WORKSHOP
“LUNG CANCER SCREENING: Regioni a confronto”

White paper

MILANO, 17 Giugno 2026

società italiana simm leadership e management in medicina

CONFEDERAZIONE FEDER SANITÀ anci regionali

White paper

Lung Cancer Screening: Regioni a confronto

2026

Il presente White Paper nasce dal workshop "Lung Cancer Screening: Regioni a confronto", svoltosi a Milano il 17 giugno 2026. L'incontro ha rappresentato un'occasione di confronto tra esperti, rappresentanti istituzionali, professionisti sanitari e stakeholder coinvolti nella prevenzione oncologica, con l'obiettivo di discutere le condizioni necessarie per l'implementazione progressiva di un programma organizzato di screening del tumore del polmone in Italia. La discussione si è concentrata sui principali snodi clinici, organizzativi, finanziari e di governance, valorizzando le esperienze regionali già avviate e identificando le priorità per costruire un modello nazionale più uniforme, sostenibile, equo e misurabile.

WORKSHOP
"LUNG CANCER SCREENING: Regioni a confronto"

EXECUTIVE SUMMARY

Lo screening del tumore del polmone rappresenta oggi uno dei principali nodi irrisolti della prevenzione oncologica in Italia. Le evidenze sull'utilizzo della tomografia computerizzata a basso dosaggio (LDCT) nei soggetti ad alto rischio sono consolidate; ciò che resta da costruire è un modello organizzato, finanziato e monitorabile, capace di tradurre l'evidenza in accesso uniforme e in risultati misurabili. Il workshop "Lung Cancer Screening: Regioni a confronto" ha mostrato che l'Italia non parte da zero: il Programma R.I.S.P., le esperienze di Lombardia, Toscana, Basilicata, Piemonte, Sardegna, Sicilia e di altre Regioni costituiscono una base concreta da cui partire.

⇒ *Uno screening del tumore del polmone non è una TAC isolata: è un percorso che inizia con l'identificazione delle persone eleggibili, prosegue con l'invito attivo e la valutazione del rischio, comprende la LDCT, la refertazione strutturata, la gestione dei noduli e dei reperti incidentali, il follow-up, la discussione multidisciplinare dei casi complessi e l'eventuale presa in carico terapeutica.*

⇒ *I due snodi più critici sono il finanziamento e il reclutamento. Senza risorse strutturali, il programma resta progettualità temporanea. Senza un modello di intercettazione attiva, lo screening rischia di raggiungere soprattutto persone già informate e con maggiore alfabetizzazione sanitaria, lasciando fuori proprio i gruppi a più alto rischio.*

⇒ *La proposta nazionale ha previsto una fase di avvio finanziata da risorse dedicate per la prevenzione e per l'estensione del R.I.S.P., ma deve evolvere verso un finanziamento strutturale attraverso LEA, Fondo Sanitario Nazionale, tariffe dedicate e budget regionali vincolati agli obiettivi di prevenzione.*

⇒ *Il reclutamento deve essere multicanale: autocandidatura, MMG, farmacie, centri antifumo, pneumologie, cardiologie, medicina del lavoro, servizi territoriali, associazioni, Comuni, case di comunità, canali digitali e unità mobili. La parola chiave non è attendere la domanda, ma andare verso le persone eleggibili.*

⇒ *L'integrazione con la cessazione tabagica non è un elemento accessorio. Ogni contatto di screening deve diventare un "teachable moment" per offrire counselling, invio ai centri antifumo e, dove possibile, supporto farmacologico e psicologico.*

⇒ *La qualità radiologica è un prerequisito di sicurezza e appropriatezza: protocolli LDCT omogenei, dose minima, refertazione strutturata, classificazione dei noduli, misurazione volumetrica, gestione condivisa dei reperti incidentali e formazione dei radiologi devono essere requisiti minimi.*

⇒ *Il monitoraggio deve essere nazionale e comparabile. Occorrono indicatori comuni su copertura, invito, adesione, eleggibilità, esiti LDCT, positività, falsi positivi, tempi di presa in carico, stadio alla diagnosi, interventi curativi, cessazione tabagica, equità e costi.*

⇒ *L'innovazione deve essere incorporata in modo progressivo, validato e governato, non come sostituto del programma organizzato ma come leva per aumentare qualità e sostenibilità.*

⇒ *L'obiettivo politico e programmatorio è passare da sperimentazioni e iniziative regionali a una strategia nazionale adattabile ai contesti locali, ma uniforme nei diritti di accesso, negli standard di qualità e nella misurazione degli esiti.*

WORKSHOP
"LUNG CANCER SCREENING: Regioni a confronto"

Razionale e obiettivo del white paper

Il tumore del polmone è una delle neoplasie a maggiore impatto epidemiologico, clinico e organizzativo. In Italia, il tumore del polmone rappresenta una delle neoplasie a maggiore impatto epidemiologico e assistenziale. Nel 2024, secondo i dati AIOM, sono state stimate circa 44.800 nuove diagnosi, pari a oltre 31.800 casi negli uomini e circa 12.900 nelle donne, configurandosi come la seconda neoplasia più frequente nella popolazione maschile e la terza in quella femminile. Dal punto di vista istologico, la maggior parte dei casi è rappresentata dal carcinoma polmonare non a piccole cellule, che costituisce circa l'85% delle diagnosi, mentre il carcinoma polmonare a piccole cellule rappresenta circa il 13-15% dei casi. Tra le principali istologie, l'adenocarcinoma e il carcinoma squamoso costituiscono le forme più frequenti.

Il burden della malattia è ulteriormente aggravato dall'elevata quota di diagnosi in fase avanzata. Una parte rilevante dei pazienti riceve infatti la diagnosi in stadio III o IV, con quasi la metà dei casi diagnosticata in fase metastatica. Questo elemento condiziona in modo determinante la prognosi, le possibilità terapeutiche e l'intensità della presa in carico. In termini di mortalità, il tumore del polmone si conferma la prima causa di morte oncologica negli uomini e la seconda nelle donne: nel 2022 sono stati registrati circa 35.700 decessi, di cui 23.600 tra gli uomini e 12.100 tra le donne. La sopravvivenza netta a cinque anni rimane limitata, pari a circa il 16% negli uomini e al 23% nelle donne, confermando la necessità di strategie capaci di anticipare la diagnosi e modificare la storia naturale della malattia.

L'identificazione precoce consente, invece, di intercettare lesioni in stadi iniziali, potenzialmente candidabili a trattamenti curativi, con benefici attesi in termini di sopravvivenza, qualità di vita e sostenibilità dei percorsi oncologici.

In Italia, il tema si trova in una fase di transizione: esistono esperienze di ricerca e programmi regionali o locali già avviati, ma lo screening del tumore del polmone non è ancora stabilmente offerto come programma organizzato uniforme sul territorio nazionale. Questo genera una geografia potenzialmente diseguale dell'accesso, nella quale la possibilità di ricevere un'offerta di screening dipende dalla Regione, dalla presenza di un centro aderente, dalla capacità di intercettazione del territorio e dalla disponibilità di fondi temporanei.

Il presente white paper ha l'obiettivo di proporre una base comune per l'implementazione progressiva di uno screening nazionale del tumore del polmone, valorizzando il confronto tra Regioni e integrando i principi emersi dal Programma R.I.S.P. (Rete italiana screening polmonare) e dalle esperienze regionali discusse in uno specifico workshop, tenutosi a Milano il 17 giugno 2026.

Il workshop: perché un confronto tra Regioni

Il workshop del 17 giugno 2026 ha riunito decisori regionali, clinici, radiologi, oncologi, professionisti di sanità pubblica, rappresentanti delle reti oncologiche, dei dipartimenti di prevenzione e degli stakeholder istituzionali.

La struttura dei lavori ha previsto tre panel: il contesto clinico e scientifico, i modelli organizzativi e la sostenibilità, alcuni esempi regionali; a questi si è aggiunta una tavola rotonda interregionale con Emilia-Romagna, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia e Veneto.

Il confronto ha confermato un punto essenziale: lo screening è un sistema, il cui successo dipende dalla capacità di costruire un percorso integrato, dalla prevenzione primaria alla presa in carico del sospetto diagnostico, con standard minimi e capacità di adattamento regionale.

Dal razionale clinico al programma organizzato

Le evidenze disponibili indicano che la LDCT (acronimo di *Low-Dose Computed Tomography*, ovvero Tomografia Computerizzata a basso dosaggio) può ridurre la mortalità per tumore del polmone nei forti fumatori ed ex forti fumatori. Il Decreto Ministeriale dell'8 novembre 2021, istitutivo della R.I.S.P., richiama i risultati a lungo termine di diversi studi NLST, NELSON e MILD, indicando una riduzione della mortalità per carcinoma polmonare in forti fumatori compresa tra il 20% e il 39%, in funzione della durata dell'intervento.
Questa evidenza, tuttavia, non si traduce automaticamente in un programma nazionale. Uno screening efficace deve massimizzare il rapporto beneficio-rischio e beneficio-costo. Deve quindi identificare correttamente la popolazione ad alto rischio, limitare l'esposizione non necessaria, standardizzare la gestione dei noduli, ridurre falsi positivi e procedure inappropriate, garantire il follow-up e integrare la cessazione del fumo.
Il modello di riferimento deve essere quello degli screening organizzati: non una prestazione richiesta individualmente, ma un programma con invito attivo, gratuità del percorso, tracciabilità, indicatori, audit, controllo di qualità e responsabilità istituzionale.

Il Programma R.I.S.P. come base di apprendimento nazionale

Il Programma R.I.S.P. – Rete Italiana Screening Polmonare – costituisce una delle principali iniziative nazionali di ricerca e implementazione per la diagnosi precoce del tumore del polmone. Il programma si inserisce nel quadro del progetto europeo 4-In-The-Lung-Run (4iTLR), finanziato dall'Unione Europea nell'ambito di Horizon 2020, del quale l'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano è stato partner italiano. Il progetto comprende uno studio randomizzato e controllato multicentrico di implementazione, condotto in cinque Paesi europei, volto principalmente a verificare se, nei soggetti con una LDCT iniziale negativa, sia sicuro adottare un intervallo biennale anziché annuale tra i successivi esami di screening. Il progetto ha inoltre valutato strategie personalizzate di reclutamento e cessazione del fumo, l'integrazione di interventi per la prevenzione delle comorbidità, in particolare cardiovascolari e respiratorie, e il possibile impiego di biomarcatori.
Il programma R.I.S.P. è promosso dall'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano e si configura come programma multicentrico con LDCT, con obiettivo di reclutare 10.000 candidati ad alto rischio; coinvolge 18 centri in 15 Regioni italiane. I criteri di inclusione sono l'età 55-75 anni e una storia di forte fumo attivo o ex-fumo, con cessazione da meno di 15 anni e consumo medio equivalente a 20 sigarette al giorno per 30 anni o 40 sigarette al giorno per 15 anni.
Il DM dell'8 novembre 2021 offre elementi particolarmente rilevanti per una proposta nazionale: coordinamento da parte dell'Istituto Nazionale Tumori di Milano; call center e registrazione online; raccolta degli esami in un database anonimizzato; controllo della qualità tecnologica; seconda lettura centralizzata nella fase iniziale; formazione del personale; attivazione e monitoraggio di interventi di supporto alla disassuefazione dal tabagismo.

Pilastri di una proposta nazionale

Una proposta nazionale deve essere costruita su pilastri condivisi. La standardizzazione deve riguardare le componenti che definiscono sicurezza, equità e qualità; la flessibilità deve invece consentire alle Regioni di adattare l'organizzazione alle proprie reti, alla densità abitativa, alla disponibilità di apparecchiature, alla presenza di centri antifumo e alle differenze territoriali.

Popolazione target e criteri di eleggibilità

Il primo pilastro è la definizione della popolazione target. I criteri devono essere chiari, basati sul rischio e progressivamente aggiornabili. Una prima fase può utilizzare criteri pragmatici, in linea con R.I.S.P.: età 55-75 anni, forte fumo attivo o cessazione recente, intensità e durata dell'esposizione tabagica. Tuttavia, il modello dovrebbe evolvere verso una stratificazione più sofisticata del rischio, includendo variabili quali sesso, età, intensità del fumo, anni dalla cessazione, comorbidità respiratorie, esposizione professionale o ambientale, familiarità e, quando validati, biomarcatori o modelli radiomici.
L'allargamento o la modifica dei criteri deve essere governato centralmente, sulla base di evidenze e valutazioni HTA, per evitare che ogni Regione sviluppi criteri autonomi non confrontabili. La definizione della popolazione target è anche un tema di sostenibilità: criteri troppo ampi rischiano di saturare radiologie e percorsi di secondo livello; criteri troppo stretti rischiano di perdere soggetti elegibili che potrebbero beneficiare della diagnosi precoce.

Reclutamento e intercettazione delle persone eleggibili

Il reclutamento è il cuore operativo del programma. Lo screening del tumore del polmone ha una differenza degli altri screening oncologici tradizionali inseriti nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA): la popolazione eleggibile non coincide con una fascia anagrafica facilmente identificabile, ma con un profilo di rischio legato alla storia di fumo e ad altri determinanti. Per questo, l'autocandidatura è utile ma non sufficiente.
Una esperienza pilota recentemente condotta in Toscana ha evidenziato che una strategia di reclutamento che impieghi diverse modalità può garantire maggiormente equità di accesso: l'autocandidatura tende a selezionare persone con maggiore consapevolezza e livello socioeconomico più elevato; il reclutamento tramite medicina generale, inviti telefonici e operatori sanitari consente di raggiungere anche soggetti con minore *health literacy* e maggiore carico di rischio. La Basilicata, al contrario, mostra la forza dell'autocandidatura quando è sostenuta da una comunicazione efficace e da una centrale operativa dedicata: nei primi mesi sono state raccolte più richieste di arruolamento di quelle inizialmente stimate. Il messaggio è quindi chiaro: non serve scegliere un solo canale, ma disegnare una strategia che combini diverse modalità di reclutamento.

Integrazione con la cessazione tabagica

Uno screening del tumore del polmone non può essere separato dalla cessazione tabagica. La LDCT identifica precocemente tumori polmonari in stadio precoce, ma il principale determinante modificabile resta il fumo. Ogni accesso al programma deve prevedere interventi mirati alla cessazione: *brief advice*, valutazione della motivazione, invio strutturato ai centri antifumo, counselling e accesso a supporto farmacologico e psicologico quando indicato. La mancata integrazione con i centri antifumo riduce il potenziale preventivo complessivo del programma.

La discussione regionale ha mostrato che i centri antifumo non sono distribuiti in modo omogeneo sul territorio e non sempre hanno capacità sufficiente. Per questo la proposta nazionale deve includere un finanziamento specifico per il potenziamento dei centri antifumo, l'attivazione di agende dedicate per i partecipanti allo screening, il raccordo con SERD e dipartimenti dipendenze, e la possibilità di interventi mobili o diffusi nelle case di comunità.
Questa integrazione deve inoltre collocarsi in una più ampia strategia di contrasto al tabagismo, che non si limiti alla cessazione nei fumatori attuali ma includa anche interventi strutturali di prevenzione primaria, comunicazione pubblica, regolazione e tutela delle nuove generazioni. In particolare, il programma dovrebbe raccordarsi con azioni volte a prevenire l'iniziazione al consumo di tabacco e nicotina – soprattutto tra adolescenti e giovani adulti, contrastando la normalizzazione e l'attrattività dei prodotti a tabacco riscaldato, delle sigarette elettroniche e di altri dispositivi emergenti a base di nicotina.

Qualità radiologica, appropriatezza e gestione dei noduli

Il secondo pilastro tecnico è la qualità radiologica. Il radiologo non è solo il professionista che legge la TAC: è un attore centrale nella sicurezza del programma, perché ottimizza il protocollo a bassa dose, identifica e misura noduli di piccole dimensioni, classifica il rischio, indirizza il follow-up e segnala reperti incidentali potenzialmente rilevanti. La variabilità nella misurazione dei noduli può generare esiti e decisioni diverse; per questo sono necessari software di misurazione volumetrica, refertazione strutturata e criteri condivisi.
La gestione dei noduli indeterminati deve essere standardizzata ma non automatica. I casi complessi richiedono discussione multidisciplinare con radiologo, pneumologo, oncologo, chirurgo toracico, broncoscopista, anatomopatologo e, quando opportuno, cardiologo. Allo stesso tempo, occorre definire ciò che non deve generare approfondimenti inutili. La qualità si misura tanto nella capacità di non ritardare il sospetto tumore quanto nella capacità di evitare eccessi diagnostici.

Percorso multidisciplinare e presa in carico

Lo screening deve includere un percorso chiaro per il cittadino che diventa paziente. Nel workshop è emersa la necessità di un "GPS" del percorso, definendo e prevedendo le diverse fasi e le figure in esse coinvolte: chi comunica il risultato, chi prenota il follow-up, chi attiva la PET o la biopsia, chi discute il caso, chi informa il MMG, chi accompagna il paziente fino al trattamento. Senza questa regia, lo screening rischia di produrre diagnosi sospette senza una presa in carico tempestiva.
I modelli regionali possono prevedere centri *spoke* per la LDCT e centri *hub* per i casi positivi o complessi, oppure reti integrate coordinate da un centro regionale. La scelta deve dipendere dalla geografia e dalla capacità delle strutture, ma alcuni requisiti sono non negoziabili: tempi massimi per gli approfondimenti, accesso a chirurgia toracica e pneumologia interventistica, disponibilità di PET/TC quando indicata, gestione multidisciplinare e comunicazione strutturata al cittadino.

Governance Stato-Regioni e ruolo degli attori

La governance deve tenere insieme due livelli. A livello nazionale servono criteri minimi, indicatori, standard radiologici, modello dati, requisiti dei centri, tariffe, meccanismi di finanziamento e audit. A livello regionale servono programmazione operativa, selezione degli *hub* e *spoke*, raccordo tra dipartimenti di prevenzione e reti oncologiche, integrazione con centri antifumo, MMG, farmacie, case di comunità, medicina del lavoro e associazioni.

I centri di screening in collaborazione con il Dipartimento di prevenzione deve essere riconosciuti come snodo naturale dell'invito attivo e della popolazione di riferimento; la rete oncologica deve garantire standard clinici, percorsi di secondo livello e omogeneità della presa in carico; la medicina generale deve contribuire all'identificazione del rischio e alla relazione fiduciaria; farmacie e servizi territoriali devono funzionare come antenne di prossimità; i Comuni e le associazioni possono raggiungere gruppi difficili da intercettare.

Architettura finanziaria e sostenibilità dello screening polmonare

La sostenibilità economica dello screening del tumore del polmone non può essere ricondotta al solo costo unitario della LDCT. Un programma organizzato richiede infatti il finanziamento dell'intero percorso: identificazione della popolazione eleggibile, comunicazione e invito attivo, call center e piattaforme digitali, personale amministrativo e infermieristico, counselling, esecuzione della LDCT, refertazione strutturata, software di supporto, eventuale seconda lettura o audit, gestione dei casi positivi o indeterminati, approfondimenti diagnostici, follow-up, integrazione con i centri antifumo, data management, monitoraggio e valutazione degli esiti. Ne deriva la necessità di un modello di finanziamento multilivello, capace di sostenere non solo la prestazione diagnostica, ma l'infrastruttura organizzativa, informativa e professionale indispensabile per garantire qualità, appropriatezza ed equità di accesso.
Il finanziamento dovrebbe distinguere tra risorse di avvio, risorse infrastrutturali e risorse strutturali di esercizio. Le risorse di avvio consentono l'attivazione progressiva del programma e la fase di estensione controllata; le risorse infrastrutturali finanziano piattaforme digitali, sistemi informativi, formazione, standardizzazione e *capacity building*; le risorse strutturali di esercizio garantiscono la continuità dell'offerta, la presa in carico dei percorsi successivi alla LDCT e l'equità territoriale nel tempo.

Risorse di avvio: R.I.S.P., Legge di bilancio e fondi di prevenzione

Nel breve periodo, l'estensione del Programma R.I.S.P. e le risorse dedicate alla prevenzione oncologica possono sostenere una fase ponte 2026-2027. AIOM ha richiamato nel 2025 la presenza, nel disegno di legge di bilancio 2026, di risorse per incrementare il numero di partecipanti alla Rete Italiana Screening Polmonare, sottolineando però che lo screening annuale non era ancora approvato o rimborsato come prestazione ordinaria del SSN. La legge di bilancio 2026 è stata riportata da fonti istituzionali e scientifiche come occasione per rafforzare la prevenzione e favorire una maggiore copertura di R.I.S.P.
Queste risorse devono essere utilizzate come investimento di transizione: non per moltiplicare progetti non coordinati, ma per finanziare standard, infrastrutture, formazione, piattaforme dati, prime estensioni regionali e valutazione economica. Il rischio da evitare è che fondi temporanei producano attività temporanee, senza lasciare un sistema utilizzabile dopo la scadenza del finanziamento.

Finanziamento strutturale: inserimento nei LEA e Fondo sanitario nazionale

La transizione a programma nazionale richiede l'inserimento dello screening del tumore del polmone nei LEA o, quantomeno, un atto nazionale equivalente che ne garantisca l'offerta uniforme alle persone eleggibili, con aumento della quota capitaria. Senza questo passaggio, le Regioni in piano di rientro o con margini limitati rischiano di non poter attivare stabilmente il programma,

ampliando le diseguaglianze. L'inclusione nei LEA consentirebbe di definire diritti, standard, coperture e responsabilità, e di collegare il finanziamento al Fondo sanitario nazionale.
Il finanziamento strutturale dovrebbe prevedere una quota vincolata o finalizzata nel Fondo sanitario nazionale, con riparto basato non solo sulla popolazione residente, ma anche su stima della popolazione eleggibile, prevalenza di fumo, deprivazione, distribuzione territoriale, capacità installata e fabbisogno di recupero per Regioni con minore offerta.

Tariffe dedicate e pagamento per percorso

Deve essere evitato che il programma venga finanziato come somma di prestazioni scollegate. La proposta è definire una tariffa o un bundle per percorso di screening, differenziato per esito: LDCT negativa con richiamo programmato; LDCT indeterminata con follow-up a breve; LDCT positiva con approfondimento; percorso con presa in carico multidisciplinare. Il bundle dovrebbe includere quote per attività non sempre remunerate: invito, counselling, gestione dati, coordinamento, navigazione del paziente e audit.
Per gli approfondimenti diagnostici e terapeutici, devono essere definiti codici e tariffe compatibili con i tempi dello screening, evitando che il cittadino positivo entri nelle liste ordinarie e perda il beneficio dell'anticipo diagnostico.

Capitoli di bilancio per prevenzione come investimento

Dal confronto regionale è emersa una richiesta ricorrente: la prevenzione deve essere riconosciuta nei capitoli di bilancio come investimento, non come voce comprimibile. Il finanziamento deve coprire personale, beni e servizi, prestazioni aggiuntive, sistemi informativi e formazione, senza essere assorbito da altre urgenze. Gli effetti economici non si manifestano solo nell'anno di avvio: diagnosi più precoci, riduzione della malattia avanzata, minore intensità terapeutica e riduzione di eventi fumo-correlati producono benefici su orizzonti pluriennali.

Fonti complementari: tabacco, ambiente, PNP, PNES e partnership

Accanto al finanziamento strutturale, possono essere previste fonti complementari, con finalità diverse. I programmi legati ad amianto, esposizioni ambientali e medicina del lavoro possono intercettare e finanziare i percorsi per sottogruppi ad alto rischio, come ipotizzato in alcune esperienze regionali. Il Piano nazionale della prevenzione e i Piani regionali possono finanziare formazione, comunicazione e interventi di prossimità. Il Programma Nazionale Equità nella Salute potrebbe sostenere unità mobili, prossimità e intercettazione nelle aree più fragili.
Le risorse digitali devono essere orientate a piattaforme, interoperabilità, fascicolo sanitario, agende, *data lake*, AI e telemedicina. I programmi europei possono finanziare armonizzazione, ricerca implementativa e valutazione comparativa. Le partnership pubblico-private possono sostenere innovazione, formazione e ricerca, ma non devono sostituire il finanziamento pubblico della garanzia di accesso.

Fonte	Uso prioritario	Condizione di governance
R.I.S.P. e fondi nazionali dedicati	Fase ponte, ampliamento controllato, infrastruttura, data management, formazione.	Coordinamento nazionale e indicatori comuni.
LEA e Fondo sanitario nazionale	Esercizio ordinario e garanzia di accesso.	Definizione di standard, tariffe e riparto equo.
Piani regionali della prevenzione	Comunicazione, invito, formazione, reti territoriali, scuole e stili di vita.	Allineamento con obiettivi nazionali e monitoraggio.
Aumento tassazione tabacco e nuovi prodotti	Cessazione tabagica, centri antifumo, campagne e programmi per adolescenti, programmi di screening per il tumore al polmone	Vincolo di destinazione e rendicontazione.
PNES e fondi equity	Motorhome, unità mobili, mediatori, comunità fragili, aree interne.	Priorità a deprivazione e bassa adesione.
Fonti specifiche per programmi e progetti di ricerca	Validazione modelli di rischio, AI, biomarcatori, *implementation science*.	Separazione tra ricerca e prestazione garantita.
Partnership pubblico-private	Formazione, innovazione, campagne, valutazioni, strumenti digitali.	Trasparenza, assenza di sostituzione del finanziamento pubblico core.

Arrivare ad intercettare le persone eleggibili

Il secondo nodo strategico è l'intercettazione attiva delle persone eleggibili. Nello screening del tumore del polmone non è sufficiente rendere disponibile l'offerta e attendere che il cittadino si candidi spontaneamente. La popolazione target è definita da un profilo di rischio, in larga parte legato alla storia tabagica, che non sempre è immediatamente riconoscibile attraverso i flussi anagrafici ordinari. Inoltre, le persone eleggibili possono non percepirsi come a rischio, avere una bassa fiducia nella prevenzione, evitare il contatto con i servizi per stigma legato al fumo, presentare una ridotta alfabetizzazione sanitaria, non essere intercettate da un MMG attivo sul tema o, nel caso degli ex fumatori, sentirsi ormai "fuori pericolo".
Per queste ragioni, la proposta nazionale deve prevedere un modello proattivo, multilivello e non attendistico, nel quale sia il sistema sanitario a identificare, raggiungere, informare e accompagnare le persone eleggibili lungo il percorso di screening.

Principi di reclutamento

Il reclutamento dovrebbe basarsi su alcuni principi operativi comuni:

- Intercettare attivamente la popolazione eleggibile, utilizzando in modo integrato anagrafe sanitaria, medicina generale, centri antifumo, farmacie, servizi specialistici, medicina del lavoro, servizi territoriali e canali digitali.
- Comunicare senza stigmatizzare, presentando lo screening come opportunità di salute e di prevenzione, non come giudizio sulla storia individuale di fumo.
- Combinare più canali di accesso, includendo autocandidatura, invito attivo, MMG, farmacie, centri antifumo, pneumologie, cardiologie, SERD, comunità locali, associazioni e strumenti digitali.
- Ridurre le barriere all'adesione, attraverso numero verde, call center, sito o app dedicati, prenotazione assistita, agende dedicate, promemoria, possibilità di modificare sede o data e supporto telefonico.
- Andare verso le persone, prevedendo unità mobili, case di comunità, luoghi di lavoro, Comuni, associazioni, parrocchie, sindacati e altri contesti di prossimità, soprattutto nelle aree fragili o a bassa adesione.
- Garantire informazioni chiare e accessibili, con materiali semplici, linguaggio non tecnico, comunicazione multilingue dove necessario e messaggi differenziati per target e territori.
- Integrare sistematicamente la storia tabagica, facendo di ogni contatto un'occasione per raccogliere o aggiornare l'esposizione al fumo, offrire counselling breve e proporre l'invio ai centri antifumo.
- Monitorare l'equità del reclutamento, misurando adesione e mancata adesione per genere, età, area geografica, deprivazione, cittadinanza, istruzione, distanza dal centro e canale di reclutamento

Una proposta di flusso di reclutamento

Il flusso di reclutamento dovrebbe partire da una mappatura iniziale della popolazione potenzialmente eleggibile, attraverso l'utilizzo integrato di anagrafe sanitaria, dati della medicina generale, questionari digitali, centri antifumo, esenzioni e comorbidità, flussi specialistici e altre fonti informative disponibili, nel pieno rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali. Questa fase deve consentire di identificare non solo i fumatori attivi, ma anche gli ex fumatori recenti e le persone con profili di rischio che potrebbero non intercettare spontaneamente l'offerta di screening.

A partire da questa mappatura, l'invito dovrebbe essere costruito secondo una logica multicanale, combinando lettera, SMS, chiamata telefonica, app, medicina generale, farmacie e centri antifumo, con messaggi coerenti, chiari e non stigmatizzanti. Il primo contatto dovrebbe includere un questionario di eleggibilità volto a raccogliere in modo standardizzato la storia tabagica, gli anni dalla cessazione, le comorbidità rilevanti, eventuali esposizioni professionali o ambientali, precedenti TAC, pregressi tumori e il consenso al trattamento dei dati.

Il reclutamento non dovrebbe limitarsi alla prenotazione della LDCT. Il primo contatto rappresenta infatti un momento essenziale per offrire counselling breve, orientare la persona rispetto ai benefici, ai limiti e ai possibili esiti dello screening, e proporre, quando appropriato, un percorso di cessazione tabagica. L'adesione dovrebbe essere facilitata attraverso prenotazione assistita, scelta della sede più vicina, agende dedicate, promemoria e sistemi di recall, così da ridurre assenze, ritardi e abbandoni del percorso.

Dopo l'esecuzione della LDCT, il programma deve prevedere una navigazione strutturata post-esito, con comunicazione chiara del risultato, gestione dell'ansia, attivazione automatica degli appuntamenti di follow-up o approfondimento quando necessari, collegamento con il MMG e raccordo con gli hub multidisciplinari per i casi positivi o indeterminati.

Canali operativi

Canale operativo	Funzione	Rischio da gestire
Autocandidatura digitale	Rapida, scalabile, utile per generare domanda iniziale e raccogliere questionari di rischio.	Selezione di persone più informate e con maggiore alfabetizzazione sanitaria.
MMG	Identificazione dei forti fumatori, relazione fiduciaria, verifica della storia clinica, invito personalizzato.	Adesione variabile dei medici, dati sul fumo non strutturati, pluralità di software.
Farmacie	Prossimità, counselling breve, orientamento al programma, supporto all'iscrizione, continuità con altri screening.	Coinvolgimento non stabile se non finanziato e regolato; necessità di formazione.
Centri antifumo e SERD	Intercettazione di persone fumatrici, offerta di cessazione, selezione per LDCT.	Copertura disomogenea e capacità limitata; bisogno di risorse dedicate.
Pneumologie, cardiologie, ambulatori specialistici	Identificazione di persone con BPCO, enfisema, comorbidità cardiovascolari o storia di fumo.	Rischio di percorsi opportunistici non tracciati se non integrati nel sistema screening.
Medicina del lavoro	Intercettazione di esposizioni professionali, amianto, cancerogeni, lavoratori fumatori.	Necessità di accordi con medici competenti e tutela della privacy.
Comuni e associazioni	Raggiungimento di gruppi vulnerabili, persone non aderenti agli screening, aree periferiche.	Messaggi non standardizzati se non coordinati.
Unità mobili e motorhome	Accesso in aree interne, periferiche o con bassa mobilità; prossimità attiva.	Costi logistici e necessità di integrazione con hub diagnostici.
Scuole e programmi educativi	Prevenzione primaria, contrasto ai nuovi prodotti del tabacco, coinvolgimento delle famiglie.	Non sostituisce il reclutamento degli adulti eleggibili, ma lo rafforza culturalmente.

Requisiti minimi di un programma regionale

Ogni Regione dovrebbe poter adattare il modello alla propria organizzazione, ma non dovrebbe scendere sotto una soglia minima di requisiti. La proposta nazionale deve distinguere requisiti obbligatori, requisiti raccomandati e ambiti di innovazione sperimentale.

Area	Requisito minimo	Livello raccomandato
Governance	Includere lo screening del polmone all'interno della Governance regionale degli screening oncologici, con, coordinamento tra prevenzione e rete oncologica, protocollo approvato.	Cabina di regia con MMG, farmacie, centri antifumo, radiologia, pneumologia, oncologia, chirurgia toracica e data management.
Target	Criteri di eleggibilità chiari e uniformi.	Modello di rischio aggiornabile, con stratificazione e revisione periodica.
Reclutamento	Almeno due canali tra autocandidatura, MMG, call center, centri antifumo.	Strategia multicanale con indicatori di equità e interventi di prossimità.
LDCT	Protocollo a bassa dose, no contrasto, standard tecnico condiviso.	Audit dose/qualità, software di supporto, seconda lettura o peer review per fase di avvio.
Refertazione	Referto strutturato e classificazione dei noduli.	Volumetria, gestione codificata di incidentalomi e interfaccia con FSE.
Secondo livello	Percorso per positivi/indeterminati con tempi massimi.	Hub multidisciplinari, agende dedicate e *patient navigator*.
Cessazione	*Brief advice* e invio a centro antifumo.	Percorso integrato con counselling, farmaco, follow-up e monitoraggio *quit rate*.
Dati	Dataset minimo regionale.	Registro nazionale interoperabile e dashboard per KPI clinici, economici ed equity.
Formazione	Formazione iniziale per radiologi e operatori.	Programma continuativo con accreditamento, audit e comunità di pratica.
Comunicazione	Materiali informativi per cittadini e MMG.	Campagna sistemica con messaggi differenziati per target e territori.

Indicatori per qualità, equità, appropriatezza ed esiti

Senza indicatori comuni, ogni programma potrà dichiarare successo secondo criteri propri. Il monitoraggio deve essere disegnato prima dell'avvio, non dopo. Gli indicatori devono misurare l'intero percorso: popolazione eleggibile, invito, adesione, LDCT, noduli, follow-up, diagnosi, trattamento, cessazione tabagica, equità e sostenibilità. La Joint Action EUCanScreen, alla quale partecipa l'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), sta contribuendo alla definizione di standard comuni per la raccolta dei dati, l'armonizzazione dei dataset e il monitoraggio dei programmi pilota di screening del tumore del polmone.

Dominio	Indicatori proposti
Copertura e reclutamento	Popolazione eleggibile stimata; persone contattate; inviti validi; adesione; fonte di reclutamento; tempo invito-LDCT; motivi di non adesione.
Equità	Adesione per genere, età, deprivazione, livello di istruzione se disponibile, cittadinanza, area urbana/rurale, distanza dal centro, MMG aderente/non aderente.
Eleggibilità	Percentuale di esclusi; motivi di esclusione; accuratezza della storia tabagica; quota ex forti fumatori intercettati.
LDCT e qualità tecnica	Dose media, completezza del protocollo, qualità immagine, tempi di refertazione, utilizzo referto strutturato, necessità di seconda lettura.
Noduli e reperti	Distribuzione categorie nodulari, LDCT negative/indeterminate/positive, reperti incidentali, follow-up programmati, follow-up completati.
Approfondimenti	PET/TC, biopsie, broncoscopie, chirurgia diagnostica, complicanze, falsi positivi, tempo a diagnosi.
Esiti oncologici	*Cancer detection rate*, stadio alla diagnosi, quota stadio I-II, quota resecabile, trattamenti curativi, intervallo diagnosi-trattamento.
Cessazione tabagica	*Brief advice* erogato, invii a centro antifumo, accessi effettivi, trattamento farmacologico, *quit rate* a 3/6/12 mesi, ricadute.
Sostenibilità	Costo per invitato, costo per aderente, costo per LDCT, costo per tumore diagnosticato, personale, saturazione TAC, impatto su liste d'attesa.
Governance	Riunioni multidisciplinari, casi discussi, tempi di decisione, audit, formazione completata, scostamenti dal protocollo.

Lezioni trasferibili dalle esperienze regionali

Le esperienze discusse nel workshop possono essere considerate componenti complementari di un modello nazionale composito. Nel loro insieme, le esperienze regionali hanno evidenziato punti di forza e criticità utili alla progettazione di tale modello. È pertanto necessaria una cornice nazionale, costruita attraverso un'azione concertata tra il Ministero della Salute e le Regioni, con il supporto tecnico dell'Osservatorio nazionale screening e dell'Istituto Superiore di Sanità e il coinvolgimento del Coordinamento Interregionale della Prevenzione (CIP).

Esperienza	Elemento trasferibile	Criticità/attenzione
Lombardia	Rete hub/spoke in avvio, manifestazione di interesse, requisiti minimi radiologici e organizzativi, gestionale unico screening, integrazione con centri antifumo e specialistica.	Finanziamenti a tempo, necessità di definire protocollo regionale completo, gestione degli incidentalomi e uniformità dei questionari.
Puglia	Centralità del Dipartimento di prevenzione, cruscotti direzionali, comunicazione multicanale, coinvolgimento delle farmacie, attenzione al vincolo dei piani di rientro.	Senza modifica LEA e risorse strutturali le Regioni con vincoli finanziari rischiano di restare escluse.
Toscana	Uso combinato di autocandidatura, MMG, inviti telefonici e operatori sanitari; reclutatori; integrazione con centri antifumo; monitoraggio cardiovascolare dei reperti incidentali.	Autocandidatura da sola non garantisce equità; capacità dei centri antifumo da potenziare.
Basilicata	CROB come centro coordinatore, LDCT in tutte le aziende/presidi, centrale operativa dedicata, referto semistrutturato, software integrato con RIS-PACS, percorso hub per positivi.	Elevata domanda richiede capacità di gestione, comunicazione chiara e follow-up sostenibile.
Piemonte	Uso di fondi legati ad amianto/cancerogeni ambientali, spoke per LDCT e gruppi multidisciplinari, coinvolgimento farmacie, cardiologi, pneumologi, MMG, associazioni e comunità.	Necessità di garantire omogeneità e comunicazione appropriata dei noduli indeterminati.
Sicilia	Formazione dei radiologi toracici, hub principali e centri periferici, attenzione a scuole e	Rischio di rallentamento per carenza di expertise radiologica e fondi non strutturali.

Esperienza	Elemento trasferibile	Criticità/attenzione
	dissemination, target iniziale definito.	
Sardegna	Potenziamento centri antifumo, ambulatorio diffuso, integrazione prevenzione primaria/secondaria, case di comunità e scuole.	La selezione per risorse limitate può generare criteri di accesso non uniformi.
Emilia Romagna, Veneto, altre Regioni	Richiamo a indicatori, formazione operatori, reti esistenti di prevenzione e screening, attenzione a privacy, dati e diseguaglianze.	Serve una cornice nazionale per evitare metriche e percorsi diversi tra Regioni.

Innovazione: come incorporarla senza frammentare il programma

Lo screening del tumore del polmone è un ambito in rapida evoluzione. L'intelligenza artificiale può supportare la *detection*, la volumetria, la prioritarizzazione dei casi e la riduzione del carico di lavoro radiologico. La radiomica può migliorare la caratterizzazione dei noduli. Biomarcatori e *liquid biopsy* potrebbero, in futuro, contribuire alla selezione dei soggetti e alla gestione dei risultati indeterminati. Tuttavia, nessuna di queste tecnologie sostituisce oggi la necessità di un programma organizzato.

La proposta nazionale dovrebbe prevedere un principio di innovazione governata: le tecnologie possono essere introdotte se validate, interoperabili, sottoposte ad audit, integrate nel dataset nazionale e accompagnate da valutazione HTA. Le sperimentazioni devono essere incoraggiate, ma non devono produrre percorsi regionali incomparabili o diseguaglianze di accesso.

Roadmap per il passaggio a strategia nazionale

La roadmap delinea un percorso progressivo per accompagnare il passaggio dalle attuali esperienze progettuali e regionali a un programma nazionale organizzato. La sua attuazione richiede il coinvolgimento delle istituzioni nazionali e regionali e il contributo tecnico-scientifico di soggetti qualificati, quali l'ONS e la Federazione delle Associazioni degli Screening Oncologici.

Fase	Obiettivo	Azioni prioritarie	Output
0 - Preparazione (0-6 mesi)	Definire la cornice nazionale.	Tavolo Stato-Regioni; standard minimi; dataset; indicatori; requisiti centri; modello di finanziamento; piano comunicazione.	Documento nazionale tecnico-operativo.
1 - Fase ponte (6-24 mesi)	Estendere in modo controllato R.I.S.P. e programmi regionali.	Finanziamento avvio; selezione *hub*/*spoke*; formazione; piattaforme; reclutamento multicanale; audit iniziale.	Copertura iniziale e report annuale comparabile.
2 - Strutturazione (24-36 mesi)	Passare da progetto a programma.	Inserimento LEA o atto equivalente; tariffe/bundle; vincolo FSN; potenziamento centri antifumo; interoperabilità FSE.	Programma organizzato nazionale con responsabilità regionali.
3 - Consolidamento (36+ mesi)	Ottimizzare qualità, equità e sostenibilità.	Valutazione HTA; aggiornamento criteri; AI/biomarcatori validati; benchmark interregionale; *audit* di *outcome*.	Strategia nazionale adattiva e misurabile.

Raccomandazioni di policy

Le raccomandazioni che seguono traducono gli elementi emersi dal confronto regionale in indirizzi operativi per una possibile strategia nazionale di screening del tumore del polmone. L'obiettivo non è proporre un modello unico e rigido, ma definire le condizioni minime perché lo screening possa essere implementato in modo omogeneo, sostenibile e misurabile, lasciando alle Regioni la possibilità di adattare l'organizzazione ai propri assetti territoriali. Le priorità riguardano il superamento della frammentazione progettuale, il finanziamento dell'intero percorso, l'intercettazione attiva della popolazione eleggibile, l'integrazione con la cessazione tabagica, la qualità radiologica, la presa in carico multidisciplinare, il monitoraggio degli esiti e l'introduzione governata dell'innovazione.

1. **Inserire lo screening del tumore del polmone in una cornice nazionale strutturale.** La fase sperimentale deve evolvere verso una garanzia uniforme. L'inserimento nei LEA, o un atto nazionale equivalente, è il presupposto per superare la frammentazione regionale.
2. **Finanziare il percorso, non solo la TAC.** Le risorse devono coprire reclutamento, *counselling*, LDCT, refertazione, *follow-up*, secondo livello, centri antifumo, data management, comunicazione e valutazione.
3. **Usare una fase ponte 2026-2027 per costruire infrastruttura nazionale.** Le risorse disponibili devono lasciare in eredità piattaforme, standard, formazione, dataset e modelli organizzativi replicabili.
4. **Rendere il reclutamento attivo e multicanale.** Autocandidatura, MMG, farmacie, centri antifumo, specialisti, medicina del lavoro, associazioni e unità mobili devono essere integrati in un'unica strategia.
5. **Potenziare i centri antifumo come parte del programma.** Ogni Regione deve disporre di una rete di cessazione tabagica con agende e risorse dedicate allo screening.
6. **Definire requisiti radiologici minimi.** LDCT a dose minima, referto strutturato, classificazione noduli, misurazione volumetrica e formazione dei radiologi devono essere standard nazionali.
7. **Creare percorsi *hub/spoke* con tempi massimi.** I positivi e gli indeterminati devono avere accesso a hub multidisciplinari, agende dedicate e presa in carico tracciata.
8. **Definire indicatori comuni e dashboard nazionale.** Ogni Regione deve raccogliere gli stessi KPI, inclusi indicatori di equità, appropriatezza, esiti e costi.
9. **Proteggere l'equità fin dalla progettazione.** Il programma deve misurare e correggere differenze di adesione per deprivazione, distanza, alfabetizzazione sanitaria, genere e canale di reclutamento.
10. **Incorporare innovazione solo se validata e governata.** AI, radiomica, biomarcatori e *liquid biopsy* devono essere valutati in modo coordinato, con criteri HTA e senza creare percorsi paralleli non comparabili.

Conclusioni

Il confronto tra Regioni ha evidenziato che lo screening del tumore del polmone ha raggiunto una fase in cui la sola dimensione sperimentale non è più sufficiente. Le evidenze disponibili e le esperienze già avviate dimostrano la fattibilità dell'intervento, ma confermano anche la necessità di una cornice nazionale di programmazione sanitaria capace di garantire omogeneità, sostenibilità e misurabilità. Senza un indirizzo comune, il rischio è che lo screening resti affidato a iniziative regionali o locali di valore, ma non pienamente comparabili, con differenze rilevanti nell'accesso, nella qualità dei percorsi e nella capacità di monitorare gli esiti.

La transizione verso un programma organizzato richiede una pianificazione multilivello. A livello nazionale devono essere definiti criteri di eleggibilità, standard radiologici, requisiti dei centri, indicatori comuni, dataset minimi, modelli di finanziamento e meccanismi di audit. A livello regionale devono essere programmati la rete degli hub e degli *spoke*, le agende dedicate, i percorsi di secondo livello, il raccordo con medicina generale, farmacie, centri antifumo, servizi territoriali e reti oncologiche, nonché le modalità operative per l'intercettazione attiva della popolazione eleggibile.

Lo screening non deve essere concepito come una prestazione isolata, ma come un percorso di sanità pubblica integrato. La LDCT rappresenta il momento diagnostico centrale, ma il valore del programma dipende dalla capacità di organizzare l'intera filiera: identificazione del rischio, invito, counselling, cessazione tabagica, refertazione strutturata, gestione dei noduli e dei reperti incidentali, follow-up, presa in carico multidisciplinare, raccolta dati e valutazione degli esiti. In questa prospettiva, lo screening del tumore del polmone può diventare anche una piattaforma di prevenzione più ampia, in grado di integrare prevenzione oncologica, contrasto al tabagismo, salute respiratoria, prevenzione cardiovascolare e prossimità territoriale.

La priorità programmatoria è quindi passare dalla dimostrazione di fattibilità alla garanzia organizzata di accesso. Questo richiede risorse dedicate, responsabilità definite, interoperabilità dei dati, criteri uniformi di qualità e strumenti di monitoraggio comparabili tra Regioni. Solo attraverso questa architettura sarà possibile evitare frammentazione, ridurre le diseguaglianze territoriali e trasformare le esperienze regionali in una strategia nazionale strutturata, sostenibile e valutabile nel tempo.

WORKSHOP
"LUNG CANCER SCREENING: Regioni a confronto"

Lung Cancer Screening. Regioni a confronto **è un progetto a cura di Over s.r.l., con il patrocinio della Società di Leadership e Management in Medicina e di Federsanità Anci regionali.**

Coordinamento scientifico: Mattia Altini, Paolo Cannas, Ennio Tasciotti

***

Elaborazione del White Paper a cura di Pietro Ferrara, Professore Associato di Igiene Generale e Applicata, Università degli Studi di Milano–Bicocca; Medico Epidemiologo del Laboratorio di Sanità Pubblica dell'IRCCS Istituto Auxologico Italiano di Milano.

***

Hanno preso parte all'evento del 17 giugno 2026:

Mario Airoldi – *Professore di Oncologia Medica dell'Università degli Studi di Torino; Direttore della UO.C. Oncologia Medica dell'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino*

Nehludoff Albano – *Direttore della Sezione Prevenzione e Sicurezza Lavoro della Regione Puglia*

Mattia Altini – *Direttore Generale della AUSL Modena; Presidente della Società di Leadership e Management in Medicina*

Maurizio Balbi – *Ricercatore a t.d. in Diagnostica per immagini e radioterapia dell'Università degli Studi di Torino*

Paolo Cannas – *Direttore Generale della ASL Sulcis Iglesiente; Vicepresidente nazionale di Federsanità - Anci regionali*

Danilo Cereda – *Direttore dell'Unita Organizzativa Prevenzione della Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia*

Massimo De Fino – *Direttore Generale dell'IRCCS Centro di Riferimento Oncologico (CROB) di Basilicata di Rionero in Vulture (PZ)*

Domenico Galetta – *Direttore dell'Oncologia Medica Toracica dell'IRCCS Istituto Tumori Giovanni Paolo II di Bari*

Giuseppe Gorini (con il supporto di Giulia Picozzi, Paola Mantellini, Simona Dei) – *Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO) della Toscana*

Maria Imma Lancellotti – *Responsabile dell'UO Diagnostica per immagini dell'IRCCS Centro di Riferimento Oncologico (CROB) di Basilicata di Rionero in Vulture (PZ)*

Giovanna Mattei – *Dirigente dell'Area Malattie Infettive e Programmi di Prevenzione Collettiva della Regione Emilia-Romagna*

Elena Narne – *Direttore UOC Screening dell'Azienda Zero della Regione Veneto*

Stefano Palmucci – *Professore Associato di Diagnostica per Immagini e Radioterapia dell'Università degli Studi di Catania; Responsabile UOSD Imaging Polmonare e Tecniche Radiologiche Avanzate (IPTRA) dell'AOUP "G. Rodolico – San Marco" di Catania*

Angela Panzarino – *Responsabile dell'Ufficio Prevenzione delle Malattie Oncologiche della Regione Puglia*

Sara Piccinelli – *Unita Organizzativa Prevenzione della Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia*

Claudio Sini – *Oncologo della SC di Oncologia della ASL della Gallura e Consigliere Nazionale di Walce (Women Against Lung Cancer in Europe) Aps*

Ennio Tasciotti – *Professore Ordinario di Scienze Tecniche di Medicina di Laboratorio presso l'Università Telematica San Raffaele di Roma; Responsabile del Laboratorio di Human Longevity Program dell'IRCCS San Raffaele di Roma*

Con il contributo non condizionante di

AstraZeneca

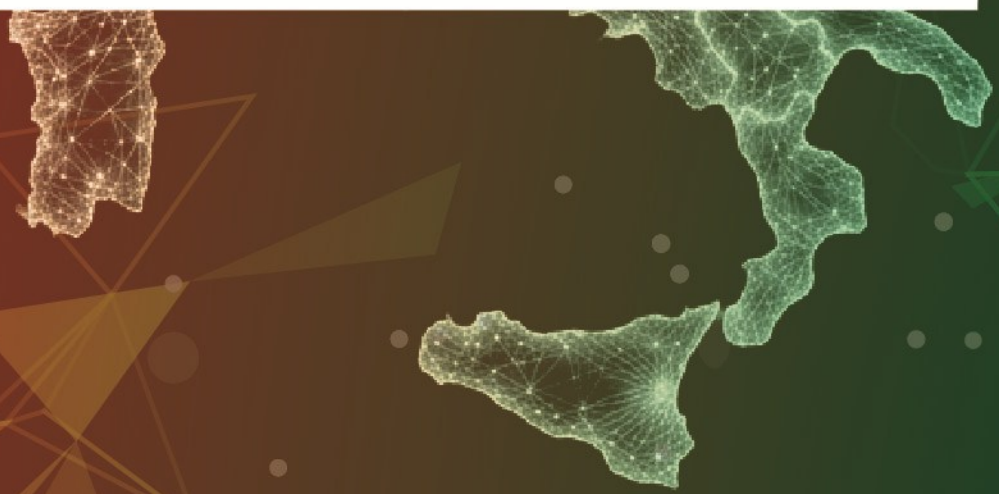
WORKSHOP
“LUNG CANCER SCREENING: Regioni a confronto”

Progetto a cura di:

over
A People to People company.

Con la sponsorizzazione non condizionante di:

AstraZeneca



White paper

MILANO, 17 Giugno 2026