



UNIVERSITÀ
degli STUDI
di CATANIA



Atti della
XIX Riunione Scientifica Annuale
Associazione Italiana Registri Tumori

CATANIA

2015

13-14-15 aprile

Monastero dei Benedettini
Facoltà di Lettere
Piazza Dante Alighieri 32



Lunedì 13 Aprile

- 9.00 I SEMINARIO**
I flussi informativi dei tumori emolinfopoietici: quali cambiamenti?
 Moderatori **S Ferretti** (Ferrara) e **G Sciacchitano** (Catania)
Come cambia la patologia oncoematologica in Italia: scenari aperti e prospettive future
 Prof. **F Pane** (Presidente Società Italiana di Ematologia)
- 9.30 **S Luminari** (Modena) Problematiche emergenti nelle malattie linfoproliferative
- 10.00 **F Di Raimondo** (Catania) Il percorso diagnostico-terapeutico delle neoplasie mieloidi
- 10.30 **A Giacomini** (Biella) Effetti attesi dei cambiamenti delle classificazioni in ambito ematologico
- 11.00 ☕ *Pausa Caffè*
- 11.30 II SEMINARIO**
Tempestività e completezza dei dati dei RT
 Moderatori **S Guzzinati** (Padova) e **R Scillieri** (Catania)
Completezza e tempestività: i registri tumori potrebbero/dovrebbero migliorare la loro efficienza
 Dr. **S Ferretti** (Area Vasta Emilia Centrale)
- 12.00 **L Mangone** (Reggio Emilia) Valutazione del flusso delle esenzioni ticket per neoplasia per stimare l'incidenza dei tumori
- 12.30 **I Rashid** (Latina) I nuovi controlli di completezza e tempestività per i registri tumori
- 13.00 Discussione a cura di **A Madeddu** (Siracusa)
- 13.30 ☕ *Pausa Pranzo*
- 14.30 APERTURA DEL CONVEGNO**
 Saluto delle Autorità
- 15.00 Introduzione ai lavori della XIX Riunione Annuale AIRTUM
E Crocetti (AIRTUM) e **S Sciacca** (Catania)
- 15.30 TAVOLA ROTONDA**
Ruolo dei RT a supporto della governance e programmazione sanitaria
 Moderatori **E Crocetti** (Firenze) e **C Marchesi** (Modena)
Lettura Magistrale del Prof. **R Guerra** (Ministero Salute)
 Intervengono: **A Federici** (Ministero Salute), **C Iacono** (DG ASP Caltanissetta), **A Madeddu** (DS ASP Siracusa), **AC Finarelli** (Regione Emilia-Romagna), **S Scondotto** (Osservatorio Epidemiologico Regione Sicilia), **C Pinto** (Presidente AIOM)
- 17.00 Discussione a cura di **M Cuccia** (Servizio Epidemiologia ASP Catania)
- 17.15 ☕ *Pausa Caffè*
- 17.30 1° FOCUS**
I Rapporti annuali dell'AIRTUM
 Moderatori **C Buzzoni** (Firenze) e **F Bordonaro** (Catania)
L Dal Maso (Aviano) Monografia AIRTUM 2014. Prevalenza e guarigione da tumore
A Trama (Milano) Monografia AIRTUM 2015. I tumori rari
V Coviello (Barletta) Monografia AIRTUM 2016. Sopravvivenza: nuovi quesiti e nuove risposte
- 18.15 *Riunione dei Direttori dei Registri Tumori accreditati AIRTUM*

Martedì 14 Aprile

- 9.00 COMUNICAZIONI - PRIMA SESSIONE**
Screening e tumori ad etiologia infettiva
 Moderatori **G Tagliabue** (Varese) e **E Vasquez** (Catania)
 Introduzione: **S De Flora** (Università di Genova)
- 9.15 **M Zorzi** (Padova) Caratteristiche dei tumori del colon retto nei primi anni 2000: dati dallo studio Impatto dello screening coloretale. 01
- 9.30 **L Mangone** (Reggio Emilia) I trend di incidenza dei tumori del colon-retto nei primi anni 2000 in Italia: i risultati dello studio Impatto. 02
- 9.45 **C Buzzoni** (Firenze) Incidenza dei tumori metastatici nello studio randomizzato europeo sullo screening per tumore della prostata. 03
- 10.00 **M Fidelbo** (Catania) Ruolo del Papilloma Virus Umano (HPV) nei carcinomi extragenitali urinari e colon rettal. 04
- 10.15 **D Serraino** (Aviano) Incidenza e rischio di epatocarcinoma in Campania: studio di coorte in una popolazione coperta da registro tumori. 05
- 10.30 **M Vicentini** (Reggio Emilia) Impatto del programma di screening coloretale sull'incidenza: studio di coorte nella provincia di Reggio Emilia. 06
- 10.45 **G Raguzzoni** (Ferrara) Impatto di screening e deprivazione sulle neoplasie cervicali in provincia di Ferrara (1991-2011). 07
- 11.00 ☕ *Pausa Caffè*

- 11.30 2° FOCUS**
Comunicare i dati a pazienti, cittadini ed associazioni: una sfida dell'AIRTUM
 Moderatori **L Mangone** (Reggio Emilia) e **N Amante** (Giornalista RAI)
 Introduzione all'argomento **M Aricò** (DG ASP Ragusa) e **V Martinella** (Sportello Cancro - Corriere della sera)
 Intervengono:
L Valvo (La Sicilia), **G Greco** (Cittadinanza Attiva) e **N Tranchina** (Ist. Comprensivo, Melilli)
- 13.00 ☕ *Pausa Pranzo*
- 14.00 SESSIONE POSTER**
 Presentazione dei poster selezionati a cura di **S Bizzoco** (Cremona) e **G Candela** (Trapani)
 Premiazione a cura di **F Tisano** (Siracusa) e **F Blangiardi** (Ragusa)
- 15.00 COMUNICAZIONI - SECONDA SESSIONE**
Percorsi e programmazione sanitaria
 Moderatori **R Tumino** (Ragusa) e **G Catania** (Catania)
- 15.00 **F Di Salvo** (Milano) I costi che impattano sui pazienti a 5-10 anni da una diagnosi di cancro: risultati di uno studio su base di popolazione. 08
- 15.15 **P Piselli** (Roma) Rischio di nuovi tumori dopo trapianto di organo solido in due coorti Italiane di trapiantati di rene o fegato. 09
- 15.30 **A Gigli** (Modena) L'impatto economico dei tumori sui sistemi sanitari regionali: stime e proiezioni per diversi scenari di intervento. 10
- 15.45 **S Busco** (Latina) Utilizzo di alcune prestazioni nel follow up di pazienti con tumore del colon retto nella provincia di Latina. 11
- 16.00 **M Michiara** (Parma) Registri Tumori e studi clinici: quali criticità? Esempio di uno studio sui tumori mucoidi del colon del RT di Parma. 12
- 16.15 **G Sampietro** (Bergamo) Rete oncoematologica e completezza dei dati di un registro tumori. 13
- 16.30 **A Musolino** (Parma) Impatto prognostico del livello di espressione di HER2 in donne affette da carcinoma mammario pT1a N0 M0 e stato di screening noto. 14
- 16.45 **S Virdone** (Aviano) Trend di incidenza e prevenzione dei principali tumori nelle donne della provincia di Setif, Algeria. 15
- 17.00 ☕ *Pausa Caffè*
- 17.30 *Assemblea Soci AIRTUM*
- 21.00 *Cena Sociale*

Mercoledì 15 Aprile

- 9.00 COMUNICAZIONI - TERZA SESSIONE**
Comunicazione e valutazione del rischio
 Moderatori **M Usala** (Nuoro) e **S Brugaletta** (Siracusa)
Lettura Magistrale del Prof. **W Ricciardi** (Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma)
- 9.30 **W Mazzucco** (Palermo) Il Registro incontra i Sindaci: l'iniziativa di comunicazione del Registro Tumori di Palermo e Provincia. 16
- 9.45 **F Pannozzo** (Latina) Come comunica e cosa comunica un Registro Tumori al suo esterno. L'esperienza di Latina. 17
- 10.00 **P Contiero** (Varese) Variabilità geografica, fattori di rischio e sorveglianza sanitaria per epatocarcinoma. 18
- 10.15 **A Mincuzzi** (Taranto) Cluster analysis dei principali istotipi di carcinoma polmonare nelle Province di Taranto e Lecce. 19
- 10.30 **C Cirilli** (Modena) Rischio di tumore nel paziente diabetico: uno studio di coorte a Modena e provincia. 20
- 10.45 **C Nicita** (Ragusa) Prime valutazioni sui casi di tumori insorti in soggetti affetti da diabete nella provincia di Ragusa. 21
- 11.00 **G Randi** (Ispra) Verso un sistema informativo integrato dei registri tumori di popolazione nell'Unione Europea. 22
- 11.15 ☕ *Pausa Caffè*
- 11.30 COMUNICAZIONI - QUARTA SESSIONE**
I flussi informativi e la qualità dei dati
 Moderatori **R Cusimano** (Palermo) e **F Belbruno** (Enna)
- 11.30 **A Trama** (Milano) Studio sui tumori della testa e del collo: possono i centri specializzati garantire la presa in carico di questi tumori? 23
- 11.45 **P Collarile** (Meldola) Disability Adjusted Life Years per tumore: valutazione trasversale su dati aggregati di tre Registri Tumori. 24
- 12.00 **M Fusco** (Napoli) Utilizzo del flusso SDO per la stima dell'incidenza oncologica in Campania: confronto con i dati del Registro Tumori. 25
- 12.15 **A Giacomini** (Biella) Valutazione di completezza e accuratezza nei confronti tra registri di mortalità ISTAT e locali. 26
- 12.30 **M Buonora** (Perugia) Sorveglianza epidemiologica e inquinamento atmosferico: il caso del carcinoma polmonare nell'area ternana. 27
- 12.45 **I Rashid** (Latina) Gestione dei tempi e dei carichi di lavoro: risultati preliminari di uno studio collaborativo. 28
- 13.00 **V Ascoli** (Roma) Mesotelioma maligno pleurico: quanto la refertazione di anatomia patologica segue gli standard internazionali. 29
- 13.15 **V Manno** (Roma) Studio sul linfoma di Hodgkin basato su dati sanitari correnti: le schede di ricovero ospedaliero. 30
- 13.30 Chiusura dei Lavori
E Crocetti (AIRTUM) e **S Sciacca** (Catania)

Screening e tumori ad etiologia infettiva

PRIMA SESSIONE - COMUNICAZIONI ORALI

- 01** **CARATTERISTICHE DEI TUMORI DEL COLON-RETTO NEI PRIMI ANNI 2000: DATI DALLO STUDIO IMPATTO DELLO SCREENING COLORETTALE**
Manuel Zorzi et al.
- 02** **I TREND DI INCIDENZA DEI TUMORI DEL COLON-RETTO NEI PRIMI ANNI 2000 IN ITALIA: I RISULTATI DELLO STUDIO IMPATTO**
Lucia Mangone et al.
- 03** **INCIDENZA DEI TUMORI METASTATICI NELLO STUDIO RANDOMIZZATO EUROPEO SULLO SCREENING PER TUMORE DELLA PROSTATA**
Carlotta Buzzoni et al.
- 04** **RUOLO DEL PAPILOMA VIRUS UMANO (HPV) NEI CARCINOMI EXTRAGENITALI URINARI E COLON RETTALI**
Melchiorre Fidelbo et al.
- 05** **INCIDENZA E RISCHIO DI EPATOCARCINOMA IN CAMPANIA: STUDIO DI COORTE IN UNA POPOLAZIONE COPERTA DA REGISTRO TUMORI**
Diego Serraino et al.
- 06** **IMPATTO DEL PROGRAMMA DI SCREENING COLO-RETTALE SULLA INCIDENZA: STUDIO DI COORTE NELLA PROVINCIA DI REGGIO EMILIA**
Massimo Vicentini et al.
- 07** **IMPATTO DI SCREENING E DEPRIVAZIONE SULLE NEOPLASIE CERVICALI IN PROVINCIA DI FERRARA (1991-2011)**
Gloria Raguzzoni et al.

POSTER SELEZIONATI

- 31** **IL CERVICOCARCINOMA NELLA ASL BARI: COSA È CAMBIATO IN TERMINI DI PREVENZIONE E INCIDENZA**
Deborah Fracchiolla et al.
- 32** **CONFRONTO DI DUE MODELLI DI OFFERTA DELLA VACCINAZIONE CONTRO L'HPV IN DUE COORTI DI NATE NELL'AUSL DI REGGIO EMILIA**
Enza Di Felice et al.
- 33** **INFEZIONE DA VIRUS DELL'EPATITE B E RISCHIO DI LINFOMA NON-HODGKIN: RISULTATI DI UNO STUDIO CASO-CONTROLLO**
Martina Taborelli et al.
- 34** **COMPLETEZZA DELLA REGISTRAZIONE DEL TNM NEL CANCRO DEL COLON-RETTO. ANALISI DELLE CAUSE DI MANCANZA DELL'INFORMAZIONE**
Silvia Patriarca et al.
- 35** **REGISTRO TUMORI, NON SOLO MEZZO DI VALUTAZIONE ONCOLOGICA, MA ANCHE IMPORTANTE STRUMENTO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE**
Giuseppa Candela et al.
- 36** **STUDIO DI COORTE A REGGIO EMILIA: CONFRONTO TRA INCIDENCE-BASED MORTALITÀ E MORTALITÀ PER TUMORE DEL COLON-RETTO**
Stefania Caroli et al.
- 37** **RISULTATI PRELIMINARI SULL'INCIDENZA NELL'ANNO 2006 DEL CARCINOMA DEL COLON-RETTO NELLA PROVINCIA DI BARI**
Giacomo Gravina et al.

Percorsi e programmazione sanitaria

SECONDA SESSIONE - COMUNICAZIONI ORALI

- 08** **I COSTI CHE IMPATTANO SUI PAZIENTI A 5-10 ANNI DA UNA DIAGNOSI DI CANCRO: RISULTATI DI UNO STUDIO SU BASE DI POPOLAZIONE**
Francesca Di Salvo et al.
- 09** **RISCHIO DI NUOVI TUMORI DOPO TRAPIANTO DI ORGANO SOLIDO IN DUE COORTI ITALIANE DI TRAPIANTATI DI RENE O FEGATO**
Pierluca Piselli et al.
- 10** **L'IMPATTO ECONOMICO DEI TUMORI SUI SISTEMI SANITARI REGIONALI: STIME E PROIEZIONI PER DIVERSI SCENARI DI INTERVENTO**
Anna Gigli et al.
- 11** **UTILIZZO DI ALCUNE PRESTAZIONI NEL FOLLOW-UP DI PAZIENTI CON TUMORE DEL COLON RETTO NELLA PROVINCIA DI LATINA**
Susanna Busco et al.
- 12** **REGISTRI TUMORI E STUDI CLINICI: QUALI CRITICITÀ? ESEMPIO DI UNO STUDIO SUI TUMORI MUCOIDI DEL COLON DEL RT DI PARMA**
Maria Michiara et al.
- 13** **RETE ONCOEMATOLOGICA E COMPLETEZZA DEI DATI DI UN REGISTRO TUMORI**
Giuseppe Sampietro et al.
- 14** **IMPATTO PROGNOSTICO DEL LIVELLO DI ESPRESSIONE DI HER2 IN DONNE AFFETTE DA CA MAMMARIO PT1A NO MO E STATO DI SCREENING NOTO**
Antonino Musolino et al.
- 15** **TREND DI INCIDENZA E PREVENZIONE DEI PRINCIPALI TUMORI NELLE DONNE DELLA PROVINCIA DI SETIF, ALGERIA**
Saverio Virdone et al.

POSTER SELEZIONATI

- 38** **TUMORE DELL'ESOFAGO: CONVINCERE I DECISORI A INDIVIDUARE CENTRI DEDICATI**
Giuseppe Sampietro et al.
- 39** **PRINCIPALI INDICATORI DI PERFORMANCE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PER IL TUMORE DELLA MAMMELLA NELLA PROVINCIA DI CATANIA**
Massimo Varvarà et al.
- 40** **ANALISI DEI PERCORSI TERAPEUTICI NEI PAZIENTI AFFETTI DA TUMORE DELLA PROSTATA RESIDENTI NELLA PROVINCIA DI LATINA**
Antonella Fontana et al.
- 41** **STUDIO SUI SARCOMI DELLE PARTI MOLLI: INDICATORI DI QUALITÀ DI DIAGNOSI E TRATTAMENTO E MIGRAZIONE OSPEDALIERA**
Laura Botta et al.
- 42** **EFFETTO DELLA VALUTAZIONE DELL'INDICE MITOTICO NELLA STADIAZIONE DEL MELANOMA SOTTILE**
Adele Caldarella et al.
- 43** **DISTRIBUZIONE DELL'ETÀ ALLA DIAGNOSI NEI SOTTOTIPI IMMUNOISTOCHEMICI DEL CARCINOMA MAMMARIO**
Adele Caldarella et al.
- 44** **EFFETTO DEL DIABETE MELLITO SULLA SOPRAVVIVENZA DOPO LA DIAGNOSI DI CARCINOMA PROSTATICO**
Andrea Gini et al.
- 45** **MELANOMA CUTANEO: GLI UOMINI VENGONO DA MARTE LE DONNE DA VENERE**
Emanuele Crocetti et al.
- 46** **RUOLO PROGNOSTICO DEL DIAMETRO NEL MELANOMA CUTANEO**
Emanuele Crocetti et al.
- 47** **SOTTOTIPI TUMORALI AGGRESSIVI E TARGET THERAPY: DATI DEL REGISTRO TUMORI DI PALERMO E PROVINCIA**
Rosalba Amodio et al.

Comunicazione e valutazione del rischio

TERZA SESSIONE - COMUNICAZIONI ORALI

- 16** **IL REGISTRO INCONTRA I SINDACI: L'INIZIATIVA DI COMUNICAZIONE DEL REGISTRO TUMORI DI PALERMO E PROVINCIA**
Walter Mazucco et al.
- 17** **COME COMUNICA E COSA COMUNICA UN REGISTRO TUMORI AL SUO ESTERNO. L'ESPERIENZA DI LATINA**
Fabio Pannozzo et al.
- 18** **VARIABILITÀ GEOGRAFICA, FATTORI DI RISCHIO E SORVEGLIANZA SANITARIA PER EPATOCARCINOMA**
Paolo Contiero et al.
- 19** **CLUSTER ANALYSIS DEI PRINCIPALI ISTOTIPI DI CA POLMONARE NELLE PROVINCE DI TARANTO E LECCE**
Antonia Mincuzzi et al.
- 20** **RISCHIO DI TUMORE NEL PAZIENTE DIABETICO: UNO STUDIO DI COORTE A MODENA E PROVINCIA**
Claudia Cirilli et al.
- 21** **PRIME VALUTAZIONI SUI CASI DI TUMORI INSORTI IN SOGGETTI AFFETTI DA DIABETE NELLA PROVINCIA DI RAGUSA**
Carmela Nicita et al.
- 22** **VERSO UN SISTEMA INFORMATIVO INTEGRATO DEI REGISTRI TUMORI DI POPOLAZIONE NELL'UNIONE EUROPEA**
Giorgia Randi et al.

POSTER SELEZIONATI

- 48** **IL RUOLO DEI RT NELLE AREE INTERESSATE DA SMALTIMENTO DI RIFIUTI, CON RIFERIMENTO ALLA DISCARICA DI CONVERSANO (BA)**
Domenico Carbonara et al.
- 49** **RISCHIO DI CANCRO DEL PANCREAS IN PRESENZA DI TUMORI PRECEDENTI. ESPERIENZA DEL REGISTRO TUMORI SPECIALISTICO DEL PANCREAS**
Tiziana Casseti et al.
- 50** **INCIDENZA PER SESSO ED ETÀ DEI CARCINOMI GASTRICI: RISULTATI DEL REGISTRO TUMORI DELLA SICILIA ORIENTALE**
Rosario Caruso et al.
- 51** **INCIDENZA DEL TUMORE AL POLMONE A TRIESTE IN BASE ALLA DISTANZA RESIDENZIALE DAL POLO SIDERURGICO, 1995-2009**
Ettore Bidoli et al.
- 52** **STATO DELL'ARTE DEI TUMORI DEL TESTICOLO E AVVIO DI UNO STUDIO AD ALTA RISOLUZIONE**
Paola Pesce et al.
- 53** **MICROCARCINOMI TIROIDEI NELLE PROVINCE DI CT-ME-SR-EN (2003-2011): CLASSIFICAZIONE TNM E FATTORI PROGNOSTICI**
Antonina Torrisi et al.
- 54** **IL TUMORE DELL'ENCEFALO NELLA PROVINCIA DI TARANTO: APPROFONDIMENTO DESCRITTIVO E GEOGRAFICO**
Simona Leogrande et al.
- 55** **ESPOSIZIONE AL SOLE IN VACANZA E PROGNOSI DEL MELANOMA**
Maurizio Montella et al.
- 56** **DATI PRELIMINARI DI INCIDENZA TUMORALE DEL QUINQUENNIO 2006-2010 DEL REGISTRO TUMORI ASL DI TARANTO**
Simona Carone et al.
- 57** **DIFFERENZE DI INCIDENZA ONCOLOGICA E MORTALITÀ PER SEDE NELLE AREE METROPOLITANE E NEI SIN IN SICILIA**
Paola Pesce et al.
- 58** **ETERogeneità TERRITORIALE DELL'INCIDENZA DEL TUMORE TIROIDEO IN PUGLIA: UN'ANALISI PRELIMINARE**
Anna Maria Nannavecchia et al.

I flussi informativi e la qualità dei dati

QUARTA SESSIONE - COMUNICAZIONI ORALI

- 23** STUDIO SUI TUMORI DELLA TESTA E DEL COLLO: POSSONO I CENTRI SPECIALIZZATI GARANTIRE LA PRESA IN CARICO DI QUESTI TUMORI?
Annalisa Trama et al.
- 24** DISABILITY ADJUSTED LIFE YEARS PER TUMORE: VALUTAZIONE TRASVERSALE SU DATI AGGREGATI DI TRE REGISTRI TUMORI
Paolo Collarile et al.
- 25** UTILIZZO DEL FLUSSO SDO PER LA STIMA DELL'INCIDENZA ONCOLOGICA IN CAMPANIA: CONFRONTO CON I DATI DEL REGISTRO TUMORI
Mario Fusco et al.
- 26** VALUTAZIONE DI COMPLETEZZA E ACCURATEZZA NEI CONFRONTI TRA REGISTRI DI MORTALITÀ ISTAT E LOCALI
Adriano Giacomini et al.
- 27** SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA E INQUINAMENTO ATMOSFERICO: IL CASO DEL CARCINOMA POLMONARE NELL'AREA TERNANA
Nicola Buonora et al.
- 28** GESTIONE DEI TEMPI E DEI CARICHI DI LAVORO: RISULTATI PRELIMINARI DI UNO STUDIO COLLABORATIVO
Ivan Rashid et al.
- 29** MESOTELIOMA MALIGNO PLEURICO: QUANTO LA REFERTAZIONE DI ANATOMIA PATOLOGICA SEGUE GLI STANDARD INTERNAZIONALI
Valeria Ascoli et al.
- 30** STUDIO SUL LINFOMA DI HODGKIN BASATO SU DATI SANITARI CORRENTI: LE SCHEDE DI RICOVERO OSPEDALIERO
Valerio Manno et al.

POSTER SELEZIONATI

- 59** ANALISI DELL'IMPATTO DELLA RICOSTRUZIONE INTERCENSUARIA DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE
Ivan Rashid et al.
- 60** PROPOSTA DI PROCEDURA DI REGISTRAZIONE DEL GRADING DELLE NEOPLASIE VESCICALI
Margherita Tanzarella et al.
- 61** DIFFERENZE NELLA MORTALITÀ E NEI FLUSSI DI RICOVERI OSPEDALIERI (SDO) NELLE PROVINCE DI NAPOLI E AVELLINO
Anna Crispo et al.
- 62** I CASI PERSI DAI REGISTRI TUMORI RECUPERATI DALL'INCROCIO CON I FLUSSI DELLE ESENZIONI 048
Francesca Roncaglia et al.
- 63** VALORIZZAZIONE DEI DATI TERRITORIALI NEI PROCESSI DI ESTENSIONE DI REGISTRI TUMORI
Monica Fedele et al.
- 64** UN SOFTWARE SEMPLICE PER LE STATISTICHE DEL REGISTRO TUMORI
Ivan Rashid et al.
- 65** LA RETE DI REGISTRAZIONE ONCOLOGICA DELLA REGIONE CAMPANIA
Mario Fusco et al.
- 66** REGISTRO TUMORI ANIMALE IN UMBRIA (RTA): I RISULTATI DEL PRIMO ANNO DI ATTIVITÀ (2014)
Carmen Maresca et al.
- 67** IL MESOTELIOMA IN PROVINCIA DI TRENTO. IL REGISTRO TUMORI DI POPOLAZIONE, IL COR E L'INAIL DI TRENTO A CONFRONTO
Roberto Rizzello et al.
- 68** COOPERAZIONE TRA MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MMG), PEDIATRI DI LIBERA SCELTA (PLS) E REGISTRO TUMORI
Fernando Palma et al.

01 CARATTERISTICHE DEI TUMORI DEL COLON-RETTO NEI PRIMI ANNI 2000: DATI DALLO STUDIO IMPATTO DELLO SCREENING COLORETTALE

Manuel Zorzi e *Impatto colon-retto working group*

Registro Tumori del Veneto, Padova

Obiettivi. L'impatto dei programmi di screening coloretale si evidenzia solo a diversi anni di distanza dall'attivazione dei programmi. Abbiamo confrontato le caratteristiche dei tumori del colon-retto (CRC) distinti per modalità diagnostica [screen-detected (SD), non-screen-detected (NSD)] come outcome precoce dell'impatto di programmi di screening.

Metodi. 23 Registri Tumori (RT) hanno fornito dati sui CRC diagnosticati nel periodo 2000-2008. Tramite linkage con gli archivi dei programmi di screening è stata registrata la modalità diagnostica di ciascun caso (SD, NSD). Tramite modelli di regressione logistica sono state confrontate le caratteristiche di differenti sottogruppi di CRC, distinti in base all'area geografica, la presenza di un programma di screening e la modalità diagnostica.

Risultati. Lo studio include 23.668 casi di CRC diagnosticati in soggetti 50-69enni, dei quali l'11,9% SD (n=2.806), tutti da regioni del Centro e Nord Italia. Rispetto ai casi diagnosticati prima dell'avvio degli screening, i casi SD erano caratterizzati da una quota maggiore a carico dei maschi (61,7% vs. 58,8%) e del colon distale (50,6% vs. 37,6%). A parità di numero medio di linfonodi esaminati (16,1 in entrambe le casistiche), il numero di linfonodi positivi dei casi SD era inferiore dei casi pre-screening sia considerando il totale dei CRC (1,0 vs 2,1) che soltanto i CRC in stadio III o IV alla diagnosi (3,4 vs. 4,2). I casi SD mostravano infine una migliore distribuzione per stadio alla diagnosi (odds ratio di stadio III o IV 0,40, IC95% 0,36-0,44) e per grading (odds ratio di grading scarsamente differenziato 0,86, IC95% 0,75-1,00).

Conclusioni. I tumori SD presentano caratteristiche prognostiche migliori rispetto ai casi NSD. I risultati di questo studio confermano la necessità di rinnovare l'impegno perché i programmi di screening vengano estesi su tutto il territorio nazionale.

manuel.zorzi@regione.veneto.it

02 I TREND DI INCIDENZA DEI TUMORI DEL COLON-RETTO NEI PRIMI ANNI 2000 IN ITALIA: I RISULTATI DELLO STUDIO IMPATTO

Lucia Mangone e *Impatto colon-retto working group*

Registro Tumori Reggio Emilia, Servizio Epidemiologia AUSL

Obiettivi. In Italia la mortalità per tumori del colon-retto è in calo dai primi anni '90 mentre l'incidenza è in aumento (ITACAN). Lo stadio III-IV rappresenta circa il 40-50% della casistica e la sopravvivenza è fortemente correlata allo stadio della malattia. Obiettivo è descrivere i trend di incidenza dei tumori del colon-retto in Italia ed analizzarli in relazione alla attivazione dei programmi di screening.

Metodi. 23 Registri Tumori hanno fornito dati sui tumori del colon-retto diagnosticati nel periodo 2000-2008 (46.857 tumori diagnosticati in età 40-79 anni). Tramite linkage con gli archivi dei programmi di screening è stata registrata la modalità diagnostica di ciascun caso (Screen Detected, Non Screen Detected).

Risultati. L'incidenza dei tumori del colon-retto segue un gradiente nord-sud: i tassi più alti sono stati registrati a Genova, i più bassi a Sassari. I trend sono in aumento in entrambi i generi solo nel centro-nord ed esclusivamente nelle aree dove è attivo un programma di screening (APC= 3.6 e 2.3 nei maschi e nelle femmine, rispettivamente). A due anni dall'avvio dello screening l'incidenza aumenta soprattutto nella fascia di età 60-69 anni (Tasso Standardizzato passa da 169 a 249 casi x 100,000) e nel colon distale (TS passa da 43.9 a 69.3 x 100,000). La distribuzione per stadio rimane costante nelle aree del centro nord senza screening e nel sud Italia. Dopo l'avvio dello screening il tasso di incidenza dello stadio I passa da 19 a 45 x 100,000, lo stadio II da 30 a 36 x 100,000 e gli stadi III/IV da 68 a 73 x 100,000.

Conclusioni. L'avvio dei programmi di screening dei tumori del colon-retto in Italia ha avuto un forte impatto portando ad un aumento dell'incidenza e delle forme precoci. È necessario un continuo monitoraggio delle aree italiane per capire gli effetti dello screening su tutta la popolazione.

mangone.lucia@ausl.re.it

03 INCIDENZA DEI TUMORI METASTATICI NELLO STUDIO RANDOMIZZATO EUROPEO SULLO SCREENING PER TUMORE DELLA PROSTATA

Carlotta Buzzoni, Marco Zappa, Donella Puliti, Gianfranco Manneschi e *ERSPC Working Group*

UO Epidemiologia Clinica e Descrittiva e Registri, ISPO, Firenze

Obiettivi. Lo studio randomizzato europeo sullo screening per tumore della prostata (ERSPC, <http://www.erspc.org>) aveva già evidenziato una riduzione del 21% della mortalità per tumore della prostata (TP) e un incremento dell'incidenza pari a 1,6 volte tra i soggetti sottoposti a screening mediante test del PSA. Nel presente lavoro è stata valutata l'incidenza dei TP per categoria di rischio alla diagnosi con l'obiettivo di evidenziarne il potenziale impatto sulla mortalità.

Metodi. Il database dello studio ERSPC raccoglie informazioni su incidenza e mortalità per TP occorso nel braccio in studio e in quello di controllo sulla base dei dati dei Registri Tumori locali. Sono state definite quattro categorie di rischio alla diagnosi: basso, intermedio, elevato, malattia metastatica. Sono stati calcolati i rapporti tra tassi di incidenza (IRR) nel braccio in studio e in quello di controllo per categoria di rischio, centro e tempo di follow-up. I dati mancanti sono stati imputati. Le analisi sono state condotte su base intention-to-treat. Questo lavoro è oggetto di una pubblicazione in stampa su *European Urology*.

Risultati. Sono stati diagnosticati 7,408 e 6,107 casi di TP nel braccio in studio e di controllo rispettivamente. La proporzione di informazioni mancanti erano comparabili nei due bracci ma differenti tra centri. I IRR erano elevati per la categoria di rischio basso (2.14, 95%IC: 2.03-2.25) e intermedio (1.24, 95%IC: 1.16-1.34), uguale a uno per la categoria elevato e inferiore a uno per i tumori metastatici (0.60, 95%IC: 0.52-0.70). I IRR per i tumori metastatici presentavano un andamento temporale simile a quello della mortalità, posticipato di circa tre anni.

Conclusioni. Questi risultati confermano una riduzione dell'incidenza dei TP metastatici nel braccio in studio, che precede la riduzione della mortalità di tre anni. Ciò suggerisce che la diminuzione dell'incidenza delle forme metastatiche sia il principale determinante della riduzione della mortalità.

c.buzzoni@ispo.toscana.it

04 RUOLO DEL PAPPILLOMA VIRUS UMANO (HPV) NEI CARCINOMI EXTRAGENITALI URINARI E COLON RETTALI

Melchiorre Fidelbo¹, Salvatore Sciacca¹, Salvatore Sciacchitano¹, Giovanni Benedetto¹, Paolo Fidelbo¹, Anna Caruso¹, Lorenzo Memeo²

¹Registro Tumori Integrato CT-ME-SR-EN, Dipartimento G.F. Ingrassia, Università di Catania; ²Anatomo Patologo Istituto Oncologico Mediterraneo (IOM ricerca srl)

L'aumento di incidenza del cancro alla vescica, alla prostata ed al colonretto osservato negli ultimi anni ha stimolato i ricercatori all'identificazione dei possibili agenti eziologici. In particolare grande interesse ha destato in noi l'ipotesi di un'associazione del Papilloma Virus Umano (HPV) con il carcinoma urinario (uroteliale e prostata) e coloretale, dato il ruolo patogenetico che questo ha nel carcinoma della cervice uterina e nei carcinomi ano-genitali. Controverso è il ruolo cancerogeno dell'HPV. L'obiettivo della ricerca molecolare è stato quello di tipizzare il virus HPV negli istotipi del carcinoma uroteliale, prostatico e coloretale, e dei relativi "tessuti controllo", su fette di tessuti paraffinati su vetrino.

Materiali e metodi. L'obiettivo di questa ricerca è quello di confermare o confutare tale ruolo tramite la ricerca molecolare del virus HPV in materiale istologico negli istotipi del carcinoma uroteliale, prostatico e del colonretto, e dei relativi "tessuti controllo", su fette di tessuti paraffinati su vetrino. Dopo sparaffinazione l'ibridazione dell'amplificato marcato su di un supporto in cui sono adese sonde specifiche (ibridazione allele/specifica) ha consentito di distinguere i diversi genotipi virali. Pertanto sono stati sottoposti ad estrazione del DNA, ed all'identificazione del HPV con tecnica real time PCR, mediana amplificazione della regione genica codificante la proteina L1.

Risultati e Conclusioni. Questo studio ha dimostrato di individuare una positività significativa per l'HPV nel cancro della vescica, della prostata e nelle relative flogosi, aprendo nuovi scenari etiopatogenetici ed epidemiologici per un più appropriato controllo di queste malattie. La ricerca è ancora in corso e risultati più completi, specie sul tratto del colonretto, potranno essere comunicati successivamente.

melchiorre.fidelbo@gmail.com

05 INCIDENZA E RISCHIO DI EPATOCARCINOMA IN CAMPANIA: STUDIO DI COORTE IN UNA POPOLAZIONE COPERTA DA REGISTRO TUMORI

Diego Serraino¹, Pierluca Piselli², Diana Verdirosi², Raffaele Palombino³, Enrico Girardi², Francesco Pisanti³, Paola Scognamiglio², Luigino Dal Maso¹, Mario Fusco³

¹SOC Epidemiologia e Biostatistica, IRCCS Centro di Riferimento Oncologico, Aviano; ²Dipartimento di Epidemiologia e Ricerca Preclinica, INMI L. Spallanzani, IRCCS, Roma; ³Registro Tumori Regione Campania c/o ASL Napoli 3 Sud

Obiettivi. Obiettivo di questo studio è la quantificazione del rischio di epatocarcinoma (EC) in base alla infezione con virus epatitici in una coorte di popolazione residente nell'area coperta dal registro tumori della Campania (RTC) – dove si registrano i più alti tassi di incidenza di EC in Europa (Italia inclusa).

Materiali e metodi. Il gruppo in studio è costituito da un campione casuale di 4496 persone residente nell'area del RTC testate -tra il 2003 e il 2006- per l'infezione da HCV e/o HBV. Dal momento dell'effettuazione del test sierologico, queste 4496 persone (55.2%, donne; età mediana, 44 anni) sono state seguite al follow-up. Attraverso una procedura di record linkage con il RTC è stato possibile accertare, al 31/12/2011, lo stato vitale e l'eventuale nuova diagnosi di EC. Il numero osservato di EC è stato paragonato a quello atteso -in base ai dati AIRTUM per l'Italia intera- tramite il calcolo dei SIR e IC95% per infezione da HCV e/o HBV. I fattori associati al rischio di EC sono stati esaminati tramite gli incidence rate ratios (IRR).

Risultati. In 34792 anni persona di osservazione (AP), sono stati diagnosticati 20 casi di EC, per una incidenza complessiva pari a 57.5 nuovi casi di EC/100.000/anno. Nel complesso, il SIR per EC di tutta la coorte era di 2.5 (IC95%:1.5-3.9). Il SIR era uguale a 3.5 per le 1241 persone HbcAb-positivo e 11.8 (IC95%:6.8-19) per le 336 persone HCV-positivo. La coinfezione HBV/HCV è risultato il più forte determinante del rischio di EC (IRR=201, IC95%:26-1573), in aggiunta alla età ≥ 65 anni (IRR:3.8, IC95% 1.4-10).

Conclusioni. I risultati di questo studio di coorte su base di popolazione confermano il ruolo principale svolto dalle infezioni da HCV e/o HBV nel determinare l'alto rischio di EC in Campania. Essi sottolineano l'importanza del monitoraggio della popolazione sia per il follow-up delle persone infette che per lo sviluppo di campagne di screening sierologico per individuare persone infette ma ignare di esserlo.

serrainod@cro.it

07 IMPATTO DI SCREENING E DEPRIVAZIONE SULLE NEOPLASIE CERVICALI IN PROVINCIA DI FERRARA (1991-2011)

Gloria Raguzzoni¹, Patrizia Biavati², Nicola Caranci³, Barbara Pacelli³, Aldo De Togni⁴, Caterina Palmonari⁴, Stefano Ferretti¹

¹Registro tumori Area Vasta Emilia Centrale, AUSL Ferrara, Università di Ferrara; ²Registro tumori Area Vasta Emilia Centrale, AUSL Bologna; ³Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia-Romagna, Bologna; ⁴Programma di screening cervico-vaginale, AUSL Ferrara

Obiettivi. Lo screening costituisce un'efficace strategia di prevenzione del carcinoma cervicale, soprattutto in relazione alla deprivazione socio-economica, che rappresenta sia un rischio per l'insorgenza del cancro che un determinante per l'adesione allo screening. Lo studio ha analizzato l'impatto dello screening sull'incidenza e la sopravvivenza dei carcinomi invasivi in relazione a deprivazione e adesione al programma.

Materiali e metodi. È stata valutata l'incidenza delle lesioni cervicali premaligne e maligne nelle donne residenti in provincia di Ferrara dal 1991 al 2011 (188.000 residenti medi) e la sopravvivenza, nello stesso periodo, delle pazienti con carcinoma, in rapporto all'adesione al programma di screening, iniziato nel 1996. È stato elaborato un indice di stato socio-economico (SES, per sezione di Censimento al 2001), attribuito tramite GIS. I fattori considerati nelle analisi sono l'adesione allo screening, il SES, il periodo (limitatamente all'incidenza) e l'età.

Risultati. Sono state osservate 3.374 lesioni in 3.187 pazienti. Oltre il 50% delle lesioni sono state identificate in corso di screening e il 43% in donne appartenenti a due quintili più deprivati (OR 1,38 vs i due quintili a più elevato SES). L'analisi ha evidenziato come il rischio di incidenza di cancro nelle donne più deprivate sia associato alla bassa adesione allo screening. Non è stato evidenziato un differenziale di SES nella sopravvivenza post-diagnosi di carcinoma; in quest'ambito lo screening ha confermato, anche nel lungo periodo, una netta riduzione del rischio di morte (HR 0,28 per i casi screen-detected vs extra-screening).

Conclusioni. Anche dopo molti anni dall'inizio, il programma di screening conferma la sua efficacia nel prevenire l'insorgenza di carcinomi invasivi, riducendo il rischio della popolazione a basso SES e migliorando la prognosi. Per aumentare il controllo del rischio nelle donne più deprivate è necessario perciò promuovere l'adesione allo screening in questa fascia di popolazione.

gloria.raguzzoni@student.unife.it rtm@unife.it

06 IMPATTO DEL PROGRAMMA DI SCREENING COLO-RETTALE SULLA INCIDENZA: STUDIO DI COORTE NELLA PROVINCIA DI REGGIO EMILIA

Massimo Vicentini^{1,2}, Claudio Sacchetti^{1,2}, Enza Di Felice^{1,2}, Lucia Mangone^{1,2}, Giuliana Sereni³, Marco Zappa⁴, Paolo Giorgi Rossi^{1,2}, e Colorectal cancer screening group

¹Servizio Interaziendale di Epidemiologia, AUSL Reggio Emilia; ²Arcispedale Santa Maria Nuova, IRCCS, Reggio Emilia; ³Unità di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Arcispedale Santa Maria Nuova, IRCCS, Reggio Emilia; ⁴Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO), Firenze

Obiettivo. Lo screening con test del sangue occulto fecale (gFOBT) è efficace nel ridurre la mortalità, ma è ancora incerto se può ridurre l'incidenza. Tuttavia, data la maggior sensibilità del test immunochimico (FIT) nel rilevare adenomi, si vuole valutare l'impatto del FIT sull'incidenza con approccio intention to screen a livello di popolazione.

Metodi. L'incidenza (1997-2012) è stata studiata attraverso i dati del registro tumori. I soggetti con tumore coloretale nati fra il 1923 e il 1962 e in età 50-74 anni, sono stati divisi in base all'esposizione a screening a seconda che il tumore sia stato diagnosticato nella fase di pre-screening, screening (1°, 2°, 3° e 4° round) e post-screening. Gli incidence rate-ratio (IRR) sono stati calcolati con un modello multivariato di Poisson aggiustato per sesso ed età. Inoltre due coorti aperte, una di controllo mai screenata (50-69 anni nel 1997) e l'altra di screening (50-69 anni nel 2005), sono state seguite per un massimo di 8 anni per calcolare l'incidenza cumulata e l'incidence-based mortality causa specifica.

Risultati. L'adesione allo screening è del 64%, circa il 70% ha eseguito almeno un FIT. I tassi di positività e detection rate sono rispettivamente 5.0% e 2.2%. Gli incidence rate-ratio (IRR) aggiustati per sesso ed età, confrontati col pre-screening sono: 1.60 [95%CI 1.43-1.79], 0.86 [95% CI 0.78-0.94] e 0.59 [95%CI 0.50-0.69] rispettivamente per il primo round, round successivi e post screening. Rispetto alla coorte di controllo, la coorte screening mostra un rischio di incidenza (IRR) significativamente ridotto dopo 8 anni (IRR 0.90 [95% CI 0.83-0.97]). L'incidence-based mortality causa specifica è 0.64 [95% CI 0.52-0.68].

Conclusioni. Uno screening ben implementato ed organizzato basato sul FIT è in grado di ridurre l'incidenza del cancro del colon-retto di circa il 10% dopo 8 anni dall'attivazione. Inoltre l'incidence-based mortality causa specifica si riduce del 36%.

Massimo.Vicentini@ausl.re.it

08 I COSTI CHE IMPATTANO SUI PAZIENTI A 5-10 ANNI DA UNA DIAGNOSI DI CANCRO: RISULTATI DI UNO STUDIO SU BASE DI POPOLAZIONE

Francesca Di Salvo¹, Andrea Micheli¹, Francesco de Lorenzo², Francesca Ferrari³, Rosario Tumino⁴, Giovanna Tagliabue¹, Pina Candela⁵, Milena Sant¹, Paolo Baili¹

¹Fondazione IRCCS "Istituto Nazionale dei Tumori", Milano; ²Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia, Roma; ³Registro tumori Reggiano, AUSL, Reggio Emilia; ⁴Registro tumori di Ragusa, ASP, Ragusa; ⁵Registro tumori di Trapani, Trapani

Obiettivi. Negli ultimi anni in Italia la prevalenza dei tumori è aumentata, così come i costi sanitari sostenuti sia dal SSN, che dai singoli pazienti. Lo scopo di questo studio è stato stimare i costi Out-of-Pocket (OOP) sostenuti dai pazienti per la malattia, su un campione population-based a 5-10 anni dalla diagnosi.

Metodi. Dalla casistica di 4 registri tumori italiani (Varese, Reggio Emilia, Ragusa e Trapani) sono stati estratti in maniera casuale 600 soggetti prevalenti al 1.1.2013, con una diagnosi di cancro nel periodo 2003-2007. I pazienti sono stati intervistati attraverso i medici di medicina generale (MMG). Sono state raccolte ed analizzate informazioni sui costi per visite, terapie, viaggi, riabilitazione e sulla qualità di vita. I fattori maggiormente influenzanti i costi OOP sono stati valutati con modelli di regressione zero-inflated.

Risultati. La proporzione di rispondenti è stata circa il 50%, a causa soprattutto del mancato ottenimento del contatto telefonico dei pazienti da parte dei MMG. La spesa media mensile per un paziente residente al Sud è risultata 244€ vs 69€, per un residente al Nord. Questa differenza è attribuibile verosimilmente a spese per spostamenti, ed in maniera più contenuta, ma statisticamente significativa, per visite specialistiche e farmaci. I pazienti con qualità di vita scadente hanno sostenuto costi maggiori sia al Nord, che al Sud. Solo al Nord, le donne di età 60-69 anni e coloro che vivevano da soli (vedovi, separati, single) hanno sostenuto costi più alti.

Conclusioni. Al Sud i costi OOP sostenuti dai pazienti oncologici sono risultati più che triplicati rispetto al Nord. Le cause sono verosimilmente ascrivibili a frammentazione dei percorsi diagnostico-terapeutici e necessità di spostamenti. I registri tumori hanno le potenzialità per condurre studi di questo tipo, che necessitano però di risorse adeguate e di un maggiore coinvolgimento dei MMG, fondamentali per il contatto con il paziente.

francesca.disalvo@istitutotumori.mi.it

09 RISCHIO DI NUOVI TUMORI DOPO TRAPIANTO DI ORGANO SOLIDO IN DUE COORTI ITALIANE DI TRAPIANTATI DI RENE O FEGATO

Pierluca Piselli¹, Franco Citterio², Diego Serraino³ e Gruppo di Studio Italiano Immunodeficienza e Tumori

¹Dipartimento di Epidemiologia e Ricerca Preclinica, INMI L. Spallanzani, IRCCS, Roma; ²Università Cattolica del Sacro Cuore A. Gemelli, Roma; ³SOC Epidemiologia e Biostatistica, IRCCS CRO, Aviano

Obiettivo. Stimare il rischio di nuovi tumori (NT) in trapiantati di rene (TR) o fegato (TF).

Metodi. Studio di coorte multicentrico nazionale su 7224 TR e 2770 TF trapiantati tra il 1990 e il 2010 in 19 centri. Gli anni persona (AP) sono stati calcolati dal 30° giorno post-trapianto alla data di NT, decesso, rientro in dialisi, ultimo fup o fine studio (31/12/13). È stato calcolato il rapporto standardizzato d'incidenza (SIR) e IC95%, dividendo il numero di casi osservato con quello atteso nella popolazione generale italiana (dati AIRTUM).

Risultati. Sono stati diagnosticati 733 NT in 68068 AP (fup mediano 6.6 anni): 115 PTLD di cui 91 LNH, 92 sarcoma di Kaposi (SK) e 526 tumori solidi (di cui 76 polmone, 61 testa-collo, 58 colon-retto-ano 58 e 50 prostata). L'incidenza complessiva era di 11.1 casi/103 AP, con un SIR aumentato di 1.7 volte per i TR e 1.5 per i TF. Aumenti significativi nelle due coorti sono stati riscontrati per SK (SIR=97.9), PTLD (3.4) cavità orale (3.1) e tumori solidi (1.3). Per i TR SIR significativamente aumentati per ca rene, mesotelioma, labbro e ghiandole salivari; per TF, ca testa-collo e colon.

Conclusioni. I risultati di questo studio longitudinale su circa 10.000 trapiantati confermano e quantificano in Italia il rischio neoplastico dei TR e dei TF, un rischio soprattutto associato a tumori virus-relati. Dato il forte impatto negativo di questi tumori sulla sopravvivenza dei trapiantati, questi dati confermano la necessità di monitoraggio neoplastico pre- e post-trapianto per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori.

pierluca.piselli@inmi.it

11 UTILIZZO DI ALCUNE PRESTAZIONI NEL FOLLOW-UP DI PAZIENTI CON TUMORE DEL COLON-RETTO NELLA PROVINCIA DI LATINA

Susanna Busco^{1,2}, Isabella Sperduti³, Marco Fiori⁴, Donatella Burchi⁴, Fabio Panno^{1,2}, Francesco Albertoni², Edvige Bernazza^{1,2}, Simonetta Curatella^{1,2}, Leonarda Macci^{1,2}, Miriana Rossi^{1,2}

¹Registro tumori di Latina ASL Latina; ²UOC Epidemiologia ASL Latina; ³Biostatistica -Istituti Fisioterapici Ospitalieri Roma; ⁴UOC Sistemi Informativi e Tecnologie Informatiche ASL Latina

Obiettivo. Valutare l'effettuazione di alcune prestazioni diagnostiche nel follow up di pazienti con tumore del colon-retto nei primi tre anni dalla diagnosi.

Metodi. È stata estratta dal registro tumori di Latina una corte di pazienti con diagnosi di tumore del colon-retto negli anni 2009-2010(FU al 31/12/2012) ed effettuato record linkage deterministico con i ricoveri ospedalieri e prestazioni ambulatoriali nell'anno precedente la diagnosi e nei tre anni successivi. Sono state valutate alcune prestazioni correlate alla patologia oncologica (endoscopia, biopsia, TC /RMN, PET) effettuate durante il primo, secondo e terzo anno dalla diagnosi stratificate per stadio ed età. Verranno utilizzati il test di chi quadro e Friedman.

Risultati. Sono stati estratti 784 casi di tumore del colon-retto 315 F e 469 M,(544 colon e 240 retto) in totale 726 con diagnosi istologica. 771 pazienti si sono linkati con le prestazioni: 166 con stadio 0/I (22%), 165 casi stadio II (21%), 141 con stadio III (18%), 140 casi stadio IV (18%), 159 non noto (21%) Nella fase pre diagnosi sono state effettuate 28 TC/RMN, 4 PET, 10 endoscopie. Nei 12 mesi successivi sono state rilevate 1044 prestazioni di TC/RMN di cui 160 (15%) nello stadio 0/I, 250 (24%) stadio II, 226(22%) stadio III, 241(23%) stadio IV 241(25%) stadio NN 163 (16%); 455 endoscopie 205 biopsie; 58 PET, effettuate omogeneamente in tutti gli stadi. Nel secondo e terzo anno si osserva una marcata riduzione sia delle endoscopie (225 e 164 rispettivamente) che della TC/RMN (573 e 454 rispettivamente) di cui il 17% nel primo anno e il 20% nel secondo anno effettuate negli stadi 0/I.

Conclusioni. L'integrazione dei dati del registro con i dati derivanti dai flussi informativi correnti permette il monitoraggio delle prestazioni in fase di follow up fornendo elementi utili per valutare l'appropriatezza nell'utilizzo della diagnostica strumentale e un possibile supporto al governo dei percorsi assistenziali oncologici.

s.busco@ausl.latina.it

10 L'IMPATTO ECONOMICO DEI TUMORI SUI SISTEMI SANITARI REGIONALI: STIME E PROIEZIONI PER DIVERSI SCENARI DI INTERVENTO

Anna Gigli¹, Silvia Francisci², Daniela Pierannunzio², Stefano Guzzinati³, Silvia Birri⁴, Susanna Busco⁵ e Gruppo di lavoro EPICOST

¹IRPPS-CNR; ²CNESPS-ISS; ³Registro Tumori Veneto; ⁴Registro Tumori Friuli Venezia Giulia; ⁵Registro Tumori Latina

Obiettivi. In Italia continua a crescere il numero di pazienti oncologici e il loro impatto sul sistema sanitario nazionale. Obiettivo di questo studio è la stima della spesa sanitaria destinata alla diagnosi, cura e monitoraggio dei pazienti oncologici, generalizzabile a più sedi tumorali ed applicabile a diverse aree dell'Italia.

Materiali e metodi. Studio retrospettivo basato su casi incidenti di tumore di colon, retto e mammella provenienti dai Registri Tumori (RT) di Veneto, Friuli Venezia Giulia, Firenze-Prato, Latina, Umbria, Napoli, Palermo, linkati a livello individuale con dati amministrativi (ricoveri ospedalieri, specialistica ambulatoriale, consumo di farmaci). I costi sanitari sono stimati mediante una ricostruzione del profilo di costo individuale, suddividendo i percorsi di malattia in tre fasi: iniziale (diagnostica e trattamenti entro 12 mesi dalla diagnosi), continua (trattamenti successivi e monitoraggio), finale (cure palliative e del dolore nei 12 mesi precedenti il decesso).

Risultati. I risultati preliminari, limitatamente al tumore del colon-retto nei RT di Veneto e Firenze-Prato, mostrano costi molto elevati durante i primi mesi della fase iniziale, con un calo nella fase continua fino a raggiungere un plateau, e nuovamente in aumento durante la fase finale. Il progetto prevede la stima dei costi in relazione a: a) modifiche nell'ammontare e nella struttura dei prevalenti, nei percorsi terapeutici e nei profili di costo derivanti da politiche di prevenzione primaria o di screening; b) diversi modelli di cura per il tumore considerato.

Conclusioni. In un'ottica di razionalizzazione della spesa sanitaria questo studio risponde alla necessità di quantificare il costo della presa in carico di un paziente oncologico, al fine di guidare scelte di politica sanitaria per un'oculata gestione e controllo dell'offerta sanitaria e delle risorse economiche.

Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute - CCM

anna.gigli@irpps.cnr.it

12 REGISTRI TUMORI E STUDI CLINICI: QUALI CRITICITÀ? ESEMPIO DI UNO STUDIO SUI TUMORI MUCOIDI DEL COLON DEL RT DI PARMA

Maria Michiara¹, Annamaria De Giorgi¹, Annalisa Gilli¹, Francesca Negri¹, Enrico Maria Silini², Laura Manotti², Francesco Bozzani¹, Paolo Sgargi¹, Carmine Pinto¹

¹UO di Oncologia e Registro Registro Tumori della Provincia di Parma, AOU Parma; ²Anatomia e Istologia Patologica, AOU Parma

Razionale. I Registri Tumori hanno acquisito nel tempo un importante ruolo non solo epidemiologico, ma anche nella programmazione sanitaria, nei percorsi diagnostico-terapeutici e nella conduzione di studi clinici. Pertanto notevole importanza rivestono il referto istologico e la relativa codifica morfologica in quanto nel passaggio possono venir perse informazioni utili per il clinico.

Materiali e metodi. Presso l'Oncologia di Parma è stato condotto uno studio da RT sui tumori del colon incidenti nel periodo 2004-2007. Razionale dello studio era la valutazione delle caratteristiche clinico patologiche e prognostiche dei carcinomi mucoidi, che dalla letteratura sembrano differenti per caratteristiche e risposta ai trattamenti rispetto agli altri istotipi. Sono stati identificati 1121 casi di cui 187 mucoidi (codice 8480.3), di questi un unico patologo ha rivisto 163 casi, definendo mucinosi i tumori in cui la componente di mucina extracellulare rappresentava almeno il 50% del tessuto analizzato. Per tutti i casi è stato recuperato il referto istologico per esteso.

Risultati. Su 163 casi in 107 (66%) è stata trovata concordanza tra la revisione istologica e il codice morfologico inserito a Registro, in 56 discordanza. Per nessun caso era specificata la percentuale di mucina nel referto; nei 107 "veri mucoidi" 34 (32%) erano descritti come "con aspetti mucoidi", nei 56 "falsi mucoidi" solo 5 (9%) erano definiti mucoidi. A Registro erano stati tutti codificati con il codice 8480/3.

Conclusioni. Nel referto istologico la percentuale di mucina non era mai specificata rendendo difficile per il registratore codificare correttamente il caso. Particolare attenzione deve essere posta all'utilizzo dei dati da RT per studi clinici. È auspicabile una stretta collaborazione tra patologo, oncologo e operatori del RT affinché i dati possano essere fruibile anche per valutazioni cliniche in cui è richiesta maggior accuratezza in un'ottica diagnostica, prognostica e predittiva.

mariamichiara@gmail.com

13 RETE ONCOEMATOLOGICA E COMPLETEZZA DEI DATI DI UN REGISTRO TUMORI

Giuseppe Sampietro¹, Silvia Ghisleni¹, Luisa Giavazzi¹, Andreina Zanchi¹, Federica Delaini², Alberto Zucchi¹

¹ASL di Bergamo; ²AO Papa Giovanni XXIII di Bergamo

Obiettivi. Evidenziare come l'esistenza di una rete oncoematologica sul proprio territorio possa migliorare la completezza e la qualità dei dati relativamente ai tumori del sistema linfoemopoietico.

Materiali e metodi. Sono stati inclusi tutti i casi incidenti del registro tumori della ASL di Bergamo ed è stata analizzata la popolazione presente nei database delle oncoematologie del territorio. L'analisi è stata effettuata sui casi incidenti 2007-2009 e, preliminarmente, sui casi incidenti 2010-2012. Sono stati quindi individuati i soggetti presenti in questo archivio ma assenti nelle tre fonti informative obbligatorie di un registro: archivi SDO; archivi di anatomia patologica; archivi di mortalità.

Risultati. Nel triennio 2007-2009 sono stati recuperati 19 casi di mieloma (14% del totale) nei maschi e 15 nelle femmine (13% del totale); i casi recuperati di leucemia linfoide cronica sono stati 45 nei maschi (48% sul totale) e 23 nelle femmine (53% sul totale); i casi recuperati di leucemia mieloide cronica sono stati 9 nei maschi (43% sul totale) e 5 nelle femmine (33% sul totale). Nel triennio 2010-2012 i dati preliminari indicano un numero di casi ancora superiore; tale osservazione deve tuttavia essere corroborata da ulteriori approfondimenti: 12 maschi e 11 femmine per il mieloma, 65 maschi e 35 femmine nelle leucemie linfatiche croniche, 16 maschi e 6 femmine per le leucemie mieloidi croniche. L'aumento dei casi potrebbe essere giustificato dalla tendenza a spostare dal regime di ricovero ordinario ad altri regimi i soggetti affetti da queste patologie.

Conclusioni. La collaborazione con una rete oncoematologica sul proprio territorio diventa di fondamentale importanza per un registro tumori, al fine di migliorare completezza e qualità dei dati nell'ambito specifico. L'informazione presente negli archivi di oncoematologia è comunque integrata con altre fonti informative integrative (es. dati ambulatoriali, dati farmaceutici, file F). Infine, questi dati permettono la risoluzione di casi DCO.

gsampietro@asl.bergamo.it

15 TREND DI INCIDENZA E PREVENZIONE DEI PRINCIPALI TUMORI NELLE DONNE DELLA PROVINCIA DI SETIF, ALGERIA

Saverio Virdone¹, Ettore Bidoli¹, Abbas Mahnane², Slimane Laouamri², Zoubida Zaidi², Hafida Boukharouba², Daniela Pierannunzio³, Silvia Birri¹, Diego Serraino¹, Mokhtar Hamdi Cherif² e Gruppo di lavoro AIRTUM EUROMED

¹SOC di Epidemiologia e Biostatistica, Centro di Riferimento Oncologico, IRCCS, Aviano; ²Facoltà di Medicina, Università di Setif, Algeria; ³Istituto Superiore di Sanità

Obiettivi. L'incidenza di tutti i tumori nelle donne dei paesi del nordafrica è in aumento. L'attivazione di programmi di screening su base di popolazione proposta dall'Algerian National Cancer Plan 2015-19 ha lo scopo di diminuire i tumori della mammella, del colon-retto e della cervice. Questo studio descrive l'andamento temporale di questi tre tumori nelle donne residenti nella provincia di Setif, Algeria.

Metodi. Il Registro Tumori di Setif, che copre una popolazione di circa 1,5 milioni di abitanti, ha fornito le informazioni sui 7269 nuovi casi di tumori femminili diagnosticati dal 1996 al 2010. La popolazione è stata ottenuta dall'Istituto Algerino di Statistica. Sono stati calcolati i tassi di incidenza standardizzati per età (popolazione mondiale) e sono stati stimati gli annual percent change (APC).

Risultati. I tumori della mammella, del colon-retto e della cervice sono i tumori più frequenti nelle donne (49% del totale). Sono stati osservati degli aumenti significativi ($p < 0.05$) dell'incidenza per il tumore della mammella ($APC = +8,2\%$) e del colon-retto ($+4,5\%$), soprattutto dopo i 45 anni di età. È stata osservata una diminuzione significativa della cervice ($-4,2\%$), specialmente per la classe di età 45-64 ($-5,9\%$). Una stratificazione per morfologia ha mostrato un aumento annuo del 13,3% dei carcinomi della cervice a cellule non squamose (90% di tutte le diagnosi di tumore della cervice nel 1996-2000, vs. 53% nel 2006-2010).

Conclusioni. La variazione dell'incidenza dei tumori della mammella e del colon-retto sembra essere associata ai cambiamenti degli stili di vita (es. minor numero di figli, aumento dell'obesità). I risultati emersi per la cervice possono essere spiegati da una maggiore partecipazione a screening opportunistici, più efficienti nella diagnosi di carcinomi a cellule squamose che di adenocarcinomi. L'attivazione di programmi di screening organizzati su base di popolazione rappresenta per la provincia di Setif una priorità.

svirdone@cro.it

14 IMPATTO PROGNOSTICO DEL LIVELLO DI ESPRESSIONE DI HER2 IN DONNE AFFETTE DA CA MAMMARIO PT1A NO MO E STATO DI SCREENING NOTO

Antonino Musolino¹ e Gruppo di lavoro

¹Unità Operativa di Oncologia Medica e RT Parma, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Obiettivi. La prognosi del carcinoma mammario in stadio precoce pT1aN0M0 dipende dal sottotipo biologico della neoplasia. È stato proposto che il comportamento clinico più aggressivo dei tumori mammari diagnosticati nell'intervallo di due rounds di screening possa essere dipendente dalla maggiore percentuale di tumori HER2-positivi riscontrati rispetto alla controparte screen-detected. Non ci sono dati di popolazione sul ruolo prognostico della mutazione dell'oncogene HER2 in donne affette da carcinoma mammario pT1N0M0 con stato di screening noto.

Metodi. Sono stati valutati tutti i casi incidenti di tumore mammario pT1aN0M0 diagnosticato nella fascia di età 50-69 censiti dai Registri Tumori della Regione Emilia-Romagna dal 2003 al 2009. Lo stato di diagnosi in fase di screening è stato accertato mediante il programma di screening regionale. Sono state escluse dalle analisi le pazienti non sottoposte a screening mammografico, con stato di HER2 non noto e/o che avevano ricevuto un trattamento chemioterapico con Trastuzumab (anticorpo monoclonale anti-HER2).

Risultati. La mutazione/sovraespressione dell'oncogene HER2 è stata riscontrata nel 12% dei casi. La percentuale di tumori screen detected e intervallo è stata rispettivamente 53% e 18%. I tumori con elevata frazione di proliferazione cellulare, negatività per i recettori ormonali e positività di HER2 sono stati più frequentemente diagnosticati come neoplasie intervallo. Con un follow-up mediano di 84 mesi, la percentuale di casi liberi da recidiva di malattia è stata 89% e 95% rispettivamente per i tumori HER2+ e HER2- ($P = 0.025$). Una analisi multivariata ha evidenziato un maggior rischio di ripresa di malattia nei pazienti con tumore mammario HER2+ rispetto alla controparte HER2- (hazard ratio, 2.58; 95% CI, 1.38 - 5.3; $P = 0.01$).

Conclusioni. In una popolazione di pazienti con carcinoma mammario precoce pT1aN0M0, lo stato mutazionale di HER2 è associato alla diagnosi di tumore intervallo e predice il rischio di recidiva di malattia. L'obiettivo finale di questo studio sarà quello di valutare se, all'interno di una casistica di donne sottoposte a screening mammografico periodico e con diagnosi di tumore mammario pT1aN0M0, la positività per HER2 mantenga il suo impatto prognostico negativo solo nei tumori intervallo.

antoninomusolino@hotmail.com

16 IL REGISTRO INCONTRA I SINDACI: L'INIZIATIVA DI COMUNICAZIONE DEL REGISTRO TUMORI DI PALERMO E PROVINCIA

Walter Mazzucco¹, Sergio Mazzola¹, Maurizio Zarcone¹, Giuseppa Rudisi¹, Rita Mannino¹, Barbara Ravazzolo¹, Agnese Guttadauro¹, Rosanna Cusimano^{1,2}, Francesco Vitale¹ e Gruppo di lavoro

¹Registro Tumori di Palermo e Provincia UOC, Epidemiologia Clinica con Registro Tumori AOU Policlinico "P. Giaccone" di Palermo; ²UOC Sanità Pubblica Epidemiologia e Medicina Preventiva ASP Palermo

Obiettivi. Adottare una strategia di comunicazione rivolta alle comunità locali, sviluppando uno strumento informativo valido e adatto alla divulgazione, la scheda oncologica comunale, rivolta ai sindaci degli 82 comuni della Provincia di Palermo (PP). Sperimentare l'uso del funnel plot (FP) nella rappresentazione grafica del rischio oncologico.

Metodi. Il Registro Tumori di Palermo e Provincia (RTPP) copre una popolazione residente di circa 1.250.000. Nel periodo 2003-2010 il RTPP ha registrato 45.706 casi incidenti, eccetto cute non melanoma. Lo strumento consiste in una scheda informativa che riporta le caratteristiche della popolazione e del territorio, le distribuzioni percentuali delle sedi più frequenti divise per sesso, il FP ed un commento riassuntivo. Per la costruzione del FP è stato utilizzato il Rapporto Standardizzato di Incidenza (SIR). Per ciascun comune è stato calcolato il rapporto tra osservati e attesi, ottenuti ipotizzando una distribuzione omogenea dell'incidenza dei tumori maligni sull'intera popolazione provinciale. Nelle singole schede comunali le aree sottese dalle linee di controllo (al 95% e al 99,8% degli IC) del FP sono state indicate, rispettivamente, come zona di attenzione e di fuori controllo. Nella scheda sono inoltre riportate le informazioni relative all'intera provincia, comprensive di trend, prevalenza e sopravvivenza netta per le sedi tumorali più frequenti.

Risultati. Tutti i comuni della PP rientrano nell'area sottocontrollo (compresa tra le due linee di controllo del 99,8%) ad eccezione della Città di Palermo ($SIR = 1,13$), che ricade nella zona fuori controllo. A conclusioni simili si giunge utilizzando altre rappresentazioni grafiche che adottano tassi standardizzati in maniera diretta sulla popolazione europea.

Conclusioni. Il FP è risultato uno strumento valido per rappresentare in maniera semplice e comunicativa il carico di malattia oncologica a livello locale, come testimoniato dalle richieste di ulteriori incontri, pervenuti al RTPP da parte delle comunità.

registrotumoripalermo@unipa.it

17 COME COMUNICA E COSA COMUNICA UN REGISTRO TUMORI AL SUO ESTERNO. L'ESPERIENZA DI LATINA

Fabio Pannozzo¹, Licia Pastore²

¹Registro Tumori Latina, AUSL Latina; ²Ufficio stampa AUSL Latina

Obiettivo. Valutare il ruolo, il modello comunicativo ed i temi più comuni del rapporto tra il Registro Tumori di popolazione della provincia di Latina (RTPLT) e soggetti esterni.

Metodologia. Sono state raccolte ed esaminati circa 40 articoli giornalistici apparsi dal 2009 al 2014 in ambito provinciale sul tema tumori e sorveglianza epidemiologica e circa 30 e-mail in cui si chiedevano al RTPLT pareri, dati inerenti contaminazioni ambientali e tumori, consigli sulla sorveglianza della patologia tumorale. Sono stati identificate 10 frasi chiave.

Risultati. Solo il 25% degli articoli ha fatto riferimento a dati o pubblicazioni del registro. Analizzando le mail, in un 20% di casi si è proceduto alla ridefinizione della primitiva domanda, ma in buona parte alle richieste sono seguiti anche fatti concreti, come la nascita di registri (Viterbo, Molise, Frosinone, Regione Lazio), o anche piani di prevenzione attiva in alcuni Comuni (Sermoneta e Aprilia). Gli interlocutori (associazioni, partiti, istituzioni e semplici cittadini appartengono ad un territorio molto più vasto della copertura del Registro di Latina.

Conclusioni. Nel tempo il RTPLT si è trovato a svolgere nell'intera Regione Lazio un ruolo di interlocutore privilegiato, in supplenza di altri registri e di istituzioni attente e disponibili ad ascoltare le istanze dei cittadini e le loro ragionevoli preoccupazioni. L'analisi della stampa ha dimostrato che l'informazione risulta superficiale e spesso anche non corretta. La comunicazione sulla salute non può essere "strillata". La comunicazione dei risultati nel versante pubblico e verso i cittadini resta fondamentale, ma occorre confrontarsi con due problematiche: l'evidenza di vedersi travasare dati e dall'altro il rischio di chiudersi in una torre d'avorio, situazione oltremodo dannosa sia per il Registro che per il pubblico che non deve essere tenuto fuori dalle informazioni che ne derivano, anche per il miglioramento degli stili di vita.

fpannozzo@ausl.latina.it

18 VARIABILITÀ GEOGRAFICA, FATTORI DI RISCHIO E SORVEGLIANZA SANITARIA PER EPATOCARCINOMA

Paolo Contiero¹ e Open Registry Working Group

¹Fondazione I.R.C.C.S. Istituto Nazionale Tumori, Milano

Obiettivi. Il tumore del fegato ha una diffusione media nella popolazione italiana rispettivamente di 19.3 casi per 100000 (TSE) per i maschi e di 6.1 per le femmine, con tassi di incidenza molto diversi a seconda dell'area geografica. Lo scopo di questo studio è di valutare la variabilità dei tassi di incidenza e dei fattori di rischio infettivi e non nell'area oggetto di studio, le differenti modalità diagnostiche e la sopravvivenza dei pazienti, di quantificare l'utilizzo della sorveglianza attiva per epatocarcinoma nella popolazione a rischio.

Materiali e metodi. Lo studio è disegnato come una coorte retrospettiva basata sui dati dei registri della rete Open Registry di Varese, Como, Lecco, Lodi, Brescia, Verbano-Cusio-Ossola. Per tutti i casi sono state riviste le cartelle cliniche e sono stati utilizzati i file delle fonti correnti sanitarie per determinare se i pazienti fossero affetti da epatite o cirrosi alla diagnosi e se fossero stati sottoposti a sorveglianza attiva. È stata calcolata la sopravvivenza osservata causa specifica e relativa.

Risultati. I tassi di incidenza variano tra il 15 e il 31 per 100 000 (TSE) per la popolazione maschile e tra il 4 e 11 per quella femminile. La diagnosi di epatocarcinoma è stata effettuata con tecniche cito-istologiche in una quota tra il 22 ed il 63% dei casi per la popolazione maschile e tra il 22 ed il 54% per la popolazione femminile. La percentuale di pazienti affetti da cirrosi varia a seconda dell'area tra il 70 e 86%, variabilità della stessa entità per gli altri fattori di rischio e per proporzione di pazienti a rischio sottoposti a sorveglianza attiva. La sopravvivenza mediana presenta un valor medio di 14 mesi.

Conclusioni. La variabilità geografica dei tassi e delle modalità diagnostiche si manifestano rilevanti. La proporzione di pazienti con cirrosi oppure affetti da epatite cronica B o C alla diagnosi è rilevante. La sorveglianza attiva è diversamente distribuita nella popolazione in studio.

paolo.contiero@istitutotumori.mi.it

19 CLUSTER ANALYSIS DEI PRINCIPALI ISTOTIPI DI CARCINOMA POLMONARE NELLE PROVINCE DI TARANTO E LECCE

Antonia Mincuzzi¹, Anna Melcarne², Simona Leogrande¹, Maria Grazia Galizia², Simona Carone¹, Margherita Tanzarella¹, Costanza Arciprete², Fabrizio Quarta², Lucia Bisceglia³, Sante Minerba¹

¹S.C. Epidemiologia, Registro Tumori ASL Taranto; ²U.O.C. Epidemiologia, Registro Tumori ASL Lecce; ³Centro di Coordinamento Registro Tumori Puglia

L'area delle Province di Taranto e Lecce è stata più volte oggetto di studi epidemiologici da cui è emerso un eccesso di mortalità per Ca Polmonare. È stato effettuato un approfondimento dell'incidenza della patologia per valutare la presenza di eventuali cluster nel territorio in base ai principali istotipi del Ca Polmonare. Sono stati utilizzati i dati del Registro Tumori Lecce 2004-2007 e Taranto 2006-2009 entrambi accreditati presso AIRTUM da marzo 2013. Gli istotipi presenti nei registri sono stati aggregati in modo da disporre di dati su: adenocarcinomi, carcinomi squamosi, carcinomi a grandi cellule, carcinomi a piccole cellule, altro. Gli indicatori indagati sono il Rapporto Standardizzato di Incidenza (SIR) con IC 95% e la Cluster Analysis (CA) per la ricerca di rischi elevati in specifici territori. Il SIR del cancro polmonare ha evidenziato eccessi nei maschi residenti nel Distretto di Galatina in Provincia di Lecce (SIR=130.4; 112-151) e nel distretto di Taranto (SIR=118; 108-129) che, a sua volta, presenta anche un eccesso di rischio nel sesso femminile (SIR=143.7; 118-173). È stato individuato un cluster ad alto rischio per adenocarcinoma nei maschi residenti nei Distretti di Galatina (RR=1.97; p=0.00067) e Taranto (RR=1.63; p=0.0032). L'area compresa fra i Distretti di Maglie e Galatina (LE) presenta un rischio elevato di Carcinomi Squamosi (RR=1.78; p=0.0079). Lo studio ha evidenziato eccessi di rischio e una variabilità geografica delle morfologie del cancro polmonare che richiedono ulteriori approfondimenti per definire efficaci strategie di prevenzione e trattamento correlate anche all'esposizione all'inquinamento ambientale e industriale.

mianto@libero.it

20 RISCHIO DI TUMORE NEL PAZIENTE DIABETICO: UNO STUDIO DI COORTE A MODENA E PROVINCIA

Claudia Cirilli¹, Gianfranco De Girolamo², Karin Bonora², Carlo Alberto Goldoni²

¹Registro Tumori di Modena, Servizio di Epidemiologia e comunicazione del rischio, AUSL Modena; ²Servizio di Epidemiologia e comunicazione del rischio, AUSL Modena

Background e obiettivi. Diversi studi descrivono un eccesso di rischio di insorgenza di tumore, in toto e per alcune specifiche sedi, nel paziente affetto da diabete. Lo scopo di questo studio è quello di valutare tale associazione nei diabetici residenti a Modena e provincia.

Metodi. È stata selezionata una coorte di residenti e assistiti in provincia di Modena al 31/12/2010, di età 35-85 anni, suddivisa tra diabetici(D) e non diabetici(ND). La coorte è stata seguita sino al 31/12/2012. Sono stati effettuati dei record linkage tra l'anagrafe sanitaria, il registro diabete, i registri tumori e di mortalità della provincia di Modena. Con la regressione di Poisson sono stati calcolati gli IRR corretti per età, per tutte le sedi tumorali, e per sesso. Inoltre è stata approfondita la relazione con la tipologia di trattamento farmacologico (insulina / anti-diab. orali).

Risultati. Si sono verificati 7603 tumori, dei quali il 14.8% tra i D. L'IRR di tumore (con relativi IC95%) nei D, è stato di 1.20 (1.08-1.34) nelle femmine e di 1.16 (1.06-1.26) nei maschi. Tra i maschi le sedi con eccessi significativi risultano essere fegato, pancreas, vescica, rene, tiroide e leucemia mieloide cronica (3.4, 2.1, 1.4, 1.9, 1.9, 3.2, rispettivamente); presente effetto protettivo sulla prostata (0.73). Nelle femmine gli eccessi significativi sono fegato, pancreas, laringe, corpo dell'utero (2.8, 1.8, 5.4, 1.6, rispettivamente); presente effetto protettivo il linfoma non hodgkin (0.46). Distinguendo per tipologia di farmaci assunti (nessuna terapia, solo insulina, solo antid. orali, entrambi) gli IRR mostrano un eccesso di rischio significativo in entrambi i sessi per entrambi i farmaci, e per l'insulina nelle femmine.

Conclusioni. I risultati indicano un maggior rischio di insorgenza di tumori nei soggetti affetti da diabete, soprattutto per alcune sedi specifiche, quali il tumore del tratto gastroenterico e delle vie urinarie, con un maggior rischio per i diabetici in terapia con insulina.

c.cirilli@ausl.mo.it

21 PRIME VALUTAZIONI SUI CASI DI TUMORI INSORTI IN SOGGETTI AFFETTI DA DIABETE NELLA PROVINCIA DI RAGUSA

Carmela Nicita, Giuseppe Cascone, Caterina Martorana, Eugenia Spata, Gruppo Registro Tumori ASP Ragusa e Rosario Tumino

Registro Tumori ASP Ragusa per le provincie di Ragusa e Caltanissetta, Dipartimento Prevenzione Medica, Azienda Sanitaria Provinciale Ragusa

Obiettivi. Valutare un eventuale eccesso di casi tumore rispetto all'atteso in una coorte di diabetici.

Metodi. Lo studio si basa su un dataset di 19.958 soggetti diabetici di età superiore ai 25 anni realizzato nell'ambito di un'attività progettuale dell'ASP di Ragusa sui flussi informativi sanitari correnti (SDO, Esenzione Ticket); tramite linkage con il database del Registro Tumori sono stati individuati i casi di alcuni tumori in accordo alla letteratura con data di incidenza posteriore alla diagnosi di diabete nel periodo 1998-2010. Sono stati calcolati i rapporti standardizzati di incidenza (SIR) con riferimento alla popolazione della provincia di Ragusa con esclusione della coorte dei diabetici in studio, ed i rispettivi intervalli di confidenza al 95%. Sono stati indagati i seguenti tumori: mammella, polmone, prostata, vescica, fegato, pancreas, colon, melanoma e per tutte le sedi tumorali (escluso cute).

Risultati. Sono stati individuati 1.085 casi incidenti di tumore con esclusione della pelle non melanoma, pari al 5.4% della coorte: 482 donne e 603 uomini. Le sedi indagate sono così distribuite: mammella (F:88-M:2), polmone (F:14-M:90), prostata (M:97), vescica (F:13-M:75), fegato (F:23-M:41), pancreas (F:30-M:28), colon (F:62-M:51), melanoma (F:3-M:7). I SIR sono risultati superiori a 1 e significativi per il maggior numero delle sedi.

Conclusioni. In questa prima analisi si conferma, coerentemente con la letteratura, che l'incidenza dei tumori nella coorte dei diabetici è in eccesso rispetto all'atteso. Seppure con alcuni limiti, quest'analisi descrittiva ed esplorativa rappresenta un esempio di come un Registro Tumori possa essere utile strumento per valutare l'occorrenza di neoplasie anche in soggetti affetti da altre patologie cronicogenerative.

nicita.rg@tiscali.it

23 STUDIO SUI TUMORI DELLA TESTA E DEL COLLO: POSSONO I CENTRI SPECIALIZZATI GARANTIRE LA PRESA IN CARICO DI QUESTI TUMORI?

Annalisa Trama¹, Roberto Foschi¹ e Martina Imbimbo² Gruppo di lavoro dello studio sui tumori della testa e del collo

¹Epidemiologia valutativa, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano; ²Trattamento Medico dei tumori della testa e del collo, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano

Obiettivi. Il progetto europeo RARECAREnet ha proposto degli indicatori di qualità del trattamento dei tumori rari. Obiettivo dello studio è valutare la qualità del trattamento dei tumori di testa e collo in Italia utilizzando questi indicatori. Obiettivo secondario è confrontare i risultati italiani con quelli degli altri Paesi europei in cui RARECAREnet ha effettuato lo stesso studio.

Metodi. È stato realizzato uno studio retrospettivo di alta risoluzione, coinvolgendo 10 registri tumori di 3 regioni: Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna e Sicilia, per un totale di 950 casi. I tumori inclusi sono ipofaringe, laringe, cavo orale e orofaringe; l'anno di diagnosi è il 2009. I Paesi europei coinvolti nel confronto sono Bulgaria, Irlanda, Olanda e Slovenia (anni diagnosi 2009-2011).

Risultati. In Italia, il 40% dei pazienti inizia il trattamento oltre 1 mese dopo la diagnosi, con differenze tra le province (dal 22% di Catania al 50% di Reggio Emilia). Il 20% non ha uno stadio alla diagnosi (con punte del 30% a Catania, Palermo, Reggio Emilia, e 40% a Siracusa). L'uso della terapia adiuvante nello stadio avanzato è dappertutto bassa, maggiore a Catania, Siracusa, Reggio Emilia e Romagna. La qualità del referto patologico è ovunque al di sotto degli standard raccomandati. Negli altri Paesi europei, la quota dei pazienti che inizia il trattamento oltre 1 mese dopo la diagnosi è più elevata, la quota di pazienti senza stadio alla diagnosi inferiore, l'uso della radioterapia adiuvante nello stadio avanzato migliore e la qualità del referto patologico bassa.

Conclusioni. In Italia vi è una estrema eterogeneità di approcci diagnostici e terapeutici per i tumori di testa e collo anche tra province della stessa regione. Gli indicatori di qualità considerati in Italia e negli altri Paesi europei supportano l'idea di concentrare il trattamento di questi tumori in centri specializzati, mentre a livello periferico sarebbero auspicabili percorsi diagnostici condivisi e uniformi.

annalisa.trama@istitutotumori.mi.it

22 VERSO UN SISTEMA INFORMATIVO INTEGRATO DEI REGISTRI TUMORI DI POPOLAZIONE NELL'UNIONE EUROPEA

Carmen Martos, Giorgia Randi, Lydia Voti, Roisin Rooney, Diana Tashkova, Tadek Dyba, Nickolas Nicholson, Manola Bettio, Ciaran Nicholl

Joint Research Centre - European Commission

Obiettivi. Un sistema informativo integrato deve raccogliere l'informazione di base per misurare l'impatto dei tumori e verificare l'efficacia delle politiche di controllo. I registri tumori di popolazione (RTP) costituiscono il gold standard per la produzione dell'incidenza e la stima non distorta della sopravvivenza. Obiettivo principale di questo studio è verificare la distribuzione di RTP nell'Unione Europea (UE) e identificare le lacune nella copertura della popolazione.

Metodi. Si sono individuati i RTP che operano nell'UE, membri dello European Network of Cancer Registries (ENCR) che hanno risposto alle survey 2010 o 2014. I dati di popolazione degli stati dell'UE sono stati ottenuti dall'Ufficio di Statistica della Commissione Europea (EUROSTAT). La pubblicazione dei dati d'incidenza nei volumi IX o X del Cancer Incidence in Five Continents (CIVC) è stata considerata come un indicatore indiretto della qualità dei dati.

Risultati. 102 RTP che risultano membri dell'ENCR coprono circa il 72% della popolazione dell'UE. Dei 28 stati membri dell'UE, 20 hanno un RTP a livello nazionale. Portogallo, Germania e Regno Unito hanno raggiunto una copertura nazionale tramite i rispettivi RTP regionali. L'Ungheria non dispone di RTP per tutti i tumori e tutte le età, ma nel territorio opera un registro nazionale pediatrico. I dati pubblicati nei volumi IX o X del CIVC sono relativi a 106 RTP dell'UE, corrispondenti solo al 52% circa della popolazione. In Italia, 30 RTP risultano membri dell'ENCR e 34 hanno pubblicato negli ultimi volumi CIVC.

Conclusioni. Al fine di migliorare la registrazione dei tumori nell'UE e in Europa, ENCR, Direzione Generale - Joint Research Centre (DG JRC) e Direzione Generale - Health and Food Safety (DG SANTE) hanno unito le competenze per sviluppare alcuni strumenti specifici per i RTP, tra i quali un software open source per la verifica della qualità dei dati e un nuovo portale per facilitare la comunicazione tra registri, istituzioni e altri stakeholder del settore.

giorgia.randi@ec.europa.eu

24 DISABILITY ADJUSTED LIFE YEARS PER TUMORE: VALUTAZIONE TRASVERSALE SU DATI AGGREGATI DI TRE REGISTRI TUMORI

Paolo Collarile¹, Carlotta Buzzone², Orietta Giuliani¹, Emanuele Crocetti², Nicola Caranci⁵, Luigino Dal Maso⁴, Diego Serraino⁴, Annibale Biggeri^{2,3}, Fabio Falcini¹

¹Unità di Epidemiologia e Registro Tumori della Romagna, IRST-IRCCS Meldola; ²Registro Tumori Toscano, ISPO Firenze; ³Dipartimento di Statistica, Informatica, Applicazioni "G. Parenti" Università di Firenze; ⁴Unità di Epidemiologia e Biostatistica - Registro Tumori del Friuli Venezia Giulia, CRO-IRCCS Aviano; ⁵Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Regione Emilia-Romagna

Obiettivi. Valutare il carico complessivo in termini di disabilità e morte prematura dei principali tumori maligni in 3 aree coperte da Registro Tumori a partire da dati d'incidenza, mortalità e prevalenza osservata.

Metodi. Dalla banca dati AIRTUM sono stati estratti i casi di tumore maligno incidenti nel 2005, i casi prevalenti all'1/1/2006, i decessi per tumori maligni nel 2005 dei Registri della Romagna, Friuli Venezia Giulia e Toscana. Per il 2005 sono stati utilizzate le stime ISTAT della popolazione residente e dell'aspettativa di vita. Dalla letteratura sono stati considerati i pesi di disabilità e la durata media delle singole fasi della malattia per ogni sede tumorale. Sono stati calcolati gli anni di vita persi (YLL), gli anni vissuti con disabilità (YLD) e la loro somma (DALY). Per facilitare il confronto tra le tre aree sono stati anche rapportati alla popolazione e standardizzati per età.

Risultati. Nel dataset analizzato, le sedi tumorali considerate rappresentano il 96% del totale dei tumori diagnosticati nel 2005. Nel 2005 i tumori maligni analizzati hanno fatto perdere 170.199 anni di vita sana (DALY)(494 per 10.000 ab). Gli anni di vita persi sono stati 142.837 (415 per 10.000 ab) e gli anni vissuti con disabilità sono stati 27.362 (79 per 10.000 ab). Nelle donne il tumore della mammella ha il maggior peso in DALY (110 per 10.000 ab). Negli uomini è il tumore polmonare (148 per 10.000 ab). Il Registro con il maggior peso in termini di DALY pro capite è quello Romagnolo (529 per 10.000 ab) seguito da quello del Friuli Venezia Giulia (514 per 10.000 ab) e da quello Toscano (470 per 10.000 ab).

Conclusioni. Questo studio ha mostrato come sia possibile fornire una valutazione quantitativa del carico assistenziale dei tumori in una data popolazione e in un periodo definito utilizzando gli indicatori routinariamente prodotti dai registri. Il calcolo dei DALY permette una valutazione complessiva e facilmente monetizzabile ai fini della programmazione sanitaria.

paolo.collarile@irst.emr.it

25 UTILIZZO DEL FLUSSO SDO PER LA STIMA DELL'INCIDENZA ONCOLOGICA IN CAMPANIA: CONFRONTO CON I DATI DEL REGISTRO TUMORI

Mario Fusco¹, Egidio Celentano², Maria Francesca Vitale¹, Valerio Ciullo¹, Ivan Rashid¹

¹Registro Tumori ASL Napoli 3 Sud; ²Agenzia Regionale Sanitaria Campania

Obiettivi. Misurare il grado di precisione delle SDO nella stima dell'incidenza oncologica, attraverso un linkage con i dati del RT dell'ASL NA3 sud, utilizzato come gold standard.

Metodologia. Sono state analizzate le SDO relative agli anni 2001/2009, riferite all'area del RT dell'ASL NA3 sud e aventi codice 140.0-208.9 in uno dei 6 campi diagnosi; per i ricoveri ripetuti per la stessa sede topografica è stato selezionato il solo primo ricovero; i casi riferiti agli anni 2001/2005 sono stati considerati prevalenti, mentre i casi 2006/2009 sono stati linkati con i casi di incidenza del Registro per lo stesso periodo; oltre ai TG, attraverso l'accoppiamento con i casi del RT, delle SDO è stata valutata: la sensibilità, il ppv, i falsi positivi ed i casi persi; sono state indagate l'insieme delle sedi topografiche e 7 sedi specifiche: polmone, mammella, colon-retto, fegato, prostata, melanoma, emolinfopatie.

Risultati. Nel periodo 2006/2009 le SDO hanno individuato 11679 casi, mentre il RT ne ha rilevato 9646 per un numero di 2.280.000 anni/persona; il TG stimato dalle SDO per tutte le sedi è di 575 i M e 458 le F, mentre per il RT è stato di 490 i M e 364 le F; l'appaiamento con i dati del RT evidenzia: una sensibilità per tutte le sedi dell'82%; un valore predittivo positivo del 67%; la presenza del 41% di falsi positivi e del 18% di casi persi; il 50% dei falsi positivi (3962) è dovuto alla presenza nelle SDO di metastasi e recidive di tumori pregressi e di tumori benigni registrati come maligni; i casi persi (1757) sono dovuti per il 69% alla mancata interazione con l'AP. Il valore degli indicatori utilizzati varia in rapporto alle diverse sedi indagate.

Conclusioni. Lo studio evidenzia una stima dell'incidenza delle SDO significativamente superiore rispetto al RT per l'insieme delle sedi e tassi discordanti per singole sedi; questo dato, unito all'analisi degli indicatori utilizzati, evidenzia notevoli criticità delle SDO nell'utilizzo per la stima della incidenza oncologica in Campania.

mariofusco2@virgilio.it

27 SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA E INQUINAMENTO ATMOSFERICO: IL CASO DEL CARCINOMA POLMONARE NELL'AREA TERNANA

Nicola Buonora¹, Fortunato Bianconi^{2,3}, Daniela Mogini³, Valerio Brunori³, Fabrizio Stracci^{2,3}

¹Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Perugia; ²Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università di Perugia; ³Registro Tumori dell'Umbria

Obiettivi. Lo Studio Sentieri ha registrato nel SIN Terni-Papigno la presenza di eccessi di tumore polmonare in entrambi i generi, ai quali possono aver contribuito le abitudini al fumo e l'inquinamento dell'aria anche di origine industriale. L'obiettivo del lavoro è caratterizzare ulteriormente la patologia (ICDX C33-C34) nell'area mediante analisi del trend e della distribuzione geografica.

Metodi. I trend di incidenza (1994-2011) e mortalità (1994-2013) sono stati calcolati utilizzando la regressione joinpoint. Mediante geocodifica di popolazione con l'applicativo GeCO-sys, viene effettuata un'analisi flessibile del rischio su superfici sub-comunali; SIR ed SMR sono calcolati per sezioni di censimento, griglie esagonali e cerchi di raggio variabile con centro sul polo siderurgico. La superficie di rischio è esplorata mediante modelli di smoothing bayesiani.

Risultati. Incidenza e mortalità per cancro del polmone mostrano un trend opposto nei due sessi. L'eccesso di rischio nell'area ternana rispetto alla regione tende ad accentuarsi nelle femmine (p 0.047) e a rimanere stabile nei maschi. L'elevata incidenza non è confinata a Terni ma riguarda anche comuni circostanti. Le aree circolari costruite attorno al siderurgico non evidenziano un chiaro eccesso di rischio rispetto al comune (SMR 2007-2012, 1 Km: M 93.91 (95% CI 56; 158) F 90.14 (95% CI 41; 197); 5 Km: M 99.13 (95% CI 87; 112) F 103.01 (95% CI 86; 123).

Conclusioni. Il fumo è il principale determinante del trend come nel resto della regione. L'eccesso di rischio pur presente nei due sessi ha andamento molto diverso. Il contributo specifico delle attività industriali non appare chiaramente distinguibile in termini di distribuzione geografica da quello di altri fattori quali il fumo e il traffico veicolare. La geocodifica di popolazione consente una migliore definizione dell'esposizione nello studio dei rischi ambientali. Ulteriori analisi verranno condotte utilizzando metodi per la ricerca di cluster locali.

fabrizio.stracci@unipg.it

26 VALUTAZIONE DI COMPLETEZZA E ACCURATEZZA NEI CONFRONTI TRA REGISTRI DI MORTALITÀ ISTAT E LOCALI

Adriano Giacomini¹, Monica Fedele¹, Gabriele Bagnasco², Loredana Vineis³, Marina Ottino⁴, Pier Carlo Vercellini¹

¹RT Piemonte, Province di Biella e Vercelli (CPO) - ASL VC e BI; ²SISP ASL VC; ³Fondazione Edo ed Elvo Tempia Biella; ⁴SS Epidemiologia ASL TO4

Obiettivi. La mortalità è fonte fondamentale per i RT. I dati ISTAT individuali consentono di valutare completezza, accuratezza, e codifica in confronto a registri locali.

Metodi. Il tracciato ISTAT 2004-2011 è stato allineato con i Registri di mortalità Provinciali di Biella (nel RT: controlli di completezza a priori, data entry e codifica da esperto) e di Vercelli (data entry nel SISP con cause di morte in chiaro e successivo recupero di completezza del RT, e codifica da esperto). Valutati 37243 decessi, usando anagrafi comunali e sanitarie come controllo dati. L'analisi è condotta per anno.

Risultati. Completezza: ISTAT ha su VC perdita di casi (max 1,96%) e inclusione di non residenti (max 2,52%), su BI perdita simile (1,84%), e minore inclusione (0,58%). Il Registro di BI non ha mancanti, quello di VC ha perdite limitate nei 3 anni stabilizzati (max 0,12%), e maggiori (max 2,76%) in anni non ancora stabilizzati, con più errori (max 0,59%). Accuratezza: ISTAT ha performance diverse per data nascita (errori max 1,46% su VC, 0,60% su BI) e simili per precisione anagrafica (errori gravi max 7,13% su BI, 5,53% su VC). I Registri locali hanno meno errori di nominativo (1,91-3,30% VC, 0,69-1,78% BI), ma più errori di data nascita (0,76-3,08% BI, 1,53-4,03% VC). Codifica di causa di morte principale: vi è differenza tra ISTAT e Registri Locali (23-34%), ma con diversa nosologia in meno del 10% dei casi. I Registri Locali perdono pochi dati oncologici (0,3%), e la tracciatura di cause oncologiche aggiunte fornisce oltre l'1,3% in più di casi. Sono in corso valutazioni sulle differenze di codifica.

Conclusioni. Si rileva un vantaggio del registro locale, maggiore se entro RT, sia per completezza (in ISTAT il cumulo di casi persi e falsi casi supera l'1%), sia come accuratezza, con margini di miglioramento se si opera con anagrafica ufficiale, sia per sensibilità di cernita di decessi oncologici con la raccolta di cause oncologiche "aggiunte" (>1,3%), sia come tempestività.

adriagiac@tin.it

28 GESTIONE DEI TEMPI E DEI CARICHI DI LAVORO: RISULTATI PRELIMINARI DI UNO STUDIO COLLABORATIVO

Ivan Rashid, Mario Fusco e Gruppo di lavoro "Analisi della gestione dei tempi e dei carichi di lavoro nei registri tumori di popolazione"

¹Registro Tumori ASL Napoli 3 Sud, Brusciano (NA)

Introduzione. I Registri Tumori (RT) si caratterizzano sempre più come strumento per la sorveglianza, la valutazione e la pianificazione, in questo ambito assume grande rilevanza la produzione di dati tempestivi e completi. Questo studio intende effettuare per la prima volta in Italia un'indagine dei determinanti di tempi e carichi di lavoro spostando l'attenzione dalle unità di personale alle attività realmente svolte allo scopo di fornire indicazioni utili all'ottimizzazione dei RT.

Materiali e metodi. È stato somministrato un questionario di 35 domande a tutti i RT censiti da AIRTUM, compresi i RT non accreditati ma già in attività. Le domande, diversamente articolate, erano inerenti gli ambiti di attività del registro, la disponibilità di flussi informativi, le tecniche di registrazione, la formazione e le criticità. In particolare si richiedeva la compilazione di un giornale delle attività per stimare il peso orario di tutte le attività fondamentali del RT.

Risultati. Quindici RT hanno fornito risposta al questionario, verranno qui presentati i risultati di nove di essi. Sono rilevati notevoli scostamenti dalle usuali proporzioni tra casi/personale (da 1600 a 6000 casi/unità di staff a tempo pieno) e popolazione/personale (da 150.000 a 300.000). In particolare l'aumentato numero di personale è fortemente influenzato dal grado di informatizzazione dei flussi, dalle procedure di data-entry e solo in parte dalla migrazione sanitaria. Proponiamo una formulazione per la previsione dei carichi di lavoro con una correzione per fattore di tempestività.

Conclusioni. Questo studio ha mostrato grandi differenze nella gestione dei carichi di lavoro, in parte tali differenze sono legate ad una diversa caratterizzazione dei RT in parte a differenti criticità sul territorio. L'ampliamento di questa indagine consentirà di produrre indicazioni utili per chiunque volesse pianificare attività di registrazione in aree non coperte.

ivrashid@gmail.com

29 MESOTELIOMA MALIGNO PLEURICO: QUANTO LA REFERTAZIONE DI ANATOMIA PATOLOGICA SEGUE GLI STANDARD INTERNAZIONALI

Valeria Ascoli¹, Ilaria Cozzi², Giada Minelli³, Caterina Carnovale-Scalzo², Elisa Romeo², Laura Ancona², Francesco Forastiere²

¹Dip. di Scienze Radiologiche, Oncologiche ed Anatomopatologiche, Università Sapienza; ²Registro Regionale dei Mesoteliomi, Dip. di Epidemiologia del SSR Lazio; ³Ufficio di Statistica, Istituto Superiore di Sanità

Obiettivi. Nella comunità scientifica è emersa la necessità di standardizzare la diagnosi di mesotelioma maligno (MM) su base cito-istologica, e di scrivere un referto comprensibile ed informativo. Scopo dello studio è verificare, in un registro specializzato, quanto i referti di anatomia patologica si avvicinino a standard, già implementati in altre realtà (<http://www.rcpath.org/>).

Materiali e metodi. Lo studio si basa su 705 MM pleurici (registro mesoteliomi Lazio: 2001-2014) di cui sono stati valutati i referti in chiaro. Creato un database con molteplici variabili (clinico-anagrafiche; procedura diagnostica; tipo di campione; istotipo; pannelli immunocistochimici) da analizzare con SPSS.

Risultati. I referti sono eterogenei per incompletezza dei dati. La base-diagnosi è istologica (93%) su biopsia (90%). I casi sono tipizzati epiteliale (65%), sarcomatoso (9.4%), bifasico (6.8%), NAS (18.7%) e hanno conferma immunocistochimica (90%). Coinvolti 123 patologi del SSN (94.6%) e in libera professione (5.4%); il 70% esegue 1-3 diagnosi, il 13% 10 diagnosi. La diagnosi è sempre a testo libero, talora associata a termini ambigui o a possibilità di altre diagnosi. Il pannello per diagnosi differenziale tra carcinoma e MM (2 o più marker per entrambi) viene applicato nel 55% dei MM epiteliali, nel 53% dei bifasici, e nel 29% dei sarcomatosi. Nel 74.5% dei MM sarcomatosi viene adottato un pannello diverso (1 o più marker di mesotelioma + pancitoccheratina).

Conclusioni. Emergono alcune criticità: incompletezza dei referti per variabili rilevanti e non uniformità nella refertazione (il testo libero rende poco oggettiva l'interpretazione); solo la metà delle diagnosi dei MM epiteliali (più frequenti) si avvicina agli standard internazionali. È pertanto auspicabile l'implementazione di standard nazionali per la refertazione dei MM, per ora assenti nella comunità degli anatomopatologi in Italia, per fini terapeutici/prognostici, implicazioni medicolegali e per l'accurata registrazione dei casi.

valeria.ascoli@uniroma1.it

31 IL CERVICOCARCINOMA NELLA ASL BARI: COSA È CAMBIATO IN TERMINI DI PREVENZIONE E INCIDENZA

Deborah Fracchiolla¹, Domenico Carbonara¹, Giacomo Gravina¹, Carmen Perrone², Enrico Caputo², Domenico Lagravinese²

¹Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Scuola/Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Bari Aldo Moro; ²Dipartimento di Prevenzione, Asl Bari

Obiettivi. La prevenzione tumori in Puglia inizia nel 1999 con un progetto pilota e continua con l'approvazione nel 2005 del PRP 2005-2007 che includeva anche lo screening del cervicocarcinoma e dell'HPV DNA; il bersaglio sono donne tra i 25 e i 64 anni alle quali, in caso di citologia positiva, si effettua l'HPV DNA. Dal 2008 è stata inoltre avviata l'offerta attiva e gratuita del vaccino anti-HPV alle dodicenni, estesa alle diciottenni dal 2010. Il nostro obiettivo è descrivere la situazione nell'Asl Bari, portando i risultati del registro tumori Bari.

Materiali e metodi. Il campione include 76 donne residenti a Bari e dintorni, reclutate negli anni 2006-2008 e affette da carcinomi in situ CINIII e infiltranti della cervice. Sono raccolte le coperture per la vaccinazione anti HPV dal 2009 al 2013 e gli indici di adesione allo screening fino al 2014.

Risultati. Le donne reclutate hanno tra 21 e 91 anni e per il 53% hanno un carcinoma infiltrante. È un tumore in situ l'85% dei casi delle donne tra 21 e 40 anni, il 43% di quelle tra 41 e 60 e il 19% di quelle >60. Il 53% del totale ha effettuato lo screening: il 35% degli screening l'hanno effettuato quelle tra 21 e 42 anni, il 47% quelle tra i 43 e i 58, il restante quelle >59. Il 33% del totale ha eseguito l'HPV DNA e nel 92% dei casi è risultato positivo. Gli istotipi più frequenti sono la neoplasia intraepiteliale squamosa CINIII(35%), il carcinoma infiltrante a cellule squamose(18%) e quello infiltrante squamocellulare a grandi cellule non cheratinizzante(13%). La copertura vaccinale HPV delle dodicenni (3 dosi) è passata dal 73%(2009), al 65%(2010), al 63%(2013); quella delle diciottenni dal 45%(2011) al 47%(2013). L'indice di adesione allo screening è passato dal 43%(2012), al 49%(2013), al 36%(2014).

Conclusioni. La prevenzione del cervicocarcinoma ha avuto un andamento fluttuante negli anni in termini di vaccinazioni e screening. L'alta incidenza di tumori in situ nelle più giovani sembrerebbe però dimostrare l'utilità di tali attività.

debfracchiolla@gmail.com

30 STUDIO SUL LINFOMA DI HODGKIN BASATO SU DATI SANITARI CORRENTI: LE SCHEDE DI RICOVERO OSPEDALIERO

Valerio Manno¹, Giada Minelli¹, Susanna Conti¹, Valeria Ascoli²

¹Ufficio di Statistica, Istituto Superiore di Sanità; ²Dipartimento di Scienze Radiologiche, Oncologiche ed Anatomopatologiche, Università degli Studi La Sapienza di Roma

Obiettivi. Il linfoma di Hodgkin (LH) è un gruppo di neoplasie eterogenee per età alla diagnosi, istotipo, associazione con infezione da virus Epstein-Barr e mononucleosi infettiva (MI) e con altri fattori di rischio. Il lavoro si propone di studiare l'occorrenza di LH in Italia attraverso l'analisi del Data Base Nazionale (DBN) delle SDO.

Materiali e metodi. Interrogato il DBN SDO cercando i primi ricoveri per LH nell'ultimo triennio disponibile (2011-13), eliminando i ricoveri ripetuti occorsi sino al 2001 (1° anno disponibile). Individuata così una coorte di ricoverati, effettuata una sua descrizione per genere, età, regione di residenza, stato socio-economico e istotipo; a partire da essa calcolati tassi standardizzati di incidenza ospedaliera e rapporti standardizzati di ospedalizzazione regionale. Per indagare sull'associazione tra LH e MI cercati nella coorte ricoveri per MI avvenuti almeno 22 mesi prima del ricovero per LH, come da letteratura.

Risultati. Identificati 3268 uomini e 2914 donne; curva dei tassi grezzi di incidenza ospedaliera bimodale per entrambi i generi (due picchi: 15-29 anni più accentuato nelle donne e 70-84 anni più accentuato tra gli uomini). Nel 27% dei casi specificato l'istotipo: il più rappresentato, come atteso, è la sclerosi nodulare (oltre 70%, di cui la maggior parte nei giovani). Assenza di associazione con lo stato socio-economico; distribuzione geografica non omogenea, con una prevalenza di tassi standardizzati di incidenza ospedaliera più elevati nelle regioni centro-meridionali, in entrambi i generi. Nel 3 per mille dei casi (12 uomini e 8 donne) risulta un ricovero per MI antecedente ad LH.

Conclusioni. Questo studio, basato su una fonte di dati correnti, disponibili in modo esaustivo per tutto il territorio nazionale, fornisce stime di occorrenza analoghe a quelle elaborate da AIRTUM-AIOM (gold standard) e contribuisce alla descrizione di LH in termini di geografia e di alcuni potenziali fattori di rischio (quali la MI).

valerio.manno@iss.it

32 CONFRONTO DI DUE MODELLI DI OFFERTA DELLA VACCINAZIONE CONTRO L'HPV IN DUE COORTI DI NATE NELL'AUSL DI REGGIO EMILIA

Baldacchini Flavia¹, Pascucci Maria Grazia², Moscara Luigi³, Perilli Cinzia⁴, Bonvicini Laura¹, Di Felice Enza¹, Giorgi Rossi Paolo¹, Finarelli Alba Carola²

¹AUSL RE, Servizio Interaziendale di Epidemiologia e Comunicazione; ²Regione Emilia-Romagna, Servizio di Sanità Pubblica; ³AUSL RE, Cure Primarie, Pediatria di comunità; ⁴AUSL RE, Dipartimento Sanità Pubblica

Obiettivi. Nel 2008 è stato avviato in Emilia-Romagna il programma di vaccinazione contro i tipi 16 e 18 del virus HPV (Human Papillomavirus), responsabili di circa il 70% dei carcinomi cervicali, con offerta attiva e gratuita per le dodicenni. Alle ragazze nate nel 1996, già nel dodicesimo anno di vita al momento dell'entrata in vigore della gratuità, la vaccinazione è stata eseguita gratuitamente su richiesta, mentre per le ragazze nate dal 1997 in poi le AUSL hanno effettuato una chiamata attiva durante il dodicesimo anno di vita. L'obiettivo è valutare l'effetto dell'invito attivo sulle disuguaglianze geografiche e per nazionalità nell'accesso al vaccino, confrontando le coperture vaccinali per HPV in due coorti: 1997, con invito attivo, e 1996, con accesso spontaneo.

Materiali e metodi. Le due coorti di ragazze residenti nell'AUSL di Reggio Emilia nate nel 1996 e 1997 sono state costruite utilizzando i dati dall'anagrafe assistiti al 2008 e linkate con i dati delle vaccinazioni HPV effettuate dall'inizio del programma regionale al 31/12/2011. Le differenze per nazionalità nell'adesione alla vaccinazione (almeno una dose di vaccino somministrato) sono state analizzate attraverso un modello di regressione logistica stratificato per coorte di nascita usando come covariate la nazionalità e il distretto di residenza.

Risultati. La quota di ragazze vaccinate varia dal 46.3% nella coorte 1996 (1046 su 2260) a 77.9% nella coorte 1997 (1798 su 2307). L'OR aggiustato relativo all'adesione alla vaccinazione delle italiane rispetto alle straniere è 3.6 (IC95% 2,7-4,8) nella coorte 1996, mentre per la coorte 1997 è 0.99 (IC95% 0,7-1,3). Le differenze per distretto rimangono costanti nelle due coorti.

Conclusioni. La campagna vaccinale contro HPV con invito attivo ha più che dimezzato la quota di ragazze non coperte, azzerando le differenze di accesso che con la vaccinazione spontanea penalizzavano le ragazze straniere; non ha invece ridotto le differenze geografiche fra distretti.

difelice@ausl.re.it

33 INFEZIONE DA VIRUS DELL'EPATITE B E RISCHIO DI LINFOMA NON-HODGKIN: RISULTATI DI UNO STUDIO CASO-CONTROLLO

Martina Taborelli¹, Jerry Polesel¹, Massimo Libra², Maurizio Montella³, Rosamaria Tedeschi⁴, Monica Battiston⁵, Antonella Zucchetto¹, Luigino Dal Maso¹, Diego Serraino¹

¹SOC di Epidemiologia e Biostatistica, IRCCS CRO Aviano; ²Dipartimento di Scienze Biomediche e Biotecnologiche, Università degli studi di Catania; ³Istituto Nazionale Tumori "Fondazione G. Pascale", Napoli; ⁴SOC di Microbiologia, Immunologia e Virologia, IRCCS CRO Aviano; ⁵SOSD Trattamento di Cellule Staminali per le Terapie Cellulari, IRCCS CRO, Aviano

Obiettivi. Un'associazione positiva tra infezione da virus dell'epatite C (HCV) e sviluppo di linfoma non-Hodgkin (LNH) è ben dimostrata, mentre meno noto è il ruolo di altri virus epatitici. Al fine di valutare l'associazione tra il panel completo di marcatori sierologici di HBV e il rischio di LNH è stato condotto uno studio caso-controllo.

Materiali e metodi. Tra il 1998 e il 2014, sono stati arruolati negli ospedali di Aviano, Napoli e Catania, 556 pazienti con diagnosi di LNH confermata istologicamente (età mediana 56 anni) e 962 controlli ospedalieri non neoplastici (età mediana 56 anni). Per casi e controlli è stato effettuato un prelievo di sangue per la valutazione del panel sierologico di HBV (HBsAg, aHBsAg e aHBcAg). L'associazione tra HBV e rischio di LNH è stata valutata tramite odds ratio (OR) e relativi intervalli di confidenza al 95% (IC), calcolati con modelli di regressione logistica aggiustati per i potenziali confondenti.

Risultati. Circa il 60% dei casi e dei controlli è risultato negativo a tutti i marcatori sierologici. La prevalenza dell'infezione cronica da HBV (HBsAg+) è risultata del 4,1% nei casi e 1,8% nei controlli, con OR=2,1 (IC95%: 1,1-4,0) rispetto alle persone negative per HBV (HBsAg-/aHBsAg-/aHBcAg-). Nessun effetto significativo è emerso per i pazienti con passata infezione (HBsAg-/aHBsAg+/aHBcAg+), con OR per LNH=0,7 (IC95%: 0,5-1,0), o per quelli positivi solo ad aHBcAg (OR=1,1; IC95%: 0,7-1,6). Inoltre, le persone vaccinate per HBV (HBsAg-/aHBsAg+/aHBcAg-) hanno mostrato lo stesso rischio di LNH delle persone HBV-negative (OR=0,9; IC95%: 0,6-1,3).

Conclusioni. Questo studio mostra risultati simili a quelli per HCV e rafforza l'evidenza di un'associazione tra infezione cronica da HBV e sviluppo di LNH, con un rischio approssimativamente doppio per gli infetti. La mancanza di associazione tra vaccinazione HBV e il rischio di LNH conferma l'impatto positivo della prevenzione primaria dell'infezione da epatite B.

mtaborelli@cro.it

35 REGISTRO TUMORI, NON SOLO MEZZO DI VALUTAZIONE ONCOLOGICA, MA ANCHE IMPORTANTE STRUMENTO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE

Tiziana Scuderi, Giuseppa Candela

Registro Tumori di Trapani

Obiettivi. Prevenzione primaria e secondaria sono fondamentali per modificare la storia naturale dei tumori. La nostra esperienza nel fronteggiare l'allarme oncologico della società civile ha registrato l'atteggiamento della popolazione resistente ad accettare gli interventi di prevenzione offerti dalla sanità pubblica, preferendo focalizzare l'attenzione su fattori ambientali, percepiti come causa principale dell'aumento dei tumori. Si è voluto vedere se esiste un ruolo del Registro Tumori, quale risorsa e strumento di counselling, per migliorare la partecipazione ai programmi di sanità pubblica come PAP test e vaccinazione anti HPV considerate le basse % di adesioni ad entrambi i programmi nel nostro territorio.

Materiali e metodi. Si sono utilizzati i dati 2013 della sorveglianza PASSI: screening cervicale e del progetto VALORE. La sorveglianza Passi mostra che al Sud la % di adesione allo screening è del 65% mentre in provincia 37,6% che la % di donne che aderisce allo screening spontaneo è maggiore di quella dello screening organizzato, in discordanza con il centro-nord Italia, mentre una donna su 3 dichiara di non avere bisogno di fare il paptest e il 15% di non farlo per pigrizia. La scarsa adesione alla vaccinazione anti HPV (60% vs 90) sta: nella paura degli eventi avversi 80%, scarsa fiducia nel vaccino 76%, discordanza di informazioni 65% e scarsa informazione 54%.

Risultati. I dati evidenziano l'errata percezione del rischio tumorale, la scarsa informazione e la necessità di azioni multidisciplinari per aumentare l'adesione, visto che l'efficacia degli interventi aumenta quando più strategie interagiscono.

Conclusioni. I registri tumori operanti nelle ASP, costituiscono una risorsa aziendale che può concorrere ad aumentare la cultura epidemiologica e favorire gli interventi di prevenzione in sanità pubblica guidando il cittadino, con l'informazione corretta, verso scelte consapevoli e utili a modificare la storia naturale di alcuni tumori.

registro.tumori@asltrapani.it

34 COMPLETEZZA DELLA REGISTRAZIONE DEL TNM NEL CANCRO DEL COLON-RETTO. ANALISI DELLE CAUSE DI MANCANZA DELL'INFORMAZIONE

Silvia Patriarca, Paola Busso, Irene Sobrato, Stefano Rosso

CPO, Registro Tumori Piemonte AOU, Città della salute e della Scienza di Torino

Obiettivi. A Torino è attivo un programma di screening per il cancro colo-rettale che richiede il contributo del registro tumori nella valutazione di impatto. Questa, nelle fasi iniziali, si basa su indicatori precoci come la distribuzione per stadio alla diagnosi, ma in un cospicuo numero di casi il TNM è mancante. Obiettivo dello studio è valutare le cause di tale incompletezza.

Materiali e metodi. I casi incidenti nel 2010 privi di TNM sono stati revisionati con recupero di nuova documentazione clinica e suddivisi nelle seguenti categorie: 1) DCO 2) casi con diagnosi clinica senza istologia 3) casi con diagnosi biptica non sottoposti a chirurgia o sottoposti a chirurgia dopo trattamento chemioterapico 4) casi con documentazione insufficiente 5) errori di registrazione (insufficiente follow up o errori di interpretazione).

Risultati. Nel 2010 sono stati registrati 808 casi di cancro del colon-retto, di cui 277 privi di TNM (34,3%). Le cause erano: nel 12% errori di registrazione, nel 36% carenza di documentazione e nel 52% problemi attinenti le condizioni cliniche (1% DCO, 12% casi con diagnosi solo clinica, 36% casi con diagnosi morfologica solo biptica, 3% casi sottoposti a terapia prima dell'intervento chirurgico).

Conclusioni. In una frazione molto piccola di casi la mancanza di stadiazione è dovuta ad errori di registrazione ed è facilmente emendabile. Un'altra parte è dovuta a carenza di documentazione clinica, ed anche questa è, con più difficoltà, risolvibile. Tuttavia in oltre la metà dei casi (18% del totale dei casi di cancro del colon-retto) lo stadio non è definito perché non è definibile dato che per vari fattori (età, comorbidità, ritardo diagnostico) i pazienti non vengono operati. Ciò è comprensibile in una dimensione di popolazione, ma non è l'attesa dei clinici e dei responsabili degli screening. È compito dei RT sia adoperarsi per una maggior completezza sia rendere chiari i motivi per cui questa non può essere totale.

silvia.patriarca@cpo.it

36 STUDIO DI COORTE A REGGIO EMILIA: CONFRONTO TRA INCIDENCE-BASED MORTALITÀ E MORTALITÀ PER TUMORE DEL COLON-RETTO

Stefania Caroli, Enza Di Felice, Massimo Vicentini, Claudio Sacchetti, Lucia Mangone, Paolo Giorgi Rossi

Servizio Interaziendale di Epidemiologia, AUSL, Reggio Emilia, Arcispedale Santa Maria Nuova, IRCCS, Reggio Emilia

Obiettivo. L'uso di studi osservazionali per valutare l'efficacia di interventi è spesso necessario quando non possono essere condotti trial randomizzati, questo è il caso dello screening del colon-retto con test immunologico del sangue occulto nelle feci. In questo lavoro si confrontano le stime di efficacia dello screening valutate attraverso la mortalità causa specifica in due periodi, pre e post screening e l'incidence-based mortality (IBM).

Metodi. Due coorti aperte, una pre-screening (50-69 anni nel 1997) e l'altra screening (50-69 anni nel 2005) sono state seguite per un massimo di otto anni al fine di calcolare la mortalità per cancro del colon-retto e l'incidence-based mortality, cioè la mortalità in persone con diagnosi di cancro del colon-retto occorsa nel periodo in studio. L'IBM è stata calcolata sia considerando i decessi per tutte le cause, sia per cancro del colon-retto. Sono stati calcolati i mortality rate ratios (MRR) tra coorte screening e pre-screening.

Risultati. Mortalità: MRR per colon-retto 0.74 [95% CI 0.64-0.86] Incidence-based mortality: MRR per tutte le cause 0.73 [95% CI 0.63-0.85] e per colon-retto 0.64 [95% CI 0.52-0.78].

Conclusioni. I risultati mostrano un calo della mortalità dopo l'avvio dello screening utilizzando entrambi i metodi. Tale diminuzione è attribuibile alla diagnosi precoce, al miglioramento delle terapie e all'aumento dell'aspettativa di vita. Come atteso, l'IBM ha mostrato una maggiore diminuzione rispetto alla mortalità, in quanto non risente della diluizione dell'effetto dovuta ai decessi di casi diagnosticati prima dell'introduzione dello screening; anche l'IBM per tutte le cause sottostima l'efficacia relativa perché include decessi, in entrambi i periodi, non correlati alla malattia.

stefania.caroli@ausl.re.it

37 RISULTATI PRELIMINARI SULL'INCIDENZA NELL'ANNO 2006 DEL CARCINOMA DEL COLON-RETTO NELLA PROVINCIA DI BARI

Giacomo Gravina¹, Domenico Carbonara¹, Deborah Fracchiolla¹, Carmen Perrone², Enrico Caputo², Domenico Lagravinese²

¹Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari Aldo Moro;

²Dipartimento di Prevenzione, ASL Bari

Obiettivi. In Italia, escludendo la cute, il carcinoma del colon-retto è il tumore più frequente (14% del totale): tra gli uomini è al terzo posto (14%), tra le donne al secondo (13%). Strumento di prevenzione secondaria è lo screening oncologico coloretale, definito un LEA dal DPCM del 29/11/2001, previsto dal Piano Regionale della Prevenzione 2005-2009 della Regione Puglia e avviato nella Asl Bari nel 2012. Obiettivo è presentare i dati preliminari sull'incidenza del carcinoma del colon-retto nell'anno 2006 nella provincia di Bari.

Materiali e metodi. Sono stati incrociati i flussi informativi dell'anno 2006 relativi alla popolazione residente nei comuni di Bari, Bitetto, Bitritto, Conversano, Modugno, Mola di Bari, Polignano a Mare e Rutigliano (472168 abitanti). La lista di casi generata è stata analizzata e codificata dagli operatori del Registro Tumori Puglia sezione ASL Bari, seguendo le procedure descritte nel Manuale di Tecniche di Registrazione dei Tumori.

Risultati. Sono risultati incidenti 302 casi (tasso grezzo 64/100000ab), di cui 152 uomini e 150 donne. L'età media alla diagnosi è di 68±12 anni, con picco di frequenza massima tra i 70-74 anni. Nel 93,1% dei casi la diagnosi è confermata da un esame istologico su tumore primitivo. Il 70,7% dei casi è localizzato al colon, il 19,8% al retto, il 7,9% alla giunzione retto-sigmoidea e il 1,6% all'ano e canale anale. Il gruppo morfologico più frequente è quello degli adenocarcinomi (84,2%), seguito dagli adenocarcinomi mucinosi e a cellule ad anello con castone (7,9%). Nel 71,9% dei casi vi è la stadiazione TNM: di questi, il 39,5% è in stadio III, il 31,8% in stadio II, il 20,8% in stadio I e il 7,9% in stadio IV.

Conclusioni. L'attività del Registro Tumori, nel momento in cui interesserà anche anni successivi al 2012, potrà essere di supporto e di verifica allo screening oncologico coloretale. Entrambi, operando sinergicamente, risulteranno un valido strumento nelle attività di programmazione sanitaria.

giacomogravina78@gmail.com

39 PRINCIPALI INDICATORI DI PERFORMANCE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PER IL TUMORE DELLA MAMMELLA NELLA PROVINCIA DI CATANIA

Massimo Varvarà¹, Antonietta Torrisi¹, Antonina Torrisi¹, Marine Castaing¹, Francesca Bella¹, Alessia Di Prima¹, Enrico Vasquez², Giovanni Benedetto¹, Salvatore Sciacchitano¹, Salvatore Sciacca¹

¹Registro Tumori Integrato di CT-ME-SR-EN Dipartimento G.F Ingrassia di Igiene e Sanità Pubblica dell'Università di Catania; ²Dipartimento G.F Ingrassia Sezione Anatomia Patologica Università di Catania

Obiettivi. Il carcinoma della mammella è al 2° posto fra tutti i tumori (13%) e rappresenta, nel sesso femminile, la neoplasia più frequente (29% di tutti i carcinomi) e la prima causa di morte tumorale (17%). In Italia ogni anno sono diagnosticati circa 48.000 nuovi casi di carcinomi della mammella con gradiente nord-sud per incidenza, precocità della diagnosi, sopravvivenza e utilizzo di chirurgia conservativa. Obiettivo dello studio è valutare i principali indicatori di performance diagnostico-terapeutici tra i casi di carcinoma della mammella nella popolazione femminile di CT.

Metodi. I carcinomi della mammella diagnosticati dal 2003-11 sono descritti (N.%).

Risultati. I carcinomi diagnosticati sono 6468. Nel 77% sono colpite donne con età >50 anni e nel 5% con età <40 anni. La conferma istologica si ha nel 96%. Lo stadio pT1 risulta nel 50% dei casi, mentre il 5% risulta pT4, di questi il 58% sono donne con età >70 anni. Il 31% presentava mts linfonodali ed il 4% mts a distanza. Il 36% delle pz alla diagnosi era in stadio 1 e il 24% in stadio 2a. Per quanto concerne gli indicatori prognostico-terapeutici la percentuale di casi in pT1 sottoposti ad intervento conservativo è stata 85%, il numero di linfonodi esaminati è stato >9 nell'88%, l'informazione sul grading si è avuta nell'86%, mentre sui recettori ormonali ER e PGR rispettivamente nel 55% e 54%. L'esecuzione del linfonodo sentinella si è avuta nel 39% dei casi mostrando un trend in aumento.

Conclusioni. Lo studio ha evidenziato una buona percentuale di diagnosi in stadi più precoci ed una bassa percentuale di pazienti in stadio localmente avanzato, in prevalenza >70 anni. I dati confermano che la chirurgia conservativa in pT1 negli ultimi anni ha subito un aumento graduale raggiungendo l'obiettivo dell'85%, come da linee guida. I valori di grading e di linfonodi asportati sono prossimi ai valori delle linee guide (95%). Il dosaggio dei recettori ormonali rimane basso (obiettivo 95%).

max.varvara@libero.it

38 TUMORE DELL'ESOFAGO: CONVINCERE I DECISORI A INDIVIDUARE CENTRI DEDICATI

Giuseppe Sampietro, Luisa Giavazzi, Andreina Zanchi, Silvia Ghisleni, Alberto Zucchi

ASL di Bergamo

Obiettivi. Individuare e analizzare indicatori di outcome relativi alla fase post-operatoria nei soggetti affetti da un tumore maligno dell'esofago e operati per individuare i decisori ad individuare un solo centro provinciale (o pochi a livello regionale) dedicati a questa patologia.

Materiali e metodi. Sono stati inclusi tutti gli 81 pazienti del registro tumori della ASL di Bergamo, presentanti una diagnosi di tumore dell'esofago e operati in una struttura della provincia di Bergamo. Gli interventi chirurgici e le complicanze sono stati individuati ed analizzati tramite i dati SDO. Gli indicatori di outcome considerati sono mortalità a 30 giorni e a sei mesi e complicanze dell'apparato respiratorio post intervento.

Risultati. I dati preliminari SDO indicano che ben nove presidi hanno effettuato almeno un intervento chirurgico l'anno, per tumore dell'esofago, nei sei anni valutati. Quattro centri eseguono da tre a quattro interventi l'anno, mentre negli altri se ne eseguono meno di due. Per quanto riguarda gli outcome, la mortalità complessiva a 30 giorni è pari a 3,4%, la mortalità a sei mesi del 20,5%. Per le complicanze post intervento, 15 soggetti hanno presentato problemi all'apparato respiratorio (18,5% sul totale); tra questi, quattro hanno sviluppato una polmonite.

Conclusioni. Gli interventi ai tumori dell'esofago sono notevolmente impegnativi dal punto di vista chirurgico e di terapia intensiva postoperatoria; la letteratura scientifica evidenzia come i centri ad alto volume presentino meno complicanze post-operatorie. Ciò dovrebbe essere sufficiente a convincere i decisori di politica sanitaria ad individuare pochi centri dedicati al trattamento del tumore dell'esofago. Ciò nonostante, risulta ancora troppo alto il numero di ospedali che si prendono in carico questi pazienti. Da qui la necessità che i registri tumori sia di supporto nell'individuare ed analizzare indicatori di outcome che possano convincere i decisori ad intraprendere questa linea programmatica riorganizzativa.

gsampietro@asl.bergamo.it

40 ANALISI DEI PERCORSI TERAPEUTICI NEI PAZIENTI AFFETTI DA TUMORE DELLA PROSTATA RESIDENTI NELLA PROVINCIA DI LATINA

Antonella Fontana¹, Mara Furi¹, Isabella Sperduti², Susanna Busco³, Leonarda Macci³, Edvige Bernazza³, Simonetta Curatella³, Miriana Rossi³, Fabio Pannoza³

¹UOC Radioterapia ASL Latina; ²Istituti Fisioterapici Ospitalieri IFO, Regina Elena Roma; ³Registro Tumori di Latina

Obiettivo. Analizzare il percorso terapeutico dei pazienti in funzione dell'età alla diagnosi e valutandone l'appropriatezza rispetto alle linee guida internazionali. Valutare l'entità dei flussi migratori dalla provincia di Latina verso altre province.

Metodi. I 663 casi di tumore maligno della prostata diagnosticati negli anni 2008, 2009, 2010 sono stati suddivisi in base all'età (+/- 75aa) classificati in 4 gruppi di rischio: Basso (LR), Intermedio (IR), Alto (HR) e Metastatico (M) in base a Gleason, PSA e Stadiazione clinica (NCCN 2008 con modifiche secondo Eurocare 5). Per Terapia primaria: Prostatectomia radicale (+/- RT sequenziale) (PR), Radioterapia (RT) e Ormonoterapia (OT). Le associazioni sono state valutate con il test chi quadro.

Risultati. Dall'analisi dei dati emerge che il 38,8% dei pazienti sono stati sottoposti a PR (92% <75 aa e 8% >75), a RT esclusiva nel 14,3% dei casi (84% <75 aa e 15,8% >75). Tra i pazienti >75 aa sia nel LR (PSA <10 e GS <6, T1-2a) che nel HR prevale la percentuale di pazienti che non sono stati sottoposti ad alcun trattamento (rispettivamente 74% e 63%). Tra i pazienti classificati HR (PSA >20, GS >7, T3) prevale un approccio terapeutico multimodale (PR+RT+OT). Tra i pazienti sottoposti a chirurgia l'11,3% dei casi sono stati sottoposti a successiva RT adiuvante o di salvataggio. Ai pazienti sottoposti a RT con finalità curativa, nei casi di rischio alto e intermedio è stata prescritta la terapia ormonale (BAT). Nelle due coorti (età +/- 75aa) la modalità terapeutica (p<0.0001) e la classe di rischio (p<0.0001) sono risultate entrambe variabili indipendenti.

Conclusioni. Si assiste nel tempo ad un atteggiamento terapeutico multimodale (PR+RT+OT) nella classe di rischio a peggiore prognosi (HR) ma solo per i pazienti di età <75 aa. Non sono state osservate differenze statisticamente significative circa i percorsi terapeutici seguiti dai pazienti che sono stati operati al di fuori della provincia di Latina (37%).

antonellafontanalatina@gmail.com

41 STUDIO SUI SARCOMI DELLE PARTI MOLLI: INDICATORI DI QUALITÀ DI DIAGNOSI E TRATTAMENTO E MIGRAZIONE OSPEDALIERA

Laura Botta¹, Annalisa Trama¹, Gemma Gatta¹, Nadia Hindi² e Gruppo di lavoro dello studio sui sarcomi delle parti molli

¹Epidemiologia valutativa, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano; ²Struttura Complessa Oncologia medica Tumori mesenchimali dell'adulto e Tumori rari, Dipartimento di Oncologia medica, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori, Milano

Obiettivi. Nel corso del progetto RARECARENet la discussione di un gruppo di esperti unita alle indicazioni dell'European Sarcoma Network Working Group ha permesso di individuare gli indicatori per rilevare la qualità della presa in carico dei pazienti con sarcoma. Obiettivo dello studio era valutare l'adeguatezza delle prestazioni diagnostiche e del trattamento, la qualità del referto anatomico-patologico e studiare la migrazione ospedaliera.

Materiali e metodi. È stato effettuato uno studio di alta risoluzione con 373 casi incidenti nel periodo 2006-2010 provenienti dai Registri tumori del Friuli Venezia Giulia, Sicilia (Catania, Palermo, Ragusa, Siracusa e Trapani) ed Emilia-Romagna (Parma, Reggio Emilia, Romagna).

Risultati. Il 59% dei casi di sarcoma ha ricevuto una RMI o una TAC diagnostica della lesione. L'adesione alle linee guida del trattamento è del 88% per i sarcomi di basso grado, localizzati e con margini liberi da neoplasia (R0); del 64% per i sarcomi con margini R1 e R2 ed è meno della metà (47%) per i sarcomi di alto grado e margini R0. Circa la metà dei pazienti con sarcoma riceve un intervento chirurgico senza precedente biopsia. Nel referto patologico dell'intervento chirurgico spesso mancano le informazioni sui margini, 25%, e sulla profondità del tumore, 72%. Le prime analisi sugli ospedali di trattamento effettuate in Sicilia, evidenziano che il 66% dei pazienti (N=71) viene trattato in 30 ospedali diversi. Il 30% di tutti i pazienti viene trattato fuori regione. Le analisi per le altre regioni sono in corso.

Conclusioni. Nella gestione dei sarcomi in Italia si sono osservate alcune criticità: trattamento chirurgico è spesso subottimale; il referto anatomico-patologico è spesso poco esaustivo ai fini terapeutici; il trattamento sembra essere poco centralizzato. Affinché l'assistenza ai pazienti con tumori rari possa migliorare sarà davvero importante supportare la rete tumori rari Italiana.

laura.botta@istitutotumori.mi.it

43 DISTRIBUZIONE DELL'ETÀ ALLA DIAGNOSI NEI SOTTOTIPI IMMUNOISTOCHEMICI DEL CARCINOMA MAMMARIO

Adele Caldarella, Emanuele Crocetti, Carlotta Buzzoni, Antonella Corbinelli, Teresa Intriari, Gianfranco Manneschi, Libuse Nemcova, Marco Zappa

^{SC} Epidemiologia Clinico-descrittiva e Registri, ISPO, Firenze

Obiettivi. Valutare distribuzione dell'età alla diagnosi del carcinoma mammario secondo il profilo immunohistochimico in uno studio di popolazione.

Materiali e metodi. Sono stati estratti dal Registro Tumori Toscano i casi di carcinoma invasivo mammario incidenti nel periodo 2004-2005. Nei referti istopatologici relativi al carcinoma mammario primitivo è stata rilevata l'espressione immunohistochimica di recettori ormonali e HER2 per identificare i sottotipi biologici, secondo i profili individuati in letteratura. La distribuzione dell'età alla diagnosi è stata analizzata, utilizzando la Kernel density, per ogni sottotipo, a sua volta suddiviso in due gruppi secondo la positività immunohistochimica delle cellule tumorali a Ki67 (cut off <14%>).

Risultati. In 1475 su 1984 pazienti erano disponibili i dati richiesti. La Kernel density mostrava un andamento bimodale della distribuzione per età alla diagnosi nei pazienti con carcinoma mammario luminal A, sia a bassa che ad alta espressione di Ki67, ed in quelli luminal B e triplo negativi a bassa attività proliferativa, con una incidenza elevata sia intorno ai 70 sia, in modo meno marcato, prima dei 50 anni. Per i casi luminal B e triplo negativi ad alta espressione di Ki67 e per i casi HER2+ con qualunque attività proliferativa l'andamento dell'età alla diagnosi si presentava unimodale, con un unico picco di incidenza intorno ai 65 anni.

Conclusioni. La distribuzione dell'età alla diagnosi in uno studio di popolazione indica la presenza di due gruppi di pazienti identificati dall'espressione di marcatori comunemente riportati nei referti istopatologici, caratterizzati il primo da un andamento bimodale, l'altro da un unico picco di incidenza in età postmenopausale. La valutazione dell'attività proliferativa individua, in particolare per i carcinomi mammari luminal B e triplo negativi, due modalità di distribuzione dell'età, suggerendo una eterogeneità dei casi presenti nei due sottotipi.

a.caldarella@ispo.toscana.it

42 EFFETTO DELLA VALUTAZIONE DELL'INDICE MITOTICO NELLA STADIAZIONE DEL MELANOMA SOTTILE

Adele Caldarella¹, Laura Fancelli², Alessandra Chiarugi³, Paolo Nardini³, Carlotta Buzzoni¹, Antonella Corbinelli¹, Teresa Intriari¹, Gianfranco Manneschi¹, Libuse Nemcova¹, Emanuele Crocetti¹

¹S.C. Epidemiologia Clinico-descrittiva e registri, ISPO, Firenze; ²Dipartimento di Chirurgia e medicina traslazionale, Divisione di Dermatologia, Università di Firenze; ³S.C. Prevenzione secondaria e Screening, Servizio di prevenzione del melanoma, ISPO, Firenze

Obiettivi. Valutare l'effetto dell'introduzione della valutazione dell'indice mitotico nello staging del melanoma.

Materiali e metodi. Sono stati estratti dal Registro Tumori Toscano i casi di melanoma con spessore non superiore a 1 cm (pT1) incidenti nel periodo 2000-2008. Per analizzare l'eventuale presenza di shift nella stadiazione del melanoma con l'introduzione del nuovo TNM, i casi raccolti sono stati riclassificati in accordo sia con il TNM ed6 sia con il TNM ed7, attraverso la valutazione dell'indice mitotico riportato nei referti istopatologici.

Risultati. Tra i 242 pazienti con melanoma pT1 e indice mitotico disponibile i casi con stadio pT1a erano, secondo l'edizione 6 del TNM, 202, ma l'utilizzo del nuovo sistema di stadiazione causava lo shift del 20% degli stadi pT1a verso quelli pT1b. Il 32% degli stadi pT1b, inoltre, si modificava in pT1a. La concordanza fra i due sistemi, calcolata con il coefficiente K di Cohen, era bassa (K=0.37).

Conclusioni. L'utilizzo dell'indice mitotico nella stadiazione patologica del melanoma causa in alcuni casi una modifica dello stadio, con un aumento nel numero complessivo di stadi pT1b. Ciò può influenzare l'approccio clinico, soprattutto per quanto riguarda l'uso della biopsia del linfonodo sentinella e sottolinea l'importanza di una corretta valutazione dell'indice mitotico nel management dei pazienti con melanoma sottile.

a.caldarella@ispo.toscana.it

44 EFFETTO DEL DIABETE MELLITO SULLA SOPRAVVIVENZA DOPO LA DIAGNOSI DI CARCINOMA PROSTATICO

Andrea Gini^{1,3}, Antonella Zucchetto^{1,3}, Carmen Stocco², Silvia Birri^{1,3}, Luigino Dal Maso^{1,3}, Jerry Polese^{1,3}, Diego Serraino^{1,3}

¹SOC di Epidemiologia e Biostatistica, Centro di Riferimento Oncologico di Aviano IRCCS, Aviano; ²Registro Tumori del Veneto, Regione Veneto, Padova; ³Registro Tumori del Friuli Venezia Giulia, Direzione Centrale Salute FVG

Obiettivi. Valutare l'impatto del diabete mellito sulla sopravvivenza di uomini affetti da carcinoma prostatico.

Metodi. Tramite i database dei registri tumori del Friuli Venezia Giulia e del Veneto è stato aggiornato lo stato in vita e la causa di morte di 780 uomini (età 46-74 anni) con diagnosi tra il 1995 e il 2002 di carcinoma prostatico, precedentemente arruolati nell'ambito di uno studio caso-controllo. L'anamnesi dei pazienti è stata rilevata alla diagnosi con la somministrazione di un questionario validato. La mediana di follow-up al 2013 è risultata pari a 12,7 anni (range interquartile: 9,0-14,7 anni). L'overall survival (OS) è stata stimata con il metodo di Kaplan-Meier. L'associazione tra diabete e rischio di morte per qualsiasi causa o per causa-specifica è stata valutata stimando gli hazard ratio (HR) e relativi intervalli di confidenza (IC) al 95% attraverso modelli di Cox, aggiustati per Gleason score, residenza, anno ed età alla diagnosi.

Risultati. A 15 anni dalla diagnosi, sono stati registrati 263 decessi (OS=64,0%), 81 (30,8%) dei quali dovuti a tumore prostatico. Gli uomini con diabete mellito precedente alla diagnosi di tumore erano 59 (7,6%). Tra essi, la prognosi è risultata più severa (OS=48,0%) rispetto a quella dei pazienti non affetti da diabete (OS=65,0%), con un HR di morte per tutte le cause pari a 1,82 (IC95%: 1,24-2,69). L'effetto del diabete sulla sopravvivenza è particolarmente evidente per la mortalità non causata da tumore prostatico (HR=2,28, IC95%: 1,47-3,55). Al contrario, il diabete non è risultato associato al rischio di morte per tumore prostatico (HR=1,07, IC95%: 0,46-2,48).

Conclusioni. I risultati preliminari evidenziano un effetto negativo del diabete mellito sulla sopravvivenza dei pazienti con diagnosi di carcinoma prostatico. Tale effetto, indica la necessità, anche in questi pazienti, di un particolare controllo del diabete per favorire migliori probabilità di sopravvivenza.

agini@cro.it

45 MELANOMA CUTANEO: GLI UOMINI VENGONO DA MARTE LE DONNE DA VENERE

Emanuele Crocetti, Carlotta Buzzoni, Adele Caldarella, Antonella Corbinelli, Laura Fancelli, Teresa Intrieri, Gianfranco Manneschi, Libuse Nemcova, Marco Zappa

UO Epidemiologia clinica, descrittiva e registri, Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica, Firenze

Obiettivi. La prognosi del melanoma cutaneo è in generale buona ed è migliorata nel corso del tempo. Nonostante questo, permangono differenze, tutt'altro che marginali, a favore delle donne rispetto agli uomini.

Metodi. Lo studio è stato condotto sulla casistica dei melanomi cutanei del Registro Tumori della Regione Toscana, incidenti nel periodo 1985-2008 e con follow-up alla fine del 2012. È stata rivista la documentazione inclusi i referti patologici per confermare le informazioni sui fattori prognostici (sesso, età, periodo, Breslow, Clark, mitosi, sede, morfologia, ulcerazione, stato linfonodale, pT, pN, metastasi, ecc). È stata effettuata, con la procedura MICE, l'imputazione delle variabili mancanti. Il ruolo del sesso e degli altri fattori prognostici sulla sopravvivenza causa specifica è stato analizzato col modello di Cox. I risultati sono espressi come hazard ratio (HR) con intervalli di confidenza al 95%.

Risultati. Sono stati analizzati 3900 melanomi cutanei infiltranti: 1837 uomini (47.1%) e 2063 donne (52.9%). La sopravvivenza causa specifica a 5 anni è risultata 87% (86%-89%) per le donne e 80% (78%-82%) per gli uomini. L'HR grezzo del sesso femminile rispetto al maschile è 0.62 (0.53-0.72). Dopo aggiustamento per possibili confondenti, le donne hanno mostrato un rischio significativo e fortemente ridotto di morire per melanoma cutaneo rispetto agli uomini (HR=0.66; 0.56-0.79).

Conclusioni. Questo studio ha confermato che il sesso femminile è un fattore prognostico protettivo indipendente nei pazienti con melanoma cutaneo. L'approccio metodologico, attraverso l'imputazione dei dati mancanti e l'analisi di un numero rilevante di fattori prognostici, rende improbabile un residuo effetto confondente. Il risultato è quindi presumibilmente dovuto a un fattore biologico protettivo - ancora sconosciuto - legato al sesso femminile.

e.crocetti@ispo.toscana.it

46 RUOLO PROGNOSTICO DEL DIAMETRO NEL MELANOMA CUTANEO

Emanuele Crocetti, Carlotta Buzzoni, Adele Caldarella, Antonella Corbinelli, Laura Fancelli, Teresa Intrieri, Gianfranco Manneschi, Libuse Nemcova, Marco Zappa

UO Epidemiologia clinica, descrittiva e registri, Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica, Firenze

Obiettivi. Nello schema mnemonico ABCDE diffusamente utilizzato per indirizzare la diagnosi del melanoma cutaneo, la lettera D rappresenta le dimensioni delle lesioni pigmentate, in particolare, il sospetto per quelle di diametro >6mm. Recentemente è stato suggerito di modificare il significato della lettera D, 'declassando' il diametro a favore del colore, scuro, della lesione pigmentata (D = dark).

Metodi. Lo studio è stato condotto sulla casistica dei melanomi del Registro Tumori della Regione Toscana, del periodo 2000-2010. È stata valutata la correlazione (coefficiente lineare r di Pearson) tra lo spessore di Breslow e il diametro e, con il coefficiente R2, la proporzione della varianza di Breslow spiegata dal diametro. Sia il Breslow che il diametro sono stati analizzati su scala logaritmica. Sono stati valutati, per classi crescenti, di diametro (≤6, 7-10, 11-20, 21-30, 31-40, 41-50 e >50mm) alcuni fattori prognostici: Breslow mediano, <1mm, >4, proporzione in situ, proporzione di melanomi nodulari, età media e percentuale donne.

Risultati. Sono stati analizzati 2071 melanomi cutanei per i quali erano disponibili sia lo spessore che il diametro: 1024 uomini (49.4%) e 1047 donne (50.6%). La casistica includeva 290 melanomi in situ (14.0%) e 1781 invasivi (86.0%). È presente una correlazione statisticamente significativa (p<0.001) tra Breslow e diametro, anche se modesta, r=0.39, e con un coefficiente R2 di 0.15. I risultati si confermano - correlazione significativa ma modesta - stratificata per sesso, età (<50, 50+) e sottosedi. Una quota non marginale di melanomi ha un diametro ≤6 mm. Tra i melanomi più piccoli non mancano forme a prognosi severa (>4mm, nodulari), anche se la presenza di queste aumenta all'aumentare delle dimensioni.

Conclusioni. La correlazione fra diametro e spessore sembra più rilevante dal punto di vista statistico che come strumento di guida diagnostica. Anche melanomi piccoli o molto piccoli possono avere fattori prognostici negativi.

e.crocetti@ispo.toscana.it

47 SOTTOTIPI TUMORALI AGGRESSIVI E TARGET THERAPY: DATI DEL REGISTRO TUMORI DI PALERMO E PROVINCIA

Rosalba Amodio¹, Giuseppa Rudisi¹, Maria Angela Brucculeri¹, Agnese Guttadauro¹, M. Antonia Cascio¹, Rosalba Staiti¹, Maurizio Zarcone¹, Rosanna Cusimano^{1,2}, Francesco Vitale¹ e Gruppo di lavoro

¹Registro Tumori di Palermo e Provincia UOC - Epidemiologia Clinica con Registro Tumori AOUP Policlinico "P. Giaccone" di Palermo; ²UOC Sanità Pubblica Epidemiologia e Medicina Preventiva ASP Palermo

Obiettivo. Descrivere alcuni indicatori del percorso diagnostico-terapeutico in relazione al sottotipo tumorale e l'utilizzo della terapia con trastuzumab in un sottogruppo aggressivo di tumori mammari.

Metodi. Sono stati analizzati 2979 casi di tumori invasivi della mammella incidenti nel periodo 2006-2009, classificandoli per età (15-45, 40-75, >75 anni), stadio alla diagnosi (Stadio I o Early; Stadio II e III; Stadio IV o M1 "metastatico ab initio"), sottotipo tumorale (luminal A:ER e/o PR+ HER2-; luminal B: ER e/o PR+ HER2+, triplo-negativo: ER-PR-HER2-; HER2+: ER/PR+HER2+), trattamento (chirurgico, chemioterapico, radioterapico, ormonale e target therapy) mobilità e sopravvivenza osservata (metodo Kaplan-Meier) con ultimo follow-up al 31/12/2012.

Risultati. Il 30% delle pazienti ha avuto una diagnosi in stadio precoce (stadio I), il sottotipo più frequente è stato il luminal A (51%); il 68% delle pazienti (stadio I, II e III) ha fatto una chirurgia conservativa, il 45% il linfonodo sentinella, il 93% delle pazienti con recettori positivi (ER/PR+) ha avuto un trattamento endocrino, mentre 80% delle pazienti in stadio avanzato ha fatto chemioterapia. La sopravvivenza osservata a 5 anni è stata 88% con differenze tra categorie di stadio (95% stadio Early, 30% stadio M1) e sottotipo tumorale (87% tumori di tipo luminal A, 71% tumori di tipo triplo-negativo). L'utilizzo dei farmaci biologici nei sottotipi tumorali Luminal B e HER2+ modifica la sopravvivenza osservata a 5 anni (Luminal B da 82 a 92%, HER2+ da 67 a 75%).

Conclusioni. La diagnosi in stadi precoci non ha ancora raggiunto una frequenza ottimale mentre sia i trattamenti chirurgici che i medici sono appropriati. Si osserva una maggiore sopravvivenza nei casi HER2+, indipendentemente dallo stato recettoriale (luminal B ed HER2+), quando trattati con il trastuzumab.

registrotumoripalermo@unipa.it

48 IL RUOLO DEI RT NELLE AREE INTERESSATE DA SMALTIMENTO DI RIFIUTI, CON RIFERIMENTO ALLA DISCARICA DI CONVERSANO (BA)

Domenico Carbonara¹, Deborah Fracchiolla¹, Giacomo Gravina¹, Carmen Perrone², Enrico Caputo², Domenico Lagravinese²

¹Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari Aldo Moro; ²Dipartimento di Prevenzione Asl Bari

Obiettivi. Conoscere il carico assistenziale riguardante la patologia neoplastica nel territorio è uno dei punti cardine per poter porre in essere una programmazione sanitaria rispondente a criteri di efficienza ed efficacia, soprattutto se coesistono nel territorio dei siti che potrebbero alterare gli equilibri ambientali e, dunque, produrre esiti di salute importanti. Obiettivo del presente lavoro è descrivere i dati preliminari di incidenza tumorale rilevata nei residenti dei comuni circostanti la discarica "Martucci" di Conversano.

Materiali e metodi. La sezione periferica del Registro Tumori Puglia operante presso la ASL Bari ha raccolto i flussi informativi sanitari relativi ai residenti nei comuni di Conversano, Mola di Bari, Polignano a Mare e Rutigliano, analizzandoli per verificare la sussistenza di casi tumorali, seguendo le regole di codifica prescritte dall'AIRTUM. Il bacino della popolazione ammonta a circa 137.000 residenti. I dati si riferiscono all'anno 2006.

Risultati. La casistica generata di casi possibili da sottoporre ad analisi è stata di 842 record. I casi di tumore accertati in totale sono stati 460. Le sedi interessate con maggior frequenza, escludendo la cute, sono state: 56 casi (12.2%) per la mammella, 54 (11.7%) per il colon-retto, 45 (9.8%) per la prostata, oltre che 33 casi (7.2%) per l'apparato emolinfopoietico, 30 (6.5%) casi per la vescica e 29 (6.3%) per il polmone. I casi che sono ancora da analizzare per l'anno in esame sono 84, pari al 10% della casistica complessiva.

Conclusioni. Avere una base solida ed attendibile di dati relativi alla patologia oncologica è uno strumento essenziale per il management sanitario. Occorrerebbe, dunque, investire risorse nell'attività dei Registri Tumori, che di fatto potrebbero costituire un punto di riferimento sia per gestire la complessità dei percorsi di prevenzione e cura del paziente oncologico, sia per valutare con criteri scientifici la portata dell'impatto sull'ambiente di siti modificati dalle opere di antropizzazione.

domenicocarbonara81@gmail.com

49 RISCHIO DI CANCRO DEL PANCREAS IN PRESENZA DI TUMORI PRECEDENTI. ESPERIENZA DEL REGISTRO TUMORI SPECIALISTICO DEL PANCREAS

Tiziana Cassetti¹, Claudio Sacchetti², Massimo Vicentini², Lucia Mangone², Paolo Giorgi Rossi², Romano Sassatelli³

¹Unità di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Arcispedale Santa Maria Nuova, IRCCS, Reggio Emilia; ²Servizio Interaziendale di Epidemiologia, AUSL RE, Arcispedale Santa Maria Nuova, IRCCS, Reggio Emilia

Obiettivi. Valutare il rischio di insorgenza di tumore pancreatico in soggetti con altre neoplasie. Confrontare le caratteristiche dei tumori del pancreas primari e quelli preceduti da altre neoplasie.

Materiali e metodi. Sono stati estratti i casi di tumore pancreatico dal RT di popolazione-RTSP (registro tumori specialistico del pancreas) incidenti fra il 1996 e il 2012. Sono stati calcolati i rapporti standardizzati di incidenza (SIR) per singola sede. Per il periodo 2008-2012 sono state confrontate le distribuzioni per età, sesso, anno di diagnosi, stadio, sottosede fra i soggetti con solo tumore del pancreas e multipli.

Risultati. I secondi tumori sono 122 su un totale di 1639 tumori del pancreas. Per tutte le sedi il SIR è stato per i maschi 1.1, per le femmine 1.0. Le sedi con maggior rischio di incidenza di un successivo tumore pancreatico sono: nei maschi la mammella (10.3 IC95% 1.3-37.3) e la prostata (1.4 IC95% 0.9-2); nelle femmine la mammella (1.2 IC95% 0.8-1.8). Per gli anni 2008-2012 i primi tumori sono risultati più giovani 73 (range 25-97) e 76 (range 46-95), non esistono differenze per sesso (p=0.596), per sottosede (p=0.262). La proporzione di stadi I-II è 26.6% nei primi e 40.2% nei secondi tumori; differisce anche la proporzione di non stadati 6.8% vs 0%. La differenza di distribuzione per stadio fra i casi con solo tumore del pancreas e con i multipli scompare se si aggiusta per anno di calendario (p2008-2010=0.004, p2011-2012=0.312).

Conclusioni. Per tutte le sedi non è stato osservato nessun rischio di insorgenza di tumore successivo del pancreas. Un eccesso di rischio è stato osservato per i maschi con tumore della mammella e della prostata confermando l'associazione fra mutazioni BRCA1 e 2. Considerando complessivamente la distribuzione per stadio nei casi con solo tumore del pancreas vs i multipli, inizialmente si assiste ad un stage shift verso gli stadi più precoci nel secondo gruppo, ma aggiustando per anno di calendario questo fenomeno scompare.

cassetti.tiziana@asmn.re.it

51 INCIDENZA DEL TUMORE AL POLMONE A TRIESTE IN BASE ALLA DISTANZA RESIDENZIALE DAL POLO SIDERURGICO, 1995-2009

Ettore Bidoli¹, Fabio Barbone², Paolo Collarile³, Francesca Valent³, Andrea Gini¹, Silvia Birri¹, Loris Zanier³, Fulvio Daris⁴, Diego Serraino^{1,5}

¹SOC Epidemiologia e Biostatistica, IRCCS Centro di Riferimento Oncologico di Aviano; ²Istituto di Igiene ed Epidemiologia clinica, DSMB Università degli Studi di Udine; ³Direzione Centrale Salute, Friuli Venezia Giulia; ⁴ARPA FVG; ⁵Registro Tumori del Friuli Venezia Giulia

Obiettivi. L'Osservatorio Ambiente-Salute del Friuli Venezia Giulia (FVG) ha valutato lo stato di salute dei residenti vicino al polo siderurgico ("Ferriera") di Trieste (TS). Questo studio riporta i risultati sull'incidenza del carcinoma polmonare in base alla distanza Ferriera/residenza.

Metodi. Tutti i casi incidenti di tumore al polmone del 1995-2009 sono stati ottenuti dal Registro Tumori del FVG. La popolazione 0-74 anni georeferenziata è stata ricavata dall'anagrafe assistite. La distanza lineare tra residenza e Ferriera, è stata divisa in tre fasce: <800m dalla Ferriera, 800m-3km:TS centro e >3km in base a criteri di dispersione degli inquinanti aerei della Ferriera. Sono stati calcolati i tassi standardizzati per età (ASR) sulla popolazione italiana al censimento 2001 ed i Rate Ratio (RR) aventi come riferimento TS centro.

Risultati. I casi incidenti di tumore al polmone sono stati 1727 (1265 uomini e 462 donne). Negli uomini, gli ASR-ITA2001 sono stati: 100/100.000 (<800m), 74 (TS centro) e 65 (>3km) mentre nelle donne gli ASR sono stati: 27, (<800m), 27, (TS centro) e 17 (>3km). Negli uomini della fascia <800m si è osservato un eccesso di rischio (RR=1,4; IC95%: 1,0-1,8 vs. TS centro) mentre nelle donne il RR è risultato pari a 1,0. Nell'area >3km il RR negli uomini era pari a 0,9 (0,8-1,0) e nelle donne era 0,7 (0,5-0,8). L'analisi divisa per morfologia ha mostrato un eccesso di rischio dei carcinomi squamocellulari negli uomini della fascia <800m (RR=1,7; IC95%:1,1-2,9).

Conclusioni. Si osserva un aumento del rischio di tumore al polmone negli uomini, e non nelle donne, residenti entro 800m dalla Ferriera rispetto al centro città. Nella fascia >3km il rischio è diminuito in entrambi i sessi. Questo pattern non esclude un moderato impatto dell'inquinamento atmosferico sul rischio di tumore polmonare ma l'evidenza è indebolita dall'incoerenza per sesso. Più convincente è l'aumento del rischio nei residenti in centro città rispetto a quanti vivono >3km.

bidolie@cro.it

50 INCIDENZA PER SESSO ED ETÀ DEI CARCINOMI GASTRICI: RISULTATI DEL REGISTRO TUMORI DELLA SICILIA ORIENTALE

Rosario Caruso, Eleonora Irato, Antonio Ieni

Dipartimento di Patologia Umana, Policlinico Universitario "G. Martino", Messina

Obiettivi. Le finalità della presente ricerca sono quelle di evidenziare gli effetti delle interazioni età/sesso sulla incidenza e sopravvivenza del carcinoma gastrico in provincia di Messina.

Metodi. Lo studio riguarda 322 casi incidenti nella provincia di Messina nel 2003-2005, in base ai dati ricavati dal Registro Tumori Integrato della Sicilia orientale. I pazienti sono suddivisi in tre gruppi in base ai valori dello scarto interquartile: <64, 65-80 e >81 anni. Le comparazioni tra i tre gruppi di età sono effettuate mediante il test 2 o, in caso di piccoli campioni, mediante il test esatto di Fisher. Il metodo di Kaplan-Meier è utilizzato per valutare i tassi di sopravvivenza cancro-specifica, mentre le curve di sopravvivenza sono confrontate mediante il log-rank test. Le indagini statistiche sono effettuate utilizzando il software STATA. Un valore di p <0.05 viene considerato statisticamente significativo.

Risultati. Il 25% dei casi di carcinoma gastrico si verifica in pazienti ultraottantenni. Il sesso femminile è maggiormente riscontrato in pazienti di età inferiore a 65 anni e in quelli di età superiore a 81 anni (p<0.05). Il tasso di sopravvivenza cancro-specifica a 5 anni è risultato più basso in pazienti ultraottantenni (p<0.001). I pazienti di età inferiore a 80 anni sono più frequentemente sottoposti a gastrectomia (p<0.01).

Conclusioni. I risultati evidenziano che l'incidenza del carcinoma gastrico in provincia di Messina è correlata all'invecchiamento (25esimo percentile dell'età: 64 anni). Il sesso femminile è più colpito nelle fasce di età estreme (<64 >81 anni). I pazienti di età superiore a 81 anni sono sottoposti meno frequentemente a terapia chirurgica e presentano una prognosi più sfavorevole rispetto a pazienti più giovani.

rosariocaruso@tin.it

52 STATO DELL'ARTE DEI TUMORI DEL TESTICOLO E AVVIO DI UNO STUDIO AD ALTA RISOLUZIONE

Paola Pesce, Francesca Bella, Carlo Sciacchitano, Marine Castaing, Alessia Di Prima, Andrea Benedetto, Antonina Torrisi, Antonietta Torrisi, Laura Calabretta, Salvatore Sciacca

Registro Tumori Integrato di Catania-Messina-Siracusa-Enna

Obiettivi. Studi epidemiologici ipotizzano un ruolo ambientale nella genesi delle alterazioni dell'apparato genitale e dei tumori gonadici nel maschio. L'aumento di mortalità nei Siti di Interesse Nazionale (SIN) emersa da SENTIERI e la giovane età di insorgenza hanno spinto a fare un quadro più dettagliato con un focus sui SIN.

Metodi. Sono stati confrontati i tassi di incidenza standardizzati (TSI, Italia 2001) e gli intervalli di confidenza al 95, nelle province di Catania (CT), Messina (ME), Siracusa (SR), Enna (EN) e nei SIN, SIN SR (Priolo, Melilli, Augusta, con e senza la città di SR) e SIN ME (Milazzo, Pace del Mela, San Filippo del Mela), periodo 2003-11. Sono stati esaminati età e stadio alla diagnosi, morfologia e lateralità del tumore di tutti i casi incidenti (582).

Risultati. Non emergono differenze statisticamente significative tra i TSI delle province di CT (6,1 [4,1-8,1]), ME (5,5 [2,9-8,1]), SR (6,4 [2,8-10]) ed EN (6,4 [1-11,8]). Confrontando i TSI dei SIN (SIN SR 6,8 [1,4-12,2], SIN SR senza città di SR 7 [0-16,6], SIN ME (6,8 [0-17,6]) con quelli delle rispettive province, emerge che i TSI sono lievemente superiori in modo non statisticamente significativo nei SIN. L'età media è di 33 anni (mediana 30,5, I quartile 26, II quartile 37). Il 49% ha un tumore seminomatoso, il 24 non seminomatoso, il 15 misto, il 2 non a cellule germinali e il 10 una neoplasia non specificata. Nel 40% dei casi è destro, nel 34 sinistro (bilaterale 0,3, mancante 25). L'89% dei pazienti non presenta metastasi, il 4 metastasi linfonodali, il 7 sistemiche.

Conclusioni. La conferma di un aumento dei TSI e della mortalità rilevata dal nuovo atlante di mortalità nei SIN in particolare quello di Siracusa ci spinge ad approfondire con una revisione sistematica delle cartelle cliniche, di cui ne possediamo già 210 stiamo provvedendo a raccogliere maggiori informazioni su parametri anamnestici, clinici e di fertilità atte ad indirizzare studi futuri ad alta risoluzione

paolapesce@tiscali.it

53 MICROCARCINOMI TIROIDEI NELLE PROVINCE DI CT-ME-SR-EN (2003-2011): CLASSIFICAZIONE TNM E FATTORI PROGNOSTICI

Antonina Torrisi¹, Antonietta Torrisi¹, Massimo Varvarà¹, Gaetano Magro², Marine Castaing¹, Paola Pesce¹, Carlo Sciacchitano¹, Alessia Di Prima¹, Melchiorre Fidelbo¹, Salvatore Sciacca¹

¹Registro Tumori Integrato di CT-ME-SR-EN Dipartimento G.F. Ingrassia di Igiene e Sanità Pubblica dell'Università di Catania; ²Dipartimento G.F. Ingrassia Sezione Anatomia Patologica Università di Catania

Obiettivi. I Microcarcinomi tiroidei (MCT) sono tumori maligni 1 cm con incremento del tasso di incidenza dovuto ad una maggiore sensibilità e più alta diffusione delle tecniche diagnostiche. Sebbene i MCT abbiano una prognosi eccellente possono dare metastasi (mts) linfonodali e/o a distanza. Scopo del lavoro è descrivere i principali fattori di rischio e prognostici dei MCT.

Metodi. I MCT 2003-2011 (EN 2006-11) sono descritti (N.%).

Risultati. I MCT sono 1987/4304 (46.2): 1248/2357 (52.9) CT, 476/1250 (38.1) ME, 139/467 (29.8) SR, 124/230 (53.9)EN di cui 368 M (18.5) e 1619 F (81.5). La distribuzione per fascia di età 19, 20-45, 46-65, >65 è 19(1.0), 755(38.0), 933(47.0), 280(14.1). L'istotipo più frequente è il MCT papillare (1907,96.0), seguono il follicolare (36,1.8), il midollare (34,1.7). Almeno una patologia associata (CT-ME-EN) è registrata per l'83.9 dei MCT: 137(6.9) adenomi, 1373(69.1) gozzi, 164(8.3) tiroidite di Hashimoto, 157(7.9) tiroiditi NAS, 19 (1.0) Basedow, 4 (0.2) De Quervain (sono incluse le doppie). I MCT sono così suddivisi: il 92.4 sono organoconfinati (pT1a) e il 7.6 sono extratiroidei (pT3). I MCT con mts linf sono 11.6, 9.8 tra i pT1a (4.9 nei <5mm e 17.6 nei >5mm) e 33.6 tra i T3 (32.3 nei <5mm e 34.5 nei >5mm). Invece i pT3 con dimensioni >1cm danno mts linf nel 43.9 dei casi. Solo 5 (0.3) dei MCT hanno sviluppato mts a distanza, tutti T1a.

Conclusioni. I risultati suggeriscono che esiste una diversa possibilità di dare mts tra i MCT <0.5cm vs >0.5cm nello stadio pT1a che non è riscontrata nei pT3. Tuttavia, nell'ambito della categoria pT3 si evidenzia che i carcinomi con dimensione 1cm hanno un potenziale metastatico inferiore rispetto ai pT3 >1cm. È auspicabile la suddivisione dello stadio pT3 in due sottogruppi, pT3a e pT3b che consentirà di stratificare la percentuale di rischio di mts linf ed influirà sull'iter prognostico-terapeutico proponendo interventi meno demolitivi e con ridotta insorgenza di complicanze post-operatorie.

ninatorrisi@libero.it

55 ESPOSIZIONE AL SOLE IN VACANZA E PROGNOSI DEL MELANOMA

Maurizio Montella¹, Carlo Riccardo Rossi², Antonella Vecchiato², Maria Teresa Corradin³, Paola Quierolo⁴, Paolo A. Ascierto¹, Sara Gandini⁵ e CNMR GROUP

¹Istituto Nazionale dei Tumori, Fondazione G. Pascale, Napoli; ²Istituto Oncologico Veneto I.R.C.C.S., Unità Melanomi e Sarcomi, Padova; ³SOC Santa Maria degli Angeli Ospedale Oncologico, Pordenone; ⁴I.R.C.C.S. A.O.U. San Martino IST, Unità Oncologica, Genova; ⁵Istituto Europeo di Oncologia, Divisione di Epidemiologia e biostatistica, Milano

Obiettivi. Alcuni studi hanno riportato un'associazione tra esposizione al sole e migliorata sopravvivenza per melanoma. Abbiamo valutato l'associazione tra vacanze al sole e indice di Breslow analizzando i dati del Registro Clinico Melanoma (NCRM).

Materiali e metodi. Dal questionario, sono state rilevate le informazioni sul fenotipo, esposizione ai raggi UV (vacanza al sole negli ultimi 5 anni), esposizione al sole nelle ore di punta nei due anni precedenti, uso di lampade UV prima dei 30 anni, residenza, mese di diagnosi e sede di melanoma. La sensibilità della pelle ai raggi UV è stata misurata in base alla classificazione Fitzpatrick. L'associazione tra l'indice di Breslow e l'esposizione solare è stata valutata con il test chi-quadrato, test di Fisher e il test chi-quadrato per il trend. L'analisi multivariata è stata effettuata per indagare le variabili associate all'esposizione.

Risultati. Sono stati individuati 2738 pazienti in 38 centri aderenti al CNMR geograficamente rappresentativi del territorio nazionale. Otto dei pazienti avevano una storia familiare di melanoma e il 56% era di fenotipo I o II. 1% ha avuto metastasi a distanza, il 13% il coinvolgimento dei linfonodi, il 29% aveva indice Breslow >2 mm, il 25% melanoma ulcerato. Le vacanze al sole negli ultimi cinque anni sono risultate significativamente associate con un buon fattore prognostico: spessore di Breslow inferiore ($p < 0.001$) e l'assenza di ulcerazione ($P = 0,009$), dopo aggiustamento per status socio-demografiche e specialità del medico che effettua la diagnosi.

Conclusioni. Le vacanze al sole risultano un fattore prognostico favorevole. I risultati confermano i dati della letteratura ma non dimostrano un effetto causale diretto dell'esposizione al sole sulla prognosi del melanoma poiché altri fattori, quali i livelli sierici di vitamina D, potrebbero avere un ruolo. I risultati evidenziano come uno strumento innovativo quale la piattaforma informatica CNMR possa facilitare gli studi epidemiologici e clinici

m.montella@istitutotumori.na.it

54 IL TUMORE DELL'ENCEFALO NELLA PROVINCIA DI TARANTO: APPROFONDIMENTO DESCRITTIVO E GEOGRAFICO

Simona Leogrande¹, Simona Carone², Valeria Siciliani¹, Margherita Tanzarella², Claudia Galluzzo², Antonia Mincuzzi³, Sante Minerba³

¹Centro Salute e Ambiente ASL Taranto; ²Registro Tumori ASL Taranto; ³S.C. Statistica Epidemiologia ASL Taranto

A seguito della pubblicazione del primo report del Registro Tumori ASL Taranto in occasione dell'accreditamento del registro presso AIRTUM, è emerso un eccesso di tumori maligni nel sesso femminile rispetto ai dati nazionali che ha condotto a voler approfondire la distribuzione della patologia oncologica dell'encefalo avendo a disposizione i dati del quinquennio 2006-2010 del territorio della Pr. di Taranto. Sono stati utilizzati i dati di incidenza del Tumore maligno (TM) e benigno (TB) dell'Encefalo dei soggetti residenti nei Distretti Socio Sanitari della ASL TA. Sono stati calcolati tassi specifici per età, tassi standardizzati diretti e rapporti standardizzati d'incidenza (SIR) con I. C.90% e sono stati ricercati cluster spaziali su base comunale mediante SatScan. In 5 anni su 2.901.720 residenti nella Pr. di Taranto sono stati registrati 254 casi di TM e 427 di TB. Per TM dell'encefalo nelle donne si evidenziano livelli più alti della Pr. di Taranto rispetto ai Pool Italia e Sud nelle fasce di età superiori ai 75 anni. Il SIR evidenzia un eccesso di TM dell'encefalo nel sesso maschile dei residenti nei Distretti di Grottaglie(SIR=140,I. C.102-189) e Manduria(SIR=142,I. C.100-195) oltre che un eccesso di TB nelle donne residenti nel Distretto di Taranto(SIR=121,I. C.103-141) e Martina Franca(SIR=145,I. C.111-187). È stato individuato un cluster di TM tra gli uomini comprendente alcuni comuni dei Distretti di Grottaglie e Manduria(RR=2.19,p-value:0.0023) e un cluster di TB tra le donne comprendente i comuni dei Distretti di Taranto e Martina Franca(RR=1.72,p-value:0.00096). La conferma emersa dalle analisi effettuate rispetto ai risultati evidenziati nel primo rapporto del RTTA rassicura sulla qualità dei dati e sposta l'attenzione sulla componente benigna dei tumori dell'encefalo nel sesso femminile e invita ad approfondire la distribuzione dell'offerta diagnostico-terapeutica all'interno del territorio della Pr. di Taranto.

simona.leogrande@libero.it

56 DATI PRELIMINARI DI INCIDENZA TUMORALE DEL QUINQUENNIO 2006-2010 DEL REGISTRO TUMORI ASL DI TARANTO

Simona Carone², Simona Leogrande¹, Margherita Tanzarella², Claudia Galluzzo², Valeria Siciliani¹, Antonia Mincuzzi³, Sante Minerba³

¹Centro Salute e Ambiente ASL Taranto; ²Registro Tumori ASL Taranto; ³S.C. Statistica Epidemiologia ASL Taranto

Il Registro Tumori ASL di Taranto (RTTA) ha iniziato la sua attività nel Gennaio 2010, è stato accreditato nel Marzo 2013 ed attualmente ha completato l'incidenza degli anni 2006-2010. Il RTTA utilizza la tecnica della ricerca attiva. I flussi informativi utilizzati sono l'Anagrafe Comunale e Sanitaria, le SDO, le Anatomie Patologiche Regionali, il ReNCaM, gli archivi delle Commissioni Invalidi e delle Esenzioni Ticket. Il registro è costituito da un archivio di prevalenza (anni 2000-2005) e dall'incidenza degli anni 2006-2010. Nel corso del quinquennio 2006-2010 (escludendo Ca cute ed encefalo benigno) sono stati identificati 14.493 nuovi casi di tumore (di cui 7.747 maschi). I tumori più frequenti nei maschi sono polmone e bronchi (16,9%), prostata (15,7%), vescica (13,2%), colon-retto (11,7%) e fegato (5,0%); mentre nelle femmine sono mammella (29,4%), colon-retto (12,2%), tiroide (7,8%) e corpo dell'utero (5,2%). Il tasso d'incidenza standardizzato (tsd) per tutti i tumori maligni negli uomini è risultato pari a 441,0, inferiore al tasso di incidenza del Pool Italia (473,9) e superiore al tasso del Pool Sud (391,1); nelle femmine (332,5) sono stati registrati valori simili al Pool Italia (346,1) ma superiori al Pool Sud (292,7). Nel SIN di Taranto il tsd per tutti i tumori maligni è risultato pari a 509,2 negli uomini e 377,7 nelle femmine, valori superiori rispetto ai tsd di confronto. Per tutti i tumori maligni i dati di incidenza del RTTA mostrano tassi sovrapponibili o inferiori a quelli del Pool Italia e del Pool Sud in entrambi i sessi. Tassi superiori ai valori del Pool Italia sono stati riscontrati per mesotelioma, polmone, vescica, tiroide e sarcoma di kaposi negli uomini e per la tiroide nelle donne. Tassi di incidenza superiori al Pool Sud si osservano, invece, per mesotelioma, polmone, vescica, tiroide e sarcoma di kaposi negli uomini e per mammella e la tiroide nelle donne.

simonacarone@yahoo.it

57 DIFFERENZE DI INCIDENZA ONCOLOGICA E MORTALITÀ PER SEDE NELLE AREE METROPOLITANE E NEI SIN IN SICILIA

Paola Pesce¹, Marine Castaing¹, Anna Leone¹, Massimo Varvarà¹, Ylenia Dinaro^{1,2}, Anselmo Madeddu², Francesco Tisano², Lia Contrino², Rosario Tumino³, Salvatore Sciacca¹

¹Registro Tumori Integrato di CT-ME-SR-EN Dipartimento G.F. Ingrassia di Igiene e Sanità Pubblica dell'Università di Catania; ²ASL Siracusa; ³Registro Tumori Ragusa

Introduzione. Una precedente osservazione dei SIR e SMR aveva evidenziato tassi per tutti tumori maggiori in aree urbane o distretti sanitari più urbanizzati rispetto alle aree a rischio ambientale. Un'interpretazione più accurata passa attraverso il confronto per sede, in particolare per le sedi tumorali con evidenza epidemiologica di rischio industriale (stomaco, colon-retto, polmone e mesotelioma).

Materiali. Sono stati elaborati i tassi di incidenza e mortalità (std Europa) per tutti tumori e per sede, per le città di Catania, Messina, Siracusa, Enna, Ragusa (dopo accurata verifica della residenza) e per i 3 SIN siciliani per il periodo 2003-11 (Gela 07-10). SIN SR: Augusta, Melilli, Siracusa, Priolo; SIN ME: Milazzo, Pace del Mela, San Filippo del Mela; Gela.

Risultati. Per il totale dei tumori le aree urbane si collocano in prima posizione (Maschi CT città 490[454-526], SIN GELA 417[353-481], SIN SR 381[341-421]; SIN ME 373[293-453], Femmine CT 365[335-395], SIN GELA 324[264-384], SIN ME 308[238-378], SIN SR 271[238-304]). Le sedi stomaco e colon-retto mostrano tassi comparabili tra i SIN e le città (eccetto più alti per Gela) mentre le sedi polmone (in eccesso a CT città e nel SIN Gela) e mesotelioma (in difetto nelle città) si discostano. Degna di nota, anche per i problemi di codifica, la sede fegato, l'unica delle sedi principali in difetto nella città di CT. La differenza dei totali tra aree è principalmente dovuta alle sedi a screening o assimilate mammella e prostata (CT città supera le altre aree) e tiroide (CT città e il SIN ME superano le altre aree).

Conclusioni. Si evince che i SIN sebbene non sono in testa alla classifica di incidenza (mortalità non mostrata) per il totale dei tumori, rappresentano aree problematiche per alcune sedi così come le aree metropolitane. La comunicazione dei presenti risultati rappresenta un buon contributo per gli operatori sanitari chiamati a gestire allarmi sanitari tra le popolazioni dei SIN dovuti a presunti eccessi tumorali.

paolapesce@tiscali.it

59 ANALISI DELL'IMPATTO DELLA RICOSTRUZIONE INTERCENSUARIA DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE

Ivan Rashid¹, Adriano Giacomini²

¹RT Reggiano, AUSL Reggio Emilia; ²RT Piemonte, Province di Biella e Vercelli (CPO)

Introduzione. La ricostruzione intercensuaria avvenuta per la popolazione residente nel 2002-2011 pone il problema di un eventuale impatto sulla reportistica dei registri tumori (RT) che, usualmente, usano la popolazione annuale precensuaria. Si vogliono verificare se vi siano effetti sensibili per i dati dei RT.

Materiali e metodi. Le popolazioni annuali, per singola fascia di età, sesso e provincia relative alla ricostruzione intercensuaria e ai dati precensuari 2002-2011 sono scaricate da Demostat. Gli effetti sono stati misurati in termini di scarto assoluto e percentuale per genere, provincia ed età così come il potenziale effetto sul tasso standardizzato di alcune patologie neoplastiche quali i linfomi di Hodgkin, i tumori del colon-retto, i tumori della prostata e della mammella femminile. Si faranno gli esempi di Taranto (TA) e Parma (PR).

Risultati. Il peso delle ricostruzioni intercensuarie è pressoché nullo per il 2002, per gli anni successivi i dati precensuari sovrastima la popolazione residente con un massimo nell'ultimo anno (2011): +2,4% tra i Maschi (M), +1,8% tra le femmine (F). Tale sovrastima mostra variazioni per area, PR mostra sovrastime (+4,4% M, +3% F) TA invece sottostime (-0,9% M, +0,8% F). Tali differenze sono enfatizzate stratificando per età: la popolazione 0-14 è sovrastimata a PR (+3,4% M, +3,4% F) e sottostimata a TA (-0,8% M, -0,3% F), la popolazione 75+ è sovrastimata a PR (+0,7% M, +1,1% F) e sottostimata a TA (-4,1% M, -0,8% F). I tassi std per 100.000 sono sottostimati a PR (-0,2 HL; -1 Colon-retto; Prostata; -2,6 Mammella) e sovrastimati a TA (rispettivamente +0,02; +1,5; +2,3; +1,9).

Conclusioni. Quest'analisi ha evidenziato le criticità del mancato utilizzo in particolare nell'analisi dei trend delle ricostruzioni intercensuarie che manifestano un impatto non trascurabile sia in termini assoluti sia per la distorsione per età, periodo e area geografica. È da approfondire se la distorsione sia a carico di sottopopolazioni selezionate.

ivrashid@gmail.com

58 ETERogeneità TERRITORIALE DELL'INCIDENZA DEL TUMORE TIROIDEO IN PUGLIA: UN'ANALISI PRELIMINARE

Anna Maria Nannavecchia, Antonino Ardizzone, Enrico Caputo, Francesco Cuccaro, Anna Melcarne, Antonia Mincuzzi, Sante Minerba, Fernando Palma, Fabrizio Quarta e il Gruppo di lavoro RTP

RTP - Istituto Tumori IRCCS Oncologico "Giovanni Paolo II"

Obiettivi. Negli ultimi anni nei Paesi occidentali e in Italia si è registrato un incremento dell'incidenza di tumore tiroideo nelle donne (APC>4%), mentre negli uomini, dopo una fase di incremento, si è raggiunto un plateau. Il tumore tiroideo, più frequente nel sesso femminile e nelle età giovanili, è caratterizzato da una buona sopravvivenza a 5 anni in entrambi i sessi, in dipendenza dall'istotipo. In Puglia, la disparità d'incidenza tra le province ha comportato la necessità di un approfondimento. In questa fase preliminare è stata studiata la distribuzione degli istotipi.

Materiali e metodi. La popolazione in studio è quella pugliese. I casi, definiti con il codice topografico C73, sono ricavati dai Registri Tumori provinciali, ciascuno partecipante con gli anni di incidenza completa. Attraverso i tassi standardizzati diretti, è stata descritta la distribuzione nel territorio. La selezione dei casi con base di diagnosi cito-istologica ha permesso di individuare i principali gruppi morfologici (papillare, follicolare, midollare, anaplastico), di calcolare i tassi per sesso e provincia e di approfondire le differenze di frequenza.

Risultati. La disuguaglianza territoriale viene confermata: le aree con incidenza maggiore sono quelle di Taranto (TSD 32,9 per 100000 ab., 2006-2010) e Brindisi (TSD 26,1 per 100000 ab., 2006-2008). Il gruppo morfologico più rappresentato è quello papillare. La proporzione di papillare, per le donne, varia dal 75% ed al 90% tra le province: Taranto presenta la più elevata.

Conclusioni. Questo studio vuole dare un'anticipazione della difformità territoriale. I tumori papillari, meno aggressivi, sono quelli più frequenti ed è la loro diversa distribuzione a condizionare maggiormente quella complessiva. L'obiettivo futuro sarà l'approfondimento della stadiazione del tumore tiroideo, aggiungendovi uno studio di sopravvivenza, al fine di verificare se, nelle aree a maggior incidenza di tumori piccoli e di stadio meno avanzato, la principale causa di aumento sia una maggiore pressione diagnostica.

annamarianannavecchia@gmail.com

60 PROPOSTA DI PROCEDURA DI REGISTRAZIONE DEL GRADING DELLE NEOPLASIE VESICALI

Margherita Tanzarella, Simona Carone, Claudia Galluzzo, Antonia Mincuzzi, Sante Minerba

Registro Tumori ASL Taranto

La registrazione del grading delle neoplasie vescicali è oggi un problema molto dibattuto nell'ambito degli operatori dei Registri Tumori. Gli equivoci per i codificatori scaturiscono dai nuovi termini "basso-grado e alto-grado" introdotti dalla nuova classificazione WHO del 2004 e non contemplati dagli attuali software di registrazione, da qui la necessità di stabilire linee guida comuni per migliorare la confrontabilità dei Registri. Le classificazioni non hanno date di scadenza per cui alcuni Servizi di Anatomia Patologica utilizzano la versione WHO del '73, altri utilizzano entrambe: la WHO 1973 e la WHO 2004 allo scopo di facilitare la transizione tra i due sistemi, altri ancora trovano più adeguata la nuova classificazione del 2004 a causa della natura dell'urotelio neoplastico privo di netti salti differenziali. Dall'analisi del problema, che è d'impostazione anatomo-patologica, emergono proposte risolutive per uniformare i dati: 1) adeguare i software alla nuova classificazione WHO 2004 inserendo le nuove voci "basso-grado e alto-grado" con transcodifica automatica. 2) Seguire come linea guida la tabella con possibili corrispondenze proposta da "Progetto-Oncologia CNR/MIUR", che ha affrontato questo problema, la quale riferisce a G1 la neoplasia uroteliale a basso potenziale maligno (PUN-LM), a G1-G2 il basso grado ed a G2-G3 l'alto grado. Inoltre si propone di aggiungere la preferenza del grading più alto quando è espresso il grado d'infiltrazione e quello più basso là dove non è espresso. Aperti ad accogliere altri suggerimenti, auspichiamo un dibattito-confronto in merito alla nostra proposta, convinti della necessità di dover uniformare le procedure di registrazione sul territorio nazionale in virtù della presenza dei nuovi registri che, aggiungendosi ogni anno, si avvicinano con notevoli difficoltà alle tecniche di registrazione senza dei riferimenti di semplice consultazione.

marbarda@libero.it

61 DIFFERENZE NELLA MORTALITÀ E NEI FLUSSI DI RICOVERI OSPEDALIERI (SDO) NELLE PROVINCE DI NAPOLI E AVELLINO

Anna Crispo¹, Egidio Celentano², Maria dello Iacono¹, Susan Costantini¹, Maria Grimaldi¹, Flavia Nocerino¹, Maurizio Montella¹

¹SSD Epidemiologia, Istituto Nazionale dei Tumori Fondazione "G. Pascale" Napoli; ²ARSAN, Regione Campania

Obiettivi. Alcuni studi evidenziano che a partire dagli anni 90 la mortalità per tumori della regione Campania risulta in controtendenza essendo di circa il 10% più alta del dato nazionale in particolare nella provincia di Napoli. Per sopperire alla mancata disponibilità di un sistema articolato di indicatori sulle condizioni dell'ambiente e della salute delle popolazioni, abbiamo realizzato uno studio per ricavare informazioni dalle banche dati correnti quali la mortalità ISTAT e le schede di dimissione ospedaliera.

Materiali e metodi. L'analisi di mortalità è stata eseguita per le province di Napoli e Avellino a livello comunale e il rapporto standardizzato di mortalità (SMR) è stato utilizzato per il confronto dei dati provinciali con quelli Italiani. Il periodo considerato è stato dal 2006 al 2011. Al fine di validare il livello di attendibilità dello strumento SDO nell'individuare i casi di neoplasia, è stato effettuato un confronto con il Registro Tumori di Napoli (ex ASL NA4). Le percentuali di sottostima dei casi identificati con le SDO rispetto a quelli definiti con il Registro sono comprese tra il 10,5 ed il 15,3% nei maschi e tra il 3,5 e il 9,5 nelle femmine.

Risultati. I risultati ottenuti evidenziano una minore mortalità in tutta la Provincia di Avellino rispetto all'Italia e rispetto al dato regionale e alla provincia di Napoli. I risultati inoltre mostrano che l'andamento del tasso standardizzato di ricovero nella provincia di Avellino risulta inferiore rispetto al tasso regionale (375 vs. 415 nei maschi e 281 vs. 301 nelle donne per tutti i tumori della provincia di Avellino vs. regione Campania, rispettivamente).

Conclusioni. L'insieme dei risultati emersi sia attraverso la valutazione della mortalità, che attraverso l'analisi dei flussi di ricovero, portano a considerare che differenze nell'esposizione a fattori di rischio dei cittadini nelle province di Napoli e Avellino possano aver contribuito alla differenza riscontrata nella mortalità e nei flussi di ricovero ospedaliero.

a.crispo@istitutotumori.na.it

63 VALORIZZAZIONE DEI DATI TERRITORIALI NEI PROCESSI DI ESTENSIONE DI REGISTRI TUMORI

Monica Fedele, Simona Andreone, Antonella Barale, Fiorella Germinetti, Adriano Giacomini
RT Piemonte, Province di Biella e Vercelli (CPO), ASL BI e VC

Obiettivi. Il Piano della Prevenzione 2010-2012 della Regione Piemonte ha previsto il Progetto di estensione del RT Piemonte, Provincia di Biella al territorio della Provincia di Vercelli, con il supporto delle ASL VC e BI. Completato il triennio 2007-2009, il Registro così allargato è stato accreditato dall'AIRTUM. La verifica di differenze di incidenza tra province adiacenti con analogo profilo socio-demografico e diverso contesto socio-sanitario, chiarisce l'utilità di reportistiche distinte delle due aree anche per una maggiore utilizzabilità di ITACAN.

Metodi. La registrazione, condotta con stesse procedure in maniera indipendente nei due poli di Biella e Vercelli, ha consentito di produrre dataset separati con variabili paziente e caso idonee per la BD. L'analisi e i check condotti separatamente per area hanno consentito di valorizzare le differenze tra Province. I contesti di popolazione sono esplorati dalla sorveglianza PASSI. Il territorio vercellese è stato inoltre suddiviso in aree omogenee di rischio e profilo assistenziale per verificare differenze interne.

Risultati. Sia come check che sui dati di incidenza l'unificazione dei dataset produce perdita di informazione. L'incidenza complessiva è maggiore a Vercelli in maniera non significativa nei 2 sessi. Nelle donne differenze significative di TSE si hanno per Tiroide (VC 24,4 BI 8,2) e MPD (VC 9,3 BI 2,8), vicine alla significatività per LNH (VC >) e rene (BI >). Negli uomini differenze significative si hanno per Orofaringe (BI 5,6 VC 2), Pancreas (BI 16,7 VC 6,6); al limite della significatività per VADS (BI >), Retto (VC >), Mesotelioma (VC >), Vescica (VC >), MPD (VC >).

Conclusioni. La suddivisione in aree geografiche identificate (provinciali), anche in caso di estensione dei registri, valorizza le peculiarità di area e soddisfa il bisogno informativo locale. Ciò a condizione di comuni procedure di gestione e standardizzazione di raccolta, codifica e registrazione per garantire completezza e qualità uniformi.

monica.fedele@aslvc.piemonte.it

62 I CASI PERSI DAI REGISTRI TUMORI RECUPERATI DALL'INCROCIO CON I FLUSSI DELLE ESENZIONI 048

Francesca Roncaglia¹, Francesca Ferrari¹, Annamaria Pezzarossi¹, Claudia Casella², Marine Castaing³, Claudia Cirilli⁴, Maria Michiara⁵, Pietro Seghini⁶, Lucia Mangone¹

¹Registro Tumori Reggiano Servizio Interaziendale di Epidemiologia, AUSL Reggio Emilia; ²Registro Tumori Regione Liguria; ³Registro Tumori Integrato Catania-Messina-Siracusa-Enna; ⁴Registro Tumori della Provincia di Modena; ⁵Registro Tumori della Provincia di Parma; ⁶Registro Tumori della Provincia di Piacenza

Obiettivi. Individuare la tipologia dei casi persi dai Registri Tumori (RT) tramite il linkage con le esenzioni ticket per neoplasia (048) e proporre strategie per migliorare la completezza della raccolta dati.

Metodi. I dati di 6 Registri Tumori italiani, 27632 casi incidenti in un anno tra il 2007 ed il 2011, sono stati linkati con i flussi delle esenzioni 048 (14586 casi) relativi allo stesso periodo. Da questo incrocio è emerso che 4875 pazienti con esenzione 048 non erano presenti negli archivi dei RT. Di questi, 2771 (56.8%) erano casi prevalenti, mentre i rimanenti 2104 sono stati indagati accuratamente da ogni singolo RT riguardando le cartelle cliniche e tutte le fonti informative disponibili.

Risultati. Dall'indagine effettuata si evince che 514 sono non tumori (24.4%), 277 tumori in situ (13.2%), 250 non residenti (11.9%), 183 tumori benigni (8.7%), 168 a comportamento incerto (8%), 82 casi sospetti (3.9%). Per 532 casi (25.3%), definiti non noto, non è stata rilevata alcuna evidenza di patologia neoplastica che giustifichi l'esenzione. Infine 98 casi (4.7%) definiti errori del RT sono stati rivisti dai rilevatori: 30 emolinfopoiectici, 15 prostatici, 14 cutanei, 8 tiroidei, 7 mammari 5 polmonari, 3 coloretali, 2 cervicali, 2 epatici, 2 ovarici, 2 renali e 8 di altre sedi.

Conclusioni. Analizzando i casi persi si possono individuare categorie diverse: tumori solidi che probabilmente sarebbero stati recuperati in tempi successivi tramite le abituali fonti informative; tumori cutanei, spesso trattati ambulatorialmente o privatamente; tumori ematologici diagnosticati tramite analisi di laboratorio, senza produzione di referti isto-citologici né ricoveri ospedalieri. Per migliorare la completezza soprattutto dei tumori ematologici forse sarebbe opportuno includere sistematicamente nuovi flussi (es. Farmaceutica Territoriale) o sviluppare un Software innovativo in grado di riconoscere specifici valori ematologici e markers diagnostici in grado di fornire una segnalazione della neoplasia.

roncaglia.francesca@gmail.com

64 UN SOFTWARE SEMPLICE PER LE STATISTICHE DEL REGISTRO TUMORI

Ivan Rashid¹, Vincenzo Coviello², Fabio Pannoza¹

¹Registro Tumori della provincia di Latina, AUSL Latina; ²Registro Tumori Puglia, Sezione ASL BT, U.O. Statistica ed Epidemiologia ASL Barletta

Obiettivi. Nonostante vi siano molti pacchetti per l'analisi statistica, pochi sono gratuiti e dedicati ai registri tumori (RT). Tra questi SEER*STAT è sicuramente il più rilevante per affidabilità e per l'inclusione di analisi descrittive fondamentali. Possibili criticità sono l'impegno richiesto per il caricamento e la configurazione e l'assenza di alcune elaborazioni utili ai RT. Ci si propone quindi di sviluppare un software, in italiano, di semplice utilizzo e che possa consentire di effettuare velocemente molte analisi statistiche utili ai RT.

Materiali e metodi. Il software è stato sviluppato seguendo l'architettura di CheckAIRTUM utilizzando la piattaforma di sviluppo MS Visual Studio 2010 adottando il MS. NET Framework. I dati AIRTUM sono scaricati dal sito ITACAN. Sono stati effettuati test sui dati dei RT di Latina e dell'ASL BT per gli anni più recenti a disposizione.

Risultati. Il software presenta una semplice interfaccia in grado di caricare in modo guidato i dati da diversi formati (testo, MS Access, Excel, csv) oltre che di produrre molte delle principali analisi utili ai registri: tabelle di frequenza, trend e tassi di incidenza-mortalità, stime di prevalenza, sopravvivenza relativa, SIR/SMR per area geografica, confronti tra aggregazioni di comuni, confronti con i dati AIRTUM, mappe vettoriali e preparazione dei dati per l'analisi dei cluster (SaTScan). Queste elaborazioni hanno consentito la rapida elaborazione di un report per il RT di Latina negli anni 2000-2010.

Conclusioni. Il software è gratuito e consente l'elaborazione delle statistiche necessarie per un report di un RT: può quindi essere utile per quei RT AIRTUM che volessero eseguire tali attività semplicemente e, più in generale, per arricchire e uniformare le elaborazioni prodotte dai RT. La presenza di elaborazioni quali mappe e rischi per microarea definita dall'utente potrebbe supportare una prima risposta ad eventuali richieste di indagine di possibili cluster tumorali.

ivrashid@gmail.com

65 LA RETE DI REGISTRAZIONE ONCOLOGICA DELLA REGIONE CAMPANIA

Mario Fusco¹, Anna Luisa Caiazza¹, Annarita Citarella¹, Angelo D'Argenzio¹, Giancarlo D'Urso¹, Maria Antonietta Ferrara¹, Andrea Simonetti¹, Francesco Vetrano¹, Renato Pizzuti²

¹Rete di Registrazione Oncologica Regione Campania; ²Osservatorio Epidemiologico Regione Campania

Obiettivi. La constatazione di uno dei più gravi disastri ambientali mai procurati sul territorio regionale, la percezione diffusa tra la popolazione di un aumentato rischio oncologico ad esso collegato, l'opportunità di dotare il sistema sanitario regionale di uno strumento di monitoraggio e analisi a supporto della programmazione sanitaria, anche non collegata al problema ambientale, hanno determinato l'attivazione della Rete di Registrazione Oncologica della Regione Campania a copertura dell'intero territorio regionale, includendo le aree già precedentemente coperte (38,8% della popolazione).

Metodologia. La rete è costituita da 7 Registri generali di popolazione, uno per ogni ASL, un Registro dei Tumori Infantili (RTI) a copertura regionale ed una Banca Dati regionale, cui afferiscono i dati dei Registri aziendali; la BD regionale è allocata presso l'OER, che oltre alla sua gestione provvede al coordinamento dell'intera rete. I Registri sono stati dotati di un gestionale unico, CRT00L, e sono vincolati all'adesione a linee operative regionali comuni oltre che al rispetto delle procedure e tecniche di registrazione internazionali (IARC, ENCR) e nazionali (AIRTUM).

Risultati. Tutti i Registri aziendali ed il RTI hanno: prodotto un preliminare studio di fattibilità; definito ed acquisito, secondo comuni standard regionali, la propria struttura operativa; partecipato al corso di formazione di base regionale per operatori svolto in collaborazione con AIRTUM; acquisito i flussi informativi di base, oncologici e non, con modalità informatizzata; per tutti è attualmente in corso la fase di registrazione, con stadi diversi di avanzamento.

Conclusioni. L'attivazione di una rete regionale di monitoraggio e analisi della patologia oncologica permetterà di avere a disposizione informazioni anche area specifiche a supporto sia della programmazione e gestione del sistema sanitario regionale in campo oncologico, che di studi epidemiologici relativi a possibili criticità ambientali.

mariofusco2@virgilio.it

67 IL MESOTELIOMA IN PROVINCIA DI TRENTO. IL REGISTRO TUMORI DI POPOLAZIONE, IL COR E L'INAIL DI TRENTO A CONFRONTO

Roberto Rizzello¹, Silvano Piffer¹, Maria Gentilini¹, Maddalena Cappelletti¹, Gert Schallemborg², Fiorella Rullo³

¹Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa, Registro Tumori di Trento; ²Unita Operativa Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, COR di Trento; ³INAIL di Trento

Obiettivi. Confronto tra Registro Tumori di Popolazione (RTP) e Registro Mesoteliomi (RM) del Centro Operativo Regionale (COR) di Trento per stimare l'incidenza del mesotelioma; valutazione domande e riconoscimento di malattia professionale INAIL rispetto ai casi incidenti COR.

Materiali e metodi. RTP e RM sono stati linkati per il periodo 1997-2006. Si è calcolato sensibilità (Se) e specificità (Sp) nella definizione di caso da parte del COR verso RTP e stimata, utilizzando il K di Cohen, la concordanza delle morfologie tra i due archivi. I casi di mesotelioma classificati con livello di diagnosi "Certo" o "Probabile" e probabilità d'esposizione lavorativa ad amianto "Certa", "Probabile" o "Possibile" COR sono stati confrontati con le domande di riconoscimento di mesotelioma come malattia professionale dell'archivio INAIL Trento fino al 2009. Come chiave sono stati usati: "Cognome", "Nome" e "data di nascita".

Risultati. RTP registra 72 casi, Cor 54. I casi validati riportati dalle due fonti sono 78; RTP ne riporta l'88,6% e COR il 69,2%; quelli individuati da entrambi è 48 (61,5%). La Se è stata 0,67 e Sp 0,83. La concordanza complessiva delle morfologie è modesta (K di Cohen = 0,22). I mesoteliomi COR individuati per il confronto con INAIL sono stati 28. In 11 casi (39,3%) risulta aperta una pratica per la domanda di malattia professionale e in 6 è stato concesso il riconoscimento di un indennizzo per malattia professionale (54,6%).

Conclusioni. Il COR ha buona Sp nell'individuare i casi incidenti di mesotelioma, Se andrebbe migliorata; la concordanza delle morfologie tra i due registri è bassa. È auspicabile un'integrazione RTP-COR che consenta l'inchiesta epidemiologica per l'accertamento d'esposizione professionale anche per i casi identificati da RTP e persi da COR. Il numero di domande di riconoscimento INAIL è inferiore a quanto atteso rispetto ai casi con accertamento di malattia professionale da esposizione ad asbesto positivo individuate da COR.

roberto.rizzello@apss.tn.it

66 REGISTRO TUMORI ANIMALE IN UMBRIA (RTA): I RISULTATI DEL PRIMO ANNO DI ATTIVITÀ (2014)

Eleonora Scoccia¹, Annalisa Dettori¹, Elisabetta Manuali¹, Raffaello Morgante¹, Telemaco Cenci¹, Luca Mechelli², Maria Donata Giaimo³, Carmen Maresca¹

¹Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche; ²Dipartimento di Medicina Veterinaria Università degli Studi di Perugia; ³Direzione regionale Salute e Coesione sociale-Regione Umbria

Obiettivi. La Regione Umbria ha attivato nel 2014 il Registro Tumori Animali (RTA) per la specie canina. Si tratta di un registro di popolazione che ha coinvolto: medici veterinari per la raccolta dei campioni, Dipartimento di Medicina Veterinaria Università degli Studi di Perugia e Istituto Zooprofilattico Sperimentale Umbria e Marche per la diagnosi tramite lettura in doppio cieco e l'elaborazione dei dati. L'obiettivo di questo lavoro è valutare i risultati del primo anno di attività del RTA.

Metodi. Sono state valutate le incidenze grezze (2014), di tutti i casi di tumori, per sede topografica, sesso, classi di età e gli intervalli di confidenza al 95% (IC). I tumori sono stati codificati secondo i codici ICD-O. La popolazione esposta è stata estratta dall'anagrafe canina regionale.

Risultati. Il tasso di incidenza di tutti i tumori maligni è stato 205,43/100.000 (IC 186,77-225,46); il tasso di incidenza per sesso è stato 245,72/100.000 femmine (IC 217,08-277,09) e 165,01/100.000 maschi (IC 141,66-191,11); per classi di età: 0-2 anni 13,88/100.000 (IC 5,89-30,67); classe 3-5: 66,47/100.000 (IC 46,03-9289); classe 6-8: 263,15/100.000 (IC 216,87-316,38); classe 9-11: 552,37/100.000 (IC 474,83-638,96); classe 12-14: 423/100.000 (IC 341,41-518,20); classe 15-20: 77,99/100.000 (IC 45,15-128,28). I tumori più frequenti sono stati riscontrati nella mammella (62,93/100.000; IC 52,79-74,43), cute cute (37,48/100.000; IC 29,76-46,58) e tessuto connettivo sottocutaneo ed altre parti molli (35,16/100.000; IC 27,71-44,01).

Conclusioni. Nonostante le difficoltà di realizzare un registro tumore di popolazione animale legate soprattutto all'indispensabile coinvolgimento dei liberi professionisti ed alla complessità di adeguare la metodologia umana a dati veterinari, i tassi di incidenza principalmente per età e per sede di tumore, corrispondendo a dati riportati in letteratura internazionale, sono dei validi indicatori della rappresentatività territoriale della popolazione canina coinvolta.

c.maresca@izsum.it

68 COOPERAZIONE TRA MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MMG), PEDIATRI DI LIBERA SCELTA (PLS) E REGISTRO TUMORI

Fernando Palma, Antonella Piscopiello, Maria Teresa Cascavilla

Struttura Complessa di Statistica ed Epidemiologia Asl Foggia, Registro Tumori Puglia sezione Asl Foggia

Obiettivi. Nonostante la presenza di poli ospedalieri come San Giovanni Rotondo e Foggia, strutture pubbliche (Cerignola, Manfredonia, San Severo-Lucera) e private, in media è extraregionale oltre il 10% dei ricoveri totali dei residenti in Provincia di Foggia. Per il RT, triennio 2006-2008, i casi extraregione da esaminare sono 2.472 (13,6%), con aumentata difficoltà a reperire dati. Una capillare rete collaborativa con MMG e PLS consente di ovviare alle difficoltà di recupero della documentazione clinica.

Materiali e metodi. La provincia di Foggia è caratterizzata da aspetti orografici e demografici particolari: dopo quella di Bolzano è la seconda più estesa d'Italia; è composta da 61 Comuni; gli abitanti sono 635.344, il 19,6% con età 65 anni, il 9,8% con età 75 anni, età media ~42 anni; 38 Comuni hanno meno di 5.000 abitanti. I MMG sono oltre 500, i PLS circa 100; la maggior parte dei MMG e dei PLS opera in forme associative (gruppo o rete, semplice o super). In ogni Comune, per ogni forma associativa esistente è stato individuato un referente per il RT. I referenti sono stati cooptati nel Comitato Scientifico del RT Foggia. Ogni anno i Medici frequentanti il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale partecipano a sessioni seminariali sull'attività dei Registri Tumori e sulla cooperazione tra RT, MMG e PLS.

Risultati. Tale organizzazione consente una preziosa interazione tra RT, MMG e PLS, e nell'immediato futuro garantirà nella maggior parte dei casi un ancora più rapido recupero della completa documentazione. Inoltre il coinvolgimento di MMG e PLS facilita un prezioso feedback informativo con il RT, anche ai fini di analisi utili per una corretta programmazione sanitaria.

Conclusioni. Pur essendo considerato il rapporto con MMG e PLS di particolare utilità nei controlli di "secondo livello" per i casi che non ricevono sufficiente documentazione da fonti primarie, questa esperienza di coinvolgimento e cooperazione si sta dimostrando particolarmente efficace.

fernando.palma@tiscali.it

Abstract nn. 1 e 2

Impatto colon-retto working group

Manuel Zorzi¹, Susanna Baracco¹, Lucia Mangone², Romano Sassatelli³, Mario Budroni⁴, Marine Castaing⁵, Claudia Cirilli⁶, Rosanna Cusimano⁷, Mario Fusco⁸, Adriano Giacomini⁹, Paolo Giorgi Rossi¹⁰, Massimo Vicentini¹⁰, Carlo Naldoni¹¹, Fabio Pannozi¹², Silvano Piffer¹³, Antonella Puppo¹⁴, Francesco Tisano¹⁵, Adele Caldarella¹⁶, Marco Zappa¹⁶, Emanuela Anghinoni¹⁷, Elisabetta Borciani¹⁸, Fabio Falcini¹⁹, Anna Clara Fanetti²⁰, Stefano Ferretti²¹, Maria Michiara²², Chiara Petrucci²³, Giorgia Randi²⁴, Fabrizio Stracci²⁵, Antonella Zucchetto²⁶

¹Veneto Cancer Registry, Padova, Italy; ²Reggio Emilia Cancer Registry, Reggio Emilia, Italy; ³Unit of Gastroenterology and Digestive Endoscopy, Arcispedale Santa Maria Nuova —IRCCS, Reggio Emilia, Italy; ⁴Sassari Cancer Registry, Sassari, Italy; ⁵Catania-Messina Integrated Cancer Registry, Catania, Italy; ⁶Modena Cancer Registry, Modena, Italy; ⁷Registro Tumori di Palermo e Provincia — Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo — UOC di Epidemiologia Clinica con Registro Tumori; Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo — UOC di Sanità Pubblica Epidemiologia e Medicina Preventiva, Palermo, Italy; ⁸Registro Tumori di Popolazione Regione Campania, Napoli, Italy; ⁹Piedmont Cancer Registry, province of Biella, Italy; ¹⁰Servizio interaziendale di epidemiologia, AUSL e IRCCS Arcispedale Santa Maria Nuova, Reggio Emilia, Italy; ¹¹Assessorato alle politiche per la salute, Regione Emilia-Romagna, Bologna, Italy; ¹²Latina Cancer Registry, Latina, Italy; ¹³Trento Cancer Registry, Trento, Italy; ¹⁴Registro Tumori Regione Liguria - UO Epidemiologia Clinica, IRCCS AOU San Martino-IST, Genova, Italy; ¹⁵Siracusa Cancer Registry, Siracusa, Italy; ¹⁶Cancer Prevention and Research Institute- ISPO, Firenze, Italy; ¹⁷Servizio Medicina Preventiva nelle Comunità — Local Health Unit of Mantova, Italy; ¹⁸UO Epidemiologia e comunicaz. del rischio AUSL Piacenza, Italy; ¹⁹Romagna Cancer Registry, Cancer Institute of Romagna IRCCS, Meldola, Italy; ²⁰Osservatorio Epidemiologico - Registro Tumori della Provincia di Sondrio, Sondrio, Italy; ²¹Ferrara Cancer Registry, Ferrara, Italy; ²²Parma Cancer Registry, Parma, Italy; ²³Bologna Cancer Registry, Bologna, Italy; ²⁴Milano Cancer Registry, Milano, Italy; ²⁵Registro Tumori Umbro di Popolazione / Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Università di Perugia, Italy; ²⁶National Cancer Institute — CRO, Aviano, Italy

Abstract n. 3

ESRPC Working Group

Anssi Auvinen¹, Teuvo Tammela², Arnaud Villers³, Xavier Rebillard⁴, V. Nelen⁵, L. Denis⁶, H. Bangma⁷, F.H. Schröder⁸, M. Zappa⁹, J. Hugosson¹⁰, S. Carlsson¹¹, A. Berenguer Sanchez¹², M. Luján¹³, M. Kwiatkowski¹⁴, F. Recker¹⁵

¹Tampere School of Public Health, University of Tampere, Finland; ²Division of Urology, University of Tampere, Finland; ³Service d'Urologie, Hopital Huriez, Centre hospitalier regional universitaire Lille, France; ⁴Service d'urologie, Clinique Beau Soleil, France; ⁵Provinciaal Instituut voor Hygiene, Belgium; ⁶Oncology Centre Antwerp, Belgium; ⁷Erasmus Medical Centre, Dept. of Urology, The Netherlands; ⁸Dept. of Urology, Erasmus University and Academic, The Netherlands; ⁹Unit of Epidemiology C.S.P.O, Italy; ¹⁰Dept. of Urology, University of Gothenburg, Sweden; ¹¹Dept. of Urology, University of Gothenburg, Sweden; ¹²Hospital Universitario de Getafe, Spain; ¹³Dept. of Urology, Hospital Universitario de Getafe, Spain; ¹⁴Urologische Klinik, Switzerland; ¹⁵Urologische Klinik, Switzerland

Abstract n. 6

Colectal cancer screening group

Stefania Caroli^{1,2}, Francesca Ferrari^{1,2}, Annamaria Pezzarossi^{1,2}, Francesca Roncaglia^{1,2}, Cinzia Campar^{2,3}, Romano Sassatelli⁴, Roberto Sacchero⁵, Luisa Paterlini³

¹Servizio interaziendale di epidemiologia, AUSL Reggio Emilia; ²Arcispedale Santa Maria Nuova, IRCCS, Reggio Emilia; ³Staff Programmazione e controllo, AUSL Reggio Emilia, Reggio Emilia; ⁴Unità di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Arcispedale Santa Maria Nuova, IRCCS, Reggio Emilia; ⁵Unità di Endoscopia digestiva, AUSL Reggio Emilia

Abstract n. 09

Gruppo di Studio Italiano Immunodeficienza e Tumori

G Grandaliano¹, M Rendina¹, A Lauro², MP Scolari³, S Sandrini³, GB Piredda⁴, F Zamboni⁴, M Veroux⁵, A Famulari⁶, G Busnach⁷, PG Messa⁷, P Burra⁸, P Rigotti⁸, F Caputo⁹, GB Vizzini⁹, GM Ettore¹⁰, G Tisone¹⁰, M Rossi¹⁰, MC Maresca¹¹, G Segoloni¹², U Baccarani¹³, D Donati¹⁴, C Cimaglia¹⁵, D Verdrosi¹⁵

¹Bari; ²Bologna; ³Brescia; ⁴Cagliari; ⁵Catania; ⁶L'Aquila; ⁷Milano; ⁸Padova; ⁹Palermo; ¹⁰Roma; ¹¹Trivigno; ¹²Torino; ¹³Udine; ¹⁴Varese; ¹⁵INMI, Roma

Abstract n. 10

Gruppo di lavoro EPICOST

Adele Caldarella¹, Mario Fusco², Walter Mazzucco³, Fabrizio Stracci⁴

¹Registro Tumori Firenze-Prato; ²Registro Tumori Napoli; ³Registro Tumori Palermo; ⁴Registro Tumori Umbria

Abstract n. 14

Gruppo di lavoro

Maria Michiara¹, Daniela Boggiani¹, Angelica Sikokis¹, Anita Rimanti¹, Benedetta Pellegrino¹, Eugenia Martella², Francesco Bozzani¹, Paolo Sgargi¹, Michele Panebianco³, Giancarlo Bisagni³, Fabio Falcini⁴, Carmine Pinto¹

¹Unità Operativa di Oncologia Medica e Registro Tumori della Provincia di Parma, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma; ²Sezione di Anatomia Patologica, Dipartimento di Medicina di Laboratorio, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma; ³Unità Operativa di Oncologia Medica, Azienda Ospedaliera Arcispedale S. Maria Nuova, IRCCS, Reggio Emilia; ⁴Registro Tumori della Romagna, Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori, IRCCS, Meldola

Abstract n. 15

Gruppo di lavoro AIRTUM EUROMED

Roberta De Angelis¹, Daniela Pierannunzi¹, Stefano Ferretti², Emanuele Crocetti³

¹Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (CNEPS), Istituto superiore di sanità (ISS), Roma; ²Registro tumori Area Vasta Emilia Centrale, Azienda USL Ferrara; ³Registro tumori toscano, Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (ISPO), Firenze

Abstract n. 16

Gruppo di lavoro

Rosalba Amodio, Maria Angela Brucculeri, Maria Antonietta Cascio, Rosalba Staiti

¹Registro Tumori di Palermo e Provincia UOC - Epidemiologia Clinica con Registro Tumori AOU Policlinico "P. Giaccone" di Palermo

Abstract n. 18

Open Registry Working Group

Giovanna Tagliabue¹, Paolo Contiero¹, Andrea Tittarelli¹, Anna Maghini¹, Sabrina Fabiano¹, Tiziana Codazzi¹, Alessandro Borgini¹, Giulio Barigelletti¹, Gemma Gola², Mariangela Corti², Franco Paolo Tortorella³, Antonella Bracchi³, Anna Clara Fanetti⁴, Elena Moroni⁴, Ivan Cometti⁴, Sergio Maspero⁴, Michele Magoni⁵, Cinzia Gasparotti⁵, Giovanni Marazza⁶, Lucia Panceri⁶, Annamaria Belloni⁶, Annalisa Lanino⁶, Sonia Brè⁶, Ilaria Marzani⁶, Anna Merli⁶, Loredana Sgariboldi⁶, Maria Teresa Vighi⁶, Lorenza Boschetti⁷, Bruno Carugno⁷, Mariacristina Ambroggi⁷, Nadia Incardona⁷, Elena Reggiani⁷, Simona Migliazza⁷

¹Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano. Registro Tumori Lombardia, provincia di Varese; ²Azienda Sanitaria Locale Provincia di Como, Registro Tumori di Como; ³Azienda Sanitaria Locale Provincia di Lecco, Registro Tumori di Lecco; ⁴Azienda Sanitaria Locale Provincia di Sondrio, Registro Tumori di Sondrio; ⁵Azienda Sanitaria Locale Provincia di Brescia, Registro Tumori di Brescia; ⁶Azienda Sanitaria Locale Provincia di Lodi, Registro Tumori del Sud della Lombardia; ⁷Azienda Sanitaria Locale Provincia di Pavia, Registro Tumori del Sud della Lombardia

Abstract n. 21

Gruppo Registro Tumori ASP Ragusa

Graziella Frasca, Maria Concetta Giurdanella, Gabriele Morana, Concetta Patrizia Rollo, Maria Grazia Ruggeri, Stefania Vacirca

Registro Tumori ASP Ragusa per le provincie di Ragusa e Caltanissetta, Dipartimento Prevenzione Medica, Azienda Sanitaria Provinciale Ragusa

Abstract n. 23
Gruppo di lavoro dello studio sui tumori della testa e del collo

Silvia Birri¹, Emilia De Santis¹, Diego Serraino¹, Claudia Cirilli², Anita Rimanti³, Angelica Sikokis³, Paolo Sgargi³, Francesco Bozzani³, Maria Michiara³, Francesca Roncaglia⁴, Massimo Vicentini⁴, Lucia Mangone⁴, Stefania Giorgetti⁵, Fabio Falcini⁵, Francesca Bella⁶, Salvatore Sciacca⁶, Rosalba Amodio⁷, Rosanna Cusimano⁷, Patrizia Concetta Rollo⁸, Eugenia Spata⁸, Rosario Tumino⁸, Antonio Ziino⁹, Anselmo Madeddu⁹, Tiziana Scuderi¹⁰, Giuseppa Candela¹⁰, Martina Manni¹¹

¹Registro tumori del Friuli Venezia Giulia; ²Registro tumori della provincia di Modena; ³Registro tumori della provincia di Parma; ⁴Registro tumori Reggiano; ⁵Registro tumori della Romagna; ⁶Registro tumori Integrato (RTI) di CT-ME-SR-EN; ⁷Registro tumori di Palermo; ⁸Registro tumori ASP Ragusa per le province di Ragusa e Caltanissetta; ⁹Registro tumori della provincia di Siracusa; ¹⁰Registro tumori di Trapani; ¹¹Dottorato di Medicina clinica e sperimentale, Università di MO e RE

Abstract n. 28
Gruppo di lavoro "Analisi della gestione dei tempi e dei carichi di lavoro nei registri tumori di popolazione"

Mariangela Autelitano¹, Giulio Barigelletti², Luigina Bonelli³, Vincenzo Coviello⁴, Tomas Dal Cappello⁵, Angelo D'Argenzio⁶, Stefano Ferretti⁷, Mario Fusco⁸, Anna Giorno⁹, Gemma Gola¹⁰, Gian Carmine La Greca¹¹, Salvatore Sciacca¹², Diego Serraino¹³, Giovanna Tagliabue², Franco Tortorella¹⁴, Rosario Tumino¹⁵, Mario Usala¹⁶

¹Registro Tumori ASL Milano, Milano; ²Istituto Nazionale Tumori, Milano; ³Registro Tumori di Genova, Ospedale S.Martino, Genova; ⁴Registro Tumori BT, ASL BT, Barletta (BT); ⁵Registro Tumori Alto Adige, Bolzano; ⁶Registro Tumori ASL Caserta; ⁷Registro Tumori Area Vasta Emilia Centro, Ferrara; ⁸Registro Tumori ASL Napoli 3 Sud, Brusciano (NA); ⁹Registro Tumori di Cosenza, ASP Cosenza; ¹⁰Registro Tumori della provincia di Como, ASL Como; ¹¹Registro Tumori di Crotone, ASP Crotone; ¹²Registro Tumori Integrato, CT-ME-SR-EN, Catania; ¹³Registro Tumori Friuli Venezia Giulia, CRO Aviano (PN); ¹⁴Registro Tumori ASL Lecco; ¹⁵Registro Tumori di Ragusa, ASP Ragusa; ¹⁶Registro Tumori ASL Nuoro

Abstract n. 41
Gruppo di lavoro dello studio sui sarcomi delle parti molli

Silvia Birri¹, Ornella Forgiarini¹, Diego Serraino¹, Anita Rimanti², Maria Michiara², Angelica Sikokis², Paolo Sgargi², Francesco Bozzani², Francesca Roncaglia³, Massimo Vicentini³, Lucia Mangone³, Stefania Giorgetti⁴, Fabio Falcini⁴, Francesca Bella⁵, Salvatore Sciacca⁵, Rosalba Amodio⁶, Rosanna Cusimano⁶, Patrizia Concetta Rollo⁷, Eugenia Spata⁷, Rosario Tumino⁷, Antonio Ziino⁸, Anselmo Madeddu⁸, Tiziana Scuderi⁹, Giuseppa Candela⁹

¹Registro tumori del Friuli Venezia Giulia; ²Registro tumori della provincia di Parma; ³Registro tumori Reggiano; ⁴Registro tumori della Romagna; ⁵Registro tumori Integrato (RTI) di CT-ME-SR-EN; ⁶Registro tumori di Palermo; ⁷Registro Tumori ASP Ragusa per le province di Ragusa e Caltanissetta; ⁸Registro tumori della provincia di Siracusa; ⁹Registro tumori di Trapani

Abstract n. 47
Gruppo di lavoro

Rita Mannino, Barbara Ravazzolo, Sergio Mazzola, Walter Mazzucco, Adele Traina

Registro Tumori di Palermo e Provincia UOC - Epidemiologia Clinica con Registro Tumori AOUN Policlinico "P. Giaccone" di Palermo

Abstract n. 55
CNMR GROUP

Alessandro Testori¹, Vincenzo De Giorgi², Giuseppe Giudice³, Rosachiara Forcignanò⁴, Giovanni Borroni⁵, Guido Zanetti⁶, Maria Concetta Fagnoli⁷, Gianmichele Moise⁸, Giusto Trevisan⁹, Caterina Ferrelli¹⁰, Francesca Bruder¹¹, Marcella Occeili¹², Sergio Chimenti¹³, Tommaso Fabrizio¹⁴, Maria Teresa Fierro¹⁵, Ignazio Stanganelli¹⁶, Giovanna Moretti¹⁷, Luigi Mascheroni¹⁸, Saverio Ciniere¹⁹, Salvatore Asero²⁰, Michele Guida²¹, Caterina Catricalà²², Stefania Staibano²³, Gaetana Rinaldi²⁴, Monica Giordano²⁵, Riccardo Pellicano²⁶, Laura Milesi²⁷, Marilena Visini²⁸, Franco di Filippo²⁹, Leonardo Zichichi³⁰, Maria Antonietta Pizzichetta³¹, Carmelo Iacono³², Massimo Guidoboni³³, Giovanni Sanna³⁴, Michele Maio³⁵, Michele Del Vecchio³⁶, Rosanna Barbatì³⁷, Lucia Lospalluti³⁸

¹IEO, Divisione Melanomi e Sarcomi Muscolo Cutanei, Milano; ²Università di Firenze, Ospedale IOT- Palagi, Dermatologia 2, Firenze; ³Policlinico di Bari U.O.C. di Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed Estetica, Bari; ⁴Azienda Ospedaliera Vito Fazzi U.O. di Oncologia, Lecce; ⁵Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico San Matteo Clinica Dermatologica, Pavia; ⁶Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico S.Orsola-Malpighi, Chirurgia Plastica, Bologna; ⁷Presidio Ospedaliero San Salvatore, U.O.S. di Dermatologia Generale ed Oncologica, L'Aquila; ⁸Azienda per i Servizi Sanitari n.2 Isontina Ospedale di Gorizia, Dipartimento di Medicina, S.O.S. di Dermatologia, Gorizia; ⁹Ospedale Maggiore, Azienda Ospedaliera Universitaria di Trieste, Clinica Dermatologica, Trieste; ¹⁰Università degli Studi di Cagliari, Azienda Ospedaliera Universitaria, Clinica Dermatologica, Cagliari; ¹¹Ospedale Oncologico, Dipartimento Melanoma e Tumori Rari, Cagliari; ¹²A.O.S. Croce e Carle S.C. Oncologia Medica, Dipartimento di Medicina 2, Confereria; ¹³Azienda Ospedaliera Universitaria, Policlinico Tor Vergata, U.O.C. Dermatologia, Roma; ¹⁴I.R.C.C.S. Centro di riferimento oncologico della Basilicata (CROB), Reparto di chirurgia plastica, Rionero in Vulture; ¹⁵A.O.U. Città della Salute e della Scienza, P.O. San Lazzaro, S.C. Dermatologia U, Torino; ¹⁶Ospedale S.Maria delle Croci, USL di Ravenna, Centro di Dermatologia Oncologica CPO/IRST, Ravenna; ¹⁷Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Papardo-Piemonte, S.C. Dermatologia, Messina; ¹⁸Fondazione Opera San Camillo - Casa di Cura S. Pio X, Chirurgia generale, Milano; ¹⁹Presidio Ospedaliero Antonio Perrino, U.O.C. di Oncologia e Breast Unit, Brindisi; ²⁰Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione Garibaldi-Nesima, U.O. di Chirurgia Oncologica, Dip. Oncologia, Catania; ²¹Istituto Tumori U.O. Oncologia Medica e Sperimentale, Bari; ²²Istituto Dermatologico San Gallicano IRCCS-IFO, UOC di Dermatologia Oncologica, Dipartimento Clinico-Sperimentale di Dermatologia Oncologica, Roma; ²³Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II di Napoli, Scienze Biomorfologiche e funzionali, sezione di anatomia patologica, Napoli; ²⁴Azienda Ospedaliera Universitaria, Policlinico "Paolo Giaccone", Dipartimento di Oncologia - U.O.C. Oncologia Medica, Palermo; ²⁵Azienda Ospedaliera Sant'Anna, Presidio Sant'Anna di Como, Oncologia San Fermo della battaglia, Como; ²⁶IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, U.O.C. Dermatologia, San Giovanni Rotondo; ²⁷Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII, USC Oncologia Medica, Bergamo; ²⁸A.O. di Lecco, Presidio Ospedaliero Alessandro Manzoni, Oncologia Medica, Lecco; ²⁹Istituto Nazionale Tumori Regina Elena IRCCS - IFO, Chirurgia Generale A, Roma; ³⁰Azienda Sanitaria Provinciale, Presidio Ospedaliero di Trapani U.O.C. Dermatologia Casa Santa, Erice; ³¹Centro di Riferimento Oncologico, Istituto Nazionale Tumori, Divisione di Oncologia Medica C, Aviano; ³²Azienda Ospedaliera Sanitaria 7 Ragusa, Ospedale Maria Paternò Arezzo, Dipartimento di Oncologia, Ragusa; ³³I.R.S.T. Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori, U.O. Immunoterapia e terapia cellulare somatica, Meldola; ³⁴Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari, Servizio di Medicina Nucleare, U.O. di Oncologia Medica, Sassari; ³⁵Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Ospedale Le Scotte, U.O.C. Immunoterapia Oncologica, Siena; ³⁶Fondazione I.R.C.C.S. Istituto Nazionale dei Tumori s.c. Medicina Oncologica 1, Milano; ³⁷ASL Roma C, Ospedale S.Eugenio, U.O. Dermatologia, Roma; ³⁸Azienda Sanitaria Locale BA, Ospedale di Venere, U.O. Dermatologia, Carbonara di Bari

Abstract n. 58
Gruppo di lavoro RTP

Lucia Bisceglia^{1,2}, Danila Bruno¹, Antonio Chieti¹, Vanna Burgio Lomonaco¹, Cinzia Tanzarella¹, Domenico Carbonara³, Giacomo Gravina³, Deborah Fracchiolla³, Carmen Perrone³, Grazia Cannone⁴, Vincenzo Coviello⁴, Maria Elena Vitali⁴, Lucia Elena De Lorenzi⁵, Lucia Giordano⁵, Fernanda Lucia Lotti⁵, Maria Carmela Pagliara⁵, Carla Cataneo⁶, Filomena Rosalia De Santis⁶, Marina Laura Liguori⁶, Maria Marinelli⁶, Simona Nuzzo⁶, Costanza Arciprete⁷, Maria Grazia Golizia⁷, Simona Carone⁸, Claudia Galluzzo⁸, Margherita Tanzarella⁸

¹Centro di coordinamento RT Puglia; ²ARES Puglia; ³RT Puglia Sezione ASL Bari; ⁴RT Puglia Sezione ASL BT; ⁵RT Puglia Sezione ASL Brindisi; ⁶RT Puglia Sezione ASL Foggia; ⁷RT Puglia Sezione ASL Lecce; ⁸RT Puglia Sezione ASL Taranto