Associazione Onlus
VIVERE SENZA STOMACO

4° Convegno Nazionale sul tumore gastrico
I DIRITTI DEL PAZIENTE CON TUMORE GASTRICO
UNA SOLA ITALIA: UN OBIETTIVO O UNA REALTÀ?

ROMA, 25 NOVEMBRE 2019 ORE 9.00 – 14.30

Salone Bernini, Residenza di Ripetta - Via di Ripetta, 231

# I Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali «Le aspettative dei Chirurghi»


UNIVERSITÀ DI SIENA 1240

**Prof. Franco Roviello**

**University of Siena – Italy**
***Department of Medicine, Surgery and Neurosciences***
**Unit of Surgical Oncology**
**Unit of Minimally Invasive Surgery**

# Azioni programmatiche e linee di indirizzo del Ministero della Salute

Ministero della Salute

**DOCUMENTO TECNICO DI INDIRIZZO PER RIDURRE IL CARICO DI MALATTIA DEL CANCRO**

**Anni 2011-2013**

Tabella 5.4 **INNOVAZIONE IN ONCOLOGIA – LA RETE ONCOLOGICA**

**Azioni Programmatiche Triennio 2011 – 2013**

- Definire i percorsi assistenziali programmati per le principali patologie e situazioni cliniche.
- Assicurare la presa in carico dell'assistito nell'intero percorso assistenziale
- Assicurare la multidisciplinarietà dell'assistenza attraverso l'istituzione di gruppi specifici per patologia.
- Favorire l'inserimento dei pazienti in programmi di ricerca clinica
- Promuovere la creazione di infrastrutture finalizzate alla ricerca clinica (ad esempio biobanche)
- Garantire equità all' accesso alle cure oncologiche a tutti i cittadini
- Definire percorsi di cura condivisi per specifiche patologie oncologiche (clinical pathways o PDTA)
- Sviluppare modelli organizzativi volti ad ottimizzare il coordinamento e l'integrazione dei percorsi di cura oncologici, riabilitativi, e di cure palliative, sulla base dei bisogni espressi dai pazienti
- Sperimentare sistemi di gestione innovativi basati sulla retribuzione di percorsi di cura, piuttosto che sulla singola prestazione.
- Definire una piattaforma condivisa di informazioni del paziente disponibili alle istituzioni / figure professionali coinvolte nell'assistenza: sistemi informativi, cartelle telematiche, linee guida, registri di patologia,ecc.
- Valorizzare le risorse dal volontariato operativo a livello ospedaliero e sul territorio
- Creare un network delle Reti oncologiche regionali, Rete delle reti, la cui governance è demandata al Ministero della Salute

# PDTA: COS'E'

- piano interdisciplinare di cura ed assistenza, costruito sulla base delle migliori pratiche cliniche, per gruppi specifici di pazienti, che supporta interventi coordinati ed erogati secondo una sequenza documentata ed attraverso l'esperienza clinica, al fine di ottenere il miglior risultato di salute possibile

- «**Migliore sequenza temporale e spaziale,organizzativa(risorse) possibile**, sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse professionali e tecnologiche a disposizione, delle attività da svolgere **per risolvere i problemi di salute del paziente**

- "il perno su cui ruotano gli interventi trasversali delle diverse professionalità e specificità cliniche e costituisce il fulcro logistico e temporale per l'esito positivo del processo di cura".

- "strumento finalizzato sia al governo dei processi clinici ed organizzativi interni ad una struttura ospedaliera, che al miglioramento della fruibilità dell'iter affrontato dal paziente con patologia oncologica".

# PDTA

Piu' che un modello, è una ***filosofia di cura ed assistenza***, fondata sui principi:

- della centralità della persona rispetto all'organizzazione
- dell'equità verticale ("trattamento diverso per bisogni
- diversi")
- dell'accessibilità alle cure
- della presa in carico e della continuità del processo diagnostico, di cura, assistenza e riabilitazione
- della medicina basata sulle prove di efficacia
- della soddisfazione del paziente
- della misurazione e rendicontazione dei risultati

A Process Model

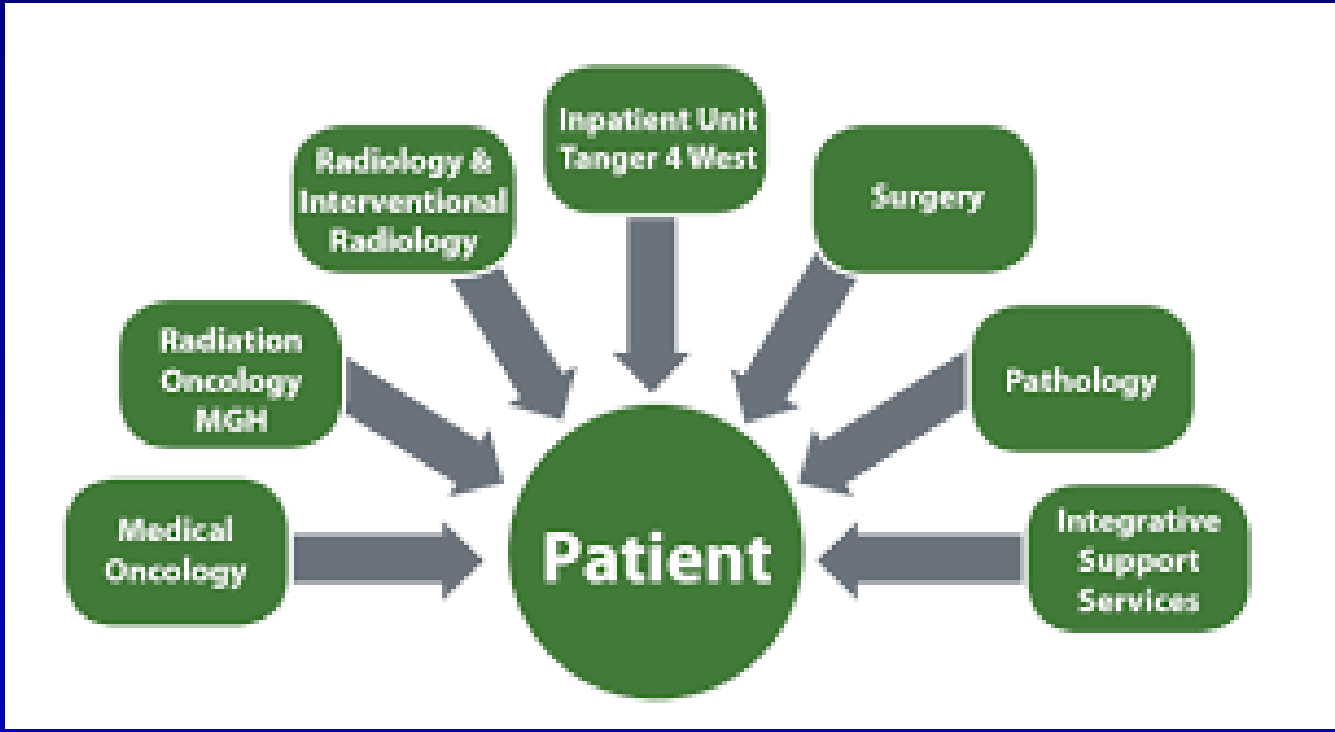
# Strategie e Percorsi in Oncologia

Multidisciplinarietà

Percorsi Diagnostico Terapeutici (PDTA)

# PDTA e multidisciplinarietà

**Approccio organizzativo e culturale che nasce dall'esigenza di offrire al paziente un percorso completo con accessi facilitati a valenza multiprofessionale.**




**Da qualsiasi «porta» il paziente acceda la proposta terapeutica deve essere la stessa!**

# PDTA stomaco: il paziente al centro

P**D**TA

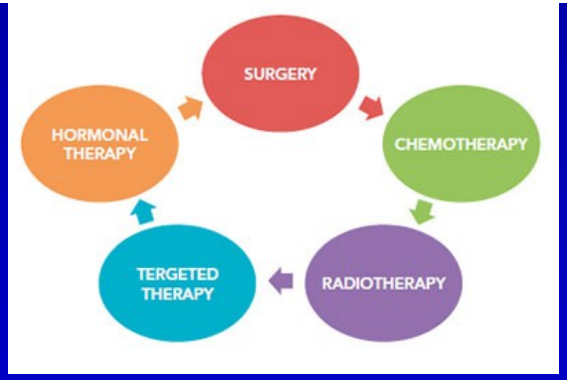
**MALATTIA**

- Caratteristiche Biologiche
- Tumore in sede
- Presenza di protesi
- Oligometastatica
- Plurimetastatica
- Sedi di metastasi
- Deficit d'organo

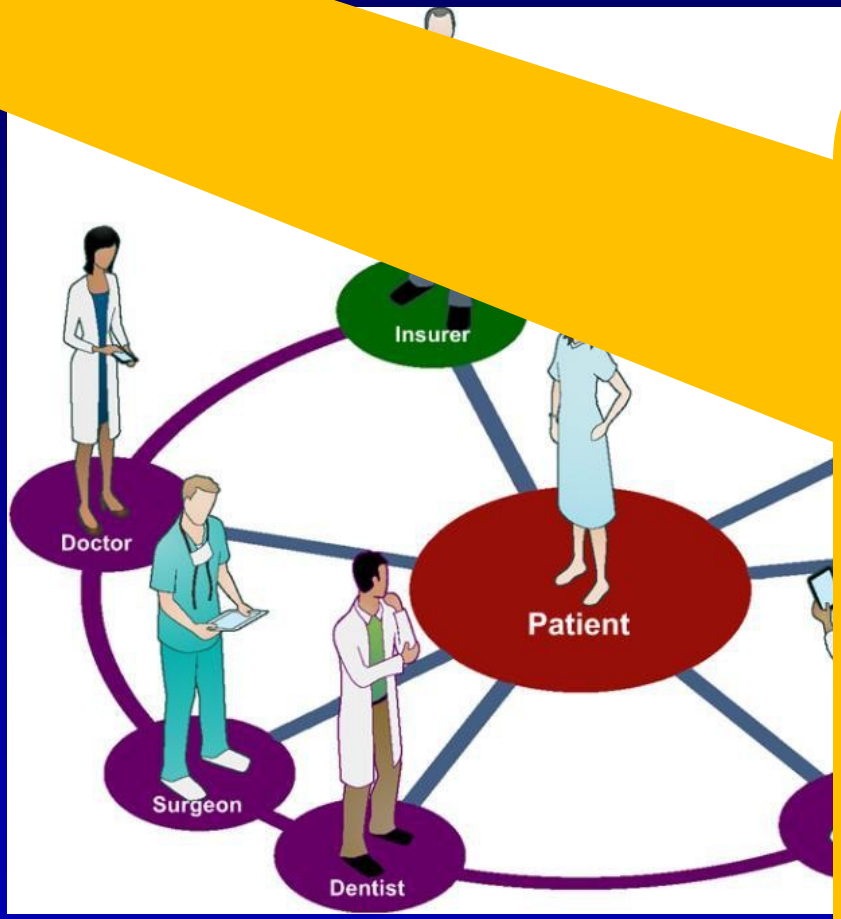
PD**T**A

**TRATTAMENTO**

- Finalità
- Linea di trattamento
- Efficacia
- Tossicità
- QoL
- Registrazione
- Rimborsabilità



# PDTA stomaco: le domande dei pazienti




- È prevista la pianificazione di una terapia neoadiuvante, se necessario?
- Sarà un chirurgo oncologo formato a seguirmi?
- È disponibile un approccio mininvasiva?
- La pianificazione delle eventuali terapie mediche oncologiche terrà conto delle caratterizzazioni molecolari?
- In caso di interessamento del peritoneo è disponibile il trattamento con «HIPEC»?
- Qualora fossi eleggibile, potrò far parte di un «clinical trial»?

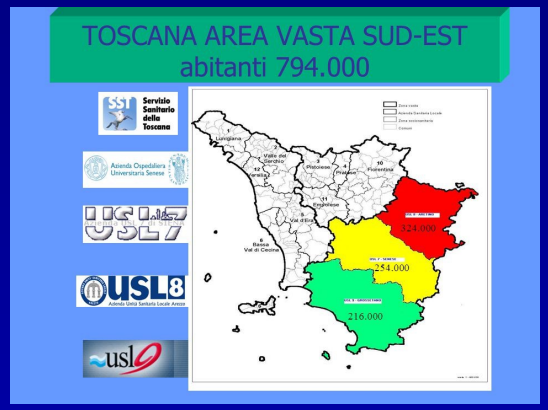
- Richiesta di migliore qualità dell'offerta assistenziale
- Richiesta di offerta sanitaria appropriata in ogni fase della malattia

# PDTA: ambiti di estensione

1 **PDTA Ospedaliero**

Azienda ospedaliero-universitaria Senese

2 **PDTA Territoriale**




3 **PDTA sia Ospedaliero che Territoriale**
**PIC(Percorso Integrato di Cura)**

4 **PDTA Regionali**

Regione Toscana

# PDTA: la realtà della Regione Toscana

**http://www.cspo.it/rete_oncologica_toscana**

ISPRO

Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica

Home | L'Istituto | Dove Siamo | URP | Albo pretorio | Avvisi selezioni pubbliche | Bandi di Mobilità | Informazioni | Scrivici

Home

**Servizi al cittadino**

- Contatti
- URP
- Carta dei servizi
- Comitato di Partecipazione
- Screening Oncologici
- Attività sanitarie e di laboratorio
- Centro Riabilitazione Oncologica
- Stili di Vita
- Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica
- Sicurezza del paziente

**Come fare per**

- Accesso ai servizi
- CUP prenotazioni on-line
- Pagamento prestazioni
- Libera Professione
- Richiesta documentazione sanitaria

## Percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA)

Decreto n. 3823 del 19.03.2019 Approvazione Percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA)

Allegato A - PDTA Polmone

Allegato B - PDTA Mammella

Allegato C - PDTA Colon-retto

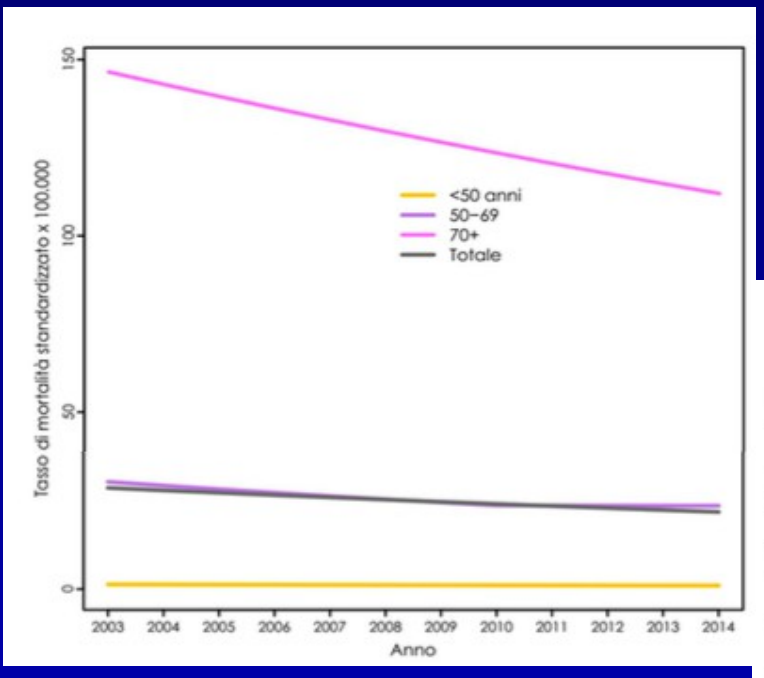
Allegato D - PDTA Prostata

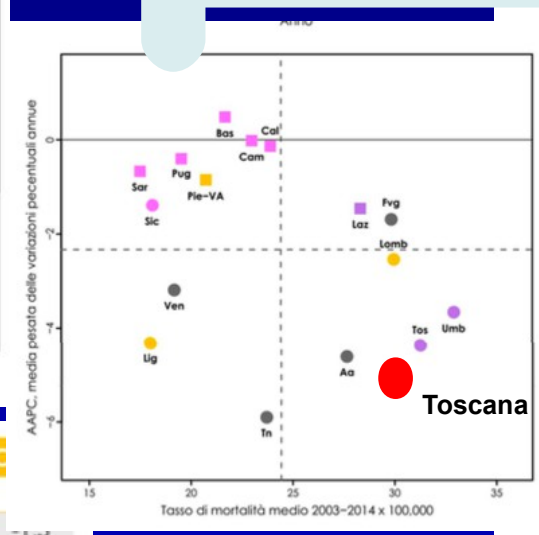
**PDTA Stomaco**

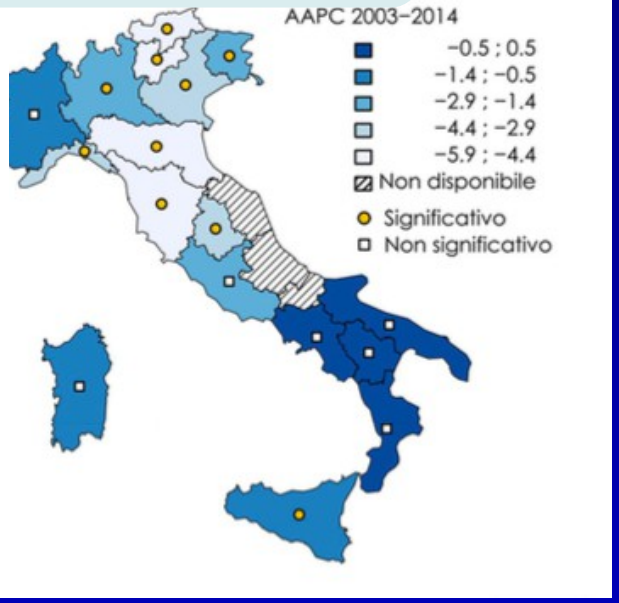
# PDTA: la realtà della Regione Toscana

## The Italian Snapshot

in Italia 5470 decessi per tumore dello stomaco in un anno , pari al 6° posto di tutti i tumori



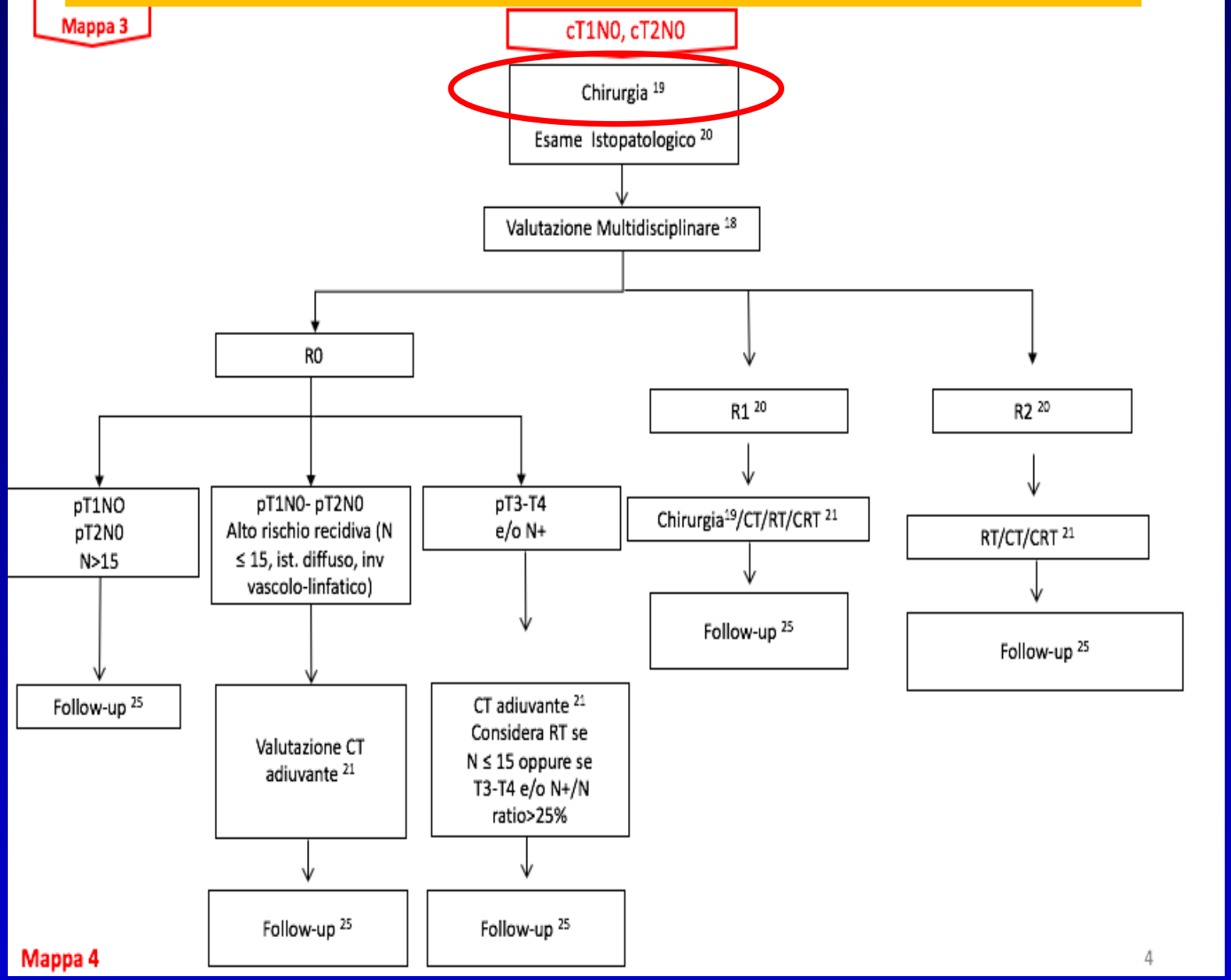




| | PERIODO | | TASSO | APC | 95% C |
|---|---|---|---|---|---|
| **Totale** | **2003** | **2014** | **25,1** | **-2,4** | **-2,9** |
| **00-49** | 2003 | 2014 | 1,1 | -2,7 | -4,0 |
| **50-69** | 2003 | 2010 | 27,0 | -3,5 | -4,5 | -2,5 |
| **50-69** | 2010 | 2014 | 23,6 | -0,1 | -2,4 | 2,3 |
| **70+** | 2003 | 2014 | 128,5 | -2,4 | -2,9 | -2,0 |
| **NORD-OVEST** | 2003 | 2014 | 27,4 | -2,4 | -3,0 | -1,8 |
| **NORD-EST** | 2003 | 2014 | 26,3 | -4,0 | -4,6 | -3,4 |
| **CENTRO** | 2003 | 2014 | 31,1 | -3,5 | -4,3 | -2,6 |
| **SUD E ISOLE** | 2003 | 2007 | 21,0 | 1,1 | -0,9 | 3,1 |
| **SUD E ISOLE** | 2007 | 2010 | 20,4 | -3,7 | -9,3 | 2,2 |
| **SUD E ISOLE** | 2010 | 2014 | 19,7 | 1,6 | -0,2 | 3,4 |

**La riduzione statisticamente significativa è avvenuta nel Nord-Ovest (2,4%), nel Nord – Est (4,0%) e nel Centro (3,5%)**

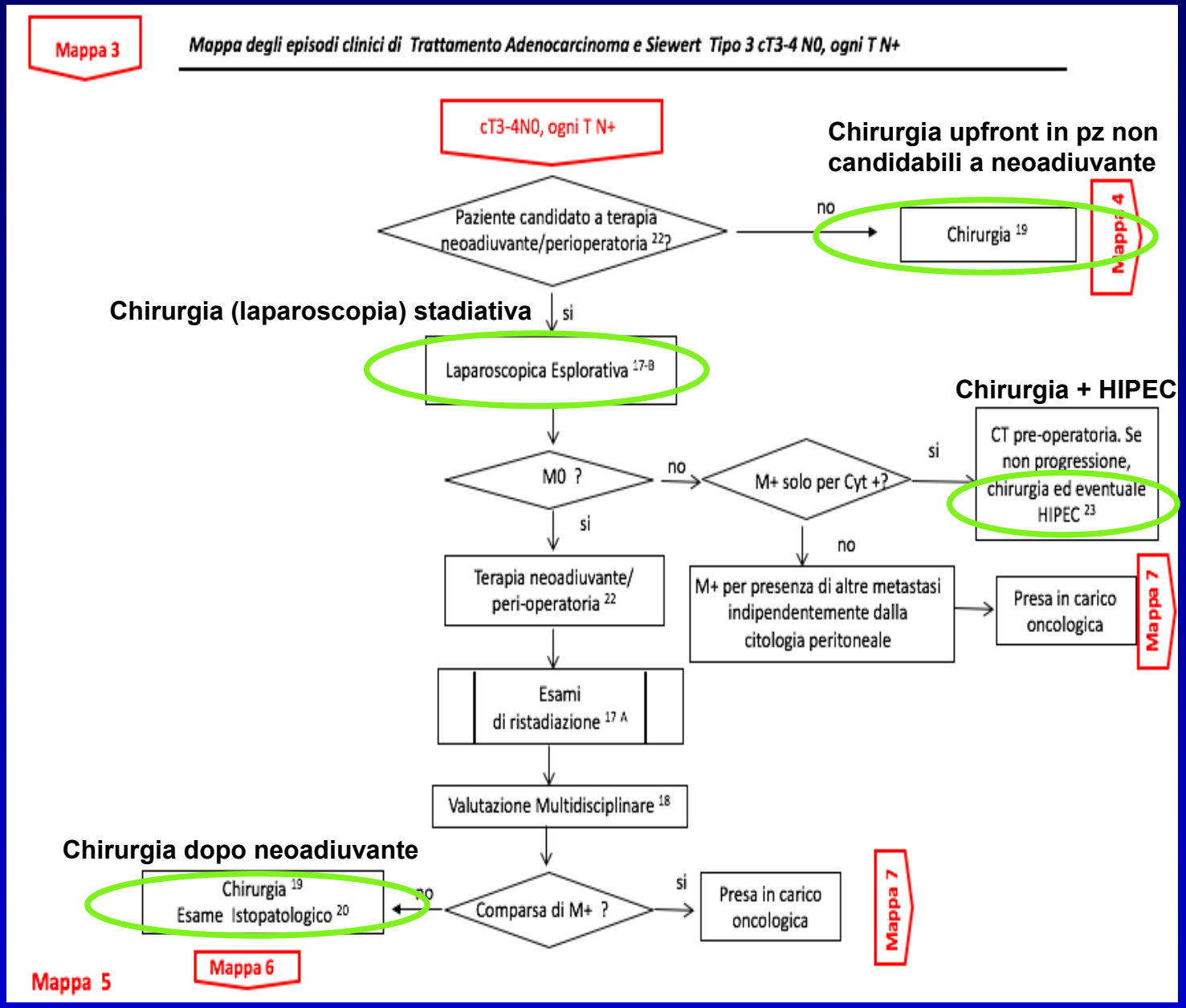
# PDTA stomaco AOU senese (ospedaliero) : il chirurgo…

## Adenocarcinoma Gastrico non avanzato (T1N0 – T2N0)



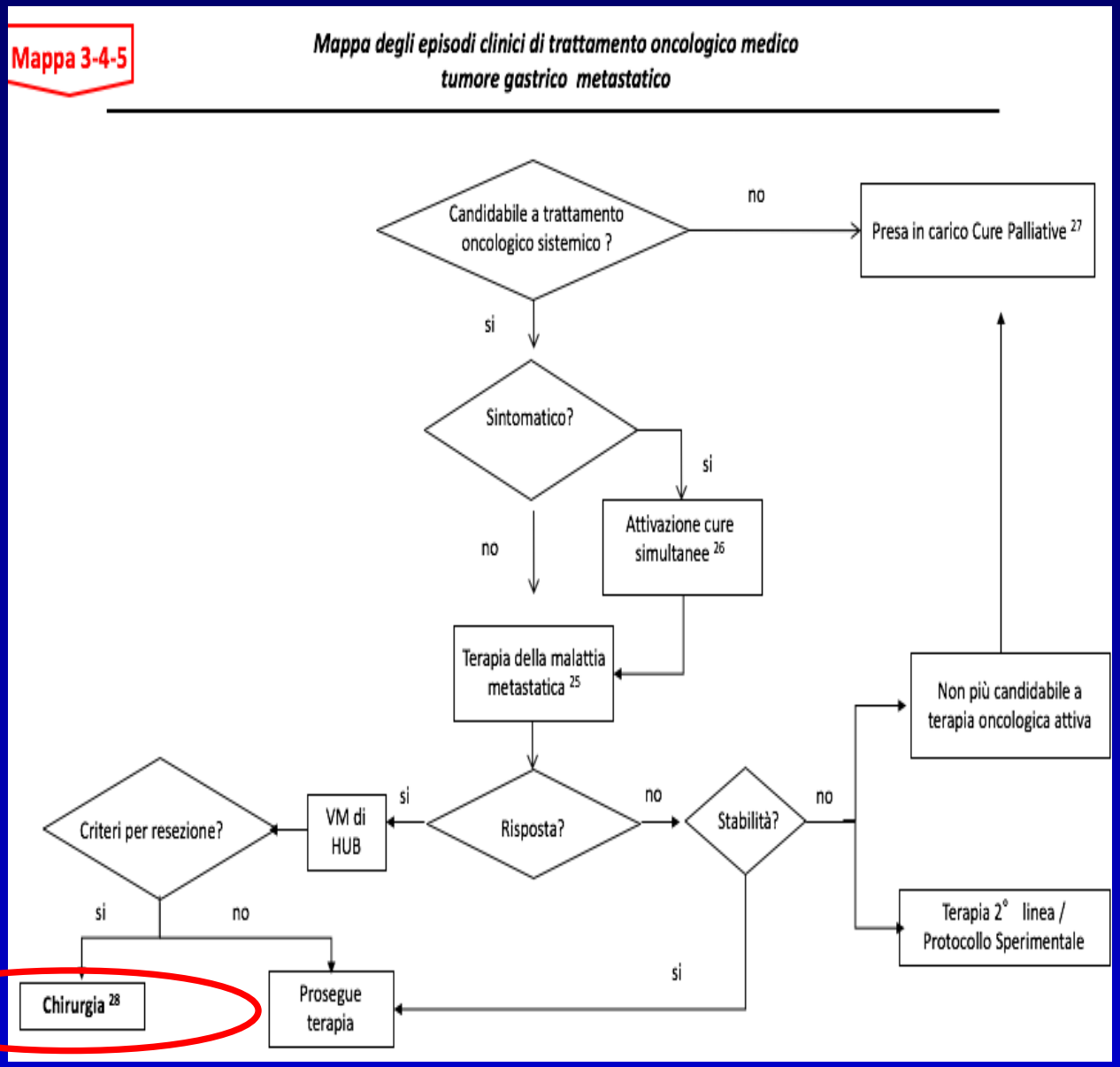
# PDTA stomaco AOU senese (ospedaliero) : il Chirurgo…

## Adenocarcinoma Gastrico localmente avanzato (T3-4N0 – ogni T N+)



# PDTA stomaco AOU senese (ospedaliero) : il Chirurgo…

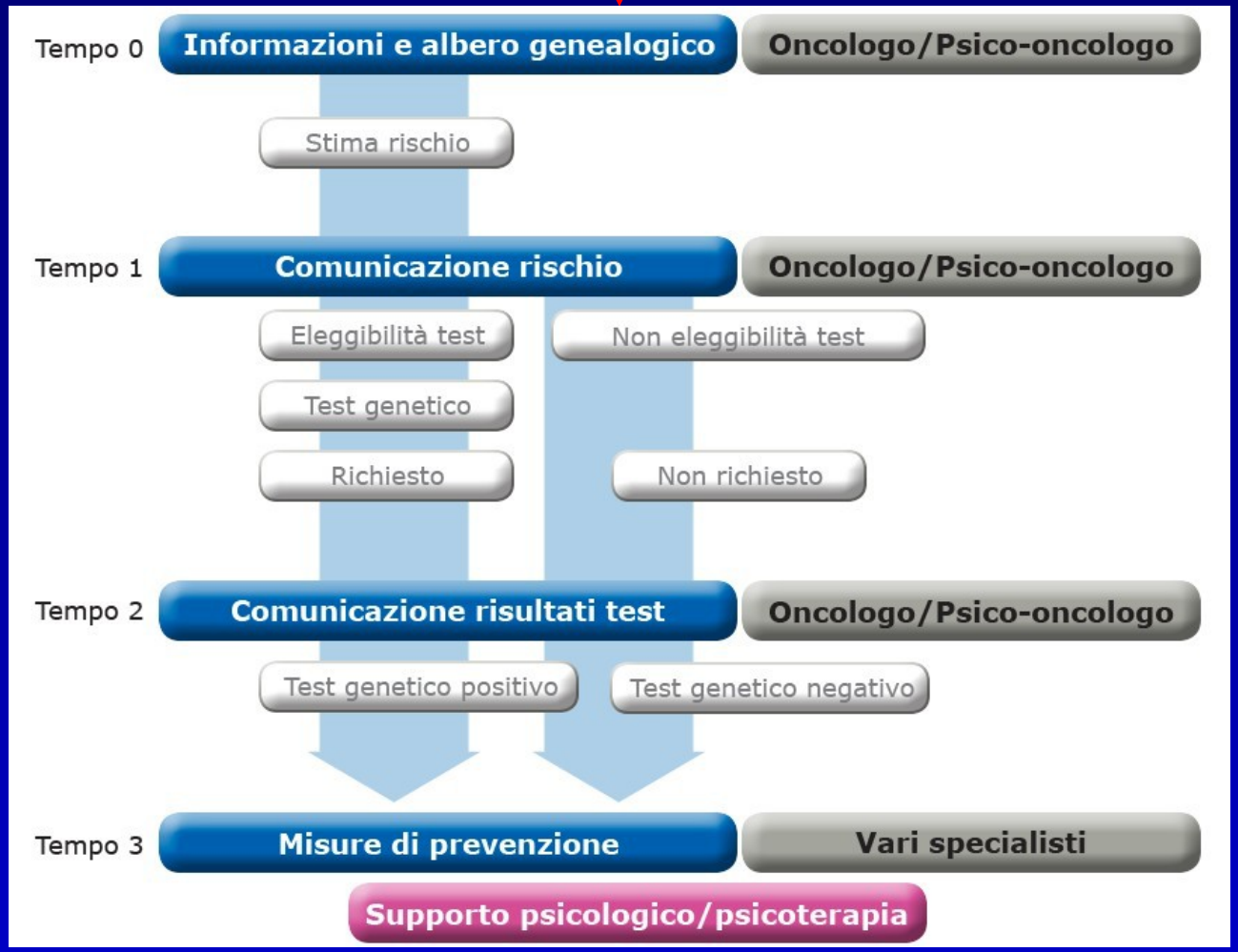
## Adenocarcinoma Gastrico metastatico




Conversion Surgery

# PDTA stomaco AOU senese (ospedaliero) : il chirurgo…

**Cancro gastrico ereditario**




**Gastrectomia totale profilattica**

[CANCER RESEARCH 58, 4086–4089, September 15, 1998]

*Advances in Brief*

# Identification of Germ-Line *E-cadherin* Mutations in Gastric Cancer Families of European Origin[1]

**Simon A. Gayther,[2] Kylie L. Gorringe,[2] Susan J. Ramus,[2] David Huntsman, Franco Roviello, Nicola Grehan, Jose C. Machado, Enrico Pinto, Raquel Seruca, Kevin Halling, Patrick MacLeod, Steven M. Powell, Charles E. Jackson, Bruce A. J. Ponder, and Carlos Caldas[3]**

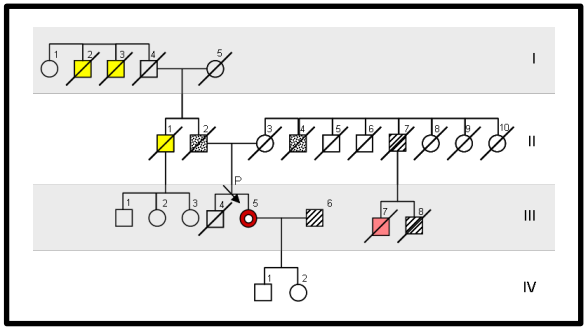
*Department of Oncology and Cancer Research Campaign Human Cancer Genetics Research Group, University of Cambridge, Addenbrooke's Hospital, Cambridge CB2 2QQ, United Kingdom [S. A. G., K. L. G., S. J. R., D. H., N. G., B. A. J. P., C. C.]; Istituto Policattedra di Scienze Chirurgiche, Universita degli Studi di Sienna, 53100 Sienna, Italy [F. R., E. P.]; Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto-IPATIMUP, 4200 Porto, Portugal [J. C. M., R. S.]; Molecular Pathology, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota 55905 [K. H.]; Medical Genetics, Victoria General Hospital, Victoria, British Columbia V8Z 6R5, Canada [P. M.]; Department of Internal Medicine, The University of Virginia Health Sciences Center, Charlottesville, Virginia 22906-0013 [S. M. P.]; and Clinical and Molecular Genetics, Henry Ford Hospital, Detroit, Michigan 48202 [C. E. J.]*

Giugno 2001
Meeting in Siena
Per allargamento del Consorzio
A Guilford (NZ) e
Han Kwan Yang (Korea)

**PUBBLICATO - 2013**

Springer

science+business media




# Spotlight on familial and hereditary gastric cancer

**G. Corso and F. Roviello**
***Book editors***

*Foreword by* **Henry Lynch**

# PDTA stomaco AOU senese (ospedaliero): Esperienza Multicentrica

# GIRCG - Italian Group for Research on Gastric Cancer

Gastric Cancer (2017) 20:20–30
DOI 10.1007/s10120-016-0615-3

CrossMark

SPECIAL ARTICLE

## The Italian Research Group for Gastric Cancer (GIRCG) guidelines for gastric cancer staging and treatment: 2015

Giovanni De Manzoni[1] · Daniele Marrelli[1] · Gian Luca Baiocchi[1] · Paolo Morgagni[1] · Luca Saragoni[1] · Maurizio Degiuli[1] · Annibale Donini[1] · Uberto Fumagalli[1] · Maria Antonietta Mazzei[1] · Fabio Pacelli[1] · Anna Tomezzoli[1] · Mattia Berselli[1] · Filippo Catalano[1] · Alberto Di Leo[1] · Massimo Framarini[1] · Simone Giacopuzzi[1] · Luigina Graziosi[1] · Alberto Marchet[1] · Mario Marini[1] · Carlo Milandri[1] · Gianni Mura[1] · Elena Orsenigo[1] · Vittorio Quagliuolo[1] · Stefano Rausei[1] · Riccardo Ricci[1] · Fausto Rosa[1] · Giandomenico Roviello[1] · Andrea Sansonetti[1] · Giovanni Sgroi[1] · Guido Alberto Massimo Tiberio[1] · Giuseppe Verlato[1] · Carla Vindigni[1] · Riccardo Rosati[1] · Franco Roviello[1]

Received: 18 February 2016 / Accepted: 1 May 2016 / Published online: 2 June 2016
© The International Gastric Cancer Association and The Japanese Gastric Cancer Association 2016

**Abstract** This article reports the guidelines for gastric cancer staging and treatment developed by the GIRCG, and contains comprehensive indications for clinical management, including radiological, endoscopic, surgical, pathological, and oncological paths.

**Keywords** Gastric cancer · Guidelines · Staging · Surgery · Chemotherapy · Lymphadenectomy · Palliation · Eesophagus-gastric junction tumors · GIST

### Introduction

Gastric cancer (GC), despite its declining incidence, is still the third cancer-related cause of death after lung and liver neoplasms [1]. Although surgery remains the mainstay of therapy, in recent years there has been relevant progress in endoscopic treatment of early forms and in neoadjuvant, adjuvant, and palliative chemotherapy of advanced cancers. Furthermore, radiological and pathological protocols have been standardized. Thus, a multidisciplinary team is required for the correct management of patients, from preoperative staging to follow-up.

From an historical perspective, Italian surgeons were among the first in the West to acknowledge the indications of Eastern centers; because of the high incidence of this tumor in their countries, the Japanese surgeons developed a surgical approach based on extended (D2) and super-extended (D3) lymphadenectomy, whereas the intervention more frequently performed in Europe and in the United States (US) provided for a limited lymphadenectomy (D1). This disparity gave rise to a scientific conflict that rested on an impressive difference in long-term survival (overall, 5-year survival rate of a patient with GC was about 75 % in Japan [2] and 25 % in Europe [3]). In this context, a number of Italian surgeons in the 1980s started concentrating their efforts on more meticulous and aggressive nodal clearance and on providing a contribution to the worldwide dissemination of Japanese therapy and its results.

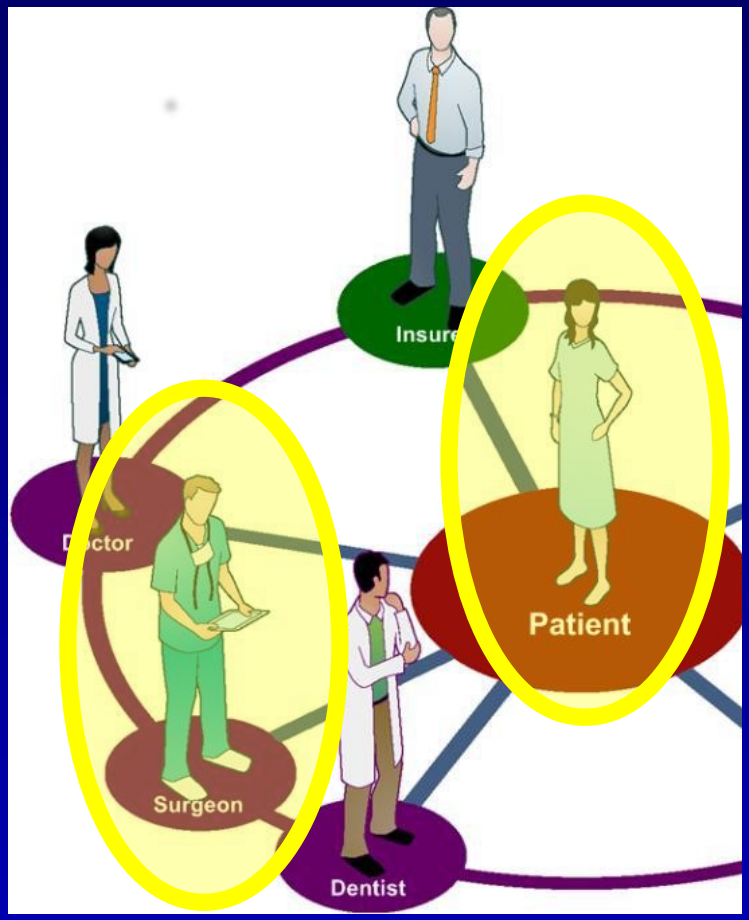
The Italian Research Group for Gastric Cancer (GIRCG) is a multidisciplinary research group, officially founded in 2001, that includes clinicians with recognized expertise in GC diagnosis, care, and research from more than 25 specialized centers in Italy. The aim of GIRCG is to obtain results similar to those reported by Eastern centers in terms of recurrence rate and survival. GIRCG involves a variety of medical professionals, from surgeons, pathologists, gastroenterologists, medical oncologists, and radiologists to nutritionists and statisticians, who all practice within the modern concepts of a multidisciplinary approach. The main targets of the group are the standardization of surgical treatment and extended lymphadenectomy, pathological assessment, clinical staging, and multimodal treatment of

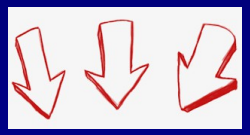
On behalf of GIRCG.

✉ Daniele Marrelli
daniele.marrelli@unisi.it

[1] GIRCG Secretary: Department of Medicine, Surgery and Neurosciences, University of Siena, Policlinico Le Scotte, Viale Bracci, 53100 Siena, Italy

# PDTA stomaco: le aspettative del Chirurgo



**Formazione adeguata in oncologia chirurgica**

**Corretta Centralizzazione e Volume**

- **Miglioramento degli outcomes a breve termine (mortalità e morbilità)**
- **Incremento della «sopravvivenza»**
- **Garantire ottimale «qualità di vita»**

**Disponibilità di nuove tecnologie**

**Continua ricerca e trials**

# Le attività del chirurgo oncologo

## Consultant

- Training e skills dedicate per la parte oncologica
- Membro dei gruppi oncologici multidisciplinari

## Educator

- Conferenze internazionali e nazionali di chirurgia oncologica
- Programmi di insegnamento in chirurgia oncologica

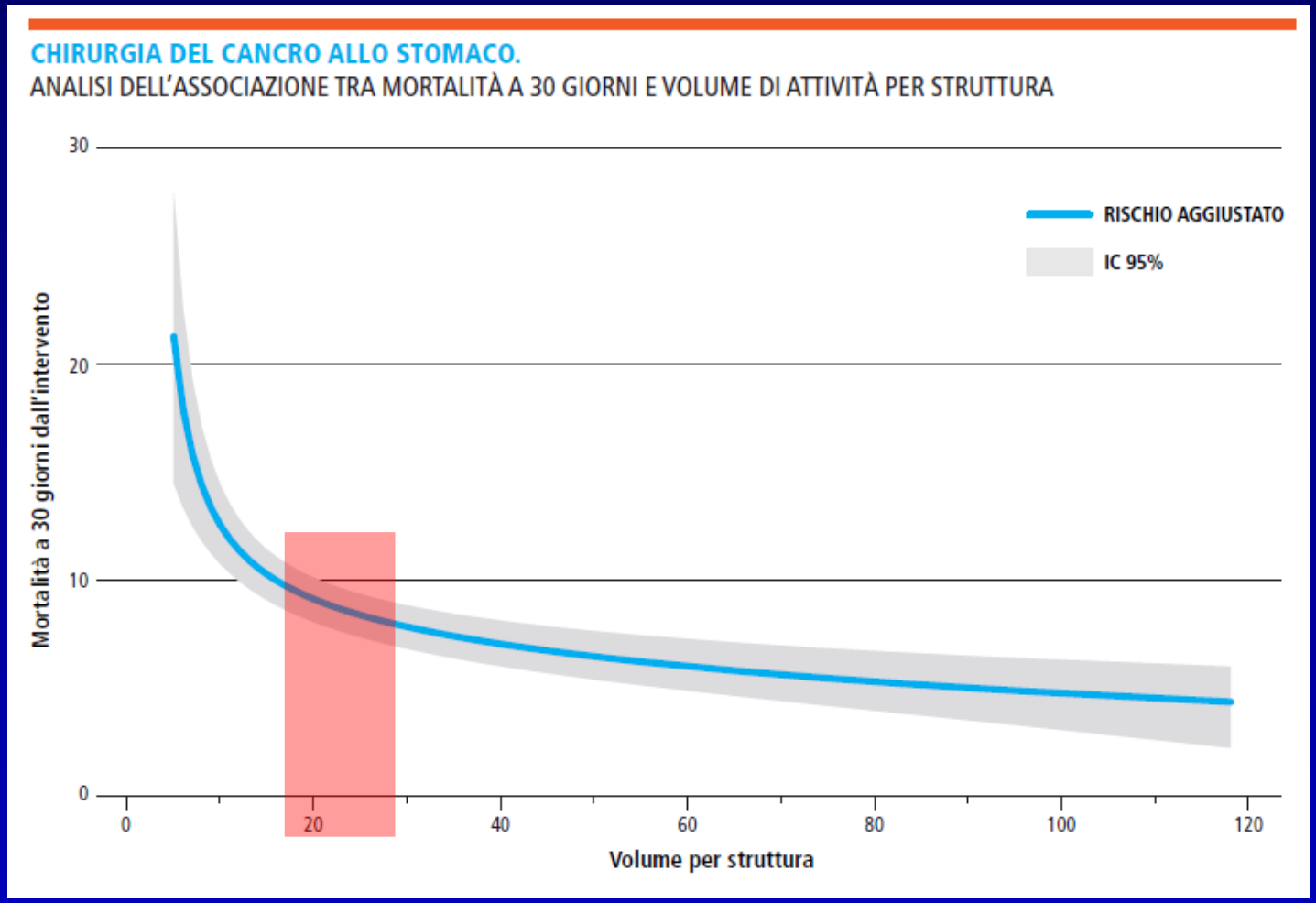
## Organizer and Leader

- Società scientifiche di chirurgia oncologica
- Registro tumori
- Sezioni di chirurgia oncologica

## Researcher

- Studi e protocolli clinici

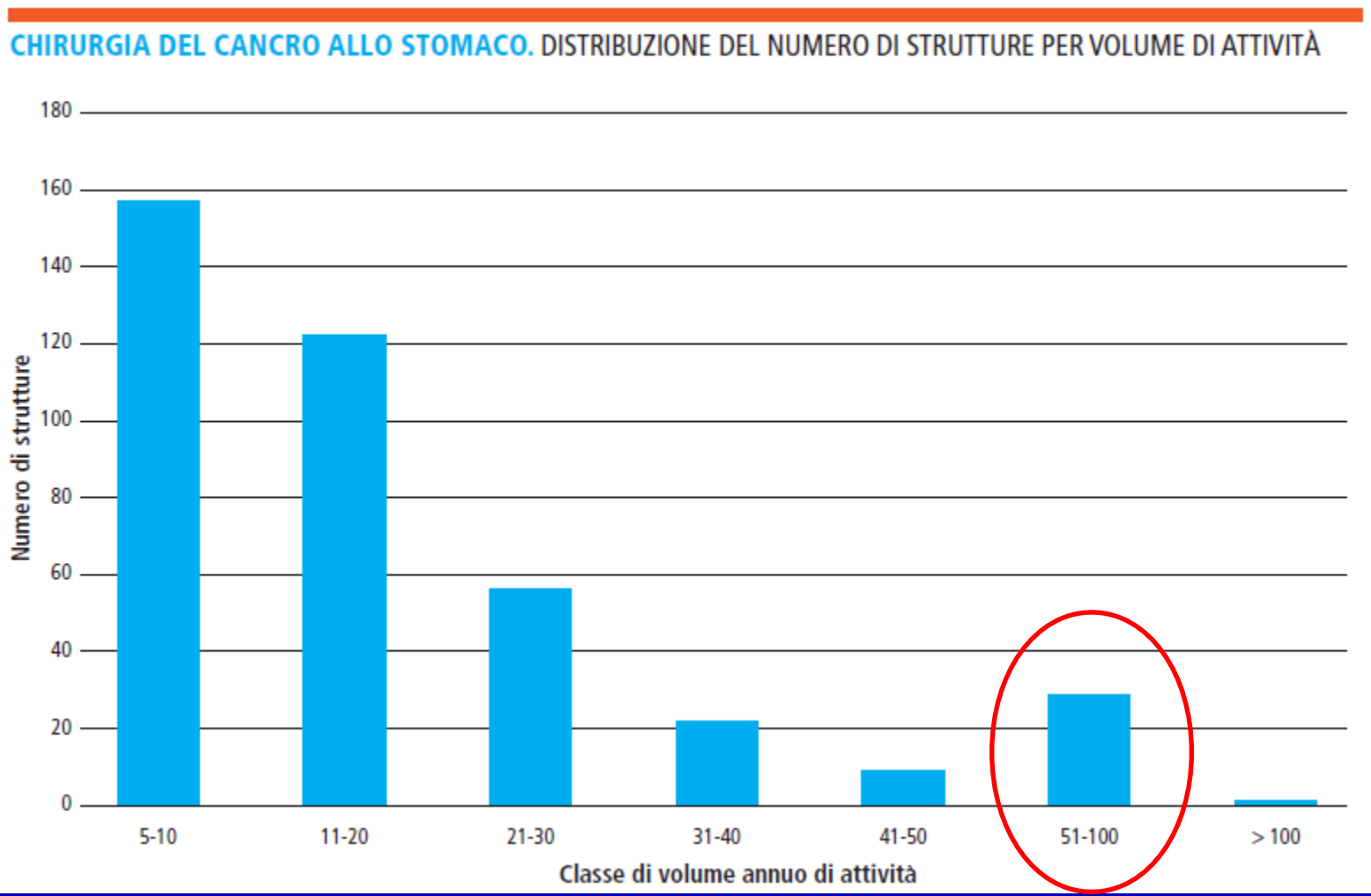
# Volumi attività ospedaliera




**La mortalità a 30 giorni dopo l'intervento diminuisce decisamente fino a circa 20-30 interventi/anno e continua a diminuire lievemente all'aumentare del volume di attività.**

***Epidemiol Prev 2013; 37(2-3) suppl 1: 1-100***

# Volumi attività ospedaliera




**In Italia, nel 2011 risultano 391 strutture con almeno 5 interventi annui. Il volume mediano di attività annuo è pari a 13**

*Epidemiol Prev 2013; 37(2-3) suppl 1: 1-100*

# Le aspettative del Chirurgo - Corretta centralizzazione e volumi di attività

**Centralizzazione**

Presented at the Academic Surgical Congress 2019

## National trends in centralization and perioperative outcomes of complex operations for cancer

Yun Song, MD*, Andrew D. Tieniber, MD, Robert E. Roses, MD, Douglas L. Fraker, MD, Rachel R. Kelz, MD, MBA, MSCE, Giorgos C. Karakousis, MD

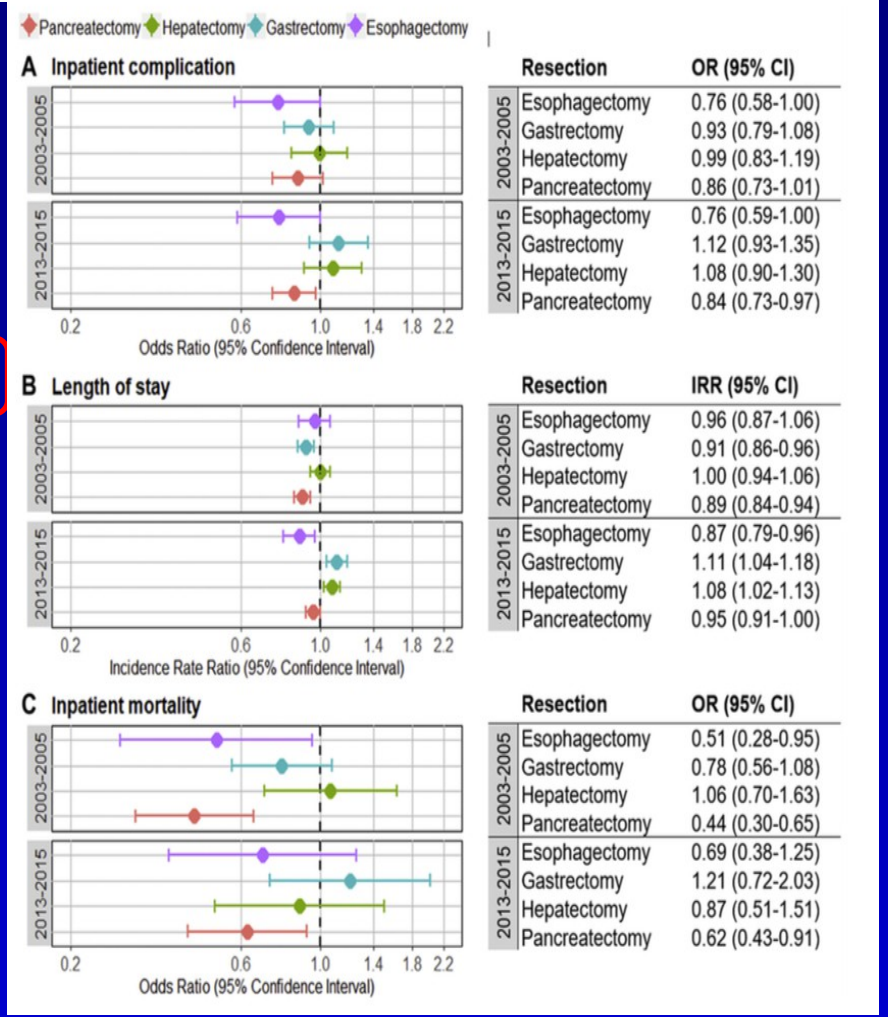
*Department of Surgery, Hospital of the University of Pennsylvania, Philadelphia, PA*

Available online 21 June 2019

*Y. Song et al. / Surgery 166 (2019) 800–811*

**Table III**
AAPC in the inpatient complication rate, length of stay, and inpatient mortality rate of cancer operations performed at large THs and other hospitals, 2003 to 2015

| Resection | Complication rate (%) | | Length of stay (d) | | Mortality rate (%) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | AAPC | *P* value | AAPC | P value | AAPC | *P* value |
| Esophagectomy | | | | | | |
| Large THs | 0.98 | .12 | −1.8 | 0.024 | −4.9 | .32 |
| Other | 0.55 | .60 | −0.72 | 0.23 | −3.5 | .22 |
| Gastrectomy | | | | | | |
| Large THs | 1.0 | .082 | 0.65 | 0.45 | 0.75 | .10 |
| Other | −3.1 | .97 | −2.2 | <0.001 | −7.7 | .001 |
| Hepatectomy | | | | | | |
| Large THs | −0.25 | .66 | −1.9 | <0.001 | −6.5 | <.001 |
| Other | −1.8 | .77 | −2.5 | <0.001 | −5.0 | .037 |
| Pancreatectomy | | | | | | |
| Large THs | 0.14 | .87 | −2.3 | <0.001 | −2.1 | .25 |
| Other | 0.62 | .34 | −2.6 | <0.001 | −4.6 | .008 |

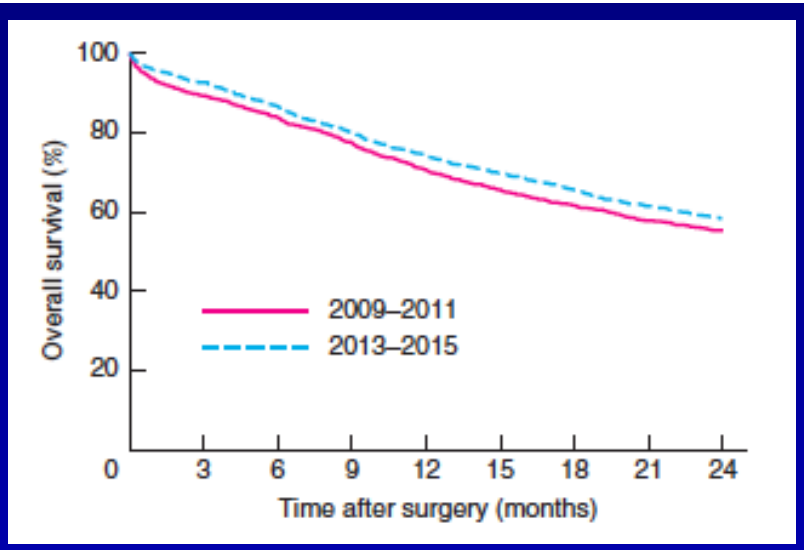



**Riduzione dei tassi di complicanze, dei tempi di ospedalizzazione e della mortalità**

## Risultati auspicabili…anche in Italia

**Overall survival before and after centralization of gastric cancer surgery in the Netherlands**

M. van Putten[1], S. D. Nelen[3], V. E. P. P. Lemmens[1,4], J. H. M. B. Stoot[5], H. H. Hartgrink[6], S. S. Gisbertz[7], E. J. Spillenaar Bilgen[8], J. Heisterkamp[9], R. H. A. Verhoeven[1] and G. A. P. Nieuwenhuijzen[2]




**VOLUME STANDARD DI TRATTAMENTO**

- *numero minimo di casi trattati della patologia in oggetto/anno-*
- *>20 Interventi/anno*

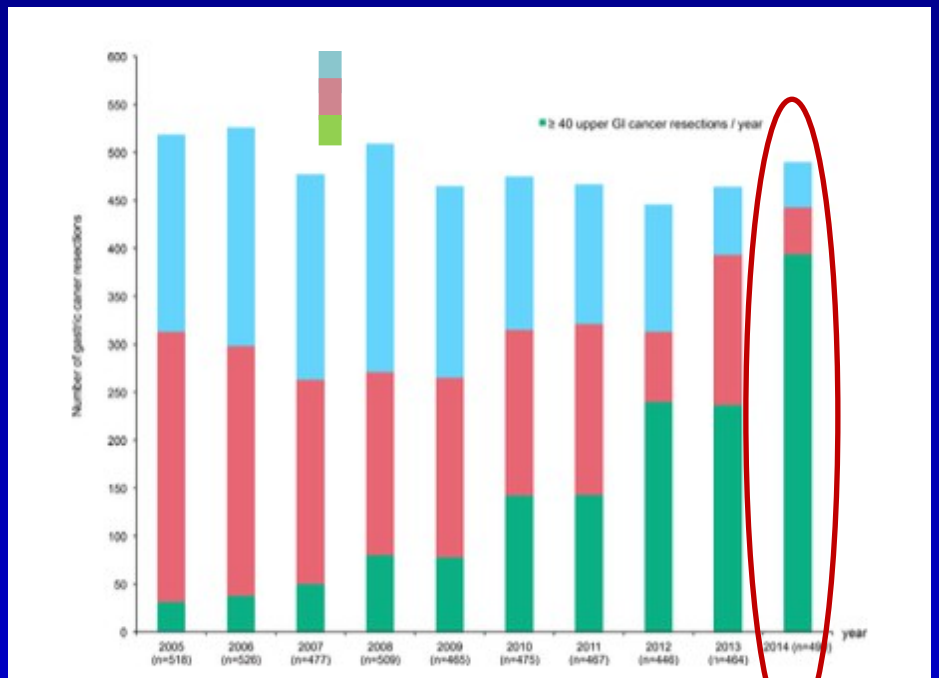



**FIGURE 2** Number of gastric cancer resections per composite hospital volume category for upper GI cancer resections

# Le aspettative del chirurgo - Disponibilità di nuove tecnologie ed aggiornamenti sul cancro gastrico

## Nuove tecnologie

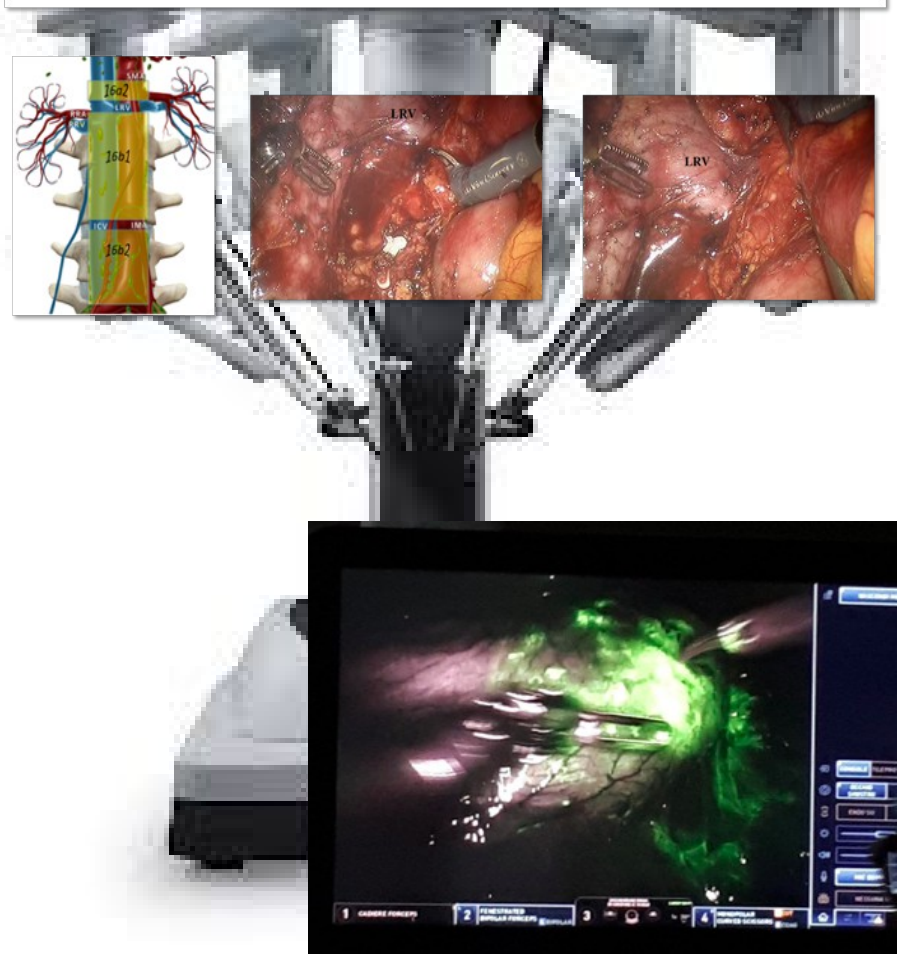
The International Journal of **Medical Robotics** and **Computer Assisted Surgery**

THE INTERNATIONAL JOURNAL OF MEDICAL ROBOTICS AND COMPUTER ASSISTED SURGERY
*Int J Med Robotics Comput Assist Surg* (2014)
Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com) DOI: 10.1002/rcs.1588

**ORIGINAL ARTICLE**

Franco Roviello*
Riccardo Piagnerelli
Francesco Ferrara
Edda Caputo
Maximilian Scheiterle
Daniele Marrelli

**Assessing the feasibility of full robotic interaortocaval nodal dissection for locally advanced gastric cancer**




## Progressi in campo molecolare

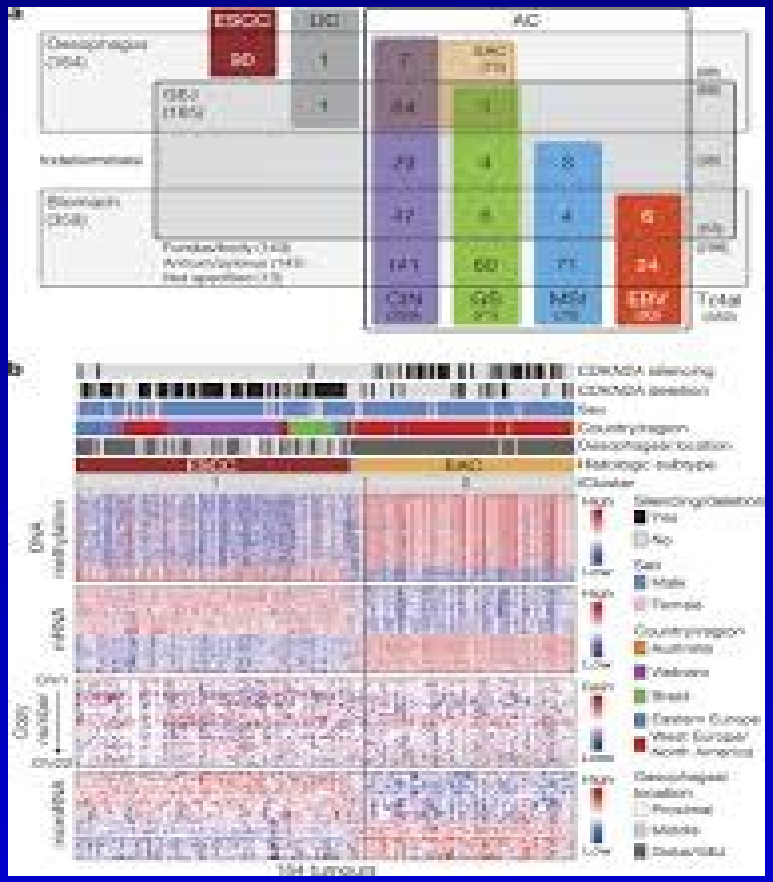
nature
International journal of science

Article | OPEN | Published: 23 July 2014

**Comprehensive molecular characterization of gastric adenocarcinoma**

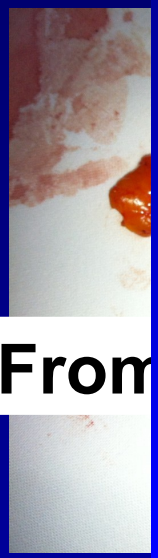
The Cancer Genome Atlas Research Network

*Nature* **513**, 202–209 (11 September 2014) | Download Citation

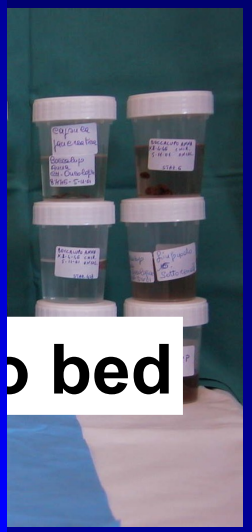


# Le aspettative del chirurgo – Continua ricerca e trials

## Prospectively maintained gastric cancer database



From



o bed

GIRCG - ARCHIVE OF GASTRIC CANCER

Last name: aaa
First name: aaa
Search patie

GENERALITIES | EXAMS | OPERATION | HISTOLOGY | MORBIDITY

Operation date: 10/10/2005
Tipe of surgery
Reconstruction
Residual tumor: R1
Tumor size
Lymphadenectomy: D2
Location 1: Upper third
Location 2
Peritoneal la
Adjacent infiltrated organs
Adjacent resected organs
Site of methasta
Resection margins
Lymphnode mapping

SERUM | TISSUES | LYMPHOCYTES | CLOS | ADD new record | Cancel record

Record: 1 di 7

Lymphadenectomy 2010

Total resected: | Total N+:

| Station: | Linf. resected | Linf. N+ | Station: | Linf. resected | Linf. N+ |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 0 | 0 | 12a-b | 0 | 0 |
| 2 | 0 | 0 | 12p | 0 | 0 |
| 3 | 0 | 0 | 13 | 0 | 0 |
| 4sa | 0 | 0 | 14 | 0 | 0 |
| 4sb | 0 | 0 | 15 | 0 | 0 |
| 4d | 0 | 0 | 16a2-b1 | 0 | 0 |
| 5 | 0 | 0 | 16a1-b2 | 0 | 0 |
| 6 | 0 | 0 | 17 | 0 | 0 |
| 7 | 0 | 0 | 18 | 0 | 0 |
| 8a | 0 | 0 | 19 | 0 | 0 |
| 8p | 0 | 0 | 20 | 0 | 0 |
| 9 | 0 | 0 | 110 | 0 | 0 |
| 10 | 0 | 0 | 111 | 0 | 0 |
| 11p | 0 | 0 | 112 | 0 | 0 |
| 11d | 0 | 0 | | | |

# Le aspettative del chirurgo – Continua ricerca e trials

Assessment of a tumor bank: a thirty years experience of the University of Siena (Italy).

NIH U.S. National Library of Medicine

ClinicalTrials.gov

Find Studies ▾ About Studies ▾ Submit Studies ▾ Resources ▾ About Site ▾

Home > Search Results > Study Record Detail

☐ Save this study

Trial record **2 of 665** for: siena, Italy

◂ Previous Study | Return to List | Next Study ▸

**Standard Versus Super-extended Lymphadenectomy After Neo-adjuvant Chemotherapy for Gastric Cancer (Neo-D2plus)**

ClinicalTrials.gov Identifier: NCT03961373

The safety and scientific validity of this study is the responsibility of the study sponsor and investigators. Listing a study does not mean it has been evaluated by the U.S. Federal Government. Know the risks and potential benefits of clinical studies and talk to your health care provider before participating. Read our disclaimer for details.

Recruitment Status : Recruiting
First Posted : May 23, 2019
Last Update Posted : May 23, 2019

See **Contacts and Locations**

**Sponsor:**
University of Siena

**Information provided by (Responsible Party):**
Franco Roviello, University of Siena

Single Center Experience on Anatomy-and Histopathology-Based Gastric Cancer Molecular Classification.

Polom K, **Marrelli D**, Roviello G, Voglino C, Vindigni C, Generali D, **Roviello F**.
Cancer Invest. 2017 May 28;35(5):325-332. doi: 10.1080/07357907.2017.1292519. Epub 2017 Mar 28.

# Le aspettative del chirurgo – Continua ricerca e trials

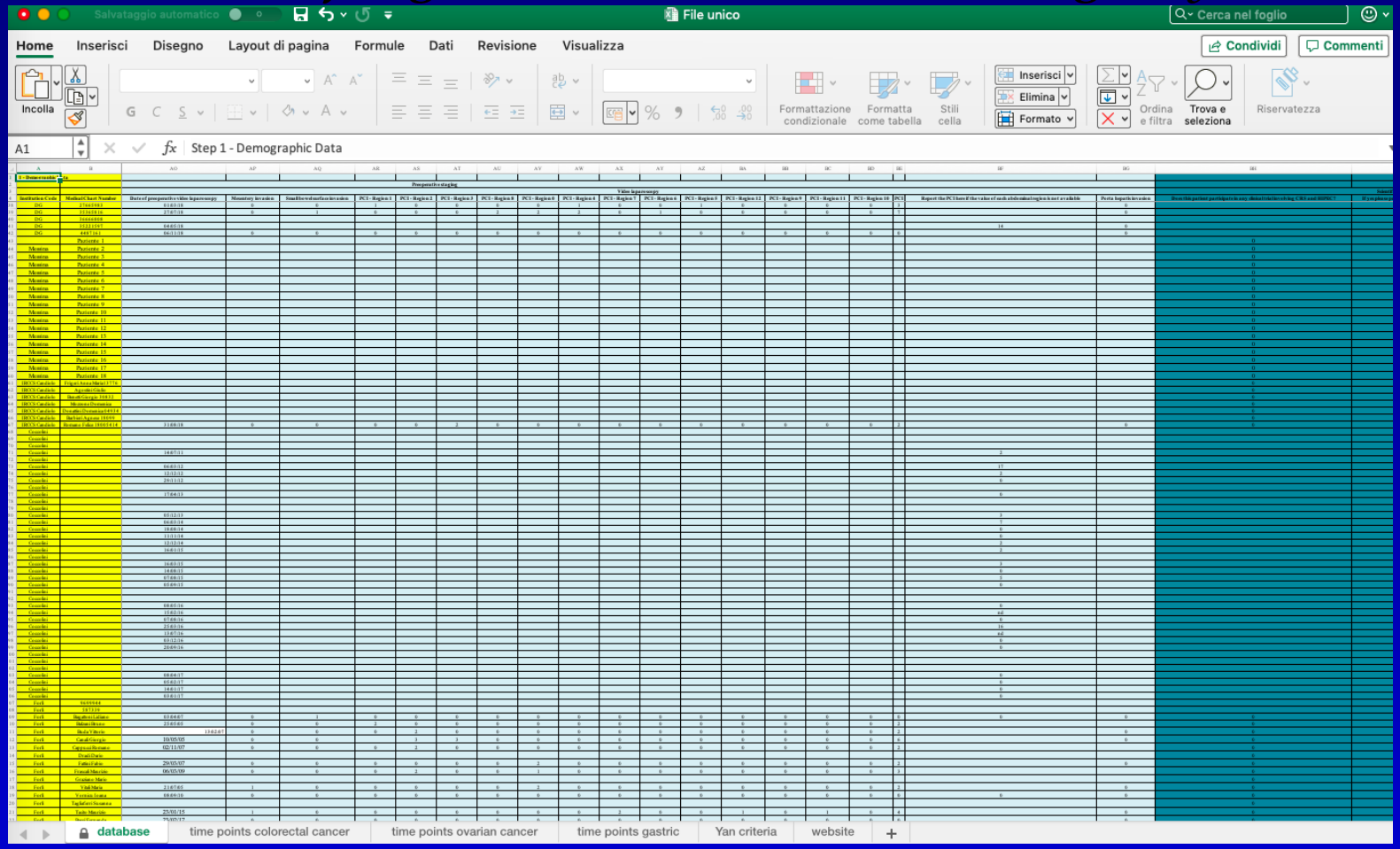
SICO
SOCIETÀ ITALIANA DI CHIRURGIA ONCOLOGICA
ESSO AFFILIATED

**Multicentric Italian Networks**

Elected President
Franco Roviello

# Peritoneal carcinomatosis ONCOTEAM

## *HIPEC for gastric cancer - National Registry*



*"Riunirsi insieme significa iniziare;*
*rimanere insieme significa progredire;*
*lavorare insieme significa avere successo."*

*Henry Ford*

# THE END

Thank you for your patient listening

A Very Special
"Thank You!"