



# **Buone pratiche: integrazione dei flussi informativi per migliorare la completezza e l'accuratezza dei dati**

L'uso dei flussi complementari per la definizione della casistica incidente

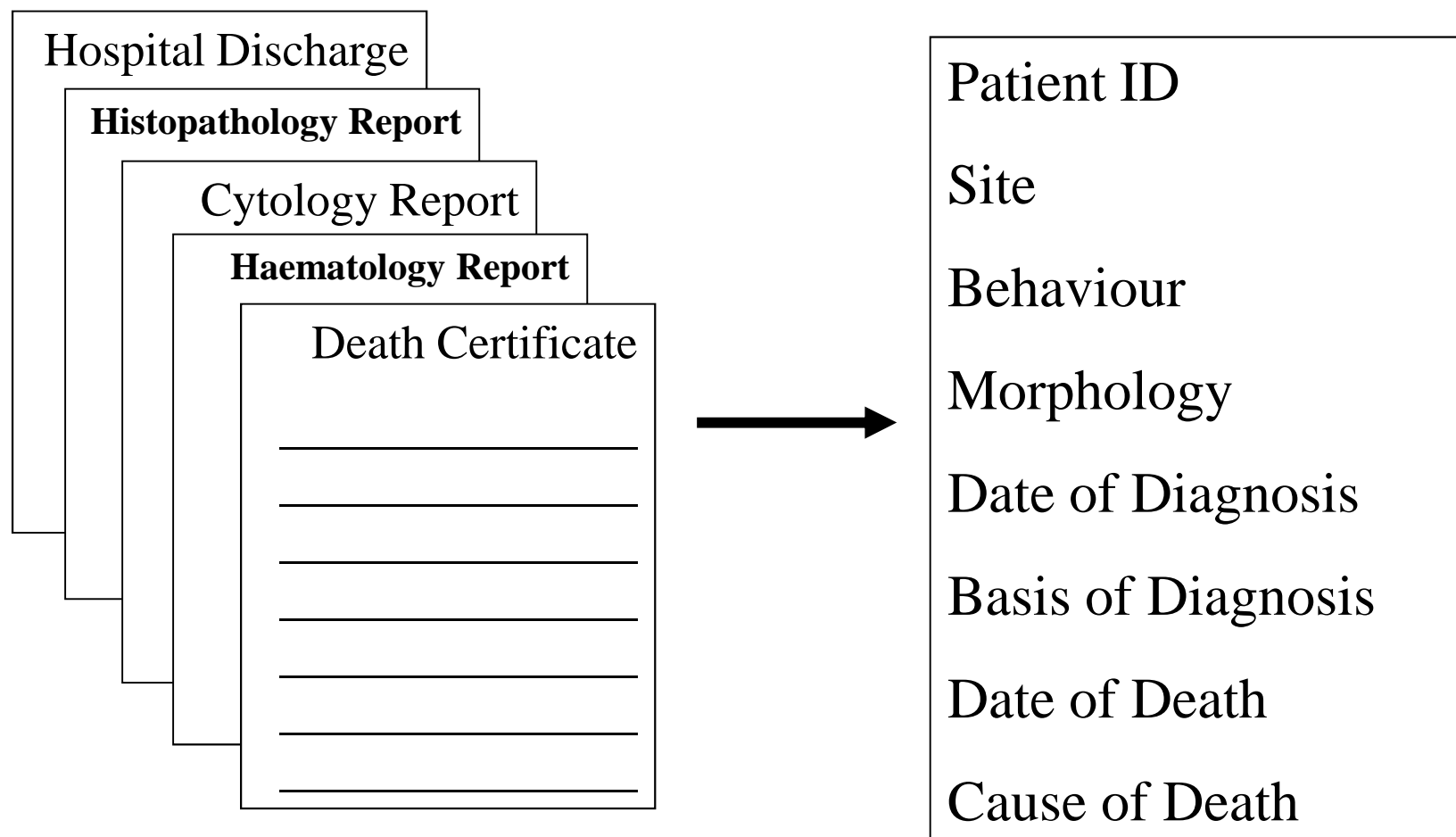
**Antonio Russo**

**Osservatorio Epidemiologico e Registri Specializzati**

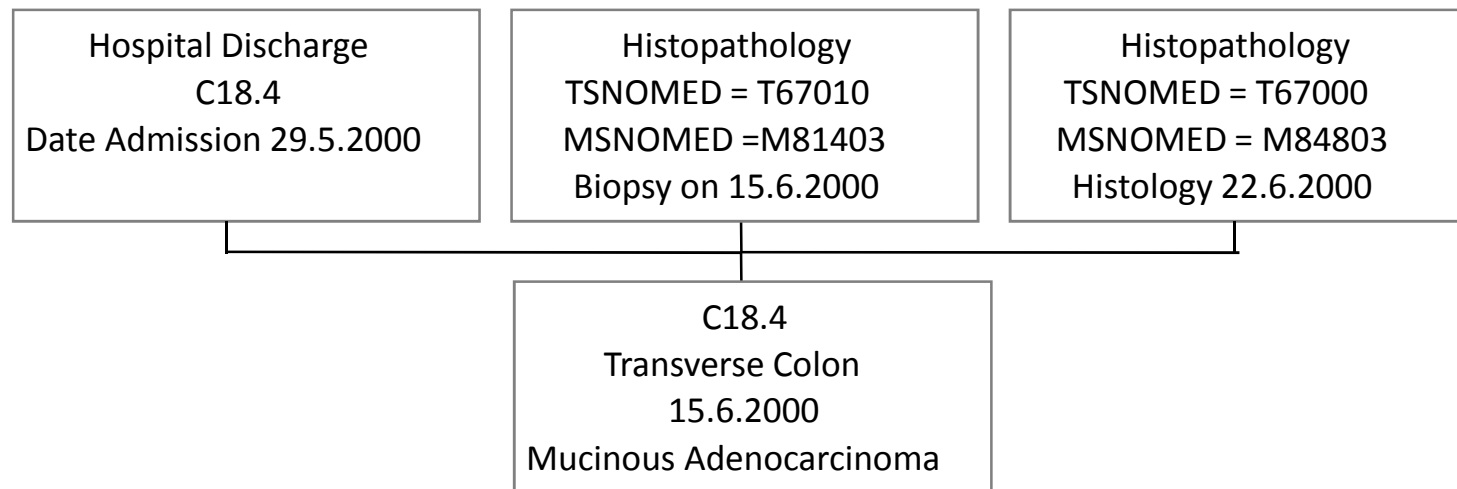
**ASL Milano 1**

---

# Electronic Sources for Tumour Registration



# Steps to make Electronic Tumour Registration





# Manuale di Tecniche di Registrazione dei Tumori

a cura di **Stefano Ferretti**  
**Adriano Giacomini**  
e Gruppo di lavoro AIRTUM



#### Contributi di:

**Francesco Bellò** Registro tumori dell'Alto Adige-Tumoregister Südtirol  
**Tiziana Cassefi** Registro tumori Umbro di popolazione  
**Luigino Dal Maso** CRO Aviano  
**Corrado Magnani** Registro tumori Infantili del Piemonte  
**Silvia Patriarca** CPO-Registro tumori Piemonte, Città di Torino  
**Maurizio Ponz de Leon** Registro dei tumori Colorettali di Modena  
**Ivan Rashid** Registro tumori della Provincia di Modena  
**Piera Vicari** CPO-Registro tumori Piemonte, Città di Torino  
**Susanna Vitarelli** Registro tumori della Provincia di Macerata

#### Si ringraziano:

**Roberto Zanelli** (Registro Tumori, CPO Piemonte)  
per il contributo scientifico fornito nella fase di revisione finale e per il testo introduttivo  
**Antonio Ponti** (CPO - Centro per la Prevenzione Oncologica Piemonte)  
per il contributo nella revisione delle parti relative al rapporto tra registrazione e screening

Tutti i colleghi che hanno inviato osservazioni e proposte di correzioni editoriali

Questa pubblicazione è stata realizzata nell'ambito del progetto del Centro Controllo delle Malattie del Ministero della salute dal Gruppo di lavoro sulle tecniche di registrazione dell'Associazione Italiana Registri Tumori.



## Manuale Flussi

Lun, 21/11/2011 - 15:46 — marco

Qualità dei flussi informativi metodologie d'integrazione e definizione automatica della casistica dei Registri Tumori

**Qualità dei flussi informativi, metodologie d'integrazione e definizione automatica della casistica nei Registri Tumori**

Quality of information flows, methods of integration and automatic definition of cases in Cancer Registries

A cura di **Sandro Tognazzo**, **Antonio Russo**, **Ivan Rashid** e il Gruppo di lavoro AIRTUM

Leggi la [presentazione](#)

Scarica la versione [ebook](#) (formato epub, 1M)

#### Curatori:

**Sandro Tognazzo**,<sup>1</sup> **Antonio Russo**,<sup>2</sup> **Ivan Rashid**<sup>3</sup>

#### Contributori alla parte I:

**Emanuele Crocetti**,<sup>4</sup> **Mario Fusco**,<sup>5</sup> **Gianfranco Manneschi**,<sup>4</sup> **Silvia Patriarca**,<sup>6</sup> **Piercarlo Vercellino**<sup>7</sup>

#### Altri contributori:

**Fortunato Bianconi**,<sup>8</sup> **Americo Colamartini**,<sup>9</sup> **Paolo Contiero**,<sup>10</sup> **Margherita De Dottori**,<sup>11</sup> **Giovanna Tagliabue**<sup>10</sup>

**Rappresentante del Comitato Direttivo AIRTUM:** **Stefano Ferretti**<sup>12</sup>

Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute - CCM

1. Registro Tumori del Veneto, Direzione Controlli e Governo SSR, Assessorato alla Sanità della Regione Veneto, Padova
2. Osservatorio Epidemiologico, Registro dei Tumori e Flussi, ASL della Provincia di Milano 1, Magenta (MI)
3. Registro Tumori Puglia, IRCCS Oncologico, Bari

# DI QUALI FLUSSI PARLIAMO

- Farmaceutica territoriale
- File F
- Ambulatoriale
- Esenzioni per patologia
- Invalidità

# PERCHÉ NON VENGONO UTILIZZATI

- NON tutti i registri possono accedere a tutti i flussi
- NON sempre è completo
- l'utilizzo può essere difficile se non si dispone di una infrastruttura informatica adeguata
- NON è presente una codifica utilizzabile e nota ai registratori
- le informazioni contenute sono di più difficile utilizzo nella logica della registrazione

# COME UTILIZZIAMO I FLUSSI COMPLEMENTARI

- Aiuto nella risoluzione dei casi
- Identificazione della casistica incidente
- Risoluzione 'automatica' della casistica incidente
- Integrazione con i dati di registro

# COME UTILIZZIAMO I FLUSSI COMPLEMENTARI

- Aiuto nella risoluzione dei casi
- Identificazione della casistica incidente
- Risoluzione 'automatica' della casistica incidente
- Integrazione con i dati di registro



# ESEMPIO 1.

- ricovero unico a gennaio del 2012 con diagnosi di neoplasia del polmone in una struttura extraregionale
- la cartella viene chiesta e in virtù della normativa sulla privacy negata dalla direzione sanitaria
- Il registro ha solo una storia di ricoveri precedenti per BPCO
  - COSA FACCIAMO?

# ESEMPIO 1.

- ricovero unico a gennaio del 2012 con diagnosi di neoplasia del polmone in una struttura extraregionale
- la cartella viene chiesta e in virtù della normativa sulla privacy negata dalla direzione sanitaria
- Il registro ha solo una storia di ricoveri per BPCO
- Leggiamo nel **flusso della specialistica ambulatoriale** che il paziente inizia un trattamento chemioterapico della durata di 3 mesi dopo il ricovero
- COSA FACCIAMO?

# ESEMPIO 1.

- ricovero unico a gennaio del 2012 con diagnosi di neoplasia del polmone in una struttura extraregionale
- la cartella viene chiesta e in virtù della normativa sulla privacy negata dalla direzione sanitaria
- il registro ha solo una storia di ricoveri per BPCO
- leggiamo nel **flusso della specialistica ambulatoriale** che il paziente inizia un trattamento chemioterapico della durata di 3 mesi dopo il ricovero
- leggiamo sul **flusso del file F** che inizia successivamente un trattamento con ERLOTINIB
- COSA FACCIAMO?

# ESEMPIO 1.

- ERLOTINIB è usato nel trattamento del tumore polmonare non a piccole cellule in stato avanzato o metastatico.
  - pazienti le cui cellule tumorali hanno subito mutazioni nel gene per una proteina chiamata recettore del fattore di crescita dell'epidermide [EGFR] e che non sono stati precedentemente trattati con chemioterapia (farmaci antitumorali).
  - pazienti la cui malattia è stabile in seguito ai primi quattro cicli di chemioterapia standard che include un farmaco contenente platino.
  - pazienti che sono stati sottoposti almeno a un precedente trattamento di chemioterapia che non è stato efficace.

## ESEMPIO 2.

- paziente con ricovero per leucemia mieloide cronica che non ha traccia nelle AP disponibili di una biopsia midollare
- COSA FACCIAMO?

## ESEMPIO 2.

- paziente con ricovero per leucemia mieloide cronica che non ha traccia nelle AP disponibili di una biopsia midollare
- Leggiamo nel **flusso del file F**: il paziente inizia un trattamento con IMATINIB
- COSA FACCIAMO?

## ESEMPIO 2.

- L'imatinib è il farmaco di prima scelta nella leucemia mieloide cronica Philadelphia positiva

## ESEMPIO 3.

- un solo ricovero con prostata in diagnosi secondaria nel 2011 senza alcuna traccia nella AP disponibili di biopsie o di intervento
- COSA FACCIAMO?



## ESEMPIO 3.

- un solo ricovero con prostata in diagnosi secondaria nel 2011 senza alcuna traccia nella AP disponibili di biopsie o di intervento
- leggiamo nel **flusso della specialistica ambulatoriale** che il paziente inizia un trattamento radioterapico della durata di 8 settimane dopo il ricovero
- leggiamo nel **flusso della farmaceutica territoriale** che il paziente inizia un trattamento ormonoterapico concomitante alla radioterapia
- COSA FACCIAMO?

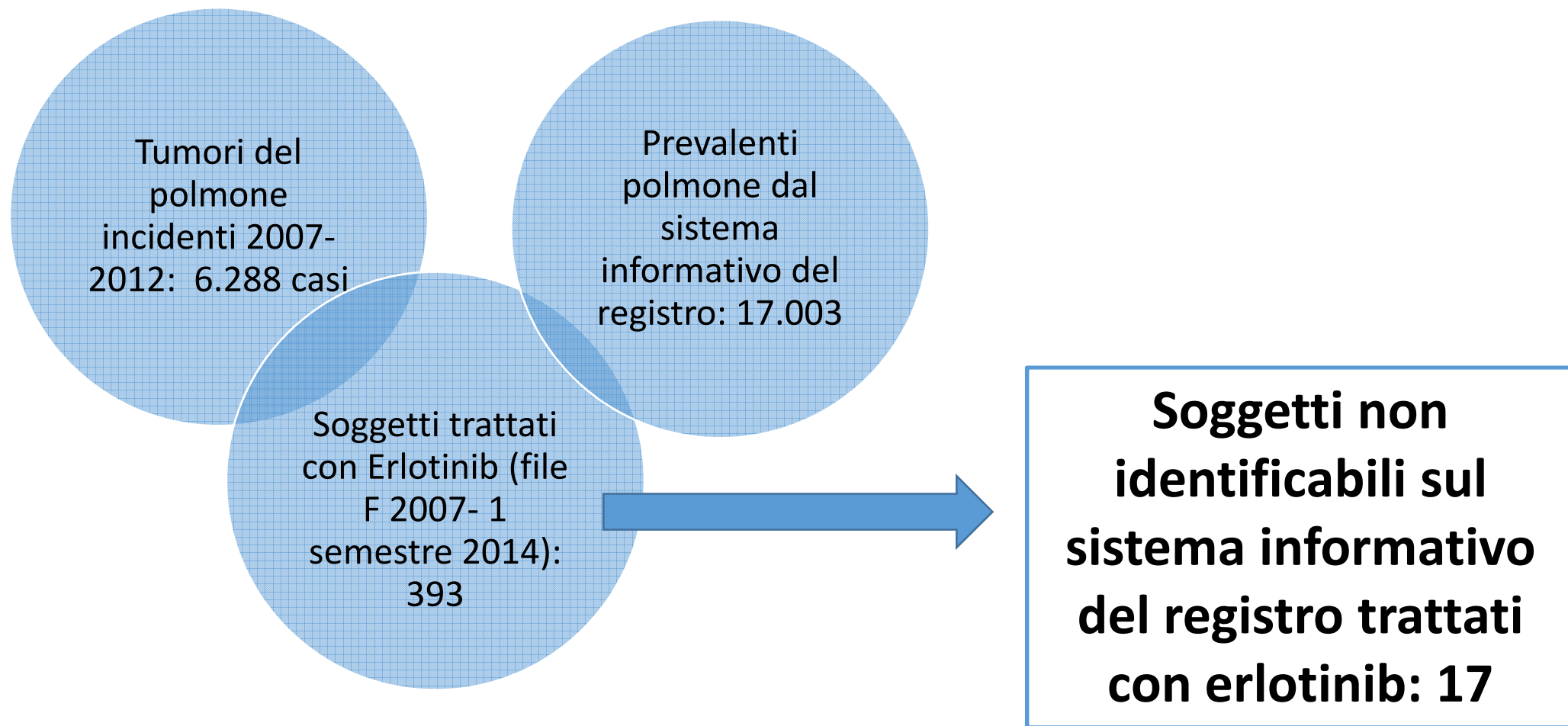
# INVALIDITÀ

ESITI	
ANAMNESI	DIAGNOSI1
NEL NOVEMBRE 1997 RISCONTRO DI ADC SIGMA PT3 N0 M0 G2 B2 (SU DUKES) CON EMICOLECTOMIA SN - NEL 2000 RECIDIVA DI ISTIOCITOMA TIBIO TARSICO DX OPERATO NEL 1973 - PREGRESSA ASPORTAZIONE TUMORE GIGANTO CELLULARE BENIGNO 2 DITO MANO DX	ESITI DI EMICOLECTOMIA SN IN ADC SIGMA T3 N0 M0 TRATTATA CON CHEMIOTERAPIA E SUCCESSIVA COMPLICANZA OCCLUSIVA ILEALE - ISTROCITOMA TIBIO TARSICA DX  DA RIVEDERE TRA 2 ANNI

# COME UTILIZZIAMO I FLUSSI COMPLEMENTARI

- Aiuto nella risoluzione dei casi
- **Identificazione della casistica incidente**
- Risoluzione 'automatica' della casistica incidente
- Integrazione con i dati di registro

# Esempio 1



Registro Tumori

Nome:

Sesso:

Data di nascita :--

Codice Fiscale :

Home

Menu

utente:ARusso

Ricerca a.p.

Ricerca este

*Ricovero del 15-05-1998 tipo ricovero:Day-Hospital ospedale: IST. CLIN. HUMANITAS-ROZZANO cartella: 98007809 data dimissione: 15-05-1998 reparto:UROLOGIA*  
*Diagnosi principale: 6029-Patologia non specificata della prostata*  
*prima procedura: 6011-Biopsia transperineale [percutanea] [agobiopsia] della prostata*  
*seconda procedura: 9139-Esame microscopico di campione di vescica, uretra, prostata, vescicole seminali, tessuto perivescicale, e dell'urina e del seme - altri esami microscopici*

Totale record : 9

assegna record a codice fiscale

Invia richiesta

**Registro Tumori**

Nome:

Sesso:

Data di nascita :

Codice Fiscale :

Home

Menu

utente:ARUSS

Ricerca a.p.

Ricerca es

referto del 15-05-1998

sede: Humanitas

codice morfologia: M09460-

codice topografia: T92000-

referto: 1998-000001149C-MATERIALE INVIATO: Neoformazione cistica prostatica, agoaspirato **REPERTO MICROSCOPICO:** Materiale ematico e macrofagi in attivita' fagica. **DIAGNOSI:** Negativa la ricerca di CTM.

Totale record : 9

assegna record a codice fiscale

Invia richiesta

Registro Tumori

Nome:

Sesso:

Data di nascita :--

Codice Fiscale :

Home

Menu

utente:ARusso

Ricerca a.p.

Ricerca estesa a.p.

referto del 03-04-2007

sede: Niguarda

codice morfologia: M-60000-

codice topografia: T-26000-

referto: C2007-001491-

ESAME CITOLOGICO-STRISCIO

SPAZZOLATO BRONCHIALE

\*\*\* Gross Non Presente \*\*\*

\*\*\* Microscopic Non Presente \*\*\*

Negativa la ricerca di C.T.M.

.....

ESAME CITOLOGICO-CITOICLUSO

ASPIRATO BRONCHIALE

\*\*\* Gross Non Presente \*\*\*

\*\*\* Microscopic Non Presente \*\*\*

Negativa la ricerca di C.T.M.

.....

ESAME CITOLOGICO-CITOICLUSO

ESPETTORATO

\*\*\* Gross Non Presente \*\*\*

\*\*\* Microscopic Non Presente \*\*\*

Totale record : 9

assegna record a codice fiscale

Invia richiesta

Registro Tumori

Nome:

Sesso:

Data di nascita :--

Codice Fiscale

Home

Menu

utente:ARusso

Ricerca a.p.

Ricerca estesa

referto del 06-07-2007

sede: Niguarda

codice morfologia:

codice topografia:

referto: V2007-000627-

BIOLOGIA MOLECOLARE

\*\*\* ClinicalInformation Non Presente \*\*\*

Preparati istologici di biopsia polmonare (N 5 vetrini bianchi) proveniente da Fondazione Policlinico di Milano e contrassegnati con N di riferimento 2007-1/10670.

Analisi

Stato mutazionale esoni 18-21 del gene EGFR

Metodica

Amplificazione in vitro di DNA mediante Reazione a catena della polimerasi

Sequenziamento diretto bidirezionale; L'analisi delle sequenze degli esoni 18-21 del gene EGFR ( Epidermal Growth Factor Receptor) ha evidenziato il seguente stato mutazionale :

- Esone 18 = Non Mutato

- Esone 19 = Non Mutato

- Esone 20 = Non Mutato

- Esone 21 = Mutazione L858R

Conclusioni :

Presenza di mutazione puntiforme eterozigote [(T>G) Leu858Arg] a livello dell'esone 21 del gene EGFR.

Totale record : 9

assegna record a codice fiscale

Invia richiesta



Nome:

Sesso:

Data di nascita :--

Codice Fiscale :

Ricerca a.p.

Ricerca estesa a.p.

referto del 06-07-2007

sede: Niguarda

codice morfologia:

codice topografia:

referto: H2007-000562-

**IBRIDIZZAZIONE IN SITU FLUORESCENTE**

\*\*\* ClinicalInformation Non Presente \*\*\*

\*\*\* Gross Non Presente \*\*\*

\*\*\* Microscopic Non Presente \*\*\*

terminazione EGFR con metodica FISH sul preparato istologico proveniente dall'Ospedale Maggiore Policlinico Milano (Chirurgia Toracica) e contrassegnato dal N. 1 -2007-1 /10670.

Tipo di analisi : numero di copie del gene EGFR

Metodica : Ibridazione in situ con sonda fluorescente (FISH).

Sonda : LSI EGFR Dual Color (regione 7p12 + centromero 7) Vysis. ;L'indagine FISH ha mostrato il seguente assetto quantitativo genico :

Rapporto EGFR / CEP7 = 1,06.

Numero medio di segnali EGFR per nucleo = 2,51.

CONCLUSIONI : Neoplasia caratterizzata da prevalente POLISOMIA BILANCIATA della popolazione cellulare neoplastica(da 1 a 6 segnali per tipo di sonda e per nucleo in diverse combinazioni) per il gene EGFR ed il cromosoma 7 nel 56% circa delle cellule esaminate, con DISOMIA BILANCIATA nel restante 44% circa delle cellule esaminate.

**IBRIDIZZAZIONE IN SITU FLUORESCENTE**

\*\*\* ClinicalInformation Non Presente \*\*\*

\*\*\* Gross Non Presente \*\*\*

Totale record : 9

assegna record a codice fiscale

Invia richiesta

Registro Tumori

Nome:

Sesso:

Data di nascita :--

Codice Fiscale :

Home

Menu

utente:ARusso

Ricerca a.p.

Ricerca estesa a.

<i>inizio</i>	<i>fine</i>	<i>descrizione</i>	<i>struttura</i>
01-10-2009	01-10-2009	ERLOTINIB	OSP. GENERALE PROVINCIALE - SARONNO

Totale record : 9

assegna record a codice fiscale

Invia richiesta

# VERIFICA ANAGRAFICA

- Il paziente è incidente nell'area del registro nel momento della 'diagnosi'
- Sulla anagrafe regionale risulta emigrato in data 04/03/2009

# Mettiamo a fuoco qualche cosa!

- Il recupero di casistica incidente è modesto ma riguarda porzioni limitate e molto particolari di casistica
- Una volta identificati e inseriti quali problemi ha la risoluzione di questi casi?
- Occorre una revisione delle regole di registrazione o si deve arrivare al recupero di materiale 'convenzionale'?
- Quale logica potrebbe giustificare l'impegno di risorse aggiuntive per recuperare lo 0,3% dei casi

# COME UTILIZZIAMO I FLUSSI COMPLEMENTARI

- Aiuto nella risoluzione dei casi
- Identificazione della casistica incidente
- **Risoluzione 'automatica' della casistica incidente**
- Integrazione con i dati di registro

## ESEMPIO 2

- Casi incidenti 2007-2012 **984-993 LEUCEMIE MIELOIDI: 644**
- 
- Qual'è la distribuzione delle morfologie?

codice	Descrizione	Prima	
9840.3	Leucemia mieloide acuta, tipo M6	1	
9860.3	Leucemia mieloide, NAS	105	
9861.3	Leucemia mieloide acuta, NAS	321	
9863.3	Leucemia mieloide cronica, NAS	146	
9866.3	Leucemia promielocitica acuta t(15;17)(q22;q11-12)	11	
9867.3	Leucemia mielomonocitica acuta	13	
9871.3	Leucemia mieloide acuta con eosinofili midollari anormali	1	
9872.3	Leucemia mieloide acuta, con minima differenziazione	8	
9873.3	Leucemia mieloide acuta senza maturazione	2	
9874.3	Leucemia mieloide acuta con maturazione	1	
9875.3	<b>Leucemia mielogena cronica BCR/ABL positiva</b>	-	
9891.3	Leucemia monocitica acuta	5	
9895.3	Leucemia mieloide acuta con displasia multilineare	13	
9896.3	Leucemia mieloide acuta t(8;21)(q22;q22)	1	
9910.3	Leucemia megacarioblastica acuta	4	
9930.3	Sarcoma mieloide	2	
9931.3	Panmielosi acuta con mielofibrosi	10	
	Totale	644	

## ESEMPIO 2

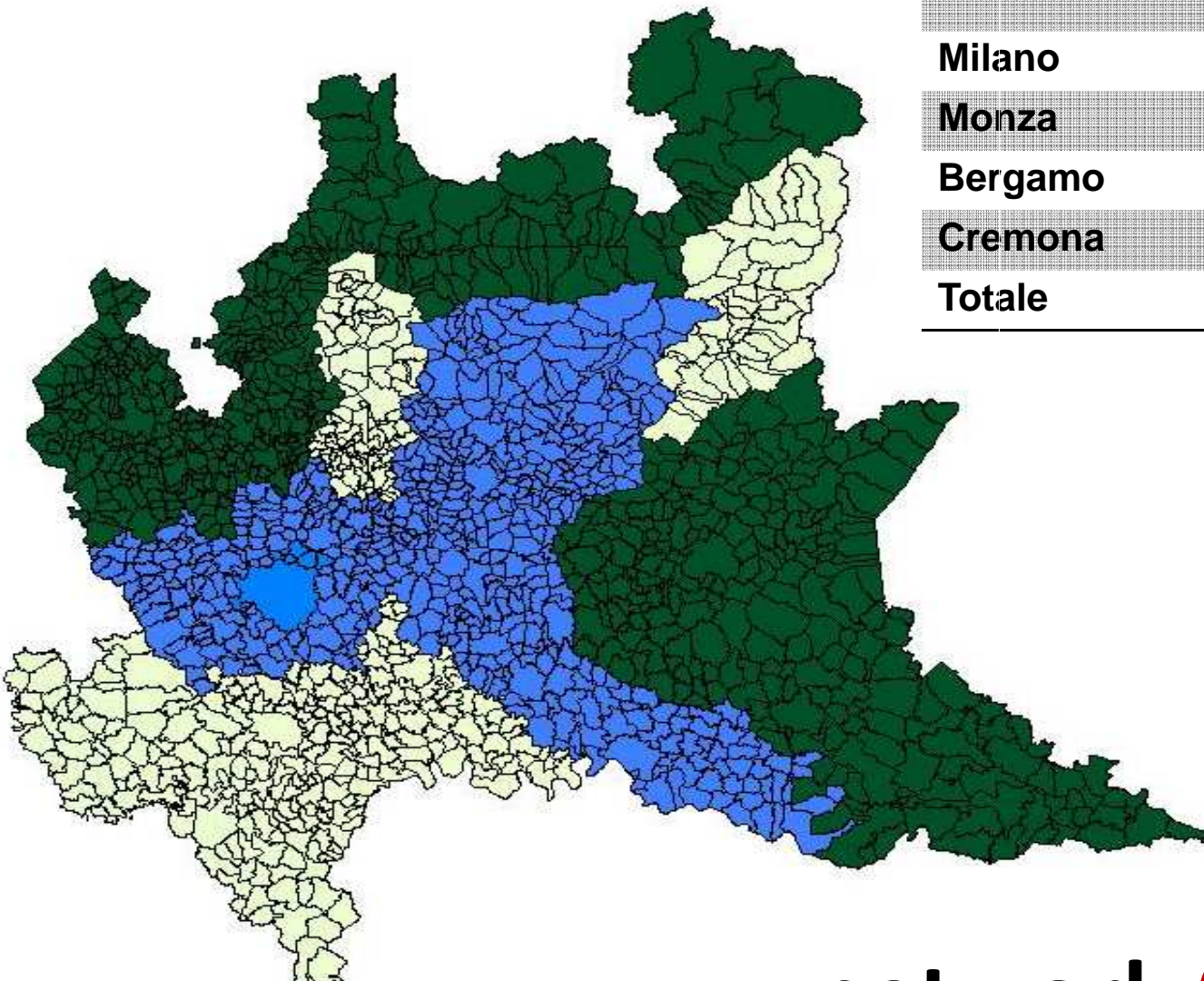
- Casi incidenti 2007-2012 **984-993 LEUCEMIE MIELOIDI: 644**
- Pazienti trattati con IMATINIB 2007-2014: **348**
- Casi incidenti trattati con imatinib: 72



codice	Descrizione	Prima	Dopo
9840.3	Leucemia mieloide acuta, tipo M6	1	1
9860.3	Leucemia mieloide, NAS	105	105
9861.3	<b>Leucemia mieloide acuta, NAS</b>	<b>321</b>	<b>321</b>
9863.3	<b>Leucemia mieloide cronica, NAS</b>	<b>146</b>	<b>74</b>
9866.3	Leucemia promielocitica acuta t(15;17)(q22;q11-12)	11	11
9867.3	Leucemia mielomonocitica acuta	13	13
9871.3	Leucemia mieloide acuta con eosinofili midollari anormali	1	1
9872.3	Leucemia mieloide acuta, con minima differenziazione	8	8
9873.3	Leucemia mieloide acuta senza maturazione	2	2
9874.3	Leucemia mieloide acuta con maturazione	1	1
9875.3	<b>Leucemia mielogena cronica BCR/ABL positiva</b>		<b>72</b>
9891.3	Leucemia monocitica acuta	5	5
9895.3	Leucemia mieloide acuta con displasia multilineare	13	13
9896.3	Leucemia mieloide acuta t(8;21)(q22;q22)	1	1
9910.3	Leucemia megacarioblastica acuta	4	4
9930.3	Sarcoma mieloide	2	2
9931.3	Panmielosi acuta con mielofibrosi	10	10
	Totale	644	644

Risoluzione 'automatica' della casistica incidente

**PROSPETTIVE FUTURE**



	<b>Uomini</b>	<b>Donne</b>	<b>Totale</b>
<b>Milano</b>	1.453.737	1.581.706	3.035.443
<b>Monza</b>	536.513	550.377	1.086.890
<b>Bergamo</b>	409.697	430.661	840.358
<b>Cremona</b>	174.584	182.997	357.581
<b>Totale</b>	2.574.531	2.745.741	5.320.272

	<b>N. comuni</b>
<b>Milano</b>	134
<b>Monza</b>	56
<b>Bergamo</b>	244
<b>Cremona</b>	115
<b>Totale</b>	549

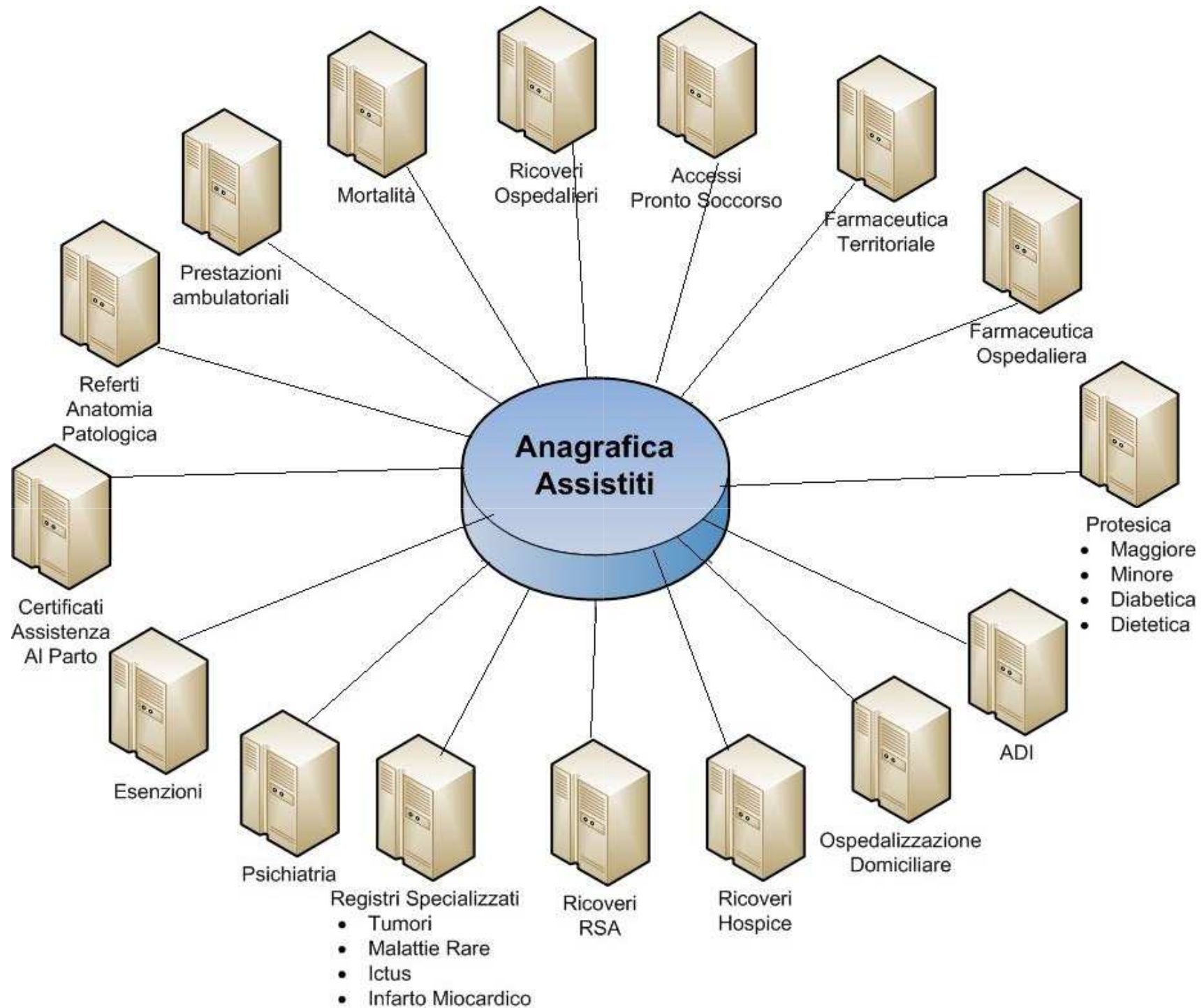
**network OSSERVA**



**OSS**ervatori **E**pidemiologici e **R**egistri tumori per la **VA**lutazione in sanità

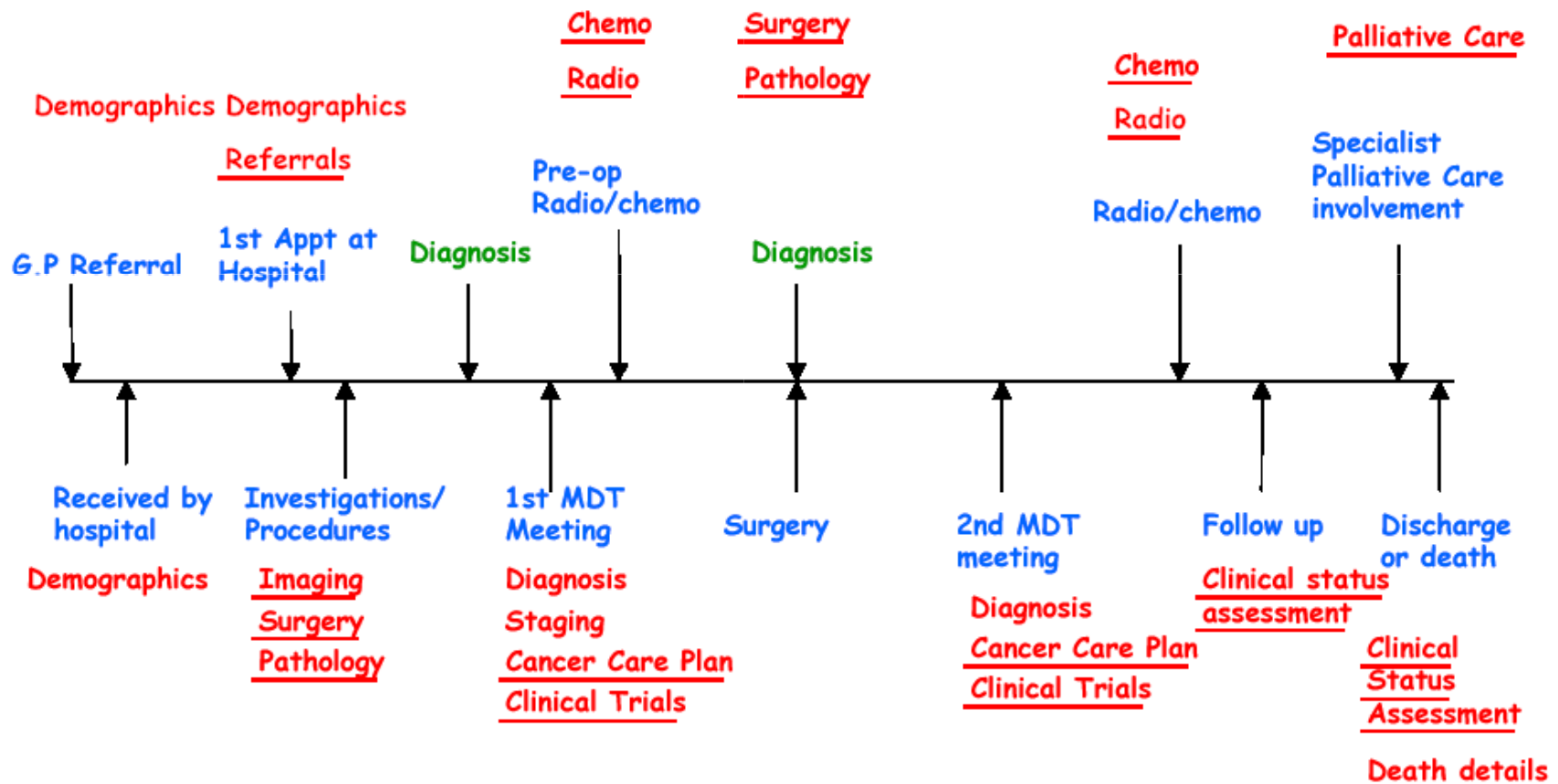
# COME UTILIZZIAMO I FLUSSI COMPLEMENTARI

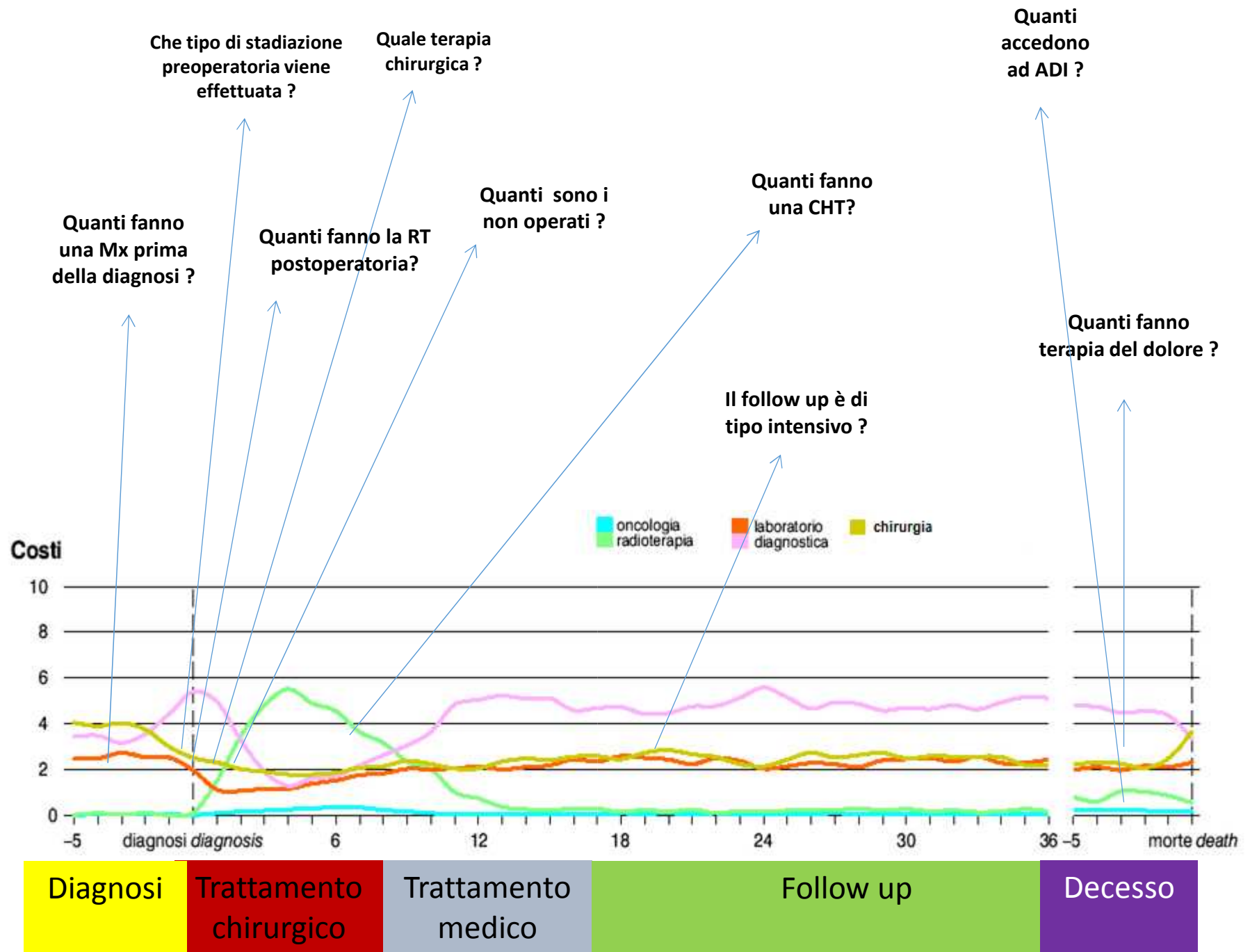
- Aiuto nella risoluzione dei casi
- Identificazione della casistica incidente
- Risoluzione 'automatica' della casistica incidente
- **Integrazione con i dati di registro**





# Patient Journeys







ANALISI  
DEI PERCORSI  
DIAGNOSTICO  
TERAPEUTICI  
IN ONCOLOGIA

**I TUMORI DELLA MAMMELLA**



- **UTILIZZO FLUSSI INFORMATIVI CORRENTI**
- **APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE e COLLABORATIVO**
- **INDICATORI DI PROCESSO (letteratura)**
- **QUATTRO MOMENTI DEL PERCORSO**
- **CONTROLLO DEI CONFONDENTI**



01 Mammografia nei 6 mesi precedenti la diagnosi.....	48
02 Mammografia da screening nei 6 mesi precedenti la diagnosi.....	52
03 Ecografia mammaria nei 6 mesi precedenti la diagnosi.....	56
04 Mammografia e/o ecografia nei 6 mesi precedenti la diagnosi.....	60
05 Scintigrafia ossea nei 6 mesi precedenti l'intervento.....	62
06 TC torace e/o addome e/o RMN addome nei 6 mesi precedenti la diagnosi.....	66
07 Marker nei 6 mesi precedenti la diagnosi.....	70
08 Patologie cardiovascolari maggiori.....	74
09 Diabete.....	78

01 Chemioterapia neoadiuvante.....	82
02 Trattamento chirurgico.....	86
03 Trattamento chirurgico primario conservativo.....	90
04 Linfonodo sentinella.....	94
05 Svuotamento ascellare.....	98
06 Svuotamento ascellare differito rispetto al linfonodo sentinella.....	102
07 Re-intervento entro 4 mesi dall'intervento di chirurgia conservativa.....	106
08 Chirurgia ricostruttiva intracoperatoria.....	110
09 Chirurgia ricostruttiva differita.....	114

01 Radioterapia successiva a quadrantectomia.....	118
02 Chemioterapia.....	122
03 Ormonoterapia.....	126
04 Chemioterapia ed ormonoterapia.....	130
05 Chemioterapia e/o farmaci biologici ad alto costo.....	134
06 Chemioterapia nelle donne di età inferiore ai 50 anni.....	138
07 Chemio/ormonoterapia nelle donne di età inferiore ai 50 anni.....	142
08 Effetti collaterali ematologici gravi in corso di chemioterapia.....	146

01 Linfedema dell'arto superiore nei 24 mesi successivi al trattamento chirurgico.....	150
02 Mammografia nei 18 mesi successivi.....	154
03 Dosaggio per la ricerca di marker tumorali nell'anno successivo.....	158
04 Scintigrafia ossea nell'anno successivo.....	162
05 TC torace e/o addome e/o RMN addome nell'anno successivo.....	166
06 Ecografia mammaria nell'anno successivo.....	170
07 Ecografia dell'addome nell'anno successivo.....	174
08 Follow-up intensivo nell'anno successivo.....	178

ASL Milano 1 • ASL Cremona • ASL Monza e Brianza • ASL Bergamo • ASL Milano 2 • ASL Milano

ANALISI  
DEI PERCORSI  
DIAGNOSTICO  
TERAPEUTICI  
IN ONCOLOGIA

**I TUMORI DELLA MAMMELLA**

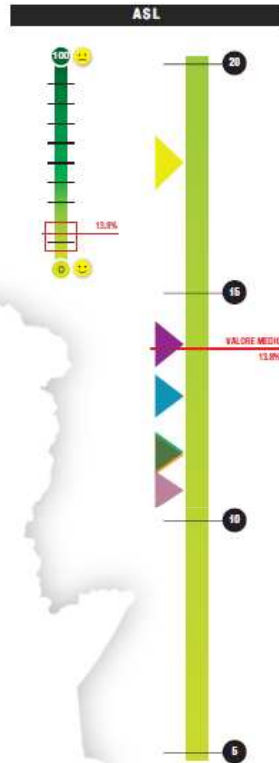
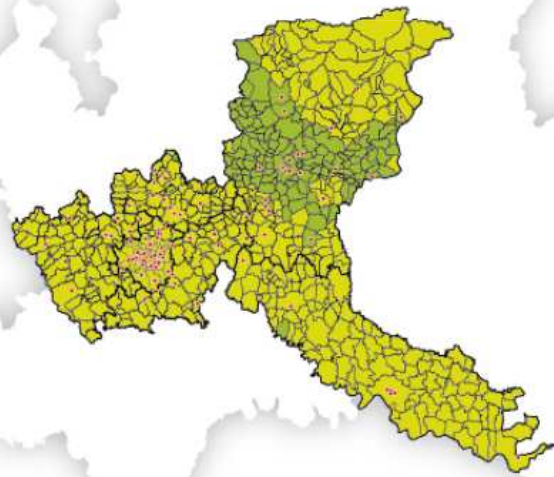
Regione Lombardia

# Linfedema dell'arto superiore nei 24 mesi successivi al trattamento chirurgico

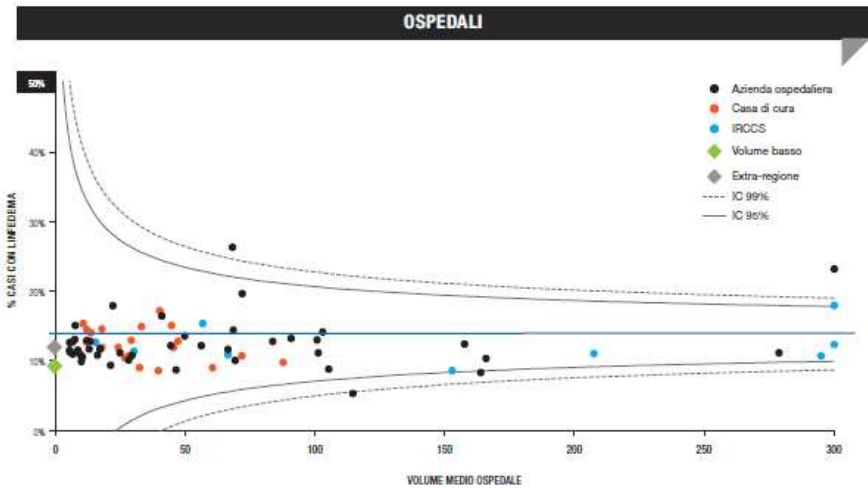
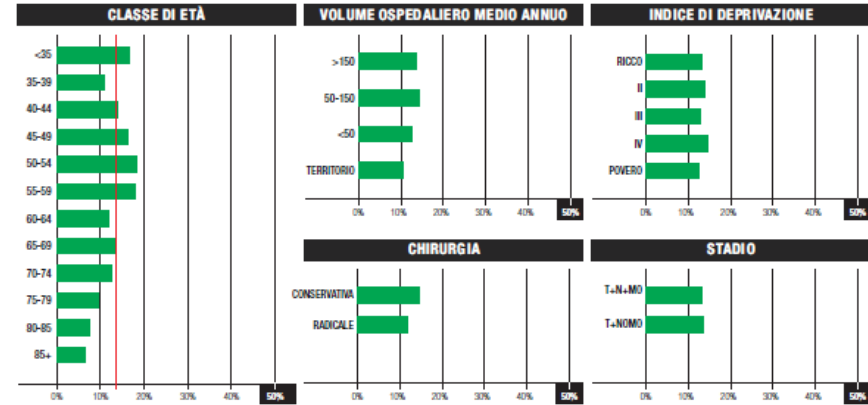
**DESCRIZIONE:** stima la proporzione di pazienti che sviluppano un linfedema dell'arto superiore nei 2 anni successivi al trattamento chirurgico

**DISTRIBUZIONE SPAZIALE**

- 0-20
- 21-40
- 41-60
- 61-80
- 81-100



Linfedema dell'arto superiore nei 24 mesi successivi al trattamento chirurgico



## FOLLOW-UP 01

### Linfedemi dell'arto superiore nei 24 mesi successivi al trattamento chirurgico

**DEFINIZIONE** % di soggetti con tumore della mammella sottoposti a intervento chirurgico di svuotamento ascellare che sviluppano un linfedema entro 24 mesi

**SIGLA** FOL\_01

**SIGNIFICATO** indicatore complesso che combina informazioni relative all'intervento chirurgico, alle indicazioni fornite al paziente sugli stili di vita da seguire e informazioni relative alla riabilitazione post-chirurgica (non necessariamente in una riabilitazione/ambulatorio riabilitativo)

**NUMERATORE** n. casi con linfedema nei 24 mesi successivi all'intervento di svuotamento ascellare

**DENOMINATORE** n. soggetti inclusi in indicatore TCHI\_05  
n. casi sottoposti a svuotamento ascellare ricercato nei 6 mesi precedenti e 6 mesi successivi all'intervento per tumore

**FORMULA MATEMATICA** 
$$\frac{\text{n. casi con linfedema nei 24 mesi successivi all'intervento di svuotamento ascellare}}{\text{n. soggetti inclusi in indicatore TCHI_05}} \times 100$$
  
n. casi sottoposti a svuotamento ascellare ricercato nei 6 mesi precedenti e 6 mesi successivi all'intervento per tumore

**FONTE** SDO, 28/SAN

**FONTE**  
SDO

#### **CODICI**

##### **Diagnosi**

457.0 Sindrome linfadematosa postmastectomia  
457.1 Altri linfoedemi  
457.2 Linfangite

#### **MODALITÀ**

Identificare in diagnosi principale dei ricoveri entro i 2 anni dalla data di intervento per svuotamento ascellare

28/SAN

#### **Procedure**

93.39.2 Massoterapia per drenaggio linfatico  
93.39.3 Pressoterapia o  
presso-depressoterapia intermittente  
93.39.5 Elettroterapia antalgica

Identificare in tutti i campi procedura entro i 2 anni dalla data di intervento per svuotamento ascellare

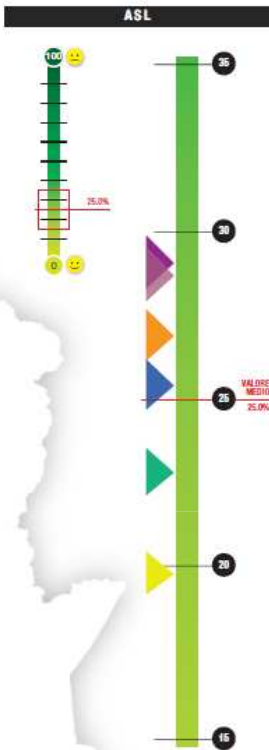
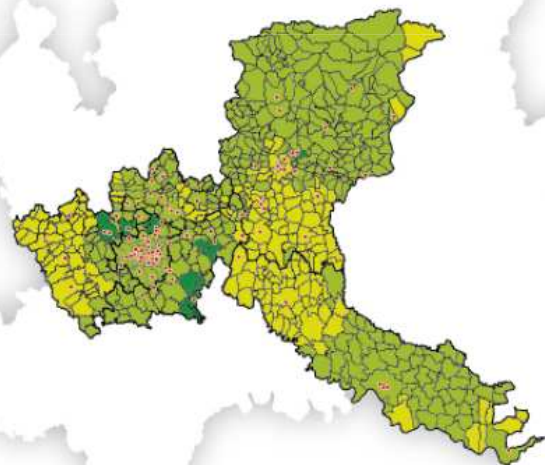


## Follow-up intensivo nell'anno successivo

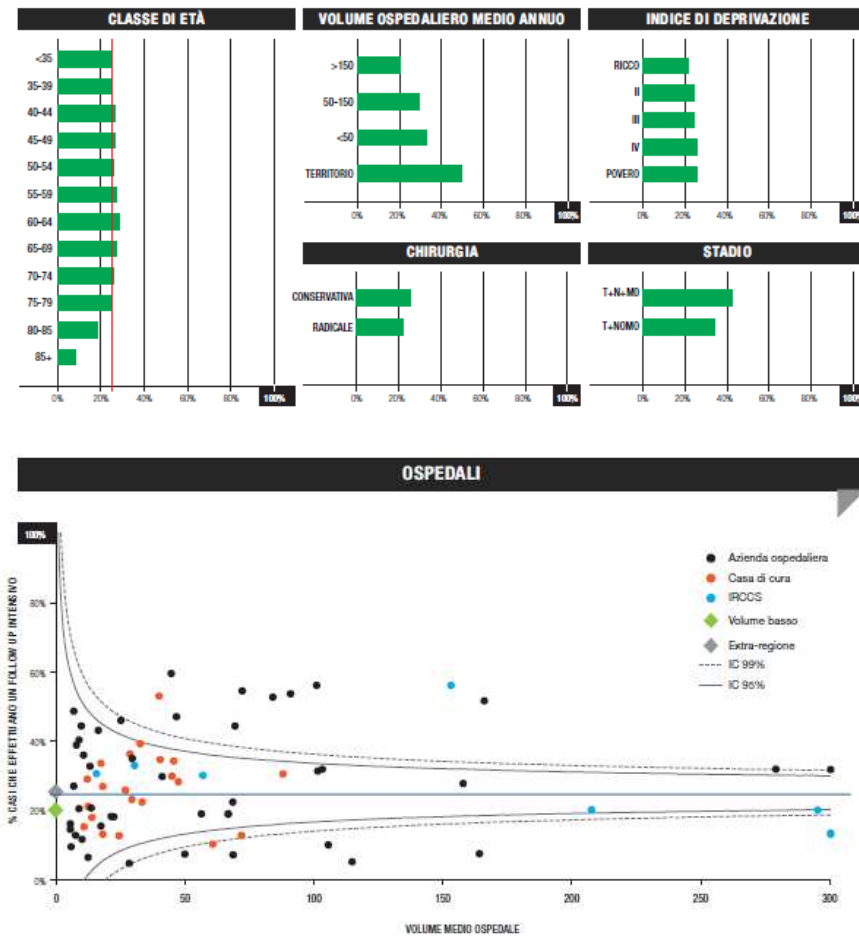
**DESCRIZIONE:** stima la proporzione di pazienti che effettuano un follow-up intensivo nell'anno successivo all'intervento

### DISTRIBUZIONE SPAZIALE

- 0-20
- 21-40
- 41-60
- 61-80
- 81-100



## Follow-up intensivo nell'anno successivo



## FOLLOW-UP 08

### Follow-up intensivo nell'anno successivo

<b>DEFINIZIONE</b>	% di casi con tumore della mammella che effettuano nell'anno successivo all'intervento almeno: una scintigrafia ossea + un dosaggio per la ricerca di marker tumorali + una TC/RMN al torace/addome o una ecografia all'addome	
<b>SIGLA</b>	FOL_08	
<b>SIGNIFICATO</b>	indica quanti sono i casi che effettuano un follow-up intensivo. È un dato ormai consolidato in letteratura che il follow-up intensivo produce solo una anticipazione diagnostica non modificando la mortalità.	
<b>NUMERATORE</b>	n. casi con tumore della mammella che effettuano un follow-up intensivo tra 31 e 365 giorni dopo l'intervento, esclusi i casi metastatici <i>ab initio</i> o che sviluppano metastasi o sono deceduti nel primo anno	
<b>DENOMINATORE</b>	n. casi con tumore della mammella sottoposti a intervento chirurgico, esclusi i soggetti metastatici <i>ab initio</i> o che sviluppano metastasi o sono deceduti nell'anno successivo all'intervento.	
<b>FORMULA MATEMATICA</b>	$\frac{\text{n. casi con tumore della mammella con follow-up intensivo tra 31 e 365 giorni dopo l'intervento (esclusi soggetti metastatici ab initio o che sviluppano metastasi o sono deceduti nell'anno successivo all'intervento)}}{\text{n. casi con tumore della mammella sottoposti a intervento chirurgico (esclusi soggetti metastatici ab initio o che sviluppano metastasi o sono deceduti nell'anno successivo all'intervento)}} \times 100$	
<b>FONTE</b>	28/SAN, SDO	
<b>FONTE</b> 28/SAN SDO	<b>CODICI</b> Vedi schede singolo esame Vedi schede singolo esame	

## TUMORI INVASIVI DELLA MAMMELLA

- tempo intercorso dalla mammografia all'intervento chirurgico (fonte: SDO, specialistica ambulatoriale);
- % nuovi casi che effettuano una cito-istologia nei 60gg precedenti l'intervento chirurgico (con l'esclusione dei casi con CHT neoadiuvante): (fonte: SDO, specialistica ambulatoriale, File F);
- % nuovi casi che effettuano il linfonodo sentinella: (fonte: SDO, specialistica ambulatoriale);
- % nuovi casi sottoposti a tecnica chirurgica radicale al di sotto dei 70 anni che effettuano la ricostruzione (fonte: SDO);
- % nuovi casi non metastatici ab initio che avviano un trattamento medico radioterapico adiuvante entro 3 mesi dall'intervento chirurgico: (fonte: specialistica ambulatoriale, File F);
- % nuovi casi che effettuano una mammografia nei 18 mesi successivi la chirurgia (con l'esclusione dei casi metastatici): (fonte: SDO, specialistica ambulatoriale, File F);
- % nuovi casi che effettuano una scintigrafia ossea o PET/TC/RM o markers tumorali nell'anno successivo il trattamento chirurgico (con l'esclusione dei casi metastatici): (fonte: SDO, specialistica ambulatoriale, File F).

## CARCINOMA COLON-RETTO

- casi con trattamento chirurgico per tumore del colon entro 60 gg dall'endoscopia: (fonte: SDO, specialistica ambulatoriale);
- casi con trattamento CHT/RT o chirurgico per tumore del retto/canale anale entro 60 gg dall'endoscopia: (fonte: SDO, specialistica ambulatoriale);
- nuovi casi che effettuano una endoscopia nei 18 mesi successivi alla chirurgia primaria: (fonte: SDO, specialistica ambulatoriale);
- nuovi casi che effettuano una PET/TC/RM nell'anno successivo il trattamento chirurgico (con l'esclusione dei casi metastatici): (fonte: SDO, specialistica ambulatoriale, File F).

## • **Mielomi**

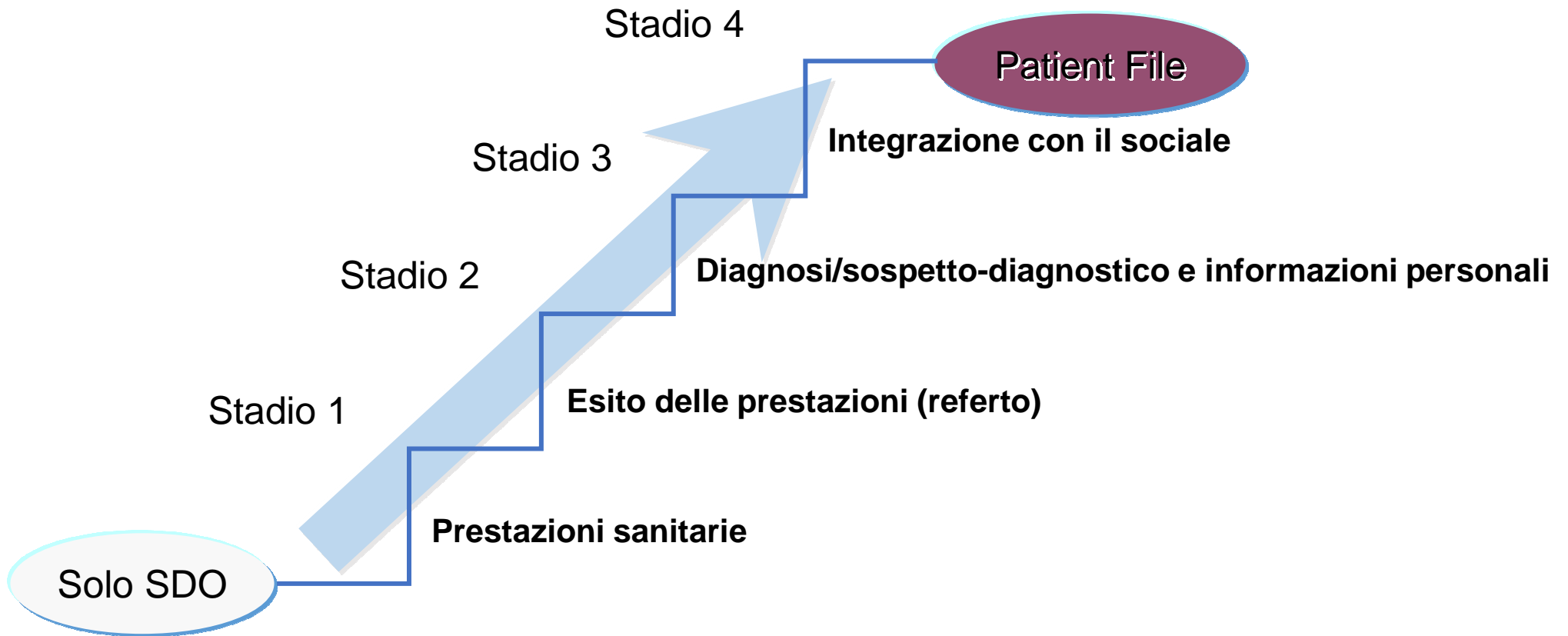
- Esami citologici/istologici nei 3 mesi precedenti il primo ricovero per mieloma (fonte: SDO e specialistica ambulatoriale).
- Esami strumentali (RX scheletro completo, RMN rachide, PET) nei 3 mesi precedenti il primo ricovero per mieloma: (fonte: SDO e specialistica ambulatoriale).

## • **Linfomi non Hodgkin**

- biopsia linfonodale, biopsia osteomidollare, TAC / RMN total body con MC o PET nei 3 mesi precedenti il primo ricovero per linfoma non Hodgkin: (fonte: SDO e specialistica ambulatoriale).

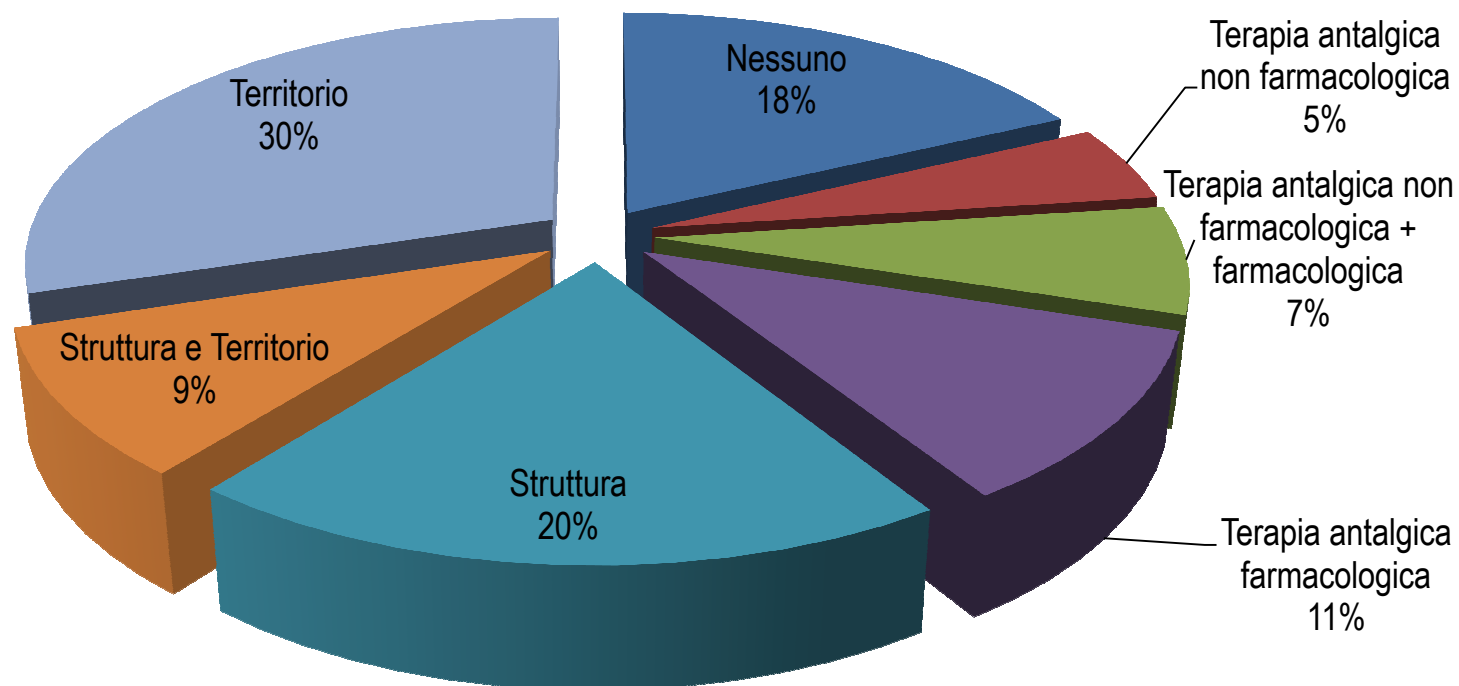


# INTEGRAZIONE DELLE INFORMAZIONI SANITARIE INDIVIDUALI



# UTILIZZO DELLA RETE DELLE CURE PALLIATIVE NEGLI ULTIMI 3 MESI DI VITA

## COLON-RETTO



# CONCLUSIONI 1

- i percorsi diagnostico terapeutici dei pazienti con patologie croniche stanno cambiando rapidamente
- I flussi *'storici'* che permettevano ai registri di raggiungere un elevato livello di completezza riducono progressivamente il loro contributo in maniera differenziale nelle varie sedi
- altri flussi stanno assumendo rilevanza nella *'identificazione del caso'* e questo avviene in maniera differenziale in Italia e all'interno dei differenti sistemi regionali

## CONCLUSIONI 2

- Trascurare questo scenario evolutivo vuol dire perdere progressivamente parti di casistica selezionata
- L'idea che *'tanto prima o poi lo catturo perché si ricovera'* non è possibile dove i registri hanno un utilizzo programmatico
- L'utilizzo delle SDO per definire indicatori di aderenza ai percorsi o *'stimare'* costi non è più realistico e introduce pesanti distorsioni (confronto tra sistemi e all'interno di una regione?): i costi veri sono altrove e l'interesse del programmatore è molto meno concentrato sui ricoveri

# CONCLUSIONI 3

- Cominciare a reclutare e utilizzare i flussi complementari
- Sviluppare e VALIDARE 'dove possibile' algoritmi che li utilizzino sia in fase di consolidamento delle coorti sia in fase di risoluzione
- Definire nuove regole che limitino la 'discrezionalità' del loro utilizzo in fase di risoluzione: come abbiamo introdotto l'utilizzo dei marker va pensata l'introduzione di farmaci e procedure



ASLMI1

**Grazie dell'attenzione**

***Antonio Russo***

ASL Milano

Osservatorio Epidemiologico e Registri Specializzati

[antonio.russo@aslmi1.n](mailto:antonio.russo@aslmi1.n)