



**Evento Formativo Residenziale**

**IL REGISTRO TUMORI PIEMONTE A 50 ANNI DALLA FONDAZIONE: I NUOVI DATI REGIONALI ED IL LORO UTILIZZO**

**ECM REGIONE PIEMONTE**

**CODICE: 300 - 32975**

**Crediti: 4**

**AREA DEL DOSSIER FORMATIVO**

Obiettivi formativi  
tecnico - professionali

**OBIETTIVO FORMATIVO DI INTERESSE NAZIONALE**

Contenuti tecnico-professionali

**DATA/E**

**09 aprile 2019**

(termine scadenza iscrizioni 01 aprile 2019)

**SEDE**

**Aula Magna Dogliotti**

**A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino**

**C.so Bramante 88, Torino**

**PROGRAMMA**

**RESPONSABILE/I SCIENTIFICO/I**

Patriarca Silvia

Rosso Stefano

**PROGETTISTA o RESPONSABILE ACCREDITAMENTO**

Livia Giordano

Matilde Ceresa

**I Registri Tumori hanno salvato l'Epidemiologia**

**Benedetto Terracini**

# Registro tumori?

Giulio A. Maccacaro

Dagli « Atti della tavola rotonda organizzata dal dipartimento sicurezza sociale della Regione Toscana » - Firenze, 19 aprile 1975

## Intervento di apertura

Nel dare inizio ai lavori di questa tavola vorrei permettermi — prima di ascoltare le diverse relazioni sui problemi comuni e locali dei « registri tumori » — di formulare qualche considerazione di indole generale.

Comincerò col dire che, a mio avviso, un « Registro Tumori » è inquadrabile ad un tempo tra le attività di « sistema informativo » e tra quelle di « osservatorio epidemiologico ».

**Alla nascita di un efficiente «Registro Tumori» dovrebbe concorrere ... un già esistente «Sistema Informativo» e un già funzionante «Osservatorio Epidemiologico».**

**Naturalmente il condizionale è d'obbligo perché non si conosce una regione italiana dove sia attivo un «Sistema Informativo» men che empirico e dove sia in funzione un «Osservatorio Epidemiologico».**

**Il «Registro Tumori» appare dunque in questa luce, come una conclusione di cui non si danno ancora le premesse, là dove dovrebbero essere necessarie.**

**Terracini si è dichiarato convinto che la tragica storia dell'IPCA non sarebbe stata diversa anche se ci fosse stato un "Registro Tumori" del Piemonte quindici anni prima**

**Giulio Maccacaro  
1975**

C. Chiappini, A. De Caro, P. Morosini, R. Piantoni

ATLANTE DELLA MORTALITÀ  
PER TUMORI IN ITALIA  
Triennio 1970-1972

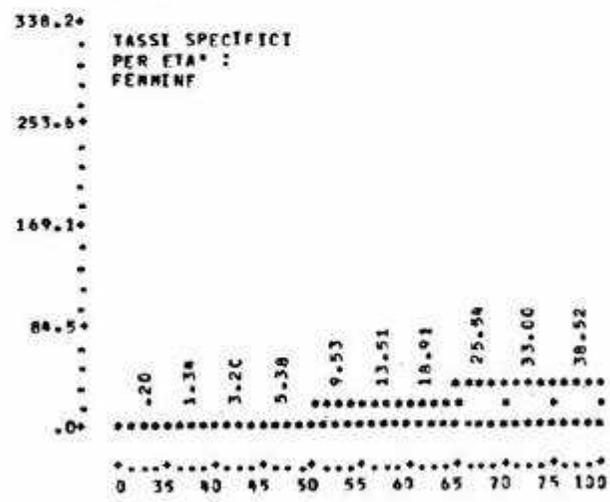
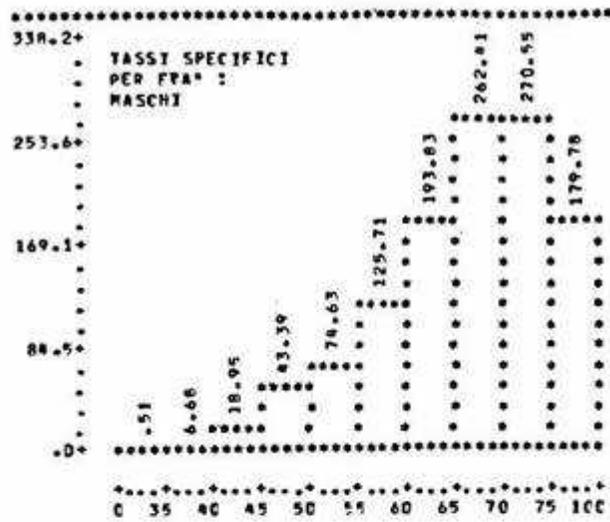


LIGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI

Roma 1974



TUMORE MALIGNO DELLA VESICICA



	TASSO GREZZO	TASSO STAND.		TASSO GREZZO	TASSO STAND.
1) ENNA	8.91	8.82	48) PIACENZA	33.23	25.81 *
2) RAGUSA	10.72	10.42	49) SAVONA	33.78	25.88
3) POTENZA	10.61	10.88	50) LATINA	23.26	25.90
4) CAMPORASSO	12.89	11.61	51) TARANTO	20.59	25.95
5) NUORO	11.23	11.72	52) VERCELLI	33.56	25.97
6) CATANZARO	10.21	12.70	53) ALESSANDRIA	37.94	26.37
7) COSENZA	10.75	12.86	54) FORLI'	27.06	26.29 *
8) ISERNIA	14.47	12.75	55) PISTOIA	32.24	26.39
9) TEPANO	13.36	12.78	56) PISA	32.98	26.45
10) MATERA	11.47	13.01	57) PARMA	34.98	27.20 *
11) CALTANISSETTA	12.29	11.30	58) VICENZA	24.93	27.24
12) RIFI	16.76	13.35	59) TORINO	28.82	27.30
13) AGRIGENTO	13.66	13.69	60) TRFNTO	29.14	27.86
14) CUNEO	18.07	13.84	61) BRINNISI	23.77	28.23
15) TRAPANI	15.46	14.38	62) MODENA	32.20	28.57 *
16) CHIETI	15.74	14.76	63) BOLOGNA	33.70	28.65 *
17) REGGIO DI CALABRIA	14.47	14.84	64) RAVENNA	33.91	28.68 *
18) AVELLINO	14.89	15.10	65) TREVISO	27.57	28.83
19) PESARO E URBINO	17.28	15.54	66) LECCO	25.60	29.08
20) BENEVENTO	16.40	15.72	67) MASSA CARRARA	33.38	29.09
21) FROSINONE	16.41	15.83	68) NOVARA	34.29	29.28
22) PISCARA	16.73	16.63	69) FIRENZE	35.50	29.57
23) SIENA	23.07	16.98	70) COMO	30.49	31.42
24) L'ADUOLA	19.68	17.09	71) VERONA	31.35	31.52
25) SIRACUSA	15.98	17.23	72) LUCCA	39.17	32.52
26) CANTIERI	14.70	17.31	73) CREMONA	37.39	32.72
27) PERUJA	20.07	17.49	74) PAVIA	47.76	33.06
28) MESSINA	18.23	17.65	75) VARESE	31.46	33.14
29) ASCOLI PICENO	18.39	17.89	76) LIVORNO	39.77	33.46
30) SASSARI	17.17	18.19	77) NAPOLI	24.38	33.59
31) APEZZO	22.42	18.41	78) MANTOVA	40.42	33.72
32) CATANIA	16.95	18.54	79) ROMA	29.55	34.28
33) MACERATA	21.08	18.61	80) PORDENONE	36.63	34.44
34) FORTE	17.09	19.18	81) BELLUNO	38.74	34.86
35) ASTI	28.22	19.23	82) LA SPEZIA	44.05	34.96
36) SALERNO	17.20	19.86	83) GENOVA	45.04	35.72
37) TERNI	23.63	20.35	84) PESCIA	31.24	35.82
38) PALERMO	19.04	20.75	85) UDINE	42.04	36.57
39) CASERTA	16.77	21.13	86) FERRARA	30.48	36.87
40) VALLE D'AOSTA	23.52	21.79	87) PADOVA	34.21	37.32
41) ANCONA	24.24	21.95	88) SONDRIO	34.49	37.61
42) VITERBO	25.28	22.25	89) BOVINDO	41.55	37.80
43) ERSSETO	27.74	22.33	90) FERRARA	45.09	39.34 *
44) IMPERIA	30.80	23.86	91) MILANO	37.38	40.58
45) BOLZANO	20.93	24.34	92) TRIESTE	62.71	45.75
46) BARI	20.84	24.65	93) GORIZIA	54.00	48.72
47) REGGIO NELL'EMILIA	30.98	25.70 *	94) VENEZIA	45.50	49.55

ANALISI DELLA MORTALITA' PER TEMPI  
 SECONDO ETA' SESSO E RESIDENZA DEI DECEDEUTI  
 DATI MEDI ANNUALI DEL TRIENNIO 1970/1972/  
 (FONTE: ISTITUTO CENTRALE DI STATISTICA)

DATI NAZIONALI	TASSI (PER 100.000 ABITANTI)	*** CAUSA DI MORTE ***
12774 MASCHI	48.25	TEMPI MORTALI DELLA TRACHEA DEI BRONCHI E POLMONI
1996 FEMMINE	7.22	
14770 TOTALE	27.28	

EDITORIALI

---

**Riusciranno i registri tumori  
a salvare l'epidemiologia?**

Benedetto Terracini

*Epidemiologia e Prevenzione*, n° 10-11, 1980

Ciò che è mancato finora non è stato tanto la disponibilità di dati di base (sia pure da valutare criticamente) quanto l'interesse e la capacità della struttura sanitaria e scientifica di utilizzarli per generare delle ipotesi interpretative delle differenze geografiche di distribuzione dei tumori, saggiare tali ipotesi e — ove possibile — intervenire in senso preventivo. Non vi è nessuna garanzia, ora, che l'introduzione di strumenti tecnici più sofisticati e complessi (e difficili da far funzionare), come i registri tumori, porti automaticamente a riempire questo vuoto culturale. Pare più logico, anzi, dapprima porsi nelle condizioni per un pieno uso delle potenzialità di ricerca insite nelle statistiche di mortalità,

le sollecitazioni di nuovi registri tumori sono andate per lo più disgiunte da sollecitazioni di un organico piano per il riconoscimento di esposti (e quindi delle esposizioni), a cancerogeni noti o sospetti. Non c'era bisogno della legge 833 per addivenire alla costituzione di elenchi di esposti a farmaci cancerogeni o sospetti e alla loro inclusione in ricerche prospettiche

ma ciò non è avvenuto. Così come non si può attribuire alla mancanza di registri tumori l'estrema povertà della produzione italiana di ricerche prospettiche su gruppi di lavoratori esposti a rischi di cancerogenicità nell'ambiente di lavoro, miranti a stabilire i tassi di mortalità. Tali ricerche, pur meno sensibili di quelle miranti a stabilire i tassi di incidenza, sono regolarmente condotte in molti paesi da molti anni e hanno portato a risultati importanti.

Si sgombri quindi il campo dai molti equivoci che oggi ci sono. I registri tumori, là dove riescono a funzionare, producono essenzialmente tassi di incidenza.

Disporre di buoni dati di incidenza dei tumori può essere utile dove si intende fare ricerca epidemiologica, e questa ha senso se finalizzata alla prevenzione. La sequenza è complessa e richiede la capacità di vedere lontano e correttamente.

## Riuscirà l'epidemiologia a salvare i registri tumori?

## Will Epidemiology come to the rescue of Cancer Registries?

**Roberto Zanetti,<sup>1,2</sup> Stefano Rosso<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Registro Tumori Piemonte, CPO, Centro di prevenzione oncologica, Torino

<sup>2</sup> Segretario, Associazione italiana dei registri tumori, AIRT

Corrispondenza a Roberto Zanetti, CPO, Registro Tumori Piemonte, via San Francesco da Paola 31, 10123 Torino; e-mail: roberto.zanetti@cpo.it

■ Non ci si aspetta dall'attuale ministro della salute una attenzione al ruolo dei Registri maggiore di quella, perlopiù impercettibile, espressa dai suoi predecessori. Per contro, diversi governi regionali (segnatamente quelli della Lombardia, del Friuli, del Trentino, dell'Alto Adige, dell'Emilia Romagna) hanno continuato in questi anni ad avviare, consolidare o espandere programmi di registrazione, ma lo hanno fatto con più riservatezza che in precedenza, secondo percorsi che hanno escluso la pubblicità del dibattito politico o anche solo tecnico. Riteniamo doveroso che gli epidemiologi facciano sentire la loro voce.

R Zanetti & S Rosso  
E&P 2002

Se la macchina centrale fino ad anni recenti ha prodotto solo l'incidenza, diversi registri o reti di registri (in particolare il SEER, gli scandinavi) hanno sempre fatto (o contribuito a fare) di più: sopravvivenza, prevalenza, studi semi-interpretativi basati su *record linkage*, studi eziologici di coorte, studi caso controllo, valutazione dell'impatto degli screening eccetera. In pratica non pochi registri sono veruti sviluppandosi come centri di epidemiologia a tutto campo.

R .Zanetti & S Rosso  
E&P 2002

■ la generazione dei Clemmesen (e degli Anglesio da noi) si aspettava dai registri tutto o quasi. La domanda (quantificare l'impatto del cancro, indagare le cause, valutare i trattamenti, il tutto a livello di popolazione) era giusta; la risposta (i registri faranno tutto ciò) lo era solo molto parzialmente. Ma l'equivoco fu presto chiarito dallo sviluppo dei metodi, del mestiere e dei centri dell'epidemiologia analitica, che si sarebbero incaricati del grosso del lavoro.

# **Long-term survival, prevalence, and cure of cancer: a population-based estimation for 818 902 Italian patients and 26 cancer types**

L. Dal Maso<sup>1\*</sup>, S. Guzzinati<sup>2</sup>, C. Buzzoni<sup>3,4</sup>, R. Capocaccia<sup>5</sup>, D. Serraino<sup>1</sup>, A. Caldarella<sup>4</sup>,  
A. P. Dei Tos<sup>2,6</sup>, F. Falcini<sup>7</sup>, M. Autelitano<sup>8</sup>, G. Masanotti<sup>9</sup>, S. Ferretti<sup>10</sup>, F. Tisano<sup>11</sup>, U. Tirelli<sup>12</sup>,  
E. Crocetti<sup>4</sup>, R. De Angelis<sup>5</sup> & the AIRTUM Working group<sup>†</sup>

<sup>1</sup>Epidemiology and Biostatistics Unit, CRO Aviano National Cancer Institute IRCCS, Aviano; <sup>2</sup>Veneto Tumour Registry, Veneto Region, Padua; <sup>3</sup>AIRTUM Database, Florence; <sup>4</sup>Tuscany Cancer Registry, Clinical and Descriptive Epidemiology Unit, Cancer Prevention and Research Institute (ISPO), Florence; <sup>5</sup>National Centre for Epidemiology, Surveillance and Health Promotion (CNESPS), Italian National Institute of Health (ISS), Rome; <sup>6</sup>Department of Oncology, Anatomic Pathology Unit, General Hospital of Treviso, Treviso; <sup>7</sup>Romagna Cancer Registry, Cancer Institute of Romagna (IRCSS), Meldola; <sup>8</sup>Milan Cancer Registry, Milan Health Authority, Epidemiology Unit, Milan; <sup>9</sup>Umbria Cancer Registry, Department of Medical and Surgical Specialties, and Public Health, Section of Public Health, Perugia University, Perugia; <sup>10</sup>Ferrara Cancer Registry, Ferrara University, Ferrara; <sup>11</sup>Siracusa Cancer Registry, ASP of Siracusa, Siracusa; <sup>12</sup>Medical Oncology Unit, CRO Aviano National Cancer Institute IRCCS, Aviano, Italy

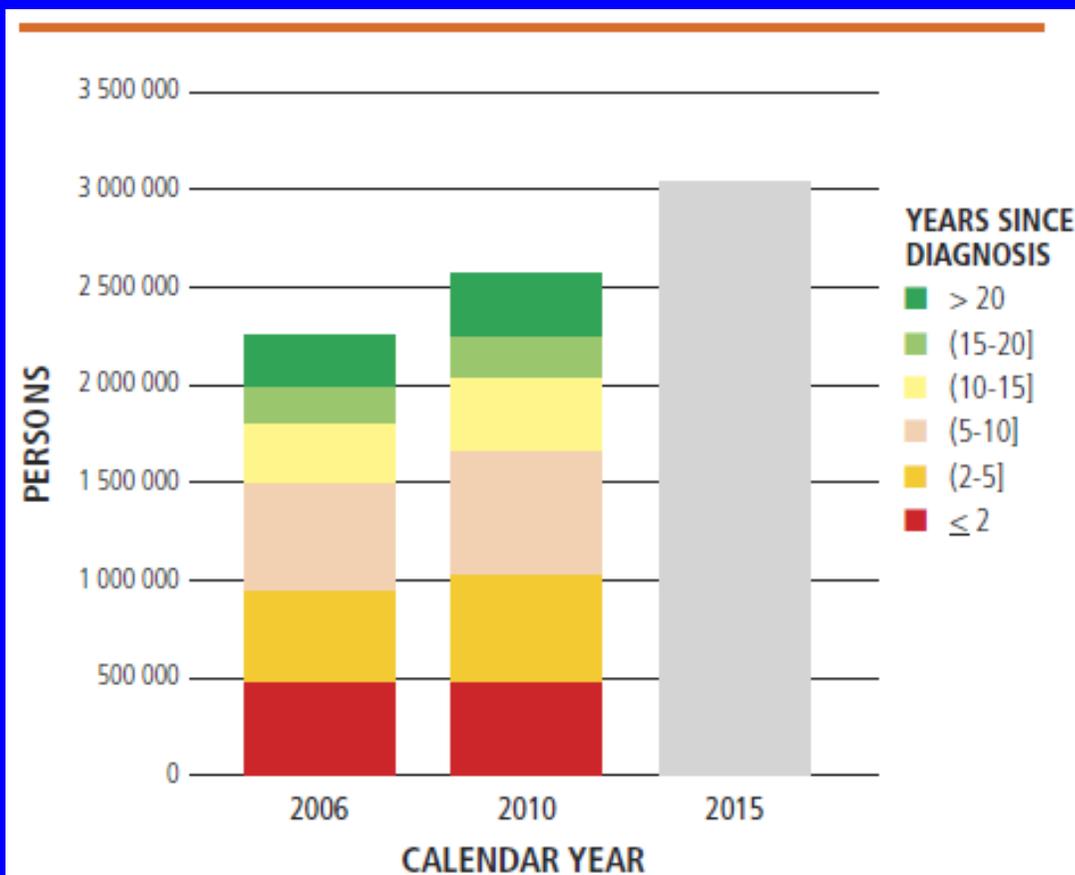
**Eur J Cancer Prev. 2017 Sep;26 Joining forces for better cancer registration in Europe:S215-S222**

**Care patterns and changes in treatment for nonmetastatic breast cancer in 2013-2014 versus 2005: a population-based high-resolution study.**

Guevara M, Burgui R, Díaz-González J, et al

**Abstract**

**Studies on recent trends in patterns of care for breast cancer patients are scarce. This study aims to examine the patterns and trends in the treatment of women with nonmetastatic breast cancer according to major recommended treatment options. A population-based study was carried out in Navarra, Spain, including .....**



**Figura 1.** Numero stimato di persone vive dopo una diagnosi di tumore in entrambi i sessi nel 2006 e nel 2010 e proiezioni per il 2015 in Italia, per tempo dalla diagnosi.

**Figure 1.** Estimated number of people living after a cancer diagnosis in both sexes in 2006 and 2010, and projected number for 2015 in Italy, by time since diagnosis.

2017  
vol. 42  
no. 2

# EPIDEMIOLOGIA & PREVENZIONE

Rivista dell'Associazione Italiana di epidemiologia

epo

AIRTUM Working Group



ITUMORI IN ITALIA - RAPPORTO 2016

La sopravvivenza  
dei pazienti oncologici in Italia

ITALIAN CANCER FIGURES - REPORT 2016

Survival of cancer patients in Italy





ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Preventive Medicine

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/ypmed](http://www.elsevier.com/locate/ypmed)



## Colorectal cancer screening of immigrants to Italy. Figures from the 2013 National Survey



Anna Turrin <sup>a</sup>, Manuel Zorzi <sup>b,\*</sup>, Paolo Giorgi Rossi <sup>c</sup>, Carlo Senore <sup>d</sup>, Cinzia Campari <sup>e</sup>, Chiara Fedato <sup>a</sup>, Carlo Naldoni <sup>f</sup>, Emanuela Anghinoni <sup>g</sup>, Giuliano Carrozzi <sup>h</sup>, Priscilla Sassoli de' Bianchi <sup>f</sup>, Marco Zappa <sup>i</sup>,  
The Italian colorectal cancer screening survey group

Manuela Di Giacomo <sup>1</sup>, Angelo Sigillito <sup>2</sup>, Liliana Rizzo <sup>3</sup>, Giovanna Luciano <sup>4</sup>, Carlo Naldoni <sup>5</sup>, Nora Coppola <sup>6</sup>,  
Alessandra Barca <sup>7</sup>, Gabriella Paoli <sup>8</sup>, Luigina Bonelli <sup>9</sup>, Liliana Coppola <sup>10</sup>, Lucia Di Furia <sup>11</sup>, Giuseppe Cecere <sup>12</sup>,  
Nereo Segnan <sup>13</sup>, Antonio Fanolla <sup>14</sup>, Silvano Piffer <sup>15</sup>, Cinzia Annatea Germinario <sup>16</sup>, Pierina Tanchis <sup>17</sup>,  
Gabriella Dardanoni <sup>18</sup>, Paola Mantellini <sup>19</sup>, Mariadonata Giaimo <sup>20</sup>, Gabriella Furfaro <sup>21</sup>, Manuel Zorzi <sup>22</sup>

**Methods.** The 2013 National Survey on Italian colorectal cancer screening programmes compared immigrants born in low- or middle-income countries with subjects who were born in Italy, by collecting aggregated data on compliance, faecal immunochemical test results, compliance with colonoscopy, detected lesions and stage at diagnosis separately for Italians and immigrants.

**Results.** Overall, 85 screening programmes invited 3,292,451 subjects, of whom 192,629 had been born abroad (5.9%). Compliance with invitation was lower in immigrants (34.3% vs. 51.3% in Italians), with  $p < 0.001$ . Compliance was higher in females, regardless of the country of birth, in the youngest age group of immigrants but in the oldest of Italians.

Immigrants showed a borderline excess of standardised faecal immunochemical test positivity rate at first screening (5.4% vs. 5.1% in Italians,  $p = 0.05$ ) and a significant excess at repeat screenings (4.8% vs. 4.4%,  $p = 0.002$ ). The detection rates for carcinoma and advanced adenomas were lower in immigrants than in Italians at first screening (respectively 1.34% vs. 1.62% and 8.41% vs. 9.25%) – although the differences were not statistically significant – but not at repeat screening (respectively 1.06% vs. 0.98% and 6.90% vs. 6.79%).

**Conclusions.** Migrants showed a lower compliance with screening than Italians. The prevalence of neoplasia was lower at first screening and similar to the Italians' at repeat screenings.

epi

EPIDEMIOLOGIA  
& PREVENZIONE

Rivista dell'Associazione  
italiana di epidemiologia  
ANNO 38 (2) MARZO-APRILE 2014  
SUPPLEMENTO 1



S.E.N.T.I.E.R.I.

STUDIO EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE TERRITORI E INSEDIAMENTI ESPOSTI A RISCHIO AN INQUINAMENTO



SENTIERI - Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori  
e degli insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento:

**Mortalità, incidenza oncologica  
e ricoveri ospedalieri**

SENTIERI - Epidemiological Study of Residents  
in National Priority Contaminated Sites:

**Mortality, cancer incidence  
and hospital discharges**

A cura di:

Roberta Pirastu  
Pietro Comba  
Susanna Conti  
Ivano Iavarone  
Lucia Fazzo  
Roberto Pasetto  
Amerigo Zona  
Emanuele Crocetti  
Paolo Ricci

per il Gruppo di lavoro  
SENTIERI - mortalità,  
incidenza oncologica  
e ricoveri ospedalieri  
nei Siti di Interesse  
Nazionale per le bonifiche

inferenze

ARMANDO TESTA - Via Nazionale, 105 - 00187 Roma - Tel. 06/478941 - Fax 06/47894211 - www.ardtesta.com - info@ardtesta.com



**Nel 2019, i registri forniscono un denominatore rispetto al quale è possibile rispondere a domande che dovrebbero interessare le autorità di salute pubblica quali (I) :**

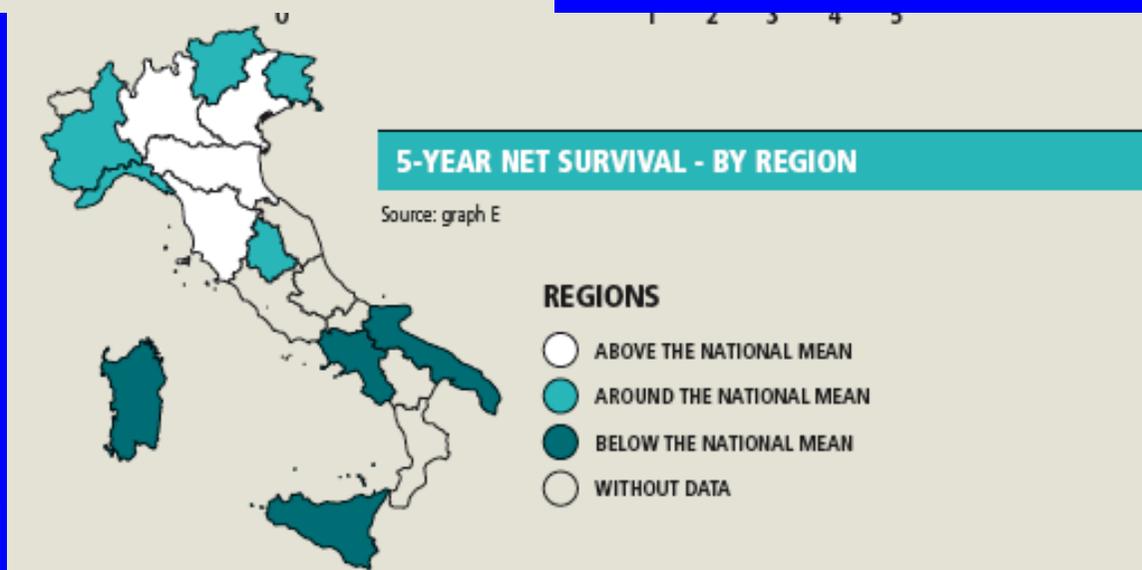
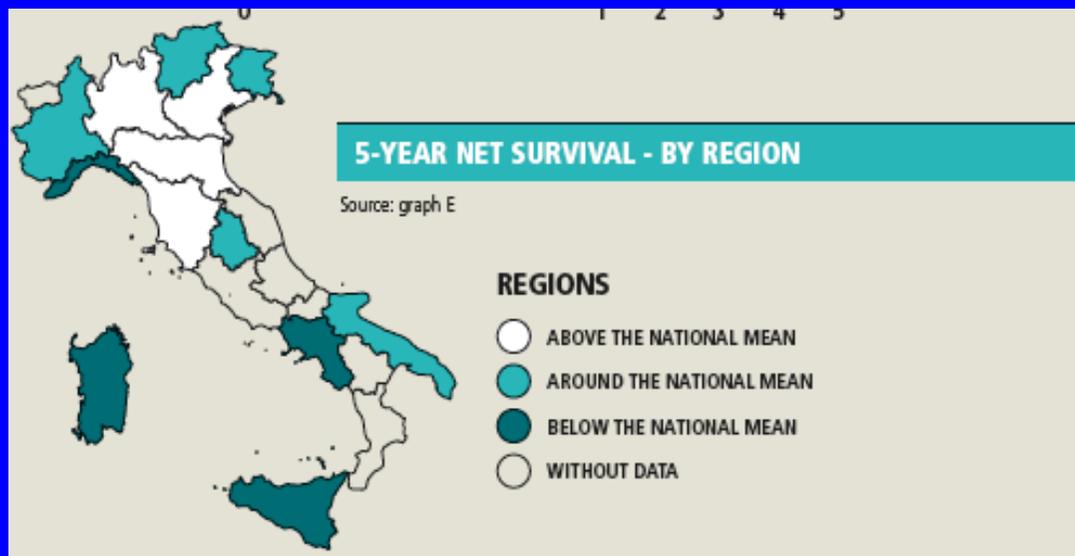
**• Quanti casi di cancro si verificano perché i programmi di prevenzione secondaria non raggiungono il 100% della popolazione bersaglio?**

**• Sono le buone pratiche sufficientemente generalizzate per assicurare che i ritardi diagnostici siano ridotti al minimo?**

**• Quale proporzione dei malati di cancro fruisce dei protocolli terapeutici considerati più adeguati (e con minori effetti indesiderati)?**

**Nel 2019, i registri forniscono un denominatore rispetto al quale è possibile rispondere a domande che dovrebbero interessare le autorità di salute pubblica quali (II) :**

- **Quanti sono, nella popolazione bersaglio, i «sopravvissuti» (o «guariti»?) dopo una diagnosi di cancro?**
- **Cosa è stato il loro reinserimento sociale e nel mondo di lavoro??**
- **Si comincia a registrare una diminuzione di incidenza dei cancri per i quali sono stati avviati programmi di prevenzione primaria (tabacco, amianto ecc)?**



**Le statistiche sono come i bikini.**

**Ciò che rivelano è suggestivo, ma ciò  
che nascondono è vitale.**

*Aaron Levenstein*

