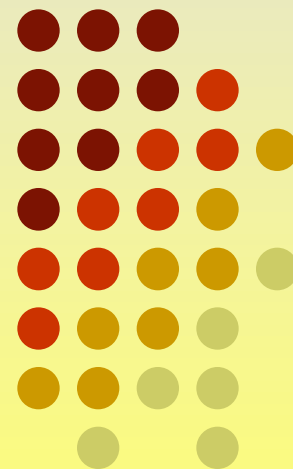


*Associazione Italiana Registri Tumori
XVII Riunione Scientifica Annuale
Bolzano, 20-22 marzo 2013*



**Sistema regionale
di diagnostica strutturata
in Anatomia Patologica:
l'esperienza dell'Emilia-Romagna.**



*Stefano Ferretti
Registro Tumori Area Vasta Emilia CEntrale*

il background...



- **Ruolo della diagnostica anatomo-patologica nella caratterizzazione delle neoplasie, nella definizione dei percorsi terapeutici e nel monitoraggio assistenziale;**
- **Compilazione narrativa del referto, scarsamente fruibile al di fuori del singolo percorso clinico e non disponibile per un'elaborazione sistematica;**
- **Procedura di codifica scarsamente efficiente**
- **Evoluzione dei sistemi di refertazione strutturata: aumento dell'accessibilità ai dati di diagnostica;**
- **Necessità di checklist sinottiche e adeguati strumenti informatici di gestione;**
- **Disponibilità: le *Electronic Cancer Checklists* del *College of American Pathologists (CAP)* rappresentano lo standard più avanzato.**

il progetto...



- Nel giugno 2011 un Gruppo di lavoro rappresentativo di tutte le U.O. di Anatomia Patologica è stato identificato dalla Commissione Oncologica Regionale;
- Il WG ha prodotto checklist condivise su 20 sedi neoplastiche principali e un modello di reportistica strutturata;

Checklist validate

- Mammella
- Melanoma
- Colon-retto
- Ovaio
- Endometrio
- Prostata
- Ossa – tessuti molli
- Pomone
- Tiroide
- Linfomi - leucemie



Checklist *in progress*

- Stomaco
- Fegato e vie biliari
- Ghiandole salivari
- Testa-collo
- Pancreas
- Rene
- Cervice uterina
- Vulva – vagina
- Sistema Nervoso Centrale
- Testicolo

caratteristiche...



- Allineamento alle linee-guida internazionali;
- **Basso impatto sull'attività diagnostica standard;**
- Dataset minimo condiviso su tutto il territorio regionale
- **Possibilità di personalizzazione e adattamento alle esigenze locali**
- Strutturazione gerarchica, per ogni campione patologico
- **Standardizzazione di nomenclatori e codifiche in fase diagnostica**
- Produzione di un tracciato-record contestuale all'atto diagnostico
- **Adattabilità del report finale di refertazione**

coinvolgimenti...



Linee-guida di riferimento:

- **CAP** (College of American Pathologists)
- **Royal College of Pathologists standards and datasets**
- **ADASP** (Ass. Directors Anatomic & Surgical Pathology) checklists
- **ESMO** (European Society of Medical Oncology) guidelines
- **NCCN** (National Comprehensive Cancer Network) guidelines
- **NICE** (National Collaborating Centre for Cancer) guidelines
- **AJCC-UICC TNM Staging manual 7th edition**

- **Software providers:** implementazione delle CL nei LIS;
- **Referenti locali:** supervisione e integrazione nelle infrastrutture regionali;
- **Agenzia Sanitaria e Sociale regionale:** fornitura delle infrastrutture IT
- **Società Italiana di Anatomia Patologica (SIAPEC):** expertise, nomenclatori;
- **Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM):** expertise, codifica



Simulazione di refertazione

Anatomia patologica - Refertazione di anatomia patologica - Ausl di Bologna

- [Refertazione](#)
- [Interrogazione](#)
- [Stampe](#)
- [Uscita](#)
- [Paziente: Bruno Rossi 01/01/1960](#)

[Dati identificativi](#) | [Preso in carico](#) | [Notizie cliniche](#) | [Macroscopica](#)

Paziente

Codice Fiscale: BRNR5590A01C541F
Nominativo: Bruno Rossi
Comune nascita: Certosa di Pavia (PV)
Data nascita: 01/01/1960
Comune residenza: Bologna

Medico richiedente

Codice Fiscale: AAABBB01A71B512J
Nominativo: ADELMO PEPPOLI
Reparto: 129 - Chirurgia d'urgenza

Identificativi

Data accettazione: 16/01/2013
SDO Erogante: 1239876549
SDO presidio: 12330985647

[Esci](#) | [Refertazione](#)

Mockup realizzato da [CUP2000 S.p.a.](#)

risultati...



Simulazione di refertazione

Anatomia patologica - Refertazione di anatomia patologica - Ausl di Bologna

- [Refertazione](#)
- [Interrogazione](#)
- [Stampe](#)
- [Uscita](#)
- [Paziente: Bruno Rossi 01/01/1960](#)

[Dati identificativi](#) | [Preso in carico](#) | [Notizie cliniche](#) | [Macroscopica](#) | [Microscopica](#) | [Diagnosi](#) | [Referto](#)

[Check List](#)

- Referto schematico
- Referto testuale

[Annulla](#) | [Diagnosi](#)

Mockup realizzato da [CUP2000 S.p.a.](#)

risultati...



Regione Emilia

Simulazione di Anatomia patologica

- Paziente: I
- Carcinoma

Tipo istologico adenocarcinoma

- Tumore primitivo non valutabile
 - Assenza di neoplasia
 - Adesione/connessione in adenocarcinoma tubolare
 - Adesione/connessione in adenocarcinoma tubolo-villoso
 - Adesione/connessione in adenocarcinoma villosa
 - Adesione/connessione in polipo adenomatosa
 - Adesione/connessione in polipo adenomatosa atipico
 - Adesione/connessione, NAS
 - Adesione/connessione (cistoidi)
 - Adesione/connessione a cellule ad alto grado di invasione
 - Carcinoma a piccole cellule
 - Carcinoma squamocellulare
 - Carcinoma adenocarcinoma
 - Carcinoma tubolare
 - Carcinoma a piccole cellule
 - Carcinoma differenziato
 - Carcinoma, NAS
 - Neoplasia maligna non valutabile, NAS
 - Neoplasia maligna infetto NAS
 - Altro (specificare)
- Grado istologico
- Non valutabile, GX
 - Beni differenziato, G1
 - Moderatamente differenziato, G2

Scrittura

Differenziazione

Infiltrazione

Valore

Non valutabile

Assenza

(Opz.) Assente

Focalità

Unica

Multiple

Ulcera

Non valutabile

Estensione

Intesa

Setta

Tumore

proprio

Tumore

metastatico

Organ

Specifico

Tipo di cellule

Epiteliale

Invasione

Non valutabile

Presente

Invasione

Non valutabile

Presente

Invasione

Non valutabile

Presente

Linfonodi

Assente

Stato linfatico

Stato linfatico

Margine

Non valutabile

Margine

irregolare

- Margine (specificare) infiltrato da neoplasia, intrinsecamente focale
- Margine (specificare) infiltrato da neoplasia, intrinsecamente pleocentrica
- Dettaglio Margine infiltrato

Margine radiale (Opz.)

- Non applicabile
- Non valutabile
- Margine libero da neoplasia
- Margine infiltrato da neoplasia, intrinsecamente nodulare
- Margine infiltrato da neoplasia, intrinsecamente pleocentrica
- Distacco minimo neoplasia (non)

Lesioni associate (opz.)

- Non identificabile
- IBD
- Altro (specificare)

Effetti della terapia (* solo se applicabile)

- Terapia neoadiuvante non eseguita
- Risposta completa (TRG 0)
- Risposta moderata (singole cellule o piccoli gruppi di cellule neoplastiche) (TRG 1)
- Risposta minima (carcinoma residuo con fibrosi/peridotti) (TRG 2)
- Risposta scarsa (minimo o assente neoplasia con residuo carcinoma residuo) (TRG 3)
- Non valutabile (specificare)

Infiltrati molecolari (opz.)

- Eseguita (specificare)
- Non eseguita

Materiale criopreservato

Sì

No

PT - Primary tumour

- pTX Tumore primitivo non valutabile
- pT0 Assenza di tumore primitivo

- pT0 Irruzione locale propria
- pT1 Irruzione sintomatica
- pT2 Irruzione sintomatica propria
- pT3 Irruzione sintomatica sintomatica
- pT4 Irruzione sintomatica sintomatica sintomatica
- pT4a Perforazione perforazione sintomatica
- pT4b Perforazione perforazione sintomatica sintomatica
- pT4c Perforazione perforazione sintomatica sintomatica sintomatica
- pT4d Perforazione perforazione sintomatica sintomatica sintomatica sintomatica

pN - Regional Lymph Nodes

- pNX linfonodi regionali non valutabili
- pN0 assenza di metastasi linfonodali
- pN1 Metastasi 1-3 linfonodi regionali
- pN1a Metastasi 1 linfonodo regionale
- pN1b Metastasi 2-3 linfonodi regionali
- pN1c Depositi tumorali isolati peridotti senza carcinoma nei linfonodi regionali
- pN2 Metastasi in 4 o più linfonodi regionali
- pN2a Metastasi in 4-6 linfonodi regionali
- pN2b Metastasi in 7 o più linfonodi regionali

pM - Distant Metastasis (Opz.)

- pM1 Metastasi distanti
- pM1a Metastasi concluse o in corso
- pM1b Metastasi in più di un organo o nel peritoneo

pR - Residual tumor (Opz.)

- RX Tumore residuo non valutabile
- R0 Assenza di tumore residuo
- R1 Tumore residuo macroscopico
- R2 Tumore residuo microscopico

Annula

Salva

Esci

Ripristina



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Dipartimento Patologia Clinica
U.O Anatomia Patologica
Direttore Dott. Giovanni Verdi
Tel 051 123456; Fax 051 654321
email: anatpat@ausl.bologna.it

Esame ISTOLOGICO n° 1234567890

Data di nascita 01/01/1960

Bruno Rossi
VIA ROMA
40100 Bologna BO

Ospedale XY - Bologna
Provenienza: **CHIR. D'URGENZA**
Esame accettato il 16/01/2013

Notizie cliniche \ Materiale inviato
Neoplasia stenosante del sigma.

Procedura: Resezione segmentaria
Topografia: Sigma

Macroscopica
Tratto di grosso intestino di cm 15 di lunghezza, mostrante a cm 2 da un margine, ed a cm 10 dal margine opposto, neoformazione vegetante di mm 30x20 che interessa il 70% della circonferenza del viscere, stenosando il lume. Al taglio è costituita da tessuto bianco-grigiastro che infiltra la parete muscolare, con estensione al tessuto adiposo periviscerale. Dal tessuto adiposo periviscerale si isolano n° 20 linfonodi. Prelevi: A1-A3 neoplasia; A4-A8 linfonodi periviscerali.

Microscopica
La lesione neoplastica, descritta macroscopicamente, ha le seguenti caratteristiche:

Dimensioni neoplasia:

- asse maggiore mm 30;
- asse minore mm 20

Focalità: unifocale
Ulcerazione: assente

Tipo istologico adenocarcinoma: Adenocarcinoma NAS; la neoplasia presenta inoltre una componente di adenocarcinoma mucinoso pari al 10%.

Grado istologico: G2 (moderatamente differenziato)

Estensione tumorale: al tessuto adiposo sottosieroso

Tipo di crescita: infiltrativa

Invasione perineurale: presente

Invasione vasi linfatici: presenti; multipli diffusi

Invasione vasi venosi extramurali: non identificabili

Linfonodi:

- Numero linfonodi isolati: 20
- Numero linfonodi metastatici: 0

Margini mucosi: liberi
Lesioni associate: diverticolosi

Diagnosi
ADENOCARCINOMA G2 INFILTRANTE, DEL GROSSO INTESTINO.
Vedi schema diagnostico.

pTNM:T3N0.

Bologna, 23/01/2013

Il medico
Dott Giovanni Verdi

risultati...



zione
Refertazione di anatomia patologica - Ausl di Bologna

Rossi 01/01/1960

Presa in carico | Notizie cliniche | Macroscopica | Microscopica | Diagnosi | Referto

- Referto schematico
- Referto testuale

prospettive...



- **Disponibilità della diagnosi al massimo livello di accuratezza;**
- **Abbattimento della distorsione da codifica;**
- **Flusso informativo elettronico contestuale alla diagnosi;**
- **Uniformità diagnostica su tutto il territorio regionale;**
- **Aggiornamento a LG e a classificazioni e codifiche correnti;**
- **Controllo della qualità a tutti i livelli del SSR;**
- **Integrazione del flusso AP nel Sistema Informativo Regionale;**
- **Possibilità di ampliamento della rete;**

**Condivisione continua
dei processi
di aggiornamento
e di evoluzione**



Grazie!

**Stefano Ferretti
Enrico Maria Silini
Giovanna Fabbretti
Arrigo Bondi
Giorgio Gardini
Anna Darchini
Marco Devanna
Maurizio Leoni**