



ETNA SUMMIT - SECOND EDITION

Early Stage, Locally Advanced NSCLC and Biliary Tract Tumors: Quando l'Evidenza Incontra la Persona

**IL PAZIENTE AL CENTRO DELLA DECISIONE
NH PARCO ARAGONESI, CATANIA**

30 NOVEMBRE- 1 DICEMBRE 2026

RESPONSABILE SCIENTIFICO: **Hector Soto Parra**

L'evento è rivolto a n 50 MEDICI SPECIALISTI PROVENIENZA REGIONALE

Professione: Medico Chirurgo **Disciplina:** Oncologia, Chirurgia Generale, Gastroenterologia, chirurgia toracica

Razionale

Negli ultimi anni il trattamento del carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) in stadio iniziale e localmente avanzato e dei tumori delle vie biliari (BTC) ha attraversato una trasformazione senza precedenti. L'introduzione dell'immunoterapia, delle strategie perioperatorie, della profilazione molecolare estesa, delle terapie target e di nuovi approcci multidisciplinari ha modificato radicalmente gli algoritmi terapeutici, rendendo il processo decisionale sempre più complesso e personalizzato.

Le più recenti evidenze scientifiche hanno ampliato le opzioni disponibili, ma hanno anche generato nuove aree di incertezza: quando preferire un approccio neoadiuvante rispetto a uno adiuvante? Qual è il reale ruolo della chirurgia rispetto alla radioterapia stereotassica nei pazienti fragili? Come integrare le caratteristiche biologiche del tumore con i bisogni, le preferenze e la qualità di vita della persona? Nei tumori delle vie biliari, come sequenziare le terapie sistemiche, valorizzare il ruolo delle strategie locoregionali e identificare precocemente i pazienti candidabili a trattamenti mirati o al trapianto?

In questo contesto, il tradizionale modello formativo basato sulla trasmissione frontale delle conoscenze risulta spesso insufficiente. La pratica clinica quotidiana richiede infatti la capacità di interpretare criticamente le evidenze, confrontare approcci alternativi e condividere le decisioni all'interno di un team multidisciplinare, mantenendo il paziente al centro del percorso di cura. La seconda edizione dell'**ETNA Summit** nasce con l'obiettivo di rispondere a queste esigenze attraverso un format altamente innovativo e interattivo. Il corso propone il "**Tribunale dell'Evidenza**", una simulazione di processo nella quale differenti strategie terapeutiche vengono sostenute e discusse sulla base delle migliori prove disponibili, con il contributo di esperti appartenenti a diverse discipline. Casi clinici realistici, costruiti intorno alla storia, ai valori e alle aspettative del paziente, rappresentano il punto di partenza per un confronto strutturato che coinvolge attivamente tutti i partecipanti mediante sistemi di voto elettronico e discussioni guidate.

La seconda giornata amplia ulteriormente questa prospettiva seguendo il percorso assistenziale di pazienti virtuali affetti da colangiocarcinoma, dall'inquadramento diagnostico fino alle decisioni terapeutiche più complesse, affrontando temi quali la chirurgia, l'adiuvante, la chemo-immunoterapia, la medicina di precisione, le terapie locoregionali e il ruolo emergente del trapianto epatico.

Attraverso il confronto multidisciplinare, l'analisi critica delle linee guida internazionali e delle più recenti evidenze cliniche e la discussione di scenari ad elevata complessità decisionale, il corso si propone di favorire l'aggiornamento scientifico e lo sviluppo di competenze decisionali immediatamente trasferibili nella pratica clinica. L'obiettivo finale è promuovere una medicina realmente personalizzata, nella quale l'evidenza scientifica si integri con le caratteristiche biologiche della malattia, il contesto organizzativo e i valori della persona, affinché ogni scelta terapeutica sia realmente orientata al miglior interesse del paziente.

PROGRAMMA

30.11.2026 — I GIORNATA



30.11.2026 — Early Stage, Locally Advanced NSCLC

CONCEPT INNOVATIVO — "IL TRIBUNALE DELL'EVIDENZA"

Il corso è strutturato come un **processo giudiziario simulato** dove ogni decisione clinica viene "processata" davanti a una giuria di colleghi. Non ci sono relazioni frontali. Ogni sessione ha:

- Un **Avvocato dell'Accusa** (chi sostiene il trattamento A)
- Un **Avvocato della Difesa** (chi sostiene il trattamento B)
- Un **Testimone Esperto** (patologo, radiologo, chirurgo, radioterapista)
- Una **Giuria** (tutti i partecipanti, che votano con sistema elettronico prima e dopo il dibattimento)
- Un **Giudice** (moderatore che garantisce che l'evidenza sia rispettata)

Il paziente è sempre presente — come caso clinico reale, con nome fittizio, storia, valori, paure. Ogni decisione viene presa "per lui", non in astratto.

08:30–09:00 — REGISTRAZIONE E PRE-TEST INTERATTIVO

Kahoot di 10 domande su scenari clinici controversi in early/locally advanced NSCLC. I risultati vengono mostrati in tempo reale e serviranno come baseline per il post-test finale.

09:00–09:15 — APERTURA: "PERCHÉ QUESTO CORSO È DIVERSO"

Direttore del Corso: **Hector Soto Parra – Alberto Terminella – Salvatore Gruttadauria**

- Il framework relazionale: ogni decisione che prendiamo riconosce una persona, non un TNM
- Le regole del Tribunale dell'Evidenza
- Presentazione dei 6 "pazienti" della giornata — ciascuno con nome, età, professione, famiglia, valori

BLOCCO 1: EARLY STAGE — "OPERARE O NON OPERARE NON È LA DOMANDA GIUSTA"

Giudice: **Francesco Facciolo**

09:15–10:15 — PROCESSO N.1: "MARIA, 72 ANNI, NODULO 2.3 CM, cT1cN0"

L'accusa: Lobectomia VATS (**Giuseppe Cardillo**)

La difesa: SABR (**Gianluca Ferini**)

Testimoni esperti:

- Radiologo: qualità della stadiazione, limiti della PET (**Stefano Palmucci**)
- Pneumologo: PFTs borderline, cosa significano davvero (**Carlo Vancheri**)

Evidenze da dibattere:

- ACCP 2025: chirurgia suggerita su SABR (conditional, low certainty)
- NCCN 2026: SABR appropriata per alto rischio chirurgico e per pazienti ≥75 anni
- Dati SABR: BED ≥100 Gy con controllo locale >90%
- Il dato mancante: nessun RCT completato che confronti direttamente lobectomia vs SABR in pazienti operabili

La domanda alla giuria (voto elettronico):

"Maria ha 72 anni, vive sola, FEV1 65% del predetto, DLCO 55%. Cosa le proponi?"

Chalk-talk del Giudice (5 min): L'algoritmo decisionale reale — non quello delle linee guida, ma quello che usiamo in pratica clinica

10:15–11:30 — PROCESSO N.2: "GIUSEPPE, 58 ANNI, ADENOCARCINOMA 5.5 CM, cT3N0M0 — STADIO IIB"

Giudice: **Domenico Galetta – Giuseppe Agneta**

L'accusa: Chirurgia upfront → adiuvante (**Marco Turchini + Antonio Ungaro**)

La difesa: Neoadiuvante chemo-IO → chirurgia (**Francesco Passiglia**)

Testimoni esperti:

- Patologo: cosa significa pCR e MPR, come si valutano, i limiti (**Filippo Fragetta**)
- Biologo molecolare: PD-L1, EGFR, ALK — quando servono PRIMA della chirurgia (**Nicola Normanno**)

Evidenze da dibattere:

- CheckMate-816: neoadiuvante nivo+CT vs CT → EFS HR 0.68, pCR 24% vs 2.2%
- KEYNOTE-671: perioperativo pembro → OS HR 0.72, EFS HR 0.58
- AEGEAN: perioperativo durva → EFS HR 0.68
- Meta-analisi 2025 (Rossi et al.): neoadiuvante/perioperativo superiore ad adiuvante in OS (HR 0.65 vs 0.91), in squamosi, in PD-L1<1%, in stadio II
- Meta-analisi JNCI 2025: l'aggiunta dell'adiuvante IO al neoadiuvante non migliora EFS (HR 0.97) né OS (HR 1.17)
- STS Consensus 2025: neoadiuvante preferito su adiuvante per tumori >4 cm
- NCCN 2026: "ICI + chemotherapy should be strongly considered if patient is eligible"

La domanda alla giuria:

"Giuseppe è un muratore, PD-L1 60%, EGFR/ALK wild-type. Neoadiuvante solo o perioperativo? E se PD-L1 fosse 0%?"

Chalk-talk del Giudice (5 min): Il vero dilemma — l'adiuvante IO dopo neoadiuvante serve davvero? (Il dato Zhou et al. JAMA Network Open 2024)

11:30–11:45 — COFFEE BREAK

BLOCCO 2: LOCALLY ADVANCED RESECTABLE — "IL CONFINE CHE SI MUOVE"

Giudice: (**Stefano Margaritora – Alessandro Bertani**)

11:45–12:45 — PROCESSO N.3: "ANNA, 63 ANNI, cT2aN2 SINGLE-STATION, ADENOCARCINOMA"

L'accusa: Neoadiuvante chemo-IO → chirurgia (**Federico Cappuzzo + Marco Chiappetta**)

La difesa: CRT definitiva → durvalumab (**Andera Filippi + Vanesa Gregorc**)

Testimoni esperti:

- cosa significa "resecabile" nel 2026 — il caso Horne et al. del downstaging da pneumonectomia a lobectomia (**Filippo Lococo**)
- Radioterapista: IMRT/VMAT, dose constraints, V20 (**Ivan Fazio**)

Evidenze da dibattere:

- NCCN 2026: per N2 operabile, neoadiuvante è "preferred"
- STS 2025: "neoadjuvant chemoimmunotherapy is preferred over adjuvant therapy, particularly in tumors with elevated PD-L1"
- Ricciuti et al. JAMA Oncol 2025: neoadiuvante chemo-IO in borderline resectable/unresectable stadio III → pCR 31%, EFS mediana >4 anni nei resecati
- PACIFIC: CRT → durvalumab → OS mediana 47.5 mesi, 5-year OS 42.9%
- Il problema italiano: liste d'attesa chirurgiche, accesso alla RT, tempi del percorso

La domanda alla giuria:



"Anna ha N2 single-station, PD-L1 80%. Il chirurgo dice 'operabile con lobectomia'. Il radioterapista dice 'posso fare CRT in 2 settimane'. Cosa scegli?"

Chalk-talk del Giudice (5 min): L'algoritmo ASCO 2024 per lo stadio III — la flowchart che ogni oncologo dovrebbe avere in tasca

12:45–13:45 — PAUSA PRANZO

BLOCCO 3: LOCALLY ADVANCED UNRESECTABLE — "IL PARADIGMA PACIFIC E OLTRE"

Giudice: **Andrea Filippi**

13:45–14:45 — PROCESSO N.4: "FRANCO, 68 ANNI, cT4N2M0, SQUAMOSO, UNRESECTABLE"

L'accusa: CRT concomitante → durvalumab 12 mesi (standard PACIFIC) – (**Teresa Del Giudice**)

La difesa: CRT concomitante → durvalumab + tremelimumab (PACIFIC-9, se disponibile) o IO concomitante (**Maria Lucia Reale**)

Testimoni esperti:

- Radioterapista: il dialogo biologico RT-IO — effetto abscopale, cGAS-STING, timing (**Stefano Pergolizzi**)
- Oncologo: PACIFIC vs GEMSTONE-301 vs PACIFIC-2 — cosa funziona e cosa no (**Gianfranco Mancuso**)

Evidenze da dibattere:

- *PACIFIC: durvalumab consolidamento → OS 47.5 mesi vs 29.1 mesi (HR 0.72)*
- *GEMSTONE-301: sugemalimab dopo CRT o sequential → PFS HR 0.64*
- *POST-PACIFIC (ASCO 2026): alla progressione, immunoterapia rechallenge superiore a CT (OS 23.7 vs 12.2 mesi, HR 0.41). Pazienti "sensibili" (≥12 mesi da durvalumab) beneficiano di più*
- *Remon et al. Nat Rev Clin Oncol 2025: stato dell'arte e sfide irrisolte*
- *Il fallimento dell'IO concomitante: perché il timing post-CRT è cruciale (paradigma biologico)*

La domanda alla giuria:

"Franco ha completato CRT, PS 1, nessuna progressione. PD-L1 era 0% sulla biopsia. Gli dai il durvalumab?"

Chalk-talk del Giudice (5 min): Il dato PACIFIC per PD-L1<1% — il beneficio c'è ma è minore. Il dato PD-L1 sulla biopsia è affidabile? (Richiamo al nostro studio sulla concordanza biopsia-chirurgico)

14:45–15:45 — PROCESSO N.5: "LUCIA, 55 ANNI, cT2aN2M0, ADENOCARCINOMA, EGFR L858R"

Giudice: **Lucio Crinò**

L'accusa: Tesi A: CRT definitiva seguita da osimertinib (**Francesco Verderame**)

La difesa: Tesi B: TKI upfront ± RT senza chemioterapia (**Diego Signorelli**)

Testimoni esperti:

-Radioterapista (**Ivan Fazio**)

Domanda del Giudice: "Dottoressa, può irradiare un tumore EGFR-mutato con la stessa dose e la stessa tecnica di un tumore wild-type, o deve adattare il piano? E se la paziente riceve TKI concorrente invece di chemioterapia, come cambiano i vincoli dosimetrici?"

Testimone 2 — Biologo molecolare (**Simona Vatrano**)



Domanda del Giudice: "Dottore, il ctDNA post-CRT può identificare chi ha davvero bisogno del consolidamento con osimertinib e chi è già guarito dalla sola CRT? E la mutazione EGFR influenza la radiosensibilità?"

Testimone 3 — Pneumologo (Raffaele Campisi)

Domanda del Giudice: "Dottore, qual è il rischio reale di polmonite fatale quando si somministra osimertinib dopo radioterapia toracica? Come monitora questi pazienti e quando sospende il trattamento?"

Evidenze da dibattere:

- LAURA: osimertinib dopo CRT → PFS HR 0.16 (mediana 39.1 vs 5.6 mesi), ma OS immatura
- NCCN 2026: osimertinib dopo CRT per EGFR ex19del/L858R → categoria 1
- Il rischio: ILD/pneumonite con osimertinib dopo CRT (tasso più alto che in FLAURA)
- Il dilemma: durvalumab NON indicato per EGFR+ (rischio tossicità TKI dopo IO)
- La sequenza: se osimertinib fallisce dopo CRT, cosa resta? (FLAURA2, MARIPOSA — ma dopo IO+TKI?)

La domanda alla giuria:

"Lucia ha EGFR L858R, stadio III unresectable. Le dai osimertinib dopo CRT sapendo che la PFS è straordinaria ma l'OS non è ancora matura?"

15:45–16:00 — COFFEE BREAK

BLOCCO 4: LE DOMANDE CHE NESSUNO FA

16:00–17:00 — PROCESSO N.6: "ROBERTO, 75 ANNI, cT3N1M0, SQUAMOSO, PS 2, DIABETICO, IRC STADIO 3"

Giudice: **Rita Chiari**

L'accusa: Trattamento attivo (neoadiuvante → chirurgia o CRT → durvalumab) (**Giuseppe Lo Russo**)

La difesa: Best supportive care + follow-up stretto (**Vito Barbieri**)

Questo è il processo più difficile. Roberto è il paziente che vediamo ogni giorno — non quello dei trial clinici.

Testimoni esperti:

- Geriatra: fragilità vs età, CGA, cosa predice davvero la tolleranza (**Antonino Tralongo**)
- Palliativista: quando "non trattare" è la scelta più coraggiosa (**Delia Sardo**)
- Il paziente (attore): "Dottore, io voglio vivere, ma non voglio soffrire" **TBD**



Evidenze da dibattere:

- Nessun trial perioperatorio ha arruolato PS 2 in modo significativo
- PACIFIC: PS 0-1 richiesto
- Evison et al. Thorax 2026: "the greatest challenge is no longer the absence of effective treatments, but the complexity of selecting, sequencing and delivering them"
- Dati real-world: quanti pazienti ≥ 75 anni con PS 2 ricevono effettivamente il trattamento completo?

La domanda alla giuria:

"Roberto vi guarda negli occhi e dice: 'Dottore, cosa farebbe lei al mio posto?' Cosa rispondete?"

17:00–17:30 — "IL VERDETTO FINALE" — SESSIONE DI SINTESI

Moderatore: **Hector Soto Parra**

Format: "Le 10 Verità Scomode"

Ogni esperto ha 2 minuti per dire UNA verità scomoda che ha imparato dalla giornata. Non slide, non dati — solo la verità clinica che porterà in ambulatorio lunedì mattina.

Esempi:

1. "L'adiuvante IO dopo neoadiuvante probabilmente non serve nella maggioranza dei pazienti"
2. "Il PD-L1 sulla biopsia può essere falso negativo nel 9% dei casi"
3. "Il ctDNA-MRD cambierà tutto, ma oggi non è pronto per de-escalare"
4. "Il paziente anziano con PS 2 merita una conversazione onesta, non un protocollo"
5. "La lista d'attesa per la RT è il killer silenzioso dello stadio III"

17:30–18:00 — POST-TEST + CONFRONTO CON PRE-TEST

Stesse 10 domande Kahoot dell'inizio. Confronto in tempo reale: "Quanto sono cambiate le vostre decisioni?"

18:00–18:15 — CHIUSURA



01.02.2026 — Tumori Bilio-Pancreatici: La gestione multidisciplinare nell'era dell'oncologia di precisione

I SESSIONE: La gestione multidisciplinare nell'era dell'oncologia di precisione

09:00–09:10 — APERTURA DEI LAVORI E INTRODUZIONE AGLI OBIETTIVI DELL'EVENTO

09:10–10:10 — I SESSIONE: PDTA E MULTIDISCIPLINARIETÀ DEI TUMORI BILIO-PANCREATICI: DIAGNOSI E GESTIONE DELL'ITTERO

Moderatori:

09:10–09:22 Il ruolo del radiologo — Dott. Michelangelo Russo

09:22–09:34 Il ruolo dell'endoscopista — Dott. Santi Mangiafico

09:34–09:46 Il ruolo del radiologo interventista — Prof. Antonello Basile

09:46–09:58 Il ruolo dell'anatomo-patologo — Dott.ssa Loredana Villari

09:58–10:10 Il ruolo del biologo molecolare — Prof. Nicola Normanno, Dott.ssa Simona Vatrano

10:10–11:10 — LETTURE MAGISTRALI

10:10–10:30 La chirurgia epato-biliare nel 2026: stato dell'arte e prospettive future — Prof. Salvo Gruttadauria

10:30–10:50 Il trattamento medico del tumore delle vie biliari: stato dell'arte e prospettive future — Prof. Masi

10:50–11:10 Il trattamento medico del carcinoma del pancreas: stato dell'arte e prospettive future — Prof. Michele Reni

11:10–11:25 — COFFEE BREAK

11:25–13:40 — II SESSIONE: PDTA E MULTIDISCIPLINARIETÀ DEI TUMORI BILIO-PANCREATICI: CASI CLINICI INTERATTIVI NELL'AMBITO DEL GOM

Moderatori: Dott. Stefano Cordio, Dott. Giuseppe Novello

11:25–11:40 Relazione introduttiva: La Pancreas Unit, una nuova realtà o un sogno irrealizzabile? L'esperienza dell'A.O.U. Policlinico - S. Marco di Catania — Dott. Gianluca Di Mauro

Partecipano alla discussione dei casi: chirurgo, oncologo, radioncologo e biologo molecolare.

11:40–12:10 Caso clinico 1: tumore del pancreas localmente avanzato

12:10–12:40 Caso clinico 2: tumore del pancreas metastatico



12:40–13:10 Caso clinico 3: colangiocarcinoma intraepatico IDH-mutato sottoposto a terapia di I linea e successivo trapianto di fegato

13:10–13:40 Caso clinico 4: colangiocarcinoma extraepatico

13:40–13:55 — DISCUSSIONE MULTIDISCIPLINARE FINALE E TAKE-HOME MESSAGES

13:55–14:00 — CHIUSURA DEI LAVORI

FACULTY

Nome e Cognome	Laurea	Specializzazione	Affiliazione
AGNETA GIUSEPPE	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in CHIR. TORACICA	Direttore UOC A.O. "Villa Sofia- Cervello" Palermo PA
BARBIERI VITO	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in ONCOLOGIA	Resp UOC Oncologia Medica AOU R. Dulbecco ASP CZ Direttore del Dipartimento per la diagnosi e la terapia delle patologie toracico- polmonari ISMETT di Palermo (PA)
BERTANI ALESSANDRO	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in CHIRURGIA TORACICA	Dirigente Medico A.O. "G. Rodolico - San Marco" di Catania
CAMPISI RAFFAELE	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	Direttore dell'Unità Operativa Complessa (UOC) di Oncologia Medica 2 presso l'Istituto Nazionale Tumori IRCCS Regina Elena (IFO) Professore Ordinario UMG Catanzaro UOC Chirurgia Toracica AOU R. Dulbecco ASP CZ
CAPPUZZO FEDERICO	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in ONCOLOGIA	Direttore UOC Azienda Sanitaria Territoriale Pesaro Urbino (AST PU)
CHIAPPETTA MARCO	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in CHI TORACICA	Resp. UOC Oncologia PO Maria Paternò di Arezzo APS RG
CHIARI RITA	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in ONCOLOGIA	
CORDIO STEFANO	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in ONCOLOGIA	



CARDILLO GIUSEPPE	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in CHI TORACICA	Direttore della UOC di Chirurgia Toracica presso l'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini a Roma Consulente Scientifico presso l'Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori "Dino Amadori" (IRST IRCCS) di Meldola (FC)
CRINO' LUCIO	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in MEDICINA INTERNA	Dirigente Medico I LIV UOC Oncologia Medica AOU R.
DEL GIUDICE TERESA	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in ONCOLOGIA	Dulbecco ASP CZ Direttore della UOC Chirurgia Generale I presso l'Ospedale San Marco, Azienda Universitaria Catania
DI MAURO GIANLUCA	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in ONCOLOGIA	Professore UOC Chirurgia Toragica IFO INT Regina Elena Roma Università La Sapienza Roma
FACCIOLO FRANCESCO	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in CHIR TORACICA	
FAZIO IVAN	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in RADIOTERAPIA	Dirigente Medico I LIV CDC. La Macchiarella Palermo
FERINI GIANLUCA	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in RADIOTERAPIA	Direttore Radioterapia Gruppo Samed, Catania (CT)
FILIPPI ANDREA	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in ONCOLOGIA	Prof. Associato Università degli Studi di Milano Direttore dell'Unità Operativa Complessa (UOC) di Anatomia Patologica dell'ASP di Catania
FRAGETTA FILIPPO	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in ANATOMIA PATOLOGICA	Resp UO Oncologia per la Patologia Toracica Istituto dei Tumori Giovanni Paolo II IRCCS Bari
GALETTA DOMENICO	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in ONCOLOGIA	
GREGORC VANESSA	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in ONCOLOGIA	Resp UOC Oncologia IRCCS Istituto di Candiolo TO Direttore Dipartimento per la Cura e lo Studio delle Patologie Addominali ISMETT PA
GRUTTADURIA SALVATORE	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in CHIR. GENERALE	

LOCOCO FILIPPO	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in CHI TORACICA	Prof Associato Chirurgia Toracica l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma Dirigente Medico l'Unità di Oncologia Toracica (SC di Oncologia Medica) della Fondazione IRCCS Istituto
LO RUSSO GIUSEPPE	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in ONCOLOGIA	Nazionale dei Tumori di Milano Dirigente Medico
MANCUSO GIANFRANCO	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in ONCOLOGIA	Dipartimento la Maddalena palermo Prof Ordinario Chi Toracica UOC Chirurgia Toracica IRCCS Fondazione
MARGARITORA STEFANO	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in CHI GENERALE	Policlinico Univ A. Gemelli RM Direttore Cell Biology and Biotherapy Unit INT-
NORMANNO NICOLA	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in ONCOLOGIA	Fondazione Pascale Napoli Dirigente Medico I livello
NOVELLO GIUSEPPE	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in ONCOLOGIA	AOU Policlinico G.Rodolico - San Marco, Catania (CT) Dirigente Medico Azienda
PALMUCCI STEFANO	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in RADIODIAGNOSTICA	Ospedaliero Universitaria Policlinico "G.Rodolico-San Marco"
PASSIGLIA FRANCESCO	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in ONCOLOGIA e RADIOLOGIA	Prof. Associato Università degli Studi di Torino Professore Ordinario UOC
PERGOLIZZI STEFANO	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in ONCOLOGIA	Radioterapia AOU Policlinico G. Martino ASP ME Dirigente Medico UOC
REALE MARIA LUCIA	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in ONCOLOGIA	Oncologia Polo Oncologico " Vito Fazzi" Lecce (LE)
RENI MICHELE	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in ONCOLOGIA	Primario IRCCS Ospedale San Raffaele di Milano Dirigente Medico Policlinico
SARDO DELIA	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in ONCOLOGIA	Rodolico- San Marco Catania CT



SIGNORELLI DIEGO	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in ONCOLOGIA	Medico Specialista Ospedale Niguarda, Milano (MI)
SOTO PARRA HECTOR JOSE'	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in ONCOLOGIA	Resp UOC Oncologia AOU Policlinico "G. Rodolico" ASP CT
TAURCHINI MARCO	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in CHIR. TORACICA	Dirigente Medico I LIV IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo (FG) Direttore, UOC di Chirurgia Toracica, Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico "G. Rodolico-San Marco," Catania
TERMINELLA ALBERTO	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in CHIR. TORACICA	Resp UOC Oncologia Ospedale di Circolo e Fondazione MACCHIVIALE Varese (VA)
TRALONGO ANTONINO C	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in ONCOLOGIA	Dirigente Medico I LIV Ospedale S. G. Moscati di Taranto (TA)
UNGARO ANTONIO	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in ONCOLOGIA	
VANCHERI CARLO	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in TISIOLOGIA E MAL APPARATO RESPIRATORIO	Prof. Ordinario Università di Catania
VATRANO SIMONA	Laurea in Biologia Molecolare	Specializzazione in Biologia Molecolare	Dirigente Biologo ASP di Catania CT
VERDERAME FRANCESCO	Laurea in Medicina e Chirurgia	Specializzazione in ONCOLOGIA	Resp UOC Oncologia Medica Azienda Ospedaliera "Villa Sofia Cervello" Palermo