET-PSMA dovrebbe essere impiegata come tecnica di primo livello nei pazienti con **persistenza del PSA dopo prostatectomia radicale.**

La PET-PSMA è raccomandata come metodica di prima istanza nei pazienti con **incremento del PSA dopo prostatectomia radicale**, particolarmente per valori di PSA ≥ 0.5 ng/ml.

Nel paziente con recidiva biochimica, la PET-PSMA è raccomandata come metodica di seconda istanza per l'identificazione delle localizzazioni pelviche e delle eventuali metastasi a distanza.

La PET-PSMA **non** è raccomandata in pazienti con incremento del PSA dopo radioterapia radicale + ADT, in quanto l'uso di trattamenti ablativi mirati, su eventuali focolai extra-pelvici identificati sulla base dell'imaging PET, non è supportato da evidenze che mostrino un beneficio in termini di outcome a lungo termine.

La PET-PSMA **non** è raccomandata come metodica di stadiazione di prima istanza nei pazienti M0 CRPC

La PET-PSMA **non** è raccomandata per il monitoraggio della terapia con ARPI nel setting M0 CRPC.

MALATTIA METASTATICA SENSIBILE ALLA CASTRAZIONE (mHSPC)
STADIAZIONE DEL PAZIENTE CON mHSPC DE NOVO

La PET PSMA è raccomandata nella stadiazione di malattia del paziente **ad alto rischio o a rischio intermedio ad andamento sfavorevole**. In presenza di un quadro clinico fortemente suggestivo di stato metastatico (es. PSA> 50 ng/mL, paziente sintomatico per dolore osseo), l'imaging convenzionale (TC e scintigrafia ossea) è considerato come adeguato per stadiare la malattia.

Come metodica di prima istanza per il monitoraggio della risposta al trattamento, la PET-PSMA è raccomandata solo se effettuata al basale.

In caso di incremento del PSA (anche in corso di terapia con ARPI), si raccomanda di utilizzare come imaging di prima istanza la stessa metodica utilizzata al basale. Di conseguenza la PET-PSMA è raccomandata solo se effettuata al basale.

La PET-PSMA può essere presa in considerazione come metodica di seconda istanza dopo imaging convenzionale nel paziente mHSPC in progressione biochimica nel caso in cui l'imaging convenzionale abbia dato esito negativo per progressione di malattia e il paziente sia potenzialmente candidabile a Metastases- Directed Therapies (MDT) con radioterapia stereotassica (es. in caso di oligo-progressione).

In caso di incremento del PSA (anche in corso di terapia con ARPI), si raccomanda di utilizzare come imaging di prima istanza la stessa metodica utilizzata al basale. Di conseguenza la PET-PSMA è raccomandata solo se effettuata al basale. PET-PSMA è raccomandata come metodica di prima istanza per la **selezione dei pazienti candidati a PSMA - RLT**. La valutazione del paziente candidato a PSMA-RLT deve comprendere anche l'impiego di TC diagnostica con mdc, al fine di verificare la presenza di localizzazioni di malattia PSMA-negative.

Non è raccomandato l'impiego routinario di FDG PET in tutti i pazienti candidati a PSMA-RLT. L'utilizzo di FDG PET deve essere proposto in maniera personalizzata e deve essere valutata da un gruppo di esperti durante discussione multidisciplinare in pazienti ritenuti ad alto rischio per la presenza di mismatch PSMA-/FDG+ (es. per breve storia naturale di malattia, breve responsività al trattamento con ARPI).

Si raccomanda di utilizzare la PET-PSMA congiuntamente all'imaging convenzionale nella valutazione della risposta a PSMA-RLT.

APPENDICE 3a RACCOMANDAZIONI PROSTATECTOMIA RADICALE

Gli obiettivi principali della PR, indipendentemente dall'approccio chirurgico utilizzato, sono l'eradicazione del tumore, la preservazione della continenza urinaria e, possibilmente, della potenza sessuale.

Il referto istologico del resecato chirurgico deve contenere:

- Descrizione macroscopica del campione (peso, dimensioni della prostata e delle vescicole seminali, colore e consistenza).
- Istotipo sec. WHO V edizione.
- Gleason score (Pattern primario e pattern secondario) con specifica della percentuale di pattern di Gleason 4 e 5. Utile segnalare la presenza del pattern di crescita cribriforme e del carcinoma intraduttale. Presenza di eventuale pattern di Gleason terziario.
- Gruppo Prognostico (Grade Group)
- Lateralità della neoplasia.
- Dimensioni del nodulo maggiore o volume della neoplasia.
- Invasione del collo vescicale.
- Invasione perineurale e linfovascolare.
- Infiltrazione delle vescichette seminali.
- Estensione extraprostatica: di tipo focale o non focale.
- Stato dei margini: positivi o negativi con specifica di quale margine è interessato, estensione lineare in millimetri della neoplasia sul margine, e il pattern di Gleason sul margine.
- Eventuali altre lesioni: neoplasia prostatica intraepiteliale, noduli iperplastici o aree di prostatite
- Staging patologico (pTNM) sec. VIII ed. AJCC (vedi Tabella 1)
- Eventuali alterazioni da trattamento
- Stazioni linfonodali eventualmente dissezionate ed esito

Tabella 1

Primary tumor (pT)

- **pT2:** organ confined
- **pT3a:** extraprostatic extension or microscopic invasion of bladder neck
- **pT3b:** seminal vesicle muscle invasion
- **pT4:** fixed tumor or invasion of structures such as external sphincter, rectum, bladder, levator muscles or pelvic wall

Notes:

- There is no pT1 classification
- Note that cT1 is a part of clinical classification for clinically inapparent, nonpalpable tumor detected in specimens other than a prostatectomy such as a TURP or prostate biopsy with clinically inapparent, nonpalpable, incidental tumor in 5% or less of tissue defined as cT1a, clinically inapparent, nonpalpable, incidental tumor in > 5% defined as cT1b and clinically inapparent, nonpalpable tumor in a prostate needle biopsy defined as cT1c
- Extraprostatic extension: usually this is dichotomized as focal (< 1 high power field in 1 - 2 slides) versus nonfocal / established (> 1 high power field in 1 - 2 slides)
- Microscopic invasion of bladder neck: presence of tumor in thick muscle usually with no adjacent nonneoplastic glands
- Seminal vesicle invasion: invasion of the extraprostatic seminal vesicle muscular wall

Regional lymph nodes (pN)

- **pNX:** cannot be assessed
- **pN0:** no regional lymph node metastasis
- **pN1:** regional lymph node metastasis

Notes:

- Regional lymph nodes include periprostatic, pelvic, hypogastric, obturator, internal iliac, external iliac, sacral

Distant metastasis (pM)

- **pM1a:** metastasis in nonregional lymph node
- **pM1b:** metastasis in bone
- **pM1c:** metastasis in other distant site

Notes:

- Nonregional lymph nodes include aortic, common iliac, deep / superficial inguinal, retroperitoneal

APPENDICE 3b- RACCOMANDAZIONI FATTORI MOLECOLARI PREDITTIVI DI RISPOSTA

I pazienti con carcinoma prostatico metastatico resistente alla castrazione (mCRPC) legato a **mutazioni dei geni BRCA1 e BRCA2** possono beneficiare di farmaci **inibitori di PARP.** Inoltre, **q**ueste mutazioni sono associate a tumori aggressivi e di alto grado.

Evidenze dimostrano che la **valutazione su tessuto neoplastico** (somatico) consente di individuare un maggior numero di pazienti che possano beneficiare di farmaci inibitori di PARP, rispetto alla sola valutazione germinale. La ricerca di mutazioni dei **geni BRCA1 e 2 viene effettuata attraverso metodica NGS** su campione in paraffina (biopsia o prostatectomia radicale) o su ctDNA (biopsia liquida).
Il test molecolare deve essere eseguito in Servizi di Anatomia Patologica con comprovata esperienza di validazione del test che partecipino periodicamente a programmi di controllo di qualità esterni ufficialmente riconosciuti.
L'individuazione di una variante patogenetica somatica nei geni BRCA1-BRCA2 consente di pianificare un percorso terapeutico adeguato per i pazienti e di attivare consulenza oncogenetica nei familiari. Infatti, le mutazioni di **BRCA** aumentano significativamente il rischio di carcinoma prostatico: le mutazioni del gene **BRCA2** incrementano il rischio di 3-8,6 volte e **BRCA1** fino a 4 volte.

Il test genetico germinale, secondo le Linee Guida AIOM, è invece raccomandato per i pazienti con carcinoma prostatico ad alto rischio, metastatico o con una storia familiare, includendo l'analisi di BRCA1, BRCA2, geni della sindrome di Lynch.

La caratterizzazione molecolare di BRCA1/2 è da eseguirsi su prescrizione del clinico per i pazienti con malattia metastatica resistenti alla castrazione ed è da suggerirsi per le nuove diagnosi nei casi di carcinoma con alto rischio di metastatizzazione (es. Grade Group 4 & 5).

APPENDICE 3c- RACCOMANDAZIONI VALUTAZIONE DEL CAMPIONE METASTATICO

Nel caso di prima metastasi o di incerta metastasi tra primitivo e lesione secondaria o ancora nel caso in cui tutti gli esami di diagnostica strumentale eseguiti non permettano una diagnosi di certezza è raccomandata la biopsia. Come noto, frequentemente le metastasi di carcinoma prostatico coinvolgono il tessuto osseo, pertanto, è necessario mettere in atto procedure specifiche per la decalcificazione delle stesse, preservando morfologia, espressione proteica e integrità degli acidi nucleici. Le procedure devono coinvolgere il medico prelevatore e il personale dell'Anatomia Patologica riferendosi alle raccomandazioni SIUrO. [13]

Il prelievo deve essere quantitativamente ben rappresentato e deve essere immediatamente inserito in contenitore con formalina tamponata al 10% ed inviato in Anatomia Patologica accompagnato da richiesta opportunamente compilata in tutti i campi richiesti. Per piccole biopsie la fissazione deve essere compresa tra 6-24h.

In caso di biopsia ossea, il campione dovrà essere decalcificato utilizzando esclusivamente soluzione EDTA. La decalcificazione attraverso acidi deve essere in ogni modo evitata. Il processo di decalcificazione può influire sulle tempistiche di refertazione.

[13] Cimadamore A, Rescigno P, Conteduca V, Caliò A, Allegritti M, Calò V, Montagnani I, Lucianò R, Patruno M, Bracarda S; Italian Society for Uro-Oncology (SIUrO). SIUrO best practice recommendations to optimize BRCA 1/2 gene testing from DNA extracted from bone biopsy in mCRPC patients (BRCA Optimal Bone Biopsy Procedure: BOP). Virchows Arch. 2023 Nov;483(5):579-589.

APPENDICE 4- RACCOMANDAZIONI RADIOTERAPIA

La radioterapia a fasci esterni per malattia localizzata può prevedere diversi volumi di trattamento e schemi di frazionamento, che variano in relazione alla classe di rischio di malattia, all'expertise/dotazione tecnologica e alla compliance/stato clinico del paziente. Oggigiorno, si raccomanda uno schema di frazionamento della dose di tipo ipofrazionato 'moderato' (per un totale di 20-28 frazioni) ovvero ipofrazionato 'estremo' (per un totale di 4-7 frazioni) (https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/prostate.pdf].

Per ottenere una distribuzione di dose ad intensità modulata è indispensabile:

- Contornare il/i target (prostata+vescichette seminali+linfonodi pelvici) e gli organi a rischio (vescica, retto, intestino, bulbo penieno e teste femorali) su TC di simulazione dedicata;
- Applicare margini al/ai target per tenere conto delle incertezze di set-up giornaliero;
- Utilizzare, in fase di pianificazione inversa, dose/volume objectives (e relativi constraints) per limitare ed ottimizzare la dose agli organi critici e al/ai target (che va generalmente mantenuta entro il-5%/+7% della dose di prescrizione nei casi di ipofrazionamento moderato);

Per massimizzare la riproducibilità e la corretta somministrazione giornaliera del trattamento, è utile:

- Fornire al paziente indicazioni sul riempimento di vescica e retto in fase di simulazione e trattamento;
- Precedere ogni sessione di terapia con una procedura di imaging (tipicamente nella forma di 'cone beam CT') rivolta a verificare il corretto posizionamento delle regioni di interesse relativamente alla simulazione.

Trattamenti più 'spinti' (ipofrazionati estremi) richiedono livelli di sofisticazione maggiore sia in fase di preparazione del trattamento sia di erogazione, come ad esempio il posizionamento di markers fiduciali all'interno della prostata (per aumentare la precisione di identificazione della posizione del target), l'utilizzo di sistemi di tracking intrafrazione (soprattutto laddove è prevista una riduzione dei margini per il PTV), o gel distanziatori tra retto e prostata (per ridurre la dose al retto).

RIFERIMENTI

- Linee guida dell'Associazione Europea di Urologia – EAU, 2024.
- Linee guida dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica – AIOM, 2021.
- Manuale di stadiazione dei tumori, TNM dell'American Joint Committee on Cancer, VIII edizione – 2018.
- Italian Prostate Biopsies Group: Update Guidelines' Compendium www.siuro.it
- Who Urinary and Male genital tumours 5th edition- 2021.

APPENDICE 5- DIRITTI DEL MALATO CON TUMORE E DEI CAREGIVER ONCOLOGICI

La persona malata di tumore ha il diritto di avere piena cognizione del proprio stato di salute e di ottenere dai medici informazioni adeguate alle sue capacità cognitive e al suo livello socio-culturale.

Gli dovrebbero essere fornite:

- Informazioni mediche che spieghino il tipo di malattia diagnosticata, gli accertamenti e gli esami richiesti; le opzioni terapeutiche con relativi pro e contro; gli effetti collaterali dei trattamenti e le indicazioni sul modo in cui affrontarli.
- La comunicazione della diagnosi, delle opzioni di cura ed eventualmente della prognosi, deve essere quanto più semplice, facendo uso di termini comprensibili[14].
- Indicazioni sulla disponibilità del sostegno psicologico e nutrizionale.
- Indicazioni per ottenere un sostegno socio-assistenziale a tutela della condizione di disabilità oncologica.

Il paziente può chiedere, se lo desidera, che le informazioni sul suo stato di salute siano condivise con altre persone, incluso il medico di fiducia. Inoltre, al paziente devono essere indicati il nome dello specialista (o degli specialisti) e dei collaboratori che lo prendono in carico.

Di seguito si riporta una sintesi, nata dalla collaborazione con Aimac ODV-ETS (Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici), dei principali strumenti di tutela per consentire ai malati ed ai loro familiari di orientarsi[15]

Esenzione dal ticket per patologia (cod. 048)

Il malato di cancro ha diritto all'esenzione per patologia (cod.048) relativamente al pagamento del ticket per farmaci, visite ed esami appropriati per la cura del tumore da cui è affetto e delle eventuali complicanze, per la riabilitazione e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti. La durata dell'esenzione è stabilita dal ministero della salute (D. M. Salute 23/11/2012). L'esenzione 048 può essere rinnovata alla scadenza.

L'esenzione è rilasciata dall'ASL di competenza allegando i seguenti documenti:

- tessera sanitaria e codice fiscale;
- documentazione medica rilasciata dallo specialista del gruppo multidisciplinare che segue il paziente o cartella clinica rilasciata da una struttura ospedaliera pubblica o privata accreditata attestante la patologia oncologica.

Invalidità civile e handicap

L'accertamento dello stato di invalidità civile permette di aver diritto a diverse prestazioni (pensione di invalidità, assegno, indennità di accompagnamento) a seconda della più o meno grave condizione di disabilità.

Oltre all'invalidità civile, il malato di cancro può ottenere, anche solo per periodi limitati, il riconoscimento dello stato di handicap in situazione di gravità cui sono collegati alcuni benefici fiscali ed importanti tutele in ambito lavorativo che consentono ai lavoratori malati ed in stato di handicap grave e, in diversa misura, ai lavoratori che li assistono, di usufruire di permessi e congedi (retribuiti e non); di scegliere la sede e l'orario di lavoro (part-time) e di godere di altri benefici per conciliare le cure o l'assistenza con l'attività lavorativa.

La procedura di accertamento INPS si articola in due fasi collegate tra loro:

---

[14] Si raccomanda che la comunicazione della diagnosi avvenga in presenza. Le LG nazionali e regionali sulla telemedicina stabiliscono che l'attività in Telemedicina deve essere riservata ai casi in cui la qualità e l'appropriatezza della prestazione sono equivalenti a quelle erogate in presenza. Nel caso di una diagnosi di tumore, l'aspetto umano e supportivo è predominante e non è replicabile in modo adeguato a distanza.

[15] Per maggiori approfondimenti su ogni tema trattato si veda: "I diritti del malato di cancro" di Aimac a cura di E. Iannelli con la revisione del Coordinamento Generale Medico Legale INPS: https://www.aimac.it/libretti-tumore/diritti-malato-cancro

1. il medico certificatore accreditato presso l'INPS (medico di medicina generale o medico specialista) compila online sul sito INPS il certificato oncologico introduttivo ed è importante che segnali che si tratta di malattia neoplastica (Legge n. 80 del 2006) per attivare la corsia preferenziale che assicura la convocazione a visita ed il responso della commissione entro 15 giorni. La procedura rilascia una ricevuta con un codice identificativo che il medico consegna all'interessato insieme ad una copia del certificato medico digitale.
2. il paziente, personalmente o a mezzo di intermediario abilitato (delegato digitale, patronati), entro 90 giorni dall'invio del certificato oncologico, deve compilare e inviare telematicamente all'INPS la domanda amministrativa collegata al certificato introduttivo.

La Commissione medica è tenuta a fissare la data della visita entro 15 giorni dalla data di presentazione della domanda, nel caso in cui recarsi alla visita medica comporti un grave rischio per la salute dell'interessato, è possibile richiedere la visita domiciliare entro e non oltre 5 giorni prima della data dell'appuntamento.

Dal 2020 è stata introdotta una rilevante novità riguardo all'accertamento della disabilità oncologica: le Commissioni mediche possono valutare le relative domande basandosi solamente sulla documentazione presentata dall'interessato, senza necessità di procedere a visita diretta del malato. L'accertamento agli atti consente alle Commissioni di emettere i verbali sia di prima istanza sia di revisione o di aggravamento della invalidità civile e dell'handicap solo sulla base della documentazione sanitaria nei casi in cui questa consenta una valutazione obiettiva e completa. Nelle ipotesi in cui la documentazione non sia sufficiente per la valutazione dello stato invalidante, l'interessato è convocato a visita diretta per effettuare l'accertamento sanitario in presenza.

Completata la fase di accertamento sanitario, l'INPS invia all'interessato il verbale in 2 versioni:

- integrale: contenente i dati sensibili e la valutazione della disabilità;
- *con omissis*: contenente solo la valutazione della disabilità, utile per eventuali esigenze amministrative.

Il paziente riconosciuto invalido o portatore di handicap, inoltre, può usufruire delle agevolazioni fiscali per specifiche spese mediche e di assistenza specifica (colf, badanti, assistenza infermieristica, fisioterapia/riabilitativa, acquisto di parrucche per alopecia da trattamento chemioterapico). https://www.agenziaentrate.gov.it/portale/le-spese-sanitarie-e-i-mezzi-di-ausilio

I diritti del lavoratore malato di cancro

I lavoratori affetti da patologia oncologica per conciliare il lavoro con le esigenze di cura, oltre alle assenze retribuite per malattia, possono usufruire di diverse forme di permessi e di congedi dal lavoro, come ad esempio i permessi lavorativi ex lege 104/92 (3 giorni/mese o 2 ore/giorno) o il congedo per cure agli invalidi oltre il 50% (30 giorni lavorativi/anno).

Il lavoratore che non sia in grado di espletare le sue mansioni a causa della malattia e delle sue conseguenze ha diritto di assentarsi per il periodo necessario per le cure e le terapie, di conservare il posto di lavoro e di percepire un'indennità di malattia commisurata alla retribuzione.

E' importante che il paziente conosca gli strumenti giuridici di cui può usufruire per assentarsi dal lavoro per visite mediche o esami diagnostici o trattamenti di cura.

Il malato che desideri continuare a lavorare dopo la diagnosi e durante i trattamenti può usufruire di forme di flessibilità per conciliare i tempi di cura con il lavoro (part time). Può inoltre chiedere al datore di lavoro il trasferimento alla sede di lavoro più vicina possibile al proprio domicilio.

Il malato oncologico ha diritto di essere assegnato a mansioni adeguate alla mutata capacità lavorativa, potendo essere assegnato a mansioni equivalenti o anche inferiori a quelle precedentemente svolte, purché compatibili con le sue condizioni, mantenendo in ogni caso il trattamento retributivo corrispondente alle mansioni precedenti. Lo smartworking, o lavoro agile, è una forma di flessibilità lavorativa che consente al lavoratore malato di cancro di continuare a lavorare anche durante le terapie, ma senza recarsi in ufficio.

Tutela previdenziale

Indipendentemente dall'invalidità civile, un lavoratore malato di tumore e con una certa anzianità contributiva (per l'INPS 5 anni) può chiedere all'ente previdenziale di appartenenza il riconoscimento medico-legale della riduzione della capacità lavorativa (c.d. invalidità pensionabile) al fine di ottenere l'assegno ordinario di invalidità "previdenziale" (esclusi i dipendenti del pubblico impiego), nel caso in cui sia accertato che la capacità lavorativa è ridotta a meno di un terzo oppure, in caso di inabilità totale, la pensione di inabilità (reversibile) calcolata in base alla situazione previdenziale. Il malato titolare della pensione previdenziale di inabilità e che si trovi nelle condizioni per cui è previsto l'accompagnamento (necessità di assistenza continua per deambulare o svolgere le "attività della vita quotidiana") e non sia ricoverato, può richiedere l'assegno mensile per l'assistenza personale e continuativa (non reversibile).

Contrassegno di libera circolazione e di sosta

Il malato di cancro in terapia può chiedere ed ottenere dal Comune di residenza il contrassegno di libera circolazione e sosta. Il contrassegno, nominativo e utilizzabile solo quando l'auto è al servizio del malato intestatario del permesso, dà diritto alla circolazione nelle ZTL ed alla sosta gratuita negli stalli riservati e nei parcheggi a pagamento .

I diritti dei caregiver oncologici (coloro che assistono un familiare malato)

L'utilizzo degli strumenti giuridici per agevolare coloro che si dedicano alla cura del proprio caro malato di tumore permette di migliorare la compliance dei trattamenti.

I lavoratori che si prendono cura di un familiare malato di cancro, riconosciuto invalido o con handicap grave, hanno diritto:

- alla scelta della di lavoro alla sede più vicina al domicilio della persona assistita e possono opporsi al trasferimento in altro luogo;
- ad usufruire di permessi lavorativi (3 giorni/mese - legge 104/92);
- ad usufruire del congedo straordinario biennale retribuito;
- alla priorità nella trasformazione del lavoro da tempo pieno a part-time;
- al divieto di lavoro notturno;
- alle ferie ed ai riposi "solidali".

  I diritti e le tutele menzionati sono sanciti da norme di rango legislativo pienamente vigenti e le strutture sanitarie hanno l'obbligo di fornire un'adeguata assistenza nel rispetto dei diritti dei malati, anche tramite gli organismi di volontariato, come stabilito dal D. Lgs. 502/92 e norme successive

APPENDICE A – Risultati Survey strutture regionali. Anno 2024

ASL territoriale	Nome struttura	è presente un gruppo multidisciliplinare urologico neoplasie della prostata	Se SI, indicare i componenti stabili del gruppo	La Vs struttura ha attività di diagnosi e stadiazione per il tumore della prostata?	Considerate la RMN prostata come esame mandatorio per la diagnosi iniziale o di recidiva di una neoplasia della prostata?	Che tipo di macchinario / tecnologia RMN utilizzate per la diagnosi iniziale di neoplasia prostatica ?	Nella vostra struttura è presente un macchinario per la RMN?	N. RMN diagnosi iniziale anno 2024	Per la diagnosi istologica che tipo di biopsia siete soliti effettuare?	Presso la vostra struttura è disponibile il macchinario per la PET?	Se si, eseguite anche la PET PSMA?	N. prestazioni di PET PSMA anno 2024	Se il vostro centro non dispone della PET, presso quale centro vengono inviati i pazienti?	Presso la vostra struttura richiedete la PET per la stadiazione dei tumori in stadio iniziale ad alto rischio?	In quali casi ritenete mandatoria la PET PSMA?	Disponete di agende dedicate ai pazienti con tumore della prostata?	Presso la Vs struttura svolgete attività inerente al trattamento?
Roma 1	Presidio Ospedaliero San Filippo Neri	Sì	urologo;oncologo medico;oncologo radioterapista;radiologo;	Sì	Sì	multiparametrica	Sì	166	biopsia RM-fusion	No			varie secondo tempistica	sempre	nella recidiva post prostatectomia	No	Sì
	Policlinico Umberto I	Sì	urologo;oncologo medico;oncologo radioterapista;anatomo-patologo;radiologo;medico nucleare;psicologo;genetista;	Sì	Sì	multiparametrica	Sì	250	biopsia RM-fusion	No			varie secondo tempistica	sempre	stadiazione della ripresa biochimica post terapia primaria	Sì	Sì
	AO San Giovanni Addolorata	Sì	urologo;oncologo medico;oncologo radioterapista;anatomo-patologo;radiologo;	Sì	Sì	multiparametrica	Sì	500	biopsia RM-fusion	No			varie secondo tempistica	sempre	In caso di recidive con valori di PSA <1	Sì	Sì
	Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Andrea	Sì	urologo;oncologo medico;oncologo radioterapista;anatomo-patologo;radiologo;medico nucleare;psicologo;Care manager;	Sì	Sì	multiparametrica	Sì	220	biopsia RM-fusion	Sì	Sì	100		sempre	Stadiazione in alto rischio e recidiva biochimica	Sì	Sì
	Fondazione Policlinico Agostino Gemelli	Sì	urologo;oncologo medico;oncologo radioterapista;anatomo-patologo;radiologo;medico nucleare;genetista;	Sì	Sì	multiparametrica	Sì	più di 600	biopsia RM-fusion	Sì	Sì	1170		sempre	rischio intermedio sfavorevole (Grade Group 3) e alto rischio, recidiva biochimica e eleggibilità al trattamento con LuPSMA	Sì	Sì
	Ospedale Isola Tiberina – Gemelli Isola	Sì	urologo;oncologo medico;oncologo radioterapista;anatomo-patologo;radiologo;genetista;	Sì	Sì	multiparametrica	Sì	130	biopsia RM-fusion	No			Policlinico Gemelli (slot riservati)	sempre	Adenocarcinomi ISUP4-5	Sì	Sì
	Ospedale San Pietro FBF	Sì	urologo;oncologo medico;oncologo radioterapista;anatomo-patologo;radiologo;	Sì	Sì	multiparametrica	Sì	400	biopsia RM-fusion	Sì	Sì	0 (prevista apertura entro il 2025)	varie secondo tempistica	sempre	Sospetta recidiva con PSA < 1, tumori indifferenziati con basso PSA	Sì	Sì
	Ospedale San Carlo di Nancy	Sì	urologo;oncologo medico;anatomo-patologo;radiologo;psicologo;oncologo radioterapista;	Sì	Sì	multiparametrica	Sì	602	biopsia RM-fusion	No			Policlinco Gemelli o altre strutture	solo in casi selezionati	nei pazienti in previsione di chirugia	Sì	Sì
	Aurelia Hospital	Sì	urologo;oncologo radioterapista;oncologo medico;	Sì	Sì	multiparametrica	Sì	300	biopsia RM-fusion	No			Pol. Tor Vergata	sempre	IN CASO DI RECIDIVA BIOCHIMICA POST PROSTATECTOMIA RADICALE O DI AUMENTO DEL PSA POST RADIOTERAPIA	No	Sì
	Casa di Cura Nuova Villa Claudia	Sì	urologo;radiologo;anatomo-patologo;psicologo;oncologo medico;riabilitazione del pavimento pelvico;	Sì	Sì	multiparametrica	Sì		biopsia RM-fusion	No			Ospedale San Pietro	solo in casi selezionati	nella ripresa di malattia dopo prostatectomia radicale	Sì	No
Roma 2	Ospedale Sant'Eugenio	Sì	urologo;oncologo medico;anatomo-patologo;radiologo;	Sì	Sì	multiparametrica	Sì	200	biopsia RM-fusion	No			Poli universitari romani	sempre	Malattia alto rischio , sospetto alla MRI	Sì	Sì
	IRCCS Regina Elena National Cancer Institute - IFO	Sì	urologo;oncologo medico;oncologo radioterapista;anatomo-patologo;radiologo;medico nucleare;psicologo;	Sì	Sì	multiparametrica	Sì	300	biopsia RM-fusion	Sì	Sì	500		sempre	Stadiazione alto rischio, recidiva biochimica, follow-up malattia metastatica	No	Sì
	Policlinico Tor Vergata	Sì	urologo;oncologo medico;oncologo radioterapista;radiologo;medico nucleare;	Sì	Sì	multiparametrica	Sì	350	biopsia RM-fusion	Sì	No		Strutture private	sempre	recidiva biochimica dopo terapia locale, pz alto rischio GS >8	Sì	Sì
	Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico	Sì	urologo;oncologo medico;oncologo radioterapista;anatomo-patologo;radiologo;Care Manager;	Sì	Sì	multiparametrica	Sì	500	biopsia RM-fusion	Sì	No			solo in casi selezionati	In caso di recidiva, biochimica, e aumento di PSA.	Sì	Sì
	Ospedale MG Vannini - Ist. Figlie Di San Camillo	Sì	urologo;oncologo medico;anatomo-patologo;radiologo;	Sì	Sì	multiparametrica	Sì	all'incirca 200	biopsia RM-fusion	No			PTV, gemelli, policlinico umvberto I	solo in casi selezionati	ALTO GRADO ALTO RISCHIO, RIPRESA BIOCHIMICA DI MALATTIA DOPO CHIRURGIA O RADIOTERAPIA	Sì	Sì
	Policlinico Casilino	Sì	urologo;anatomo-patologo;radiologo;	Sì	Sì	multiparametrica	Sì	1379	biopsia RM-fusion	No				solo in casi selezionati	linfonodi positivi	No	Sì
Roma 3	Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini Roma	Sì	urologo;oncologo medico;oncologo radioterapista;anatomo-patologo;radiologo;medico nucleare;case manager;	Sì	Sì	multiparametrica	Sì	400	Biopsia random	No			Policlinico Gemelli, IFO, fuori regione, ecc.	solo in casi selezionati	sospetta recidiva biochimica; valutazione per trattamento con Lutezio-PSMA	Sì	Sì
Roma 5	Ospedale Parodi Delfino - Colleferro	No		Sì	Sì	biparamentrica	Sì	hé rmn attiva da circa 1	biopsia RM-fusion	No			varie secondo tempistica	solo in casi selezionati	Alto rischio e recidiva	No	Sì
	Ospedale San Giovanni Evangelista - Tivoli	No		Sì	Sì	biparamentrica	Sì	hé la RM attiva da circa	biopsia RM-fusion	No			varie secondo tempistica	solo in casi selezionati	Neopladia ad alto rischio e recidiva di malattia	No	Sì
Roma 6	Ospedale dei Castelli	Sì	urologo;oncologo medico;oncologo radioterapista;anatomo-patologo;radiologo;medico nucleare;	Sì	Sì	multiparametrica	Sì	60	biopsia RM-fusion	No			varie secondo tempistica	sempre	PZ M0 con PSA in aumento ma <1 e Gleason 4+3 o 3+4 con più del 50% dei prelievi positivi	Sì	Sì
	Ospedale Regina Apostolorum - Albano	Sì	urologo;oncologo medico;oncologo radioterapista;anatomo-patologo;radiologo;	Sì	Sì	multiparametrica	Sì	Oltre 200	biopsia RM-fusion	No			Struttura pubblica	solo in casi selezionati	Recidiva post RRP	No	Sì
	casa di cura privata Madonna delle grazie spa	No		Sì	Sì	multiparametrica	Sì	70	Biopsia random	No				sempre	stadiazione per pz ad alto rischio, pz con recidiva biochimica dopo prostatectomia radicale	No	Sì
Viterbo	Ospedale Santa Rosa (ex Belcolle)	Sì	urologo;oncologo medico;oncologo radioterapista;anatomo-patologo;radiologo;medico nucleare;psicologo;genetista;	Sì	Sì	multiparametrica	Sì	351	biopsia RM-fusion	No			PTV, Policlinico gemelli, H Sant Andrea, Napoli, terni	solo in casi selezionati	mCRPC restaging, casi dubbi dopo biopsia alla diagnosi	Sì	Sì
Rieti	Ospedale San Camillo de Lellis - Rieti	Sì	urologo;oncologo medico;oncologo radioterapista;anatomo-patologo;radiologo;	Sì	Sì	multiparametrica	Sì	53	Biopsia random	No			Policlinico Gemelli, PTV, Sant'Andrea	solo in casi selezionati	nel paziente ad alto rischio con recidiva biochimica	Sì	Sì
Latina	Ospedale Santa Maria Goretti e UOC Oncologia Territoriale	No		Sì	Sì	multiparametrica	Sì	30	biopsia RM-fusion	Sì	Sì	50		sempre	Recidiva biochimica	No	Sì
	Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico - Latina	Sì	urologo;oncologo medico;anatomo-patologo;radiologo;psicologo;oncologo radioterapista;	Sì	Sì	multiparametrica	Sì	250	biopsia RM-fusion	No			Ospedale Santa Maria Goretti	sempre	pazienti ad alto rischio di ripetizioni	No	Sì
Frosinone	Ospedale SS Trinità - Sora e Ospedale F. Spaziani - Frosinone	No		Sì	Sì	multiparametrica	Sì	150	biopsia RM-fusion	No			Nessuno	sempre	bassi gradi stadio iniziale	No	Sì

ASL territoriale	Nome struttura	Presso la vs struttura è possibile eseguire una fusione di immagini con la TC di simulazione per la pianificazione del trattamento?	viene effettuata terapia chemioterapica?	se no, con quali strutture è previsto un collegamento formalizzato?	viene effettuata terapia radioterapica?	se no, con quali strutture è previsto un collegamento formalizzato?	viene effettuata terapia chirurgica?	se no, con quali strutture è previsto un collegamento formalizzato?	viene effettuata la chirurgica robotica?	se no, con quali strutture è previsto un collegamento formalizzato?	Da chi è presa la decisione terapeutica solitamente?	Viene effettuata la radioterapia ad intensità modulata di dose con IGRT?	N. pz. radioterapia ad intensità modulata di dose con IGRT trattamento radicale / definitivo. Anno 2024	Sono in atto schemi di frazionamento della dose cd 'Ipofrazionati' per la radioterapia?	N. pz trattati con terapia orale (es. ARSi, PARP inibitori etc), indipendentemente dal setting. Anno 2024	La chemioterapia in che regime viene erogata nei pazienti con tumore della prostata?	N. pz pazienti trattati con chemioterapia indipendentemente dal setting. Anno 2024	Nella vostra pratica clinica chiedete l'effettuazione del test genetico BRCA somatico?	Il test BRCA viene effettuato presso la sua struttura?	Se no, presso quale struttura vengono indirizzati i pazienti per l'effettuazione del test
Roma 1	Presidio Ospedaliero San Filippo Neri	Si	Si		Si		Si		Si		Gruppo multidisciplinare	Si	100	Ipofrazionamento moderato	87	Regime ambulatoriale	15	si	No	IFO
	Policlinico Umberto I	Si	Si		Si		Si		Si		Gruppo multidisciplinare	Si	100	Ipofrazionamento moderato		Day Hospital	80	si	No	San Camillo Forlanini
	AO San Giovanni Addolorata	Si	Si		Si		Si		Si		Gruppo multidisciplinare	Si	70	Ipofrazionamento moderato	circa 100	Regime ambulatoriale	circa 40	si	No	IFO
	Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Andrea	Si	Si		Si		Si		Si		Gruppo multidisciplinare	Si	180	Ipofrazionamento estremo (> 5 Gy/fr)	80	Regime ambulatoriale	30	si	Si	
	Fondazione Policlinico Agostino Gemelli	Si	Si		Si		Si		Si		Gruppo multidisciplinare	Si	> 200	Ipofrazionamento moderato	90	Day Hospital, Regime ambulatoriale	60	si	Si	
	Ospedale Isola Tiberina – Gemelli Isola	Si	Si		Si		Si		Si		Gruppo multidisciplinare	Si	200	Ipofrazionamento moderato	50	Day Hospital	25	si	No	Policlinico Gemelli
	Ospedale San Pietro FBF	Si	Si		Si		Si		No	nessuna struttura	Gruppo multidisciplinare	Si	500	Ipofrazionamento estremo (> 5 Gy/fr)	500	Day Hospital	50	si	Si	
	Ospedale San Carlo di Nancy	Si	No	rete collaborativa tra professionisti	No	rete collaborativa tra professionisti	No	rete collaborativa tra professionisti	Si		Gruppo multidisciplinare	No			solo terapia iniettiva	non applicabile	non applicabile	no	No	nessuna
	Aurelia Hospital	No	No		No		Si		Si		Gruppo multidisciplinare	No				Regime ambulatoriale	0	no	No	
	Casa di Cura Nuova Villa Claudia																			
Roma 2	Ospedale Sant'Eugenio	No	Si		No	Campus Biomedico Roma	Si		Si		Gruppo multidisciplinare	No			0	Day Hospital	0	si	No	
	IRCCS Regina Elena National Cancer Institute - IFO	Si	Si		Si		Si		Si		Gruppo multidisciplinare	Si	Non saprei	Ipofrazionamento estremo (> 5 Gy/fr)	200	Day Hospital	50	si	Si	
	Policlinico Tor Vergata	Si	Si		Si		Si		Si		Gruppo multidisciplinare	Si	100	Ipofrazionamento estremo (> 5 Gy/fr)	75	Day Hospital	20	si	Si	
	Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico	Si	Si		Si		Si		Si		Gruppo multidisciplinare	Si	240	Ipofrazionamento moderato	120	Regime ambulatoriale	50	si	Si	
	Ospedale MG Vannini - Ist. Figlie Di San Camillo	Si	Si		No	Campus Biomedico Roma	Si		No	nessuna struttura	Gruppo multidisciplinare	No				Day Hospital	10	si	No	POLICLINICO UMBERTO I, GEMELLI
	Policlinico Casilino	No	No		No		Si		Si		Singolo Referente	No					nessuno	no	No	
Roma 3	Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini Roma	Si	Si		Si		Si		Si		Gruppo multidisciplinare	Si	100	Ipofrazionamento moderato	180	Day Hospital (TXT) ed Ambulatorio (Caba)	50	si	Si	IFO
Roma 5	Ospedale Parodi Delfino - Colleferro	No	Si		No	Non ancora	Si		No	In via di formalizzazione	Singolo Referente	No			Otto	Day Hospital	Due	si	No	Altre strutture
	Ospedale San Giovanni Evangelista - Tivoli	No	Si		No	In via di formalizzazione	No	Policlinico Umberto I in via di formalizzazione	No	Policlinico Umberto I in via di formalizzazione	Singolo Referente	No			16	Day Hospital	4	si	No	Ospedale Sant'Andrea
Roma 6	Ospedale dei Castelli	Si	Si		No	INI - Grottaferrata	Si		No	IFO	Gruppo multidisciplinare	No			45	Day Hospital e Regime ambulatoriale	circa 15			
	Ospedale Regina Apostolorum - Albano	No	Si		No	INI Grottaferrata	Si		No	Policlinico Gemelli	Singolo Referente	No			Oltre 100	Day Hospital	Oltre 20	no	No	Struttura pubblica
	casa di cura privata Madonna delle grazie spa	No	No		No		No		No		Singolo Referente	No			40		6	si	No	
Viterbo	Ospedale Santa Rosa (ex Belcolle)	Si	Si		Si		Si		No	Policlinico Gemelli	Gruppo multidisciplinare	Si	70	Ipofrazionamento moderato	80	PAC	65	si	Si	
Rieti	Ospedale San Camillo de Lellis - Rieti	Si	Si		Si		Si		No	IFO (per accordi non istituzionalizzati)	Gruppo multidisciplinare	Si	55	Ipofrazionamento moderato	47	Regime ambulatoriale	18	si	No	IFO
Latina	Ospedale Santa Maria Goretti e UOC Oncologia Territoriale	Si	Si		Si		Si		No		Singolo Referente	Si	40	Ipofrazionamento moderato	140	Regime ambulatoriale	50	si	No	IFO
	Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico - Latina	Si	No	asl latina day h oncologico a direzione universitaria (Aprilia)	No	ASL LATINA	Si		Si		Gruppo multidisciplinare	No			15	Day Hospital		si	No	ASL LATINA
Frosinone	Ospedale SS Trinità - Sora e Ospedale F. Spaziani - Frosinone	No	Si		Si		No	Nessuna	No	Nesuna	Singolo Referente	Si	100	Ipofrazionamento moderato	10	Day Hospital	10	no	No	Nessuna