

CRW 2023



CANCER REAL WORLD V edizione

RESPONSABILI SCIENTIFICI: Giovanni Apolone, Pierfranco Conte, Giovanni Corrao

UTILIZZO E MONITORAGGIO PDTA: IL PUNTO DEBOLE È LA RILEVAZIONE?

Manuel Zorzi – Servizio Epidemiologico Regionale, Azienda Zero

Per poter fare uno screening è necessario avere:

- **La malattia adatta:** malattia relativamente importante (prevalenza, gravità) - esiste una fase preclinica diagnosticabile - la diagnosi precoce è vantaggiosa (< mortalità) - il trattamento precoce è efficace (guarigione, migliore qualità di vita)
- **Il test adatto:** valido (sensibilità, specificità, VPP), semplice/poco costoso e quindi applicabile a numeri elevati di persone, accettabile
- **Il programma adatto**

Requisiti essenziali per un programma di screening organizzato (segue)

- disponibilità sul territorio di punti accessibili per l'esecuzione del test e di un centro per la sua interpretazione
- sistema per la gestione dei test positivi (percorso diagnostico) e per fornire informazioni sui test di screening normali
- mezzi adeguati per la diagnosi e il trattamento appropriati delle lesioni neoplastiche confermate e per il follow up dei soggetti trattati
- sistema per il monitoraggio e il controllo della qualità di ciascuna fase dello screening, dall'invito al test fino al trattamento e al follow up dei casi screen detected



EPIDEMIOLOGIA & PREVENZIONE

GISCi

Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma

INDICATORI E STANDARD PER LA VALUTAZIONE DI PROCESSO DEI PROGRAMMI DI SCREENING DEL CANCRO DEL COLLO DELL'UTERO

MANUALE OPERATIVO

Guglielmo Ronco, Marco Zappa, Carlo Naldoni,
Anna Iossa, Franco Berrino, Emanuela Anghinoni,
Paolo Dalla Palma, Tiziano Maggino,
Marcello Vettorazzi, Nereo Segnan

Supplemento al n. 4/1999

1976 • 2006

30 anni

EPIDEMIOLOGIA & PREVENZIONE

Rivista dell'Associazione italiana di epidemiologia

ANNO 30 (2) MARZO-APRILE 2006 SUPPLEMENTO 1



OSSERVATORIO
NAZIONALE
SCREENING

Indicatori e standard per la valutazione di processo dei programmi di screening del cancro della mammella

Manuale operativo

*Process indicators and standards
for the evaluation of breast cancer
screening programmes*

Operative report

A cura di: Livia Giordano, Daniela Giorgi, Alfonso Frigerio,
Patrizia Bravetti, Eugenio Paci, Marco Petrella, Antonio Ponti,
Priscilla Sassoli de' Bianchi e il gruppo di lavoro sugli indicatori
del GISMa

Prefazione	Marco Zappa	5
Riassunto		6
Introduzione		7
La struttura della scheda		9
Schema riassuntivo degli indicatori		11
Schede degli indicatori		15
Alcune definizioni operative		31
Copertura		33
Bibliografia		35
Allegato 1 - Popolazioni standard		36
Allegato 2 - European Screening Evaluation Database (SEED)		37
Allegato 3 - Classificazione TNM del cancro mammario (ICD-O C50)		39
Allegato 4 - Glossario dei termini		43



GRUPPO ITALIANO
SCREENING
MAMMOGRAFICO



EPIDEMIOLOGIA & PREVENZIONE

Rivista dell'Associazione italiana di epidemiologia

ANNO 31 (6) NOVEMBRE-DICEMBRE 2007 SUPPLEMENTO 1



OSSERVATORIO
NAZIONALE
SCREENING

Indicatori di qualità per la valutazione dei programmi di screening dei tumori colorettrali

Manuale operativo

*Quality indicators for the evaluation
of colorectal cancer screening programmes*

Operative report

A cura di: Manuel Zorzi, Priscilla Sassoli de' Bianchi,
Grazia Grazzini, Carlo Senore
e il gruppo di lavoro sugli indicatori del GISCoR

Prefazione	Marco Zappa	5
Riassunto		6
Introduzione		7
La struttura della scheda		11
Schema riassuntivo degli indicatori		13
Schede degli indicatori		20
Alcune definizioni operative		40
Copertura		42
Il follow up degli adenomi		45
Il Data warehouse nazionale degli screening		46
Bibliografia		47
Allegato 1 - La classificazione TNM del cancro del colon retto		49
Allegato 2 - Glossario dei termini		51



GISCoR
Gruppo
Italiano
Screening
Colorettale





REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

DECRETO N. **160** DEL **25 NOV. 2022**

OGGETTO: Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per i pazienti affetti da tumore della mammella.

INDICE

EPIDEMIOLOGIA DEL TUMORE DELLA MAMMELLA FEMMINILE IN VENETO.....	P. 7
MAPPA DEGLI EPISODI CLINICO - ORGANIZZATIVI.....	P. 18
NOTE.....	P. 24
ALLEGATI.....	P. 42
INDICATORI DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEL PDTA.....	P. 47

INDICATORI DI DIAGNOSI E TRATTAMENTO

INDICATORE	FASE
1. Proporzione di pazienti che vengono discusse al Team Multidisciplinare	Diagnosi/trattamento
2. Proporzione di pazienti avviate ad intervento con mammografia, ecografia (dove indicata), prelievo cito-microistologico e visita preoperatoria	Diagnosi
3. Proporzione di pazienti con tempo di attesa del referto istologico completo ≤ 20 giorni (RO, HER2, Ki67)	Diagnosi
4.a Proporzione di pazienti con intervallo di tempo tra intervento chirurgico e inizio della terapia medica adiuvante ≤ 8 settimane	Tempestività inizio trattamento medico
4.b Proporzione di nuovi casi operati per tumore infiltrante della mammella sottoposti a chirurgia radicale e/o conservativa, che ha effettuato una terapia medica nei 45 giorni successivi l'intervento	Tempestività inizio trattamento medico
5. Proporzione di pazienti con RMN pre intervento	Diagnosi (stadiazione)
6. Proporzione di nuovi casi operati per tumore della mammella sottoposti a chirurgia radicale e/o conservativa, che ha effettuato una mammografia nei 60 giorni precedenti l'intervento	Tempestività intervento chirurgico dalla diagnosi
7. Proporzione di pazienti con cui viene discussa la strategia counseling fertilità	Diagnosi (stadiazione)

INDICATORI DI TRATTAMENTO CHIRURGICO

INDICATORE	FASE
8. Proporzione di pazienti con effettuazione dell'intervento chirurgico di asportazione di neoplasia maligna, entro 30 giorni dal momento in cui è stata posta l'indicazione	Trattamento
9. Proporzione di pazienti con carcinoma invasivo con un singolo intervento (esclusa ricostruzione)	Trattamento
10. Proporzione di pazienti con TIS con un singolo intervento chirurgico (esclusa ricostruzione)	Trattamento
11. Proporzione di pazienti con carcinoma invasivo e linfonodo ascellare clinicamente negativo (US+/- FNAC/CNB-) con biopsia del linfonodo sentinella	Trattamento
12. Proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nella stessa seduta dell'intervento demolitivo per tumore invasivo della mammella	Trattamento

INDICATORI DI RADIOTERAPIA

INDICATORE	FASE
13. Proporzione di pazienti con inizio trattamento radioterapico entro 6 mesi dalla chirurgia conservativa o demolitiva e terapia ormonale	Trattamento
14. Proporzione di pazienti con inizio trattamento radioterapico entro 2 mesi dalla fine chemioterapia in pazienti trattate con chirurgia conservativa o demolitiva e chemioterapia	Trattamento
15. Proporzione di pazienti con inizio trattamento Radioterapico entro 4 mesi dalla chirurgia conservativa o demolitiva in assenza di terapia adiuvante	Trattamento
16. Proporzione di nuovi casi operati per tumore infiltrante della mammella sottoposti a chirurgia conservativa e terapia medica adiuvante, che avviano un trattamento di radioterapia entro 365 giorni dall'intervento	Trattamento

INDICATORI DI FOLLOW UP

INDICATORE	FASE
17. Proporzione di pazienti con linfedema dell'arto superiore nei 24 mesi successivi al trattamento chirurgico	Follow-up
18. Proporzione di nuovi casi che effettuano almeno una mammografia nei 18 mesi successivi la data dell'intervento chirurgico eseguito durante il ricovero indice	Follow-up
19. Proporzione di pazienti con dosaggio per la ricerca dei marker tumorali nell'anno successivo all'intervento	Follow-up
20. Proporzione di pazienti con scintigrafia ossea nell'anno successivo all'intervento per tumore	Follow-up

INDICATORI DI TRATTAMENTO (FINE VITA)

INDICATORE	FASE
21. Proporzione di pazienti in fase metastatica con recettore ormonale positivo che ricevono più di due linee di trattamento	Trattamento
22. Proporzione di pazienti in fase metastatica con HER2 positivo che ricevono più di due linee di trattamento	Trattamento
23. Proporzione di pazienti con metastasi scheletriche che ricevono farmaci per il riassorbimento osseo	Trattamento
24. Proporzione di pazienti in cure palliative domiciliari nei 90 giorni antecedenti al decesso	Trattamento
25. Proporzione di pazienti che hanno ricevuto chemioterapia nei 30 giorni prima del decesso	Trattamento

INDICATORI DI ESITO

INDICATORE	FASE
26. Proporzione di pazienti vive a 5 anni dalla diagnosi istologica	Sopravvivenza a 5 anni
27. Proporzione di pazienti con tumore localizzato N0 vive a 5 anni dalla diagnosi	Sopravvivenza a 5 anni
28. Proporzione di pazienti con linfonodi positivi e localmente avanzato vive a 5 anni dalla diagnosi	Sopravvivenza a 5 anni
29. Proporzioni di pazienti con tumore avanzato vive a 5 anni dalla diagnosi	Sopravvivenza a 5 anni

INDICATORI

Caratteristiche intrinseche

Riproducibilità: grado di accordo nel misurare lo stesso fenomeno, tra più osservatori o tra lo stesso osservatore in più occasioni

Accuratezza: grado di accordo tra il valore osservato e quello vero

Pertinenza: capacità di rappresentare il fenomeno che si intende valutare

Caratteristiche estrinseche (legate alla rilevazione e all'uso)

Completezza

Misurabilità: possibilità di ottenere, nella pratica corrente, i dati necessari alla elaborazione dell'indicatore

Utilità: capacità di influenzare le decisioni

INDICATORI

Caratteristiche intrinseche

Riproducibilità: grado di accordo nel misurare lo stesso fenomeno, tra più osservatori o tra lo stesso osservatore in più occasioni

Accuratezza: grado di accordo tra il valore osservato e quello vero

Pertinenza: capacità di rappresentare il fenomeno che si intende valutare

Caratteristiche estrinseche (legate alla rilevazione e all'uso)

Completezza

Misurabilità: possibilità di ottenere, nella pratica corrente, i dati necessari alla elaborazione dell'indicatore

Utilità: capacità di influenzare le decisioni

Ambito di applicazione degli indicatori dei PDTA

- Sistemi sanitari (regionali)
- Singole istituzioni

Ambito di applicazione degli indicatori dei PDTA

	Rappresentatività	Disponibilità di dati
Sistemi sanitari		 
Singole istituzioni		 

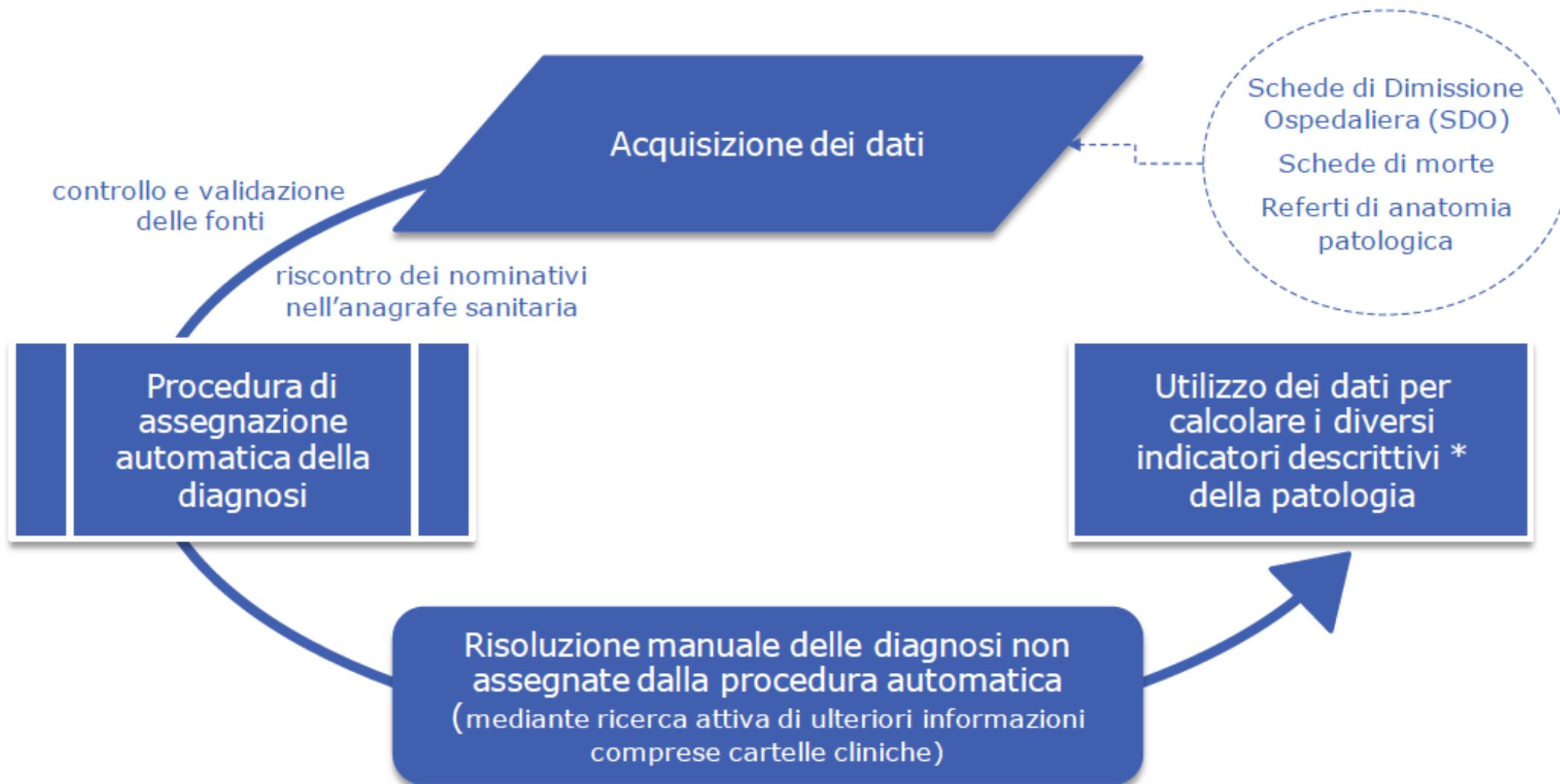
Registri tumori - Fonti dati

- Poiché **il percorso diagnostico e terapeutico** dei pazienti, anche affetti dallo stesso tipo di tumore, **può essere molto diverso**, per ottenere informazioni complete, i RT utilizzano diverse fonti informative.
- Quelle fondamentali sono le **schede di dimissione ospedaliera (SDO)**, **i referti di anatomia patologica (AP)** e **i certificati di morte**.
- Come **fonti accessorie** sono inoltre utilizzati lettere di dimissione, gli archivi di radiodiagnostica, le prestazioni specialistiche, le esenzioni per patologia e i flussi della farmaceutica.

Metodi

- Il RTV utilizza un sistema di registrazione dell'incidenza basato sui **dati codificati e informatizzati** relativi alle dimissioni ospedaliere, i referti di anatomia patologica e i certificati di morte.
- Tali fonti diagnostiche vengono inizialmente incrociate con **l'anagrafe sanitaria regionale**, per selezionare i soggetti residenti in Veneto.
- Dagli archivi così selezionati vengono quindi **eliminati i casi prevalenti**: in sede di prima registrazione, quando tutte le date riferite dalle fonti sono anteriori al periodo d'incidenza; in sede di aggiornamento, quando le nuove segnalazioni riferiscono diagnosi eguali o compatibili con i tumori già registrati.

Sistema di registrazione dell'incidenza delle neoplasie - Registro Tumori del Veneto



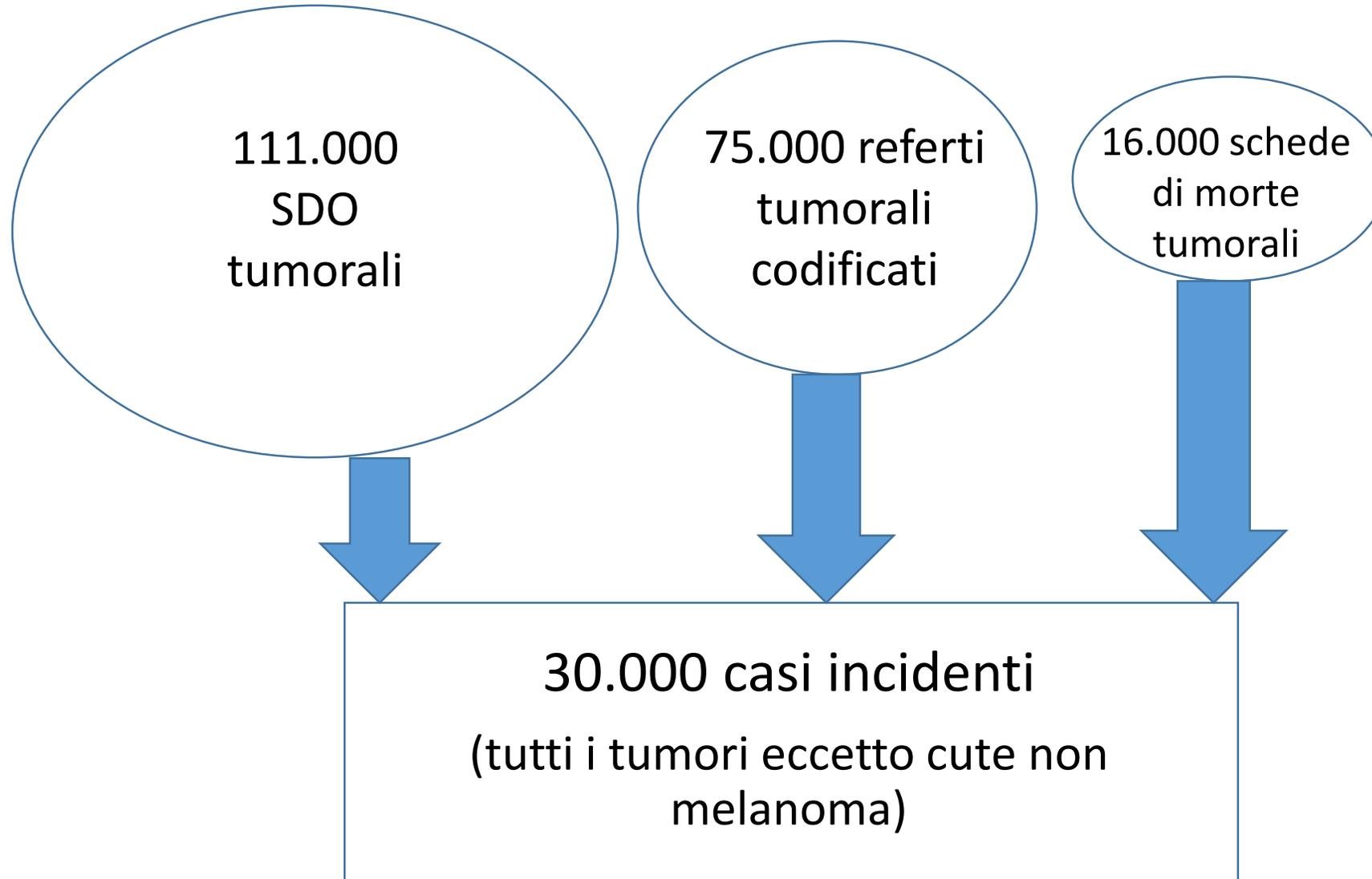
Archivio casi incidenti

In accordo con i protocolli internazionali della IARC (International Agency for the Research on Cancer – OMS) e dell'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM), le **informazioni minime raccolte per ogni caso** registrato sono:

- **data di nascita, sesso, comune di residenza alla diagnosi**
- **data di incidenza**
- **topografia ICDO-3**
- **morfologia ICDO-3**
- **base diagnosi**
- **stato in vita**
- **data di follow up.**

Nell'ambito di **progetti di ricerca** (concernenti per esempio le neoplasie oggetto di screening - colon retto, mammella, cervice) vengono raccolte ulteriori informazioni tra cui **stadio alla diagnosi, dimensione del tumore, numero linfonodi esaminati e trattamenti.**

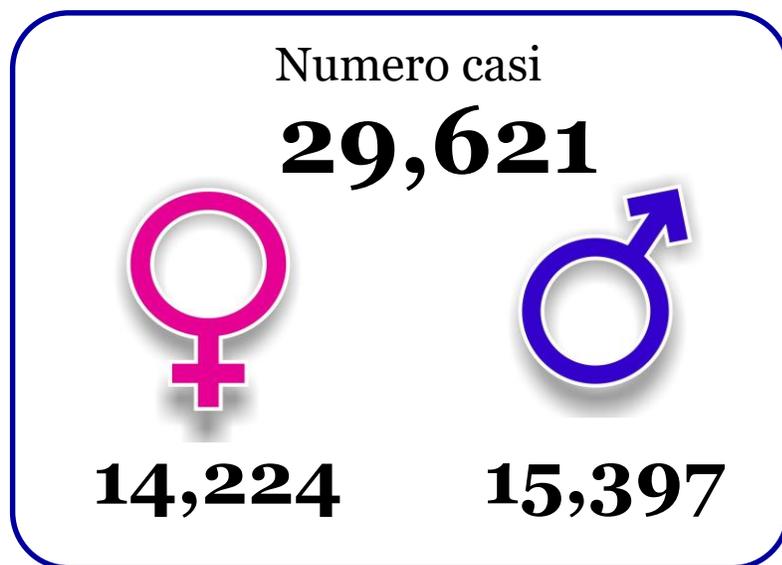
Registro Tumori del Veneto - Anno 2020



Tumori Maligni Diagnosticati nella Popolazione Residente

1 Gennaio - 31 Dicembre 2020

Popolazione Regionale: **4.879.133**



Tasso grezzo: **607.1** x 100,000



644.3



571.4

Calcolo degli indicatori dei PDTA

- Dati da archivio casi incidenti RT
- Altre fonti di informazione: SDO, flusso specialistica ambulatoriale, flusso farmaceutica, flusso ADI / cure palliative, ...

INDICATORI DI DIAGNOSI E TRATTAMENTO

INDICATORE	MISURABILE
1. Proporzione di pazienti che vengono discusse al Team Multidisciplinare	
2. Proporzione di pazienti avviate ad intervento con mammografia, ecografia (dove indicata), prelievo cito-microistologico e visita preoperatoria	
3. Proporzione di pazienti con tempo di attesa del referto istologico completo ≤ 20 giorni (RO, HER2, Ki67)	
4.a Proporzione di pazienti con intervallo di tempo tra intervento chirurgico e inizio della terapia medica adiuvante ≤ 8 settimane	
4.b Proporzione di nuovi casi operati per tumore infiltrante della mammella sottoposti a chirurgia radicale e/o conservativa, che ha effettuato una terapia medica nei 45 giorni successivi l'intervento	
5. Proporzione di pazienti con RMN pre intervento	
6. Proporzione di nuovi casi operati per tumore della mammella sottoposti a chirurgia radicale e/o conservativa, che ha effettuato una mammografia nei 60 giorni precedenti l'intervento	
7. Proporzione di pazienti con cui viene discussa la strategia counseling fertilità	

INDICATORI DI TRATTAMENTO CHIRURGICO

INDICATORE	MISURABILE
8. Proporzione di pazienti con effettuazione dell'intervento chirurgico di asportazione di neoplasia maligna, entro 30 giorni dal momento in cui è stata posta l'indicazione	
9. Proporzione di pazienti con carcinoma invasivo con un singolo intervento (esclusa ricostruzione)	
10. Proporzione di pazienti con TIS con un singolo intervento chirurgico (esclusa ricostruzione)	
11. Proporzione di pazienti con carcinoma invasivo e linfonodo ascellare clinicamente negativo (US+/- FNAC/CNB-) con biopsia del linfonodo sentinella	
12. Proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nella stessa seduta dell'intervento demolitivo per tumore invasivo della mammella	

INDICATORI DI RADIOTERAPIA

INDICATORE	MISURABILE
13. Proporzione di pazienti con inizio trattamento radioterapico entro 6 mesi dalla chirurgia conservativa o demolitiva e terapia ormonale	
14. Proporzione di pazienti con inizio trattamento radioterapico entro 2 mesi dalla fine chemioterapia in pazienti trattate con chirurgia conservativa o demolitiva e chemioterapia	
15. Proporzione di pazienti con inizio trattamento Radioterapico entro 4 mesi dalla chirurgia conservativa o demolitiva in assenza di terapia adiuvante	
16. Proporzione di nuovi casi operati per tumore infiltrante della mammella sottoposti a chirurgia conservativa e terapia medica adiuvante, che avviano un trattamento di radioterapia entro 365 giorni dall'intervento	

INDICATORI DI FOLLOW UP

INDICATORE	MISURABILE
17. Proporzione di pazienti con linfedema dell'arto superiore nei 24 mesi successivi al trattamento chirurgico	
18. Proporzione di nuovi casi che effettuano almeno una mammografia nei 18 mesi successivi la data dell'intervento chirurgico eseguito durante il ricovero indice	
19. Proporzione di pazienti con dosaggio per la ricerca dei marker tumorali nell'anno successivo all'intervento	
20. Proporzione di pazienti con scintigrafia ossea nell'anno successivo all'intervento per tumore	

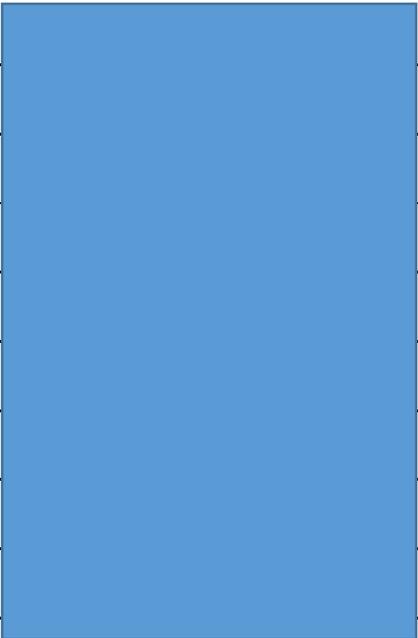
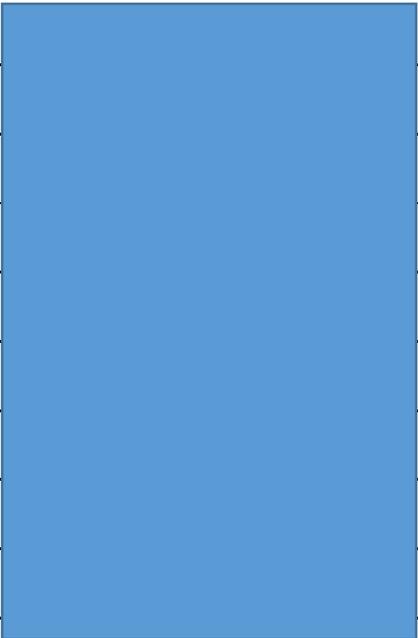
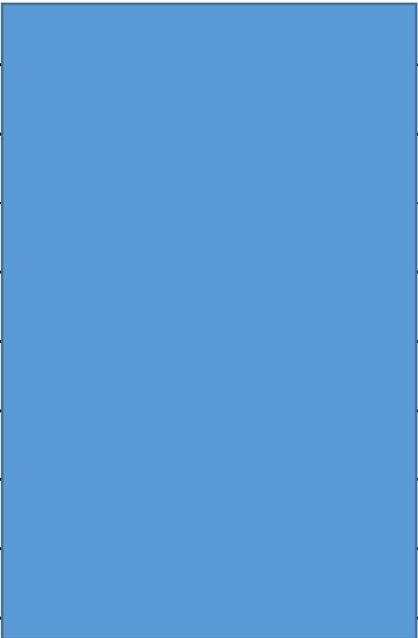
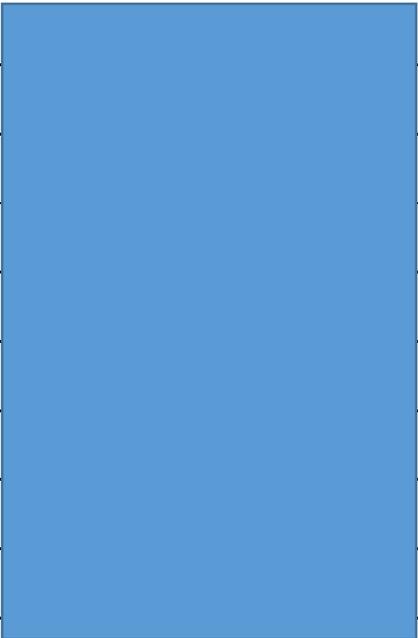
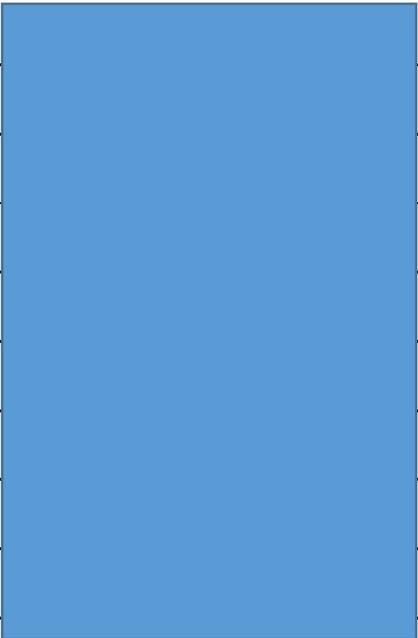
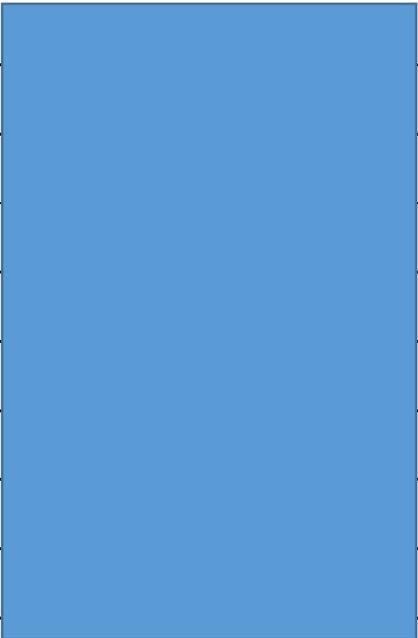
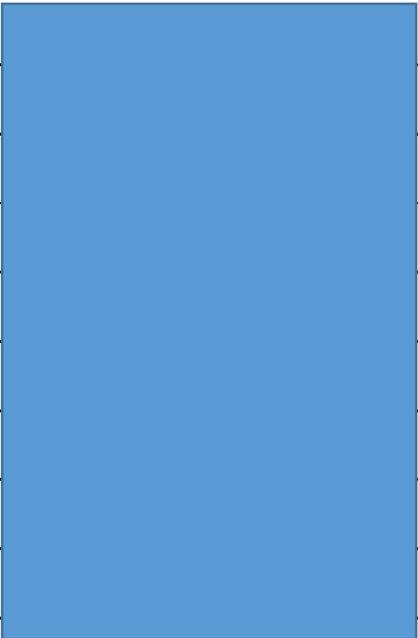
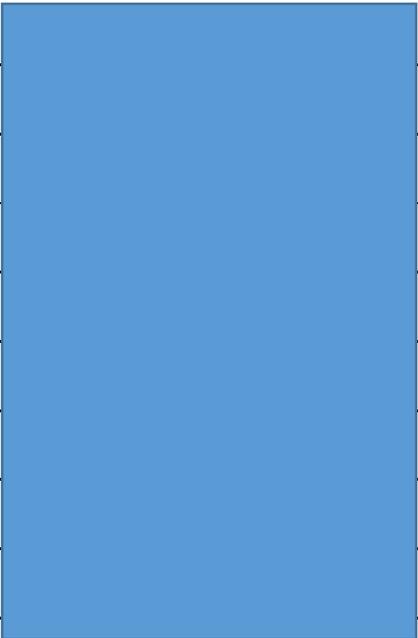
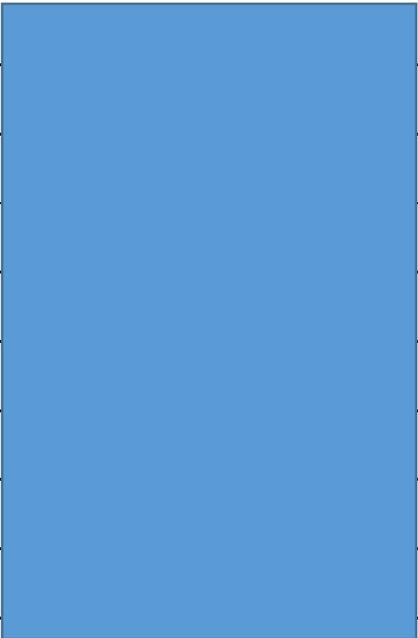
INDICATORI DI TRATTAMENTO (FINE VITA)

INDICATORE	MISURABILE
21. Proporzione di pazienti in fase metastatica con recettore ormonale positivo che ricevono più di due linee di trattamento	
22. Proporzione di pazienti in fase metastatica con HER2 positivo che ricevono più di due linee di trattamento	
23. Proporzione di pazienti con metastasi scheletriche che ricevono farmaci per il riassorbimento osseo	
24. Proporzione di pazienti in cure palliative domiciliari nei 90 giorni antecedenti al decesso	
25. Proporzione di pazienti che hanno ricevuto chemioterapia nei 30 giorni prima del decesso	

INDICATORI DI ESITO

INDICATORE	MISURABILE
26. Proporzione di pazienti vive a 5 anni dalla diagnosi istologica	
27. Proporzione di pazienti con tumore localizzato N0 vive a 5 anni dalla diagnosi	
28. Proporzione di pazienti con linfonodi positivi e localmente avanzato vive a 5 anni dalla diagnosi	
29. Proporzioni di pazienti con tumore avanzato vive a 5 anni dalla diagnosi	

Proporzione di nuovi casi operati per tumore infiltrante sottoposti a chirurgia radicale e/o conservativa che ha effettuato terapia medica nei 45 giorni successivi l'intervento

	Anno 2019			Anno 2020			Anno 2021			Anno 2022		
	N	D	Valore									
Regione Veneto	2044	3985	51.3	2025	3698	54.8	1982	4006	49.5	1707	3471	49.2
Azienda ULSS n. 	125	208	60.1	107	166	64.5	113	167	67.7	90	137	65.7
Azienda ULSS n. 	282	723	39.0	262	668	39.2	261	756	34.5	165	633	26.1
Azienda ULSS n. 	216	543	39.8	294	500	58.8	282	547	51.6	270	530	50.9
Azienda ULSS n. 	85	184	46.2	85	173	49.1	63	182	34.6	74	175	42.3
Azienda ULSS n. 	139	226	61.5	118	183	64.5	117	193	60.6	116	191	60.7
Azienda ULSS n. 	417	748	55.7	482	761	63.3	437	859	50.9	355	701	50.6
Azienda ULSS n. 	165	250	66.0	167	261	64.0	176	271	64.9	149	193	77.2
Azienda ULSS n. 	202	419	48.2	156	365	42.7	240	382	62.8	172	330	52.1
Azienda ULSS n. 	413	684	60.4	354	621	57.0	293	649	45.1	316	581	54.4

Proporzione di nuovi casi operati per tumore della mammella sottoposti a chirurgia radicale e/o conservativa, che ha effettuato una mammografia nei 60 gg precedenti l'intervento

	Anno 2019			Anno 2020			Anno 2021			Anno 2022		
	N	D	Valore									
Regione Veneto	2466	3934	62.7	2386	3580	66.7	2465	3929	62.7	2502	3707	67.5
Azienda ULSS	151	226	66.8	117	169	69.2	115	168	68.5	114	159	71.7
Azienda ULSS	302	726	41.6	352	665	52.9	290	715	40.6	375	733	51.2
Azienda ULSS	364	548	66.4	335	459	73.0	399	534	74.7	411	523	78.6
Azienda ULSS	143	184	77.7	109	151	72.2	101	145	69.7	92	143	64.3
Azienda ULSS	138	229	60.3	140	202	69.3	130	204	63.7	155	217	71.4
Azienda ULSS	532	772	68.9	518	735	70.5	600	909	66.0	523	756	69.2
Azienda ULSS	119	225	52.9	106	236	44.9	68	242	28.1	63	164	38.4
Azienda ULSS	152	357	42.6	156	323	48.3	197	339	58.1	180	315	57.1
Azienda ULSS	565	667										

Prestazioni effettuate nel privato

Indicatori non misurabili

INDICATORE	FASE	DATI NON DISPONIBILI
1. Proporzione di pazienti che vengono discusse al Team Multidisciplinare	Diagnosi	Discussione multidisciplinare
3. Proporzione di pazienti con tempo di attesa del referto istologico completo ≤ 20 giorni (RO, HER2, Ki67)	Diagnosi	Referto completo
8. Proporzione di pazienti con effettuazione dell'intervento chirurgico di asportazione di neoplasia maligna, entro 30 giorni dal momento in cui è stata posta l'indicazione	Trattamento	Data indicazione del trattamento
17. Proporzione di pazienti con linfedema dell'arto superiore nei 24 mesi successivi al trattamento chirurgico	Follow-up	Linfedema
23. Proporzione di pazienti con metastasi scheletriche che ricevono farmaci per il riassorbimento osseo	Trattamento	Metastasi scheletriche
27. Proporzione di pazienti con tumore localizzato N0 vive a 5 anni dalla diagnosi	Sopravvivenza a 5 anni	Stadio

Regione Veneto: FLUSSO *ANAPAT*

Flusso di referti di Anatomia Patologica con codice di diagnosi di neoplasia.

Tre archivi:

1. Dati **anagrafici**
2. Dati **sanitari codificati**: per topografia e morfologia utilizzo del NAP
3. Dati **sanitari in chiaro**

FLUSSO *ANAPAT*

DATI CODIFICATI

Data prelievo, data refertazione

Topografia

Morfologia

Lateraltà: polmone, mammella, rene, occhio, ovaio, ghiandole surrenali

Tipo segnalazione: primitivo, recidiva, metastasi, tumore non-maligno

DATI IN CHIARO

- Materiale esaminato
- Reperto Macroscopico
- Reperto Microscopico
- Diagnosi

Stadio

Grading

Fenotipo

Margini indenni

Numero linfonodi esaminati

....

Registrazione ad alta risoluzione

- Acquisizione data manager
- Acquisizione di documentazione clinica (referti in chiaro, referti radiodiagnostica, lettere di dimissione, ...)
- Consultazione *de visu* della documentazione clinica
- Registrazione dati

Veneto: mammella, colon retto, polmone, stomaco, melanoma, sarcomi tessuti molli

Limiti

- Attività non sostenibile in modo strutturale
- Numerosità casistica

Tumori più frequenti diagnosticati in Veneto nel 2020

RANK	MASCHI	FEMMINE	MASCHI+FEMMINE
1	Prostata 3259 casi - 21.2%	Mammella 4646 casi - 32.7%	Mammella 4700 casi - 15.9%
2	Polmone 1686 casi - 11.0%	Colon retto e ano 1413 casi - 9.9%	Prostata 3259 casi - 11.0%
3	Colon retto e ano 1669 casi - 10.8%	Polmone 960 casi - 6.7%	Colon retto e ano 3082 casi - 10.4%
4	Vescica 1421 casi - 9.2%	Corpo dell'utero 669 casi - 4.7%	Polmone 2646 casi - 8.9%
5	Rene e vie urinarie 831 casi - 5.4%	Melanoma della pelle 667 casi - 4.7%	Vescica 1822 casi - 6.2%

Registrazione ad alta risoluzione

- Predisposizione accesso a documentazione clinica (referti in chiaro, referti radiodiagnostica, lettere di dimissione, ...)
- Acquisizione data manager
- Consultazione *de visu* della documentazione clinica
- Registrazione dati

Veneto: **mammella, colon retto, polmone**, stomaco, melanoma, sarcomi tessuti molli

Limiti

- Attività non sostenibile in modo strutturale
- Numerosità casistica

Registri Tumori: latenza dei dati

- Il consolidamento degli archivi dei casi incidenti da parte dei RT avviene con una latenza di almeno 2 anni. Veneto: pubblicati i dati relativi al 2020
- Motivi: tempistica per la disponibilità dei dati + tempi di lavorazione

Strategie per anticipare la disponibilità delle casistiche

- Automatizzare le procedure di acquisizione dei dati e di attribuzione delle incidenze
- Procedure *fast-track* di attribuzione dell'incidenza, identificando i casi incidenti putativi a partire dalle fonti dati (SDO, ANAPAT, Schede morte) e limitandosi alla pulizia con anagrafe e archivio prevalenti

Ampliare l'accesso ai dati

- Referti AP
 - rendere obbligatoria la registrazione dei dati in forma strutturata
 - text mining dei testi in chiaro (recettori mammella, Gleason prostata; stadio TNM)
- Stadiazione condensata (SDO)
- Accesso ad archivi informatizzati con dati strutturati (cartella clinica oncologica, ecc.)

Text mining dei testi in chiaro dei referti AP

Recettori mammella: analisi di concordanza vs. Gold Standard

ER	ER Gold Standard	ER Text mining		Totale
		<10%	≥10%	
	<10%	309	6	315
	≥10%	7	2.315	2.322
	Totale	316	2.321	2.637

Percentuale
corretta
classificazione:
99,5%

PGR	PGR Gold Standard	PGR Text mining		Totale
		<20%	≥20%	
	<10%	800	10	810
	≥10%	51	1.746	1.797
	Totale	851	1.756	2.607

Percentuale
corretta
classificazione:
97,7%

HER 2	HER2 Gold Standard	HER2 Text mining				Totale
		Negativo	Dubbio	Positivo	Mancante	
	Negativo	1.843	22	1	0	1.866
	Dubbio	72	460	0	0	532
	Positivo	15	7	182	0	204
	Mancante	0	1	0	6	7
	Totale	1.930	490	183	6	2.609

Percentuale
corretta
classificazione:
97,7%

D.M. 261/2016 – Aggiornamento del tracciato SDO

➤ Tracciato clinico – nuove variabili

➤ STADIAZIONE CONDENSATA

Indica lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi principale.

La variabile deve essere compilata in presenza di diagnosi di dimissione principale per neoplasia maligna identificata dai codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1:

1 = tumore localizzato, confinato all'organo di origine

2 = infiltrazione locale extraorgano

3 = metastasi ai linfonodi regionali

4 = infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali

5 = metastasi a distanza

6 = metastasi ai linfonodi non regionali

7 = non confinato all'organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6

8 = nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4

9 = ignoto

Tumore della mammella

Analisi di concordanza tra Gold Standard e Stadiazione condensata

	stadio_condensato				
stadio TNM (gold standard)	I	II	III	IV	Totale
I	445	3	7	2	457
II	171	1	115	5	292
III	16	1	35	0	52
IV	8	2	12	22	44
Totale	640	7	169	29	845

Statistica	Valore	Int Conf 95%	
Kappa pesato	0.46	0.41	0.51

Conclusioni

- Attenzione alla misurabilità in fase di scelta degli indicatori
- Mettere in agenda il tema della sostenibilità della rilevazione dei dati. Es. rilevazioni ad hoc da parte delle Aziende sanitarie
- Prestazioni nel privato
- La disponibilità di dati di altre Regioni potrebbe essere diversa da quella rilevata in Veneto