

VERBALE N. 36 DELLA SEDUTA DELLA II COMMISSIONE TENUTASI IL 3 NOVEMBRE 2016.

Il 3 novembre 2016, alle ore 15.00, si è riunita, convocata dal proprio Presidente, presso la Sala R6 sita al piano S1 del Consiglio regionale - Assemblea legislativa della Liguria, Via Fieschi 15, Genova, la II Commissione, per la trattazione del seguente ordine del giorno:

1. Approvazione del verbale relativo alla seduta del 12 ottobre 2016.
2. Audizione al fine di conoscere la situazione epidemiologica in Liguria, anche in relazione ai recenti dati europei sull'incidenza dei tumori con i seguenti soggetti: Direttore Scientifico IRCCS San Martino Prof. Ferrarini, Coordinatore Rete Oncologica Ligure Dott. Pronzato, Direttore di Dipartimento Terapie Oncologiche Integrate Prof. Ballestrero, Direttore Epidemiologia clinica Dott. Bruzzi, Dirigente medico Epidemiologia ambientale Dott. Merlo e Dirigente medico Epidemiologia e prevenzione Dott. Gennaro.

PRESENTI

De Paoli, Muzio, Lauro, Rosso, Lunardon, De Vincenzi, Ferrando, Rossetti, Paita, Barbagallo, Battistini, Salvatore, Melis, Pisani e Pastorino.

DELEGHE

Il Consigliere Pucciarelli delega il Consigliere De Paoli.
Il Consigliere Garibaldi delega il Consigliere Ferrando.
Il Consigliere Costa delega il Consigliere Rosso.

Per la Giunta regionale è presente l'Assessore Viale.

Presiedono la riunione il Presidente Rosso e il Vice Presidente Ferrando.

ROSSO

Alle ore 15.10 dichiara aperta la seduta e ringrazia gli intervenuti all'odierna audizione.

Sono presenti i Signori:

- BALLESTRERO Alberto – Direttore Dipartimento IRCCS AOU San Martino - IST.
- BRUZZI Paolo – Direttore UOC IRCCS AOU San Martino – IST.
- CAMPI Maria Giuseppina – Ricercatrice volontaria IRCCS AOU San Martino – IST.
- FERRARINI Manlio – Direttore Scientifico San Martino – IST.

- GENNARO Valerio – Dirigente medico (Responsabile mesoteliomi) IST – IRCCS.
- MERLO Domenico – Dirigente IRCCS AOU San Martino – IST.
- PRONZATO Paolo – Coordinatore Rete Oncologica Regione Liguria.

PASTORINO

Afferma di essere presentatore, assieme al Collega Battistini, di questa richiesta di audizione in quanto preoccupati e non adeguatamente informati sul fatto che, dai dati di Eurostat 2012, è emersa particolarmente grave la situazione della Regione Liguria per quanto riguarda l'alto tasso di mortalità in relazione alle patologie tumorali. Desiderano, pertanto, avere maggiori delucidazioni rispetto alle cause di mortalità che determinano dati così elevati.

GENNARO

Illustra delle slide che vengono proiettate ed allegate quale parte integrante del presente verbale (Allegato "A"), soffermandosi sulle cause di mortalità dovuta a tumore e a malattie cardiovascolari, sul tasso standardizzato, ma anche grezzo, sui posti letto, sulla generalità dei dati di mortalità, sullo stato di salute dei liguri, sull'atlante della mortalità in Emilia Romagna che ha mappato, comune per comune, quelli che hanno un eccesso di mortalità superiore rispetto alla media della Regione e, infine, si sofferma sul Registro dei mesoteliomi.

BATTISTINI

Ringrazia per l'illustrazione e interviene facendo riferimento alla risposta scritta ricevuta dall'Assessore ad una interrogazione presentata dal Movimento 5 Stelle sul quadro oncologico della Regione Liguria. Sottolinea l'importanza di avere un Registro dei tumori che copra l'intera Regione e non solo la zona metropolitana, chiedendo delucidazioni al riguardo, per studiare il trend nel lungo periodo ed anche storicamente, per poter verificare le condizioni della qualità dell'habitat in cui si vive.

BRUZZI

Afferma che la Liguria è ad alto rischio tumorale sia per lo stile di vita occidentale, che per le esposizioni dovute a zone industriali, oltre al fatto che è la Regione più vecchia d'Italia. Informa che è la Regione Campania a detenere il più elevato rischio tumorale, sia per i maschi che per le femmine. Si dichiara convinto che la priorità sia rappresentata dal monitoraggio ambulatoriale e dall'educazione della popolazione già nell'infanzia, ricordando che il monitoraggio storico non è prevenzione. Occorre essere a conoscenza delle terapie e delle strutture dove si eseguono per i nostri pazienti. Conclude facendo presente che, al più presto, in collaborazione con l'Assessorato, verrà predisposto un Registro annuale dei tumori.

PASTORINO

Chiede se l'attuale Registro tumori del territorio genovese sia in grado di identificare tutte le diverse patologie.

BRUZZI

Informa che una delle difficoltà per avere un Registro dei tumori è rappresentata dall'accesso ai diversi archivi dell'anatomia patologica. Sottolinea, pertanto, l'importanza di avere un'unificazione degli archivi che faciliterebbe notevolmente il lavoro, anche perché la gran parte è svolta manualmente. Evidenzia, comunque, la buona qualità della diagnosi per tipo istologico e per stadi della malattia.

MELIS

Chiede quali sono le fonti dati certe sulle quali si basano le proiezioni che sono state illustrate e quale è, ad oggi, il flusso dati relativo alle patologie tumorali.

BRUZZI

Informa che per quanto riguarda il Registro dei tumori a Genova, hanno accesso, con qualche problema, a tutte le schede di dimissione ospedaliera e a tutti gli archivi regionali; l'unica difficoltà si ha con l'archivio di anatomopatologia. Fa presente che le statistiche sono basate, esclusivamente, sulle schede di morte compilate e codificate dall'ISTAT.

MELIS

Chiede se l'ISTAT censisce i dati grazie ai Comuni che li comunicano o interagisce, direttamente, con le ASL o altri soggetti.

MERLO

Precisa che vi sono due flussi, uno proveniente dai Comuni che riguarda i nati ed i morti, che è molto tempestivo, ed è quello illustrato dal dr. Gennaro; l'altro è relativo alla causa del decesso che si basa, a livello internazionale, sui certificati ISTAT di decesso, compilati a mano da un medico, successivamente codificati trasferendo dalle 3 o 4 cause che portano alla morte e stabilendo quale sia la causa principale che ha determinato la morte stessa. Si sofferma sul sito Eurostat che illustra le modalità di lettura dei dati elaborati.

Alle ore 15.55 esce l'Assessore Viale. Alla medesima ora esce il Presidente Rosso. Assume la presidenza il Vice Presidente Ferrando.

MERLO

Conclude facendo presente che nessuno ha dei Registri tumori che coprono delle aree grandi come le nostre regioni.

MELIS

Evidenzia come sarebbe necessario digitalizzare il processo di schedatura del decesso per cui, automaticamente, verrebbe compilato il Registro dei tumori.

Alle ore 16.05 rientra il Presidente Rosso.

DE PAOLI

Chiede di poter conoscere i dati relativi ai fattori genetico ereditario, alimentare o ambientale nell'incidenza dei tumori.

BRUZZI

Informa che vi sono tumori che sono quasi esclusivamente di natura ereditaria o ambientale e altri dove i geni condizionano l'effetto dell'esposizione.

FERRARINI

Ritiene occorra considerare un dato biologico, ossia che il tumore è un guasto dei geni.

SALVATORE

Chiede se, a livello regionale, sia adeguato alle esigenze il team dei codificatori.

BRUZZI

Fa presente che, per quanto concerne la mortalità, le codifiche vengono svolte a Roma per cui le risorse a nostra disposizione in questo momento sono adeguate per produrre su base annuale e presto anche delle statistiche regionali per provincia o comune. Per quanto riguarda il Registro dei tumori su Genova, la priorità è il flusso informativo e i difficili acquisti dei software. Evidenzia l'importanza di maggiori risorse per l'ampliamento e fa presente che l'epidemiologia oncologica ligure è rappresentata da personale oramai "vecchio", che fra dieci anni non sarà più in servizio, e ciò rappresenta un problema che la Regione Liguria dovrà porsi in quanto, veramente, non sembra esservi una prospettiva di ricambio che invece sarebbe importante.

FERRARINI

Si associa a quanto riferito dal Dott. Bruzzi, sottolineando che vi saranno dei problemi nell'epidemiologia quando vi sarà il cd. ricambio generazionale. Fa presente che molti dei tumori si curano cronicizzandoli, ma l'evolversi della patologia creerà degli ulteriori problemi.

Alle ore 16.15 esce il Consigliere Rossetti.

MERLO

Evidenzia il silenzio, spesso totale, per un banale acquisto di un software. E' in corso di riattivazione lo strumento delle mappe per cui tra non molto potranno essere disponibili delle cartine consultabili con tutti i limiti previsti dalla privacy.

FERRANDO

Chiede per quale motivo non si depurino i dati grezzi da quelli di incidenza naturale poichè sarebbe meglio separare le due cause. Chiede, infine, di poter conoscere i dati della Liguria, rispetto ai dati nazionali, circa il tumore al colon e quello alla mammella per capire quanto incida lo stile di vita occidentale, soprattutto alimentare, in queste due patologie tumorali.

BATTISTINI

Chiede, in merito al Registro, di conoscere le terapie che vengono somministrate ai pazienti e quale sia la qualità di vita dei malati di tumore nella cronicizzazione della patologia.

Alle ore 16.20 esce il Consigliere Paita.

LAURO

Chiede quanto la cronicizzazione della malattia impegni in futuro, economicamente, la Regione e quante risorse mediche saranno necessarie.

BRUZZI

Sottolinea che il Registro dei tumori nasce per dare statistiche a livello mondiale, con ritardi inaccettabili di 4, 5 o 6 anni, legati al fatto che si vuole la qualità assoluta dei dati di incidenza; si tratta di un atteggiamento che si sta cercando di cambiare, al fine di rendere il Registro stesso utile alla Regione Liguria con dati tempestivi.

Alle ore 16.22 esce il Consigliere De Vincenzi.

BRUZZI

Afferma che, per quanto riguarda la cronicizzazione della patologia, non cambia soltanto la durata della sopravvivenza, bensì la probabilità di essere vivi a lungo termine, con un'ottima qualità di vita.

PRONZATO

Consegna una memoria che viene allegata quale parte integrante del presente verbale (Allegato "B"). Afferma che ci sono dei bisogni aggiuntivi che maturano negli anni di cronicizzazione della malattia come i ricoveri, gli interventi chirurgici, la radioterapia. Sottolinea la presenza nella nostra Regione di un Istituto Scientifico San Martino/IST e di una Rete oncologica come presenza sul territorio di aiuti oncologici e radioterapici presenti in tutti gli ospedali principali. Si sofferma sui cinque punti richiamati nella memoria. Sottolinea che l'incidenza del tumore del grosso intestino è di circa 1400 pazienti mentre per quello alla mammella si aggira attorno ai 1300 pazienti, ma questi dati assoluti risalenti al 2010 sono destinati ad aumentare fortemente fino al 2020 a causa dell'invecchiamento della popolazione. Afferma che il problema di questa regione nella mobilità ospedaliera non è rappresentato dall'oncologia poiché, ad esempio, il DRG più tipico dell'oncologia, ossia la somministrazione di terapie oncologiche, è all'undicesimo posto e la maggior parte della mobilità è legata ad altre discipline. Conclude facendo presente che ci sono dei casi di tumori rari che necessitano della mobilità del paziente per ragioni di competenze o tecniche particolari.

ROSSO

Chiede quanti sono i nuovi casi annui di tumore in Liguria e quale sia l'incidenza in Liguria rispetto alle altre Regioni.

BRUZZI

Dichiara che si tratta di tumori ad alto tenore di vita con una piccola riduzione per lo screening di quelli del colon.

BALLESTRERI

Informa che il tumore è una malattia che deriva da alterazioni molecolari che succedono agli organi ed è illusorio prevenire in modo primario. Ricorda il progetto di ricerca in corso sull'analisi della traccia molecolare. Si sofferma sulle difficoltà di cura di questa malattia, sui farmaci che vanno validati e sul problema malato-medico-famiglia.

DE PAOLI

Interviene sul fattore genetico-ereditario.

Alle ore 16.40 esce il Consigliere Lauro e delega, verbalmente, il Consigliere Muzio.

PASTORINO

Chiede a quale anno si riferisce l'aggiornamento del Registro dei tumori e se c'è un divaricazione rispetto all'aggiornamento dei restanti Registri. Desidera capire quale è la nuova frontiera dei farmaci biologici personalizzati e se in Liguria vengono utilizzati farmaci di ultimissima generazione. Conclude dichiarando di non credere possibile un'interruzione dell'epidemiologia in Liguria dovuta ad anzianità degli addetti, ma chiede quale può essere la causa, se può essere ricercata in una scelta politica.

Alle ore 16.41 esce il Consigliere Barbagallo.

SALVATORE

Desidera conoscere il costo del software.

BRUZZI

Ricorda le decine di studi fatti sulle storie familiari ed elenca l'incidenza familiare nei vari tumori facendo presente che, nonostante i vari studi effettuati, la componente ereditaria è molto limitata, si aggira intorno al 5-10 per cento. Dichiaro che, per quanto riguarda il Registro dei tumori, si sta lavorando sul 2010 e si augura di proseguire con il 2011. Conclude evidenziando che, essendo in un ospedale, sono le carenze a livello clinico che vengono coperte rispetto alle competenze epidemiologiche.

FERRARINI

Si sofferma sugli aiuti dati dalla biologia molecolare ed evidenzia che fra qualche anno si arriverà ad una classificazione dei tumori che sarà una somma di tanti tumori rari. Ricorda che negli ultimi venticinque anni non sono stati assegnati posti per la ricerca agli IRCCS, ma si è creato il fenomeno del precariato che solo adesso il Governo sta tentando di risolvere; inoltre, in tutti questi anni si sono stravolte le metodiche di selezione delle scuole in quanto la situazione di emergenza che si è venuta a creare darà dei problemi che colpiranno più la parte della ricerca.

PRONZATO

Risponde al quesito posto dal Consigliere Pastorino, affermando che viene garantito l'accesso ai farmaci di ultima generazione nella nostra Regione e, a

livello nazionale, il sistema è molto regolato sotto il profilo della prescrizione/somministrazione di questi nuovi farmaci anche per il controllo dei costi. Evidenzia l'unico difetto che si verifica quando tra la registrazione dell'ENAC (l'Agenzia di registrazione dei farmaci a livello europeo) e il momento dell'avvenuta negoziazione del prezzo del farmaco da parte dell'AIFA (l'Agenzia italiana del farmaco), il farmaco stesso è tecnicamente non rimborsabile dal SSN nonostante ne sia riconosciuta l'efficacia. A tal proposito dichiara che nella nostra Regione questo problema è stato affrontato utilizzando una prescrizione off-label che ha permesso di riempire questo vuoto. Si sofferma sull'importanza e sull'utilizzo dei farmaci a bersaglio molecolare.

BATTISTINI

Interviene sul quinto punto della memoria presentata dal Dott. Pronzato in merito ai percorsi integrati ospedale/territorio e oncologia/cure palliative e, a tal proposito, chiede quale sia l'attuale situazione e che cosa occorra per lavorare al meglio e poter raggiungere maggiori risultati.

PRONZATO

Afferma che si tratta dell'unica malattia cronica ospedalocentrica che non ha la parte territoriale se non per le cure palliative le quali, per il paziente oncologico, devono rappresentare un intervento veloce. Afferma che occorrerebbe riorganizzare il percorso nell'ospedale poiché, quando un malato terminale arriva al pronto soccorso, dovrebbe avere un percorso che lo guidi direttamente all'hospice.

BALLESTRERO

Sottolinea l'importanza dell'organizzazione ricordando che in sanità si deve evitare di creare condizioni di difficoltà nel rapporto medico-paziente.

Alle ore 17.00 esce il Consigliere Lunardon.

FERRANDO

Chiede se i criteri di composizione della Rete oncologica, in termini di professionisti e percorsi, siano corretti e se occorrono criteri specifici per la scelta di coloro che devono assumere collegialmente le decisioni.

PRONZATO

Fa presente che le Reti dei professionisti sono state costituite in occasione del Piano Sanitario Regionale vigente ed effettivamente la Rete oncologica non ha le caratteristiche di una rete moderna. Afferma che non si tratta di un problema di persone, bensì di assetto organizzativo. Rimarca la profonda differenza che vi è tra la Rete oncologica e la Rete di qualunque altra patologia poiché quella oncologica è caratterizzata dalla complessità e dalla necessità di intervento di molti attori differenti. Richiama i vantaggi della gestione multidisciplinare organizzata per DMT (Disease Management Team). Sottolinea che vi sono casi dove l'approccio multidisciplinare e l'organizzazione a rete danno dei vantaggi aggiuntivi, come l'introduzione di un nuovo farmaco. Conclude dichiarando che i nuovi farmaci vanno introdotti per garantire il paziente e contemporaneamente

deve essere fatta l'organizzazione a rete che permette di risparmiare qualcosa per poter acquisire nuovi farmaci e nuove tecnologie. Ritiene che vi sono delle patologie che possono essere curate nei Centri periferici, sotto protocolli comuni, ma è ovvio che per patologie più diffuse, per le quali occorre l'approccio multidisciplinare, come per il cancro alla mammella, ciò non è immaginabile. Conclude ricordando che vi sono cinque Breast Unit previste su tutto il territorio regionale e rappresentano un ottimo modello di equilibrio, realizzate dalla Rete oncologica.

FERRARINI

Afferma che nella nostra regione non è difficile ottenere una certa integrazione che possa dare vantaggi e, con la sperimentazione dei farmaci, si riesce a fare economia.

GENNARO

Afferma che a livello di ricerca occorre avere una visione di insieme per poter abbattere la mortalità per cancro, lavorando su tutta la filiera che c'è prima e che a volte può essere la diagnosi precoce ma che, soprattutto, è la prevenzione primaria, ossia uno screening delle possibili cause di malattia. Conclude dichiarando che i ricercatori devono essere messi in condizione di agire e capire come mai la Liguria, in modo standardizzato, sia tra le maggiori Regioni con la mortalità complessiva per cancro.

ROSSO

Terminate le richieste di intervento, **alle ore 17.10** dichiara tolta la seduta.

Letto, approvato e sottoscritto.

IL FUNZIONARIO
(Dott.ssa Patrizia Silesu)


IL PRESIDENTE
(Dott. Matteo Rosso)


IL VICE PRESIDENTE
(Prof. Valter Ferrando)



PS/rb

Commissione Salute e Sicurezza sociale
Regione Liguria
3.11.2016

Valerio GENNARO

IRCCS Ospedale Università San Martino,
Istituto Nazionale Ricerca sul Cancro (IST), Genova
CTS Medici per l'Ambiente (ISDE, Italia)
Skype: [valeriogennaro1](#)
Email: valerio.gennaro@hsanmartino.it

Allegato "H"

ANSA.it

Europa

L'UNIONE E IL PARLAMENTO AL SERVIZIO DEI CITTADINI

HOME

FOTO

VIDEO

ABC DELL'EUROPA

Speciale PE giovani

Home

Eurodeputati

Esteri&Difesa

Economia

Industria&Trasporti

Ambiente&Energia

Agroalimentari

ANSA

In Liguria record regioni Ue di morti per cancro nel 2012

Eurostat. Calabria tra quelle con meno casi. Divario nord-sud

21 settembre, 17:09

<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/7604195/KS-HA-16-001-EN-N.pdf/76c007e9-6c1d-435a-97f8-e5ea700aa149>

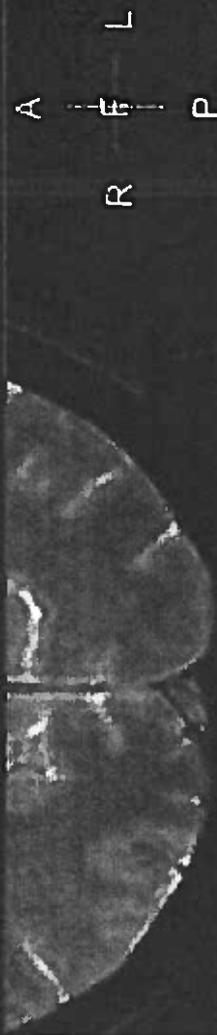
http://www.ansa.it/europa/notizie/rubriche/europa/delle_regioni/2016/09/21/in-liguria-record-regioni-ue-di-morti-per-cancro-nel-2012_aa778f8d-8f98-454d-bfa6-f5bb35e8dc40.html

V.Gennaro, Comm. Salute e Sic.Soc.
Reg.Liguria, 2016

In Liguria record regioni Ue di morti per cancro nel 2012

Eurostat: Calabria tra quelle con meno casi. Divano nord-sud

di [Francesca](#) 17/01/2013



In Liguria record regioni Ue di morti per cancro nel 2012

BRUXELLES - Nel 2012 in Liguria si è registrato il tasso di mortalità per cancro più alto di tutte le altre regioni Ue, pari a 364 decessi ogni 100mila abitanti.

Emerge dall'annuario Eurostat 2016.

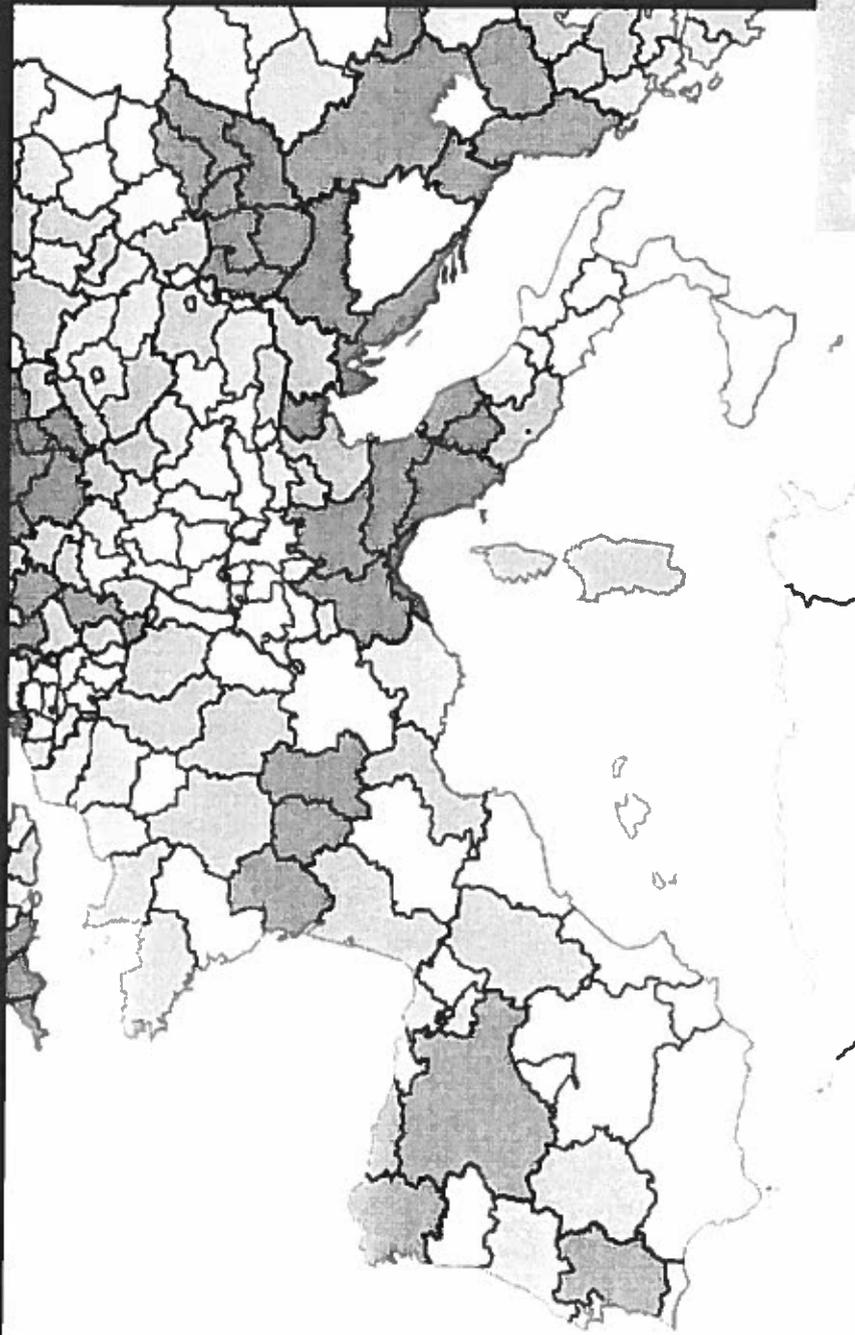
Per contro la Calabria è stata una delle regioni col tasso più basso, pari a 230 morti ogni 100mila abitanti.

Anche sulla base di questo dato, l'analisi statistica sottolinea un divario di mortalità tra nord e sud, oltre che in Italia, anche in Spagna e in Germania.

Germania e Regno Unito sono stati i due Paesi col maggior numero di regioni, ben 13, che hanno registrato un tasso di mortalità per cancro di almeno 290 ogni 100mila abitanti; segue l'Italia, con otto regioni - tra queste Piemonte, Liguria, Emilia Romagna, Marche, Umbria - e Olanda, con quattro regioni.

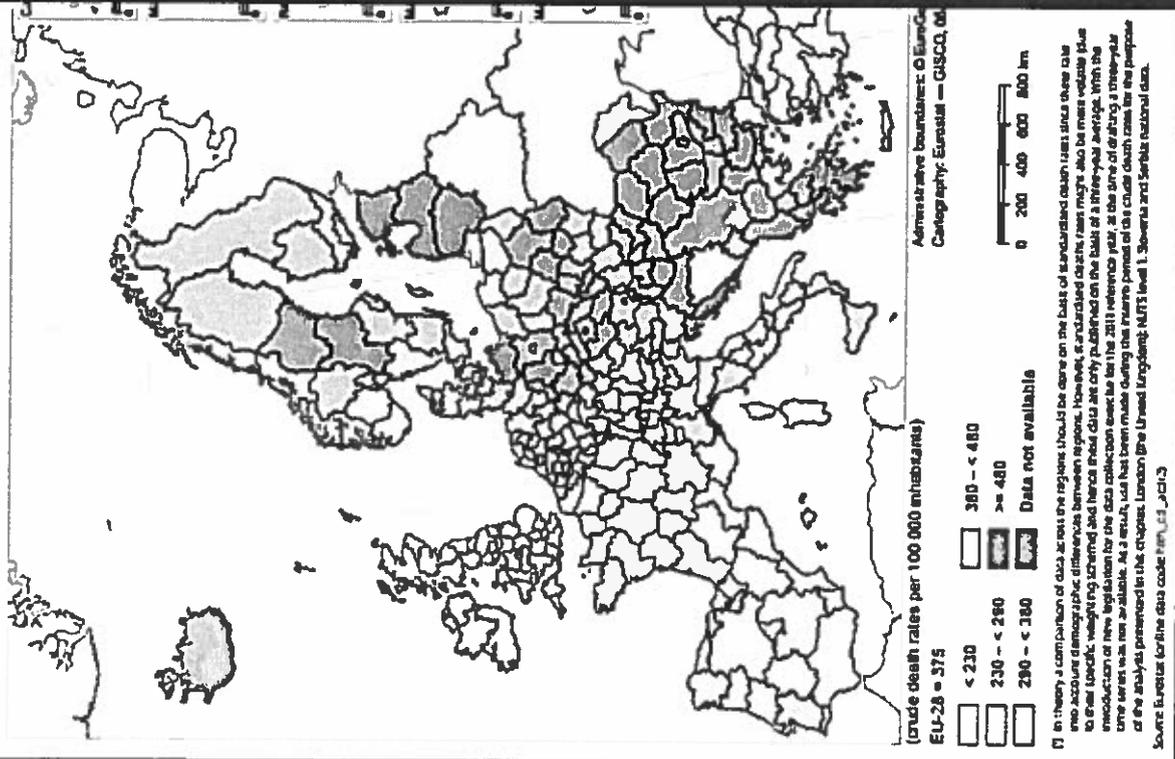
(Segui ANSA Europa su [Facebook](#) e [Twitter](#))

RIPRODUZIONE RISERVATA © Copyright ANSA



Mortalità X Tumore (TG / 100.000)

Map 3.3: Number of deaths from diseases of the circulatory system relative to population size, I (crude death rates per 100 000 inhabitants)



Mortalità x CV (TG / 100.000)

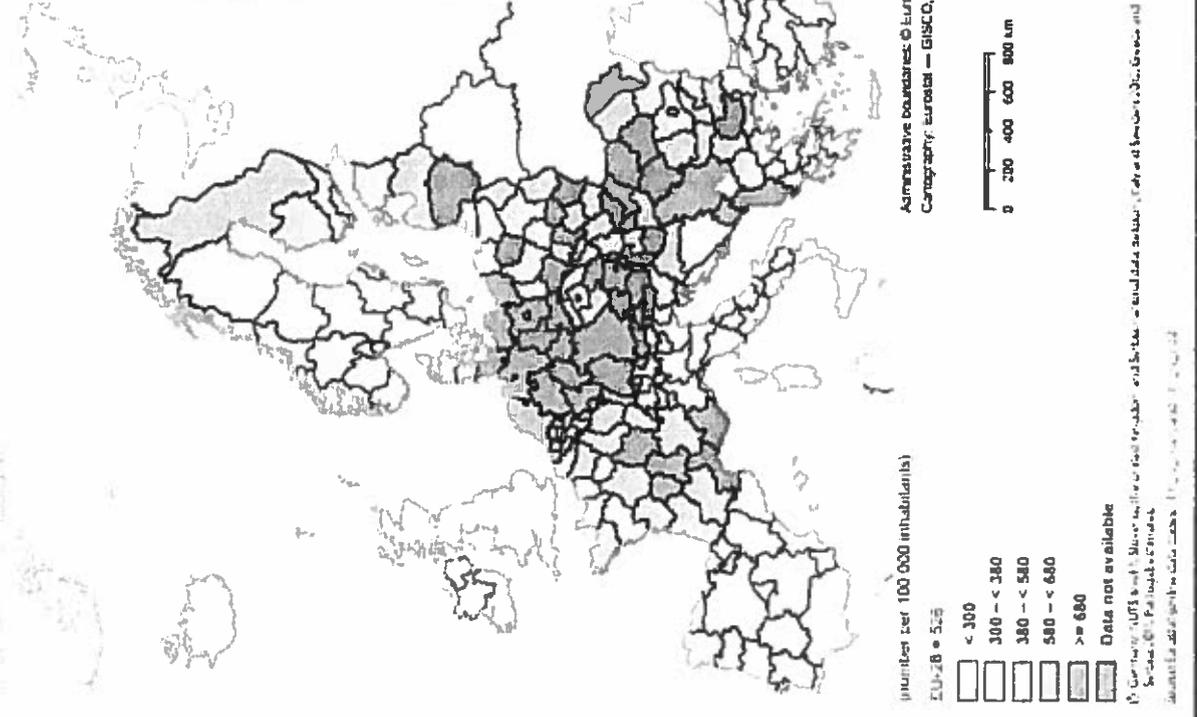


tasso standardizzato...ma anche grezzo

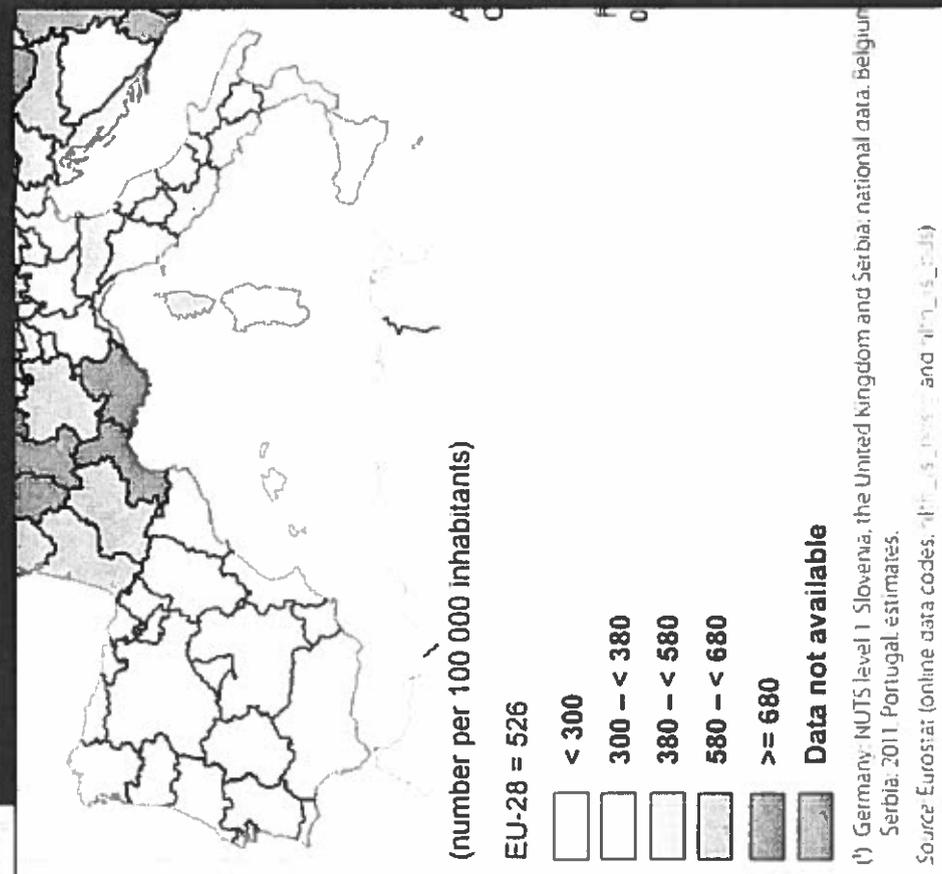
(*) In theory a comparison of data across the regions should be done on the basis of standardised death rates since these take into account demographic differences between regions. However, standardised deaths rates might also be more volatile (due to their specific weighting scheme) and hence these data are only published on the basis of a three-year average. With the introduction of new legislation for the data collection exercise for the 2011 reference year, at the time of drafting a three-year time series was not available. As a result, use has been made during this interim period of the crude death rates for the purpose of the analysis presented in this chapter. London (the United Kingdom): NUTS level 1. Slovenia and Serbia: national data.

Source: Eurostat (online data code: h1th_cd_accr12)

Fig. 3.1. Population distribution by NUTS 2 regions, 2013 (1)



Posti letto X 100.000 residenti



GENERALITA' sui dati di MORTALITA'

«La mortalità è il più solido degli indicatori epidemiologici, si riferisce a dati raccolti in modo esaustivo, codificati secondo regole condivise a livello internazionale, per i quali si dispone di ampie serie storiche; pertanto, essa è alla base della descrizione del profilo di salute di una popolazione e dei confronti spazio-temporali.»

FONTE: La mortalità per causa in Italia: 1980-2003 e 2006-2012

<https://w3.iss.it/site/mortalita/>



**Ambiente
Rischio
Salute**

Ambiente e Salute

Competenze, diritti e doveri dei Sindaci

AUDITORIUM
Centro per i Servizi Sanitari
Viale Verona - Trento
Venerdì 8 aprile 2016

PROGRAMMA
ore 15.00-15.15
Moderatore: Roberto Caporali
Presidente della Provincia di Trento
Moderatore: Roberto Caporali
Presidente della Provincia di Trento



I SINDACI POSSONO MIGLIORARE LA SALUTE DEI CITTADINI Come? Idee, Strumenti, Proposte

GIOVEDÌ 5 MAGGIO 2016
SALA ALBINO
Piazza Ravenna 3
Lavagna

PROGRAMMA
ore 14.30 - 15.00 Presentazione a cura di
Roberto Caporali, Presidente della Provincia di Trento
Valeria Gennaro, Sindaco di Lavagna

ore 15.00 - 17.00 **Relazioni**
Gabriele Bonino, Sindaco di Genova
Elio Geronzi, Sindaco di Genova
Marco Geronzi, Sindaco di Genova
Salvo Iacopino, Sindaco di Genova
Roberto Caporali, Presidente della Provincia di Trento

ore 17.00 - 17.30 **Riflessioni**
A cura di Roberto Caporali, Presidente della Provincia di Trento

ore 17.30 - 19.00 **Tavola rotonda**
Moderata da Roberto Caporali, Presidente della Provincia di Trento
Partecipano: Gabriele Bonino, Sindaco di Genova
Elio Geronzi, Sindaco di Genova
Marco Geronzi, Sindaco di Genova
Salvo Iacopino, Sindaco di Genova
Roberto Caporali, Presidente della Provincia di Trento



convegno

Indagare i rischi di disastri sanitari-ambientali ed economici nel mediterraneo?

di: Governo della sicurezza e insicurezza ignorate nell'area euromediterranea.



LINEE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI PROVINCIA DI TRIESTE



con il patrocinio di



VENERDI' 14 OTTOBRE 2016 CORSO DI FORMAZIONE 7.5 CREDITI ECM EPIGENETICA E SALUTE DELLA COLLETTIVITA

Sala Seminario vescovile - Via Pasquale Besenghi, 16

SEMINARI

IST
ROSSA ALBINO (S) ITALIA (S) UNIVERSITA SAN MARINO (S)
ISTITUTO NAZIONALE PER LA RICERCA SUL CANCRO

13 LUGLIO 2016 ore 14.00
Auditorium Centro Congressi IST Roma

COME SI STA A GENOVA? REFERTO EPIDEMIOLOGICO E POSSIBILI DETERMINANTI AMBIENTALI E SOCIOECONOMICI

Relatori

Valerio GENNARO

Direttore Medico U.O. Epidemiologia Clinica IRCCS San Martino - IST

Angela TESTI

Docente Pubblica e Economica Dip. Economia Unife

Stefano POLI

Docente Sociologia Generale Dip. Scienze Formazione Unife

SALUTE E TERRITORIO

VENERDI' 18 E SABATO 19 NOVEMBRE 2016

Coma Giornata:
Venerdì 18 Novembre:
L'importanza di sapere "come sta la comunità"

La salute di un territorio - Epidemiologia Ambientale -
Le informazioni dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatra di
Famiglia e dei Medici dei Servizi Territoriali

Ore 14.30: Introduzione e Moderazione
Dr. Silvestro Scotti Presidente Ordine Medici di Napoli.
Ore 15.00: Seminario "Salute e territorio: la prevenzione del livello di salute"
Dr. Umberto Giusti (Università Federico II di Napoli - Dipartimento di Sanità Pubblica)
Ore 15.30: Conoscenza e prospettive dell'Epidemiologia Ambientale
Dr. Pietro Comba (Istituto Superiore di Sanità - Dipartimento di Epidemiologia Ambientale)
Ore 16.00: Il referto epidemiologico comunale.
Dr. Valerio Gennaro (Dipartimento dell'Istituto Tumori di Genova: Ambiente e Salute)
Ore 16.30: Relazione del Progetto S.P.E.S.
Dr. Maurizio Moretta (Servizio Epidemiologia dell'Istituto Tumori di Napoli)
Ore 17.00 TAVOLA ROTONDA
Moderatori
Dr. Paoletto Toscano e Dr. Luigi De Lieto
Le informazioni dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatra di Famiglia, delle
Previdenze e dei Servizi Territoriali, dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatra di
Famiglia e dei Servizi Territoriali, del Servizio di Epidemiologia delle 3 ASL di Napoli,
dell'IRAPAC e dell'ISPIRA.
Ore 18.00 Chiusura lavori

Lo Stato di Salute dei Liguri

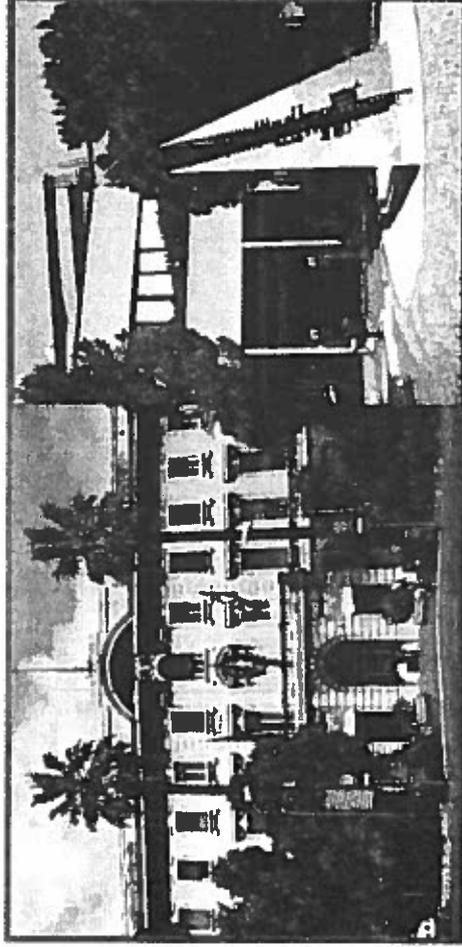
LA MORTALITÀ IN LIGURIA

Tabella 11. Mortalità 2001-2005 per distretti delle ASL liguri: Mortalità generale

ASL DISTRETTO	MASCHI					FEMMINE				
	OSS	ATT	SMR	SMR-inf	SMR-sup	OSS	ATT	SMR	SMR-inf	SMR-sup
Mortalità generale										
1	1686	1679,0	100,4	95,7	105,3	1751	1765,2	99,2	94,6	103,9
2	2697	2548,7	105,8	101,0	109,9	2669	2818,7	105,3	101,6	109,2
3	2273	2324,4	97,8	93,8	101,9	2438	2401,1	99,1	95,2	103,0
4	1755	1744,6	100,6	95,9	105,4	1914	1839,0	104,1	99,5	108,8
5	1807	1760,6	103,2	98,5	108,0	1939	1967,4	98,6	94,2	103,0
6	1456	1377,5	105,7	100,3	111,2	1460	1397,1	104,6	99,2	109,9
7	4197	4089,2	102,6	99,6	105,8	4737	4563,6	103,8	100,9	106,8
8	3087	3225,2	95,7	92,4	99,1	3356	3472,6	96,6	93,4	99,9
9	4214	4169,0	101,1	98,1	104,2	4659	4723,4	98,6	95,8	101,5
10	3612	3386,9	106,6	103,2	110,2	3992	3722,7	107,2	103,9	110,6
11	4693	4970,1	94,4	91,7	97,1	5941	5956,4	99,7	97,2	102,3
12	4817	4870,1	98,9	96,1	101,7	5534	5478,3	101,0	98,4	103,7
13	3094	3297,5	93,8	90,6	97,2	3664	3745,4	97,8	94,7	101,0
14	1418	1353,6	104,8	99,4	110,3	1653	1673,5	98,8	94,1	103,6
15	2413	2336,5	103,3	99,2	107,4	2617	2592,2	101,0	97,1	104,9
16	1205	1195,3	100,8	95,2	106,6	1229	1232,0	99,8	94,3	105,4
17	1323	1341,6	98,6	93,4	104,0	1348	1387,5	97,2	92,0	102,4
18	3507	3622,6	99,3	96,1	102,6	4097	4362,9	93,9	91,1	96,8
19	1899	1965,8	96,6	92,3	101,0	1943	2082,0	93,3	89,2	97,5

RICONOSCIMENTO IRCCS

(artt. 13 e 14 D. Lgs. 288/2003)



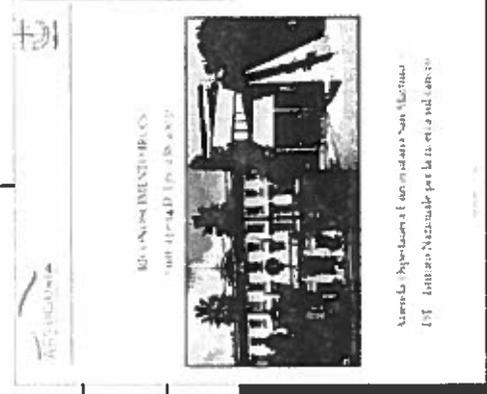
Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino –
IST – Istituto Nazionale per la ricerca sul cancro

maggio 2011

TABELLA 1

Stima del numero di nuovi casi e di decessi per alcune neoplasie che si osservano ogni anno in Liguria - Tutte le età (Fonti: Registri Tumori e Mortalità Regione Liguria, Anni 2004 e 2005)

Tipo di neoplasia	Nuovi Casi	Decessi
TUTTI I TUMORI (esc. Cute non-melanoma)	12.000	6200
C. Esofago	120	100
C. Stomaco	370	270
C. Colon retto	1600	900
C. Fegato e vie biliari	500	380
C. Pancreas	350	320
C. Polmonare	1550	1150
C. Mammario	1750	420
C. Prostatico	1300	300



LA LIGURIA IN ITALIA

**Tasso di Mortalità Standardizzato per età
(ogni 10.000 abitanti)**

per tutte le patologie nelle province italiane

Riferimento Italia

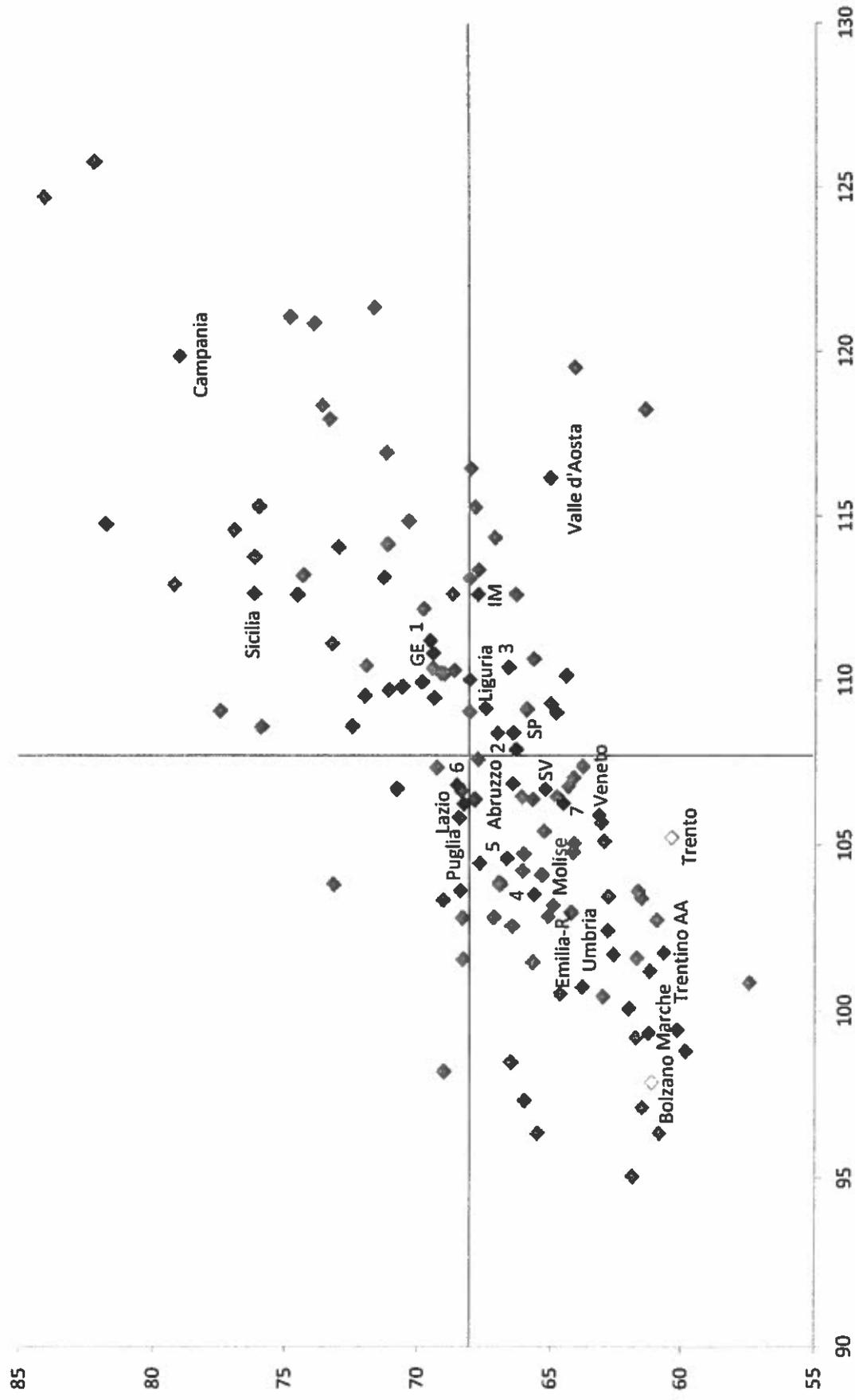
Maschi (asse orizzontale) e femmine (verticale)

Periodo 2009-2013

Fonte ISTAT: <http://dati.istat.it/> - <http://www.istat.it/it/archivio/14562>

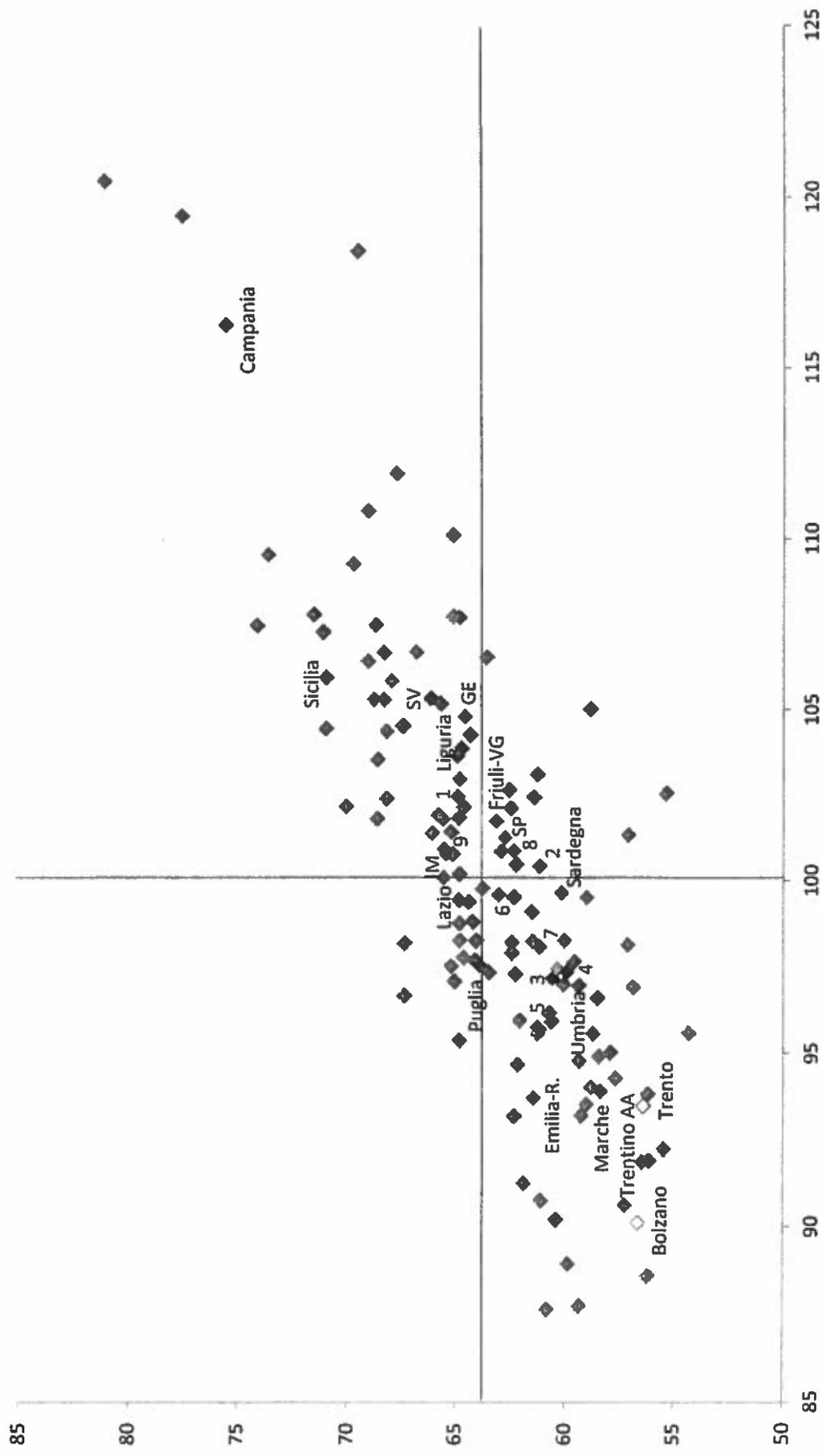
Tasso di mortalità standardizzato per età (x 10.000 abitanti) per tutte le patologie nelle province italiane - Maschi (orizzontale) e femmine (verticale) - Rif. Italia - Periodo 2009-2010

(Fonte ISTAT: <http://dati.istat.it/> - <http://www.istat.it/it/archivio/14562>)



Tasso di mortalità standardizzato per età (x 10.000 abitanti) per tutte le patologie nelle province italiane - Maschi (asse orizzontale) e femmine (verticale) - Rif. Italia - Periodo 2013

(Fonte ISTAT: <http://dati.istat.it/> - <http://www.istat.it/it/archivio/14562>)



Diminuisce la speranza di vita

Nel 2015 il peggioramento delle condizioni di sopravvivenza si traduce, per gli uomini come per le donne, in una riduzione della speranza di vita. Alla nascita quella dei primi si attesta a 80,1 anni, con una riduzione di 0,2 sul 2014 (Prospetto 3); quella delle donne invece è di 84,7 anni, in calo di 0,3. Guardando i dati in serie storica (dal 1974, primo anno dal quale l'Istat dispone di una serie continua) non è la prima volta che la speranza di vita alla nascita registra variazioni congiunturali di segno negativo (nel 1975 e nel 1983; nel 1980, nel 2003 e nel 2005 limitatamente alle donne) ma mai di questa intensità, in particolar modo per le donne.

PROSPETTO 3. SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA PER SESSO E REGIONE - Anno 2015 e variazioni sul 2014

Regioni	Speranza di vita *		Variazione sul 2014		Speranza di vita *		Variazione sul 2014	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Piemonte	79,9	84,6	-0,3	-0,3	79,7	84,9	0,0	0,0
Valle d'Aosta	79,0	84,1	-0,7	-0,5	78,3	82,9	-0,3	-0,4
Lombardia	80,5	85,2	-0,3	-0,4	80,3	84,6	-0,2	-0,3
Trentino-Alto Adige	81,1	85,8	-0,1	-0,1	79,9	84,7	-0,1	-0,2
Bolzano	80,9	85,6	-0,3	0,1	79,6	84,3	0,0	-0,2
Trento	81,4	85,9	0,1	-0,2	79,4	83,5	-0,2	-0,3
Veneto	80,7	85,4	-0,1	-0,3	79,7	85,0	0,0	-0,3
Friuli-Venezia Giulia	79,9	85,0	-0,2	-0,1	80,1	84,7	-0,2	-0,3
Liguria	80,0	84,7	-0,1	-0,3	80,4	85,1	-0,2	-0,3
Emilia-Romagna	80,8	85,1	-0,2	-0,3	80,3	84,9	-0,3	-0,4
Toscana	80,7	85,2	-0,3	-0,2	80,7	85,3	-0,1	-0,3
Umbria	80,6	85,3	-0,3	-0,3	80,4	84,9	-0,1	-0,3
Marche	80,8	85,4	-0,2	-0,3	79,4	83,9	-0,2	-0,3
Lazio	80,0	84,5	0,0	-0,2	79,4	83,9	-0,2	-0,3
Abruzzo	80,2	84,8	0,0	-0,3	79,4	83,9	-0,1	-0,3
Summa								

PROSPETTO 2 MORTI RESIDENTI PER REGIONE. Anni 2014-2015

Regioni	2014	2015*	Differenza	Diff. %	Regioni	2014	2015*	Differenza	Diff. %
Piemonte	49.412	54.411	4.999	10,1	Molise	3.561	3.856	295	8,3
Valle d'Aosta	1.289	1.530	241	18,7	Campania	51.877	57.405	5.528	10,7
Lombardia	90.461	100.051	9.590	10,6	Puglia	36.879	40.151	3.272	8,9
Trentino-Alto Adige	8.874	9.431	557	6,3	Basilicata	5.964	6.395	431	7,2
Bolzano	4.121	4.359	238	5,8	Calabria	19.276	20.415	1.139	5,9
Trento	4.753	5.072	319	6,7	Sicilia	49.685	53.625	3.940	8,0
Veneto	45.955	49.663	3.708	8,1	Sardegna	15.445	16.592	1.147	7,4
Friuli Venezia Giulia	13.764	14.885	1.121	8,1	ITALIA	598.364	652.657	54.293	9,1
Liguria	20.655	22.653	1.998	9,7	Nord	278.138	304.680	26.442	9,6
Emilia-Romagna	47.728	51.956	4.228	8,9	Nord-ovest	161.817	178.645	16.828	10,4
Toscana	41.507	45.796	4.289	10,3	Nord-est	116.321	125.935	9.614	8,3
Umbria	9.907	10.930	1.023	10,3	Centro	123.177	134.241	11.064	9,0
Marche	16.826	18.353	1.527	9,1	Mezzogiorno	197.049	213.836	16.787	8,5
Lazio	54.937	59.162	4.225	7,7	Sud	131.939	143.619	11.680	8,9
Abruzzo	14.382	15.387	1.015	7,1	Isole	66.110	70.217	4.107	7,8

(*) Stima

L'incremento di mortalità risulta omogeneo dal punto di vista del territorio. Rispetto al 2014 le variazioni oscillano da un minimo del +5,8% nella Provincia di Bolzano a un massimo del +18,7% nella Valle d'Aosta. Le zone più interessate dall'aumento di mortalità sono quelle del Nord-ovest, Piemonte e Lombardia registrano incrementi, rispettivamente, del 10,1% e del 10,6%. Nel Centro, Toscana e Umbria mostrano un aumento del 10,3% mentre nel Mezzogiorno un +10,7% si rileva in Campania (Prospetto 2).

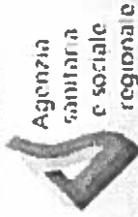
Nel 2015 si stimano 310 mila deceduti di sesso maschile e 343 mila di sesso femminile. Il rapporto



Regione Emilia Romagna



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA



Agenzia
sanitaria
e sociale
regionale

Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 2009-2013



Figura 1.12. Mappa dei rischi di mortalità. Somma degli SMR* (BMR) per comune di residenza.

Periodo 2009-2013

Totale



* Popolazione di riferimento: Popolazione totale RER 2009-2013

Maschi

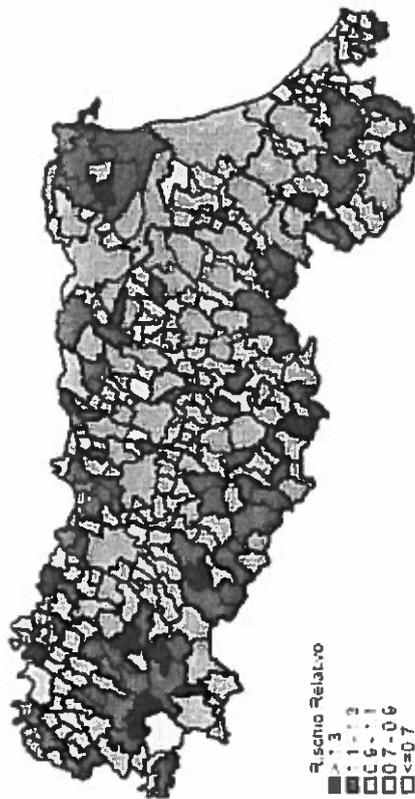


Figura 4.9. Mappa dei rischi di mortalità. Stima degli SMR' (BMR) per comune di residenza.
Periodo 2009-2013

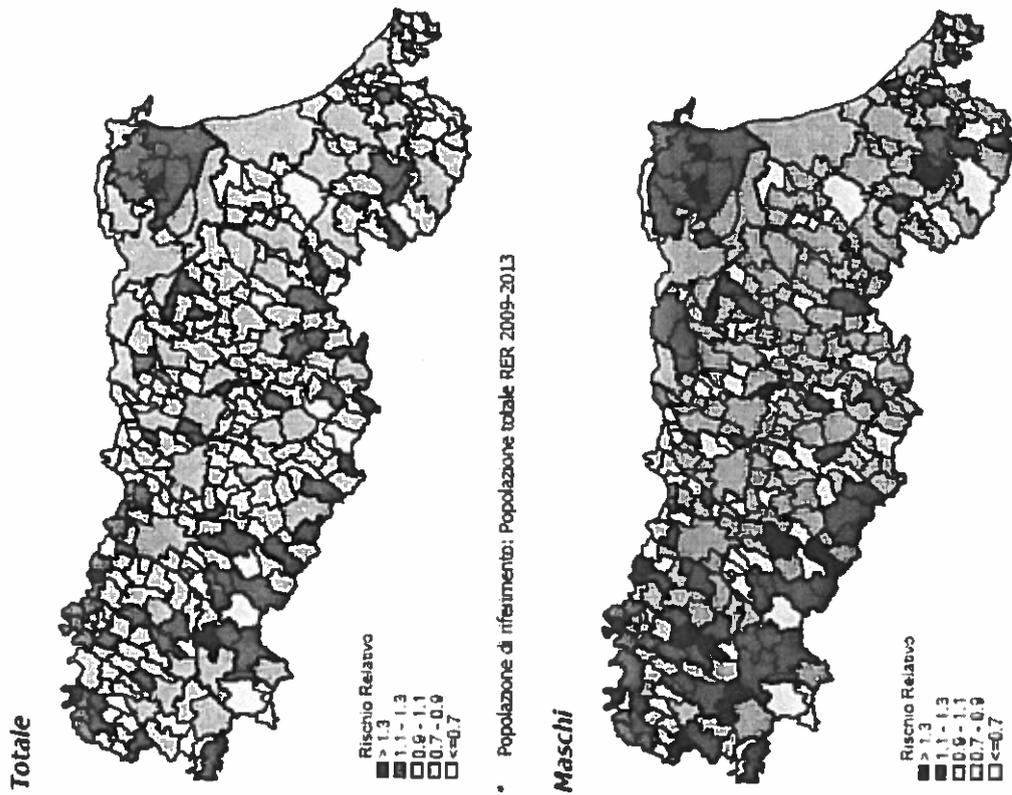
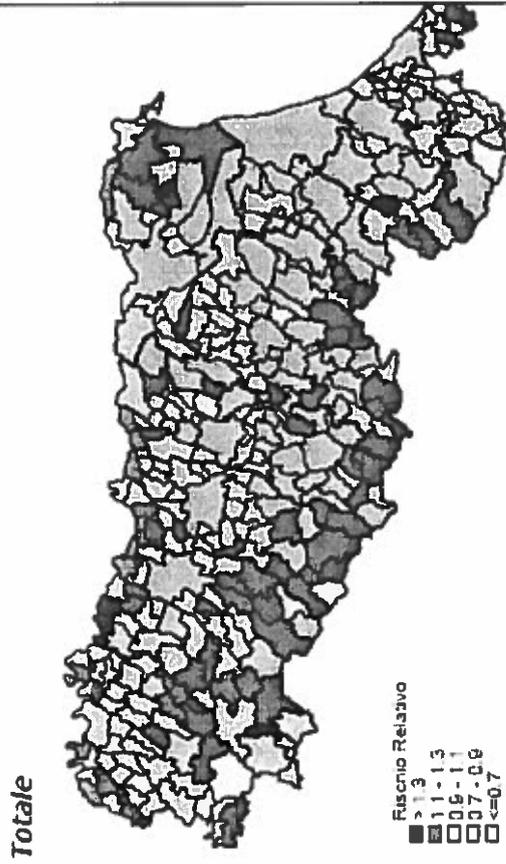


Figura 1.12. Mappa dei rischi di mortalità. Stima degli SMR*
Periodo 2009-2013



* Popolazione di riferimento: Popolazione totale RER 2009-2013

Maschi

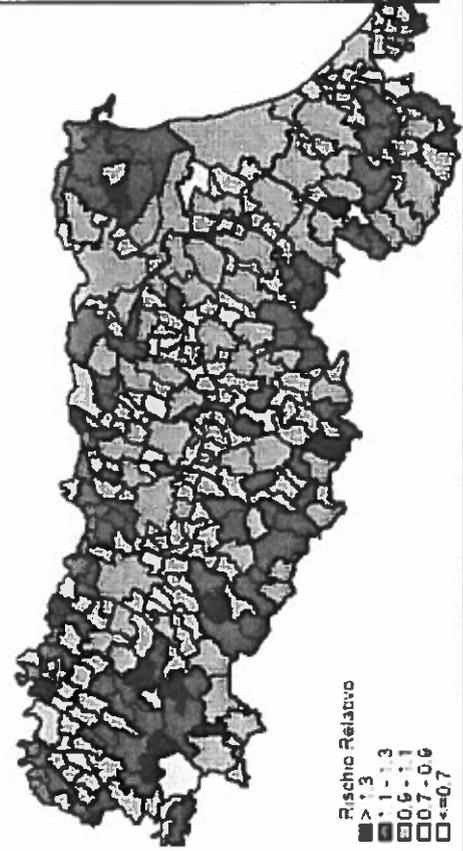


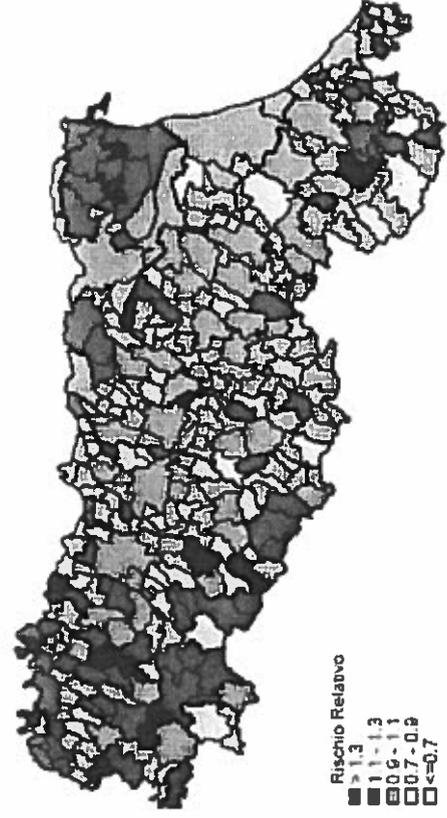
Figura 4.9. Mappa dei rischi di mortalità. Stima degli SMR' (BIMR) p
Periodo 2009-2013

Totale

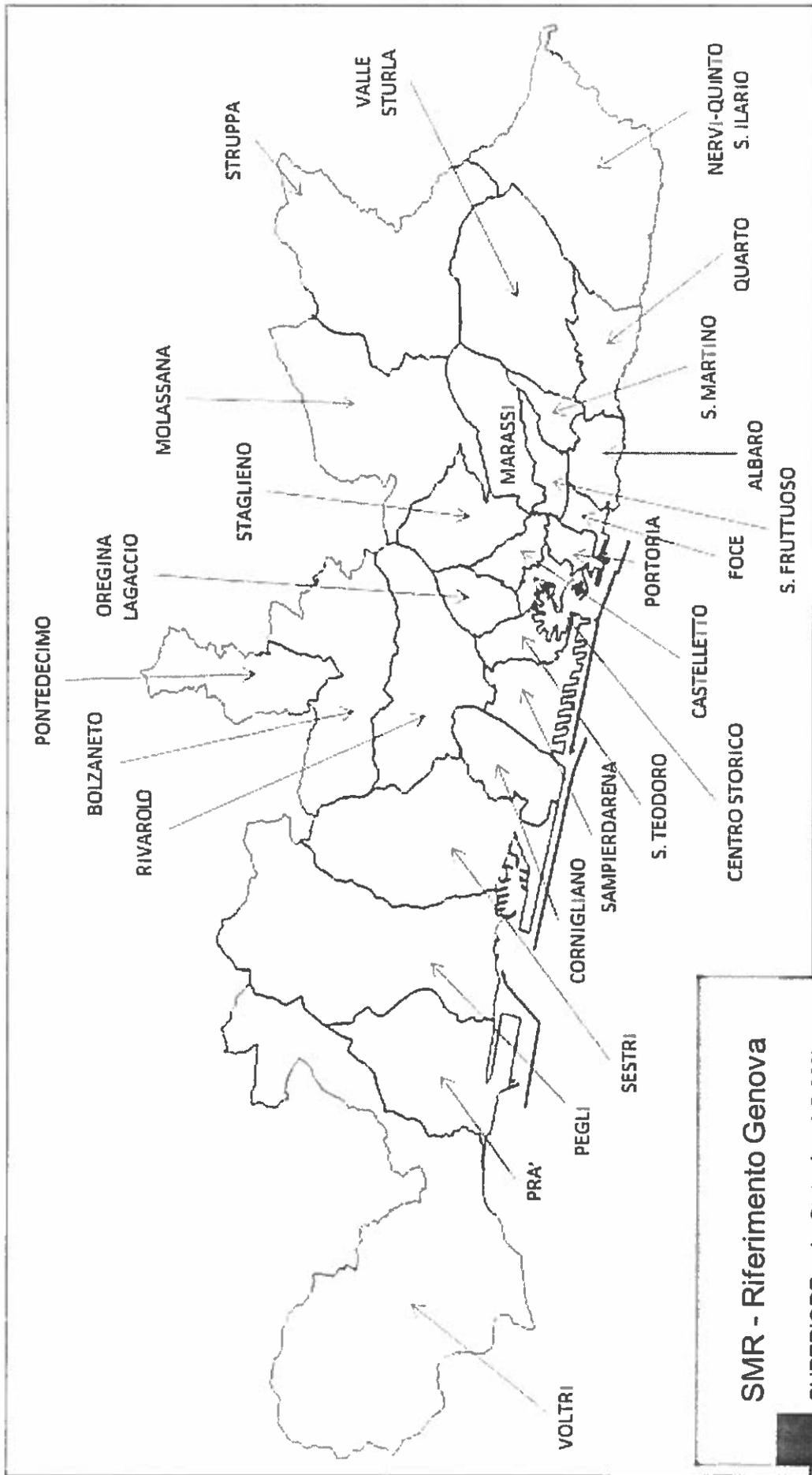


* Popolazione di riferimento: Popolazione totale RER 2009-2013

Maschi



Referto Epidemiologico Comunale (REC) Genova 2009 - 2015



PONTEDECIMO

BOZANETO

OREGINA
LAGACCIO

RIVAROLO

MOLASSANA

STRUPPA

STAGLIENO

VALLE
STURLA

PRA'

VOLTRI

PEGLI

SESTRI

CORNIGLIANO

SAMPIERDARENA

S. TEODORO

CENTRO STORICO

CASTELLETO

FOCE

S. FRUTTUOSO

PORTORIA

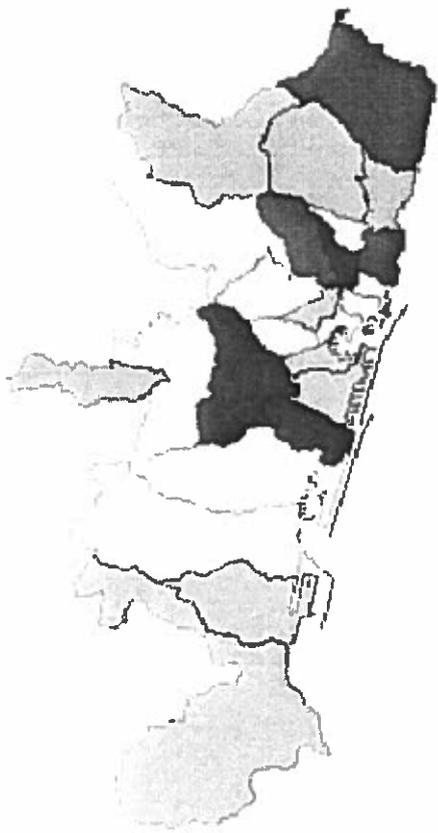
ALBARO

S. MARTINO

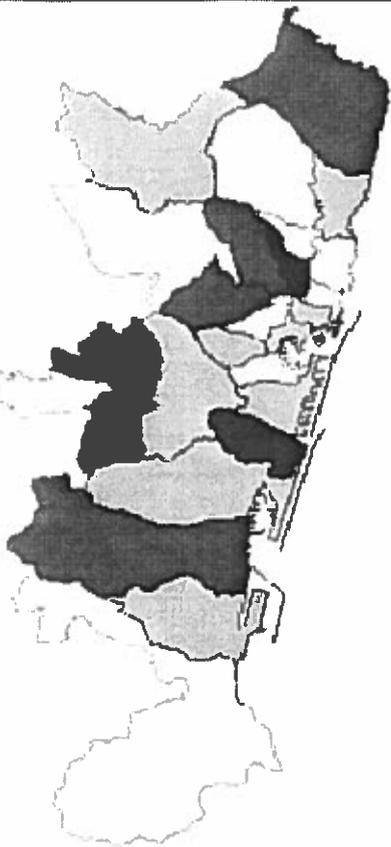
QUARTO

NERVI-QUINTO
S. ILARIO

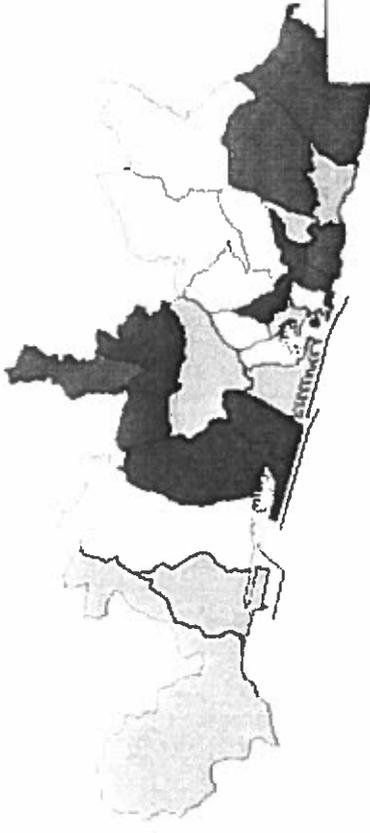
2009 - Femmine



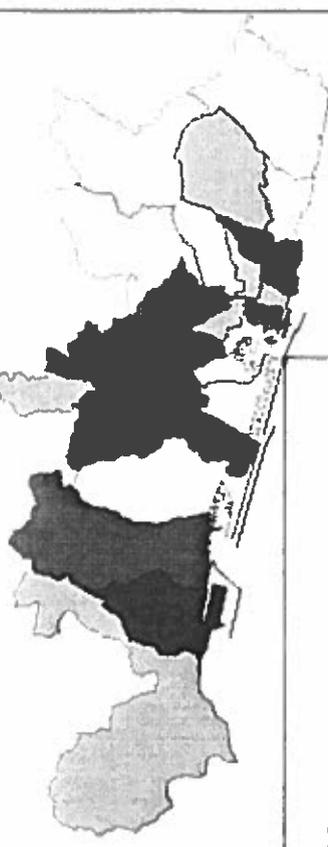
2010 - Femmine



2014 - Femmine



2015 - Femmine



SMR - Riferimento Genova

SUPERIORE a 1 - Stat. sign. LC 90%

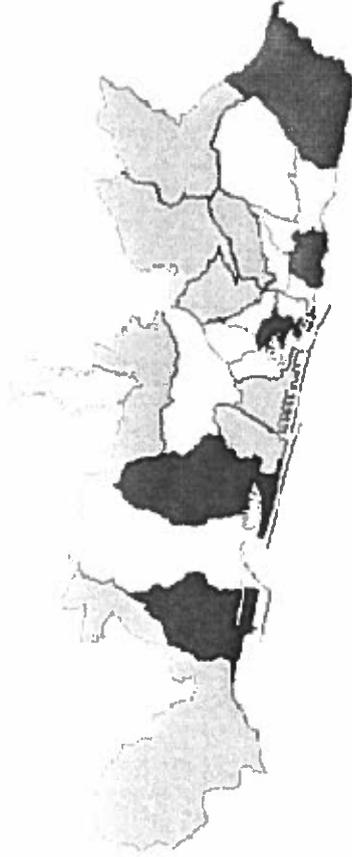
SUPERIORE a 1

UGUALE a 1

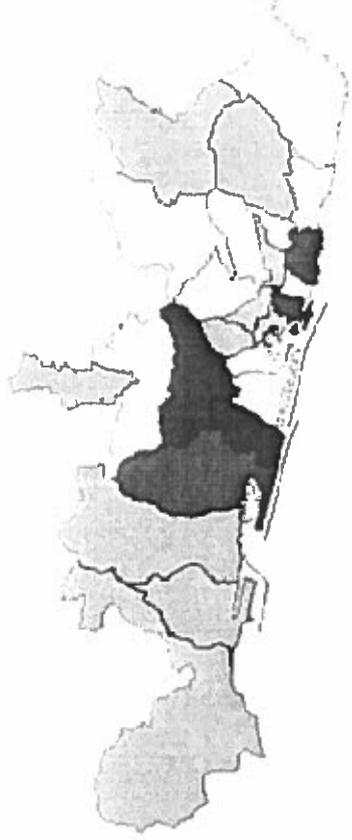
INFERIORE a 1

INFERIORE a 1 - Stat. sign. LC 90%

2009 - Maschi



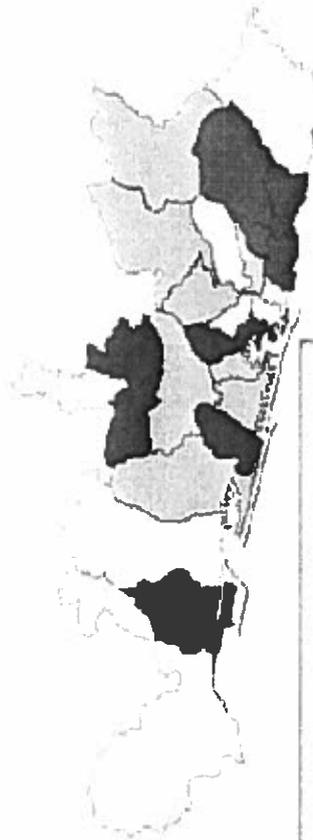
2010 - Maschi



2014 - Maschi



2015 - Maschi



SMR - Riferimento Genova

SUPERIORE a 1 - Stat. sign. LC 90%

SUPERIORE a 1

UGUALE a 1

INFERIORE a 1

INFERIORE a 1 - Stat. sign. LC 90%

Circoscrizioni GENOVA, 2009-2010, Femmine

Circosc.	Intervallo		Intervallo	Intervallo		Intervallo
	Observed	Expected		SMR	Interval	
8 - CORNIGLIANO	139	98,27	1,41	1,27	1,56	1,63
5 - RIVAROLO	172	101,84	1,20	1,03	1,32	1,39
16 - FRUITTUOSO	382	328,61	1,16	1,07	1,25	1,27
5 - RIVAROLO	245	223,67	1,10	0,98	1,33	1,22
12 - PRE'-MOLO-MADDALENA	108	98,94	1,09	0,92	1,32	1,28
9 - SAMPIERDARENA	334	307,3	1,09	0,99	1,23	1,19
2 - PRA'	147	135,51	1,09	0,94	1,29	1,24
24 - QUARTO	259	246,52	1,05	0,95	1,32	1,16
20 - STRUPPA	73	69,82	1,05	0,85	1,18	1,27
14 - PORTORIA	116	113,73	1,02	0,87	1,21	1,19
4 - SESTRI	343	339,74	1,01	0,92	1,11	1,10
11 - OREGINA-LAGACCIO	187	185,6	1,01	0,89	1,16	1,14
13 - CASTELLETO	259	260,08	1,00	0,90	1,09	1,10
10 - S.TEODORO	147	153,88	0,96	0,83	1,15	1,10
15 - FOCE	139	145,85	0,95	0,82	1,16	1,10
7 - PONTEDECIMO	83	87,9	0,94	0,78	1,08	1,13
23 - S.FRANCESCO D'ALBARO	269	287,14	0,94	0,84	1,07	1,04
21 - VALLE STURIA	97	105,93	0,92	0,77	1,08	1,08
19 - MOLASSANA	149	163,68	0,91	0,79	1,04	1,04
22 - S.MARTINO	111	122,45	0,91	0,77	1,07	1,06
1 - VOLTRI	87	99,87	0,87	0,72	1,02	1,04
17 - MURASSI	256	296,06	0,87	0,78	0,97	0,96
8 - BOLZANETO	187	217,56	0,86	0,76	0,97	0,97
18 - STAGLIENO	122	142,95	0,85	0,73	0,97	0,99
25 - NERV-QUINTO-SILARIO	143	171,1	0,84	0,72	1,00	0,96
1 - VOLTRI	113	99,28	1,14	0,97	1,33	1,22
7 - PONTEDECIMO	99	88,69	1,12	0,94	1,32	1,28
13 - CASTELLETO	284	255,67	1,11	1,00	1,23	1,19
21 - VALLE STURIA	114	102,9	1,11	0,94	1,29	1,24
20 - STRUPPA	75	69,03	1,09	0,89	1,32	1,16
24 - QUARTO	262	245,83	1,07	0,96	1,18	1,27
2 - PRA'	143	135,52	1,06	0,91	1,21	1,19
9 - SAMPIERDARENA	312	307,73	1,01	0,92	1,11	1,10
10 - S.TEODORO	157	155,1	1,01	0,88	1,16	1,14
4 - SESTRI	341	342,28	1,00	0,91	1,09	1,10
22 - S.MARTINO	118	119,45	0,99	0,84	1,15	1,10
6 - BOLZANETO	103	104,82	0,98	0,83	1,16	1,10
3 - PEGLI	207	215,78	0,96	0,85	1,08	1,13
18 - STAGLIENO	134	144,06	0,93	0,80	1,07	1,04
14 - PORTORIA	107	116,35	0,92	0,78	1,08	1,08
19 - MOLASSANA	148	162,71	0,91	0,79	1,04	1,04
12 - PRE'-MOLO-MADDALENA	91	101,56	0,90	0,75	1,07	1,06
11 - OREGINA-LAGACCIO	166	185,85	0,89	0,78	1,02	1,04
23 - S.FRANCESCO D'ALBARO	255	291,89	0,88	0,79	0,97	0,96
17 - MURASSI	256	293,24	0,87	0,79	0,97	0,97
15 - FOCE	127	147,56	0,86	0,74	1,00	0,99
25 - NERV-QUINTO-SILARIO	170	177,66	0,70	0,59	0,81	0,96

Circoscrizioni GENOVA, 2014-2015, Femmine

circosc	Observed		Expected		SMR	Interval	circosc	Observed		Expected		SMR	Interval
8 - GORNIGLIANO	121	87,31	1,40	1,20	1,62	1,58	8 - GORNIGLIANO	128	93,99	1,36	1,37	1,58	
6 - BOLLANETO	114	92,24	1,24	1,05	1,41	1,46	5 - RIVAROLO	286	216,26	1,32	1,20	1,46	
16 - S.FRUTTUOSO	346	301,76	1,15	1,05	1,26	1,49	6 - BOLLANETO	176	98,16	1,28	1,10	1,49	
13 - CASTELLETO	272	235,88	1,15	1,04	1,27	1,35	2 - PRA'	159	134,75	1,18	1,04	1,35	
2 - PRA'	143	124,98	1,14	0,99	1,31	1,27	11 - OREGINA-LAGACCIO	216	190,89	1,13	1,01	1,27	
5 - RIVAROLO	226	202,96	1,11	0,99	1,24	1,25	1 - VOLTRI	104	97,59	1,07	0,90	1,25	
4 - SESTRI	351	317,63	1,11	1,01	1,21	1,21	15 - FOCE	148	139,84	1,06	0,92	1,21	
24 - QUARTO	250	232,52	1,08	0,97	1,19	1,25	7 - PONTEDECIMO	89	84,88	1,05	0,87	1,25	
9 - SAMPIERDARENA	302	282,19	1,07	0,97	1,18	1,14	16 - S.FRUTTUOSO	338	323,37	1,05	0,95	1,14	
12 - PRE'-MOLO-MADDALENA	102	97,68	1,04	0,88	1,23	1,21	21 - VALLE STURLA	117	112,34	1,04	0,89	1,21	
22 - S.MARTINO	118	116,03	1,02	0,87	1,18	1,15	13 - CASTELLETO	269	259,09	1,04	0,94	1,15	
1 - VOLTRI	91	90,42	1,01	0,84	1,20	1,18	12 - PRE'-MOLO-MADDALENA	108	107,61	1,00	0,85	1,18	
18 - STAGLIENO	128	135	0,95	0,81	1,10	1,11	24 - QUARTO	249	248,16	1,00	0,90	1,11	
17 - MARASSI	257	275,18	0,93	0,84	1,04	1,07	4 - SESTRI	343	350,26	0,98	0,89	1,07	
11 - OREGINA-LAGACCIO	166	178,54	0,93	0,81	1,06	1,09	10 - S.TEODORO	145	153,15	0,95	0,82	1,09	
10 - S.TEODORO	133	145,37	0,92	0,79	1,06	1,06	19 - MOLASSANA	164	176,25	0,93	0,81	1,06	
14 - PORTORIA	91	99,5	0,92	0,76	1,09	1,02	9 - SAMPIERDARENA	283	305,36	0,93	0,84	1,02	
3 - PEGLI	181	201,23	0,90	0,79	1,02	1,13	20 - STRUPPA	73	78,71	0,93	0,76	1,13	
23 - S.FRANCESCO D'ALBARE	235	261,3	0,89	0,80	0,99	1,02	17 - MARASSI	277	300,87	0,92	0,83	1,02	
19 - MOLASSANA	142	160,75	0,88	0,77	1,02	0,99	21 - S.FRANCESCO D'ALBARE	251	281,76	0,90	0,80	0,99	
20 - STRUPPA	60	70,14	0,86	0,68	1,06	1,01	25 - NERVI-QUINTO-SILIARIO	145	165,21	0,88	0,76	1,01	
25 - NERVI-QUINTO-SILIARIO	120	152,1	0,79	0,67	0,92	0,98	5 - PEGLI	188	217,11	0,87	0,76	0,98	
15 - IONI	96	128,43	0,74	0,62	0,88	0,93	18 - STAGLIENO	125	145,92	0,86	0,73	0,93	
21 - VALLE STURLA	75	105,04	0,71	0,58	0,87	0,95	14 - PORTORIA	87	109,95	0,79	0,66	0,95	
7 - PONTEDECIMO	56	78,77	0,71	0,56	0,89	0,98	22 - S.MARTINO	99	126,48	0,78	0,66	0,98	

Maschi 2009 - 2010

circosc	Observed	Expected	SMR	Interval
12 - PRE'-MOLO-MADDALENA	125	98,47	1,27	1,09 - 1,48
2 - PRA'	154	134,97	1,13	1,00 - 1,28
4 - SESTRI	249	206,07	1,20	1,05 - 1,37
6 - BOLZANETO	99	88,18	1,12	0,94 - 1,33
17 - MARASSI	291	264,09	1,10	1,00 - 1,21
18 - STAGLIENO	140	127,9	1,10	0,95 - 1,26
8 - CORNIGLIANO	89	82,72	1,08	0,90 - 1,28
19 - MOLASSANA	160	154,02	1,04	0,91 - 1,18
1 - VOLTRI	93	89,93	1,03	0,86 - 1,23
20 - STRUPPA	62	60,73	1,02	0,82 - 1,26
9 - SAMPIERDARENA	268	265,89	1,01	0,91 - 1,12
16 - S.FRUTTUOSO	241	241,51	1,00	0,89 - 1,11
5 - RIVAROLO	192	193,32	0,99	0,88 - 1,12
11 - OREGINA-LAGACCIO	156	157,52	0,99	0,86 - 1,13
10 - S.TEODORO	144	146,27	0,98	0,85 - 1,13
21 - VALLE STURLA	90	93,13	0,97	0,81 - 1,15
24 - QUARTO	207	217,92	0,95	0,84 - 1,07
15 - FOCE	102	107,48	0,95	0,80 - 1,12
3 - PEGLI	180	192,31	0,94	0,82 - 1,06
14 - PORTORIA	76	85,3	0,89	0,73 - 1,08
13 - CASTELLETO	168	190,09	0,88	0,77 - 1,00
7 - PONTEDECIMO	66	76,96	0,86	0,69 - 1,05
22 - S.MARTINO	90	106,32	0,85	0,71 - 1,01
25 - NERVI-QUINTO-S.ILARIO	108	133,22	0,81	0,69 - 0,93
23 - S.FRANCESCO D'ALBARO	164	217,83	0,75	0,66 - 0,86

circosc	Observed	Expected	SMR	Interval
5 - CORNIGLIANO	20	29,17	0,75	0,65 - 0,85
1 - VOLTRI	100	86,08	1,16	0,98 - 1,37
12 - PRE'-MOLO-MADDALENA	106	93,88	1,13	0,95 - 1,33
2 - PRA'	133	120,05	1,11	0,95 - 1,28
7 - PONTEDECIMO	82	74,2	1,11	0,91 - 1,33
21 - VALLE STURLA	97	89,8	1,08	0,91 - 1,28
20 - STRUPPA	64	60,74	1,05	0,85 - 1,30
16 - S.FRUTTUOSO	244	231,61	1,05	0,95 - 1,17
13 - CASTELLETO	191	182,57	1,05	0,92 - 1,18
3 - PEGLI	191	187,42	1,02	0,90 - 1,15
11 - OREGINA-LAGACCIO	155	154,16	1,01	0,88 - 1,15
10 - S.TEODORO	145	145,03	1,00	0,87 - 1,15
22 - S.MARTINO	102	102,62	0,99	0,84 - 1,17
19 - MOLASSANA	149	150,95	0,99	0,86 - 1,13
15 - FOCE	103	104,63	0,98	0,83 - 1,16
9 - SAMPIERDARENA	254	259	0,98	0,88 - 1,09
18 - STAGLIENO	123	126,16	0,98	0,84 - 1,13
24 - QUARTO	207	213,89	0,97	0,86 - 1,09
17 - MARASSI	241	256,35	0,94	0,84 - 1,05
6 - BOLZANETO	82	87,76	0,93	0,77 - 1,12
25 - NERVI-QUINTO-S.ILARIO	120	128,79	0,93	0,80 - 1,08
4 - SESTRI	259	292,13	0,89	0,80 - 0,98
23 - S.FRANCESCO D'ALBARO	170	214,11	0,79	0,70 - 0,90
14 - PORTORIA	56	85,2	0,78	0,62 - 0,95

Maschi 2014 - 2015

Circos	Obs	Expect	SMR	Interval	Circos	Obs	Expect	SMR	Interval
3 - CORNIGLIANO	110	75,89	1,43	1,31 - 1,48	18 - STAGLIENO	135	125,53	1,08	0,93 - 1,24
2 - PRA	150	112,97	1,33	1,15 - 1,52	20 - STRUPPA	71	66,17	1,07	0,87 - 1,31
20 - STRUPPA	99	78,67	1,26	1,06 - 1,48	19 - MOLASSANA	166	157,29	1,06	0,92 - 1,20
12 - PRE-MOLO-MADDA	107	91,67	1,17	0,99 - 1,37	9 - SAMPIERDARENA	270	258,81	1,04	0,94 - 1,15
11 - OREGINA-LAGACCIO	162	144,73	1,12	0,98 - 1,28	10 - S.TEODORO	140	134,2	1,04	0,90 - 1,20
1 - VOLTRI	89	80,43	1,11	0,92 - 1,32	16 - S.FRUTTUOSO	243	236,63	1,03	0,92 - 1,14
10 - S.TEODORO	147	133,81	1,10	0,95 - 1,26	4 - SESTRI	290	286,89	1,01	0,92 - 1,11
16 - S.FRUTTUOSO	242	226,19	1,07	0,96 - 1,19	13 - CASTELLETO	190	192,01	0,99	0,87 - 1,12
22 - S.MARTINO	104	97,45	1,07	0,90 - 1,26	7 - PONTEDECIMO	73	74,52	0,98	0,80 - 1,19
4 - SESTRI	284	273,02	1,04	0,94 - 1,15	1 - VOLTRI	81	84,73	0,96	0,79 - 1,15
9 - SAMPIERDARENA	256	248,72	1,03	0,93 - 1,14	15 - FOCE	102	107,56	0,95	0,80 - 1,12
7 - PONTEDECIMO	73	71,97	1,01	0,83 - 1,23	17 - MARASSI	239	263,06	0,91	0,81 - 1,01
6 - BOLZANETO	85	84,27	1,01	0,84 - 1,21	3 - PEGLI	167	189,4	0,88	0,77 - 1,00
18 - STAGLIENO	122	122,79	0,99	0,85 - 1,15	14 - PORTORIA	78	89,48	0,87	0,72 - 1,05
21 - VALLE STURLA	88	88,73	0,99	0,82 - 1,18	23 - S.FRANCESCO ALBARO	188	216,92	0,87	0,77 - 0,98
3 - PEGLI	176	178,74	0,99	0,87 - 1,12	25 - NERVI-QUINTO-S.ILAR	120	139,33	0,86	0,74 - 1,00
5 - RIVAROLO	177	180,38	0,98	0,86 - 1,11	24 - QUARTO	183	220,31	0,83	0,73 - 0,94
19 - MOLASSANA	147	150,7	0,98	0,85 - 1,12	21 - VALLE STURLA	76	93,55	0,81	0,67 - 0,98
15 - FOCE	97	103,32	0,94	0,79 - 1,11	22 - S.MARTINO	69	103,74	0,67	0,54 - 0,81
17 - MARASSI	235	251,85	0,93	0,84 - 1,04					
13 - CASTELLETO	157	182,6	0,86	0,75 - 0,98					
24 - QUARTO	172	206,89	0,83	0,73 - 0,94					
25 - NERVI-QUINTO-S.ILARI	108	130,77	0,83	0,70 - 0,97					
14 - PORTORIA	69	84,3	0,82	0,66 - 1,00					
23 - S.FRANCESCO D'ALBARO	161	209,2	0,77	0,67 - 0,88					

V.GENNARO, IRCCS S.Mart IST, Genova (13.7.2016) - Referto epidemiologico

Referto Epidemiologico Comunale (REC)

Genova: 1° gennaio – 1° maggio 2016

Referto epidemiologico Genova 2015 – 2016 (1-4) SMR - MASCHI

Circo MASCHI (2015)	OSS	Attesi	SMR	Interval
2 - PRA'	130	115,66	1,11	0,98 - 1,24
12 - PRE'-MOLO-MADDA	130	118,18	1,10	0,93 - 1,24
8 - CORNIGLIANO	99	79,37	1,25	0,87 - 1,31
5 - BOZANETO	106	66,2	1,23	0,92 - 1,20
11 - OREGINA-LAGACCIO	170	117,78	1,15	0,94 - 1,15
5 - RIVAROLO	207	187,18	1,11	0,98 - 1,24
18 - STAGLIENO	135	125,53	1,08	0,93 - 1,24
20 - STRUPPA	71	66,17	1,07	0,87 - 1,31
19 - MOLASSANA	166	157,29	1,06	0,92 - 1,20
9 - SAMPIERDARENA	270	258,81	1,04	0,94 - 1,15
10 - S-TEODORO	140	134,2	1,04	0,90 - 1,20
16 - S-FRUTTUOSO	243	236,63	1,03	0,92 - 1,14
4 - SESTRI	290	286,89	1,01	0,92 - 1,11
13 - CASTELLETO	190	192,01	0,99	0,87 - 1,12
7 - PONTEDECIMO	73	74,52	0,98	0,80 - 1,19
1 - VOLTRI	81	84,73	0,96	0,79 - 1,15
15 - FOCE	102	107,56	0,95	0,80 - 1,12
17 - MARASSI	239	263,06	0,91	0,81 - 1,01
3 - PEGLI	167	189,4	0,88	0,77 - 1,00
14 - PORTORIA	78	89,48	0,87	0,72 - 1,05
23 - S-FRANCESCO ALBAR	138	216,92	0,67	0,59 - 0,76
25 - NERVI-QUINTO-S.ILA	120	139,33	0,86	0,74 - 1,00
24 - QUARTO	183	220,31	0,83	0,73 - 0,94
21 - VALLE STURLA	76	91,55	0,81	0,67 - 0,98
22 - S-MARTINO	69	101,28	0,67	0,54 - 0,83

Circo MASCHI (1-4, 2016)	OSS	Attesi	SMR	Interval
19 - MOLASSANA	63	50,55	1,25	1,00 - 1,54
2 - PRA'	44	37,28	1,18	0,90 - 1,52
8 - CORNIGLIANO	29	25,17	1,15	0,82 - 1,57
20 - STRUPPA	24	21,16	1,13	0,78 - 1,60
4 - SESTRI	105	93,00	1,13	0,95 - 1,33
21 - VALLE STURLA	33	30,06	1,10	0,80 - 1,47
12 - PRE'-MOLO-MADDA	35	32,54	1,08	0,80 - 1,43
18 - STAGLIENO	42	40,18	1,05	0,79 - 1,35
7 - PONTEDECIMO	25	24,27	1,03	0,72 - 1,44
5 - RIVAROLO	62	60,64	1,02	0,82 - 1,26
1 - VOLTRI	28	27,49	1,02	0,72 - 1,40
17 - MARASSI	85	84,84	1,00	0,83 - 1,20
24 - QUARTO	71	71,18	1,00	0,81 - 1,22
16 - S-FRUTTUOSO	76	77,07	0,99	0,81 - 1,19
9 - SAMPIERDARENA	81	84,05	0,96	0,79 - 1,16
11 - OREGINA-LAGACCIO	46	47,94	0,96	0,74 - 1,23
25 - NERVI-QUINTO-S.ILA	41	45,20	0,91	0,69 - 1,18
10 - S-TEODORO	39	43,54	0,90	0,67 - 1,17
3 - PEGLI	54	61,37	0,88	0,69 - 1,10
15 - FOCE	30	34,69	0,87	0,62 - 1,17
13 - CASTELLETO	53	62,34	0,85	0,67 - 1,07
23 - S-FRANCESCO ALBAR	59	70,20	0,84	0,67 - 1,04
22 - S-MARTINO	27	33,49	0,81	0,57 - 1,11
14 - PORTORIA	23	29,14	0,79	0,54 - 1,12

Referto epidemiologico di Genova 2015 – 2016 (1-4) SMR - FEMMINE

Circo FEMM 2015	OSS	ATTESI	SMR	Interval
8 - CORNIGLIANO	126	99,96	1,26	1,07
5 - RIVAROLO	266	216,96	1,22	1,00
6 - BOLZANETO	126	99,16	1,28	1,00
2 - PRA'	159	134,75	1,19	0,99
11 - ORFENALASACCIO	716	560,80	1,27	1,00
1 - VOLTRI	104	97,59	1,07	0,90
15 - FOCE	148	139,84	1,06	0,92
7 - PONTEDECIMO	89	84,88	1,05	0,87
16 - S.FRUTTUOSO	338	323,37	1,05	0,95
21 - VALLE STURLA	117	112,34	1,04	0,89
13 - CASTELLETO	269	259,09	1,04	0,94
12 - PRE'-MOLO-MADDA	108	107,61	1,00	0,85
24 - QUARTO	249	248,16	1,00	0,90
4 - SESTRI	343	350,26	0,98	0,89
10 - S.TEODORO	145	153,15	0,95	0,82
19 - MOLASSANA	164	176,25	0,93	0,81
9 - SAMPIERDARENA	283	305,36	0,93	0,84
20 - STRUPPA	73	78,71	0,93	0,76
17 - MARASSI	277	300,87	0,92	0,83
23 - S.FRANCESCO ALBAR	254	283,76	0,90	0,80
25 - NERVI-QUINTO-S.ILA	145	165,21	0,88	0,76
8 - PEGLI	188	217,11	0,87	0,76
18 - STAGLIENO	125	145,97	0,86	0,73
14 - PORTORIA	87	109,95	0,79	0,66
22 - S.MARTINO	99	126,48	0,78	0,66

Circo FEMM 1-4, 2016	OSS	ATTESI	SMR	Interval
7 - PONTEDECIMO	34	28,83	1,18	0,87
13 - CASTELLETO	104	89,24	1,17	0,98
8 - CORNIGLIANO	37	32,08	1,15	0,86
6 - BOLZANETO	37	32,93	1,12	0,84
19 - MOLASSANA	66	59,10	1,12	0,90
5 - RIVAROLO	80	72,22	1,11	0,91
3 - PEGLI	80	72,97	1,10	0,90
16 - S.FRUTTUOSO	118	110,23	1,07	0,91
9 - SAMPIERDARENA	109	102,57	1,06	0,90
4 - SESTRI	123	118,36	1,04	0,89
15 - FOCE	48	47,46	1,01	0,78
2 - PRA'	45	44,72	1,01	0,77
12 - PRE'-MOLO-MADDA	35	36,64	0,96	0,71
1 - VOLTRI	29	33,11	0,88	0,63
18 - STAGLIENO	42	48,85	0,86	0,65
10 - S.TEODORO	44	51,22	0,86	0,66
23 - S.FRANCESCO ALBAR	83	97,15	0,85	0,71
21 - VALLE STURLA	32	38,12	0,84	0,61
25 - NERVI-QUINTO-S.ILA	47	56,10	0,84	0,65
17 - MARASSI	84	101,02	0,83	0,69
24 - QUARTO	58	84,03	0,81	0,55
14 - PORTORIA	29	37,63	0,77	0,55
22 - S.MARTINO	30	42,30	0,71	0,51

Possibili gravità del report EUROSTAT (2016):

- 1) **TEMPI:** vecchi di oltre 3 anni (mortalità aggiornata al 2012);
- 2) **MORTALITA' EXTRATUMORALE:** non misurata (circa +70%);
- 3) **TASSI GREZZI (TG):** non standardizzati per età; solo N. totale di casi (/100.000);
Chi sono i CASI? Cosa succede "prima" del decesso? ...
- 4) **INCIDENZA vs MORTALITA':** dov'è (almeno) l'insieme degli altri dati (E, carta)
su patologie NON neoplastiche e NON mortali (ricoveri, malfo, ecc.);
- 5) **CAUSE** dei tumori e/o altre malattie: non è considerata l'eziologia



Report preliminare del COR-Liguria (RENAM) (dati definitivi 1994-2014)

1994 solo incidenza comune di Genova;

1995 solo incidenza provincia di Genova;

1996-2015 incidenza regione Liguria

V. Gennaro & WG COR-RENAM

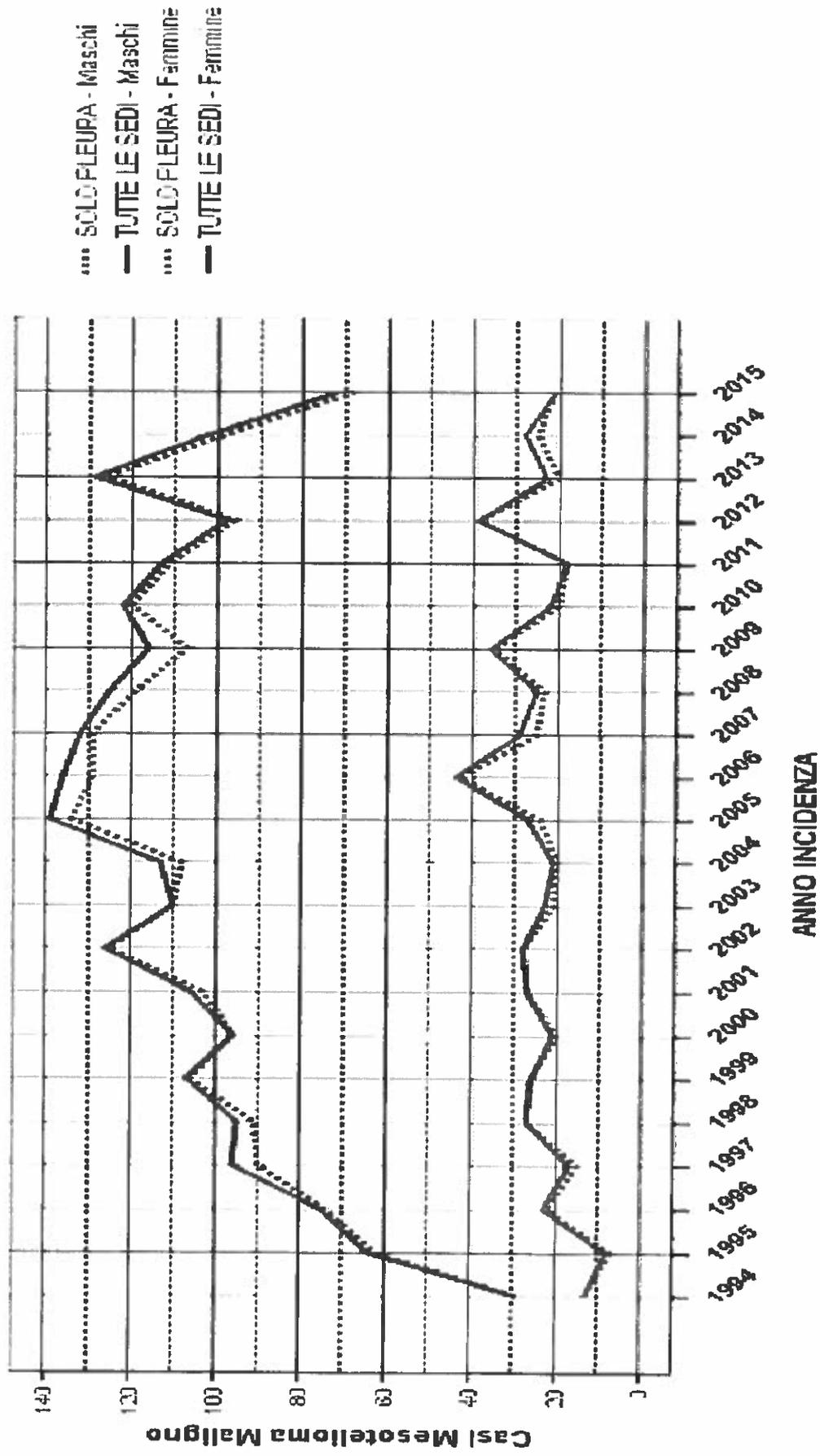
L.Benfatto, M.Bruzzone, PA.Canessa, MG.Campi,

C.Lando, D.Malacarne, G.Mazzucco (volontaria)

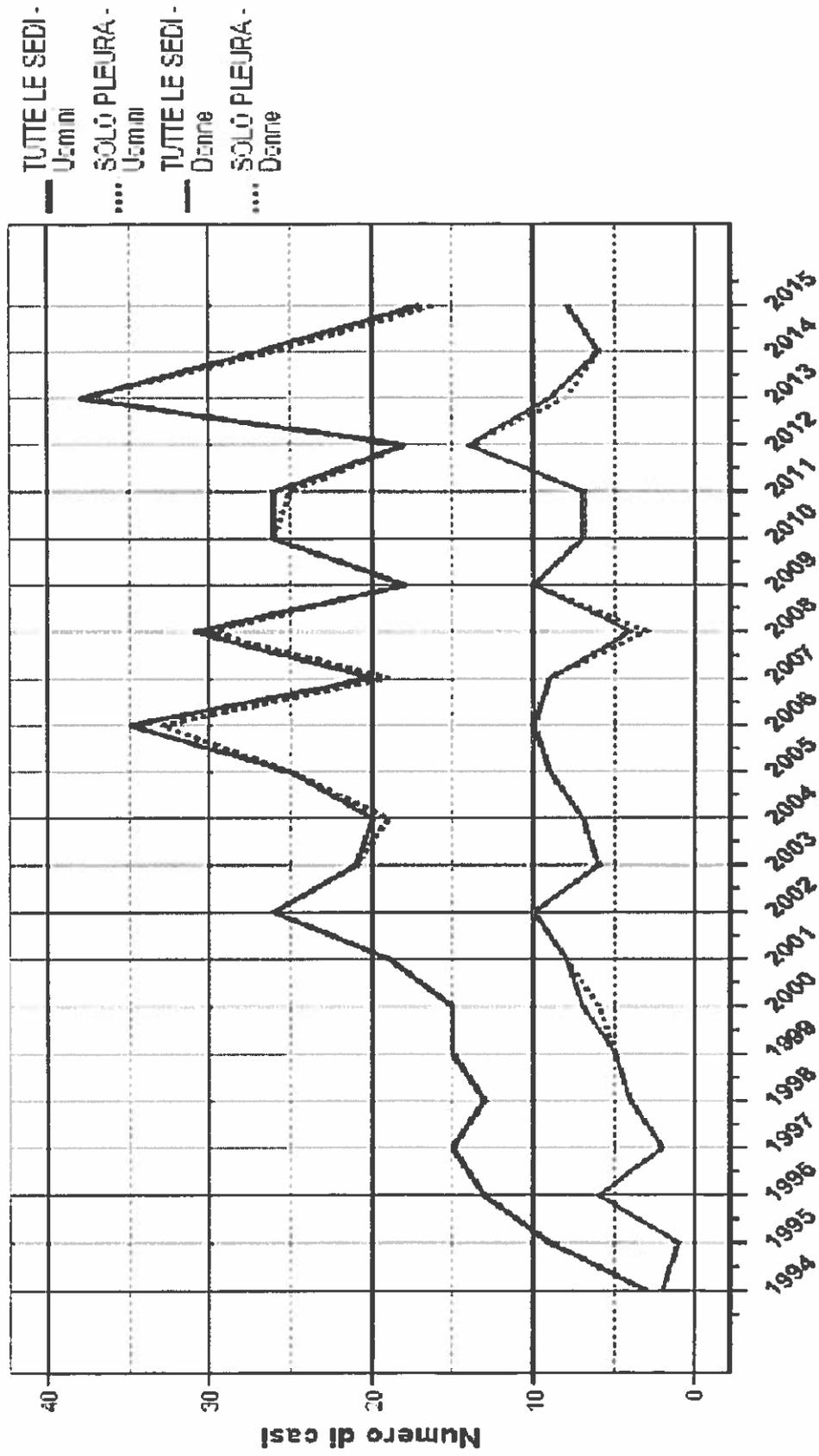
UO Epidemiologia, Dip.Terapie oncologiche integrate

IRCCS, AOU San Martino IST, Genova

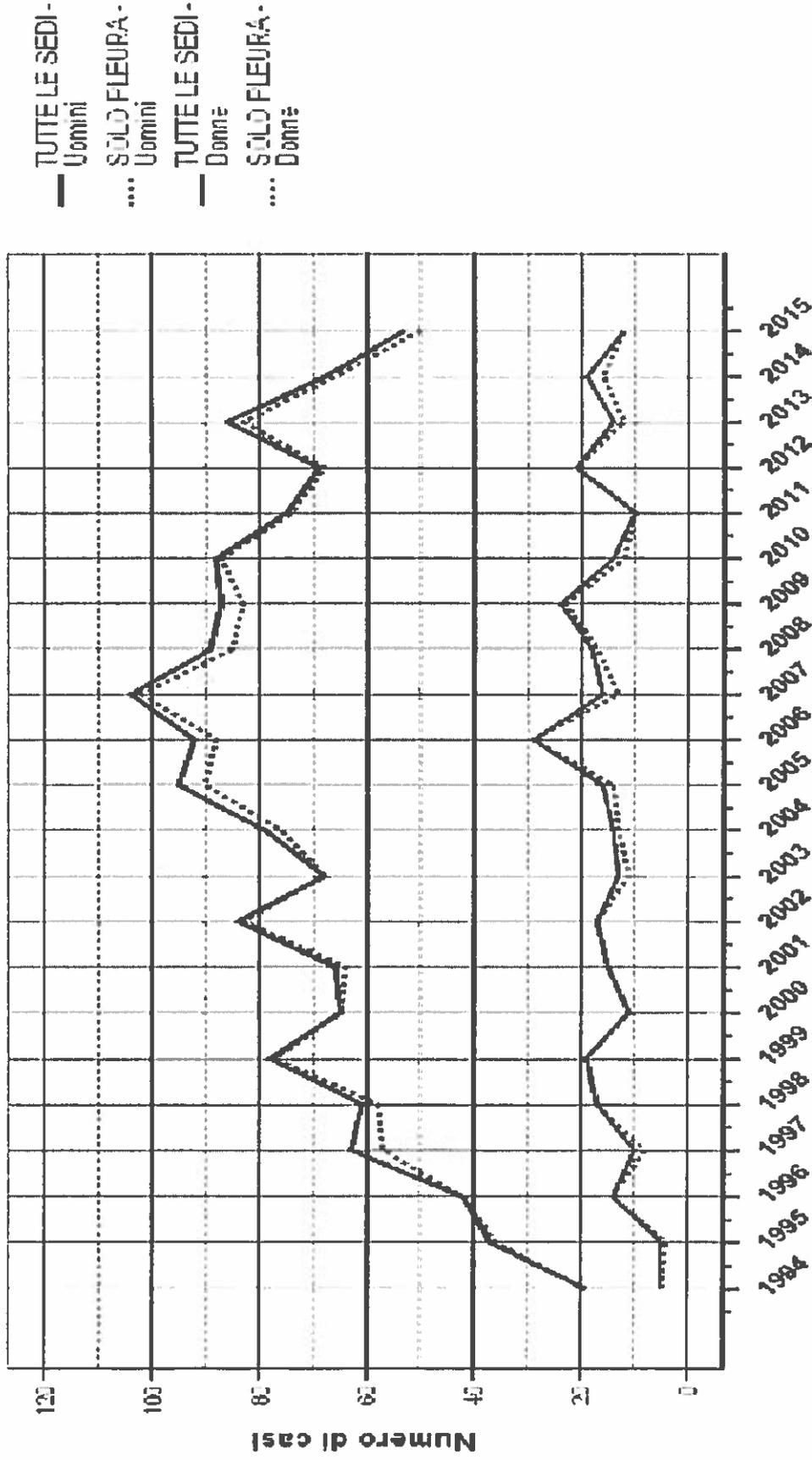
COR - Liguria (1994-2015)



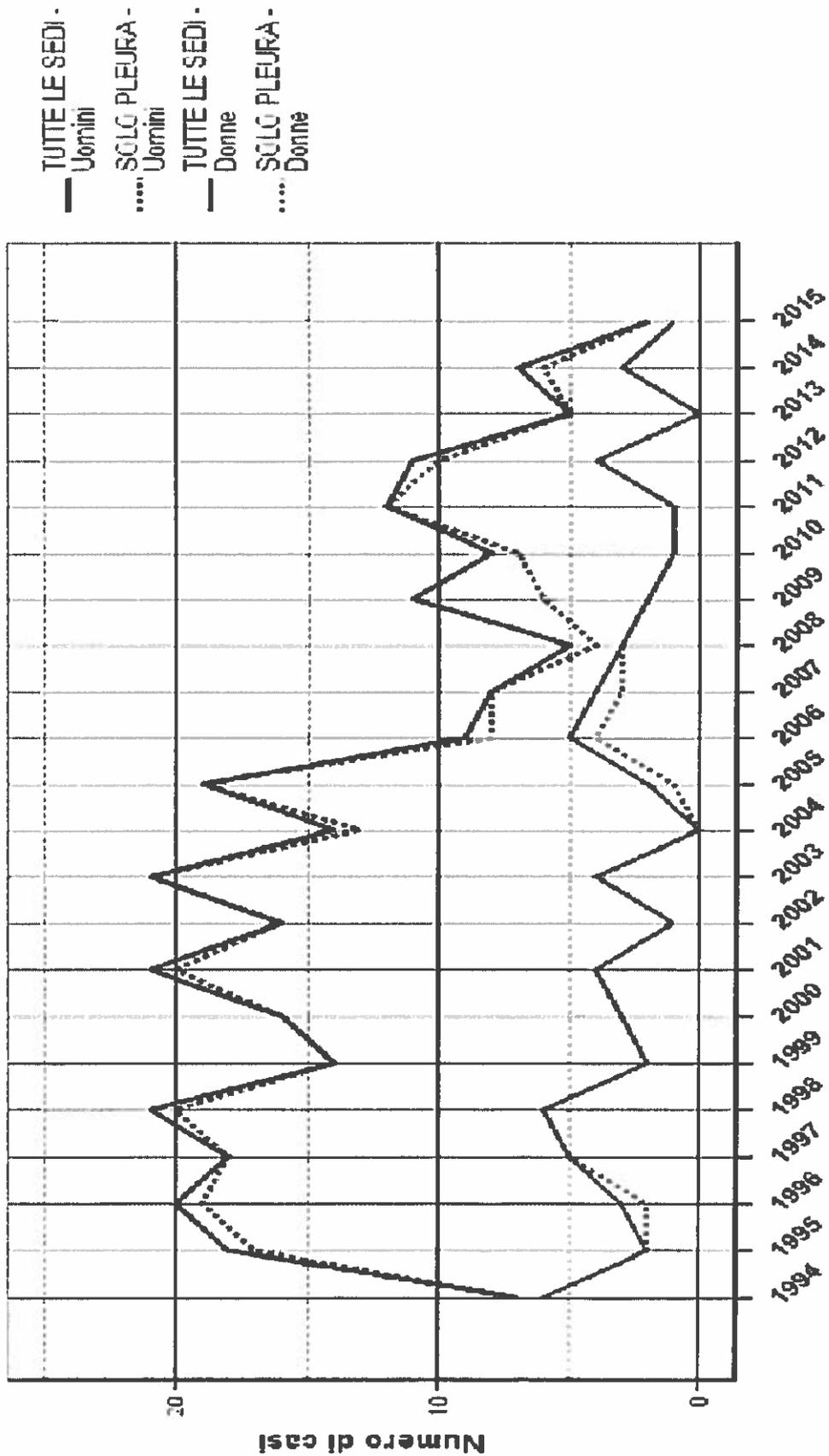
Casi di età oltre 80 anni



Casi di età tra i 61 ed 80 anni



Casi di età fino a 60 anni



References (1)

EUROSTAT, "Measuring progress towards a more sustainable Europe. Sustainable development indicators for the European Union. Data 1990-2005", Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2005

http://ec.europa.eu/eurostat/ramon/coded_files/sustainable_europe_2005.pdf#page=76

http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index_en.htm

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/EN/hlth_hlye_esms.htm

Relazione sullo stato sanitario del Paese 2009–2010. Ministero della Salute
Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario (13 novembre 2011)
[http://www.liguria.cgil.it/attachments/7843_RSSP_2009_2010\[1\].pdf](http://www.liguria.cgil.it/attachments/7843_RSSP_2009_2010[1].pdf)

p://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/Annexes/hlth_hlye_esms_an1.pdf

References (2)

- Robine JM, Jagger C, Mathers CD, Crimmins EM, Suzman RM, Eds. Determining health expectancies. Chichester UK: Wiley, 2003.
- Sullivan DF (1971) A single index of mortality and morbidity. HSMHA Health Reports 86:347-354.
- World Health Organization. The uses of epidemiology in the study of the elderly: Report of a WHO Scientific Group on the Epidemiology of Aging. Geneva: WHO, 1984 (Technical Report Series 706).
- EUROSTAT Health in Europe: Information and Data Interface (HEIDI). European Commission http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index_en.htm

References (3)

- EUROSTAT. Healthy life years (HLY) and life expectancy (LE) at birth, by sex <http://cpp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTable.Action.do;jsessionid=9ea7d07e30e8c7724a57b8f14f268a32b7d337db715c.e340aN8Pe3mMc40Lc3aMaNy1b38Nc0?tab=table&plugin=1&rcode=tsdph100&language=en>
- Gennaro V. Ghirga G, Corradi L.: IJP (2012) In Italy, healthy life expectancy drop dramatically: from 2004 to 2008 there was a 10 years drop among newborn girls. <http://www.ijponline.net/content/pdf/1824-7288-38-19.pdf>
- AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Osservatorio Nazionale 2013. Roma 2014. http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/Rapporto_OsMed_genser2013.pdf
- Stuker D. et al. Mass privatisation and the postcommunist mortality crisis: a cross-national analysis. *The Lancet*, vol. 373 n.9661, London 31 January 1999.
- Vrachnis N, Ktenas E, Vlachadi M, Kornarou E. Mortality and the economic crisis in Greece. *The Lancet* - 22 February 2014 (Vol. 383, Issue 9918, Page 691) - DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60250-6

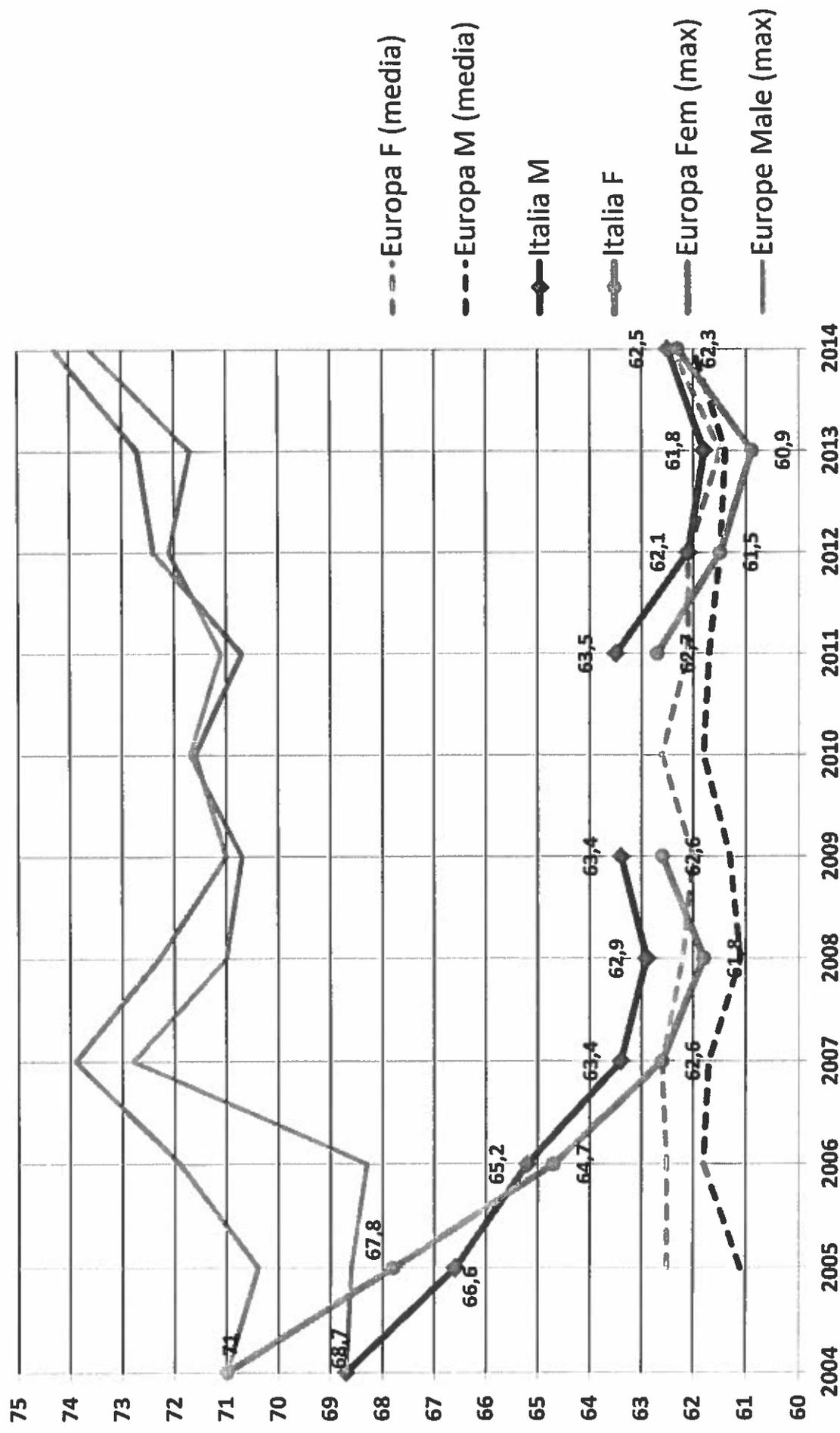


Grazie!

skype: [valeriogennaro1](#) – tel: 010.5558.557
valerio.gennaro@hsanmartino.it

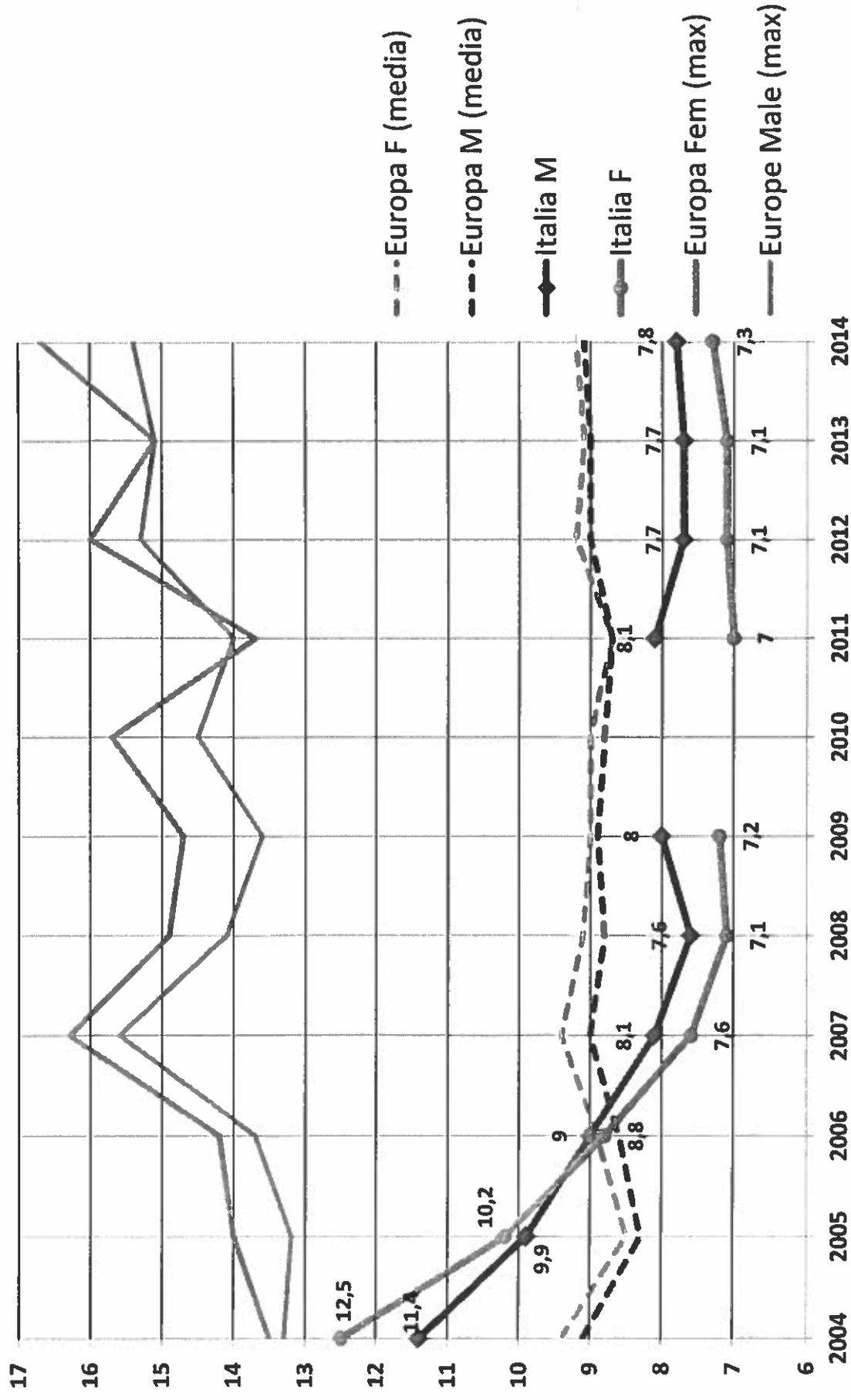
2004-2014 - Numero anni vissuti senza disabilità (Healthy Life Years) previsti alla NASCITA: Italia (vs Europa) Maschi (M) e Femmine (F)

Fonte EUROSTAT (2016): http://appso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlt_hlye&lang=en



2004-2014 - Numero anni vissuti senza disabilità (Healthy Life Years) previsti a 65 ANNI: Italia (vs Europa) Maschi (M) e Femmine (F)

Fonte EUROSTAT (2016): http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_hlye&lang=en



PUNTI DI FORZA PER L'ONCOLOGIA IN LIGURIA

1. **IRCCS SAN MARTINO-IST** : comprende una concentrazione rilevante di competenze per la gestione multidisciplinare (organizzate modernamente per *Disease Management Team*) e la sperimentazione clinica (*leadership* a livello nazionale per alcune patologie, come il carcinoma mammario).

2. **RETE ONCOLOGICA**: espressione organizzativa del vigente Piano Sanitario Regionale; Unità di Oncologia Medica e Radioterapia sono presenti in tutte le province.

PROBLEMI APERTI PER L'ONCOLOGIA IN LIGURIA

(si tratta di obiettivi che la Rete Oncologica ha deciso di affrontare esplicitamente)

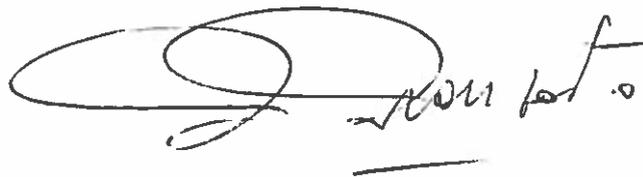
1. **INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE E INCREMENTO DEL NUMERO DI NUOVI CASI**: è previsto sino a 20-30% in più nel 2020 rispetto al 2010 (dati del MinSal) di casi di carcinoma mammario, carcinoma colorettales, carcinoma prostatico. Poiché si tratta di una maggiore incidenza soprattutto negli anziani, si deve tenere conto della maggiore complessità dei casi.

2. **DIAGNOSTICA MOLECOLARE**: è il presupposto dell'impiego appropriato delle nuove terapie a bersaglio molecolare; richiede standard qualitativi elevati per i laboratori e bisogna tenere conto delle opportunità rappresentate dalla centralizzazione del materiale biologico e dall'impressionante evoluzione tecnologica

2. **AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO IN RADIOTERAPIA**: il parco macchine abbisogna di aggiornamenti sia per gli aspetti convenzionali, che in relazione alle nuove frontiere della Radioterapia

4. **ACCESSO E SOSTENIBILITA' AI NUOVI FARMACI BIOLOGICI PERSONALIZZATI**: l'accesso ai nuovi farmaci biologici mirati (ma di costo elevato) va assicurato anche attraverso un programma condiviso, fondato sull'appropriatezza.

5. **PERCORSI INTEGRATI OSPEDALE/TERRITORIO E ONCOLOGIA/CURE PALLIATIVE**: nel confrontarsi con la cronicizzazione della malattia neoplastica, bisogna tenere conto del percorso assistenziale del malato nelle varie tappe : ospedale in fase di ricovero, ospedale in fase di ambulatorio e *day-hospital*, assistenza domiciliare; inoltre vanno integrate le competenze di oncologi e palliativisti per tutta la durata della malattia secondo i modelli assistenziali più aggiornati.



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'G. Rossi' or similar, with a horizontal line underneath.