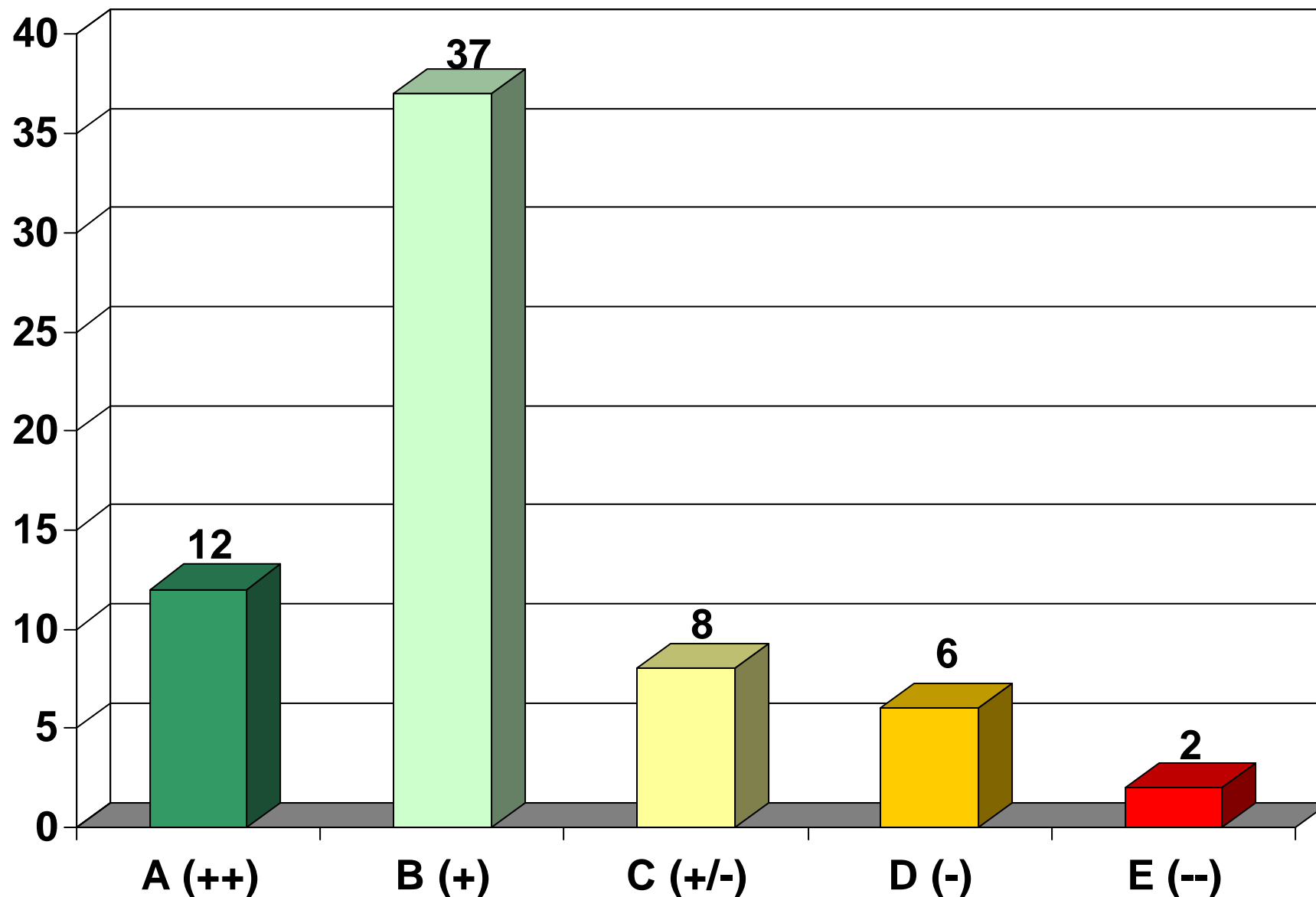


Valutazione dell'impatto delle LG regionali

Torino, 10 novembre 2011



N° di raccomandazioni per Grado



Metodi di valutazione

- **A livello Regionale:**

- Analisi dei percorsi assistenziali attraverso l'integrazione di **dati correnti**:
 - Disegno: prima / dopo la LG
 - Indicatori:
 - Dosaggi PSA, biopsie prostatiche, esami istologici su biopsie
 - Trattamenti chirurgici
 - Radioterapia (esterna, brachiterapia)
 - Trattamenti ormonali
 - Pazienti non trattati (monitoraggio ?)
 - Visite CAS, GIC, specialistiche
 - Costi
- **Studio di coorte** di pazienti di nuova diagnosi identificati dalla Anatomie Patologiche

- **A livello di Polo Oncologico**

- Studi di “clinical audit” basati su campioni di pazienti
-

CARCINOMA DELLA PROSTATA

linee guida clinico organizzative per la Regione Piemonte

SCREENING

- E** Allo stato attuale delle conoscenze non si raccomanda l'attivazione di programmi di screening di popolazione per il carcinoma prostatico.
- E** Non è raccomandata l'esecuzione del test di screening con PSA negli uomini di 75 anni o più o con una speranza di vita inferiore ai 10 anni.
- D** Non è opportuna l'esecuzione di test diagnostici quali il PSA, in ambito ospedaliero o ambulatoriale, sulla base unicamente del maggiore rischio legato all'età, in assenza di sospetto clinico, o di espressa richiesta del paziente, opportunamente informato sul rapporto tra benefici e rischi.

Screening for Prostate Cancer: Clinical Summary of a U.S. Preventive Services Task Force Recommendation

Population	Men Younger than Age 75 Years	Men Age 75 Years or Older
Recommendation	No recommendation Grade: I (Insufficient Evidence)	Do not screen Grade: D

Risk assessment	Prostate cancer is more common in older men, African Americans, and men with a family history of prostate cancer. The same uncertainties about the effects of screening that apply to other men also apply to these higher-risk men.	
Screening tests	The prostate-specific antigen (PSA) test is more sensitive than the digital rectal examination (DRE). The conventional PSA test cut-point of 4.0 µg/L misses some early cancer. However, lowering the cut-point would increase the rate of false-positive results. Variations of PSA screening have not yet been demonstrated to improve health outcomes.	
Screening intervals	If PSA screening reduces mortality, screening every 4 years may be as beneficial as annual screening.	
Interventions	Management strategies for localized prostate cancer include watchful waiting, active surveillance, surgery, and radiation therapy. There is no consensus regarding optimal treatment.	
Balance of harms and benefits	<ul style="list-style-type: none"> • The harms of screening include the discomfort of prostate biopsy and the psychological harm of false-positive test results. • Harms of treatment include erectile dysfunction, urinary incontinence, bowel dysfunction, and death. A proportion of those treated, and possibly harmed, would never have developed cancer symptoms during their lifetime. 	
	<p>For men younger than age 75 years, evidence is inadequate to determine whether screening improves health outcomes.</p> <p>Therefore, the balance of harms and benefits cannot be determined.</p>	<p>For men age 75 years or older and for those whose life expectancy is 10 years or fewer, the incremental benefit from treatment of prostate cancer detected by screening is small to none.</p> <p>Therefore, harms outweigh benefits.</p>
Suggestions for practice	Clinicians should discuss the potential benefits and known harms of PSA screening with their patients younger than age 75 years. Men in this age group should be informed of the gaps in the evidence, and their personal preferences should guide the decision of whether to order the test.	
Other relevant recommendations from the USPSTF	A list of USPSTF recommendations on cancer screening can be found at www.preventiveservices.ahrq.gov .	

Aggiornamento delle raccomandazioni della U.S. Preventive Services Task Force

Revisione della letteratura in:

Chou R et al. Screening for Prostate
Cancer. A Review of the Evidence for the
U.S. Preventive Services Task Force.

Annals of Internal Medicine October 7, 2011.

<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf12/prostate/prostateart.htm>

**Screening for Prostate Cancer:
U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement
DRAFT (ottobre 2011)**

This draft Recommendation Statement is not the final recommendation of the U.S. Preventive Services Task Force.

This draft is distributed solely for the purpose of pre-release review.

It has not been disseminated otherwise by AHRQ.

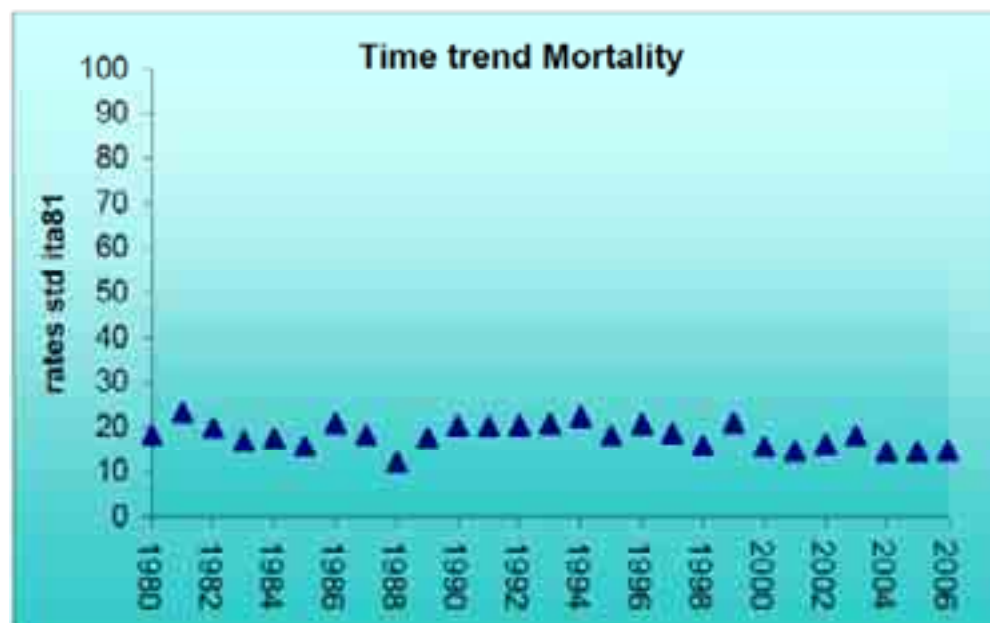
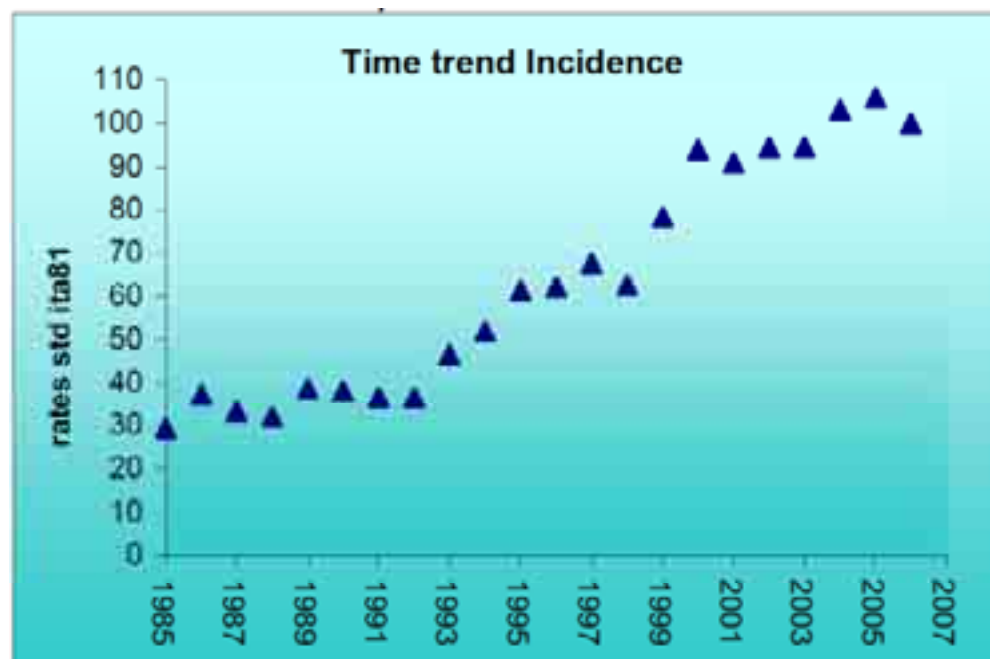
It does not represent and should not be interpreted to represent an AHRQ determination or policy.

What the Grades Mean and Suggestions for Practice

Grade	Definition	Suggestions for Practice
A	The USPSTF recommends the service. There is high certainty that the net benefit is substantial.	Offer or provide this service.
B	The USPSTF recommends the service. There is high certainty that the net benefit is moderate or there is moderate certainty that the net benefit is moderate to substantial.	Offer or provide this service.
C	The USPSTF recommends against routinely providing the service. There may be considerations that support providing the service in an individual patient. There is at least moderate certainty that the net benefit is small.	Offer or provide this service only if other considerations support the offering or providing the service in an individual patient.
D	The USPSTF recommends against the service. There is moderate or high certainty that the service has no net benefit or that the harms outweigh the benefits.	Discourage the use of this service.
I Statement	The USPSTF concludes that the current evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms of the service. Evidence is lacking, of poor quality, or conflicting, and the balance of benefits and harms cannot be determined.	Read the clinical considerations section of USPSTF Recommendation Statement. If the service is offered, patients should understand the uncertainty about the balance of benefits and harms.

Piedmont Cancer Registry

City of Turin (910,504 inhabitants at 31.12.2009)





RISCHIO CUMULATIVO

OGNI QUANTE PERSONE UNA È DESTINATA AD AMMALARSI O MORIRE DI CANCRO?

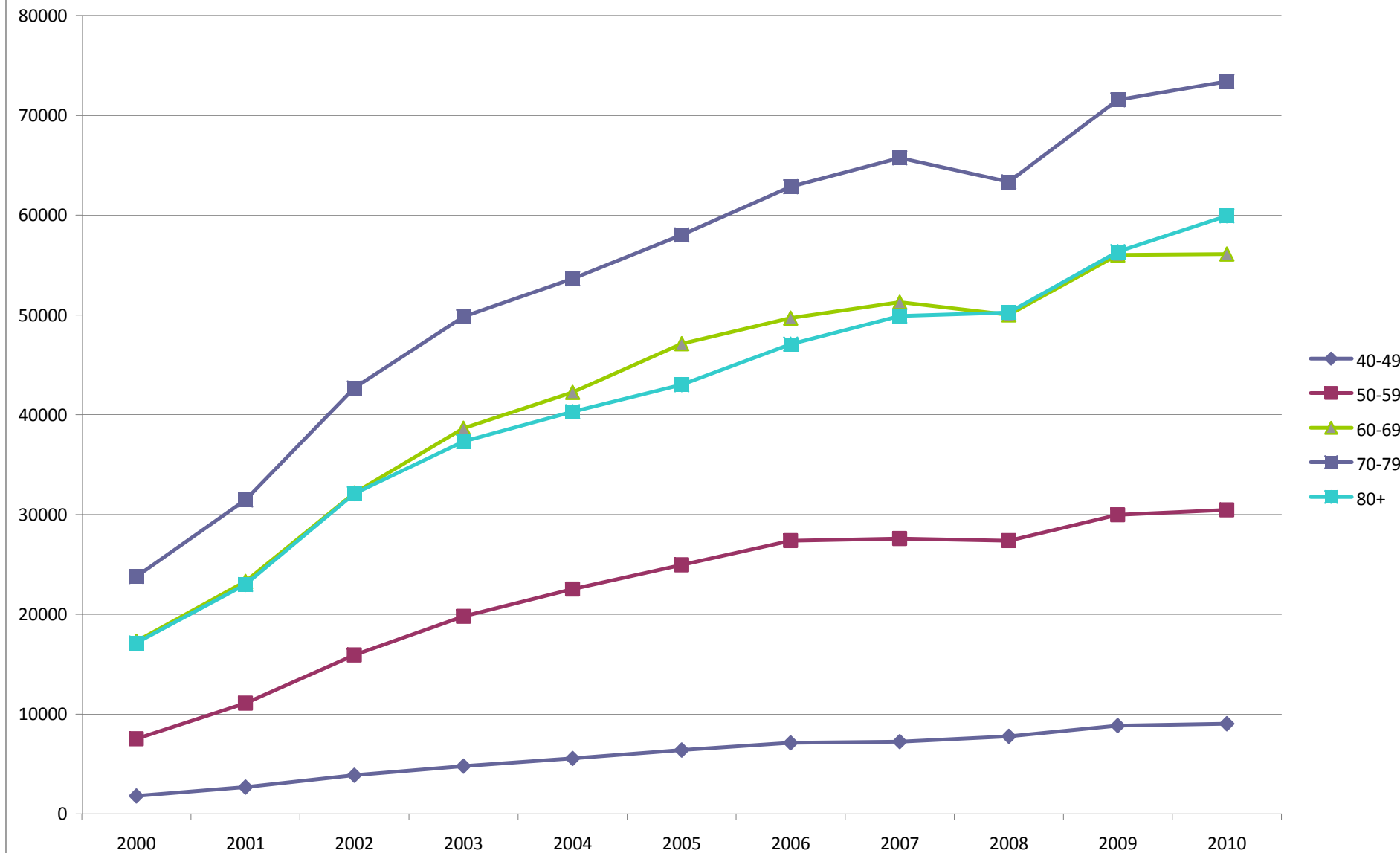
	UOMINI		DONNE	
	INCIDENZA	MORTALITÀ	INCIDENZA	MORTALITÀ
Totale (escluso epitelomi della cute)	2	3	2	6
Prostata	7	33		

14%

3%

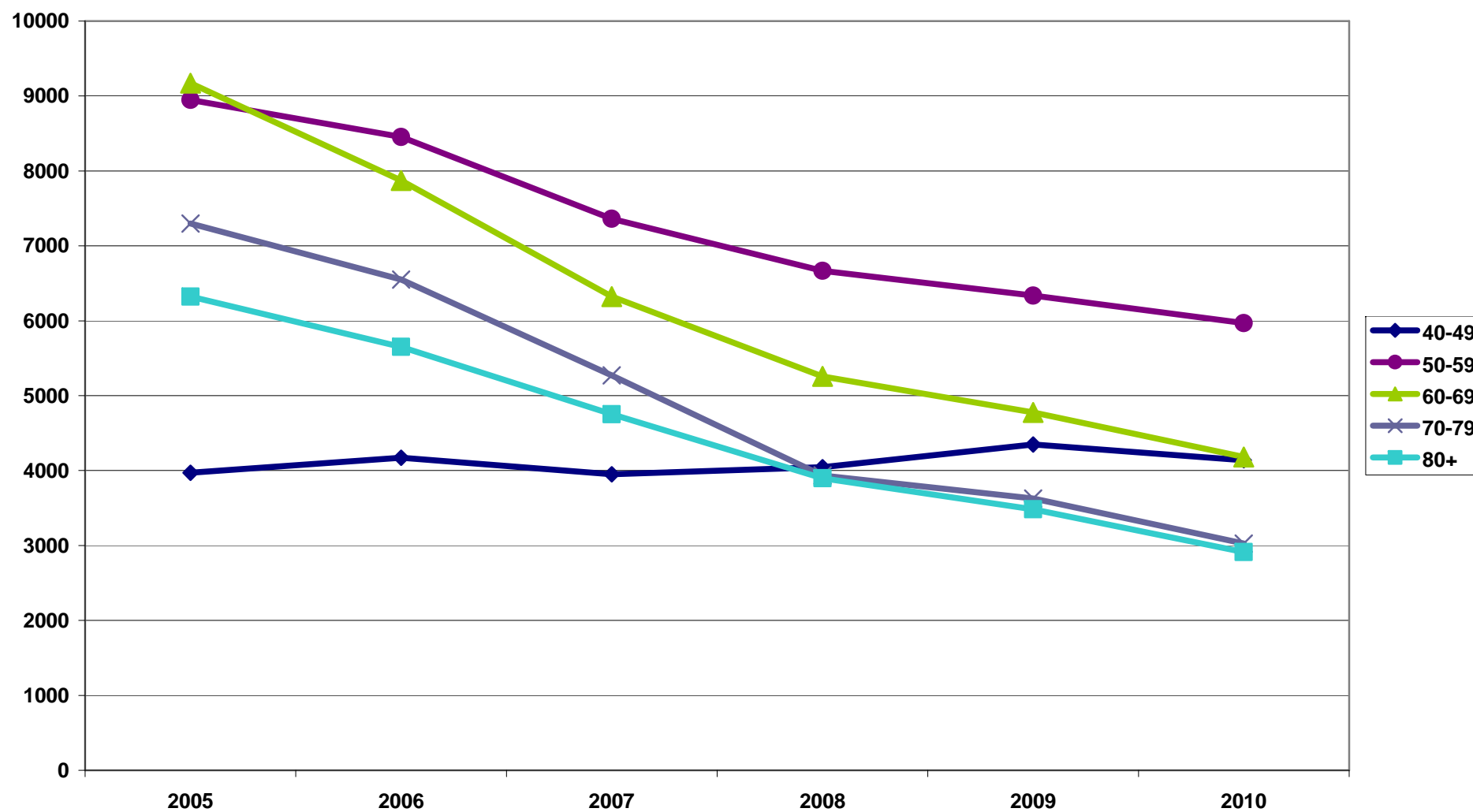
Tabella 4. AIRTUM 2003-2005. Rischio teorico individuale di sviluppare un tumore nell'arco della vita (0-84 anni) espresso, per sede e sesso, come numero di soggetti tra i quali si potrà sviluppare un caso. VADS = Vie aerodigestive superiori, SNC = Sistema nervoso centrale.

Tassi di esami PSA per età e anno (per 100.000 residenti)



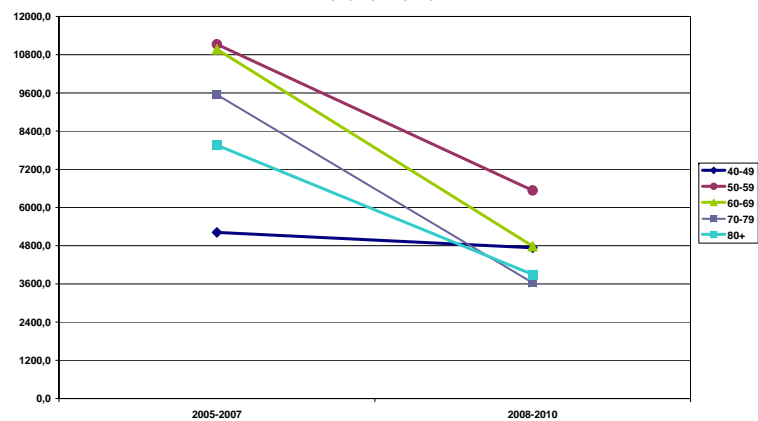
Risultati preliminari

Soggetti residenti in Piemonte con prima misurazione di PSA, per classi di età (tassi per 100.000)

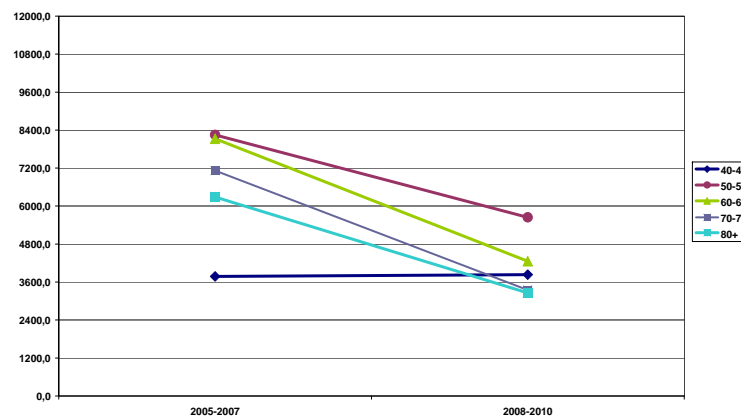


Risultati preliminari

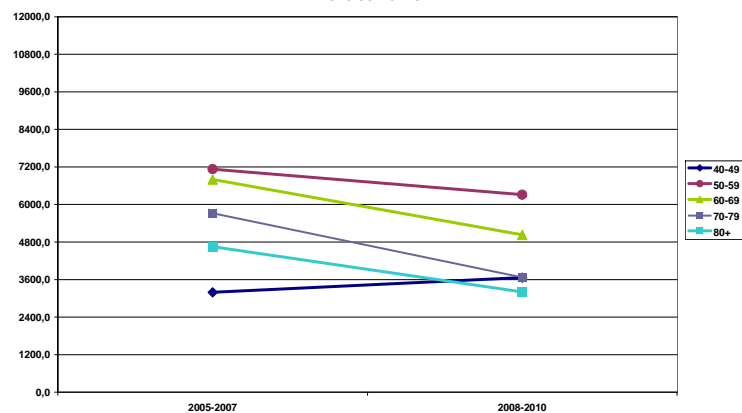
Soggetti con prima misurazione di PSA (tassi medi annui per 100000 residenti)
POLO NORD-OVEST



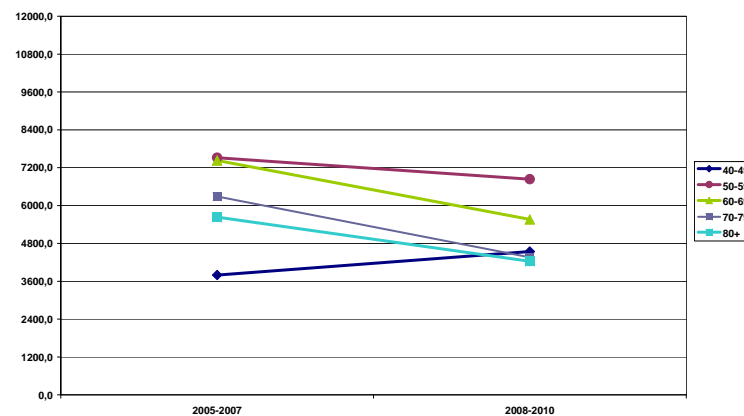
Soggetti con prima misurazione di PSA (tassi medi annui per 100000 residenti)
POLO NORD-EST



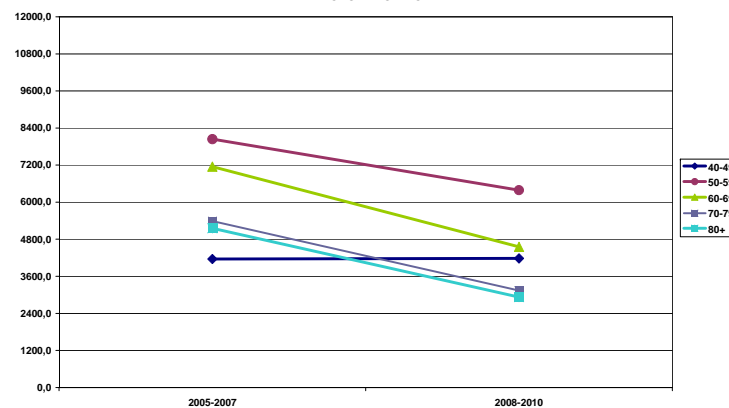
Soggetti con prima misurazione di PSA (tassi medi annui per 100000 residenti)
POLO SUD-OVEST



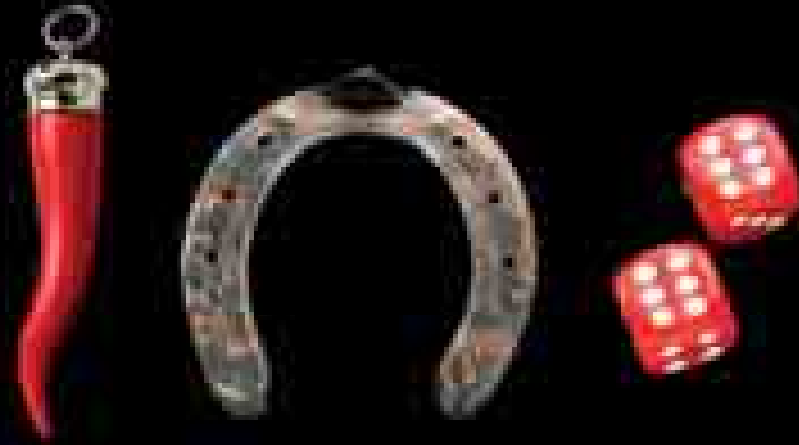
Soggetti con prima misurazione di PSA (tassi medi annui per 100000 residenti)
POLO SUD-EST



Soggetti con prima misurazione di PSA (tassi medi annui per 100000 residenti)
POLO DI TORINO



Risultati preliminari



**NON È LA FORTUNA CHE BATTE
IL TUMORE DELLA PROSTATA**

E' LA PREVENZIONE

**SE HAI COMPIUTO 50 ANNI VAI DAL TUO MEDICO.
BASTA POCO PER NON CORRERE RISCHI.**

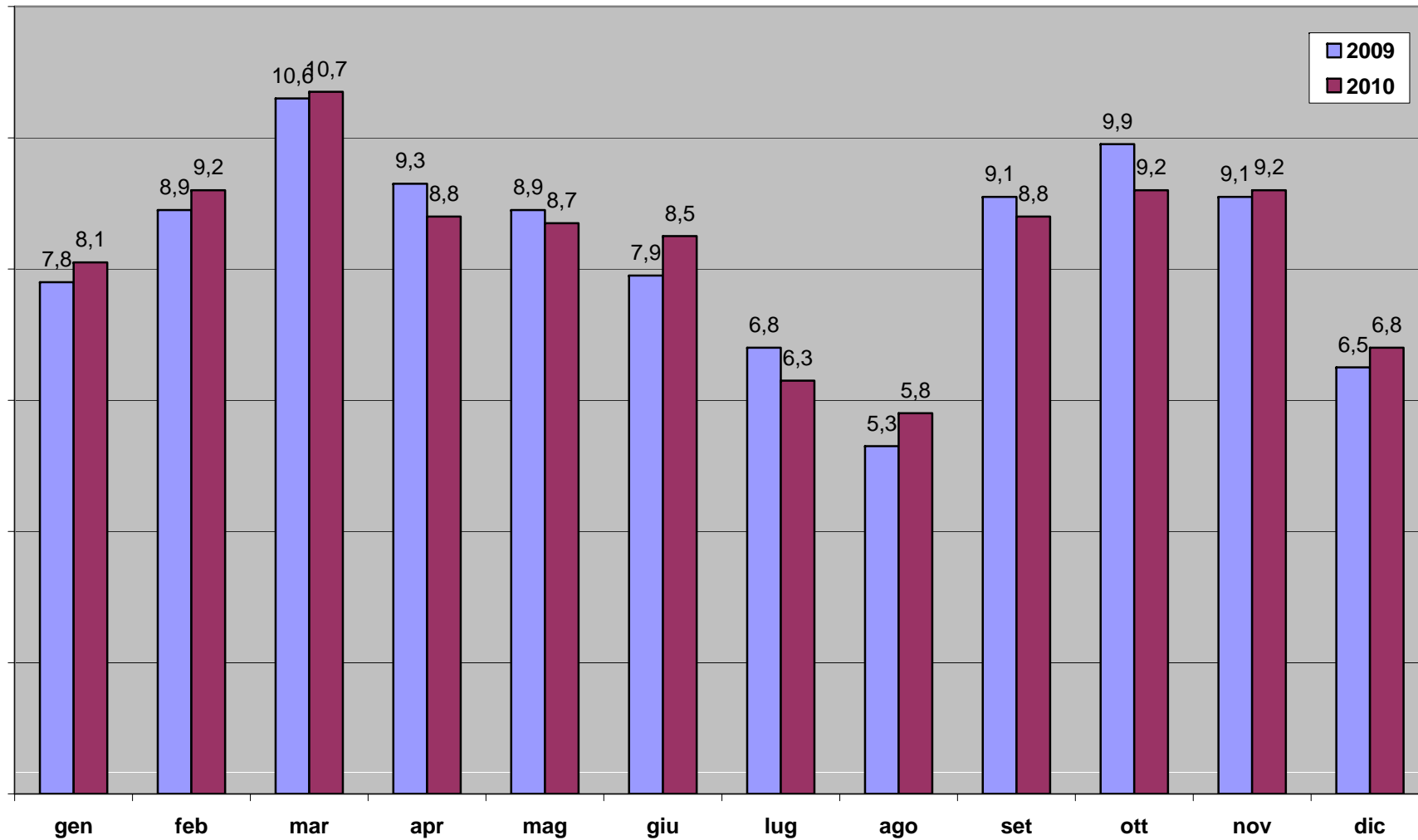
Il tumore della prostata è il tumore più comune tra gli uomini. È curabile se viene diagnosticato in tempo. Per aumentare le tue chance di vincere alla lotteria della salute, vai dal tuo medico ogni 10 anni o di più per un controllo. Con un semplice esame del sangue puoi scoprire se hai un rischio maggiore di ammalarti. È solo un controllo, ma può fare la differenza.


Ministero dello Sviluppo Economico
Ministero per le Pari Opportunità
www.pariopportunita.gov.it


Ministero della Salute
www.salute.gov.it

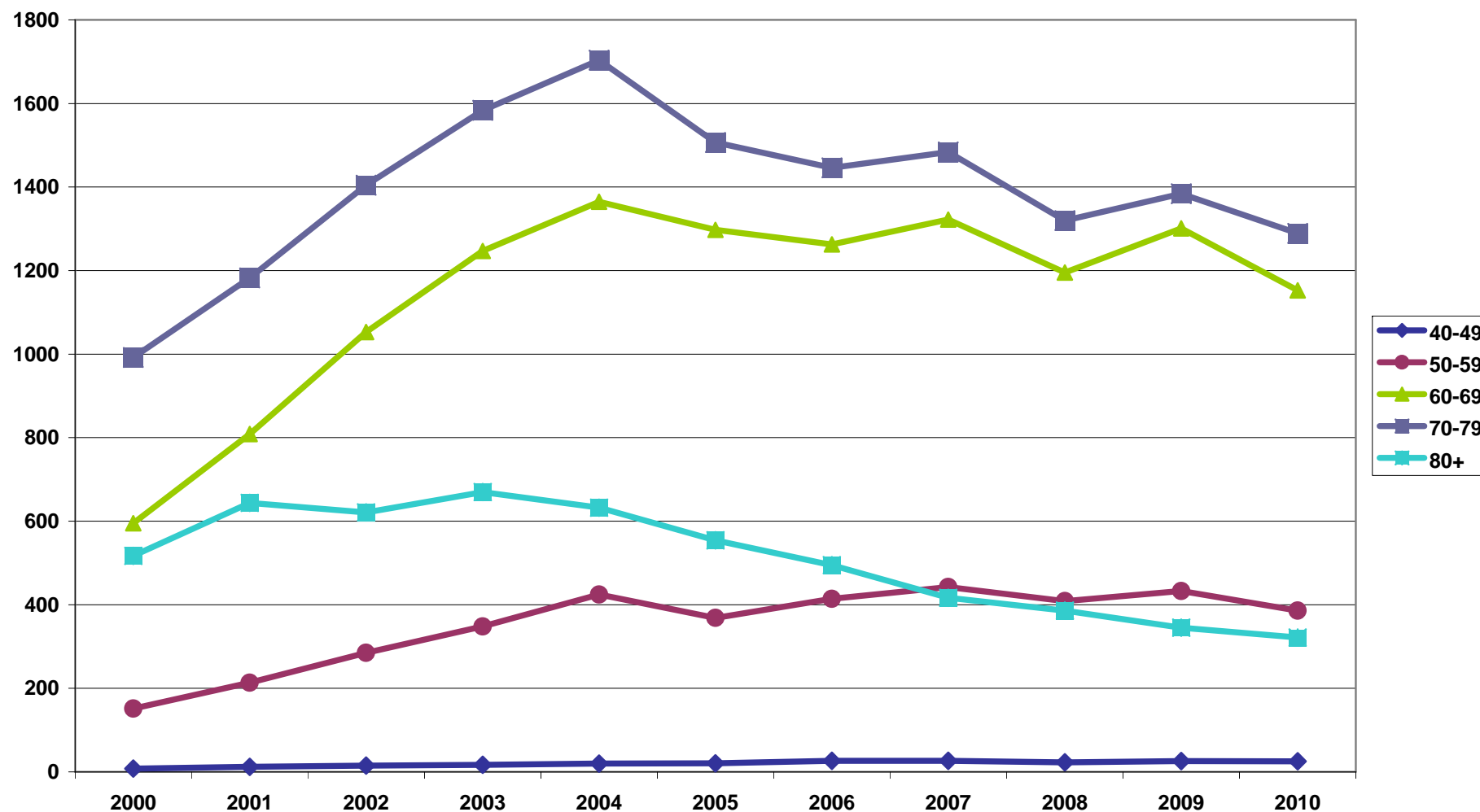
Maggio 2010

Misurazioni di PSA (%) per mese, anni 2009 e 2010



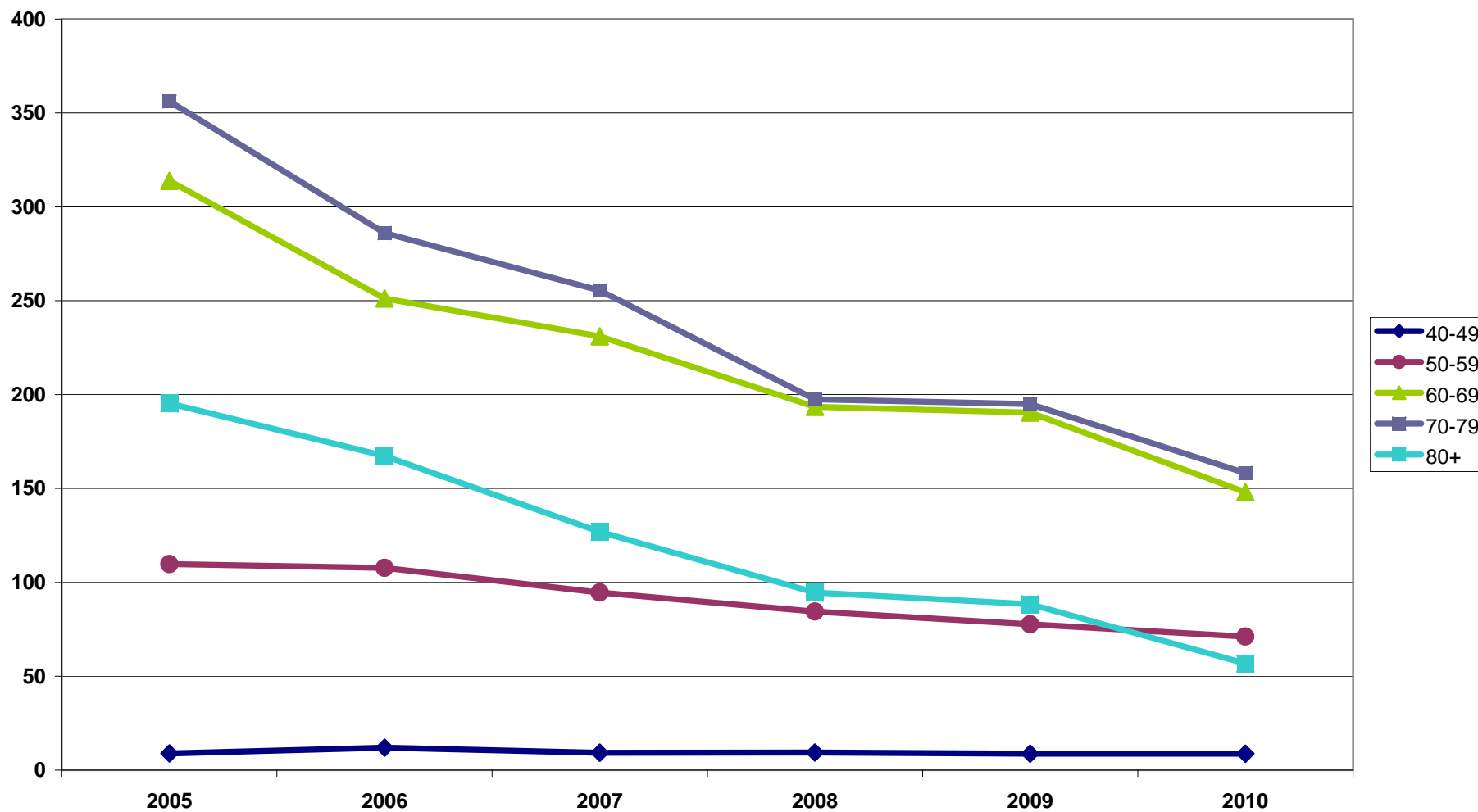
Risultati preliminari

Tassi di biopsia prostatica (ospedaliera o ambulatoriale), per età e anno (per 100.000 residenti)

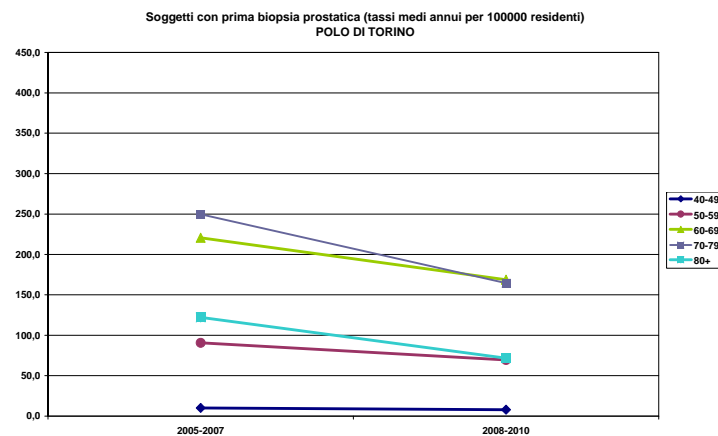
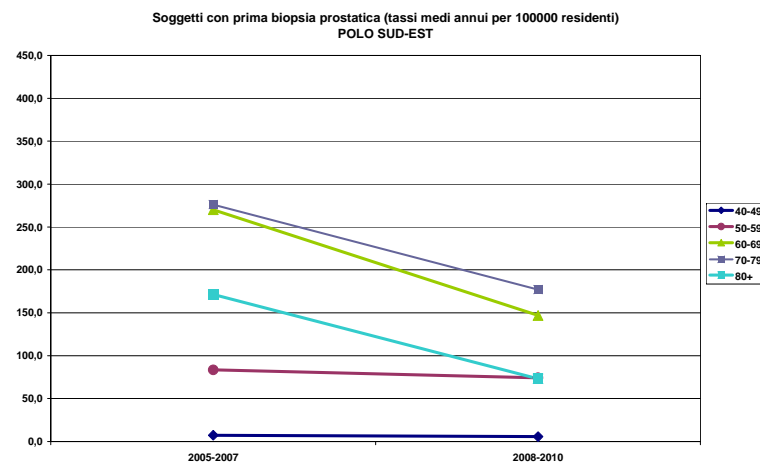
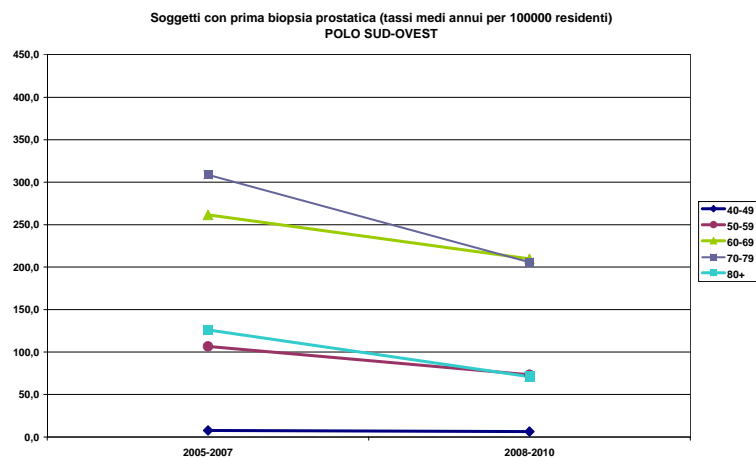
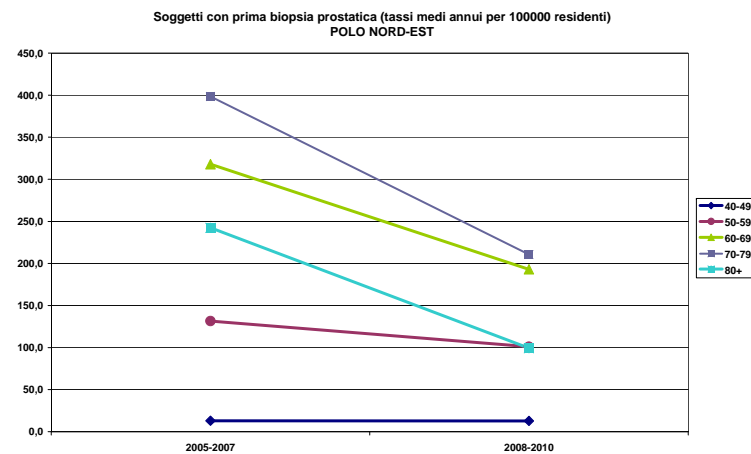
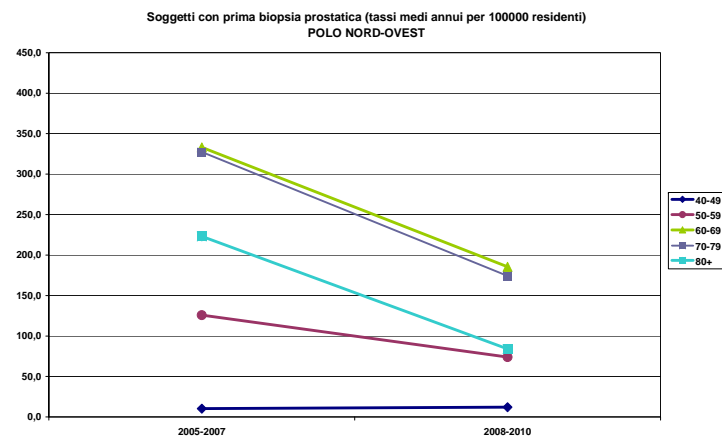


Risultati preliminari

Soggetti residenti in Piemonte che hanno eseguito una prima biopsia prostatica (tassi per 100.000)

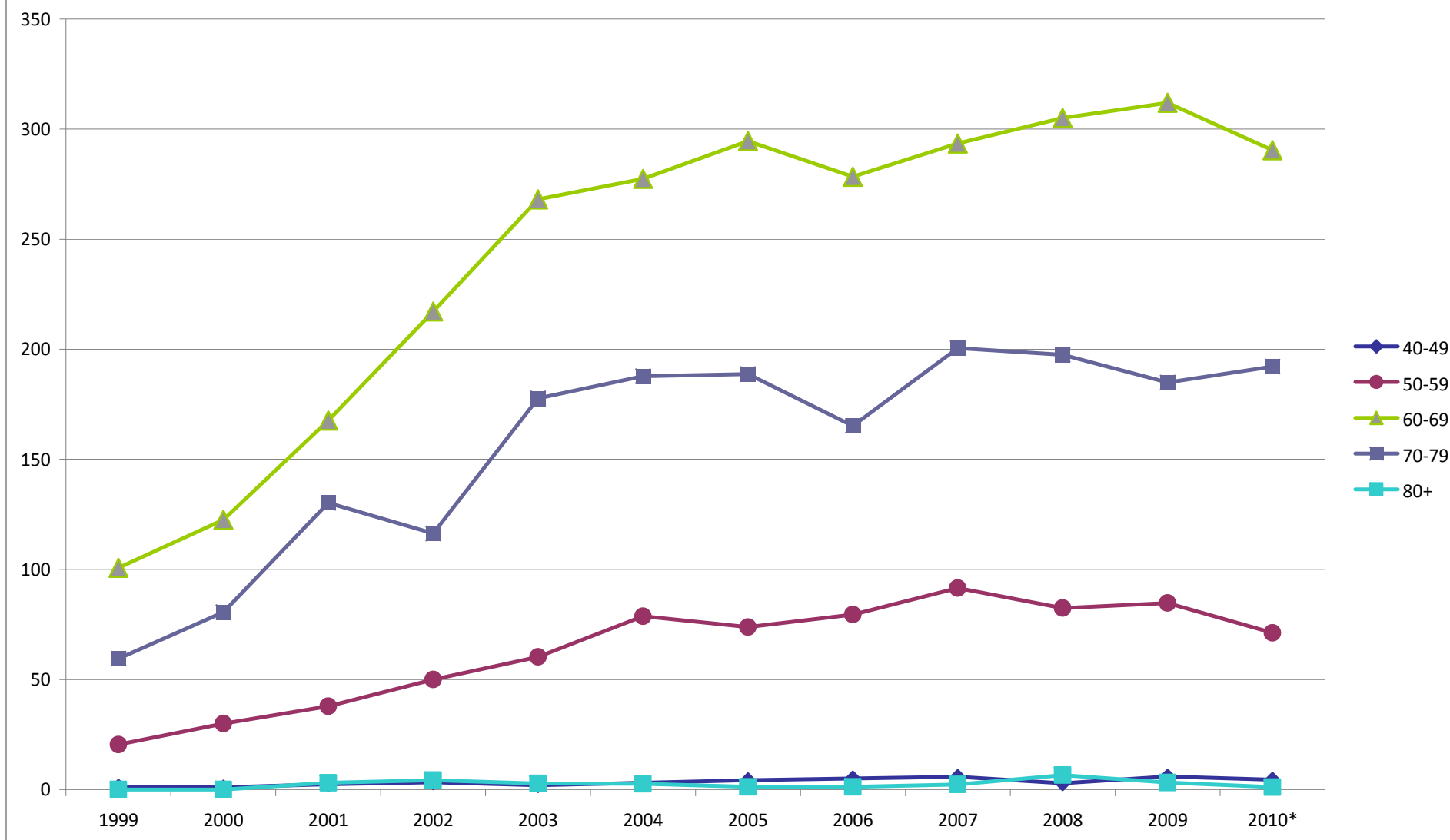


Risultati preliminari

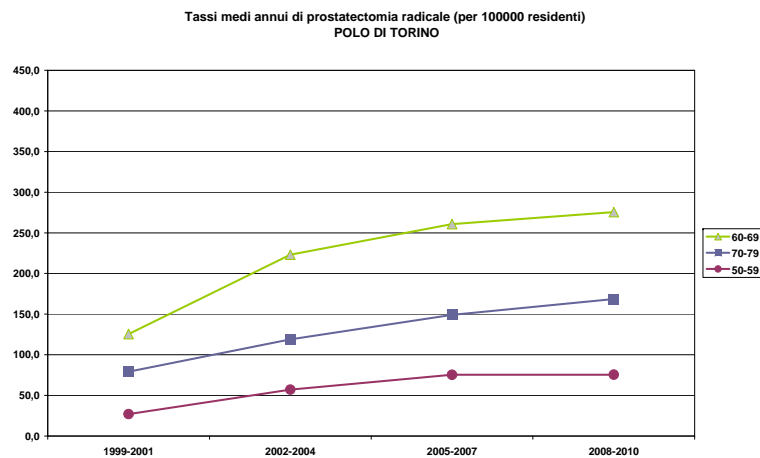
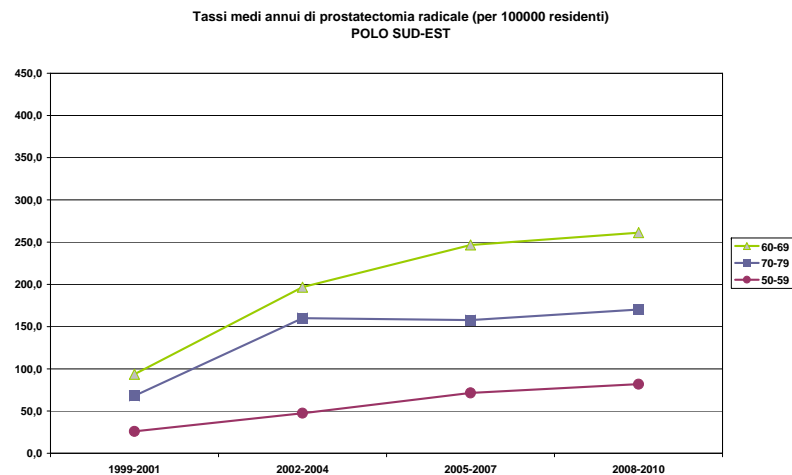
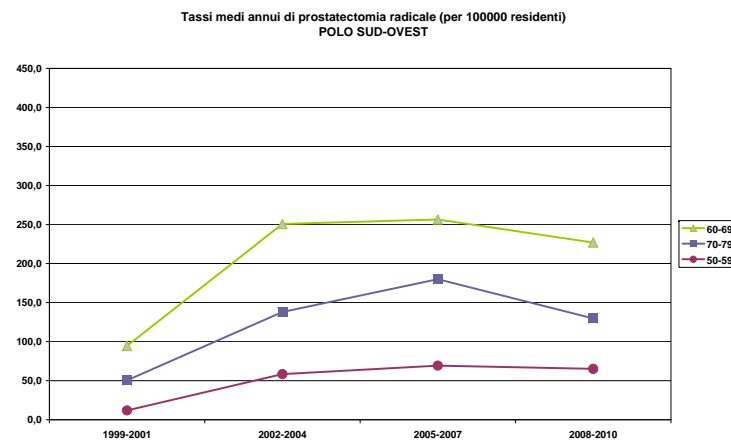
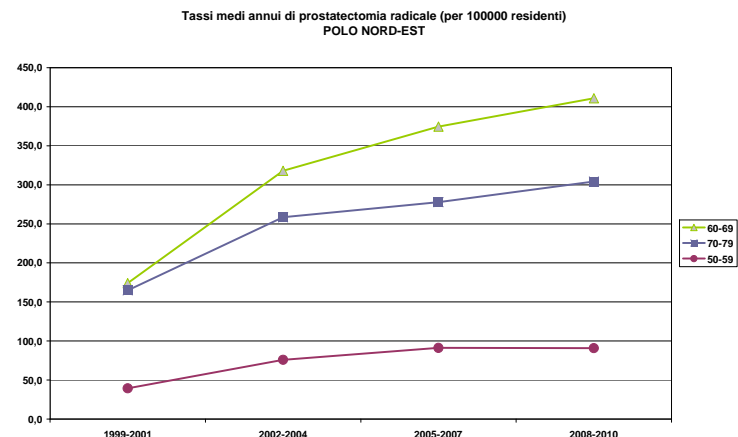
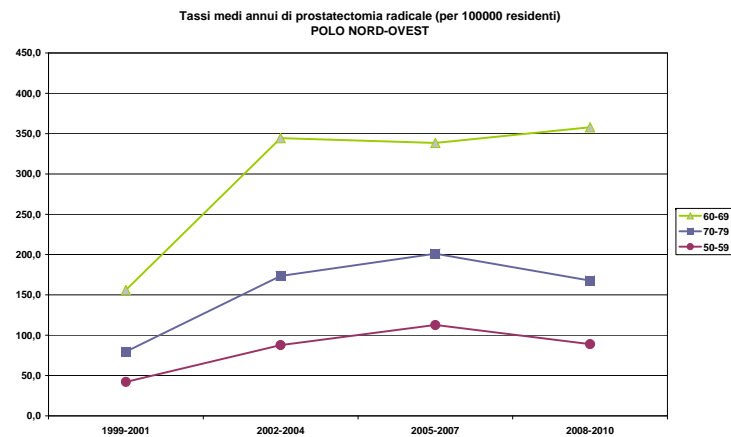


Risultati preliminari

Tassi di prostatectomia radicale età-specifici per 100000 residenti in regione Piemonte 1999-2009 (con K prostata in diagnosi principale)



Risultati preliminari



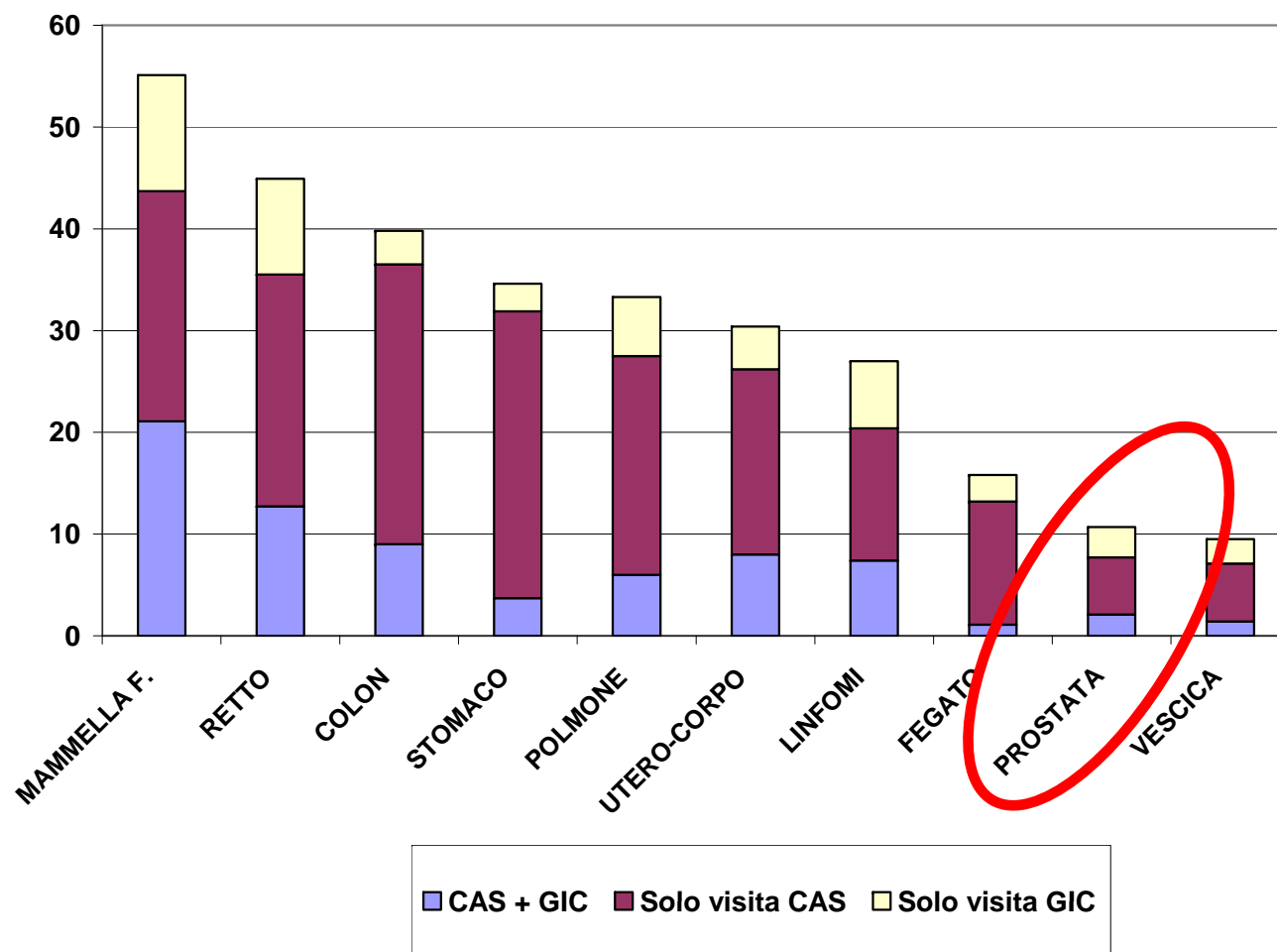
Risultati preliminari

N°	CAPITOLO E RACCOMANDAZIONI	LdE	GRADO	Cfr con altre LG:		
				Concorda	Concorda parzialmente	Non concorda
5. TRATTAMENTO						
26	La scelta del trattamento rappresenta un momento cruciale nella storia clinica di questi pazienti, ai quali dovrebbe essere offerta l'opportunità di una valutazione multidisciplinare (attraverso il GIC, o con l'ausilio di documentazione informativa scritta concordata dal GIC o con consulenza presso specialisti di diverse discipline) e di un reale coinvolgimento nella decisione, dopo una equilibrata e completa informazione sui rischi di evoluzione della malattia e sull'efficacia ed i rischi dei trattamenti nei diversi stadi di malattia.	III	B	AURO NICE AUA INT		

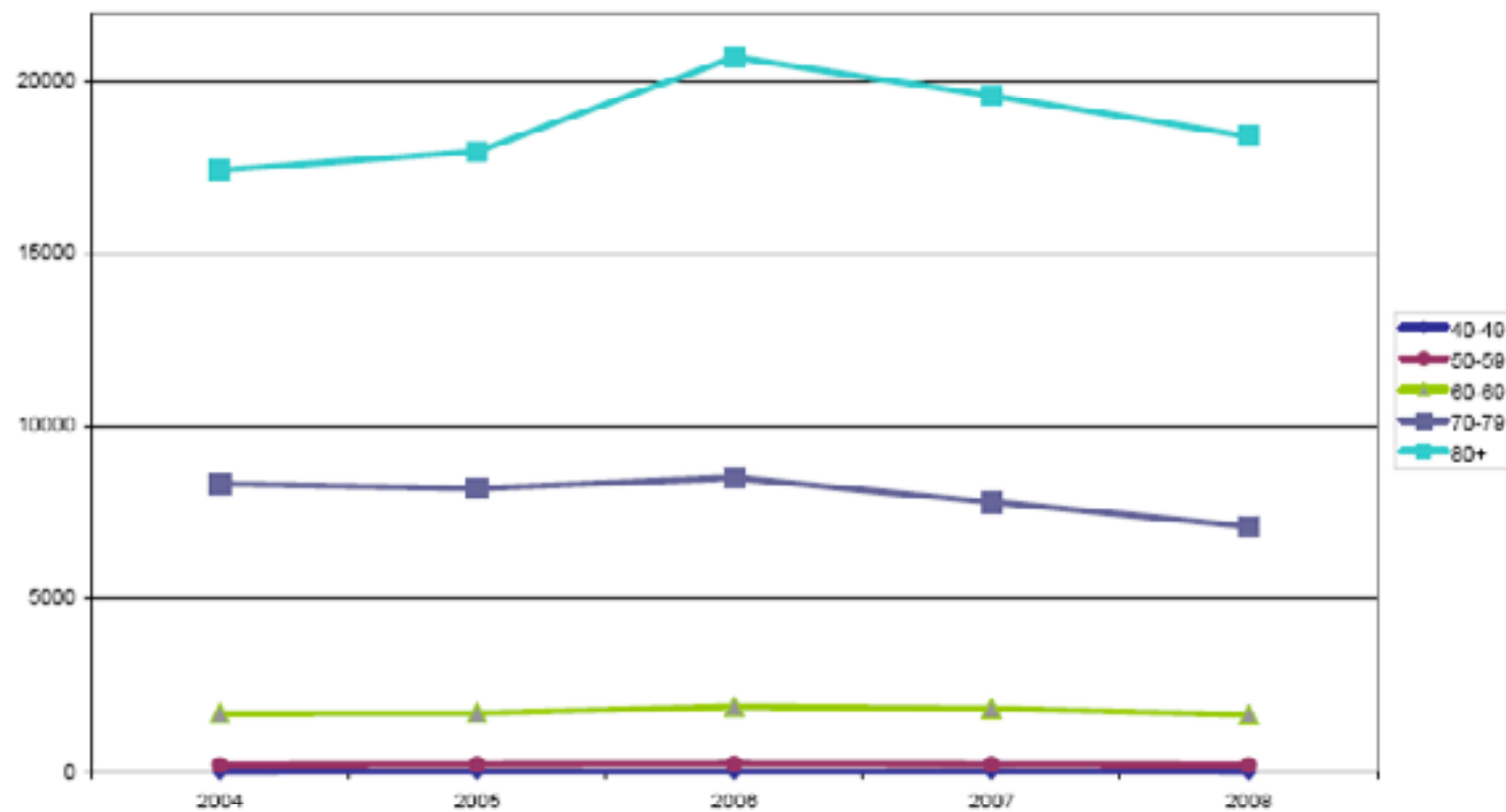
N°	CAPITOLO E RACCOMANDAZIONI	LdE	GRADO	Cfr con altre LG:		
				Concorda	Concorda parzialmente	Non concorda
2. ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI						
5	Deve essere garantita al paziente oncologico la continuità assistenziale, attraverso la condivisione delle informazioni, tra Gruppo Interdisciplinare di Cure, Unità Operative di Cure Palliative e servizi di Medicina Generale.	VI	B	NICE		
6	E' auspicabile che il percorso diagnostico e terapeutico del paziente affetto da tumore della prostata sia organizzato da un Gruppo Interdisciplinare di Cure specializzato, che operi in coerenza con le LG regionali.	III	B	NICE	AURO	

Risultati preliminari

% di casi di nuova diagnosi con visite CAS e GIC - 2009

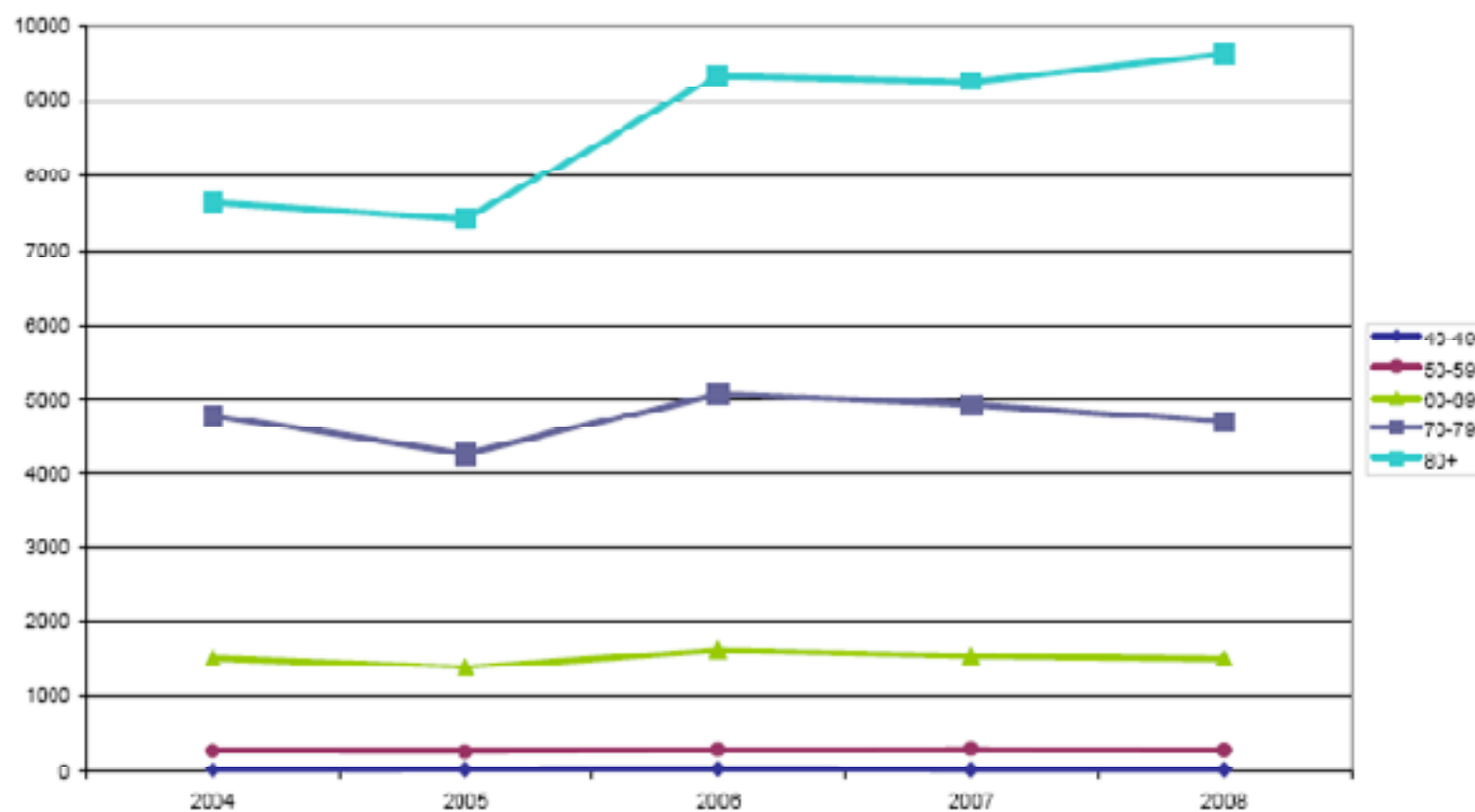


Tasso di prescrizioni di LHRH, per età e anno (per 100.000 residenti)



Risultati preliminari

Tasso di prescrizioni di antiandrogeni, per età e anno (per 100.000 residenti)



Risultati preliminari