

Atti della
XX Riunione Scientifica Annuale
Associazione Italiana Registri Tumori



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena



Con il patrocinio di:



COMUNICAZIONI ORALI

- 01** **STIME DI PREVALENZA IN ITALIA DELLA POPOLAZIONE ADULTA CON DIAGNOSI DI TUMORE IN ETÀ INFANTILE**
Anna Gigli et al.
- 02** **I PAZIENTI LUNGO SOPRAVVIVENTI PER NEOPLASIE IN ETÀ PEDIATRICA**
Silvia Francisci et al.
- 03** **I TUMORI INFANTILI E DEGLI ADOLESCENTI NELLA PROVINCIA DI PALERMO: ANDAMENTO DELL'INCIDENZA NEL PERIODO 2003-2012**
Walter Mazzuco et al.
- 04** **INCIDENZA E SOPRAVVIVENZA DI BAMBINI E ADOLESCENTI DAL 1967 AL 2011: REGISTRO DEI TUMORI INFANTILI DEL PIEMONTE (RTIP)**
Milena Manasievska et al.
- 05** **L'EPIDEMIA DI TUMORI DELLA TIROIDE IN ITALIA: VARIAZIONI LOCALI E IMPATTO DELL'AUMENTATA SORVEGLIANZA DAL 2000 AL 2011**
Luigino Dal Maso et al.
- 06** **L'INCIDENZA DEI TUMORI NEUROENDOCRINI IN ITALIA E LA LORO ASSOCIAZIONE CON SECONDI TUMORI. STUDIO POPULATION-BASED**
Silvia Fanello et al.
- 07** **MODALITÀ DI FOLLOW UP NELLE PAZIENTI OPERATE DI CARCINOMA DELLA MAMMELLA RESIDENTI NELLA PROVINCIA DI LATINA**
Susanna Busco et al.
- 08** **GESTIONE E PROGNOSI DEI PAZIENTI CON ADENOCARCINOMA PANCREATICO: DATI DEL REGISTRO AD ALTA RISOLUZIONE (HRCR) REGGIANO**
Tiziana Cassetti et al.
- 09** **ADERENZA AI PROTOCOLLI DI FOLLOW-UP NEI PAZIENTI CON DIAGNOSI DI TUMORE DEL COLON RETTO**
Manuel Zorzi et al.
- 10** **RISULTATI DELLO STUDIO SULL'EREDO-FAMILIARITÀ DEI TUMORI DEL PANCREAS IN PROVINCIA DI RAGUSA**
Caterina Martorana et al.
- 11** **INCIDENZA DI NHL, LEUCEMIE LINFATICHE E TUMORI PLASMACELLULARI IN PUGLIA. CONFRONTO CON TASSI HAEMACARE E DI RT MODENA**
Grazia Antonella Cannone et al.
- 12** **REGISTRI TUMORI, RETI ONCOEMATOLOGICHE TERRITORIALI E SINDROMI MIELODISPLASTICHE**
Giuseppe Sampietro et al.
- 13** **I TUMORI EMOLINFOPOIETICI NEL PERSONALE MILITARE**
Claudio De Angelis et al.
- 14** **IL MIGLIORAMENTO DELLA SOPRAVVIVENZA DEI TUMORI EMOLINFOPOIETICI È CORRELATO ALL'INTRODUZIONE DI NUOVI FARMACI?**
Enza Di Felice et al.
- 15** **ALLA RICERCA DELLA RARITÀ: ANALISI DEI SARCOMI DEI TESSUTI MOLLI DEL REGISTRO TUMORI PUGLIA E RELATIVI PDTA**
Francesco Cuccaro et al.
- 16** **CONTRIBUTO DEI REGISTRI TUMORI ALLA LETTERATURA SCIENTIFICA INTERNAZIONALE**
Valerio Ramazzotti et al.
- 17** **IMPATTO DEL PROGRAMMA DI SCREENING COLO-RETTALE SULL'INCIDENZA: STUDIO DI COORTE IN REGIONE EMILIA-ROMAGNA**
Silvia Mancini et al.
- 18** **I PAZIENTI LUNGO SOPRAVVIVENTI NEL MESOTELIOMA PLEURICO: LO STUDIO DI POPOLAZIONE LUME**
Laura Botta et al.
- 19** **INQUINAMENTO ATMOSFERICO NEL MONFALCONESE DA DIVERSE SORGENTI E INCIDENZA DEI CARCINOMI POLMONARI E VESCICALI**
Diego Serraino et al.
- 20** **DISUGUAGLIANZE SOCIO-ECONOMICHE E OUTCOMES ONCOLOGICI: PRIME ANALISI DALLO STUDIO ITALIANO EURO CARE-5 ALTA RISOLUZIONE**
Francesca Di Salvo et al.
- 21** **I TUMORI EMOLINFOPOIETICI: DA UNA CLASSIFICAZIONE "EPIDEMIOLOGICA" A DEI RAGGRUPPAMENTI CLINICI. PROPOSTA AI RT**
Antonina Torrisi et al.
- 22** **REGISTRO TUMORI ED INTEGRAZIONE CON I SERVIZI SANITARI AZIENDALI. IL CASO DI TRENTO**
Silvano Piffer et al.
- 23** **POSSIBILE RUOLO DELLA LEGGE DI BENFORD NELLA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEI DATI DEI REGISTRI TUMORI**
Emanuele Crocetti et al.
- 24** **MORTALITÀ PER TUMORE DEL FEGATO E DIABETE MELLITO DI TIPO 2 IN PUGLIA CON UN MODELLO SHARED COMPONENT**
Enzo Coviello et al.
- 25** **STIME DI INCIDENZA DEI TUMORI NELLE REGIONI ITALIANE**
Carlotta Buzzoni et al.
- 26** **VALUTAZIONE DELLA CREDIBILITÀ DEI FLUSSI INFORMATIVI: UN APPROCCIO PER MIGLIORARE L'EFFICIENZA DEL REGISTRO TUMORI**
Ivan Rashid et al.
- 27** **VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEI DATI DEI REGISTRI TUMORI ITALIANI ED EUROPEI NEL PROGETTO ENCR-JRC**
Francesco Giusti et al.
- 28** **IL CONTRIBUTO DEI REGISTRI TUMORI ITALIANI ED EUROPEI ALLA COSTRUZIONE DI UNO STRUMENTO COMUNE PER LA QUALITÀ DEI DATI**
Carmen Martos et al.

01 STIME DI PREVALENZA IN ITALIA DELLA POPOLAZIONE ADULTA CON DIAGNOSI DI TUMORE IN ETÀ INFANTILE

Anna Gigli, Silvia Francisci, Stefano Guzzinati, Luigino Dal Maso, Carlotta Buzzoni
 Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali - CNR; Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute - ISS; Registro Tumori del Veneto; Centro di Riferimento Oncologico di Aviano; Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica di Firenze.

Obiettivi. Stimare il numero di persone che vivono dopo una diagnosi di tumore in età infantile (0-14 anni) in Italia a partire dai dati disponibili nelle aree coperte da Registri Tumore (RT).

Materiali e Metodi. Partecipano allo studio 15 RT con dati di incidenza e follow up almeno per il periodo 1995-2009: Biella, Ferrara, Friuli Venezia Giulia, Genova, Latina, Modena, Parma, Ragusa, Reggio Emilia, Romagna, Napoli, Umbria, Sassari, Varese, Veneto. Le sedi tumorali in studio, in aggiunta a tutti i tumori, sono: Sistema Nervoso Centrale, Leucemie Linfatiche Acute, Linfomi di Hodgkin, che rappresentano i tumori a maggior frequenza in età infantile. Per stimare la prevalenza completa si è usato CHILDPREV, un metodo semiparametrico ottenuto come variante del COMPREV, che richiede in input la prevalenza osservata dei casi diagnosticati in età infantile, quella dei casi diagnosticati in età adulta, la popolazione, la stima dei parametri dei modelli di incidenza e sopravvivenza e restituisce in output un fattore di correzione che moltiplicato alla prevalenza osservata fornisce la prevalenza completa.

Risultati. Si stima che su 2.6 milioni di persone che vivono in Italia con diagnosi di tumore (prevalenza al 1/1/2010) poco più di 44 mila si siano ammalati in età infantile, ovvero meno del 2% dei casi prevalenti è stato diagnosticato in età infantile.

Conclusioni. L'analisi evidenzia una quota non trascurabile di casi prevalenti con tumore infantile in Italia. Sono persone per lo più guarite che, secondo la letteratura, sono esposte a maggior rischio di ammalarsi a causa dei trattamenti subiti in età infantile. Due terzi di essi si stima abbiano sequele a lungo termine, gravi nella metà dei casi (cardio-tossicità, secondi tumori, infertilità), con una mortalità superiore a quella dei loro pari senza cancro. In conclusione, per una tempestiva ed efficiente gestione dei bisogni di salute dei sopravvissuti da tumore infantile, sembra necessario un monitoraggio specifico a lungo termine.

anna.gigli@irpps.cnr.it

02 I PAZIENTI LUNGO SOPRAVVIVENTI PER NEOPLASIE IN ETÀ PEDIATRICA

Silvia Francisci¹, Daniela Alessi², Carlotta Buzzoni³, Stefano Guzzinati⁴, Daniela Pierannunzio¹, Silvia Rossi¹, Carlotta Sacerdote², Andrea Tavilla¹
¹Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS; ²AOU Città della salute e della scienza di Torino - CPO; ³Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica di Firenze; ⁴Regione Veneto

Obiettivi. Obiettivo generale dello studio è valutare fattibilità e rilevanza di un programma di monitoraggio a lungo termine dei lungo-sopravvissuti (LS): adulti e giovani adulti con diagnosi di tumore in età infantile. Nello specifico ci si propone di individuare e descrivere il ricorso al ricovero ospedaliero dei LS rispetto alla popolazione generale.

Materiali e Metodi. Sono stati individuati i soggetti diagnosticati con tumore in età 0-14, vivi al 01/01/1998, presenti nel registro Tumori Infantili Piemonte (RTIP: 1594 pazienti) e nel Registro Tumori del Veneto (RTV:347), e linkati a livello individuale con i ricoveri avvenuti in età 15+ nel periodo 1998-2012. L'archivio nazionale delle SDO 2001-2012 è stato utilizzato come popolazione di controllo. I ricoveri dei LS sono stati analizzati per macro-categorie di diagnosi principale. Per i ricoveri per patologie diverse dal tumore, potenzialmente correlate al trattamento del tumore infantile è stata confrontata la frequenza di ospedalizzazione nei LS e nella popolazione generale, a parità di sesso, età e regione di residenza.

Risultati. Il totale dei ricoveri delle coorti dei LS è stato di 3597 per RTIP e di 674 per RTV. Di questi 15% e 23%, per RTIP e RTV rispettivamente, sono dovuti al tumore. Tra le altre macro-categorie più frequenti vi sono le malattie del sistema endocrino e metabolico e del sistema digerente. La prevalenza di patologie e sequele gravi potenzialmente correlate al trattamento del tumore infantile è del 3.4% in Piemonte, osservabili in età 15-61 anni, e del 2.6% in Veneto dove l'osservazione è limitata ai 30 anni di età.

Conclusioni. La prognosi dei bambini affetti da tumore è migliorata in modo sensibile negli ultimi 3 decenni, i LS da tumore infantile presentano tuttavia una fragilità specifica dovuta ai trattamenti cui sono stati sottoposti. Solo una misura quantitativa dell'eccesso di rischio di patologia nei LS può consentire la valutazione di un programma di monitoraggio specifico.

silvia.francisci@iss.it

03 I TUMORI INFANTILI E DEGLI ADOLESCENTI NELLA PROVINCIA DI PALERMO: ANDAMENTO DELL'INCIDENZA NEL PERIODO 2003-2012

Walter Mazzucco¹, Rosanna Cusimano^{1,2}, Sergio Mazzola¹, Giuseppa Rudisi¹, Rosalia Valenti¹, Francesco Vitale¹
¹UOC Epidemiologia Clinica con Registro Tumori di Palermo e Provincia. AUOP "Paolo Giaccone" di Palermo; ²UOC Sanità Pubblica Epidemiologia e Medicina Preventiva ASP Palermo.

Obiettivi. Valutare l'andamento dell'incidenza dei tumori infantili (0-14 anni) e degli adolescenti (15-19) nella provincia di Palermo nel periodo 2003-2012.

Metodi. 585 casi incidenti di tumore maligno includenti anche le neoplasie non maligne del Sistema Nervoso Centrale (331 maschi e 254 femmine) in soggetti di età inferiore ai 20 anni sono stati registrati dal Registro Tumori di Palermo e Provincia nel periodo 2003-2012. Un modello di regressione joinpoint è stato applicato per identificare cambiamenti nell'andamento temporale dei tassi di incidenza standardizzati sulla popolazione europea dei tumori infantili (0-14) e degli adolescenti (15-19) utilizzando la popolazione residente ISTAT per le classi di età (0, 1-4, 5-9, 10-14) e (15-19). Sono state inoltre calcolate le variazioni medie annue percentuali (AAPC). È stato utilizzato il software SEERstat ver 4.1.1 2014.

Risultati. Nessun joinpoint è stato identificato tra i tumori infantili e tra quelli degli adolescenti. Le variazioni medie annue percentuali in età pediatrica (0-14) e negli adolescenti (15-19) sono state pari a 3,64 (p=0,10) e -0,97 (p=0,70), rispettivamente. Il tasso standardizzato medio annuo del periodo è stato pari a 207,4 per milione nei maschi e di 172,4 nelle femmine: negli adolescenti 302,8 e 230,7 rispettivamente.

Conclusioni. L'assenza di joinpoint suggerisce che nel periodo considerato non si siano verificati eventi tali da determinare cambiamenti significativi nelle pendenze dei trend. I tassi di incidenza annuali dei tumori infantili e degli adolescenti sono molto variabili, tuttavia i tassi medi annui sono comparabili con quelli italiani (AIRTUM 2012). Non si sono osservati significativi aumenti dei tassi di incidenza nel tempo né in età pediatrica e né in età adolescenziale.

registrotumoripalermo@unipa.it

04 INCIDENZA E SOPRAVVIVENZA DI BAMBINI E ADOLESCENTI DAL 1967 AL 2011: REGISTRO DEI TUMORI INFANTILI DEL PIEMONTE (RTIP)

Milena Manasievska¹, Elena Isaevska¹, Daniela Alessi¹, Maria Luisa Mosso¹, Carlotta Sacerdote¹, Benedetto Terracini¹, Franco Merletti¹, Carlotta Buzzoni^{2,3}, Milena Maule¹
¹Registro dei Tumori Infantili del Piemonte, Università di Torino; ²AIRTUM; ³ISPO, Firenze

Obiettivi. Questo lavoro aggiorna l'incidenza e la sopravvivenza di bambini e adolescenti ammalati di tumore in Piemonte.

Materiali e metodi. Il RTIP registra casi di tumore maligno in età 0-14 dal 1965 e in età 15-19 dal 2000. Sono stati stimati i tassi di incidenza dal 1967 al 2011 e i trend temporali dal 1976 al 2011 come variazione percentuale annua (APC) con Joinpoint. Utilizzando i dati sullo stato in vita, aggiornati al 31.12.2011, è stata stimata la sopravvivenza cumulativa per successive coorti di diagnosi ed utilizzando il metodo di periodo.

Risultati. Il RTIP ha registrato 5020 casi incidenti di tumore dal 1967 al 2011. I tassi di incidenza sono di 157 (IC 95%: 152;162) casi per milione di bambini-anno (1967-2011) e 282 (260;305) per gli adolescenti (2000-2011). Dal 1976 si sono osservati trend in aumento per tutti i tumori nel loro insieme (APC 1.1%, 0.8;1.5), leucemie (0.6%, 0.0;1.2), linfomi fino al 2007 (1.7%, 0.6;2.7, seguiti da una diminuzione), tumori del sistema nervoso centrale (1.9%, 1.3;2.6), neuroblastomi (1.2%, 0.2;2.1) e tumori embrionali nel 1° anno di vita (1.8%, 0.5;3.1). Ad eccezione dei linfomi, non vi sono inversioni di tendenza significative. L'analisi dei trend negli ultimi 12 anni mostra variazioni perlopiù non statisticamente significative e grande variabilità dei tassi di incidenza. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi dei bambini aumenta nel tempo dalla prima coorte diagnosticata nel 1967-1971 (32%) a quella diagnosticata nel 2002-2006 (82%). Fra gli adolescenti, si osserva un aumento non significativo fra la coorte diagnosticata nel 2000-2005 (83%) e quella nel 2006-2011 (89%).

Conclusioni. L'incidenza dei tumori fra i bambini in Piemonte è aumentata nel tempo, con trend più marcati nel passato e un apparente rallentamento in tempi più recenti. Questo andamento, osservato anche in altre popolazioni, non è ancora stato spiegato. La sopravvivenza a 5 anni, in linea con i dati Europei, è aumentata notevolmente.

manasievskamilena@gmail.com

05 L'EPIDEMIA DI TUMORI DELLA TIROIDE IN ITALIA: VARIAZIONI LOCALI E IMPATTO DELL'AUMENTATA SORVEGLIANZA DAL 2000 AL 2011

Luigino Dal Maso¹, Salvatore Vaccarella², Saverio Virdone¹, Stefano Ferretti³, Susanna Busco⁴, Diego Serraino¹, Silvia Franceschi², Carlotta Buzzoni⁵

¹Epidemiologia e Biostatistica, Centro di Riferimento Oncologico di Aviano; ²International Agency for Research on Cancer, Lione, Francia; ³Registro tumori Area Vasta Emilia Centrale, Azienda USL di Ferrara; ⁴Registro Tumori di Latina, AUSL Latina; ⁵Registro Tumori toscano, Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica, Firenze

Obiettivi. Descrivere i tassi di incidenza dei tumori della tiroide (TT) nelle aree italiane coperte da registri tumori di popolazione e stimare la frazione attribuibile all'aumentata sorveglianza.

Metodi. Sono stati inclusi i dati di incidenza di TT relativi ai 30 Registri con almeno 7 anni di registrazione tra il 2000 e il 2011. Sono quindi stati calcolati i tassi di incidenza attesi se la curva per età avesse mantenuto una forma esponenziale simile (con valori assoluti diversi) a quella stimata prima degli anni '80 in accordo con l'andamento per età previsto dal modello multistage. Le curve per età sono state vincolate all'incidenza nella classe 80-84 anni, variata in modo trascurabile nei decenni. L'assunto è che la differenza dei tassi età-specifici registrata negli ultimi 20 anni in Italia, rispetto a quelli attesi, sia in gran parte attribuibile all'aumento di sorveglianza.

Risultati. Nel 2000-2011, nelle donne i tassi di incidenza annui di TT variavano da <10/100.000 in Alto Adige a 40/100.000 a Nuoro. Picchi >60/100.000/anno sono stati osservati in diverse aree tra i 45 e i 64 anni di età, con valori <20/100.000 oltre i 75 anni in quasi tutti i registri. Nei maschi, i tassi di incidenza di TT variavano da 4/100.000 in Alto Adige a 14/100.000 a Modena, con picchi tra i 55 e i 74 anni di età. Oltre il 70% dei casi di TT diagnosticati in entrambi i sessi in Italia nell'ultimo decennio possono essere attribuiti ai cambiamenti diagnostici, con percentuali variabili tra aree, anche maggiori all'80% in quelle a più alta incidenza.

Conclusioni. L'enorme variabilità geografica documentata indirizza a misurare adeguatamente l'impatto dell'aumentata sorveglianza sull'incidenza dei TT. Questo approccio potrà indicare opportuni correttivi alla sovradignosi e sovratrattamento del TT in Italia, contribuendo a ridurre screening opportunistici di efficacia non dimostrata e a sviluppare linee guida su trattamenti meno aggressivi per alcuni tipi di TT (quelli ben differenziati).

dalmaso@cro.it

07 MODALITÀ DI FOLLOW UP NELLE PAZIENTI OPERATE DI CARCINOMA DELLA MAMMELLA RESIDENTI NELLA PROVINCIA DI LATINA

Susanna Busco¹, Isabella Sperduti², Marco Fiori³, Donatella Burchi³, Fabio Pannozzo¹, Leonarda Macchi¹, Simonetta Curatella¹

¹Registro tumori di popolazione -ASL Latina; ²Istituto Regina Elena -Roma; ³UOC Tecnologie informatiche e sistema informativo -ASL Latina

Obiettivo. Valutare le modalità di follow-up (FU) delle pazienti con tumore della mammella nei primi tre anni dalla diagnosi

Metodi. Estratte le pazienti con tumore mammario nel 2009-2010 viventi (FU a fine 2013) ed effettuato record linkage con ricoveri ospedalieri e prestazioni ambulatoriali nell'anno precedente la diagnosi e nei tre anni successivi. Sono state valutate: mammografia (Mx), visita (VO), ecografia addome (EA), scintigrafia ossea (SO), marcatori (MT), Rx Torace (RxT), PET effettuate nei tre anni successivi la diagnosi dalle non metastatiche con un periodo di FU>35 mesi, operate in ASL e fuori, stratificate per età, TNM, marcatori biomolecolari. È stato valutato modello di regressione logistica multivariata.

Risultati. Dei 761 casi di tumore della mammella, sono stati valutati 614 per esecuzione degli esami, 535 per stadio TNM, 418 per classi biomolecolari. Il 58.5% è stato operato fuori ASL. Oltre il 50% delle pazienti effettua EA e RxT nei tre anni considerati. La metà di esse effettua l'ecografia in tutti e tre anni, correlata allo stadio mentre per RxT solo il 37% ha ripetuto l'esame, senza alcuna correlazione. Oltre il 70% effettua SO nel primo anno correlata allo stadio. Solo il 15% (le più giovani e operate fuori ASL) la effettua in tutti e tre gli anni. Oltre l'80% delle pazienti effettua MT in tutti e tre gli anni. Il CEA risulta correlato allo stadio nel primo anno. Il 30% effettua PET il primo anno senza correlazione con lo stadio. Solo il 16% effettua PET in tutti e tre gli anni associata allo stadio e KI67. Il 20% delle donne non effettua Mx e VO. EA, Mx, VO vengono effettuate maggiormente dalle donne operate in ASL, verosimilmente in relazione a percorsi diagnostico assistenziali dedicati (PDTA).

Conclusioni. I dati del registro integrati con i flussi informativi possono essere di supporto alla valutazione dell'appropriatezza del FU rispetto alle linee guida e monitoraggio di eventuali modificazioni dei comportamenti clinici con l'introduzione dei PDTA aziendali.

buscosusanna@alice.it

06 L'INCIDENZA DEI TUMORI NEUROENDOCRINI IN ITALIA E LA LORO ASSOCIAZIONE CON SECONDI TUMORI. STUDIO POPULATION-BASED

Silvia Fanello¹, Lucia Mangone^{2,3}, Claudio Sacchetti^{2,3}, Massimo Vicentini^{2,3}, Carmine Pinto¹ e NET AIRTUM Working Group

¹Unità di Oncologia Medica, IRCCS-Arcispedale S. Maria Nuova, OEI Clinical Cancer Center, Reggio Emilia; ²Servizio Interaziendale di Epidemiologia, AUSL Reggio Emilia; ³IRCCS-Arcispedale S. Maria-Nuova, Reggio Emilia

Obiettivi. Valutare i trend temporali di incidenza dei tumori neuroendocrini (NETs) in Italia e descrivere la loro associazione con seconde neoplasie attraverso i dati dei Registri Tumori.

Metodi. Sono stati estratti dalla banca dati nazionale dell'Airtum i casi di tumore maligno infiltrante di tipo neuroendocrino (ICD-0-3-M 8150-8157, 8240-8246, 8249) di qualsiasi sede topografica incidente nel periodo 1976-2010.

Risultati. Sono stati identificati 9707 soggetti con diagnosi di NET, dei quali: 55% maschi, il 61% in età 50-74, il 17.5% <50 anni ed il 21.5% >75 anni. Si osserva un significativo aumento del tasso incidenza standardizzato dal 1976 (0.7*100000) al 2010 (5.3*100000), con differenze per area geografica; infatti al sud si registrano i tassi più bassi (Ragusa 0.81*100000) mentre al nord quelli più alti (Milano 5.8*100000). Il 32.8% del totale dei NETs è primitivo del polmone, l'8.8% dello stomaco, il 14.4% dell'intestino tenue, il 10.7% del colon, il 4.7% del retto, l'1.4% della mammella e il 20.3 di altri organi. Dei 9707 soggetti con NET, 1769 hanno più di un tumore. Sono stati identificati 2033 secondi tumori di cui altri 29 NETs e 2004 altri istotipi. Di questi, 1360 (68%) sono precedenti, mentre 644 (22%) successivi alla diagnosi di NET. I tumori successivi sono poi ulteriormente divisi in 78 casi sincroni, ovvero entro 2 mesi, (i più frequenti: 19% polmone, 14% colon e 8% prostata, rene e tiroide) e 566 metacroni, ovvero oltre i 2 mesi dalla diagnosi di NET (i più frequenti: 18% cute, 12.5% prostata, 8.5% colon e 8% polmone).

Conclusioni. L'incidenza dei NETs è aumentata circa 8 volte negli ultimi 30 anni, fenomeno verosimilmente dovuto in parte al miglioramento delle tecniche diagnostiche, a cambi di classificazione anatomico-patologica ed in parte a fattori di rischio ancora sconosciuti. L'associazione dei NETs con seconde neoplasie potrebbe suggerire maggior attenzione in termini di follow-up.

silvia.fanello@asmn.re.it

08 GESTIONE E PROGNOSI DEI PAZIENTI CON ADENOCARCINOMA PANCREATICO: DATI DEL REGISTRO AD ALTA RISOLUZIONE (HRCR) REGGIO

Tiziana Cassetti¹, Milena Sant², Pamela Minicozzi², Simone Bonfarnuzzo², Massimo Vicentini³, Lucia Mangone³, Paolo Giorgi Rossi³, Romano Sassatelli¹

¹SC Gastroenterologia ed endoscopia digestiva, Arcispedale Santa Maria Nuova, IRCCS, Reggio Emilia; ²SC Epidemiologia Analitica e Impatto Sanitario, Istituto Nazionale dei Tumori, Milano; ³Servizio Interaziendale di Epidemiologia, AUSL Reggio Emilia, Arcispedale Santa Maria Nuova, IRCCS, Reggio Emilia

Obiettivi. Valutare il management dei pazienti con adenocarcinoma pancreatico (PDAC) nella provincia di Reggio e il suo effetto sul rischio di morte.

Materiali e Metodi. Per i casi di PDAC diagnosticati nel 2008-10 e 2011-12, sono stati analizzati sesso, età, sottosede, morfologia (non specificata [NOS], adenocarcinoma [ADK]), trattamenti combinati (chirurgia resettiva [CR] e chirurgia palliativa [CP], associata o no a chemio/radioterapia [±CT/RT]; solo CT/RT; nessuna terapia), in base allo stadio (I, II, III, IV, non noto). È stata stimata la sopravvivenza relativa a tre anni (RS) e l'eccesso di rischio di morte (RERs) usando modelli multivariati (incluendo età, stadio, trattamento e periodo di diagnosi). Lo stato in vita è aggiornato al 31/12/2015.

Risultati. Il 53% dei 550 pazienti (50% maschi) presentava età >75 anni, il 59% stadio IV alla diagnosi. I tumori erano più frequentemente ADK e localizzati nella testa del pancreas (60%). La distribuzione percentuale di stadio (stadi I il 3%, stadi II il 23% e stadi III il 10%) e CR era cosante nei due periodi (14%), ma nel tempo aumentano le diagnosi nei giovani (25-64 anni; 48% vs 51%, p=0.06) e diminuiscono le CP (64% vs 36%, p=0.112). Il 50% dei casi non è stato sottoposto ad alcun trattamento. La RS era pari al 5% (range 20% [stadio I]-2% [stadio IV]), raggiungendo il 30% (range 80%-21%) nei pazienti trattati con CR. Non si osservano differenze in RS fra i pazienti trattati con CT/RT da sola o associate a CP, ma il rischio di morte diminuiva nel periodo in studio (RER=0.8, p=0.03).

Conclusioni. L'aumento dei pazienti di giovane età suggerisce un'anticipazione diagnostica nel tempo. Non si nota però alcun miglioramento dello stadio, forse a causa del miglioramento della capacità diagnostiche (stage shift), mentre si nota un aumento della sopravvivenza; se questo corrisponda anche a una riduzione della mortalità o solo all'anticipazione diagnostica deve essere ancora oggetto di ricerca.

tiziana.cassetti@asmn.re.it

09 ADERENZA AI PROTOCOLLI DI FOLLOW-UP NEI PAZIENTI CON DIAGNOSI DI TUMORE DEL COLON RETTO

Manuel Zorzi¹, Stefano Guzzinati¹, Sandro Tognazzo¹, Emanuela Bovo¹, Silvia Rizzato¹, Annarita Fiore¹, Antonella Dal Cin¹, Maddalena Baracco¹, Giulia Capodaglio¹, Massimo Rugge^{1,2}

¹Registro Tumori del Veneto, Padova; ²UOC di Anatomia Patologica, Azienda Ospedaliera di Padova

Obiettivi. Questo studio valuta l'aderenza al follow-up post-chirurgico dei pazienti con tumore invasivo del colon retto (C18-20).

Metodi. Sono stati considerati i casi di tumore del colon retto registrati in Veneto negli anni 2006-2009. È stata assunta come data di arruolamento quella di diagnosi/intervento chirurgico (se rilevato dalle SDO). Le informazioni sul follow-up (clinico e/o colonscopia) sono state ottenute dalle SDO e dagli archivi della specialistica ambulatoriale (disponibili fino a fine 2014). Lo stato in vita è stato verificato fino a fine 2014. L'aderenza al follow-up è stata valutata per anno di incidenza, sesso, età, cittadinanza, modalità di diagnosi (screening, non-screening).

Risultati. Sono stati considerati 4416 pazienti (follow-up mediano: 5 anni). La percentuale di aderenti al follow-up con esame clinico e/o colonscopia è stata: Il anno= 65.3%; VI anno= 51.8%; VIII anno= 38.7% (test per trend: $p < 0.0001$). L'aderenza al follow-up è risultata maggiore nei pazienti con diagnosi più recente (II anno: 62.7% vs. 64.3%; V anno: 54.7% vs. 60.3% rispettivamente per i casi incidenti nel 2006 e nel 2009). L'aderenza al follow-up era più elevata nei soggetti 50-59enni (II anno: 75.4% vs. 35.7% negli ultraottantenni; VIII anno: 52.6% vs. 7.5%), nei maschi (II anno: 66.8% vs. 63.2% nelle femmine; VIII anno: 40.5% vs. 36.4%). Tra i pazienti 50-69enni, l'aderenza al follow-up era maggiore tra i casi di screening (II anno: 81.4% vs. 72.6%; VIII anno: 49.1% vs. 46.7%). Infine, l'aderenza tra i nati fuori confine è risultata maggiore rispetto agli italiani al II anno (70.1% vs. 65.2%), ma inferiore al VIII anno (29.6% vs. 45.2%).

Conclusioni. L'aderenza ai protocolli di follow-up per tumore del colon retto decresce col passare degli anni dalla data di diagnosi/terapia. Le più alte percentuali di non-aderenza sono associate ai pazienti di età >80 anni. I risultati ottenuti costituiscono indicatori utili alla programmazione e valutazione dei percorsi assistenziali.

manuel.zorzi@regione.veneto.it

11 INCIDENZA DI NHL, LEUCEMIE LINFATICHE E TUMORI PLASMACELLULARI IN PUGLIA. CONFRONTO CON TASSI HAEMACARE E DI RT MODENA

Grazia Antonella Cannone, Francesco Cuccaro, Danila Bruno, Simona Carone, Maria Giovanna Burgio Lo Monaco, Anna Melcarne, Antonino Ardizzone, Enzo Coviello, Gruppo di lavoro Registro Tumori Puglia

Registro Tumori Puglia (RTP)-Istituto Tumori Giovanni Paolo II I.R.C.C.S. Bari

Obiettivi. Confrontare l'incidenza di linfomi non Hodgkin (NHL), leucemie linfatiche (LL) e tumori plasmacellulari (PT) per istotipo in Puglia con quella dello studio Haemacare e dello studio Luminari et al. per la provincia di Modena.

Metodi. Dal database del Registro Tumori Puglia sono stati selezionati i casi di NHL, LL e PT insorti nella popolazione residente. La Asl Brindisi ha contribuito con gli anni 2006-2008, le Asl BT (Barletta-Andria-Trani) e Taranto con il 2006-2010, la Asl Lecce con il 2004-2007. Sono stati stimati i tassi di incidenza standardizzati diretti (pop. mondiale) (TSD) ed età specifici suddivisi secondo i raggruppamenti dello studio Haemacare i cui tassi sono stati utilizzati come riferimento per il calcolo dei SIR per istotipo.

Risultati. Sono stati individuati 2723 casi su circa 9150000 anni-persona. La frequenza dei principali istotipi è: PT 730 casi (27%), SBLL/CLL 534 casi (20%), DLBCL 528 casi (19%), FL 246 (9%), LL/ALL 130 (5%), Mature T e NK 121 (4%), MZL (con SMZL) 103 (4%). I linfomi NOS e gli NHL NOS sono 175 (6.4%). SIR in eccesso significativo rispetto all'atteso sono: DLBCL: 136.7 (125.2-148.8), MZL 237.6 (194.0-288.2), PT 117.5 (109.1-126.4). Un SIR inferiore all'atteso riguarda l'istotipo MCL: 64.6 (43.6-92.2). Il TSD per i DLBCL è 3.4 (3.1-3.8), DLBCL+BL 3.7 (3.4-4.1), MZL 0.6 (0.5-0.8), PT 3.7 (3.4-4.0), MCL 0.2 (0.1-0.3).

Conclusioni. In Puglia si sono rilevati istotipi di NHL-LL (DLBCL, MZL) e PT in eccesso o in difetto (MCL) rispetto ai tassi dello studio Haemacare, in cui la percentuale di forme NOS è più alta; ciò determina una sovrastima dei SIR per gli istotipi specifici nel nostro studio. Risultati analoghi sono stati rilevati anche in provincia di MO. Nelle Asl BT e BR si concentrano i maggiori eccessi, relativi soprattutto a istotipi "antigene-dipendenti", per cui sarebbe interessante indagare la possibilità che tali eccessi siano associati a stati di infiammazione cronica causati dall'azione di agenti infettivi.

graziacannone83@gmail.com

10 RISULTATI DELLO STUDIO SULL'EREDO-FAMILIARITÀ DEI TUMORI DEL PANCREAS IN PROVINCIA DI RAGUSA

Caterina Martorana¹, Rosario Tumino^{1,2}, Maurizio Ponz de Leon³

¹Registro Tumori, Dipartimento di Prevenzione Medica, ASP di Ragusa; ²Anatomia Patologica, Distretto Ospedaliero 1, ASP di Ragusa; ³Dipartimento di Medicina Diagnostica, Clinica e Sanità Pubblica, Università di Modena e Reggio Emilia

Obiettivi. Quantificare la presenza ed il tipo di aggregazione familiare in pazienti con cancro al pancreas.

Materiali e metodi. Indagine su 142 di 384 casi di cancro pancreatico diagnosticati nel 2000-07. Attraverso i pazienti o i familiari è stata compilata la storia familiare di malattia, utilizzando come probandi i pazienti con cancro al pancreas. Storia familiare suddivisa in 4 categorie: casi sporadici; semplice aggregazione familiare (almeno un parente di 1°, 2° o 3° grado con cancro); verticalità aspecifica (presenza di cancro, uno di cui al pancreas in un genitore o in un figlio/a); verticalità sito-specifica (presenza di cancro pancreatico in un genitore e nel figlio/a). Sono stati paragonati i dati clinici tra probandi con cancro sporadico e quelli con familiarità. Analisi di sopravvivenza a 3 anni tramite Kaplan-Meier stratificando per categorie di familiarità. Il tipo di aggregazione familiare è stato correlato con conosciute sindromi ereditarie che potrebbero riguardare il cancro al pancreas.

Risultati. Dei 142 probandi 95 mostrano aggregazione. Nessuna differenza tra casi con familiarità e sporadici riguardo stadio, conferma istologica e tumori multipli. Sopravvivenza bassa tra tutti i probandi. Focalizzate 24 famiglie: 17 con aggregazione tumori mammella-ovaio implicando mutazioni genetiche, 3 interpretate come sindrome ereditaria-cancro pancreatico, 2 di atipici melanomi multipli familiari, 1 di Lynch, 1 di Li-Fraumeni.

Conclusioni. L'approccio seguito è di particolare rilievo quale accertamento preliminare in vista di un approfondimento genetico successivo.

martora.regtumragusa@tiscali.it

12 REGISTRI TUMORI, RETI ONCOEMATOLOGICHE TERRITORIALI E SINDROMI MIELODISPLASTICHE

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

Registro Tumori ATS di Bergamo

Obiettivi. Rilevare l'importanza di registrare le sindromi mielodisplastiche, evidenziando le difficoltà di registrazione anche in presenza di una rete oncoematologica sul territorio.

Metodi. Sono stati inclusi tutti i casi incidenti del registro tumori della ATS di Bergamo ed è stata analizzata la popolazione presente nei database delle oncoematologie del territorio. L'analisi è stata effettuata sui casi incidenti 2007-2009 e, preliminarmente, sui casi incidenti 2010-2012. Inoltre sono state analizzate anche le tre fonti informative obbligatorie di un registro: archivi SDO; archivi di anatomia patologica; archivi di mortalità.

Risultati. Nel triennio 2007-2009 sono stati registrati 81 casi di mielodisplasia e 24 di disordini linfoproliferativi cronici. Nel triennio 2010-2012 i dati preliminari indicano una registrazione di 119 casi di mielodisplasia e 60 di disordini linfoproliferativi cronici. La rete oncoematologica ha individuato, relativamente ai due trienni del registro, 39 mielodisplasie e 192 disordini mieloproliferativi nel periodo 2007-2009 e 83 mielodisplasie e 217 disordini mieloproliferativi nel periodo 2010-2012. In 285 soggetti non è presente la data di diagnosi. Tra i soggetti presenti nella rete oncoematologica, 36 sono registrati nel triennio 2007-2009 e 89 nel triennio 2010-2012. Infine tra il 2007 e il 2012 il registro Nominativo delle Cause di Morte ha registrato 194 decessi per queste patologie.

Conclusioni. Per un registro tumori è importante individuare i nuovi casi di sindromi mielodisplastiche e disordini linfoproliferativi cronici sul proprio territorio, sia pur apparendo sottostimati rispetto al dato reale. Una rete oncoematologica aiuta a questo scopo, anche se le informazioni presenti sono meno precise rispetto alle altre patologie oncoematologiche, soprattutto per l'assenza o l'imprecisione della data di diagnosi.

giuseppe.sampietro@ats-bg.it

13 I TUMORI EMOLINFOPOIEICI NEL PERSONALE MILITARE

Claudio De Angelis¹, Raffaele Vento¹, Anna Rocchetti¹, Roberto Biselli² e Nicola Sebastiani¹

¹IGESAN - Osservatorio Epidemiologico della Difesa, ROMA; ²Servizio Sanitario AM, ROMA

La partecipazione di militari italiani a missioni di peace-keeping/peace-enforcement in aree dove erano stati utilizzati proiettili all'uranio impoverito ha suscitato preoccupazioni sul possibile ruolo di quest'ultimo nell'insorgenza di patologia neoplastica. Ad accentuare tali preoccupazioni la Commissione "Mandelli" aveva riscontrato un maggior numero di casi osservati di Linfoma di Hodgkin nei reduci dalle missioni nei Balcani rispetto agli attesi. Da allora la Difesa segue con particolare attenzione l'epidemiologia dei tumori emolinfopoietici nel personale militare.

Materiali e metodi. L'Osservatorio Epidemiologico della Difesa (OED) ha raccolto le segnalazioni di tumori emolinfopoietici fatte dai medici militari ed ha attivamente ricercato i casi attraverso gli uffici di contenzioso, ed elaborato l'analisi statistica fino a tutto il 2013. I casi sono stati classificati con i codici ICD10. Sono stati analizzati: l'incidenza il SIR tra casi osservati e attesi e il RR relativo alla partecipazione o meno alle missioni.

Risultati. Sono stati segnalati complessivamente 882 casi di tumori emolinfopoietici dal 1996 al 2013. Di questi 274 erano Linfomi di Hodgkin (LH: C81), 329 linfomi non-Hodgkin (LNH: C82 - C85), 43 Mielomi Multipli (MM: C90) 236 Leucemie (L: C91 - 95). Rispetto alla popolazione generale italiana sono stati calcolati i relativi SIR (IC 95%) che mostrano per il LH un valore di 0.99 (0.88 - 1.21), per il LNH 0.64 (0.57 - 0.72), MM 0.48 (0.34 - 0.66), L 0.67 (0.59 - 0.76). Il RR tra la coorte dei militari che hanno partecipato alle missioni e quelli che non hanno partecipato è stato calcolato per fasce d'età (diversa composizione in età delle due popolazioni e diversa incidenza delle patologie con l'età) e mostra valori di non significatività. Queste ed altre analisi, oltre che consolidate evidenze di letteratura, dimostrano che la popolazione militare non è a maggiore rischio di insorgenza di tumori emolinfopoietici.

claudio.deangelis@aeronautica.difesa.it

15 ALLA RICERCA DELLA RARITÀ: ANALISI DEI SARCOMI DEI TESSUTI MOLLI DEL REGISTRO TUMORI PUGLIA E RELATIVI PDTA

Francesco Cuccaro¹, Michele Guida² Danila Bruno¹, Giovanna Burgio Lomonaco¹, Anna Maria Nannavecchia¹, Cinzia Tanzarella¹, Antonino Ardizzone¹, Anna Melcarne¹, Antonella Mincuzzi¹ e il Gruppo il Lavoro del Registro Tumori Puglia

¹Registro Tumori Puglia; ²Istituto Tumori IRCCS "Giovanni Paolo II" - Bari

Introduzione. L'eterogeneità dei tipi istologici dei Sarcomi dei Tessuti Molli (STM) unita alla rarità di tali patologie (RAREcare: incidenza <6/100.000) richiede strumenti specifici per la sorveglianza epidemiologica. L'obiettivo di questo lavoro è verificare il contributo di un Registro Tumori (RT) al corretto inquadramento clinico e epidemiologico dei STM e per identificare indicatori per lo studio del percorso diagnostico-terapeutico.

Metodi. Sono stati selezionati i casi di STM nella popolazione delle province pugliesi con RT accreditato: BT, TA, LE e BR. I casi incidenti sono stati agganciati alle relative Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), calcolandone la proporzione con diagnosi di tumore maligno (ICD9: 140-208) nei tre mesi successivi alla data di diagnosi. Sui casi STM da RT sono stati calcolati i tassi standardizzati diretti (rif. EU) e la sopravvivenza a 5 anni con il metodo di Pohar-Perme; infine, è stato esplorato, attraverso opportuni indicatori concordati con i clinici, il percorso diagnostico-terapeutico del paziente con STM, intra ed extra-regionale.

Risultati. I casi di STM esaminati sono 352. La proporzione di soggetti con STM con almeno una SDO è pari al 96%, ma si abbassa osservando le SDO con diagnosi maligna entro 3 mesi successivi alla diagnosi (82%). L'incidenza per 100.000 ab. BT (2006-10) 4,9; TA (2006-11) 4,3; LE (2003-08) 4,6; BR (2006-09) 3,9. La sopravvivenza a 5 anni è 58% (LE), 70% (BT), 56% (BR), 61% (TA) (AIRTUM pool 2005-07 64%). La diagnosi ed il trattamento vengono eseguiti nel 70% dei casi in regione, nel 18% fuori regione, nel 12% dei casi la prima biopsia è fatto in regione mentre il trattamento chirurgico fuori regione.

Conclusioni. I dati di incidenza sono in linea con l'atteso. Il RT si conferma come uno strumento fondamentale per la valutazione epidemiologica dei STM e per l'organizzazione dei servizi sanitari deputati alla diagnosi e alla cura, non sostituibile dalle SDO.

francesco_cuccaro@hotmail.com

14 IL MIGLIORAMENTO DELLA SOPRAVVIVENZA DEI TUMORI EMOLINFOPOIEICI È CORRELATO ALL'INTRODUZIONE DI NUOVI FARMACI?

Enza Di Felice^{1,2}, Francesca Ferrari^{1,2}, Claudia Cirilli³, Stefano Luminari⁴

¹Registro Tumori Reggiano, Servizio Interaziendale Epidemiologia, AUSL Reggio Emilia; ²Arcispedale Santa Maria Nuova-IRCCS, Reggio Emilia; ³Registro Tumori della provincia di Modena, Servizio Epidemiologia e Comunicazione del Rischio, AUSL Modena; ⁴Struttura Complessa Ematologia, Arcispedale Santa Maria Nuova-IRCCS, Reggio Emilia

Obiettivi. Dal report dei RT di Reggio Emilia e Modena pubblicato nel 2015, è emerso un trend positivo nella sopravvivenza relativa (SR) per alcune forme oncoematologiche non acute, probabilmente riferibile al miglioramento nell'efficacia dei trattamenti. Obiettivo dello studio è valutare la relazione tra sopravvivenza e introduzione di nuovi farmaci antitumorali.

Metodi. Sono stati valutati i determinanti della SR per le neoplasie ematologiche, in particolare per leucemia mieloide cronica (LMC), linfomi a cellule B, leucemia linfatica cronica (LLC) e mieloma multiplo (MM). Utilizzando un approccio ecologico, è stata analizzata l'associazione tra la SR a 5 anni (Ederer2) calcolata per anno di diagnosi (1996-2008) e la data di prima autorizzazione AIFA all'introduzione di farmaci per queste neoplasie ed è stata condotta l'analisi Joinpoint per identificare eventuali punti di variazione nel trend.

Risultati. Il Glivec, introdotto per la cura della LMC a fine 2001, ha avuto un effetto immediato sulla SR a 5 anni, raddoppiandone quasi i valori nei pazienti diagnosticati dal 2002 in poi (da 40.6% a 79.4%, APC=7.74*). Il Mabthera, autorizzato nel 1998, ha avuto un effetto positivo ma meno rapido, a causa di variazioni nelle indicazioni terapeutiche (APC di 3.96* per linfomi diffusi a grandi cellule B e 1.15* per altri linfomi B e LLC). Per il MM non si osserva un aumento significativo nella SR (APC=0.67), anche stratificando per età, probabilmente perché i nuovi farmaci sono stati introdotti in anni recenti (2004, 2007, 2008) e il trapianto di midollo si effettuava nei giovani già nei primi anni '90.

Conclusioni. Nonostante i limiti del disegno dello studio, i RT si confermano un utile strumento per monitorare a livello di popolazione il reale impatto dell'introduzione di nuovi farmaci e offrono una preziosa base dati su cui condurre analisi più approfondite.

difelice@ausl.re.it

16 CONTRIBUTO DEI REGISTRI TUMORI ALLA LETTERATURA SCIENTIFICA INTERNAZIONALE

Valerio Ramazzotti, Maria Cecilia Cercato

Servizio di Epidemiologia e Registro Tumori. Istituto Nazionale Tumori "Regina Elena" - IFO, Roma

Obiettivi. I dati prodotti dai registri tumori (rt), sono una fonte rilevante per la conduzione di attività di ricerca scientifica in campo biomedico. Una valutazione di questo specifico contributo può essere effettuata analizzando i database relativi alla letteratura scientifica internazionale.

Metodi. Mediante Pubmed è stata interrogata la banca dati del National Center for Biotechnology Information, utilizzando la stringa di ricerca "cancer registr* [tiab] OR tumor registr* [tiab] OR tumour registr* [tiab]". Per gli articoli dell'anno 2015, è stata approntata un'apposita griglia per la raccolta di specifici indicatori desumibili dal titolo e dall'abstract degli articoli.

Risultati. Sono stati estratti 16859 articoli al 15.12.16, relativi al periodo 1947-2016, con una numerosità crescente negli anni, superiore ai mille/anno dal 2012. Per il 2015 sono stati analizzati 1376 articoli. Le sedi neoplastiche più trattate in ordine di frequenza sono state: Tutte le sedi (323), Mammella femminile (231), Colonretto (139), Polmone (79), Prostata (79). Le macroaree geografiche più rappresentate sono state: America del nord (458), Europa centrale (214), Asia orientale (184), Europa settentrionale (146), Oceania (75), UK e Irlanda (71), Europa meridionale (54). Per l'Europa meridionale l'Italia ha contribuito per il 55% delle pubblicazioni. Circa la tipologia dei rt coinvolti, il 90% è costituita da rt di popolazione; il rimanente 10% è rappresentato da rt ospedalieri, infantili, di patologia ed altri. Circa la tipologia degli studi, quasi l'80% è rappresentato da studi di coorte prospettici e/o retrospettivi. Gli indicatori rilevati sono stati: incidenza (26%), sopravvivenza (19%), indicatori di rischio (19%), trattamenti (13%), metodi (10%), trends (6%), mortalità (5%), prevalenza (2%).

Conclusioni. L'impatto dei rt sulla letteratura appare rilevante. L'analisi specifica sull'ultimo anno disponibile suggerisce utili elementi per l'approfondimento.

ramazzotti@ifo.it

17 IMPATTO DEL PROGRAMMA DI SCREENING COLO-RETTEALE SULL'INCIDENZA: STUDIO DI COORTE IN REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Silvia Mancini¹, Massimo Vicentini^{2,3}, Paolo Giorgi Rossi^{2,3}, Lucia Mangone^{2,3}, Orietta Giuliani¹, Rosa Vattiatto¹, Maria Michiara⁴, Carlo Alberto Goldoni⁵, Stefano Ferretti⁶, Fabio Falcini¹ e Emilia-Romagna screening tumore coloretale Working Group

¹Registro Tumori Romagna (IRST) IRCCS, Meldola (FC); ²Registro Tumori Reggiano, Servizio Interaziendale di Epidemiologia, AUSL di Reggio Emilia; ³Arcispedale Santa Maria Nuova, IRCCS, Reggio Emilia; ⁴Registro Tumori di Parma, AOU Parma; ⁵Registro Tumori di Modena, Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL di Modena; ⁶Registro Tumori Area Vasta Emilia Centrale, Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL di Ferrara

Obiettivi. Grandi RCT hanno mostrato una riduzione della mortalità per cancro del colon retto (CCR) per chi si sottopone allo screening con test al guaiaco (gFOBT), ma nessuna riduzione dell'incidenza. Sebbene il test immunochimico (FIT) sia più specifico e più sensibile del guaiaco, soprattutto per le lesioni pre-cancerose, non vi sono prove sperimentali di una riduzione di incidenza per lo screening con FIT, né un trial con questo obiettivo potrà mai essere condotto. L'obiettivo dello studio è valutare l'impatto di un programma di screening con FIT su incidenza e mortalità.

Metodi. Il programma organizzato di screening del CCR è iniziato in Emilia-Romagna nel 2005. L'incidenza (1997-2012) è stata studiata attraverso i dati del Registro Tumori. I soggetti con CCR in età 50-74 anni sono stati classificati in base all'esposizione a screening. La popolazione è stata considerata esposta a screening indipendentemente dall'aver effettuato il test, ma solo sulla base dell'attivazione del programma, in un'ottica intention to screen. Gli incidence rate-ratio (IRR) sono stati calcolati con un modello multivariato di Poisson aggiustato per sesso ed età. Inoltre due coorti aperte, una di controllo mai screenata (50-69 anni nel 1997) e l'altra di screening (50-69 anni nel 2005), sono state seguite in media per 7.4 anni per calcolare l'incidenza cumulata e l'incidence-based mortality.

Risultati. Gli IRR aggiustati per sesso ed età, confrontati col pre-screening sono: 1.43 [95%IC, 1.38; 1.49], 0.92 [95%IC, 0.88; 0.95] e 0.75 [95%IC, 0.71; 0.80] rispettivamente per il primo round, round successivi e post screening. L'incidenza cumulata, l'incidence-based mortality per tutte le cause sono diminuite, rispettivamente, dell'1% [95%IC, -2%; 4%] e 28% [95%IC, 23%; 31%].

Conclusioni. Dopo circa 7.4 anni di screening l'iniziale aumento di incidenza è stato completamente compensato da una minore incidenza nei round successivi e nel post-screening. La mortalità è diminuita nella coorte di screening.

silvia.mancini@irst.emr.it

19 INQUINAMENTO ATMOSFERICO NEL MONFALCONESE DA DIVERSE SORGENTI E INCIDENZA DEI CARCINOMI POLMONARI E VESCICALI

Diego Serraino¹, Fabio Barbone², Ettore Bidoli¹, Paolo Collarile³, Simonetta Fuser³, Irene Gallai³, Francesco Montanari³, Fulvio Stel³, Loris Zanier⁴

¹SOC Epidemiologia e Biostatistica, Registro Tumori del Friuli Venezia Giulia, IRCCS CRO, Aviano (PN); ²Università degli Studi di Udine e Trieste; ³Agenzia Regionale per la Prevenzione Ambientale del Friuli Venezia Giulia, Palmanova (UD); ⁴Direzione Centrale Salute, Regione Friuli Venezia Giulia, Basaldella (UD)

Obiettivi. Valutare l'incidenza dei tumori del polmone e della vescica nei residenti del Monfalconese (GO) in relazione all'esposizione residenziale a 4 inquinanti atmosferici di diversa origine (centrale termoelettrica A2A, altre industrie, riscaldamento, traffico veicolare, porto, aeroporto).

Metodi. La residenza georiferita è stata usata come indicatore di esposizioni ambientali a benzene, PM10, biossido di zolfo (SO₂) biossido di azoto (NO₂). I residenti nel Monfalconese sono stati aggregati in 2372 micro-aree di 400x400 metri, identificate tramite modelli matematici di dispersione degli inquinanti (tarati sull'anno 1998) a cui sono state associate concentrazioni crescenti di esposizione ambientale. I casi di tumore sono stati identificati attraverso record linkage anonimo con il registro tumori per il periodo 1995-2009. Il rischio di tumori è stato stimato tramite i rapporti standardizzati di incidenza (SIR), gli incidence rate ratios (IRR) e gli intervalli di confidenza al 95% (IC 95%).

Risultati. Un eccesso statisticamente significativo di carcinoma della vescica (20 casi in 15 anni) è emerso solo nelle donne (SIR=125, IC 95%:105-145). In particolare, tale eccesso era evidente per le esposizioni più alte a benzene (IRR=1.44), NO₂ (IRR=1.53), SO₂ (IRR=1.39). Per il carcinoma polmonare, nessun eccesso di rischio è emerso tra gli uomini (RSI=99); nelle donne, un eccesso statisticamente significativo (IRR=1.6, IC 95% 1.1-2.5) associato alla residenza <1.000 metri dalla centrale A2A non è stato confermato dalle successive analisi.

Conclusioni. L'attribuzione della percentuale emissiva di ciascuna fonte, non ha fornito evidenze per attribuire un significativo effetto sull'aumentato rischio di tumori della vescica a specifiche fonti industriali. I modelli di dispersione indicano il traffico veicolare quale responsabile di buona parte degli inquinanti presenti in atmosfera. Ciò genera l'ipotesi che il traffico abbia un ruolo preminente tra i rischi ambientali.

serrainod@cro.it

18 I PAZIENTI LUNGO SOPRAVVIVENTI NEL MESOTELIOMA PLEURICO: LO STUDIO DI POPOLAZIONE LUME

Laura Botta, Annalisa Trama, Claudia Proto, Diego Signorelli, Marina Chiara Garassino, Riccardo Capocaccia, Gemma Gatta e LUME-Working group

Fondazione IRCCS, Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, Via Venezian 1, 20133 Milano

Introduzione. Il mesotelioma pleurico maligno (MPM) è un tumore raro dalla prognosi infausta. Nonostante queste caratteristiche il progetto RARECARENet ha osservato l'esistenza di pazienti lungo sopravvissuti (LS), ovvero che sopravvivono oltre i 3 anni dalla diagnosi. La presenza di questi tumori a differente prognosi ha ispirato il progetto LUME. Obiettivi Tra gli obiettivi del progetto vi è la descrizione dei percorsi diagnostico terapeutici del MPM in Italia e l'analisi dei fattori prognostici di questa patologia.

Metodi. Diciassette Registri Tumori e 11 Centri Operativi Regionali hanno retrospettivamente raccolto un campione di 2,475 MPM diagnosticati tra il 2003 e il 2008, con conferma cito-istologica. Il test ?2 è stato usato per confrontare le caratteristiche dei LS con quelle dei corto sopravvissuti mentre il modello di Cox ci ha permesso di attribuire un valore prognostico alle variabili in studio.

Risultati. I LS sono maggiormente giovani, donne e con morfologia epitelioidale rispetto ai corto sopravvissuti. Il 55% dei LS si presenta alla diagnosi con uno stadio localizzato mentre nei corto sopravvissuti sono il 44%. Inoltre il 27% dei LS ricevono un trattamento bi/trimodale rispetto all'11% dei corto sopravvissuti. Il 17% dei LS non riceve nessun trattamento principale e ciò suggerisce l'identificazione di un sottogruppo di casi indolenti. Il modello di Cox mostra che età, sesso, istotipo, stadio alla diagnosi e trattamento sono variabili prognostiche significative.

Conclusioni. Lo studio LUME di popolazione conferma il valore prognostico di alcune variabili note in letteratura grazie ai risultati di studi clinici e sottolinea l'esistenza di pazienti LS (11% in popolazione). Il dettaglio delle informazioni sul percorso diagnostico terapeutico, sullo stadio e sul percorso ospedaliero di ogni singolo paziente è il valore aggiunto di questo studio. Sono in corso ulteriori analisi riguardanti l'ospedale di diagnosi e trattamento e sugli esami immunocistochimici svolti.

laura.botta@istitutotumori.mi.it

20 DISUGUAGLIANZE SOCIO-ECONOMICHE E OUTCOMES ONCOLOGICI: PRIME ANALISI DALLO STUDIO ITALIANO EURO-CARE-5 ALTA RISOLUZIONE

Francesca Di Salvo¹, Pamela Minicozzi¹, Nicola Caranci², Fortunato Bianconi³, Teresa Spadea⁴, Hade Amash¹, Milena Sant¹ e Study Working Group

¹SC Epidemiologia Analitica e Impatto Sanitario, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano; ²Agenzia Sanitaria e Sociale, Regione Emilia-Romagna; ³Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università di Perugia; ⁴Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL Torino 3

Obiettivi. Valutare l'associazione fra condizione socioeconomica (SES), stadio alla diagnosi e adesione a linee guida cliniche per il trattamento del tumore della mammella (BC) nello studio italiano EURO-CARE-5 Alta Risoluzione.

Metodi. Sono stati analizzati 787 casi di BC in stadio localizzato, diagnosticati nel 2003-2005, nei RT di Napoli e Umbria. Per determinare il SES sono state rilevate le sezioni di censimento delle residenze dei casi alla diagnosi e ad ogni caso è stato attribuito un indice di deprivazione (DI) in 5 categorie: da "molto ricco" (MR) a "molto deprivato" (MD). È stata studiata la distribuzione dello stadio alla diagnosi in relazione al SES. Sono stati utilizzati modelli di regressione aggiustati per età, SES, caratteristiche patologiche e recettoriali del tumore, per stimare l'OR di venire sottoposte ad esame del linfonodo sentinella (BLS) vs dissezione ascellare nei casi con stadio, nei e l'OR di ricevere chirurgia conservativa associata a radioterapia (BCS+RT) vs mastectomia.

Risultati. La distribuzione di stadio alla diagnosi non ha mostrato differenze significative in relazione alle 5 classi del DI: i casi T1N0M0 rappresentavano il 45% nei MR e il 44% nei MD, i T1-2-3N+M0 il 34% sia fra i MR, che tra i MD. L'esecuzione del BLS variava da 29% nei MR a 20% nei MD (ORMD vs MR =0.7, p=0.21; aggiustato per età, stadio, sottotipo) con differenze più marcate in Umbria (38% vs 23%; OR=0.6, p=0.18). La BCS+RT variava da 67% dei MR a 57% nei MD (ORMD vs MR=0.66, p=0.32), più marcatamente a Napoli (71% vs 54%).

Conclusioni. Questa analisi preliminare suggerisce che l'adesione a linee guida cliniche possa variare anche in relazione al SES e conferma la fattibilità di uno studio a livello nazionale. L'attribuzione del ID, che consentirà di effettuare le analisi su una casistica più ampia dei RT, è al momento in corso.

francesca.disalvo@istitutotumori.mi.it

21 I TUMORI EMOLINFOPOIETICI: DA UNA CLASSIFICAZIONE "EPIDEMIOLOGICA" A DEI RAGGRUPPAMENTI CLINICI. PROPOSTA AI RT

Antonina Torrisi¹, Antonietta Torrisi¹, Marine Castaing¹, Ylenia Dinario¹, Francesca Roncaglia², Stefano Luminari³, Adriano Giacomini⁴, Melchiorre Fidelbo¹, Francesco Di Raimondo⁵, Salvatore Sciacca¹

¹Registro Tumori Integrato CT-ME-SR-EN, A.O.U. Policlinico-Vittorio Emanuele, Catania; ²Registro tumori reggiano; ³Registro tumori di Modena; ⁴Registro tumori del Piemonte, Provincia di Biella; ⁵Presidio Ospedaliero Ferrarotto, Catania

Obiettivi. La necessità di ottenere dati sempre più specifici per entità cliniche con diversi profili diagnostico-terapeutici, ha progressivamente modificato la suddivisione epidemiologica di base (leucemie, linfomi, mielomi) in una più dettagliata costituita, per esempio, da 10 gruppi quali LH, LNH, Mielomi, LLA, LLC, LMA, LMC, leucemia NAS, MMPC/SMD e Miscellanea, o in altre disponibili nelle monografie AIRTUM. Inoltre per i RT storici, modifiche nelle classificazioni (ICD03 nel 2000) hanno comportato delle sotto o sovra registrazioni di patologie quali SMD e MMPC/SMD.

Metodi. Una proposta di raggruppamenti utili dal punto di vista clinico/epidemiologico è composta da 12 gruppi: LMA, LMC, MMPC/SMD, SMD, LL/Linfoma linfoblastico acuto NAS-B-T-NK, LNH/LL B alto grado, LNH/LL B intermedio-basso grado, LNH/LL T-NK intermedio-alto grado, LNH/LL T-NK basso grado, LH, Mieloma-Immunoproliferative, Neoplasie istiocitarie e dendritiche. I casi NAS sono raggruppati a parte. I dati del RTI 2003-2013 sono stati elaborati.

Risultati. Nel RTI risultano stabili i tassi di quasi tutti i gruppi tranne quello NAS (15% del totale) e LNH/LL B intermedio-basso che sono in corso di revisione.

Conclusioni. Una classificazione più articolata evidenzia meglio le criticità registro-dipendenti (disponibilità fonti, collaborazione ematologo, etc.) o classificazione-dipendenti. La più alta accuratezza dei RT richiede sia un continuo aggiornamento di almeno 1 unità di personale, sia la disponibilità del flusso ematologico dell'area. Un eventuale gruppo di lavoro si propone di fornire ai RT aderenti lo stato dell'arte dei tumori ematologici (trend incidenza, mortalità, sopravvivenza, etc.) e di identificare "revisori" di casi difficili o NAS. Questa fase è pre-requisito all'elaborazione di trend nazionali, i cui cambiamenti saranno valutati prima e dopo queste integrazioni da parte dei RT interessati, al fine di avere dati più accurati, più fruibili e più individualizzati.

ninatorrisi@libero.it

23 POSSIBILE RUOLO DELLA LEGGE DI BENFORD NELLA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEI DATI DEI REGISTRI TUMORI

Emanuele Crocetti, Giorgia Randi, Tadek Dyba, Francesco Giusti, Carmen Martos, Roisin Rooney, Manola Bettio

European Commission, DG Joint Research Centre (JRC), Institute for Health and Consumer Protection, Public Health Policy Support Unit

Obiettivi. Il processo di verifica della qualità dei dati dei Registri tumori (RT) è complesso. Molte valutazioni sono basate sull'interpretazione d'indicatori riguardanti le diverse dimensioni in esame. L'obiettivo di questo studio è verificare se i tassi d'incidenza dei tumori seguano la legge di Benford, che stabilisce le caratteristiche della distribuzione della prima cifra (FSD) in molte serie numeriche. Ciò ne permetterebbe l'applicazione nel processo di valutazione di qualità dei dati.

Metodi. I dati d'incidenza dei 33 RT italiani, al massimo dettaglio disponibile, sono stati estratti dal sito del Cancer Incidence in 5 Continents-X. Sono stati calcolati i tassi grezzi d'incidenza per tutte le combinazioni sede-morfologia, età e sesso. La FSD dei tassi (totali, per sesso e per singolo registro) è stata confrontata con quella teorica di Benford utilizzando test parametrici e non.

Risultati. Sono stati analizzati complessivamente 97.724 tassi (48.402 per gli uomini e 49.322 per le donne), il loro numero varia da 2096 a 4072 per registro, secondo l'incidenza e il dettaglio disponibile. La FSD dei tassi presenta una media maggiore della mediana e una distribuzione asimmetrica positiva, tutte caratteristiche proprie dei numeri che seguono la legge di Benford. In generale, il coefficiente di correlazione di Pearson fra la FSD osservata e attesa è elevato (0.94) mentre le misure della distanza tendenzialmente piccole, ma nel caso di qualche RT si sono osservati valori contrastanti.

Conclusioni. In questa casistica italiana, i dati d'incidenza appaiono sostanzialmente conformi alla legge di Benford. Sebbene tutti i dati siano stati definiti dalla IARC di buona qualità, gli indicatori di aderenza alla legge pongono l'attenzione su alcuni RT. L'aderenza alla legge di Benford dei tassi d'incidenza potrebbe rappresentare uno strumento nuovo e soprattutto oggettivo da inserire nel processo di valutazione di qualità dei dati.

emanuele.crocetti@ec.europa.eu

22 REGISTRO TUMORI ED INTEGRAZIONE CON I SERVIZI SANITARI AZIENDALI. IL CASO DI TRENTO

Silvano Piffer, Lucia Bombarda, Roberto Rizzello, Maria Gentilini, Mariangela Pedron, Elena Clivati

Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa - Registro Tumori, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento

Obiettivi. Considerando l'interdipendenza tra rete AIRTUM e operatività dei singoli registri tumore, si è valutato lo stato di coinvolgimento nelle attività aziendali del Registro Tumori di Trento e le conoscenze, criteri di utilizzo e criticità percepite nei confronti dello stesso Registro da parte dei dirigenti medici di secondo livello dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari.

Materiali e Metodi. Il livello di coinvolgimento del Registro in attività aziendali è stato valutato sulla base dell'adesione a specifici obiettivi relativi all'elaborazione/monitoraggio di PDTA per specifiche sedi nel periodo 2010-2014. L'opinione/percezione dei dirigenti medici è stata raccolta tramite una griglia di valutazione, inviata con mail aziendale ad ogni soggetto.

Risultati. Nel periodo in studio il Registro è stato poco coinvolto in obiettivi di potenziale interesse, in particolare in un solo PDTA su 4. Riguardo all'analisi qualitativa, si sono ottenute risposte da 41 dirigenti su 86 (47,6%); l'esistenza del registro è nota all'83% dei soggetti; la collocazione all'88%; la data di avvio attività al 56%; il periodo temporale di aggiornamento dati al 32%; il sito aziendale con i dati del registro al 53%. Il 35% dei soggetti ha utilizzato dati del registro, il 22% ha chiesto analisi/estrazioni. Il 56% ritiene che i dati del registro servano per prendere decisioni o raggiungere obiettivi assistenziali. Due le principali criticità ravvisate: scarso coinvolgimento dei clinici (22%), ritardo nell'aggiornamento dei dati (19%). Il 27% indica necessario migliorare la visibilità/fruibilità dei dati rispetto all'ambito ospedaliero.

Conclusioni. Un riorientamento dell'attività dei Registri in senso clinico/valutativo è opportuno. Questo richiede uno staff competente ed un necessario sostegno da parte del management, anche in termini di dotazione minima di risorse, onde assicurare una maggiore interfaccia con i Dipartimenti ed un'effettiva ricaduta locale dell'attività del Registro.

silvano.piffer@aps.tn.it

24 MORTALITÀ PER TUMORE DEL FEGATO E DIABETE MELLITO DI TIPO 2 IN PUGLIA CON UN MODELLO SHARED COMPONENT

Enzo Coviello¹, Francesco Cuccaro¹, Annamaria Nannavecchia² e Gruppo Registro Tumori Puglia

¹Registro Tumori Asl BT (Barletta); ²Centro Coordinamento Registro Tumori Puglia - IRCCS Oncologico Bari

Obiettivi. Molte malattie condividono fattori di rischio (FR) e specifici modelli shared component (SC) consentono di adattare insieme la distribuzione geografica dei rischi di due o più malattie. L'infezione da HCV è un FR per epatocarcinoma e diabete mellito di tipo 2 (DM2). Abbiamo applicato un modello SC alla distribuzione geografica della mortalità per tumore primitivo del fegato (LC) e DM2 in Puglia per indagarne la correlazione e delineare meglio le aree della regione con rischio più alto.

Metodi. Si sono usati dati di mortalità ISTAT relativi alla Puglia 2008-2012 disaggregati per causa, sesso, fascia di età e comune di residenza. Per ciascun comune si sono calcolati i decessi osservati per LC (C220 e C229) e DM2 (E11 e E14) e attesi in base ai tassi di mortalità regionali. Sono stati adattati il modello proposto da Besag et al. (BYM) separatamente alla mortalità per LC e DM2 e il modello SC proposto da Knorr-Held et al.

Risultati. Dal 2008 al 2012 in Puglia si sono osservati 2948 morti per LC e 7984 per DM2. Nelle mappe BYM del LC e del DM2 i comuni della provincia BAT e del nord della provincia di Bari mostrano rischi relativi (RR) più alti. La mappa dei RR shared ottenuta col modello SC mostra i RR associati al FR condiviso tra le due malattie risultati più alti nell'area sopradescritta. Per il LC il 68% e per il DM2 il 47% della variazione totale dei RR tra comuni è catturato dalla variazione condivisa. Il FR in comune ha un'associazione due volte più forte con il LC rispetto al DM2.

Conclusioni. L'uso di un modello SC ha dimostrato la correlazione tra mortalità per LC e DM2 e l'importanza dell'infezione da HCV come FR di entrambe le malattie in Puglia. I modelli SC rappresentano un progresso nelle tecniche di disease mapping perchè delineano le aree a rischio con maggior precisione e evidenziano l'importanza di particolari FR a livello locale. I registri tumori possono avvantaggiarsi dell'uso di modelli SC applicandoli a dati di incidenza e di migliore qualità rispetto ai dati di mortalità.

enzo.coviello@alice.it

25 STIME DI INCIDENZA DEI TUMORI NELLE REGIONI ITALIANE

Carlotta Buzzoni¹, Emanuele Crocetti² e Airtum Working Group

¹SC Epidemiologia Clinica, Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica ISPO, Firenze; ²Registro Tumori della Romagna, Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori (IRST) IRCCS, Meldola, Forlì

Obiettivo. La rete Airtum è in continuo sviluppo ma vi sono ancora regioni non coperte o coperte solo parzialmente da registri tumori. D'altra parte la disponibilità di dati sia nazionali sia regionali è importante per la quantificazione del carico assistenziale. Airtum ha sviluppato una grande esperienza nella produzione di stime nazionali. L'obiettivo del presente lavoro è proporre un metodo per il rapido aggiornamento di stime incidenza regionali.

Materiali e metodi. Stima andamento: coefficiente di variazione - identificato con modelli joinpoint tra 1999 e 2012 - dei tassi d'incidenza età, sesso e sede specifici (Pool Airtum 2005-12) Stima tasso regionale: per le regioni coperte parzialmente media ponderata tra il tasso dell'area coperta e il tasso medio dell'area geografica di riferimento (Nord, Centro o Sud) (o il pool nazionale per Lazio e Campania) considerando come peso la percentuale di copertura della popolazione residente. Stima casi incidenti: applicazione dei tassi d'incidenza età, sesso, sede e regione specifici, per il relativo coefficiente di cambiamento percentuale, alla proiezione 2016 della popolazione regionale residente.

Risultati. Nel 2016 si stimano in Italia 367000 nuove diagnosi oncologiche (198000 uomini, 170000 donne), di queste 186200 nel settentrione (32200 Veneto, 800 Valle d'Aosta, 6200 Trentino Alto Adige, 30900 Piemonte, 61600 Lombardia, 12300 Liguria, 9500 Friuli Venezia Giulia, 32700 Emilia Romagna), 73400 nel centro (33500 Lazio, 24600 Toscana, 9600 Marche, 5700 Umbria) e 73400 nel meridione (28800 Campania, 25400 Sicilia, 21600 Puglia, 10200 Calabria, 9200 Sardegna, 7400 Abruzzo, 3100 Basilicata, 1800 Molise).

Discussione. La sempre maggiore estensione della copertura dei RT nelle regioni Italiane rende le nostre stime sempre più robuste e questo approccio sempre più affidabile. La sua semplicità permette la diffusione di stime aggiornate con cadenza annuale, garantendone la disponibilità per ogni nuova pubblicazione divulgativa di Airtum.

carlotta.buzzoni@gmail.com

27 VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEI DATI DEI REGISTRI TUMORI ITALIANI ED EUROPEI NEL PROGETTO ENCR-JRC

Francesco Giusti, Carmen Martos, Giorgia Randi, Emanuele Crocetti, Tadek Dyba, Lydia Voti, Roisin Rooney, Raquel Carvalho, Nicholas Nicholson, Manola Bettio

Commissione Europea, DG Joint Research Centre (JRC), Institute for Health and Consumer Protection, Public Health Policy Support Unit

Obiettivi. Il nuovo progetto dello European Network of Cancer Registries-Joint Research Centre (ENCR-JRC) "Incidenza e Mortalità in Europa" è stato lanciato nel 2015 tramite raccolta dati dai registri tumori (RT) europei su base di popolazione. L'obiettivo dello studio era una prima verifica della qualità dei dati dei RT che hanno aderito al progetto tramite il portale ENCR-JRC.

Metodi. Sono stati inclusi nell'analisi i dati dei 41 RT generali dei paesi europei di lingua latina (Italia, Belgio, Portogallo, Romania, Spagna e Svizzera) che avessero partecipato al progetto ENCR-JRC e risposto al questionario. Tra questi, 15 RT italiani hanno inviato i dati tramite AIRTUM. Il software JRC-ENCR è stato usato per il controllo della coerenza interna delle variabili. Sono stati inoltre utilizzati per la valutazione dei dati i seguenti indicatori di qualità: % di casi con conferma microscopica e % DCO.

Risultati. Su un totale di 4.049.604 casi, il 32% proveniva dall'Italia. La qualità dei dati era generalmente buona, benché diversificata tra i vari paesi. Gli indicatori variavano anche tra sedi tumorali. La proporzione di DCO nei casi italiani era in genere di poco minore rispetto a quella degli altri paesi: 4.4% in Italia vs 7.5% negli altri paesi nel tumore epatico, 2.3% vs 2.8% nel polmone, 1% vs 1.4% nel colon-retto. Anche la proporzione di casi con conferma microscopica era minore di quella degli altri paesi: 42.5% vs 54.6% nel tumore epatico, 73.9% vs 87.7% nel polmone, 92.6% vs 93.8% nel colon-retto.

Conclusioni. Si è osservata una buona qualità dei dati dei paesi europei di lingua latina ed è stato possibile un confronto tra i RT italiani e quelli di altri paesi. La partecipazione dei RT al progetto ENCR-JRC potrà consentire confronti approfonditi sulla qualità dei dati. L'utilizzo del software JRC-ENCR e la partecipazione a studi collaborativi favorirà il miglioramento della qualità dei dati e l'affidabilità e confrontabilità dei risultati degli studi internazionali.

francesco.giusti@ec.europa.eu

26 VALUTAZIONE DELLA CREDIBILITÀ DEI FLUSSI INFORMATIVI: UN APPROCCIO PER MIGLIORARE L'EFFICIENZA DEL REGISTRO TUMORI

Ivan Rashid¹, Antonia Mincuzzi², Enza Di Felice³, Sante Minerba², Massimo Vicentini³

¹Registro Tumori Puglia - U.O. Statistica ed Epidemiologia IRCCS Oncologico, Bari; ²Registro Tumori Puglia - Sezione ASL TA, U.O. Statistica ed Epidemiologia ASL Taranto, Taranto; ³Registro Tumori Reggiano - Servizio di Epidemiologia Interaziendale USL-ASMN/IRCCS Reggio Emilia

Obiettivi. L'utilizzo di SDO, esenzioni o altri flussi per stimare grossolanamente i tumori è possibile in aree non coperte da registro tumori (RT) o se i dati del RT sono poco recenti. Il nostro obiettivo è quello di effettuare un'analisi rigorosa delle combinazioni di tre flussi informativi tumoriali dei RT: SDO, mortalità (M) e anatomia patologica (AP) verificando quanto spesso prevedano casi incidenti.

Materiali e metodi. Abbiamo utilizzato i dati dei RT, SDO, M e AP di Taranto e Reggio Emilia negli anni 2006-11 (2001-11 per RE). Per ogni sede tumorale sono state verificate tutte le possibili combinazioni tra SDO, M e AP confrontandole con i casi incidenti da RT per prevederne l'attendibilità. È stato introdotto un fattore correttivo della sottostima dei flussi tramite i casi presenti nel RT non desumibili da nessun flusso. Il metodo CHAID è stato usato per l'analisi preliminare, i fattori sono stati: sede, registro, età, chirurgia e prevalenza.

Risultati. Dalle analisi esplorative l'età e il RT non sono influenti per determinare l'incidenza. La sede, la presenza di più fonti, la chirurgia, l'assenza di tumori e l'archivio di prevalenza sono invece predittivi. Per es. tra i tumori della mammella una combinazione SDO+AP è sufficiente per attribuire un tumore in incidenza nel 97% dei casi e oltre il 60% dei casi potrebbe essere considerato incidente solo sulla base dei flussi. Per il tumore del pancreas la combinazione SDO+M può essere usata nel 97% dei casi per attribuire il tumore in incidenza per pazienti senza altri tumori, ecc.

Conclusioni. Abbiamo effettuato un'analisi esaustiva di tutte le combinazioni di flussi e dei fattori che possono predire l'attribuzione di un tumore in incidenza. Questi risultati possono essere utili sia per alimentare algoritmi di risoluzione automatica, sia, unitamente ai fattori di correzione calcolati, per consentire al RT di fornire un'anticipazione dei dati di incidenza per scopi di programmazione sanitaria.

ivrashid@gmail.com

28 IL CONTRIBUTO DEI REGISTRI TUMORI ITALIANI ED EUROPEI ALLA COSTRUZIONE DI UNO STRUMENTO COMUNE PER LA QUALITÀ DEI DATI

Carmen Martos, Giorgia Randi, Francesco Giusti, Emanuele Crocetti, Lydia Voti, Tadek Dyba, Roisin Rooney, Raquel Carvalho, Nicholas Nicholson, Manola Bettio

European Commission, DG Joint Research Centre (JRC), Institute for Health and Consumer Protection, Public Health Policy Support Unit

Obiettivi. Il Joint Research Centre (JRC) sta sviluppando un nuovo software per la verifica della qualità dei dati dei registri tumori (RT). L'obiettivo di questo studio era la valutazione della completezza dei controlli rispetto ai dati reali, al fine di includere tutte le possibili combinazioni di variabili osservate.

Metodi. Si sono inclusi nell'analisi i dati dei RT generali (tutte le età e tutti i tumori) su base di popolazione dell'Italia e degli altri paesi europei di lingua latina (Belgio, Portogallo, Romania, Spagna e Svizzera) che avessero dato il loro consenso al progetto European Network of Cancer Registries (ENCR)-JRC e che avessero risposto al questionario. Il software JRC-ENCR è stato usato dalla segreteria ENCR per verificare la consistenza interna dei dati sottomesi dai RT.

Risultati. Un totale di 15 RT italiani e 26 RT da altri paesi europei sono stati inclusi nello studio; i casi analizzati erano 4.049.604 (1.291.168 da RT italiani). Per lo 0,6% dei casi italiani e lo 0,3% dei casi da altri RT si sono identificati nuovi controlli che non erano inclusi nel software. Prima dell'invio, tutti i casi dei RT italiani risultavano già verificati (61% negli altri paesi): i software utilizzati erano il IARCTool software e il CheckAIRTUM. In generale, si è osservata una bassa proporzione di messaggi di warning dovuta a dati mancanti nelle variabili obbligatorie (per es. nella base della diagnosi lo 0,6% nei casi italiani e lo 0,5% negli altri), mentre si è registrata una maggiore variabilità tra i RT per la proporzione di warning che segnalavano combinazioni topografia/morfologia poco probabili.

Conclusioni. Per migliorare la comparabilità dei dati tra i RT europei, è necessario l'uso di uno strumento comune per la verifica della qualità dei dati. La versione completa del software JRC-ENCR è ora in fase di test, ma sarà a breve disponibile per tutti i RT europei. Suggerimenti dai RT sono benvenuti e saranno considerati nelle versioni future del software.

carmen.martos@ec.europa.eu

POSTER SELEZIONATI

- 29** **SECONDI TUMORI IN PAZIENTI AFFETTI DA TUMORE CARCINOIDE POLMONARE: RISULTATI EPIDEMIOLOGICI DAL REGISTRO TUMORI**
Filippo Lococo et al.
- 30** **RELAZIONE TRA I TASSI D'INCIDENZA DELL'ADENOCARCINOMA ESOFAGEO E DEL CARCINOMA GASTRICO IN ITALIA**
Emanuele Crocetti et al.
- 31** **IL RUOLO PROGNOSTICO DEL SISTEMA DI CLASSIFICAZIONE GLEASON: ANALISI DI UNA CASISTICA DI POPOLAZIONE**
Adele Caldarella et al.
- 32** **SOPRAVVIVENZA A LUNGO TERMINE E DISEASE-FREE SURVIVAL DEI TUMORI DELLA MAMMELLA NELLA PROVINCIA DI PALERMO**
Rosalba Amodio et al.
- 33** **IL REGISTRO TUMORI COME STRUMENTO PER VALUTARE L'ACCURATEZZA DELLE CAUSE DI MORTE: IL CASO DELLA CERVICE UTERINA**
Pamela Mancuso et al.
- 34** **LO STADIO ALLA DIAGNOSI NEI TUMORI INFANTILI E DELL'ADOLESCENTE**
Gemma Gatta et al.
- 35** **PRESTAZIONI EFFETTUATE NEL FOLLOW UP DAI PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA DEL COLON-RETTO RESIDENTI IN PROVINCIA DI LATINA**
Francesca Calabretta et al.
- 36** **POTENZIALITÀ DELL'UTILIZZO DEI REGISTRI TUMORI PER LA VALUTAZIONE DI DIAGNOSI E CURA DEL CANCRO DELLA MAMMELLA IN ITALIA**
Luciana Neamtiu et al.
- 37** **ESPOSIZIONE PASSIVA A PESTICIDI E RISCHIO DI LEUCEMIA INFANTILE**
Carlotta Malagoli et al.
- 38** **IL TUMORE DEL COLON-RETTO NELLA PROVINCIA DI GENOVA: INCIDENZA E SOPRAVVIVENZA IN ASSENZA DI SCREENING DI POPOLAZIONE**
Rosa Angela Filiberti et al.
- 39** **IDENTIFICAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI DELL'ADENOCARCINOMA DEL PANCREAS (PDAC): DATI DI UN REGISTRO AD ALTA RISOLUZIONE**
Tiziana Cassetti et al.
- 40** **EFFETTO DELLO SCREENING MAMMOGRAFICO SUL RISCHIO DI PROFILI PROGNOSTICI MOLECOLARI SFAVOREVOLI NEL CANCRO DELLA MAMMELLA**
Alessandra Ravaoli et al.
- 41** **AUMENTO DI STADI PRECOCI E CHIRURGIA CONSERVATIVA DI TUMORI DELLA MAMMELLA IN PROVINCIA DI RAGUSA IN EPOCA PRESCREENING**
Eugenia Spata et al.
- 42** **COMPLETEZZA ED ACCURATEZZA NELLA REGISTRAZIONE DEI TUMORI EMOLINFOPOIETICI IN ITALIA**
Francesca Roncaglia et al.
- 43** **CARATTERISTICHE CLINICO-PATOLOGICHE DEL CARCINOMA DELLA MAMMELLA MASCHILE (2003-2013) NELLE PROVINCE DI CT-ME-SR-EN**
Antonietta Torrisi et al.
- 44** **I DATI DEI REGISTRI TUMORI ANIMALI (RTA) SONO UTILI? E A CHI? L'ESPERIENZA DEL RTA IN UMBRIA**
Eleonora Scoccia et al.
- 45** **RISCHIO DI LEUCEMIA INFANTILE IN RELAZIONE AL MESE DI NASCITA: STUDIO CASO-CONTROLLO BASATO SUI DATI DEL REGISTRO AIEOP**
Marcella Malavolti et al.
- 46** **REGISTRO TUMORI ED REGISTRO EVENTI ACUTI CARDIO E CEREBROVASCOLARI DI LATINA NEL PROGETTO EUROPEO BRIDGE-HEALTH**
Fabio Pannoizzo et al.
- 47** **COLLABORAZIONE FRA REGISTRI TUMORI E SERVIZI CLINICI A SERVIZIO DEI PAZIENTI: UN PROGETTO EUROPEO SUL CANCRO PANCREATICO**
Carmen Martos et al.
- 48** **USO DEI DATI DEI REGISTRI TUMORI AI FINI PREVENTIVI, ASSICURATIVI E PREVIDENZIALI**
Carlo Sciacchitano et al.
- 49** **LA PARTECIPAZIONE DEI REGISTRI TUMORI ITALIANI ED EUROPEI NEL PROGETTO ENCR-JRC**
Giorgia Randi et al.
- 50** **TREND DI INCIDENZA DEI TUMORI SQUAMOSI MICROINVASIVI DELLA CERVICE UTERINA VS. ALTRI ISTOTIPI - FIRENZE E PRATO 1999-2008**
Carmen Beatriz Visioli et al.
- 51** **L'ECESSO DI MORTALITÀ PER TUMORI NON-DEFINITORI DI AIDS NELLA POPOLAZIONE ITALIANA CON AIDS**
Saverio Virdone et al.
- 52** **IL REGISTRO RENATUNS IN EMILIA-ROMAGNA E LA VALUTAZIONE DELL'ESPOSIZIONE A CANCEROGENI OCCUPAZIONALI**
Giacomo Pacassoni et al.
- 53** **NEUROFIBROMATOSI, TUMORI RARI E MALATTIE RARE: PRIMA VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA NELL'ASL NAPOLI 1 CENTRO**
Vincenzo Giordano et al.
- 54** **IL TUMORE DI WILMS, TUMORE RARO TRA LE MALATTIE RARE: ASPETTI EPIDEMIOLOGICI NELL'ASL NAPOLI 1 CENTRO**
Vincenzo Giordano et al.
- 55** **I TUMORI RARI NELL'AMBITO DELLE MALATTIE RARE: ANALISI EPIDEMIOLOGICA NELL'ASL NAPOLI 1 CENTRO.**
Vincenzo Giordano et al.
- 56** **DIABETE E MORTALITÀ NEL PAZIENTE ONCOLOGICO: DATI DEL REGISTRO TUMORI INTEGRATO DI CATANIA-MESSINA-SIRACUSA-ENNA**
Giuseppe Grosso et al.
- 57** **CARATTERISTICHE DELLA MORTALITÀ PER TUMORE POLMONARE MASCHILE IN REGIONE PUGLIA DAL 1982 AL 2013**
Ivan Rashid et al.
- 58** **MESOTELIOMA MALIGNO: DIECI ANNI DI ATTIVITÀ DEL CENTRO OPERATIVO REGIONALE (COR) UMBRIA**
Maria Saba Petrucci et al.

- 59 VALUTAZIONE DELLA MORTALITÀ ONCOLOGICA DELLA ASL NA2 NORD: CONFRONTO TRA COMUNI.**
Anna Crispo et al.
- 60 CORSO FAD PER OPERATORI DEI REGISTRI TUMORI: STATO DELL'ARTE E CRITICITÀ**
Maria Giovanna Burgio Lo Monaco et al.
- 61 ADERENZA AI PROTOCOLLI DI FOLLOW-UP DOPO TRATTAMENTO CHIRURGICO DI CARCINOMA MAMMARIO**
Stefano Guzzinati et al.
- 62 VALIDITÀ DELLE DIAGNOSI DEI TUMORI DELLA MAMMELLA, DEL POLMONE E DEL COLON-RETTO: PROTOCOLLO DI UNA REVISIONE SISTEMATICA**
Alessandro Montedori et al.
- 63 IL TUMORE DELLA MAMMELLA IN PROVINCIA DI FOGGIA. DALL'ANALISI DEI DATI ALLA PROGRAMMAZIONE E VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ**
Fernando Palma et al.
- 64 SPERIMENTAZIONE DI UN FLUSSO INFORMATIVO PER LA RACCOLTA DI DATI INERENTI L'ANATOMIA PATOLOGICA NELLA REGIONE SICILIA**
Francesco Tisano et al.
- 65 LA DIGITALIZZAZIONE DEL REGISTRO MESOTELIOMI EMILIA-ROMAGNA: RILEVAZIONE PRECOCE DI INCIDENZA ED ESPOSIZIONE AD AMIANTO**
Antonio Romanelli et al.
- 66 PROPOSTA DI MODELLO DI UN RT A SUPPORTO DI SCREENING E MORTALITÀ: ESPERIENZA DI BARI E CRITICITÀ RISCONTRATE.**
Deborah Fracchiolla et al.
- 67 COORDINAMENTO REGIONALE REGISTRI TUMORI DELLA REGIONE CALABRIA: STATO DELL'ARTE**
Anna Giorno et al.
- 68 USO DEL REGISTRO DIABETE PER MONITORARE LA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE DI TIPO 2 NELLA PROVINCIA DI REGGIO EMILIA**
Paola Ballotari et al.
- 69 STATO DI AVANZAMENTO DELL'ATTIVITÀ DEL REGISTRO TUMORI DELL'ASL BARI**
Giacomo Gravina et al.
- 70 VALIDAZIONE DEI CODICI ICD-9-CM PER I TUMORI DELLA MAMMELLA, POLMONE E COLON-RETTO: PROTOCOLLO DI ACCURATEZZA DIAGNOSTICA**
Iosief Abraha et al.

29 SECONDI TUMORI IN PAZIENTI AFFETTI DA TUMORE CARCINOIDE POLMONARE: RISULTATI EPIDEMIOLOGICI DAL REGISTRO TUMORI

Filippo Lococo, Carla Galeone, Claudio Sacchetti, Massimiliano Paci, Cristian Rapicetta, Tommaso Ricchetti, Giorgio Sgarbi, Lucia Mangone e [AIRTUM Working Group](#)

Struttura Complessa di Chirurgia Toracica, IRCCS-Arcispedale Santa Maria Nuova, Reggio Emilia Struttura Operativa Registro Tumori Reggio Emilia-Epidemiologia, AUSL Reggio Emilia, Italy

Obiettivi. I tumori neuroendocrini (TNE) sono frequentemente associati allo sviluppo di seconde neoplasie, ma scarsa è la letteratura sui tumori carcinoidi bronchiali (CB). Questo studio epidemiologico ha lo scopo di valutare il rischio di sviluppare secondi tumori (ST) in pazienti affetti da tumori carcinoidi polmonari. **Metodi.** I dati relativi ai TNE utilizzati per questa analisi sono stati estrapolati da 38 dei 39 Registri Tumori presenti in Banca dati AIRTUM per gli anni 1975-2011. Tra i 32325 TNE polmonari abbiamo focalizzato il nostro studio su 3205 pazienti (9.9%) affetti da CB e ne abbiamo calcolato il numero assoluto e l'incidenza di sviluppo di ST. Abbiamo calcolato il tasso standardizzato di incidenza (SIR) rapportando il numero di ST attesi rispetto a quelli osservati.

Risultati. Il rapporto M/F era di 3:1 mentre l'età media alla diagnosi era di 61.7 anni (intervallo 7-94). Abbiamo osservato in totale 640 ST con un tasso di incidenza di circa 20%. Nello specifico, 419 tumori metacroni, 23 sincroni e 198 sviluppati prima della diagnosi di CB. Tra tutti i ST, le sedi più frequentemente associate a CB erano vescica (12.2%), mammella (11.1%) e prostata (10.2%). I tumori della tiroide osservati nelle femmine, erano significativamente più alti degli attesi (SIR= 3.88) con una frequenza notevolmente maggiore in quelli di tipo sincro (SIR =61.39). Nei maschi, invece, maggiore era la frequenza di tumori alle vie urinarie con un più alto numero di metacroni a livello renale (SIR=3.34), mentre per tra i sincroni risultavano maggiori i tumori della vescica (SIR=3.34).

Conclusioni. I nostri dati mostrano un alto rischio di secondi tumori in pazienti affetti da CB. In particolare, nelle femmine si evidenzia un'augmentata frequenza di tumori alla tiroide mentre nei maschi di tumori renali. I dati ottenuti, se confermati con studi mirati su ampia scala, potrebbero suggerire una sorveglianza clinica e radiologica mirata nei pazienti con diagnosi di CB.

filippo.lococo@asmn.re.it

30 RELAZIONE TRA I TASSI D'INCIDENZA DELL'ADENOCARCINOMA ESOFAGEO E DEL CARCINOMA GASTRICO IN ITALIA

Emanuele Crocetti, Orietta Giuliani, Silvia Mancini, Alessandra Ravaoli, Lauro Bucchi, Fabio Falcini

Registro Tumori della Romagna, Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori (IRST) IRCCS, Meldola, Forlì

Obiettivo. L'incidenza del tumore dello stomaco è in riduzione in Europa mentre quella dell'adenocarcinoma esofageo (EAC) sta crescendo. È stato ipotizzato che questi trend contrastanti possano essere collegati alla stessa causa: la riduzione della prevalenza dell'infezione da *H. pylori*. Lo scopo di questo studio è stato valutare la relazione fra l'incidenza dei due tumori in Italia.

Metodi. I tassi d'incidenza del tumore dello stomaco (non cardiaco, NC-GC, e totale, GC) e dell'EAC sono stati estratti dalla decima edizione del Cancro nei 5 Continenti. Si sono utilizzati i dati disponibili di tutti i registri tumori italiani. È stato calcolato il coefficiente di correlazione di Pearson fra EAC e NC-GC e GC, sia grezzo sia pesato su due sistemi di pesi: la frequenza dell'EAC e la popolazione aggiustata per indice di vecchiaia. La correlazione è stata valutata per il complesso dei dati e per sesso.

Risultati. Si sono utilizzati dati di 33 registri tumori di popolazione. La frequenza dell'EAC varia tra registri da 0 a 108 casi, e la popolazione aggiustata per indice di vecchiaia da 90.586 a 2.114.983. Tra i tassi d'incidenza dell'EAC e del GC, così come tra quelli dell'EAC e del NC-GC abbiamo identificato una correlazione non statisticamente significativa, sia tra gli uomini (0.07 e 0.06) che tra le donne (0.15 e 0.17). L'aggiustamento con i due diversi sistemi di pesi cambia la direzione della correlazione fra sessi: uomini (-0.21 e -0.21 usando la frequenza del EAC e -0.09 e -0.08 usando l'indice di vecchiaia) e donne (0.45 e 0.45 e 0.25 e 0.26).

Conclusioni. L'analisi della correlazione fra tassi d'incidenza dell'EAC e NC-GC non mostrano, in Italia, la correlazione negativa documentata a livello internazionale. Inoltre l'aggiustamento con due diversi sistemi di pesi mostra correlazioni diverse fra uomini e donne. Questo risultato non va nella direzione della prospettiva etiopatogenesi comune legata alla riduzione della prevalenza dell'*H. pylori*.

emanuelecrocetti@yahoo.com

31 IL RUOLO PROGNOSTICO DEL SISTEMA DI CLASSIFICAZIONE GLEASON: ANALISI DI UNA CASISTICA DI POPOLAZIONE

Adele Caldarella, Alessandro Barchielli, Carlotta Buzzoni, Antonella Corbinelli, Pietro Paolo Di Dia, Teresa Intriery, Gianfranco Manneschi, Libuse Nemcova, Carmen Visioli, Marco Zappa

Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Firenze

Introduzione. Il sistema di classificazione Gleason, sviluppato nel 1960 per valutare la differenziazione tumorale nel carcinoma prostatico, è un importante fattore prognostico. Recentemente è stata ipotizzata la necessità di una modulazione a fini prognostici delle categorie individuate. Obiettivi Valutare il ruolo prognostico del sistema di Gleason in uno studio di popolazione.

Metodi. Sono stati estratti dal Registro Tumori Toscano i pazienti con carcinoma invasivo prostatico incidente nel periodo 2004-2005 sottoposti a prostatectomia. Nei referti istopatologici provenienti da prostatectomia sono stati rilevati lo stadio patologico e lo score di Gleason (GS). La sopravvivenza è stata valutata con il metodo di Kaplan Meier e l'analisi multivariata di Cox.

Risultati. Per 577 pazienti sottoposti a prostatectomia, fra i 1506 con carcinoma prostatico incidenti nel periodo, erano disponibili nell'archivio del Registro Tumori Toscano le informazioni relative alla differenziazione tumorale. Il GS risultava 6 in 212 casi, 7 in 220, 8 in 60, 9+ in 85; fra i tumori con GS 7 il pattern 4+3 era individuato in 83 casi. La sopravvivenza causa specifica a 5 anni era pari a 97.7% per i pazienti con GS 6, 96.5% per quelli con GS 7, 84.6% per i pazienti con GS 8, 72.8% per quelli con GS 9+, confermando il ruolo prognostico del sistema di Gleason, anche a parità di stadio patologico ed età (p=0.000). Nei pazienti con GS 7 e pattern 4+3 la sopravvivenza era minore rispetto a quelli con pattern 3+4 (94.7% vs 97.6%, HR 3.46, CI 0.93-12.91), che a loro volta mostravano prognosi simile ai pazienti con GS 6 (97.7%, HR 1.12, CI 0.25-5.04).

Conclusioni. L'analisi suggerisce, pur in presenza di un campione limitato, la presenza di una eterogeneità biologica nell'ambito del tumore prostatico con GS 7, indicando, in accordo con la letteratura più recente, la necessità di rimodulare il sistema di classificazione Gleason per un migliore inquadramento prognostico dei pazienti con questo tipo di tumore.

a.caldarella@ispo.toscana.it

32 SOPRAVVIVENZA A LUNGO TERMINE E DISEASE-FREE SURVIVAL DEI TUMORI DELLA MAMMELLA NELLA PROVINCIA DI PALERMO

Rosalba Amodio¹, Maria Angela Brucculeri¹, Maria Antonietta Cascio¹, Rosanna Cusimano^{1,2}, Rita Mannino¹, Barbara Ravazzolo¹, Adele Traina¹, Maurizio Zarcone¹ e Francesco Vitale¹

¹UOC Epidemiologia Clinica con Registro Tumori di Palermo e Provincia. AUOP "Paolo Giaccone" di Palermo;

²UOC Sanità Pubblica Epidemiologia e Medicina Preventiva ASP Palermo

Obiettivi. Valutare la sopravvivenza a lungo termine e la disease-free survival dei tumori della mammella nella provincia di Palermo e se la residenza nei comuni della provincia costituisce elemento di svantaggio rispetto al capoluogo.

Materiali e metodi. Dal database del Registro Tumori di Palermo e Provincia sono stati estratti 568 casi incidenti nell'anno 1999 con un follow-up non nullo e aggiornato al 01/01/2016. Tutti i test statistici utilizzati sono a 2 code ed è stato considerato significativo un p-valore < 5%. Per l'analisi della sopravvivenza osservata (SO) e l'intervallo libero da malattia (Disease-Free Survival, DFS) è stato usato lo stimatore di Kaplan-Meier. Il modello multiplo a rischi proporzionali di Cox è stato usato per analizzare le differenze tra il capoluogo (Palermo) ed il resto della provincia e tra gli stadi alla diagnosi, stratificando l'analisi per classi d'età. Tutte le analisi sono state condotte utilizzando l'IDE RStudio per il software R.

Risultati. La sopravvivenza osservata a 15 anni dello stadio I (T1N0M0) è stata del 69,8%, mentre di 46,4% per gli stadi avanzati (II-III) e di 2,9% per gli M1 (stadio IV). L'analisi della DFS a 15 anni riporta una probabilità di 73,9% e 58,1% per gli stadi I e II-III, mentre nessuno dei pazienti dello stadio IV ha superato i 2 anni di follow-up con una DFS a un anno di 46,9%. Il modello a rischi proporzionali di Cox per la DFS, aggiustato per le classi d'età ICSS1, mostra i seguenti HR significativi 1.89 e 250.7 rispettivamente per lo stadio II-III e IV rispetto lo stadio I; inoltre, non risultano differenze significative tra residenti in città e in provincia (p-value=0.996).

Conclusioni. I dati sulla SO e la DFS a 15 anni sono in linea con quanto noto. L'assenza di differenziali con la provincia conferma una assistenza efficiente.

registrotumoripalermo@unipa.it

33 IL REGISTRO TUMORI COME STRUMENTO PER VALUTARE L'ACCURATEZZA DELLE CAUSE DI MORTE: IL CASO DELLA CERVICIA UTERINA

Pamela Mancuso^{1,2}, Claudio Sacchetti^{1,2}, Massimo Vicentini^{1,2}, Stefania Caroli^{1,2}, Paolo Giorgi Rossi^{1,2}

¹Servizio Interaziendale di Epidemiologia, AUSL, Reggio Emilia; ²Arcispedale Santa Maria Nuova, IRCCS, Reggio Emilia

Obiettivi. La codifica delle cause di morte per questa sede è migliorata negli anni, ma è ancora inaccurata, rendendo difficile una valutazione corretta dei trend temporali. Valutare l'accuratezza delle cause di morte e stimare il trend di mortalità per cancro della cervicite attraverso l'Incidence-Based Mortality (IBM) utilizzando i dati del Registro Tumori (RT).

Metodi. Dal registro mortalità (RM) si sono estratti, dal 1997 al 2013, i decessi per cervicite, utero corpo e utero NAS relativi ai residenti a Reggio Emilia e confrontati con il RT per verificare la sede topografica di incidenza. Utilizzando il RT è stata poi costruita una coorte di casi di tumore della cervicite incidenti dal 1997 al 2009 ciascuno con follow-up di 5 anni. Sono stati calcolati l'IBM, causa-specifica (escluso ovaio) e per tutte le cause, e l'Annual Percentage Change (APC).

Risultati. Dei 369 decessi per utero, 269 sono presenti nel RT: 32 per cervicite, 76 per utero corpo, 161 per utero NAS. 28 dei 32 deceduti per cervicite sono incidenti per cervicite, 63 dei 76 deceduti per utero avevano un tumore del corpo utero. Dei 161 deceduti per utero NAS, 80 avevano un tumore del corpo utero, 45 della cervicite, 28 dell'utero NAS, 5 della vagina e 3 di altri organi genitali non specificati. Applicando questa proporzione di misclassificazione si può stimare che il corretto numero di decessi per cervicite è 2,4 volte il numero dei casi certificati nel RM. L'IBM standardizzata per tutte le cause diminuisce significativamente negli anni APC = -9,5 [95% CI: -17,1; -1,1], mentre l'IBM causa-specifica, diminuisce in modo meno marcato e non significativo APC = -5,1 [95% CI: -16,1; 7,3].

Conclusioni. In assenza di un RT, i dati di mortalità non possono essere considerati una stima, anche parziale, del carico di malattia né del suo andamento. La mortalità per cancro della cervicite è sottostimata; per ogni decesso registrato come cancro della cervicite ci sono altri 1,4 certificati con cause errate o meno specifiche.

pamela.mancuso@ausl.re.it

34 LO STADIO ALLA DIAGNOSI NEI TUMORI INFANTILI E DELL'ADOLESCENTE

Gemma Gatta, Giovanna Tagliabue, Sabrina Fabiano, Paolo Contiero, Laura Botta, Annalisa Trama e Open Registry Working Group

Dipartimento di Epidemiologia Preventiva e Predittiva, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano

Obiettivi. Lo stadio alla diagnosi è una informazione essenziale per confrontare l'incidenza e l'outcome del cancro nel tempo e tra popolazioni. Lo stadio rimane un'informazione poco presente nella maggior parte dei registri. Un gruppo internazionale di epidemiologi e oncologi pediatri ha raggiunto un consenso e ha pubblicato le linee guida per la raccolta di questa variabile da parte dei registri di popolazione. Questo studio si propone di studiare la disponibilità a oggi delle informazioni previste dalle linee guida e di proporre la loro sperimentazione.

Metodi. Il consenso tra gli esperti è stato raggiunto attraverso il metodo Delphi e un incontro a ottobre del 2014. Il documento finale è stato pubblicato su *Lancet Oncology*, 2016. Abbiamo cominciato a sperimentare attraverso una revisione retrospettiva di quanto già presente nei database dei registri dell'Open Registry.

Risultati. Considerando solo i tumori solidi, al momento, il 14,6% dei pazienti ha uno stadio descritto con il TNM, mentre ben l'85,5% ha l'informazione sull'EoD. Molti dei tumori solidi del bambino hanno un esame istologico la cui descrizione è disponibile al registro, in forma informatizzata e questo potrebbe facilitare la costruzione dello stadio. Verranno presentati i risultati di uno studio pilota a partire dalle informazioni già disponibili al registro.

Conclusioni. La presenza di informazioni relative allo stadio per i tumori infantili, è complessivamente scarsa, più presente in alcuni, meno in altri registri, conseguentemente una comparazione tra diverse aree è difficile. Linee guida internazionali per la registrazione dello stadio nei tumori infantili è ora disponibile. Si propone di rilevare lo stadio alla diagnosi prospetticamente e di costituire un gruppo di lavoro per l'applicazione sperimentale di una proposta che ha anche lo scopo di standardizzare l'informazione sullo stadio a livello internazionale.

gemma.gatta@istitutotumori.mi.it

35 PRESTAZIONI EFFETTUATE NEL FOLLOW UP DAI PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA DEL COLON-RETTO RESIDENTI IN PROVINCIA DI LATINA

Francesca Calabretta¹, Susanna Busco¹, Isabella Sperduti², Marco Fiori³, Donatella Burchi³, Antonio Carraturo¹, Miriana Rossi¹, Edvige Bernazza¹, Fabio Pannozzo¹

¹Registro Tumori di Popolazione-ASL Latina; ²Istituto Regina Elena-Roma; ³UOC Tecnologie Informatiche e Sistema Informativo-ASL Latina

Obiettivi. Utilità del Registro Tumori di Latina nella programmazione del percorso diagnostico-assistenziale del tumore del colonretto e verifica delle modalità di follow-up (FU).

Metodi. Estratti i casi prevalenti al 01.01.2012 con diagnosi di tumore del colonretto nel 2007-2011 e stratificati per età, sede, stadio. Le classi di prevalenza (CP) e tempo di effettuazione (TE) delle prestazioni rispetto alla diagnosi sono state calcolate in intervalli di 12 mesi. Sono state analizzate: la colonscopia (CS) i marcatori tumorali (MT) la visita oncologica (VO) TC/RMN/eco addome-pelvi (TCA), TC/Rx torace, TC cranio, PET, chemioterapia, radioterapia ed effettuato record linkage (2010-2014), di tipo deterministico delle prestazioni in regime ambulatoriale (SIAS) e ricovero (SIO).

Risultati. Estratti 1141 pazienti: età mediana 72, 60% uomini 40% donne; 68% colon e 32% retto, 305 (27%) CP0 (0-12 mesi), 257(23%) CP1 (13-24 mesi), 231(20%) CP2 (25-36 mesi), 186(16%) CP3 (37-48 mesi), CP4(>48 mesi) 162(14%) CP0 risultano 21%,34%,27%,18% rispettivamente I, II, III, IV stadio mentre in CP1 22%,34%,29%,15%, CP2 22%,36%,22%,19%, CP3 20%,42%,31%,7%, CP4 17%,44%,29%,9%. Analisi congiunta per CP stadio e TE della prestazione mostra un omogeneità in tutti gli stadi nella maggior parte delle prestazioni eseguite entro 1 anno di FU (TCA 80%, CS35%, MT 80%, TC torace 50%, VO 70%) mentre si osserva nel tempo un riduzione delle prestazioni nei primi stadi ad eccezione dei MT e CS. L'analisi della CP4 ha evidenziato una riduzione dell'effettuazione di tutte le prestazioni (CS18%), persistendo effettuazione della TC addome e MT nei primi stadi (50%).

Conclusioni. I dati riflettono l'andamento reale delle prestazioni effettuate da questi pazienti in rapporto a stadio e anno di prevalenza. Considerando le Linee Guida AIOM 2015 si potrà valutare appropriatezza e eventuali carenze assistenziali. Lo studio permette l'analisi dei bisogni assistenziali dei pazienti fondamentale per la programmazione dei percorsi assistenziali aziendali.

f.calabretta@ausl.latina.it

36 POTENZIALITÀ DELL'UTILIZZO DEI REGISTRI TUMORI PER LA VALUTAZIONE DI DIAGNOSI E CURA DEL CANCRO DELLA MAMMELLA IN ITALIA

Luciana Neamtiu, Liisa Pylkkanen, Zuleika Saz-Parkinson, Silvia Deandrea, Asli Uluturk, Anke Bramesfeld, Donata Lerda

European Commission DG Joint Research Centre (JRC) Institute for Health and Consumer Protection Public Health Policy Support Unit Via E. Fermi 2749 I-21027 Ispra (VA)/Italy

Introduzione. L'Iniziativa della Commissione Europea per il cancro della mammella (ECIBC) si pone lo scopo di ridurre le disuguaglianze sanitarie in Europa nella diagnosi e cura del cancro della mammella grazie allo sviluppo di uno schema volontario di accreditamento e certificazione del percorso di cura. I registri tumori di popolazione possono misurare l'impatto dell'implementazione di questo schema sugli esiti del cancro al seno.

Obiettivi. Lo scopo di questo studio è di identificare gli studi riguardanti l'utilizzo dei registri tumori nella valutazione della qualità della diagnosi e cura del cancro della mammella in Italia.

Metodi. Gli studi pubblicati fino al 2016 sono stati identificati in PubMed con una strategia di ricerca che includeva i termini 'cancer registry', 'breast' e 'Italy'. Dopo la valutazione di titoli e abstract, sono stati analizzati i testi integrali degli studi che riguardavano la qualità.

Risultati. Sono stati identificati 229 studi basati su dati provenienti da registri tumori italiani relativi al cancro alla mammella, per la maggior parte studi su sopravvivenza, incidenza e mortalità. Solo 7 studi valutano la qualità di diagnosi e cura.

Conclusioni. Il numero di pubblicazioni che utilizza dati da registri tumori di popolazione per la valutazione della qualità del percorso del cancro della mammella in Italia è molto limitato. Tuttavia, i registri clinici includono i dati necessari per analizzare la qualità del percorso di cura e il collegamento/interoperabilità con i registri di popolazione e le basi dati amministrative è possibile. Una loro migliore integrazione renderebbe possibile la valutazione della qualità di cura, e possibilmente anche dei 'patient reported outcomes'.

luciana.neamtiu@ec.europa.eu

37 ESPOSIZIONE PASSIVA A PESTICIDI E RISCHIO DI LEUCEMIA INFANTILE

Carlotta Malagoli¹, Marcella Malavolti¹, Sofia Costanzini², Sara Fabbri², Sergio Teggi², Elisa Arcolin¹, Gianfranco De Girolamo³, Paola Oleari⁴, Giovanni Palazzi⁵, Marco Vinceti¹

¹CREAGEN - Centro di Ricerca in Epidemiologia Ambientale, Genetica e Nutrizionale, - Università di Modena e Reggio Emilia; ²Dipartimento di Ingegneria "Enzo Ferrari" - Università di Modena e Reggio Emilia; ³Servizio Epidemiologia e Comunicazione del Rischio - AUSL Modena; ⁴Servizio Tecnologie Informatiche e Telematiche - AUSL e ASMN Reggio Emilia; ⁵Dipartimento Materno Infantile - Policlinico di Modena

Introduzione. I pesticidi sono fortemente sospettati quali fattori di rischio per leucemia infantile, anche se mancano ancora prove definitive di questa relazione nonché l'esatta individuazione dei principi attivi responsabili. **Obiettivi:** Abbiamo condotto uno studio caso-controllo per valutare una possibile associazione tra tale patologia e l'esposizione passiva a pesticidi, sulla base della presenza di aree agricole nelle immediate vicinanze della abitazione.

Metodi. Dal Registro della Associazione Italiana Ematologia ed Oncologia Pediatrica, abbiamo rilevato i 111 casi di leucemia infantile diagnosticati nel periodo 1998-2011 nelle province di Modena e Reggio Emilia, cui abbiamo associato una popolazione di controllo di 444 bambini appaiati per sesso, anno di nascita e provincia di residenza. Con procedure Geographical Information System, abbiamo georeferenziato l'indirizzo di residenza e rilevato la densità (espressa come % di superficie) del suolo ad uso agricolo compreso in un raggio 100 m attorno all'abitazione. Tramite regressione logistica condizionale cruda ed aggiustata per i maggiori fattori confondenti, abbiamo calcolato gli odds ratios (OR) come stima del rischio relativo di leucemia infantile associato alla densità ed alla tipologia di terreno agricolo.

Risultati. Il rischio relativo di leucemia nei bambini residenti in prossimità (densità 95%) di colture estensive quali grano, mais e orzo è risultato 2.3 (IC95% 0.7-7.8) e 2.1 (0.5-8.7) dopo aggiustamento per esposizione a benzene da traffico veicolare. Il rischio appare ulteriormente aumentato tra i bambini <5 anni (OR = 2.7 (0.5-16.0) e 5.6 (0.8-41.7)). Nessuna associazione è emersa con la residenza in prossimità di altre tipologie di colture.

Conclusioni. L'eccesso di rischio di leucemia osservato tra i bambini residenti nelle aree agricole in prossimità di colture estensive sembra indicare un ruolo eziologico della esposizione passiva a pesticidi, in particolare ad erbicidi, la categoria maggiormente utilizzata in tali colture.

marco.vinceti@unimore.it

39 IDENTIFICAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI DELL'ADENOCARCINOMA DEL PANCREAS (PDAC): DATI DI UN REGISTRO AD ALTA RISOLUZIONE

Tiziana Cassetti¹, Massimo Vicentini^{2,3}, Claudio Sacchetti², Pamela Mancuso^{2,3}, Paola Ballotari^{2,3}, Lucia Mangone^{2,3}, Paolo Giorgi Rossi^{2,3}, Romano Sassatelli¹

¹SC Gastroenterologia ed endoscopia digestive, Arcispedale Santa Maria Nuova, IRCCS, Reggio Emilia; ²Servizio Interaziendale di Epidemiologia, Reggio Emilia; ³Arcispedale Santa Maria Nuova, IRCCS, Reggio Emilia

Obiettivi. Identificare i fattori prognostici del PDAC.

Materiali e Metodi. Sono stati estratti dal HRCR 542 residenti (esclusi 8 DCO) incidenti nel periodo 2008-2012 e linkati con il Registro diabete di Reggio Emilia. L'hazard ratio (HR) è stato calcolato utilizzando il modello di Cox aggiustato per età (54, 55-74, 75-84, 85+), sesso, periodo (2008-2010 vs 2011-2012), sottosede, stadio, residenza (area urbana, sub-urbana e montana), Ca19.9 (e >100 aggiustato per ittero) e diabete diagnosticato prima del PDAC (si/no). La Kappa di Cohen (κ) è stata usata per misurare la concordanza fra EUS e CT sull'identificazione dei linfonodi locoregionali positivi in tutti i casi incidenti.

Risultati. Il rischio di morte aumenta con l'età. Le femmine hanno minor rischio rispetto ai maschi (HR 0.8 [0.7-1.0]). La prognosi risulta migliore nel secondo periodo (HR 0.8 [0.7-1.0]). Le sottosedi sconosciute mostrano una prognosi peggiore (HR 1.2 [1.0-1.6]) così come gli stadi IV (HR 2.2 [1.3-3.7]). Gli stadi II-III hanno un rischio sovrapponibile allo stadio I (HR 0.9[0.5-1.6]). Rispetto all'area urbana, quella montana mostra un rischio significativamente aumentato (HR 1.6 [1.2-2.2]). I pazienti con diabete hanno un rischio doppio (HR 2.2 [1.6-3.1]). I livelli plasmatici di Ca19.9 non influiscono sulla prognosi (HR 1.1 [0.9-1.5]). L'uso dell'EUS ed EUS-FNA aumenta nel periodo 2011-2012 e diminuisce all'aumentare di età e stadio. TC ed EUS non differiscono nella definizione della dimensione del tumore. Escludendo gli stadi IV, l'EUS identifica un 26% di linfonodi metastatici che alla TC risulterebbero negativi; TC ed EUS hanno una concordanza moderata ($\kappa=0.46$).

Conclusione. Età, stadio IV, sesso sono i principali fattori prognostici. Lo stato di diabetico è fortemente predittivo di una bassa sopravvivenza. Laddove il tumore non fosse già metastatico, l'EUS diventa uno strumento più accurato della TC nella definizione dello stato linfonodale modificando la stadiazione e l'approccio terapeutico.

tiziana.cassetti@asmn.re.it

38 IL TUMORE DEL COLON-RETTO NELLA PROVINCIA DI GENOVA: INCIDENZA E SOPRAVVIVENZA IN ASSENZA DI SCREENING DI POPOLAZIONE

Rosa Angela Filiberti, Claudia Casella, Maria Vittoria Celesia, Roberta Cugno, Enza Marani, Antonella Puppo, Gloria Selva

Epidemiologia Clinica - Registro Tumori Ligure IRCCS Azienda Osp. Univ. San Martino- IST

Obiettivi. Descrivere incidenza e sopravvivenza dei pazienti con tumore del colon-retto nella provincia di Genova per il periodo 1986-2008, territorio senza screening organizzato. In passato i tassi di incidenza per questa sede erano elevati, e la sopravvivenza mostrava valori inferiori alla media nazionale: ci si propone di valutare le variazioni nei determinanti (età, periodo, stadio) analizzando il lungo periodo.

Materiali e Metodi. Lo studio si basa su 19643 casi residenti (10142 maschi e 9501 femmine). I casi (il 90% con conferma istologica) sono stati stadiati secondo la classificazione TNM e Dukes, suddivisi per età e per cinque periodi di incidenza. Lo stato in vita dei pazienti è stato aggiornato al 31/12/2013 e calcolata la sopravvivenza osservata escludendo i multipli per 15972 pazienti.

Risultati. È stato possibile recuperare lo stadio alla diagnosi per il 78% dei casi (80% nei maschi e 76% nelle femmine) passando dal 66% del primo periodo fino all'85% del 2005-2008. L'analisi della distribuzione per età indica che il 56% dei tumori nei maschi e il 63% nelle femmine si concentra negli ultrasettantenni. I casi diagnosticati nella classe 0-49 anni rappresentano in entrambi i sessi solo il 4% del totale, mentre la classe 50-69 anni costituisce il 40% nei maschi e 32% nelle femmine. La distribuzione dei casi per stadio è sostanzialmente stabile nel tempo senza evidenza di diminuzione dei tumori metastatici (20%) e crescita dei tumori localizzati con l'eccezione dei tumori in situ che risultano in aumento. La sopravvivenza osservata a 5 anni per stadio mostra un miglioramento nel tempo ad esclusione dei metastatici.

Conclusioni. L'aumento dell'incidenza si può imputare all'invecchiamento della popolazione. La stabilità della percentuale di tumori per stadio nel tempo conferma l'assenza di anticipazione diagnostica attesa in presenza di screening. L'aumento della sopravvivenza osservata conferma l'effetto dei miglioramenti nella terapia e dello screening spontaneo.

rosa.filiberti@hsanmartino.it

40 EFFETTO DELLO SCREENING MAMMOGRAFICO SUL RISCHIO DI PROFILI PROGNOSTICI MOLECOLARI SFAVOREVOLI NEL CANCRO DELLA MAMMELLA

Alessandra Ravaoli, Lauro Bucchi, Rosa Vattiato, Silvia Mancini, Orietta Giuliani, Fabio Falcini

Registro Tumori della Romagna, Istituto Scientifico Romagnolo per lo studio e la cura dei Tumori (IRST) - IRCCS, Meldola, Forlì-Cesena

Obiettivi. L'obiettivo dello screening mammografico è quello di diagnosticare i tumori della mammella ad uno stadio precoce, impedendone lo sviluppo e la crescita verso la letalità. È stato dimostrato che l'aggressività biologica del cancro al seno aumenta durante la fase preclinica (Br J Cancer 1991: 64 1133-8; 2005 921156-61). Ad oggi, non è stato dimostrato se la diagnosi mediante screening mammografico prevenga anche la progressione del tumore verso caratteristiche molecolari a prognosi sfavorevole. L'obiettivo dello studio è quello di valutare se l'anticipazione diagnostica dello screening mammografico è in grado di prevenire l'evoluzione del tumore verso la negatività dei recettori per gli estrogeni (ER-) e per il progesterone (PR-), l'amplificazione di Her-2 (Her-2+), l'acquisizione di un indice proliferativo elevato (Ki-67+), la triplo-negatività e lo stato di tumore Her-2 like (Her-2 +, ER- e PR-) con o senza Ki-67.

Materiali e Metodi. La casistica è composta dalle donne di età compresa fra i 50-69 anni con diagnosi di tumore della mammella avvenuta tra il 2003 e il 2011 e residenti nell'area coperta dal Registro Tumori della Romagna. I tumori invasivi eleggibili ammontano a 3707. Sono stati implementati modelli di regressione logistica con termine di interazione per i diversi outcome considerati. Il termine di interazione introdotto in tutti i modelli riguarda il diametro del tumore e lo stato di screening.

Risultati e Conclusioni. L'ipotesi alla base del razionale ovvero che lo screening sia in grado di prevenire anche la progressione dei tumori verso caratteristiche prognostiche sfavorevoli è confermata solo per alcuni degli outcome considerati, in particolare per l'ER-, l'Her-2+, il ki-67+ e lo stato di her-2 like con ki67+. Principale limite dello studio è la bassa frequenza delle caratteristiche prognostiche sfavorevoli, ulteriori e più numerosi studi potrebbero aiutare a validare i risultati dello studio.

alessandra.ravaoli@irst.emr.it

41 AUMENTO DI STADI PRECOCI E CHIRURGIA CONSERVATIVA DI TUMORI DELLA MAMMELLA IN PROVINCIA DI RAGUSA IN EPOCA PRESCREENING

Eugenia Spata¹, Carmela Nicita¹ e Rosario Tumino^{1,2}

¹Registro Tumori, Dipartimento di Prevenzione Medica, Azienda Sanitaria Provinciale Ragusa; ²U.O. di Anatomia Patologica, Distretto Ospedaliero 1, Azienda Sanitaria Provinciale Di Ragusa

Obiettivo. Quantificare le variazioni delle percentuali di stadio precoce(0-I) e di chirurgia conservativa nei venti anni antecedenti l'inizio dello screening mammografico in provincia di Ragusa.

Materiali e Metodi. Analisi descrittiva con tabelle di contingenza stratificate per fasce d'età(<50,50-69,70+), stadio(0-I, II+ e non noto) e tipo di intervento(chirurgia conservativa, mastectomia e non nota) nei tre trienni 1990-1992 2000-2002 e 2009-2011.

Risultati. Nei tre periodi in esame sono progressivamente aumentate le proporzioni di stadi precoci (fino al 56% del 2009-11 nella fascia di età 40-79 anni) e dei casi trattati con chirurgia conservativa (dal 21,8% al 78,9%) in tutte le fasce d'età.

Conclusioni. In provincia di Ragusa, malgrado l'assenza di un programma di screening mammografico organizzato, in venti anni di registrazione, si è verificato un miglioramento della diagnosi in fase precoce e conseguentemente un trattamento chirurgico sempre più di tipo conservativo. Sarà interessante confrontare i risultati dell'epoca pre-screening con gli anni successivi all'implementazione dello screening organizzato, epoca post-screening.

spata.regtumragusa@tiscali.it

42 COMPLETEZZA ED ACCURATEZZA NELLA REGISTRAZIONE DEI TUMORI EMOLINFOPOIEITICI IN ITALIA

Francesca Roncaglia¹, Annamaria Pezzarossi¹, Barbara Baghiroli¹, Anna Luisa Caiazzo², Arturo Iannelli², Gennaro Senatore², Fernando Palma³, Fausto Giacomino³, Stefano Luminari⁴

¹Registro Tumori di Reggio Emilia; ²Registro Tumori di Salerno; ³Registro Tumori Puglia sezione Asl Foggia; ⁴S.C. Ematologia, Arcispedale S. Maria Nuova-IRCCS, Reggio Emilia

Obiettivi. Obiettivo di questo lavoro è valutare la completezza della registrazione e l'accuratezza di variabili biologiche e citogenetiche, essenziali per la conferma di tumore.

Materiali e Metodi. Lo studio è stato condotto su 83 casi di Leucemia Mieloide Cronica (LMC) e 102 casi di Policitemia Vera (PV) registrati presso i Registri Tumori di Reggio Emilia, Salerno e Foggia, nei periodi 2011-2012, 2007-2008 e 2006, rispettivamente. La completezza è stata valutata confrontando il numero di casi registrati dai RT e la casistica presente negli ospedali e nei reparti di ematologia della stessa area geografica coperta dai RT. L'accuratezza è stata valutata secondo i seguenti parametri: LMC: evidenza di leucocitosi e di precursori mieloidi nel sangue periferico e presenza della traslocazione t(9;22) o del gene di fusione BCR/ABL. PV: ematocrito >52% negli uomini e >48% nelle donne e presenza della mutazione JAK2 V617F.

Risultati. Per quanto riguarda la completezza è emerso che il RT di RE ha perso 3 casi di PV nel 2011 (trattati ambulatorialmente) mentre a SA e FG non risultano perdite di casi. Per la LMC t (9;22) è presente nel 59% dei casi a RE, 84% a SA e nel 10% a FG mentre il gene di fusione BCR/ABL nel 86%, 76%, 50% rispettivamente. La mutazione di JAK2 nella PV è presente nel 84%, 91%, 17%. L'evidenza di leucocitosi e di precursori mieloidi nella LMC è disponibile in oltre 90% dei casi a RE, 80% a SA e 50% a FG mentre, per i casi di PV, valori di ematocrito oltre i limiti, sono disponibili intorno all'80% in tutti e tre i Registri.

Conclusioni. La registrazione dei tumori ematologici ha confermato che le differenze tra nord e sud appaiono meno evidenti che per i tumori solidi. I dati tra RE e SA sono molto omogenei, mentre FG, pur partecipando con anni meno recenti, mostra comunque una disponibilità di informazioni di citogenetica e biologia molecolare."

roncaglia.francesca@gmail.com

43 CARATTERISTICHE CLINICO-PATOLOGICHE DEL CARCINOMA DELLA MAMMELLA MASCHILE (2003-2013) NELLE PROVINCE DI CT-ME-SR-EN

Antonietta Torrisi, Massimo Varvarà, Antonina Torrisi, Marine Castaing, Alessia Di Prima, Ylenia Dinaro, Giovanni Benedetto, Giuseppe Grosso, Salvatore Sciacchitano, Salvatore Sciacca

Registro Tumori Integrato CT-ME-SR-EN, A.O.U. Policlinico-Vittorio Emanuele, Catania

Obiettivi. Il carcinoma della mammella nell'uomo (CMM), costituisce l'1% delle neoplasie mammarie totali e l'1% dei tumori nei maschi. In Italia sono colpiti circa 250 uomini ogni anno (stima AIRTUM 2015). Scopo del lavoro è descrivere i CMM nell'area di CT-ME-SR-EN, correlandoli alle più importanti variabili clinico-patologiche.

Materiali e Metodi. I CMM 2003-2013 sono descritti (N, Tasso Standardizzato Italia 2001/100.000 residenti).

Risultati. I CMM sono 163 di cui 152 infiltranti così distribuiti: 64 (1.4) a CT, 49 (1.3) a ME, 6 (0.8) a EN, 33 (1.6) a SR e 11 (6.7) in situ. L'età media è 68.4, la distribuzione per fascia di età 0-34, 35-49, 50-59, 60-74, 75-84, >85 anni è pari a 3 (1.9), 12 (7.9), 15 (9.9), 71 (46.7), 40 (26.3) e 11 (7.2). L'istotipo più frequente è il duttale (n=124, 81.6), seguono lobulare (n=5, 3.3), papillare (n=2, 1.3), M. di Paget (n=2, 1.3), sarcoma (n=1, 0.7) e infiammatorio (n=1, 0.7), 17 casi non noto (11.2%). Il 32.9% ha localizzazione centrale, il 7.2% periferica, non nota il 59.8%. La dimensione tumorale media è 2.1 cm. La positività per i recettori estrogenici si ha nel 52.0% (N=79), per i recettori progestinici nel 49.3% (N=75), mancante il 44%. Il 27.6% (n=42) dei tumori è diagnosticato in stadio precoce (stadio I) mentre il 52.0% (N=79) in stadio avanzato, lo stadio è mancante nel 20.4% (N=31). Il 5.9% presenta metastasi a distanza (osso, polmone, etc.). La presenza di un secondo tumore si ha nel 16.4% (N=25), e riguardava principalmente prostata (6 casi), vescica (4) e polmone (2). La sopravvivenza a 1 e 5 anni è pari rispettivamente a 94% e 68% (58 decessi, 25 per tumore alla mammella, 15 per altra causa tumorale).

Conclusioni. Il CMM è un tumore raro e poco conosciuto a diagnosi spesso tardiva e con rischio di tumore controlaterale o di secondo tumore (prostata, colon in letteratura). Solo studi collaborativi permetteranno di comprenderne meglio l'etiologia e pianificare studi clinici per ottimizzare il trattamento.

torrisidora@gmail.com

44 I DATI DEI REGISTRI TUMORI ANIMALI (RTA) SONO UTILI? E A CHI? L'ESPERIENZA DEL RTA IN UMBRIA

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

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

Obiettivi. I Registri Tumori Animali (RTA) producono informazioni utili agli operatori di Sanità Pubblica e ai medici veterinari liberi professionisti. Si tratta di informazioni dirette, la stima di tassi di incidenza (TI), ed informazioni indirette, i denominatori corretti per il calcolo dei TI. L'obiettivo di questo lavoro è quello di illustrare l'utilità dei dati dei RTA, anche giovani, tramite le informazioni del RTA della Regione Umbria.

Metodi. Sono state calcolate ed interpretate le stime delle incidenze grezze (2014), di tutti i casi di tumore maligno, per sede topografica, classi di età sulla base della loro utilità per i medici veterinari. I tumori sono stati codificati secondo i codici ICD-0. La popolazione esposta è stata estratta dall'anagrafe informatizzata canina umbra "ripulita".

Risultati e Conclusioni. Sono state calcolate le incidenze di tumori maligni per singolo comune umbro (2 comuni con TI >80/100.000; 7 tra 1-10/100.000; i restanti tra 11-48/100.000). Il dato ha duplice modalità di lettura: identifica territori (con alto TI) di possibilità di lavoro per i veterinari liberi professionisti e rappresenta un indicatore per analisi ambientali e di sovrapposizione di dati animali e umani. Una bassa incidenza, o la mancanza del dato, definisce aree in cui intervenire per sensibilizzare i veterinari liberi professionisti a partecipare al RTA. I TI per età, mostrando un aumento progressivo (0-2 anni 13,88/100.000) fino alla classe di età 9-11 (552,37/100.000) e diminuendo nelle classi di età successive (15-20: 77,99/100.000), coincidono con dati di letteratura e si trasformano in indicatori della bontà del dato raccolto. I cani realmente viventi e residenti in Umbria sono 197.890 rispetto ai 303.871 presenti in anagrafe. La reale consistenza della popolazione canina in Umbria è indispensabile per calcolare l'incidenza di zoonosi, per contrastare il randagismo e attuare una prevenzione mirata delle aggressioni canine e della tutela dell'incolumità pubblica.

c.maresca@izsum.it

45 RISCHIO DI LEUCEMIA INFANTILE IN RELAZIONE AL MESE DI NASCITA: STUDIO CASO-CONTROLLO BASATO SUI DATI DEL REGISTRO AIEOP

Marcella Malavolti¹, Tommaso Filippini¹, Carlotta Malagoli¹, Elisa Arcolin¹, Gianfranco De Girolamo², Paola Oleari³, Giovanni Palazzi⁴, Marco Vinceti¹

¹CREAGEN - Centro di Ricerca in Epidemiologia Ambientale, Genetica e Nutrizionale - Università di Modena e Reggio Emilia; ²Servizio Epidemiologia e Comunicazione del Rischio - AUSL Modena; ³Servizio Tecnologie Informatiche e Telematiche Interaziendale - AUSL e ASMN Reggio Emilia; ⁴Dipartimento Materno-Infantile - Policlinico di Modena

Obiettivi. Al fine di indagare l'associazione tra leucemia infantile ed esposizione a fattori infettivi nei primi anni di vita, numerosi studi hanno utilizzato come indicatore di infezione neonatale il mese o la stagione di nascita. In questo studio caso-controllo di popolazione abbiamo valutato il rischio di insorgenza di leucemia infantile (LI) e in particolare di leucemia linfoblastica acuta (LLA) rispetto al mese di nascita dei bambini.

Metodi. Tramite il registro nazionale dei tumori infantili dell'Associazione Italiana Ematologia Oncologia Pediatrica (AIEOP) e abbiamo individuato tutti i casi di leucemia infantile diagnosticati nel periodo 1998-2013 nelle province di Modena e Reggio Emilia e abbiamo selezionato una popolazione di controllo di 4 bambini, appaiati per sesso, anno di nascita e provincia di residenza. Tramite regressione logistica condizionata abbiamo calcolato l'odds ratio (OR) di LLA e il rispettivo intervallo di confidenza al 95% (IC 95%), adottando come mese di riferimento dicembre che si colloca appena prima dell'inizio del picco invernale di influenza.

Risultati. Abbiamo nel complesso individuato 138 casi di LI e 552 controlli, comprendenti 110 casi di LLA. La distribuzione di densità ha evidenziato un andamento bimodale per i casi di LI, comprese le LLA, con un primo picco nei mesi di febbraio-aprile e un secondo picco meno ampio in settembre-ottobre. È stato dunque evidenziato un aumento del rischio per leucemia infantile maggiore per i bambini nati nei mesi di febbraio con OR di 3.94 (IC 95% 1.21 - 12.80) per LI e 5.84 (1.54 - 22.09) per LLA, mentre l'OR per i nati nel mese di aprile è 5.55 (1.79 - 17.17) per LI, 5.55 (1.52 - 20.23) per LLA.

Conclusioni. Sebbene le stime di rischio siano imprecise per la scarsa numerosità dei casi, i risultati ottenuti sembrano suggerire una influenza del mese di nascita sul rischio di leucemia infantile e in modo particolare di leucemia linfoblastica acuta, con particolare riferimento al periodo febbraio-aprile.

tommaso.filippini@unimore.it

47 COLLABORAZIONE FRA REGISTRI TUMORI E SERVIZI CLINICI A SERVIZIO DEI PAZIENTI: UN PROGETTO EUROPEO SUL CANCRO PANCREATICO

Carmen Martos¹, Núria Malats^{2,5}, María Dolores Chirlaque^{3,4}, María José Sánchez^{3,4}, Eva Ardanaz^{2,4}, Rafael Marcos-Gragera^{3,4}, Carmen Alberich³, Ester Molina^{2,5}, Manola Bettio¹, Alfredo Carrato^{2,5}

¹European Commission, DG Joint Research Centre (JRC); ²EUPancreas COST Action (BM1204); ³REDECAN (Registro de Cáncer de Murcia, Granada, Navarra, Girona y Castellón/Comunitat Valenciana); ⁴CIBER of Epidemiology and Public Health (CIBERESP), Spain; ⁵EU-Multistakeholder Platform on Pancreas Cancer

Obiettivi. Il tumore del pancreas (TP) ha una prognosi estremamente sfavorevole e si stima che diventerà la seconda causa di morte tumorale entro il 2030. Obiettivo del presente progetto era valutare la fattibilità del linkage tra i dati clinici e le informazioni raccolte routinariamente dai registri tumori di popolazione (RTP), coinvolgendo i RTP e l'iniziativa europea PancreOs. Questa iniziativa ha il sostegno della Multistakeholder Platform dell'Unione europea e dell'azione Cost EUPancreas.

Metodi. Uno studio pilota condotto in 7 ospedali spagnoli ha valutato la fattibilità della raccolta dei dati clinici da parte degli oncologi. Sono stati raccolti i dati socio-demografici, anamnestici a livello del paziente e dei familiari, sul tumore, sulla diagnosi ed il trattamento, e i dati di follow-up. Lo studio pilota ha incluso l'organizzazione a Madrid (Spagna) di un seminario sul TP al quale hanno partecipato la rete PancreOs, la rete europea di registri tumori (ENCR), la rete spagnola dei registri tumori (REDECAN) e ricercatori del Centro Comune di Ricerca della Commissione Europea.

Risultati. Nel seminario è stata prospettata e incoraggiata la collaborazione tra PancreOs e REDECAN, delineando un percorso in base al quale gli oncologi che collaborano con PancreOs identificheranno i nuovi pazienti affetti da TP, otterranno dati su diagnosi, trattamento e follow-up dai registri ospedalieri e, dopo aver acquisito il consenso informato del paziente, riferiranno il caso ai RTP. Il personale dei RTP integrerà i dati raccolti secondo un protocollo concordato.

Conclusioni. L'obiettivo di questa collaborazione tra i RTP e i medici specialisti è quello di migliorare la qualità e la quantità delle informazioni disponibili sul TP per migliorare l'assistenza sanitaria a questi pazienti. Lo studio pilota potrebbe essere esteso in Italia, coinvolgendo attivamente alcuni RTP italiani, e potrebbe fornire un apporto rilevante ai fini di un sistema d'informazione sostenibile sul TP.

carmen.martos@ec.europa.eu

46 REGISTRO TUMORI ED REGISTRO EVENTI ACUTI CARDIO E CEREBROVASCOLARI DI LATINA NEL PROGETTO EUROPEO BRIDGE-HEALTH

Fabio Pannozzo¹, Antonio Carraturo¹, Miriana Rossi¹, Antonio Sabatucci¹, Luigi Palmieri², Simona Giampaoli²

¹Dip. Prevenzione ASL Latina, Registri di Popolazione; ²Istituto Superiore Sanità Roma

Obiettivi. Il Progetto europeo BRIDGE-Health (Bridging Information and Data Generation for Evidence-based Health Policy & Research) è stato avviato nel 2015 con l'obiettivo di sviluppare strumenti comuni per la raccolta di informazioni e la produzione di dati che ricoprano le principali aree di politica sanitaria e fornire le basi per la realizzazione di un sistema informativo europeo sulla salute completo, integrato e sostenibile. Nell'ambito della costruzione di una piattaforma europea dei registri di popolazione (obiettivo del Work Package 8 'Platform for population-based registries' coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità) è stato coinvolto il Registro Tumori di Latina in cui sono state recentemente innestate le attività del Registro degli Eventi Acuti Cardio e Cerebrovascolari con l'obiettivo di costituire un Registro di popolazione di più patologie cronico degenerative.

Materiali e Metodi. I Registri Tumori e Cardiovascolare di Latina, partendo da dati sanitari routinari comuni (mortalità e SDO) e utilizzando metodologie standardizzate, consentono di identificare univocamente gli eventi fatali e non fatali occorsi nella popolazione residente, validarli secondo criteri diagnostici specifici e produrre indicatori di occorrenza delle malattie (tassi di attacco e letalità) nella stessa popolazione.

Risultati. Il risultato primario è l'integrazione del Registro Cardiovascolare con il Registro Tumori, che opera da oltre 30 anni nella Provincia di Latina, in modo da sorvegliare la stessa popolazione residente per le principali patologie cronico degenerative. Altro risultato atteso l'utilizzo e la valutazione di procedure e metodologie comuni standardizzate identificate nell'ambito delle attività del WP8.

Conclusioni. L'implementazione del Registro cardiovascolare integrato con il Registro Tumori di Latina rappresenta uno dei primi esempi concreti di utilizzo di una piattaforma comune dei registri di popolazione estendibile a livello europeo, così come suggerito dal Progetto BRIDGE.

fpannozzo@ausl.latina.it

48 USO DEI DATI DEI REGISTRI TUMORI AI FINI PREVENTIVI, ASSICURATIVI E PREVIDENZIALI

Carlo Sciacchitano¹, Marine Castaing¹, Francesca Bella¹, Paola Pesce¹, Alessandra Savasta¹, Antonella Ippolito¹, Walter Pollina Addario¹, Rosario Tumino², Salvatore Sciacca¹

¹Registro Tumori Integrato di CT-ME-SR-EN, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Vittorio Emanuele, Catania; ²Registro Tumori Ragusa

Obiettivi. I tumori ad alta frazione eziologica (mesoteliomi e tumori naso-sinusal) sono inquadrati per norma di legge nei COR regionali con l'obiettivo di registrare anche l'anamnesi lavorativa. Mentre la rete nazionale per i mesoteliomi (Renam) copre tutto il territorio italiano, per i tumori naso-sinusal i risultati sono rintracciabili solo per alcune regioni al Centro-Nord. I tumori a bassa frazione eziologica (angiosarcomi epatici, tumori vescicali, laringei, del cavo orale, faringei, esofagei, polmonari, etc.) sono monitorati dall'OCCAM, che è un modello approvato dall'INAIL per lo studio della correlazione tra tumori ed esposizioni professionali, tra diverse altre iniziative locali che rimangono esperienze non generalizzate.

Materiali/risultati. Per rimediare a questo gap il RTI, insieme a tutti gli attori regionali (Registri, COR, INAIL, ASP, OER, etc.), ha avviato una collaborazione attraverso segnalazione tempestiva dei nuovi casi (circa 300 in Sicilia dal 2003 al 2011) e successive interviste ai pazienti per individuare una possibile causa professionale.

Conclusioni. Questo quadro incompleto fa ipotizzare che tale problematica di registrazione si ripercuote sull'utilizzo di dati non solo ai fini assicurativi (presentazione della domanda per il riconoscimento della malattia professionale all'INAIL) e previdenziali (riconoscimento da parte delle commissioni di invalidità civili ASP/INPS) ma anche preventivi (piani di sensibilizzazione di particolari ambiti lavorativi ASP/INAIL e medici competenti ai sensi del DLGS 81/08) per la popolazione lavorativa. Per evitare ulteriori studi con una durata limitata piuttosto che assetti organizzativi continuativi, si propone la creazione in seno all'AIRTUM di un Gruppo di Lavoro "Tumori professionali", che cerchi di standardizzare a livello italiano le azioni innovative su scala regionale o locale come: - Coordinamento dei RT su tempestività e aspetti di registrazione - Creazione di un tavolo tecnico con gli enti preposti.

sciacchitano.carlo@tiscali.it

49 LA PARTECIPAZIONE DEI REGISTRI TUMORI ITALIANI ED EUROPEI NEL PROGETTO ENCR-JRC

Giorgia Randi¹, Carmen Martos¹, Emanuele Crocetti¹, Tadek Dyba¹, Lydia Voti¹, Francesco Giusti¹, Róisín Rooney¹, Raquel Carvalho¹, Manola Bettio¹, Alexander Katalinic² (on behalf of the ENCR-Steering Committee)

¹Joint Research Centre, European Commission; ²European Network of Cancer Registries (ENCR)

Obiettivi. Nel giugno 2015, una nuova richiesta dati dell'European Network of Cancer Registries – Joint Research Centre (ENCR-JRC) è stata indirizzata ai registri tumori di popolazione (RT) operanti in Europa. La raccolta dati consente la partecipazione a diversi studi europei, tra questi il progetto ENCR-JRC "Incidenza e Mortalità in Europa" che si prefigge di verificare la copertura della popolazione europea e stimare l'impatto dei tumori in Europa.

Metodi. Per la raccolta dati è stato sviluppato ad-hoc il portale web ENCR-JRC, che facilita il caricamento dei dati e la partecipazione dei RT agli studi proposti. Più di 200 RT europei sono stati invitati e autorizzati ad accedere al portale.

Risultati. In totale 97 RT (83 generali, 7 sede specifici e 7 pediatrici) da 26 paesi europei hanno risposto all'invito. Di questi, 88 RT (76 generali, 5 sede specifici e 7 pediatrici), da 24 paesi, hanno espresso la loro partecipazione al progetto ENCR-JRC. Considerando solo i paesi dell'Unione Europea (UE), la popolazione coperta dai RT partecipanti è circa il 40% del totale, variando dal 13% nel nord, al 55% nell'est UE. Per l'Italia, 40 RT hanno inviato i loro dati tramite AIRTUM, ma finora solo 19 hanno espresso, attraverso il portale, la loro partecipazione allo studio ENCR-JRC. I 19 RT partecipanti rappresentano circa il 33% della popolazione italiana.

Conclusioni. L'uso del portale e i formati dei file caricati hanno evidenziato grande eterogeneità nelle capacità informatiche dei RT. Il supporto tecnico del JRC è risultato spesso necessario e comunque gradito, sebbene in Italia la gestione centralizzata della banca dati AIRTUM abbia garantito uno standard elevato dei file caricati. Un corso ENCR mirato a questi temi e il software JRC-ENCR open-source per il controllo della qualità dei dati è auspicabile in vista della prossima richiesta dati. La risposta dei RT in questa prima richiesta dati ENCR-JRC è stata complessivamente buona, benché diversificata a livello europeo.

giorgia.randi@ec.europa.eu

51 L'ECESSO DI MORTALITÀ PER TUMORI NON-DEFINITORI DI AIDS NELLA POPOLAZIONE ITALIANA CON AIDS

Saverio Virdone¹, Antonella Zucchetto¹, Martina Taborelli¹, Enrico Grande², Laura Camoni³, Marilena Pappagallo², Vincenza Regine³, Francesco Grippo², Barbara Suligoj³, Luisa Frova² e Diego Serraino¹

¹SOC di Epidemiologia e Biostatistica, Centro di Riferimento Oncologico, IRCCS, Aviano; ²Servizio Sanità, Salute ed Assistenza, Istituto Nazionale di Statistica, Roma; ³Centro Operativo AIDS, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Obiettivi. Nei pazienti con AIDS (PCA) con accesso ai trattamenti, i tumori non-definitori di AIDS sono ormai diventati la principale causa di morte non associata all'infezione. Questo studio ha quantificato l'eccesso di mortalità associato a specifici tumori nei PCA italiani.

Metodi. È stato condotto uno studio di coorte retrospettiva su base di popolazione con copertura nazionale, includendo 5285 PCA italiani, d'età 15-74 anni, diagnosticati nel periodo 2006-2011 (dati Registro Nazionale AIDS). La data e le cause multiple di morte sono state ottenute attraverso una procedura di linkage con i dati del Registro Nazionale di Mortalità. L'eccesso di mortalità per tumore nei PCA, rispetto alle persone senza AIDS, è stato stimato utilizzando rapporti standardizzati di mortalità (SMR) con relativi intervalli di confidenza (IC) al 95%.

Risultati. Tra i 1229 PCA deceduti, il 10,3% riportava nel certificato di morte almeno uno dei tumori non-definitori di AIDS, inclusi polmone (3,1%) e fegato (1,4%). Il rischio di morte per i tumori non-definitori di AIDS nel loro complesso era superiore di 7,3 volte (IC95%: 6,1-8,7) rispetto alle persone senza AIDS. SMR statisticamente significativi sono emersi per diversi tumori: ano (SMR=228), linfoma di Hodgkin (SMR=122), fegato (SMR=13,2, IC95%: 7,7-21,1), melanoma della pelle (SMR=10,9, IC95%: 3,0-27,8), polmone (SMR=8,0, IC95%: 5,7-11,0), testa e collo (SMR=7,8, IC95%: 3,6-14,9), leucemie (SMR=7,6, IC95%: 2,4-17,7) e colon-retto (SMR=5,4, IC95%: 2,6-10,0). Inoltre, SMR molto elevati sono emersi nei PCA che avevano contratto l'HIV tramite uso iniettivo di droghe.

Conclusioni. L'elevato eccesso di morte per diversi tumori non-definitori di AIDS, associati soprattutto a virus e comportamenti a rischio quali fumo e uso droghe, suggerisce la necessità di attuare interventi di tipo preventivo e clinico per ridurre l'incidenza di tali tumori nei PCA e migliorarne la prognosi.

svirdone@cro.it

50 TREND DI INCIDENZA DEI TUMORI SCAMOSI MICROINVASIVI DELLA CERVICE UTERINA VS. ALTRI ISTOTIPI - FIRENZE E PRATO 1999-2008

Carmen Beatriz Visioli, Alessandro Barchielli, Carlotta Buzzoni, Adele Caldarella, Antonella Corbinelli, Pietropaolo Di Dia, Teresa Intriери, Gianfranco Manneschi, Libuse Nemcova, Marco Zappa
Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO)

Introduzione. I tumori invasivi della cervice uterina mostrano una riduzione di incidenza negli ultimi decenni, in particolare per il carcinoma a cellule squamose, attribuibile alla diffusione dello screening organizzato. I carcinomi squamosi microinvasivi costituiscono una piccola parte dei tumori invasivi, per cui è difficile descriverne l'andamento temporale. Obiettivi: valutare l'incidenza dei carcinomi squamosi microinvasivi in un registro tumori di popolazione in un'area di screening organizzato.

Metodi. Abbiamo estratto dal registro Tumori Toscana tutti i casi di tumore squamoso della cervice uterina incidenti nelle province di Firenze e Prato nel periodo 1999-2008, secondo la codifica ICDO-3 (8050-8089, 8120-8139). Fra questi abbiamo selezionato i tumori microinvasivi attraverso la identificazione del codice morfologico 8076 e/o la stadiazione patologica 1A. Abbiamo calcolato le medie mobili a tre termini dei tassi standardizzati di incidenza (standard: popolazione europea) e la variazione percentuale annua (APC). I casi microinvasivi residenti nell'Azienda Sanitaria Firenze (ASF) sono stati incrociati con l'archivio di screening del programma di Firenze.

Risultati. Abbiamo identificato 583 casi incidenti di tumore invasivo della cervice uterina nel periodo 1999-2008: 420 tumori squamosi invasivi (di cui 47 microinvasivi), 115 adenocarcinomi e 48 altri istotipi. I tassi di incidenza standardizzati dei tumori squamosi microinvasivi presentano un trend in aumento (APC=+7,1; IC95%: -29,6; 62,9), come per tutti i tumori della cervice uterina (APC=+3,2; IC95%: -0,8; 7,4), sebbene non significativi. Il 70% (19/27) dei tumori microinvasivi delle donne residenti nella ASF erano screen-detected.

Conclusioni. I dati suggeriscono un aumento dell'incidenza dei carcinomi squamosi microinvasivi, in gran parte diagnosticati allo screening organizzato, ma il numero estremamente limitato di casi rende necessario un approfondimento con casistiche multicentriche.

c.visioli@ispo.toscana.it

52 IL REGISTRO RENATUNS IN EMILIA-ROMAGNA E LA VALUTAZIONE DELL'ESPOSIZIONE A CANCEROGENI OCCUPAZIONALI

Giacomo Pacassoni¹, Giuseppe Franchino², Fausto Giacomino³, Paolo Galli¹

¹UOC PSAL AUSL Imola; ²Direzione di Presidio San Luca di Lucca, USL NordOvest Toscana; ³Registro Tumori Puglia, sezione Asl Foggia

Obiettivi. Descrivere i primi risultati del COR ReNaTuNS in Emilia-Romagna.

Materiali e metodi. Per descrivere l'incidenza e l'esposizione professionale dei TuNS di tipo epiteliale (caratterizzati da un'alta quota attribuibile ad esposizioni professionali) in Emilia-Romagna è stato creato dal 2013 il COR ReNaTuNS, previsto dal D.Lgs. 81/08 e situato presso l'Unità Operativa Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro dell'Azienda USL di Imola.

Risultati. In Emilia-Romagna, dal 2007, anno di avvio della registrazione, sono stati registrati 253 casi di TuNS, di cui 180 di tipo epiteliale.

Le sedi anatomiche più colpite sono le cavità nasali (60%) ed i seni mascellari (17%). La sopravvivenza ad un anno dalla diagnosi è risultata pari al 74%. Il tasso di incidenza 2007-2011 è pari a 1,0 per 100.000 (1,30 tra gli uomini e 0,8 tra le donne). I tassi calcolati risultano più elevati rispetto al dato nazionale stimato da AIRTUM (www.registri-tumori.it) per i maschi (1,0 per 100.000) e per la popolazione femminile (0,4 per 100.000). Ad oggi, l'approfondimento anamnestico effettuato sui soli casi epiteliali, riguarda 101 casi. Di questi è stato possibile acquisire il questionario completo per 64 casi, dei quali l'esposizione professionale è stata definita come certa per il 43,4%, probabile/possibile per il 12,6%, improbabile per il 28,1%, familiare per l'1,8% e ignota per il 14,1%.

Conclusioni. Il COR ReNaTuNS dell'Emilia-Romagna raccoglie informazioni utili alla stima dell'incidenza dei casi e alla definizione della pregressa esposizione. In tal modo è possibile valutare la rilevanza dell'esposizione a fattori di rischio occupazionali, costituire una base informativa per studi epidemiologici e garantire la disponibilità di informazioni utili a fini preventivi e medico-assicurativi.

p.galli@ausl.imola.bo.it

53 NEUROFIBROMATOSI, TUMORI RARI E MALATTIE RARE: PRIMA VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA NELL'ASL NAPOLI 1 CENTRO

Vincenzo Giordano¹, Maria Elena Porciello³, Rossella Bellopede³, Angela Russo², Mauro Casale⁴, Mariarosaria Klain⁴, Antonio Mincarini⁴, Angela Marsicovetere⁴, Umberto Anteì⁴, Nunzia Paglionico⁴

¹Dipartimento Assistenza Ospedaliera, Referente Aziendale Malattie Rare ASL Napoli 1 Centro; ²Dipartimento Assistenza Ospedaliera ASL Napoli 1 Centro; ³Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Università degli Studi di Napoli Federico II; ⁴Distretti Sanitari di Base ASL Napoli 1 Centro

Obiettivi. La Neurofibromatosi (NFM) è una malattia compresa tra i tumori rari (TR) nell'elenco delle Malattie Rare (MR) caratterizzata da malattie genetiche accomunate dalla presenza di tumori benigni che si sviluppano a livello dei nervi. La forma più frequente è la NF1 che colpisce 1/4.000 (0,02%): si calcolano oltre 1.5 Milioni di malati nel mondo, di cui 20.000 in Italia. Nel 20% dei casi si associa a gravi neoplasie secondarie: tumori cerebrali ed extracerebrali, in particolare del nervo ottico, surrene, ossa. Lo studio si propone di valutare l'impatto della NFM nell'ASL Na1 Centro in termini di prevalenza e di distribuzione per classi d'età.

Metodi. I casi di NFM rilevati sono stati analizzati suddivisi per fasce d'età e per i calcoli è stato utilizzato il registro malattie rare nel periodo 2005-2015.

Risultati. Tra i residenti affetti da malattie rare (2.478), i pazienti con NFM sono 172 (7%). Sul totale dei residenti ASL Na1 Centro (1.005.792), la percentuale delle MR è 0,2%, quella della NFM è 0,017% di cui lo 0,025% donne e lo 0,013% uomini. Per l'età 14, la percentuale di NFM è di 0,03%, 15-64 anni è di 0,01%; 64-75 anni 0,07% e 75 anni è 0,005%. La percentuale di NFM tra tutti i soggetti affetti da TR è del 92% di cui il 30% ha un'età 14 anni, il 63% tra i 15 -64 anni, il 3,5% tra i 64-75 anni e il 2,5% ha un'età 75 anni.

Conclusioni. La percentuale di MR sui residenti è 0,2%, mentre quella della NFM 0,017% in linea con le evidenze nazionali; la NFM rappresenta il 92% dei tumori rari compresi tra tutte le MR ed ha una prevalenza del 7% sui residenti con malattia rara; è maggiore nelle donne (0,025%) rispetto agli uomini (0,013%); Fascia d'età più colpita 15-64 anni. Questa distribuzione percentuale andrà approfondita con una valutazione territoriale, ambientale e socio-familiare ed una valutazione osservazionale di casi di tumore cerebrale ed extracerebrale (nervo ottico, surrenale, ossa) correlati ad essa nel territorio di riferimento ASL NA1 centro.

giordanovincenzo1961@gmail.com

55 I TUMORI RARI NELL'AMBITO DELLE MALATTIE RARE: ANALISI EPIDEMIOLOGICA NELL'ASL NAPOLI 1 CENTRO.

Vincenzo Giordano¹, Maria Elena Porciello³, Rossella Bellopede³, Angela Russo², Paolo Bellis⁵, Simona Creazzola², Rosario Lanzetta², Marco Papa⁴, Maria Concetta Conte⁴, Renato Pizzuti⁴

¹Dipartimento Assistenza Ospedaliera, Referente Aziendale Malattie Rare ASL Napoli 1 Centro; ²Dipartimento Assistenza Ospedaliera ASL Napoli 1 Centro; ³Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Università degli Studi di Napoli Federico II; ⁴Direzione Strategica ASL Napoli 1 Centro; ⁵Dipartimento Assistenza Ospedaliera, Referente Clinico Malattie Rare ASL Napoli 1 Centro

Obiettivi. Una malattia è rara se la prevalenza non supera lo 0,05% nella popolazione. In Italia il fenomeno colpisce milioni di persone. Lo studio si propone di valutare l'impatto dei tumori rari ricompresi nell'elenco malattie rare nel territorio dell'ASL Na1 Centro in termini di prevalenza e di distribuzione per classi d'età e distretti di residenza (dsb), per analisi territoriali, ambientali e socio-familiari.

Metodi. I tumori rari considerati con codice malattia rara come da DM 279/01 sono: Tumore di Wilms (TW); Retinoblastoma (Rb); Poliposi Familiare (PF); Neurofibromatosi (NFM); Malattia di Cronkhitze-Canada; Sindrome di Gardner; Linfoangiomiomatosi. I casi di patologia rilevati, suddivisi per fasce d'età, sono stati analizzati con riferimento al dsb. Per i calcoli è stato utilizzato il registro malattie rare nel periodo 2005-2015.

Risultati. I pazienti con tumori rari sono 186 (7,5%) sui residenti affetti da malattie rare (2.478). Sul totale dei residenti (1.005.792), la percentuale dei tumori rari è 0,018%: donne 0,025%; uomini 0,013%. Per l'età 14 anni la percentuale di pazienti è 0,039%, per l'età 15-64 anni è 0,017%; per l'età 64-75 anni è 0,007% e 75 anni è 0,005%, di cui 5 casi di TW (2,6%), 1 di Rb (0,5%), 8 di PF (4,3%), 172 di NFM (92,4%). La distribuzione tumori rari nei ddsbb: 12 per dsb 24 (6,4%), 20 per dsb 25 (10,7%), 26 per dsb 26 (13,9%), 16 per dsb 27 (8,6%), 10 per dsb 28 (5,3%), 16 per dsb 29 (8,6%), 16 per dsb 30 (8,6%), 8 per dsb 31 (4,3%), 32 per dsb 32 (17,2%) e 30 per dsb 33 (16,1%).

Conclusioni. La prevalenza dei tumori rari è 7,5% sui residenti con malattia rara. La prevalenza dei tumori rari è maggiore nelle donne (0,025%) rispetto agli uomini (0,013%); Fascia d'età più colpita 15-64 anni (0,017%). DDSBB a più alta prevalenza: dsb 32 (17,2%) e dsb 33 (16,1%), il dsb con la più bassa prevalenza è il dsb 31 (4,3%). Questa distribuzione percentuale andrà approfondita con una prossima valutazione territoriale, ambientale e socio-familiare.

giordanovincenzo1961@gmail.com

54 IL TUMORE DI WILMS, TUMORE RARO TRA LE MALATTIE RARE: ASPETTI EPIDEMIOLOGICI NELL'ASL NAPOLI 1 CENTRO

Vincenzo Giordano¹, Maria Elena Porciello³, Rossella Bellopede³, Angela Russo², Michele Inglesè⁴, Maria Pia Minutella⁴, Amelia Staiano⁴, Luisa D'Avino⁴, Angela Venezia⁴, Angelo Federico⁴

¹Dipartimento Assistenza Ospedaliera, Referente Aziendale Malattie Rare ASL Napoli 1 Centro; ²Dipartimento Assistenza Ospedaliera ASL Napoli 1 Centro; ³Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Università degli Studi di Napoli Federico II; ⁴Distretti Sanitari di Base ASL Napoli 1 Centro

Obiettivi. Il tumore di Wilms (TW) è un tumore raro (TR) compreso nelle Malattie Rare (MR). In Europa sono stati diagnosticati 880 nuovi casi di tumore del rene di cui il TW rappresenta il tipo istologico più frequente 15 anni di età (90%). È stato stimato che 145 bambini sono deceduti per tumore del rene in Europa. Il picco di incidenza è tra 2 e 3 anni di età, il 95% dei casi è diagnosticato prima dei 10 anni. I casi di TW aumentano di 0,7% per anno. Un trend significativo di aumento è stato osservato nel gruppo di pazienti con età tra 1-4 anni.

Metodi. Sono stati analizzati i casi di TW rilevati nell'ASL NA 1Centro, suddivisi per fasce d'età, dal 2005 al 2015. Per i calcoli è stato utilizzato il registro malattie rare, il periodo considerato va dal 2005-2015.

Risultati. I pazienti con TW sono 5, di cui 2 maschi e 3 femmine, nella fascia d'età 4-19. Essi rappresentano il 2,6% dei tumori rari (186) rilevati in ASL; con una percentuale dei TW sui residenti affetti da malattie rare totali (2.478) pari allo 0,2%. Sul totale dei residenti (1.005.792), la percentuale di MR è 0,2%, quella di TW è 0,0004%. Per due di questi pazienti la diagnosi è stata fatta nei primi sei mesi di vita, per gli altri 3 invece tra i 4-8 anni. Quattro pazienti sono seguiti in centri di riferimento regionali.

Conclusioni. La prevalenza di MR è 0,02% sul totale dei residenti (1.005.792); la prevalenza del TW sui TR è 2,6%, quella del TW sulle MR 0,2% e la prevalenza sul totale della popolazione è dello 0,0004%; è maggiore nelle donne rispetto agli uomini; l'unica fascia d'età interessata è 4-19 anni e rappresenta il 2,6% dei TR compresi tra tutte le MR. Questa distribuzione percentuale andrà approfondita con una prossima valutazione integrata con i registri dei tumori infantili.

giordanovincenzo1961@gmail.com

56 DIABETE E MORTALITÀ NEL PAZIENTE ONCOLOGICO: DATI DEL REGISTRO TUMORI INTEGRATO DI CATANIA-MESSINA-SIRACUSA-ENNA

Giuseppe Grosso, Alessia Di Prima, Walter Pollina Addario, Salvatore Scondotto, Marine Castaing, Antonietta Torrisi, Melchiorre Fidelbo, Giansalvo Sciacchitano, Giovanni Benedetto, Salvatore Sciacca

Registro Tumori Integrato CT-ME-SR-EN, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico-Vittorio Emanuele, Catania, Italia

Obiettivi. La presenza di diabete nel paziente oncologico è stata ipotizzata essere un fattore prognostico negativo. Comunque, i dati in letteratura sono vari e discordanti. L'obiettivo del presente studio era quello di valutare la sopravvivenza di un gruppo di pazienti selezionato dal registro tumori integrato di CT-ME-SR-EN in base allo stato diabetico.

Materiali e Metodi. Sono stati presi in considerazione i pazienti affetti da tumore negli anni 2011-13. Lo stato diabetico è stato definito dall'incrocio dei flussi di schede di dimissione ospedaliera, farmaceutica, analisi strumentali, ed esenzioni. Come ultima data di follow-up è stata considerata il 31 Dicembre 2013 o la data di morte. Curve di sopravvivenza di Kaplan-Meier e regressioni di Cox aggiustate per genere e età sono state usate per valutare il rischio di morte per tutte le cause e cancro specifica.

Risultati. Un totale di 41.502 casi di tumore, 11.199 casi di diabete e 10.843 morti sono state registrate durante un periodo mediano di follow-up di 13,7 mesi. I tumori più frequenti erano quelli della mammella, colon-retto, prostata, polmone. L'analisi di sopravvivenza ha mostrato risultati significativi per cancro in numerose sedi ma dopo aggiustamento per età e genere si è rilevato un aumento del rischio di morte per tutte le cause e cancro-specifica soltanto nei diabetici con tumore alla mammella (hazard ratio [HR] = 1,26, 95% intervallo di confidenza [CI]: 1,03-1,55 e HR = 1,39; 95% CI: 1,05-1,83, rispettivamente). Un aumento di mortalità per tutte le cause è stato trovato anche nei diabetici con tumore alla pelle, inclusi i melanomi (HR = 1,23; 95% CI: 1,01-1,51) e cancro-specifica in pazienti con tumori del sistema nervoso centrale (HR = 1,37; 95% CI: 1,06-1,77).

Conclusioni. La presenza di diabete potrebbe peggiorare la prognosi del paziente oncologico a seconda della sede del tumore.

giuseppe.grosso@studium.unict.it

57 CARATTERISTICHE DELLA MORTALITÀ PER TUMORE POLMONARE MASCHILE IN REGIONE PUGLIA DAL 1982 AL 2013

Ivan Rashid¹, Annamaria Nannavecchia¹, Lucia Bisceglia¹, Giorgio Assennato² e Gruppo di Lavoro Registro Tumori Puglia

¹Registro Tumori Puglia – U.O. Statistica ed Epidemiologia IRCCS Oncologico, Bari; ²ARPA Puglia, Bari

Obiettivi. L'incidenza e la mortalità per tumore polmonare (TP) in Italia sono caratterizzati da notevole eterogeneità non essendo riferibili a gradienti Nord-Sud come altri tumori. Nel sesso maschile si è assistito ad un chiaro trend in diminuzione del TP maschile con velocità differenti: questo ha reso ancora più ardua l'analisi epidemiologica di questo tumore così fortemente correlato all'abitudine al fumo ma anche spesso di interesse per la verifica di esposizioni occupazionali/ambientali. In Puglia in particolare coesistono aree con tassi di incidenza molto dissimili. Ci proponiamo di analizzare con maggiore dettaglio le caratteristiche dei TP maschili utilizzando una lunga serie storica di mortalità.

Materiali e metodi. Abbiamo utilizzato i dati di mortalità ISTAT relativi al TP maligno (ICD9 162x – ICD10 C34x) negli anni 1982-2013 per le attuali sei province pugliesi: Foggia (FG), Bari (BA), Taranto (TA), Brindisi (BR), Lecce (LE) e Barletta-Andria-Trani (BT) ricostruendo i tassi standardizzati diretti (TSD) completi e troncati con standard Europeo sulla base delle ricostruzioni intercensuarie (Demolstat).

Risultati. Già dagli anni '80 la Puglia mostrava la presenza di aree con TSD di mortalità per TP maschile maggiori alla media nazionale (BR e soprattutto LE) ma anche inferiori (BT e FG). In particolare LE presenta TSD superiori alle altre province pugliesi di circa 20 casi /100.000 ab. in tutto il trentennio esaminato. Analizzando le fasce di età 35-54, 55-64, 65-75 e 75-84 si notano andamenti peculiari ma anche una tendenza all'affievolimento delle differenze nelle fasce centrali pur perdurando l'entità dei rapporti tra TSD.

Conclusioni. In Regione Puglia l'andamento dei TP maschile è in chiara diminuzione per tutte le province. La provincia di LE mostra i tassi di incidenza più elevati in tutto il periodo 1982-2013 confermando i dati dell'atlante di mortalità di Cislighi e colleghi relativo al triennio 1975-77.

ivrashid@gmail.com

59 VALUTAZIONE DELLA MORTALITÀ ONCOLOGICA DELLA ASL NA2 NORD: CONFRONTO TRA COMUNI.

Anna Crispo¹, Giancarlo D'Orsi², Flavia Nocerino¹, Mariagrazia Pelliccia², Maria Grimaldi¹, Iolanda Somma², Emanuela Rotondo¹, Ciro Ciliberti², Livia Augustin¹, and Maurizio Montella¹

¹SSD Epidemiologia Istituto Nazionale Tumori Fondazione G. Pascale Napoli; ²UOC Epidemiologia e Prevenzione ASL Napoli 2 Nord

Obiettivi. Una nostra pubblicazione ha evidenziato che il trend di mortalità per tumori nelle provincie di Napoli è Caserta non è conforme all'andamento nazionale, pertanto con questo studio ci proponiamo di valutare i dati di mortalità nella ASL Napoli 2 Nord della provincia di Napoli un'area con comuni, ad esclusione dei comuni delle isole di Ischia e Procida, caratterizzata per un'elevata concentrazione di esclusione sociale, degrado ambientale e bassa qualità della vita.

Materiali e Metodi. Abbiamo analizzato i dati RENCAM dell'ASL Napoli 2 Nord, un'area che comprende 32 comuni con 1,045,000 abitanti, per il periodo 2004-2011. Sono stati calcolati i tassi di mortalità standardizzati sulla popolazione italiana attraverso il metodo della standardizzazione diretta. Sono stati stimati i Rapporti standardizzati di mortalità (SMR) con riferimento ai tassi regionali della Campania; l'intervallo di confidenza del SMR è stato calcolato con il metodo approssimato di Byar.

Risultati. L'intera Asl presenta un SMR per tutti i tumori nei maschi di 129 (95% CI 122-136) e nelle femmine di 115 (95% CI 107-124). I comuni con SMR statisticamente significativi per "tutti i tumori" nei maschi sono: Acerra 137, Afragola 148, Arzano 141, Caivano 143, Casalnuovo di Napoli 136, Frattamaggiore 149, Giugliano in Campania 132, Marano di Napoli 137, Mugnano di Napoli 156; per le femmine risulta significativo solo il comune di Afragola 136. Viceversa nelle isole (Procida ed Ischia) si riscontra l'SMR inferiore a 100 per tutti i tumori sia nei maschi che nelle femmine.

Conclusioni. I dati confermano che nell'area dell'ASL Napoli 2 Nord si riscontrano tassi di mortalità più elevati in tutti i comuni della ASL, fatta eccezione per i comuni delle due isole. Sebbene non sia possibile trarre alcuna conclusione con dati descrittivi, i risultati emersi sono suggestivi e prospettano che un'elevata qualità della vita e la salvaguardia dell'ambiente possono essere fattori capaci di ridurre la mortalità per tumori.

m.montella@istitutotumori.na.it

58 MESOTELIOMA MALIGNO: DIECI ANNI DI ATTIVITÀ DEL CENTRO OPERATIVO REGIONALE (COR) UMBRIA

Maria Saba Petrucci¹, Maria Cristina De Lio², Chiara Grisci², Giuseppe Michele Masanotti^{1,2}, Fabrizio Stracci^{1,2}

¹Centro Operativo Regionale Umbro del Registro Nazionale dei Mesoteliomi (ReNaM), Dip. di Medicina Sperimentale, Sezione di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Perugia; ²Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dip. di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia

Obiettivi. Il Centro Operativo Regionale (COR) Umbria raccoglie tutti i casi di mesotelioma maligno (MM) relativi a soggetti residenti a partire dal 2003, con lo scopo di stimarne l'incidenza valutando l'eventuale esposizione ad amianto in ambito lavorativo ed extralavorativo.

Materiali e metodi. Sono stati considerati i casi di MM incidenti nel periodo 2003-2013 e calcolati i tassi standardizzati e le variazioni percentuali annue (APC) tramite analisi joinpoint. Le residenze dei soggetti sono state geo-referenziate ed è stato calcolato il rischio di insorgenza, in base all'esposizione professionale (certa, probabile e possibile) e ambientale mediante rapporti standardizzati di incidenza (SIR), intervalli di confidenza (IC) 95%. L'eventuale esposizione all'amianto è stata valutata tramite somministrazione del questionario ReNaM.

Risultati. 191 casi di MM registrati (156 maschi e 35 femmine; M/F, 4,5:1), con un'incidenza pari a 3.2 nei maschi e 0.6 nelle femmine. L'analisi joinpoint mostra una diminuzione nelle donne APC -8.4 (95% IC da -33.7 a 26.6) e un aumento nei maschi APC 5.8 (95% IC da -0.9 a 13.0), entrambe non significative. L'esposizione all'amianto, valutata per 113 casi, risulta professionale in 97 casi (92,8% maschi) e ambientale in 46. Quella professionale è più elevata nell'area sud-ovest della regione nei maschi (SIR 188.51 IC:141.34-251.42) e sud-est nelle femmine (SIR 136.96 IC:37.56-499.41); quella ambientale corrisponde per i due sessi all'area sud-ovest (M:SIR 172.64 IC:109.20-272.91; F:SIR 120.19 IC:40.87-353.39). I settori produttivi più colpiti sono l'industria siderurgica (46.4%), edilizia (22.7%), metalmeccanica (13.4%) e chimica (7.2%).

Conclusioni. L'attività del COR ha consentito di descrivere l'andamento epidemiologico della malattia e ha permesso di individuare aree ad alto rischio lavorativo e ambientale di esposizione, la cui distribuzione riflette la collocazione dei due maggiori poli industriali regionali, acciaierie ed officine meccaniche.

saba.petrucci@alice.it

60 CORSO FAD PER OPERATORI DEI REGISTRI TUMORI: STATO DELL'ARTE E CRITICITÀ

Maria Giovanna Burgio Lo Monaco¹, Danila Bruno², Annamaria Pezzarossi², Francesca Ferrari², Ivan Rashid¹ e Lucia Mangone²

¹Centro di Coordinamento Registro Tumori Puglia - UO Statistica ed Epidemiologia, IRCCS Oncologico Bari; ²Registro Tumori Reggiano, Servizio di Epidemiologia – AUSL Reggio Emilia

Obiettivi. Individuare le criticità del corso di formazione a distanza (FAD) AIRTUM dedicato agli operatori dei registri tumori (RT) e proporre possibili azioni di miglioramento.

Metodi. Sono stati contattati i 126 iscritti al corso FAD per l'anno 2015: a tutti è stato chiesto le motivazioni di accesso al corso, le criticità che hanno individuato nel percorso ed i limiti che ne hanno precluso il completamento.

Risultati. Dei 126 iscritti, 18 hanno concluso il corso FAD, 3 hanno richiesto esplicitamente l'attestato ECM. Dei rimanenti sono pervenute risposte molto dettagliate al nostro questionario da parte di 42 iscritti mentre è in corso la valutazione degli altri percorsi. In 12 casi si trattava di iscritti occasionali, in altri casi gli iscritti hanno avuto difficoltà legate ad impegni di lavoro. In merito al corso le risposte attualmente in esame mostrano alcune criticità tra le quali: difficoltà del test di ingresso, eccessivo numero di lezioni teoriche e lentezza o problematiche di natura tecnica. Sono state apportate modifiche al corso e contattate nuove associazioni per valutarne la fruibilità.

Conclusioni. Dai dati preliminari emerge un buon livello di soddisfazione per la tipologia del corso e la modalità di erogazione tuttavia sono state evidenziate criticità che verranno discusse in vista del prossimo corso FAD 2016 e dell'implementazione di corsi avanzati di registrazione.

vanna.burgio@oncologico.bari.it

61 ADERENZA AI PROTOCOLLI DI FOLLOW-UP DOPO TRATTAMENTO CHIRURGICO DI CARCINOMA MAMMARIO

Stefano Guzzinati¹, Manuel Zorzi¹, Sandro Tognazzo¹, Carmen Stocco¹, Susanna Baracco¹, Alberto Rosano¹, Daniele Monetti¹, Alessandra Greco¹, Enrico Orvieto², Massimo Rugge^{1,2}

¹Registro Tumori del Veneto, Padova; ²UOC di Anatomia Patologica, Azienda Ospedaliera di Padova

Obiettivi. Questo studio valuta l'aderenza al follow-up post-chirurgico delle pazienti operate per carcinoma infiltrante della mammella (C50).

Metodi. Sono stati considerati i casi di carcinoma mammario registrati in Veneto negli anni 2006-2009. È stata assunta come data di arruolamento quella di diagnosi/intervento chirurgico (se rilevato dalle SDO). Le informazioni sul follow-up (clinico e/o mammografico) sono state ottenute dalle SDO e dagli archivi della specialistica ambulatoriale (disponibili fino a fine 2014). Lo stato in vita è stato verificato fino a fine 2014. L'aderenza al follow-up è stata valutata per anno di incidenza, età, cittadinanza, modalità di diagnosi (screening, non-screening).

Risultati. Sono state considerate 4416 pazienti (follow-up mediano: 6 anni). La percentuale di pazienti aderenti al follow-up è stata: Il anno= 80.8%; VI anno= 75.6%; VIII anno= 73.3% (test per trend: $p < 0.0001$). L'aderenza al follow-up è stata maggiore nelle pazienti con diagnosi più recente (II anno: 78.8% vs. 81.7%; V anno: 77.4% vs. 80.9% rispettivamente per i casi del 2006 e del 2009). A 8 anni dalla diagnosi/terapia, l'aderenza ai protocolli di follow-up era maggiore in fascia d'età 50-59 anni (83.6%) e minore in età >80 anni (27.5%). Nella fascia di età 50-69 anni, l'aderenza al follow-up era superiore in pazienti con diagnosi posta in occasione di procedure di screening: Il anno= 89.9% vs. 84.1%; VIII anno= 85.9% vs. 74.7%). L'aderenza ai protocolli di follow-up è stata simile nelle pazienti nate in Italia o fuori confine.

Conclusioni. L'aderenza ai protocolli di follow-up post-terapia per carcinoma mammario decresce col passare degli anni dalla data di diagnosi/terapia. La più alta percentuale di non-aderenza è associata alle pazienti di età >80 anni, a 8 anni dalla diagnosi. I risultati ottenuti costituiscono indicatori utili alla programmazione e valutazione dei percorsi assistenziali.

manuel.zorzi@regione.veneto.it

63 IL TUMORE DELLA MAMMELLA IN PROVINCIA DI FOGGIA. DALL'ANALISI DEI DATI ALLA PROGRAMMAZIONE E VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ

Fernando Palma, Carla Cataneo, Fausto Giacomino, Maria Marinelli

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

Obiettivi. Scopo dello studio è analizzare i dati disponibili (ricoveri per mastectomia, dati di incidenza ricavati dall'attività del Registro Tumori, mortalità) ai fini della valutazione dei percorsi assistenziali ed adeguata programmazione di screening e attività delle Breast Unit.

Metodi. Per i residenti in Provincia di Foggia sono stati analizzati: i ricoveri per mastectomia avvenuti in strutture provinciali, nelle strutture delle altre province della Regione Puglia e nelle strutture extraregionali (anni 2003-2013); i dati di mortalità per tumore della mammella negli anni 2000-2011; i dati di incidenza 2006-2008 del tumore della mammella derivanti dall'attività della sezione Asl Foggia del Registro Tumori Puglia.

Risultati. Negli anni 2003-2013, i residenti in Provincia di Foggia sottoposti a mastectomia (totale e subtotale) sono stati 4.217 (4.152 donne, 65 uomini), il 77,9% in strutture ospedaliere della provincia di Foggia, 4,5% in strutture delle altre province della Regione Puglia, 17,6% in strutture extraregionali. Relativamente all'anno 2006-2008 sono oltre 1.100 i casi di tumore maligno della mammella presenti in incidenza nel Registro Tumori Provincia di Foggia. Negli anni 2000-2011 sono stati 1.118 i decessi di residenti in Provincia di Foggia per tumore della mammella. Parametri analizzati: età, sesso, residenza, struttura di ricovero, tipo di intervento.

Conclusioni. È evidente che le strutture ospedaliere della Provincia di Foggia riescono a coprire il fabbisogno di ricoveri per mastectomia dei residenti. L'analisi congiunta database SDO, Registro Tumori, Registro Mortalità, consente di avere preziose informazioni sui percorsi e setting assistenziali, molto importanti per una Asl come quella di Foggia, definita ad alta mobilità passiva extraregionale sia specialistica sia "frontaliera", e soprattutto è fondamentale per la programmazione, e la valutazione, degli interventi di prevenzione primaria e degli screening, e della attività delle Breast Unit.

fernando.palma@tiscali.it

62 VALIDITÀ DELLE DIAGNOSI DEI TUMORI DELLA MAMMELLA, DEL POLMONE E DEL COLON-RETTO: PROTOCOLLO DI UNA REVISIONE SISTEMATICA

Alessandro Montedori¹, Massimiliano Orso¹, Mario Fusco², Francesco Cozzolino¹, Paolo Eusebi¹, Paola Casucci³, Marcello De Giorgi³, Diego Serraino⁴, Fabrizio Stracci⁵, Iosief Abraha¹

¹Programmazione socio-sanitaria, Regione Umbria, Perugia; ²RT, ASL Napoli 3 Sud, Napoli; ³Servizio Informativo, Regione Umbria, Perugia; ⁴IRCCS Centro di Riferimento Oncologico di Aviano; ⁵RT Umbro di Popolazione

Obiettivi. I tumori della mammella, polmone e colon-retto costituiscono le neoplasie più diffuse nel mondo e la loro epidemiologia, gli esiti sanitari e gli indicatori di qualità possono essere studiati utilizzando i database amministrativi sanitari. Per costituire una fonte affidabile per la ricerca, tali database devono essere validati. L'obiettivo di questo protocollo è di effettuare la prima revisione sistematica degli studi relativi alla validazione dei codici ICD-9-CM e ICD-10-CM (International Classification of Diseases 9th Revision-Clinical Modification and 10th revision) per identificare le diagnosi dei tumori della mammella, polmone e colon-retto nei database amministrativi sanitari.

Metodi. Questo protocollo è stato sviluppato secondo le indicazioni del Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Protocol (PRISMA-P) 2015. Sarà effettuata una ricerca della letteratura in MEDLINE, EMBASE, Web of Science e The Cochrane Library. Saranno inclusi gli studi di validazione che utilizzano dati amministrativi per identificare le diagnosi dei tumori considerati, oppure gli studi che valutano la validità dei codici relativi a tali tumori nei database amministrativi. Criteri di inclusione utilizzati: (a) presenza della definizione di caso del reference standard; (b) presenza di almeno una misura di accuratezza diagnostica (es. sensibilità, specificità, valore predittivo positivo, etc.); (c) uso di dati provenienti da un database amministrativo. Due revisori estrarranno indipendentemente i dati tramite schede standardizzate e valuteranno la qualità degli studi inclusi usando la checklist STARD (Standards for Reporting of Diagnostic accuracy).

Risultati. I risultati di questo studio verranno sottoposti ad una rivista peer-reviewed per la pubblicazione.

Conclusioni. La validazione dei codici ICD-9-CM e ICD-10-CM per la diagnosi dei tumori considerati usando i database amministrativi sanitari può contribuire efficacemente alla ricerca sugli esiti sanitari.

iosief_a@yahoo.it

64 SPERIMENTAZIONE DI UN FLUSSO INFORMATIVO PER LA RACCOLTA DI DATI INERENTI L'ANATOMIA PATOLOGICA NELLA REGIONE SICILIA

Francesco Tisano¹, Ylenia Dinaro^{1,2}, Gina Enza Sciacca^{1,2}, Antonino Ziino Colanino¹, Angela Muni¹, Paoletta Aletta¹, Anselmo Madeddu¹, Maria Lia Contrino¹

¹Registro Tumori Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa; ²Registro Tumori Integrato di CT-ME-SR-EN, Dipartimento G.F. Ingrassia di Igiene e Sanità Pubblica dell'Università di Catania

Obiettivi. Gli archivi di Anatomia Patologica, insieme alle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e agli archivi di mortalità, costituiscono le fonti primarie utilizzate dai Registri Tumori per definire la propria casistica. A differenza dei flussi SDO e ReNCaM però nessun obbligo normativo impone alle Aziende Sanitarie la produzione di un flusso Anatomia Patologica. L'obiettivo è quindi l'implementazione di un flusso informativo atto a migliorare gli archivi di Anatomia Patologica dei RR. TT.

Metodi. Al fine di favorire la fruibilità dei dati per i RR. TT., la Regione Sicilia con D. D. G n. 979 del 22/05/2013 ha avviato presso l'ASP di Siracusa la sperimentazione di un flusso per la raccolta e informatizzazione dei dati contenuti nei referti dei Servizi di Anatomia Patologica. In fase di prima applicazione, i principali due laboratori di Anatomia Patologica operanti nella provincia di Siracusa, sono stati invitati a trasmettere i dati alla Direzione Generale dell'ASP 8 utilizzando un tracciato record opportunamente predisposto.

Risultati. Numerosi intoppi burocratici amministrativi hanno molto rallentato il processo di definizione del flusso. Rimossi detti ostacoli, nel corso del 2015 i due Servizi di Anatomia Patologica (1 pubblico e 1 privato) hanno fornito i dati inerenti i referti tumorali rispettivamente del periodo aprile-settembre e gennaio-ottobre 2015. L'ASP 8 di Siracusa, fatte le proprie verifiche di congruenza, ha quindi provveduto ad inviare il tracciato record all'Assessorato della Salute per una prima valutazione.

Conclusioni. Le istituzioni regionali in Sicilia mostrano un sempre maggior interesse per le finalità dei RR. TT., come palesato dalla LR n. 5/09 di estensione a tutto il territorio regionale della registrazione oncologica e dalla istituzione di un flusso di Anatomia Patologica che consentirà, a regime, ai Registri Tumori Siciliani di disporre dei referti AP tumorali dei propri residenti in maniera più semplice e tempestiva così come avviene per le SDO.

rtp@asp.sr.it

65 LA DIGITALIZZAZIONE DEL REGISTRO MESOTELIOMI EMILIA-ROMAGNA: RILEVAZIONE PRECOCE DI INCIDENZA ED ESPOSIZIONE AD AMIANTO

Antonio Romanelli¹, Lucia Mangone¹, Cinzia Storch¹, Orietta Sala², Claudio Sacchetti³

¹Registro Mesoteliomi COR ReNaM Emilia-Romagna, AUSL RE; ²ARPAE Emilia-Romagna, Sezione Provinciale RE; ³Servizio Interaziendale di Epidemiologia, AUSL/ASMN-IRCCS RE

Introduzione. Il Registro Mesoteliomi (ReM) Emilia-Romagna, attivo dal 1996, nel 2012 ha avviato la digitalizzazione degli oltre 2.200 fascicoli cartacei dell'archivio. Era inoltre emersa la necessità di dotarsi di un SW per l'informatizzazione del questionario di rilevazione dei dati espositivi. Obiettivi Miglioramento dell'informatizzazione ReM al fine di realizzare un registro "paper free" per ridurre i tempi di acquisizione dei casi incidenti e ottimizzare la raccolta e utilizzo dei dati acquisiti, compresi quelli espositivi.

Metodi. Partecipazione al Progetto CCM 24/2012di informatizzazione e sviluppo integrato dei COR ReNaM con predisposizione di un SW e di una piattaforma web per la raccolta dei dati da parte di 60 referenti regionali profilati.

Risultati. Dal luglio 2014 è operativa la piattaforma WEB e il SW per la raccolta informatizzata dei dati espositivi dei soggetti affetti da MM in Emilia-Romagna. Il supporto cartaceo è stato abbandonato e i dati sono inseriti via web dai referenti profilati. Sui 2.273 casi incidenti al 31/12/2015, il ReM ha già raccolto dati espositivi per 2.090 soggetti (91,9%), mentre l'incidenza del MM risulta in netto aumento passando dai 73 casi del 1996 ai 155 (+112,3%) del 2013 a incidenza definita. I 124 casi già raccolti nel 2014 e i 129 del 2015, con linkage di completezza in corso, non inducono a ritenere conclusa la fase di picco di questa patologia dalla peculiare lunga latenza, mediana di oltre 48 anni (cfr. V rapporto ReNaM). Un'esposizione ad amianto è stata individuata nel 77% dei soggetti intervistata ed è risultata di tipo: professionale 88,4%; familiare 7,2%; ambientale 2,9%; extra lavorativa 1,5%.

Conclusioni. L'adozione e diffusione di modalità informatizzate di acquisizione e archiviazione dei dati consente una raccolta precoce e in tempo reale dei dati raccolti, foriera di sviluppi positivi nella sorveglianza epidemiologica, regionale e nazionale, di una neoplasia con mediana di sopravvivenza ancora alquanto bassa.

antonio.romanelli@ausl.re.it

66 PROPOSTA DI MODELLO DI UN RT A SUPPORTO DI SCREENING E MORTALITÀ: ESPERIENZA DI BARI E CRITICITÀ RICONTRATE.

Deborah Fracchiolla¹, Giacomo Gravina¹, Domenico Carbonara², Carmen Perrone³, Donata Rizzelli³, Enrico Caputo³, Domenico Lagravinese³

¹Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Scuola/Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Bari Aldo Moro; ²Università degli Studi di Bari Aldo Moro; ³Dipartimento di Prevenzione-Asl Bari

Obiettivi. Il RT, le attività di screening e quelle connesse alla mortalità fanno tutte capo all'ASL. Il RT Bari è istituito con D. D. G. n.1212 del 22/06/2011 da una coordinazione tra l'U. O. di Statistica ed Epidemiologia e il DP dell'ASL. Il Registro Nominativo delle cause di morte(RENCAM) è attivo in dal 1998 ed è riconosciuto dalla LR n.34 del 15/12/2008. In Puglia, in seguito all'avvio del PRP 2005-2007, da Luglio 2007 è stata avviata la chiamata attiva per lo screening del tumore alla cervice e alla mammella mentre quello per il cancro del colon retto è stato avviato a partire dal 2012. Il nostro obiettivo è di descrivere il modello applicato dall'ASL BA per assolvere a questi compiti, tenendo conto delle risorse a sua disposizione.

Materiali e metodi. Attualmente, la forza lavoro in seno al RT Bari è formata da un dirigente medico (che si occupa anche delle attività connesse allo screening e alla mortalità), 2 dipendenti (che si occupano del recupero cartelle) e 2 medici specializzandi che, in virtù dell'intesa tra il DIMO del Policlinico di Bari e l'ASL, si occupano della codifica. Per lo screening il personale dedicato, ridotto rispetto alle dotazioni organiche stabilite dalla Regione e in parte a tempo determinato, è formato presso il DIMO del Policlinico. Per la mortalità il personale dedicato, sufficiente numericamente ma non dedicato in modo esclusivo, include anche un operatore dell'OER Puglia, che ha sede presso il DIMO.

Risultati. Data l'importanza nell'ambito della programmazione sanitaria di questi 3 servizi, l'ASL Bari ha avviato alla scarsità delle risorse disponibili in modo esclusivo attuando una collaborazione con il DIMO del Policlinico di Bari. Tale collaborazione va avanti da diversi anni ed è ormai collaudata in termini di affidabilità e preparazione.

Conclusioni. È auspicabile una implementazione delle tre attività, anche in ambito di personale dedicato, così che queste non vengano più viste come corollario ma come protagoniste della programmazione sanitaria locale.

defracchiolla@gmail.com

67 COORDINAMENTO REGIONALE REGISTRI TUMORI DELLA REGIONE CALABRIA: STATO DELL'ARTE

Anna Giorno¹, Maria Beatrice Grasso², Giovanni Pino Greco³, Carmine La Greca⁴, Lucia Mangone⁵, Francesco Nicolace⁶, Antonella Sutura Sardo⁷, Filomena Zappia⁸

¹ASP CS; ²ASP Vibo Valentia; ³Assessorato Regionale tutela dell'ambiente; ⁴ASP Crotona; ⁵AIRTUM; ⁶Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente della Calabria; ⁷ASP Catanzaro; ⁸ASP Reggio Calabria

Obiettivi. Descrivere lo stato dell'arte dei Registri Tumori della Regione Calabria che, con la legge 02/2016, ha istituito un Registro Tumori di popolazione Regionale.

Materiali e Metodi. Il RT regionale è costituito dalle 3 aree già presenti in regione: Catanzaro-Vibo Valentia, Cosenza-Crotone e Reggio Calabria e prevede, nel Centro di Coordinamento, anche un rappresentante AIRTUM. È stata condotta un'analisi approfondita del contesto regionale individuando le criticità esistenti e proponendo possibili azioni di miglioramento.

Risultati. Le criticità più evidenti sono rappresentate da: a) scarsa disponibilità dei flussi informativi (soprattutto Anatomia Patologica e SDO); b) alta mobilità oncologica extraregionale; c) carenza di personale formato e dedicato. Per tutte queste criticità il centro di coordinamento ha proposto alcune possibili azioni migliorative: coinvolgimento dell'Assessorato Regionale tutela dell'ambiente per uniformare i software gestionali, stipula di convenzioni con le altre Regioni italiane per recuperare casi superando il problema della privacy, individuazione e stabilizzazione di personale dedicato alla registrazione e codifica e proposta di un corso di formazione residenziale dedicato agli operatori dei RT della regione Calabria.

Conclusioni. La regione Calabria, al pari della altre regioni italiane, risente delle criticità legate alla non omogeneità dei flussi informativi ed alla mancanza di personale dedicato: il coinvolgimento dei RT esistenti, degli assessorati, dell'ARPA e dell'AIRTUM dovrebbe servire a superare le criticità per arrivare in tempi brevi all'accreditamento di tutti i RT esistenti.

registrotumori@asp.crotone.it

68 USO DEL REGISTRO DIABETE PER MONITORARE LA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE DI TIPO 2 NELLA PROVINCIA DI REGGIO EMILIA

Paola Ballotari^{1,2}, Anna Pezzarossi^{1,2}, Valeria Manicardi³, Marina Greci⁴, Fabio Pignatti⁴, Paolo Giorgi Rossi^{1,2}

¹Servizio Interaziendale di Epidemiologia, AUSL Reggio Emilia; ²IRCCS-Arcispedale S. Maria-Nuova, Reggio Emilia; ³Dipartimento di Medicina Interna, Ospedale di Montecchio, AUSL di Reggio Emilia; ⁴Dipartimento Cure Primarie, AUSL di Reggio Emilia

Obiettivi. Descrivere l'uso di un registro di patologia (il diabete), affine per costruzione e scopi al registro tumori, quale strumento per valutare le differenze tra distretti nell'implementazione di un percorso di cura condiviso tra MMG e livello specialistico, confrontabile con percorsi di follow up dei pazienti oncologici a basso rischio.

Metodi. Il registro diabete è in grado di identificare i casi incidenti e prevalenti, di definire il tipo di diabete e di associare al tipo di diabete 2 (DM2) il modello di cura adottato. Per i soggetti a basso rischio (non complicati, con compenso glicemico stabile e che non assumono insulina rapida) le linee guida prevedono la Gestione Integrata (GI) tra MMG e servizi diabetologici. Per i DM2 prevalenti al 31.12.2013 in GI almeno da un anno, per distretto di residenza sono state calcolate le % di coloro che non soddisfano i criteri di basso rischio e i principali indicatori di processo: (i) la % di GI con almeno una visita al Servizio Diabetologico nel corso del 2012-2013 e (ii) la % di GI con almeno 2 misurazioni di HbA1c nel 2013.

Risultati. Dei 28.413 DM2, il 27,4% (7.787) è in GI, con range tra i distretti tra 54,0% e 17,7%. Nel sottogruppo dei GI dal 2012 (7.280), il 3,0% assume insulina rapida (range 1,5% - 7,6%); il 2,6% ha un ricovero per complicanze severe (range 1,6% - 3,4%); il 16,9% ha valori glicemici scompensati (HbA1c >= 8%), (range 8,9% - 25,0%). L'82,0% ha almeno 1 visita tra il 2012 e il 2013 (range 68,1% - 97,1%) e il 59,7% ha almeno 2 HbA1c (range 40,3% - 80,1%).

Conclusioni. Il registro diabete, nato sul modello organizzativo del locale registro tumori, produce dati sul follow up dei pazienti diabetici, misurando l'adesione ai criteri di definizione del rischio e la performance, tramite indicatori di processo e di esito. Un analogo uso potrebbe essere implementato nel registro tumori per individuare le migliori integrazioni tra MMG e specialisti ospedalieri.

paola.ballotari@ausl.re.it

69 STATO DI AVANZAMENTO DELL'ATTIVITA' DEL REGISTRO TUMORI DELL'ASL BARI

Giacomo Gravina¹, Deborah Fracchiolla¹, Domenico Carbonara², Carmen Perrone³, Donata Rizzelli³, Enrico Caputo³, Domenico Lagravinese³

¹Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari Aldo Moro; ²Università degli Studi di Bari Aldo Moro; ³Dipartimento di Prevenzione, ASL Bari

Obiettivi. Il DGR 1500/2008 istituisce il Registro Tumori (RT) Puglia, costituito da un centro di coordinamento con sede presso l'IRCCS Oncologico di Bari e da sei sezioni periferiche, una per ogni ASL pugliese. Il primo assicura supporto metodologico e informativo alle sezioni periferiche. Queste ultime sono addette alla rilevazione, codifica e registrazione dei casi incidenti, utilizzando procedure standardizzate ed omogenee in linea con i riferimenti dettati dagli enti di accreditamento nazionali e internazionali. Il RT dell'ASL Bari nasce con DDG n. 1212 del 22/06/2011, da un processo coordinato tra l'Unità Operativa di Statistica ed Epidemiologia e il Dipartimento di Prevenzione della stessa ASL. Obiettivo è descrivere lo stato di avanzamento dell'attività di codesto registro.

Materiali e metodi. L'attività del RT Bari riguarda il triennio 2006-2008 e ha come popolazione di riferimento quella dei residenti nei comuni di Bari, Bitetto, Bitritto e Modugno, pari al momento della sua istituzione a 385.570 abitanti (campione rappresentativo secondo le regole AIRTUM). I flussi informativi di questa popolazione sono stati incrociati utilizzando il software gestionale AIRTUM.

Risultati. La casistica generata, pari a 4.414 casi per il 2006 e a 4.710 casi per il 2007, è stata interamente analizzata dagli operatori del RT Bari, mentre dei 4.494 casi del 2008 ne sono stati analizzati 3.345 (74,4%). Considerando quelli già analizzati, 59 casi del 2006 (1,3%), 495 del 2007 (10,5%) e 917 del 2008 (27,4%) necessitano di un ulteriore approfondimento tramite consultazione in chiaro di cartelle cliniche, certificati di decesso, documentazione di invalidità civile ed altri flussi informativi accessori.

Conclusioni. Perché il RT Bari possa richiedere l'accreditamento AIRTUM è necessario un ulteriore impegno, in termini di risorse umane ed economiche, rivolto al completamento dell'analisi della casistica e al recupero del materiale utile alla chiusura e validazione dei casi da approfondire.

giacomogravina78@gmail.com

70 VALIDAZIONE DEI CODICI ICD-9-CM PER I TUMORI DELLA MAMMELLA, POLMONE E COLON-RETTO: PROTOCOLLO DI ACCURATEZZA DIAGNOSTICA

Iosief Abraha¹, Massimiliano Orso¹, Mario Fusco², Francesco Cozzolino¹, Paola Casucci³, David Franchini³, Marcello De Giorgi³, Diego Serraino⁴, Fabrizio Stracci⁵, Alessandro Montedori¹

¹Programmazione socio-sanitaria, Regione Umbria; ²RT, ASL Napoli 3 Sud; ³Servizio Informativo, Regione Umbria; ⁴IRCCS Centro di Riferimento Oncologico di Aviano; ⁵RT Umbro di Popolazione

Obiettivi. I database amministrativi sanitari sono strumenti utili per studiare gli esiti sanitari e monitorare lo stato di salute di una popolazione. I pazienti affetti da tumore possono essere identificati attraverso uno specifico codice di malattia, prescrizioni e richieste mediche, ma è necessaria una precedente validazione per un'accurata definizione di caso. L'obiettivo di questo protocollo è di valutare l'accuratezza dei codici ICD-9-CM (International Classification of Diseases 9th Revision-Clinical Modification) per i tumori della mammella, polmone e colon-retto nell'identificare i pazienti diagnosticati avere la relativa patologia, in tre database amministrativi italiani.

Metodi. I dati considerati saranno quelli dei database amministrativi della Regione Umbria, dell'ASL Napoli 3 sud e della Regione Friuli-Venezia Giulia. In ciascun database, i pazienti con una prima diagnosi dei tumori suddetti tra il 2012 e il 2014 verranno identificati usando i rispettivi gruppi di codici ICD-9-CM in posizione primaria. Saranno considerati solo i casi incidenti, verranno cioè esclusi i casi aventi la stessa diagnosi nei cinque anni precedenti (2007-2011). Campioni casuali di casi e non-casi saranno selezionati da ogni database e le corrispondenti cartelle cliniche saranno esaminate indipendentemente da coppie di revisori formati. L'accertamento del caso nelle cartelle cliniche sarà basato su (a) la presenza di una lesione nodulare primaria, documentata con imaging o endoscopia e (b) una documentazione citologica o istologica di tumore da un sito primario o metastatico. Saranno calcolate sensibilità e specificità con l'intervallo di confidenza del 95%.

Risultati. I risultati di questo studio verranno sottoposti ad una rivista peer-reviewed per la pubblicazione.

Conclusioni. I database amministrativi così validati potranno essere utilizzati per la ricerca sugli esiti sanitari, tra cui la farmacoepidemiologia, la ricerca sui servizi sanitari e sulla qualità delle cure.

iosief_a@yahoo.it

Abstract n. 6
NET AIRTUM Working Group

M Autelitano (*Registro tumori Milano*), S Mannino (*Registro tumori Cremona*), RA Filiberti (*Registro tumori Provincia di Genova*), E Borciani (*Registro tumori Piacenza*), C Buzzoni (*Banca Dati AIRTUM*), G Candela (*Registro tumori Provincia di Trapani*), L Cavalieri D'oro (*Registro Tumori ASL Monza e Brianza*), V Coviello (*Registro Tumori della ASL Barletta-Andria-Trani*), Al Caiazzo (*Registro tumori della Provincia di Salerno*), A Barchielli (*Registro tumori Regione Toscana*), E Crocetti (*Segretario nazionale AIRTUM*), R Cusimano (*Registro tumori provincia di Palermo*), M Rugge (*Registro tumori del Veneto*), F Falcini (*Registro tumori della Romagna*), S Ferretti (*Registro tumori della Provincia di Ferrara*), M Fusco (*Registro tumori di popolazione Regione Campania*), V Gennaro (*Registro mesoteliomi Liguria*), A Giacomini (*Registro tumori Piemonte, Provincia di Biella*), G Gola (*Registro tumori della Provincia di Como*), F Stracci (*Registro tumori umbro di popolazione*), A Madeddu (*Registro tumori di Siracusa*), M Magoni (*Registro tumori ASL di Brescia*), L Mangone (*Registro tumori Reggiano, ASMN-IRCCS*), M Spagnoli (*Registro tumori Modena*), S Maspero (*Registro tumori della Provincia di Sondrio*), G Mazzoleni (*Registro tumori dell'Alto Adige-Tumorregister Südtirol*), A Melcarne (*Registro tumori Lecce*), F Merletti (*Registro dei tumori infantili del Piemonte*), M Michiara (*Registro tumori della Provincia di Parma*), S Minerba (*Registro tumori Taranto*), F Pannoizzo (*Registro tumori della Provincia di Latina*), S Piffer (*Registro tumori della Provincia di Trento*), F Quarta (*Registro tumori Lecce*), P Ricci (*Registro tumori Mantova*), A Russo (*Registro tumori della ASL Milano*), G Sampietro (*Registro tumori della Provincia di Bergamo*), S Sciacca (*Registro tumori Messina-Catania*), F Sensi (*Registro tumori della Provincia di Sassari*), D Serrano (*Registro tumori del Friuli Venezia Giulia*), A Sutura Sardo (*Registro tumori Catanzaro*), G Tagliabue (*Registro tumori Lombardia, Provincia di Varese*), F Tisano (*Registro tumori di Siracusa*), A Traina (*Registro tumori della Mammella di Palermo*), R Tumino (*Registro tumori ASP Ragusa*), M Usala (*Registro tumori Nuoro*), F Vitale (*Registro tumori provincia di Palermo*), S Vitarelli (*Registro tumori di Macerata*)

Abstract nn. 11, 15, 24, 56
Gruppo di lavoro Registro Tumori Puglia

Giorgio Assennato¹, Lucia Bisceglia^{2,3}, Danila Bruno³, Vanna Burgio Lo Monaco³, Antonio Chieti³, Pietro Milella³, Anna Maria Nannavecchia³, Ivan Rashid³, Cinzia Tanzarella³, Enrico Caputo⁴, Domenico Carbonara⁴, Deborah Fracchiolla⁴, Giacomo Gravina⁴, Carmen Perrone⁴, Donata Rizzelli⁴, Angela Calabrese⁵, Grazia Antonella Cannone⁵, Vincenzo Coviello⁵, Francesco Cuccaro⁵, Maria Di Lorenzo⁵, Angela Pinto⁵, Maria Elena Vitali⁵, Antonino Ardizzone⁶, Emma Cosi⁶, Lucia Elena De Lorenzis⁶, Fernanda Lucia Lotti⁶, Maria Carmela Pagliara⁶, Giuseppe Spagnolo⁶, Carla Cataneo⁷, Maria Marinelli⁷, Fernando Palma⁷, Costanza Arciprete⁸, Maria Grazia Golizia⁸, Anna Melcarne⁸, Fabrizio Quarta⁸, Simona Carone⁹, Claudia Galluzzo⁹, Antonia Mincuzzi⁹, Sante Minerba⁹, Margherita Tanzarella⁹

¹ARPA Puglia; ²AReS Puglia; ³Centro di Coordinamento RT Puglia - UOSE IRCCS Oncologico Bari; ⁴RT Puglia Sezione ASL Bari; ⁵RT Puglia Sezione ASL BT; ⁶RT Puglia Sezione ASL Brindisi; ⁷RT Puglia Sezione ASL Foggia; ⁸RT Puglia Sezione ASL Lecce; ⁹RT Puglia Sezione ASL Taranto

Abstract n. 17
Emilia-Romagna screening tumore coloretale Working Group

Paolo Sgargi, Claudio Fattibene, Paolo Orsi, Romano Sassatelli, Luisa Paterlini, Cinzia Campari, Claudio Sacchetti, Claudia Cirilli, Rossella Corradini, Caterina Palmonari, Omero Triossi, Monica Serafini, Mauro Palazzi, Debora Canuti, Mauro Giovanardi, Coralba Casale, Priscilla Sassoli de Bianchi, Carlo Naldoni

Abstract n. 18
LUME Working Group

Annalisa Trama¹, Laura Botta¹, Gemma Gatta¹, Roberto Foschi¹, Riccardo Capocaccia¹, Valerio Gennaro², Lucia Benfatto², Cecilia Francesca Lando², Carolina Mensi², Barbara Dallari³, Dario Consonni³, Enzo Merler⁴, Vittoria Bressan⁴, Dario Mirabelli⁵, Manuela Gangemi⁵, Carol Brentisci⁵, Antonella Stura⁵, Antonio Romanelli⁶, Elisabetta Chellini⁷, Francesca Battistini⁷, Mario Cocchioni⁸, Cristiana Pascucci⁸, Fabrizio Stracci⁹, Maria Saba Petrucci⁹, Valeria Ascoli¹⁰, Italo Francesco Angelillo¹¹, Daniela Feola¹¹, Francesco Napolitano¹¹, Rosario Tumino¹², Giovanna Tagliabue¹³, Paolo Contiero¹³, Gemma Gola¹⁴, Mariangela Corti¹⁴, Anna Clara Fanetti¹⁵, Adele Caldarella¹⁶, Salvatore Sciacca¹⁷, Francesca Bella¹⁷, Antonio Ziino¹⁷, Rosanna Cusimano^{18,30}, Rosalba Amodio¹⁸, Roberto Piro¹⁹, Paola Candela²⁰, Tiziana Scuderi²⁰, Graziella Frasca²¹, Maria Concetta Giurdanella²¹, Cinzia Storch²², Lucia Mangone²², Massimo Vicentini²², Maria Michiara²³, Anita Rimanti²³, Paolo Sgargi²³, Fabio Falcini²⁴, Orietta Giuliani²⁴, Rosa Vattiatto²⁴, Francesco Forastiere²⁵, Elisa Romeo²⁵, Mario Fusco²⁶, Maria Francesca Vitale²⁶, Silvano Piffer²⁷, Roberto Vito Rizzello²⁷, Roberta De Angelis²⁸, Sandra Mallone²⁸, Marcello Tiseo²⁹, Anna Maria De Giorgi²⁹, Claudia Cirilli³¹, Marcello Tiseo³², Maria Chiara Garassino³³, Diego Signorelli³³, Claudia Proto³³

¹S.S.D. Epidemiologia Valutativa, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, Italia; ²IRCCS

San Martino, IST - Genova; Registro Mesoteliomi, Liguria, Italia; ³Registro Mesoteliomi, Lombardia, Italia; ⁴Registro Regionale Veneto dei Casi di Mesotelioma, Italia; ⁵Registro dei Mesoteliomi, Piemonte, Italia; ⁶Registro Mesoteliomi, Emilia-Romagna, Italia; ⁷Centro Operativo Regionale Mesoteliomi della Toscana, Italia; ⁸Registro Mesoteliomi, Marche, Italia; ⁹Registro Mesoteliomi, Umbria, Italia; ¹⁰Il Dipartimento di Scienze Radiologiche, Oncologiche ed Anatomo Patologiche, Università della Sapienza, Roma, Italia; ¹¹Registro Mesoteliomi, Campania, Italia; ¹²Centro Operativo Regionale della Sicilia, Italia; ¹³Registro tumori della Lombardia - Varese; Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori; Milano, Italia; ¹⁴Registro tumori della Provincia di Como, Italia; ¹⁵Registro tumori della Provincia di Sondrio, Italia; ¹⁶Registro Tumori della Regione Toscana, Italia; ¹⁷Registro Tumori Integrato Catania-Messina-Siracusa-Enna, Italia; ¹⁸Registro tumori di Palermo e Provincia, Italia; ¹⁹U.O. Pneumologia ASMNIRCCS, Reggio Emilia, Italia; ²⁰Registro tumori della Provincia di Trapani, Italia; ²¹Registro tumori di Ragusa ASP Ragusa, Italia; ²²Servizio Interaziendale di Epidemiologia, Azienda Unità Sanitaria Locale, Reggio Emilia, Italia e Arcispedale Santa Maria Nuova - IRCCS, Reggio Emilia, Italia; ²³Registro tumori di Parma, Italia; ²⁴Registro tumori della Romagna, Italia; ²⁵Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale, Regione Lazio, Italia; ²⁶Registro tumori della Campania, c/o ASL Napoli 3 Sud, Italia; ²⁷Registro tumori di Trento, Italia; ²⁸Istituto Superiore di Sanità, Roma, Italia; ²⁹Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Parma, Italia; ³⁰Azienda Provinciale Sanitaria di Palermo, Italia; ³¹Registro tumori della provincia di Modena, Italia; ³²Ospedale Universitario di Parma, Reparto di Oncologia medica, Italia; ³³S.S. Oncologia Medica Toraco Polmonare, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, Italia

Abstract n. 20
Study Working Group

Alessandro Barchielli (*Registro Tumori Toscano*), Gianfranco Manneschi (*Registro Tumori Toscano*), Giuseppina Candela (*Registro Tumori di Trapani*), Tiziana Scuderi (*Registro Tumori di Trapani*), Rosario Tumino (*Registro Tumori di Ragusa*), Claudia Cirilli (*Registro Tumori di Modena*), Fabio Falcini (*Registro Tumori Romagna*), Alessandra Ravaioli (*Registro Tumori Romagna*), Mario Fusco (*Registro Tumori di Napoli*), Fabrizio Stracci (*Registro Tumori dell'Umbria*), Rosanna Cusimano (*Registro Tumori di Palermo*), Lucia Mangone (*Registro Tumori di Reggio Emilia*), Enza Di Felice (*Registro Tumori di Reggio Emilia*), Adriano Giacomini (*Registro Tumori delle Province di Biella e Vercelli*), Fabio Pannoizzo (*Registro Tumori di Latina*), Rosaria Cesaraccio (*Registro Tumori di Sassari*)

Abstract nn. 25, 29
Airtum Working Group

www.registri-tumori.it