



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

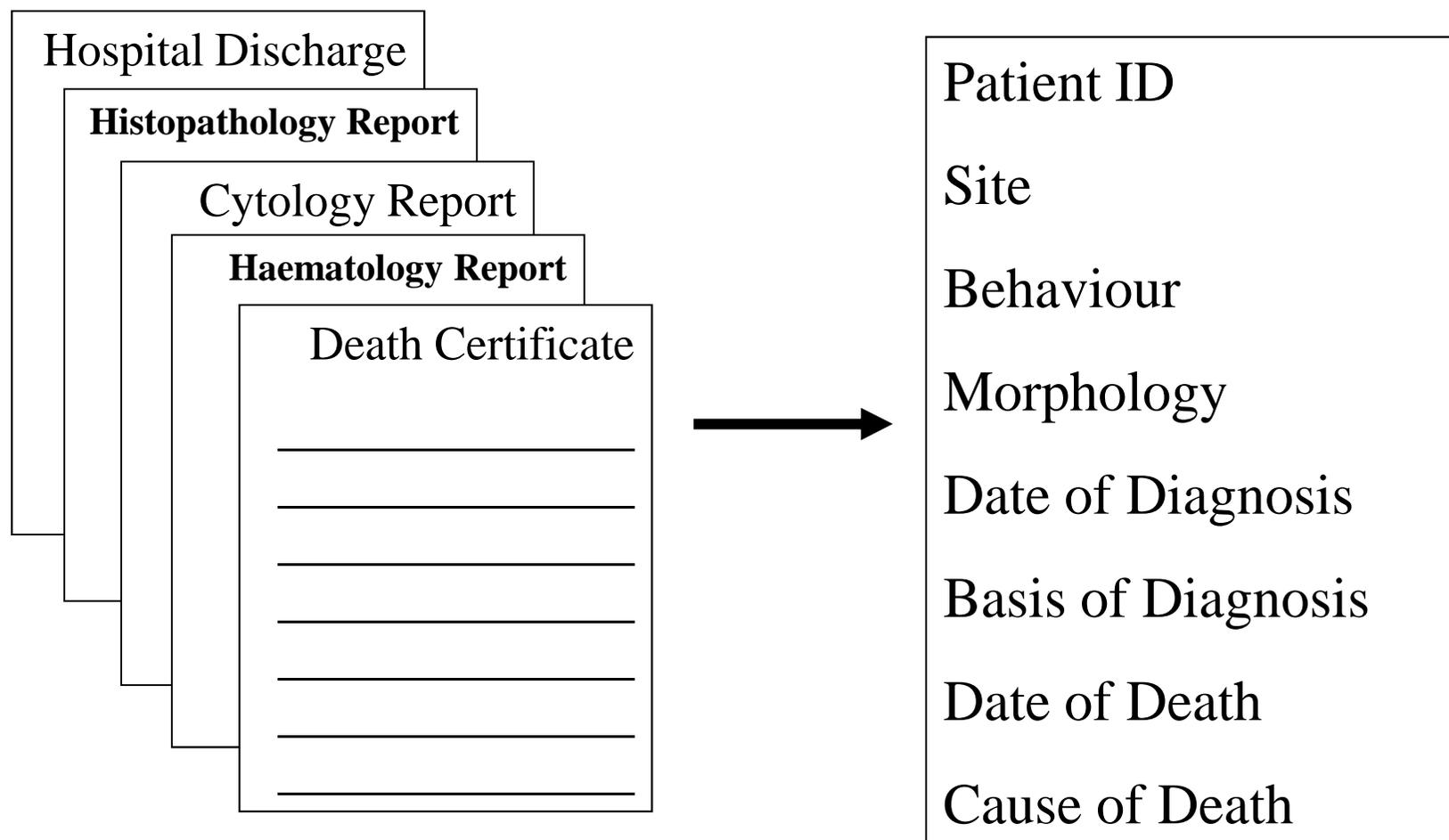
L'uso dei flussi complementari per la definizione della casistica incidente

Antonio Russo

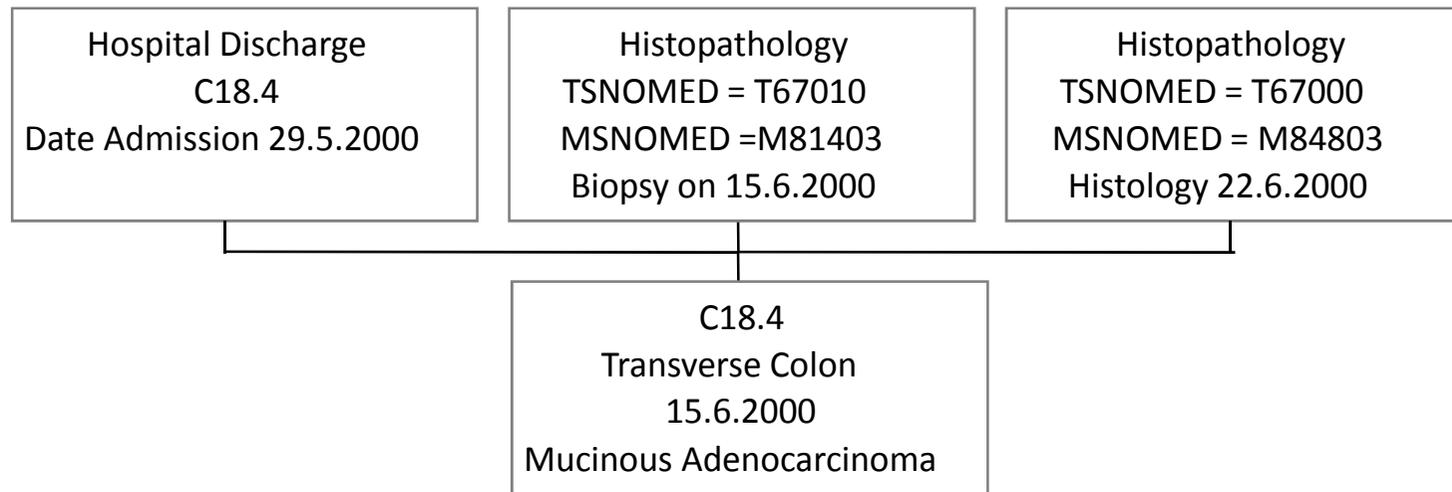
Osservatorio Epidemiologico e Registri Specializzati

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 Casseffi 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,¹ **Antonio Russo**,² **Ivan Rashid**³

Contributori alla parte I:

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

Altri contributori:

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

Rappresentante del Comitato Direttivo AIRTUM: **Stefano Ferretti**¹²

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?

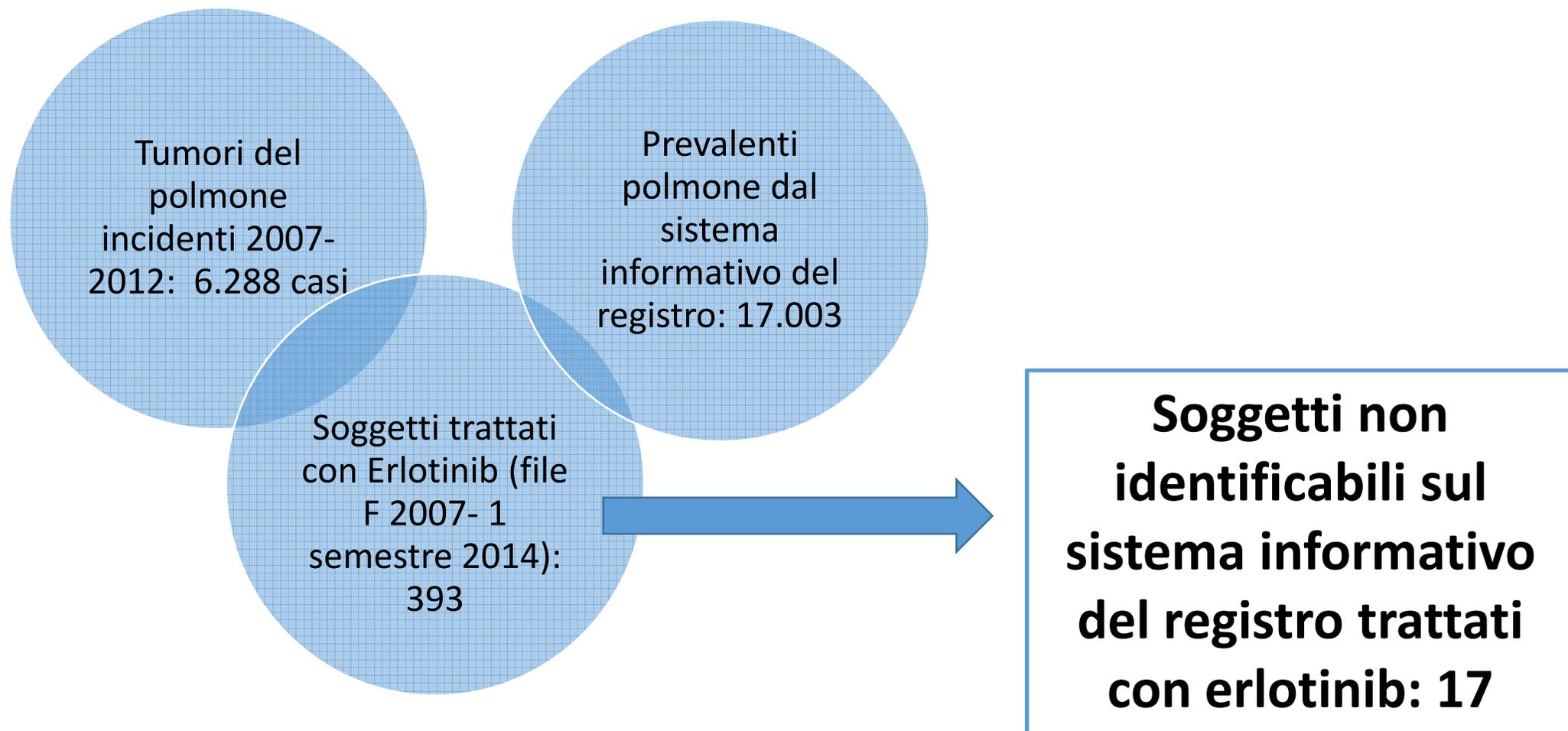
INVALIDITÀ

| 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-CITOINCLUSO

ASPIRATO BRONCHIALE

*** Gross Non Presente ***

*** Microscopic Non Presente ***

Negativa la ricerca di C.T.M.

.....

ESAME CITOLOGICO-CITOINCLUSO

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 | Leucemia mielogena cronica BCR/ABL positiva | - | |
| 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 | |

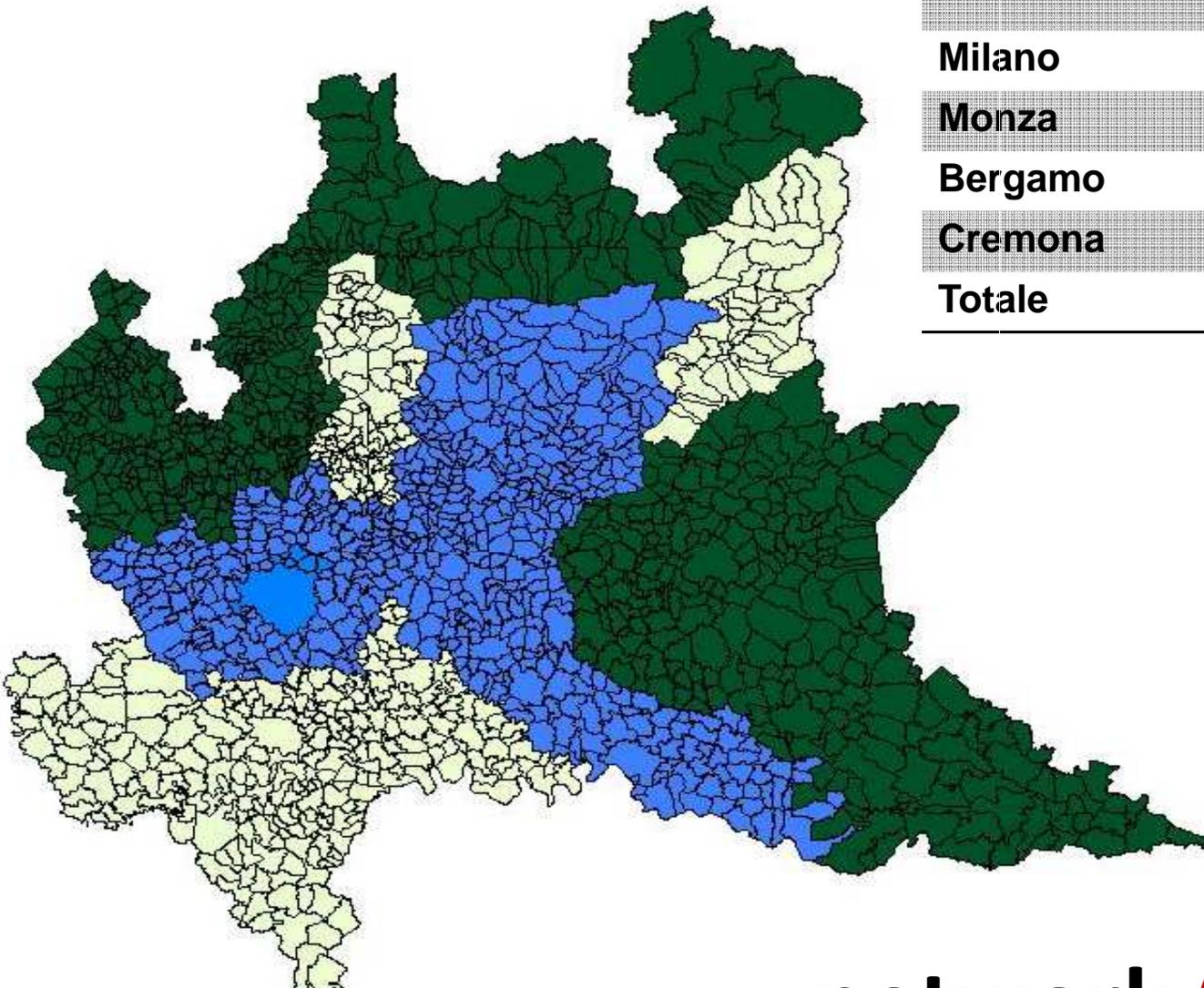
ESEMPIO 2

- 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 | Leucemia mieloide acuta, NAS | 321 | 321 |
| 9863.3 | Leucemia mieloide cronica, NAS | 146 | 74 |
| 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 | Leucemia mielogena cronica BCR/ABL positiva | | 72 |
| 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



| | Uomini | Donne | Totale |
|----------------|---------------|--------------|---------------|
| Milano | 1.453.737 | 1.581.706 | 3.035.443 |
| Monza | 536.513 | 550.377 | 1.086.890 |
| Bergamo | 409.697 | 430.661 | 840.358 |
| Cremona | 174.584 | 182.997 | 357.581 |
| Totale | 2.574.531 | 2.745.741 | 5.320.272 |

| | N. comuni |
|----------------|------------------|
| Milano | 134 |
| Monza | 56 |
| Bergamo | 244 |
| Cremona | 115 |
| Totale | 549 |

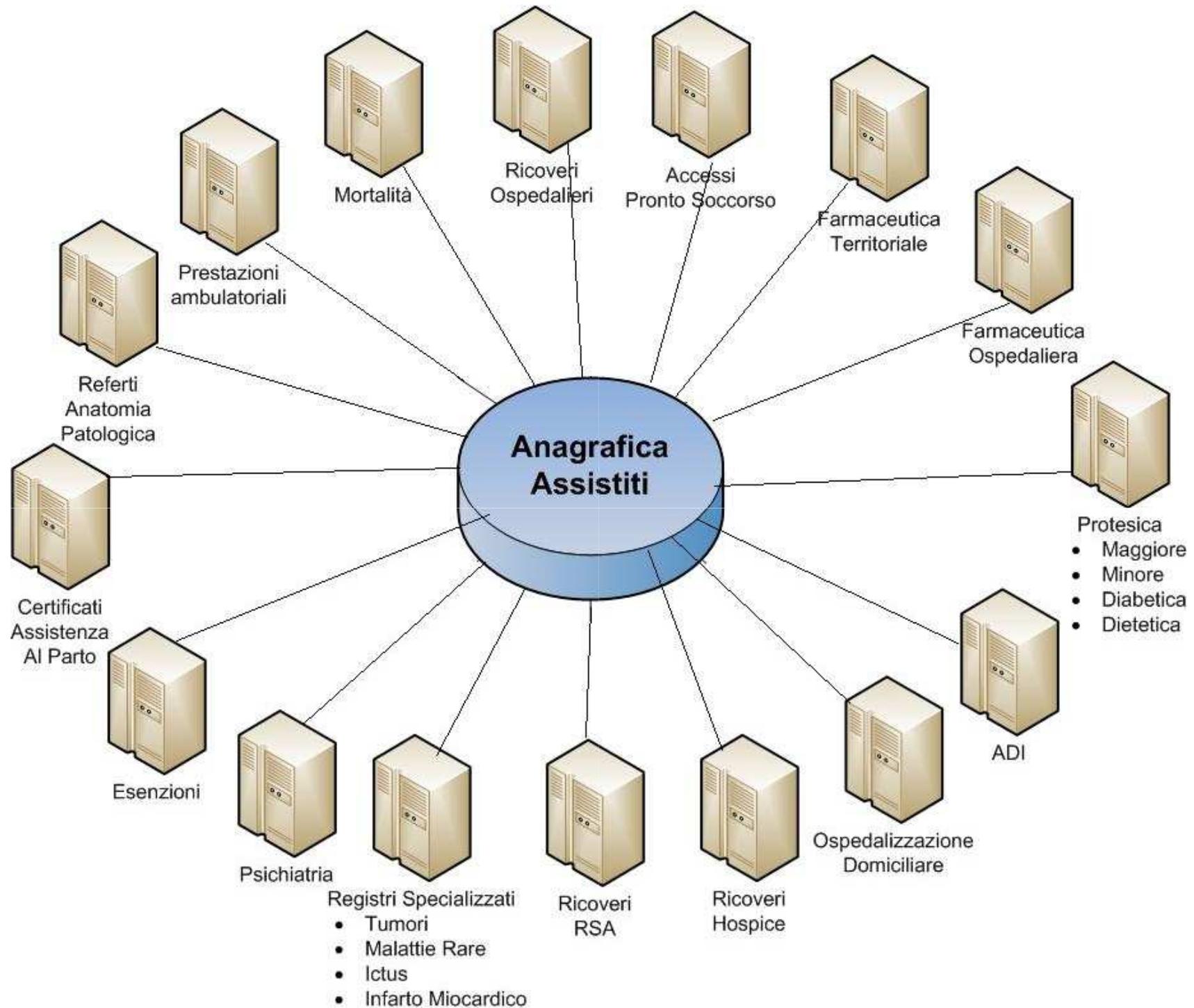
network OSSERVA



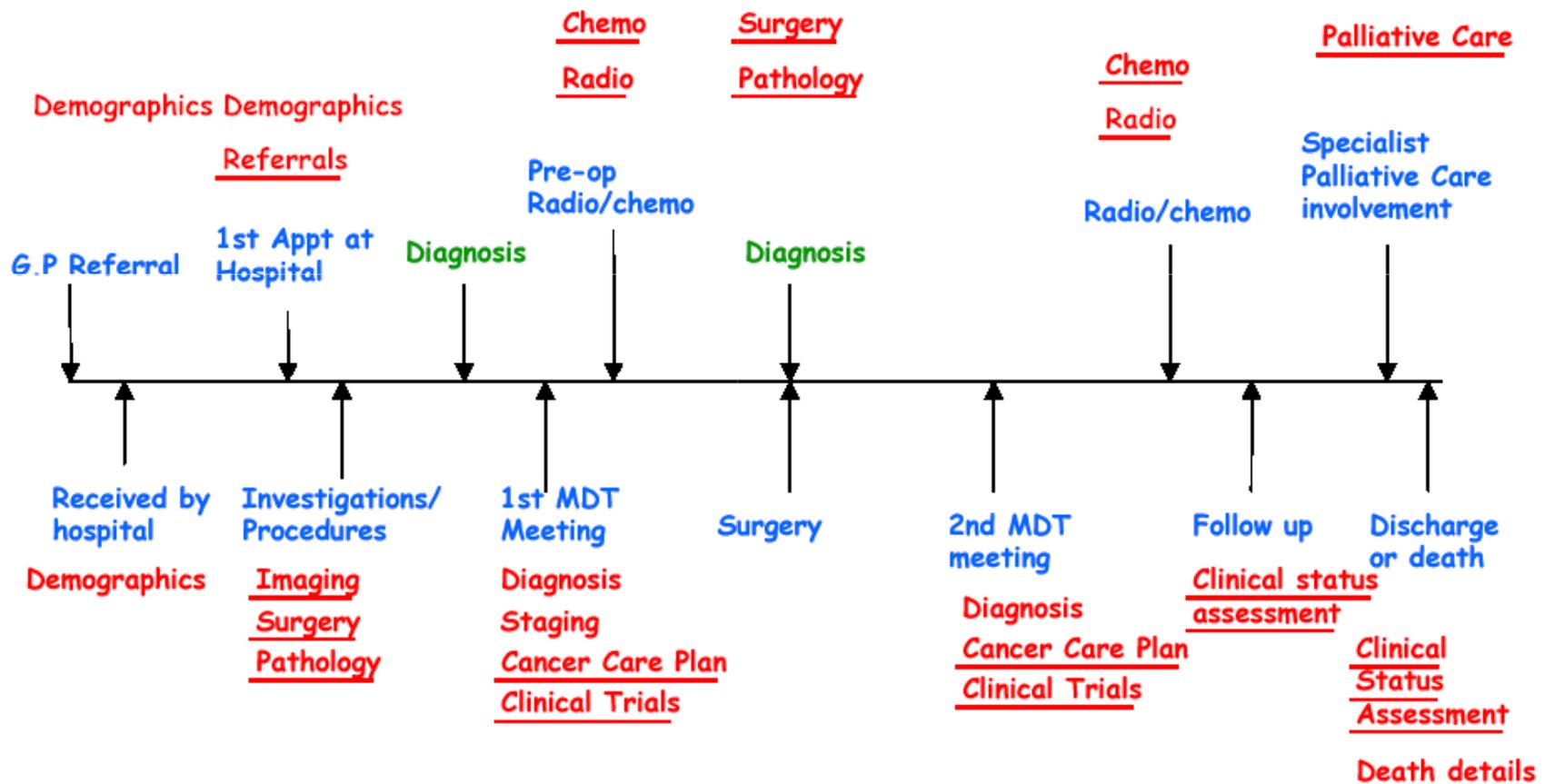
OSServatori **E**pidemiologici e **R**egistri tumori per la **VA**lutazione in sanità

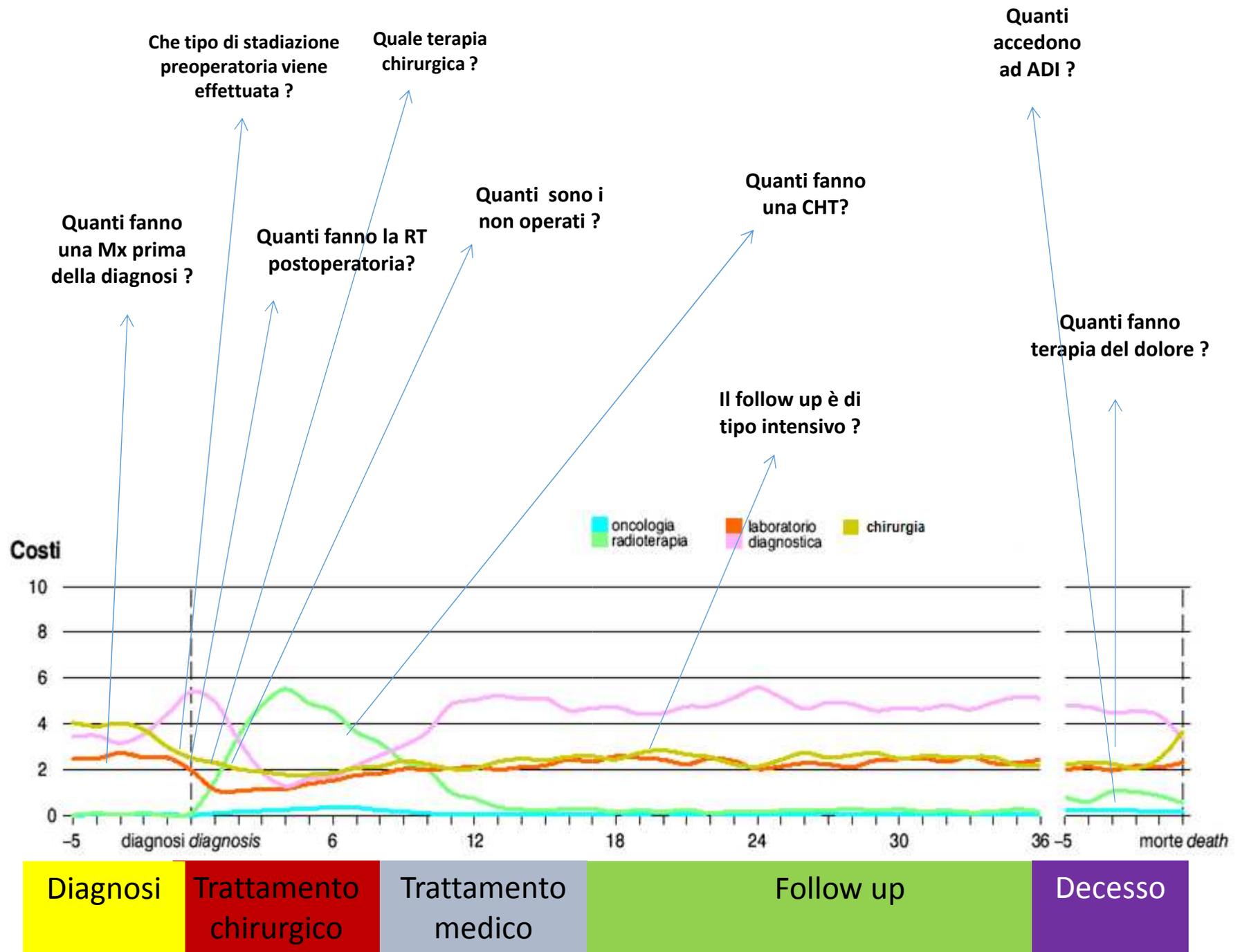
COME UTILIZZIAMO I FLUSSI COMPLEMENTARI

- 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 |

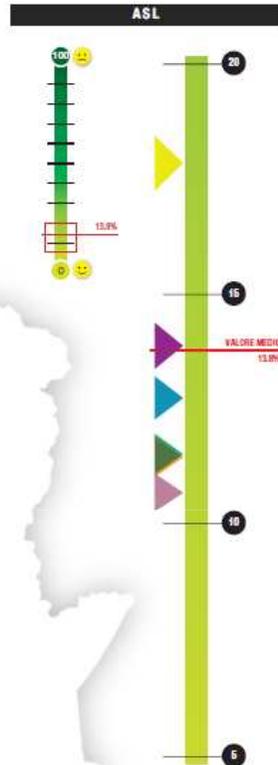
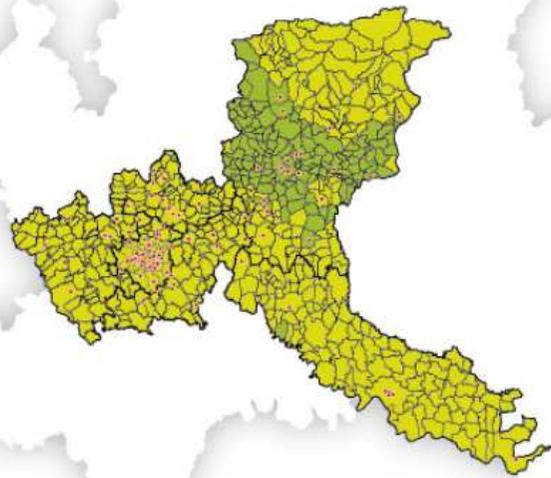


Linfedema dell'arto superiore nei 24 mesi successivi al trattamento chirurgico

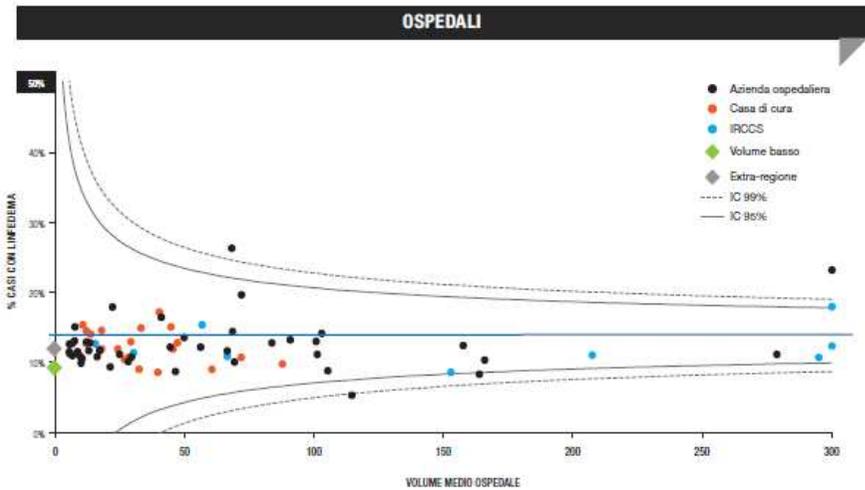
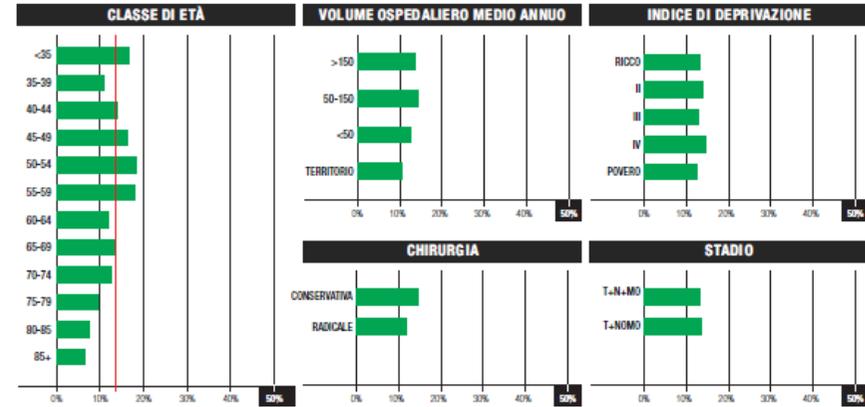
DESCRIZIONE: stima la proporzione di pazienti che sviluppano un linfedema dell'arto superiore nei 2 anni successivi al trattamento chirurgico

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

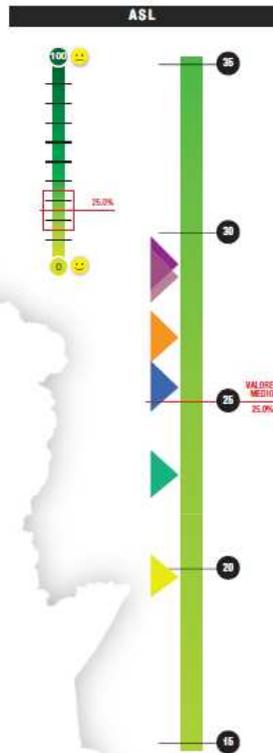
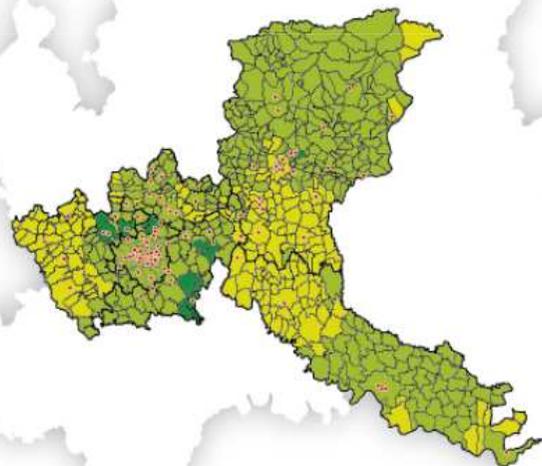
Identificare in tutti i campi procedura entro i 2 anni dalla data di intervento per svuotamento ascellare

Follow-up intensivo nell'anno successivo

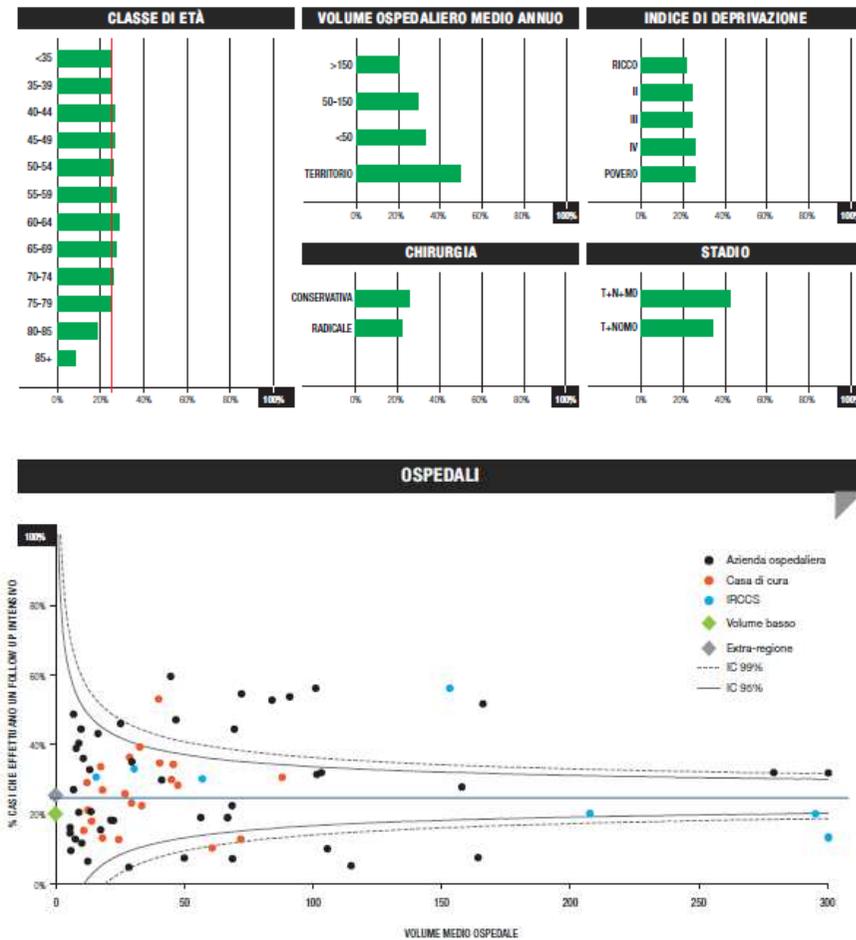
DESCRIZIONE: stima la proporzione di pazienti che effettuano un follow-up intensivo nell'anno successivo all'intervento

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

| | | |
|-------------------------------|--|-------|
| DEFINIZIONE | % 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 | |
| SIGLA | FOL_08 | |
| SIGNIFICATO | 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. | |
| NUMERATORE | 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 | |
| DENOMINATORE | 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. | |
| FORMULA MATEMATICA | $\frac{\text{n. casi con tumore della mammella con follow-up intensivo tra 31 e 365 giorni dopo l'intervento (esclusi soggetti metastatici } ab \text{ initio o che sviluppano metastasi o sono deceduti nell'anno successivo all'intervento)}}{\text{n. casi con tumore della mammella sottoposti a intervento chirurgico (esclusi soggetti metastatici } ab \text{ initio o che sviluppano metastasi o sono deceduti nell'anno successivo all'intervento)}}$ | x 100 |
| FONTI | 28/SAN, SDO | |
| FONTI | CODICI | |
| 28/SAN | Vedi schede singolo esame | |
| SDO | 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).

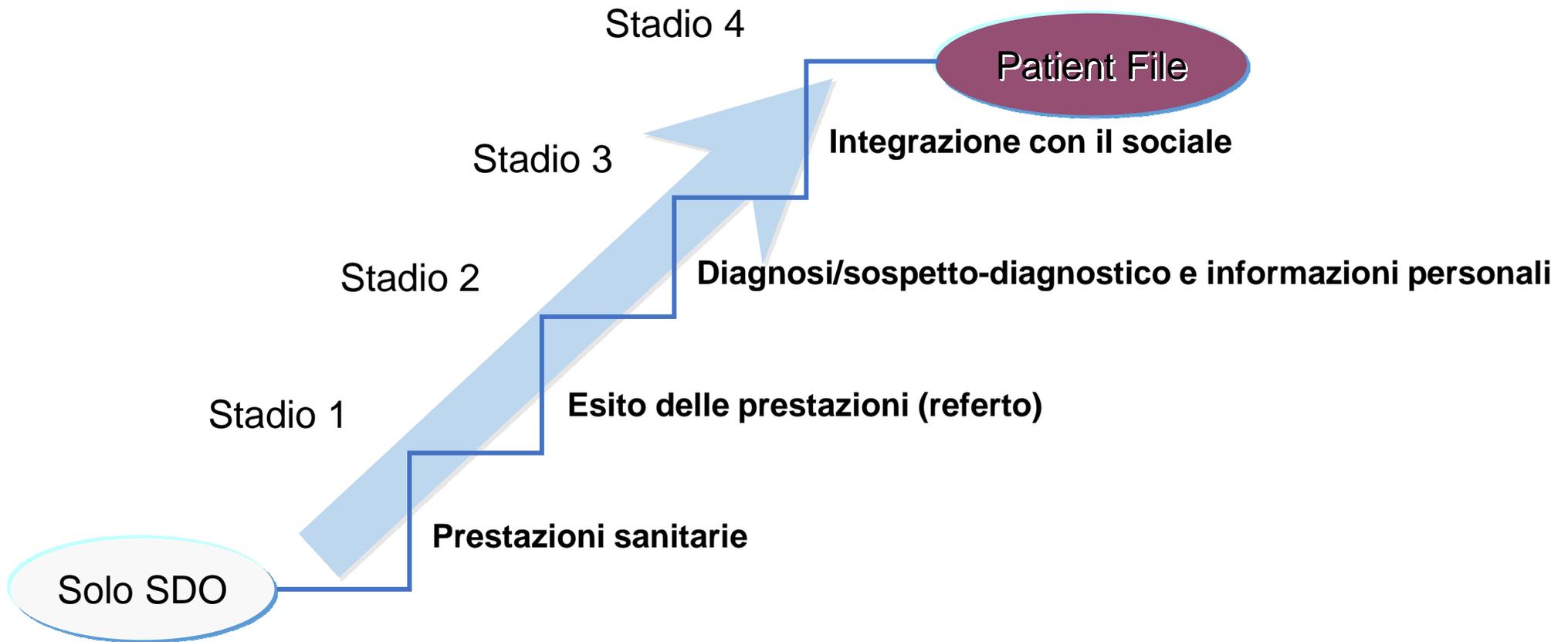
• **Mielomi**

- 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**

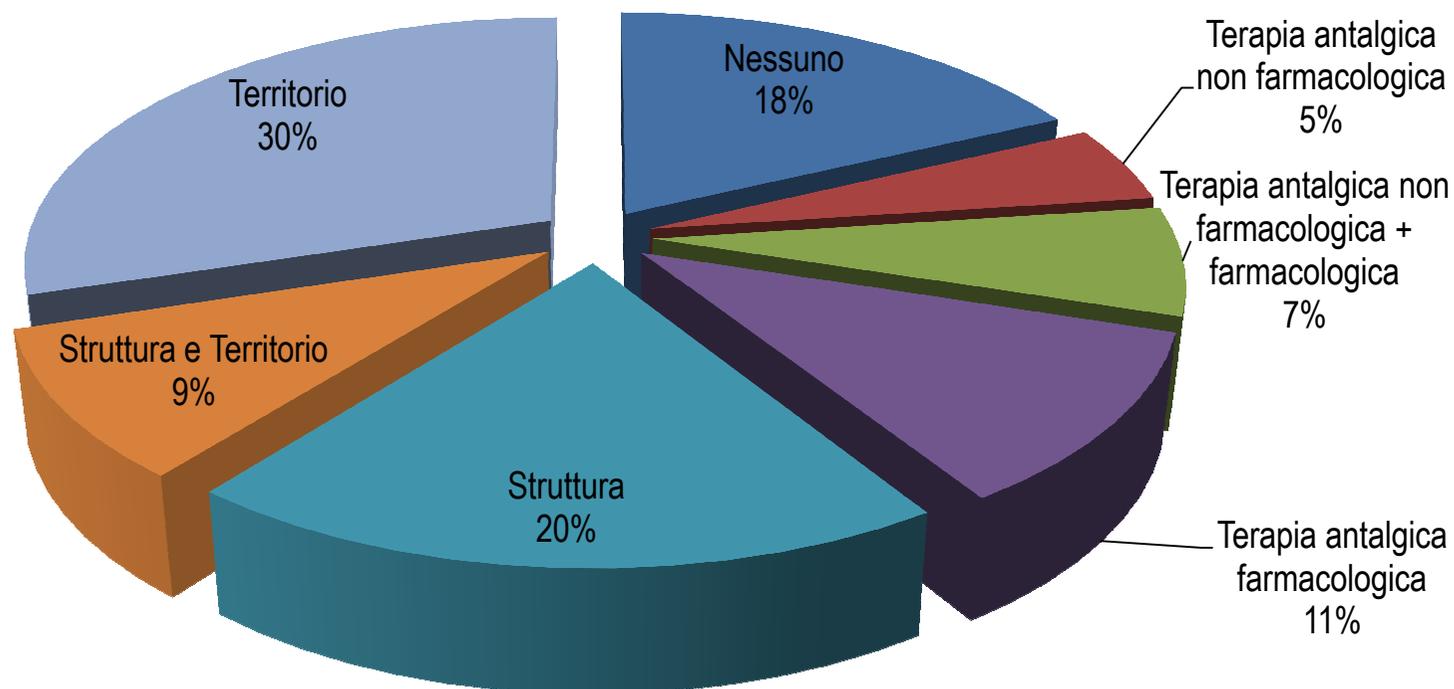
- biopsia linfonodale, biopsia osteomidollare, TAC / RMN total body con MC o PET nei 3 mesi precedenti il primo ricovero per linfoma non Hodgkin: (fonte: SDO e specialistica ambulatoriale).

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