

**ASL 8 Siracusa
Registro Territoriale
di Patologia**



**Università di Catania
Registro Tumori
Integrato**

XIII RIUNIONE SCIENTIFICA ANNUALE



**Associazione Italiana
Registri Tumori**

**Siracusa
6-8 maggio 2009
Open Land**



RINGRAZIAMENTI

Il volume degli "Abstracts" è stato pubblicato a cura della Provincia Regionale di Siracusa, che si ringrazia.

Per il patrocinio ed il contributo dato all'intera realizzazione del Convegno gli organizzatori ringraziano:

Il Ministro dell'Ambiente On. Stefania Prestigiacomo
Il Presidente della Regione Siciliana On. Raffaele Lombardo
Il Presidente dell'Assemblea Regionale Siciliana On. Massimo Cascio
Il Vicepresidente della Regione Siciliana ed Assessore al Turismo On. Giambattista Bufardecì
L'Assessore Regionale per la Sanità Dr. Massimo Russo
L'Assessore Regionale all'Industria On. Giuseppe Gianni
L'Assessore Regionale all'Ambiente (e Sindaco di Melilli) Dr. Giuseppe Sorbello
Il Rettore dell'Università degli Studi di Catania Prof. Antonino Recca
Il Presidente della Provincia Regionale di Siracusa On. Nicola Bono
Il Presidente dell'Ordine dei Medici di Siracusa Dr. Biagio Scandurra
Il Sindaco di Siracusa Ing. Roberto Visentin
Il Sindaco del Comune di Augusta Avv. Massimo Carrubba
Il Sindaco del Comune di Priolo Dr. Antonello Rizza
Il Commissario Straordinario dell'ASL 8 di Siracusa, Dr. Franco Maniscalco
Il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Umberto I di Siracusa, Dr. Alfredo Gurrieri

Gli organizzatori inoltre intendono ringraziare per il contributo fornito alla realizzazione dell'evento le aziende farmaceutiche Astra Zeneca, Takeda, Novartis, Glaxo SmithKline, l'azienda informatica Tnet, il CIPA di Siracusa ed il Comune di Sortino

Un doveroso ringraziamento per la collaborazione fornita, infine, va rivolto all'Assessore Provinciale all'Ambiente Dr. Enzo Reale, all'Assessore Provinciale alla Sanità Ing. Roberto Meloni, al Dirigente dell'Amministrazione Provinciale Dr.ssa Clelia Corsico, all'Assessore alla Sanità del Comune di Melilli Dr. Ercole Gallo, alla Dr.ssa Giulia Randazzo (Assessorato Regionale Turismo).

PRESENTAZIONE DEL MINISTRO DELL'AMBIENTE E DELLA TUTELA DEL TERRITORIO E DEL MARE

La salute, secondo la ben nota definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste soltanto nell'assenza di malattia od infermità. Questo universale principio, recepito proprio nel preambolo della Carta Costituzionale dell'OMS, impone una seria riflessione circa la corretta coniugazione tra le scelte della politica sanitaria e quelle dei modelli di sviluppo socio-economico. In un momento di crisi globale, come quello che stiamo attraversando, infatti, lo sviluppo ecosostenibile deve diventare un fattore-chiave per uscire dal tunnel.

In tal senso, l'organizzazione di un congresso scientifico nazionale, che nell'ambito delle sue sessioni faccia il punto con estremo rigore metodologico sul delicato rapporto tra ambiente e salute, non può che essere accolta con favore da questo Ministero, che occupandosi di "Ambiente" non può non guardare con grande interesse a quell'altro imprescindibile aspetto ad esso collegato, quale è appunto la "Salute", intesa nella più ampia accezione di benessere complessivo, non solo sanitario, ma anche sociale e, dunque, socio-economico.

Che poi questo rappresenti il congresso della massima società scientifica nazionale del settore, vale a dire l'AITum, l'Associazione Italiana dei Registri Tumori, trattasi di particolare di non poco rilievo, visto che la circostanza costituisce garanzia di massimo rigore scientifico in un ambito, invece, troppo spesso esposto, per via del grande interesse suscitato, ad aggressioni mediatiche svincolate di sovente da un adeguato supporto scientifico.

Il ruolo di un Registro Tumori, e dunque dell'AITum, infatti, deve essere quello di segnalare alle Istituzioni la presenza di eventuali criticità laddove emergano, per porvi rimedio, ma con altrettanta fermezza e rigore scientifico deve essere anche quello di smascherare "imposture", quando tali si dimostrano certi gratuiti allarmismi. Ho molto apprezzato, in tal senso, nel volume degli "Atti Congressuali" il contributo del Registro di Mantova, dal felice titolo di "A malo bonum...", caso esemplare di gestione di un falso allarme di leucemie nel territorio lombardo.

Se aggiungiamo, infine, che questo congresso viene ospitato a Siracusa, all'indomani di quel G8 Ambiente che questo Ministero ha voluto ed ha organizzato proprio nella città aretusea, incentrandolo sui temi dei cambiamenti climatici e della tutela delle biodiversità, a conferma che ambiente e sviluppo possono e devono coesistere, l'evento scientifico dell'AITum sembra simbolicamente completare il percorso logico e culturale lanciato dal G8, agganciando il dato ambientale a quello degli outcome di salute.

Occorre dare atto, dunque, al segretario nazionale dell'AITum, il fiorentino Eugenio Paci ed al presidente del convegno, il siracusano Anselmo Madeddu, di essere riusciti insieme ad organizzare un evento di grande spessore scientifico e di notevole valenza culturale, portando a Siracusa i massimi esperti nazionali del settore.

Del resto sono anni ormai che Anselmo Madeddu, col professore Sciacca e con tutta l'equipe del RTP, il Registro Territoriale delle Patologie di Siracusa, è profondamente impegnato in questo faticoso lavoro scientifico che ha avuto essenzialmente due importanti meriti. Innanzitutto quello di aver contribuito fortemente alla crescita della cultura epidemiologica in Sicilia e dunque allo sviluppo di una nuova e più moderna sensibilità sulle tematiche del corretto utilizzo dei dati ai fini della programmazione sanitaria ed in genere delle corrette risposte che la politica sanitaria deve dare sul territorio. Ma anche quello, non meno importante, di aver posto fine a quelle incertezze e a quella pericolosa ridda di numeri che improvvisati sedicenti ricercatori hanno troppo spesso dispensato senza il minimo conforto scientifico e metodologico.

Ed in tal senso il recente riconoscimento internazionale che l'International Agency of Research on Cancer dell'OMS ha tributato al Registro di Siracusa, accreditandone i dati sul Cancer Incidence in Five Continents è assoluta garanzia di serietà e di affidabilità.

Non è da tacere, infine, l'importanza da parte del RTP di aver prodotto, insieme al Dipartimento di Igiene dell'Università di Catania, e proprio in concomitanza con la XIII Riunione Scientifica Nazionale dell'AITum, anche un nuovo aggiornamento dei dati, con la pubblicazione del volume "I Tumori in Provincia di Siracusa dal 2002 al 2005". Lavoro di grande serietà scientifica, ricco di utilissime informazioni per tutte le Istituzioni preposte alla redazione dei prossimi piani di bonifica e di programmazione sanitaria del Territorio. Siamo certi che di questo evento e di questi lavori se ne farà davvero un buon uso, nel segno di una necessaria e fondamentale cooperazione tra Scienza e Politica.

On. Stefania Prestigiacomo

IL SALUTO DELL'ASSESSORE REGIONALE PER LA SANITÀ

È motivo di particolare soddisfazione per questo Assessorato presentare gli "Atti" del XIII Congresso Nazionale della Società Scientifica dei Registri Tumori, l'AIReTum, unitamente al nuovo aggiornamento dell'atlante sanitario redatto dal RTP, il Registro Territoriale delle Patologie dell'ASL 8. Due eventi che hanno uno stesso comune denominatore, la provincia di Siracusa ed il suo Registro, che ospitano l'evento. Il recente accreditamento internazionale che la IARC di Lione, l'International Agency of Research on Cancer dell'OMS, ha riconosciuto al Registro di Siracusa, è un segnale tangibile che anche la Sicilia, in questo settore particolare, vanta le sue eccellenze e può disporre di ottime risorse professionali e di notevoli potenzialità.

Eccellenze che vedono il Registro di Siracusa non solo affiancare quello storico di Ragusa, l'altro registro siciliano accreditato dalla IARC, ma anche fare da ben augurante premessa all'auspicato accreditamento dell'intero Registro Tumori Integrato delle altre due Province orientali di Catania e Messina, a cui il registro siracusano appartiene. Con l'augurio di ulteriori accreditamenti in altre province della Sicilia. La recente pubblicazione della pregevole monografia intorno al "Tumore della mammella in Sicilia" sui quaderni di "Epidemiologia e Prevenzione", del resto, è un ulteriore evidente segnale della vivacità scientifica e culturale che da qualche tempo caratterizza l'attività della rete dei Registri Tumori siciliani.

Che questo Assessorato punti moltissimo sullo sviluppo delle potenzialità epidemiologiche del territorio, per altro, è nei fatti. Non è un caso che nella legge di riforma del Servizio Sanitario Regionale, recentemente approvata dal Parlamento Siciliano, si sia voluto dedicare l'intero art. 27 alla "Organizzazione della rete territoriale dei Registri Tumori", non solo riconfermando, sotto il coordinamento dell'OER, le sei aree provinciali già riconosciute dalle legge regionale n. 2 del 2007, ma anche estendendo il programma di copertura alle tre province di Agrigento, Enna e Caltanissetta, attualmente fuori dall'area di registrazione.

In una stagione che, in virtù della riforma appena varata, si appresta a segnare un profondo cambiamento per il Servizio Sanitario Regionale, ed in un contesto caratterizzato dalla inderogabile necessità di saper spendere bene ed in maniera appropriata le risorse economiche in Sanità, il ruolo dell'epidemiologia va sempre più affermandosi nel nostro Paese, estendendo il suo campo di applicazione dal tradizionale orientamento verso la misurazione dello stato di salute della popolazione a quello più moderno ed innovativo del supporto alla programmazione, della valutazione del sistema sanitario e del monitoraggio degli effetti del cambiamento. Oggi nessuna politica sanitaria può essere intrapresa senza un adeguato supporto di conoscenze epidemiologiche e di valutazione degli esiti.

L'organizzazione di un congresso nazionale di tale spessore scientifico e di tale portata politico-sanitaria non può che essere accolta, pertanto, con viva soddisfazione. Temi come quelli delle "Indagini ambientali", del rapporto tra "Alimentazione e Cancro", dei "Tumori Infantili" della "Mobilità Sanitaria" per cause oncologiche sono argomenti di enorme interesse che non mancheranno di fornire utili elementi di riflessione per chi si occupa di prevenzione e di programmazione dell'offerta sanitaria.

Iniziativa coronata, per altro, dalla preziosa pubblicazione del volume "I Tumori in Provincia di Siracusa dal 2002 al 2005", il nuovo aggiornamento curato dal RTP dell'ASL 8, insieme al Dipartimento di Igiene dell'Università di Catania. Un lavoro paziente e meticoloso, di grande rigore scientifico, che si mostrerà utilissimo nella programmazione dell'offerta oncologica in una delle province a maggior rischio ambientale dell'Isola. Un plauso va rivolto dunque agli organizzatori del convegno scientifico.

Sono certo che i dati emersi da questi lavori, congiuntamente a quelli forniti dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale, costituiranno per il Governo della Regione una preziosa fonte d'informazione in un momento in cui, come quello attuale, ci si appresta a rivedere gli assetti organizzativi della Sanità in Sicilia e ci si prepara a dare attuazione alla nuova Riforma Sanitaria Regionale, da poco varata.

Massimo Russo

IL SALUTO DEL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA REGIONALE DI SIRACUSA

All'indomani dell'organizzazione del G8 Ambiente che ha visto Siracusa ospitare un evento di grandissima valenza internazionale su di un tema oggi molto forte e sentito, come quello ambientale, la provincia aretusea torna al centro della ribalta ospitando il XIII Congresso Nazionale dell'AIReTum, l'Associazione Italiana dei Registri Tumori, che ha voluto scegliere proprio Siracusa per organizzare la sua annuale Riunione Scientifica, nell'ambito della quale la sessione principale di studio sarà proprio quella dedicata al delicato rapporto tra Ambiente e Salute.

Di fronte a tale evento, che porterà a Siracusa tutti i maggiori esperti nazionali del settore, l'Amministrazione Provinciale, non poteva restare indifferente. Ed è per questo che ha accolto con favore l'iniziativa promossa dal caro amico dott. Anselmo Madeddu e dal Registro Tumori siracusano, concorrendo alla realizzazione dell'evento e, tra l'altro, anche alla pubblicazione degli atti congressuali.

In una Provincia così spesso balzata agli onori della cronaca nazionale per l'eccesso di casi di malformazioni congenite, di mesoteliomi pleurici e di altre gravi malattie presumibilmente legate, secondo molti esperti, all'ambiente ed al suo progressivo degrado, una iniziativa del genere, capace di fare chiarezza su questi eventi con grande rigore scientifico, non può che essere accolta con vero interesse da tutti. Ma non è solo per la sua evidente utilità di strumento di sorveglianza epidemiologica, che questo lavoro trova le principali ragioni del suo esistere. Ogni pubblicazione scientifica di questo genere, infatti, ci consente di acquisire le informazioni più utili al fine di poter disegnare una vera Programmazione Sanitaria finalizzata a garantire realmente i bisogni di salute della popolazione.

Il Registro di Siracusa, del resto, è cresciuto molto negli ultimi anni e rappresenta ormai una realtà invidiata da più parti, ed un vero fiore all'occhiello per la sanità siracusana. In tal senso un ulteriore prestigioso riconoscimento gli è venuto proprio dall'International Agency of Research on Cancer di Lione, che di recente ha conferito al Registro siracusano l'accreditamento internazionale, pubblicandone i dati sul noto Cancer Incidence in Five Continents. Non è un caso, del resto, che uno dei più famosi ed importanti epidemiologi del mondo, come il professor Max Parkin, autore della prefazione di un precedente "Atlante", abbia definito il lavoro del R.T.P. "...un considerevole successo e una risorsa inestimabile...", non solo per noi siracusani, ma anche per tutti gli epidemiologi del cancro.

Anselmo Madeddu, con la sua ben nota e peculiare attitudine a coniugare medicina e cultura, informazione scientifica e ricercatezza letteraria, andando con immediatezza comunicativa al vero cuore dei problemi, parla di "nuove pesti" e di "nuovi untori" che affollano periodicamente l'immaginario collettivo di ogni popolo. Ebbene, noi ci auguriamo che, al bando "nuove pesti" e "nuovi untori", si faccia davvero buon uso di queste preziose informazioni e di queste "inestimabili risorse", senza cadere nei due eccessi opposti, da un lato di minimizzare o, peggio ancora, dall'altro di enfatizzare strumentalmente i dati scientifici, nell'interesse esclusivo della verità dei fatti.

Credo, in conclusione, che i cittadini siracusani, e l'intera Provincia, debbano essere davvero grati ai medici del Registro di Siracusa, per l'abnegazione ed il generoso impegno che da anni ormai dedicano a questi studi, spesso lottando anche contro incomprensioni locali, oggettivamente stridenti a fronte del prestigio di cui godono, oggi anche ben oltre i confini locali, negli ambienti scientifici del settore. Un grazie particolarmente sentito perché forse mai come in questi ultimi tempi, siamo stati messi nella condizione di conoscere con una tale dovizia di particolari, lo stato sanitario di questa nostra amata terra.

Nicola Bono

LE ATTIVITÀ DELL'AIRTUM ED IL CONVEGNO NAZIONALE DI SIRACUSA

La rete dei Registri Tumori che si raccoglie nella Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM) ha come principale obiettivo quello di consentire il confronto, a fini di sorveglianza e valutazione, della epidemiologia della patologia oncologica in termini di mortalità, incidenza e sopravvivenza tra aree geografiche in Italia, di studiarne l'andamento temporale e di comparare i risultati con quelli osservati a livello internazionale.

In questi ultimi anni, come testimoniano il rapporto dell'AIRTUM e la monografia sugli andamenti temporali dei tumori che sarà presentata al Convegno di Siracusa e aggiorna i dati dell'AIRTUM al 2005 disponibili sul sito web dell'associazione www.registri-tumori.it, è cresciuta la copertura di popolazione sia nelle singole Regioni Italiane sia, soprattutto, in aree del Sud Italia e nel complesso è circa il 30% della popolazione italiana.

Collaborazioni attive con il Centro Controllo Malattie del Ministero della Salute e con Alleanza contro il Cancro hanno permesso di accrescere l'attività dei Registri Tumori in Italia e di realizzare studi di approfondimento sia per la valutazione dell'impatto degli screening oncologici sia per approfondire lo studio dei casi di tumore dal punto di vista clinico. In particolare si sono grandemente accresciute in questi ultimi anni le conoscenze sulla gravità della malattia alla diagnosi (stadi), e lo sviluppo dei sistemi informativi permette importanti, seppure ancora iniziali, valutazioni del percorso diagnostico terapeutico del paziente oncologico (in particolare interventi chirurgici e protocolli chemio-radioterapici) e la costruzione di indicatori clinici.

Le informazioni dei Registri Tumori rappresentano una base informativa essenziale per valutare l'impatto in termini di mortalità e incidenza degli interventi di prevenzione primaria e secondaria e sono essenziale supporto per la sorveglianza di aree o popolazioni ad elevato rischio ambientale o professionale.

Il Convegno nazionale che si tiene a Siracusa è la XIII riunione nazionale dell'Associazione ed è importante che questa riunione si tenga nella Regione Sicilia. In Sicilia in questi ultimi anni abbiamo assistito, grazie allo sforzo della Regione Sicilia e delle ASL territoriali, ad una importante crescita della quota di popolazione coperta da registri tumori. I Registri sono stati accreditati dopo valutazione di qualità dei dati prodotti a Siracusa e Trapani, aggiungendosi così al Registro di Ragusa, storicamente rappresentativo della realtà siciliana. Inoltre è già accreditato e partecipa alla Banca dati Nazionale AIRTUM il registro per i tumori della mammella a Palermo e presto saranno disponibili i dati del Registro generale di Palermo. In avanzata fase di elaborazione sono anche i dati del Registro Integrato di Siracusa Catania e Messina relativi alla Provincia di Catania.

Si è inoltre costituito un gruppo regionale siciliano, che è stato coordinato dall'Osservatorio Epidemiologico regionale siciliano e che presenterà al nostro Convegno primi dati epidemiologici per la prevenzione e il governo clinico del tumore della mammella in Sicilia, facendo il punto sull'incidenza e i percorsi diagnostico terapeutici, gli stadi alla diagnosi e l'uso della terapia conservativa.

Importanti sessioni del Convegno sono rivolte ad approfondire i temi del rischio ambientale, facendo il punto sull'impatto che il rischio ambientale può avere specialmente nelle aree cosiddette ad alto rischio. Il tema sarà in specifico ripreso rivalutando i dati sull'andamento dei tumori nei bambini che in una recente monografia AIRTUM ha dimostrato di essere in aumento negli ultimi 15 anni e che richiede una riflessione e un approfondimento per promuovere iniziative di prevenzione.

Una importante sessione è dedicata al tema della nutrizione e alimentazione un tema essenziale nell'ambito della prevenzione primaria dei tumori. In particolare saranno presentati dati degli studi nazionali e internazionali in corso, lo studio EPIC, e discusse le specifiche implicazioni delle evidenze scientifiche per la realtà dell'Italia Meridionale, che sta progressivamente perdendo il vantaggio di incidenza e mortalità per tumori che era riferito alle abitudini nutrizionali.

Infine una sessione sarà dedicata a riflettere sull'uso dei dati dei registri tumori per la valutazione della mobilità sanitaria, cioè al flusso dei pazienti oncologici entro e fuori dalle regioni. Un fenomeno che riguarda la Sicilia, ma che in generale è importante per tutte le regioni. Sarà valutato come i registri tumori possono contribuire alla valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici che sono alla base della mobilità e che, in una ottica di rete oncologica, le regioni dovrebbero razionalizzare per i propri cittadini.

La ricchezza dei contributi che saranno presentati nel corso del Convegno è testimoniata sia dagli abstract delle

comunicazioni orali sia dei poster che troveranno la loro occasione di discussione durante le giornate del Congresso. È significativo il numero di abstract presentati e il livello di produzione scientifica di dati che hanno come loro materiale studio le elaborazioni dei Registri Tumori in Italia. Una conferma della vivacità scientifica e della capacità dei Registri Tumori di rappresentare non solo un momento di produzione del dato con criteri di qualità, ma anche una sede di interpretazione e elaborazione di esso in collaborazione con i molti altri protagonisti nello studio della patologia oncologica.

Eugenio Paci
Segretario Nazionale dell'AIReTum

UNA NUOVA SFIDA: RICERCA, ECOSOSTENIBILITÀ E ... L'IDENTITÀ RITROVATA

Spesso ci è piaciuto definire il cuore della nostra millenaria città come quello di una "Città d'isola" sommersa tra il Mare e il Mito. Come dire tra la sua splendida natura e la sua straordinaria storia. Tra ciò che l'uomo vi ha trovato e ciò che vi ha poi realizzato. Tra *fusis* e *nomos*.

Ed altrettanto spesso ci è piaciuto utilizzare questo slogan come lancio promozionale della XIII Riunione Scientifica Nazionale dell'AIReTum che, grazie ad Eugenio Paci ed agli altri cari amici e colleghi del Direttivo, quest'anno si terrà proprio a Siracusa. La domanda allora, come direbbe qualcuno, sorge spontanea. Cosa c'entrano il mare e il mito di Ortigia con un congresso scientifico che si occupa di tumori, di ambiente e di salute?

Fin quando qualcuno dice che Ortigia è prepotentemente "Mare", poco male, visto che il suo è soprattutto un mare interiore, un mare che le dà il suo stesso respiro, che è radici, che ne diventa la sua stessa identità. Una grande identità collettiva che è essa stessa identità greca, è storia, è mito. E fin quando qualcun altro aggiunge che Ortigia è il "Mito", ancora una volta poco male, visto che Siracusa è il mare dei miti emerso dagli abissi del tempo, dalla memoria degli uomini. È il mito di Alfeo e d'Aretusa, il mito dei miti, quello delle origini. Ma non bisogna dimenticare che Siracusa non è soltanto la terra del "Mare" e del "Mito".

Questa è anche terra di contrasti, di forti contrasti. Da qualche tempo, ormai oniriche vedute di camini fumanti hanno preso il posto di alcune tra le sue più splendide coste, e la civiltà industriale quello della sua antica tradizione marinara e contadina. E tutto questo in nome di un effimero progresso che ha finito col recidere i sottili fili tessuti dalla storia, l'identità stessa di questa millenaria città, confinandone la sua rappresentazione ideale nelle stereotipate "cartoline" del passato, e dunque nei luoghi dell'inesistente. Quasi che quel suo passato non le appartenesse più e non fosse invece ancora vivo e palpitante, come lo è ancora, nel suo presente, nella cultura ereditata tra i suoi vicoli, nella sua lenta saggezza popolare, negli usi e costumi della sua gente dal cuore antico e dalla mente moderna. Poi, però, ogni tanto c'è il risveglio, c'è quello strato di Sicilia sommerso dentro ognuno di noi che torna prepotentemente a galla, e con esso quel forte desiderio di riappropriarsi della propria identità perduta.

Da qui la sfida che abbiamo voluto lanciare a noi stessi. La sfida di chi è convinto che anche un congresso scientifico, che parla di ambiente e salute, può divenire un ottimo pretesto per parlare pure di recupero della propria identità culturale. Di quella identità plurale e collettiva che, ad onta dei camini fumanti che si stagliano sul suo lontano orizzonte, ha ineluttabilmente collocato questo vecchio lembo di Sicilia tra il Mare ed il Mito. Una operazione che, senza rifuggire dal presente e dalla ossimorica modernità di questa terra antica, tragga spunto dal suo passato e dai valori eterni che l'hanno accompagnata. Un'operazione che, con grande equilibrio e con senso di responsabilità vada condotta, ancora una volta con un cuore antico e con una mente moderna. Un'operazione che trovi la propria chiave di volta in una parola sola: sviluppo ecosostenibile. Un tema di grandissimo interesse, reso oggi ancor più attuale dal recente G8 che il Ministro dell'Ambiente ha organizzato nei giorni scorsi proprio a Siracusa.

Solo così sarà possibile tutelare il vero benessere. Non è possibile affidare la salvezza del pianeta ad una puerile visione manichea del mondo che guardi ad un utopico ed improbabile ritorno al mito rousseauiano del "Buon Selvaggio", nell'errata e semplicistica percezione che tutto ciò che è naturale e primitivo rappresenti il bene e tutto il resto sia invece la rappresentazione del male. Anche le pesti e i colera del passato appartennero alla sfera del naturale e del primitivo e non furono certo forieri di benessere. Il vero benessere è tale solo quando la tutela della salute si coniuga con il benessere sociale ed economico attraverso un adeguato e coraggioso modello di sviluppo che sia compatibile con le esigenze stesse della salute.

È pur vero che ogni epoca ha le sue pesti ed i suoi colera. Ma è pur vero che bisogna verificarle con le armi appropriate della più rigorosa ricerca scientifica, evitando inutili cacce all'untore, spesso generate dall'ignoranza e foriere di deleterie isterie collettive.

È vero. Ciò che vediamo oggi in termini di effetti di salute è il riflesso di ciò a cui abbiamo assistito ieri in termini di rischi espositivi. Fatti salvi i recenti segnali d'attenzione all'ambiente e alla salvaguardia della salute manifestati da qualche azienda del polo industriale, oggi paghiamo ad alto prezzo l'ippocratica *nèmesi* di un modello di sviluppo economico che spesso in passato non si è mostrato affatto attento alle problematiche dell'ambiente ed

ai principi dell'ecosostenibilità. E questo bisogna dirlo con forza e senza mezzi termini. Un modello che più volte ha finito col sacrificare sull'altare di un errato, o per lo meno distorto, concetto di benessere economico uno dei più grandi patrimoni storici, artistici e naturali d'Europa. Oggi, e non solo dalle nostre parti, le nuove "pesti" e i nuovi "colera", al passo coi tempi, hanno preso nuovi nomi, si chiamano tumori, malformazioni, malattie cronico-degenerative.

Abbiamo già avuto modo di sottolineare come il primo dovere degli uomini sia quello di non dimenticare. Non dimenticare per se stessi. Non dimenticare per gli altri. Non dimenticare perché il sacrificio di ieri possa aiutare il mondo ad evitarne altri domani. Oggi occorre agire. Occorre operare. E occorre farlo subito. Ma soprattutto occorre farlo avendo accanto i numeri, le cifre, e cioè il nostro patrimonio di memoria, da cui ripartire per progettare, per prevenire, per dare risposte. Il buon uso delle cifre di un Registro o di un Atlante sanitario, e della Storia che c'è in esso, sono strumento di maturata saggezza di una comunità nella quale il mondo di morte e di sofferenza che la precede non passa mai invano e diventa premessa di un progetto futuro di miglioramento della qualità della vita.

E allora è vero che oggi nuove "pesti" e nuovi "colera" popolano i fatti e l'immaginario collettivo dei nostri tempi. Ma è altrettanto vero che il faticoso equilibrio di chi cerca di dare risposte concrete col rigore della scienza è spesso minato dall'ondata emotiva delle nuove generazioni di cacciatori d'"untori" che affollano il sonno delle ragioni di ogni epoca e di ogni popolo.

L'attività scientifica non può stare al gioco dell'informazione quotidiana correndo il rischio di venirne inevitabilmente snaturata. Le ragioni della scienza e quelle dell'informazione sottostanno a tempi e regole differenti, pur essendo necessarie entrambe. Ed entrambe vanno difese. Va difesa la serenità e l'autonomia della ricerca. Va difeso il diritto all'informazione garantito dalla serietà e dalla professionalità dei giornalisti. Ma è bene che ognuna di esse stia al suo posto e rispetti le ragioni dell'altra.

In tal senso l'organizzazione di un prestigioso Convegno Scientifico nazionale, come quello dell'AIReTum, su tematiche così forti e sentite in un territorio, come quello della Provincia di Siracusa, che rappresenta una delle aree a maggior rischio ambientale del Paese, non può che rappresentare un segnale importante di attenzione verso tali problematiche ed una occasione preziosa di informazione scientifica tra le più serie e qualificate dell'intero ambito nazionale.

Solo il buon utilizzo dei dati di un Registro può guidare oculatamente la realizzazione di modelli di sviluppo fondati sul principio della ecosostenibilità e può promuovere di conseguenza il recupero della grande identità plurale e collettiva di una terra in cui, come si è già detto, sotto una mente moderna batte ancora un cuore antico e generoso.

Non ci si dimentichi mai, infatti, che, in fondo, la vera grande ricchezza di questa nostra terra è, e rimane, il turismo, la sua storia e lo straordinario patrimonio artistico e culturale che l'infinita saggezza dei nostri antichi padri, per nostra fortuna, ci ha saputo tramandare.

Benvenuti a Siracusa, patrimonio dell'Umanità ...!

Anselmo Madeddu
Presidente del Convegno Scientifico

ORGANIZZAZIONE

AIRtum ONLUS
Associazione Italiana Registri Tumori
c/o Registro Tumori Toscano
Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica
Via di S. Salvi, 12 - 50135 Firenze

SEGRETARIO AIRtum
Eugenio Paci

PRESIDENTE DEL CONVEGNO
Anselmo Madeddu

COMITATO SCIENTIFICO

Silvia Candela
Paolo Crosignani
Roberta De Angelis
Fabio Falcini
Stefano Ferretti
Adriano Giacomini
Anselmo Madeddu
Lucia Mangone
Eugenio Paci
Salvatore Sciacca
Rosario Tumino
Paola Zambon

COMITATO ORGANIZZATIVO

Maria Lia Contrino
Giulia Dainelli
Melchiorre Fidelbo
Lisa Lopes Pegna
Lorella Russo
Maria Russo
Giansalvo Sciacchitano
Francesco Tisano

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Kaleo Servizi srl
Via delle Maestranze, 50
96100 Siracusa
Tel. 0931 69171 - Fax 0931 64968
www.kaleo-servizi.com - info@kaleo-servizi.com

XIII

RIUNIONE SCIENTIFICA ANNUALE



**Associazione
Italiana
Registri
Tumori**

SIRACUSA 6-7-8 MAGGIO 2009, OPEN LAND

PROGRAMMA DEL CONVEGNO

RELATORI (IN ORDINE ALFABETICO)

Luigi BISANTI, UO Epidemiologia, ASL Città di Milano

Mario BUDRONI, Registro Tumori di Sassari, ASL Sassari

Giuseppina CANDELA, Registro Tumori di Trapani, ASL Trapani

Claudio CASTOBELLO, LIIT e A.O. Umberto I, Siracusa

Elisabetta CHELLINI, ISPO Istituto per lo Studio e Prevenzione Oncologica, U.O. di Epidemiologia ambientale e occupazionale, Firenze

Maria Lia CONTRINO, UO di Epidemiologia, ASL 8, Siracusa

Emanuele CROCETTI, ISPO Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica, Registro Tumori della Regione Toscana, Firenze

Paolo CROSIGNANI, Registro Tumori Lombardia, INT-Milano

Rosanna CUSIMANO, Registro Tumori, Università di Palermo

Gabriella DARDANONI, Osservatorio Epidemiologico Regione Sicilia, Palermo

Roberta DE ANGELIS, Istituto Superiore della Sanità Lab. di Epidemiologia, Roma

Fabio FALCINI, Registro Tumori della Romagna, Oncologia, IRST Meldola

Massimo FEDERICO, Registro Tumori di Modena, Oncologia, Università di Modena

Stefano FERRETTI, Registro Tumori di Ferrara, Università di Ferrara

Melchiorre FIDELBO, Registro Tumori Integrato Ct - Me - Sr

Francesco FORASTIERE, Dipartimento di Epidemiologia, USL RME, Roma

Mario FUSCO, Registro Tumori di Popolazione della Regione Campania, Napoli

Lorenzo GAFÀ, LIIT Ragusa

Valerio GENNARO, Registro Mesoteliomi, COR Liguria, IST Genova

Adriano GIACOMIN, Registro Tumori Piemonte, Provincia di Biella

Carmelo IACONO, Dipartimento di Oncologia, Presidente eletto AIOM, AO Arezzo, Ragusa

Anselmo MADEDDU, Registro Tumori di Siracusa, Università di Catania

Corrado MAGNANI, Registro Tumori Infantili del Piemonte, Università del Piemonte Orientale e CPO- Piemonte Novara, SCU Epidemiologia dei Tumori – ASO Maggiore della Carità

Lucia MANGONE, Registro Tumori Reggiano, ASL di Reggio Emilia

Alessandro MARINACCIO, Registro Nazionale dei Mesoteliomi (ReNaM), ISPEL - Roma

Carmela NICITA, Registro Tumori di Ragusa, COR per la registrazione dei Mesoteliomi in Sicilia

Domenico PALLI, ISPO Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica, UO di Epidemiologia nutrizionale e biomolecolare

Salvatore PANICO, Metodologia Clinica, Università Federico II Napoli

Nino ROMANO, Istituto di Igiene, Università di Palermo

Stefano ROSSO, CPO Registro Tumori Piemonte

Antonio RUSSO, Servizio di Epidemiologia e Biostatistica, Ospedale S. Carlo, Milano

Carlo SAITTO, Direzione sanitaria, ASL Latina

Salvatore SCIACCA, Istituto di Igiene, Università di Catania, Registro Tumori Integrato Ct - Me - Sr

Giansalvo SCIACCHITANO, Registro Tumori Integrato Ct-Me-Sr

Salvatore SCODOTTO, Osservatorio Epidemiologico Regione Sicilia, Palermo

Diego SERRAINO, Registro Tumori della Regione Friuli

Sebastiano SPADA, Oncologia, AO Umberto I di Siracusa

Benedetto TERRACINI, Direttore di Epidemiologia e Prevenzione, CPO-Piemonte, Università di Torino

Adele TRAINA, Ospedale Civico, Registro Tumori mammella, Palermo

Rosario TUMINO, Registro Tumori Ragusa, AO. Civile di Ragusa

Enrico VASQUEZ, Istituto Anatomia Patologica, Università di Catania

Marina VERCELLI, SS Epidemiologia Descrittiva (Registro Tumori), IST Genova e DISSAL, Università di Genova

Francesco VITALE, Istituto di Igiene, Università di Palermo

Paola ZAMBON, Registro Tumori del Veneto, IOV – Padova

Roberto ZANETTI, CPO- Piemonte, ASO, Torino

MERCOLEDÌ 6 MAGGIO 2009

- 9,00/11,00 SEMINARIO SATELLITE
ReNaM e AIRTum: CONDIVISIONI E PROSPETTIVE TRA REGISTRI SPECIALIZZATI E REGISTRI GENERALI
Moderatori: S. Sciacca, B. Terracini
L'esperienza del Registro Nazionale dei Mesoteliomi e gli ambiti di collaborazione con AIRTum
A. Marinaccio (Ispesl-ReNaM)
Registri Mesoteliomi e Registri Tumori generali: qualità dei dati e strategie di integrazione
S. Ferretti (AIRTum-RT Ferrara)
Esperienza del COR LAZIO
F. Forastiere (ASL Roma E)
L'esperienza di un RTP specializzato sul mesotelioma
V. Gennaro (COR Liguria)
Confronto casistica tra Registri Tumori Generali e COR Mesoteliomi in Sicilia, Toscana e Lombardia
C. Nicita (COR Sicilia)
Discussione
P. Crosignani, C. Magnani, E. Chellini
- 11,00 Apertura del Convegno
A. Madeddu, E. Paci
- Saluto autorità
- 11,30/13,00 **LO SVILUPPO DEI REGISTRI TUMORI IN ITALIA E IN EUROPA**
Moderatori: S. Sciacca, E. Paci
- 11,30 *La Registrazione del cancro in Europa: nuove sfide, nuove opportunità (il progetto Eurocourse)*
S. Rosso
- 12,00 *La rete dei registri tumori AIRTum: crescita, criticità e programmi*
A nome del Direttivo AIRTum
S. Ferretti (Università di Ferrara)
- 12,20 *Andamenti temporali dei tumori negli anni duemila*
E. Crocetti (ISPO Firenze)
- 12,40 *Il progetto Olive Tree – collaborazione tra registri italiani e paesi mediterranei per lo sviluppo della registrazione dei tumori*
M. Federico (Università di Modena)
- 13,00 Colazione di lavoro
- 14,30/15,30 **IL TUMORE DELLA MAMMELLA NELLA REGIONE SICILIA.**
PRESENTAZIONE DELLA MONOGRAFIA DEI REGISTRI TUMORI SICILIANI
Moderatori: N. Romano, F. Falcini
- 14,30 *Mortalità, ricoveri e mobilità*
G. Dardanoni (OER Sicilia)
- 14,45 *Stadi alla diagnosi, interventi chirurgici e sopravvivenza*
R. Tumino (RT Ragusa) e il gruppo dei Registri Tumori della Sicilia
- 15,10 Discussione
C. Iacono (Presidente AIOM), E. Vasquez (Anat. Pat. UNICT)

15,30/18,00 SESSIONE COMUNICAZIONI

Moderatori: L. Bisanti, D. Serraino

Numero di diagnosi e decessi tumorali: gli effetti dell'invecchiamento della popolazione

C. Buzzoni (AIRTum Working Group)

Caratterizzazione clinica, morfologica e biologica di due gruppi "estremi" di pazienti con carcinoma coloretale selezionati attraverso un Registro specializzato

A. Pezzi, P. Benatti, L. Roncucci, C. Di Gregorio, G. Rossi, M. Ponz de Leon

Tumori nelle persone con AIDS nell'era delle terapie antiretrovirali altamente efficaci (1997-2004)

J. Polesel, S. Franceschi, P. Piselli, E. Paci per AIRTum, B. Suligoj e L. Dal Maso per il Cancer and AIDS Registries Linkage (CARL) Study

Risultati preliminari di uno studio età-periodo-coorte sui tumori della tiroide in Italia, 1986-2005

L. Dal Maso, M. Lise, S. Franceschi, C. Buzzoni per AIRTum

Frequenza ed esito della gravidanza in donne affette da neoplasia: studio di popolazione (Regione Veneto)

E. Bovo, S. Guzzinati, C. Romagnolo, P. Zambon

Registri tumori e flussi informativi sanitari correnti: ruoli e risposte alla domanda informativa in oncologia

S. Ferretti, S. Guzzinati, G. Manneschi, S. Giorgetti, I. Rashid, L. Mangone, P. Sgargi, A. Russo

Sottotipi di carcinoma della mammella identificati con markers immunoistochimici: dati del Registro Tumori specializzato Mammella di Palermo e provincia, 2002-2004

A. Traina, R. Cusimano, R. Amodio, M. Zarcone, C. Dolcemascolo, R. Sunseri, N. Romano

Utilizzo del Registro di Patologia per il Tumore della Mammella per scopi clinici: stadiazione TNM, grading e assetto recettoriale nelle pazienti operate negli anni dal 1997 al 2003 in Provincia di Pistoia

S. Fabbri, D. Govoni, A. Chiavacci, P. Apicella, S. Ferrari, M. Rapanà

GIOVEDÌ 7 MAGGIO 2009**8,20/9,00 SESSIONE POSTER**

R. Cusimano, A. Giacomini

9,00/10,15 INDAGINE AMBIENTALE E REGISTRI TUMORI

Moderatori: F. Vitale, P. Zambon

9,00 Esperienze e metodologie di indagini in aree ad alto rischio ambientale

F. Forastiere (ASL Roma E)

9,20 Rischio ambientale e attività dell'osservatorio epidemiologico nella Regione Sicilia

S. Scodotto (OER)

9,40 Indagine in aree ad alto rischio ambientale del Registro Tumori di Siracusa

A. Madeddu (Registro Tumori Siracusa)

10,00 Discussione

10,15/11,00 I SESSIONE COMUNICAZIONI

Moderatori: A. Madeddu, R. De Angelis

A malo bonum: leucemie a Mantova, gestione di un falso allarme e riflessioni preventive su di un artefatto

L. Gatti, M. Dall'Acqua, A. Bozzeda, V. Pironi, P. Ricci

Registro tumori, strumento autorevole per la gestione di un allarme e per la comunicazione del dato: risultati di un'esperienza

G. Candela, G. Canzoneri, L. Gafà, B. Gisone, B. Lottero, M. Ribauda, T. Scuderi

- Il progetto "Cancer Mapping in Alpine Regions 2001-2005": dati preliminari***
S. Tognazzo, W. Oberaigner, F. Vittadello, L. Battisti, F. Bellù, H. Concin, L. Dal Maso, S.M. Ess, H. Frick, J. Klocker, J. Lettner, A. Spitale, G. Tagliabue, R. Tessandori, M. Z'akelj
- 11,00 Coffee break
- 11,15/13,15 **II SESSIONE COMUNICAZIONI**
Moderatori: R. Zanetti, C. Castobello
- Melanoma cutaneo: tra diagnosi precoce e forme spesse***
E. Crocetti, C. Buzzoni, A. Corbinelli, F. Giusti, T. Intrieri, G. Manneschi, L. Nemcova, C. Sacchettini, A. Chiarugi, P. Nardini, E. Paci
- Mesoteliomi e altre neoplasie nel sesso femminile: presentazione di alcuni casi***
R. De Zotti, D. Rametta, P. De Michieli
- Sarcoma di kaposi classico in Italia: un'analisi dei dati di mortalità***
V. Ascoli, G. Minelli, L. Frova, M. Pace, S. Conti
- Effetti sull'attività dei Registri Tumori della registrazione di mortalità e dell'introduzione dell'ICD-10***
A. Giacomini, P. Vercellino
- La sopravvivenza dei pazienti oncologici anziani (= >70 anni) e degli adulti di mezza età (55-69 anni) in Italia nel periodo 2000-2002***
A. Quaglia, R. Lillini, C. Buzzoni, M. Vercelli a nome del Gruppo di Lavoro ELDCARE Italia
- Incidenza dei tumori ematologici nelle aree italiane***
C. Allemani, P. Minicozzi, R. De Angelis, C. Tereanu, F. Berrino, F. Bellù, R. Cesaraccio, V. De Lisi, A. Donato, F. Falcini, S. Ferretti, A.R. Fiore, M. Fusco, A. Giacomini, S. Luminari, L. Mangone, E. Paci, S. Piffer, M. Scheibel, D. Serraino, R. Tumino, M. Vercelli, R. Zanetti, M. Sant
- Elevata incidenza del carcinoma tiroideo nell'area vulcanica della Sicilia. Dati del Registro Tumori Tiroidei Siciliano***
G. Pellegriti, C. Scollo, P. Malandrino, C. Giordano, G. Dardanoni, F. De Vathaire, M. Attard, F. Trimarchi
- 13,15 Colazione di lavoro
- 14,30/15,30 **ALIMENTAZIONE E NUTRIZIONE. QUALE PECULIARITÀ DEL SUD ITALIA? ESISTE ANCORA UNA PROTEZIONE LEGATA ALLA DIETA?**
Moderatori: M. Ponz de Leon, S. Panico
- 14,30 ***Lo studio EPIC***
D. Palli (ISPO Firenze)
- 15,00 ***Lo studio MeDiet nel Sud Italia***
A. Traina (Registro Tumori Mammella di Palermo)
- 15,20 Discussione
- 15,30/17,30 **III SESSIONE COMUNICAZIONI**
Moderatori: M. Budroni, G. Sciacchitano
- Body Mass Index nella popolazione femminile di Modena e provincia che aderisce al programma di screening mammografico di popolazione***
C. Cirilli, L. Cortesi, I. Rashid, R. Negri, E. Gallo, M.E. Artioli, M.E. Federico
- Incidenza e prevalenza per il tumore al polmone in Italia: stime e proiezioni per il periodo 1970-2015***
G. Zigon, R. Ciampichini, G. Gatta, E. Grande, S. Francisci, R. De Angelis, R. Capocaccia e gruppo di lavoro stime AIRtum
- Carcinoma dell'endometrio e consumo di fibre: studio caso-controllo in Italia***
E. Bidoli, C. Pelucchi, A. Zucchetto, E. Negri, L. Dal Maso, J. Polesel, M. Montella, S. Franceschi, D. Serraino, C. La Vecchia, R. Talamini

Proposta di studio ad alta risoluzione sulla sopravvivenza dei tumori del polmone in Italia: l'esperienza del Registro Tumori di Reggio Emilia

L. Mangone, M. Vicentini, C. Pellegrini, C. Storchi, M. Sant, R. Capocaccia, S. Candela

Trend d'incidenza e di sopravvivenza dei tumori del colon-retto per la città e l'insieme degli altri comuni della provincia di Genova

C. Casella, A. Puppo, M.A. Orengo, E. Marani, M. Vercelli

Sopravvivenza da cancro degli agricoltori della Provincia di Forlì-Cesena

A. Ravaioli, O. Nanni, S. Salvatore, M. Palumbo, S. Giorgetti, R. Vattiato, A. Colamartini, M. Ravegnani, D. Amadori, L. Bucchi, F. Falcini

Fattori di rischio per metastasi cerebrali nel carcinoma mammario: primi risultati da uno studio di popolazione da Registro Tumori

A. Musolino, L. Ciccolallo, M. Panebianco, E. Fontana, D. Zanoni, P. Sgargi, A. Ardizzoni, V. De Lisi

Gestione del Cancro della Mammella nell'area di riferimento del Registro Tumori Campano: percorsi sanitari e variabili cliniche

M. Fusco, L. Maiore, Gigli, R. Palombino, D. Puliti, Gruppo Progetto Impatto

17,30 Assemblea AIRTum

VENERDI 8 MAGGIO 2009

8,20/9,00 **SESSIONE POSTER**

A. Giacomini, M. Vercelli

9,00/10,00 **TUMORI INFANTILI: RIFLETTIAMO SUI DATI. IL SIGNIFICATO DI UNA MONOGRAFIA AIR-Tum E IL SUO IMPATTO**

Moderatori: B. Terracini, L. Gafà

Andamenti temporali e ipotesi interpretative

C. Magnani

9,20 ***Perché alcuni dati non fanno notizia?***

B. Terracini

9,30 Discussione

10,00/12,30 **I SESSIONE COMUNICAZIONI**

Moderatori: L. Mangone, M.L. Contrino

Trend d'incidenza per leucemia linfatica acuta e mieloide acuta e linfomi non-Hodgkin nei bambini ed adolescenti europei, 1991-2002

G. Zigon, G. Gatta, G. Pastore, R. Capocaccia, EURO CARE Working Group

Trend di incidenza dei tumori infantili in Piemonte 1967-2005 – Dati del Registro dei Tumori Infantili del Piemonte (RTI-P)

M.M. Maule, M.L. Mosso, T. Cena, D. Alessi, A. Rasulo, V. Macerata, M. Nonnato, C. Magnani, F. Merletti, G. Pastore

Aumento della sopravvivenza in pazienti con osteosarcoma ad alto grado nell'esperienza I.O.R. nel periodo 1982-2002

C. Ferrari, G. Magagnoli, E. Pignotti, P. Picci

Storia di screening delle donne con cancro della cervice uterina in Friuli Venezia Giulia

A. Zucchetto, E. Clagnan, D. Serraino, E. De Santis, O. Forgiarini, T. Angelin, M. de Dottori, L. Zanier, A. Franzo

Tumore della cervice uterina: stima dell'incidenza in popolazioni migranti

E. Crocetti, G. Manneschi, M. Zappa, C. Buzzoni, A. Corbinelli, F. Giusti, T. Intriери, L. Nemcova, C. Sacchetti, E. Paci

I tumori del collo dell'utero e della mammella nella popolazione immigrata in Piemonte. Stima della frequenza

L. Bisi, S. Rosso, S. Patriarca, G. Montanari, L. Mondo, R. Zanetti

Prevenzione del tumore della cervice uterina in donne con HIV in Emilia Romagna

A. C. Finarelli, M. Lise, S. Franceschi, P. Sassoli de' Bianchi, J. Polesel, F. Falcini, F. Ghinelli, L. Dal Maso per Screening of HIV-infected women in Emilia-Romagna (SHER) Study

12,30 Light lunch

13,30/14,30 II SESSIONE COMUNICAZIONI

Moderatori: G. Candela, S. Spada

Offerta sanitaria e sopravvivenza di pazienti con tumore del colon nella Provincia di Palermo

R. Cusimano, C. Rinaudo, M.A. Cascio, A. Mistretta, B. Ravazzolo, N. Romano

Valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri dei malati oncologici terminali in Provincia di Ragusa

G. Cascone, G. Di Tanna, Gruppo RTRg e R. Tumino

La migrazione sanitaria oncologica dalla Provincia di Siracusa attraverso l'analisi dei DRGs

M.L. Contrino, A. Madeddu, M. Russo, F. Tisano

Mobilità dei pazienti oncologici verso gli ospedali milanesi: analisi dell'andamento geografico e temporale

G. Randi, M. Autelitano, L. Bisanti

14,30/16,00 LA MOBILITÀ NEL NORD, CENTRO E SUD ITALIA E I REGISTRI TUMORI

Moderatori: E. Paci, M. Fidelbo

14,30 ***La valutazione dei percorsi intra e extra aziendali in una azienda sanitaria locale. Il ruolo del Registro Tumori (ASL Latina – Roma)***

C. Saitto

14,50 ***Mobilità e registrazione dei tumori nel Nord Italia- criticità***

A. Russo

15,10 ***La complessa realtà meridionale***

M. Fusco (Registro Tumori Napoli)

15,30 Discussione

S. Scodotto

16,00 Chiusura del convegno

XIII

RIUNIONE SCIENTIFICA ANNUALE



**Associazione
Italiana
Registri
Tumori**

SIRACUSA 6-7-8 MAGGIO 2009, OPEN LAND

COMUNICAZIONI ORALI

COMUNICAZIONI ORALI I

MODERATORI: L. Bisanti, D. Serraino

Numero di diagnosi e decessi tumorali: gli effetti dell'invecchiamento della popolazione

Carlotta Buzzoni, AIRTUM Working Group

Caratterizzazione clinica, morfologica e biologica di due gruppi "estremi" di pazienti con carcinoma coloretale selezionati attraverso un Registro specializzato

A. Pezzi, P. Benatti, L. Roncucci, C. Di Gregorio, G. Rossi e M. Ponz de Leon

Tumori nelle persone con AIDS nell'era delle terapie antiretrovirali altamente efficaci (1997-2004)

J. Polesel, S. Franceschi, P. Piselli, E. Paci per AIRTUM, B. Suligoi e L. Dal Maso per il Cancer and AIDS Registries Linkage (CARL) Study

Risultati preliminari di uno studio età-periodo-coorte sui tumori della tiroide in Italia, 1986-2005

L. Dal Maso, M. Lise, S. Franceschi, C. Buzzoni per AIRTUM

Frequenza ed esito della gravidanza in donne affette da neoplasia: studio di popolazione (Regione Veneto)

E. Bovo, S. Guzzinati, C. Romagnolo, P. Zambon

Registri tumori e flussi informativi sanitari correnti: ruoli e risposte alla domanda informativa in oncologia

S. Ferretti, S. Guzzinati, G. Manneschi, S. Giorgetti, I. Rashid, L. Mangone, P. Sgargi, A. Russo

Sottotipi di carcinoma della mammella identificati con markers immunoistochimici: dati del Registro Tumori specializzato Mammella di Palermo e provincia, 2002-2004

A. Traina, R. Cusimano, R. Amodio, M. Zarcone, C. Dolcemascolo, R. Sunseri, N. Romano

Utilizzo del Registro di Patologia per il Tumore della Mammella per scopi clinici: stadiazione TNM, grading e assetto recettoriale nelle pazienti operate negli anni dal 1997 al 2003 in Provincia di Pistoia

S. Fabbri, D. Govoni, A. Chiavacci, P. Apicella, S. Ferrari, M. Rapanà

NUMERO DI DIAGNOSI E DECESSI TUMORALI: GLI EFFETTI DELL'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE

Carlotta Buzzoni, AIRTUM Working Group

*UO Epidemiologia Clinica e Descrittiva, ISPO Firenze, AIRTUM - Associazione Italiana Registri Tumori
E-mail c.buzzoni@ispo.toscana.it*

Obiettivi

Nel nostro paese il numero delle nuove diagnosi tumorali è in aumento, il numero di decessi dovuti a patologie oncologiche è, relativamente all'area italiana nel complesso, sostanzialmente stabile. La nostra popolazione sta progressivamente invecchiando: la presenza sempre maggiore di uomini e donne in età anziana determina un aumento del numero dei soggetti a rischio di ammalarsi e di morire per tumore. Questo fenomeno è la maggiore causa dell'aumento dell'incidenza della patologia oncologica. L'obiettivo principale del lavoro è quello di descrivere le determinanti dell'incremento dell'incidenza tumorale, individuando una componente attribuibile all'invecchiamento della popolazione, una dovuta all'aumento dell'incidenza di quelle patologie per le quali sono attivi interventi di diagnosi precoce, e una residua, relativa a tutti gli altri tumori. L'altro obiettivo consiste nel descrivere l'andamento della mortalità, individuando la componente dovuta all'invecchiamento.

Materiali e metodi

Sono stati utilizzati i dati della Banca dati AIRTUM aggiornati a gennaio 2009. Sono stati calcolati i tassi di incidenza relativi a due periodi temporali distinti (1993-1995 e 2003-2005), includendo i dati dei Registri Tumori che avevano almeno un anno in ciascun triennio (Alto Adige, Genova, Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Parma, Modena, Ferrara, Romagna, Firenze Prato, Umbria, Latina, Torino, Ragusa, Sassari) insieme per uomini e donne. Sono stati confrontati i tassi di incidenza grezzi e standardizzati con metodo diretto (utilizzando come standard la popolazione del pool AIRTUM nel triennio 1993-95) per il tumore della prostata, della mammella, del colonretto, del melanoma, della tiroide, del polmone tra le donne, per il gruppo degli altri tumori e per il totale (esclusi gli epitelomi della cute). Analogamente, sono stati utilizzati i dati relativi ai decessi presenti nella Banca Dati per il calcolo dei tassi di mortalità.

Risultati

Dal 1993-1995 al 2003-2005 i tassi grezzi di incidenza per tutti i tumori (esclusi gli epitelomi cutanei) sono aumentati del 17,9% (passando da 555,4 casi per 100.000/anno a 654,8). Se nel 2003-2005 la struttura per età della popolazione fosse rimasta quella del 1993-1995, i tassi sarebbero cresciuti solo del 6,6% (da 555,4 a 592,0), quindi quasi 2/3 dell'aumento osservato nel numero di diagnosi tumorali sono stati determinati dall'invecchiamento della popolazione. L'altra quota dell'aumento dei nuovi casi - quella non determinata dall'invecchiamento - è in gran parte a carico di sedi tumorali per le quali interventi di diagnosi precoce contribuiscono ad anticipare il momento della diagnosi. Escludendo questi tumori, la media degli altri mostra - nonostante alcuni come il polmone tra le donne siano in crescita - una riduzione che non appare evidente dall'osservazione dei tassi grezzi proprio per il contemporaneo invecchiamento della popolazione (i tassi standardizzati passano da 358,4 casi per 100.000/anno a 322,3). Per quanto riguarda la mortalità, la frequenza media dei decessi si è ridotta del 14,4% dal 1993-1995 al 2003-2005, questo se eliminiamo l'effetto dell'invecchiamento della popolazione avvenuto nello stesso arco di tempo; al contrario proprio per il fatto che nel corso del decennio è aumentata la proporzione di soggetti anziani nella popolazione il numero di decessi per tumore sembra essere rimasto sostanzialmente invariato.

Discussione

L'analisi condotta spiega come l'opinione pubblica abbia l'errata sensazione che nei confronti della lotta ai tumori non siano avvenuti reali miglioramenti nel corso del tempo: la riduzione dei tassi standardizzati di mortalità per patologie oncologiche è netta e statisticamente significativa. Gli aumenti osservati nel numero di diagnosi sono da attribuirsi all'invecchiamento della popolazione e all'incremento delle patologie più frequenti e soggette a interventi di diagnosi precoce, l'andamento per la media degli altri tumori risulta in diminuzione.

CARATTERIZZAZIONE CLINICA, MORFOLOGICA E BIOLOGICA DI DUE GRUPPI "ESTREMI" DI PAZIENTI CON CARCINOMA COLORETTALE SELEZIONATI ATTRAVERSO UN REGISTRO SPECIALIZZATO

Annalisa Pezzi, Piero Benatti, Luca Roncucci, Carmela Di Gregorio, Giuseppina Rossi e Maurizio Ponz de Leon

Medicina 1, Dipartimento di Medicina Interna, Università di Modena e Reggio Emilia, Modena

E-mail deleon@unimore.it

Obiettivi

Lo studio si propone di identificare quali siano i principali fattori clinici e biologici responsabili della progressione dei tumori del colon-retto.

Materiali e metodi

Tra il 1984 ed il 2004 il Registro Tumori Colorettali di Modena ha studiato 3817 casi incidenti (2074 uomini, 1743 donne). La registrazione dei casi 2005-2008 è attualmente in corso. La attenta valutazione clinica, ed in particolare il follow-up, ha permesso di definire due gruppi di pazienti di elevato interesse biologico: 44 pazienti con tumori TNM I (Dukes A) deceduti entro 5 anni dalla diagnosi (a dispetto della prognosi solitamente eccellente di questi pazienti, con sopravvivenza del 90-95%), e 20 pazienti con tumori TNM IV, cioè con metastasi a distanza alla diagnosi, sopravvissuti più di 5 anni (11 dei quali, 55%, ancora viventi). Il primo gruppo rappresenta il 7% di tutti i pazienti TNM I, il secondo il 2.6% di tutti i pazienti TNM IV. I due gruppi così estremi di pazienti sono stati caratterizzati clinicamente e istologicamente con tecniche standard. Dal punto di vista biologico è stata studiata l'espressione di p53, del K67 e di alcune proteine codificate dai geni del mismatch repair (solo nel primo gruppo).

Risultati

L'età media dei pazienti TNM I era di 68.2 ± 8 anni, 25 erano uomini e 19 donne, l'istologia era disponibile nel 100% dei casi. Nella maggior parte dei casi (70%) il tumore era localizzato nel retto. Ventidue pazienti su 44 (50%) ha presentato recidive locali, l'altro 50% metastasi a distanza; il tempo intercorso fra la diagnosi e la recidiva era di 2.9 ± 2.4 anni. I principali interventi eseguiti (Emicolectomia, resezione segmentaria) non differivano da quelli effettuati negli altri pazienti in un identico stadio. Tutti i tumori esprimevano p53, che in un gruppo di controllo (96 pazienti in stadio TNM I sopravvissuti più di 5 anni) era espressa solo in 1/3 dei casi ($P < 0.001$). Nessun altro parametro biologico o istologico sembrava differente. L'età media dei pazienti in stadio IV era di 63.3 ± 14 anni, 10 erano uomini e 10 donne, l'intervento chirurgico non appariva sostanzialmente diverso da quelli comunemente eseguiti. Un paziente su 20 non è stato operato. In 15 pazienti è stato possibile intervenire sulle metastasi; 3 su 10 sono stati chemio e/o radio trattati. Le metastasi erano prevalentemente epatiche.

Discussione

Il Registro Tumori è uno strumento molto efficace per selezionare gruppi "estremi" di pazienti da approfondire con accertamenti biologici. Al momento le ragioni per le quali i due gruppi di pazienti hanno presentato un andamento così anomalo rispetto a quello previsto in base alla stadiazione alla diagnosi non sono note. Gli studi si indirizzeranno sul tipo di mutazione di p53 (distruttive e non distruttive), le mutazioni di K-ras, la neoangiogenesi, la linfangiogenesi e la risposta immunitaria

**TUMORI NELLE PERSONE CON AIDS NELL'ERA DELLE TERAPIE ANTIRETROVIRALI
ALTAMENTE EFFICACI (1997-2004)**

*Jerry Polesel, Silvia Franceschi, Pierluca Piselli, Eugenio Paci per AIRTUM, Barbara Suligoj e Luigino Dal Maso
per il Cancer and AIDS Registries Linkage (CARL) Study*

*R.C.C.S. Centro di Riferimento Oncologico, Aviano (JP, LDM); International Agency for Research on Cancer, Lione
(SF); I.N.M.I. "L. Spallanzani", Roma (PP); Associazione Italiana Registri Tumori (EP); Istituto Superiore di Sanità,
Roma (BS)
E-mail polesel@cro.it*

Obiettivi

L'introduzione delle terapie antiretrovirali altamente efficaci (HAART) nel 1996, ha notevolmente aumentato la sopravvivenza delle persone con AIDS, incrementando, per questi soggetti, la probabilità di sviluppare neoplasie. Tuttavia, manca a tutt'oggi una quantificazione dell'incidenza dei tumori in questa popolazione. Nell'ambito del progetto CARL, attivo in Italia dal 1995, lo studio si propone di monitorare l'incidenza, la presentazione dei tumori e l'eccesso di rischio neoplastico, rispetto alla popolazione generale, nei soggetti con AIDS (16-69 anni).

Materiali e metodi

I dati dei 24 Registri tumori attivi in Italia alla fine degli anni '90 sono stati incrociati con quelli del Registro Nazionale AIDS attraverso un software appositamente creato che, attraverso una procedura in doppio cieco, assicura la massima riservatezza dei dati.

Risultati

Nell'era HAART (1997-2004), sono stati notificati, nelle aree coperte dai Registri tumori, 10.567 casi di AIDS, per un totale di 45.042 anni-persona. In questo periodo, il linfoma non-Hodgkin rappresenta il tumore più frequente nelle persone con AIDS, mentre gli altri tumori definitivi di AIDS (sarcoma di Kaposi e carcinoma invasivo della cervice uterina) continuano a mostrare un eccesso di rischio (Tabella). I tumori non definitivi hanno mostrato un'incidenza di 390/100.000, con un rischio relativo di 2,2 rispetto alla popolazione generale. In particolare, emergono eccessi di rischio per i tumori ad eziologia virale (ano, vulva e vagina, pene e fegato), per i tumori legati al fumo di tabacco (polmone) e per i tumori del sistema linfemopoietico (linfomi di Hodgkin e mieloma multiplo). Rispetto alla popolazione generale, non emergono aumenti significativi di rischio per gli altri principali tumori (mammella, prostata, colon).

Discussione

L'incremento della sopravvivenza delle persone con AIDS che si sottopongono alle terapie antiretrovirali e l'eccesso di rischio di alcuni tumori prevenibili, suggeriscono la necessità, in questa popolazione, di più incisive strategie per la prevenzione dei tumori, come azioni per la cessazione dell'abitudine al fumo di tabacco e programmi più efficaci di screening.

Tabella. Incidenza dei tumori che mostrano un eccesso di rischio nelle persone con AIDS (16-69 anni) e corrispondente rischio relativo rispetto alla popolazione generale. Italia, 1997-2004

ICD10 – Sede o tipo tumore	N	Incidenza/ 100.000*	Rischio relativo vs. popolazione generale*
Tumori definitori di AIDS			
C46- Sarcoma di Kaposi	294	1467 (1304-1645)	572 (508-641)
C82-C88, C96; Linfoma non-Hodgkin	352	1207 (1084-1341)	93,4 (83,9-104)
C53; Cervice uterina	30	376 (253-537)	41,5 (28,0-59,3)
Tumori non definitori di AIDS			
C00-C14, C30-C32; Testa e collo	11	16 (8-29)	1,8 (0,9-3,3)
C18-C20; Colon-retto	16	25 (14-40)	1,7 (1,0-2,8)
C21; Ano	11	20 (10-36)	44,0 (21,8-78,9)
C22; Fegato	16	26 (15-43)	6,4 (3,7-10,5)
C34; Polmone	42	65 (47-88)	4,1 (2,9-5,5)
C44; Pelle, non melanoma	28	46 (31-67)	1,8 (1,2-2,6)
C51, C52, C57; Vulva e vagina	3	17 (3-50)	24,3 (4,6-71,8)
C60, C63; Pene	3	14 (3-42)	12,0 (2,3-35,5)
C70-C72; Cervello	8	15 (6-29)	3,2 (1,4-6,3)
C81; Linfoma di Hodgkin	37	69 (49-95)	20,7 (14,6-28,5)
C90; Mieloma multiplo	4	8 (2-21)	3,9 (1,0-10,0)

*Standardizzato per sesso ed età

RISULTATI PRELIMINARI DI UNO STUDIO ETÀ-PERiodo-COORTE SUI TUMORI DELLA TIROIDE IN ITALIA, 1986-2005

Luigino Dal Maso, Mauro Lise, Silvia Franceschi, Carlotta Buzzoni per AIRTUM

*Centro di Riferimento Oncologico, Aviano (LDM, ML); International Agency for Research on Cancer, Lione (SF);
BancaDati AIRTUM (CB)
E-mail dalmaso@cro.it*

Obiettivi

Lo studio si poneva l'obiettivo di approfondire, attraverso opportuni modelli statistici, come l'incidenza e i trend recenti dei tumori della tiroide possono essere stati influenzati da determinanti noti.

Materiali e metodi

I dati raccolti dai Registri Tumori (RT) di popolazione dell'AIRTUM nel periodo 1986-2005 sono stati analizzati selezionando: a) I casi con ICD10 uguale a C73 (escludendo le morfologie di linfoma o acinar cell, 6 casi); b) I casi non scoperti all'autopsia; c) I soggetti di età compresa tra 0 e 84 anni; I tassi di incidenza (IR) sono stati standardizzati sulla popolazione Italiana (1991) e gli intervalli di confidenza sono basati sulla distribuzione di Poisson. Per l'analisi età-periodo-coorte (EPC), i casi sono stati raggruppati nel modo seguente: 1) Categorie quinquennali di età tra 15 e 84 anni; 2) Periodi quinquennali (1986-90, 1991-1995, 1996-2000 e 2001-2005); 3) Coorti di nascita decennali parzialmente sovrapposte dal 1902 al 1990 centrate nell'anno mediano della coorte. Nelle analisi preliminari sono stati inclusi i RT con almeno 2 anni di registrazione in ciascun periodo (Firenze-Prato, Genova, Modena, Parma, Ragusa, Romagna, Torino, Veneto). L'effetto di età, coorte di nascita e periodo è stato stimato attraverso un modello di Poisson.

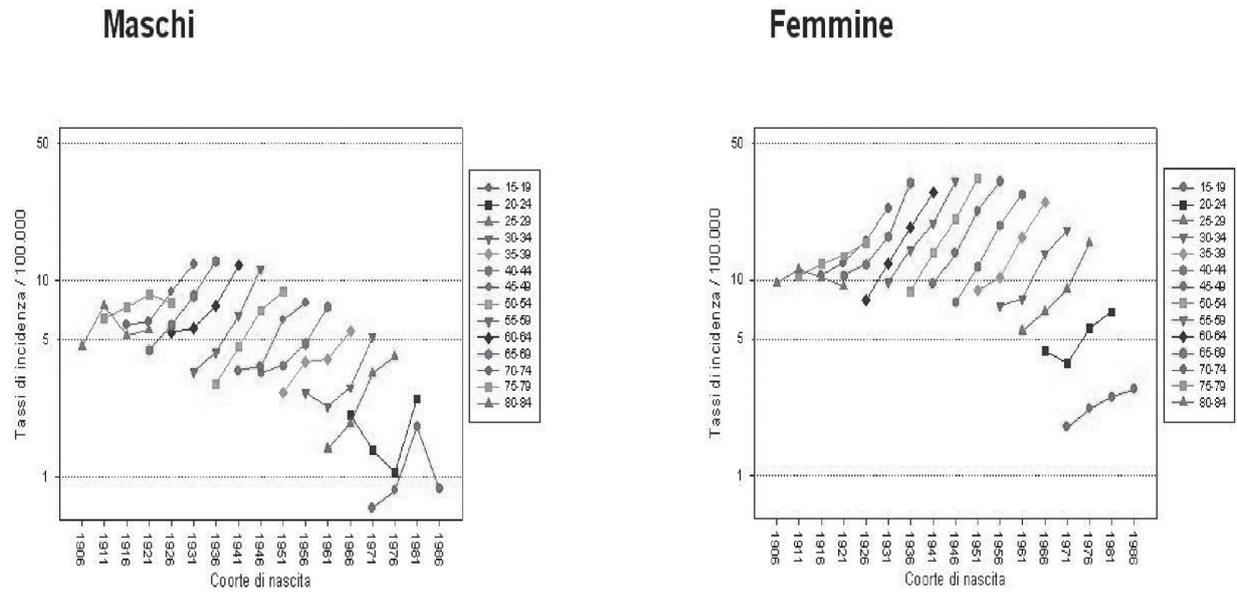
Risultati

L'analisi, condotta su 2520 maschi e 7750 ha mostrato come, confrontando i periodi 1986-1990 e 2001-2005, i tassi di incidenza per i TT siano quasi triplicati nelle donne (da 6,3 a 18,0/100.000) e più che raddoppiati nei maschi (da 2,6 a 5,8/100.000, rispettivamente). In entrambi i sessi, l'aumento è stato consistente nelle diverse aree incluse nello studio. La figura evidenzia gli effetti coorte per i maschi e le femmine nati tra il 1902 ed il 1990. In entrambi i sessi, si nota che il notevole aumento dei tassi incidenza riscontrato nel pool dei RT nei 4 periodi era presente praticamente per tutte le coorti di nascita. L'analisi preliminare dell'effetto età ha mostrato che i tassi di incidenza più elevati si sono spostati in classi di età più giovani negli ultimi periodi. In particolare, nelle donne, le incidenze massime emergevano nella classe 65-69 nel periodo 1986-90 mentre erano nelle classi 45-49 e 50-54 nei periodo più recenti.

Discussione

Le analisi preliminari finora condotte mostrano un aumento dei tassi di incidenza per TT generalizzato a tutte le classi di età ma particolarmente accentuato nelle classi intermedie (45-54) suggerendo, che in certe classi di età in alcune aree del paese (Emilia Romagna), l'aumento di incidenza sia in larga misura dovuto al miglioramento delle capacità diagnostiche negli ultimi 20 anni e all'anticipazione di neoplasie a buona prognosi. La valutazione congiunta dell'impatto di età, periodo e coorte di nascita sull'incidenza dei TT e le analisi stratificate per sottotipo istologico potranno contribuire a comprendere meglio l'epidemiologia di questi tumori in Italia.

Figura. Tassi di incidenza dei tumori della tiroide in Italia (età 15-84) per coorte di nascita e gruppi di età



**FREQUENZA ED ESITO DELLA GRAVIDANZA IN DONNE AFFETTE DA NEOPLASIA:
STUDIO DI POPOLAZIONE (REGIONE VENETO).**E. Bovo¹, S. Guzzinati¹, C. Romagnolo², P. Zambon³

¹Registro Tumori del Veneto, Istituto Oncologico Veneto - IRCCS, Padova – ²Dipartimento di Ginecologia, ULSS 12 Veneziana – ³Registro Tumori del Veneto, Istituto Oncologico Veneto - IRCCS, Padova, Università di Padova - E-mail centro.registrotumoriveneto@unipd.it

Obiettivi

In Italia il cancro rappresenta la prima causa di morte per le donne in età fertile, con quasi 4000 decessi all'anno (ISTAT 2002) e costituisce circa il 10% dei 129.000 nuovi casi di tumore diagnosticati ogni anno. Diversi studi riguardano l'associazione tra cancro e gravidanza, in gran parte di tipo clinico, mentre l'argomento è poco studiato dal punto di vista epidemiologico. Per valutare la frequenza e l'esito della gravidanza in donne affette da neoplasia o sopravvissute ad essa, abbiamo condotto un'analisi descrittiva utilizzando il data base del Registro Tumori del Veneto (RTV), attivo dal 1987, che copre circa la metà della popolazione residente nella regione Veneto (4.527.694 al censimento 2001).

Materiali e metodi

Abbiamo estratto dal Data base del RTV le donne di età 15–49 anni, con diagnosi di tumore maligno nel periodo 1.1.1997-31.12.2001, escludendo i casi di tumore della pelle non melanoma. Per individuare le donne che avevano avuto una gravidanza, sono state usate le Schede di Dimissione Ospedaliere (SDO) del periodo 1997-2005, selezionando quelle che riportavano come diagnosi principale i seguenti codici ICD IX: 630-676, V22, V23, V24, V27, V28. L'esito della gravidanza è stato definito in base alla presenza nella diagnosi principale o in una delle cinque diagnosi secondarie dei seguenti codici: 634: aborto spontaneo, 635: aborto provocato legalmente e tutti gli altri codici: parto. Mediante record-linkage tra l'archivio dei casi estratti e l'archivio delle SDO selezionate sono state individuate le donne con diagnosi di neoplasia associata alla gravidanza oppure antecedente. E' stata valutata la distribuzione degli eventi (parti ed aborti spontanei e provocati) in rapporto alla sede della neoplasia e al tempo intercorso dalla diagnosi. Si è inoltre confrontato il livello di fecondità delle donne con diagnosi di tumore con quello della popolazione generale, calcolando l'indice di fecondità totale, dato dalla somma dei tassi specifici di fecondità delle donne in studio.

Risultati

Le donne con diagnosi di tumore nel periodo 1997-2001, in età fertile, sono 3.872 (14% dei casi del sesso femminile) e di queste 189 (5%) hanno avuto gravidanze, con 186 parti (tutti nati vivi), 29 aborti spontanei e 28 aborti volontari. Nelle sedi specifiche, la percentuale varia dal 19% (59/306) per melanoma, 12% per tiroide (32/259) e Linfomi di Hodgkin (12/97), 6% per Linfomi non HD (9/148) e 2% per mammella (27/1709). Alla fine del periodo di follow up, 31/12/2005, 180 donne erano vive (95,2%). Entro 9 mesi dalla diagnosi di tumore si verifica circa il 10% dei parti, un terzo degli aborti volontari e il 3% degli aborti spontanei. Un altro terzo degli aborti provocati si verifica nel secondo anno; parti e aborti spontanei hanno andamento tra loro simile e opposto a quello degli aborti provocati, verificandosi nell'80% dei casi ad almeno due anni dalla diagnosi, cioè oltre il periodo di diagnosi e terapia. Il melanoma risulta la sede di tumore più frequente sia in gravidanza che nei periodi successivi, seguito da tiroide e linfomi (HD e LNH). Nelle donne con cancro della mammella solo metà delle gravidanze si concludono con il parto in quanto vi sono 12 aborti volontari, 10 dei quali avvengono nei primi due anni dalla diagnosi. A partire da tale periodo vi è una netta inversione di tendenza e 10 parti su 16 si verificano dopo 24 mesi dalla diagnosi di tumore. Il Tasso di Fertilità Totale delle donne con cancro è pari a 0,4 il primo anno, quindi sale lentamente e si stabilizza sul valore di 0,6 dopo il sesto anno, contro un valore di 1,2 costante della popolazione generale: il deficit di fecondità interessa tutte le classi d'età. Complessivamente il 13% delle gravidanze di questa popolazione esita in aborto spontaneo (29 aborti su 215 parti e aborti) ed è del tutto analogo a quella della popolazione regionale.

Discussione

Nelle donne ammalate di cancro si osserva complessivamente un dimezzamento stabile del tasso di fertilità. In base alla sede della neoplasia è presente una notevole variabilità: il tumore della mammella è il più frequente anche nell'età fertile (45%), seguito dai tumori ginecologici (cervice, corpo e ovaio – 11%), melanoma 8%, tiroide 7%; mentre quasi un quinto delle donne con diagnosi di melanoma ha una gravidanza, la percentuale è solo il 2% di quelle con cancro alla mammella; seguono le donne con cancro alla tiroide (12%), linfomi (9%), utero e ovaio (6%). L'incidenza di cancro associato a gravidanza è pari a 1:5.000 gravidanze; nella nostra Regione sono attesi mediamente 6 casi su 30.000 gravidanze all'anno

REGISTRI TUMORI E FLUSSI INFORMATIVI SANITARI CORRENTI: RUOLI E RISPOSTE ALLA DOMANDA INFORMATIVA IN ONCOLOGIA

Stefano Ferretti¹, Stefano Guzzinati², Gianfranco Manneschi³, Stefania Giorgetti⁴, Ivan Rashid⁵,
Lucia Mangone⁶, Paolo Sgargi⁷, Antonio Russo⁸

¹Registro Tumori della provincia di Ferrara; ²Registro Tumori del Veneto; ³Registro Tumori Toscano;
⁴Registro Tumori della Romagna; ⁵Registro Tumori della provincia di Modena; ⁶Registro Tumori Reggiano; ⁷Registro
Tumori della provincia di Parma; ⁸Servizio di Epidemiologia e Statistica Medica,
Azienda Ospedaliera S. Carlo Borromeo, Milano - E-mail frs@unife.it

Obiettivi

Lo studio si è proposto di confrontare l'incidenza del carcinoma mammario rilevata attraverso l'attività dei Registri Tumori (RT), rispetto ad una procedura basata sulla sola selezione delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), al fine di valutare le performances ed i possibili vantaggi (costo/beneficio) di un algoritmo ristretto al flusso informativo dei ricoveri. La spiccata sensibilità potenziale della fonte SDO nei confronti dei tumori mammari (alta percentuale di interventi chirurgici e loro tracciabilità) ha determinato la scelta di questa patologia come riferimento per ulteriori eventuali approfondimenti su altre sedi tumorali.

Materiali e metodi

I casi incidenti di carcinoma mammario femminile dei Registri Tumori di Emilia-Romagna, Veneto e Toscana, ottenuti secondo le regole di registrazione correnti, ma comprendenti anche le neoplasie mammarie multiple (controlaterali e monolaterali metacrone), sono stati confrontati con gli analoghi dati ricavati attraverso un algoritmo di selezione delle SDO, basato sulla diagnosi di dimissione ospedaliera (ICD-9 174 e 233.0) e sull'intervento chirurgico principale contestualmente effettuato (biopsia, resezione, quadrantectomia, mastectomia) negli anni 2003 (Veneto) e 2004 (Emilia-Romagna, Toscana). La discordanza tra le due fonti è stata valutata anche al netto dell'intervallo temporale che solitamente intercorre tra data di incidenza del RT ed intervento chirurgico segnalato dalla SDO: dalle discordanze sono stati perciò esclusi i casi segnalati dalle SDO con incidenza RT nell'ultimo trimestre dell'anno precedente ed i casi incidenti con intervento nel I trimestre dell'anno successivo. Sono stati confrontati quindi i dati di incidenza dei due metodi, assumendo i dati del RT come golden standard, con osservazioni su tipologia e cause dei casi discordanti.

Risultati

Nel periodo e nell'area in esame (3.125.425 anni/persona) i Registri Tumori hanno segnalato 6.061 casi con un tasso grezzo globale di 193,9 x 100.000 (IC 95% 189,1; 198,9). La sola fonte SDO ha evidenziato complessivamente 5.867 casi con un tasso grezzo globale di 187,7 x 100.000 (IC 95% 183,0; 192,6). In ciascuna Regione i tassi ottenuti dai Registri non hanno mostrato sostanziali differenze (riferite all'IC 95%) rispetto agli analoghi indicatori ottenuti attraverso la fonte SDO. Dall'integrazione (linkage) RT/SDO si osserva però come soltanto 5.032 casi siano stati condivisi dai due flussi, mentre i casi con discrepanza tra fonte SDO e RT sono risultati 1.987, di cui 654 riguardanti casi con intervallo RT/SDO entro il trimestre precedente o successivo all'anno in studio e 1.333 casi effettivamente discordanti. Questi ultimi si sono divisi tra casi segnalati dalla fonte SDO in assenza di evidenza per i RT (521 casi, 8,8% della casistica SDO) a causa di tumori pregressi, errori di compilazione, diagnosi definitive di non malignità successive alla dimissione ospedaliera e casi incidenti per i RT e non segnalati dalla fonte SDO (780 casi, 12,9% dell'incidenza) per errori di codifica, intervento chirurgico non effettuato o effettuato oltre il I trimestre dell'anno successivo. In 32 casi (0,5%) la fonte SDO ha individuato tumori multipli mammari incidenti non considerati dai RT.

Discussione

Lo studio ha esaminato una procedura di valutazione dell'incidenza attraverso la sola fonte SDO, caratterizzata da una minore complessità e maggiore rapidità di produzione del dato, rispetto al più complesso e oneroso flusso informativo che caratterizza un Registro Tumori. Nel carcinoma mammario la stima dell'incidenza ottenuta attraverso la sola analisi del flusso SDO ha ottenuto risultati non dissimili da quelli prodotti dai Registri Tumori, ma in presenza di una consistente quota di casi discrepanti tra i due sistemi. Questo apparente paradosso è generato dall'equilibrio tra i casi evidenziati dalla SDO, ma non effettivamente incidenti (falsi positivi) e casi incidenti non evidenziati dalla SDO (falsi negativi). Complessivamente quindi la fonte SDO causerebbe la perdita di 13 casi ogni 100 effettivamente incidenti nell'anno con quasi un'erronea segnalazione ogni 10. Queste carenze di specificità e sensibilità (con perdita selettiva dei casi non eligibili per la terapia chirurgica) della procedura attuata attraverso il solo monitoraggio delle SDO sembrano pregiudicare la possibilità di soddisfare le esigenze di valutazioni mirate dei fattori di rischio e dei percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti oncologici, che rappresentano attualmente la valenza principale dell'attività dei Registri Tumori. L'estensione della procedura ad altre sedi neoplastiche caratterizzate da una minore tracciabilità attraverso la SDO per prognosi più rapidamente infauste e ridotto accesso a terapia chirurgica, appare gravata da problemi di accuratezza ancora maggiori. La disponibilità di stime di incidenza più tempestive rispetto alla tempistica dei Registri Tumori può peraltro essere perseguita attraverso procedure di proiezione geografica o temporale delle ampie serie storiche ormai disponibili per la maggior parte dei Registri, in grado di assicurare una migliore qualità e rappresentatività degli indici prodotti.

SOTTOTIPI DI CARCINOMA DELLA MAMMELLA IDENTIFICATI CON MARKERS IMMUNOISTOCHEMICI: DATI DEL REGISTRO TUMORI SPECIALIZZATO MAMMELLA DI PALERMO E PROVINCIA, 2002-2004

A. Traina¹, R. Cusimano^{2,3}, R. Amodio², M. Zarcone¹, C. Dolcemascolo¹, R. Sunseri², N. Romano²

¹Registro Tumori specializzato della Mammella – Dipartimento di Oncologia, P.O. "M. Ascoli" - A.R.N.A.S. Civico Palermo – ²Registro Tumori della Provincia di Palermo – Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute, "G. D'Alessandro", Università degli Studi di Palermo – ³Servizio di Sanità Pubblica, epidemiologia e medicina preventiva - A.U.S.L. 6 Palermo
E-mail registrotumori@ospedalecivicopa.org

Obiettivi

Il carcinoma della mammella è una malattia eterogenea composta da un numero elevato di sottotipi tumorali. Questi diversi sottotipi biologici possono essere identificati sulla base dei profili di espressione genica e/o sulle caratteristiche immunoistochimiche. Identificare nuovi sottotipi biologici di cancro invasivo della mammella utilizzando i fattori prognostici dosati con metodica immunoistochimica (IHC). Usare i nuovi sottotipi identificati per valutare le possibili associazioni con le caratteristiche demografiche, cliniche e patologiche delle pazienti, allo scopo di predire con maggiore accuratezza la prognosi e la risposta ai trattamenti.

Materiali e metodi

Lo studio dei profili di espressione genica nei tumori mammari, condotto principalmente mediante metodiche di microarray, ha portato alla definizione di diversi sottotipi tumorali, contribuendo a caratterizzare ulteriormente i sottogruppi individuati precedentemente. La prima suddivisione che emerge con le metodiche di cluster analisi è quella tra i tumori che esprimono i recettori ormonali, definiti anche tumori "luminali", ed i tumori che non esprimono tali recettori. Tra i tumori che esprimono i recettori ormonali possono essere distinti due sottotipi, precisamente: luminal-A (ER + e/o PgR +, con HER2/neu -); luminal-B (ER + e/o PgR +, con HER2/neu +). Diversamente, all'interno di quelli che non esprimono recettori ormonali si riscontrano due principali sottotipi chiamati: basal-like (ER - e PgR -, con HER2/neu - ovvero triple negative); e HER2+/ER- (ER -, PgR -, con HER2/neu +). In questo studio abbiamo voluto analizzare i markers biologici dosati con tecnica immunoistochimica applicando su essi la sottoclassificazione attualmente identificata con le metodiche di microarray. La nostra analisi ha incluso tutti i casi di cancro invasivo della mammella, in cui erano disponibili informazioni IHC, selezionati dalla banca dati del Registro Tumori specializzato della Mammella di Palermo e provincia nel periodo 2002-2004. I marcatori tumorali IHC, ottenuti su tumori fissati in paraffina, sono stati utilizzati per definire i quattro sottotipi tumorali: luminal A, luminal B, basal-like e HER2+/ER-. Una analisi stratificata e modelli di regressione sono stati utilizzati per valutare il potenziale di correlazione tra sottotipi IHC e caratteristiche demografiche, cliniche e patologiche dei tumori (età, ubicazione geografica (città di Palermo contro il resto della provincia), stato menopausale, stadio TNM, Indice Prognostico di Nottingham (NPI)).

Risultati

Il Registro Tumori specializzato della Mammella di Palermo e provincia ha registrato 1985 nuovi casi incidenti durante il 2002-2004. Le informazioni necessarie per definire i quattro sottotipi tumorali (i recettori degli estrogeni e progesterone, e HER2/neu), erano complete in 1300/1985 (65%) casi incidenti nel periodo 2002-2004. Dai nostri dati è risultato che il sottotipo luminal-A è quello più frequente (68%) rispetto agli altri (luminal-B 14%, basal-like 13%, HER2+/ER- 5%). Vi è stata una significativa eterogeneità nella distribuzione dei sottotipi tumorali, infatti nessuno dei quattro sottotipi è risultato associato alle dimensioni tumorali, alle caratteristiche geografiche (residenza a Palermo o provincia) ed allo stato menopausale. Al contrario, la distinzione nei quattro sottotipi, è risultata significativamente associata all'Indice Prognostico di Nottingham (NPI) con un p-value < 0.0001, al grado istopatologico (p < 0.0001), alla presenza di metastasi linfonodali (p = 0.04), alla presenza di metastasi alla

diagnosi ($p = 0.04$) e alla stadiazione TNM ($p = 0.04$), ma non con le dimensioni del tumore (NS), coerente con un migliore profilo di prognosi al momento della diagnosi per il sottotipo luminal-A, ed in minore misura, dei casi luminal-B, laddove i sottotipi basal-like e HER2+/ER- tendevano ad avere un profilo più aggressivo alla diagnosi.

Discussione

Abbiamo visto come i dati di un registro ad alta risoluzione possono essere utilizzati per identificare specifici sottotipi di carcinoma mammario allo scopo di migliorare la prognosi ed ottimizzare i trattamenti. Dai nostri dati risulta che il luminal di tipo A è il sottotipo più comune ed è associato con il profilo di migliore prognosi al momento della diagnosi, mentre altri sottotipi IHC hanno un profilo più aggressivo, coerentemente con i dati ottenuti con la metodica del microarray.

UTILIZZO DEL REGISTRO DI PATOLOGIA PER IL TUMORE DELLA MAMMELLA PER SCOPI CLINICI: STADIAZIONE TNM, GRADING E ASSETTO RECETTORIALE NELLE PAZIENTI OPERATE NEGLI ANNI DAL 1997 AL 2003 IN PROVINCIA DI PISTOIA

Sandra Fabbri¹, Deanna Govoni¹, Andrea Chiavacci², Paola Apicella², Susi Ferrari², Maurizio Rapanà²

²Azienda USL n°3 di Pistoia; ¹Fondazione ONLUS Attila Poffer I, Pistoia

E-mail m.rapana@usl3.toscana.it

Obiettivi

Verificare l'andamento temporale della stadiazione pTNM, del grading e dell'assetto recettoriale del tumore della mammella femminile negli anni 1997-2003 nella Provincia di Pistoia, come risulta dall'esame dei referti anatomo-patologici raccolti nei servizi di Anatomia Patologica provinciali ed extraprovinciali, registrati nel Registro di Patologia per il tumore della Mammella, per la Provincia di Pistoia. Valutare le eventuali variazioni nei parametri in esame anche in relazione all'avvio del programma di screening mammografico nel 1998.

Materiali e metodi

La base informativa è costituita dal Registro di Patologia per il Tumore della mammella femminile attivo su tutta la Provincia di Pistoia dal 1997 al 2003. Nel registro per il periodo esaminato sono presenti 1413 tumori; di questi 1245 (88,1% del totale) hanno un referto anatomo-patologico relativo ad intervento chirurgico; le elaborazioni si basano su questi ultimi dati. I dati sono stati elaborati stratificando per fascia di età (<=39 anni; fasce decennali da 40 a 79 anni e >= 80 anni) e per periodo (1997, 1998-2000 e 2001-2003). La scelta delle suddivisioni di cui sopra è stata determinata dall'avvio del programma di screening mammografico nel 1998. Sono stati valutati i seguenti parametri: pT, pN, Grading (G) ed assetto recettoriale.

Risultati

Gli elementi riscontrati più rilevanti sono i seguenti: 1) la dizione "T1" si estingue nel corso degli anni probabilmente per evoluzioni nella classificazione anatomo-patologica; 2) nelle fasce di età >= 70 anni si rileva un incremento della percentuale dello stadio T4 e variazioni poco significative degli altri stadi; nella fascia 60-69 anni si nota una riduzione dei casi stadiati come T1b e T2 ed un fortissimo aumento dei casi stadiati T1c; nella fascia 50-59 anni si rileva una forte riduzione dei casi T2 e T4 con incremento della stadiazione T1b; infine, nella fascia 40-49 anni si ha riduzione dello stadio T1a con incremento degli stadi T1b e T1c. 3) per quanto riguarda la determinazione dell'interessamento linfonodale, la fascia <=39 anni presenta un aumento costante dei casi N0, una diminuzione di quelli N1 e di nuovo un aumento dei casi N2 già dal secondo periodo considerato; nella fascia 40-49 si nota un decremento dei casi N2; nella fascia 60-69 anni si ha un aumento costante dei casi N0 e una diminuzione di quelli N1; nella fascia successiva aumentano le donne senza metastasi linfonodali, ma in contemporanea si rileva un lieve aumento della stadiazione N2; infine, nell'ultima fascia di età si nota soprattutto un cospicuo aumento di casi con stadiazione pN ignota nei tre periodi considerati. 4) in quasi tutte le fasce di età considerate (tranne 50-59 anni e 70-79 anni) il grading presenta un aumento, negli anni 2001-2003, dei casi a grado più elevato (G3). 5) Per ciò che concerne l'assetto recettoriale, sono stati trovati dati per 1012 donne (81,3% delle donne operate); il 77,77% delle pazienti è positiva per i recettori estrogenici mentre il 65,28% lo è per i recettori progestinici. Per ciò che riguarda l'indice di proliferazione cellulare Ki-67, il 37,65% delle donne è positiva, mentre il 57,61% è negativa. Vi è una quota di risposte ignote, per quest'ultimo parametro, pari al 4,74%.

Discussione

I dati ottenuti sono sostanzialmente in linea con quanto riportato nella letteratura riguardo alle variazioni che si verificano negli anni successivi all'attivazione dei programmi di screening mammografico. I Registri Tumori possono essere utili per delineare le variazioni nei parametri biologici che possono essere influenzati dagli interventi di screening o dall'evoluzione della terapia farmacologica.

COMUNICAZIONI ORALI II

MODERATORI: A. Madeddu , R. De Angelis

A malo bonum: leucemie a Mantova, gestione di un falso allarme e riflessioni preventive su di un artefatto

L. Gatti, M. Dall'Acqua, A. Bozzeda, V. Pironi, P. Ricci

Registro tumori, strumento autorevole per la gestione di un allarme e per la comunicazione del dato: risultati di un'esperienza

G. Candela, G. Canzoneri, L. Gafà, B. Gisone, B. Lottero, M. Ribaldo, T. Scuderi

Il progetto "Cancer Mapping in Alpine Regions 2001-2005": dati preliminari

S. Tognazzo, W. Oberaigner, F. Vittadello, L. Battisti, F. Bellù, H. Concin, L. Dal Maso, S.M. Ess, H. Frick, J. Klocker, J. Lettner, A. Spitale, G. Tagliabue, R. Tessandori, M. Žakelj

A MALO BONUM: LEUCEMIE A MANTOVA, GESTIONE DI UN FALSO ALLARME E RIFLESSIONI PREVENTIVE SU DI UN ARTEFATTO

Gatti Luciana, Dall'Acqua Maria, Bozzeda AnnaLaura, Pironi Vanda, Ricci Paolo

Osservatorio Epidemiologico - Registro Tumori, ASL di Mantova - E-mail registro.tumori@aslmn.it

Obiettivi

Dimostrare come anche dati di incidenza non attuali ma precisi, quali quelli prodotti da un Registro Tumori, possano costituire solide quanto indispensabili fondamenta su cui costruire just in time stime affidabili per rispondere in modo rapido, corretto ed efficace ad allarmi di sanità pubblica.

Materiali e metodi

Lo studio di impatto ambientale (SIA) per la costruzione della tratta autostradale Mantova-Cremona riportava dati d'incidenza per leucemie infantili (0-14 aa) in provincia di Mantova, aggiornati al 2006, fino a 20 volte superiori rispetto all'atteso regionale. La notizia è stata lanciata con grande enfasi dalla stampa locale e nazionale nel mese di novembre 2008. Poiché l'incidenza del Registro Tumori provincia di Mantova, per altro di recentissima istituzione, era aggiornata soltanto all'anno 2000, si è deciso di costruire una stima d'incidenza utilizzando tutte le fonti informative che lo alimentano e che sono invece aggiornate ad un solo anno di calendario antecedente rispetto a quello corrente. Si tratta di alcuni flussi informativi che costituiscono il datawarehouse aziendale e che, insieme ad altri, concorrono a costruire ciò che in Regione Lombardia viene definita Banca Dati Assistito, cioè l'insieme completo ed organizzato dei record degli assistiti dal Servizio Sanitario Regionale (SSR) alimentati sistematicamente da tutti i "consumi sanitari" erogati da soggetti pubblici o privati accreditati/convenzionati con il SSR.

Risultati

L'integrazione dei dati di incidenza del Registro Tumori del biennio 1999- 2000 con quelli prodotti dal Registro delle Cause di Morte del periodo 1998-2006 e delle Schede di Dimissione Ospedaliera relative al periodo 1998-2006, linkate per i casi di più incerta attribuzione (di natura, di sede o di residenza) con la Banca Dati Assistito, ha consentito di ricostruire in sole 24 ore il reale andamento del fenomeno, distinguendo l'ospedalizzazione dalla prevalenza e quest'ultima dall'incidenza, nonché di accertare la natura dell'errore degli estensori del SIA, cioè lo scambio tra ospedalizzazione e prevalenza che si trova in rapporto di 14:1 e che corrisponde all'incirca all'eccesso di rischio rilevato.

Discussione

Da più parti giungono critiche alla filosofia dei Registri Tumori che antepongono la completezza e la certezza del dato alla sua più immediata disponibilità, tale da farne uno strumento certamente molto utile per la ricerca, ma forse meno per la programmazione sanitaria e poco per la gestione degli allarmi in sanità pubblica. L'utilizzo distinto ma integrato del "prodotto finito" (incidenza esatta) e degli "intermedi di processo" (esiti di recordlinkage di tutte le base dati utili) può costituire un interessante momento di sintesi dialettica tra esigenze contrapposte. Nello specifico questo approccio ha consentito al Registro Tumori provincia di Mantova di porsi di fronte alla propria azienda sanitaria, agli amministratori pubblici e soprattutto ai cittadini come uno strumento flessibile in grado di muoversi agevolmente nello spazio e nel tempo anche presente. Più in generale, suggerisce ai Registri Tumori di proporsi anche come strumento "prospettico" (e quindi di prevenzione) per gli studi di valutazione d'impatto sanitario (VIS), cioè per contribuire a formulare giudizi di ammissibilità sugli effetti sanitari globali che specifici interventi umani in fase di progettazione potrebbero determinare in fase di realizzazione.

REGISTRO TUMORI, STRUMENTO AUTOREVOLE PER LA GESTIONE DI UN ALLARME E PER LA COMUNICAZIONE DEL DATO: RISULTATI DI UN'ESPERIENZA

G. Candela¹, G. Canzoneri³, L. Gafà², B. Gisone³, B. Lottero¹, M. Ribaudò¹, T. Scuderi¹

¹Registro Tumori di Trapani – ³Dipartimento di Prevenzione ASL9 – ²Collaboratore Registro Tumori di Trapani
E-mail registro.tumori@asltrapani.it

Obiettivi

Tra i problemi che trovano più sensibile la popolazione, sicuramente quelli sanitari occupano un posto di primo piano. Nella recente esperienza eventi come installazioni di antenne per la telefonia mobile e morti ravvicinate di giovani persone hanno generato nella popolazione di Paceco, in provincia di Trapani, un forte allarme ed il fermo il convincimento che il territorio soffra di un eccesso di casi di tumore. Questa preoccupazione, pienamente condivisa dai medici di medicina generale (MMG) e dai pediatri di libera scelta (PdLS), ha finito per determinare l'istituzione di una commissione consiliare, che ha deciso di procedere ad una rilevazione della prevalenza e dell'incidenza indipendente da quella istituzionalmente effettuata dal Registro Tumori; perché l'indagine risultasse più credibile si è ritenuto di affidarne la realizzazione proprio ai MMG ed ai PdLS. Il Registro si è limitato a controllare l'appropriatezza della metodologia attuata perché non inficiasse i risultati e le conclusioni. Per il Registro la rilevazione parallela ha costituito ottima occasione di un controllo di completezza della registrazione ed un preciso adempimento istituzionale, considerate le motivazioni alla base dell'istituzione stessa del Registro.

Materiali e metodi

La popolazione di Paceco è di circa 11.000 abitanti e sul territorio comunale operano 9 medici di MMG e 1 pediatra. La rilevazione dell'incidenza effettuata da questi è relativa all'anno 2004 per un confronto con i dati del registro tumori, la prevalenza quella dell'anno 2006. Ai 9 medici e al pediatra del territorio è stata consegnata una scheda di rilevazione contenente un set minimo di dati relativi al medico, al paziente e al tumore. L'incidenza rilevata è stata confrontata con la registrazione effettuata dal registro Tumori di Trapani. Sono stati calcolati i SIR e gli EBSIR delle varie sedi tumorali e confrontati con i rispettivi SIR ed EBSIR degli altri comuni della provincia di Trapani. Con l'intento di avere un quadro quanto più dettagliato possibile si è proceduto anche alla georeferenziazione dei tumori nel territorio comunale.

Risultati

La rilevazione effettuata dai MMG e PdLS si è rivelata incompleta sia per quanto riguarda l'incidenza che la stima di prevalenza, mentre tutti i casi segnalati dai medici erano contenuti nella rilevazione effettuata dal registro. Escludendo i tumori della pelle, i casi segnalati dai curanti rappresentavano solo il 25% della rilevazione effettuata dal registro (12 casi/ 47 totali), mentre la prevalenza si discostava dalla stima calcolata dal registro sui dati forniti dall'ISS di circa il 30% in meno. Le cause della sottoregistrazione sono imputabili a diversi motivi: mancata informatizzazione degli archivi dei MMG, cancellazione dei deceduti (in particolare dei casi a bassa sopravvivenza), migrazione sanitaria con by pass del medico curante da parte dell'assistito (per tumori della tiroide, vescica e prostata), scarsa compliance da parte di qualche medico alla rilevazione, nonostante l'adesione iniziale. La rilevazione effettuata dal pediatra coincideva invece con quella del registro: nessun caso. I SIR e gli EBSIR calcolati dal registro prendendo come standard la popolazione della provincia, hanno dimostrato come la situazione del comune di Paceco, sia sostanzialmente simile a quella di tutto il territorio provinciale, inoltre nell'ambito del comune la georeferenziazione non ha evidenziato presenza di cluster.

Discussione

I risultati sono stati illustrati alla popolazione e alla commissione nel corso di un incontro. Fondamentale è risultato, in quella occasione, il ruolo del Registro Tumori sia per la comunicazione del dato, sia perché ha dimostrato chiaramente come i MMG e i PdLS, pur ritenendosi i termometri della situazione locale, non possono sostituirsi al

Registro Tumori perché mancano degli strumenti metodologici per l'esecuzione di una corretta indagine epidemiologica. Compito non trascurabile dei Registri Tumori, quindi, oltre a quello della ricerca epidemiologica, è quello da esercitarsi a livello locale, stabilendo canali di comunicazione con gli enti locali, la classe medica, i cittadini, garantendo alla popolazione di essere correttamente informata dei rischi reali esistenti nel proprio territorio ed aiutandola ad operare una distinzione tra problematiche reali, che possono essere affrontate, ed allarmismi quasi sempre reattivi ad eventi emotivi.

**IL PROGETTO "CANCER MAPPING IN ALPINE REGIONS 2001-2005":
DATI PRELIMINARI**

S. Tognazzo¹, W. Oberaigner², F. Vittadello³, L. Battisti⁴, F. Bellù⁵, H. Concin⁶, L. Dal Maso⁷, SM. Ess⁸,
H. Frick⁹, J. Klocker¹⁰, J. Lettner¹¹, A. Spitale¹², G. Tagliabue¹³, R. Tessandori¹⁴, M. Žakelj¹⁵

¹Istituto Oncologico Veneto - IRCCS - Padova, ²Institut für klinische Epidemiologie der TILAK - Innsbruck,
³Centro Explora - Padova, ⁴Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari - Osservatorio Epidemiologico - Trento,
⁵Azienda Sanitaria dell'Alto-Adige - Servizio di Anatomia Patologica - Bolzano, ⁶Arbeitskreis für Vorsorge
und Sozialmedizin gGmbH - Bregenz, ⁷Friuli Venezia Giulia Cancer Registry - Udine, ⁸Kantonsspital St.Gallen,
⁹Kantonsspital Graubünden, ¹⁰Institut für Strahlentherapie und Radioonkologie LKH - Klagenfurt, ¹¹Tumorregister des
Landes- Salzburg,
¹²Registro Tumori Canton Ticino - Istituto Cantonale di Patologia - Locarno, ¹³Istituto Nazionale Tumori - Milano,
¹⁴Azienda Sanitaria Locale - Osservatorio Epidemiologico - Sondrio, ¹⁵Onkološki Inštitut - Ljubljana
E-mail sandro.tognazzo@ioveneto.it

Obiettivi

Elaborazione di un Atlante dell'incidenza e mortalità per cancro nelle Regioni Alpine, basato su stime stabili della distribuzione geografica della patologia.

Materiali e metodi

Partecipano al progetto 14 Registri Tumori di Austria (Carinzia, Salisburghese, Tirolo, Vorarlberg), Italia (Friuli Venezia Giulia, Sondrio, Sud Tirolo, Trentino, Varese, Veneto), Svizzera (Grigioni e Glarona, San Gallo, Ticino) ed il Registro nazionale della Slovenia; vengono considerate solo le aree alpine di ciascun registro, per una popolazione totale di oltre 6 milioni di individui. I dati di incidenza e mortalità forniti dai Registri riguardano in totale 221 unità geografiche, con popolazione mediana pari a 19.383 abitanti, e riguardano il quinquennio più recente disponibile (prevalentemente 2001-2005, in alcuni casi 2000-2004 o 1998-2001). Vengono analizzate le 12 sedi, o gruppi di sedi, più rilevanti: prime vie aero-digestive, stomaco, colon retto, polmone e bronchi, mammella, utero (cervice e corpo), ovaio, prostata, vescica, linfomi e mielomi, leucemie. Inoltre, si analizzerà il complesso dei tumori maligni, esclusi i tumori cutanei diversi da melanoma, e, per i maschi, il medesimo totale escludendo anche i tumori prostatici. Per ogni Registro, sede e sesso, sono stati calcolati i tassi d'incidenza e di mortalità grezzi, i tassi standardizzati (usando la popolazione mondiale standard), i rapporti d'incidenza e di mortalità standardizzati (SIR, SMR), con i relativi intervalli di confidenza al 95%. I dati preliminari riguardano gli indicatori d'incidenza per Registro, sede e sesso.

Risultati

MASCHI Il totale tumori maligni, escluse cute e prostata, mostra una polarizzazione tra incidenze elevate in Italia (tranne Trentino, Sud Tirolo) e basse in Austria e Svizzera, con la Slovenia in posizione intermedia. I tumori prostatici sono i più frequenti ovunque, tranne in Slovenia, con incidenza molto variabile, anche entro la stessa nazione, ma maggiore in Austria. Il polmone mostra incidenza più elevata a Varese, Sondrio, Veneto, Slovenia, inferiore nelle regioni austriache, Cantone San Gallo, Trentino, Sud Tirolo. Vi è una netta contrapposizione, tra aree ad alta e bassa incidenza, per prime vie aero-respiratorie ed esofago, e per la vescica. Nelle prime, vi sono valori elevati nelle aree italiane, tranne Varese; bassi e simili, in Austria e Svizzera. Per la vescica, i tassi elevati sono geograficamente sparsi, riguardando Carinzia e Salisburghese, in Austria; Varese, Veneto, Sud Tirolo, in Italia; i tassi inferiori si riscontrano in Tirolo, Vorarlberg e Slovenia. Le sedi che presentano minori differenze d'incidenza sono: colon retto, stomaco, linfomi e leucemie. **FEMMINE** Nel totale tumori maligni, esclusa cute, non si riscontrano marcate differenze, a parte un significativo eccesso d'incidenza nel Veneto. La variabilità è generalmente inferiore rispetto ai maschi, e riguarda cervice uterina, stomaco e linfomi. Sede con maggior incidenza è la mammella, con valori significativamente più elevati in alcune aree italiane (Veneto, Varese, Sondrio) e livelli minimi in Slovenia e

Cantone San Gallo. La maggior parte delle aree italiane ha incidenza più elevata per tumori dello stomaco; linfomi e mieloma mostrano livelli più bassi prevalentemente in Austria, e più alti a Sondrio, Veneto e Canton Ticino. Per la cervice uterina vi è una netta contrapposizione tra Slovenia, Carinzia, Tirolo, con alta incidenza, e tutte le altre aree. Le altre sedi presentano differenze d'incidenza meno marcate.

Discussione

Nonostante le popolazioni considerate presentino molte caratteristiche socio-demografiche comuni, si osserva in generale una sensibile variabilità nell'incidenza, soprattutto tra i maschi. In questo quadro, emergono la sfavorevole posizione delle aree italiane, escluso il Trentino - Alto Adige, nel sesso maschile, ed il primato negativo dell'area alpina veneta, in entrambe i sessi. Per i tumori prostatici, parte della variabilità può dipendere da differenze nell'utilizzo del test PSA e dall'avvio di programmi screening in alcune aree; lo screening mammografico può parimenti influenzare l'incidenza dei tumori mammari. Infine, i dati sui tumori vescicali potrebbero essere influenzati da differenze nei criteri di registrazione adottati dai Registri. Nel proseguo dell'analisi, i dati di incidenza e mortalità delle singole unità geografiche verranno "smussati", prima di tracciare le mappe, usando il noto modello bayesiano di Besag, Yorke e Mollié, al fine di ridurre la variabilità casuale e l'instabilità.

COMUNICAZIONI ORALI III

MODERATORI: R. Zanetti, C. Castobello

Melanoma cutaneo: tra diagnosi precoce e forme spesse

E. Crocetti, C. Buzzoni, A. Corbinelli, F. Giusti, T. Intriari, G. Manneschi, L. Nemcova, C. Sacchetti, A. Chiarugi, P. Nardini, E. Paci

Mesoteliomi e altre neoplasie nel sesso femminile: presentazione di alcuni casi

R. De Zotti, D. Rametta, P. De Michieli

Sarcoma di kaposi classico in Italia: un'analisi dei dati di mortalità

V. Ascoli, G. Minelli, L. Frova, M. Pace, S. Conti

Effetti sull'attività dei registri tumori della registrazione di mortalità e dell'introduzione dell'ICD-10

A. Giacomini, P. Vercellino

La sopravvivenza dei pazienti oncologici anziani (= >70 anni) e degli adulti di mezza età (55-69 anni) in Italia nel periodo 2000-2002

A. Quaglia, R. Lillini, C. Buzzoni, M. Vercelli a nome del Gruppo di Lavoro ELDCARE Italia

Incidenza dei tumori ematologici nelle aree italiane

C. Allemani, P. Minicozzi, R. De Angelis, C. Tereanu, F. Berrino, F. Bellù, R. Cesaraccio, V. De Lisi, A. Donato, F. Falcini, S. Ferretti, A. R. Fiore, M. Fusco, A. Giacomini, S. Luminari, L. Mangone, E. Paci, S. Piffer, M. Scheibel, D. Serraino, R. Tumino, M. Vercelli, R. Zanetti e M. Sant

Elevata incidenza del carcinoma tiroideo nell'area vulcanica della Sicilia.

Dati del Registro Tumori Tiroidei Siciliano.

G. Pellegriti, C. Scollo, P. Malandrino, G. Dardanoni, F. De Vathaire, M. Attard, M.A. Violi, F. Trimarchi

MELANOMA CUTANEO: TRA DIAGNOSI PRECOCE E FORME SPESSE

Emanuele Crocetti, Carlotta Buzzoni, Antonella Corbinelli, Francesco Giusti, Teresa Intriari, Gianfranco Manneschi, Libuse Nemcova, Claudio Sacchetti, Alessandra Chiarugi¹, Paolo Nardini¹, Eugenio Paci

Registro Tumori Toscano, UO Epidemiologia Clinica e Descrittiva e ¹Servizio diagnosi precoce melanoma, ISPO-Firenze

E-mail e.crocetti@ispo.toscana.it

Obiettivi

Valutare l'andamento dell'incidenza del melanoma cutaneo in relazione allo spessore e al tipo morfologico. Lo spessore rappresenta il principale indicatore prognostico per il melanoma cutaneo. L'attività di diagnosi precoce ha lo scopo di diagnosticare i melanomi in una fase sottile efficacemente trattabile con la chirurgia.

Materiali e metodi

Si sono utilizzati i dati del Registro Tumori Toscano per il periodo 1985-2004. Si sono analizzati 4 quinquenni. Sono stati considerati i seguenti tipi morfologici (codice ICD-O 3 morfologico): a diffusione superficiale (8743), su lentigo maligna (8742), nodulare (8721), altri, non specificato (8720). Lo spessore è stato definito come: sottile (0.01-0.99 mm), intermedio (1.00-1.99 mm), spesso (2+mm).

Risultati

Nel corso del tempo l'incidenza del melanoma cutaneo è notevolmente aumentata. Il numero dei melanomi (infiltranti) è cresciuto del 57% dal 1985-89 (n. 442) al 2000-04 (n. 1020). La proporzione di melanomi sottili è aumentata dal 18.6% al 45.5%, mentre quella dei melanomi spessi si è ridotta dal 28.1 al 20.5, si sono ridotti le forme intermedie da 17.9 a 12.9 e i casi per i quali l'informazione sullo spessore non è disponibile, da 35.5 a 21.1%. L'incremento dell'incidenza si osserva soprattutto a carico dei melanomi a diffusione superficiale. Nel tempo la mediana dello spessore è passata da 1.7 a 0.8 mm. La riduzione della mediana è avvenuta per le forme SSM da 1.20 a 0.68 mm. Tra i melanomi spessi (≥ 2 mm) nel corso del tempo non c'è stata riduzione né della media (da 4.2 a 4.9 mm) né della mediana (da 3.3 a 3.7 mm) dello spessore. Nel periodo più recente (2000-2004) i melanomi nodulari rappresentano il 6.2% del totale e il 24.5% delle forme ≥ 2 mm. Non si è osservata una riduzione della mediana dello spessore per le forme nodulari.

Discussione

La riduzione media dello spessore del melanoma alla diagnosi è dovuta all'identificazione di melanomi sempre più sottili mentre le forme spesse non hanno mostrato una anticipazione della diagnosi. Una parte consistente delle forme spesse sono di tipo nodulare. Il trend dei melanomi nodulari è rimasto sostanzialmente stabile e il loro spessore mediano non è cambiato nel corso del tempo. Questi tumori, più di altri, rappresentano il bersaglio per i futuri interventi di prevenzione.

**MESOTELIOMI E ALTRE NEOPLASIE NEL SESSO FEMMINILE:
PRESENTAZIONE DI ALCUNI CASI**

Renata De Zotti, Delia Rametta, Paola De Michieli

U.C.O. Medicina del Lavoro. Azienda Ospedaliero- Universitaria "Ospedali Riuniti di Trieste"
Si ringraziano per la collaborazione i colleghi delle ASS: Triestina (A. Muran, D. Calligaro),
Goriziana (L. Santarpia), Alto Friuli (S. Mentil), Medio Friuli (B. Alessandrini),
Basso Friuli (G. Munafò) e Friuli Occidentale (C. D'Alessandro).
E-mail dezotti@univ.trieste.it

Obiettivi

Scopo del presente studio è proporre alla discussione il ruolo di altre neoplasie nella diagnosi di Mesotelioma (MM) nel sesso femminile, partendo dalla descrizione di una piccola casistica.

Materiali e metodi

Sono stati considerati i casi di MM associati a diagnosi di altra neoplasia, identificati tra 328 casi (281 maschi e 47 femmine) di mesotelioma maligno diagnosticati nelle province di Trieste e Gorizia nel periodo 2000-2007. La diagnosi di mesotelioma è stata posta nel rispetto delle Linee Guida proposte dal Registro Nazionale dei Mesoteliomi. La ricerca di altre neoplasie pre-esistenti o contemporanee alla diagnosi di MM è stata effettuata utilizzando i dati del Registro Tumori della Regione (periodo '95-'03), informazioni derivanti dalle anatomie patologiche e dalle cartelle cliniche. La valutazione sulla pregressa esposizione professionale o extraprofessionale ad asbesto è stata effettuata secondo criteri standardizzati.

Risultati

Complessivamente 54 dei 328 soggetti (16%), 10 dei quali di sesso femminile, presentavano oltre al mesotelioma anche diagnosi di almeno un altro tumore, diagnosticato prima o contemporaneamente al mesotelioma stesso. Le sedi di tumore diverse dal mesotelioma sono risultate, in ordine di frequenza: cute, prostata, mammella, polmone, rene e intestino. Tra i 54 soggetti con tumore multiplo è stata identificata una pregressa esposizione ad asbesto in 31 maschi e 6 femmine. Le caratteristiche delle 10 donne con diagnosi di MM e altre neoplasie sono riportati nella tabella. Tutti i casi presentavano localizzazione pleurica e, ad eccezione di uno, la diagnosi di mesotelioma risultava "certa". Cinque delle 6 donne con pregressa diagnosi di ca mammario hanno sviluppato il mesotelioma omolateralmente e tutte erano state trattate con radio e/o chemioterapia.

Discussione

La diagnosi di mesotelioma maligno è talora complessa e il livello di certezza diagnostica è subordinato alla disponibilità di materiale istologico per la valutazione al microscopio elettronico e per le colorazioni immunoistochimiche. Tra le difficoltà diagnostiche vi è la diagnosi differenziale con metastasi di altri tumori e per le donne la diagnosi differenziale può risultare difficile quando il soggetto è affetto anche da tumori della mammella, che è la neoplasia più frequente nel genere femminile. E' possibile, inoltre, che trattamenti per altre neoplasie diventino causa/concausa di MM o che la presenza di più neoplasie esprima una particolare suscettibilità della persona per patologie neoplastiche. Sono descritti casi di MM dopo terapia radiante e/o chemioterapia per vari tipi di tumori, tra cui tumore al seno, e vi è l'ipotesi che la combinazione tra esposizione ad asbesto e radioterapia possa essere sinergica. I casi presentati, pur con i limiti della numerosità, suggeriscono l'opportunità di ulteriori indagini sulla relazione mesoteliomi e tumori al seno tra le donne. Senza nulla togliere al ruolo causale universalmente riconosciuto all'esposizione professionale ed extraprofessionale ad asbesto, questo tipo di approfondimento potrebbe aiutare a meglio comprendere altri meccanismi causali o con casuali del mesotelioma.

Casi	Età	Istologia	Incidenza MM	Altre neoplasie	Terapia	Esp. ad asbesto
MM	88	Epitelioide DX	2000	Mamm SX ('94)	?	Familiare
OC	84	Bifasico DX	2007	Mamm DX ('65)	Radio	No
RN	62	Epitelioide DX	2002	Mamm DX('00) + LH '68	Radio	No
NG	42	Generico * SX	2000	Mamm SX '94	Chemio	No
NL	74	Bifasico DX	2003	Mamm DX '97 + Vulva '99	Radio	Professionale
PF	84	Epitelioide SX	2004	Mamm SX '96 + Vescica '93	Radio	Familiare
TR	78	Epitelioide	2001	Cute '96	-	Professionale
CG	93	Epitelioide	2002	Rene '02	-	Non classificabile
CA	65	Epitelioide	2002	Cute '02	-	Professionale
BI	77	Bifasico	2001	LNH '97	Chemio	Professionale

*probabile

SARCOMA DI KAPOSÌ CLASSICO IN ITALIA: UN'ANALISI DEI DATI DI MORTALITÀV. Ascoli¹, G. Minelli², L. Frova³, M. Pace³, S. Conti²

*Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università La Sapienza¹; Ufficio di Statistica, Istituto Superiore di Sanità²
Servizio Sanità e Assistenza, ISTAT³
E-mail valeria.ascoli@uniroma1.it*

Obiettivi

In Italia la diffusione del sarcoma di Kaposi classico (SK-C) è stata fino ad ora indagata con studi di incidenza (fonte Registri Tumori, copertura 21% della popolazione). Principale obiettivo di questo lavoro è fornire un quadro più approfondito del SK-C in Italia, a partire dall'analisi dei dati di mortalità italiani. Secondo obiettivo è analizzare le malattie, in particolare tumori, che si accompagnano al SK-C.

Materiali e metodi

Ci siamo avvalsi della Base di Dati della Mortalità in Italia (elaborata dall'Ufficio di Statistica dell'ISS a partire dai dati ISTAT) e di una fonte innovativa: i record individuali di decesso raccolti dall'ISTAT e disponibili presso l'Ufficio di Statistica, che contengono l'indicazione di tutte le cause di morte (iniziale, terminale e tutti gli stati morbosi rilevanti) così come segnalati dal medico necroscopo. Sono stati esaminati 8 anni (1995-2002). Avendo esclusi i decessi in cui il SK si accompagna all'HIV/AIDS e a trapianto è stato costruito un quadro descrittivo, per genere, età, patologie neoplastiche/non-neoplastiche concomitanti e localizzazione geografica di decesso, residenza e nascita dei decessi in SK-C.

Risultati

Nel periodo in esame sono decedute 1967 persone nel cui certificato di morte è fatta menzione del SK tra cui 902 con HIV/AIDS e 30 sottoposte a trapianto. Poiché il 95.5% dei casi HIV/AIDS sono soggetti di età <65 anni, sono stati esclusi ulteriori 89 decessi di tale età. L'analisi riguarda pertanto 946 persone decedute con età >65 anni attribuibili a SK-C. Il rapporto di genere è di 1.9 a sfavore degli uomini. L'analisi delle occorrenze di malattie concomitanti ha evidenziato una frequenza piuttosto elevata di malattie cardiovascolari (359), respiratorie (125) e tumori (202). Per i tumori, sono stati calcolati i Rate Ratio (RR; IC-95%) confrontando i dati delle 946 persone con i dati ufficiali di mortalità specifica nella popolazione generale nello stesso arco temporale. Nell'ambito dei tumori solidi, la quota di quelli polmonari risulta inferiore rispetto all'atteso nella popolazione generale di 65 anni e più (RR=0.40; IC-95% 0.24-0.62). Sono in eccesso nel complesso i tumori del sistema emolinfopoietico (RR=4.4; IC-95% 3.50-5.50): linfomi Hodgkin (RR=11.8) e non-Hodgkin (RR=4.22), la leucemia linfatica cronica (RR=11.03) e il mieloma multiplo (RR=2.27). E' stata inoltre effettuata un'analisi geografica a livello regionale e provinciale che ha evidenziato disomogeneità quali valori più elevati della media nazionale in alcune regioni di decesso: Lombardia, Sardegna, Puglia, Calabria. Considerando la regione di nascita -importante data le caratteristiche della patologia studiata- si evidenziano eccessi anche in Basilicata e Sicilia.

Discussione

Questo studio è importante poiché basato su dati a copertura nazionale e fornisce una stima conservativa della diffusione del SK-C in Italia. Supporta alcune acquisizioni della letteratura sul SKC: prevalenza di pazienti anziani e di genere maschile, distribuzione geografica non omogenea sul territorio nazionale, associazione positiva con alcuni tumori (in particolare linfomi e leucemie) e negativa con altri (polmone).

**EFFETTI SULL'ATTIVITÀ DEI REGISTRI TUMORI DELLA REGISTRAZIONE DI MORTALITÀ
E DELL'INTRODUZIONE DELL'ICD-10**

Dr. Adriano Giacomini, Dr. Piercarlo Vercellino

*Registro Tumori Piemonte, Provincia di Biella (CPO) – SSD Epidemiologia ASL BI**E-mail adrigiac@tin.it***Obiettivi**

Al di là di quello che potrà essere fornito in futuro dall'ISTAT come dati di mortalità per causa e come materiale per l'uso operativo nei Registri, lo studio si propone di valutare l'impatto di diverse modalità di gestione del registro di mortalità e l'impatto del passaggio da ICD-9 a ICD-10 sulla mortalità per causa neoplastica, per capire quali effetti si abbiano sulla gestione dei casi DCI e di quella dei casi NSE, ambedue in grado di incidere su indicatori di qualità: proporzione di casi DCO, proporzione di casi senza conferma istocitologica.

Materiali e metodi

Il Registro Tumori Piemonte - Provincia di Biella fin dall'inizio ha gestito un separato archivio di mortalità per l'intera Provincia, con una codificazione manuale basata sulle regole ISTAT di codificazione e l'applicazione dell'ACME (Automated Classification of medical Entities) relativamente all'attribuzione della causa principale, effettuata da un operatore medico; in caso di cause tumorali non attribuibili come cause principali, le stesse sono state registrate in due campi aggiuntivi; sono inclusi in questa procedura anche cause tumorali benigne, in situ ed a comportamento incerto o sconosciuto, nonché talune cause ematologiche. Dal 2003 si è proceduto alla codificazione in parallelo ICD9- ICD10, ovviamente applicando le rispettive regole ISTAT e ACME; a differenza dell'ISTAT, si è sempre utilizzata l'ultima versione utile dell'ACME. Dal 2006 si è integrato il database con l'introduzione di un campo dedicato al luogo di decesso, informativo di una potenziale differenza di qualità di redazione della scheda ISTAT. I dati sottoposti ad analisi si riferiscono al quinquennio 2003-2007 (compresi i decessi avvenuti nell'ASL di non residenti), in cui la causa di morte principale è stata attribuita a tumori in 3562 decessi, ed a cause ematologiche di interesse in 97 casi, 39 dei quali inclusi direttamente tra i tumori maligni o incerti. Il bridge-coding tra ICD9 e ICD10 è stato effettuato partendo da ICD9 mediante stratificazioni per sesso e classi di età.

Risultati

L'utilizzo di campi aggiuntivi ha portato: * quando la causa principale di morte non poteva essere attribuita a tumore, al reperimento di ulteriori 491 casi di tumore, di cui 390 maligni * quando la causa principale era tumorale, al reperimento di ulteriori 217 casi di tumore, di cui 179 tumori maligni. Il contributo informativo aggiuntivo è pari al 19,3% nel caso di confronto tra tutti i tumori, e del 17,1% limitando il confronto ai soli tumori maligni. Non considerando i campi aggiuntivi, l'utilizzo di codici di causa principale per tumore non maligno (n.140 eventi) porta ad un incremento informativo rispetto ai tumori maligni assunti come causa di morte principale pari a solo il 4%. Il passaggio a ICD10 ed alle relative regole applicative, con una Comparability Ratio verificata essere pari a 1,01 (sostanziale concordanza, in linea con la letteratura internazionale), porta a: · 8 casi in cui il tumore non è più causa principale di morte · 37 casi in cui si ha la ricorrenza del codice C97 (tumori maligni multipli) · 33 casi in cui il tumore polmonare viene ricondotto a metastasi di altro tumore maligno (30 eventi) o viene integrato nel codice C97 (3 eventi) · 21 casi passano dalla definizione di tumore maligno ad eventi classificati come D01-D48 · 12 casi passano da una causa non tumorale ad una causa principale tumorale maligna · 30 casi passano da una definizione non tumorale ad eventi classificati come D01-D48, in particolare nel campo ematologico per neoplasie designate come maligne da ICD-O-3

Discussione

L'impatto della classificazione di mortalità ICD10 pare non essere così rilevante sugli indicatori di qualità. La perdita di informazione di dettaglio è compensata da una parte da un bilancio positivo connesso ai maggiori ingressi

nelle categorie C00-D48, e da una migliore definizione di talune nosologie (come ad esempio per i tumori epatici). Nettamente più rilevante è il problema metodologico sui criteri di inclusione dei pazienti deceduti per cause tumorali. L'aumento di sensibilità conseguente all'estensione dei codici oltre le categorie dei tumori esplicitamente maligni, ed ancor di più all'inclusione di codici aggiunti tumorali consente di recuperare informazioni utili soprattutto nelle fasce di età più anziane, caratterizzate da comorbidità e con maggiore esperienza di tumori multipli; poiché tali fasce di età sono anche quelle con livelli di conferma isto-citologica inferiore e con un'assistenza domiciliare preferenziale successivamente a diagnosi ambulatoriali, ciò si traduce in un miglioramento nella gestione dei casi NSE ed in un peggioramento nella percentuale di DCO. Ai fini della Banca Dati, e delle verifiche degli indicatori di qualità, è quindi necessario garantire l'uniformità di valutazione chiedendo espressamente a ciascun Registro quali siano i criteri di inclusione della mortalità ai fini della ricerca dei DCI, e le procedure di gestione in dettaglio di eventuali Registri di mortalità locali. Ai fini dell'attività dei Registri, tuttavia, l'indispensabilità di dati nominativi aggiornati, le informazioni aggiuntive ricavabili ed i ritardi dei flussi informativi nazionali portano a ritenere necessaria una discussione su quale sia il gold-standard informativo ed organizzativo (registri locali o regionali).

LA SOPRAVVIVENZA DEI PAZIENTI ONCOLOGICI ANZIANI (= 70 ANNI) E DEGLI ADULTI DI MEZZA ETÀ (55-69 ANNI) IN ITALIA NEL PERIODO 2000-2002

Alberto Quaglia¹, Roberto Lillini¹, Carlotta Buzzoni², Marina Vercelli^{1,3}
a nome del Gruppo di Lavoro ELDCARE Italia

¹SSD Epidemiologia Descrittiva, Registro Tumori Liguria, Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, Genova,
²UO Epidemiologia Clinica e Descrittiva, ISPO, Firenze, ³Dipartimento di Scienze della Salute, Univ. di Genova
E-mail alberto.quaglia@istge.it

Obiettivi

Alla luce dei risultati recenti emersi dallo studio EUROCARE a riguardo dei pazienti anziani europei, che hanno rivelato differenze in sopravvivenza molto marcate tra ultrasettantenni e adulti di mezza età (Quaglia et al., 2008), si è ritenuto opportuno analizzare le caratteristiche della sopravvivenza per le stesse classi di età in Italia. Obiettivo di questo studio è paragonare la sopravvivenza dei pazienti anziani (≥ 70 anni) con quella degli adulti di mezza età (55-69 anni) in Italia per alcune sedi tumorali e per il periodo 2000-02.

Materiali e metodi

La sopravvivenza relativa a 1 e 5 anni dalla diagnosi è stata calcolata tramite la metodologia di periodo, utilizzando il software SEER*stat. Per stimare la sopravvivenza negli anni 2000-02 sono stati utilizzati i dati di incidenza 1996-2002 per il pool dei Registri Tumori italiani (Alto Adige, Biella, Ferrara, Firenze-Prato, Friuli Venezia Giulia, Genova, Modena, Napoli, Parma, Ragusa, Reggio Emilia, Romagna, Salerno, Sassari, Torino, Umbria, Veneto). I pazienti sono stati divisi per sesso e per gruppo di età (55-69 e ≥ 70 anni) e sono stati considerati tutti i tumori maligni combinati (eccetto carcinomi della cute e della vescica) ed una selezione di tumori di importanza rilevante o per frequenza assoluta o per particolari problemi clinico-patologici negli anziani. Il totale dei pazienti 50-69 anni è 56155, mentre il totale dei pazienti ≥ 70 anni è di 66543. Per paragonare la prognosi nei due gruppi di età si sono calcolati i Rischi Relativi di Eccesso di morte (RER) dei pazienti anziani rispetto agli adulti più giovani; infine è stata calcolata la sopravvivenza condizionale a 5 anni dalla diagnosi che esprime la sopravvivenza cumulativa dal secondo al quinto anno, cioè a condizione di essere sopravvissuti al primo anno di malattia.

Risultati

In tabella è presentata solo una parte dei risultati ottenuti: la sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi e quella condizionale per sede, sesso e classe di età, nonché i RER corrispondenti. I RER sembrano essere più alti nelle donne tranne che per il melanoma, che assume valore doppio negli uomini. Per tutti i tumori combinati l'eccesso di rischio nei maschi è contenuto, mentre nelle femmine è più dell'80%.

Appare critica la situazione dei tumori ginecologici e della mammella, i cui RER vanno da 1.64 a 2.49. Sono stati osservati RER molto più alti a 1 anno dalla diagnosi, come confermato dalla riduzione, più evidente nei maschi, del gap prognostico nella sopravvivenza condizionale che esclude la quota di mortalità precoce. Per tutti i tumori combinati la differenza di 6 punti percentuali in sopravvivenza negli uomini si azzerava completamente se si considerava la sopravvivenza condizionale; nelle donne si osserva lo stesso andamento, anche se la differenza non scompare del tutto (si scende da 20 a 8 punti percentuali).

Discussione

I RER osservati nelle donne sono più alti di quanto riscontrato in Europa da EUROCARE 4, per le stesse classi di età e lo stesso periodo di incidenza, con differenze marcate per la mammella e per i tumori ginecologici. Vista la crescente percentuale di tumori nell'età anziana e la frequenza elevata del cancro della mammella oltre i 70 anni, i dati riscontrati appaiono particolarmente allarmanti.

Nota bibliografica. A. Quaglia, A. Tavilla, L. Shack, H. Brenner, M. Janssen-Heijnen, C. Allemani, M. Colonna, E.

Grande, P. Grosclaude, M. Vercelli, The EURO CARE-4 Working Group: The cancer survival gap between elderly and middle-aged patients in Europe is widening. Eur J Cancer; 2008 (in press).

	Donne					Uomini				
	SR% 5-anni			SR% Condit. 5-anni		SR% 5-anni			SR% Condit. 5-anni	
	55-69	70-84	RER	55-69	70-84	55-69	70-84	RER	55-69	70-84
Tutti i tumori*	66.7	47.4	1.84	79.0	70.6	51.2	45.1	1.19	69.8	68.4
Colon-Retto	64.3	56.4	1.30	74.4	74.8	61.7	56.4	1.19	73.5	73.2
Melanoma	88.7	83.6	1.49	91.3	85.7	83.4	69.6	2.00	85.8	75.2
Mammella			88.0	79.3	1.81	89.8	83.7			
Collo utero		67.2	45.4	1.99	74.1	57.0				
Corpo utero		84.6	65.9	2.49	89.1	76.8				
Ovaio		39.8	22.0	1.64	50.6	39.6				
Prostata						89.6	82.6	1.74	90.9	85.6
Rene	76.9	60.5	1.91	86.2	79.7	69.5	60.8	1.37	81.9	81.0
LNH	67.2	46.5	1.93	78.2	67.4	63.2	48.2	1.59	78.3	69.5

* Esclusi carcinomi della pelle e tumori della vescica; LNH= Linfomi Non Hodgkin

SR% 5-anni= sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi

SR% Condit. 5-anni= sopravvivenza relativa condizionale a 5 anni dalla diagnosi

INCIDENZA DEI TUMORI EMATOLOGICI NELLE AREE ITALIANE

Claudia Allemani¹, Pamela Minicozzi¹, Roberta De Angelis², Carmen Tereanu¹, Franco Berrino¹, Francesco Bellù³, Rosaria Cesaraccio⁴, Vincenzo De Lisi⁵, Andrea Donato⁶, Fabio Falcini⁷, Stefano Ferretti⁸, Anna Rita Fiore⁹, Mario Fusco¹⁰, Adriano Giacomini¹¹, Stefano Luminari¹², Lucia Mangone¹³, Eugenio Paci¹⁴, Silvano Piffer¹⁵, Massimo Scheibel¹⁶, Diego Serraino¹⁷, Rosario Tumino¹⁸, Marina Vercelli¹⁹, Roberto Zanetti²⁰ e Milena Sant¹

¹Dip. di Medicina Predittiva e per la Prevenzione, S.C. Epidemiologia Eziologica e Prevenzione, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano, ²Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS, Roma, ³Registro Tumori Alto Adige, ⁴Registro Tumori Sassari, ⁵Registro Tumori Parma, ⁶Registro Tumori Salerno, ⁷Registro Tumori Romagna, ⁸Registro Tumori Ferrara, ⁹Registro Tumori Veneto, ¹⁰Registro Tumori Regione Campania, ¹¹Registro Tumori Biella, ¹²Registro Tumori Modena, ¹³Registro Tumori Reggiano, ¹⁴Registro Tumori Toscano, ¹⁵Registro Tumori Trento, ¹⁶Registro Tumori Umbro, ¹⁷Registro Tumori Friuli V.G., ¹⁸Registro Tumori Ragusa, ¹⁹Registro Tumori Liguria, ²⁰Registro Tumori Piemonte
E-mail claudia.allemani@istitutotumori.mi.it

Obiettivi

Valutare l'incidenza dei tumori ematologici per categoria morfologica nel periodo 2000-2002 nelle aree italiane coperte dai Registri Tumori (RT) partecipanti al progetto EURO CARE-4.

Materiali e metodi

Sono stati inclusi 14954 casi di tumore ematologico incidenti nella popolazione adulta (≥ 15 anni) nei RT tumori di Alto Adige (484), Biella (363), Ferrara (607), Firenze (1902), Friuli V.G. (1885), Genova (573), Modena (1025), Napoli (171), Parma (757), Ragusa (441), Reggio Emilia (724), Romagna (1670), Salerno (688), Sassari (564), Torino (878), Trento (196), Umbria (1100) e Veneto (926), nel periodo 2000-2002. I RT sono stati suddivisi in 3 aree geografiche: Nord (Alto Adige, Biella, Friuli V.G., Genova, Torino, Trento, Veneto), Centro (Ferrara, Firenze, Modena, Parma, Reggio Emilia, Romagna, Umbria) e Sud (Napoli, Ragusa, Salerno, Sassari). La morfologia, classificata secondo il codice ICDO-3, è stata raggruppata in 7 grandi categorie principali sulla base delle indicazioni del gruppo di lavoro del progetto HAEMACARE: Linfomi Hodgkin (LH), Linfomi non-Hodgkin (LNH), Neoplasie Plasmacellulari (NPC)- prevalentemente mieloma multiplo, Leucemia Mieloide Acuta (LMA), Sindrome Mieloproliferativa (SMP), Sindrome Mielodisplastica (SMD), Linfoma non altrimenti specificato (NAS). Sono state esaminate anche le categorie di LNH più frequenti (Linfoma a piccole cellule linfocitiche (LPCL), Linfoma Follicolare, Linfoma Diffuso di tipo B, Linfoma Linfoblastico). L'incidenza standardizzata per età (per 100.000), totale, per area e per gruppo morfologico, è stata calcolata, con il metodo diretto, utilizzando come standard la popolazione europea.

Risultati

Il 6% dei casi era rappresentato da LH, il 41% da LNH, il 16% da NPC, il 10% da LMA, l'8% da SMP, l'1% da SMD ed il 18% da NAS. L'incidenza dei LH era omogenea nelle diverse aree italiane. Nel periodo 2000-2002 l'incidenza globale in Italia era 4 per 100.000 per i LH, 18 per 100.000 per i LNH, 6 per 100.000 per le NPC, 4 per 100.000 per le LMA, 3 per 100.000 per le SMP ed inferiore a 1 per 100.000 per le SMD. Non vi erano significative variazioni di incidenza fra le aree aggregate di Nord, Centro e Sud. L'analisi per sottotipi di LNH evidenziava che l'incidenza dei LPCL era 5 per 100.000, dei Follicolari 3 per 100.000, dei Diffusi 4 per 100.000, dei Linfoblastici 1 per 100.000. Vi erano piccole non significative variazioni di incidenza tra gli anni considerati e tra i Registri.

Discussione

Questa analisi è stata condotta utilizzando le categorie morfologiche suggerite dal manuale WHO e dagli esperti del gruppo di lavoro HAEMACARE. Si tratta della prima applicazione di questi criteri. Le variazioni di incidenza per sottotipo morfologico tra i Registri sono presumibilmente attribuibili ad una disomogeneità nell'adozione delle nuove classificazioni. L'analisi dell'incidenza negli anni più recenti 2003-2005, utilizzando i dati della Banca AIRtum, consentirà una maggiore uniformità nella classificazione morfologica.

ELEVATA INCIDENZA DEL CARCINOMA TIROIDEO NELL'AREA VULCANICA DELLA SICILIA. DATI DEL REGISTRO TUMORI TIROIDEI SICILIANO

G. Pellegriti¹, C. Scollo¹, P. Malandrino¹, G. Dardanoni³, F. De Vathaire⁴, M. Attard⁵, M.A. Violi⁶, F. Trimarchi⁶

Divisioni di Endocrinologia delle Università di Catania¹, Palermo², Messina⁶; Registri di popolazione, Dipartimento Osservatorio Epidemiologico Palermo³; INSERM U605 Villejuif Paris⁴; Endocrinologia Ospedale Cervello Palermo⁸
E-mail gabriellapellegriti@hotmail.com

Obiettivi

L'incidenza del carcinoma tiroideo è progressivamente aumentata nell'ultimo ventennio. Tale incremento secondo alcuni è un artefatto secondario all'utilizzo sempre più frequente dell'ecografia nella diagnostica tiroidea. Tuttavia il ruolo dei fattori ambientali non può essere escluso. Oltre ai noti fattori di rischio, come le radiazioni ionizzanti e la carenza iodica, le aree vulcaniche sembrano essere associate ad un'elevata incidenza di questa neoplasia. Obiettivo del presente studio è valutare l'incidenza e la mortalità del carcinoma tiroideo in Sicilia, regione caratterizzata da una popolazione omogenea e dalla presenza di aree vulcaniche ed aree iodo-carenti.

Materiali e metodi

Raccolta e Registrazione dei casi di carcinoma tiroideo diagnosticati in Sicilia nel periodo 2002-2004. Valutazione dell'incidenza in rapporto all'età, al sesso, all'istotipo e ai differenti fattori ambientali, carenza iodica ed area vulcanica.

Risultati

Negli anni 2002, 2003 e 2004 in Sicilia sono stati diagnosticati 1,950 nuovi casi di carcinoma tiroideo (Tassi standardizzati per la popolazione mondiale ASR(W)=17.8/100,000 nelle donne (F) e 7/100,000 negli uomini (M). Il rapporto F:M era 4.3:1.0 (1,584 F; 366 M). La massima incidenza del tumore si osservava nelle classi di età comprese tra 40-60 anni sia nei M che nelle F. Il tasso di mortalità era 0.74 (0.59-0.89). L'incidenza era eterogenea essendo 2,3 volte maggiore nella provincia di Catania (dove oltre l'80% dei residenti vive nell'area vulcanica dell'Etna): ASR(W)=31.7/100,000 nelle F e 6.4/100,000 nei M, significativamente più elevata che nel resto della Sicilia (P<0.0001). La percentuale di microcarcinomi (≤ 10 mm) ed il rapporto F:M erano simili nelle 9 province Siciliane. Escludendo i microcarcinomi e valutando solo i tumori di diametro >10 mm l' ASR(W) era sempre significativamente più elevata nella provincia di Catania che nel resto della Sicilia (ratio=2.0, 95%CI=1.7-2.3, P=0.0001). L'istotipo papillifero (PTC) era quello più frequente: 1,739 (89.2%)/1,950 casi; nella provincia di Catania rappresentava il 94.1% di tutti i carcinomi tiroidei rispetto all' 86.2% osservato nel resto della Sicilia (P<0.0001, normalizzato per età e sesso). Non sono state osservate differenze nell'incidenza degli altri istotipi tra la provincia di Catania e le altre province Siciliane. Il PTC veniva diagnosticato nell'89.3% nelle aree non iodio-carenti e nell'87.2% nelle aree con moderata carenza iodica. Il rapporto PTC:FTC (carcinoma follicolare), normalizzato per sesso ed età, non differiva tra le due aree (P=0.8).

Discussione

L'incidenza del carcinoma tiroideo è significativamente più elevata nell'area vulcanica dell'Etna rispetto a quella osservata nelle aree non vulcaniche della Sicilia. L'elevata incidenza è dovuta ad un aumento dell'istotipo papillifero. Non è stata evidenziata alcuna differenza tra le aree con sufficiente o a lievemente carente apporto iodico. Questi dati e precedenti osservazioni in altre aree vulcaniche suggeriscono/indicano la possibilità che carcinogeni ambientali presenti nell'atmosfera vulcanica, nel suolo o nell'acqua possano provuovere la carcinogenesi tiroidea. L'identificazione di tali fattori potrebbe permettere l'adozione dei misure di prevenzione e possibilmente una migliore comprensione dei meccanismi responsabili della crescente incidenza del carcinoma tiroideo.

COMUNICAZIONI ORALI IV

MODERATORI: M. Budroni, G. Sciacchitano

Body Mass Index nella popolazione femminile di Modena e provincia che aderisce al programma di screening mammografico di popolazione

C. Cirilli, L. Cortesi, I. Rashid, R. Negri, E. Gallo, M.E. Artioli, M.E. Federico

Incidenza e prevalenza per il tumore al polmone in Italia: stime e proiezioni per il periodo 1970-2015

G. Zigon, R. Ciampichini, G. Gatta, E. Grande, S. Francisci, R. De Angelis, R. Capocaccia e gruppo di lavoro stime AIRtum

Carcinoma dell'endometrio e consumo di fibre: studio caso-controllo in Italia

E. Bidoli, C. Pelucchi, A. Zucchetto, E. Negri, L. Dal Maso, J. Polesel, M. Montella, S. Franceschi, D. Serraino, C. La Vecchia, R. Talamini

Proposta di studio ad alta risoluzione sulla sopravvivenza dei tumori del polmone in Italia: l'esperienza del Registro Tumori di Reggio Emilia

L. Mangone, M. Vicentini, C. Pellegri, C. Storchi, M. Sant, R. Capocaccia, S. Candela

Trend d'incidenza e di sopravvivenza dei tumori del colon-retto per la città e l'insieme degli altri comuni della provincia di Genova

C. Casella, A. Puppo, M.A. Orengo, E. Marani, M. Vercelli

Sopravvivenza da cancro degli agricoltori della Provincia di Forlì-Cesena

A. Ravaioli, O. Nanni, S. Salvatore, M. Palumbo, S. Giorgetti, R. Vattiato, A. Colamartini, M. Ravegnani, D. Amadori, L. Bucchi, F. Falcini

Fattori di rischio per metastasi cerebrali nel carcinoma mammario: primi risultati da uno studio di popolazione da registro tumori

A. Musolino, L. Ciccolallo, M. Panebianco, E. Fontana, D. Zanoni, P. Sgargi, A. Ardizzoni, V. De Lisi

Gestione del cancro della mammella nell'area di riferimento del Registro Tumori Campano: percorsi sanitari e variabili cliniche

M. Fusco, L. Maione, L. Gigli, R. Palombino, D. Puliti e Gruppo Progetto Impatto

BODY MASS INDEX NELLA POPOLAZIONE FEMMINILE DI MODENA E PROVINCIA CHE ADERISCE AL PROGRAMMA DI SCREENING MAMMOGRAFICO DI POPOLAZIONE

Cirilli C.¹, Cortesi L.¹, Rashid I.¹, Negri R.², Gallo E.², Artioli M.E.¹, Federico M.¹

¹Registro Tumori di Modena, Programma di Epidemiologia e Prevenzione Oncologica, Centro Oncologico Modenese; ²Centro Screening Mammografico di Modena
E-mail cirilli.claudia@policlinico.mo.it

Obiettivi

Il tumore della mammella è il più frequente nel sesso femminile ed è ormai noto che la dieta e lo stile di vita sono fattori coinvolti nella eziologia di questa malattia. A questo proposito molti studi sono stati condotti per studiare la relazione tra il sovrappeso e l'obesità attraverso l'uso dell'indicatore Body Mass Index (BMI). Lo scopo del nostro studio è stato quello di valutare l'associazione tra BMI e rischio di sviluppare una neoplasia della mammella tra le donne in postmenopausa invitate dal servizio screening di popolazione (SSP) di Modena e provincia.

Materiali e metodi

La popolazione in studio è rappresentativa dalle donne che tra il 1 Luglio 2004 e il 30 Giugno 2006 si sono recate al SSP per effettuare la mammografia (Mx). Le donne venivano pesate prima di eseguire la Mx e i valori di peso e altezza venivano raccolti dai tecnici di radiologia. In base al valore calcolato di BMI (kg/m²) le donne sono classificate in normopeso se il valore BMI era < 25, in sovrappeso quelle con BMI compreso tra 25 e 30 ed in stato di obesità quelle con valori superiori a 30. I casi di neoplasia verificatesi nel campione eleggibile di donne, sono stati identificati attraverso record linkage con il database del Registro Tumori della provincia di Modena. Si è utilizzata la regressione di Poisson per calcolare il rischio relativo aggiustato per età, di sviluppare una neoplasia mammaria nelle tre categorie di BMI considerate. L'analisi è stata condotta con il software STATA (versione 8.0 SE).

Risultati

Durante i due anni di arruolamento è stato possibile registrare peso e altezza in 15702 donne su 36611 di età superiore a 55 anni. Escludendo le donne che avevano avuto una diagnosi di tumore alla mammella precedente l'arruolamento, di un'altra neoplasia non mammaria durante l'arruolamento stesso, e le donne sprovviste di dati di follow-up, il campione eleggibile per lo studio è risultato di 14684 casi. Il valore medio di BMI è risultato 26,4 kg/m². Il tempo di follow-up medio è stato di 24 (range 0-35) mesi. Tra le donne pesate si sono verificati 156 casi di neoplasia mammaria, con un tasso grezzo di incidenza di 534 casi x100.000. 6262 donne (43%) sono risultate in normopeso, 5762 (39%) in sovrappeso e 2660 (18%) in situazione di obesità; sono stati diagnosticati 50, 72 e 34 neoplasie della mammella tra le donne normopeso, in sovrappeso, ed obese. Il tasso grezzo di incidenza (comprensivo dei tumori in situ) è risultato di 402 (x100.000) per le donne in normopeso, di 627 (x100.000) in quelle in sovrappeso e di 651 (x100.000) nelle donne obese. Il calcolo dei rischi relativi ha evidenziato che le donne in sovrappeso e obese hanno un rischio significativamente maggiore di sviluppare una neoplasia mammaria del 56% e 60% rispettivamente, al confronto con le donne normopeso (Tabella 1).

Discussione

I risultati ottenuti dal presente studio evidenziano un eccesso di rischio di sviluppare una neoplasia mammaria per le donne che in postmenopausa sono in condizione di sovrappeso/obesità, a conferma che l'eccesso di peso è un fattore di rischio per la neoplasia mammaria.

	BMI medio	RR	CI
BMI(Kg/m ²)			
<=24,99	22,6	1.0	-
25-29,99	27,2	1.56	1,09-2,24
>=30	33,5	1.60	1.03-2.47

Tabella 1. Rischio Relativo di neoplasia mammaria il relazione al BMI

**INCIDENZA E PREVALENZA PER IL TUMORE AL POLMONE IN ITALIA:
STIME E PROIEZIONI PER IL PERIODO 1970-2015**

Giulia Zigon, Roberta Ciampichini, Gemma Gatta, Enrico Grande, Silvia Francisci, Roberta De Angelis,
Riccardo Capocaccia e gruppo di lavoro stime AIRtum

¹Unità di Epidemiologia Valutativa, Fondazione IRCCS "Istituto Nazionale dei Tumori", Milano

²Unità di Epidemiologia Descrittiva e Programmazione Sanitaria, Fondazione IRCCS "Istituto Nazionale dei Tumori", Milano – ³Reparto di Epidemiologia dei Tumori, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS, Roma
E-mail giulia.zigon@istitutotumori.mi.it

Obiettivi

Lo scopo del presente lavoro è presentare le stime regionali italiane di incidenza, mortalità e prevalenza nel periodo 1970-2015 per il tumore al polmone (Età 0-99)

Materiali e metodi

Le stime sono state ottenute con il metodo MIAMOD (Mortality-Incidence Analysis MODel) che consente di stimare incidenza e prevalenza utilizzando i dati relativi alla mortalità e alla sopravvivenza relativa. I dati provenienti dai registri italiani AIRTUM sono stati utilizzati per stimare la sopravvivenza relativa per area geografica (Nord-Est, Nord-Ovest, Centro, Sud) e per sesso. Gli stessi registri sono stati utilizzati anche per la validazione delle stime d'incidenza relativamente ai periodi coperti da registrazione. La mortalità generale e specifica per il polmone e i dati relativi alla popolazione per il periodo 1970-2002 sono stati ottenuti dall'ISTAT.

Risultati

Uomini: Il trend d'incidenza e mortalità per gli uomini raggiunge valori massimi tra la fine degli anni 80 e l'inizio degli anni 90 cominciando poi a decrescere. Nel Nord-Ovest si nota un picco di incidenza negli anni compresi tra il 1990 e il 1995. Nel Nord-Est l'andamento temporale è il medesimo per tutte le regioni con un picco di incidenza nel periodo compreso tra il 1987 e il 1994. In Centro-Italia si raggiunge un picco d'incidenza nel periodo 1990-1996 per poi cominciare a decrescere con l'eccezione del Lazio che rimane stabile fino al 2005. Nel Sud Italia si nota una stabilizzazione della crescita nel periodo 2003-2007, mentre c'è un accenno alla decrescita solo a partire dal 2010 per tutte le regioni tranne che per l'aggregato Basilicata-Calabria. Donne: Il trend d'incidenza e mortalità per le donne è in crescita. Nell'area Nord-Ovest tutte le regioni hanno lo stesso andamento, mentre la Liguria si mantiene a livelli di incidenza più elevati. Il trend nelle regioni del Nord-Est risulta simile con il Trentino caratterizzato da valori più bassi. Andamento particolare è quello del Friuli che, dopo un punto di massimo raggiunto nel 1998, si assesta a livelli di incidenza più bassi rispetto alle altre regioni dell'area. I valori più alti d'incidenza in Centro Italia sono quelli della regione Lazio, che condivide l'andamento con le altre regioni dell'area. L'andamento dell'incidenza nelle regioni del Sud Italia è crescente e abbastanza uniforme. Le stime per area geografica per il 2009 sono presentate nella Tabella 1

Discussione

Lo studio fornisce le stime aggiornate di incidenza, mortalità e prevalenza per il tumore al polmone a livello regionale. Ci sono delle differenze marcate tra i due sessi che sono consistenti con la prevalenza del consumo di tabacco.

Tabella 1: Stime di INCIDENZA, MORTALITA' e PREVALENZA per il 2009. Numero di casi, tassi (proporzioni nel caso della prevalenza) crudi e standardizzati per età per 100,000 persone all'anno. Età 0-99

	INCIDENZA			MORTALITA'			PREVALENZA		
	Numero casi	Tassi crudi	Età-stand.	Numero casi	Tassi crudi	Età-stand.	Numero casi	Prop crude	Età-stand.
UOMINI									
NORD	11599	94	57	9978	81	48	29065	235	145
CENTRO	5159	99	63	4549	87	55	11844	227	145
SUD	8618	86	70	7322	73	59	14524	145	120
DONNE									
NORD	5,668	43	20	4,350	33	15	11,490	87	48
CENTRO	2,360	42	22	1,800	31	16	5,492	97	57
SUD	2,035	19	12	1,667	16	9	4,942	46	31

CARCINOMA DELL'ENDOMETRIO E CONSUMO DI FIBRE: STUDIO CASO-CONTROLLO IN ITALIA

Ettore Bidoli^{1,2}, Claudio Pelucchi³, Antonella Zucchetto^{1,2}, Eva Negri³, Luigino Dal Maso^{1,2}, Jerry Polesel^{1,2}, Maurizio Montella⁴, Silvia Franceschi^{5,2}, Diego Serraino^{1,2}, Carlo La Vecchia^{3,6}, Renato Talamini^{1,2}

¹Servizio di Epidemiologia e Biostatistica, Centro di Riferimento Oncologico, Aviano (PN), Italy, ²Registro Tumori del Friuli-Venezia Giulia, ³Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milan, Italy, ⁴Servizio di Epidemiologia, Istituto Tumori "Fondazione Pascale", Napoli, ⁵International Agency for Research on Cancer, Lyon Cedex, France, ⁶Istituto di Statistica Medica e Biometria, Università degli Studi di Milano
E-mail bidolie@cro.it

Obiettivi

Il consumo di fibre non è associato chiaramente con il carcinoma dell'endometrio. In questo studio caso-controllo, l'associazione tra carcinoma dell'endometrio e consumo di fibre alimentari è stata esaminata tenendo conto del tipo di fibre, della loro solubilità e degli alimenti da cui derivano. Lo studio è stato effettuato in 3 aree d'Italia tra il 1992 ed il 2004.

Materiali e metodi

I casi incidenti di carcinoma dell'endometrio avevano tutti la conferma istologica (n=454) ed erano ricoverati nei principali ospedali di Pordenone, Milano e Napoli. I controlli (n=908) erano donne ricoverate per patologie acute non-neoplastiche negli stessi ospedali dove sono stati reclutati i casi. Attraverso un questionario dietetico validato, somministrato da intervistatrici, sono state raccolte informazioni sul consumo di 78 alimenti. Per ogni quintile di consumo di fibre (fibre totali, fibre solubili, fibre insolubili tra cui cellulosa e lignina, fibre derivate da vegetali, frutta o semi) è stato calcolato l'Odds Ratio (OR) di sviluppare il carcinoma dell'endometrio, assieme all'Intervallo di Confidenza al 95% (IC95%), aggiustato per età, residenza, indice di massa corporea, attività fisica, scolarità, fumo, consumo di alcool, età al menarca, parità, stato menopausale, utilizzo di contraccettivi orali e terapie sostitutive in menopausa e diabete (residual model).

Risultati

Complessivamente, un elevato consumo di alimenti che contengono fibre non risulta associato ad una diminuzione del rischio di carcinoma dell'endometrio. Tuttavia, esaminando le varie componenti delle fibre si è notato che l'elevato consumo di alimenti contenenti lignina è associato ad una riduzione di rischio di carcinoma dell'endometrio (OR=0.7 - ultimo vs. primo quintile di consumo; IC95%:0.5-0.9; trend lineare: p=0.03). Inoltre, differenziando le fibre per solubilità (solubili o insolubili) o per origine (da vegetali, frutta o semi) non sono state osservate associazioni statisticamente significative con il rischio di carcinoma dell'endometrio. Questi risultati sono rimasti invariati suddividendo le analisi per strati di indice di massa corporea (<25 kg/m² vs. >25 kg/m²), stato menopausale (pre/perì vs. post) o uso di terapia sostitutiva in menopausa (no vs. sì).

Discussione

I risultati di questo studio sembrano suffragare l'ipotesi che un elevato consumo di alimenti contenenti lignina è associato con una riduzione del rischio di carcinoma dell'endometrio. Tuttavia, rimane da chiarire se questa associazione rifletta un effetto diretto della lignina o, piuttosto, sia semplicemente un indicatore indiretto di abitudini dietetiche salutari.

PROPOSTA DI STUDIO AD ALTA RISOLUZIONE SULLA SOPRAVVIVENZA DEI TUMORI DEL POLMONE IN ITALIA: L'ESPERIENZA DEL REGISTRO TUMORI DI REGGIO EMILIA

Lucia Mangone, Massimo Vicentini, Carlotta Pellegri, Cinzia Storchi, Milena Sant,
Riccardo Capocaccia, Silvia Candela

Registro Tumori di Reggio Emilia, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, Istituto Superiore di Sanità di Roma, Unità di Epidemiologia Azienda USL di Reggio Emilia
E-mail mangonel@ausl.re.it

Obiettivi

In Italia il tumore del polmone rappresenta la seconda neoplasia più frequente nei maschi e la terza nelle femmine, con un'elevata mortalità (1° posto nei maschi e 2° nelle femmine). La sopravvivenza a 5 anni è inferiore al 15% in entrambi i sessi, probabilmente legata a diagnosi tardiva (più del 66% dei tumori in stadio III e IV) ed a trattamenti inadeguati o inefficaci. Obiettivo di questo studio è fornire indicatori accurati per una corretta descrizione e valutazione della sopravvivenza dei tumori del polmone in Italia (ACC-RETE) e in Europa (EUROCARE) partendo dall'esperienza del Registro Tumori di Reggio Emilia.

Materiali e metodi

Per i tumori del polmone diagnosticati nel biennio 2002-2003 è stato recuperato lo stadio alla diagnosi utilizzando referti delle anatomie patologiche, cartelle cliniche e indagini strumentali. Successivamente è stata calcolata la sopravvivenza a 5 anni in relazione a stadio e morfologia. Sono state discusse, insieme agli specialisti (Chirurgia Toracica, Pneumologia, Anatomia Patologica, Medicina Nucleare), le variabili necessarie a definire un tracciato base ed uno specializzato per il polmone.

Risultati

Per i tumori NSCLC diagnosticati (630) è stato recuperato lo stadio alla diagnosi per 546 casi (87%). Oltre il 70% dei tumori è diagnosticato in stadio III e IV a fronte di un 10% in stadio I (che tuttavia passa al 2% se si escludono i casi con morfologia non specificata). La sopravvivenza dei casi con conferma istologica è del 14,6% mentre per le forme non specificate è del 3,6%. La sopravvivenza a 5 anni dei tumori in stadio I è del 43%, ma tale valore sale al 70% se dall'analisi si escludono le morfologie non ben specificate.

Discussione

Per confrontare i dati di popolazione prodotti dai RT per una patologia così disomogenea e complessa è richiesta una rigorosa messa a punto di criteri univoci di classificazione che permetta valutazioni accurate della sopravvivenza sia in ambito nazionale che internazionale.

TREND D'INCIDENZA E DI SOPRAVVIVENZA DEI TUMORI DEL COLON-RETTO PER LA CITTÀ E L'INSIEME DEGLI ALTRI COMUNI DELLA PROVINCIA DI GENOVAC. Casella¹, A. Puppo¹, M.A. Orengo¹, E. Marani¹, M. Vercelli^{1,2}¹SSD Epidemiologia Descrittiva, Istituto Nazionale Ricerca sul Cancro Genova²Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Genova

E-mail claudia.casella@istge.it

Obiettivi

I Rapporti AIRTUM sottolineano che in provincia di Genova i tassi di incidenza del tumore del colon-retto sono al di sopra della media italiana (TST Europa per 100.000 Genova vs Pool-RTI: 67.0 vs 64.6 nei maschi; 45.5 vs 40.6 nelle femmine), mentre i tassi di sopravvivenza mostrano valori inferiori alla media nazionale e paragonabili a quelli dei registri tumori del Centro-Sud, che sono però caratterizzati da tassi di incidenza più bassi. Obiettivo di questo studio è quindi formulare ipotesi sulle cause della bassa sopravvivenza osservata.

Materiali e metodi

Lo studio è stato condotto utilizzando i dati di incidenza del Registro Tumori Ligure riguardanti la città di Genova (1986-2003) e l'insieme degli altri comuni della provincia (1993-2003) per un totale di 14197 casi analizzati (7151 maschi e 7046 femmine). Sono stati calcolati per classi d'età e sesso i tassi di incidenza dell'intero periodo e periodi sestennali (1986-91, 1992-1997, 1998-2003). È stata inoltre calcolata la Sopravvivenza Relativa a 1, 3 e 5 anni dalla diagnosi (SR %) considerando il periodo di incidenza e l'età con il metodo di Hakulinen. Il calcolo dei tassi di incidenza e l'analisi dei trend di incidenza e sopravvivenza sono stati effettuati utilizzando il software SEER*Stat.

Risultati

Dai tassi di incidenza per tumore del colon-retto (tassi grezzi: circa 1000 casi annui, 128 casi per 100.000 abitanti nei maschi e 100 nelle femmine) non emergono differenze sostanziali tra città e insieme degli altri comuni della provincia genovese. Per l'intero periodo in studio (1986-2003) si è osservato un aumento medio annuo dell'incidenza di circa l'1% in entrambi i sessi. Considerando la distribuzione per età si osserva che circa l'85% dei casi viene diagnosticato nella popolazione sopra i 60 anni e che il 16% dei tumori nelle donne e l'8% negli uomini si concentra nella classe d'età 85 e più. Valutando la ripartizione per sottosedì si rileva che il 25% dei tumori insorge nel sigma, il 20% nel retto, l'11% nella giunzione retto-sigma, il 12% nel colon ascendente, il 7% nel discendente, il 9% nel cieco e circa il 10% nel colon trasverso e flessure. Per le sedi non altrimenti specificate si evidenzia una diminuzione passando dal 10% nel periodo 1986-1991 al 3.5% nel periodo 1998-2003. Per quanto riguarda la modalità di diagnosi si è assistito ad un miglioramento nel tempo, passando nelle conferme istologiche dal 78% al 93% nei maschi e dal 73% all'87% nelle femmine.

L'andamento della SR a 5 anni dalla diagnosi (SR-5 %) in entrambi i sessi pur mostrando un incremento, raggiunge solo nel periodo 1998-2003 il valore osservato nel Pool-RTI nel periodo 1995-1999 (57%). Nelle femmine la SR-5% è 58% sia a Genova, sia nell'insieme degli altri comuni della provincia, mentre nei maschi emergono piccole differenze con valori peggiori per i comuni della provincia, che tendono però ad allinearsi ai valori della città nell'ultimo periodo (56% città vs 53% altri). La SR-5% mostra una chiara diminuzione al crescere dell'età alla diagnosi: valori intorno al 58% si osservano ancora nella classe 60-74 anni, mentre si scende al 35% nella classe 85 anni e più.

Discussione

I pazienti con tumore del colon-retto mostrano a Genova valori di sopravvivenza costantemente più bassi della media nazionale, anche se si apprezza un miglioramento nel tempo. Ciò può essere ascritto sia alla mancanza di un programma di screening nel territorio che non consente una diagnosi precoce per le età meno avanzate,

sia alla composizione per età della popolazione genovese, che è tra le più anziane sul territorio nazionale e conseguentemente ha più probabilità di giungere alla diagnosi in fase tardiva. Il costante invecchiamento della popolazione ligure si riflette su una sempre più alta percentuale di tumori diagnosticati in soggetti di età avanzata. Infatti, i casi nei maschi con più di 75 anni raggiungono valori pari al 38% nel primo periodo e a 43.5% nell'ultimo periodo, mentre nelle femmine sono rispettivamente 60% e 70%. La peggior SR-5% osservata nelle fasce d'età più anziane, unita alla mancanza ad oggi di campagne di screening in parte giustificano il basso tasso di SR-5% globale osservato.

SOPRAVVIVENZA DA CANCRO DEGLI AGRICOLTORI DELLA PROVINCIA DI FORLÌ- CESENA

Alessandra Ravaioli¹, Oriana Nanni², Silvia Salvatore¹, Monica Palumbo¹, Stefania Giorgetti¹, Rosa Vattiato¹, Americo Colamartini¹, Mila Ravegnani¹, Dino Amadori³, Lauro Bucchi¹, Fabio Falcini¹

¹Registro Tumori della Romagna – IRST ²Unità di biostatistica - IRST ³Direzione Scientifica – IRST
E-mail a.ravaioli@irst.emr.it

Obiettivi

È noto che la vita nelle campagne si associa ad un noto vantaggio complessivo in termini di mortalità, ma poco si conosce sulle implicazioni avverse. In particolare, non è stato indagato in misura adeguata se il profilo culturale ed economico-sociale degli agricoltori si associ a ritardi diagnostici e difficoltà d'accesso ai servizi sanitari. In effetti, questa ipotesi è resa plausibile dal fatto che un basso standard economico-sociale e culturale è universalmente indicato come una barriera alla tempestività della diagnosi e all'adeguatezza dei trattamenti. Questo studio di popolazione intende valutare se gli agricoltori hanno una più bassa sopravvivenza da cancro rispetto alla popolazione non occupata in agricoltura.

Materiali e metodi

Lo studio analizza la coorte di agricoltori della Provincia di Forlì-Cesena già oggetto di precedenti studi di mortalità [1,2]. Essa comprende gli agricoltori di entrambi i sessi che hanno versato contributi all'INPS tra il 1957 ed il 1993, per un totale complessivo di 98616 persone. I criteri di eleggibilità per la definizione della coorte adottati per i precedenti studi di mortalità non sono stati considerati per il presente lavoro. La sopravvivenza da cancro dei casi incidenti nella coorte è confrontata con quella dei restanti casi di cancro incidenti nella Provincia di Forlì-Cesena nel periodo 1986-1993. Lo stato in vita è aggiornato al 31.12.2005 (data di cessazione del follow-up per entrambi i gruppi). Il confronto è stato eseguito per sessi separati e ha incluso ogni sede di cancro e tutte le sedi di neoplasia cumulate.

Risultati

Sono state escluse dall'analisi le persone decedute prima del 1986 (anno di inizio registrazione per il Registro Tumori della Romagna - RTRo) per un totale di circa 29000 casi (29.3%). La coorte restante, composta da 32674 maschi e 37081 femmine, è stata appaiata mediante procedure di record linkage con i record individuali della banca dati del RTRo (1986-2004). Il linkage ha avuto esito positivo per circa il 15% dei casi (fra questi si registrano anche 186 persone con un tumore invasivo precedente l'anno di inizio registrazione e 1866 persone con solo diagnosi di tumori in situ). La coorte eleggibile per lo studio composta da 2785 casi incidenti nel periodo in studio ha evidenziato 64 casi DCO (2.3%) esclusi dal computo dell'analisi della sopravvivenza. I tumori più frequenti che si registrano fra gli agricoltori sono il tumore dello stomaco (21%), del polmone (16%) e della prostata (11%) per i maschi, mentre per le femmine il tumore della mammella (20%), dello stomaco (19%) e del colon retto (14%). L'età mediana di insorgenza della malattia è 68 e 69 anni rispettivamente per maschi e femmine nella coorte degli agricoltori. La percentuale di sopravvissuti per tutte le sedi rispettivamente a 1 e 5 anni dalla diagnosi è 63.7% (IC95% 61.9-65.5) e 39.3% (IC95% 37.5-41.2) nella coorte degli agricoltori e 66.6% (IC95% 65.9-67.2) e 41.6% (IC95% 40.9-42.2) nella coorte dei non agricoltori. Tali differenze si evidenziano anche stratificando per sesso pur perdendo di significatività statistica. Non si osservano differenze importanti in funzione della qualifica professionale, proprietari terrieri verso salariati per quanto riguarda le femmine; mentre per i maschi, i salariati sopravvivono in percentuale inferiore sia ad 1 che a 5 anni, ma tali differenze non sono significative.

Discussione

I risultati emersi confermano che gli agricoltori rappresentano un sottogruppo della popolazione con caratteristiche epidemiologiche atipiche.

**FATTORI DI RISCHIO PER METASTASI CEREBRALI NEL CARCINOMA MAMMARIO:
PRIMI RISULTATI DI UNO STUDIO DI POPOLAZIONE DA REGISTRO TUMORI**

Antonino Musolino¹, Laura Ciccolallo², Michele Panebianco¹, Elisa Fontana¹, Daniele Zanoni¹, Paolo Sgargi²,
Andrea Ardizzoni¹, Vincenzo De Lisi²

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

²Registro Tumori della Provincia di Parma

E-mail VDelisi@ao.pr.it

Obiettivi

Alcuni studi retrospettivi hanno riportato una alta incidenza di metastasi (mts) cerebrali nelle pazienti (pts) affette da carcinoma (ca) mammario HER-2 positivo. L'utilizzo del farmaco trastuzumab (mAb anti HER-2), che non attraversa la barriera emato-encefalica, è stato associato a tale incremento di incidenza.

Materiali e metodi

L'obiettivo di questo studio è stato di valutare incidenza, sopravvivenza e fattori di rischio di metastatizzazione cerebrale nella popolazione residente nella provincia di Parma con diagnosi di ca mammario nel periodo 2004-2007. Gli endpoints dello studio sono stati: mts a distanza come primo evento di ripresa di malattia; mts cerebrali come primo evento; incidenza globale di mts cerebrali. Sono state valutate le associazioni tra mts cerebrali e stato di HER-2 nella popolazione globale e tra trastuzumab e mts cerebrali nelle pts HER-2+. Sono state effettuate analisi multivariate per analizzare potenziali covariate correlate agli end-points valutati.

Risultati

Abbiamo valutato la popolazione totale residente di 1500 pts con diagnosi di ca mammario nel periodo 2004-2007. Duecentoventicinque pts (15%) sono state considerate HER-2+ (IHC 3+/FISH+). Di queste, 100 pts hanno ricevuto un trattamento adiuvante contenente trastuzumab. Con un follow-up mediano di 36 mesi, l'incidenza di ripresa cerebrale è avvenuta nel 3% dei casi (1.3% come prima ripresa di malattia). La sopravvivenza mediana dalla diagnosi di mts cerebrali è stata di 25 mesi. Nelle pts HER-2+ è stata riscontrata una associazione statisticamente significativa fra trastuzumab e successivo sviluppo di mts cerebrali (P = 0.02).

Alla analisi multivariata lo stato di HER-2, indipendentemente dal trattamento con trastuzumab, si è dimostrato l'unico fattore predittivo indipendente di sviluppo di mts cerebrali (sia come prima che come successiva sede di ripresa di malattia; P < 0.01).

Discussione

Questo è il primo studio su una popolazione da registro tumori che analizza l'incidenza di mts cerebrali nel ca mammario in relazione alle caratteristiche biologiche tumorali, trattamenti sistemici effettuati ed andamento clinico. In base ai nostri risultati la positività di HER-2 correla in maniera indipendente con un più elevato rischio di mts cerebrali. È comunque presumibile che, in alcuni casi, i miglioramenti sul controllo sistemico della malattia e della sopravvivenza globale dovuti a trastuzumab possano rendere clinicamente manifeste recidive cerebrali che sarebbero altrimenti rimaste silenti prima di altri eventi metastatici o exitus.

GESTIONE DEL CANCRO DELLA MAMMELLA NELL'AREA DI RIFERIMENTO DEL REGISTRO TUMORI CAMPANO: PERCORSI SANITARI E VARIABILI CLINICHE

 M. Fusco¹, L. Maione², L. Gigli³, R. Palombino³, D. Puliti⁴ e Gruppo Progetto Impatto

¹Registro Tumori Regione Campania; ²Servizio Materno Infantile ASL NA4;

³Servizio Epidemiologia ASL NA4, ⁴ISPO Firenze

E mail mariofusco2@virgilio.it

Obiettivi

La sopravvivenza oncologica rilevata nell'area del Registro Tumori Campano c/o l'ASL NA4 relativa all'intero periodo 1996/2005, con follow up al 2008, conferma i dati di più bassa sopravvivenza, rispetto ad altre aree geografiche del centro-nord Italia, relativi al solo periodo 1996/2000 e pubblicati negli scorsi anni. I nuovi dati di sopravvivenza confermano, inoltre, che la differenza, relativa all'insieme dei tumori, si accentua ancor più quando si analizzano i tumori soggetti a screening di massa: colon – retto, mammella e cervice uterina. Obiettivo del presente studio è valutare quali siano le determinanti che maggiormente influiscono sulla più bassa sopravvivenza evidenziata, nell'area del Registro Campano, a carico del tumore della mammella.

Materiali e Metodi

Sono stati presi in considerazione tre elementi:

1. i percorsi assistenziali relativi a tutti i casi di incidenza di tumore mammario invasivo rilevati dal Registro nel periodo 1998/2005;
2. la stadiazione alla diagnosi, relativa allo stesso periodo ma riferita alla sola fascia di età 40/79 anni;
3. l'attività di screening presente nell'area del Registro, avviata nel novembre del 1998.

È stato poi operato un confronto di alcune variabili, stadiazione e sopravvivenza, con i dati di alcune aree del Centro-Nord Italia (periodo 1997-2004, età: 40-79) selezionati a partire dalla casistica del progetto IMPATTO, cui il Registro Campano partecipa.

Risultati

Nel periodo 1998/ 2005 sono stati rilevati nell'area del Registro 1821 nuovi casi di cancro invasivi della mammella con un tasso grezzo di 82,6 e tassi standardizzati di 92,1 –Italia '81 - e 87,2 - Europa.

Percorsi assistenziali – I casi rilevati hanno determinato 1826 interventi chirurgici di cui il 36% sono mastectomie, il 5,3% tumorectomie; lo 0,8% ampia escissione, il 46,3% quadrantectomia ed il 11,3% risultano avere un intervento ignoto al Registro. Relativamente alla struttura dove l'intervento è stato effettuato, il 59,4% degli interventi risulta essere stato effettuato in ben 35 diverse strutture pubbliche regionali (due università, fondazione Pascale, vari Ospedali pubblici), il 25,4% in 40 diverse strutture regionali private convenzionate, il 3,7% è stato effettuato in strutture extraregionali; l'11,4% degli interventi non hanno prodotto una SDO (presumibilmente *effettuati in regime privato non convenzionato*).

Variabili cliniche:

a) *stadiazione* - la tabella 1 evidenzia la differente stadiazione dei casi rilevata all'incidenza nelle due aree.

Tab. 1 - Distribuzione dei casi per Stadio e pT – (età 40/79 anni – Napoli 1998/2005; IMPATTO 1997/2004)

Area	n° casi	Stadio			pT		
		I	II+	Ignoto	T1	T2+	Ignoto
Centro – Nord (IMPATTO)	30012	40,1	47,6	12,3	60,9	30	9,2
Napoli	1527	22,1	64,5	13,3	40,1	47,3	12,6

b) *Sopravvivenza* - Il confronto tra le sopravvivenze, a 5 anni e per tutti gli stadi, ha evidenziato una differenza significativa tra le due aree: Centro-nord: 90%, Napoli: 84% ($p < 0.0001$); il confronto tra le sopravvivenze per singoli stadi ha evidenziato invece un andamento pressoché identico tra le due aree: stadio I - Centro-nord: 98%, Napoli: 96% ($p = 0.0054$); stadio II+ - Centro-nord: 83%, Napoli: 82% ($p = 0.5141$); la sopravvivenza invece per i casi con stadio ignoto mostra una differenza significativa: Centro-nord: 83%, Napoli: 74% ($p = 0.014$); molto probabilmente in quest'ultimo stadio confluiscono informazioni differenti nelle due aree.

Attività di screening – Dai dati del Servizio Materno Infantile dell'ASL NA4, che dal 1998 cura lo screening del Tumore della mammella nell'ASL e che collabora con il Registro per lo studio IMPATTO, sono stati estrapolati due parametri valutativi che ben fotografano la situazione territoriale: l'estensione dello screening e l'adesione ad esso. Rispetto ad una estensione teorica del 100% (55.000 donne in età 50-69 anni) nel biennio 2005 – 2006 è stata raggiunta una estensione effettiva del 46%, con un tasso di adesione corretto del 25%.

Discussione

I dati relativi allo stadio, alla sopravvivenza (complessiva e per stadio) e agli interventi chirurgici praticati, indicano che lo stadio alla diagnosi si conferma, nel tumore nella mammella, come la variabile di maggiore peso nel determinare, nell'area di Napoli, una più bassa sopravvivenza ed una peggiore qualità di vita determinata, tra l'altro, da un maggior tasso di mastectomie. Un ulteriore elemento che può influire sul ritardo diagnostico è l'estrema dispersione dei percorsi assistenziali; a tale dispersione si accompagna l'assenza, in Campania, di standard regionali di riferimento per la valutazione della qualità delle prestazioni diagnostico - assistenziali erogate. La valutazione congiunta del ritardo diagnostico rilevato e dei parametri di attività dello screening in corso, indica che con gli attuali valori di estensione e adesione raggiunti, di fatto lo screening è ininfluente nel modificare, nel proprio territorio di competenza, la stadiazione alla diagnosi. Appare evidente l'importanza di tali informazioni nella programmazione degli screening di massa e nell'allocazione delle risorse ad essi destinate.

COMUNICAZIONI ORALI V

MODERATORI: L. Mangone, M. L. Contrino

Trend d'incidenza per leucemia linfatica acuta e mieloide acuta e linfomi non-Hodgkin nei bambini ed adolescenti europei, 1991-2002

G. Zigon, G. Gatta, G. Pastore, R. Capocaccia, EUROCARE Working Group

Trend di incidenza dei tumori infantili in Piemonte 1967-2005 - Dati del Registro dei Tumori Infantili del Piemonte (RTI-P)

M.M. Maule, M.L. Mosso, T. Cena, D. Alessi, A. Rasulo, V. Macerata, M. Nonnato, C. Magnani, F. Merletti, G. Pastore

Storia di screening delle donne con cancro della cervice uterina in Friuli Venezia Giulia

A. Zucchetto, E. Clagnan, D. Serraino, E. De Santis, O. Forgiarini, T. Angelin, M. de Dottori, Loris Zanier, A. Franzo

Tumore della cervice uterina: stima dell'incidenza in popolazioni migranti

E. Crocetti, G. Manneschi, M. Zappa, C. Buzzoni, A. Corbinelli, F. Giusti, T. Intriery, L. Nemcova, C. Sacchetti-ni, E. Paci

I tumori del collo dell'utero e della mammella nella popolazione immigrata in Piemonte. Stima della frequenza

L. Bisi, S. Rosso, S. Patriarca, G. Montanari, L. Mondo, R. Zanetti

Prevenzione del tumore della cervice uterina in donne con HIV in Emilia Romagna

A. C. Finarelli, M. Lise, S. Franceschi, P. Sassoli de' Bianchi, J. Polesel, F. Falcini, F. Ghinelli, L. Dal Maso per Screening of HIV-infected women in Emilia-Romagna (SHER) Study

TREND D'INCIDENZA PER LEUCEMIA LINFATICA ACUTA E MIELOIDE ACUTA E LINFOMI NON-HODGKIN NEI BAMBINI ED ADOLESCENTI EUROPEI, 1991-2002

Giulia Zigon, Gemma Gatta, Guido Pastore, Riccardo Capocaccia, EUROCARE Working Group

¹Unità di Epidemiologia Valutativa, Fondazione IRCCS "Istituto Nazionale dei Tumori", Milano

²Registro dei tumori infantili del Piemonte, Torino

³Reparto di Epidemiologia dei Tumori, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS, Roma

E-mail giulia.zigon@istitutotumori.mi.it

Obiettivi

Stimare i trend d'incidenza in Europa per la leucemia linfatica acuta (ICCC-3 Ia), la leucemia mieloide acuta (ICCC-3 Ib) e i linfomi Non-Hodgkin (ICCC-3 IIb) per il periodo 1991-2002 nei bambini (0-14 anni) ed adolescenti (15-19 anni).

Materiali e metodi

Sono stati selezionati dal database di EUROCARE 4 tutti i registri con una copertura completa dell'incidenza per il periodo 1991-2002. Per i bambini tra 0 e 14 anni sono stati utilizzati 19 registri generali (Amsterdam, Austria, Cote d'Or Hematologique, Cracow, Finland, Firenze, Geneva, Iceland, Modena, Norway, Parma, Ragusa, Romagna, Slovenia, St. Gallen, Sweden, Scotland, Warsaw, West Bohemia) e 7 registri specialistici infantili (Bretagna, Valencia e Castellón, England and Wales, Lorraine, Germany West, East and Berlin); per gli adolescenti tra 15-19 anni sono stati selezionati gli stessi registri generali utilizzati per i bambini e altri 6 registri per la Germania e il Regno Unito (Saarland, East Anglia, Northern Yorkshire, Oxford, Wales e West Midlands). I tassi di incidenza sono stati calcolati per anno di diagnosi (raggruppati in trienni), sede tumorale, sesso, età, area geografica (Nord, Regno Unito, Centro, Sud ed Est Europa) e paese. In seguito i trend sono stati analizzati utilizzando la log-linear joinpoint regression e sono stati caratterizzati in termini di cambiamento percentuale annuo (annual percent change APC), assumendo il cambiamento costante rispetto l'anno precedente.

Risultati

Bambini 0-14 anni. Il trend per la leucemia linfatica acuta (tutti i paesi APC=0.64, IC 95% 0.2;1.1) è in crescita in tutte le aree europee, in particolare è significativo per il Centro (APC=0.88 IC 95% 0.1;1.7), Sud (APC=2.22 IC 95% 0.1;4.4) ed Est (APC=8.02 IC 95% 2.4;13.9). Le classi di età dove si osserva un incremento maggiore sono quella tra 0-4 anni (APC=1.18 IC 95% 0.4;2.0) in particolare per le femmine (APC=2.01 IC 95% 1.0;3.0) e quella tra 10-14 anni (APC=1.71 IC 95% 0.5;2.9) per entrambi i sessi. Per la leucemia mieloide acuta (tutti i paesi APC=-0.11 IC 95% -1.6;1.4) i trend non sono significativi tranne l'Est Europa che scende significativamente (APC=-10.0 IC 95% -16.8;-2.6). Per i linfomi Non-Hodgkin (tutti i paesi APC=-1.70 IC 95% -3.3;0.0) c'è una tendenza alla decrescita in tutte le aree. Adolescenti 15-19 anni. I trend per la leucemia linfatica acuta (tutti i paesi APC=-0.63 IC 95% -2.4;1.2) e per la leucemia mieloide acuta (tutti i paesi APC=0.68 IC 95% -1.9;3.3) sono stabili senza differenze tra maschi e femmine. Per i linfomi Non-Hodgkin c'è una tendenza alla crescita non significativa (tutti i paesi APC=1.79 IC 95% -0.8;4.4) dovuta principalmente alle femmine (APC=4.82 IC 95% -1.1;11.1). Il contributo al trend crescente viene dal Regno Unito (APC=2.22 IC 95% -3.2;8.0) e dal Centro Europa (APC=6.51 IC 95% -2.3;16.1) mentre al Nord (APC=0.05 IC 95% -4.4;4.7) e al Sud (APC=-3.15 IC 95% -7.6;1.6) troviamo rispettivamente un andamento stabile e decrescente.

Discussione

L'incidenza per la leucemia linfatica acuta mostra una tendenza all'aumento nella fascia di età compresa tra i 0 e 14 anni legata in particolare al sesso femminile. Lo stesso fenomeno si evidenzia per i linfomi Non-Hodgkin negli adolescenti tra 15 e 19 anni.

TREND DI INCIDENZA DEI TUMORI INFANTILI IN PIEMONTE 1967-2005 - DATI DEL REGISTRO DEI TUMORI INFANTILI DEL PIEMONTE (RTI-P)

M.M. Maule¹, M.L. Mosso¹, T. Cena¹, D. Alessi¹, A. Rasulo¹, V. Macerata¹, M. Nonnato¹, C. Magnani^{1,2},
F. Merletti¹, G. Pastore^{1,3}

¹Registro dei Tumori Infantili del Piemonte, Unità di Epidemiologia dei Tumori, CPO-Piemonte e Università degli Studi di Torino – ²Unità di Statistica Medica ed Epidemiologia, Dipartimento di Scienze Mediche, Università del Piemonte Orientale, Novara – ³Struttura Complessa di Pediatria, Dipartimento di Scienze Mediche, Università del Piemonte Orientale, Novara
E-mail milena.maule@cpo.it

Obiettivi

Dal 1967 il Registro dei Tumori Infantili del Piemonte (RTI-P) rileva i casi incidenti di neoplasia in età pediatrica (0-14 anni) fra i residenti nella regione. L'obiettivo di questo studio è l'aggiornamento dell'analisi dei trend temporali di incidenza nel periodo 1967-2005.

Materiali e metodi

La base dati è costituita dai casi incidenti rilevati attivamente e ad intervalli periodici dall'RTI-P. La popolazione sesso ed età-specifica residente in Piemonte è fornita dalla Banca Dati Demografica Evolutiva della Regione Piemonte. Sono stati calcolati i tassi di incidenza età-specifici per le fasce d'età 0, 1-4, 5-9, 10-14 anni e i tassi di incidenza standardizzati per età e sesso con il metodo diretto utilizzando come standard la popolazione italiana al Censimento 1981. I trend di incidenza età-specifici sono stati calcolati con modello di regressione di Poisson controllando per sesso. I trend di incidenza sui tassi annuali standardizzati sono stati calcolati con modello di regressione Joinpoint, che permette di descrivere variazioni dei trend dall'andamento log-lineare. I risultati sono presentati come variazioni percentuali annue (APC) dei tassi di incidenza per alcuni tipi istologici secondo la classificazione International Classification of Childhood Cancer (ICCC).

Risultati

Nel periodo 1967-2005 sono stati rilevati 3784 casi di tumore pediatrico. I tassi di incidenza standardizzati per sesso ed età sono risultati di 149.9 casi per milione di bambini-anno (IC 95%: 145.1; 154.7) per tutti i tumori, 49.1 (46.4; 51.8) per le leucemie, 18.6 (16.9; 20.4) per i linfomi, 34.4 (32.1; 36.7) per i tumori del sistema nervoso centrale, e 10.6 (9.4; 11.8) per i neuroblastomi. La tabella 1 mostra i trend temporali per i tipi istologici principali. Si osserva un aumento statisticamente significativo dei tassi di incidenza per tutti i tumori, leucemie (in particolare leucemie linfatiche acute), linfomi (in particolare linfomi di Hodgkin), tumori del sistema nervoso centrale (in particolare ependimomi e astrocitomi), neuroblastomi (limitatamente al primo anno di vita), sarcomi dei tessuti molli (in particolare sarcomi diversi dai rabdomiosarcomi), e tumori a cellule germinali.

Discussione

Come già osservato negli Stati Uniti (Cancer Incidence and Survival among Children and Adolescents: United States SEER Program, 1975-1995), in Europa (Steliarova-Foucher et al. Lancet 2004, ACCIS 1970-99), e nel resto d'Italia (Monografia Tumori Infantili, Banca dati AIRTUM 1998-2002), l'incidenza di tumori infantili è in aumento. Tale aumento non è specifico per neoplasia, ma interessa diversi tipi istologici. L'analisi piemontese copre un lungo periodo di osservazione durante il quale non si sono verificate variazioni importanti nella completezza e nella qualità della registrazione. L'analisi dei trend temporali è stata condotta tenendo conto di variazioni nell'accuratezza diagnostica, anche limitando l'analisi dei trend dei sottotipi istologici ai periodi temporali per i quali siano disponibili diagnosi ugualmente affidabili. Mentre per alcuni tipi istologici l'aumento di incidenza è parzialmente attribuibile a un miglioramento nelle tecniche diagnostiche (ad esempio neuroblastomi e tumori del sistema nervoso centrale), al momento non sono noti fattori di rischio che spieghino l'aumento dei tassi di incidenza di altre neoplasie pediatriche.

Tabella 1. Registro dei Tumori Infantili del Piemonte 1967-2005. Trend di incidenza (APC: Annual Percent Change) dei principali tipi istologici nei bambini (0-14 anni).
 Il periodo 1970-1975 è limitato alla sola provincia di Torino.
 I risultati statisticamente significativi ($p < 0.05$) sono evidenziati in grassetto

	APC (IC 95%) - regressione di Poisson			APC (IC 95%) - regressione Joinpoint	
	<1 anno	1-4 anni	5-9 anni	10-14 anni	0-14 anni
Leucemia	-1.4 (-3.7; 0.9)	1.0 (0.3; 1.7)	0.8 (-0.1; 1.7)	1.6 (0.4; 2.8)	1.0 (0.4; 1.5)
Leucemia linfatica acuta (LLA) §	-2.7 (-8.2; 3.2)	1.1 (0.0; 2.3)	1.0 (-0.6; 2.5)	0.5 (-1.5; 2.5)	1.0 (0.2; 1.8)
Leucemia non linfatica acuta (LnLA) §	-0.3 (-6.2; 6.0)	0.5 (-3.0; 4.2)	-1.6 (-4.9; 1.9)	3.1 (-0.3; 6.6)	0.6 (-1.4; 2.8)
Linfoma	NA	0.9 (-1.0; 2.9)	0.5 (-1.0; 1.9)	3.1 (1.8; 4.4)	1.7 (0.9; 2.5)
Linfoma di Hodgkin	NA	-3.4 (-8.0; 1.4)	1.3 (-1.2; 4.0)	2.9 (1.1; 4.7)	2.0 (0.7; 3.4)
Linfoma non-Hodgkin (LNH)	NA	-0.9 (-3.8; 2.2)	-2.2 (-4.5; 0.1)	0.6 (-1.7; 3.0)	-0.8 (-2.2; 0.6)
LLA + LNH §	-2.7 (-8.2; 3.2)	0.9 (-0.2; 2.1)	0.6 (-0.8; 2.0)	-0.2 (-1.9; 1.5)	0.6 (-0.1; 1.3)
Tumore del Sistema Nervoso Centrale					
Ependimoma	NA	6.1 (3.2; 9.2)	4.0 (0.5; 7.6)	4.0 (-0.4; 8.6)	5.1 (2.8; 7.5)
Astrocitoma	5.8 (1.1; 10.8)	2.2 (0.4; 4.0)	2.7 (1.0; 4.4)	5.1 (3.1; 7.1)	3.2 (2.2; 4.3)
Medulloblastoma	NA	1.2 (-1.6; 4.0)	0.5 (-1.6; 2.7)	1.5 (-1.5; 4.6)	0.8 (-0.5; 2.1)
Neuroblastoma	4.6 (2.7; 6.5)	0.6 (-0.9; 2.1)	0.4 (-2.3; 3.3)	-0.8 (-5.2; 3.8)	1.8 (0.9; 2.7)
Retinoblastoma	2.9 (-0.2; 6.1)	0.1 (-2.2; 2.5)	NA	NA	0.5 (-1.4; 2.3)
Tumore renale	-2.1 (-5.1; 1.0)	0.8 (-0.9; 2.4)	3.4 (0.4; 6.5)	NA	1.1 (-0.1; 2.2)
Tumore epatico	1.2 (-4.0; 6.8)	-0.7 (-5.0; 3.9)	NA	NA	-1.0 (-3.4; 1.5)
Tumore osseo	NA	2.3 (-3.1; 8.0)	-0.3 (-2.6; 2.2)	0.6 (-1.0; 2.2)	0.6 (-0.7; 1.9)
Sarcoma dei tessuti molli (STM)	0.1 (-3.3; 3.7)	2.5 (0.3; 4.7)	-0.1 (-2.4; 2.3)	3.3 (1.2; 5.5)	1.8 (0.8; 2.7)
Rabdomiosarcoma*	-3.7 (-13.6; 7.3)	3.3 (-1.7; 8.6)	-3.5 (-9.7; 3.1)	1.3 (-5.3; 8.4)	1.1 (-1.4; 3.6)
Altro STM*	-3.9 (-12.7; 5.8)	7.1 (-2.9; 18.2)	-0.1 (-7.8; 8.2)	6.0 (1.5; 10.8)	4.5 (1.7; 7.4)
Tumore delle cellule germinali	6.2 (2.1; 10.4)	3.8 (0.5; 7.2)	-1.5 (-5.5; 2.6)	2.3 (-1.1; 5.9)	2.5 (0.6; 4.5)
Carcinoma	NA	NA	-4.3 (-8.5; 0.0)	1.1 (-1.3; 3.6)	-0.4 (-2.3; 1.6)
Tutti i tumori	1.7 (0.7; 2.6)	1.2 (0.8; 1.7)	0.6 (0.1; 1.1)	2.1 (1.6; 2.7)	1.3 (1.1; 1.6)

§ dal 1977

* dal 1980

**STORIA DI SCREENING DELLE DONNE CON CANCRO
DELLA CERVICE UTERINA IN FRIULI VENEZIA GIULIA**

Antonella Zucchetto¹, Elena Clagnan², Diego Serraino^{1,3}, Emilia De Santis³, Ornella Forgiarini³,
Tiziana Angelin³, Margherita de Dottori⁴, Loris Zanier^{2,3}, Antonella Franzo²

¹SOC Epidemiologia, Centro di Riferimento Oncologico- Aviano (PN) – ²Agenzia Regionale della Sanità del Friuli
Venezia Giulia, Udine – ³Registro Tumori Friuli Venezia Giulia – ⁴INSIEL S.p.A., Udine
E-mail zucchetto.epi@cro.it

Obiettivi

Questo studio intende ricostruire la storia di screening delle donne con cancro invasivo della cervice uterina (CIC) in Friuli Venezia Giulia (FVG), al fine d'individuare eventuali cause della mancata prevenzione nonostante la presenza di un programma di screening regionale.

Materiali e metodi

Il programma organizzato di screening dei tumori della cervice uterina (PSC) del FVG è attivo dal 1999 ed invita tutte le donne residenti in regione, nella fascia d'età 25-64 anni, a sottoporsi ad un Pap-test gratuito ogni 3 anni. Utilizzando i dati del Registro Tumori del FVG sono state individuate le donne con CIC diagnosticate nel periodo 1999-2005. I dati relativi ai casi di CIC sono stati incrociati, attraverso un codice identificativo regionale, con i dati del PSC e delle anatomie patologiche, permettendo di ricostruirne la storia di screening. Le donne con CIC sono state quindi classificate in relazione al PSC nel seguente modo: non invitate, invitate non aderenti, aderenti e diagnosticate dal PSC (SD), aderenti ma non diagnosticate dal PSC (NSD). Lo stadio del tumore è stato definito secondo FIGO e l'istologia secondo codici ICO-3.

Risultati

Nel periodo di studio sono stati diagnosticati 436 casi di CIC. Il 41% delle donne con CIC non aveva mai ricevuto un invito dal PSC, di cui il 69% per limiti di età (>64 anni) ed il 19% perché il PSC era ancora in fase di attivazione. Delle 257 donne invitate, il 51% non aveva aderito allo screening: fra queste, il 53% risultava non aver mai fatto un Pap-test in strutture pubbliche o private-convenzionate, il 30% aveva fatto un Pap-test al di fuori del PSC nei 3 anni precedenti la diagnosi ed il 17% aveva fatto un Pap-test oltre 3 anni prima della diagnosi. Tra le 125 donne aderenti allo screening, il 91% risultava SD. Le 11 donne aderenti non diagnosticate dal programma (NSD) avevano tutte una citologia refertata come negativa nei tre anni precedenti la diagnosi di CIC (falsi-negativi). Come riportato in Tabella, i casi SD risultano essere ad uno stadio meno avanzato: in particolare, il 51% risulta microinvasivo (cioè IA). Fra i casi NSD si riscontra una percentuale più elevata di forme non squamose.

Discussione

Il motivo principale della mancata prevenzione dei CIC in FVG, nelle donne della fascia d'età coperta dal PSC, risulta essere la non partecipazione allo screening organizzato. Inoltre, risulta rilevante la percentuale di donne che non aveva mai fatto un Pap-test oppure lo aveva effettuato presso strutture non accreditate senza le garanzie di qualità offerte dal programma organizzato. Al contrario, lo studio ha evidenziato che i casi SD hanno uno stadio più basso alla diagnosi e quindi maggiori probabilità di guarigione con interventi conservativi. Tra i CIC non identificati dallo screening la maggior parte risulta di tipo non squamoso, notoriamente meno individuabile con il Pap-test.

Tabella. Distribuzione di 436 donne con cancro della cervice per storia di screening, età alla diagnosi, stadio e morfologia del tumore.

	Non invitate (n=179) n (%)	Non aderenti (n=132) n (%)	SD (n=114) n (%)	NSD (n=11) n (%)
Età (anni)				
<45	19 (10,6)	33 (25,0)	54 (47,4)	5 (45,5)
45-64	36 (20,1)	75 (56,8)	53 (46,5)	5 (45,5)
≥65	124 (69,3)	24 (18,2)	7 (6,1)	1 (9,1)
Stadio				
IA	18 (10,1)	28 (21,2)	58 (50,9)	2 (18,2)
IB	33 (18,4)	32 (24,2)	32 (28,1)	4 (36,4)
II	31 (17,3)	25 (18,9)	10 (8,8)	-
III-IV	56 (31,3)	32 (24,2)	12 (10,5)	4 (36,4)
Ignoto	41 (22,9)	15 (11,4)	2 (1,8)	1 (9,1)
Morfologia				
Squamoso	126 (70,4)	105 (79,5)	93 (81,6)	4 (36,4)
Altro	53 (29,6)	27 (20,5)	21 (18,4)	7 (63,6)

SD: diagnosticate allo screening; NSD: non diagnosticate allo screening

TUMORE DELLA CERVICЕ UTERINA: STIMA DELL'INCIDENZA IN POPOLAZIONI MIGRANTI

Emanuele Crocetti, Gianfranco Manneschi, Marco Zappa, Carlotta Buzzoni, Antonella Corbinelli,
Francesco Giusti, Teresa Inrieri, Libuse Nemcova, Claudio Sacchetti, Eugenio Paci

Registro Tumori Toscano, UO Epidemiologia Clinica e Descrittiva

E-mail e.crocetti@ispo.toscana.it

Obiettivi

Il fenomeno della migrazione è sempre più frequente nelle nostre aree. I registri tumori, monitorando le diagnosi oncologiche in una specifica area, possono essere uno strumento utile anche per la valutazione dei livelli di rischio in popolazioni diverse. I tumori sono una patologia frequente in età avanzata mentre coloro i quali migrano sono prevalentemente giovani e in buona salute. Il tumore della cervice uterina rappresenta un modello ideale perché ha una elevata incidenza anche in età giovanile e perché l'incidenza risente della prevalenza dell'infezione da HPV che ha una notevole variazione geografica.

Materiali e metodi

Per definire i casi si sono utilizzati i dati di incidenza del Registro Tumori Toscano, anni 2000-2004, relativi ai residenti nelle province di Firenze e Prato. Il denominatore utilizzato è stato l'archivio regionale dei residenti assistibili che contiene la variabile paese di nascita. La variabile di interesse è stata la nazionalità che abbiamo attribuito sulla base del paese di nascita. Si sono identificate le seguenti aree geografiche: Italia, Europa Centrale, Europa Orientale, America settentrionale, America centromeridionale, Asia, Africa, Oceania. Sono stati calcolati i tassi di incidenza standardizzati per età sulla struttura della popolazione europea.

Risultati

Nei 5 anni esaminati sono stati diagnosticati 277 casi di tumore infiltrante della cervice uterina in donne nate in Italia e 27 in donne nate in altri paesi. Il tasso di incidenza per le nate in Italia è stato di 7.3/100.000 anno. Tassi di incidenza significativamente più elevati sono stati riscontrati in donne nate in paesi del centro e sud America (n. 6; tasso 29.0) e dell'est Europa (n. 12; tasso 21.5); valori simili a quelli italiani sono stati misurati per le donne nate in paesi dell'Europa Occidentale (n.5; tasso 10.7), e con numerosità più piccole anche dell'Africa e dell'Asia. Nello stesso periodo sono state diagnosticati 538 tumori cervicali in situ, di questi 465 in donne italiane (tasso 17.8), il tasso di incidenza è risultato più elevato nelle donne del nord America (n.2; tasso 51.6), dell'Europa occidentale (n.26; 45.5) e centro-sud America (n.14; tasso 40.9).

Discussione

Questo studio è stato un primo tentativo che ci ha permesso di iniziare a riflettere sui problemi che si incontrano nello studio dell'incidenza dei tumori in popolazioni residenti nell'area del registro ma di diversa nazionalità. Un problema cruciale evidenziato è quello della scelta del denominatore e infatti mentre l'ISTAT rende disponibile una popolazione ufficiale residente italiana per cittadinanza non esiste una popolazione residente per nazionalità. Questo obbliga alla scelta di altri denominatori, nel presente studio un archivio di uso amministrativo quale quello degli assistibili regionali, che possono presentare problemi di qualità e completezza. I risultati osservati concordano con quelli attesi sulla base della letteratura scientifica che identifica sia nel centro-sud America che nei paesi dell'Est Europeo una prevalenza di infezione da HPV più elevata che in Italia.

I TUMORI DEL COLLO DELL'UTERO E DELLA MAMMELLA NELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA IN PIEMONTE: STIMA DELLA FREQUENZA

Luigi Bisi¹, Stefano Rosso¹, Silvia Patriarca¹, Gioia Montanari¹, Luisa Mondo², Roberto Zanetti¹

¹Registro Tumori Piemonte, CPO – ²Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL TO3, Regione Piemonte
E-mail silvia.patriarca@cpo.it

Obiettivi

Valutare la possibilità di stimare la frequenza dei carcinomi della mammella e della cervice uterina nella popolazione femminile immigrata in Piemonte da altri Paesi, allo scopo di fornire elementi utili a valutare i bisogni di screening e d'assistenza sanitaria di queste popolazioni.

Materiali e metodi

Il periodo preso in esame è stato il quadriennio 2001-2004. Fonte dei dati sanitari sono stati l'archivio del Registro Tumori Piemonte e l'archivio regionale delle SDO. Fonti dei dati demografici sono, in generale: le anagrafi comunali, l'ISTAT, il Ministero degli interni e la Caritas; inoltre, per il Piemonte: l'osservatorio Regionale sull'Immigrazione, l'Osservatorio Demografico Territoriale del Piemonte e la Banca Dati Demografici Evolutiva. L'identificazione dei casi dall'archivio del RTP è avvenuta sulla base del luogo di nascita. L'identificazione dei casi dalle SDO è avvenuta individuando la patologia attraverso gli algoritmi d'identificazione utilizzati dal RTP e basati sul codice ICD di dimissione ed i paesi di nascita attraverso il Codice Fiscale (nei casi di donne straniere residenti o con permesso di soggiorno) o attraverso il codice STP (straniero temporaneamente presente), in caso di pazienti senza permesso di soggiorno).

Dal numero dei ricoveri si è ottenuto quello delle pazienti procedendo all'eliminazione dei record duplicati. Per quanto riguarda i denominatori, ci si è scontrati con l'estrema varietà ed imprecisione delle stime fornite da vari enti (di cui sarà dato maggior dettaglio nella presentazione). Per questa ragione si è deciso di far ricorso ad indicatori di rapporto proporzionale, piuttosto che ai classici tassi d'occorrenza. Per ognuno degli anni presi in esame sono stati quindi calcolati il totale dei ricoveri e la proporzione di ricoveri in donne straniere e in donne italiane. La proporzione di casi tra nate in Italia e nate all'estero è stata applicata anche ai casi incidenti torinesi. In tal modo, ancorché non esenti da bias, sia il numeratore, sia il denominatore saranno confrontabili in quanto distorti dalla medesima fonte informativa e procedura di rilevazione. I casi sono stati classificati in tre macro-aree di provenienza: Africa del Nord, America del Sud ed Europa Orientale.

Risultati

La proporzione di pazienti ricoverate per patologia tumorale mammaria oscilla tra circa il 4 e il 7% delle italiane ed è minore della stima di proporzione di straniere presenti nella popolazione torinese (10%). Nella casistica del registro tumori i cancri della mammella rappresentano il 13,1% del totale dei tumori insorti nelle donne provenienti dal Nord Africa; il 13,4% in quelle originarie del Sud America e l'11,5% tra quelle dell'Europa Orientale, mentre nelle italiane rappresentano il 13,6%. Nel caso del tumore del collo dell'utero i valori osservati nelle donne straniere sono più oscillanti che nelle italiane, ma soprattutto, la proporzione delle prime rispetto alle seconde è assai maggiore che nel caso del tumore della mammella. Osservando i dati secondo le tre macro aree di provenienza si nota che la frequenza di tumore cervicale sul totale dei tumori è l'1% nelle donne nordafricane, il 4,8% nelle sudamericane e il 2% nelle donne provenienti dall'Est Europa. Tra le italiane è invece dello 0,6%. Tutte le donne immigrate, sembrano avere, quindi, un rischio maggiore delle italiane, che nel caso delle donne provenienti dall'America del Sud arriva a 8. Inoltre, il dato di incidenza per le straniere residenti appare piuttosto stabile, mentre tra le italiane mostra un chiaro trend di diminuzione.

Discussione

La presenza di donne immigrate in Piemonte è in crescita e queste donne presentano un avanzamento dell'età media con conseguente aumento del rischio di tumore. I profili di rischio tumorale nelle aree di origine dei flussi migratori sono sufficientemente noti e mostrano livelli talora superiori a quelli della popolazione italiana (è il caso del tumore del collo dell'utero nelle ibero-americane e nelle immigrate dall'est), talora simili (il tumore della mammella nelle donne in provenienza dall'est), talora inferiori (è il caso delle immigrate dal nord Africa). In queste condizioni sarebbe veramente importante conoscere l'occorrenza delle due neoplasie tra le donne immigrate, ma questo è reso difficoltoso da una serie di problemi, che non riguardano tanto le informazioni di carattere sanitario, che sono disponibili, ma soprattutto quelle di tipo demografico. Si assiste cioè al paradosso epidemiologico dei "numeratori senza denominatori". Il problema principale è dato dalla difficoltà di disporre di stime demografiche, un ulteriore problema è distinguere le donne di recente immigrazione dalle donne di antica immigrazione e dalle italiane nate all'estero. Conseguenza di questa situazione è l'impossibilità di calcolare dei tassi. Anche l'uso di indicatori proporzionali di frequenza è reso molto difficile dall'incostanza, oltre che dalla non disponibilità, di adeguati denominatori. Infatti gli indicatori proporzionali possono funzionare bene quando il denominatore è ignoto ma stabile. La seconda difficoltà dovrebbe avere conseguenze minori sui risultati osservati; essi sono infatti comunque un accettabile proxy della popolazione bersaglio considerata. In conclusione risulta fondamentale ottenere efficienti stime demografiche; qualora si persista nell'impossibilità di ottenerne, occorre studiare altri approcci per esaminare questi fenomeni, quali ad esempio studi caso controllo innestati sulla coorte delle residenti.

**PREVENZIONE DEL TUMORE DELLA CERVICE UTERINA IN DONNE
CON HIV IN EMILIA ROMAGNA**

Alba Carola Finarelli, Mauro Lise, Silvia Franceschi, Priscilla Sassoli de' Bianchi, Jerry Polesel, Fabio Falcini, Florio Ghinelli, Luigino Dal Maso per Screening of HIV-infected women in Emilia-Romagna (SHER) Study*

Servizio Sanità Pubblica, Assessorato Politiche per la Salute, Regione Emilia-Romagna, Bologna (ACF, PSdB), Centro di Riferimento Oncologico, Aviano (ML, JP, LDM); International Agency for Research on Cancer, Lione (SF); Registro Tumori Romagna IRST Meldola, Forlì (FF); Azienda Ospedaliero- Universitaria di Ferrara (FG)
E-mail epidemiology@cro.it

Obiettivi

Lo studio si proponeva di ottenere informazioni circa le pratiche di pap-test, gli accertamenti eseguiti, gli eventuali trattamenti e successivi controlli cui si sottopongono le donne italiane con HIV.

Materiali e metodi

Nel periodo luglio 2006 – giugno 2007, è stato condotto uno studio cross-sectional. E' stato proposto un questionario autocompilato sulle pratiche di screening per la prevenzione del carcinoma invasivo della cervice a tutte le donne con HIV che si presentavano per la visita semestrale nei 10 centri infettivologici dell'Emilia-Romagna.

Risultati

Tra le 1118 donne contattate, 1002 (90%) hanno completato il questionario (questo rappresenta circa 2/3 delle donne con HIV residenti in Emilia-Romagna). L'età mediana delle rispondenti era 41 anni, il 18% aveva avuto una diagnosi pregressa di AIDS e oltre metà (56%) sapeva di essere HIV-positiva da oltre 10 anni. Il 9% (91) delle donne intervistate non ricordava di aver mai fatto un Pap-test, mentre il 39% non aveva effettuato alcun Pap-test nell'anno precedente l'intervista. Tra i determinanti di mancato screening nell'anno precedente l'intervista, è emersa un'associazione significativa con l'età (OR=1,4; 95%CI: 1,0-2,0, <35 vs ≥45 anni), il titolo di studio (OR=1,3; 95%CI: 1,0-1,7 nelle donne con licenza media o inferiore vs diploma o laurea) ed in quelle con HIV noto da 2 anni o meno (OR=1,4; 95%CI: 1,0-2,1, vs >2 anni). Circa un terzo (34%) del campione ha riportato un esito positivo al Pap-test, solo nel 58% dei casi seguito da qualche tipo di trattamento/approfondimento e, tra questi ultimi, l'89% ha effettuato tutti i trattamenti proposti.

Discussione

La percentuale di adesione ai programmi per la prevenzione dei tumori invasivi della cervice è risultata simile nelle donne con HIV rispetto a quella della popolazione di pari età residente in Emilia Romagna (dati PASSI). Tuttavia, a causa della prevalenza maggiore di HPV nelle donne con HIV ed alla probabilità più alta di progressione cancerosa delle lesioni rispetto alla popolazione generale, le linee guida nelle donne con HIV raccomandano un Pap-test annuale dopo due test negativi e una colposcopia dopo qualsiasi anormalità riscontrata. L'incremento della sopravvivenza delle donne con HIV che si sottopongono alle terapie antiretrovirali, suggerisce la necessità e fattibilità, in questa popolazione, di più incisive strategie per la prevenzione dei tumori. In sintesi, ulteriori sforzi vanno fatti per una maggior consapevolezza dei clinici ed una migliore "compliance" delle donne con HIV alle "linee guida". Lo studio ha mostrato che esistono gli strumenti per abbattere alcune barriere di ordine sociale (privacy) ed organizzativo in particolari gruppi di popolazione ad alto rischio neoplastico. *Membri dello SHER study: Francesco Alberici (PC), Anna Degli Antoni (PR), Giacomo Magnani (RE), Giovanni Guaraldi (MO), Francesco Chiodo (BO); Laura Sighinolfi (FE), Giacomo Ballardini (RA), Claudio Cancellieri (FO), Alessandro Stagno (Cesena), Massimo Arlotti (RN), Alessandra Govoni (Imola), Lucia Droghini (RER), Diego Serraino (CRO Aviano).

COMUNICAZIONI ORALI VI

MODERATORI: G. Candela, S. Spada

Offerta sanitaria e sopravvivenza di pazienti con tumore del colon nella Provincia di Palermo

R. Cusimano, C. Rinaudo, M.A. Cascio, A. Mistretta, B. Ravazzolo, N. Romano

Valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri dei malati oncologici terminali in Provincia di Ragusa

G. Cascone, G. Di Tanna, Gruppo RTRg e R. Tumino

La migrazione sanitaria oncologica dalla Provincia di Siracusa attraverso l'analisi dei DRGs

M.L. Contrino, A. Madeddu, M. Russo, F. Tisano

Mobilità dei pazienti oncologici verso gli ospedali milanesi: analisi dell'andamento geografico e temporale

G. Randi, M. Autelitano, L. Bisanti

**OFFERTA SANITARIA E SOPRAVVIVENZA DI PAZIENTI CON TUMORE DEL COLON
NELLA PROVINCIA DI PALERMO**

R. Cusimano^{1,2}, C. Rinaudo³, M.A. Cascio¹, A. Mistretta¹, B. Ravazzolo¹, N. Romano¹

¹Registro Tumori della Provincia di Palermo (Dir. Pro f. N. Romano) - Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute "G. D'Alessandro" – Università degli Studi di Palermo

³Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università degli Studi di Palermo

²Servizio di Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina Preventiva - ASL 6 Palermo.

E-mail registrotumoripalermo@igiene.unipa.it

Obiettivi

Il tumore del colon costituisce in Italia una patologia ad elevato impatto sociale per il concomitante verificarsi dell'aumento di incidenza e della diminuzione della mortalità. Questo studio si propone di descrivere i casi di neoplasia maligna del colon incidenti nella Provincia di Palermo nel 2004, di valutare l'offerta sanitaria erogata sia in sede locale che extraregionale e di analizzarne la sopravvivenza.

Materiali e metodi

454 tumori maligni del colon, confermati istologicamente nell'87.8% dei casi. Lo stato in vita al 31/12/2007 (follow-up minimo potenziale di 3 anni) è stato accertato attraverso il linkage con il Registro Nominativo delle Schede di morte della Provincia di Palermo e la consultazione delle anagrafi comunali. L'end point è stata la morte per qualunque causa: 6 pazienti (3.5%) sono risultati persi al follow-up. La sopravvivenza in relazione al sesso, età alla diagnosi (distinta nelle seguenti classi 15-44; 45-54; 55-64; 65-74; =>75), allo stadio (TNM patologico o ricostruito), alla residenza (Palermo vs tutti gli altri comuni della provincia) è stata calcolata con il metodo di Kaplan-Maier e confrontata mediante il log-rank test.

Risultati

L'incidenza è risultata superiore nel sesso maschile (tasso stand. EU 33.4/100mila vs 21.5/100mila nelle femmine) con una età media inferiore nei maschi (70.6 +/- 10.6 anni) rispetto alle femmine (72.3 +/- 12.1 anni) e nella città di Palermo (39.9 e 22.1) rispetto alla provincia (22.1 e 20.0). Il 90.7 % dei casi è stato sottoposto ad intervento chirurgico e di questi l'81.8% si è rivolto agli ospedali limitrofi, in relazione alla distanza ma anche alla viabilità, e solo il 3.4% migra al di fuori della provincia. Complessivamente il numero di pazienti sopravvissuti a tre anni dalla diagnosi è stato del 56.9% e precisamente del 56.4% nei maschi e 57.6% nelle femmine. Non si osserva alcuna differenza di sopravvivenza nei due sessi (log-rank=0.0001 p=0.99). La sopravvivenza è più bassa nelle classi di età avanzata (log-rank 17.04 p=0.002) e per gli stadi avanzati di malattia (log-rank=180.56 p<0.001) mentre risulta migliore per i residenti della città di Palermo (log-rank=4.92 p=0.03).

Discussione

I tassi di incidenza riportati nel RTPP risultano più bassi di quelli osservati dal pool dei RT italiani per entrambi i sessi, suggerendo un eventuale ruolo positivo della alimentazione praticata nella nostra area geografica. Inoltre la sopravvivenza, registrata nella nostra provincia, risulta superiore a quella riportata dal Registro Tumori della Città di Milano (54.2 nei maschi e 56.8 nelle femmine). In particolare questo fenomeno è maggiormente evidente per i residenti della città di Palermo che non per i residenti degli altri comuni della provincia. Il maggiore carico assistenziale è svolto dagli ospedali del capoluogo e soltanto una quota trascurabile di pazienti si rivolge ad ospedali di altre regioni italiane. In conclusione i nostri dati attestano come la sopravvivenza migliori con la giovane età, lo stato precoce alla diagnosi mentre risulta indipendente dal sesso. In assenza di una attivazione dello screening su base di popolazione, la differenza di sopravvivenza deve anche essere ascritta alla maggiore offerta sanitaria specialistica presente negli ospedali del capoluogo.

**VALUTAZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI DEI MALATI ONCOLOGICI TERMINALI
IN PROVINCIA DI RAGUSA**Giuseppe Cascone¹, Gianluca Di Tanna², Gruppo RTRg* e Rosario Tumino³*Registro Tumori - Dipartimento di Oncologia Azienda Ospedaliera "Civile M.P.Arezzo" Ragusa (Italy)*

E-mail cascone.regtumragusa@tiscali.it

Obiettivi

Valutare l'appropriatezza dei ricoveri dei malati oncologici terminali nei distretti della provincia di Ragusa.

Materiali e metodi

È stata verificata l'esistenza in vita al 31.12.2005 degli 11.480 casi di tumori maligni registrati in provincia di Ragusa tra il 1996 e il 2004. Dei 6.386 deceduti sono stati eliminati dallo studio i casi DCO, i casi con sola autopsia e i sopravvissuti con meno di un mese dalla diagnosi, i rimanenti 5.367 soggetti, inoltre, sono stati incrociati con l'archivio delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) degli ospedali della provincia di Ragusa del periodo 2000-2004. In questo lavoro sono stati giudicati appropriati i ricoveri che avessero almeno una delle seguenti caratteristiche: degenza uguale o inferiore a 1 giorno (Didomenicoantonio et Al., 2002); sopravvivenza dalla data del ricovero superiore a 90 giorni (Linee Guida 2001); ricoveri con DRG chirurgico (Stocco CF, 2008). L'analisi è stata valutata per ciascuno degli ospedali della provincia, per sesso, per l'eventuale carattere d'urgenza del ricovero e per distretto sanitario locale. I dati sono stati analizzati con il modello di regressione logistica semplice inserendo nel modello la variabile indipendente in appropriatezza e le variabili dipendenti ospedale di ricovero, sesso, tipo di ricovero e distretto di residenza. Per le analisi è stato utilizzato il software STATA 9.

Risultati

Complessivamente su un totale di 8980 ricoveri di malati oncologici terminali, 2216 ricoveri, pari al 24,7%, sono apparsi inappropriati o quantomeno inopportuni. In riferimento ai singoli ospedali, si evidenzia che la percentuale più alta di ricoveri appropriati, si è registrata presso l'ospedale Civile-OMPA di Ragusa infatti, su un totale di 5863 ricoveri, 2216, pari al 78,5%, sono risultati appropriati, confermando il dato che, i ricoveri presso l'ospedale di Ragusa sono legati ad un minore rischio in appropriatezza, pari al 39%; Per il sesso femminile, su un totale di 3616 ricoveri, 2772 ricoveri, pari al 76,7%, sono risultati appropriati. È stato inoltre dimostrato che l'appartenere al sesso femminile è legato a un minor rischio di in appropriatezza dei ricoveri pari al 12%. Su un totale di 6106 ricoveri di tipo non urgente, sono risultati appropriati 4956 ricoveri, pari al 81,2%, mentre su un totale di 2674 ricoveri urgenti, sono risultati appropriati 1637 ricoveri, pari al 61,2%. Questo dato conferma che i ricoveri di tipo non urgente sono legati a un minor rischio di in appropriatezza pari al 63% rispetto ai ricoveri di tipo urgente. Il totale dei ricoveri dei residenti nel Distretto di Ragusa è risultato pari a 2818, di questi sono risultati appropriati 2198 ricoveri, equivalenti al 78%; i ricoveri appropriati dei residenti nel Distretto di Modica sono risultati pari a 2761 su un totale di 3649 ricoveri, pari al 75,7% mentre i ricoveri totali dei residenti nel Distretto di Vittoria sono risultati 2513 di cui 1805, pari al 71,8%, appropriati, a conferma che, l'appartenere al distretto sanitario di Ragusa è legato a un minor rischio di in appropriatezza dei ricoveri pari al 12% mentre, l'appartenere al distretto sanitario di Vittoria è legato ad un maggior rischio di in appropriatezza dei ricoveri pari al 22%.

Discussione

Il Registro Tumori si è dimostrato un valido strumento per valutare la qualità delle prestazioni sanitarie erogate e l'impatto della fase terminale dei malati neoplastici nel territorio della provincia di Ragusa, consentendo di evidenziare che i ricoveri dei malati oncologici terminali inappropriati o quantomeno inopportuni sono pari al 24,7% del totale dei ricoveri esaminati e hanno interessato il 19,3% dei pazienti oncologici selezionati per questa analisi

LA MIGRAZIONE SANITARIA ONCOLOGICA DALLA PROVINCIA DI SIRACUSA ATTRAVERSO L'ANALISI DEI DRGSM.L. Contrino¹, A. Madeddu¹, M. Russo¹, F. Tisano¹¹RTP Siracusa – Azienda Sanitaria Locale n.8 di Siracusa

E-mail rtp@ausl8.siracusa.it

Obiettivi

Una indagine di grande interesse per un Registro Tumori, è rappresentata, oltre che dagli studi di incidenza, mortalità, e sopravvivenza, anche dalla analisi della distribuzione dei ricoveri per tipo di DRGs e per le Strutture dove sono stati effettuati i ricoveri di pertinenza oncologica. Questo studio infatti ci permette di capire in quali Strutture vanno a finire i vari tipi di ricovero, offrendo una precisa mappatura dei fenomeni di fuga e di attrazione, assai validi per la pianificazione strategica di una Azienda Sanitaria. Il RTP di Siracusa conduce da anni questi studi nella sua funzione di ufficio di staff della Direzione Generale dell'ASL 8.

Materiali e metodi

Col D.A. del 17.11.1995 la Regione Sicilia paga i ricoveri col nuovo sistema delle tariffe legate a gruppi correlati di patologie, i DRGs, la cui elaborazione presuppone la compilazione delle S.D.O, che rappresentano una fonte straordinaria di informazioni. Dal 1995 pertanto tutte le strutture ospedaliere siciliane (pubbliche e private accreditate) trasmettono regolarmente alla Regione, ai fini del pagamento e su appositi tracciati records, le proprie SDO coi relativi DRGs prodotti. L'obbligo è stato esteso anche ai Presidi Ospedalieri delle ASL. Alla Regione pervengono anche le SDO dei cittadini siciliani ricoveratisi fuori Sicilia ed inviate dalle altre Regioni ai fini del pagamento della cosiddetta "mobilità sanitaria". Allo scopo di studiare l'andamento dei ricoveri a Siracusa, e grazie all'OER Sicilia che ha messo a disposizione i propri archivi informatici, si è provveduto pertanto a raccogliere ed elaborare tutte le S.D.O. di pertinenza oncologica riguardanti tutti i cittadini della Provincia di Siracusa ricoveratisi, a qualsiasi titolo, in qualunque Struttura Pubblica o Privata Convenzionata dell'intero territorio nazionale dall'anno 1995 all'anno 2006. I ricoveri ordinati per DRGs sono stati ripartiti su 13 aggregati rappresentanti le cinque strutture pubbliche siracusane, le cinque strutture private accreditate siracusane, ed infine i quattro raggruppamenti principali della mobilità fuori Provincia (i ricoveri in strutture sia pubbliche che private in Provincia di Catania, in Provincia di Ragusa, nel resto della Sicilia e fuori Regione). Per ogni DRG, inoltre, è stata riportata una colonna indicante l'Indice di Fuga, espresso come percentuale di ricoveri effettuati fuori provincia rispetto al totale dei ricoveri per ogni singolo DRG.

Risultati

Per quanto riguarda la Mobilità fuori provincia i maggiori Indici di Fuga vengono osservati proprio a carico del MDC-17 (Neoplasie) con un Indice del 70,4%, a fronte di un Indice di Fuga medio complessivo dell'intera Provincia di Siracusa sulla totalità delle cause che si attesta sul 27,3%. Ovviamente il primato per ricoveri effettuati fuori provincia e riguardanti Neoplasie è tenuto dalla Provincia di Catania (con 1.808 ricoveri annui), seguita dal "Resto Italia" (476 ricoveri). Lo stesso lavoro, ma in modo molto più analitico è stato condotto disaggregando gli MDC nei singoli DRGs, al fine di studiare più a fondo l'andamento dei ricoveri. Per quanto riguarda la Mobilità passiva il più frequente motivo di ricorso alle strutture fuori provincia continua ad essere rappresentato dal DRG-410 (Chemioterapia), che viene trattato in maniera imponente a "Catania" (1.118 ricoveri annui), seguita da "Resto Italia" (243 ricoveri) e Ragusa (150 ricoveri), con un Indice di Fuga fuori provincia che si attesta al 77,3%. L'aumento dei ricoveri sembra essere legato, comunque, ad un aumento complessivo dell'incidenza della patologia, visto che, a fronte dell'aumento dei ricoveri fuori provincia, l'Indice di Fuga, seppur di poco, è invece diminuito nel corso degli anni, grazie anche all'attività delle tre strutture siracusane dove si effettua chemioterapia: l'Ospedale Umberto I di Siracusa (146 ricoveri), l'Ospedale di Avola (126 ricoveri) e il Privato Accreditato locale (174). Si tratta di un DRG di peso non eccessivo (0,52) che può essere trattato benissimo nelle Strutture Ospedaliere della nostra Provincia e

che costa alla Sanità Siracusana qualcosa come 3.668.348 euro l'anno, di cui 2.835.633 vanno fuori provincia (il 77,3% appunto).

Discussione

I dati forniti dal RTP, dunque, consentono di trarre in sintesi due ordini di considerazioni. La prima riguarda la consistenza della Domanda di assistenza oncologica in Provincia di Siracusa che è direttamente stimabile dai dati di incidenza, che nella provincia aretusea si attestano al di sopra della Media Regionale specie in alcune aree importanti come quella del Distretto di Augusta. La seconda riguarda l'attuale organizzazione dell'Offerta di assistenza oncologica in Provincia di Siracusa, valutabile dall'analisi dei ricoveri e dai fenomeni di fuga e attrazione sopra illustrati, che non appare adeguata per fronteggiare in maniera ottimale la crescente domanda locale e determina una notevole mobilità sanitaria che si traduce inevitabilmente in un disagio per i cittadini ed in diseconomie gestionali per l'Azienda Sanitaria Locale. Da qui l'inderogabile necessità di procedere alla riorganizzazione dell'Offerta di assistenza oncologica in Provincia di Siracusa attraverso un potenziamento delle risorse disponibili e l'istituzione di un Dipartimento oncologico.

**MOBILITÀ DEI PAZIENTI ONCOLOGICI VERSO GLI OSPEDALI MILANESI:
ANALISI DELL'ANDAMENTO GEOGRAFICO E TEMPORALE**

Giorgia Randi, Mariangela Autelitano, Luigi Bisanti

Registro dei Tumori – Servizio Osservatorio Epidemiologico – ASL di Milano

E-mail grandi@asl.milano.it

Obiettivi

Lo studio della mobilità ospedaliera è utile per la programmazione dell'assistenza sanitaria, per l'analisi del fabbisogno e per la valutazione epidemiologica. I determinanti dell'ospedalizzazione fuori dalla regione di residenza sono numerosi e complessi e riflettono non solo lo stato locale dell'offerta sanitaria, ma anche alcuni fattori culturali e socioeconomici. Obiettivo del presente lavoro è quello di analizzare la mobilità dei pazienti oncologici provenienti da fuori Milano verso le strutture ospedaliere milanesi.

Materiali e metodi

Sono state identificate le schede di dimissione (SDO) di tutti i ricoveri effettuati nel periodo 2001-2007 nelle strutture ospedaliere milanesi e relativi a pazienti non residenti nel comune di Milano. L'analisi è stata limitata alle SDO con l'indicazione 'tumore' (ICD-9: 140-208, V10, V58.0 e V58.1) nella diagnosi principale o nelle diagnosi secondarie. La frequenza dei ricoveri per regione di provenienza dei pazienti e per anno di ricovero ha permesso di analizzare gli andamenti geografici e temporali della mobilità. L'analisi è stata stratificata per tipo di ricovero (RO, DH), per avvenuto trattamento chemioterapico, per genere ed età dei pazienti e per alcune caratteristiche dei comuni di provenienza (dimensione e indice di deprivazione socio-economica).

Risultati

Tra i ricoveri oncologici delle strutture milanesi del 2007, circa il 59% è attribuibile a pazienti non residenti a Milano e il 23% a pazienti non residenti in Lombardia. L'analisi delle SDO ha portato all'identificazione di un gruppo di regioni per le quali il numero dei ricoveri oncologici è in aumento (Sardegna, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Lazio e Puglia) e un altro gruppo (Sicilia e Trentino Alto Adige) per le quali è invece in diminuzione. Tra il 2001 e il 2007, i ricoveri oncologici di pazienti non residenti a Milano presentano un aumento di quasi l'11% all'anno per i ricoveri provenienti dalla regione Sardegna, 7% dal Friuli Venezia Giulia, 6% dal Veneto, 4% dal Lazio e 3% dalla Puglia. La regione Sicilia presenta invece una diminuzione del 3% annuo, soprattutto per le province di Enna (6%) e Palermo (5%); anche il Trentino Alto Adige riporta una diminuzione di circa il 3% annuo. In generale, gli aumenti riguardano soprattutto i ricoveri senza trattamenti chemioterapici, i ricoveri a regime ordinario, i pazienti con età maggiore di 50 anni e le donne. La diminuzione dei ricoveri dalla Sicilia e Trentino Alto Adige è speculare rispetto agli aumenti osservati in altre regioni e riguarda soprattutto i ricoveri con trattamento chemioterapico, i soggetti con età minore o uguale a 50 anni e gli uomini. Indipendentemente dall'andamento geografico e temporale, sembra che i pazienti ricoverati nelle strutture milanesi provengano soprattutto dai comuni più popolosi e più deprivati.

Discussione

La mobilità attiva per ricovero di pazienti oncologici verso Milano e gli andamenti temporali corrispondenti risultano fortemente diversificati per regione di provenienza e per le variabili demografiche e socioeconomiche analizzate. L'analisi suggerisce l'importanza di approfondire ulteriormente questi aspetti per programmare in modo più attento e mirato l'assistenza sanitaria.

XIII

RIUNIONE SCIENTIFICA ANNUALE



**Associazione
Italiana
Registri
Tumori**

SIRACUSA 6-7-8 MAGGIO 2009, OPEN LAND

POSTER

DIVULGAZIONE DEI DATI DEL REGISTRO TUMORI DELLA PROVINCIA DI SONDRIO TRAMITE WEB

R. Tessandori, G. Ardemagni, S. Maspero, F. Scala

Registro Tumori della provincia di Sondrio. ASL di Sondrio

E-mail r.tessandori@asl.sondrio.it

Obiettivi

Il Registro Tumori della provincia di Sondrio ha posto tra i propri obiettivi, fin dal suo nascere, quello della divulgazione dei risultati del proprio lavoro alla popolazione locale e del ritorno delle informazioni elaborate ai fornitori dei dati, in uno spirito di fattiva collaborazione con tutti gli attori interessati alla lotta contro i tumori. Al completamento della raccolta dei dati di incidenza e mortalità dei tumori maligni del periodo 1998-2006, il Registro ha voluto mettere a disposizione dei medici generali e degli specialisti operanti sul territorio i propri risultati via web, in modo da rendere agevole ed economico il continuo aggiornamento dei dati prodotti dal Registro e da permettere l'interazione tra gli utenti e il personale del Registro.

Materiali e metodi

I dati di incidenza e di mortalità sono stati prodotti e sottoposti ai controlli di qualità secondo le tecniche proposte dall'Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTum), dall'European Network of Cancer Registries (ENCR) e dall'International Agency for Research on Cancer (IARC). I dati sono analizzati tramite il software SEERStat prodotto da Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) per produrre tassi standardizzati (su popolazione europea) di incidenza e mortalità, e tassi di sopravvivenza causa-specifica. La ricerca di clusters spaziali è condotta con il software SaTScan prodotto da National Cancer Institute e da Centers for Disease Control and Prevention (USA), che valuta la distribuzione di eventi nello spazio o nel tempo secondo la distribuzione di Poisson. I rischi cumulativi a 75 anni sono calcolati con il software DevCan prodotto da Statistical Research and Applications Branch, Division of Cancer Control and Population Sciences. I dati delle comorbidità e dei costi sanitari sono ricavati integrando i dati del Registro Tumori con i flussi informatici disponibili nell'ASL (Banca Dati Assistiti) del biennio 2005-2006.

Risultati

I risultati sono presentati tramite un file di Excel, in cui l'utente può selezionare di volta in volta tra 100 sedi o sottosedes tumorali, scaricabile dal sito web dell'ASL. Sul sito è stato creato un forum per discutere con gli altri utenti e con il personale del Registro. Per ogni sede o sottosedes selezionata l'utente può visualizzare o stampare i tassi standardizzati di incidenza e di mortalità, il rischio cumulativo a 75 anni e grafici di semplice lettura che riportano la distribuzione per sesso ed età, i trend e le curve di sopravvivenza. Per le sedi tumorali per le quali il campione è statisticamente significativo, sono presentati in grafici anche le comorbidità e i costi sanitari calcolati sulla Banca Dati Assistiti dell'ASL degli anni 2005 e 2006. Sono inoltre presentate le mappe di distribuzione del Rischio Relativo in provincia per le sedi tumorali in cui si sono evidenziati clusters statisticamente significativi. Il tutto è accompagnato da una breve presentazione dei dati.

Discussione

La disponibilità tramite web dei risultati delle analisi condotte dal Registro Tumori permette rapidi ed economici aggiornamenti dei dati e l'interazione tra gli utenti e il personale del Registro. Si rileva quindi uno strumento efficace di comunicazione e di risposta del Registro alle esigenze che emergono nella popolazione e vengono dalle Amministrazioni, dai mass-media e dagli operatori sanitari.

PRESENTAZIONE DATI REGISTRO TUMORI CATANZARO

Antonella Suter Sardo, Adriana Mazzei, Annamaria Lavecchia, Piera Mancuso, Nicola Sirianni

Registro Tumori Catanzaro
E-mail epidemiologia@libero.it

Obiettivi

Attraverso lo studio dell'incidenza, mortalità, prevalenza e sopravvivenza per tumori maligni, contribuire alla conoscenza dell'epidemiologia neoplastica in un'area non ancora coperta.

Materiali e metodi

Per la costruzione dell'archivio storico sono state raccolte le SDO, su supporto informatico, a partire dall'anno 1995. Col metodo di ricerca attiva sono stati consultati gli archivi delle cartelle cliniche, anatomia patologica, esenzione ticket per codice 048 e invalidità civile. I valori dell'incidenza prodotti (anni 2003-2005) sono stati confrontati con quelli osservati per la media dei registri del Sud Italia e con la media dell'area AIRT (anni 2000-2003). Le informazioni contenute nelle schede Istat di morte sono state codificate e inserite su specifico database (WSIM fornito dall'Istituto Nazionale per lo studio e la cura dei tumori della regione Lombardia) nello stesso Servizio, che è anche sede del ReCaM. Sono stati registrati, nel triennio in esame (2003-2005) 1.489 decessi oncologici di cui 888 (59,6%) nei maschi e 601 (40,4%) nelle femmine ed inseriti in incidenza 3.737 records di cui 2.110 (56,5%) maschi e 1.627 (43,5%) femmine.

Risultati

Il tasso d'incidenza standardizzato (pop. Europea) per tutti i tumori maligni negli uomini, negli anni 2003-2005, è risultato (475,2) inferiore alla media nazionale (581,3) e superiore al Pool Sud (464,2); nel sesso femminile (318,8) sono stati registrati valori inferiori sia alla media nazionale (409,5) che al Pool Sud (329,3). Nelle donne, al primo posto per incidenza troviamo i tumori del seno con valore (85,7) inferiore sia alla media nazionale (119,2) che al Pool Sud (91,2). Nel sesso maschile l'incidenza più elevata si è osservata a carico della prostata (64,9) con un valore inferiore alla media nazionale (88,8) ma superiore al Pool Sud (48,0). La mortalità registrata nell'ex AS n.7 relativa agli anni 2003-2005 è stata messa a confronto con i dati Istat di Calabria e Italia anni 2000-2002. Il tasso standardizzato (pop. Europea) di mortalità per tutti i tumori nei maschi è 186,2 (Calabria 182,6 – Italia 239,0); nelle donne il valore registrato è 100,9 (Calabria 99,2 – Italia 126,8). Il tumore del Polmone, nei maschi, rappresenta la prima causa di mortalità oncologica, con un tasso pari a 43,9, che risulta comunque inferiore ai valori regionali e nazionali (Calabria 48,2 – Italia 69,6). Nel sesso femminile la causa di morte per tumore più rappresentata è il cancro la mammella (ex AS7 19,7 - Calabria 19,2 – Italia 24,9).

Discussione

I valori d'incidenza dei tumori maligni osservati nel territorio dell'ex AS n.7, negli anni 2003-2005, in entrambi i sessi, sono risultati inferiori a quelli registrati dal Pool AIRTum (anni 2000-2003). Anche la mortalità totale per tutti i tumori maligni nell'area esaminata è risultata inferiore alle medie nazionali. La presenza di rilevazione dei dati oncologici può contribuire all'analisi ed alla riduzione dei fattori che rendono ancora consistente la migrazione sanitaria.

**REGISTRO TUMORI, TECNOLOGIA INFORMATICA E RETE ONCOLOGICA REGIONALE:
INTEGRAZIONE TRA REGISTRO TUMORI E SERVIZI ONCOLOGICI IN UMBRIA**

Fortunato Bianconi¹, Fabrizio Stracci², Tiziana Cassetti², Daniela D'Alò², Maurizio Tonato³, Francesco La Rosa²

¹Dipt. Ingegneria Elettronica e Informatica, Università di Perugia

²Dipt. Spec. Med. Chir. e Sanità Pubblica – ³Centro Oncologico Regionale

E-mail fabs@unipg.it

Obiettivi

In Umbria è stata istituita la rete oncologica regionale. Il Registro Tumori Umbro di Popolazione (RTUP) si integra strettamente nel progetto di rete con le finalità di garantire, oltre alla sorveglianza epidemiologica tempestiva, uno strumento di valutazione delle attività oncologiche. In tale quadro il Registro Tumori regionale si è posto come obiettivo lo sviluppo di una tecnologia informatica che permette:

- la tempestività nella produzione di informazioni;
- l'incremento della qualità dei dati raccolti da più fonti;
- la capacità di diffusione delle informazioni raccolte;
- l'espansione delle informazioni raccolte coinvolgendo l'attività dei Gruppi Multidisciplinari della Rete Oncologica Regionale;
- la totale integrabilità con i sistemi informativi del Sistema Sanitario Regionale;
- l'espansione delle informazioni raccolte coinvolgendo l'attività dei Gruppi Multidisciplinari della Rete Oncologica Regionale;
- la realizzazione di un sistema di sorveglianza e valutazione ad alta risoluzione in stretta collaborazione con i professionisti.

Materiali e metodi

Il personale del RTUP in collaborazione con il DIEI e con il CRO ha progettato e implementato il Sistema Gestionale del RTUP (S.G.RTUP) in tecnologia Web 2.0. È stato realizzato un applicativo completamente Open-Source. In particolare la macchina server che ospita il repository dati utilizza un sistema operativo Linux, il Data Base Management Systems è in tecnologia MySQL, la piattaforma Web Based è in PHP (PHP Hypertext Preprocessor) e Ajax. Tale scelta è mossa dalla necessità di annullare i costi di licenza per la struttura del Registro e garantire l'indipendenza da aziende esterne. Nello sviluppo dell'applicativo si è fatto riferimento per la sicurezza alla normativa ISO 27001 (norma internazionale che fornisce i requisiti di un Sistema di Gestione della Sicurezza nelle tecnologie dell'informazione (Information Security Management System)). La sicurezza è gestita su diversi livelli:

- sicurezza a livello fisico (multilivello con una politica degli accessi al locale del server e accessi riservati al software di gestione del server);
- sicurezza a livello logico (gerarchia di utenti che vengono abilitati solo dopo una registrazione e autenticazione degli utilizzatori del sistema);
- sicurezza a livello software (criptazione dei nomi utenti e delle password per accedere all'applicativo e alle sessioni di ogni schermata dell'applicativo);
- sicurezza nel canale di comunicazione con il server (ottenuta tramite il protocollo HTTPS (Hypertext Transfer Protocol Secure) che garantisce un canale di comunicazione criptato tra il client e il server attraverso lo scambio di certificati).

Risultati

Il repository del S.G.RTUP ha struttura modulare, estensibile ed integrabile che utilizza i principi delle basi dati entità relazione. Le tabelle sono in relazione con i vincoli d'integrità referenziale che garantiscono la coerenza delle informazioni. La base dati è direttamente "linkata" con il Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM) e con gli assistiti della regione. L'architettura della base dati RTUP si estende poi alle rilevazioni specialistiche dedicate (Mammella, Colon Retto, Tiroide, Melanoma, Polipo intestinale). Tali schede specialistiche contengono variabili proprie della patologia con dettaglio che può essere incrementato a piacere (figura).

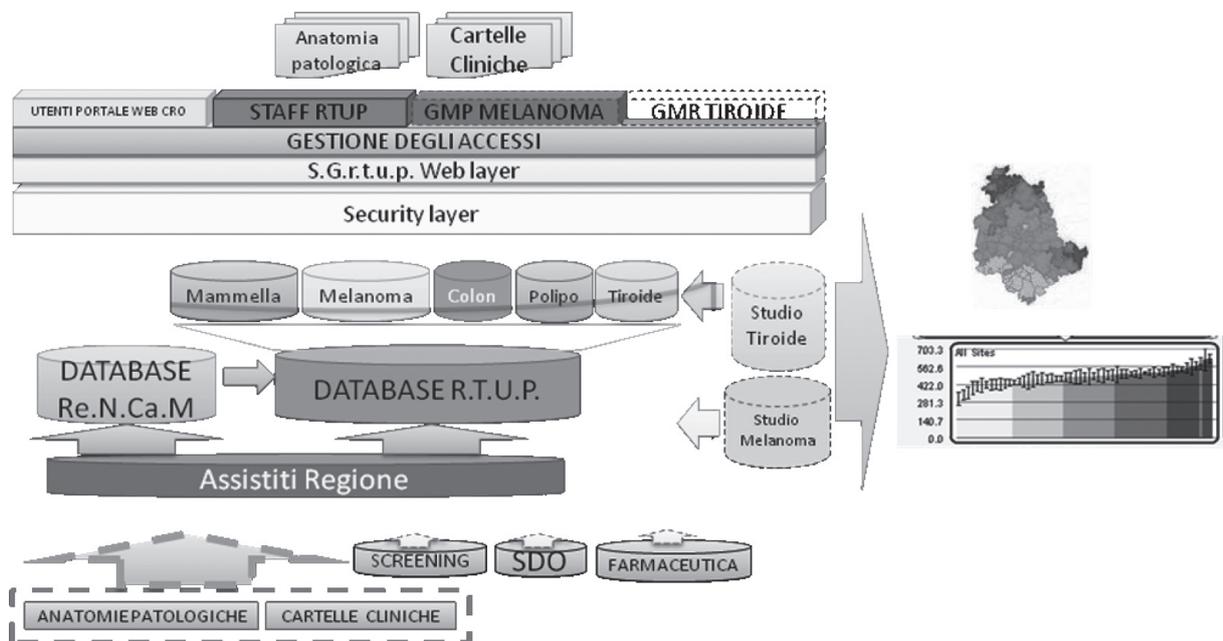
L'accesso ai dati è controllato e storicizzato. Dal lato utente, è stata realizzata un'interfaccia per facilitare il processo di inserimento, revisione e aggiornamento dei dati. Il registro integra correntemente informazioni derivate da fonti esterne quali il ReNCaM e la lista degli assistibili del servizio sanitario regionale. Sono in fase di realizzazione sistemi di importazione semiautomatica per l'archivio SDO, per le prescrizioni farmaceutiche e specialistiche. Altra caratteristica dell'applicativo è la completa integrabilità con i sistemi informativi in fase di allestimento nel

sistema sanitario regionale tramite protocolli di scambio dati basati sugli standard XML (eXtensible Markup Language) e HL7 (Health Level Seven).

Nei siti web del RTUP e del CRO recentemente ristrutturati sarà possibile fruire di servizi derivanti dai dati del registro come la consultazione di analisi geografiche. Già operativa è la ricerca nell'archivio di mortalità, utile per completare il follow-up in ambito clinico.

Discussione

Il RTUP ha introdotto una tecnologia informatica che permette di migliorare: • tempestività e qualità dei dati raccolti; • capacità di diffusione delle informazioni; • integrazione con i sistemi informativi del Sistema Sanitario Regionale disponibili o in corso di realizzazione (programma unico regionale dei laboratori di anatomia patologica, programma unico dei servizi di screening, cartella oncologica informatizzata). • espansione delle informazioni raccolte nell'ambito di progetti a risoluzione incrementale di tipo o autonomo: condotti interamente dal registro ma con ampia diffusione locale delle informazioni (mammella, grosso intestino) o cooperativo: basati sulla raccolta dei dati congiunta tradizionale (ad opera di personale del registro) e ad opera dei professionisti mediante accesso controllato via web all'archivio specialistico (tiroide e melanoma) I problemi di protezione dei dati sensibili sono stati attentamente considerati nella realizzazione del registro con tecnologia orientata al web, così come la politica delle autorizzazioni e degli accessi in rete. Le esperienze in corso dedicate alla patologia Tiroidea e al Melanoma cutaneo prevedono a. la partecipazione dei professionisti coinvolti nell'assistenza a livello regionale alla definizione degli obiettivi e delle variabili e b. l'immissione diretta in rete di informazioni da parte dei medesimi in base a un protocollo concordato di accesso e modifica dei dati. In entrambi i casi lo studio è legato alla valutazione di linee guida/PDT condivisi a livello regionale. Si intende espandere entro breve la partecipazione attiva dei professionisti a sedi rilevanti come il colon-retto e, quindi, alle altre sedi neoplastiche. Il supporto epidemiologico consentirà in un quadro di collaborazione con i livelli decisionali (incluso l'assessorato alla sanità) e professionali di formulare strategie di controllo del fenomeno oncologico e di valutarne i risultati.



INCIDENZA DEL SARCOMA DI KAPOSÌ CLASSICO IN SICILIA

Enza Viviano per il "Gruppo di Studio sul Sarcoma di Kaposi classico in Sicilia" e Nino Romano per il Registro Tumori della Provincia di Palermo

Istituto di Igiene Università degli Studi di Palermo, Registro Tumori della Provincia di Palermo

E-mail eviviano@igiene.unipa.it

Obiettivi

Il Sarcoma di Kaposi nella variante "classica" (cKS) si osserva prevalentemente nei Paesi del bacino del Mediterraneo. I dati di incidenza del cKS nella nostra Isola sono quelli riportati dal Registro Tumori di Ragusa, che tuttavia non sono rappresentativi di tutto il territorio siciliano e che includono anche i casi di KS epidemico e iatrogeno. Lo studio da noi condotto ha avuto come obiettivo quello di verificare la reale incidenza del KS classico nella nostra Isola e quindi la sua distribuzione nelle varie province e, inoltre, di mettere a confronto i dati di incidenza della malattia con quelli di sieroprevalenza per l'infezione da HHV8, virus considerato condizione necessaria ma non sufficiente per lo sviluppo della malattia.

Materiali e metodi

Abbiamo estrapolato i dati da uno studio caso controllo condotto in Sicilia in collaborazione con la Division of Cancer Epidemiology and Genetics del National Cancer Institute di Bethesda e la Lega Italiana per la lotta ai Tumori di Ragusa, allo scopo di indagare sull'incidenza del cKS nelle varie province siciliane, su eventuali fattori di rischio collegati alla sua insorgenza e di valutare il rischio dei soggetti sieropositivi per HHV8 di sviluppare la malattia. Sono stati raccolti tutti i casi di cKS, confermati istologicamente, diagnosticati dal 1 Luglio 2002 al 30 Giugno 2006 e registrati nei databases dei servizi di anatomia patologica della Sicilia.

Risultati

Nel periodo in studio sono stati rilevati 179 casi di cKS, 114 sono maschi e 65 femmine. L'età media dei pazienti è di 75.1 ± 10.73 (range 28-100) mediana 76 anni. L'incidenza è risultata pari a 0.9×100000 (1.1 nei Maschi, 0.6 nelle Femmine) con un rapporto M/F di 1.8. L'incidenza aumenta con l'età fino a raggiungere il tasso di 8.9×100000 nella fascia di età ≥ 85 anni. Tra le province siciliane i tassi variano, sebbene non in maniera statisticamente significativa, da 1.4×100000 ad Agrigento a 0.6×100000 a Messina e Siracusa. Il rapporto M/F è più alto a Palermo e più basso ad Enna. Poiché i tassi di incidenza osservati non corrispondono ai dati di sieroprevalenza dell'infezione da HHV8 nella popolazione controllo delle varie province siciliane, si è calcolato il rischio di ammalarsi dei soggetti sieropositivi: la probabilità è maggiore per il sesso maschile e per i residenti nelle province di Enna, Trapani, Catania e Palermo.

Discussione

Il nostro studio, per la prima volta, riporta i tassi di incidenza del Sarcoma di Kaposi classico in tutto il territorio siciliano e dimostra come la malattia sia ancora presente, sebbene con tassi di incidenza ridotti rispetto a quelli del periodo 1976-84 riportati dal Registro Tumori di Ragusa (3.01 nei Maschi e 0.54 nelle Femmine). Le variazioni di incidenza del cKS nelle province siciliane, la non corrispondenza con l'entità della sieroprevalenza nei confronti dell'infezione da HHV8, suggeriscono che l'evoluzione dell'infezione verso la malattia sia condizionata dall'intervento di fattori di rischio, alcuni dei quali (diabete, uso di farmaci corticosteroidi) sono stati già in parte individuati. Ulteriori studi dovranno chiarire se anche fattori ambientali (attività lavorativa, contatti con piante etc.) possano svolgere un ruolo nel determinismo della malattia.

**AUMENTO DELLA SOPRAVVIVENZA IN PAZIENTI CON OSTEOSARCOMA AD ALTO GRADO
NELL'ESPERIENZA I.O.R. NEL PERIODO 1982-2002**

C. Ferrari, G. Magagnoli, E. Pignotti, P. Picci

Registro dei Tumori maligni e primitivi dell'osso Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna

E-mail cristina.ferrari@ior.it

Obiettivi

Analizzare i miglioramenti della sopravvivenza in pazienti con osteosarcoma ad alto grado, durante il ventennio 1982-2002, con follow-up minimo di 5 anni, in una grande casistica monocentrica.

Materiali e metodi

Sono state incluse tutte le diagnosi di osteosarcoma, indipendentemente da varietà istologica, età, sede e stadio (localizzato o metastatico). Di 1656 casi osservati, 198 pazienti sono stati esclusi (41 erano solo in consultazione, 129 erano varietà a basso grado e 28 mancavano di follow-up). Tra i 1458 casi rimasti, 1032 avevano le caratteristiche per essere inclusi in trials clinici convenzionali (istologia classica, età < 41 anni, tumori localizzati e delle estremità). I dati sono stati analizzati anche per sottogruppi, al fine di identificare i pazienti che avevano avuto maggiori miglioramenti.

Risultati

Con un follow-up mediano di 12 anni (5-25 anni), 754 pazienti (51,7%) sono vivi, 613 liberi da malattia in modo continuativo. La sopravvivenza per tutti a 5, 10 e 15 anni è 57%, 52% e 51% rispettivamente. La sopravvivenza per i pazienti inclusi nei trials clinici è rispettivamente 68%, 64% e 61%. La sopravvivenza per gli altri pazienti è 30%, 25% e 24% rispettivamente. L'analisi statistica mediante jointpoint analysis al follow-up reale di 5 anni mostra un incremento annuale statisticamente significativo dell' 1,31% (95% CI 0,5-2,1), passando dal 51% per i pazienti trattati nel 1982 al 68% per quelli trattati nel 2002. La sopravvivenza che statisticamente migliorava maggiormente era per quei pazienti che ricadevano (recidive locali o metastasi), o si presentavano con metastasi alla diagnosi, o avevano tumori assiali.

Discussione

Nonostante la mancanza di nuovi trattamenti e di nuovi farmaci per l'osteosarcoma, la sopravvivenza è migliorata statisticamente, specialmente per quei pazienti che avevano una peggiore prognosi. Si raccomanda pertanto un trattamento aggressivo anche per quei pazienti con una cattiva prognosi.

SVANTAGGIO PROGNOSTICO DELLE PAZIENTI ANZIANE E DEPRIVATE AFFETTE DA CANCRO DELLA MAMMELLA A GENOVAAlberto Quaglia¹, Claudia Casella¹, Giovanna Giachero¹, Roberto Lillini¹, Marina Vercelli²¹SSD Epidemiologia Descrittiva, Registro Tumori Liguria, Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, Genova²Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Genova

E-mail alberto.quaglia@istge.it

Obiettivi

Questo studio rientra nell'ambito delle attività dell'Unità Operativa 4, "Fattori socio-economici e outcomes", dei Progetti Integrati Oncologia per le reti di ricerca, coordinati da ISS per conto di Alleanza contro il Cancro; tale unità indaga i rapporti che intercorrono tra condizioni socio-economiche, organizzazione dei Sistemi Sanitari e malattie neoplastiche. Lo scopo dello studio è descrivere l'impatto di differenti fattori prognostici sulla sopravvivenza delle pazienti affette da cancro della mammella residenti nel comune di Genova. In particolare si è cercato di comprendere l'effetto dell'età anziana e dello stato socio-economico (SES) su determinanti diretti della prognosi quali fattori patologici e clinici. L'analisi rappresenta, dopo test su dati di incidenza e mortalità genovesi, la prima sperimentazione dell'influenza di un indice socio-economico nazionale sulla sopravvivenza per tumore.

Materiali e metodi

Sono state analizzati i dati di 505 pazienti diagnosticate nel 1996 e 576 nel 2000, affette da tumore della mammella e residenti nel comune di Genova, con un follow-up di almeno cinque anni. Per tali pazienti è stata calcolata la sopravvivenza relativa a 5 anni (SR-5%) dalla diagnosi con metodologia di coorte, secondo il metodo di Hakulinen e per mezzo del software SEER*stat. Per ogni soggetto sono state raccolte informazioni riguardanti la paziente (età alla diagnosi e SES), il tumore (dimensioni, stato dei linfonodi e dei recettori per gli estrogeni) ed il tipo di trattamento (tipo di chirurgia, linfadenectomia, chemioterapia, radioterapia e terapia ormonale). Le pazienti sono state divise in tre gruppi di età (0-49, 50-69 e ≥ 70 anni). Per misurare il livello di deprivazione è stato utilizzato un indice sintetico di deprivazione socio-economica basato su variabili ecologiche di svantaggio materiale e sociale derivate dal censimento 2001 (indice nazionale Biggeri-Caranci). L'unità statistica di analisi è la sezione di censimento, vale a dire l'area geografica più piccola per cui i dati sono disponibili; ogni sezione del comune di Genova comprende mediamente 178 residenti, rappresentando un'area abbastanza piccola, con dati sufficientemente omogenei per evitare o almeno ridurre la fallacia ecologica. L'indice di deprivazione nazionale è stato costruito combinando la % di popolazione con almeno la licenza elementare, la % di popolazione attiva disoccupata, la % di case in affitto, la % di famiglie monoparentali con figli a carico ed un indicatore di sovrappollamento (numero di abitanti per 100mq). L'associazione dei fattori prognostici con la sopravvivenza è stata studiata prima con analisi bivariata, quindi con diversi modelli multivariati secondo regressione di Cox, che hanno permesso di identificare gli hazard ratios (HR) legati alle caratteristiche delle pazienti.

Risultati

La sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi appare molto buona per i primi due gruppi di età (91% circa) e diminuisce a 81% nelle anziane dai 70 anni in su (HR=4.6, $p < 0.001$). Per quanto attiene il livello di SES, i valori di SR-5% sono abbastanza omogenei per i primi 4 quintili (89%) e diminuiscono solo per il gruppo di donne molto deprivate (83%); tale differenza risulta essere statisticamente significativa (HR=1.7, $p = 0.012$). Il rischio di morte più alto nelle pazienti molto deprivate è motivato dalle caratteristiche prognostiche negative delle variabili analizzate: queste donne hanno tendenza ad essere più anziane, ad avere tumori di dimensioni maggiori e con linfonodi positivi e ad essere sottoposte meno frequentemente a terapie adiuvanti (chemio-, radio-, ormonoterapia). Queste caratteristiche sono comuni alle pazienti anziane (70 e più anni); inoltre, in questo gruppo è particolarmente rilevante il minor utilizzo della chirurgia in generale e della chirurgia conservativa in particolare. Appare molto basso il numero di anziane trattate con chemio- e radioterapia, inoltre quelle sottoposte a chirurgia conservativa

non ricevono nel 35% dei casi il trattamento standard radiante. Gli HR per età, molto elevati all'analisi bivariata, si riducono dopo aggiustamento per caratteristiche istopatologiche del tumore (da HR=4.6 a HR=2.9, $p<0.001$) e dopo ulteriore aggiunta del tipo di trattamento (HR=2.6, $p<0.001$), senza mai tuttavia perdere la loro significatività statistica. L'associazione tra deprivazione e sopravvivenza scompare solo dopo l'inserimento nel modello di tutte le covariate osservate nello studio.

Discussione

Nonostante la buona prognosi raggiunta dalle pazienti genovesi, rimane da monitorare attentamente la situazione delle donne anziane e/o socio-economicamente deprivate; la combinazione di queste due caratteristiche sembra infatti essere l'indicatore più significativo di prognosi peggiore, probabilmente a causa sia di un difficile accesso alle cure sia di una presa in carico problematica, come sembrano suggerire la maggiore estensione del tumore alla diagnosi e le differenze di trattamento.

I TUMORI AD ALTA FRAZIONE EZIOLOGICA PROFESSIONALE NELLA PROVINCIA DI PALERMO

G. Rudisi, R. Mannino, A. Costa, G. Bucalo, N. Romano

Registro Tumori della Provincia di Palermo (Direttore Prof. Nino Romano)

Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute "G. D'Alessandro", Università degli Studi di Palermo

E-mail registrotumoripalermo@igiene.unipa.it

Obiettivi

I tumori occupazionali rappresentano un problema di sanità pubblica sottostimato e di difficile monitoraggio per la lunga latenza tra esposizione e insorgenza della malattia, per la difficoltà nel ricostruire un'anamnesi lavorativa dettagliata e nell'individuare, per i tumori a bassa frazione eziologica, i casi da attribuire ad esposizioni professionali. I Registri Tumori possono svolgere un ruolo importante nella sorveglianza di queste neoplasie, come dimostrato ampiamente dai risultati del progetto OCCAM (Occupational Cancer Monitoring) che utilizza un sistema di rilevazione basato sull'incrocio e sull'analisi periodica dei dati provenienti dagli archivi INPS e dai Registri Tumori Italiani. Obiettivo dello studio è quello di descrivere l'incidenza dei tumori ad alta frazione eziologica professionale al fine di conoscere la situazione epidemiologica di queste neoplasie nella Provincia di Palermo. I dati osservati sono stati messi a confronto con quelli prodotti dagli altri Registri Tumori operanti nel territorio siciliano.

Materiali e metodi

Tra i casi di neoplasie maligne registrati nel triennio 2003-2005 dal Registro Tumori di Popolazione della Provincia di Palermo (RTPP), che ha iniziato la sua attività nel 2006, sono stati considerati i tumori delle cavità nasali e paranasali (codici C30-C31 della Classificazione ICD-X), i mesoteliomi (codice C45 della Classificazione ICD-X) e, tra le neoplasie del fegato (codice C22 della Classificazione ICD-X), gli angiosarcomi (codice M-91203 della Classificazione ICDO).

Risultati

I casi incidenti delle neoplasie considerate sono complessivamente 72 (53 maschi e 19 femmine). I tassi di incidenza rispecchiano quanto rilevato dagli altri Registri Tumori Siciliani sia per il carico complessivo di ciascuna patologia che per la distribuzione per sesso e fasce di età. Fa eccezione il mesotelioma che presenta una maggiore incidenza nella provincia di Siracusa, territorio con numerosi insediamenti industriali.

Discussione

I dati provenienti dal Registro Tumori della Provincia di Palermo possono dare un contributo notevole alla conoscenza del fenomeno delle malattie oncologiche riferibili ad esposizioni professionali in Sicilia. Per una più precisa identificazione dei rischi occupazionali presenti nel nostro territorio il RTPP si propone di partecipare al complesso e articolato sistema di sorveglianza epidemiologica presente oggi in Italia.

**MESOTELIOMA MALIGNO E DONNE:
VALUTAZIONI DERIVANTI DALL'ATTIVITÀ DI SORVEGLIANZA DEL REGISTRO NAZIONALE**

Renata De Zotti, Alessandro Marinaccio, Valeria Ascoli, Domenica Cavone, Chellini Elisabetta, Valerio Gennaro, Simona Menegozzo, Carolina Mensi, Enzo Merler, Dario Mirabelli, "ReNaM Working Group"

U.C.O. Medicina del Lavoro- Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti di Trieste" Registro Mesoteliomi
Regione Friuli Venezia Giulia
E-mail dezotti@univ.trieste.it

Obiettivi

Presentare alcuni dati preliminari sulle caratteristiche dei mesoteliomi tra le donne presenti nel Registro Nazionale Mesoteliomi (ReNaM) per evidenziare caratteristiche di genere che possano essere di aiuto per comprendere l'andamento epidemiologico della malattia e il ruolo di alcuni fattori eziopatogenetici.

Materiali e metodi

I casi sono stati rilevati in ragione di un sistema di ricerca attiva e di analisi standardizzata delle storie residenziali e professionali (Linee Guida ISPEL, Roma 2003). I dati riguardano 17 Regioni Italiane e riportano casi incidenti dal 1993 al 2004.

Risultati

L'archivio contiene informazioni relative a 9170 casi di mesotelioma maligno: 6634 Maschi (72.5 %) e 2527 donne (27.5%). Il 92.5% dei casi di MM risulta a carico della pleura, 6.7% a carico del peritoneo, e i restanti a carico del pericardio e della tunica vaginale del testicolo. Complessivamente 77% delle diagnosi di MM pleurico è "certa: 78% tra i maschi e 73% tra le donne; a livello peritoneale 80% dei casi risultano certi, in entrambe i generi. L'età media alla diagnosi è di 68.3 anni senza differenze apprezzabili per genere; i casi con MM certo presentano un'età media alla diagnosi inferiore rispetto ai casi probabili e possibili. La sede pleurica riguarda 93.7% dei maschi e 89% delle donne; la localizzazione peritoneale riguarda 5.4% dei maschi e 10 % delle donne. Il rapporto Pleura/ Peritoneo risulta 17.2 nei Maschi e 8.9 nelle donne. Le modalità di esposizione ad amianto sono disponibili per 6640 casi (72,4%) e tra questi un'esposizione ad amianto lavorativa, ambientale, familiare o legata ad hobbies è risultata pari 66% tra le donne e 86.5% tra i maschi. Per le donne una esposizione lavorativa ad amianto è presente nel 33%, contro 82% dei maschi. L'esposizione familiare riguarda 15% delle donne, quella ambientale 10.6% e l'esposizione hobbistica 2.8%. Esposizione ad amianto assente o ignota riguarda 38.% delle donne e 13.5% degli uomini. Il rapporto di genere (M/F), sul totale dei casi, è pari a 2.6 e la distribuzione per genere è costante nei dodici anni disponibili, ma variabile per territorio. Il rapporto di genere considerando separatamente la sede pleurica e peritoneale per gruppi di età e in relazione all'esposizione ad asbesto è presentato nella tabella. Sia per la sede pleurica che peritoneale il rapporto M/F ha valori più elevati nel gruppo di soggetti con esposizione professionale ad amianto, e si avvicina a 1 nel gruppo di casi per i casi senza esposizione ad amianto.

Discussione

Il mesotelioma è più frequente nel genere maschile per il ruolo determinante dovuto all'esposizione professionale soprattutto in alcuni settori lavorativi, mentre è ancora in discussione la relazione tra entità e tipo di esposizione ad amianto e sede della malattia. I dati dello studio confermano una differenza di genere per le sedi più frequenti di malattia (pleura e peritoneo) che potrebbe, almeno in parte, riflettere una misclassificazione diagnostica soprattutto per i casi con incidenza più remota e per le classi di età più avanzate. La presenza di esposizione professionale ed extraprofessionale ad amianto è molto diversa nei due generi, ma anche questo dato risulta dipendente dalle modalità di rilevazione dell'esposizione, dalla sede anatomica, dal periodo di incidenza. Merita particolare approfondimento il dato riguardante il rapporto di genere, che si avvicina all'unità tra i soggetti per i quali non

è stata identificata alcuna pregressa esposizione ad amianto. I dati possono in parte derivare da misclassificazioni della malattia, ma soprattutto possono esprimere un ruolo misconosciuto di fonti di esposizione ad asbesto derivanti dall'ambiente. Gli approfondimenti potrebbero quindi acquisire un rilevante riflesso anche in termini di prevenzione primaria.

ETA'	M. PLEURICO		M. PERITONEALE			
	M n	F n	M/F	M n	F n	M/F
< 45	117	63	1,86	23	11	2,09
45 - 64	2190	677	3,23	144	103	1,40
65 +	3920	1522	2,58	195	138	1,41
TOTALE	6227	2262	2,75	362	252	1,44
ESPOSIZIONE AD AMIANTO						
Professionale	3872	502	7,71	188	50	3,76
Extra-professionale	222	444	0,50	10	28	0,36
Assente/Ignota	613	550	1,11	51	69	0,74
TOTALE	4707	1496	3,15	249	147	1,69

ATLANTE DELLA MORTALITÀ NEL SUD ITALIA.

Maurizio Montella¹, Anna Crispo¹, Maria Grimaldi¹, Giuseppina Caolo¹, Giovanni Fabrizio², Patrizia Manzo²,
Maria Ottaviano², Simona Creazzola², Ettore Bidoli³

¹Istituto Nazionale dei Tumori Fondazione Pascale-Napoli; ²Lega Italiana per la Lotta Contro i Tumori;

³Centro di Riferimento Oncologico-Aviano

E-mail epidemiologia.int@alice.it

Obiettivi

La difficoltà di avere ancor oggi dati di incidenza nel sud Italia costringe ad utilizzare, per un avere un quadro generale delle situazione, i dati di mortalità a livello provinciale. La drammatica vicenda dei rifiuti nella Regione Campania ha messo in evidenza eccessi di mortalità in diversi comuni delle provincie di Napoli e Caserta. Abbiamo voluto verificare pertanto la mortalità di Napoli e Caserta confrontandola con la mortalità nelle provincie dell'Italia meridionale.

Materiali e metodi

La popolazione residente è riferita al censimento ISTAT del 2001. I dati di mortalità (2000-2003) sono stati ricavati dalla schede di morte individuali e divisi per età, sesso, provincia di residenza e causa di morte. Sono stati calcolati sia i numeri assoluti che i tassi grezzi e standardizzati x 100.000 abitanti. Sono stati calcolati gli SMR con SE nonché i tassi standardizzati età specifici e i tassi troncati. Sono stati anche calcolati i tassi cumulativi 0-74 e la percentuale di anni di vita produttiva persi. È stata infine eseguita una classificazione per rango delle 23 provincie in base ai tassi di mortalità per le diverse cause di morte e per le singole neoplasie.

Risultati

Si conferma l'eterogeneità della distribuzione della mortalità nelle diverse provincie. Si conferma soprattutto l'andamento diverso con eccessi significativi per numerose sedi tumorali, per le neoplasie nel complesso, per le malattie cardiovascolari, per le malattie dell'apparato digerente e per tutte le cause nelle provincie di Napoli e Caserta. Nella classificazione per rango per tutti i tumori Napoli e Caserta sono ai primi posti seguite dalla provincia di Lecce nei maschi e dalle provincie di Taranto e Bari per le femmine. Tra i tumori ad alta mortalità ha un andamento diverso solo il colo-retto che vede, in entrambi i sessi, le provincie ad alta mortalità concentrarsi nelle provincie adriatiche e della parte settentrionali (Foggia, Pescara, Campobasso, Teramo). (vedi tabella maschi).

Discussione

È ormai universalmente riconosciuto che la mortalità generale nel sud, ed in particolare per i tumori, ha avuto un andamento molto diverso rispetto al centro-nord dell'Italia. I tassi standardizzati sono stati, sino alla fine degli anni 90, inferiori nelle provincie del sud. A partire dagli anni 2000 tale trend si è invertito e nelle provincie del sud la mortalità (per diverse neoplasie) è aumentata diversamente da quanto avviene nel centro-nord. Il dato dell'eccesso di mortalità di Napoli e Caserta va da sempre in controtendenza e gli eccessi che si continuano a riscontrare non possono non condurre ad ipotizzare che il danno ambientale, unitamente ad uno stile di vita non corretto, possano aver esercitato un ruolo determinante. Tale ipotesi è confermata dalla elevata mortalità per tutti i tumori riscontrata anche nelle provincie di Lecce e Taranto, caratterizzate anch'esse da un alto tasso di industrializzazione responsabile di probabili danni ambientali. È auspicabile che tali ipotesi vengano supportate con studi ad hoc. Va ricordato infine che nella classifica sulla qualità della vita (Sole 24 Ore) le provincie di Napoli e Caserta figurano negli ultimi posti a partire dal 1994, con un continuo e costante declino.

Classificazione delle 23 province a seconda della Mortalità per vari tumori o gruppi di tumori (ordine decrescente) Sud Italia, 2000-2003, MASCHI

CAUSA DI MORTE	1°	2°	3°	21°	22°	23°
Tutte le cause	NA 1216.1	CE 1182.9	SA 1051.7		IS 931.4	VV 930.2	CS 929
Tutti i tumori	NA 378	CE 356.1	LE 327.4		CZ 281.1	VV 257.2	CS 243.1
Malattie cardiovascolari	CE 495	NA 481.7	BN 435.4		TA 350.7	BA 344	LE 340.3
Malattie dell'app. respiratorio	LE 105	NA 100	TA 98.8		KR 69.1	CB 63.1	IS 60.8
Malattie dell'app. digerente	NA 67.9	CE 61.3	CZ 59		CH 44.8	VV 44.5	LE 41.6
Tumore del cavo orale	AQ 7.7	CZ 7.5	PZ 7.3		BA 4.7	KR 4.6	CB 4.4
Tumore dell'esofago	AQ 6.5	BN 4.9	IS 4.4		AV 2.3	CB 2.2	TA 1.8
Tumore dello stomaco	TE 29.7	CE 27.1	KR 24.8		LE 14.9	TA 14.3	BR 11.9
Tumore del colon-retto	TE 40.3	CB 38.1	CE 37		VV 25.3	IS 25	TA 24.9
Tumore del fegato	BA 20.2	NA 17.9	MT 17.8		IS 7.3	TE 7.1	CS 6.8
Tumore della colecisti	CH 6.8	PE 6.8	FG 5.6		RC 3.4	IS 3.3	CE 2.9
Tumore del pancreas	IS 13.8	TE 13.3	NA 12.6		CS 8.3	KR 8.3	RC 8.1
Tumore del laringe	IS 9.4	CE 9.1	NA 8.6		VV 4	TA 3.9	MT 2.3
Tumore del polmone	NA 123.7	LE 107.6	CE 107.39		CS 57.1	CB 55.7	IS 54.4
Tumore della pleura	TA 5.1	NA 2.5	SA 2.3		TE 0.7	PZ 0.7	CS 0.7
Tumore del connettivo	CH 1.9	CZ 1.8	PE 1.5		MT 0.7	KR 0.7	BN 0.6
Melanoma cutaneo	TE 4.4	BA 3.3	VV 3.3		RC 1.5	KR 1.1	CZ 1
Tumore della pelle	CB 2.3	FG 2	TA 2		AQ 0.8	BR 0.8	RC 0.8
Tumore della prostata	BR 30.7	NA 28.4	LE 27.9		FG 22.3	CZ 20.9	PZ 20.2
Tumore della vescica	NA 23.8	LE 20.2	CE 20.1		CB 11.6	CS 11.6	AQ 10.1
Tumore del rene	AV 6.3	AQ 6	CE 6		KR 4	CZ 3.7	CS 3.6
Tumore dell'encefalo	TE 13.9	CB 13.8	BN 11.2		RC 7.8	CZ 7.6	CS 6.8
Tumore della tiroide	PZ 1.4	PE 1	NA 1		FG 0.4	MT 0.3	BR 0
Morbo di Hodgkin	CE 1.3	KR 1.3	BR 1.2		LE 0.5	CB 0.4	AV 0.4
Linfomi non-Hodgkin	KR 9	SA 8.5	BA 8.5		MT 5.7	CS 5	IS 3.9
Mieloma multiplo	CH 6	CB 5.4	AQ 5.3		CE 3.5	VV 3.1	KR 2.2
Leucemie	IS 14.4	FG 13.7	AV 13.6		AQ 8.8	TA 7.9	VV 6.9
Tumori resp. e dig. superiori	IS 23.1	AQ 21.7	CE 19.7		BA 11.9	MT 11.9	KR 11.9
Tumore pelle e melanoma	TE 5.6	TA 4.7	CB 4.6		CS 2.7	KR 2.6	RC 2.3
Tumori app. gen. e mamm.	BR 32	NA 29.6	LE 29.1		IS 23.3	CZ 23	PZ 21
Tumori app. urinario	NA 30	CE 26.2	SA 25.4		AQ 16.3	KR 15.9	CS 15.2
Tumori sist. Linf. e emop.	BN 26	FG 25.7	BA 25.6		CS 20.4	PZ 20.2	VV 17.7

RICOVERI OSPEDALIERI INTRA ED EXTRA PROVINCIA DI PALERMO

R. Cusimano^{1,2}, M.S. Adamo¹, A. Brucculeri¹, A. Guttadauro¹, N. Romano¹

¹Registro Tumori della Provincia di Palermo (Dir. Pro f. N. Romano) - Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute "G. D'Alessandro" - Università degli Studi di Palermo

²Servizio di Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina Preventiva - ASL 6 Palermo

E-mail registrotumoripalermo@igiene.unipa.it

Obiettivi

Il contributo dei Registri Tumori al governo clinico locale assume particolare rilievo nel meridione, area di tradizionale migrazione sanitaria oncologica. Poiché l'entità di tale fenomeno è ad oggi poco conosciuta nelle aree metropolitane siciliane, il presente studio si propone di descrivere il ricorso a strutture sanitarie fuori dalla Sicilia da parte dei pazienti residenti nella Provincia di Palermo e registrati nel triennio 2003-2005 dal Registro Tumori della Provincia di Palermo.

Materiali e metodi

Le informazioni riguardano 17.886 casi incidenti di tumore maligno (9.731 maschi e 8.155 femmine) registrati nel periodo 2003-2005 e sottoposti alla valutazione per l'accreditamento all'AIRTUM. Le schede di dimissione ospedaliera (SDO) che hanno concorso a definire i casi sono state fornite dall'Osservatorio Epidemiologico della Regione Sicilia e hanno riguardato i ricoveri in regime ordinario e di day hospital avvenuti nel territorio regionale e fuori regione (cosiddetta compensazione extraregionale) nel periodo 2003-2006.

Risultati

Nel corso del primo anno dalla diagnosi di tumore, si sono verificati 59.000 ricoveri con una media di 3.3 ricoveri per ciascun caso. La % di ricoveri fuori dalla Sicilia è risultata pari al 6.1, 5.9 e 4.4%, rispettivamente per i casi incidenti nel 2003, 2004 e 2005. L'analisi per singola sede topografica ha consentito di mettere in evidenza le sedi per le quali il ricorso a cure extra-regione è più consistente: tra le prime dieci sedi più frequenti, il laringe nei maschi e la tiroide nelle femmine hanno superato il 10%.

Discussione

Il fenomeno della migrazione sanitaria è piuttosto contenuto nei pazienti oncologici residenti nella Provincia di Palermo e mostra una tendenza alla diminuzione nel tempo: la presenza di 5 Aziende Ospedaliere, e tra queste il Policlinico Universitario e l'Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione, di 3 Dipartimenti Oncologici, di 3 Radioterapie e di un Servizio di Ematologia con Trapianto, anche in assenza di una Piano Oncologico definito a livello regionale, attesta comunque all'interno della provincia una offerta di assistenza oncologica specialistica. Non è possibile comunque escludere che includendo nella valutazione del percorso assistenziale altre prestazioni sanitarie diverse dal ricovero, la migrazione sanitaria fuori regione possa essere più consistente.

**VALUTAZIONE DELLE DIMENSIONI DELLE NEOPLASIE TIROIDEE
NELLA PROVINCIA DI LATINA (RTL)**

Susanna Busco, Fabio Pannozzo.

Registro Tumori di Popolazione Latina, ASL LT

E-mail panfab@tin.it

Obiettivi

I dati del registro Tumori della provincia di Latina (RTL) evidenziano un aumento di incidenza per le neoplasie della tiroide con un'incidenza maggiore rispetto alla media nazionale, in particolar modo per le donne. La neoplasia della tiroide riconosce una eziopatogenesi multifattoriale alla cui base si può ipotizzare senz'altro una complessa interazione tra fattori genetici e ambientali. Dati di letteratura hanno però sottolineato l'importanza dell'anticipazione diagnostica legata ad un maggior utilizzo di metodiche diagnostiche in grado di evidenziare sempre più neoplasie di piccole dimensioni. L'obiettivo dello studio è valutare se l'aumento di incidenza osservato nella provincia di Latina sia da attribuire ad una maggior diagnosi di noduli di piccole dimensioni.

Materiali e metodi

Sono stati selezionati tutti i casi di tumore della tiroide (ICD-10=C73) con morfologia ICDO3=M8260 adenocarcinoma papillare, M8330 adenocarcinoma follicolare, M8340 carcinoma papillare variante follicolare, M8050 carcinoma papillare, per un totale di 550 casi dal 1996 al 2003 con una copertura istologica del 80.7%. Per quanto attiene all'analisi delle dimensioni, 367 casi sono stati raggruppati in tre gruppi utilizzando i criteri definiti da American Joint Committee on Cancer's tumour-node-metastasis staging system (6th edition) in: small tumours ≤ 2 cm, medium-sized tumours 2-4 cm and large tumours > 4 cm. Le diagnosi istopatologiche anteriori al 2002 sono state riclassificate secondo l'ultima edizione del Ajcc del 2002.

Risultati

L'aumento di incidenza delle neoplasie della tiroide osservato nel periodo 1996-2003, cumulando donne e uomini, è riferito per l'83% all'istotipo papillare. L'analisi delle dimensioni ha evidenziato un 74% dei casi con noduli < 2 cm, di essi tuttavia il 12% è stato classificato come T3_T4 in rapporto all'estensione extracapsulare ghiandolare. Il gruppo tra 2 e 4 cm rappresenta il 20% dei casi mentre quello con dimensioni > 4 cm è il 6%. La quota proporzionale dei tre gruppi resta costante nel tempo. La suddivisione in gruppi di età, superiori e inferiori a 45 anni non modifica questa tendenza.

Discussione

Dai dati del RTL emerge come la distribuzione percentuale dei tre gruppi di dimensioni si mantenga pressoché costante negli anni di osservazione e quindi concludere che l'aumento di incidenza delle neoplasie della tiroide è da attribuire a tutti e tre i gruppi. Alcune neoplasie di dimensioni < 2 cm presentano un'aggressività maggiore. Sarà interessante analizzare e confrontare il nostro dato con altre regioni con lo stesso aumento di incidenza ma dove l'impatto dell'offerta di indagini diagnostiche è superiore al nostro.

CAREMORE (JOINT COMMUNITY AND CANCER REGISTRY MODEL ON REHABILITATION)

Francesca Di Salvo, Paolo Baili, Roberta Ciampichini, Lucia Mangone, Massimo Vicentini, Rosario Tumino, Sonia Cilia, Marina Vercelli, Maria Antonietta Orengo, Mario Budroni, Paolo Contiero, Giovanna Tagliabue, Fulvio Aurora, Francesco De Lorenzo, Giovanni Fattore, Antonella Fait, Amelia Compagni, Rosaria Bufalino, Gemma Gatta, Milena Sant, Stefania Saltarelli, Andrea Micheli

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori (INT), Milano; F.A.V.O., Associazione Senza Limiti, CERGAS Università Bocconi, Regione Lombardia, Registro Tumori di Reggio Emilia, Registro Tumori Regione Liguria c/o IST Genova, Registro Tumori di Varese, Registro Tumori di Ragusa, Registro Tumori di Sassari
E-mail francesca.disalvo@istitutotumori.mi.it

Obiettivi

In Italia i casi prevalenti, cioè il numero di persone viventi con una diagnosi di tumore nel proprio passato (recente o remoto), saranno circa 2 milioni nel 2010. Tali pazienti hanno molteplici bisogni riabilitativi. CAREMORE, inserito all'interno del Programma Integrato in Oncologia del Ministero della Salute relativamente alla Riabilitazione Oncologica, è il primo progetto su base di popolazione che mira a quantificare i servizi offerti dal servizio sanitario nazionale in ambito assistenziale e riabilitativo, tenendo conto anche degli aspetti psicologici, psichiatrici, nutrizionali e sociali dei pazienti oncologici. Gli aspetti innovativi del progetto sono: - il coinvolgimento dei registri tumori come strumento per la raccolta dati sulle prestazioni riabilitative fornite ai pazienti oncologici, al fine di garantire informazioni su base di popolazione. Per tale obiettivo i registri tumori coinvolti nel progetto (Varese, Genova, Reggio Emilia, Ragusa, Sassari) estenderanno la raccolta dati a fonti informative non convenzionali anche con l'obiettivo di creare un metodo di raccolta sistematico nei vari ambiti della riabilitazione oncologica - il coinvolgimento dei pazienti e delle associazioni di volontariato all'interno della Joint Community (formata anche da ricercatori, clinici, esperti delle aree riabilitative) al fine di rilevare direttamente dai pazienti informazioni sui loro bisogni riabilitativi.

Materiali e metodi

CAREMORE è un progetto triennale che raccoglierà informazioni sulle prestazioni riabilitative di un campione di 1800 pazienti estratti dai database dei 5 registri tumori partecipanti. Le patologie considerate sono: tumore del colon, del retto, della mammella e linfoma Hodgkin e Non-Hodgkin. Al fine di raccogliere informazioni anche sui lungosopravvissuti verranno condotti 2 studi: uno studio di coorte che reperirà informazioni su una coorte di casi incidenti nel 2002 per i 5 anni successivi e uno studio di periodo che reperirà informazioni sui casi prevalenti al 1.1.2007 diagnosticati dal 1997 al 2001. I registri rileveranno le informazioni tramite apposite schede di raccolta dati create ad hoc per ogni potenziale fonte informativa e area di riabilitazione.

Risultati

Nel primo anno di attività CAREMORE ha avviato all'interno della Joint Community la discussione sul protocollo e sulle schede di rilevazione dati sulle prestazioni riabilitative nelle aree sociale (invalidità civile, sostegno economico, assistenza domiciliare, ausili, ecc), psicologica e nutrizionale (www.tumori.net/caremore/CAREMORE_protocollo_gen09.doc). I registri tumori hanno inoltre avviato i contatti con nuove fonti informative per la raccolta dati sulle prestazioni riabilitative: centri di riabilitazione, strutture di cura palliativa, comuni, assistenza domiciliare integrata, associazioni di volontariato, uffici AUSL per invalidità civile e prestazioni riabilitative, ecc.

Discussione

CAREMORE vede la partecipazione di 5 registri tumori italiani. La presente comunicazione mira a condividere con tutti i registri italiani le idee alla base del progetto per avviare la discussione sul possibile utilizzo dei registri tumori come strumento per la raccolta dati sulle prestazioni riabilitative dei pazienti oncologici.

INCIDENZA MORBO DI KAPOSÌ IN PROVINCIA DI LECCE

Anna Melcarne¹, Fabrizio Quarta¹, Anna Maria Raho¹, Costanza Arciprete¹, M.Grazia Galizia¹,
Raffaele Filotico³, Valerio Cirfera²

¹ASL Lecce, U. O. Epidemiologia -Registro Tumori – ²AIDA (Associazione Italiana dermatologi ambulatoriali)

³ASL Brindisi - Ospedale Perrino - U.O.C Dermatologia

E-mail rtle@ausl.le.it

Obiettivi

Lo scopo dello studio è stato quello di analizzare lo stato del sarcoma di Kaposi nella Provincia di Lecce anche in confronto con altre realtà nazionali e indagare l'eventuale correlazione con le infezioni da Hiv.

Materiali e metodi

Sono stati selezionati i casi incidenti relativi agli anni 2003-2004 di sarcoma di Kaposi partendo dal database del Registro Tumori Provincia di Lecce (RTLE), completandolo con le informazioni provenienti dai Servizi di Anatomie Patologica, dalla ricerca attiva delle cartelle cliniche, degli archivi degli invalidi civili, certificati di decesso e dai dati di dermatologia forniti dall'Associazione Italiana di Dermatologia Ambulatoriale (AIDA). I dati sono stati poi confrontati con la banca dati sull'AIDS in Italia del CRO (centro operativo AIDS presso l'Istituto Superiore di Sanità e sono tratti da: <http://www.cesda.net/downloads/Rap%2030%20Giugno%202005.pdf>).

Risultati

I casi incidenti di Sarcoma di Kaposi registrati in Provincia di Lecce sono stati 18 (12 maschi e 6 femmine) nel 2003 (tasso STD 2.25) e 29 (19 maschi e 10 femmine) nel 2004 (tasso STD 3.26). Non sono stati riscontrati casi di Sarcoma di Kaposi in età inferiore a 55 anni. La fascia di età in entrambi i sessi, maggiormente interessata risulta essere quella tra i 70-74 anni.

Discussione

Il Sarcoma di Kaposi nella Provincia di Lecce ha dimostrato una più alta incidenza rispetto a quella Nazionale, la forma maggiormente riscontrata è stata la variante di SK o Mediterraneo (Sarcoma classico) mentre la sede di elezione risulta essere quella cutanea

COMUNICARE I DATI DEI REGISTRI: L'EQUILIBRIO FRA DIVULGAZIONE ED APPROFONDIMENTO

Piera Vicari, Luigi Bisi, Stefano Rosso, Silvia Patriarca, Marisa Fiordalisse, Irene Sobrato, Paola Busso, Roberto Zanetti

Registro Tumori Piemonte- CPO – E-mail silvia.patriarca@cpo.it

Obiettivi

Presentare i dati del Registro Tumori Piemonte in maniera che essi siano fruibili tempestivamente ed utilizzabili da varie tipologie di utenti. La tempestività nella pubblicazione dei dati, oltre ad essere, ovviamente, conseguenza della tempestività nella loro produzione, è determinata anche dalle modalità con cui si sceglie di presentarli: la pubblicazione on line è sicuramente il metodo più rapido, ma va considerato che l'accesso ai dati on line è disponibile ad un pubblico più vasto di quello degli esperti del settore così come avviene per le pubblicazioni cartacee, e pertanto è necessario fornire vari livelli di presentazione, approfondimento e lettura dei dati stessi.

Materiali e metodi

Attualmente i dati del Registro sono pubblicati sul sito CPO (www.cpo.it). Si è scelto di presentare i dati in un'unica pagina per ciascuna sede, in modo da fornire al lettore una sintesi facilmente maneggiabile per presentazioni e stampabile. La pagina contiene tabelle e grafici che sintetizzano i dati di incidenza, mortalità, prevalenza, sopravvivenza nell'ultimo triennio con i relativi trend dall'anno 1985, anno di inizio attività del Registro. L'intervento adesso allo studio ha due obiettivi: l'approfondimento e il confronto. Per ciò che riguarda gli approfondimenti abbiamo valutato fra tutti i dati disponibili quelli che potessero avere un interesse anche per lo specialista; per i confronti abbiamo sperimentato varie possibilità (link a siti di altri registri, tabelle di confronto realizzate ad hoc ecc)

Risultati

È stato realizzato un sistema che produce ulteriori pagine, che possono essere uguali o diverse per tumore a seconda degli elementi di interesse, con i seguenti indicatori: - tassi età specifici (per tutti i tumori) - indicatori di qualità (per tutti i tumori) - distribuzione per modalità di diagnosi (per tutti i tumori) - distribuzione per morfologia, operando adeguate aggregazioni di codici morfologici, per le sedi ove questo sia di interesse (ad esempio: collo dell'utero) - distribuzione per quarta cifra dell'ICD, per le sedi in cui questa informazione abbia valore prognostico o di valutazione dell'impatto dello screening (ad esempio: laringe o colon), - distribuzione per stadio alla diagnosi per le sedi ove l'informazione ha maggiore solidità (ad esempio mammella). È inoltre risultato possibile, per le medesime informazioni, fornire la possibilità di confronti con i dati AIRTUM, con i dati delle banche dati internazionali, ed eventualmente con i dati di singoli registri che pubblicano on line, attraverso un opportuno sistema di link. È allo studio l'individuazione di sistemi più articolati che possano fornire il dato direttamente posto a confronto.

Discussione

L'universalità dell'accesso ad Internet pone i Registri Tumori, al pari di ogni altra istituzione scientifica, di fronte a problematiche del tutto nuove. Infatti se, da un lato è, come sempre, indispensabile fornire informazioni corrette dal punto di vista scientifico, d'altro canto rappresenta una novità la necessità che queste siano espresse in maniera semplice e comprensibile a tutti. Lo sforzo di semplificazione tuttavia, può condurre a fornire informazioni parziali e non sufficientemente approfondite a scapito delle necessità di utenti esperti che abbiano bisogno di approfondire la materia. L'equilibrio tra correttezza, semplicità e completezza delle informazioni non è banale. Per quanto ci riguarda l'attuale forma del nostro sito era nata con l'intento di offrire al lettore/utilizzatore una sintesi dei dati che potesse essere agevolmente utilizzata e che offrisse una facilità di lettura evitando percorsi tortuosi fra dati e proponesse un unico layout. Il sistema proposto adesso, che consiste nel lasciare all'utente la libertà di approfondimenti successivi, fornendo comunque tutte le elaborazioni effettuate dal Registro e non solo una sintesi semplificata di esse, ci sembra rappresenti un buon punto di equilibrio tra diverse esigenze.

**LA SORVEGLIANZA SANITARIA DEGLI EX ESPOSTI AD AMIANTO:
DALL'ESPERIENZA DI SAN FILIPPO DEL MELA (ME) AD UN PROTOCOLLO CONDIVISO**

Amerigo Zona, Caterina Bruno

Dipartimento di Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria - Istituto Superiore di Sanità – Roma

E-mail amerigo.zona@iss.it

Obiettivi

Il presente protocollo è stato sviluppato in riferimento alla problematica degli ex dipendenti dell'Azienda Sacelit di San Filippo del Mela (ME)(1), in collaborazione con l'AUSL Messina 5, con l'obiettivo di definire un programma di sorveglianza sanitaria per soggetti con pregressa esposizione professionale ad amianto, esplicitando i criteri sottostanti le scelte effettuate, curando la coerenza tra obiettivi e strumenti, utilizzando le conoscenze scientifiche disponibili. L'individuazione di patologie asbesto-correlate benigne, il controllo della loro evoluzione nel tempo, la denuncia delle eventuali malattie professionali, le informazioni sul rischio e sull'adozione di stili di vita corretti sono parte integrante dell'attività di sorveglianza. Lo stesso protocollo può essere proposto in altri contesti con caratteristiche comparabili, ad esempio Siracusa per gli ex esposti della Eternit. (Nota 1) Vedi Abstract "Utilizzo dei dati del registro tumori per la stima dell'incidenza del mesotelioma in una coorte occupazionale di ex esposti ad amianto: il caso di San Filippo del Mela" Lucia Fazzo, Achille Cernigliaro, Carmela Nicita, Amerigo Zona, Caterina Bruno, Giovanna Fiumanò, Caterina Villari, Giovanni Puglisi, Rosario Tumino, Alessandro Marinaccio, Pietro Comba.

Materiali e metodi

Sono state definite le patologie di interesse, gli esami diagnostici, i tempi di attuazione, e la frequenza degli accertamenti, i percorsi di approfondimento diagnostico, le modalità di comunicazione di contenuti e risultati, il ruolo dei medici curanti. Sono state selezionate le linee guida per la strumentazione, l'esecuzione e la refertazione degli esami.

Risultati

I contenuti essenziali del piano di sorveglianza sanitaria, possono essere così sintetizzati: visita medica, prove di funzionalità respiratoria (curva flusso/volume, diffusione polmonare per il monossido di carbonio) (ogni 3-5 anni), radiografia del torace (esecuzione e lettura secondo indicazioni ILO/BIT) (ogni 3-5 anni), vaccinazione antipneumococcica ed antinfluenzale, abbandono del fumo di sigaretta, comunicazione con i partecipanti e con i loro medici curanti, accertamenti di secondo livello per eventuali approfondimenti, i percorsi di approfondimento diagnostico, prevedendo le necessità in termini di professionalità, esami e tecniche diagnostiche. Sarà utile predefinire il percorso in funzione delle caratteristiche dell'immagine radiologica sospetta (lesione unica o multipla, dimensioni, morfologia ad esempio), e del soggetto nel quale l'immagine è stata identificata (pregresse patologie neoplastiche, abitudine al fumo, età ecc.).

Discussione

Per un programma di sorveglianza sanitaria va prevista un'attenta valutazione preliminare di fattibilità, con una corretta individuazione delle risorse necessarie, in termini di personale, competenze, strumentazioni, ed un'ideale organizzazione del lavoro. Il personale che opera a qualsiasi titolo nel programma osserva standard predefiniti e costanti nel lavoro; la raccolta dei dati, la gestione e l'archiviazione avvengono secondo procedure codificate. L'esecuzione degli accertamenti, e la lettura dei risultati dovrebbero essere sempre effettuati secondo linee guida, se disponibili, codificate e diffuse. Con una cadenza di tre - cinque anni, il contenuto del programma andrebbe rivisto alla luce dell'evolversi delle conoscenze scientifiche, e delle caratteristiche della popolazione seguita. I registri degli ex esposti ad amianto approntati da alcune regioni e le esperienze locali di sorveglianza sanitaria possono inoltre contribuire all'attività dei Centri Operativi Regionali del Registro Nazionale Mesoteliomi per la ricostruzione dell'esposizione professionale dei casi identificati dal Registro.

**ADESIONE ALLO STUDIO IMPATTO. ASPETTI ORGANIZZATIVI ED OPERATIVI.
L'ESPERIENZA DEL REGISTRO TUMORI DELLA PROVINCIA DI TRENTO. CASISTICA 1996-2004**

Silva Franchini¹, Maria Adalgisa Gentilini¹, Maddalena Cappelletti¹, Laura Battisti¹, Silvano Piffer¹, Marco Pellegrini², Enzo Galligioni³

¹Osservatorio Epidemiologico, ²Senologia, ³Oncologia Medica, Azienda Provinciale Servizi Sanitari –Trento
E-mail silva.franchini@apss.tn.it

Obiettivi

Nella primavera del 2008 il Registro Tumori di Popolazione (RTP) gestito dall'Osservatorio Epidemiologico dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) della provincia di Trento ha deciso di aderire allo Studio Impatto, indagine multicentrica nazionale coordinata dall'ISPO di Firenze che ha come obiettivo la valutazione dell'impatto del programma di screening mammografico in aree coperte dai registri tumori. Tale adesione implicava la revisione della casistica dei tumori della mammella registrata nel periodo 1996-2004 (2500 casi), con recupero di specifici dati previsti dal protocollo dello studio, ma non routinariamente raccolti dal RTP, garantendo qualità agli stessi e rispetto della tempistica per il loro inoltro (gennaio 2009).

Materiali e metodi

Nel RTP della provincia di Trento sono registrati i casi di cancro nei soggetti residenti, negli anni 1995-2004. Il programma di screening organizzato, in donne di età 50-69 anni, è attivo in provincia di Trento dall'ottobre del 2000. Il protocollo dello studio Impatto prende in considerazione i casi di cancro della mammella diagnosticati cinque anni prima dell'inizio del programma fino a quelli più recenti. Per il recupero delle informazioni aggiuntive previste dallo studio (variabili biologiche/di stadio/di trattamento) si sono coinvolte le U.O. di Oncologia medica dell'Ospedale S. Chiara di Trento e il Servizio di Senologia dell'APSS, presso cui sono collocate specifiche banche dati. L'Oncologia medica ha un'archiviazione dei casi informatizzata diversa a seconda del periodo temporale considerato: una riferita agli anni fino al 2000 registrata in un gestionale attualmente in disuso ("Hope") ed una riferita alla casistica ("Oncosys") più attuale sotto forma di cartella clinica consultabile tramite il sistema intranet aziendale. Attingendo a queste due modalità si è riusciti a coprire più del 70% della casistica presente in provincia di Trento negli anni in esame. Il Servizio di Senologia dispone della banca dati dello screening presso la quale sono raccolti i dati biologici/di stadio inerenti i casi di neoplasia diagnosticati nella popolazione bersaglio, entro il programma organizzato. Il recupero e la composizione del database per lo studio Impatto è stato conseguito attraverso una duplice interfaccia operativa: una interna al RTP con il coinvolgimento delle diverse professionalità: lo statistico e il personale sanitario (due assistenti sanitarie ed un medico per la verifica dei casi attraverso la consultazione a video degli archivi informatizzati o la consultazione diretta delle cartelle cliniche) ed una esterna con i referenti dell'U.O. di Oncologia Medica e del Servizio di Senologia.

Risultati

A gennaio 2009 si è completato l'archivio dei dati da consegnare al centro di riferimento per l'indagine Impatto. I casi di cancro alla mammella attribuiti nel RTP negli anni in esame sono 2.513. Il lavoro è proceduto con la consultazione di cartelle cartacee e informatizzate (vedi tabella). Per gli anni 2001-2004 sono state recuperate 472 storie di screening su 654 donne appartenenti alla popolazione target. Per il 38,2% di queste donne si è trattato di cancri screen detected al primo invito, per l'11,1% di cancri screen detected al secondo invito, per l'8,1% di cancri in donne che hanno effettuato almeno un test di screening prima della data di incidenza, per il 14,7% in donne invitate e mai rispondenti e per un 27,8% di donne mai invitate.

Discussione

L'adesione allo studio ha rappresentato una proficua opportunità per sviluppare competenze organizzative e collaborative del team del RTP, aprendo anche la collaborazione con l'oncologia medica e la senologia. In futuro

questo dovrebbe tradursi, a livello locale, in maggiori e sistematiche occasioni di confronto e studio tra area epidemiologica e clinica, valorizzando sempre i più, anche sotto questo profilo, i dati del RTP.

Tabella. Registro Tumori di Popolazione della Provincia di Trento. Casi cancro della mammella. Anni 1996-2004.

CASI Registro Tumori	Recupero informazioni	
	Fonte	Casistica
2.513	Archivio informatizzato "Hope" (casi 1996-2000)	876 (35,9%)
	Consultazione cartelle cartacee e cartelle oncologiche informatizzate "Oncosys"	1.637 (65,1%)

UTILIZZO DI OPEN REGISTRY NEI REGISTRI TUMORI LOMBARDI DI COMO, LECCO, LODI E PAVIA

P. Contiero¹, G. Tagliabue¹, A. Maghini¹, A. Tittarelli¹, L. Preto¹, R. Tessandori², S. Maspero², G. Ardemagni², G. Gola³, R. Tettamanti³, M. Gramegna³, A. Bracchi⁴, P. Gulisano⁴, F. Tortorella⁴, E. Reggiani⁵, L. Boschetti⁵, C. Fratti⁵, G. Marazza⁶, A. Lannino⁶, A.M. Belloni⁶, S. Pisani⁷, R.M. Limina⁸, F. Donato⁸

¹Registro Tumori della provincia di Varese - Istituto Nazionale Tumori, Milano – ²Registro Tumori della provincia di Sondrio – ASL di Sondrio, Sondrio – ³Registro Tumori ASL della provincia di Como – ASL di Como, Como

⁴Registro Tumori ASL della provincia di Lecco – ASL di Lecco, Lecco – ⁵Registro Tumori ASL della provincia di Pavia – ASL di Pavia, Pavia – ⁶Registro Tumori ASL della provincia di Lodi – ASL di Lodi, Lodi

⁷Osservatorio Epidemiologico ASL della provincia di Varese

⁸Registro Tumori ASL di Brescia Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università degli Studi di Brescia

E-mail paolo.contiero@istitutotumori.mi.it

Obiettivi

La Regione Lombardia con il D.G.R. VII/3776/2006 (c.d. regole anno 2007) ha promosso la nascita di nuovi registri tumori di popolazione in 5 province, tra cui Como, Lecco, Lodi e Pavia. All'Istituto Nazionale Tumori di Milano, dove viene gestito il registro tumori della provincia di Varese, è stato sviluppato OPEN REGISTRY, un sistema automatizzato per la gestione di un registro di patologia le cui caratteristiche di accuratezza, consistenza clinica e completezza sono già state precedentemente pubblicate (Meth Inf med 2005, AIRTUM 2005, Pop Health Metrics 2006, AIRTUM 2007, Popul Health Metr 2007, J Biomed Inform 2008). Dopo Brescia, Sondrio e Varese anche le province di Como, Lecco, Lodi e Pavia hanno adottato il sistema OPEN REGISTRY per i loro registri tumori. Questa analisi vuole presentare l'applicazione del sistema e lo stato dell'arte nelle quattro nuove province.

Materiali e metodi

Una delle componenti del sistema OPEN REGISTRY è un programma sviluppato per la registrazione e l'elaborazione in modo automatico dell'incidenza di tumori (codici ICD-9 140-239). La sua architettura si fonda sul sistema operativo Linux, sul database Oracle e su strumenti Open Source: algoritmi automatici effettuano il record linkage delle fonti, traducono i codici SNOMED delle anatomie patologiche e generano i casi di tumore partendo dalle fonti informatizzate; la disamina manuale delle cartelle è limitata ai casi con incongruenze rigettati dal sistema. Per ogni fase di lavoro sono stati eseguiti test di confronto per determinare la qualità del sistema.

Risultati

La popolazione osservata nelle quattro province è di 1 milione e 600 mila persone, servita da 9 servizi di anatomia patologica. Sono state inserite e standardizzate nel database di lavoro le schede di dimissione ospedaliera i certificati di morte, i referti di anatomia patologica e l'anagrafe degli assistiti. I servizi di anatomia patologica sono 4 per Como e Lecco, 5 per Lodi e Pavia, con 4 diversi sistemi informativi (2 per Pavia e Lodi e 2 per Como e Lecco). Per circa la metà dei servizi di anatomia patologica si è dovuto procedere ad una riclassificazione SNOMED di una quota dei codici in uso localmente con la creazione di traduttori 'ad hoc'. In parallelo è stato eseguito il record linkage delle diverse fonti con l'anagrafe degli assistiti della Regione Lombardia. In ultimo sono stati applicati gli algoritmi per la generazione automatica dell'incidenza per l'anno 2003, che hanno identificato il 50 % dei casi come accettati in automatico, il restante 50% come da verificarsi in manuale.

Con l'uso delle schede di dimissione ospedaliera degli anni precedenti il 2003 e con la consultazione delle cartelle cliniche per i casi più complessi sono stati identificati i casi prevalenti; i tassi preliminari generati sono stati confrontati con quelli dei registri di Brescia, Sondrio e Varese.

Discussione

La principale difficoltà incontrata nella generazione dell'incidenza riguarda la disomogeneità dei database delle anatomie patologiche, privi di uno standard comune. La quota di casi accettati in automatico (50 %) dipende a

favore della buona qualità delle fonti di base utilizzate e della possibilità di applicare il metodo OPEN REGISTRY nella province considerate, inoltre il confronto con i dati di registri stabilizzati come Brescia, Sondrio e Varese, conferma la plausibilità dei tassi prodotti. Infine l'utilizzo del sistema in altre province della Regione ha reso possibile la creazione di un 'network' attivo per lo scambio dei dati in caso di migrazione sanitaria, per la collaborazione nella rilevazione delle cartelle cliniche e consente la messa in comune di valenze tecniche specifiche delle diverse persone partecipanti alla rete.

L'ELABORAZIONE DEI DATI DEL RTI DI CATANIA-MESSINA E SIRACUSA IL SW-RTI_CORE E IL SW-INFO

Giovanni Benedetto

*Registro Tumori Integrato per le Province di Catania messina e Siracusa,
presso Dipartimento di Igiene dell'Università di Catania
E-mail giovanni.benedetto@registro-tumori-integrato.it*

Obiettivi

Gestione informatizzata del processo di elaborazione dei dati di un Registro Tumori.

Materiali e metodi

Sin dall'inizio della sua attività il Registro di Catania-Messina e Siracusa ha cercato di affrontare la criticità di rilevamento e di elaborazione dei dati innescata dalla dispersione delle Fonti sul Territorio e dalla mole dei dati in elaborazione. La soluzione è stata proposta dalla tecnologia informatica, nella fattispecie rappresentata da un software proprietario, il SW-RTI_core. Da recente è stata attuata una "Integrazione dinamica delle Fonti" mediante una procedura, sempre Web-site (SW-Info) che consente di ricercare il caso oncologico presso i repository periferici con cui il Registro ha attuato collegamenti On-Line (server proprietari e dedicati).

Risultati

Il SW è stato ideato, quindi, come un grande contenitore di informazioni provenienti dalle Fonti all'interno del quale si possono incrociare tutti i Dati tra loro creando le connessioni logiche che identifichino incidenze, prevalenze, casi senza sufficiente riscontro... Le ricerche sono possibili sia iniziando dalle SDO e dai riscontro oncologici senza corrispondenze nelle SDO, che dal Rencam (per la creazione dei Death Certificate Only ossia DCO). I casi identificati incidenti, dopo verifica dell'effettiva pertinenza di residenza (mediante confronto con i database delle ASL competenti), vengono processati per la codifica della base diagnosi, della topografia e morfologia (classificazione ICDO-3° edizione), e delle altre informazioni relative al tumore (differenziazione, stadiazione patologica o clinica, ecc.) La verifica dello stato in vita è automatizzata con la ricerca delle informazioni sui Database delle ASL e/o del Rencam. In atto sono state interconnesse 11 strutture ospedaliere, il database Anagrafico della ASL3 di Catania ed è in connessione quello della ASL 5 di Messina.

Discussione

La criticità rimane comunque il reperimento di Fonti informatizzate (inferiore al 60% nel triennio 2003-2005) per implementare i database del Registro, e la molteplicità dei programmi gestionali impiegati dalle varie strutture depositarie dei dati stessi, costringendo il Registro ad impiegare digitatori

**UTILIZZO DEI DATI DEL REGISTRO TUMORI PER LA STIMA DELL'INCIDENZA
DEL MESOTELIOMA IN UNA COORTE OCCUPAZIONALE DI EX ESPOSTI AD AMIANTO:
IL CASO DI SAN FILIPPO DEL MELA**

Lucia Fazzo¹, Carmela Nicita², Achille Cernigliaro³, Amerigo Zona¹, Caterina Bruno¹, Giovanna Fiumanò⁴, Caterina Villari⁴, Giovanni Puglisi⁴, Alessandro Marinaccio⁵, Pietro Comba¹, Rosario Tumino²

¹Dipartimento di Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria, Istituto Superiore di Sanità, Roma

²Dipartimento di Oncologia, U.O.S. Registro Tumori della Provincia di Ragusa,
Azienda Ospedaliera Civile M.P.Arezzo, Ragusa

³Dipartimento Osservatorio Epidemiologico, Ass. Sanità, Regione Siciliana

⁴Dipartimento di Prevenzione, Azienda USL 5, Messina

⁵Dipartimento di Medicina del lavoro, Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro, Roma
E-mail lucia.fazzo@iss.it

Obiettivi

A San Filippo del Mela (Messina) dal 1954 al 1993 è stata attiva un'industria di produzione di manufatti in cemento-amianto, la Sacelit. Il comune di San Filippo del Mela rientra nel sito di bonifica di interesse nazionale "area industriale di Milazzo" istituito nel 2005, già individuato come area ad elevato rischio di crisi ambientale della Regione Sicilia. È stata messa a punto un'indagine per la valutazione della mortalità per patologie asbesto-correlate (tumore polmonare, mesotelioma pleurico e peritoneale, asbestosi) e dell'incidenza di mesotelioma nella coorte dei lavoratori della Sacelit. Lo studio concorre alla caratterizzazione dello stato di salute della popolazione residente in un sito inquinato di interesse nazionale per la bonifica, e alla stima dell'impatto sanitario che le attività industriali hanno avuto, o hanno tuttora, sulle comunità. Intorno a questo progetto si è creata una collaborazione fra istituzioni centrali, regionali e locali al fine di fornire dati sull'impatto in Sicilia della produzione di cemento-amianto, che a livello nazionale è stata estesamente studiata (1). Il presente contributo illustra la metodologia e i primi risultati dell'analisi dell'incidenza del mesotelioma nella coorte dei lavoratori, utilizzando la banca dati del Centro Operativo Regionale del Registro Nazionale Mesoteliomi (ReNaM), gestita dal Registro Tumori della provincia di Ragusa, che insieme al Dipartimento Osservatorio Epidemiologico della Regione Siciliana costituisce il Centro Operativo Regionale del ReNaM. La ricerca dello stato in vita e delle cause di decesso è attualmente in corso presso l'Azienda USL 5 di Messina e i comuni di residenza dei soggetti residenti in altre province.

Materiali e metodi

In assenza della possibilità di accedere ai libri matricola dell'Azienda, la coorte dei lavoratori della Sacelit è stata ricostruita dal locale "Comitato permanente ex-esposti amianto", con il quale il gruppo di studio ha stabilito una proficua collaborazione. I soggetti per i quali sono risultati disponibili i dati anagrafici completi sono stati inseriti nello studio di coorte. Attraverso un metodo di record linkage questi soggetti sono stati ricercati nella banca dati del COR, che include i casi di mesotelioma verificatisi tra i residenti in Sicilia dal 1/1/1998. In assenza di informazioni certificate riguardo il periodo di attività nell'azienda per tutti i soggetti, al momento non è possibile ricostruire la loro storia lavorativa, e quindi gli anni persona a rischio della coorte. Sono quindi stati calcolati i SIR (Rapporti Standardizzati di Incidenza) utilizzando come tassi di riferimento quelli forniti dal COR relativi alla popolazione regionale nel periodo 1998-2003. I casi osservati (e attesi) includevano i mesoteliomi certi, probabili e possibili come da definizione RENAM (1). I tassi di riferimento includevano oltre al mesotelioma pleurico, anche il peritoneale e il pericardico.

Risultati

Il periodo di follow-up va dal 1/1/1998, inizio registrazione da parte del COR, al 26/9/2008, data di rilevazione dei casi. Dei 231 lavoratori segnalati dal Comitato, sono stati inclusi nella coorte i 198 soggetti per i quali sono disponibili i dati anagrafici completi, 175 uomini e 23 donne. L'età media alla fine del follow-up (decesso, data

alla diagnosi, o al 26/9/2008) è pari a 74.8 anni. Sono stati individuati complessivamente 4 casi di mesotelioma di soggetti appartenenti alla coorte, dei quali 3 maschili (2 mesotelioma certo e uno possibile) e uno femminile (mesotelioma da definire). I Rapporti Standardizzati di Incidenza sono risultati per gli uomini SIR=193,19 (IC95%: 39,84-546,59), per le donne SIR=2454,59 (IC95%: 62,14-1,4*104) e, per la coorte complessivamente SIR=251 (IC95%: 68,39-642,67).

Discussione

Nonostante i limiti nella ricostruzione della coorte, per la quale è risultato elegibile per lo studio l'85,7% dei soggetti segnalati dal Comitato locale, è stato possibile stimare un'incidenza del mesotelioma significativamente superiore a quella attesa, in base ai tassi di incidenza relativi alla Regione Sicilia. Questa osservazione giustifica un attento esame della mortalità per cause asbesto-correlate per stimare il complessivo carico di patologia attribuibile all'amianto nella popolazione in esame. Su queste basi si ritiene opportuno il completamento del programma di sorveglianza sanitaria degli ex esposti già in corso presso l'Azienda USL 5 di Messina, secondo la procedura illustrata nel contributo di Zona e Bruno (2). Si raccomanda infine la replicazione di questo studio e del piano di sorveglianza degli ex esposti, con riferimento ai lavoratori dell'Azienda ETERNIT del comune di Siracusa, anche in relazione all'elevata mortalità per tumore maligno della pleura osservata in questa città (negli uomini: SMR = 234, IC 95%: 128-392, 6 casi attesi; nelle donne: SMR= 213, IC95%: 78-464, 3 casi attesi; anni 1995-2000) (3). BIBLIOGRAFIA 1. Secondo Rapporto. Il Registro Nazionale dei Mesoteliomi. ISPESL. Roma, ottobre 2006. 2. A. Zona e C. Bruno La sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto: dall'esperienza di San Filippo del Mela (ME) ad un protocollo condiviso. 3. V. Fano et al. Stato di salute della popolazione residente nelle aree ad elevato rischio ambientale e nei siti di interesse nazionale della Sicilia. Notiziario OE, luglio 2005.

LA PREVALENZA DEI PAZIENTI CON TUMORE GASTRICO NEL 2009

Gemma Gatta¹, Giovanna Tagliabue², Paolo Contiero², Maria Rosa Ruzza², Lorena Viviano³, Roberta Ciampichini⁴, Silvia Francisci⁵, Roberta De Angelis⁵, Riccardo Capocaccia⁵

¹Unità di Epidemiologia Valutativa, Fondazione IRCCS "Istituto Nazionale dei Tumori", Milano

²Unità del Registro Tumori e di Epidemiologia Ambientale – ³ISTAT, Regione Lombardia

⁴Unità di Epidemiologia Descrittiva e Programmazione Sanitaria, Fondazione IRCCS "Istituto Nazionale dei Tumori", Milano – ⁵Reparto di Epidemiologia dei Tumori, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS, Roma

E-mail gemma.gatta@istitutotumori.mi.it

Obiettivi

Il rischio di ammalarsi di cancro gastrico è in forte riduzione nella popolazione italiana, mentre il numero di casi prevalenti è in aumento. L'aumento della prevalenza è legato al miglioramento della sopravvivenza, ma soprattutto all'invecchiamento della popolazione. Tuttavia la prevalenza totale, informazione preziosa per la programmazione sanitaria, diventa ancora più utile se stimata disaggregando in prevalenza di pazienti guariti, e non guariti, pazienti sottoposti a trattamento principale o per la ripresa di malattia. Questo studio presenta la prevalenza per cancro gastrico in regione Lombardia e discute la rilevanza di ottenere stime simili per le altre regioni italiane.

Materiali e metodi

La prevalenza viene stimata con il metodo MIAMOD dalla mortalità ISTAT, e dai dati di sopravvivenza nei registri tumori italiani. Allo scopo di stimare la prevalenza dei casi in recidiva, i casi di cancro gastrico incidenti nel 1997 del registro della provincia di Varese sono stati tutti seguiti sino al 31-12-2005, recuperando per tutti i casi in recidiva la data della ripresa di malattia. L'applicazione dei modelli misti ha permesso la stima della frazione di casi incidenti guariti e "fatali" e di questi ultimi la loro sopravvivenza media.

Risultati

Le stime al 2009 in regione Lombardia sono state aggiornate grazie al progetto di Alleanza contro il Cancro- La rete dei registri tumori. I casi prevalenti in Lombardia al 2009 sono 66.566. L'andamento della prevalenza dal 1970 al 2015 è riportato nella tabella. Per la stima della prevalenza disaggregata si è calcolata la sopravvivenza libera da malattia per i casi della provincia di Varese incidenti (linfomi esclusi) nel 1997 (305 casi). Circa il 43% dei casi con tumore in stadio localizzato/regionale o con metastasi linfonodali alla diagnosi ha avuto una recidiva nel corso dei sette anni successivi alla diagnosi. È in corso la stima della prevalenza disaggregata per la regione Lombardia. Un'analisi della qualità dell'informazione sulla recidiva è prevista.

Discussione

La stima della prevalenza disaggregata qualifica l'informazione di questo indicatore fondamentale per la sanità pubblica. La proporzione di casi guariti da cancro gastrico è circa il 22%, mentre la sopravvivenza media dei casi "fatali" è di 18 mesi. Anche se la prognosi è povera, il calcolo della prevalenza disaggregata è di grande rilevanza per la programmazione sanitaria a causa dell'invecchiamento della popolazione e della frequenza del cancro gastrico nella popolazione italiana. L'importanza di raccogliere l'informazione sullo stadio alla diagnosi e la data della recidiva è cruciale per migliorare la stima dell'impatto del tumore nella popolazione

	DONNE			UOMINI			TOT		
	1992	2002	2012	1992	2002	2012	1992	2002	2012
Prevalenza									
Numero di casi	26.819	28.121	28.411	29.085	34.019	37.914	55.904	66.035	66.325
Proporzione per 100.000	91,6	95,4	95,7	107,1	124,9	140,2	99,1	109,7	117,1

**DATI PRELIMINARI SULLA SOPRAVVIVENZA ONCOLOGICA NELL'ASL VC
DI VERCELLI - RELAZIONE 2007**

Christian Salerno (Biologo, specializzato in statistica medica)
e Gabriele Bagnasco (Dirigente Medico SISP- ASL VC di Vercelli)

Dipartimento di Prevenzione ASL VC di Vercelli, S.O.S. di Epidemiologia
E-mail christiansalerno@aliceposta.it

Obiettivi

L'obiettivo è di confrontare in modo standardizzato la sopravvivenza dei pazienti oncologici del nostro territorio con la situazione a livello nazionale e nello stesso tempo verificare ulteriormente la qualità dei dati d'incidenza e di mortalità basilari per la creazione della suddetta ricerca preliminare.

Materiali e metodi

Le analisi di sopravvivenza qui presentate riguardano i casi di primi tumori primitivi maligni diagnosticati dal 2002 al 2004 e seguiti nel loro decorso fino al 31/12/2007 (solo i casi registrati nel 2004 hanno una sopravvivenza a 1 e 3 anni). Sono stati quindi inclusi unicamente i casi con codice di comportamento /3 e /6 dell'ICD-O. Abbiamo escluso i carcinomi della cute e i secondi tumori primitivi. Come è d'uso per lo studio della sopravvivenza su base di popolazione, ovvero per i casi registrati secondo i criteri internazionali che regolano i registri tumori, sono stati inoltre esclusi casi identificati mediante il solo certificato di morte (DCO). Al contrario, i casi identificati molto vicini alla data di morte, ovvero con sopravvivenze inferiori a 30 giorni, sono stati inclusi nell'analisi. Oltre alle schede Istat per verificare lo stato in vita del paziente è stata utilizzata l'anagrafe sanitaria dell'intera ASL e l'anagrafe comunale informatizzata della maggior parte dei comuni vercellesi. Tutti i calcoli sono stati effettuati tramite il software epiinfo e i metodi statistici adoperati per permettere un confronto quanto più attendibile ed omogeneo sono gli stessi indicati nella relazione 2007 dell'airtum sulla sopravvivenza oncologica in Italia.

Risultati

Allo stato attuale abbiamo elaborato le sopravvivenze relative delle principali neoplasie e raffrontate con i dati presenti sulla relazione Airtum 2007 indicati nella tabella tra parentesi: (TABELLA ALLEGATA)

Discussione

Per commentare i suddetti dati in particolare per colon-retto e mammella dobbiamo far presente che per questi due tumori gli screening presso la nostra ASL sono stati attivati successivamente al periodo preso in considerazione per questa ricerca. Infatti si nota già ad un anno dalla diagnosi per entrambi i tumori una lieve ma sensibile riduzione della sopravvivenza che si mantiene anche negli anni di osservazione successivi. Per il polmone è da verificare negli anni futuri l'andamento nel sesso femminile i cui dati risultano molto più bassi rispetto a quelli di riferimento nazionali. Complessivamente da questi primi risultati si nota come le donne presenti nel nostro territorio abbiano sostanzialmente sopravvivenza più basse degli uomini, pertanto pensiamo che i maggiori sforzi in termini di prevenzione primaria e sensibilizzazione debba essere fatta verso questa parte della popolazione.

NEOPLASIA	SESSO	A 1 ANNO	A 3 ANNI	A 5 ANNI
Colon-retto	M	80%(79)	62%(63)	55%(57)
	F	72%(77)	58%(62)	54%(58)
Polmone	M	39%(39)	17%(16)	13%(12)
	F	30%(41)	10%(19)	8%(15)
MAMMELLA	F	94%(97)	85%(90)	81%(85)
PROSTATA	M	96%(94)	82%(85)	75%(81)
Tutte Leucemie	M	70%(66)	58%(52)	50%(46)
	F	54%(64)	45%(50)	42%(43)

**INCIDENZA, MORTALITÀ E PREVALENZA PER IL TUMORE DELLO STOMACO IN ITALIA:
STIME E PROIEZIONI PER IL PERIODO 1970-2015**

Roberta Ciampichini, Lorena Viviano, Giulia Zigon, Gemma Gatta, Enrico Grande, Paolo Baili, Silvia Francisci,
Roberta De Angelis, Riccardo Capocaccia e AIRTUM Working Group

Fondazione IRCCS "Istituto Nazionale dei Tumori"

E-mail roberta.ciampichini@istitutotumori.mi.it

Obiettivi

In Italia, nel periodo 1998-2002, il tumore dello stomaco è risultato al 6° posto in termini di frequenza fra le neoplasie diagnosticate nel sesso maschile e al 5° nel sesso femminile. L'obiettivo di questo lavoro è quello di aggiornare le stime regionali e nazionali di mortalità, incidenza e prevalenza del tumore dello stomaco rispetto a quelle disponibili, proiettando le previsioni al 2015 e considerando le età oltre gli 84 anni, precedentemente non considerate.

Materiali e metodi

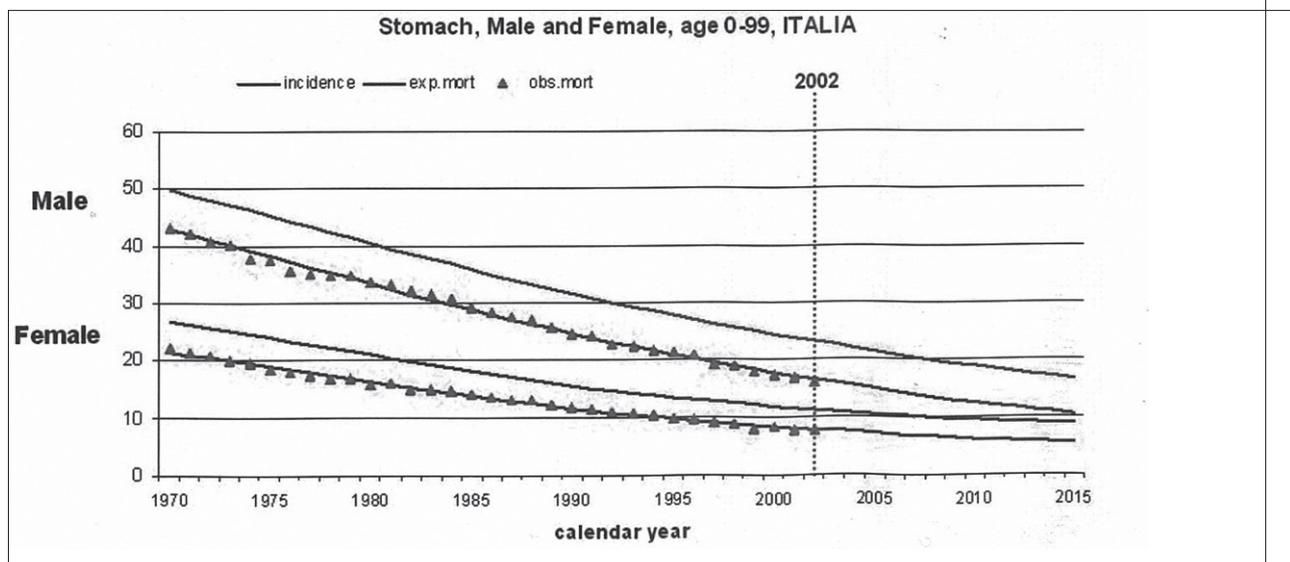
I risultati sono stati calcolati applicando il metodo MIAMOD (Mortality-Incidence Analysis MODeL). Utilizzando mortalità generale, mortalità causa-specifica e sopravvivenza relativa, sono state stimate incidenza, mortalità e prevalenza a livello regionale e nazionale con proiezioni fino al 2015. I dati di mortalità, generale e specifica sono stati acquisiti dall'ISTAT. Il modello di sopravvivenza relativa, definito per le aree geografiche Nord-Est, Nord-Ovest, Centro e Sud e per sesso, è basato sui dati di sopravvivenza pubblicati dai registri tumori italiani che hanno reso disponibili i dati; gli stessi registri sono stati utilizzati per la validazione delle stime d'incidenza.

Risultati

In Italia, nel corso del periodo 1970-2015, incidenza e mortalità si riducono rispettivamente di circa il 65% ed il 75% (Figura 1). Analoga riduzione, più marcata nel Nord Italia, risulta dalle stime regionali. Si stima che in Italia, nel corso del 2009, si osserveranno circa 16.000 casi incidenti, 11.000 decessi e 67.000 casi prevalenti nella popolazione tra 0-99 anni.

Discussione

Le tendenze nazionali di incidenza e mortalità del tumore dello stomaco per entrambi i sessi, confermano l'andamento decrescente osservato negli ultimi anni. Le diverse regioni d'Italia mostrano velocità di decrescita differenti e comunque omogenee all'interno delle aree di aggregazione.



**SOPRAVVIVENZA DEI PAZIENTI ANZIANI CON MALATTIE NEOPLASTICHE
IN FRIULI VENEZIA GIULIA: 1995-2007**

Angela De Paoli^{1,2}, Tiziana Angelin^{1,2}, Ornella Forgiarini², Margherita de Dottori³, Emilia De Santis², Jerry Polesel^{1,2},
Lucia Fratino⁴, Umberto Tirelli⁴, Paolo De Paoli⁵, Loris Zanier^{2,6}, Diego Serraino^{1,2}

¹SOC Epidemiologia & Biostatistica, IRCCS Centro di Riferimento Oncologico- Aviano (PN)

²Registro Tumori Friuli Venezia Giulia – ³INSIEL S.p.A., Udine

⁴SOC Oncologia Medica A, IRCCS Centro di Riferimento Oncologico- Aviano (PN)

⁵Direzione Scientifica, IRCCS Centro di Riferimento Oncologico- Aviano (PN)

⁶Agenzia Regionale della Sanità del Friuli Venezia Giulia, Udine

E-mail angela.depaoli@cro.it

Obiettivi

Il Centro di Riferimento Oncologico (CRO) di Aviano ed il registro tumori (RT) del Friuli Venezia Giulia (FVG) collaborano al progetto di ricerca nazionale coordinato da Alleanza Contro il Cancro su vari aspetti clinico-epidemiologici dei tumori nei pazienti anziani (PA) (>65 anni). L'espandersi della quota di popolazione anziana nel FVG richiede una particolare attenzione verso questa fascia particolarmente debole. Il ridotto accesso alle cure standard, dettato da una maggior frequenza di malattie concomitanti e da fattori legati alla fragilità tipica dei PA, si riflettono sulla loro sopravvivenza. Come prima tappa del progetto di ricerca, è stata condotta un'analisi della sopravvivenza dopo la diagnosi di tumore per tutti i PA inclusi nel RT FVG, con l'obiettivo di stimare la sopravvivenza relativa (SR) per sesso e sede specifica e quantificare eventuali variazioni temporali.

Materiali e metodi

Sono stati analizzati i dati relativi ai PA con diagnosi di tumore incidenti tra il 1995 ed il 2002, con ultima data di follow-up al 31 Dicembre 2007. Usando il software SeerStat è stata calcolata la sopravvivenza relativa con i rispettivi intervalli di confidenza (IC) al 95% a 1, 3 e 5 anni per i tumori maligni più frequenti in questa gruppo di popolazione. Le analisi di sopravvivenza, condotte separatamente per due periodi di incidenza (1995-1999 e 2000-2002), per sesso e sedi selezionate, sono state condotte in base al protocollo EURO CARE (3° Edizione).

Risultati

Presso il RT FVG tra il 1995 ed il 2002, le cinque principali sedi (escludendo i tumori della cute, non melanoma) sono risultate, negli uomini anziani, la prostata (23,5% di tutti i tumori negli uomini anziani; età mediana alla diagnosi: 74 anni), il polmone (15,6%; 74 anni), il colon-retto (13,6%; 75 anni), lo stomaco (6,0%; 75 anni) e la vescica (5,4%; 75 anni). Nelle donne anziane, il carcinoma della mammella (23,1%; 75 anni), il colon-retto (15,5%; 78 anni), il polmone (7,2%; 76 anni), lo stomaco (6,7%; 80 anni) e il pancreas (4,9%; 78 anni). Come si può vedere dalla tabella 1, l'analisi della sopravvivenza relativa ha mostrato, per tutte le sedi, un aumento della sopravvivenza ad 1, 3 e 5 anni nel periodo 2000-2002 rispetto al 1995-1999. La sopravvivenza a 5 anni è aumentata dal 45% al 52% negli uomini, e dal 46% al 50% nelle donne. In particolare, tale miglioramento è stato evidenziato nel colon-retto e nella prostata per gli uomini, dove la sopravvivenza è aumentata significativamente sia nel breve che nel lungo periodo. Al contrario, una diminuzione, seppur non significativa, è stata osservata per lo stomaco, in entrambi i sessi, a 3 e 5 anni.

Discussione

I dati dei RT possono fornire informazioni di carattere generale per la valutazione di eventuali cambiamenti nella sopravvivenza, e vanno integrati con importanti informazioni cliniche (soprattutto stadio alla diagnosi e terapia). I risultati di questa analisi sui PA dal RT del FVG suggeriscono che la sopravvivenza dei PA, a breve e a lungo termine, sia generalmente aumentata. La crescente attenzione verso approcci multidisciplinari nei confronti dei PA, che tengano in considerazione la fragilità di questa fascia di popolazione, potrà contribuire in futuro a meglio quantificare i vantaggi in termini di sopravvivenza delineati in questa analisi preliminare.

Tabella 1. Sopravvivenza relativa dei pazienti anziani, per sesso, anno di calendario e sedi selezionate. Registro tumori del Friuli Venezia Giulia, 1995-2007

Sedi	Anno	Maschi		Femmine	
		1995-1999 SR (IC 95%)	2000-2002 SR (IC 95%)	1995-1999 SR (IC 95%)	2000-2002 SR (IC 95%)
Tutte*	1	63,1 (62,2-63,9)	68,3 (67,2-69,3)	63,2 (62,2-64,3)	65,9 (64,7-67,2)
	3	49,9 (49,0-50,9)	55,5 (54,3-56,6)	50,4 (49,3-51,6)	53,7 (52,3-55,1)
	5	45,3 (44,1-46,4)	51,6 (50,2-52,9)	46,0 (44,8-47,4)	49,9 (48,3-51,4)
Stomaco	1	45,9 (42,3-49,5)	46,7 (42,2-51,4)	45,4 (41,6-49,2)	48,9 (44,0-54,0)
	3	28,6 (25,1-32,4)	26,6 (22,5-31,3)	30,0 (26,4-34,0)	27,8 (23,5-33,1)
	5	25,8 (22,4-29,9)	22,1 (18,2-27,4)	27,6 (23,8-31,6)	25,9 (21,4-32,0)
Colon-retto	1	71,7 (69,4-74,0)	80,8 (78,0-83,4)	70,4 (68,1-72,6)	73,7 (70,7-76,5)
	3	58,4 (55,5-61,3)	65,3 (61,7-68,9)	56,5 (53,7-59,3)	62,6 (59,1-66,0)
	5	51,7 (48,6-54,8)	58,8 (54,9-63,2)	52,2 (49,2-55,6)	58,7 (54,8-62,6)
Polmone	1	31,8 (29,8-34,0)	32,5 (29,9-35,2)	30,9 (27,7-34,2)	36,3 (31,8-41,2)
	3	12,7 (11,1-14,4)	15,3 (13,1-17,8)	12,8 (10,5-15,5)	15,3 (11,9-19,6)
	5	9,0 (7,7-10,4)	11,6 (9,6-13,9)	9,9 (7,8-12,8)	11,3 (8,3-15,4)
Vescica	1	90,4 (87,8-92,5)	90,4 (87,4-92,8)	81,9 (77,8-85,7)	86,4 (80,6-91,0)
	3	79,7 (76,3-83,0)	79,2 (75,1-83,7)	70,1 (64,7-75,4)	75,5 (68,5-83,1)
	5	73,5 (69,3-77,7)	76,8 (72,2-82,1)	66,6 (61,2-73,4)	66,6 (58,5-75,6)
Pancreas	1	13,0 (9,8-16,9)	15,2 (11,0-20,6)	14,0 (11,2-17,4)	19,6 (15,6-24,3)
	3	4,7 (2,9-7,8)	4,3 (2,3-8,3)	3,5 (2,2-5,5)	6,0 (3,8-9,5)
	5	3,7 (2,3-6,9)	2,4 (1,0-6,5)	1,5 (0,7-3,6)	3,8 (2,3-7,2)
Prostata	1	94,8 (93,5-96,0)	97,1 (95,8-98,3)		
	3	89,1 (87,2-91,0)	93,8 (91,6-95,8)		
	5	86,0 (83,6-88,6)	91,1 (88,4-93,8)		
Mammella	1			92,3 (90,8-93,6)	93,7 (92,0-95,3)
	3			84,3 (82,3-86,3)	86,0 (83,5-88,4)
	5			77,2 (74,6-79,6)	81,8 (78,8-84,7)

* Esclusi tumori della cute, non melanoma

**FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO ONCOLOGICO (FSEO):
UNO STRUMENTO DI EPIDEMIOLOGIA CLINICA PER I RT**

Fidelbo Melchiorre

*Registro Tumori Integrato CT-ME-SR
E-mail melchiorre.fidelbo@gmail.com*

Obiettivi

In Italia, recenti iniziative si stanno sviluppando indipendentemente su diversi profili (legislazione, formazione, ricerca e implementazione) e fanno intravedere la possibilità di uno sviluppo dell'ICT (Information and Communications Technology) in ambito sanitario con un approccio "sistemico".

Materiali e metodi

Sviluppo delle procedure di inteconnessioni tra le Fonti Oncologiche del RTI

Risultati

L'Integrazione Informatica delle Fonti (IIF), con particolare riguardo ai pazienti oncologici, i quali potrebbero essere seguiti con maggiore appropriatezza dai clinici grazie allo scambio di dati provenienti dalle varie unità operative che hanno contatto con il paziente, trasferendo così informazioni essenziali e ricostruendo il percorso "virtuale" diagnostico, terapeutico e di follow-up in un Fascicolo Sanitario Elettronico Oncologico (FSEO), ridando centralità al paziente secondo una nuova cultura olistica del SSN. Le informazioni storiche possono essere trasvase ed integrate nella scheda digitale dei Medici di Medicina Generale e quelle essenziali (patient summary) possono essere trascritte nel cip della Tessera Sanitaria (CNS-TS) che il paziente porterà sempre con sé.

Discussione

La Ns esperienza ci induce a ritenere che i dati interconnessi costituiscono un tassello del FSE. Gli sviluppi a breve termine sono comunque la possibilità di realizzare la rete oncologica regionale.

CONFRONTO TRA IL SISTEMA DI RILEVAZIONE DELLE SDO E I CASI DI CARCINOMA INVASIVO E IN SITU DELL'UTERO RILEVATI DALLO SCREENING DI POPOLAZIONE PER LA PREVENZIONE DEL CERVICO CARCINOMA NELLA PROVINCIA DI TRAPANI NEL TRIENNIO 2005-2007

G. Candela¹, G. Canzoneri³, C. O. Hernandez², G. Dara², N. Ferrara², B. Gisone³, R. Candura³,
B. Lottero¹, M. Ribaudò¹, T. Scuderi*, A. Barraco²

¹Registro tumori ASL9TP; ²D.I.M.I ASL9 ³Dipartimento di Prevenzione ASL9

E-mail registro.tumori@asltrapani.it

Obiettivi

Dalla fine del 2001, è attivo in provincia di Trapani lo screening di popolazione per la prevenzione del tumore della cervice uterina, denominato " Progetto Orion", arrivato al terzo round di inviti e che coinvolge tutta la popolazione della provincia, circa 123.000 donne in età compresa tra 25 e 64 anni. Utilizzando il flusso delle SDO, abbiamo voluto verificare nel periodo 2005-2007, tra i soggetti nella fascia di screening che presentano un ricovero ospedaliero con codice ICD9: 179 (tumore dell'utero), 180.0-180.9 (tumori del collo dell'utero), 233.1 (ca in situ del collo dell'utero), quante donne affette da patologia oncologica del collo uterino segnalate dalle SDO, avevano conseguito la diagnosi attraverso l'adesione allo screening e quante no. Inoltre abbiamo voluto valutare la completezza del sistema di rilevazione delle SDO rispetto al dato dello screening relativamente alle donne inviate a ricovero ospedaliero; infine si è voluta valutare la mobilità sanitaria, in particolare quanti tra i soggetti S.D. (screen detected) hanno utilizzato per l'intervento chirurgico la struttura di riferimento dello screening.

Materiali e metodi

Sono stati selezionati tutti i ricoveri presentanti in diagnosi principale i codici già descritti, dal 1998 al 2007 relativi ai soggetti della fascia di screening, sono stati ricavati i "nuovi casi" dal 2005 al 2007 al netto degli anni precedenti. Sono stati quindi incrociati i presunti nuovi casi delle SDO con i dati dello screening, e verificata attraverso le SDO la struttura dove è stato eseguito l'intervento chirurgico di conizzazione, isterectomia.

Risultati

Delle 99 donne intercettate dal sistema di rilevazione delle SDO, 39 pari al 39%, sono state avviate al ricovero per l'intervento attraverso lo screening (S.D.), il 53% di esse non hanno risposto all'invito, non responder (N.R.) e sono arrivate al ricovero per altri canali, infine l' 8% della casistica SDO non risulta allo screening che utilizza elenchi forniti dalle anagrafi comunali della provincia di Trapani. Il numero dei casi S.D., così come quello degli N.R., rimane stabile nel triennio considerato. L'analisi della mobilità chirurgica attraverso le SDO del triennio evidenzia che solo il 15% delle pazienti utilizza per l'intervento le U.U.O.O. di chirurgia ginecologica di riferimento dello screening, il 23% affinisce ad altre strutture ospedaliere della provincia di Trapani, mentre il 41% si mobilita verso ospedali della città di Palermo e il 21% si rivolge a strutture extraregionali. Il confronto tra i due sistemi: SDO e screening, ha permesso inoltre la rilevazione di 6 casi S.D. non presenti nelle SDO selezionate.

Discussione

Da questa analisi, emerge come tra le donne della provincia di Trapani, che hanno presentato, nel triennio considerato, la necessità di ricorrere ad un intervento chirurgico per una neoplasia del collo dell'utero, ci sia una scarsa propensione a lasciarsi coinvolgere in un programma di sanità pubblica preferendo canali personali. Sicuramente problemi culturali, ma anche tecnico organizzativi, connessi essenzialmente al ritardato o mancato accredito di somme destinate allo screening, si sono ripercossi sull'andamento dello screening stesso. La popolazione che ha aderito allo screening nel corso del triennio costituisce soltanto il 26% della popolazione bersaglio, questo dato, anche in considerazione dell'invariato numero di adesioni nei singoli anni, rivela, ancora una volta, un modesto coinvolgimento della popolazione target. Inoltre l'incompletezza di alcune anagrafi comunali spiega l'8% di casi non identificati dallo screening e quindi a tutto oggi non raggiungibili. Anche lo scarso utilizzo dell' U.O. di chirur-

gia ginecologica propria dello screening e in generale della provincia riflette probabilmente una modesta efficacia degli aspetti comunicativi del progetto, d'altra parte l'assenza in provincia di strutture idonee alla cura di neoplasie invasive che necessitano di trattamento radioterapico è determinante nella scelta di presidi in grado di soddisfare questi bisogni; il dato è avvalorato anche dall'analisi della mobilità chirurgica esaminata in tutte le fasce d'età. Infine appare interessante segnalare che dei sei casi non presenti nelle SDO selezionate, tre presentano un codice di diagnosi principale non contenuto nella selezione del lavoro e tre sono invece assenti, il dato, se da un lato conforta sull'eshaustività del flusso SDO per quanto riguarda la registrazione, dall'altro lato conferma la necessità dell'utilizzo di più canali di informazione per la completezza della rilevazione.

L'INCIDENZA E LA MORTALITÀ PER TUMORI IN PROVINCIA DI SIRACUSA NEL TRIENNIO 2003-2005, E L'AGGIORNAMENTO DEI TREND E DELLA SOPRAVVIVENZA TRA IL 1999 E IL 2005

A. Madeddu¹, M.L. Contrino¹, F. Tisano¹, S. Sciacca²

¹RTP Siracusa – Azienda Sanitaria Locale n.8 di Siracusa

²RTP Siracusa – Dipartimento di Igiene Università di Catania

E-mail rtp@ausl8.siracusa.it

Obiettivi

Dare una maggiore solidità statistica, attraverso l'estensione a 7 anni di osservazione, ai dati già prodotti dal Registro Tumori di Siracusa (il quadriennio 1999-2002), aggiungendo un nuovo triennio (2003-05), al fine di elaborare dati di trends e di sopravvivenza e di fornire un ulteriore contributo alla conoscenza dell'epidemiologia dei tumori in un'area ancora poco coperta, attraverso lo studio dell'incidenza e della mortalità per malattie neoplastiche in una provincia, come quella di Siracusa, caratterizzata da una economia produttiva altamente variegata e fondata non solo sull'agricoltura e sul terziario, ma anche sulla presenza di uno dei poli petrolchimici a più alto impatto ambientale d'Italia.

Materiali e metodi

Il territorio di competenza del RTSr corrisponde a quello dell'intera provincia di Siracusa, che si estende nell'angolo sud orientale della Sicilia e comprende 21 comuni. La popolazione residente media nel triennio 2003-05 ammonta a 400.169 abitanti, di cui 196.423 maschi e 203.746 femmine. Nel triangolo di Augusta, Priolo e Melilli insiste uno dei poli petrolchimici più vasti d'Italia, mentre il resto della provincia presenta un'economia fondata sullo sviluppo agricolo (agrumicoltura a Lentini e serricoltura a Pachino), sul terziario e sull'industria turistica a Siracusa. Il RTSr, dopo una fase sperimentale finalizzata a realizzare un vasto archivio di casi prevalenti, raccoglie, archivia ed elabora informazioni relative a tutti i tumori maligni di qualsiasi organo o apparato con diagnosi di malignità certa a partire dal 1999, ricorrendo al metodo di ricerca attiva.

Risultati

Nel triennio 2003-2005 in provincia di Siracusa sono stati diagnosticati 3.183 nuovi casi di tumore tra i maschi (di cui 2.527 senza pelle) e 2.399 tra le femmine (di cui 2.093 senza pelle), per un totale di 5.582 casi, con un TG (Tasso Grezzo) di 540,2 tra i maschi e di 392,5 tra le femmine. Il TSI (Tasso Standardizzato sulla popolazione Italiana del censimento 1981) risulta essere di 452,6 tra i maschi e di 359,5 tra le femmine. L'incidenza standardizzata tuttavia è molto differente nei vari distretti della provincia, confermandosi massima nell'area industriale di Augusta (dove massimo è anche il valore dei Rischi Cumulativi 0-74 anni per mille), e minima nell'area montana di Palazzolo. Estendendo a 7 gli anni di osservazione i limiti fiduciali si presentano molto ristretti confermando l'esistenza di questa differenza. Negli uomini le neoplasie più frequenti sono nell'ordine i tumori del polmone, seguiti dai tumori della prostata e del colon-retto. Tra le femmine i tumori più frequenti sono quelli della mammella, del colon-retto e dell'utero.

Discussione

Estendendo a sette gli anni di osservazione, in Provincia di Siracusa i tumori, a fronte di una sopravvivenza mediana molto bassa e di trend lievemente in crescita, confermano una incidenza inferiore a quella osservata nello stesso periodo nelle regioni italiane del Centro-Nord, sebbene venga confermata anche l'alta incidenza di alcune neoplasie in qualche area particolare della provincia ed il forte gradiente nord-sud con tassi d'incidenza nettamente più elevati nell'area industriale di Augusta rispetto a quella montana di Palazzolo.

**CASI DI MESOTELIOMA MALIGNO IN AZIENDA ADDETTA ALLA MANUTENZIONE
E REVISIONE DEGLI AEROMOBILI**

S. Menegozzo, M.L. Canfora, M. Santoro, F. Viscardi, M. Menegozzo

Registro dei Mesoteliomi della Campania, Dipartimento di Medicina Sperimentale,

Seconda Università degli Studi di Napoli

E-mail simonamenegozzo@libero.it

Obiettivi

È conosciuta in letteratura la esposizione professionale ad amianto nel settore dei trasporti. In particolare sono stati approfonditi, in quanto generatori di numerosi casi di mesotelioma maligno, i settori della costruzione e manutenzione delle navi (1-2) e dei rotabili ferroviari (2-3). Meno approfonditi sono i dati relativi alla esposizione professionale nel trasporto aereo (4). Secondo il III rapporto del Registro Nazionale dei Mesoteliomi (ReNaM) al settore trasporti terrestri e aerei (codici ATECO 60, 62, 63) è attribuibile il 3,4% dei casi di mesotelioma maligno classificati con esposizione professionale certa, probabile, possibile. Obiettivo del presente lavoro è quello di evidenziare le modalità di esposizione ad amianto nel settore manutenzione del comparto aeromobili.

Materiali e metodi

È stata indagata la esposizione professionale ad amianto di due casi di mesotelioma maligno incidenti in una azienda operante, nella regione Campania, nel settore della manutenzione degli aeromobili, attraverso una intervista diretta ai pazienti. Ai casi è stato somministrato il questionario ReNaM sulle abitudini di vita e di lavoro (5). I casi di mesotelioma maligno sono stati classificati in base a criteri diagnostici e di esposizione stabiliti dalle linee guida ISPEL (5).

Risultati

Si riportano nella successiva tabella la sintesi dei dati relativi ai 2 casi di mesotelioma maligno intervistati. TABELLA vedi file allegato La compagnia aerea in questione è stata fondata nel 1963 con sede principale a Napoli. Fino al 1989 ha effettuato sia attività di volo su rotte nazionali, che attività di revisione e manutenzione degli aerei di linea. Nel 1989 dalla compagnia aerea viene scorporata la Divisione Tecnica con attività esclusiva di revisione e manutenzione degli aeromobili. Tale azienda risulta tuttora attiva. Dalla documentazione acquisita da questo Registro risulta che gli aeromobili DC-8, DC-9, C-9, MD-80, DC-10, KC-10 ed MD-11, presentavano parti e materiali contenenti amianto prevalentemente nelle aree sottoposte ad elevate temperature quali: motore, motore ausiliario (AUP), tubazioni dell'aria calda, freni e zone ad essi adiacenti. In particolare nei motori i materiali contenenti amianto venivano utilizzati come: • isolanti termici di scatole metalliche, cavi, schermi termici, terminali; • adesivi per sagome, segmenti, tubazioni e pannelli; • fascette, guarnizioni e strisce isolanti. Inoltre erano presenti pannelli in amianto per la insonorizzazione degli aeromobili. Le attività di manutenzione e revisione degli aeromobili avvenivano nell'Hangar, suddiviso in vari reparti comunicanti tra di loro attraverso porte scorrevoli. I reparti dove avveniva lo smontaggio dei materiali contenenti amianto e che quindi potevano dare luogo ad un'esposizione diretta dei lavoratori a fibre di amianto sono risultati essere: • Baie di ricovero aeromobili; • Ceppi Freni; • Allestimento interni; • Allestimento e disallestimento motori. Dal 1990 l'azienda ha praticato anche operazioni di scoibentazione dei materiali contenenti amianto degli aeromobili.

Discussione

A partire da due casi di mesotelioma maligno rilevati all'interno di una azienda dedicata alla manutenzione di aeromobili, è stata messa in evidenza la presenza di materiali contenenti amianto in numerosi siti della struttura degli aerei oggetto di manutenzione. Si è potuto pertanto pervenire ad una prima ricostruzione dei reparti nei quali la manipolazione dei materiali contenenti amianto poteva determinare una più rilevante esposizione diretta, e contemporaneamente alla definizione di una probabile esposizione ambientale determinata dalla allocazione

dei reparti sotto un unico capannone industriale. Si ritiene auspicabile una indagine estesa su tutto il comparto nazionale della riparazione - manutenzione aerea per evidenziare in maniera più accurata il periodo e le possibili modalità della esposizione a fibre di amianto dei dipendenti di questo settore. Bibliografia 1. Giarelli L, Grandi G, Bianchi C. Malignant mesothelioma of the pleura in the Trieste-Monfalcone area, with particular regard to shipyard workers. *Med Lav.* 1997 Jul-Aug;88(4):316-20. 2. Nesti M, Marinaccio A, Gennaro V, Gorini G, Mirabelli D, Mensi C, Merler E, Montanaro F, Musti M, Pannelli F, Romanelli A, Tumino R; ReNaM Working Group. Epidemiologic surveillance for primary prevention of malignant mesothelioma: the Italian experience. *Med Lav.* 2005 Jul-Aug;96(4):338-46. 3. Maltoni C, Pinto C, Moriglia A. Mesotheliomas due to asbestos used in railroads in Italy. *Ann N Y Acad Sci.* 1991 Dec 31;643:347-67 4. Asbestos-Net: the online asbestos, asbestos cancer, & mesothelioma authority Aircraft Mechanics&RepairmenAndAsbestos Exposure / Mesothelioma <http://www.asbestos.net/occupations/aircraft-mechanics-and-repairmen.html> 5. Nesti M, Adiamoli S, Ammirabile F et al. (a cura di). Linee Guida per la rilevazione e la definizione dei casi di mesotelioma maligno e la trasmissione delle informazioni all'ISPESL da parte dei centri operativi regionali. Monografia ISPESL, Roma 2003.

	Caso n° 1	Caso n° 2
Classificazione diagnostica	Mesotelioma maligno certo	Mesotelioma maligno certo
Classificazione esposizione	Esposizione professionale certa	Esposizione professionale certa
Attività dell'azienda	Manutenzione Aeromobili	Manutenzione Aeromobili
Mansione	1966 - 1967 assistente tecnico di bordo; 1973 - 1990 impiegato tecnico	1976 - 1993 saldatore reparto officina meccanica
Esposizione extra professionale	Esposizione familiare: convivente dal 1947 - 1971 operaio acciaieria	Nessuna

APPROPRIATEZZA DI REGISTRAZIONE DI ALCUNE FONTI DEL RTI DI CATANIA, MESSINA E SIRACUSA

M.Fidelbo, G.Benedetto, M.Castaign, S.Sciacchitano, S.Sciacca

Obiettivi

Risulta superfluo sottolineare l'importanza epidemiologica che un Registro Tumori rappresenta nella programmazione sanitaria di un territorio circa l'assistenza oncologica. Non altrettanto superfluo risulta porre l'accento sul debito informativo che le fonti, rappresentate dai vari servizi e strutture che svolgono assistenza oncologica, devono assolvere circa i flussi delle informazioni che rappresentano la torta dei dati di un Registro Tumori.

Una delle maggiori criticità che un RT incontra è l'appropriatezza di registrazione del dato oncologico che riguarda aspetti sia organizzativi-amministrativi che clinici.

Scopo di questa pubblicazione è valutare l'appropriatezza di registrazione dei dati amministrativi di alcune fonti, in special modo delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) redatte dai vari servizi e reparti ospedalieri, al fine di verificare quanto essa incida sulla criticità della lavorazione dei dati del Registro Tumori Integrato delle province di Catania, Messina e Siracusa ed al fine anche di fornire utili indicazioni agli enti sanitari su come perfezionare ed ottimizzare la procedura di flusso del debito informativo, che sta alla base della implementazione di indicatori di processo ed esito, necessari per qualunque sistema di monitoraggio dell'organizzazione sanitaria.

Materiali e metodi

I dati che abbiamo attenzionato si riferiscono alle fonti SDO e ReNCaM (Registro Nazionale Cause di Morte) del RTI di Catania, Messina e Siracusa. Di essi abbiamo valutato alcuni indicatori amministrativi e clinici relativi all'adeguatezza anagrafica, delle diagnosi e delle procedure, e per alcune di queste criticità abbiamo cercato di individuare delle possibili soluzioni.

L'individuazione dei correttivi da apportare è un processo indispensabile di verifica di qualità per il percorso che ci siamo preposti di trasformare le informazioni epidemiologiche del debito informativo in informazioni cliniche per un futuro, speriamo prossimo, di costruzione di infrastrutture informatiche di sanità elettronica. L'obiettivo di "appropriatezza di registrazione delle fonti" è il primo passo per la interconnessione delle fonti, che sta alla base della implementazione della storia naturale della patologia oncologica, in una visione "olistica" del paziente, e che stiamo portando avanti tramite la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico Oncologico (FSEO).

Risultati

Abbiamo proceduto all'analisi delle inapproprietezze/incoerenze dei dati contenuti nel database delle SDO oncologiche e del RENCAM di Catania, Messina e Siracusa del triennio 2003-2005 (59.016 record), fornito al Dipartimento Epidemiologico Regionale (DOE Sicilia) dai vari servizi e reparti delle aziende e dei presidi ospedalieri che trattano patologia oncologica.

Dovendo sottoporre i dati ad un processo di lavorazione informatizzato (record-linkage tra le Fonti), avevamo individuato nel codice fiscale la chiave di ricerca e di identificazione univoca (o quasi tale con le possibili contenute eccezioni prevedibili e contemplate). La mancanza del dato richiesto poteva essere facilmente superata inserendo una procedura di elaborazione del codice mancante nei record "is null" ma completi per cognome, nome, sesso, data e comune di nascita, condizione non sempre soddisfatta. Con adeguati accorgimenti informatici abbiamo superato alcune criticità innescate dall'incompletezza dei dati delle Fonti.

Discussione

Ma si rendono necessari dei correttivi condivisi normativi ed informatici alla fonte nei flussi delle fonti per migliorare la completezza ed appropriatezza dei dati anagrafici e clinici archiviati, specie nelle SDO, facilitando così il debito informativo e la lavorazione di record-linkage, riducendo ed ottimizzando l'impegno di risorse pubbliche, ed assecondando quel processo di "trasfusione" di informazioni cliniche che sta alla base di una adeguata sanità elettronica e quindi di una assistenza clinica appropriata.

I TUMORI DI ORIGINE PROFESSIONALE: I RISULTATI DELL' APPLICAZIONE DEL PROGETTO OCCAM - OCCUPATIONAL CANCER MONITORING - NELL'AREA DI RIFERIMENTO DEL REGISTRO TUMORI DI POPOLAZIONE DELLA REGIONE CAMPANIA C/O ASL NA4

M. Fusco¹, G. di Maio², M. Pepe², S. Russo Spena³, R. Palombino³, P. Crosignani⁴

¹Registro Tumori Regione Campania; ²Medicina del Lavoro Seconda Università di Napoli;

³Servizio Epidemiologia ASL NA4, ⁴INT Milano

E mail mariofusco2@virgilio.it

Obiettivi

Realizzazione di uno studio caso-controllo che confronti le storie professionali dei casi di cancro rilevati nell'area di riferimento del Registro, ottenute attraverso il "linkage" con gli archivi informatizzati INPS, con quelle di controlli; stima del rischio per i tumori di origine occupazionale dell'area di riferimento per sede topografica e per comparto produttivo.

Materiali e metodi

Casi - Dal Registro Tumori sono stati estratti 12.591 casi di cancro relativi al periodo di incidenza 1997/2005 nella fascia di età 36/74 anni (Per ciascun tumore è riportato: n° registro, nome, cognome, sesso, codice fiscale, comune di nascita e di residenza, morfologia, topografia e data di incidenza).

Controlli - Dall'anagrafe Assistiti della stessa area (al 31/12/2001) è stato estratto un numero di 230.091 controlli nella stessa fascia di età (Per ciascun controllo è indicato: Nome, Cognome, Data di nascita, Codice fiscale, Residenza, indirizzo, Comune di nascita).

Storie professionali dei soggetti - Sono state effettuate in modo automatico la ricerca negli archivi INPS, per i soli soggetti impiegati in aziende private con almeno un dipendente e per ogni anno di lavoro, la ragione sociale ed il comparto produttivo dell'azienda dove la persona ha lavorato. Non sono disponibili, a questa fase dello studio, informazioni sulla mansione svolta dal lavoratore.

Risultati

Dei n° 12.591 casi complessivi estratti dal Registro Tumori è stato possibile ricostruire la storia lavorativa di 7.363 soggetti; i restanti 5.228 sono coloro che non hanno una posizione contributiva INPS. È stato possibile valutare i casi: per singolo caso clinico, per sede topografica della neoplasia, per singola azienda, per l'insieme di aziende appartenenti al medesimo settore produttivo ATECO. Col disegno di tipo caso-controllo è stato poi stimato, per ciascuna sede topografica di interesse il n° di casi esposti, i rischi relativi, l'Odds Ratio, con limiti di confidenza al 90%; oltre che per sede topografica la stima è specifica per sesso e comparto produttivo.

Discussione

Siderurgia: tumore del polmone, nessuna evidenza di rischio. È probabile che in questo settore gli "esposti" siano in realtà pochi; è un risultato che spesso si ritrova in OCCAM,

Prodotti per edilizia: rischio elevato per tumore del polmone; si tratta di un rischio reale. Mediante la base di dati è possibile identificare le aziende dove hanno lavorato gli 8 casi esposti;

Costruzioni Meccaniche: esempio per vedere come funziona l'aggiustamento per classe sociale. Un rischio per tumore dello stomaco di 1.44 scompare aggiustando per classe sociale (blue collars, RR= 0.84) Polmone e pleura: un rischio elevato di tumore della pleura basato su ben 5 casi può servire da tracciante per identificare le aziende a rischio, in cui poi andare a verificare i casi di tumore del polmone (ben 95!);

Cuoio e calzature: rischio elevato per tumore della mammella nelle donne (1.5) che rimane immutato per classe sociale: lavoro a turni e/o distruttori endocrini. Un approfondimento mediante intervista sui 13 casi esposti potrebbe essere interessante;

Abbigliamento: rischio elevato per tumore della vescica (5 casi). Spesso in questo settore sono presenti tintorie;

Edilizia: tumore del polmone. È una costante in OCCAM trovare rischi elevati. Una parte di questo rischio è dovuta alla classe sociale ed ai determinanti relativi (es. fumo). Il numero elevato di casi (87) non consente, qui come altrove, di verificare particolari esposizioni;

Trasporti: rischio elevato per tumore del polmone; sarebbero da indagare i camionisti;

Agricoltura: rischio elevato di leucemie basato su ben 20 casi nei maschi. Come attesi, in agricoltura vi è un rischio inferiore per tumore del polmone;

Aeronautica: rischio elevato di leucemia: interessante verificare dove hanno lavorato i 5 casi;

Plastica: rischio elevato per tumore del polmone, di difficile interpretazione. I Servizi di Medicina del Lavoro, dovrebbero poter dire se i 6 casi abbiano lavorato in una ditta con esposizioni a cancerogeni respiratori;

Lo studio OCCAM condotto nell'area del Registro e finalizzato alla ricerca attiva dei casi di cancro attribuibili ad esposizioni professionali, nonostante in molti casi la bassa numerosità dei casi non abbia permesso di raggiungere una significatività statistica, ha comunque permesso il riconoscimento sul territorio sia di situazioni di rischio già conosciute in letteratura, che l'identificazione di nuove possibili situazioni di rischio. La seconda fase dello studio sarà quella di avviare una stretta collaborazione con i Servizi di Prevenzione di Medicina del Lavoro, a cui trasmettere la base dati, in modo da poter permettere agli operatori di identificare le aziende dove hanno lavorato i "casi esposti", verificare le mansioni svolte e quindi le esposizioni. Lo studio ha permesso di avviare una collaborazione interistituzionale tra Registro Tumori, ASL NA4 e l'Istituto di Medicina del Lavoro della Seconda Università di Napoli, finalizzata alla costruzione di una rete di sorveglianza sui tumori di origine professionale.

XIII

RIUNIONE SCIENTIFICA ANNUALE



**Associazione
Italiana
Registri
Tumori**

SIRACUSA 6-7-8 MAGGIO 2009, OPEN LAND

INDICE

- Pag. 3 Saluto del Ministro dell'Ambiente, del Territorio e della Tutela del Mare, Stefania Prestigiacomo
Pag. 5 Saluto dell'Assessore Regionale per la Sanità, Massimo Russo
Pag. 7 Saluto del Presidente della Provincia Regionale di Siracusa, Nicola Bono
Pag. 9 Le attività dell'AIRTum ed il convegno nazionale di Siracusa, Eugenio Paci
Pag. 11 Una nuova sfida: ricerca, ecosostenibilità e... l'identità ritrovata, Anselmo Madeddu
Pag. 13 Organizzazione
Pag. 15 Programma del Convegno
- Pag. 23 COMUNICAZIONI ORALI
- Pag. 24 COMUNICAZIONE ORALE I:
Il Tumore della mammella nella Regione Sicilia. Presentazione della Monografia dei registri tumori siciliani
Pag. 25 Numero di diagnosi e decessi tumorali: gli effetti dell'invecchiamento della popolazione
Pag. 26 Caratterizzazione clinica, morfologica e biologica di due gruppi "estremi" di pazienti con carcinoma coloretale selezionati attraverso un Registro specializzato
Pag. 27 Tumori nelle persone con AIDS nell'era delle terapie antiretrovirali altamente efficaci (1997-2004)
Pag. 29 Risultati preliminari di uno studio età-periodo-coorte sui tumori della tiroide in Italia, 1986-2005
L. Dal Maso, M. Lise, S. Franceschi, C. Buzzoni per AIRTUM
Pag. 31 Frequenza ed esito della gravidanza in donne affette da neoplasia: studio di popolazione (Regione Veneto)
Pag. 33 Registri tumori e flussi informativi sanitari correnti: ruoli e risposte alla domanda informativa in oncologia
Pag. 35 Sottotipi di carcinoma della mammella identificati con markers immunoistochimici: dati del Registro Tumori specializzato Mammella di Palermo e provincia, 2002-2004.
Pag. 37 Utilizzo del Registro di Patologia per il Tumore della Mammella per scopi clinici: stadiazione TNM, grading e assetto recettoriale nelle pazienti operate negli anni dal 1997 al 2003 in Provincia di Pistoia
- Pag. 38 COMUNICAZIONE ORALE II:
Indagine ambientale e registri tumori
Pag. 39 A malo bonum: leucemie a Mantova, gestione di un falso allarme e riflessioni preventive su di un artefatto
Pag. 40 Registro tumori, strumento autorevole per la gestione di un allarme e per la comunicazione del dato: risultati di un'esperienza
Pag. 42 Il progetto "Cancer Mapping in Alpine Regions 2001-2005": dati preliminari
- Pag. 44 COMUNICAZIONE ORALE III
Pag. 45 Melanoma cutaneo: tra diagnosi precoce e forme spesse
Pag. 46 Mesoteliomi e altre neoplasie nel sesso femminile: presentazione di alcuni casi
Pag. 48 Sarcoma di Kaposi classico in Italia: un'analisi dei dati di mortalità
Pag. 49 Effetti sull'attività dei registri tumori della registrazione di mortalità e dell'introduzione dell'ICD-10
Pag. 51 La sopravvivenza dei pazienti oncologici anziani (= >70 anni) e degli adulti di mezza età (55-69 anni) in Italia nel periodo 2000-2002
Pag. 53 Incidenza dei tumori ematologici nelle aree italiane
Pag. 54 Elevata incidenza del carcinoma tiroideo nell'area vulcanica della Sicilia. Dati del Registro Tumori Tiroidei Siciliano
- Pag. 55 COMUNICAZIONE ORALE IV:
Alimentazione e nutrizione. Quale peculiarità del Sud Italia? Esiste ancora una protezione legata alla dieta?
Pag. 56 Body Mass Index nella popolazione femminile di Modena e provincia che aderisce al programma di screening mammografico di popolazione
Pag. 57 Incidenza e prevalenza per il tumore al polmone in Italia: stime e proiezioni per il periodo 1970-2015
Pag. 59 Carcinoma dell'endometrio e consumo di fibre: studio caso-controllo in Italia
Pag. 60 Proposta di studio ad alta risoluzione sulla sopravvivenza dei tumori del polmone in Italia: l'esperienza del Registro Tumori di Reggio Emilia
Pag. 61 Trend d'incidenza e di sopravvivenza dei tumori del colon-retto per la città e l'insieme degli altri comuni della provincia di Genova
Pag. 63 Sopravvivenza da cancro degli agricoltori della Provincia di Forlì-Cesena
Pag. 64 Fattori di rischio per metastasi cerebrali nel carcinoma mammario: primi risultati da uno studio di popolazione da registro tumori
Pag. 65 Gestione del cancro della mammella nell'area di riferimento del Registro Tumori Campano: percorsi sanitari e variabili cliniche

- Pag. 67 COMUNICAZIONE ORALE V:
Tumori infantili: riflettiamo sui dati. Il significato di una monografia AIRTUM e il suo impatto.
- Pag. 68 Trend d'incidenza per leucemia linfatica acuta e mieloide acuta e linfomi non-Hodgkin nei bambini ed adolescenti europei, 1991-2002
- Pag. 69 Trend di incidenza dei tumori infantili in Piemonte 1967-2005 - Dati del Registro dei Tumori Infantili del Piemonte (RTI-P)
- Pag. 71 Storia di screening delle donne con cancro della cervice uterina in Friuli Venezia Giulia
- Pag. 73 Tumore della cervice uterina: stima dell'incidenza in popolazioni migranti.
- Pag. 74 I tumori del collo dell'utero e della mammella nella popolazione immigrata in Piemonte. Stima della frequenza
- Pag. 76 Prevenzione del tumore della cervice uterina in donne con HIV in Emilia Romagna
- Pag. 77 COMUNICAZIONE ORALE VI
- Pag. 78 Offerta sanitaria e sopravvivenza di pazienti con tumore del colon nella Provincia di Palermo
- Pag. 79 Valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri dei malati oncologici terminali in Provincia di Ragusa
- Pag. 80 La migrazione sanitaria oncologica dalla Provincia di Siracusa attraverso l'analisi dei DRGs
- Pag. 82 Mobilità dei pazienti oncologici verso gli ospedali milanesi: analisi dell'andamento geografico e temporale
- Pag. 83 POSTER
- Pag. 85 Divulgazione dei dati del Registro Tumori della provincia di Sondrio tramite web
- Pag. 86 Presentazione dati Registro Tumori Catanzaro
- Pag. 87 Registro Tumori, tecnologia informatica e rete oncologica regionale: integrazione tra Registro Tumori e servizi oncologici in Umbria
- Pag. 89 Incidenza del Sarcoma di Kaposi classico in Sicilia
- Pag. 90 Aumento della sopravvivenza in pazienti con osteosarcoma ad alto grado nell'esperienza I.O.R. nel periodo 1982-2002
- Pag. 91 Svantaggio prognostico delle pazienti anziane e deprivate affette da cancro della mammella a Genova
- Pag. 92 I tumori ad alta frazione eziologica professionale nella provincia di Palermo
- Pag. 94 Mesotelioma maligno e donne: valutazioni derivanti dall'attività di sorveglianza del registro nazionale
- Pag. 96 Atlante della mortalità nel sud Italia
- Pag. 98 Ricoveri ospedalieri intra ed extra provincia di Palermo
- Pag. 99 Valutazione delle dimensioni delle neoplasie tiroidee nella provincia di Latina (RTL)
- Pag. 100 Caremore (Joint Community and Cancer Registry Model on Rehabilitation)
- Pag. 101 Incidenza Morbo di Kaposi in Provincia di Lecce
- Pag. 102 Comunicare i dati dei registri: l'equilibrio fra divulgazione ed approfondimento
- Pag. 103 La sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto: dall'esperienza di San Filippo del Mela (ME) ad un protocollo condiviso
- Pag. 104 Adesione allo studio impatto. Aspetti organizzativi ed operativi. L'esperienza del registro tumori della provincia di Trento. Casistica 1996-2004
- Pag. 106 Utilizzo di Open Registry nei Registri Tumori lombardi di Como, Lecco, Lodi e Pavia
- Pag. 108 L'elaborazione dei dati del RTI di Catania-Messina e Siracusa. Il SW-RTI_CORE e il SW-INFO
- Pag. 109 Utilizzo dei dati del Registro Tumori per la stima dell'incidenza del mesotelioma in una coorte occupazionale di ex esposti ad amianto: il caso di San Filippo del Mela
- Pag. 111 La prevalenza dei pazienti con tumore gastrico nel 2009
- Pag. 112 Dati preliminari sulla sopravvivenza oncologica nell'ASL VC di Vercelli – Relazione 2007
- Pag. 113 Incidenza, mortalità e prevalenza per il tumore dello stomaco in Italia: stime e proiezioni per il periodo 1970-2015
- Pag. 114 Sopravvivenza dei pazienti anziani con malattie neoplastiche in Friuli Venezia Giulia: 1995-2007
- Pag. 116 Fascicolo sanitario elettronico oncologico (FSEO): uno strumento di epidemiologia clinica per i RT.
- Pag. 117 Confronto tra il sistema di rilevazione delle SDO e i casi di carcinoma invasivo e in situ dell'utero rilevati dallo screening di popolazione per la prevenzione del cervico carcinoma nella provincia di Trapani nel triennio 2005-2007
- Pag. 119 L'incidenza e la mortalità per tumori in provincia di Siracusa nel triennio 2003- 2005, e l'aggiornamento dei trend e della sopravvivenza tra il 1999 e il 2005
- Pag. 120 Casi di mesotelioma maligno in azienda addetta alla manutenzione e revisione degli aeromobili
- Pag. 122 L'appropriatezza della registrazione dei dati
- Pag. 123 I tumori di origine professionale: i risultati dell' applicazione del progetto OCCAM - Occupational Cancer Monitoring - nell'area di riferimento del Registro Tumori di popolazione della regione Campania c/o ASL na4

FINITO DI STAMPARE
DA ARTSERVICE SIRACUSA
NEL MESE DI APRILE 2009