

PSA e screening del tumore della prostata: il punto della situazione

Non vi sono attualmente le condizioni per impegnare risorse pubbliche in progetti di screening del tumore della prostata a mezzo PSA. Vi è invece spazio per percorsi individuali di diagnosi precoce, previa valutazione del rischio di neoplasia, allo scopo di ridurre le biopsie inutili. In caso di diagnosi di neoplasia prostatica, il paziente dovrebbe essere informato sulle opzioni terapeutiche più adatte al suo rischio prognostico.



Giovanni L. Pappagallo
Epidemiologo Clinico
Coordinatore Working
Group Linee Guida AIOM
Associazione Italiana
di Oncologia Medica
Comitato Scientifico SIURo

Come noto, mentre la prevenzione primaria mira ad evitare che una malattia si presenti o comunque a ridurre il rischio (come l'astensione dal fumo per il tumore polmonare o vescicale), la prevenzione *Secondaria* mira a identificare la malattia neoplastica in una fase precoce, aumentando così la possibilità di guarigione. Di solito viene attuata attraverso lo *screening di massa*, intervento di sanità pubblica offerto a una popolazione asintomatica che potenzialmente, per caratteristiche di rischio, potrà beneficiarne.

Si tratta sempre di un programma complesso, in cui ciascun soggetto della popolazione *bersaglio* viene invitato periodicamente a effettuare dei test, detti appunto di *screening*, allo scopo di ottenere una anticipazione diagnostica, che dovrà necessariamente tradursi in una riduzione di mortalità per la neoplasia in oggetto.

Per giustificare un tale sforzo organizzativo dovranno naturalmente essere soddisfatti alcuni requisiti, a suo tempo indicati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che andremo di seguito a indicare con specifico riferimento al tumore della prostata.

Rilevanza del problema per la Salute Pubblica

Il tumore della prostata è il tumore più frequentemente diagnosticato nella popolazione maschile, rappresentando il 22% delle patologie neoplastiche nei maschi in Italia e

il 10% di tutti i tumori diagnosticati. Tali stime di prevalenza (quanti malati di quel dato tumore sono presenti a una certa data) sono destinate ad aumentare in futuro in relazione all'incremento dell'età anagrafica, con aumento maggiore per la classe di età di 75 anni e



Benefici

oltre. In termini di anni di vita persi rispetto a quanto atteso in assenza della neoplasia (*Years of Potential Life Lost* secondo gli Autori Anglo-sassoni), il tumore della prostata si colloca però solo al 9° posto di una classifica che vede ai primi tre posti i tumori del polmone, della mammella e del colon-retto. Anche per tale parametro si prevede un aumento nel futuro, ancora prevalentemente a carico della popolazione di età maggiore di 75 anni.

Disponibilità di un test diagnostico attendibile

Un test diagnostico può essere considerato *attendibile* quando possa essere individuato un valore-soglia (*cut-off*) che

garantisca allo stesso tempo una buona sensibilità (probabilità che un soggetto malato presenti un test positivo) e una buona specificità (probabilità che un soggetto sano presenti un test negativo).

Il PSA totale (*t-PSA*) non è in questo senso un test ottimale, in quanto non esiste un *cut-off* che contemporaneamente abbia un'alta sensibilità e specificità ma piuttosto un *continuum* del rischio che si riduce progressivamente con l'abbassarsi del valore del marcatore ma non si azzerava mai; in pratica non vi è la possibilità di stabilire un valore soglia al di sotto del quale escludere la presenza di un tumore.

Derivati del PSA quali il rapporto percentuale tra PSA libero e totale

(*F/T-PSA*), un precursore del PSA (*[-2] proPSA*), l'indice *phi* derivato da una combinazione di tali parametri ($[-2] \text{ proPSA}/\text{fPSA} \times \sqrt{t\text{PSA}}$) e test genetici quali il PCA3 sembrerebbero assicurare una maggiore accuratezza diagnostica, ma non erano ancora disponibili e standardizzati al momento dell'avvio degli studi di screening attualmente oggetto di valutazione. Ad oggi è ancora difficile definire con precisione la loro valenza diagnostica e la loro collocazione nel percorso di approccio al paziente con sospetta neoplasia prostatica

Esistenza di un trattamento con un adeguato rapporto tra benefici e danni per i pazienti diagnosticati a mezzo dello screening

Un recente studio randomizzato (*PIVOT trial*) di confronto tra chirurgia e semplice osservazione (*Watchful Waiting*) ha evidenziato come solo i pazienti con tumore ad alto rischio ricevano dalla chirurgia un vantaggio in termini di sopravvivenza. Tale evidenza è in accordo con quanto a suo tempo dimostrato da uno studio Scandinavo (*SPCG-4 trial*) di disegno simile ma condotto durante la cosiddetta *era pre-PSA* (pazienti giunti all'osservazione del medico in seguito alla presenza di sintomi), nel quale il beneficio della chirurgia era limitato ai pazienti con meno di 65 anni e tumore di rischio intermedio-alto.

La Sorveglianza Attiva (differentemente dal *Watchful Waiting* in quanto i pazienti sono sottoposti a monitoraggio attivo dei parametri obiettivi e laboratoristici) viene quindi indicata come approccio proponibile (e promettente) per i casi di malattia a più basso rischio.

La terapia radiante (radioterapia esterna e brachiterapia) è spesso impiegata come approccio terapeutico di prima intenzione, tuttavia non sono disponibili studi randomizzati di confronto tra le di-



Perché rivolgersi al medico di famiglia prima di sottoporsi a uno “screening” per tumore della prostata

Ogni cittadino italiano ha il suo medico di famiglia che rappresenta il primo “avamposto” del Sistema Sanitario per tutti i bisogni sanitari di base. Al medico di famiglia viene richiesto, nel corso della sua attività professionale, di fare prevenzione, diagnosi e cura nei confronti di tutti i suoi assistiti senza distinzione di età, sesso, razza e religione. Anche in questo specifico caso (la richiesta di una determinazione del PSA da parte di un paziente relativamente al tumore della prostata) è importante ed opportuno discuterne con il paziente. Stiamo parlando di un singolo paziente a cui può essere prescritto da parte del medico tale esame, oppure perché richiesto dal paziente. Il significato del termine “screening” in questo caso è inopportuno in quanto per screening si intende un intervento preventivo, di massa, su una grande fetta di popolazione eleggibile perché quello specifico intervento, grazie ad una diagnosi anticipata, è in grado di ridurre significativamente la progressione e la mortalità per cui l'intervento preventivo viene richiesto con un rapporto complessivo di efficacia, rispetto al costo, favorevole. Ciò avviene per il pap-test, per la mammografia e per la ricerca del sangue occulto nelle feci per la prevenzione, rispettivamente, del tumore della cervice uterina, del tumore del seno e del tumore del colon.

Ciò non è stato ancora dimostrato per il PSA nei confronti del tumore della prostata, però sappiamo che il numero delle determinazioni di PSA nella popolazione maschile over 50 anni ha una penetrazione pari ad un'attività di screening, tanto che qualcuno l'ha definito una sorta di “screening occulto” ossia un qualcosa non sostenuto da politiche di sanità pubblica ma che, a tutti gli effetti, si svolge. Le ragioni di ciò sono molte e vanno attribuite principalmente ad una sorta di “tam-tam mediatico” iniziato negli anni '90 quando l'uso diffuso della determinazione del PSA con un semplice prelievo ematico ha di fatto cambiato la storia naturale del tumore della prostata dove sono praticamente scomparsi quei pazienti che arrivavano dal medico talvolta con i segni drammatici di una malattia in progressione (per esempio le metastasi ossee).

Oggi, invece, ci troviamo di fronte ad una “epidemia” di tumori della prostata diagnosticati anticipatamente proprio grazie al dosaggio del PSA. Sappiamo che molti di questi casi non si sarebbero manifestati clinicamente e sarebbero rimasti silenti. I pazienti che hanno intrapreso questo percorso, talvolta complesso e con problemi clinici conseguenti, legati proprio agli interventi di diagnosi e di cura, sono diventati a tutti gli effetti pazienti con un tumore della prostata. Problemi psicologici (per il fatto di co-

noscere la malattia), problemi conseguenti alle periodiche biopsie prostatiche in fase di definizione della patologia, problemi di disfunzione erettile e di incontinenza urinaria dopo le terapie, sono le situazioni conseguenti proprio a questo percorso “incidentato”.

Riteniamo che una buona pratica clinica deve prevedere che ogni medico di famiglia debba richiedere una determinazione del PSA quando il paziente presenta una familiarità per il tumore della prostata, quando presenta dei disturbi prostatici specialmente negli over 50. Riteniamo che ogni richiesta al di fuori di queste circostanze debba essere discussa e concordata con il paziente in un'ottica di *concordance*, laddove le decisioni devono essere assunte e portate avanti insieme non solo nella fase iniziale ma anche nel possibile percorso successivo, nella consapevolezza, specialmente da parte del paziente, dei rischi che si possono correre.

Proprio alla luce di quanto esposto, l'alleanza medico-paziente (specialmente tra l'assistito e il suo medico di famiglia) quanto più è forte tanto poi saranno forti le dinamiche che sosterranno il paziente nel suo percorso di malattia.

Dott. Aurelio Sessa

*Medico di Medicina Generale
Presidente S.I.M.G. Lombardia
Comitato Scientifico Europa Uomo Italia Onlus*



verse modalità terapeutiche. Attualmente è in via di completamento uno studio randomizzato di confronto fra le tre modalità di approccio ai pazienti diagnosticati a mezzo screening (ProtecT trial), i cui risultati iniziali sono attesi per la fine del 2015.

Accordo su quali pazienti (diagnosticati a mezzo screening) sottoporre a trattamento

È evidente - per quanto riportato nel paragrafo precedente - che l'individuazione dei casi di tumore non meritevoli di trattamento aggressivo è un'esigenza primaria dalla quale dipende il rapporto tra benefici e danni dell'intero progetto di screening, essendo il sovratratteggio (cioè un trattamento non necessario, in quel momento, per un determinato paziente) uno dei "danni" principali e insiti nei programmi di screening, come sottolineato dagli stessi autori.

Esistono modelli di calcolo del livello di rischio (di metastasi e di decesso) basati su parametri quali età alla diagnosi, valore di tPSA, stadio clinico di malattia, grado di differenziazione istologica del tumore (*Gleason Score*), percentuale di prelievi positivi alla biopsia (CA-PRA-score). Recentemente l'accuratezza predittiva di tale modello è stata incrementata (oltre 80% di attendibilità per i casi a basso rischio) associando un modello basato sull'identificazione di una serie di geni sul prelievo biptico (*Genomic Prostate Score*).



Programmi di screening: stato delle evidenze

Negli ultimi anni sono stati condotti più studi (randomizzati e osservazionali) aventi come obiettivo la dimostrazione di efficacia dello screening con PSA (con *cut-off* posto a 3-4ng/ml) in termini di riduzione della mortalità cancro-specifica.

Sono state quindi prodotte da più parti sintesi numeriche (revisioni sistematiche con meta-analisi) di tali studi, giungendo a conclusioni non sempre sovrapponibili. La U.S. Preventive Services Task Force (Organizzazione Governativa Statunitense) ha ritenuto nel 2011 di sconsigliare con forza qualsiasi intervento di screening, ritenendo il vantaggio di sopravvivenza inadeguato ai rischi connessi alla biopsia e al trattamento chirurgico.

D'altra parte la Cochrane Collaboration (autorità indiscussa nel campo della Medicina Basata sull'Evidenza) ha recentemente ritenuto non appropriato procedere a una sintesi unica delle evidenze, date le differenze nel disegno e nella qualità degli studi disponibili.

La stessa Cochrane Collaboration ha ritenuto il programma europeo di screening con PSA (ERSPC) come l'unico metodologicamente adeguato a fornire una risposta affidabile, e quindi su questo ci baseremo per descrivere lo stato delle evidenze.

Lo studio (in realtà trattasi di una raccolta di studi condotti indipendentemente in varie parti d'Europa) ha arruolato più di 160.000 soggetti di età compresa tra 50 e 74 anni. A 13 anni di follow-up (dati recentemente presentati al Convegno Annuale della Associazione Europea di Urologia - EAU), nel gruppo sottoposto a screening è stata rilevata una diminuzione relativa del 21% (rispetto al braccio di controllo) del rischio di decesso per cancro della prostata, con una differenza assoluta nella mortalità cancro-specifica per 1000 pazienti/anno di 0.11 (0.43 Vs 0.54).

In altri termini, per prevenire 1 decesso per cancro della prostata

In termini di anni di vita persi rispetto a quanto atteso in assenza della neoplasia, il tumore della prostata si colloca solo al 9° posto di una classifica che vede ai primi tre posti i tumori del polmone, della mammella e del colon-retto

dovranno essere invitati allo screening 781 pazienti (*number needed to invite – NNI*), 27 dei quali verranno diagnosticati (*number needed to diagnose – NND*) e quindi trattati con le modalità terapeutiche di cui al precedente paragrafo. In altre parole, su 27 pazienti trattati (operati o sottoposti a radioterapia) 1 ne avrà un beneficio in termini di vita risparmiata, ma 26 verranno operati o irradiati inutilmente (sovratrattamento). Tali parametri sono in progressivo miglioramento con il prolungarsi del follow-up.

Allo stato attuale la percentuale di sovradiagnosi (*overdiagnosis*), cioè di pazienti con una neoplasia destinata a non essere diagnosticata in assenza dello screening, si attesta attorno al 50% dei casi scoperti a mezzo screening.

La catena di eventi connessi alla diagnosi a mezzo screening (biopsia, comunicazione della eventuale diagnosi, effetti collaterali del trattamento – specialmente in presen-

Non è possibile stabilire un valore soglia del PSA al di sotto del quale escludere la presenza di un tumore

za di sovradiagnosi) deve quindi essere attentamente considerata per porre il giudizio di prevalenza o meno del beneficio finora osservato sui possibili danni.

Screening di massa o pratica clinica quotidiana?

Riguardo alla opportunità o meno di attivare (o mantenere, se già attivati) programmi di screening di massa, il giudizio non può che essere ancora oggi di tipo sospensivo.

Il non rilevante impatto (se paragonato ad altre neoplasie) in termini di anni di vita potenzialmente persi a causa della neoplasia (ove sono in aumento casi e decessi in età non coperta dai programmi di screening), la scarsa efficienza diagnostica del tPSA, la non disponibilità attuale di dati di efficacia comparativa delle opzioni terapeutiche in pazienti diagnosticati a mezzo screening (e il non completo accordo su quali-pazienti-trattare-con-che-cosa) e, infine, la non sufficiente maturità dei dati del progetto ERSPC non consigliano di impegnare risorse pubbliche in tale attività di prevenzione.

Altra cosa è la pratica clinica quotidiana, nella quale un soggetto (con più di 50 anni ma non oltre 70, magari con familiarità per neoplasia prostatica o presenza di sintomi urinari) potrebbe decidere di intraprendere un percorso informato di diagnosi precoce, nel quale il t-PSA possa essere adeguatamente



Che cosa bisogna considerare prima di sottoporsi a uno “screening” per tumore della prostata

Gli screening vengono proposti usualmente e genericamente come strumenti di prevenzione. Per questo, nella decisione di sottoporsi ad uno screening, spesso la parola “prevenzione” viene vissuta dalle persone nel suo significato primario, cioè come “quell’insieme di azioni finalizzate ad impedire l’insorgenza di una malattia”. Dal punto di vista psicologico, quindi, l’equivalenza che può essere fatta, a volte anche inconsciamente, è: “Mi sottopongo ai controlli così evito la malattia”. “Ma come? Andavo sempre a fare i controlli eppure mi ritrovo con un cancro!” è una frase comune che indica bene il disorientamento e la frustrazione nel quale un paziente può ritrovarsi. In realtà, quando si parla di screening, in medicina ci si colloca in una prospettiva di prevenzione secondaria, che coincide quindi con le misure di diagnosi precoce. Attraverso uno screening per il tumore della prostata, per esempio, si cerca di identificare la malattia in uno stadio molto precoce in modo che abbia una prognosi più favorevole, sia possibile trattarla in maniera efficace e si possano ottenere un maggior numero di guarigioni e una riduzione del tasso di mortalità. È importante che il paziente abbia ben chiaro questo in quanto, a fronte della semplicità e non invasività di un test come il PSA, un semplice esame del sangue, facile da eseguire e semplice da prescrivere, lo scenario che si può aprire successivamente è quello di un percorso per definire la presenza o assenza di un tumore: “Ma non capisco, io sto bene. Ho fatto così per caso il PSA, me lo ha messo insieme agli altri esami il medico per scrupolo e adesso forse ho il cancro?” Al di là della prognosi, tale diagnosi ha sempre un effetto traumatico, che deve essere consapevolmente preso in considerazione sia dal paziente quando decide di sottoporsi al test che dal medico quando decide di suggerirlo.

Una difficoltà ulteriore, che si accompagna nello specifico allo screening per il tumore della prostata, è il rischio di sovradiagnosi e sovratrattamento. La sovradiagnosi indica una diagnosi precoce di malattia tumorale che non avrebbe mai dato problemi al paziente né messo a rischio la sua vita. Alla sovradiagnosi spesso si accompagna il sovratrattamento, vale a dire un trattamento che cura una malattia senza un effettivo bisogno, dal momento che tale malattia non arriverebbe mai a manifestarsi in forme disturbanti, aggressive e /o letali.

Il primo prezzo della sovradiagnosi è insito nel portato traumatico che ha una diagnosi di cancro, ma a questo si aggiunge l’impatto del rischio degli effetti collaterali delle terapie, in particolare il rischio di veder compromessa la propria funzionalità urinaria, rettale e sessuale. Qualunque terapia venga proposta per il cancro prostatico, infatti, intacca questi ambiti. Una possibile incontinenza, la perdita



della capacità di avere rapporti sessuali completi, e in generale l’alterazione della funzionalità erettile, una maggiore fragilità rettale, possono produrre nel paziente una modifica in negativo della sua socialità, portare a un’alterazione dell’equilibrio di coppia e produrre, quindi, sofferenza psicologica. Al di là, quindi, della terapia che viene proposta o eseguita, esiste la possibilità di una perdita della qualità di vita percepita dal paziente. È evidente che tali difficoltà sono conseguenze affrontabili nel momento in cui viene curata una malattia potenzialmente pericolosa, mentre diventano oggettivamente un danno quando si parla di sovratrattamento.

Ancora una volta la soluzione di queste problematiche, a fronte di una incertezza della medicina, sta prima di tutto in una buona comunicazione fra medico e paziente. La decisione di sottoporsi a uno screening per il tumore alla prostata non deve essere presa in semi-autonomia dal paziente, ma deve nascere all’interno del rapporto con il proprio medico, che informi il paziente circa le reali funzioni del PSA, che accompagni il paziente durante tutto l’eventuale iter diagnostico, che lo supporti e lo guidi aiutandolo ad evitare il rischio di trattamenti non strettamente necessari.

Dott.ssa Simona Donegani

Psicologa Psicoterapeuta

“Programma Prostata”

Fondazione IRCCS

Istituto Nazionale dei Tumori di Milano

Comitato Scientifico Europa Uomo Italia Onlus



**È possibile
prevenire
1 decesso per
cancro della prostata
ogni 27 pazienti
diagnostici
(e trattati)**

assistito dai derivati del PSA e da calcolatori di rischio - <http://www.prostatecancer-riskcalculator.com/assess-your-risk-of-prostate-cancer> - in grado di diminuire per quanto possibile il rischio di biopsie inutili. Cruciale in tale fase è il ruolo del Medico di Medicina Generale. Qualora vi fosse una diagnosi di neoplasia prostatica, il paziente dovrebbe essere informato sulle opzioni terapeutiche al momento più adatte al suo specifico rischio prognostico, meglio se in un ambiente multidisciplinare (*Prostate Unit*).

Raccomandazioni di tenore simile sono state poste nel 2012 dalla Associazione Europea di Urologia (EAU) - Sito Internet: http://www.uroweb.org/gls/pdf/08%20Prostate%20Cancer_LR%20March%2013th%202012.pdf e nel 2013 dalla Associazione Urologica Americana (AUA) - Sito Internet: <http://www.auanet.org/education/guidelines/prostate-cancer-detection.cfm> e in campo nazionale già nel 2008 dalla Associazione Urologi Italiani (Auro.it) - Sito Internet: <http://www.auro.it/wp-content/uploads/2013/11/lq10.pdf> e nel 2013 dalla Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) - Sito Internet: <http://www.aiom.it/area+pubblica/area+medici/Prodotti+scientifici/linee+guida/1,333,1>,

La Società Italiana di Urologia Oncologica (SIURO) ha invece prodotto nel 2009 un position paper tuttora in armonia con quanto sopra dichiarato - Sito Internet: <http://www.siuro.it/comunicazioni-siuro/screening-sul-carcinoma-della-prostata-sino-punto-di-vista-della-siuro>

La “Giuria dei cittadini” sconsiglia il PSA come test di “screening”

In data 15 giugno 2013 la Giuria dei cittadini, chiamata a rispondere alla domanda: “Il servizio sanitario deve sconsigliare o consigliare il PSA come test di screening individuale per il tumore della prostata in uomini dai 55 ai 69 anni?” ha deliberato di sconsigliare l’uso del PSA come test di screening individuale con una maggioranza di 10 a 3. La giuria nel suo insieme ha successivamente concordato il presente documento di sintesi delle proprie motivazioni, di cui si pubblica qui solo la prima parte.

Motivazioni

La giuria è consapevole della rilevanza del problema essendo il tumore alla prostata il più diffuso fra gli uomini e coinvolgendo direttamente 36.000 persone l’anno. Inoltre si rende conto che diversi milioni di test del PSA all’anno sono la spia di un forte bisogno di rassicurazione. Tuttavia, sebbene il PSA sia l’unico test disponibile per la diagnosi precoce del tumore della prostata, la maggioranza dei giurati, sentiti gli esperti e fatte le proprie considerazioni, ha ritenuto che non ci siano, ad oggi, le condizioni per cui il Servizio Sanitario Nazionale debba consigliarne l’uso come test di screening individuale. In particolare ci tiene a sottolineare come sconsigliare non significhi vietare, quanto piuttosto esprimere un orientamento, di cui si sente la necessità. In un ambito ancora così controverso tale scelta va a favore della libertà del medico senza ledere quella del cittadino-paziente. Essa, infatti, non impedisce al medico di prescrivere ad un paziente asintomatico tale esame, ma gli garantisce la necessaria tranquillità nel caso non lo ritenga necessario, senza tema di incorrere in azioni giudiziarie. Essa, inoltre, può diventare un’occasione per il medico per approfondire le informazioni in merito al test e agli esiti degli studi finora effettuati oltre che un terreno di franca e onesta discussione con il paziente che lo richieda.

A convincere in particolare i giurati sono stati: l’incertezza degli esiti del test, l’utilità individuale e sociale del test, il rapporto costi/benefici. [...]

Per l’elenco completo delle motivazioni si rimanda al Sito Internet: http://www.partecipasalute.it/cms_2/giurie-cittadini/prostata/1972

Come si è arrivati a questa delibera e che cosa è la “Giuria dei cittadini”?

Cerchiamo di spiegare questa relativamente nuova iniziativa. Nel dicembre 2012 è stato avviato un progetto volto a promuovere l’*empowerment* di comunità con l’obiettivo di favorire lo sviluppo di strumenti e metodi di coinvolgimento, attraverso la sperimentazione del modello della “Giuria di cittadini”. L’idea alla base del progetto è che le decisioni sugli interventi medici che hanno natura collettiva e ricadute sulla comunità, oltre che sui singoli, debbano essere condivise con i cittadini. La “Giuria di cittadini” è un gruppo di cittadini che, dopo aver ricevuto informazioni chiare, trasparenti ed esaurienti su un argomento, delibera in considerazione dell’interesse collettivo su un tema di interesse pubblico. Il progetto è stato promosso dal progetto PartecipaSalute - coordinato dall’IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, con il Centro Cochrane Italiano e l’agenzia di editoria scientifica Zedig

- e nasce all’interno delle azioni di ricerca sostenute dall’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) per promuovere lo sviluppo di processi di *empowerment* di comunità nei sistemi sanitari regionali.

L’uso del PSA come test di screening individuale o spontaneo è un tema dibattuto in letteratura e nella pratica, con ricadute collettive. Per questo su tale argomento si è sentita l’esigenza di un intervento della “Giuria dei cittadini”, riunita a Modena il 14 e il 15 giugno 2013. Come si è visto, la Giuria ha de-

liberato che il Servizio Sanitario deve sconsigliare il PSA come test di screening individuale per il tumore della prostata in uomini di 55-69 anni.

Il progetto ha visto collaborare rappresentanti di Società Medico Scientifiche, aziende AUSL, giornalisti, rappresentanti delle Regioni, Economisti Sanitari, rappresentanti di Associazioni di volontariato, Agenas, Istituto Superiore di Sanità e Istituti di Ricerca. Alla luce di questo progetto, i promotori stanno valutando come il metodo “Giuria dei cittadini” si possa collocare all’interno dei diversi sistemi sanitari regionali, in specifiche realtà organizzative considerando anche le esperienze già esistenti di ascolto e partecipazione dei cittadini.

Per ulteriori informazioni si rimanda al Sito Internet: http://www.partecipasalute.it/cms_2/giurie-cittadini/prostata/1972

