

***XX Riunione Scientifica Annuale AIRTUM
Reggio Emilia, 13 Aprile 1016***

I Registri Tumori un patrimonio per la Sanità Pubblica e la Ricerca in Oncologia

Carmine Pinto

Presidente Nazionale AIOM

***Oncologia Medica - Clinical Cancer Centre
IRCCS-Arcispedale S.Maria Nuova, Reggio Emilia***

I quesiti per la sanità pubblica

- Quante le *nuove diagnosi* e quanti i *decessi* per tumore
- Quale il *volume* delle diverse patologia neoplastiche
- Quanti i “*lungo-sopravvivent*” ed i “*guariti*” da tumore
- Quale l’impatto sulla sopravvivenza delle attuali *strategie di controllo* dei tumori
- Quale programmazione sanitaria e quale impegno delle risorse (definizione dei “*fabbisogni*”)
- Quale l’impatto e quali misure di controllo per *problematiche espositive e ambientali*

I quesiti per la ricerca

- Quali *fattori di rischio* (genetici, molecolari, ambientali, professionali, da stili di vita)
- Quali *differenze epidemiologiche ed evoluzione* per definiti setting di patologia neoplastica
- Quale correlazione tra epidemiologia descrittiva ed *epidemiologia molecolare*
- Quale *effectiveness* con l'introduzione di nuove "cure"
- Quale *rappporto costo/efficacia* nelle strategie di controllo

Quale impatto dei tumori per la sanità pubblica



- **363.000** nuovi casi di tumore diagnosticati
- Approssimativamente 1.000 nuovi casi diagnosticati al giorno
- **177.000** decessi per tumore (ISTAT 2013)
- Seconda causa di morte (30% di tutti i decessi)
- **Sopravvivenza globale a 5 anni migliorata del 18%** (dal 39% nel 1990-1992 al 57% nel 2005-2007)

Le informazioni per la sanità pubblica



Quali ?



Quanti ?



Come ?

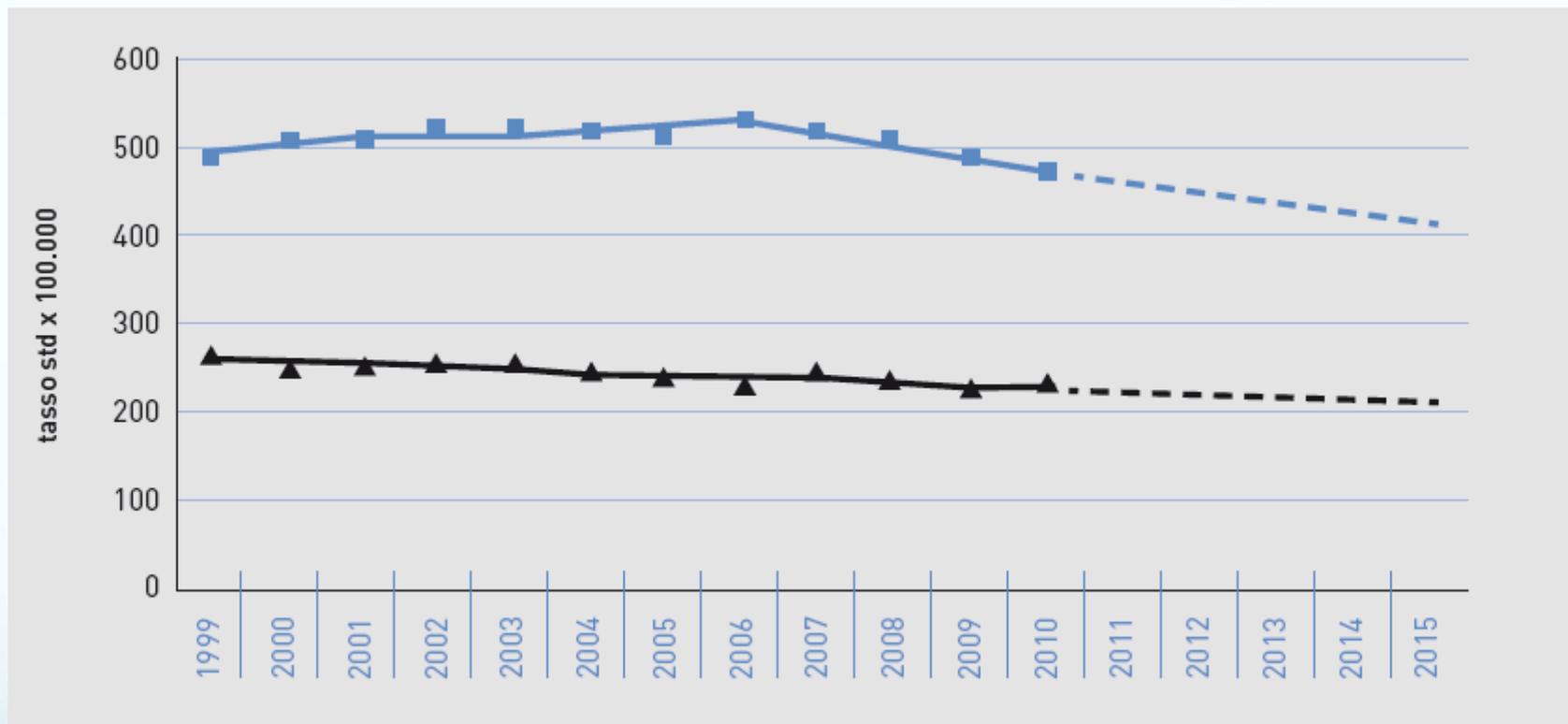
Numero nuovi casi di tumore per sede

Sede	Maschi	Femmine	Totale
Colon-retto	29.100	22.800	
Mammella	300	47.900	
Polmone	29.400	11.700	
Prostata	35.200	-	
Vescica	21.100	4.900	26.000
Stomaco	8.200	5.500	13.700
Pancreas	5.900	6.600	12.500
Melanoma	5.900	5.400	11.300

Numero decessi per tumore

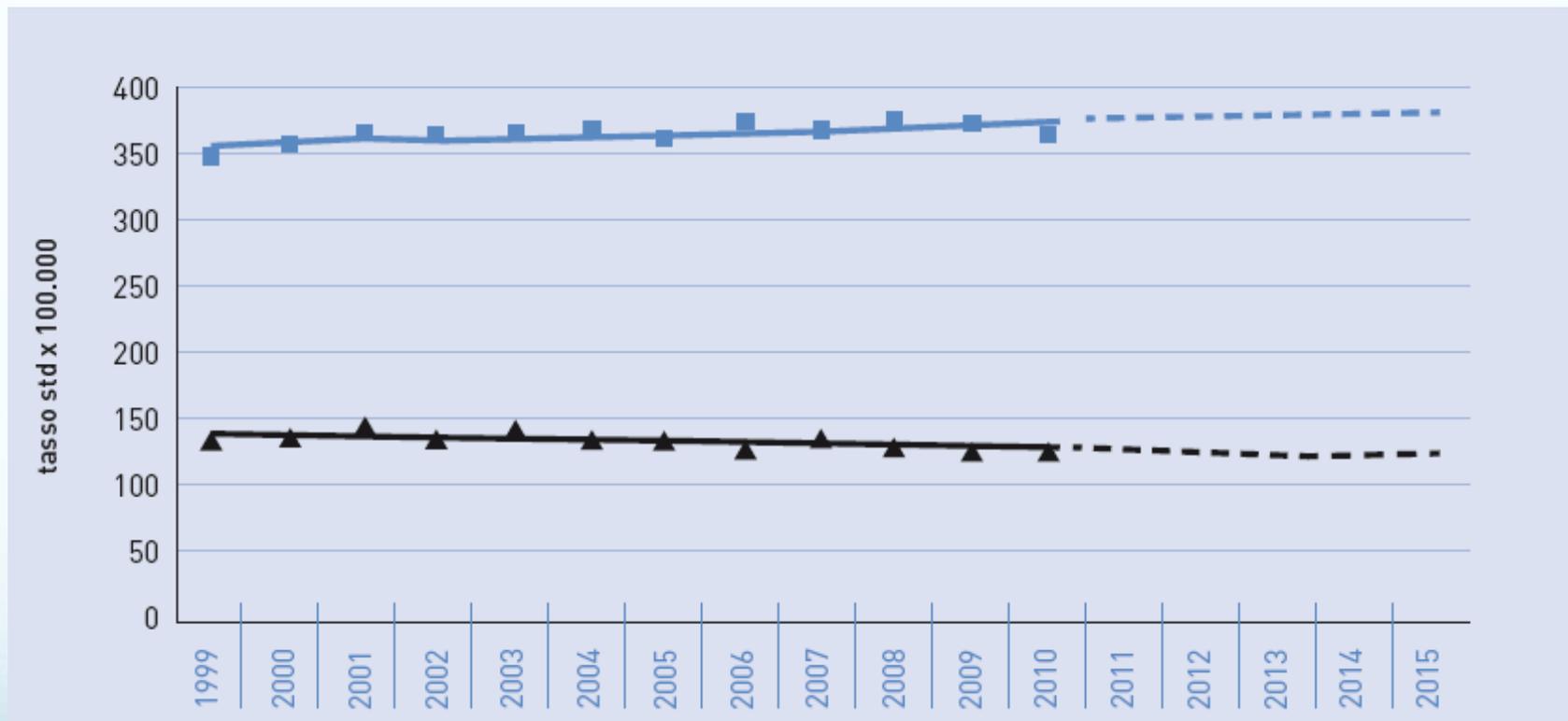
Sede	Maschi	Femmine	Totale
Polmone	24.885	8.653	
Colon-retto	10.406	8.796	
Mammella	133	12.404	
Pancreas	5.154	5.568	
Stomaco	5.811	4.189	
Prostata	7.282	-	7.282
Vescica	4.475	1.252	5.727
Melanoma	1.080	801	1.881

Andamento dell'incidenza e della mortalità per tutti i tumori negli uomini



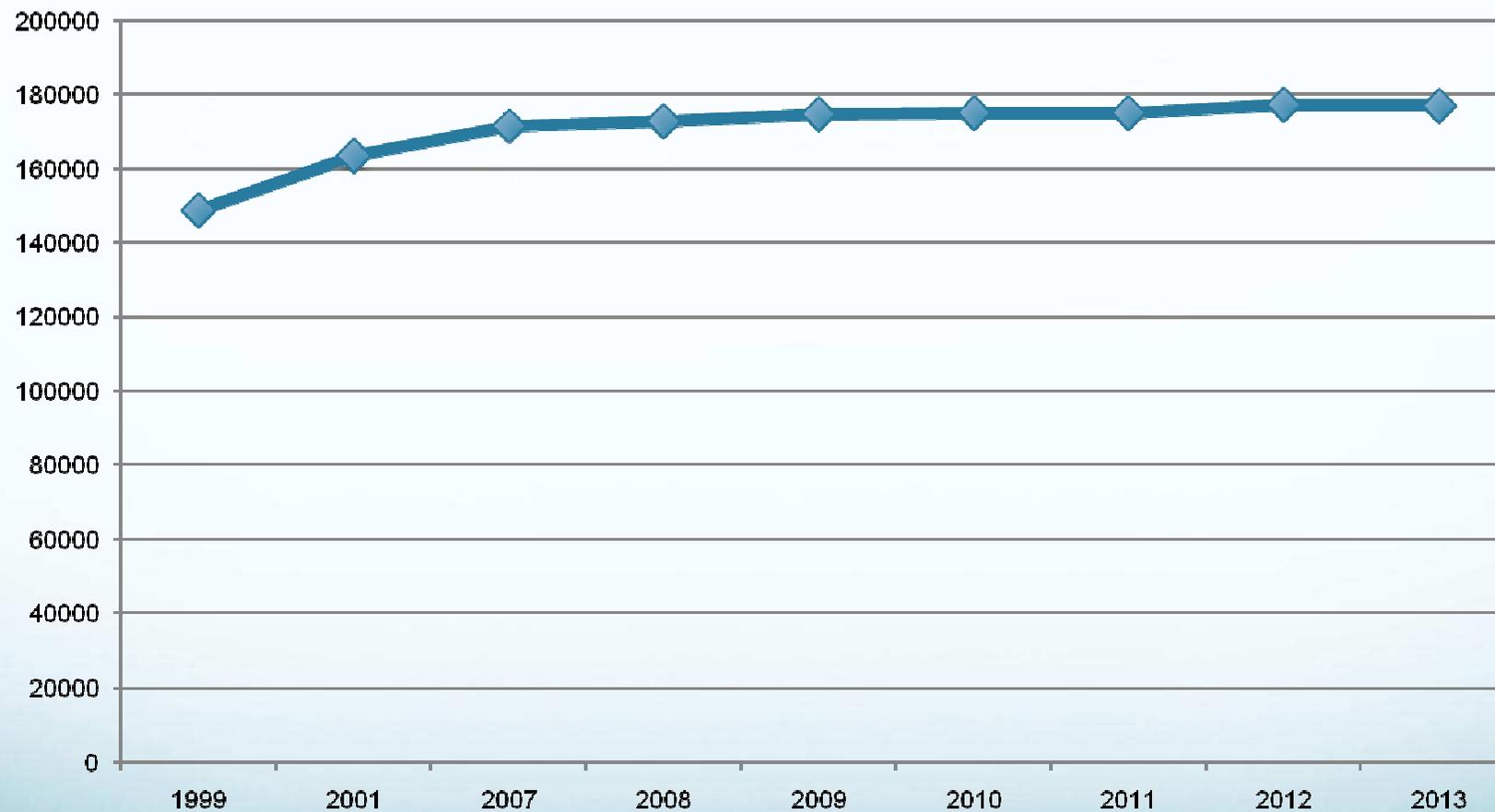
- Riduzione dell'incidenza del complesso dei tumori -2.8%
- Riduzione della mortalità -1.3% per anno

Andamento dell'incidenza e della mortalità per tutti i tumori nelle donne



- Lieve aumento dell'incidenza del complesso dei tumori
- Riduzione della mortalità -0.8% per anno

Numero di decessi per tumore in Italia



Dati ISTAT 1999-2013

Andamento della sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi

	1990-92	2005-07	Variazione
Uomini	39%	57%	
Donne	53%	63%	

Andamento della sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi negli uomini

	1990-92 (%)	2005-07 (%)	Variazione (%)
Stomaco	25	34	+9
Colon-retto	50	64	+14
Pancreas	4	7	
Polmone	10	14	+4
Melanoma	70	84	+14
Prostata	62	91	
Rene	58	69	+11
Vescica	72	80	+8

Andamento della sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi nelle donne

	1990-92 (%)	2005-07 (%)	Variazione (%)
Stomaco	32	36	+4
Colon-retto	51	63	
Pancreas	6	9	
Polmone	12	18	+6
Melanoma	83	89	+6
Mammella	78	87	+9
Rene	64	73	+9
Vescica	74	80	+6
Ovaio	33	37	+4

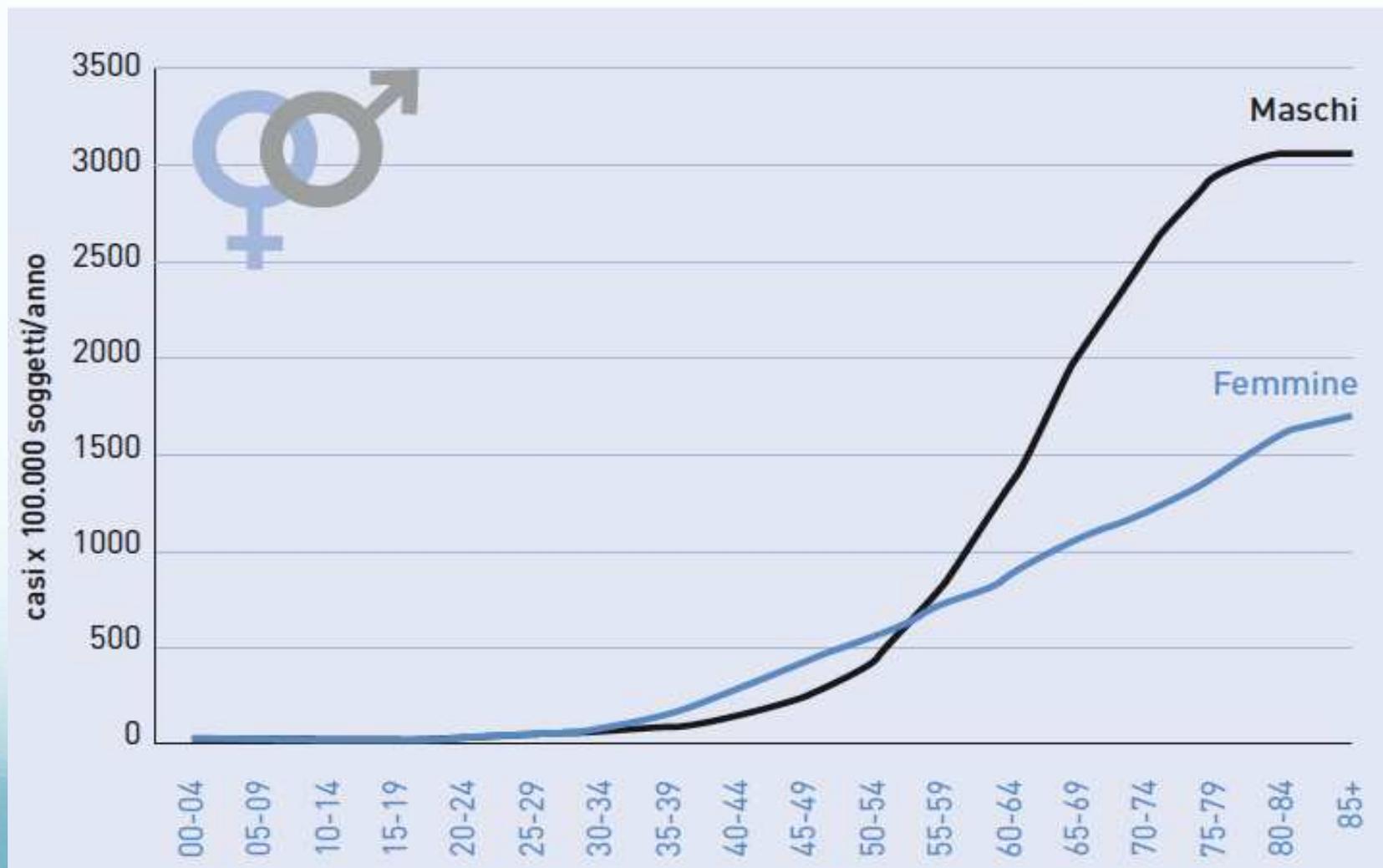
Sopravvivenza a 5 anni in Italia ed in Europa (2000-2007)

Tumore	Europa	Italia	Italia vs. Europa
Esofago	12,4 (12,2-12,6)	11,7 (10,7-12,8)	=
Stomaco	25,1 (24,8-25,4)	32,4 (31,7-33,0)	↑
Fegato	11,7 (11,5-11,8)	16,1 (15,5-16,8)	↑
Pancreas	6,9 (6,8-7,0)	7,2 (6,7-7,7)	=
Colon	57,0 (56,8-57,3)	60,8 (60,4-61,3)	↑
Retto	55,8 (55,5-56,1)	58,3 (57,6-59,0)	↑
Polmone	13,0 (12,9-13,1)	14,3 (14,0-14,6)	↑
Pleura	7,2 (6,9-7,5)	7,2 (6,0-8,4)	=
Melanoma	83,2 (82,9-83,6)	85,4 (84,7-86,1)	↑
Mammella femminile	81,8 (81,6-82,0)	85,5 (85,1-85,8)	↑
Ovaio	37,6 (37,1-38,0)	38,1 (37,2-39,1)	=
Prostata	83,4 (83,1-83,6)	88,6 (88,1-89,0)	↑
Rene	60,6 (60,2-61,0)	67,1 (66,4-67,9)	↑
Linfoma non-Hodgkin	59,4 (59,0-59,7)	61,6 (61,0-62,3)	↑

Sopravvivenza a 5 anni nel 2005-2009 in Europa

Sede	Italia (%)	Francia (%)	Germania (%)	Spagna (%)	UK (%)
Stomaco		27,7	31,6	27,3	18,5
Colon		59,8	64,6	59,3	53,8
Retto		56,8	62,1	57,6	56,6
Fegato		14,4	14,4	15,8	9,3
Polmone		13,6	16,2	12,6	9,6
Mammella		86,9	85,3	83,7	81,1
Prostata		90,5	91,2	87,1	83,2

Incidenza dei tumori e invecchiamento della popolazione

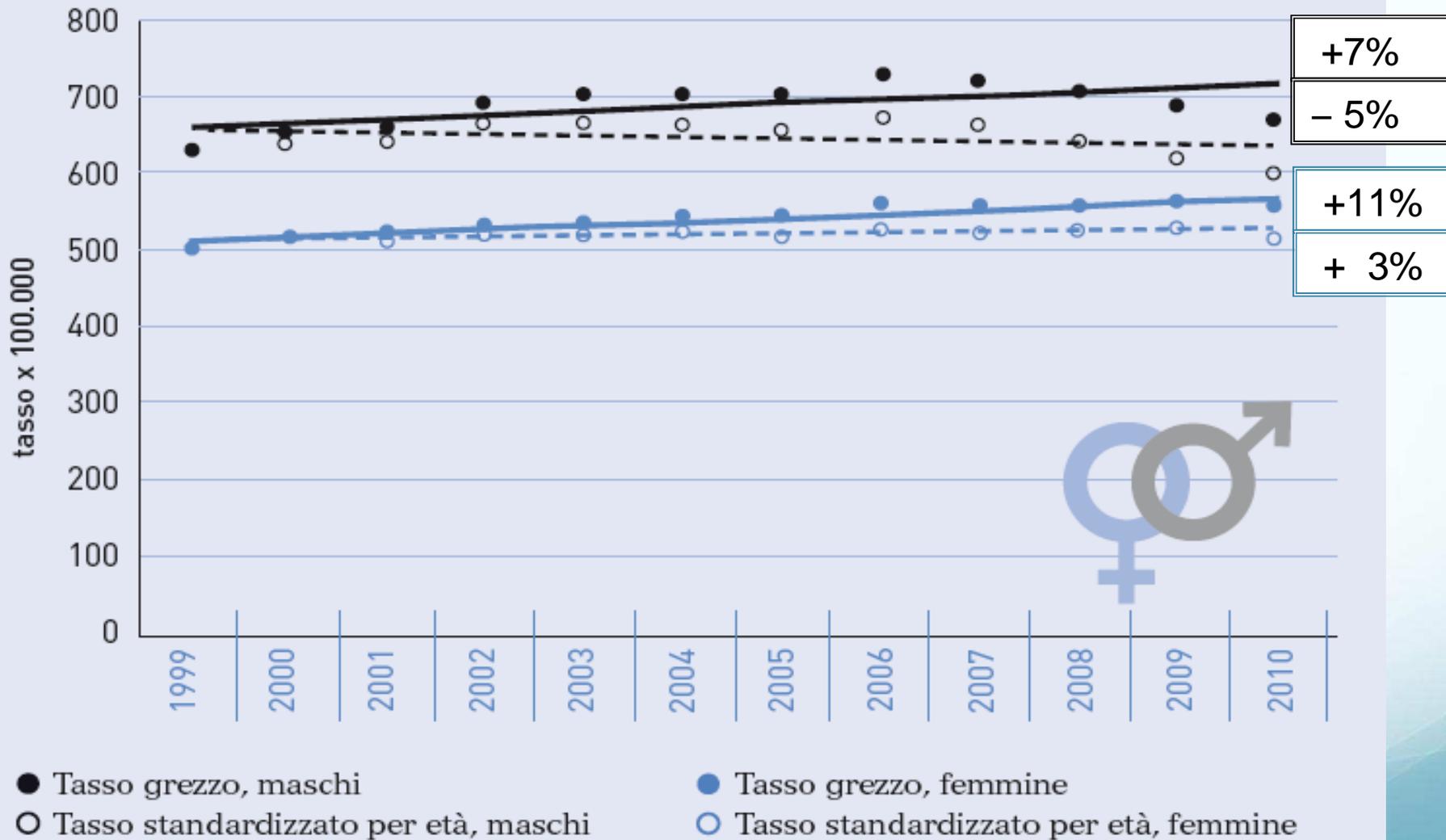


Aspettativa di vita per anno di nascita

	Maschi		Femmine	
	S* (in anni)	Δ^{**} (in mesi)	S* (in anni)	Δ^{**} (in mesi)
1975	69,4	-	75,8	-
1980	70,5	2,6	77,2	3,4
1985	72,1	3,8	78,6	3,4
1990	73,6	3,6	80,1	3,6
1995	74,8	2,9	81,1	2,4
2000	76,5	4,1	82,3	2,9
2005	78,1	3,8	83,6	3,1
2010	79,3	2,9	84,3	1,7
2013	79,8	2,0	84,6	1,2

* speranza di vita alla nascita ** differenza media annua in mesi rispetto al periodo precedente.

Andamento dell'incidenza dei tumori (1996-2010) e composizione della popolazione

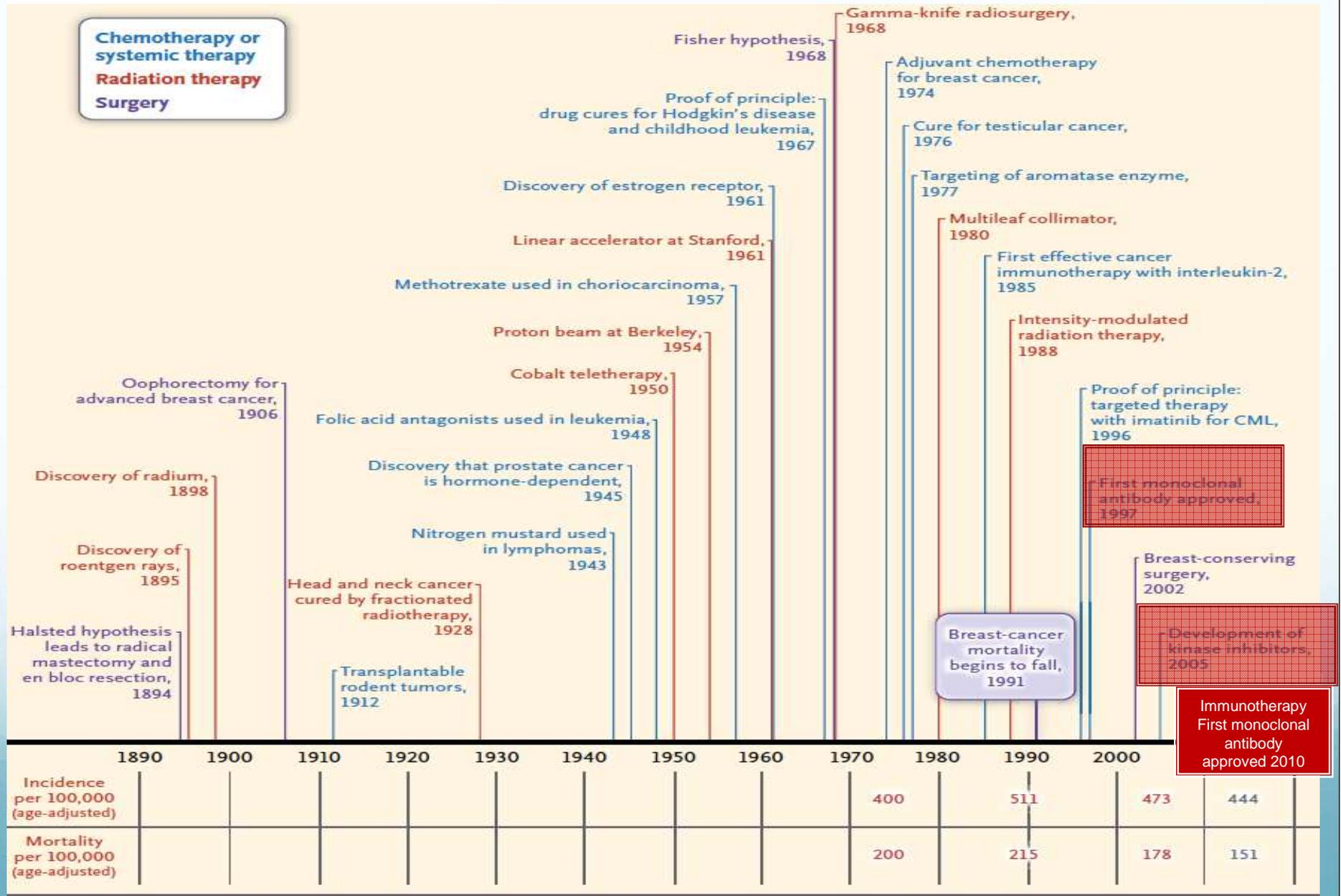


Fattori che impattano sull'andamento dell'incidenza e della mortalità

- Prevenzione primaria in particolare nel sesso maschile per i tumori fumo-correlati
- Programmi di screening (mammella, cervice uterina, colon-retto)
- Miglioramenti diagnostici
- Miglioramento dei programmi terapeutici
 - Nuovi farmaci (chemioterapia, ormonoterapia, terapie biologiche e terapie target immunoterapia)
 - Terapia chirurgica
 - Radioterapia

Two Hundred Years of Cancer Research

Vincent T. DeVita, Jr., M.D., and Steven A. Rosenberg, M.D., Ph.D.





The NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

FEBRUARY 26, 2015

A New Initiative on Precision Medicine

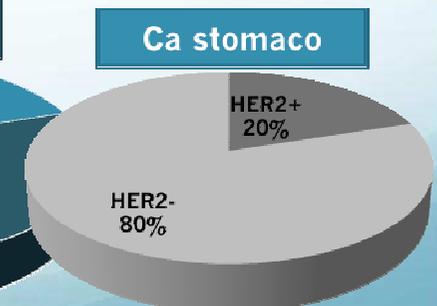
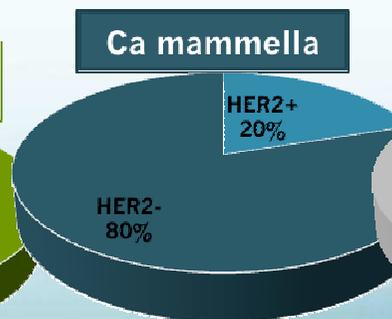
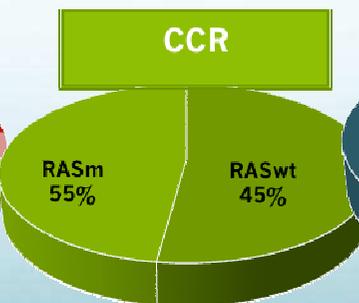
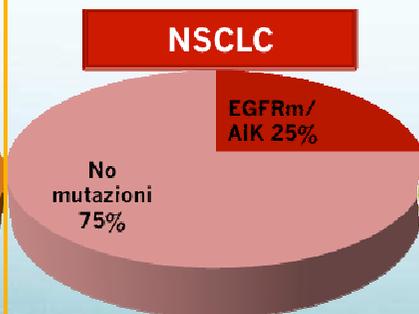
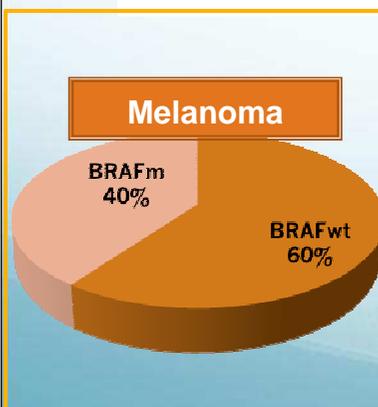
Francis S. Collins, M.D., Ph.D., and Harold Varmus, M.D.

“Tonight, I’m launching a new Precision Medicine Initiative to bring us closer to curing diseases like cancer and diabetes — and to give all of us access to the personalized information we need to keep ourselves and our families healthier.”

— President Barack Obama, State of the Union Address, January 20, 2015

Terapie mirate su “vecchi” target molecolari nei primi cinque tumori per incidenza

Rango	Maschi - Età			Femmine - Età		
	0-49	50-69	70+	0-49	50-69	70+
1°	Testicolo [12%]	Prostata [23%]	Prostata [20%]			
2°				Tiroide [14%]		
3°	Linfoma non-Hodgkin [8%]				Utero corpo [7%]	
4°		Vescica* [10%]	Vescica* [12%]			
5°	Tiroide [7%]	Vie aerodigestive superiori [5%]		Utero cervice [4%]	Tiroide [5%]	Pancreas [6%]



.....prevenzione su base molecolare...



JOLIE REMOVED HER BREASTS



Dive tormentate

Un anno fa l'attrice si è fatta asportare obbligatoriamente il seno per ridurre il rischio di ammalarsi del tumore che ha ucciso la madre Marcheline. Ora ha deciso di sottoporsi a un nuovo invasivo intervento, l'asportazione delle ovaie. Ma dietro questa decisione c'è un lucido calcolo della probabilità oppure una sorta di autolesionismo portato all'estremo?

... questa nuova fase, ha detto la Jolie, però, questo intervento annunciato. Il motivo? trice ripete, come un anno fa: «I miei figli devono temere di perdermi». C'è sicuramente del vero. Ed è possibile che questa sia decisione lucida, basata su un preciso calcolo delle possibilità. Non si può non pensare, però, che questi interventi siano l'estre-pressione del rapporto tormentato Angelina ha con il suo corpo, lasciato dai sogni e a volte così magro da far sospettare disturbi alimentari. Del resto, in una intervista, la Jolie aveva confessato come, prima essere madre, si tagliasse gambe e braccia.



The Boston Globe

A drug that works — for some Researchers try to solve mystery of lung cancer medicine

By Raja Mishra

GLOBE STAFF



CONCORD — Early last year, Kate Robbins started her death journal. It was meant to guide her two children after lung cancer killed her. Robbins poured out advice: on dating, on morality, on family. The things a mother explains to her teens.

She also memorialized quiet, poignant moments. One rainy day, watching 10-year-old Hillary board the school bus, Robbins began weeping. She wrote simply, "You looked really pretty today." The kids would read the journal years later, she hoped, and feel their mother's love.

Advanced lung cancer patients rarely live one year. Robbins had months left. Then, last autumn, she began taking an experimental drug called Iressa, as did hundreds of other patients in the United States. Most continued to worsen.

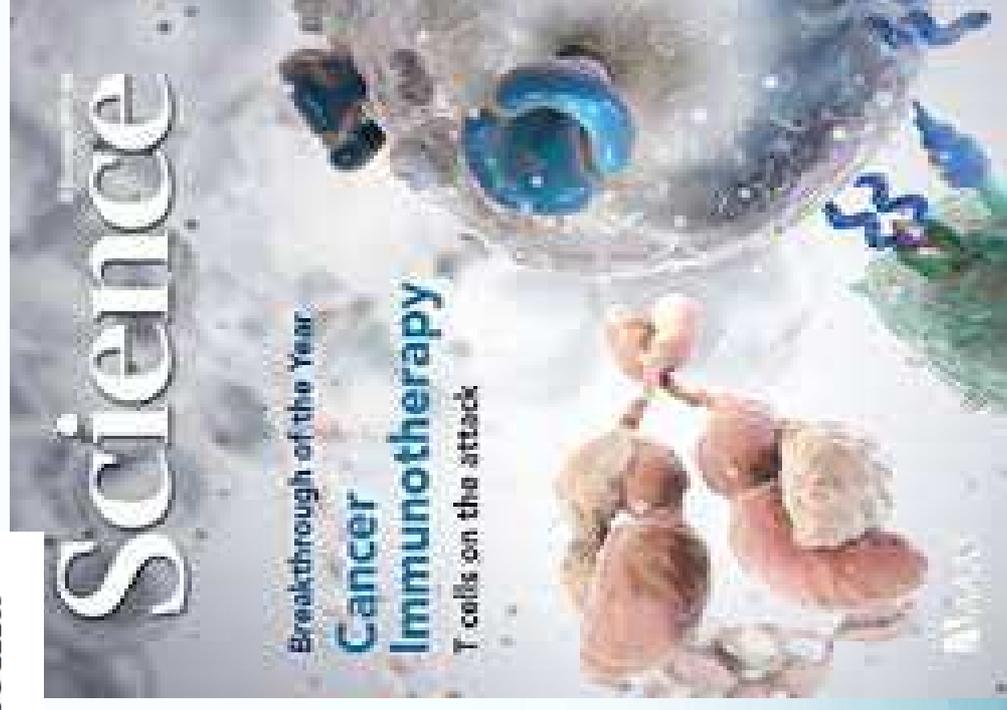
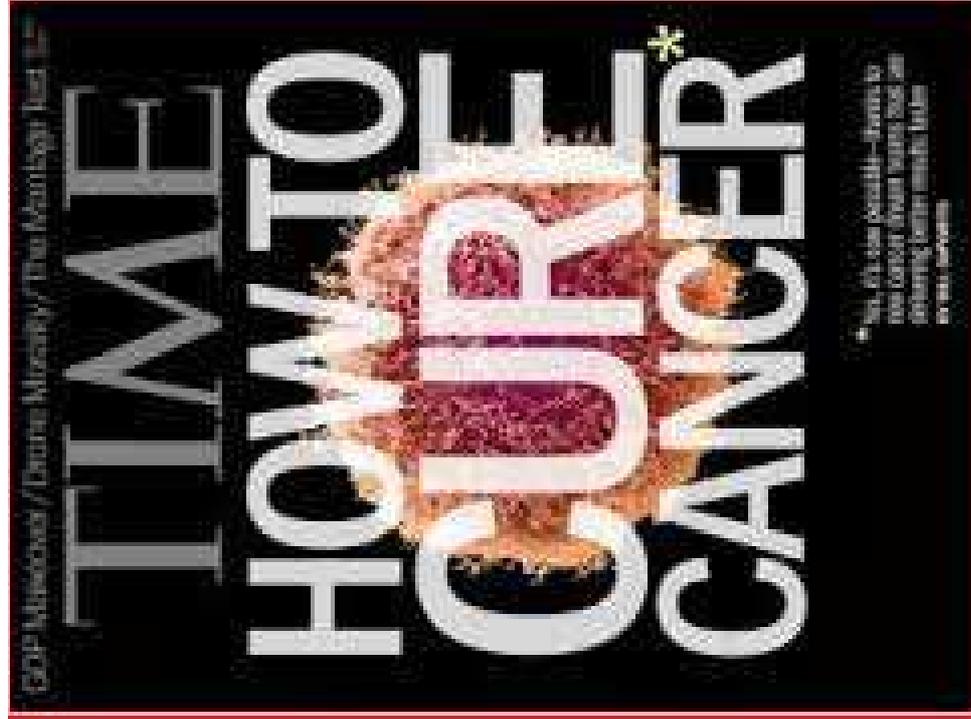
But a small group, including Robbins, thrived.

.....terapia su base
molecolare...

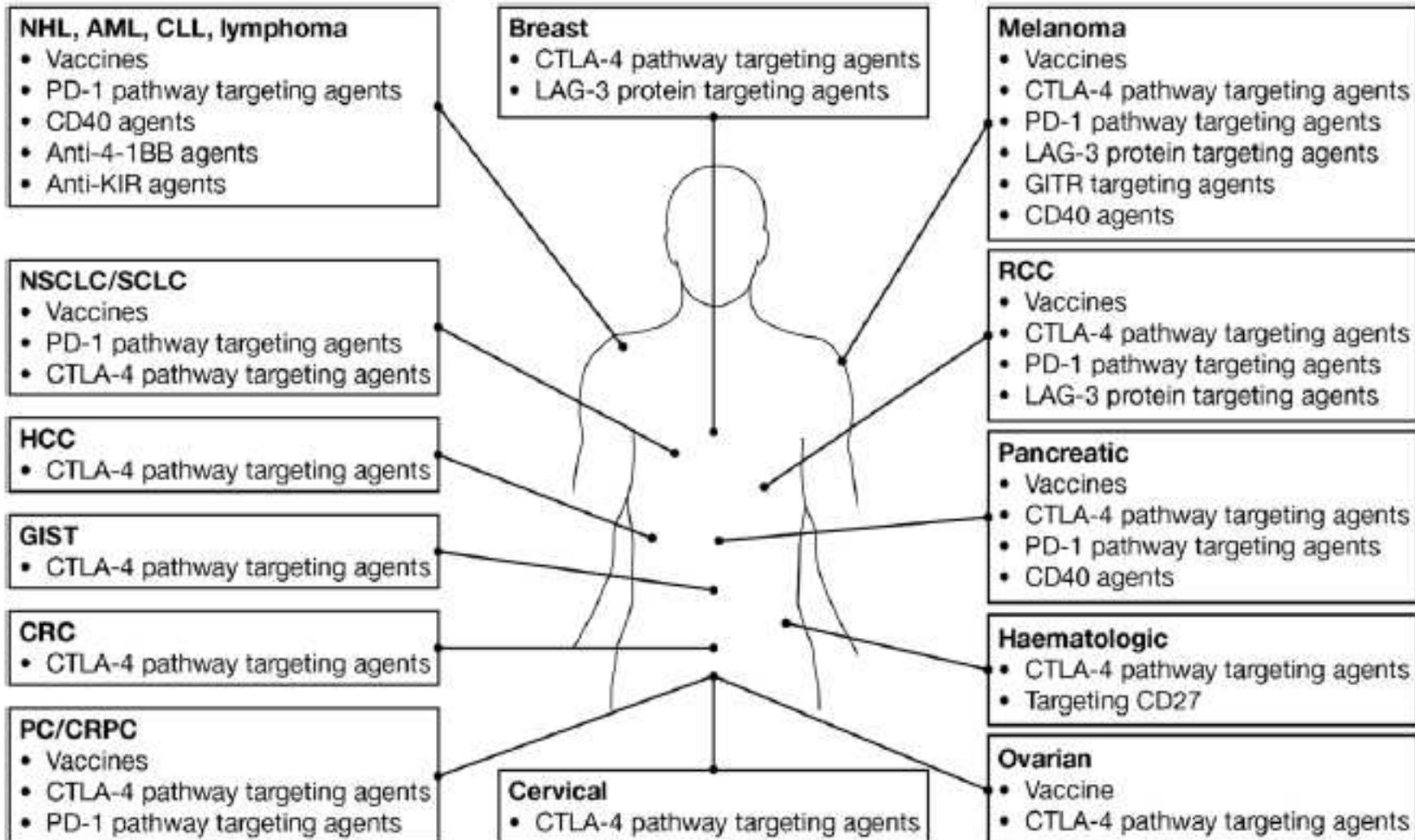
ORIGINAL ARTICLE

Improved Survival with Ipilimumab in Patients with Metastatic Melanoma

This article (10.1056/NEJMoa1003466) was published on June 5, 2010, and updated on June 14, 2010, at NEJM.org.

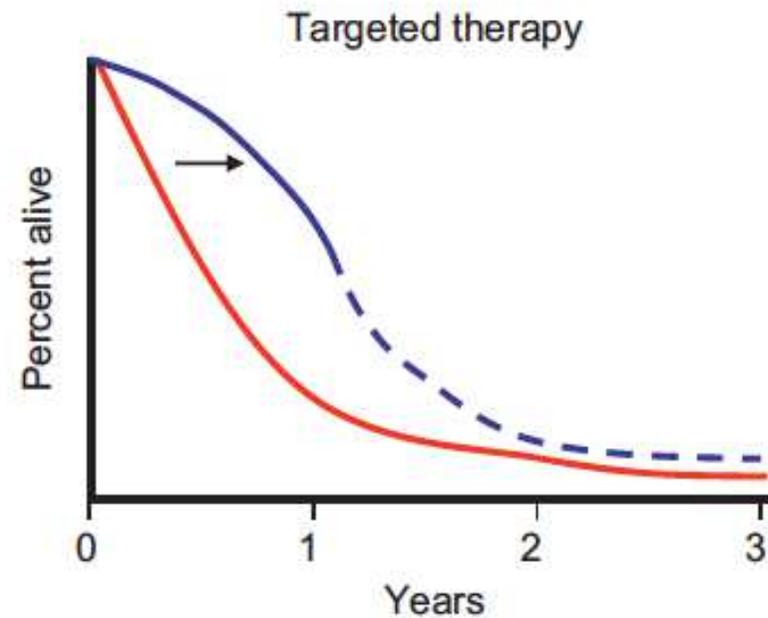
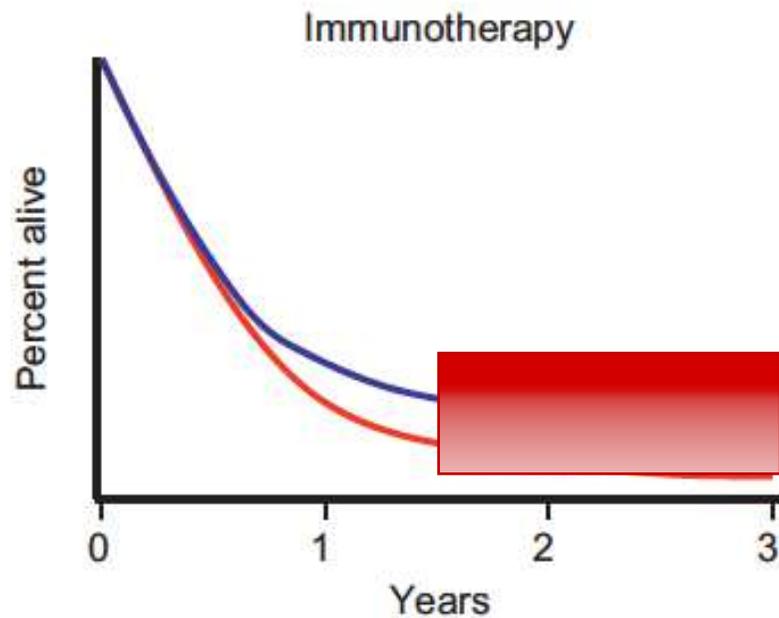


Anti-PD1 vs. Anti-PD-L1

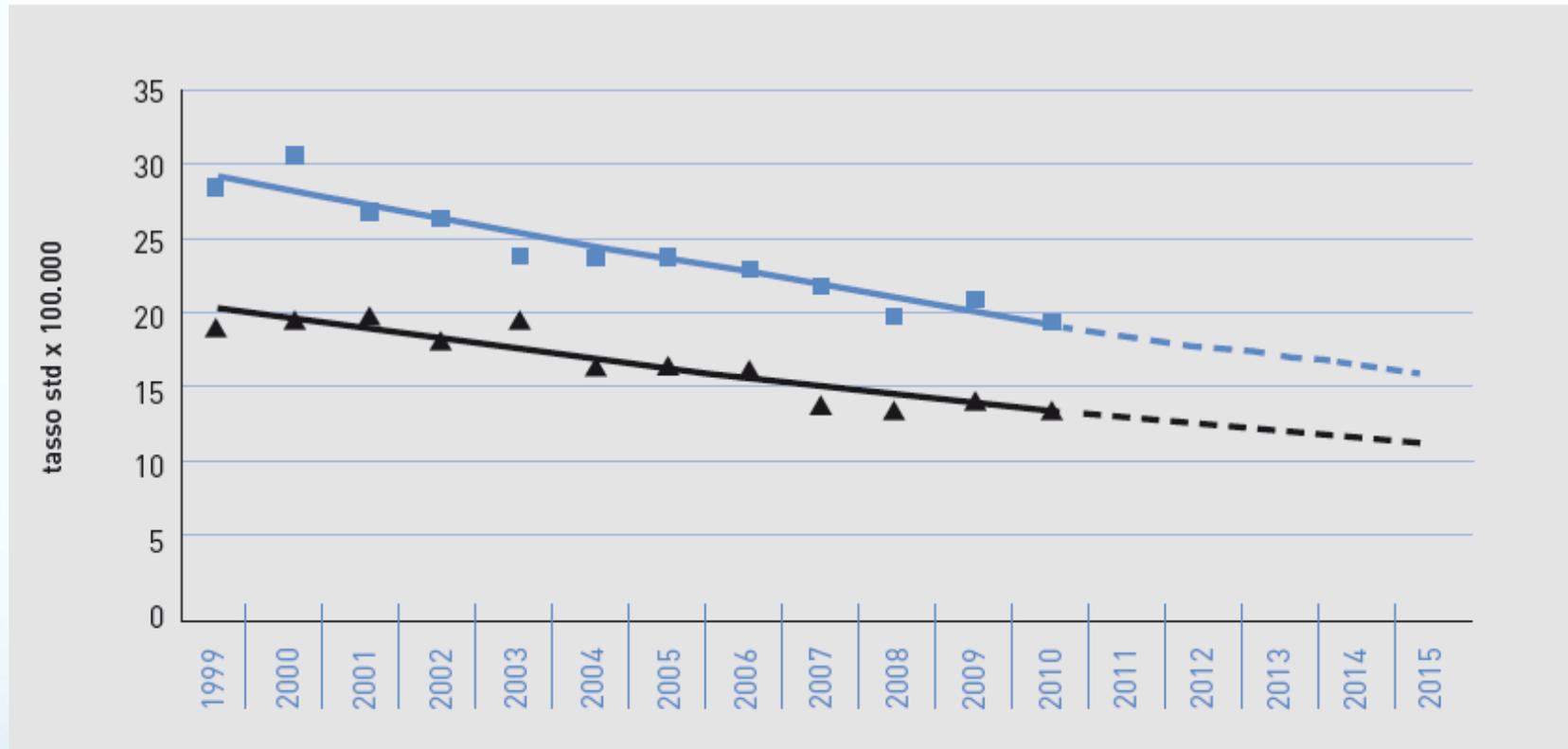


New Challenges in Endpoints for Drug Development in Advanced Melanoma

Antoni Ribas¹, Peter Hersey², Mark R. Middleton³, Helen Gogas⁴, Keith T. Flaherty⁵,
Vernon K. Sondak⁶, and John M. Kirkwood⁷

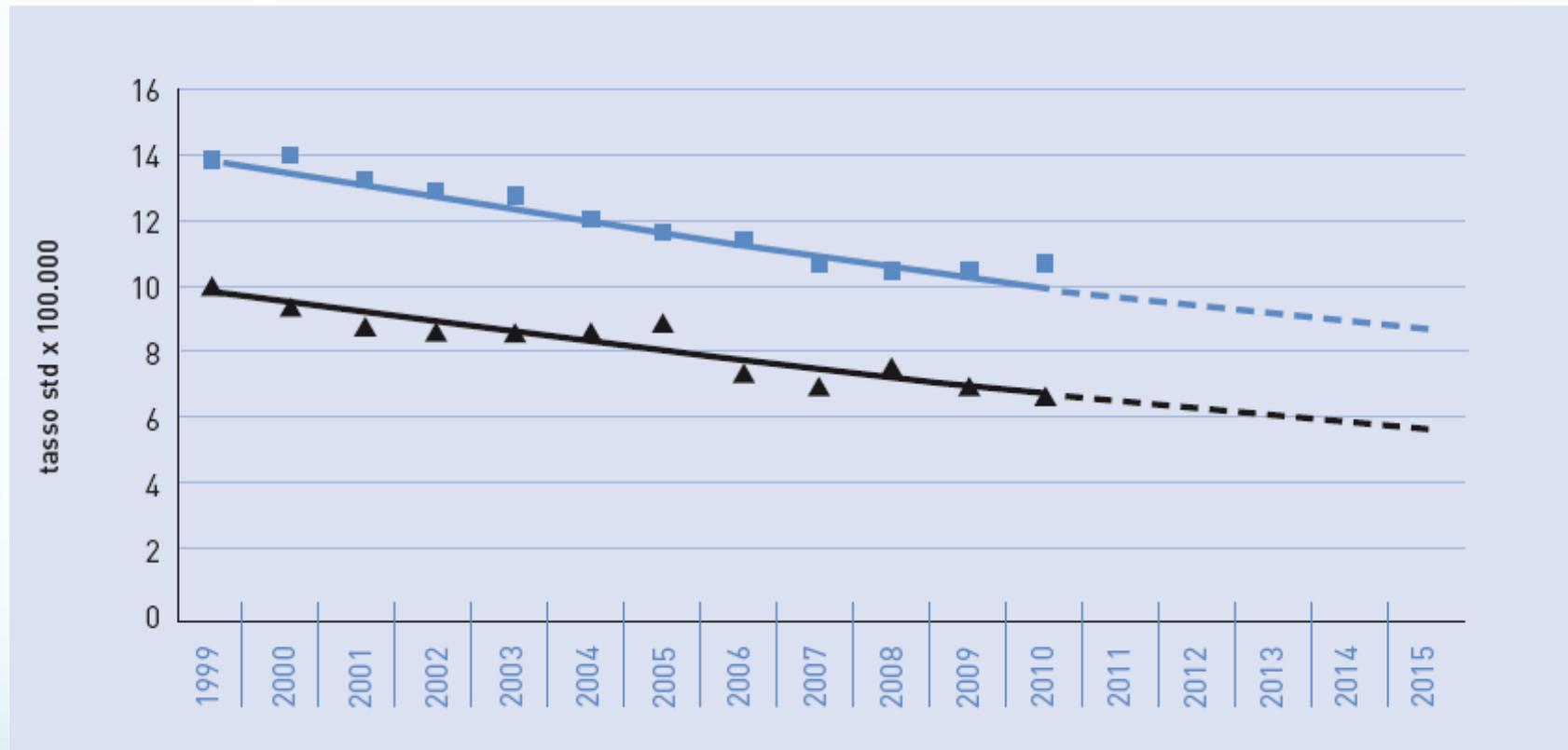


Andamento dell'incidenza e della mortalità del carcinoma dello stomaco negli uomini



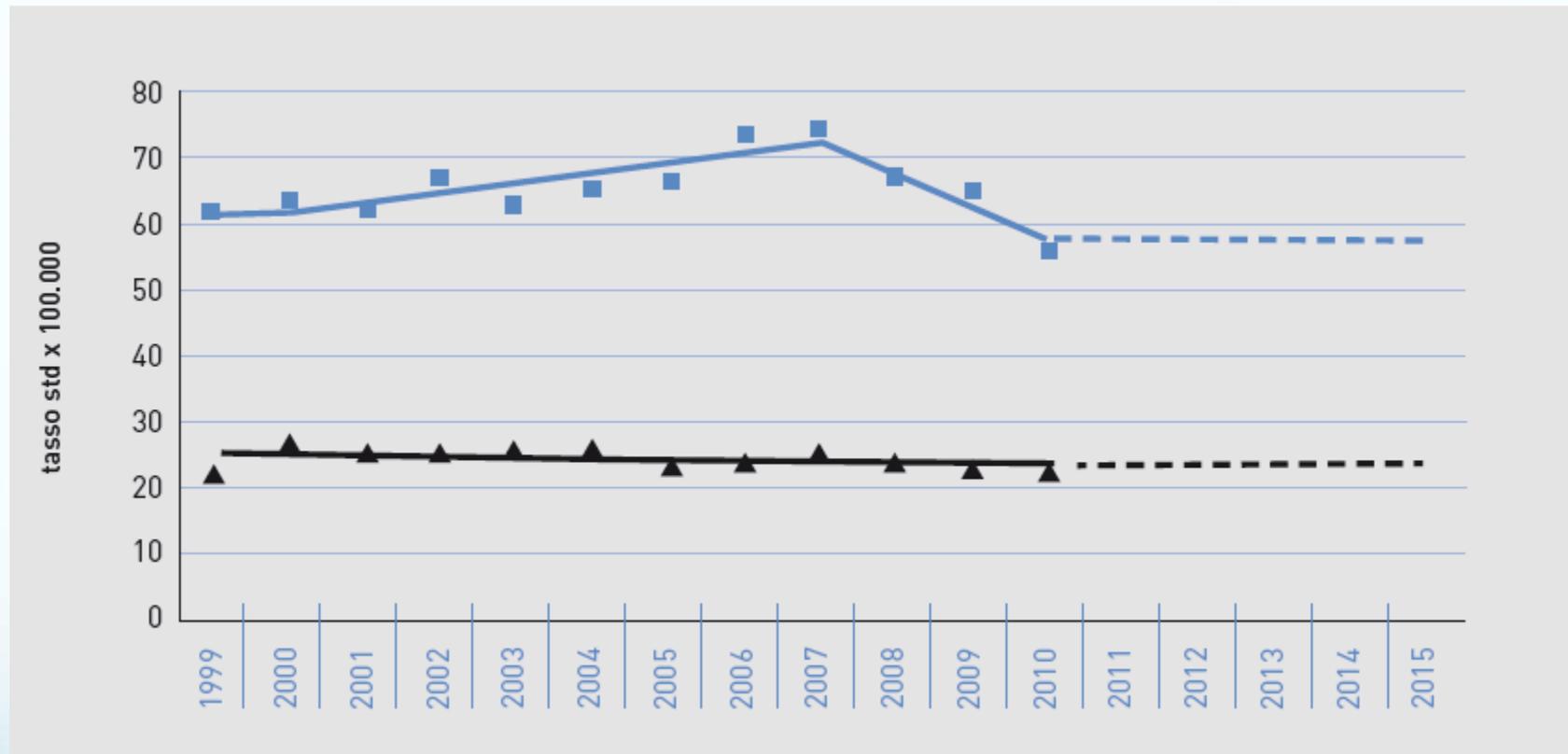
- Riduzione continua di incidenza (-3.6% per anno); area geografiche ad alta incidenza (Appennino tosco-romagnolo e marchigiano)
- Riduzione della mortalità (-3.5% per anno) in correlazione con l'incidenza

Andamento dell'incidenza e della mortalità del carcinoma dello stomaco nelle donne



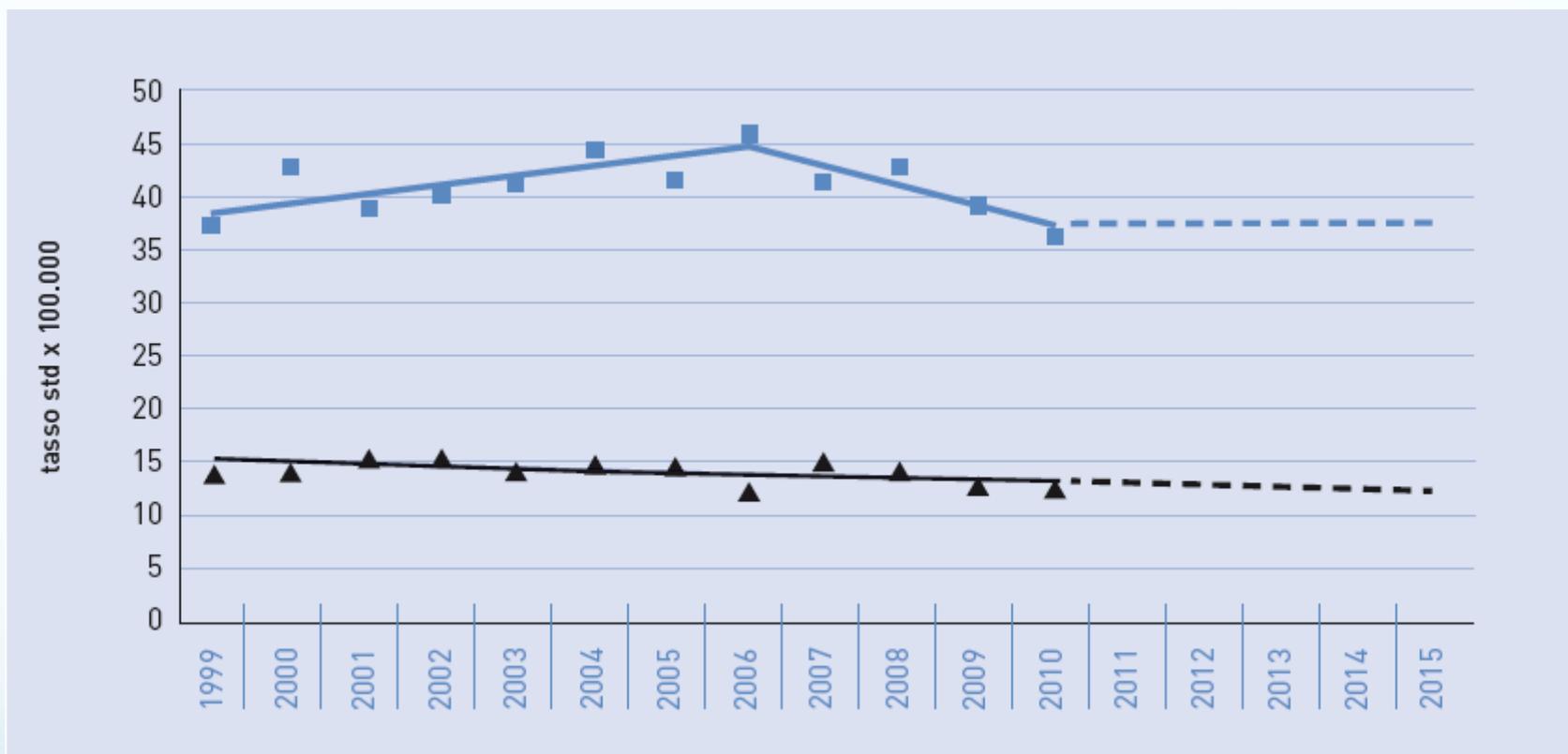
- Riduzione continua di incidenza (-2.8% per anno); area geografiche ad alta incidenza (Appennino tosco-romagnolo e marchigiano)
- Riduzione della mortalità (-3.3% per anno) in correlazione con l'incidenza

Andamento dell'incidenza e della mortalità del carcinoma del colon-retto negli uomini



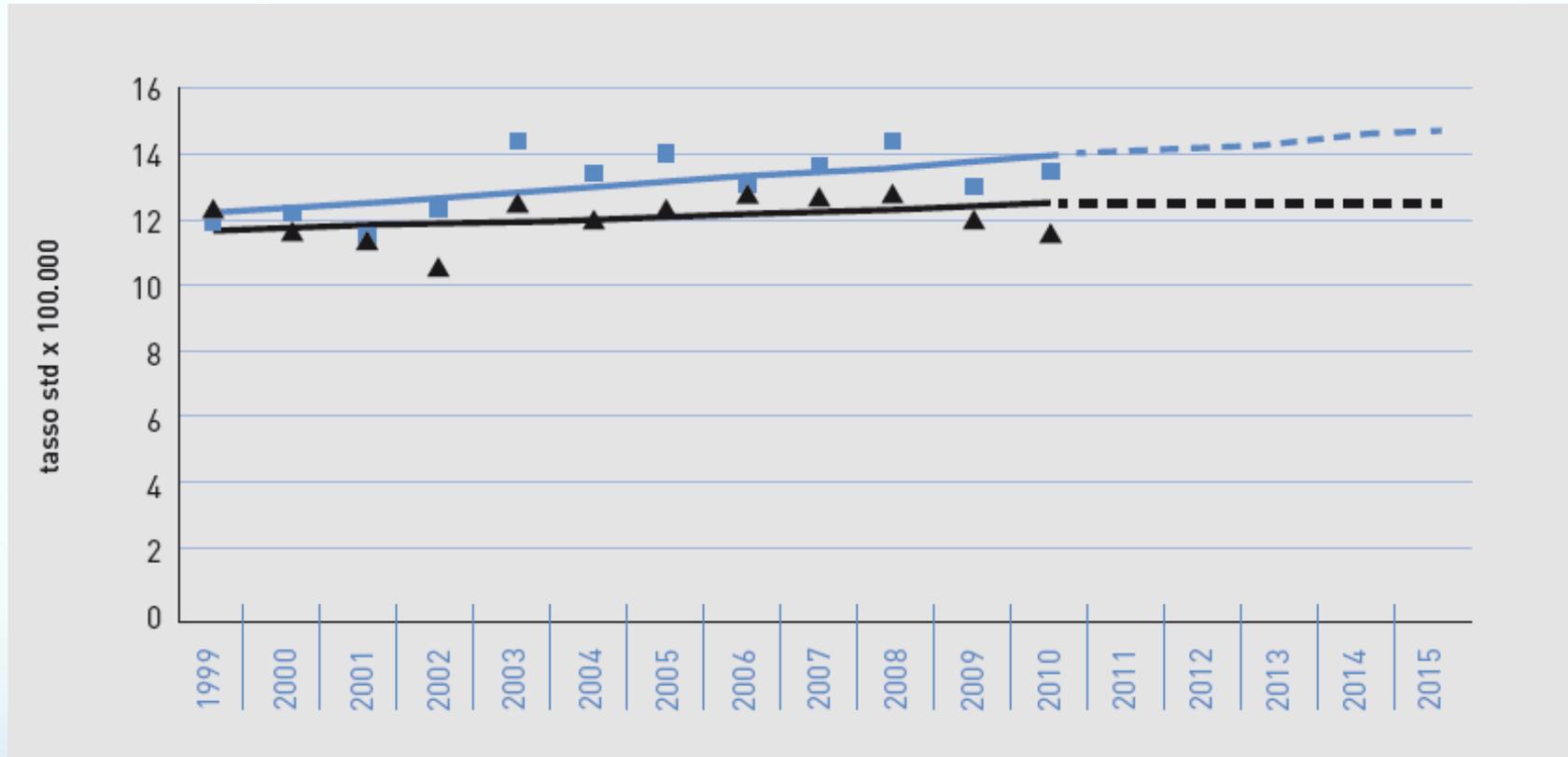
- Aumento di nuovi casi fino alla metà degli anni 2000 (+2.3% per anno) con una successiva riduzione (-7.1% per anno) in con correlazione l'attivazione dei programmi di screening
- Moderata riduzione della mortalità (-0.6% per anno)

Andamento dell'incidenza e della mortalità del carcinoma del colon-retto nelle donne



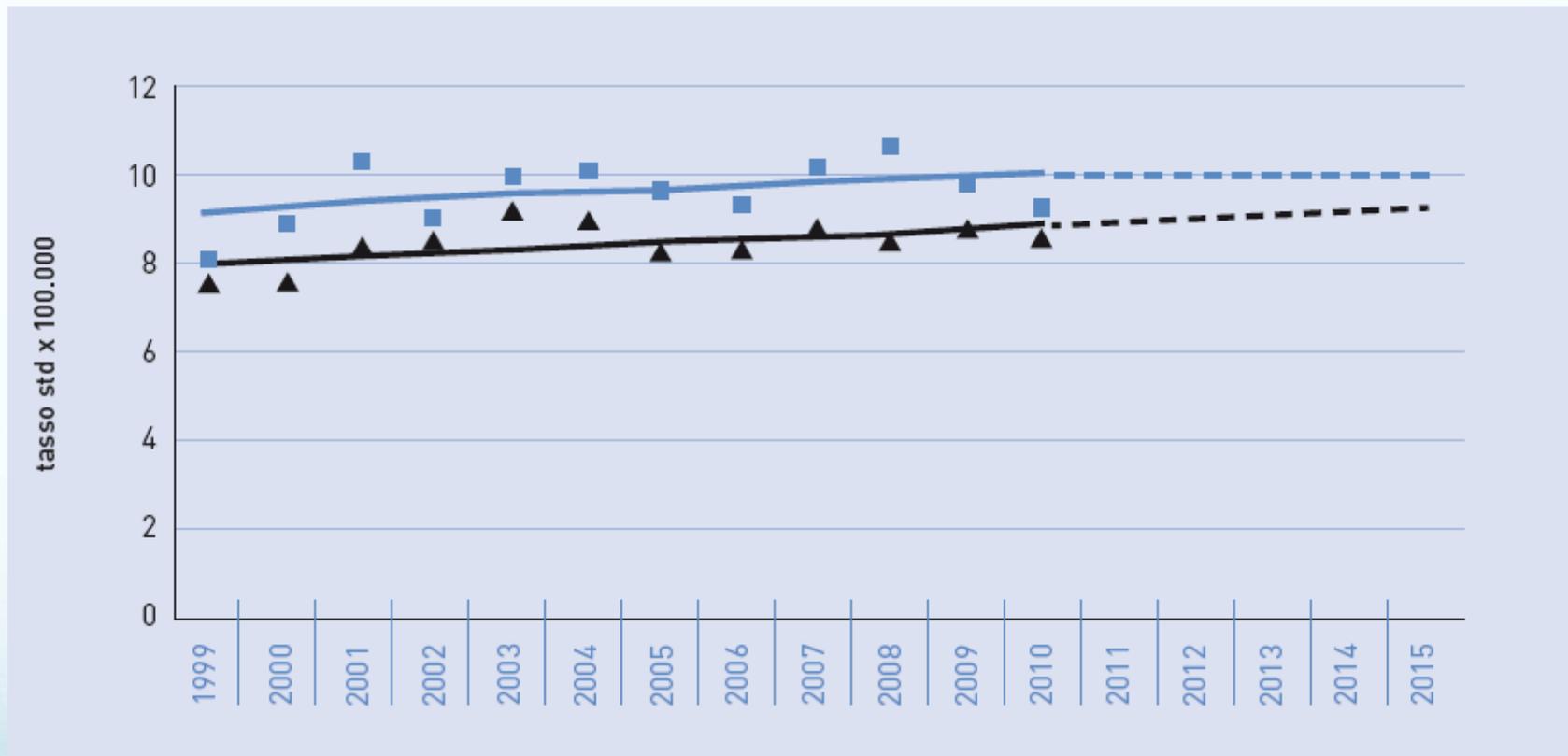
- Aumento di nuovi casi fino alla metà degli anni 2000 (+2.1% per anno) con una successiva riduzione (-4.2% per anno) in con correlazione l'attivazione dei programmi di screening
- Più marcata riduzione della mortalità (-1.2% per anno)

Andamento dell'incidenza e della mortalità del carcinoma del pancreas negli uomini



- Incremento continuo di incidenza
- Incremento della mortalità

Andamento dell'incidenza e della mortalità del carcinoma del pancreas nelle donne



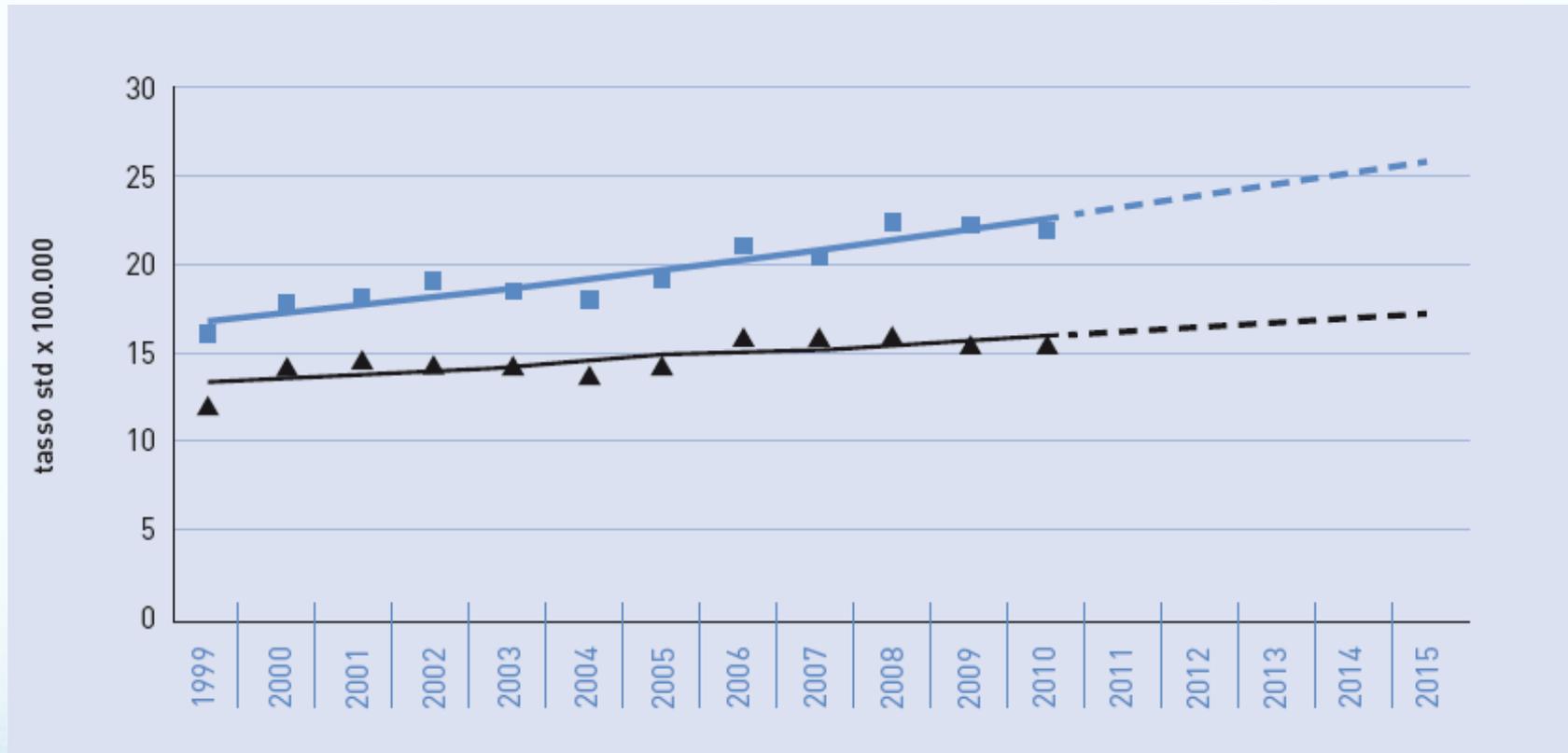
- Incremento continuo di incidenza
- Incremento continuo della mortalità (+0.9% per anno)

Andamento dell'incidenza e della mortalità del carcinoma del polmone negli uomini



- Incidenza diminuita del 20% da 87.6 a 70.0 casi per 100.000) correlata alla riduzione del consumo di tabacco con -1.4% per anno negli anni più recenti
- Decremento della mortalità -1.5% per anno nel periodo più recente

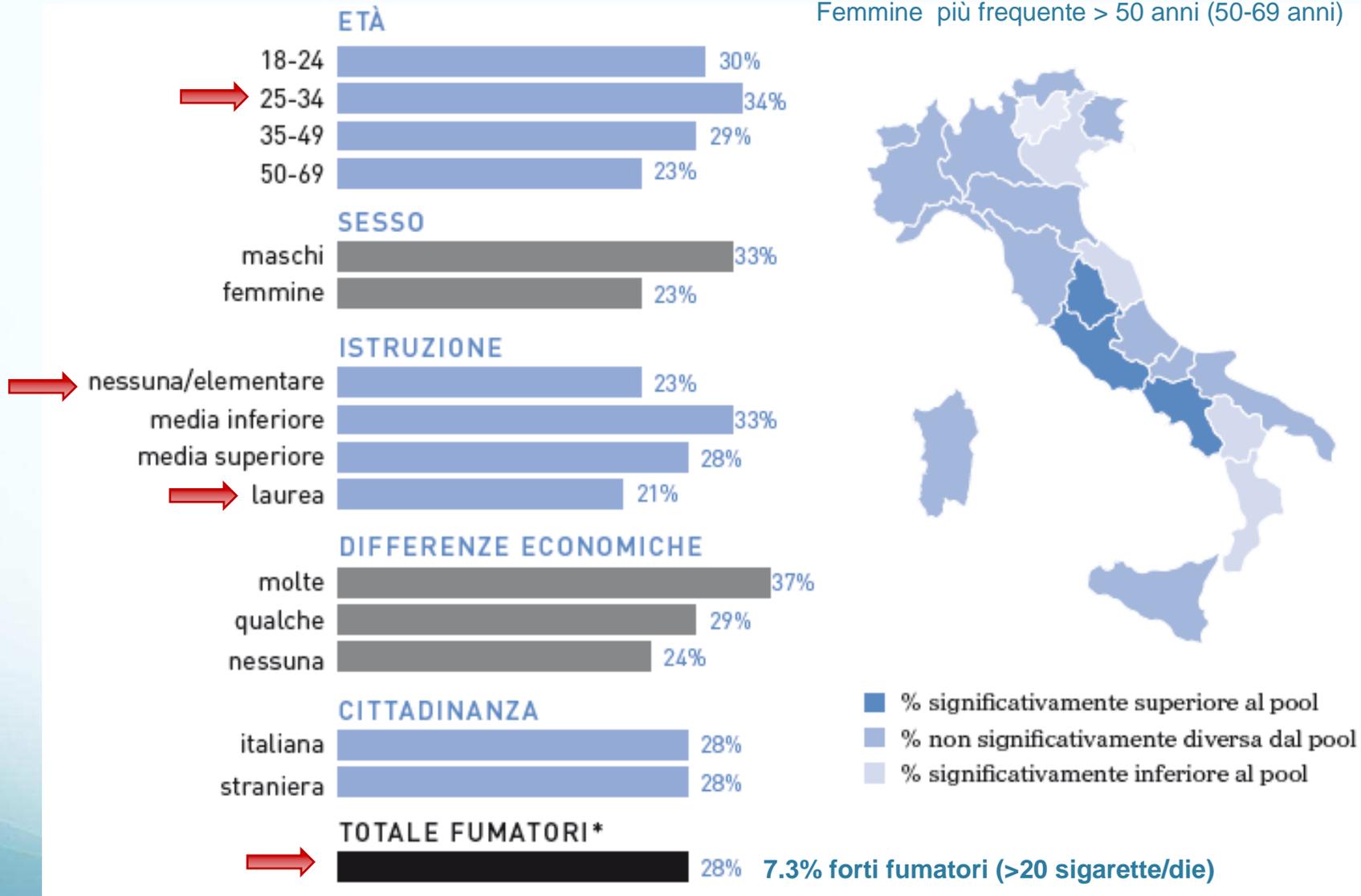
Andamento dell'incidenza e della mortalità del carcinoma del polmone nelle donne



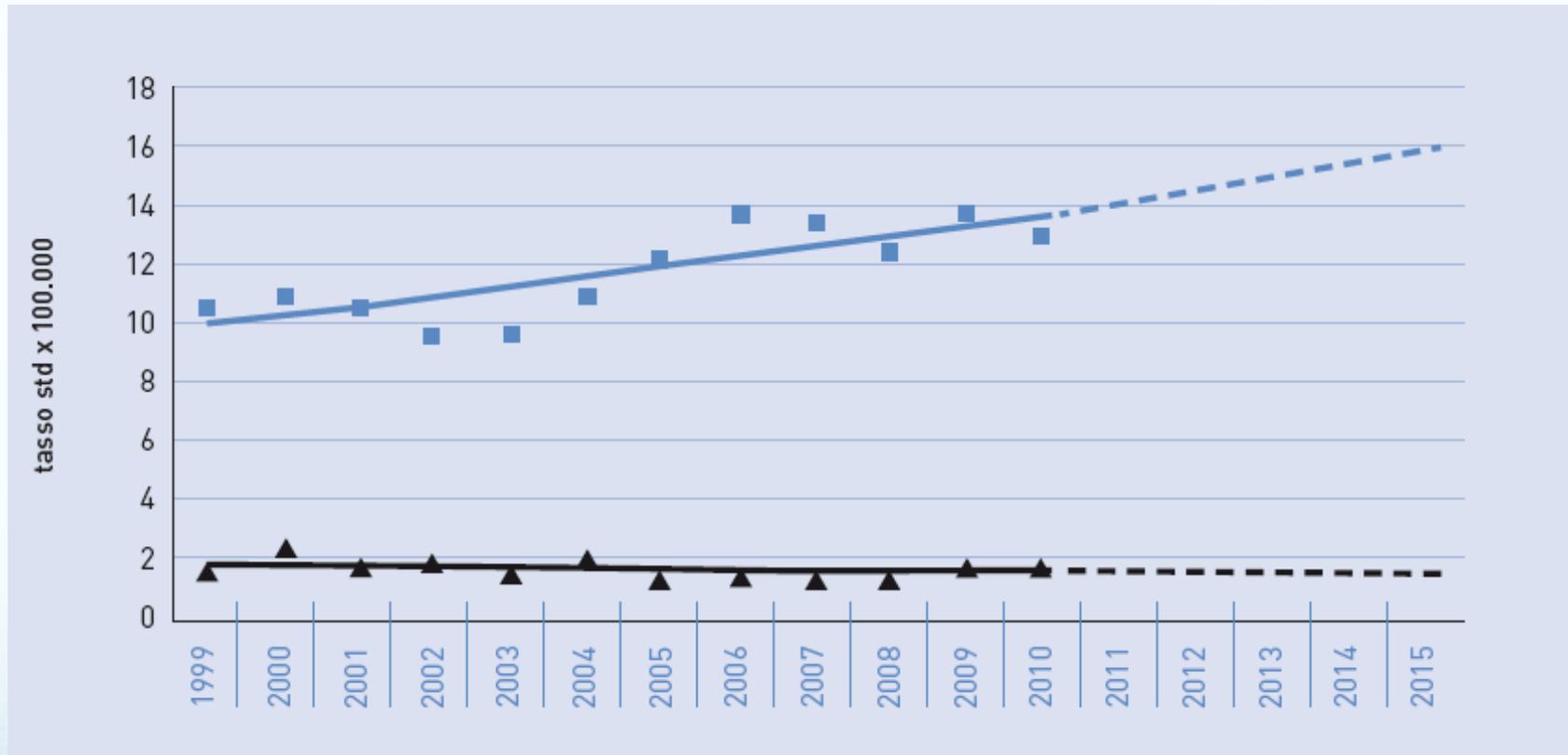
- Aumento di nuovi casi +2.7% per anno nel 2006-2014 da rapportare all'abitudine al fumo di tabacco
- Aumento della mortalità +1.6% per anno nel periodo 1999-2015

Distribuzione dei fumatori in Italia

Maschi più frequente <35 anni
Femmine più frequente > 50 anni (50-69 anni)

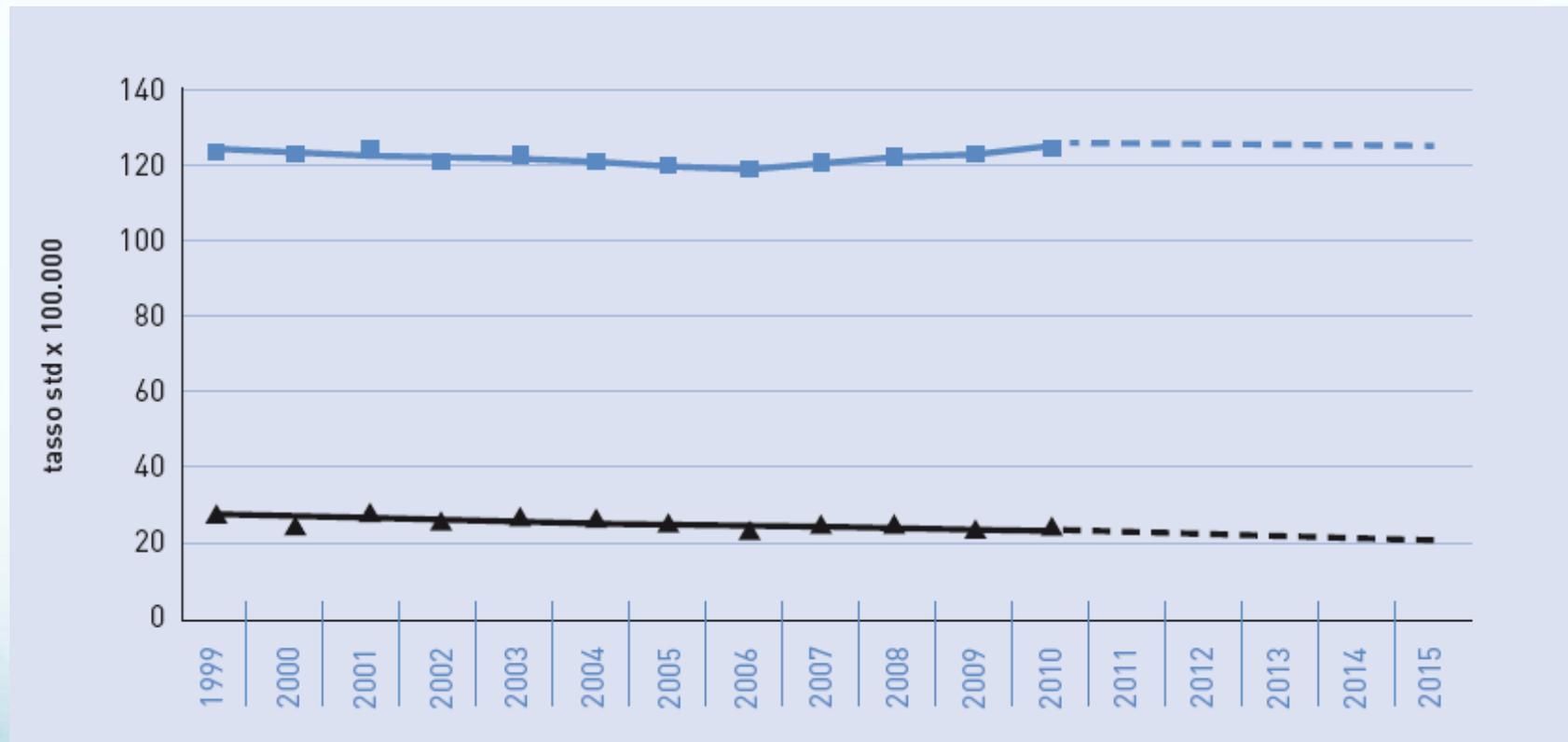


Andamento dell'incidenza e della mortalità del melanoma nelle donne



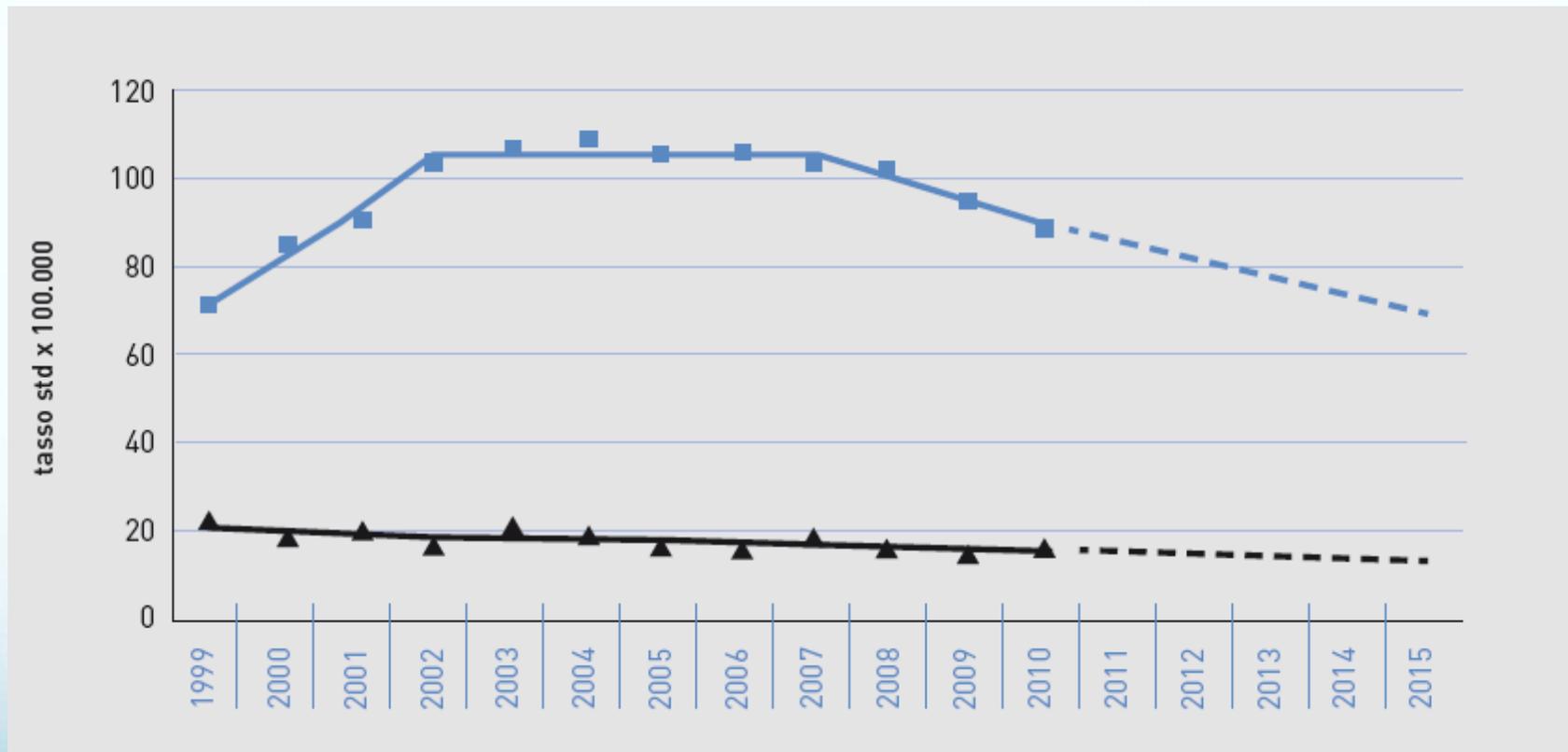
- Incremento continuo di incidenza (+3.1% per anno) da correlare ai miglioramenti diagnostici e all'esposizione a radiazioni UV
- Andamento temporale di riduzione della mortalità meno evidente che negli uomini

Andamento dell'incidenza e della mortalità del carcinoma della mammella nelle donne



- Riduzione di incidenza agli inizi del 2000 come effetto dei programmi di screening
- Continua tendenza alla riduzione della mortalità del 1.4% per anno

Andamento dell'incidenza e della mortalità del carcinoma della prostata



- Incidenza in aumento fino al 2003 correlato alla diffusione del test per il PSA e poi progressiva riduzione
- Riduzione della mortalità del 2.8% per anno

Dati dei registri nella gestione del “costo” e “spesa” dei farmaci in oncologia

- Volume della patologia neoplastica interessata
- Volume di spesa prevista
- Dati di incidenza e mortalità
- Dati sopravvivenza
- Valutazione della spesa prevista
- Rimborsabilità da parte dell'agenzia regolatoria
- Dati di effectiveness

Spesa per farmaci oncologici in Italia nel 2014

Spesa pubblica* in milioni di € (% sul totale)	3.899,0	(19,5)
Δ % 2014/2013		
Range regionale spesa lorda pro capite (€):	45,2	84,1
DDD/1000 ab die (% sul totale)	13,3	(1,1)
Δ % 2014/2013		2,0
Range regionale DDD/1000 ab die:	11,4	15,5

*Spesa convenzionata e spesa per farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche

Primi 20 farmaci per spesa regionale (gennaio-settembre 2015)

	Principio attivo	ATC I	Classe	Spesa	Inc%	Cum%
1	Trastuzumab	L	H	172.758.892	8,0%	8,0%
2	Bevacizumab	L	H	125.769.835	5,8%	13,8%
3	Rituximab	L	H	108.914.526	5,0%	18,8%
4	Bortezomib	L	H	48.928.900	2,3%	21,1%
5	Infliximab	L	H	41.782.992	1,9%	23,0%
6	Pemetrexed	L	H	41.244.416	1,9%	24,9%
7	Ipilimumab	L	H	36.167.867	1,7%	26,6%
8	Ranibizumab	S	H	34.496.029	1,6%	28,2%
9	Eculizumab	L	A	34.277.462	1,6%	29,8%
10	Caspofungin	J	H	33.210.520	1,5%	31,3%
11	Natalizumab	L	H	32.974.872	1,5%	32,8%
12	Sodio cloruro	B	A/C/H	28.844.749	1,3%	34,2%
13	Cetuximab	L	H	28.362.068	1,3%	35,5%
14	Azacitidina	L	H	27.681.493	1,3%	36,8%
15	Vaccino pneumococcico saccaridico coniugato adsorbito	J	C	27.207.459	1,3%	38,0%
16	Vaccino Difterite/Epatite B/Haemophilus influenzae B/Pertosse/Poliomelite/Tetano B/Pertosse/Poliomelite/Tetano	J	C	26.497.974	1,2%	39,2%
17	Pertuzumab	L	H	25.776.910	1,2%	40,4%
18	Teicoplanina	J	A/H	25.614.539	1,2%	41,6%
19	Immunoglobulina umana uso endovenoso	J	C/H	23.622.355	1,1%	42,7%
20	Linezolid	J	A/C/H	21.723.001	1,0%	43,7%

7 farmaci oncologici (25% della spesa totale)

Misura del prezzo dei farmaci anti-tumorali

- Attualmente il prezzo dei nuovi farmaci viene misurato da
 - Rapporto costo/efficacia
 - Prolungamento della vita del paziente in anni
 - Anni di vita guadagnati (QALs)
- Complessivamente rispetto al precedente decennio il range del prezzo degli agenti anti-tumorali risulta duplicato da \$ 4.500 a più di \$10.000 per mese

Efficacia e sostenibilità

- Il posizionamento di un “nuovo” farmaco e la definizione di “innovativo” nell’ambito delle strategie terapeutiche deve considerare i vantaggi clinici insieme **ai costi e la sostenibilità per il SSN**
- Risulta necessario complementare il rapporto incrementale di costo-efficacia con altri criteri, quali
 - **il volume, l’impatto epidemiologico e la rilevanza della patologia (compreso il suo peso sociale)**
 - la disponibilità e l’efficacia di alternative terapeutiche
 - la dimensione assoluta del beneficio incrementale
 - **la valutazione di impatto sulla spesa globale**

American Society of Clinical Oncology Perspective: Raising the Bar for Clinical Trials by Defining Clinically Meaningful Outcomes

Lee M. Ellis, David S. Bernstein, Emile E. Voest, Jordan D. Berlin, Daniel Sargent, Patricia Cortazar, Elizabeth Garrett-Mayer, Roy S. Herbst, Rogerio C. Lilenbaum, Camelia Sima, Alan P. Venook, Mithat Gonen, Richard L. Schilsky, Neal J. Meropol, and Lowell E. Schnipper

Table 1. Summary of Recommended Targets for Meaningful Clinical Trial Goals

Cancer Type	Patient Population	Current Baseline Median OS (months)	Primary End Point		Secondary End Point	
			Improvement Over Current OS That Would Be Clinically Meaningful (months)	Target HRs	Improvement in 1-Year Survival Rate (%)*	Improvement in PFS (months)
Pancreatic cancer	FOLFIRINOX-eligible patients	10 to 11 ¹⁹	4 to 5	0.67 to 0.69	48 → 63	4 to 5
Pancreatic cancer	Gemcitabine or gemcitabine/nab-paclitaxel-eligible patients	8 to 9 ^{20,21}	3 to 4	0.6 to 0.75	35 → 50	3 to 4
Lung cancer	Nonsquamous cell carcinoma	13 ²²	3.25 to 4	0.76 to 0.8	53 → 61	4
Lung cancer	Squamous cell carcinoma	10 ²³	2.5 to 3	0.77 to 0.8	44 → 53	3
Breast cancer	Metastatic triple negative, previously untreated for metastatic disease	18 ^{24,25}	4.5 to 6	0.75 to 0.8	63 → 71	4
Colon cancer	Disease progression with all prior therapies (or not a candidate for standard second- or third-line options)	4 to 6 ²⁶	3 to 5	0.67 to 0.67	25 → 35	3 to 5

Abbreviations: FOLFIRINOX, leucovorin, fluorouracil, irinotecan, and oxaliplatin; HR, hazard ratio; OS, overall survival; PFS, progression-free survival.

*Current → target.

A standardised, generic, validated approach to stratify the magnitude of clinical benefit that can be anticipated from anti-cancer therapies: the European Society for Medical Oncology Magnitude of Clinical Benefit Scale (ESMO-MCBS)

N. I. Chemy^{1*}, R. Sullivan², U. Dafni³, J. M. Kerst⁴, A. Sobrero⁵, C. Zielinski⁶, E. G. E. de Vries⁷ & M. J. Piccart^{8,9}

Treatments with curative intent (form 1)

>5% improvement of survival at ≥ 3 -year follow-up

Improvements in DFS alone HR < 0.60 (primary end point) in studies without mature survival data

Treatments with non-curative intent (form 2)

Primary outcome OS (form 2a)

Control ≤ 12 months

HR ≤ 0.65 AND gain ≥ 3 months OR

Increase in 2-year survival alone $\geq 10\%$

Control > 12 months

HR ≤ 0.70 AND gain ≥ 5 months OR

Increase in 3-year survival alone $\geq 10\%$

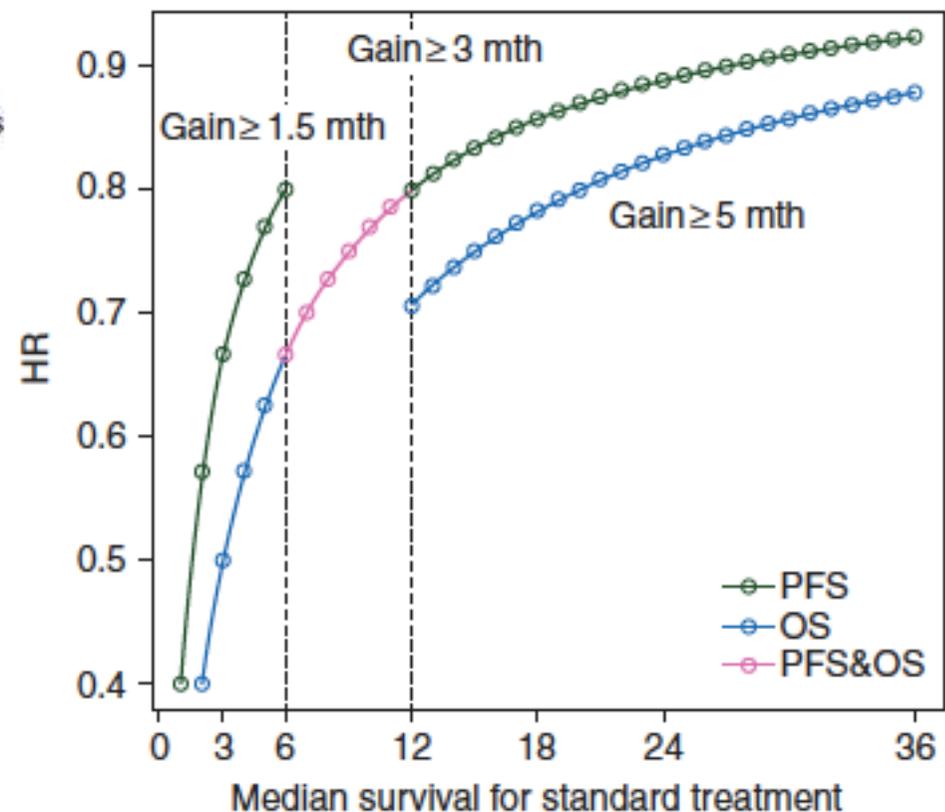
Primary outcome PFS (form 2b)

Control ≤ 6 months

HR ≤ 0.65 AND gain ≥ 1.5 months

Control > 6 months

HR ≤ 0.65 AND gain ≥ 3 months



Reporting and Grading Financial Toxicity

Nandita Khera

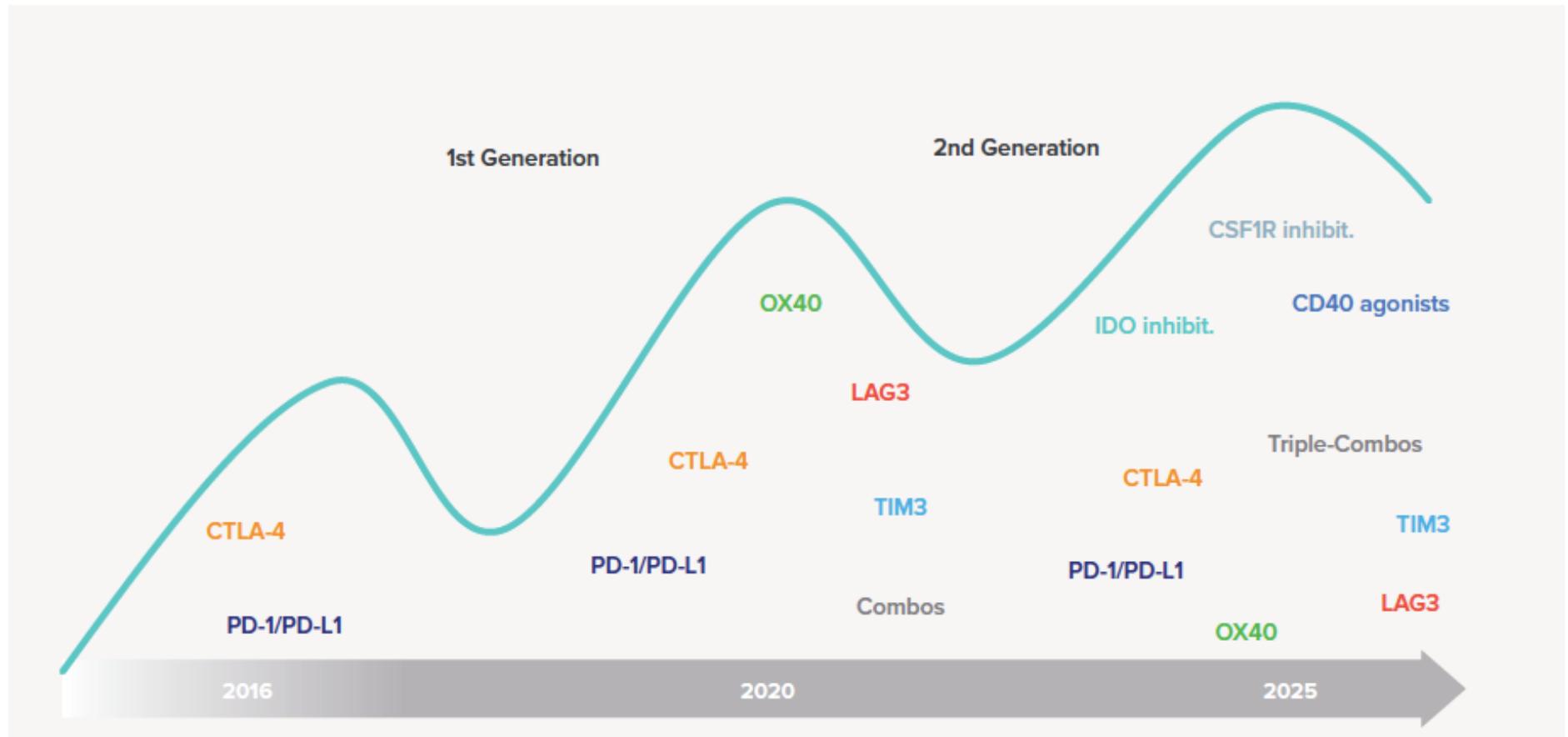
Table 1. Proposed Financial Toxicity Grading Criteria

Grade	Description
1	Lifestyle modification (deferral of large purchases or reduced spending on vacation and leisure activities) because of medical expenditure Use of charity grants/fundraising/copayment program mechanisms to meet costs of care
2	Temporary loss of employment resulting from medical treatment Need to sell stocks/investments for medical expenditure Use of savings accounts, disability income, or retirement funds for medical expenditure
3	Need to mortgage/refinance home to pay medical bills Permanent loss of job as a result of medical treatment Current debts > household income Inability to pay for necessities such as food or utilities
4	Need to sell home to pay for medical bills Declaration of bankruptcy because of medical treatment Need to stop treatment because of financial burden Consideration of suicide because of financial burden of care

Ipotesi di “Valore” e “Costo”

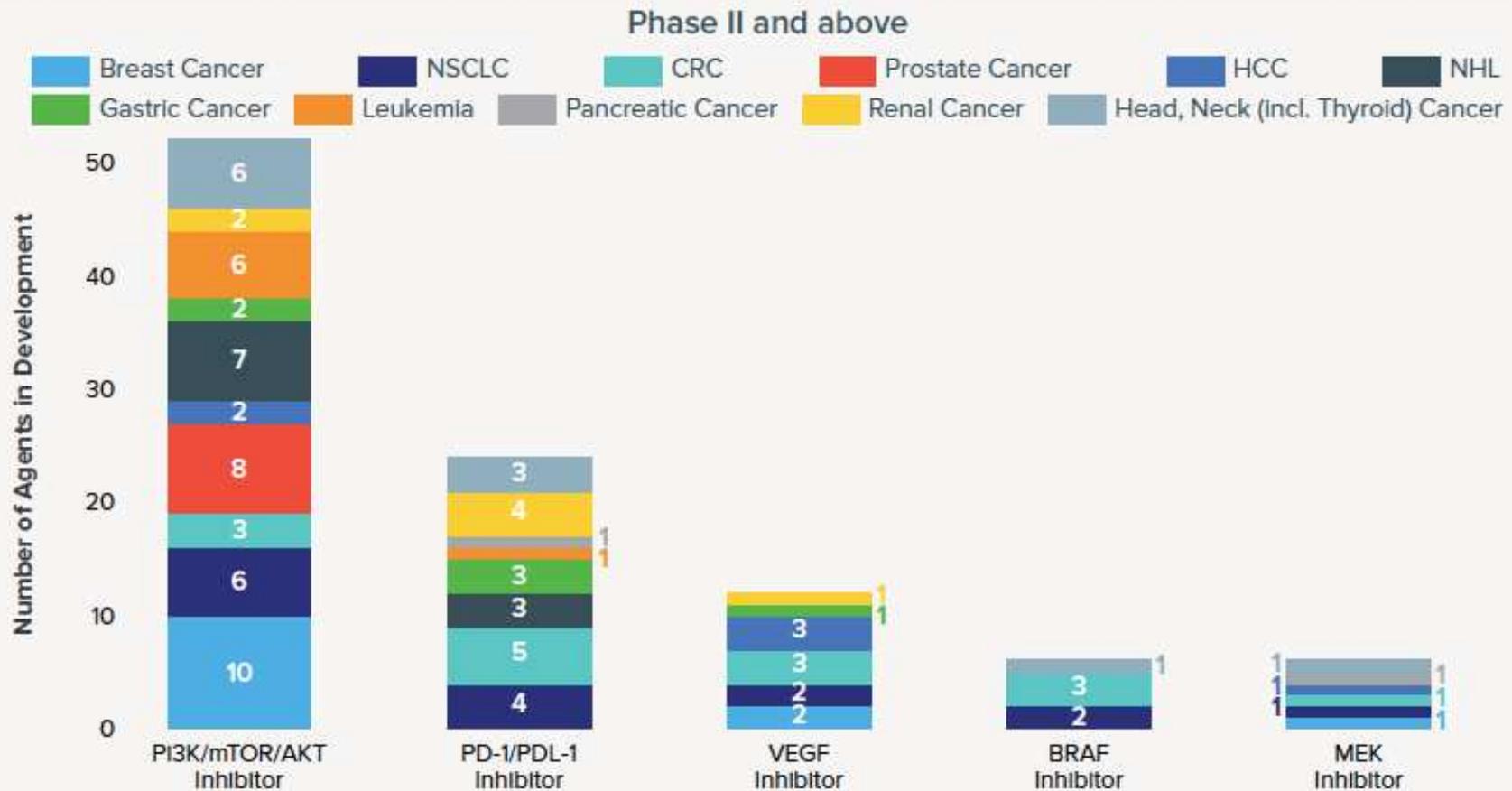
Valore	Costo
Prolungamento $\geq 1/3$ dell'aspettativa di vita nel setting di pazienti considerato (attesa di vita 12 mesi incremento significativo ≥ 16 mesi; attesa di vita 6 mesi incremento significativo ≥ 8 mesi)	I fascia
Farmaci ad efficacia intermedia	II fascia
Prolungamento statisticamente significativo $< 15\%$ dell'aspettativa di vita nel setting di pazienti considerato	III fascia

Immuno-oncology evolution



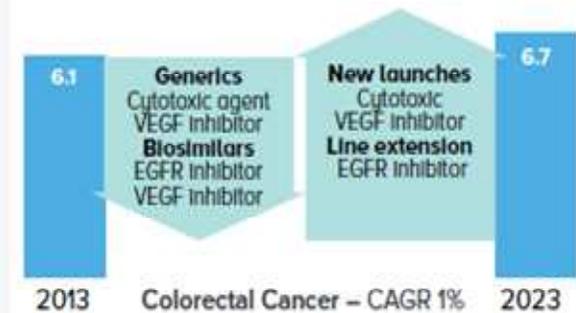
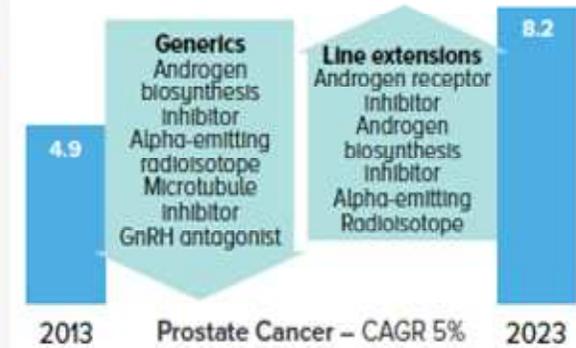
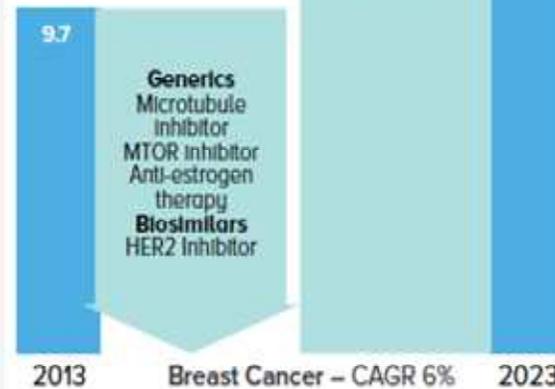
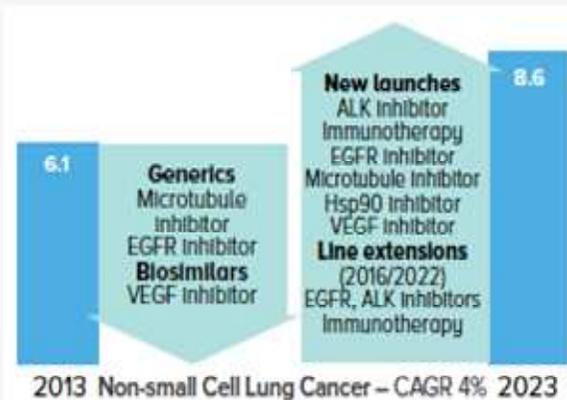
Targeted agents evolution

Pipeline by Number of Targeted Agents and Selected Pathways



Forecast growth in select drugs (US, EU5, Brazil, Japan 2013-2013)

Spending US\$Bn

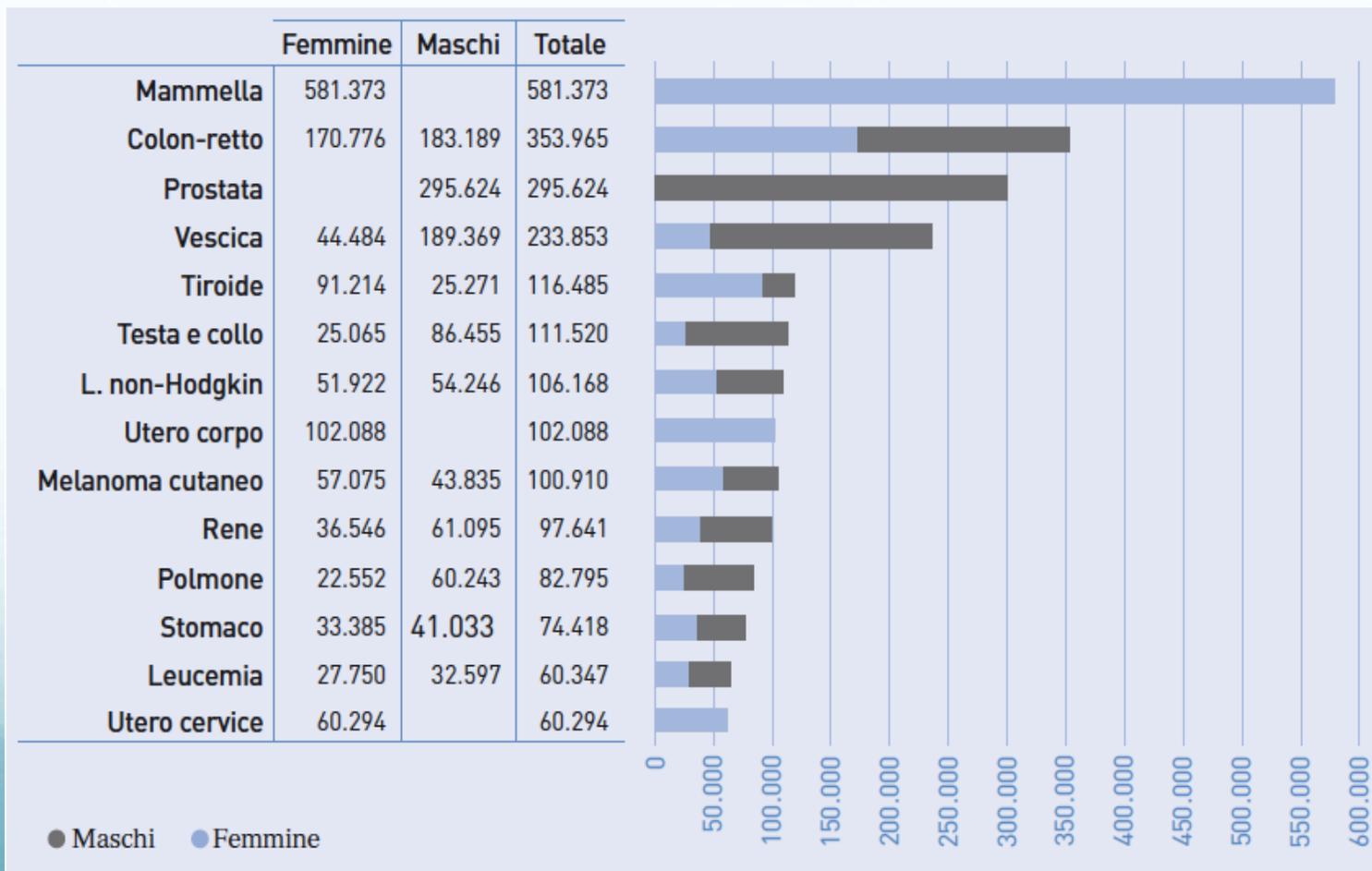


Miglioramento della sopravvivenza, “guariti” e nuovi bisogni

- Passaggio dal follow up al “survivorship care”
- Gestione delle nuove tossicità
- Gestione degli effetti collaterali a lungo termine
- Riabilitazione oncologica
- Riabilitazione psico-sociale
- Reinserimento lavorativo
- Riabilitazione nei diritti

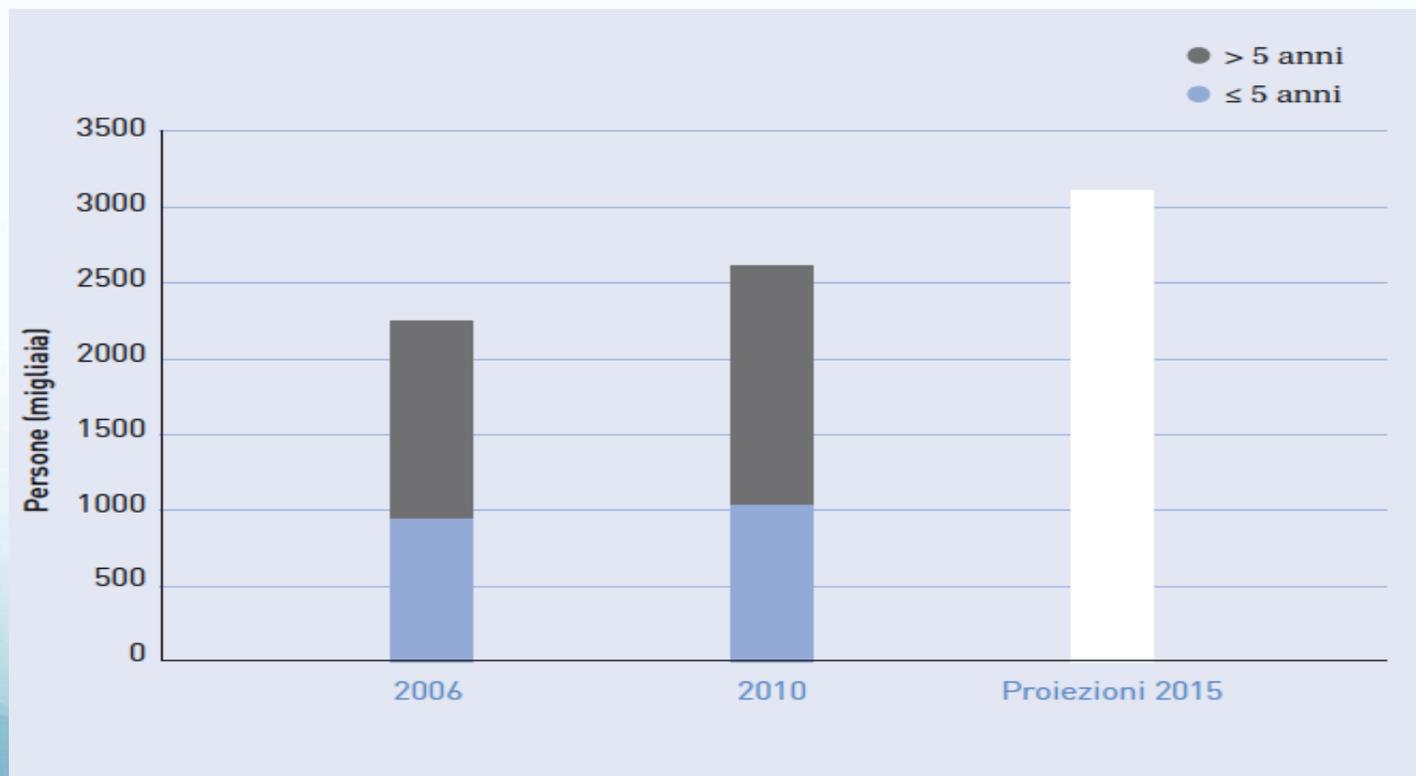
Numero di persone che vivevano nel 2010 dopo una diagnosi di tumore

- Totale 2.587.347 (4.4% della popolazione italiana)
 - Uomini 1.154. 289 (45%)
 - Donne 1.433.289 (55%)
- Età ≥ 75 anni 918.073 (35%)



Proiezione al 2015 delle persone che vivono dopo una diagnosi di tumore

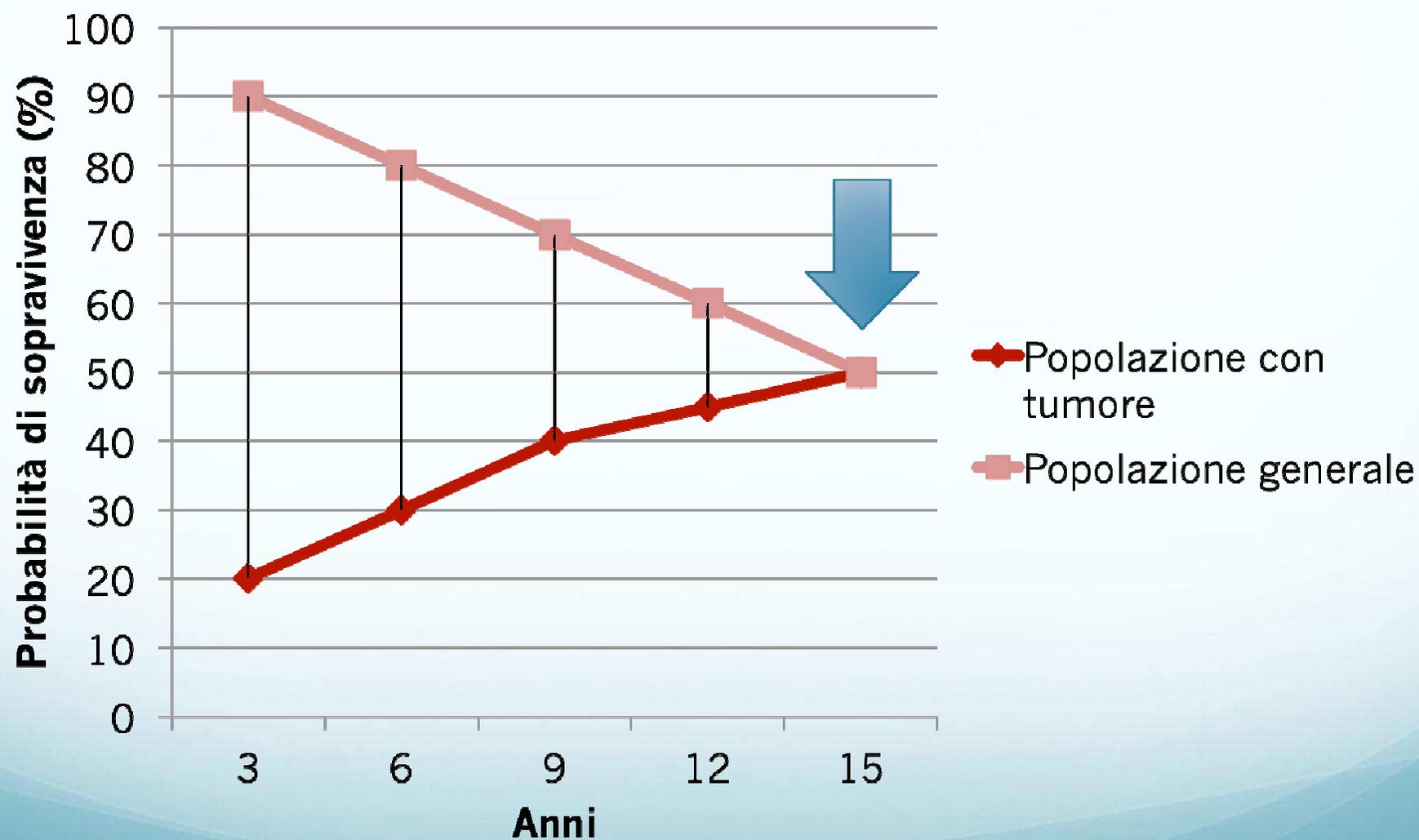
- N. totale 3.036.741 (4.9% della popolazione italiana)
- +17% rispetto al 2010 (M +20%, F +15%)
- 600.00 con diagnosi tra 2 e 5 anni
- 1.9 milioni diagnosi >5 anni



Pazienti con diagnosi di tumore e “guariti “ nel 2010

Tipo di tumore*	Prevalenza Completa	Tempo dalla diagnosi (anni)						Già guariti**	
		>2		>5		>10			
	n.	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Mammella	581.373	495.113	85%	381.517	66%	230.254	40%	90.331	16%
Colon-retto	353.965	277.989	79%	197.223	56%	112.479	32%	130.265	37%
Prostata	295.624	229.139	78%	135.366	46%	40.126	14%	320	0%
Vescica	233.853	193.426	83%	142.831	61%	81.783	35%	4.053	2%
Tiroide	116.485	95.864	82%	70.055	60%	38.049	33%	89.087	76%
Testa e collo	111.520	93.445	84%	74.587	67%	50.219	45%	26.095	23%
Linfomi non-Hodgkin	106.168	87.591	83%	64.260	61%	38.603	36%	1.807	2%
Utero corpo	102.088	88.728	87%	71.143	70%	48.307	47%	53.873	53%
Melanoma cutaneo	100.910	83.877	83%	63.903	63%	38.770	38%	44.796	44%

La definizione di “guarito da tumore”



IL FOLLOW UP dell'Oncologia Italiana

2014

CONFERENZA DI CONSENSO

DALLA PRATICA DEL FOLLOW UP ALLA CULTURA DI SURVIVORSHIP CARE

Presidenti della conferenza: Carmine Pinto, Gianmauro Nistico



ROMA • 10 - 11 SETTEMBRE 2015

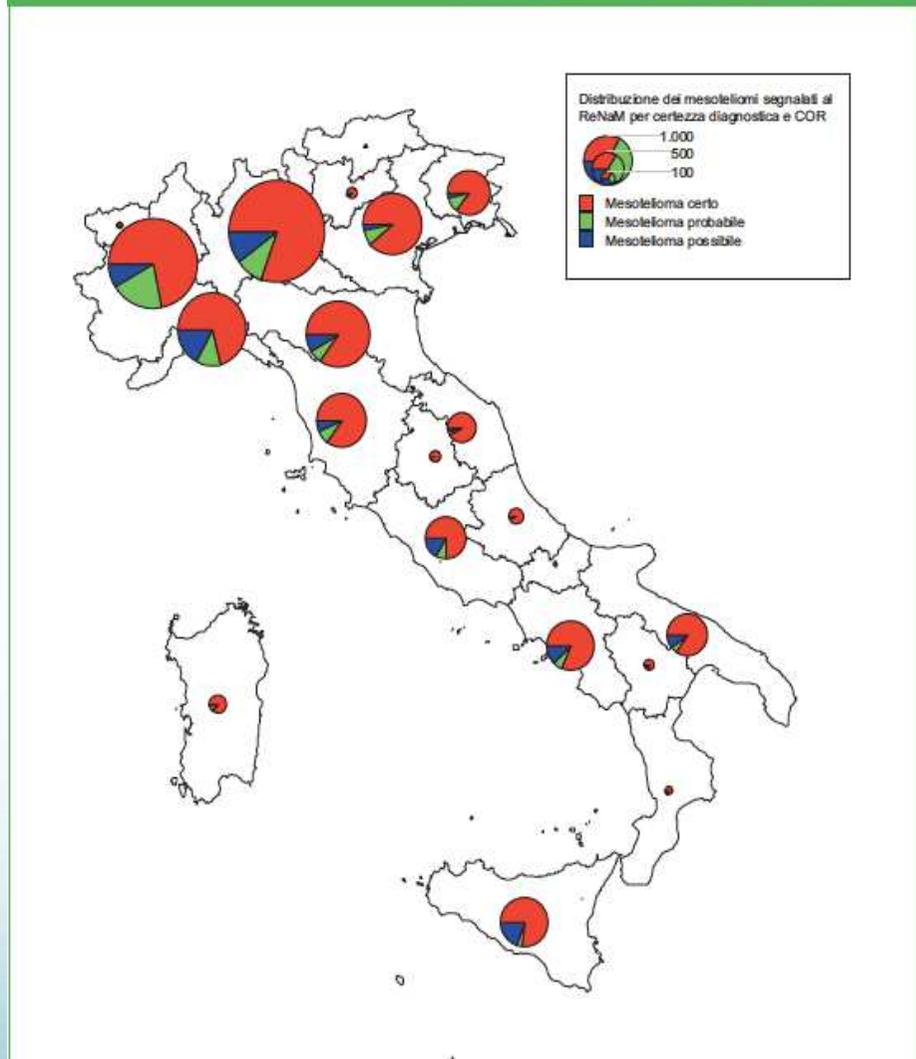
Il diritto al lavoro per i malati cancro

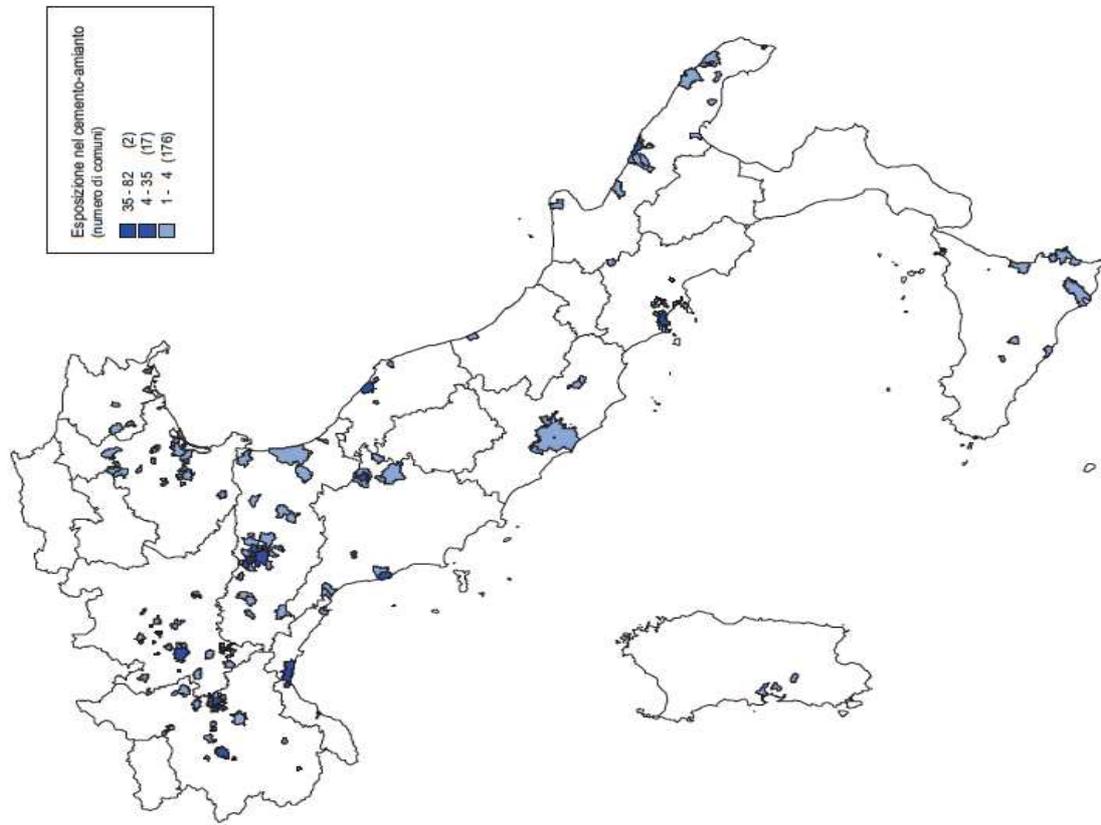
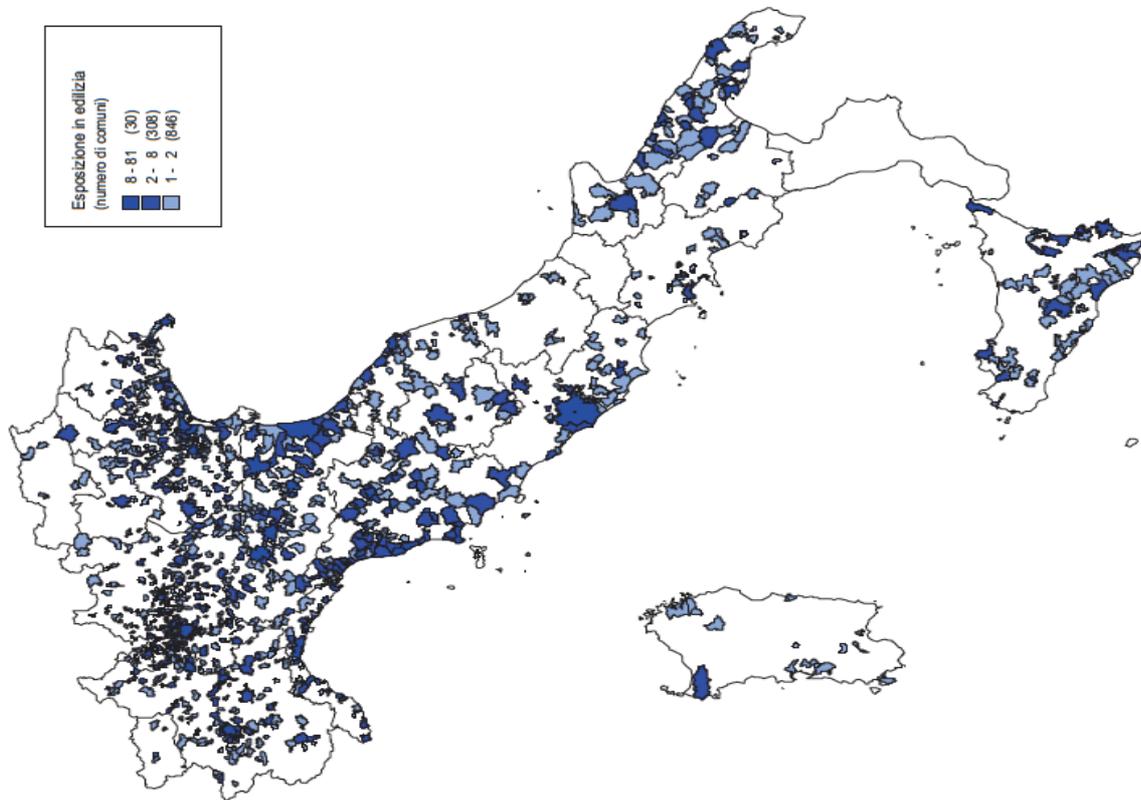
- I guariti da cancro
- Il ritorno alla vita
- Il recupero psico-sociale
- Qualità del lavoro
- La necessità di una legge
- Associazioni e volontariato

Registri speciali - ReNaM



Figura 2 Numero di casi di mesotelioma segnalati al ReNaM per livello di certezza diagnostica e COR di segnalazione (Italia, 1993 - 2012, N=21.463)





Categoria 33

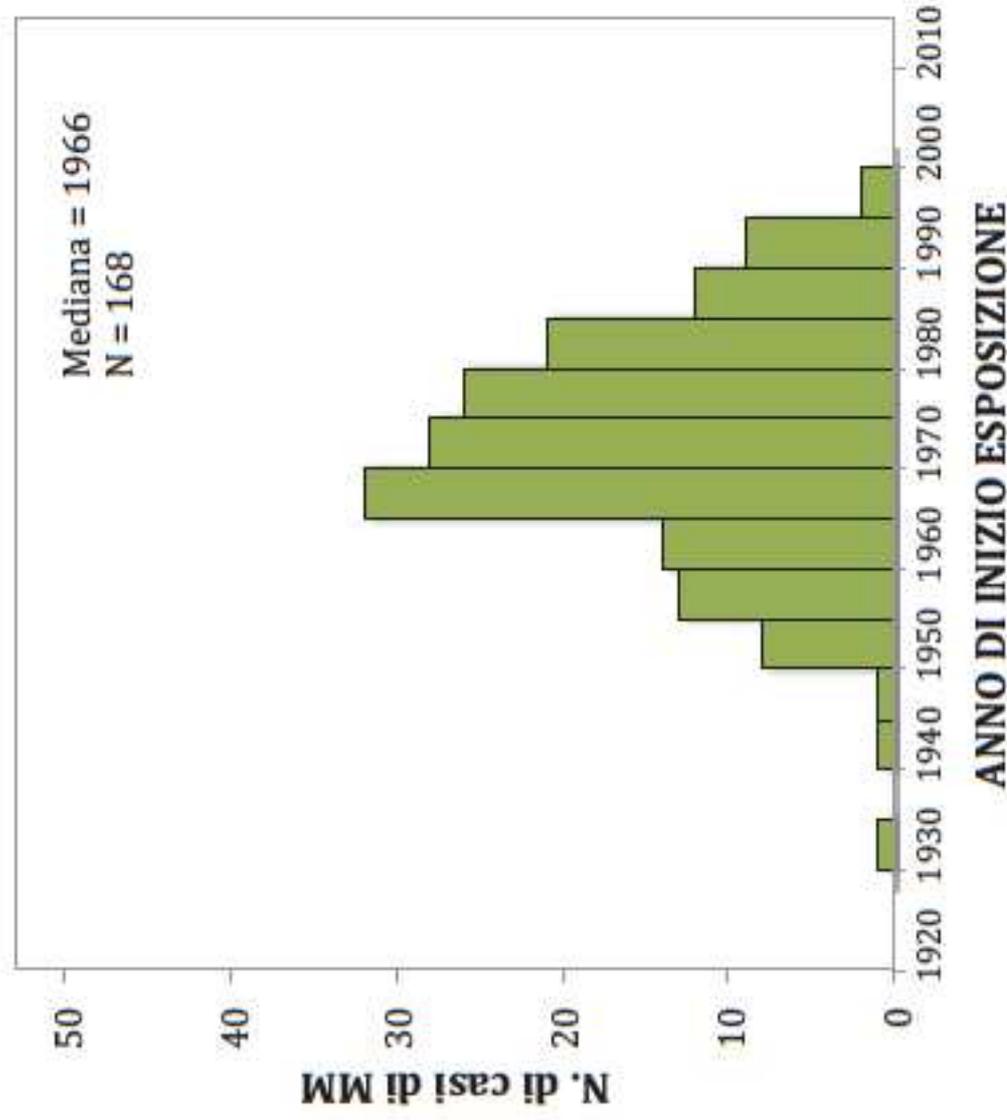
Pubblica Amministrazione

Codici ATECO91: 75* (Pubblica Amministrazione e difesa; assicurazione sociale obbligatoria), esclusi 75.22*; 99* (Organizzazioni e organismi extraterritoriali)

Casi di MM: n. 168 con almeno un periodo esclusiva nella categoria (M=72; F=5)

Caratteristiche di esposizione e mansioni m
frattari; impiegati di ufficio; idraulici e pos
I vigili del fuoco di carriera o quelli che lo
d'amianto in occasione di incendi di capi
o per conseguenza del danneggiament
fuoco, specie quelli che operavano come
perte spigni-fiamma in tessuto di amiant
RAI, edifici delle poste, cinema, piscine, |
alla manutenzione ordinaria dei fabbrica
stabilmente in ambienti confinati contami

Regioni con maggiore peso della categoria
Toscana n. 38 (4,2%); Sicilia n. 10 (3,6%)

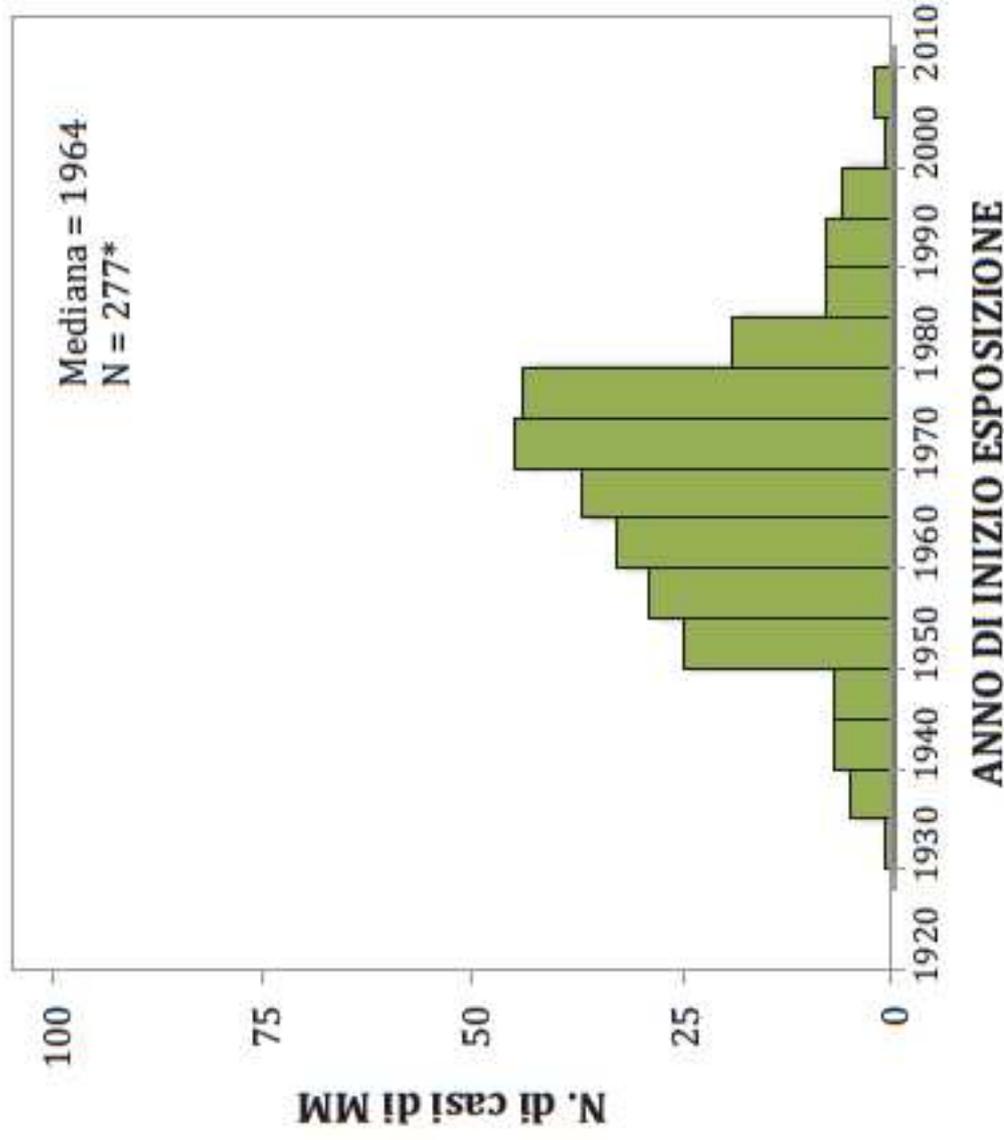


Codici ATECO91: 85* (Sanità e altri servizi sociali); 90* (Smaltimento dei rifiuti solidi, delle acque di scarico e simili); 91* (Attività di organizzazioni associative n.c.a.); 92* (Attività ricreative, culturali e sportive); 93* (Altre attività dei servizi)

Casi di MM: n. 280 con almeno un periodo di esposizione ad amianto (M=186; F=94), di cui n. 160 (57,1%) con esposizione esclusiva nella categoria (M=91; F=69)

Caratteristiche di esposizione e mansioni
personale addetto a lavanderie e tintorie; stiratrici; tecnici per la produzione; parrucchieri possono essere stati esposti inoltre segnalati casi di esposizione che uscivano dal lavoro con capelli ed per comunità come quelle ospedaliere, degli assi da stiro e per la protezione degli amianto friabile potevano essere presenti in lavanderie industriali. Amianto a spruzzo e sui soffitti dei capannoni, specie nelle lavanderie. Inoltre amianto era presente

Regioni con maggiore peso della categoria
Toscana n. 60 (6,6%); Piemonte n. 49 (6,1%)





Registro Tumori Specialistico dei Tumori del Pancreas di Reggio Emilia

Raccoglie circa 500 variabili

- Migliorare la caratterizzazione
- Effettuare studi su fattori predittivi e prognostici
- Valutare le differenze di esito e di sopravvivenza
- Monitorare il follow-up per lo stato in vita
- Analizzare i modelli di cura e di adesione alle linee guida per la diagnosi ed il trattamento



HHS Public Access

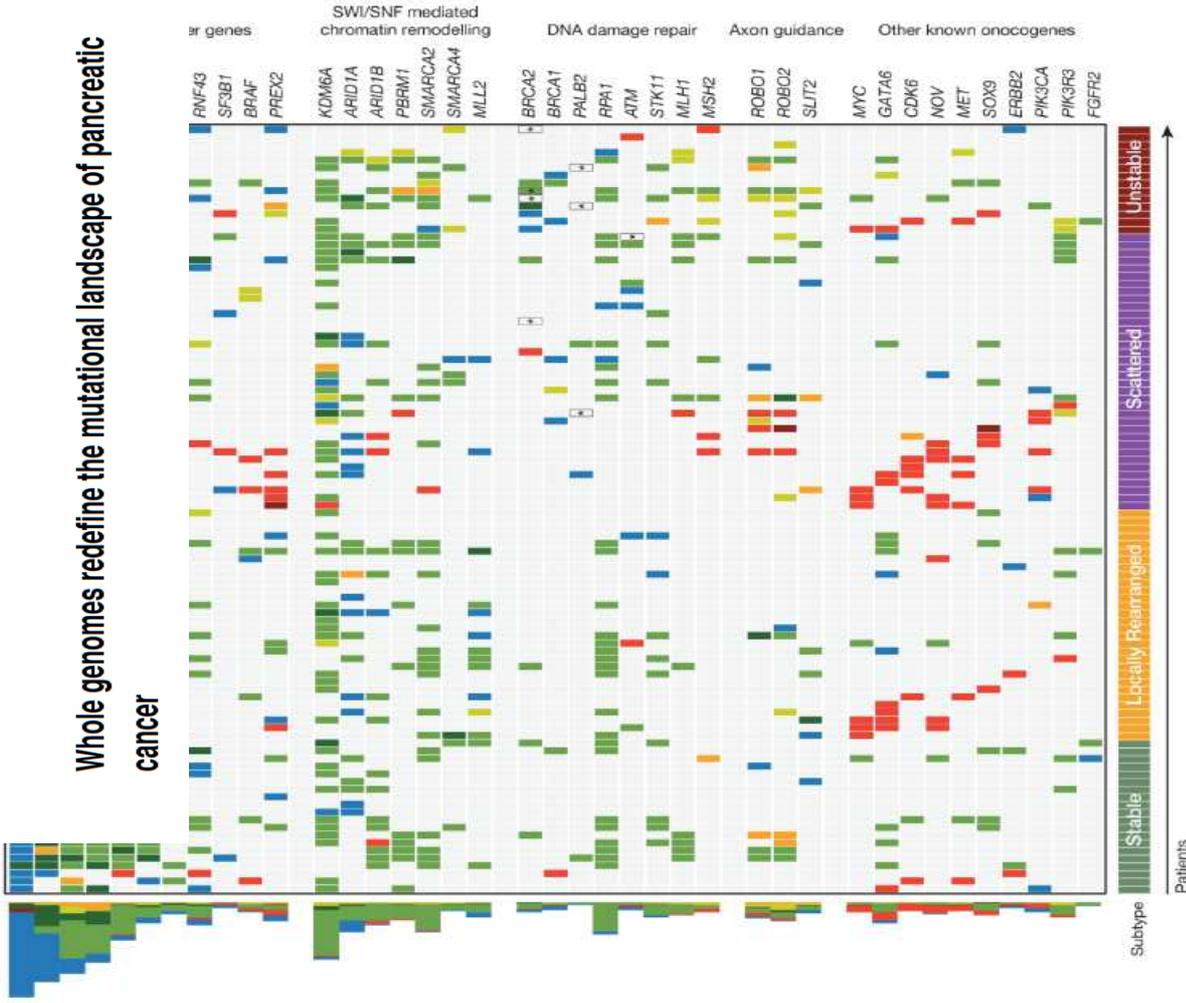
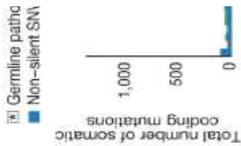
Author manuscript

Nature. Author manuscript; available in PMC 2015 August 03.

Published in final edited form as:

Nature. 2015 February 26; 518(7540): 495–501. doi:10.1038/nature14169.

Whole genomes redefine the mutational landscape of pancreatic cancer



REGISTRO TUMORI SPECIALISTICO DEL PANCREAS DI REGGIO EMILIA

*Presentazione dei dati
dei primi tre anni di attività:
2008-2010*

20 Dicembre 2013

Reti Oncologiche Regionali

Gruppo di lavoro AGENAS - AIOM - CIPOMO

GRUPPO DI LAVORO RETI ONCOLOGICHE

CONTRIBUTO AIOM_CIPOMO

(Giordano Beretta, Oscar Bertetto, Gianpiero Fasola, Carmine Pinto)

Si raccomanda alle Regioni che non abbiano ancora avviato la costituzione di una Rete oncologica di istituire una commissione tecnica (o Gruppo di coordinamento) per una ricognizione delle competenze esistenti in ambito oncologico disponibili sul proprio territorio e per la definizione del modello di organizzazione della rete. Il modello, suggerito dalla "Guida per la costituzione di reti oncologiche regionali", allegato 2 dell'Intesa Stato-Regioni 30 ottobre 2014 n. 144 "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il burden del cancro", è quello del Comprehensive Cancer Care Network.

Reti Oncologiche Regionali

Documento AGENAS - AIOM - CIPOMO

Caratteristiche indispensabili

La presenza di un'autorità centrale denominata Coordinamento rete oncologica regionale in grado di governare i collegamenti tra le diverse strutture, la pianificazione dell'uso delle risorse, la definizione e valutazione dei percorsi dei pazienti per le diverse patologie neoplastiche e la valutazione dell'impatto sul servizio sanitario dei diversi setting di patologia neoplastica, con il **coinvolgimento dei registri tumori** ove presenti