

Conferenza Regionale Amianto

La Prevenzione del Rischio Amianto:

il quadro normativo, epidemiologico, le strategie per la gestione del rischio e la tutela della salute

Piano Amianto della Regione Emilia-Romagna

Bologna, 28 aprile 2017

La rete della Regione Emilia-Romagna per la presa in carico dei pazienti affetti da mesotelioma pleurico maligno (ReMPM RE-R)

Carmine Pinto

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

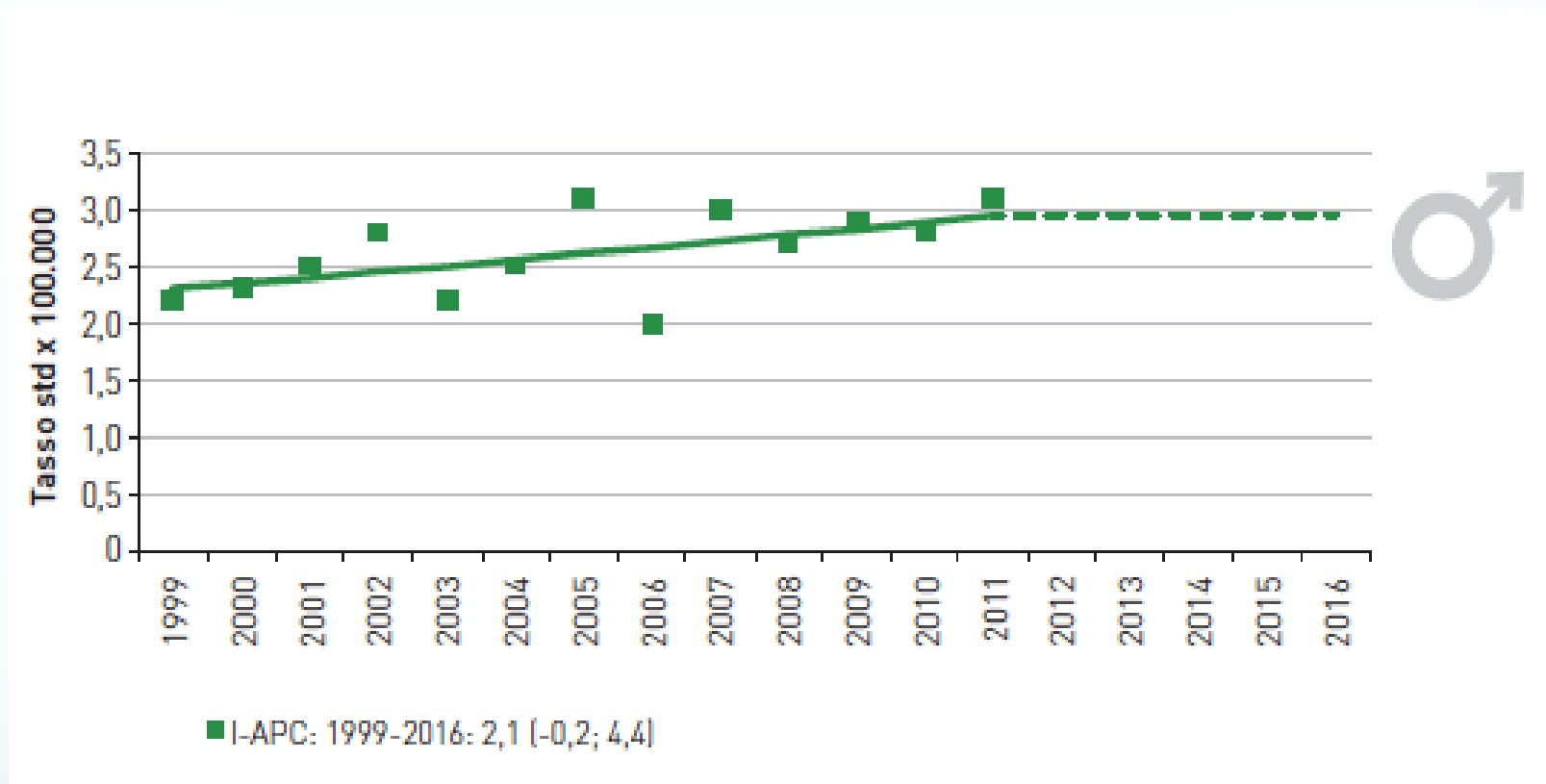
Nuovi casi di mesotelioma e di tumore del polmone stimati in Italia nel 2016



	M	F	Totale
Mesotelioma	1.500	400	1.900
Polmone	27.800	13.500	41.300

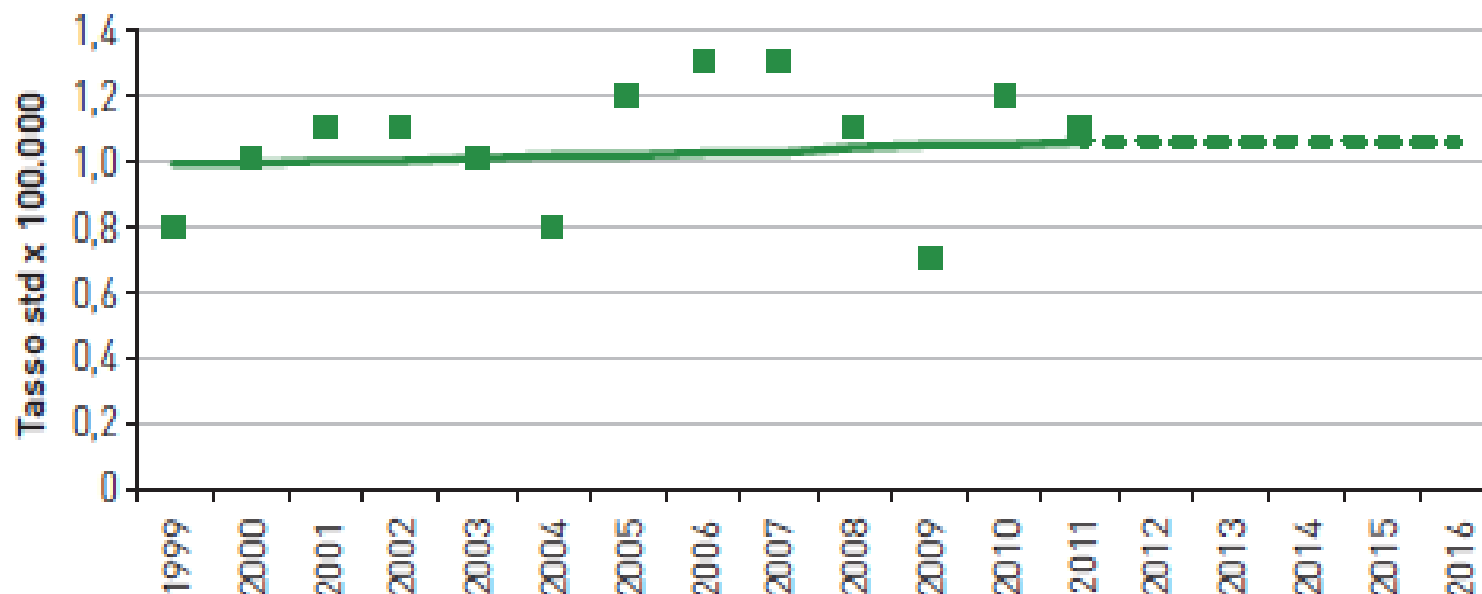
Rapporto 1 a 22

Andamento dell'incidenza del mesotelioma negli uomini



- Lieve incremento dell'incidenza (tra il 1999 ed il 2010 +1,7% per anno)
- I nuovi casi sono concentrati nel Nord del Paese con un'incidenza inferiore al Centro (-42%) e al Sud (-26%)
- Stabile la mortalità (+ 0,2% per anno)

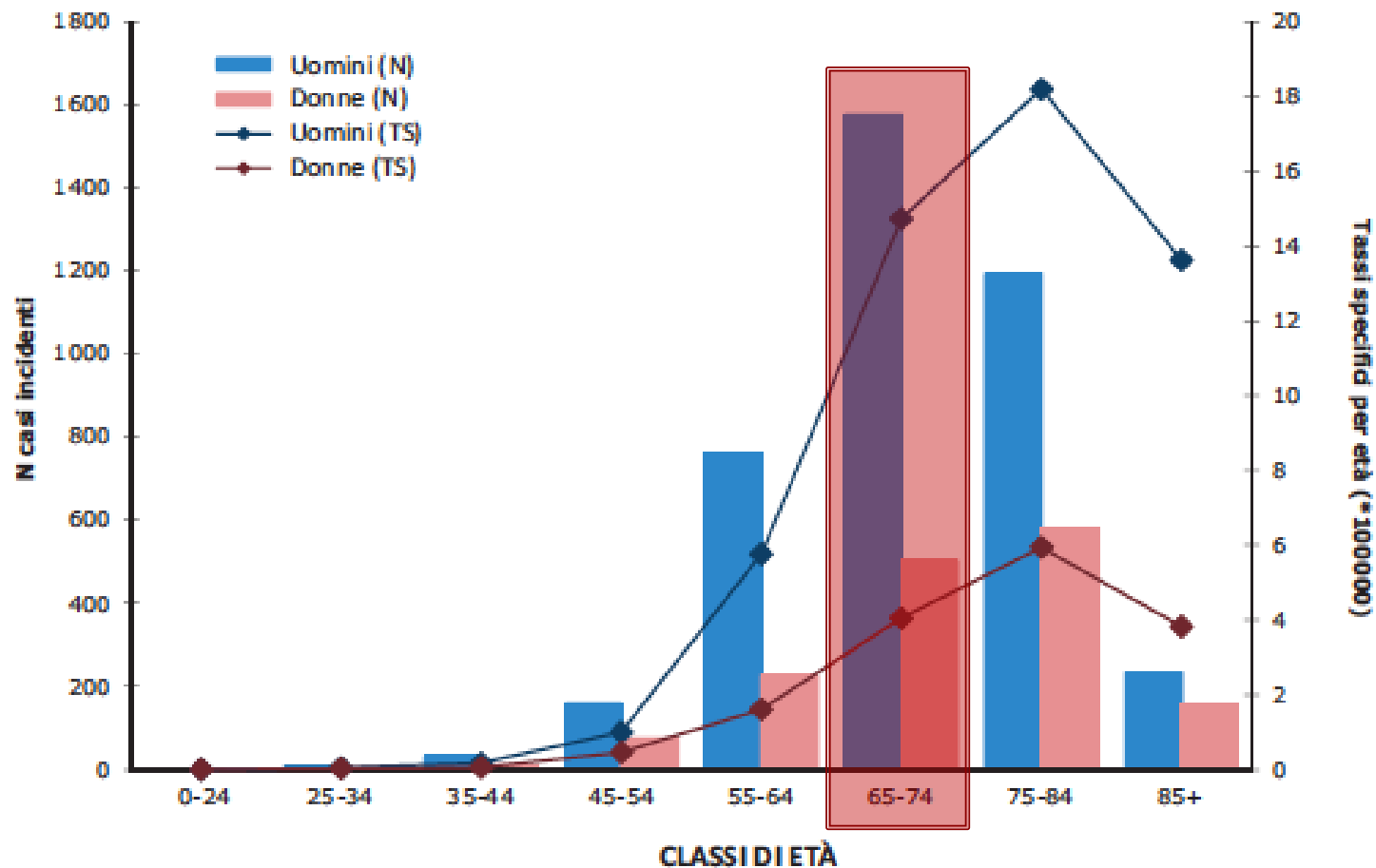
Andamento dell'incidenza del mesotelioma nelle donne



- I nuovi casi sono concentrati nel Nord del Paese con un'incidenza inferiore al Centro (-70%) e al Sud (-50%)
- Stabile la mortalità (+ 0,2% per anno)

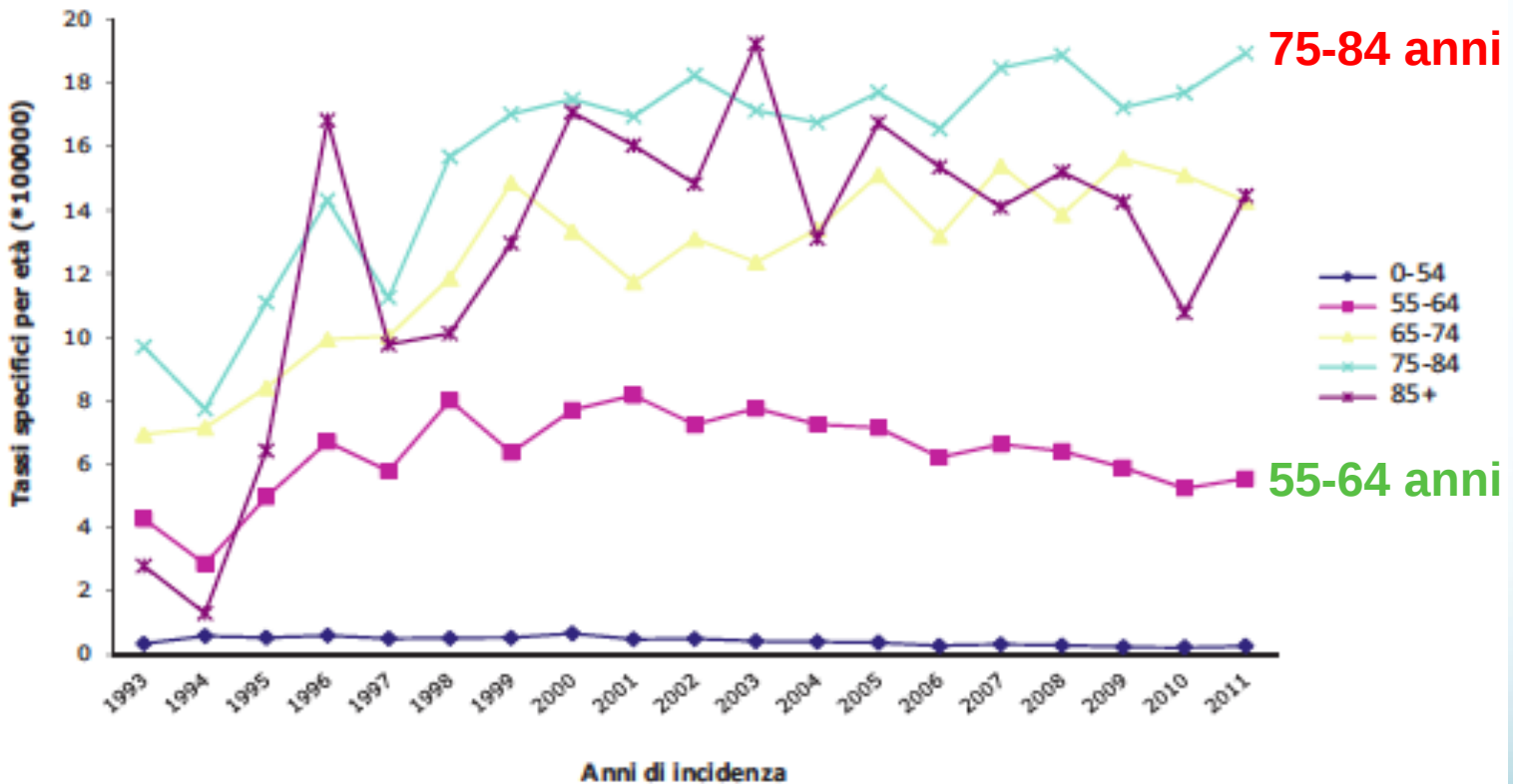
I numeri del MMP in Italia

Incidenza per età (2008-2011)



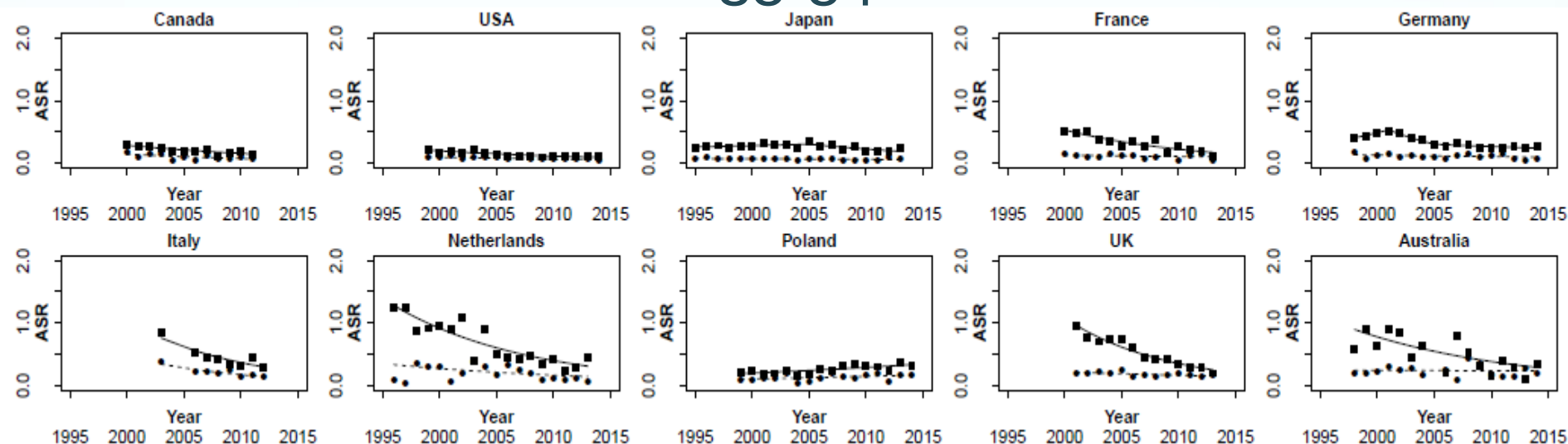
I numeri del MMP in Italia

Incidenza per classi di età negli uomini (1993-2011)

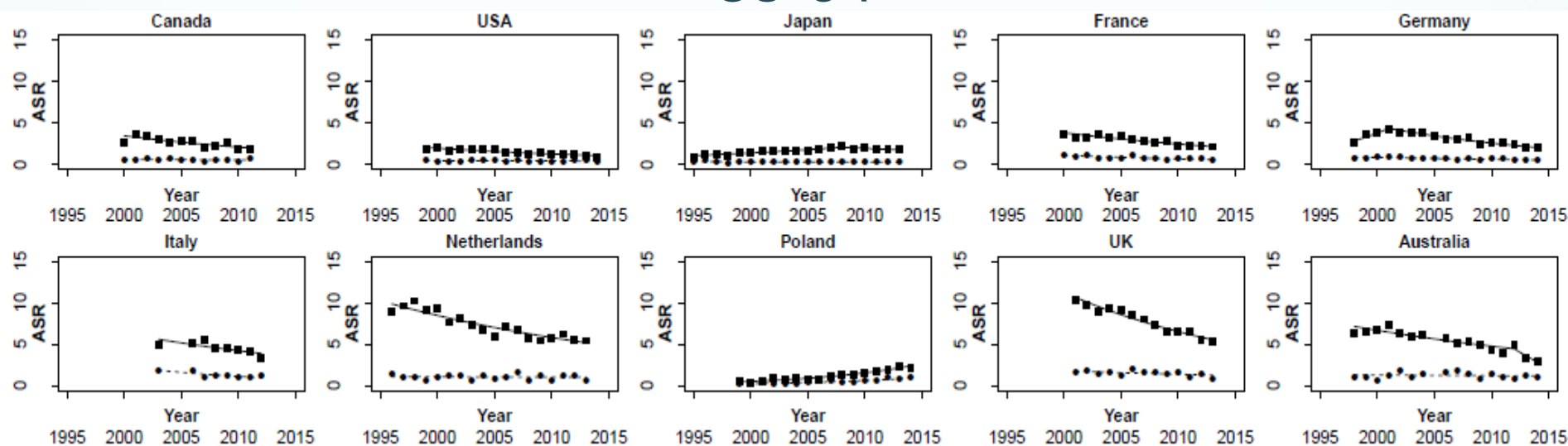


Tassi specifici per età

35-54

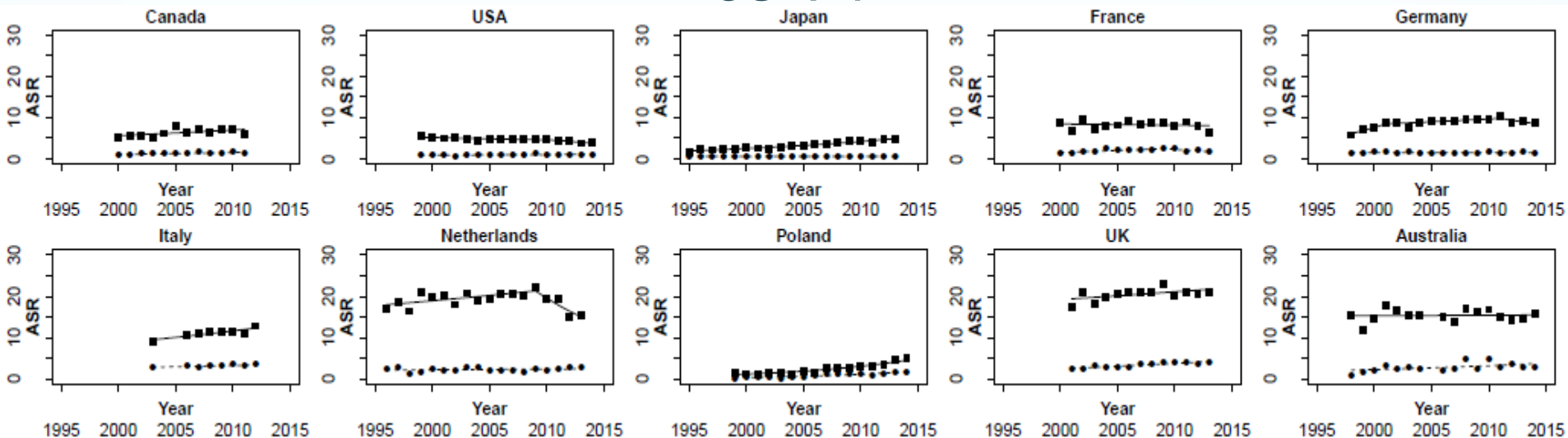


55-64

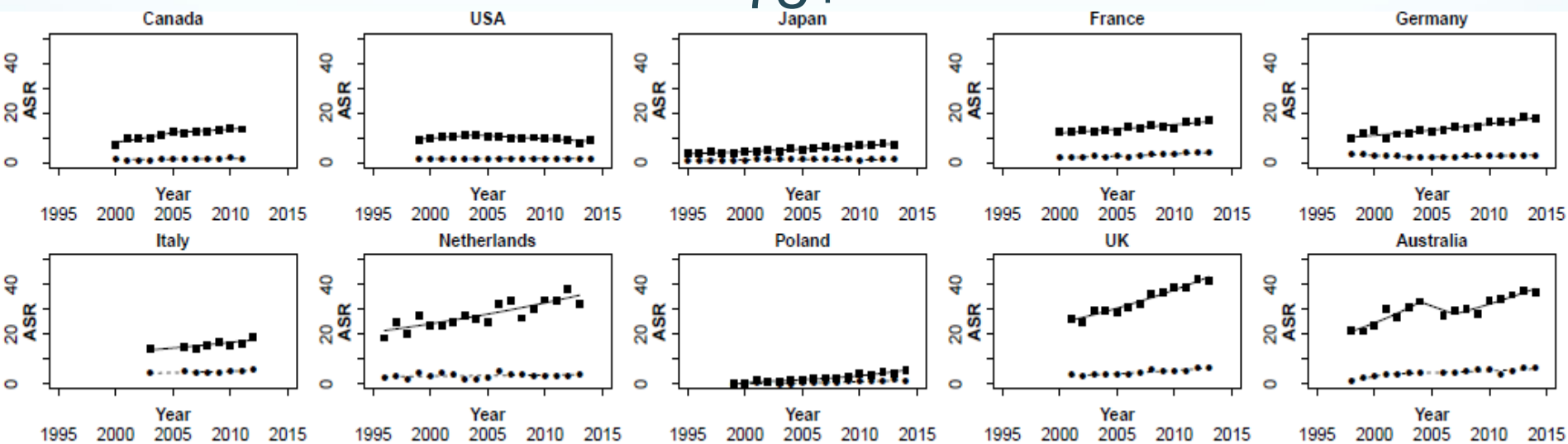


Tassi specifici per età

65-74

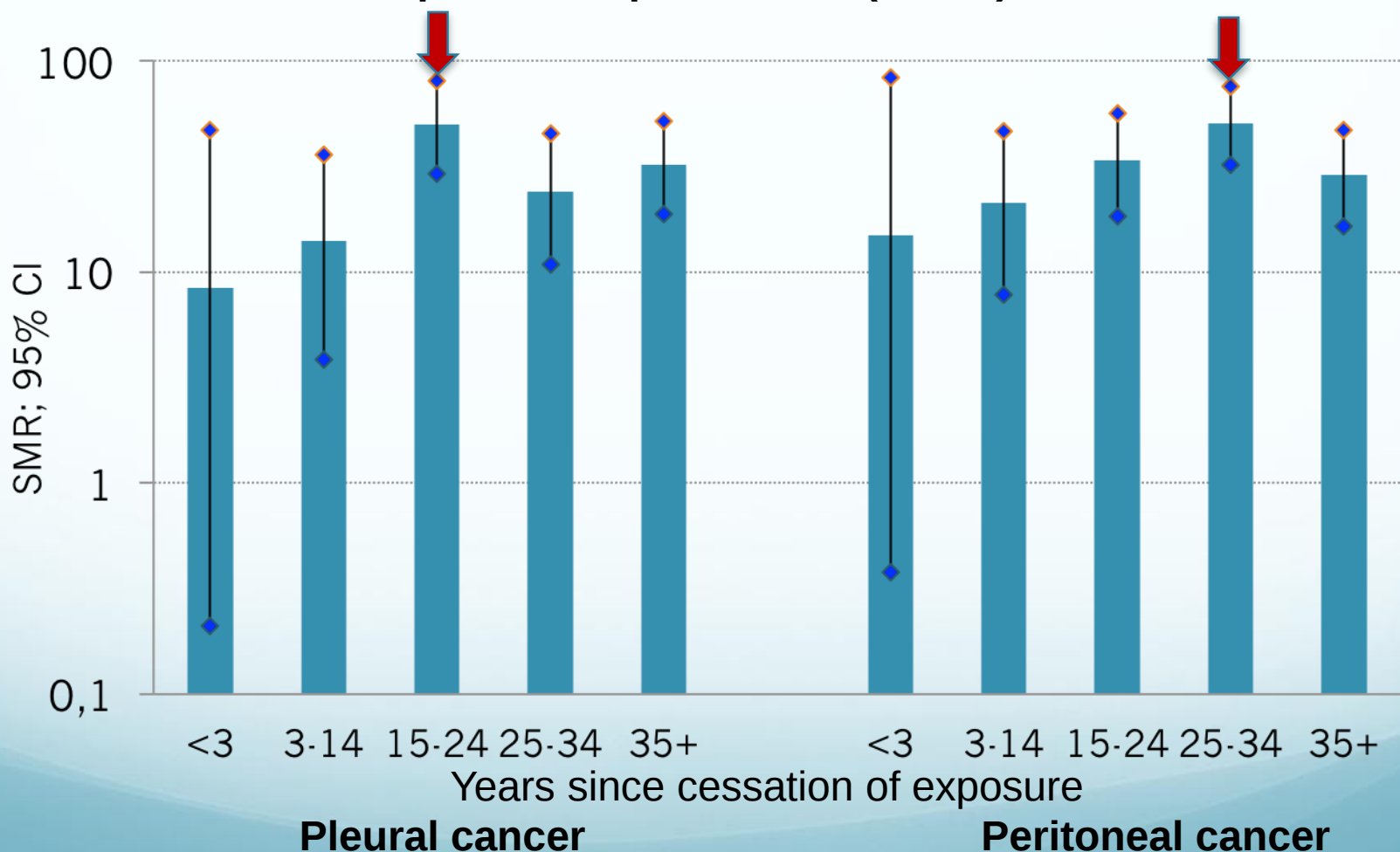


75+



Rischio di mesotelioma dal termine dell'esposizione

Coorte di 1977 lavoratori esposti ad amianto nell'industria tessile in Italia, impiegati dal 1946 al 1984, follow up 1946-2013, 108 morti per mesotelioma pleurico o peritoneale (10.6%)



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	+3
Polmone	10	14	+4
Melanoma	70	84	+14
Prostata	62	91	+29
Rene	58	69	+11
Mesotelioma	8	10	+2

Andamento della sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi nelle donne

	1990-92 (%)	2005-07 (%)	Variazione (%)
Stomaco	32	36	+4
Colon-retto	51	63	+12
Pancreas	6	9	+3
Polmone	12	18	+6
Melanoma	83	89	+6
Mammella	78	87	+9
Rene	64	73	+9
Mesotelioma	8	10	+2

Indicazioni per la ReMPM RE-R



Finalità della ReMPPM RE-R



- Uniformità dei modelli di presa in carico e assistenziali
- Garanzia di accesso a uguale qualità/standard assistenziali
- Appropriately diagnostica e terapeutica
- Continuità di assistenza in tutte le fasi della malattia
- Razionalizzazione dei servizi
- Razionalizzazione delle risorse e tecnologie
- Ottimizzazione della spesa
- Implementazione della ricerca

Presupposti per la ReMPM RE-R

- Incidenza
- Accesso
- Potenzialità professionali
- Potenzialità tecnologiche
- Potenzialità di ricerca
- Razionalizzazione delle risorse

Distribuzione casi di mesotelioma per residenza in Regione Emilia Romagna (1996-2016) - No. totale 2413

Provincia	N. casi	TIS Uomini	TIS Donne
Piacenza	209	4,4	2,0
Parma	282	3,9	2,1
Reggio Emilia	352	5,1	1,7
Modena	258	2,6	1,0
AVEN	1.101		
Bologna	540	3,6	1,3
Ferrara	253	4,5	1,4
AVEC	793		
Ravenna	243	4,4	1,3
Forlì	170	3,1	1,0
Rimini	106	2,5	0,9
AVR	519		

Definizione del percorso

Livello	Settore	Funzioni	Sede
I	Sospetto mesotelioma	Accertamenti per diagnosi Denuncia/Riconoscimento Assistenza psico-sociale	Provinciale
II	Diagnosi certa	Completamento stadiazione e caratterizzazione Programma terapeutico	Provinciale Macro-aree (AVEN, AVEC, AVR)
Cure palliative	Gestione sintomi	Controllo dolore, dispnea, nutrizione e altri sintomi	Provinciale
Ricerca	Programmi di ricerca	Biobanca Rete nazionale Studi traslazionali Studi clinici	IRCCS AOU

Aree/settori coinvolti nella ReMPM RE-R

Area	Settori/Servizi
Registrazione Definizione rischio espositivo	Registro Mesoteliomi (ReM ER) Medicina del Lavoro Medicina Legale
Diagnostica	Pneumologia Radiologia Medicina nucleare Chirurgia toracica Chirurgia addominale
Terapia	Oncologia Chirurgia toracica Chirurgia addominale Radioterapia Pneumologia
Cure palliative	Cure palliative ospedaliere e territoriali MMG
Assistenza psico- sociale/Riabilitazione	Psico-Oncologia Terapia fisica Pneumologia

Caratteristiche della ReMPM RE-R

- Un'autorità centrale denominata Coordinamento della ReMPM RE-R
 - collegamenti tra le diverse strutture
 - pianificazione dell'uso delle risorse
 - definizione e valutazione dei percorsi
- La diffusione nel territorio di centri di accesso
 - Presa in carico il singolo caso
 - Regia unica
 - Indicazioni nei diversi passaggi dell'intero percorso

Caratteristiche della ReMPM RE-R

- Modello organizzativo con integrazione multiprofessionale
- PDTA definito a partire da Linee Guida delle Società scientifiche
 - Consensus Conference e Linee Guida AIOM essendo multidisciplinari, revisionate dalle principali società scientifiche, rappresentano un significativo riferimento
- Individuazione delle strutture di riferimento
 - in base alla loro incidenza/prevalenza
 - comprovata efficacia della numerosità dei casi trattati
- Accesso ai trattamenti farmacologici possibile anche nelle sedi periferiche sulla base delle indicazioni condivise dalla rete, limitando gli spostamenti dei pazienti, in particolare nei territori a difficile logistica

Finalità

- Migliorare gli aspetti informativi e comunicativi con i pazienti
- Ottimizzare e monitorare i livelli di riconoscimento dei dati espositivi, della qualità dei processi diagnostici e delle cure prestate, attraverso l'identificazione di indicatori di processo e di esito e la messa a punto di un sistema di raccolta e analisi dei dati
- Sviluppare progetti di ricerca clinica e traslazionale al fine di migliorare le strategie di controllo e gli strumenti di cura

Finalità

- Permettere in tutte le province della Regione Emilia Romagna l'accesso al percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale
- Garantire gli standard sulla base della consensus/ linee guida e evidenze scientifiche disponibili
- Migliorare i tempi di attesa dell'iter diagnostico-terapeutico, fissando degli standard regionali
- Garantire una rilevazione dei dati espositivi per l'attivazione dei riconoscimenti come previsti dalla normativa vigente

Coordinamento Regionale

- Il Coordinamento tecnico-scientifico regionale prevede la presenza del responsabile del registro mesoteliomi, di un oncologo, di un pneumologo, di un chirurgo toracico, di un radiologo e di un patologo
- L'organismo permetterà di
 - governare i collegamenti tra le diverse strutture
 - la definizione e valutazione dei percorsi dei pazienti nei diversi setting di intervento
 - l'uniformità di intervento
 - la condivisione delle strategie diagnostico-terapeutiche-assistenziali e dei programmi di ricerca

Accesso alla rete

- L'accesso alla rete avviene su richiesta dei medici di medicina generale, dei medici del lavoro e dei patronati, e degli specialisti ospedalieri o extra-ospedalieri delle aree interessate
- Il Paziente che presenta sintomi o quadri clinici suggestivi per MPM viene indirizzato e preso in carico dai centri di I livello individuati su base provinciale di almeno uno per provincia

Centri di I livello – fase diagnostica

- I centri di I livello effettueranno secondo quanto previsto dalle linee guida e consensus nazionali e raccomandazioni della ReMPM RE-R procederanno con
 - la raccolta dei dati anamnestici e di esposizione professionale/ambientale
 - l'attivazione/completamento del processo diagnostico e di stadiazione (radiologico, endoscopico, patologico)
 - la segnalazione al Registro Regionale Mesoteliomi, e quindi favoriranno l'attivazione del processo di denuncia/riconoscimento

Centri di I livello – fase diagnostica

- In questi centri prevista l'assistenza di un psico-oncologo per il paziente e familiare
- Il centro di I livello prevede la presenza in un sede o collegate in rete delle seguenti figure: pneumologo, radiologo, medico-nucleare, anatomo-patologo, chirurgo toracico
- Viene inoltre prevista per tutti gli aspetti organizzativi e di informazione/comunicazione la definizione di una infermiera case manager di percorso
- Il coordinamento dell'attività dei centri di I livello viene attribuita allo specialista pneumologo

Centri di I livello nelle Aree Vaste Regionali

Area Vasta Emilia Nord (AVEN)

- Ospedale Guglielmo da Saliceto di Piacenza, Ospedale Maggiore di Parma, Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia, Policlinico di Modena

Area Vasta Emilia Centro (AVEC)

- Policlinico S.Orsola-Malpighi di Bologna, Ospedale Maggiore-Bellaria di Bologna, Arcispedale S. Anna di Ferrara

Area Vasta Romagna (AVR)

- Ospedale Morgagni-Pierantoni di Forlì, Ospedale delle Croci di Ravenna, Ospedale degli infermi di Rimini

Accesso alla rete e percorso per il MPM

—Dati clinici

- Versamenti pleurici in particolare recidivanti non imputabili ad altre cause benigne o neoplastiche
- Ispessimenti/nodulazioni pleuriche evidenziate in corso di esami di imaging non imputabili a cause specifiche (benigne o neoplastiche)

—Dati anamnestici (esposizione ad amianto)

- Popolazione a rischio espositivo professionale
- Popolazione a rischio espositivo ambientale/familiare
- Identificazione di “nuove” aree/settori di rischio

Percorso diagnostico

- **Definire un iter convalidato dei processi diagnostici**
 - Indicazioni e sequenze di esami
 - Accuratezza diagnostica
 - Tempo alla diagnosi
- **Definire un'adeguata tipizzazione istopatologica**
 - Riconoscimento esposizione /individuazione aree “ a rischio”
 - Valutazione prognostica
- **Definire un'adeguata stadiazione**
 - Valutazione prognostica
 - Scelta della strategia terapeutica palliativa o “curativa” nell'ambito di un trattamento multimodale

Centri di II livello

- Individuati nelle sedi ospedaliere provinciali e di area vasta (AVEN, AVEC, AVR)
- Presenza strutturata di uno specifico gruppo multidisciplinare per la valutazione clinica e la definizione delle strategie di trattamento
 - Figure professionali sempre richieste: oncologo medico, del radioterapista, del chirurgo toracico, del pneumologo e del radiologo
 - Medico nucleare, chirurgo addominale e altri specialisti d'organo verranno introdotti a richiesta sulla base delle problematiche cliniche

Centri di II livello

- Prevista l'assistenza di uno psico-oncologo per il paziente e familiari
- Previsto il collegamento con le cure palliative ospedaliere e territoriali ed i MMG
- Il coordinamento dell'attività dei centri di II livello viene attribuita all'oncologo medico

Centri di II livello

- Nell'ambito del gruppo multidisciplinare dei centri di II livello viene definito il programma terapeutico e la sede del trattamento
- I trattamenti richiesti, in particolare la chemioterapia/terapia medica, verranno effettuati presso le sedi ospedaliere provinciali di riferimento secondo le linee guida e di strategie di cura condivise
- Per trattamenti, in particolare chirurgici e radioterapici, che richiedono tecnologie e specifiche professionalità verranno individuati centri nelle tre aree vaste regionali
- In questa fase viene implementata l'adesione agli studi clinici e traslazionali e la raccolta dei campioni per la biobanca regionale

Linee Guida/Raccomandazioni

- L'appropriatezza e la qualità di tutto il processo assistenziale di diagnosi e cura prevede la condivisione delle Linee Guida e Consensus Nazionale periodicamente aggiornate per questa patologia (Linee Guida AIOM, Consensus Nazionale)
- E' prevista l'elaborazione di una raccomandazione operativa per tutti settori diagnostici e terapeutici con aggiornamento annuale

Expert Opinions of the First Italian Consensus Conference on the Management of Malignant Pleural Mesothelioma

Carmine Pinto, MD,* Andrea Ardizzoni, MD,† Pier Giacomo Betta, MD,‡ Francesco Facciolo, MD,§ Gianfranco Tassi, MD,¶ Sandro Tonoli, MD,|| Maurizio Zompatori, MD,** Gabriele Alessandrini, MD,§ Stefano Maria Magrini, MD,|| Marcello Tiseo, MD,† and Vita Mutri, MD*



Bologna - Starhotels Excelsior • 20 Maggio 2008



Abstract: Malignant pleural mesothelioma (MPM) is a very important public health issue. A large amount of data indicates a relationship between mesothelioma and asbestos exposure. The incidence has both considerably and constantly increased over the past 2 decades in the industrialized countries and is expected to peak in 2010–2020. In Italy, a standardized-rate incidence in 2002 among men was 2.98 per 100,000 and 0.98 per 100,000 among women, with wide differences from one region to another. Stage diagnosis and definition may be difficult. Management of patients with MPM remains complex, so an optimal treatment strategy has not yet been clearly defined. The First Italian Consensus Conference on Malignant Pleural Mesothelioma was held Bologna (Italy) in May 20, 2008. The Consensus Conference was given the patronage of the Italian scientific societies AIOM, AIRO, AIPO, SIC, SICO, SICT, SIAPEC-IAP, AIOT, GOAM, and GIME. This Consensus did not answer all of the unresolved questions in MPM management, but the Expert Opinions have nonetheless provided recommendations, presented in this report, on MPM management for clinicians and patients.

Key Words: malignant pleural mesothelioma

(*Am J Clin Oncol* 2011;34: 99–109)

Malignant pleural mesothelioma (MPM) is a neoplasia that nowadays can no longer be considered uncommon, as the extensive use of asbestos since the 1950s has led to an important increase in both its incidence and mortality rates. The incidence has considerably and constantly increased over the past 2 decades in the industrialized countries and is expected to peak in 2010–2020.

In Italy, the incidence rate of MPM is nearly 1200 cases per year and, according to some estimates, the number of pleural cancer deaths has risen from 375 in 1970, 542 in 1980, 829 in 1990, reaching 998 in 1994. The standardized-rate incidence in the year 2002 among men was 2.98 per 100,000 and 0.98 per 100,000 among women. The analysis of the incidence rate has shown wide variations from one region to another, among men going from 10.4 per 100,000 in the Liguria to 1.05 per 100,000 in Puglia. The age with the highest incidence was between 55 and 74 years. From the Italian National Mesothelioma Register (ReNaM) analysis of 392 MPM

cases diagnosed in 1997, the median survival was 9.2 months (range, 8–10.3), with a 1-year survival rate of 35.3%. Recently, in a population-based study including 4100 cases of MPM, registered from 1990 to 2001 by 9 Italian regional mesothelioma registries, the median survival time was 9.8 months and 10% patients were alive 3 years after diagnosis.^{1–4}

The First Italian Consensus Conference on Malignant Pleural Mesothelioma was held in Bologna (Italy) on May 20, 2008. Experts took part in the meeting and they drew up the consensus on the management of MPM. The Consensus Conference was given the patronage of the Italian Scientific Societies: AIOM (Italian Association of Medical Oncology), AIRO (Italian Association of Oncologic Radiotherapy), AIPO (Italian Association of Hospital Pneumology), SIC (Italian Society of Surgery), SICO (Italian Society of Oncologic Surgery), SICT (Italian Society of Thoracic Surgery), SIAPEC-IAP (Italian Division of International Academy of Pathology), AIOT (Italian Association of Thoracic Oncology), GOAM (Southern Italy Oncology Group), and GIME (Mesothelioma Italian Group).

The decision to publish the expert opinions was made because of the limited amount of available literature information on MPM. This Consensus did not answer all of the unresolved questions in the management of MPM, but the Expert Opinions provided recommendations on MPM management for clinicians, including the latest diagnostic or therapeutic tools available in 2008. This Consensus also aimed at promoting collaboration and an integration between the different actors involved in MPM management, including the research laboratories.

BIO-PATHOLOGICAL EVALUATION

Morphologic diagnosis requires an adequate amount of specimen tissue, which can be obtained exclusively by means of thoracoscopy by sampling multiple sites (parietal pleura, including mediastinal and costo-phrenic angle pleura). Ultrasound- or computed tomography (CT)-guided transpleural needle biopsy should be reserved only for cases unsuitable for thoracoscopy owing to preoperative contraindications or pleural symphysis.^{5–14}

Histology

The histologic patterns of malignant mesothelioma (MM) provide a wide variation of features for the pathologist to consider in the differential diagnosis of a pleural biopsy. According to the World Health Organization (WHO) classification, MM is generally divided into 3 basic histologic subtypes: epithelial, biphasic and sarcomatous (desmoplastic MM being a particularly aggressive variant of the latter). The gold-standard method for the pathologic diagnosis of MM is light microscopic examination of hematoxylin-eosin-stained biopsy material.

Hematoxylin-eosin staining requires the additional and complementary support of:

A. Immunohistochemistry (IHC)

For epithelial malignant proliferation: mesothelioma markers (at least 2 chosen from among anti-CK5, anticalretinin and anti-

From the *Medical Oncology Unit, S.Orsola-Malpighi Hospital, Bologna, Italy; †Medical Oncology Unit, University Hospital of Parma, Italy; ‡Pathology Unit, Azienda Ospedaliera Nazionale, Alessandria, Italy; §Thoracic Surgery Unit, Regina Elena Institute, Rome, Italy; ¶Pneumology Unit, Civil Hospital, Brescia, Italy; ||Department of Radiotherapy, University of Brescia, Italy; and **Radiology Unit, S.Orsola-Malpighi Hospital, Bologna, Italy.

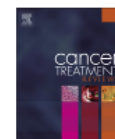
All authors disclose any actual or potential conflict of interest including any financial, personal or other relationships with other people or organizations that could inappropriately influence their work.

Reprints: Carmine Pinto, MD, Medical Oncology Unit, S.Orsola-Malpighi Hospital, Via Albertoni 15, 40138 Bologna, Italy. E-mail: carmine.pinto@aosp.bo.it

Copyright © 2011 by Lippincott Williams & Wilkins

ISSN: 0732-3732/11/3401-0099

DOI: 10.1097/COC.0b013e3181d31f02



Second Italian Consensus Conference on Malignant Pleural Mesothelioma: State of the art and recommendations

Carmine Pinto^{a,*}, Silvia Novello^b, Valter Torri^c, Andrea Ardizzoni^d, Pier Giacomo Betta^e, Pier Alberto Bertazzi^f, Gianni Angelo Casalini^g, Cesare Fava^h, Bice Fubiniⁱ, Corrado Magnani^j, Dario Mirabelli^k, Mauro Papotti^b, Umberto Ricardi^l, Gaetano Rocco^m, Ugo Pastorinoⁿ, Gianfranco Tassi^o, Lucio Trodella^p, Maurizio Zompatori^q, Giorgio Scagliotti^b

^aMedical Oncology Unit, S.Orsola-Malpighi Hospital, Bologna, Italy

^bDepartment of Clinical and Biological Sciences, University of Turin, Italy

^cDepartment of Oncology, Mario Negri Institute, Milan, Italy

^dMedical Oncology Unit, University Hospital of Parma, Italy

^ePathology Unit, National Hospital, Alessandria, Italy

^fDepartment of Occupational and Environmental Health, University of Milan, Italy

^gPulmonary and Thoracic Endoscopy Unit, University Hospital of Parma, Italy

^hDepartment of Diagnostic Imaging, University of Turin, Italy

ⁱInterdepartmental Center "G. Scansetti" for Studies on Asbestos and Other Toxic Particulates, University of Turin, Italy

^jCancer Epidemiology, University of Eastern Piedmont and CPO-Piemonte, Novara, Italy

^kCancer Epidemiology, University of Turin and CPO-Piemonte, Italy

^lDepartment of Radiation Oncology, University of Turin, Italy

^mDepartment of Thoracic Surgery and Oncology, National Cancer Institute, Pascale Foundation, Naples, Italy

ⁿThoracic Surgery Unit, Foundation IRCCS National Cancer Institute, Milan, Italy

^oPulmonology Unit, Civil Hospital, Brescia, Italy

^pDepartment of Radiotherapy, Campus Bio-Medico University, Rome, Italy

^qRadiology Unit, S.Orsola-Malpighi Hospital, Bologna, Italy

ARTICLE INFO

Article history:

Received 9 October 2012

Received in revised form 8 November 2012

Accepted 13 November 2012

Keywords:

Malignant pleural mesothelioma

Italian recommendations

Epidemiology

Etiology

Diagnosis

Therapy

ABSTRACT

Malignant pleural mesothelioma (MPM) is a relevant public health issue. A large amount of data indicate a relationship between mesothelioma and asbestos exposure. MPM incidence has considerably and constantly increased over the past two decades in industrialized countries and is expected to peak in 2010–2020. In Italy, the standardized incidence rate in 2008 was 3.6 and 1.3 per 100,000 in men and women respectively, with wide differences from one region to another. The approach to this disease remains difficult and complex in terms of pathogenic mechanism, diagnosis, staging and treatment thus an optimal strategy has not yet been clearly defined. The Second Italian Multidisciplinary Consensus Conference on Malignant Pleural Mesothelioma was held in Turin (Italy) on November 24–25, 2011; recommendations on MPM management for public health institutions, clinicians and patients are presented in this report.

© 2012 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Introduction

Malignant pleural mesothelioma (MPM) nowadays can no longer be considered an uncommon malignant disease, as the extensive use of asbestos since the 1950s has led to an important increase in both incidence and mortality rates. Incidence has considerably and constantly increased over the past two decades in the industrialized countries and is expected to peak in 2010–2020. The approach

to this disease remains difficult and complex in terms of diagnosis, staging and treatment and an optimal strategy has not yet been clearly defined. The First Italian Consensus Conference on Malignant Pleural Mesothelioma was held in Bologna (Italy) in 2008.¹

The Second Italian Multidisciplinary Consensus Conference on Malignant Pleural Mesothelioma was held in Turin (Italy) in November 2011 and endorsed by AIOM (Italian Association of Medical Oncology).

Methods

The consensus adopted the GRADE approach (<http://www.gradeworkinggroup.org/>) to design and build up the recom-

* Corresponding author. Address: Medical Oncology Unit, S.Orsola-Malpighi Hospital, 40138 Bologna, Italy. Tel.: +39 051 6362349.

E-mail address: carmine.pinto@osp.bo.it (C. Pinto).



con il patrocinio di

II CONSENSUS CONFERENCE ITALIANA PER IL CONTROLLO DEL MESOTELIOMA MALIGNO DELLA PLEURA



24 Novembre 2011

Circolo della Stampa, Torino

25 Novembre 2011

Azienda Ospedaliera-Universitaria "S.Luigi"
Orbassano, Torino



III CONSENSUS CONFERENCE ITALIANA PER IL CONTROLLO DEL MESOTELIOMA MALIGNO DELLA PLEURA

Presidenti:
Carmino Pinto
Giorgio Scagliotti



29 Gennaio 2015
Provincia di Bari

30 Gennaio 2015
Nicolaus Hotel, Bari



The Third Italian Consensus Conference for Malignant Pleural Mesothelioma: State of the art and recommendations

S. Novello^{a,*,}, C. Pinto^b, V. Torri^c, L. Porcu^c, M. Di Maio^d, M. Tiseo^m, G. Ceresoli^d,
C. Magnani^e, S. Silvestri^f, A. Veltri^g, M. Papotti^h, G. Rossi^g, U. Ricardi^g, L. Trodella^h, F. Reaⁱ,
F. Facciolo^j, A. Granieri^k, V. Zagonel^l, G. Scagliotti^a

^a Department of Oncology, University of Turin, Italy

^b Medical Oncology Unit, IRCCS–Arcispedale Santa Maria Nuova, Reggio Emilia, Italy

^c Department of Oncology, IRCCS–Istituto di Ricerca Farmacologica Mario Negri, Milan, Italy

^d Thoracic Oncology Unit, Fondazione Gervasi, Bergamo, Italy

^e Cancer Epidemiology, University of Eastern Piedmont and CPO–Piemonte, Novara, Italy

^f Institute per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Florence, Italy

^g Ospedale Policlinico, Division of Human Pathology, Modena, Italy

^h Department of Radiotherapy, Campus Bio-Medico University, Rome, Italy

ⁱ Azienda Ospedaliera, Division of Thoracic Surgery, Padua, Italy

^j Regina Elena Cancer Institute, Division of Thoracic Surgery, Rome, Italy

^k University of Turin, Department of Psychology, Italy

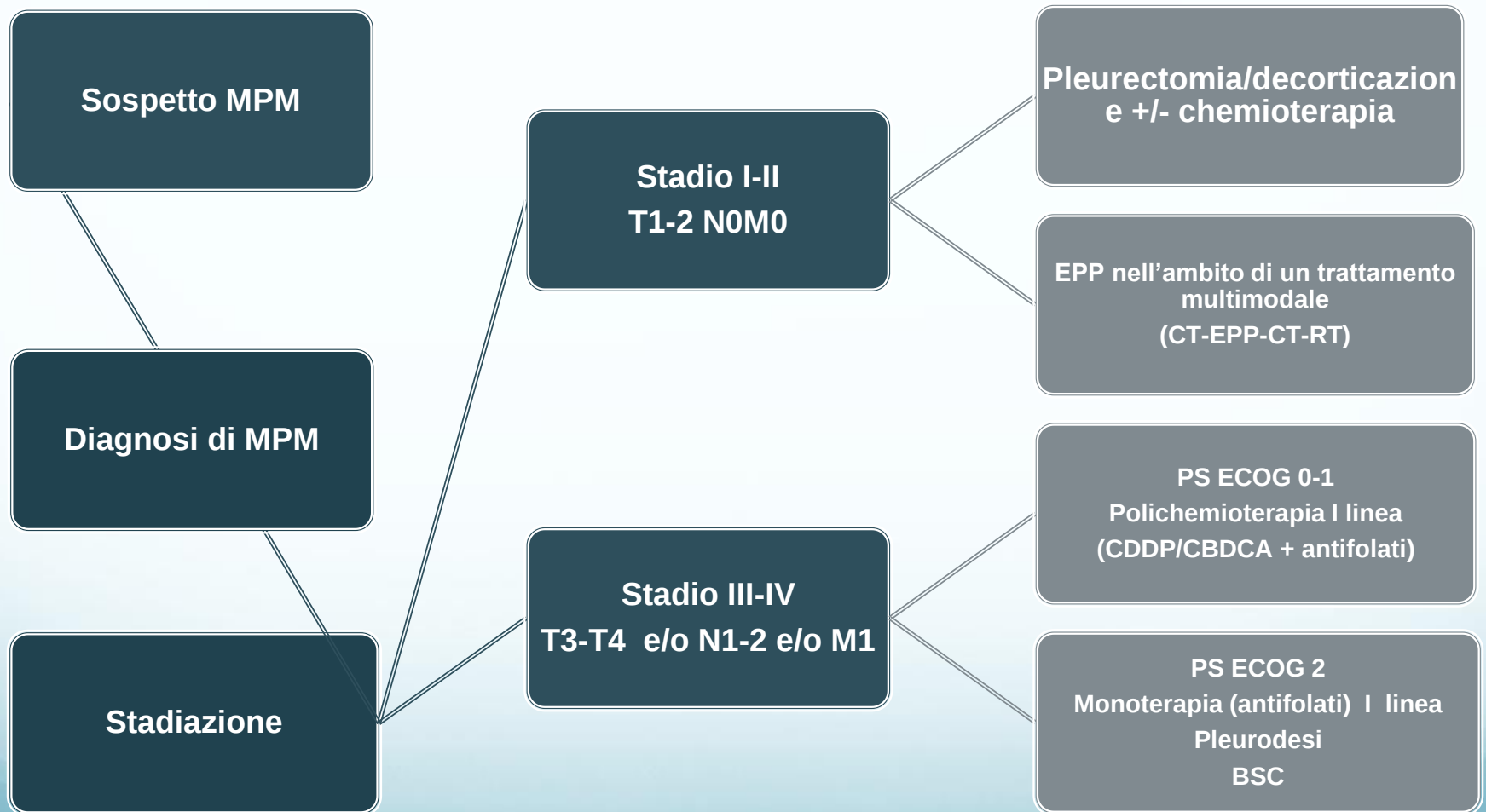
^l Veneto Oncology Institute, IRCCS Padova, Italy

^m Division of Medical Oncology, Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma, Italy

Contents

1. Introduction.....	00
2. Methods.....	00
3. Epidemiology, public health and surveillance evidence.....	00
4. Diagnostic pathology and clinical laboratory.....	00
5. Imaging and endoscopic assessment.....	00
5.1. Diagnostic imaging.....	00
5.2. Invasive diagnosis compared to what was already discussed in the second Italian Consensus Conference, no new invasive diagnostic modalities have been implemented.....	00
6. Surgery.....	00
6.1. Role of surgery in diagnosis.....	00
6.2. Treatment of malignant pleural effusion.....	00
6.3. Resectable disease.....	00
7. Radiotherapy.....	00
7.1. Radiotherapy for post-operative prophylaxis.....	00
7.2. Adjuvant radiotherapy.....	00
7.3. Palliative radiotherapy.....	00
8. Chemotherapy.....	00
8.1. First-line chemotherapy.....	00
8.2. Second-line chemotherapy.....	00
9. Continuity of care, pain management, psycho-social and legal issues.....	00
Future areas of research.....	00

Percorso diagnostico e strategia terapeutica



A che punto siamo con la “cura”

- Riconosciuto il ruolo della chemioterapia (platino/antifolati)
 - Impatto su OS, controllo dei sintomi
 - Possibilità di II linea di chemioterapia
- Necessità di standardizzare la chirurgia
 - Pleurectomia/Decorticazione
 - Terapia trimodale
- Necessità di definire gruppi di pazienti a differente prognosi per fattori clinici e bio-molecolari
- Nuove evidenze per i farmaci anti-angiogenetici
- Promettenti risultati dell'immunoterapia con anticorpi anti-PD1 e anti PD-L1

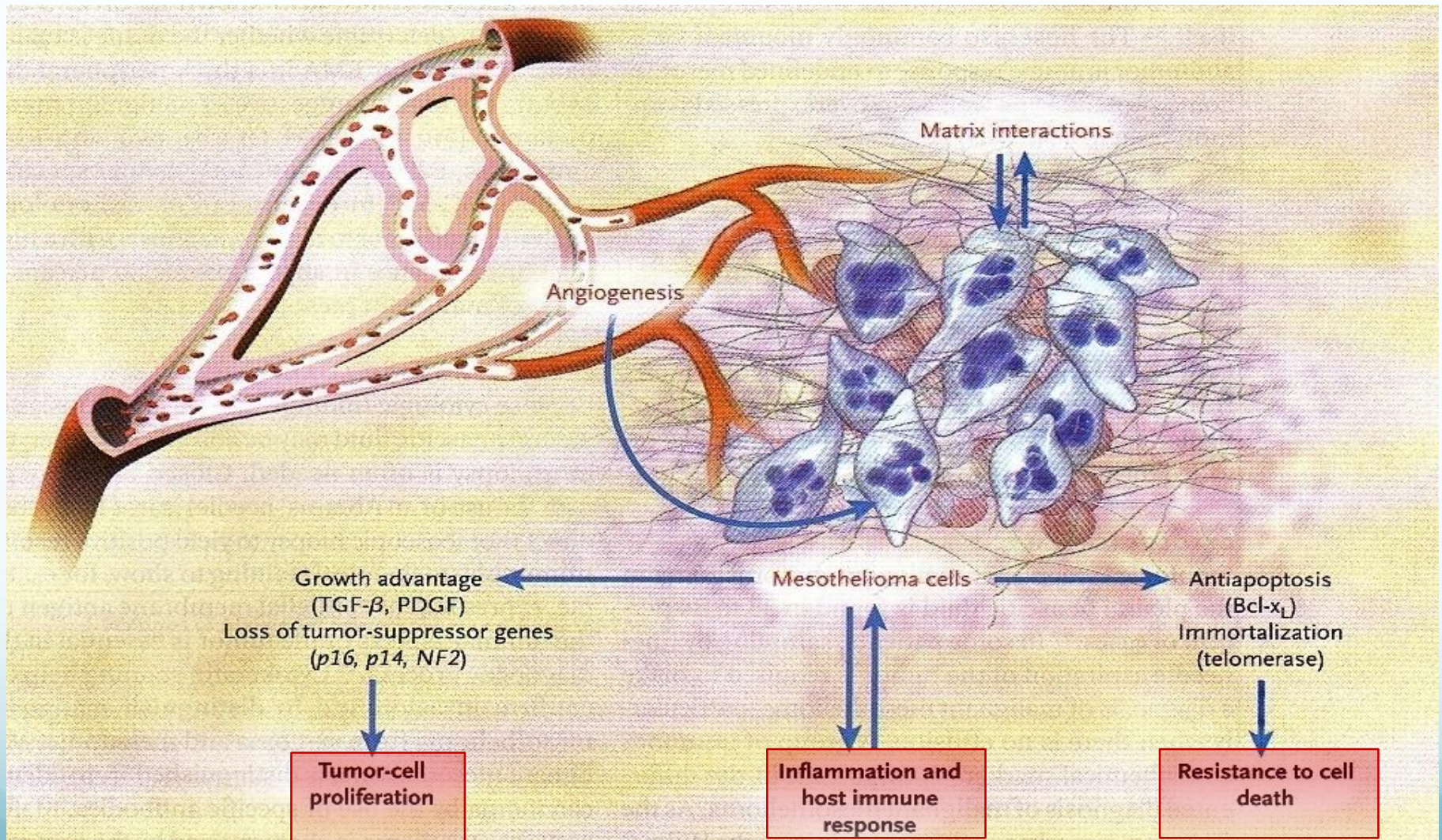
Continuità di cura e cure palliative

- Viene prevista nell'ambito dei centri di II livello l'attivazione precoce delle cure palliative, territoriali e/o ospedaliere, sia per supporto in fase di cura e di riabilitazione, che per l'assistenza dei pazienti nelle fasi avanzate di malattia
- In questo processo, è richiesto il coordinamento con i MMG, i distretti territoriali e gli Hospice

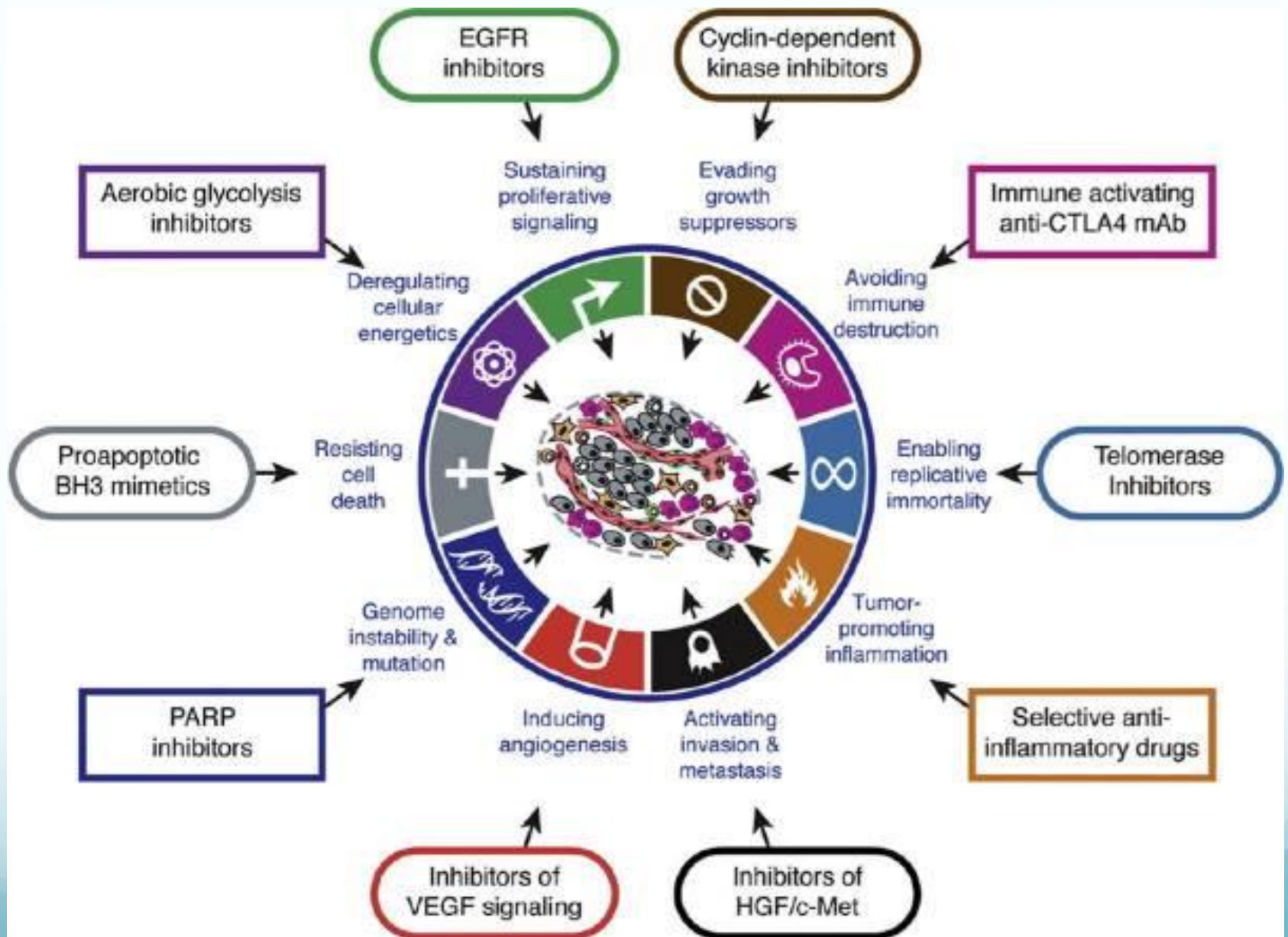
Ricerca e biobanca

- La ReMPM RE-R favorisce ed implementa i programmi di ricerca e lo sviluppo degli studi clinici e traslazionali in ambito regionale e nazionale
- In continuità con il Registro Mesoteliomi Regionale viene prevista la realizzazione di un'unica biobanca regionale per tessuti e sangue cui potranno afferire per sperimentazioni tutti i centri regionali sulla base di specifici progetti e valutazione del Comitato Tecnico Scientifico della Rete.

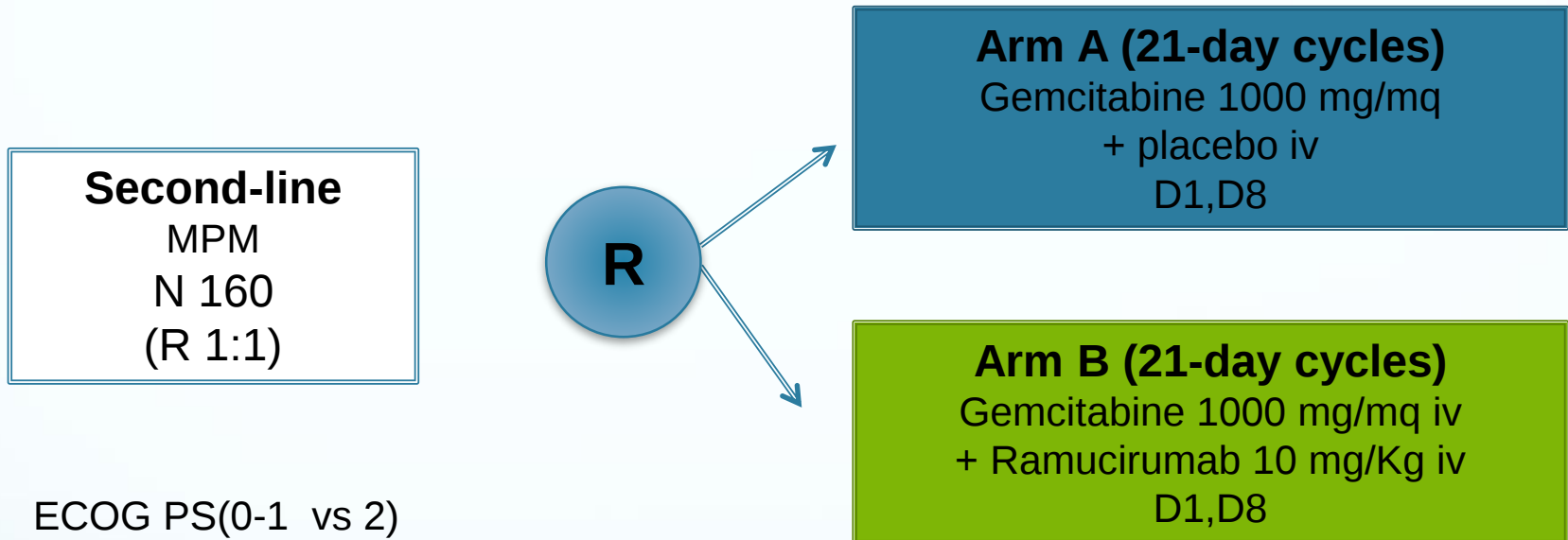
Biological pathways in mesothelioma



Hallmarks of cancer and Targeted Treatments in MPM



RAMES Study

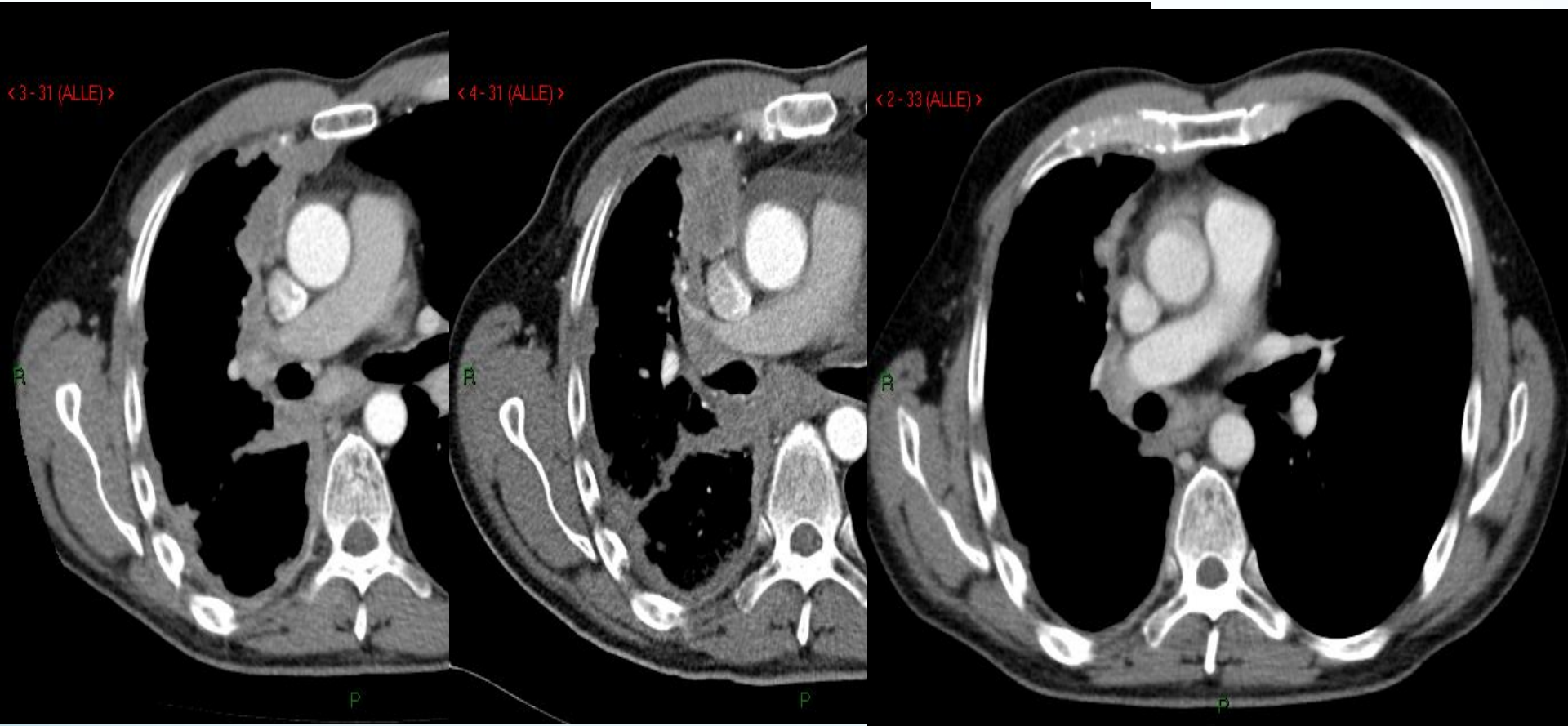


- ECOG PS(0-1 vs 2)
- AGE (≤ 70 vs > 70)
- Histology
- TTP after first-line
- Prior chemotherapy

Primary Endpoint: OS

Secondary Endpoint: PFS, ORR, Safety, Predictive markers, Quality of life

Immunoterapia con anticorpi anti-PD1

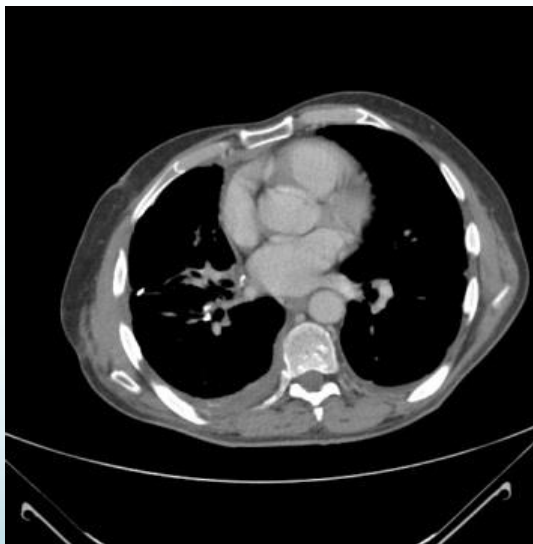
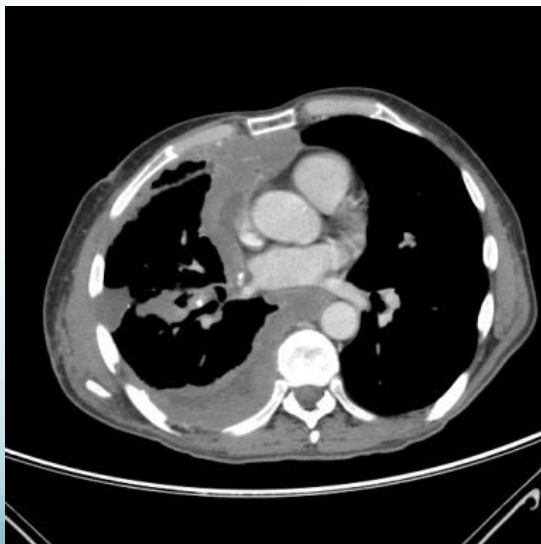
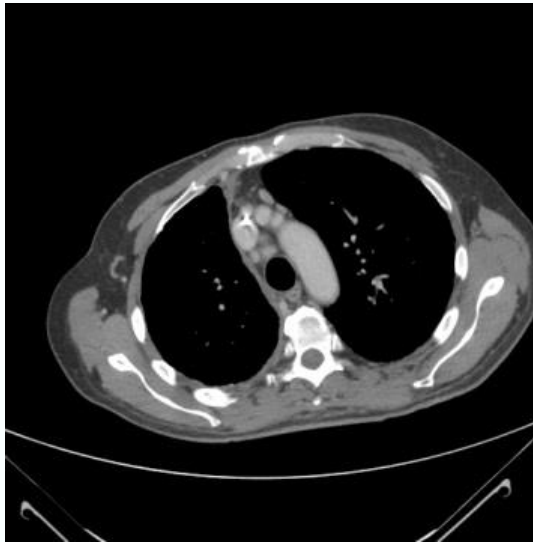
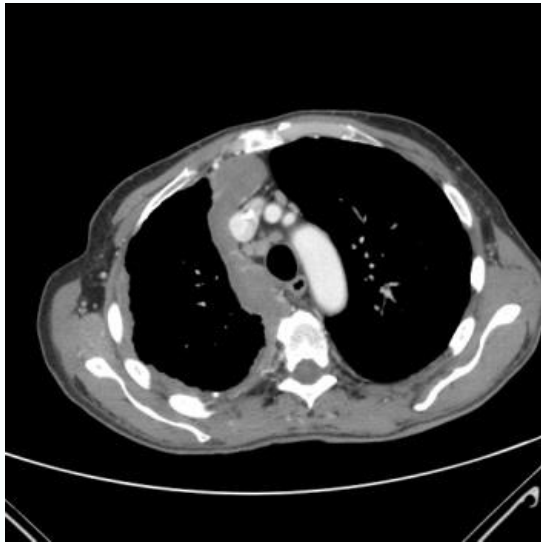


**Pre-
treatment**

**After 2
courses**

**After 12
courses**

Responder: Epithelial MPM, PD-L1+



7/8/15

10/8/15

4/12/16

Assistenza psico-sociale e riabilitazione

- L'attività di psico-oncologi è richiesta nei centri di I e di II livello con assistenza rivolta sia al paziente stesso che ai suoi familiari
- Viene prevista un'assistenza sociale per tutte le problematiche amministrative, compresa quelle relative alla natura professionale della malattia e all'accesso al fondo vittime dell'amianto

Formazione

- Sono previsti percorsi formativi specifici regionali per tutto il personale coinvolto sia di ordine tecnico/professionale che per colmare il fabbisogno correlato alle innovazioni organizzative introdotte con la costituzione della ReMPM RE-R
- Faranno riferimento a esperienze collaudate in collaborazione tra le principali Istituzioni della formazione, Società Scientifiche e Associazioni dei professionisti

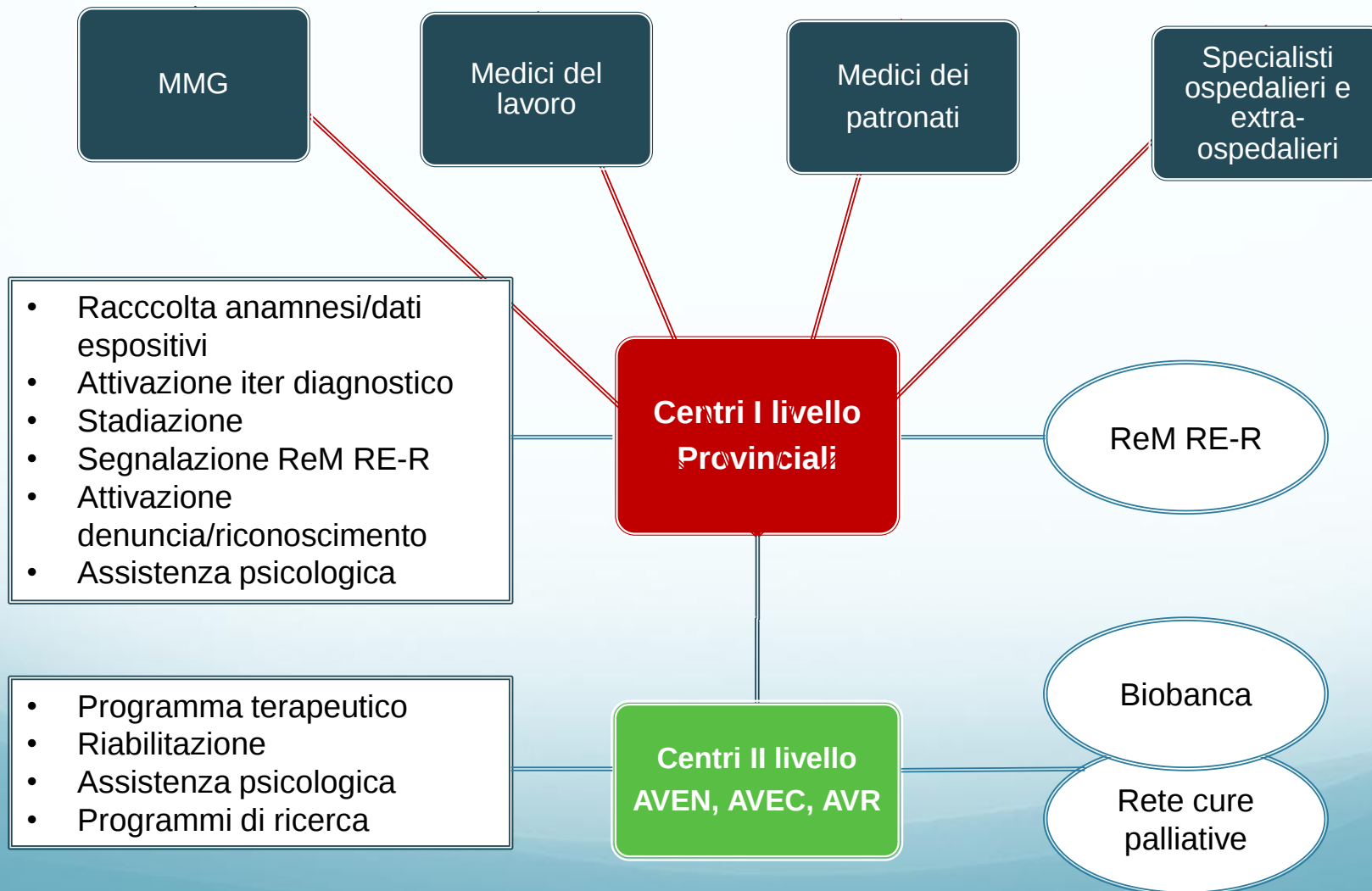
Informatizzazione

- Un elemento fondamentale per un adeguato funzionamento della ReMPM RE-R è rappresentato dalla disponibilità di un sistema informatico unico regionale
 - scheda specifica per ogni fase del processo
 - registrazione in linea di tutti i casi
 - possibilità di valutazioni congiunte quando richieste
- L'informatizzazione consente a tutti i centri della rete di
 - accedere alle principali informazioni caratterizzanti la storia del paziente e dati clinici e, attraverso, un
 - di prenotare gli esami e prestazioni sanitarie richieste mediante un sistema "dedicato"

Informatizzazione

- Prevedere la definizione di un "pacchetto di indagini" per la diagnosi, la stadiazione, i controlli in corso di terapia ed il "follow-up", per rendere più appropriata, tempestiva ed economica la loro esecuzione
- Precedere la disponibilità di un diario clinico informatizzato, da implementare ad ogni accesso, che contribuisca ad alimentare il registro tumori che si aggiorna negli episodi di cura

ReMPM RE-R



Indicatori

- Percentuale di pazienti con diagnosi di MPM con accesso alla rete (>90%)
- Percentuale di pazienti residenti con diagnosi di MPM registrati nel ReM RE-R (100%)
- Percentuali di pazienti con materiale biologico archiviato in biobanca (>80%)
- Tempo intercorso tra accesso alla ReMPM RE-R e definizione della diagnosi patologica <21 giorni lavorativi (>90%)
- Tempo intercorso tra diagnosi patologica di MPM e inizio della cura <21 giorni lavorativi (>90%)
- Aderenza alle Linee Guida e appropriatezza dei percorsi terapeutici (>90%)