

Azienda USL di Modena  
in collaborazione con  
Regione Emilia-Romagna  
Assessorato politiche per la salute



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA

La sorveglianza epidemiologica  
dello screening dei tumori del colon-retto  
nella Regione Emilia-Romagna

Seminario di studio

Bologna, 7 aprile 2016

Sala 20 maggio 2012  
Viale della Fiera 8 – Bologna

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ATS Milano  
Città Metropolitana

# Analisi dei percorsi diagnostico- terapeutici dei pazienti con carcinoma colorettale

## Antonio Russo

Osservatorio Epidemiologico

ATS della Città Metropolitana di Milano

7 aprile 2016

I sistemi informativi per la gestione diventano in misura crescente sistemi informativi per misurare la performance delle organizzazioni sanitarie e la qualità dei servizi offerti.

# Obiettivi di sviluppo di cui alle DGR n. X/1796 del 8 maggio 2014 e DGR n X/1845 del 16 maggio 2014 - approfondimenti

- % di soggetti operati entro 60 giorni dalla data della mammografia
- % di nuovi casi che effettuano una cito-istologia nei 30 giorni precedenti l'intervento chirurgico
- % di nuovi casi di tumore alla mammella sottoposti ad intervento utilizzando la tecnica del linfonodo sentinella
- % di casi sottoposti a tecnica chirurgica radicale che effettuano la ricostruzione della mammella
- % di nuovi casi che avviano un trattamento chemioterapico o radioterapico adiuvante entro 3 mesi dall'intervento chirurgico
- % di nuovi casi che effettuano una mammografia nei 18 mesi successivi la chirurgia
- % di nuovi casi che effettuano una scintigrafia ossea o PET/TC/RM nell'anno successivo il trattamento chirurgico
- % di nuovi casi che effettuano markers tumorali nell'anno successivo il trattamento chirurgico
- % di casi con trattamento chirurgico per tumore del colon entro 60 gg dall'endoscopia
- % di casi con trattamento CHT/RT o chirurgico per tumore del retto/canale anale entro 60 gg dall'endoscopia
- % di casi con trattamento chirurgico per tumore del colon e retto che effettuano una endoscopia nei 18 mesi successivi
- % di nuovi casi che effettuano una PET/TC/RM nell'anno successivo il trattamento chirurgico

- Percentuale di casi con trattamento chirurgico per tumore d colon entro 60 gg dall'endoscopia diagnostica (>80%)
- Percentuale di casi con trattamento CHT/RT o chirurgico per tumore del retto entro 60 gg dall'endoscopia diagnostica (>80%)
- Percentuale di casi con trattamento chirurgico per tumore del colon e retto che effettuano una endoscopia nei 18 mesi successivi (>80%)
- Percentuale di nuovi casi che effettuano una TC/RM nell'anno successivo il trattamento chirurgico (con l'esclusione dei casi metastatici) (>80%)
- Percentuale di nuovi casi che effettuano una PET nell'anno successivo il trattamento chirurgico (con l'esclusione dei casi metastatici) (<20%)

- HOME PAGE ▾
- Interfaccia Avvisi
- Stato Aggiornamento Dati
- CARDIOLOGIA IMA ▸
- NEUROLOGIA STROKE ▸
- NEFROLOGIA ▸
- DIABETOLOGIA ▸
- INDICATORI PDTA ▾
- Indicatori di Produzione
- Quadro Sinottico
- Analisi Temporale
- DOCUMENTAZIONE ▸

Indicatori di produzione

▸ Legenda

\* campi obbligatori

Periodo di Riferimento \*

2015 - Giugno ▾

Ambito

ONCOLOGIA ▾

Fase percorso di cura

Tutti i Percorsi ▾

ASL \*

309 - A.S.L. DELLA PROVINCIA DI MILANO 1

Ente \*

- Tutti gli Enti
- 116 - CLINICA SAN CARLO - PADERNO DUGNANO
- 125 - CASA DI CURA AMBROSIANA SPA-CESANO B.
- 973 - A.O. OSPEDALE CIVILE - LEGNANO
- 974 - A.O. "G. SALVINI" - GARBAGNATE

RESET

ESEGUI

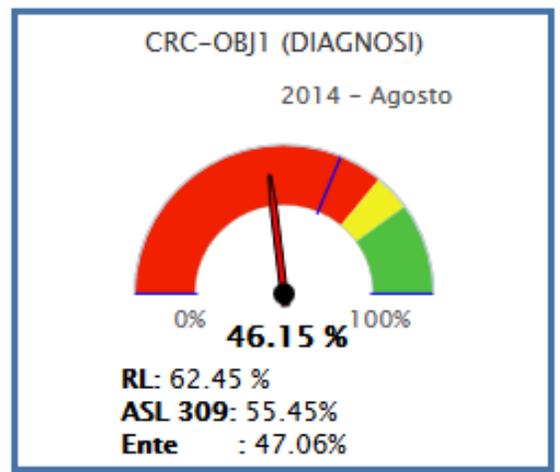
▸ Dettaglio denominatore

Dettaglio indicatori per ente

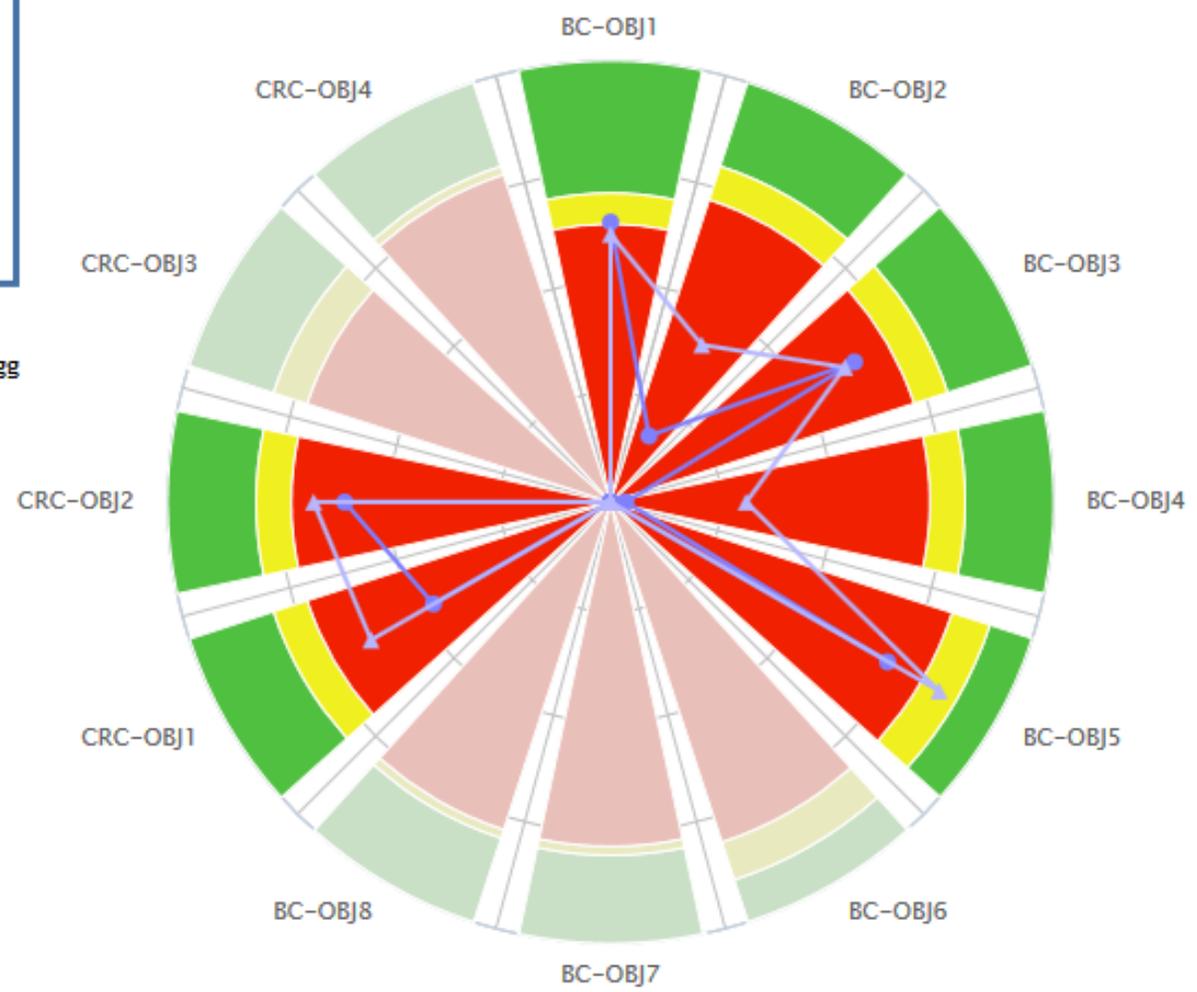
AMBITO	INDICATORE	RL	309										
ONCOLOGIA ▾	BC-OBJ1	62.59%	↑	68.84%	↑	77.78%	↑	75.00%	↓	64.50%	↑	74.47%	↑
	BC-OBJ2	43.30%	↑	46.59%	↑	70.37%	↑	62.50%	↑	28.50%	↑	75.53%	↓
	BC-OBJ3	59.79%	↑	67.25%	↑	62.50%	↑	0.00%	↑	73.86%	↑	64.00%	↑
	BC-OBJ4	32.28%	↓	6.15%	↓	16.67%	↑	0.00%	↑	7.69%	↓	0.00%	↓
	BC-OBJ5	77.92%	↓	56.92%	↓	83.33%	↓	25.00%	↓	46.15%	↓	81.25%	↑
	CRC-OBJ1	65.30%	↑	67.82%	↑	77.55%	↑	60.00%	↓	71.91%	↑	53.70%	↓
	CRC-OBJ2	65.22%	↓	76.92%	↑	88.89%	↑	75.00%	↑	61.54%	↓	84.62%	↓

# Quadro sinottico

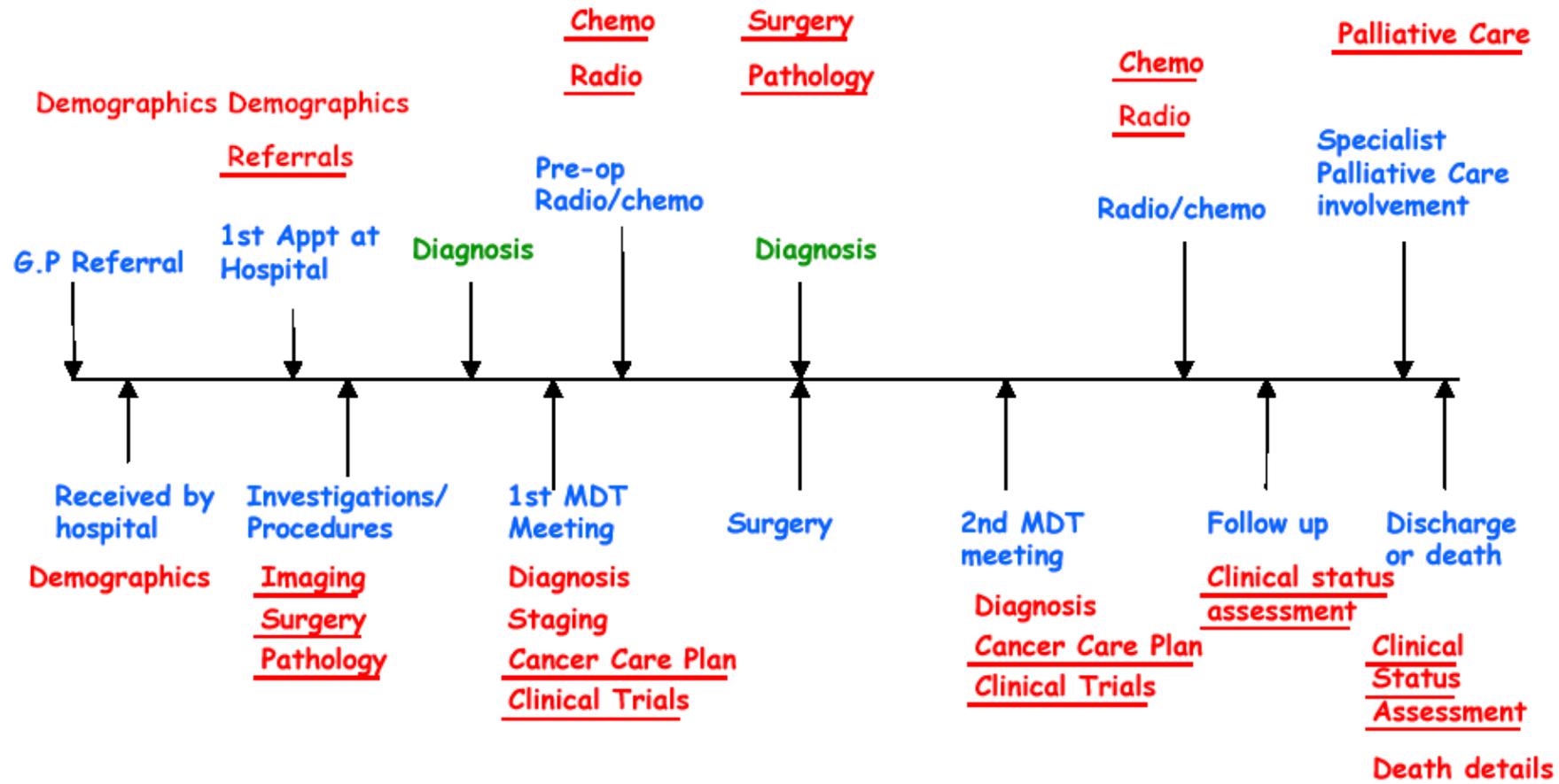
2014 - Agosto

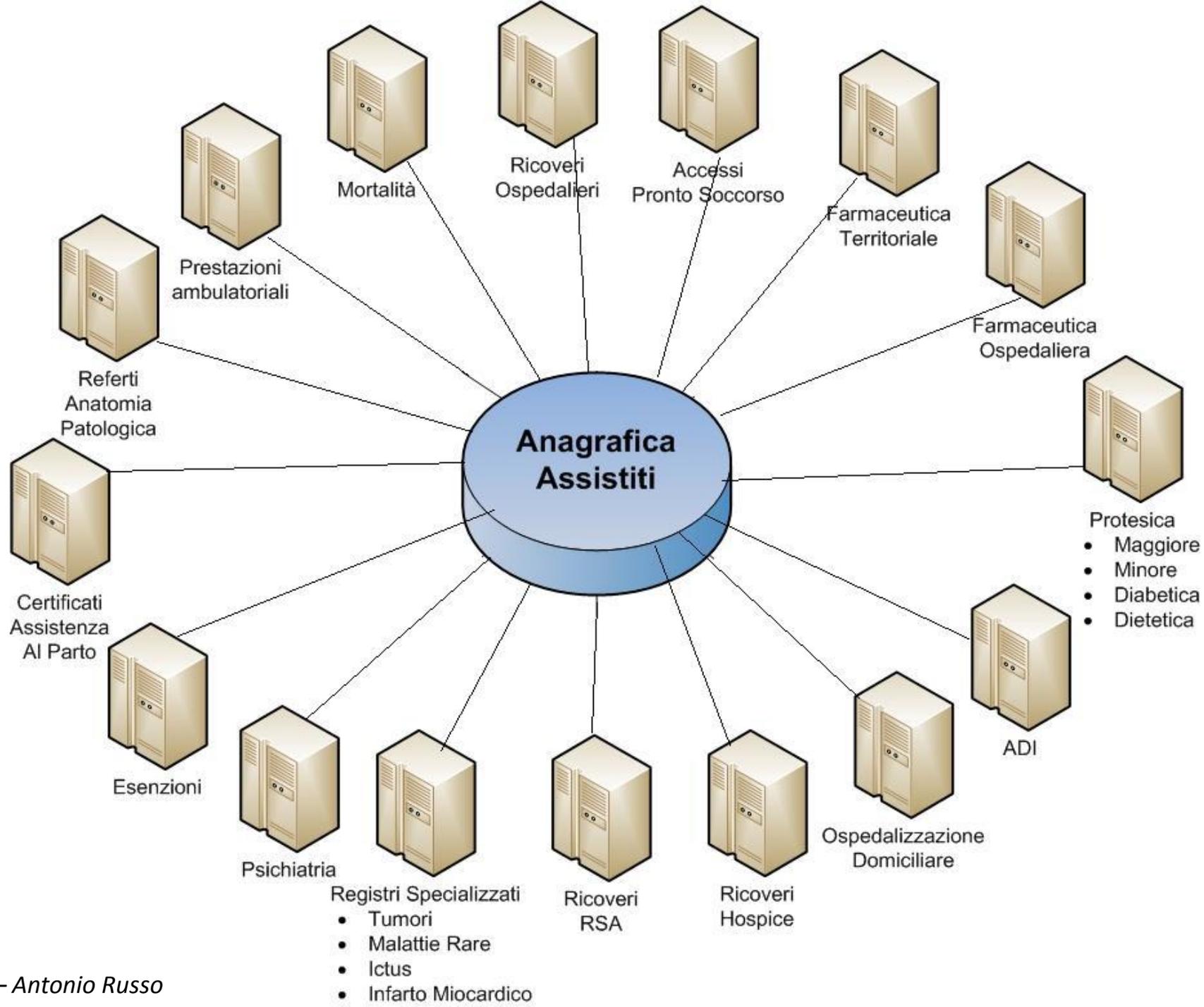


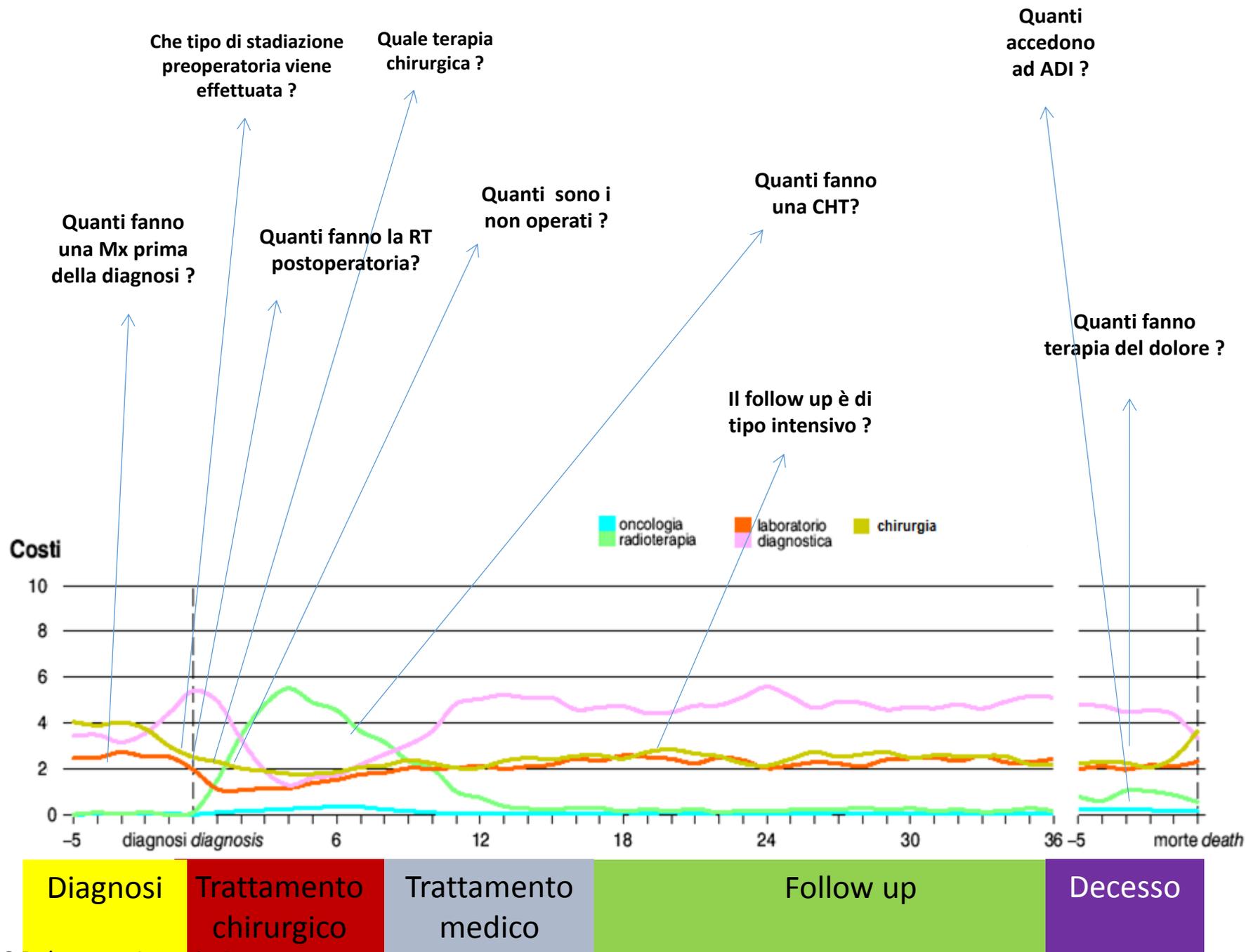
Percentuale di casi con trattamento chirurgico per tumore del colon entro 60 gg dall'endoscopia

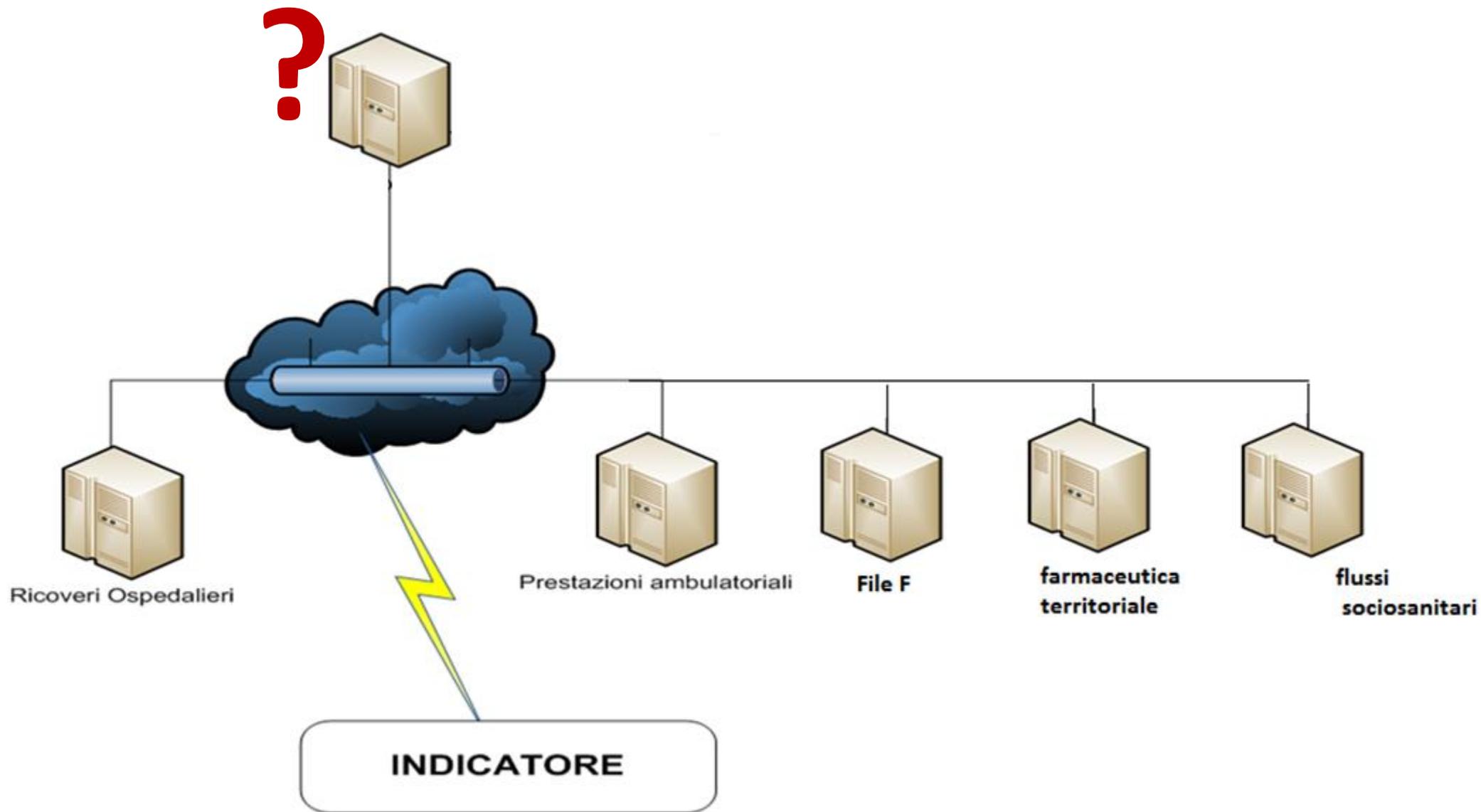


# Patient Journeys









# MA NON SOLO L'INDICATORE

- definire le linee guida di riferimento
- Identificare un panel di indicatori **potenzialmente** calcolabili
- Identificare quelli **realmente** calcolabili da flussi
- **Confrontare** applicabilità / interpretazione con:
  - **oncologi**
  - **chirurghi**
  - **radioterapisti**
  - **radiologi**
- Sviluppare analisi di sensibilità confrontando aree territorialmente diverse

# 2014 INDICATORI TUMORI DELLA MAMMELLA



## Rassegne e Articoli

e.p. anno 38 (1) gennaio-febbraio 2014

### Indicatori per il monitoraggio dei percorsi diagnostico-terapeutici del tumore della mammella

A set of indicators to monitor the adherence to the guidelines for the diagnosis and treatment of breast cancer

Antonio Russo,<sup>1</sup> Anita Andreano,<sup>2</sup> Emanuela Anghinoni,<sup>3</sup> Mariangela Autelitano,<sup>4</sup> Aldo Bellini,<sup>5</sup> Maurizio Bersani,<sup>6</sup> Sabrina Bizzoco,<sup>3</sup> Luca Cavalieri d'Oro,<sup>7</sup> Adriano Decarli,<sup>8</sup> Silvia Lucchi,<sup>9</sup> Salvatore Mannino,<sup>3</sup> Emerico Panciroli,<sup>5</sup> Magda Rognoni,<sup>7</sup> Giuseppe Sampietro,<sup>10</sup> Maria Grazia Valsecchi,<sup>2</sup> Marco Villa,<sup>9</sup> Carlo Zocchetti,<sup>6</sup> Alberto Zucchi<sup>10</sup>

*Epidemiol Prev* 2014; 38 (1): 16-28

### Indicators based on registers and administrative data for breast cancer: routine evaluation of oncologic care pathway can be implemented

Anita Andreano MD,<sup>1,2</sup> Emanuela Anghinoni ScD,<sup>5</sup> Mariangela Autelitano MD,<sup>5</sup> Aldo Bellini MD,<sup>7</sup> Maurizio Bersani MD,<sup>8</sup> Sabrina Bizzoco MD,<sup>5</sup> Luca Cavalieri d'Oro MD,<sup>9</sup> Adriano Decarli PhD,<sup>11</sup> Silvia Lucchi ScD,<sup>12</sup> Salvatore Mannino MD,<sup>5</sup> Emerico Panciroli MD,<sup>7</sup> Paola Rebora PhD,<sup>3</sup> Magda Rognoni ScD,<sup>10</sup> Giuseppe Sampietro ScD,<sup>13</sup> Marco Villa ScD,<sup>12</sup> Carlo Zocchetti ScD,<sup>8</sup> Alberto Zucchi MD,<sup>13</sup> Maria Grazia Valsecchi PhD<sup>4</sup> and Antonio Giampiero Russo MD<sup>1</sup>; on behalf of the OSSERVA Working Group

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 differente rispetto al linfonodo sentinella.....	102
07 Re-intervento entro 4 mesi dall'intervento di chirurgia conservativa.....	106
08 Chirurgia ricostruttiva intraoperatoria.....	110
09 Chirurgia ricostruttiva differita.....	114

01 Radioterapia successiva a quadrantectomia.....	118
02 Chemioterapia.....	122
03 Ormonoterapia.....	126
04 Chemioterapia od 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



# Il punto di partenza: Registro o SDO?



Rassegne e Articoli

ep&o anno 38 (6) novembre-dicembre 2014

## Confronto di differenti metodologie per la definizione di indicatori per monitorare i percorsi diagnostico-terapeutici dei tumori del colon retto

Comparison of different methods for the definition of indicators to assess the diagnostic and therapeutic paths of colorectal cancer

Maria Teresa Greco,<sup>1,2</sup> Antonio Russo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Unità di statistica medica e biometria "GA Maccacaro",  
Università degli Studi di Milano

*Epidemiol Prev* 2014; 38 (6): 364-372

# Il punto di partenza: Registro o SDO?

		REGISTRO TUMORI		
SDO		PRESENTI	ASSENTI	TOTALE
	PRESENTI	2.106 (85%)	140 (6%)	2.246
	ASSENTI	229 (9%)	–	229
	TOTALE	2.335	140	2.475
<b>Sensibilità: 90,2% (IC95%; 89,0-91,3)</b>				
<b>VPP: 93,7% (IC95%; 92,7-94,7)</b>				

# Colon o Retto?

L'analisi della concordanza è stata completata mediante il confronto delle sedi specifiche (colon e retto) da RT vs. SDO: solo per 94 casi era presente una sede discordante

**indice Kappa di 0,90 (IC95% 0,87-0,91)**

# DISTRIBUZIONE DEI CASI DISCORDANTI

	n.	%
<b>FALSI POSITIVI*</b>		
Tumori benigni	39	27,9
Altra sede o recidive	29	20,7
Prevalenti	28	20,0
Tumori in situ	25	17,8
Errori nella SDO	12	8,6
Casi incidenti del 2010	7	5,0
<b>Totale</b>	<b>140</b>	<b>100,0</b>
<b>FALSI NEGATIVI<sup>§</sup></b>		
SDO non eleggibile	75	32,7
SDO assente	70	30,6
SDO con referto ambulatoriale	44	19,2
Codifica della SDO riportante un'altra topografia	21	9,2
DCO	19	8,3
<b>Totale</b>	<b>229</b>	<b>100,0</b>

RAPPORTO DEL  
REGISTRO TUMORI  
DELLE ASL DELLA  
PROVINCIA  
DI MILANO

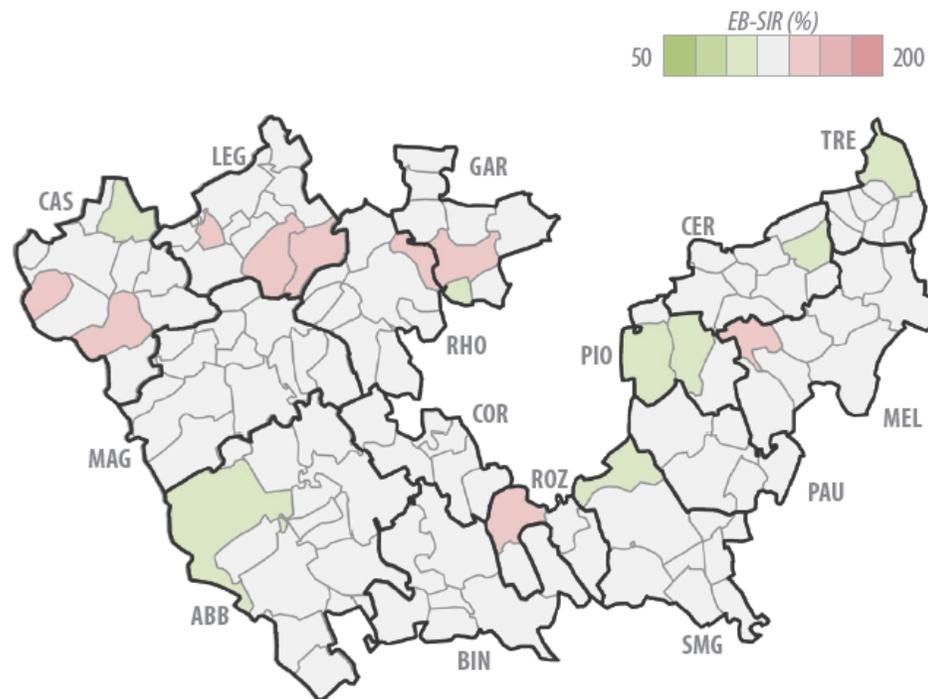
INCIDENZA, MORTALITÀ, PREVALENZA E  
SOPRAVVIVENZA DEI TUMORI



TUMORI DEL COLON E DEL RETTO

MASCHI

INCIDENZA. MAPPA DEL RISCHIO (EB-SIR) PER COMUNE  
ANNI 2007-2012



TUMORI DEL COLON E DEL RETTO

MASCHI

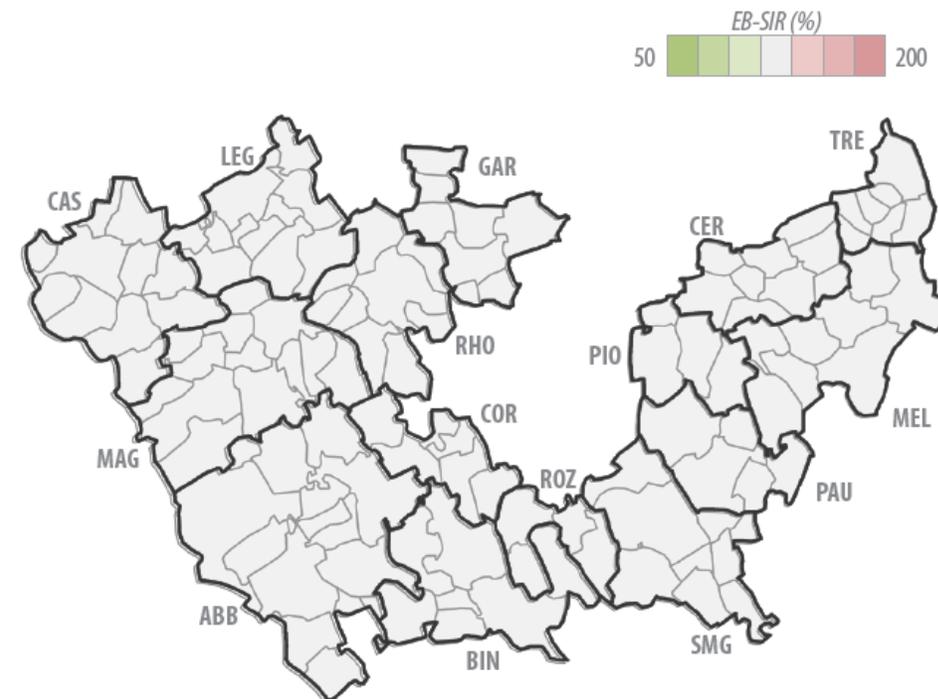
INCIDENZA. TASSI STANDARDIZZATI PER DISTRETTO  
ANNI 2007-2012

Totale area (IC 95%)

TUMORI DEL COLON E DEL RETTO

FEMMINE

INCIDENZA. MAPPA DEL RISCHIO (EB-SIR) PER COMUNE  
ANNI 2007-2012



TUMORI DEL COLON E DEL RETTO

FEMMINE

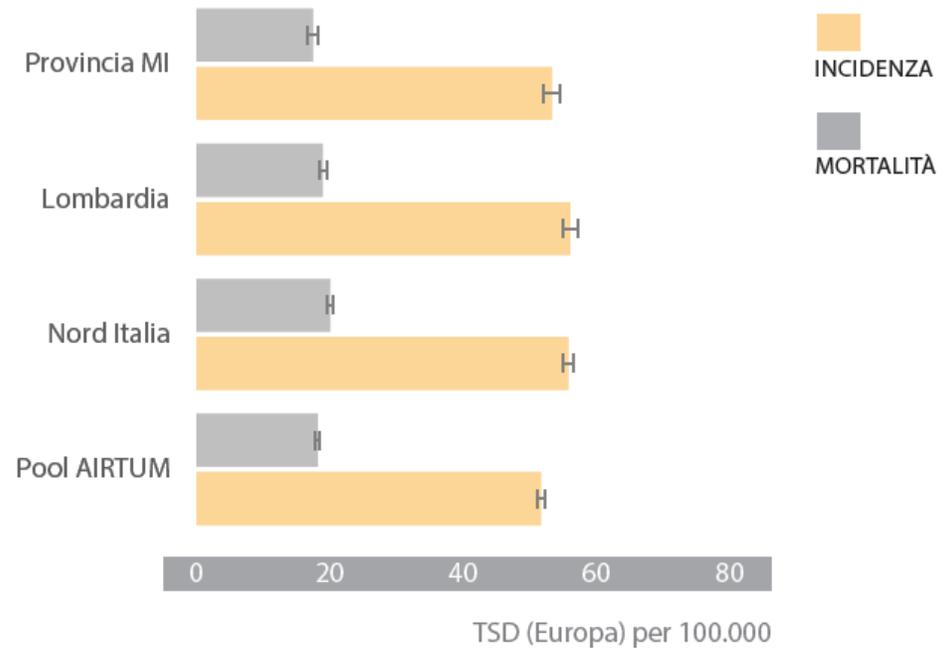
INCIDENZA. TASSI STANDARDIZZATI PER DISTRETTO  
ANNI 2007-2012



## TUMORI DEL COLON E DEL RETTO

MASCHI E FEMMINE

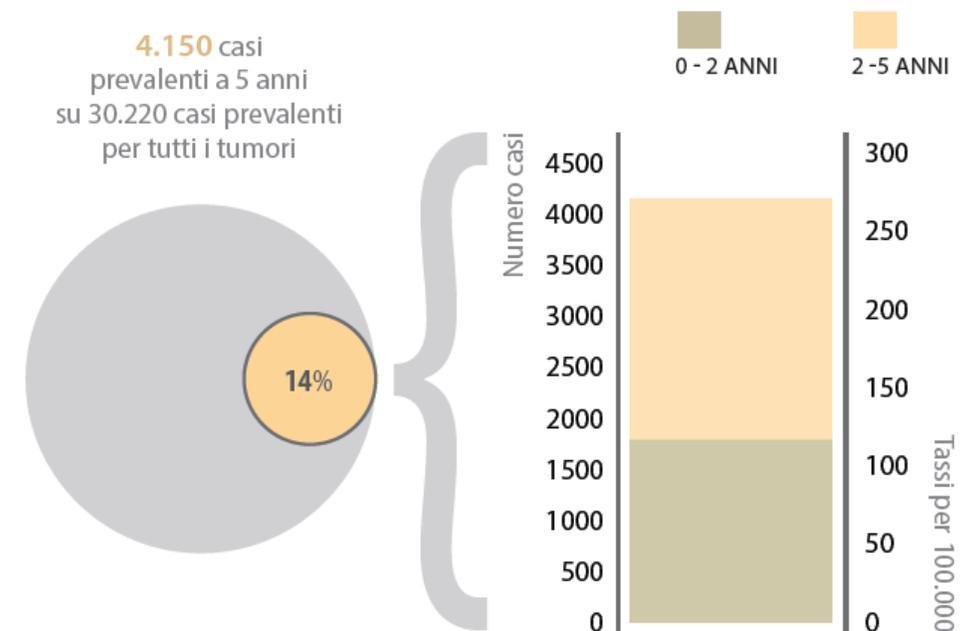
### TASSI DI INCIDENZA E MORTALITÀ. CONFRONTI NAZIONALI ANNI 2007-2009



## TUMORI DEL COLON E DEL RETTO

MASCHI E FEMMINE

### PREVALENZA OSSERVATA A 2 E 5 ANNI AL 1 GENNAIO 2013



# 2015 INDICATORI TUMORI DEL COLON E DEL RETTO

ANALISI  
DEI PERCORSI  
DIAGNOSTICO  
TERAPEUTICI  
IN ONCOLOGIA

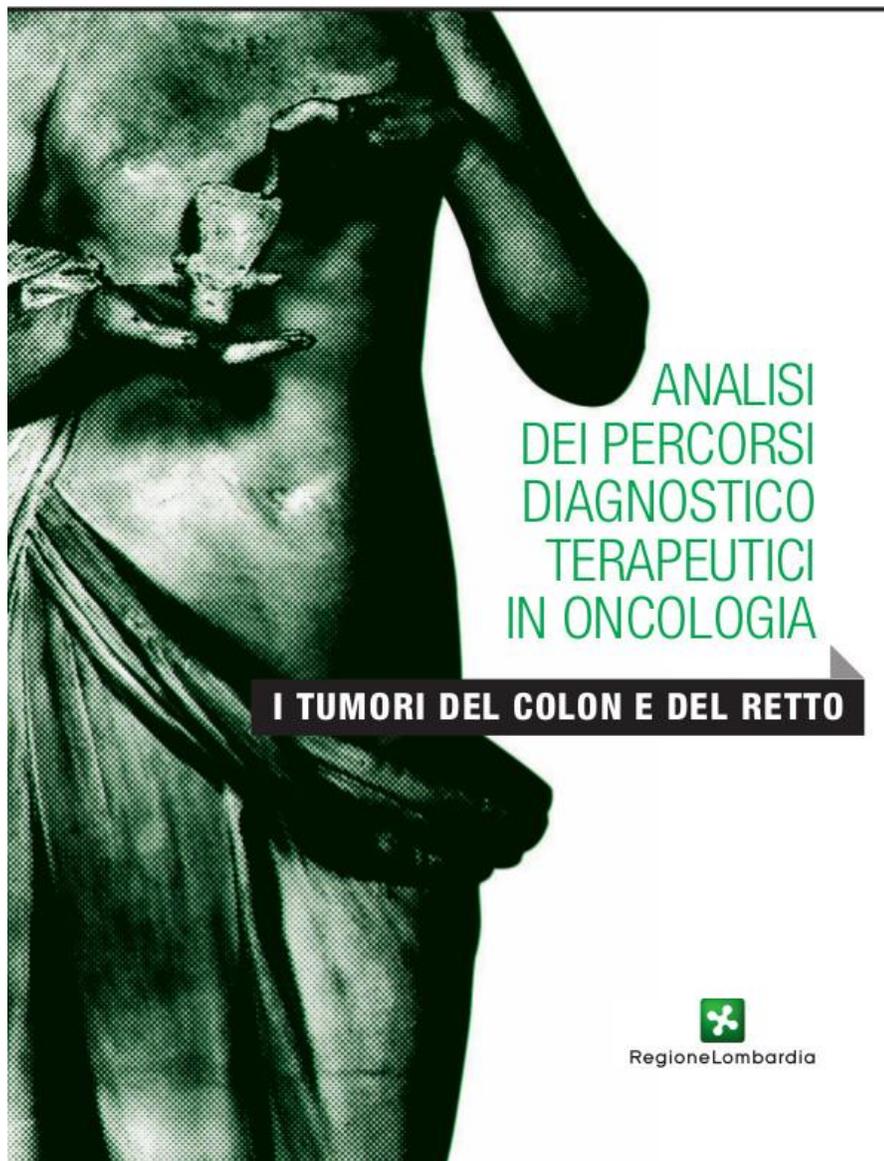
I TUMORI DEL COLON E DEL RETTO



Regione Lombardia

<b>SCHEDA</b>	37
<b>COLON. INDICATORI DIAGNOSTICI</b>	
FOBT da screening nei 6 mesi precedenti la diagnosi	38
FOBT non da screening nei 6 mesi precedenti la diagnosi	40
Endoscopia nei 6 mesi precedenti la diagnosi	44
Endoscopia successiva a FOBT nei 6 mesi precedenti la diagnosi	46
Antigene carcinoembrionario (CEA) nei 6 mesi precedenti la diagnosi	50
Altri marcatori tumorali nei 6 mesi precedenti la diagnosi	54
TC torace e/o addome e/o ecografia addome e/o RM addome nei 6 mesi precedenti la diagnosi	58
Indagini clinico-strumentali nei 6 mesi precedenti la diagnosi	62
<b>COLON. TRATTAMENTO CHIRURGICO</b>	
Diagnosi istologica pre-operatoria	66
Trattamento chirurgico primario	70
Colostomia temporanea o permanente	74
Occlusione intestinale e/o peritonite	78
Re-intervento	82
Fistola intestinale	86
Tromboembolia	90
<b>RETTO. TRATTAMENTO CHIRURGICO</b>	
Diagnosi istologica pre-operatoria	162
Radioterapia e terapia medica oncologica neoadiuvante	166
Trattamento chirurgico	170
Colostomia temporanea o permanente	174
Occlusione intestinale e/o peritonite	178
Re-intervento	182
Fistola intestinale	186
Tromboembolia	190
<b>RETTO. TRATTAMENTO MEDICO</b>	
Terapia medica oncologica e radioterapia adiuvante	194
Terapia medica oncologica e/o farmaci biologici ad alto costo	198
Effetti collaterali ematologici gravi	202
<b>RETTO. INDICATORI DI FOLLOW-UP</b>	
Endoscopia nell'anno successivo	206
Antigene carcinoembrionario (CEA) nell'anno successivo	210
TC torace e/o addome e/o Ecografia addome e/o RM addome e/o pelvi nell'anno successivo	214
Follow-up completo nell'anno successivo	218
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	222

# 2015 INDICATORI TUMORI DEL COLON E DEL RETTO



ANALISI  
DEI PERCORSI  
DIAGNOSTICO  
TERAPEUTICI  
IN ONCOLOGIA

**I TUMORI DEL COLON E DEL RETTO**



Regione Lombardia

## COLON. TRATTAMENTO MEDICO

Terapia medica oncologica .....	94
Terapia medica oncologica adiuvante .....	96
Chirurgia e terapia medica oncologica nello stesso ospedale ..	98
Terapia medica oncologica adiuvante in stadio II .....	100
Terapia medica oncologica adiuvante in stadio III .....	102
Terapia medica oncologica e/o farmaci biologici ad alto costo ..	106
Effetti collaterali ematologici gravi .....	110

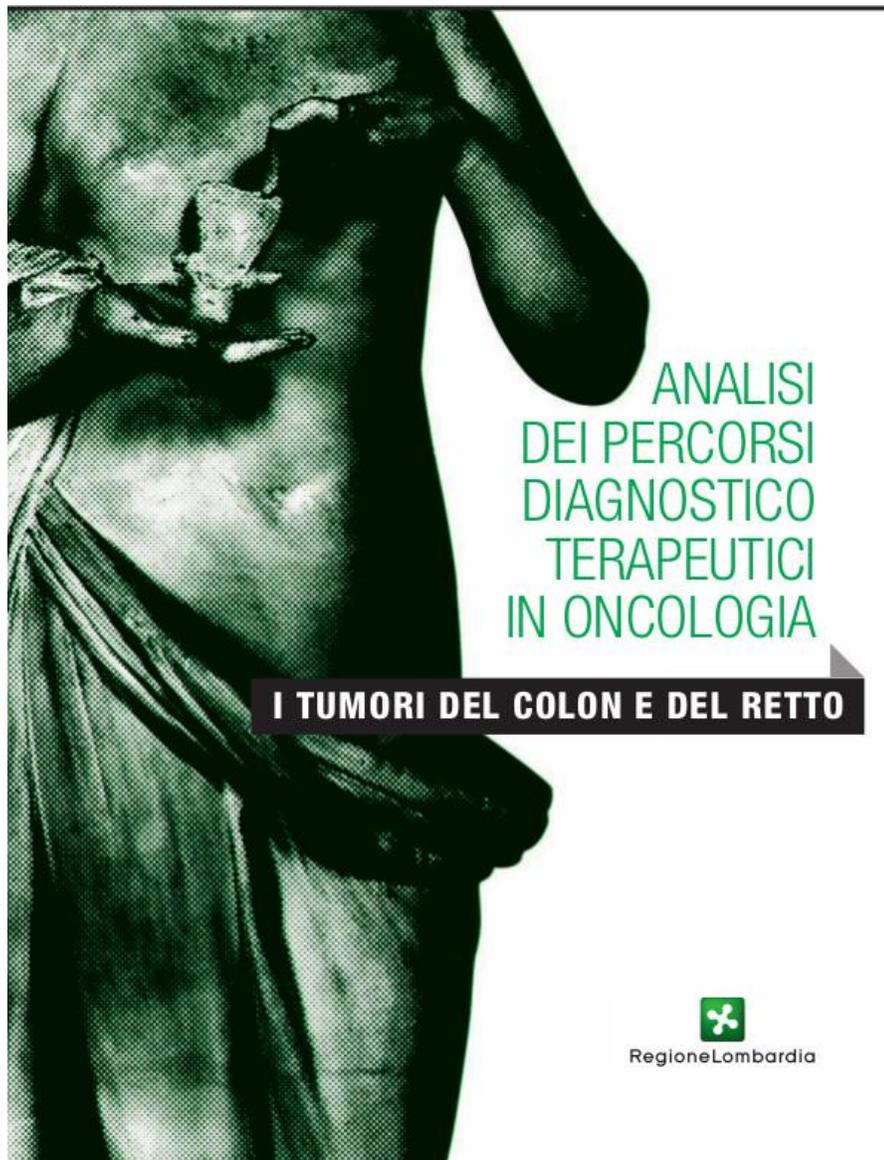
## COLON. INDICATORI DI FOLLOW-UP

Endoscopia nell'anno successivo .....	114
Antigene carcinoembrionario (CEA) nell'anno successivo .....	118
TC torace e/o addome e/o ecografia addome .....	122
e/o RM addome nell'anno successivo .....	
Follow-up completo nell'anno successivo .....	126

## RETTO. INDICATORI DIAGNOSTICI

FOBT da screening nei 6 mesi precedenti la diagnosi .....	130
FOBT non da screening nei 6 mesi precedenti la diagnosi .....	132
Endoscopia nei 6 mesi precedenti la diagnosi .....	136
Endoscopia successiva a FOBT nei 6 mesi .....	138
precedenti la diagnosi .....	
Ecoendoscopia anorettale nei 6 mesi precedenti .....	142
la diagnosi .....	
Antigene carcinoembrionario (CEA) nei 6 mesi .....	146
precedenti la diagnosi .....	
Altri marcatori tumorali nei 6 mesi precedenti la diagnosi .....	150
TC torace e/o addome e/o ecografia addome e/o .....	154
RM addome e/o pelvi nei 6 mesi precedenti la diagnosi .....	
Indagini clinico-strumentali nei 6 mesi precedenti .....	158
la diagnosi .....	

# 2015 INDICATORI TUMORI DEL COLON E DEL RETTO



ANALISI  
DEI PERCORSI  
DIAGNOSTICO  
TERAPEUTICI  
IN ONCOLOGIA

I TUMORI DEL COLON E DEL RETTO



**Direzione Scientifica:** Antonio Russo

**Autori:** Maria Teresa Greco e Antonio Russo

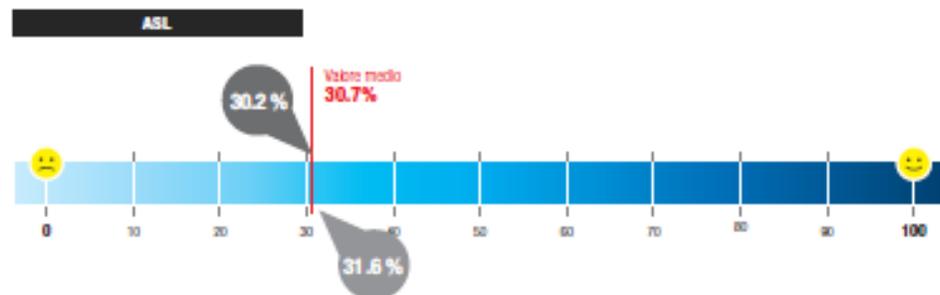
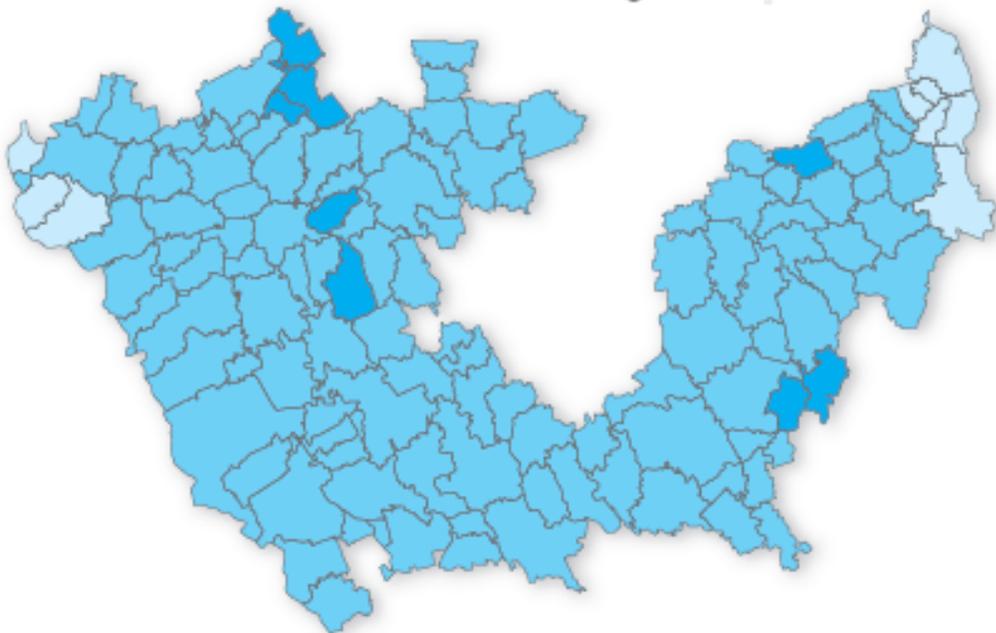
**Analisi statistica a cura di:** Maria Teresa Greco e Antonio Russo

**Testi a cura di:** Maria Teresa Greco, Aldo Bellini, Andrea De Monte, Lorenzo Maffioli, Maurizio Bersani e Antonio Russo

**Comitato Scientifico:** Andrea De Monte, Lorenzo Maffioli, Aldo Bellini, Emerico Pancioli, Roberto La Bianca, Salvatore Siena, Maurizio Bersani e Antonio Russo

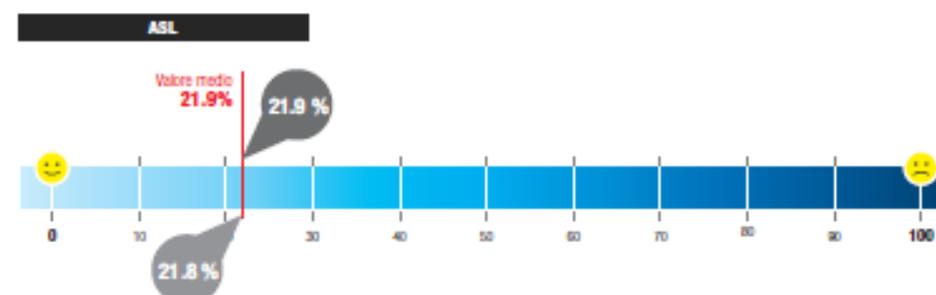
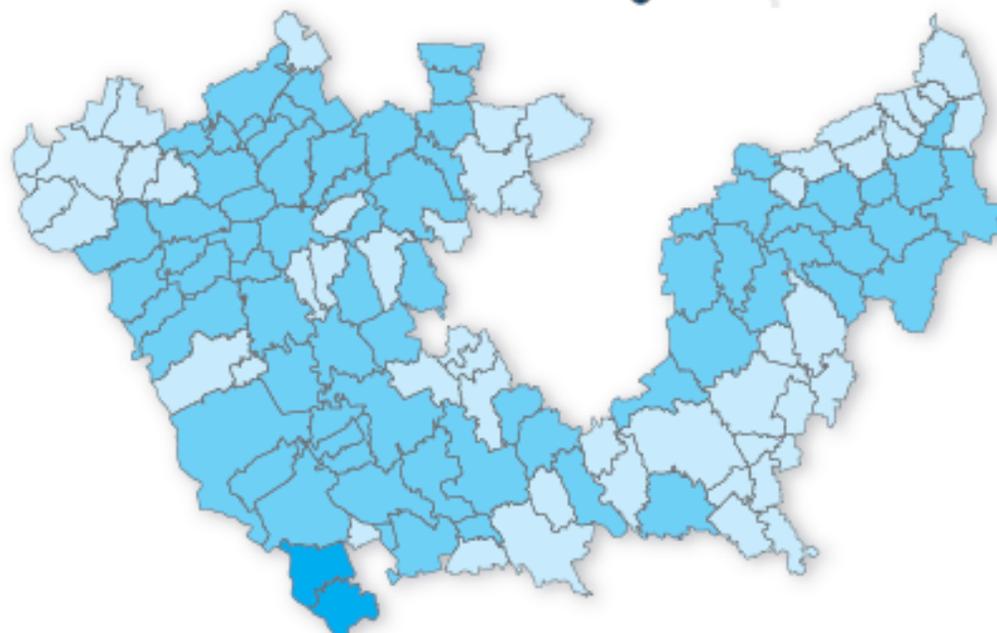
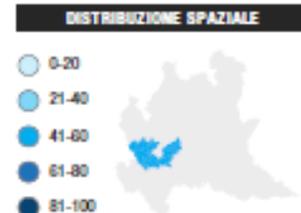
## FOBT da screening nei 6 mesi precedenti la diagnosi

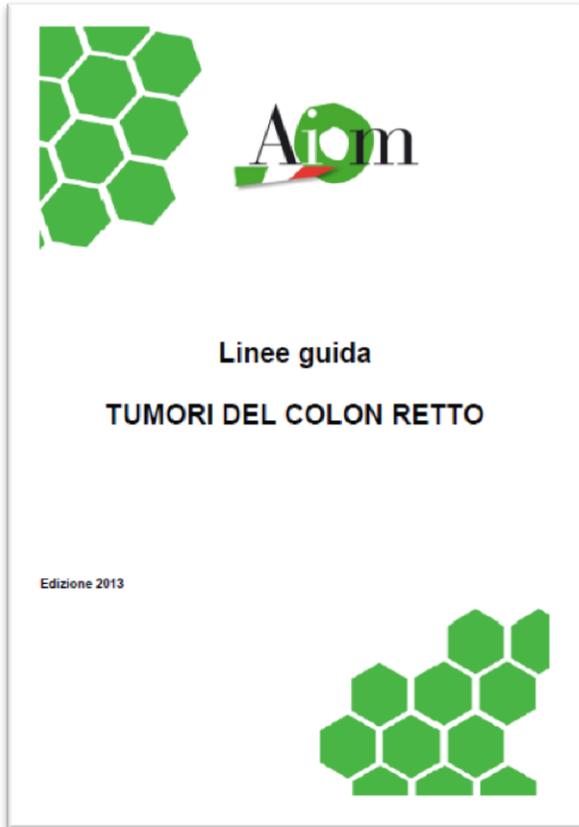
**DESCRIZIONE:** Stima la proporzione di pazienti che eseguono il prelievo del sangue occulto nelle feci (FOBT) all'interno di uno screening organizzato



## FOBT non da screening nei 6 mesi precedenti la diagnosi

**DESCRIZIONE:** Stima la proporzione di pazienti che eseguono il prelievo del sangue occulto nelle feci (FOBT) al di fuori dello screening organizzato





L'uso della chemioterapia adiuvante sistemica non è indicato nello stadio **I**.



L'indicazione alla chemioterapia adiuvante nel carcinoma del colon nello stadio **II** è tuttora controversa.



Ai pazienti in stadio **II** con fattori prognostici sfavorevoli (occlusione, perforazione, T4, G3-4, inadeguato numero di linfonodi esaminati, invasione vascolare e/o linfatica e/o perineurale) è corretto proporre una terapia adiuvante anche al di fuori di studi controllati (fluoropirimidine +/- oxaliplatino).



Tutti i pazienti in stadio **III** (ogni T, N1-2, M0) sono candidati a chemioterapia adiuvante che deve essere iniziata entro 6-8 settimane dall'intervento chirurgico radicale.



I regimi di prima scelta negli stadi **III** sono lo schema FOLFOX4 (infusionale), lo schema XELOX(capecitabina). In pazienti con buona prognosi e/o con ridotto performance status sono valide alternative: Capecitabina, 5Fluorouracile+acido folinico in regime infusionale e bolo.

La durata ottimale del trattamento è di 6 mesi.



Non devono essere impiegati in terapia adiuvante farmaci biologici al di fuori di studi clinici.



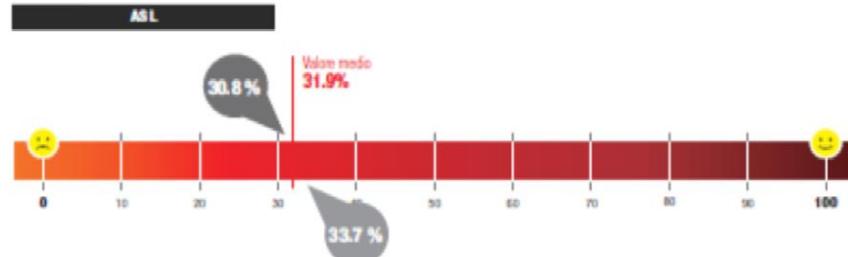
La chemioterapia deve essere iniziata preferenzialmente entro 6-8 settimane dall'intervento chirurgico radicale.

# Terapia medica oncologica adiuvante in stadio II

DESCRIZIONE: Stima la proporzione di pazienti in stadio II che effettuano una terapia medica oncologica adiuvante

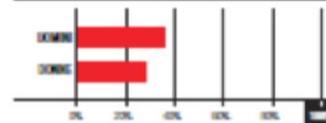
### DISTRIBUZIONE SPAZIALE

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



## Terapia medica oncologica adiuvante in stadio II

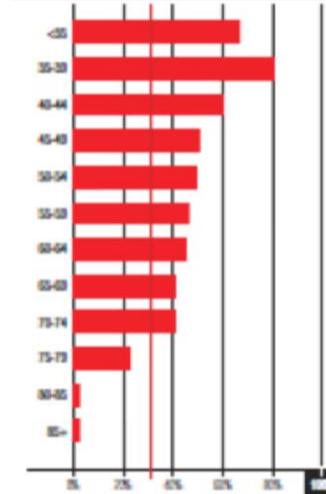
### GENERE



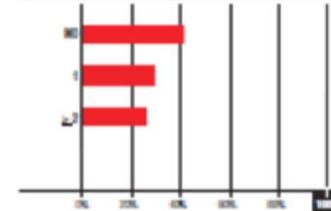
### OSPEDALE



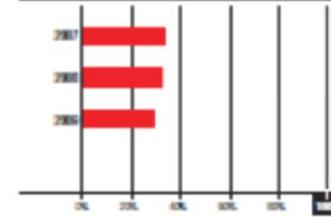
### CLASSE DI ETÀ



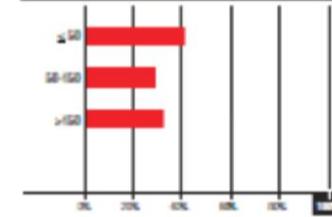
### COMORBIDITÀ



### ANNO DI INCIDENZA



### VOLUME

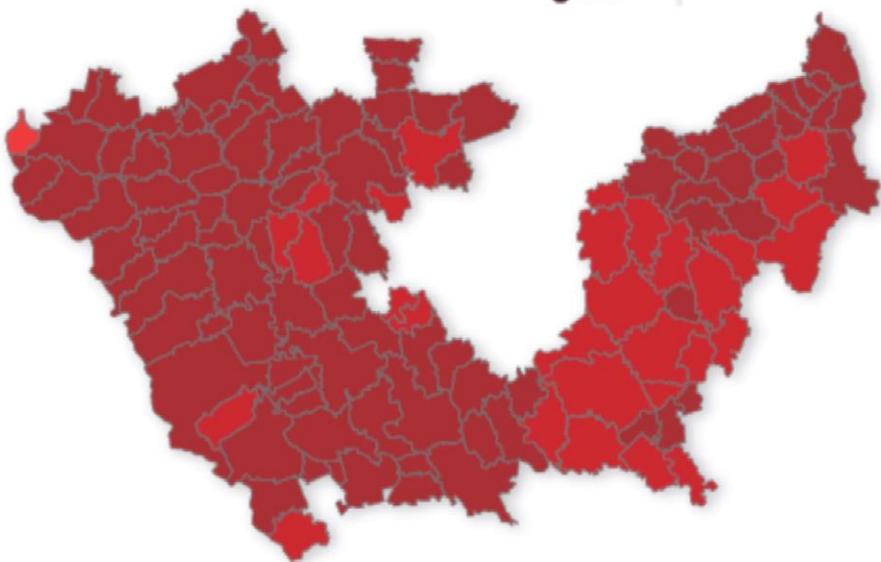


# Terapia medica oncologica adiuvante in stadio III

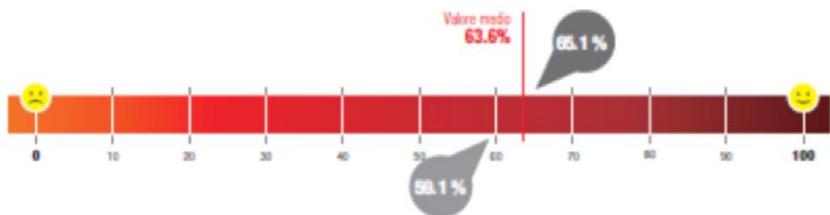
DESCRIZIONE: Stima la proporzione di pazienti in stadio III che effettuano una terapia medica oncologica adiuvante

DISTRIBUZIONE SPAZIALE

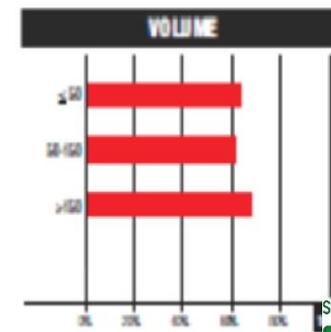
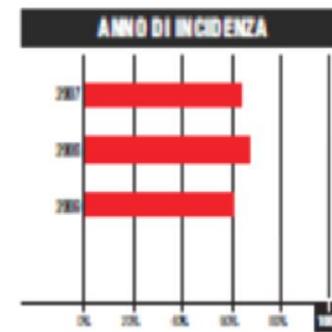
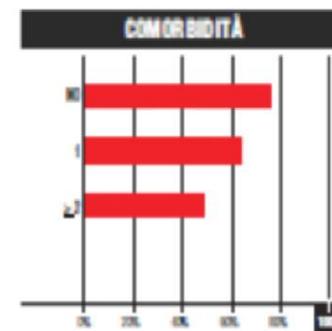
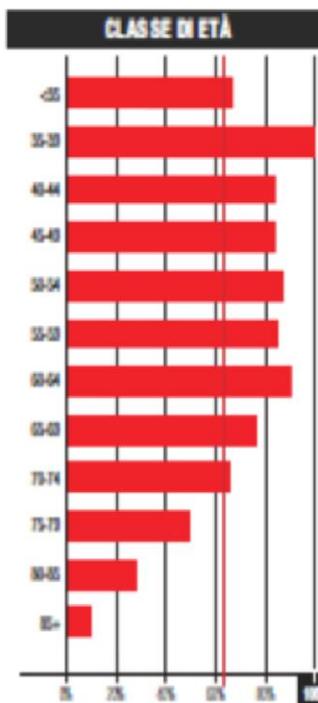
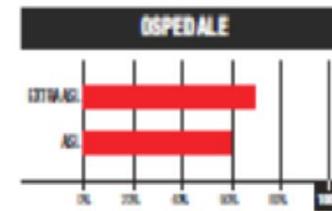
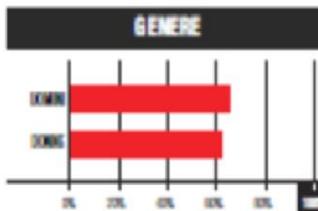
- 0-20
- 21-40
- 41-60
- 61-80
- 81-100

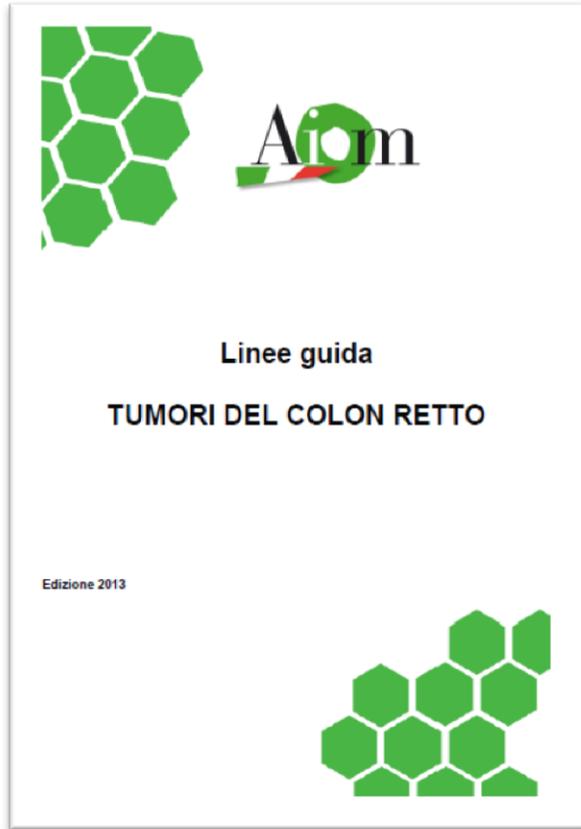


ASL



# Terapia medica oncologica adiuvante in stadio III





**CEA: ogni 3-4 mesi per i primi 3 anni, ogni 6 mesi per i due anni successivi, anche nei pazienti con CEA preoperatorio nei limiti della norma.**



**COLONSCOPIA: nei pazienti senza uno studio preoperatorio completo del colon deve essere eseguita appena possibile, comunque entro 6-12 mesi dall'intervento.**



**COLONSCOPIA: nei pazienti in cui l'esame endoscopico evidenzia "colon indenne" la ripetizione dell'esame endoscopico è consigliata dopo 1 anno dall'intervento, in seguito dopo 3 anni in assenza di adenomi e quindi ogni 5 anni, valutando eventuali comorbidità**



**TAC TORACE e ADDOME SUPERIORE con contrasto: ogni 6-12 mesi per i primi 3-5 anni in funzione dell'entità del rischio. L'Ecografia ha una minore sensibilità e può sostituire la TAC, preferibilmente con l'impiego di contrasti ecografici, in caso di difficoltà logistiche e nei pazienti non candidabili ad ulteriori programmi chirurgici.**



**Dopo il III anno può essere consigliabile un'ecografia dell'addome e un' Rx del torace da eseguire una volta l'anno fino al V anno. Eventuali approfondimenti diagnostici da valutare secondo giudizio clinico.**



**Nei pazienti sottoposti a metastasectomia TAC TORACE ADDOME con contrasto ogni 3-6 mesi per i primi 2 anni e successivamente ogni 6-12 mesi fino al quinto anno.**



**TAC o RMN PELVICA: ogni 6-12 mesi nei primi due anni ed annualmente nei tre anni successivi nei pazienti operati per carcinoma del retto in funzione dell'entità del rischio.**



**Rx TORACE: non vi è indicazione all'uso routinario di tale esame.**

Follow-up strategies for patients treated for non-metastatic colorectal cancer (Review)

Jeffery M. Hickey BE, Hider FN



This is a register of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library 2008, Issue 4

<http://www.cochrane.org/colorectal>



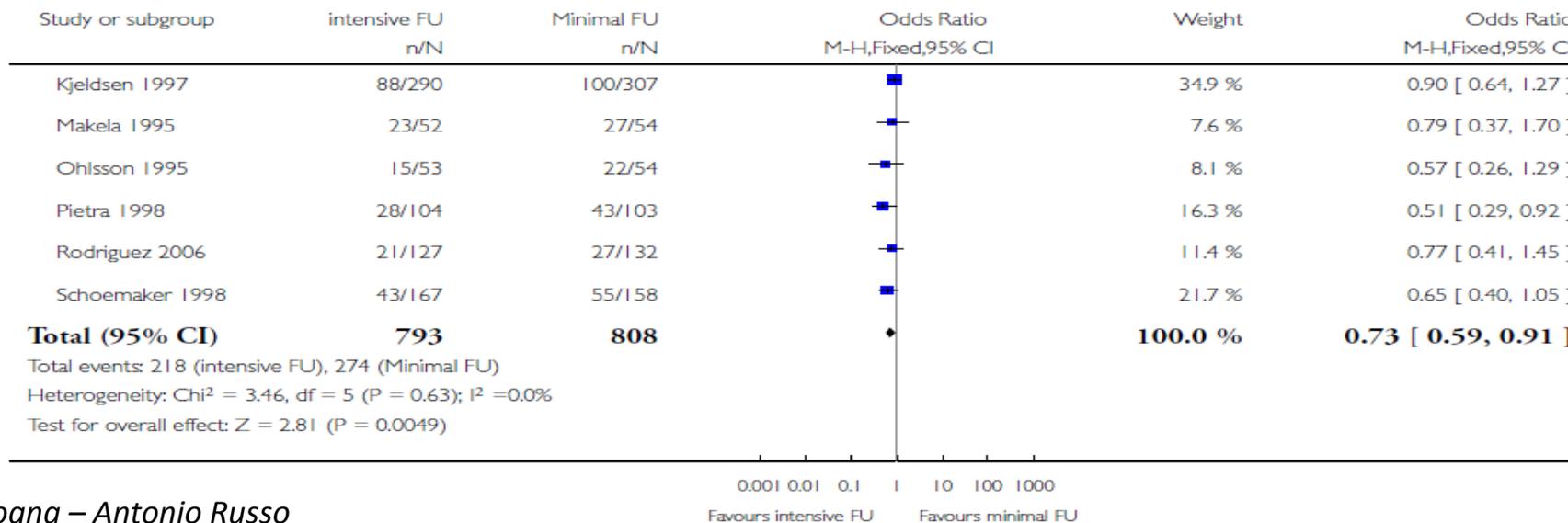
Follow-up strategies for patients treated for non-metastatic colorectal cancer (Review)  
Copyright © 2008 The Cochrane Collaboration, published by John Wiley & Sons, Ltd

**Analysis 1.1. Comparison 1 Intensive follow-up versus minimalist follow-up, Outcome 1 Mortality.**

Review: Follow-up strategies for patients treated for non-metastatic colorectal cancer

Comparison: 1 Intensive follow-up versus minimalist follow-up

Outcome: 1 Mortality



# FOLLOW UP TUMORI DEL COLONRETTO

L'impiego di indagini finalizzate ad identificare ricadute extra intestinali (CEA eseguito con frequenza trimestrale e TAC) riduce la mortalità per malattia del 9-13%, che è sostanzialmente paragonabile con il beneficio ottenuto con la terapia precauzionale nei casi Dukes C

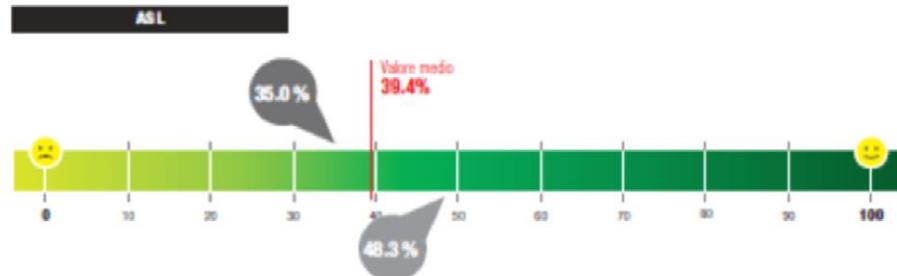
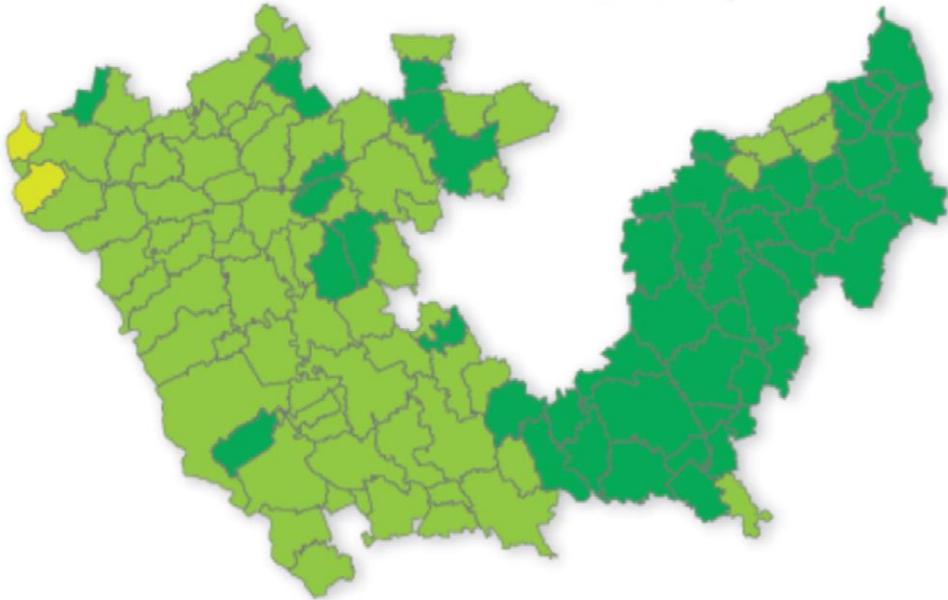
	N° pazienti		Morte a 5 anni	
	tr. intensivo	controllo	Risk Ratio	RiskRatio (LC95%)
Makela et al,1995	23/52	27/54		0.88(0.59-1.33)
Ohisson et al,1995	15/53	22/54		0.69(0.41-1.19)
Shoemaker et al,1998	43/167	43/103		0.74(0.53-1.03)
Pietra et al,1998	28/104	43/103		0.64(0.44-0.95)
Kjeldsen at al,1997	88/290	100/307		0.93(0.73-1.18)
Tutti trials	197/666	247/676		0.81(0.70-0.94)
		Meglio trattamento intensivo		Meglio controllo
Test di eterogeneità $\chi^2 = 3.42, df=4, P=0.49$ "Pool analysis" per la sopravvivenza a 5 anni				

## Endoscopia nell'anno successivo

DESCRIZIONE: Stima la proporzione di pazienti sottoposti a endoscopia nei 12 mesi successivi all'intervento

DISTRIBUZIONE SPAZIALE

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

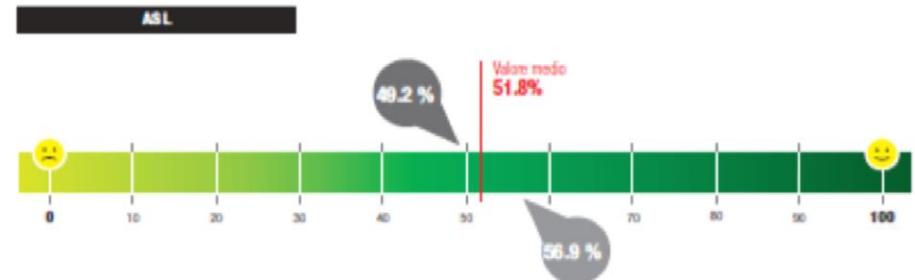


## Endoscopia nell'anno successivo

DESCRIZIONE: Stima la proporzione di pazienti sottoposti a endoscopia nei 12 mesi successivi all'intervento

DISTRIBUZIONE SPAZIALE

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

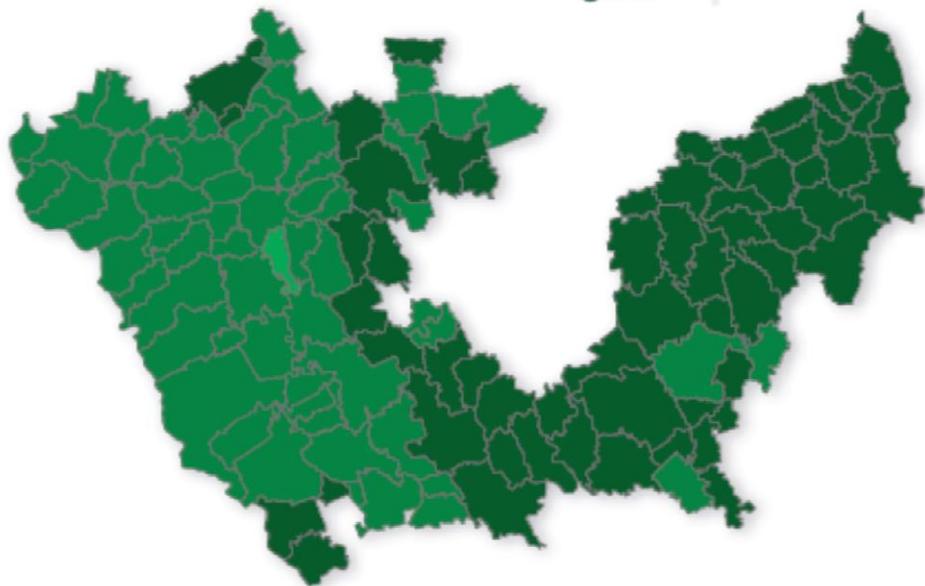


## Antigene carcinoembrionario (CEA) nell'anno successivo

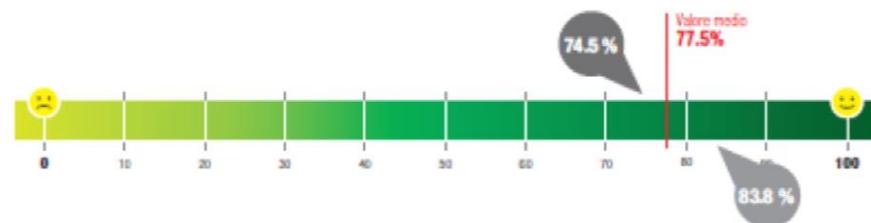
**DESCRIZIONE:** Stima la proporzione di pazienti con almeno un dosaggio di CEA nei 12 mesi successivi all'intervento

### DISTRIBUZIONE SPAZIALE

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



ASL



## Antigene carcinoembrionario (CEA) nell'anno successivo

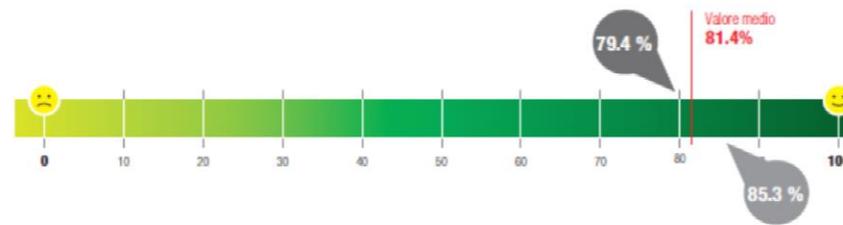
**DESCRIZIONE:** Stima la proporzione di pazienti con almeno un dosaggio di CEA nei 12 mesi successivi all'intervento

### DISTRIBUZIONE SPAZIALE

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



ASL



### TC torace e/o addome e/o ecografia addome e/o RM addome nell'anno successivo

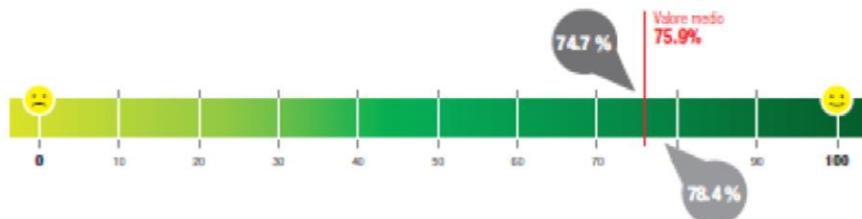
DESCRIZIONE: Stima la proporzione di pazienti che eseguono TC torace e/o addome e/o ecografia addome e/o RM addome nei 12 mesi successivi all'intervento

DISTRIBUZIONE SPAZIALE

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



ASL



### TC torace e/o addome e/o ecografia addome e/o RM addome e/o pelvi nell'anno successivo

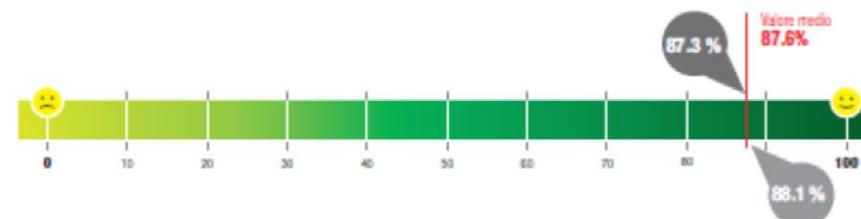
DESCRIZIONE: Stima la proporzione di pazienti che eseguono TC torace e/o addome e/o ecografia addome e/o RM addome e/o pelvi nei 12 mesi successivi all'intervento

DISTRIBUZIONE SPAZIALE

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



ASL

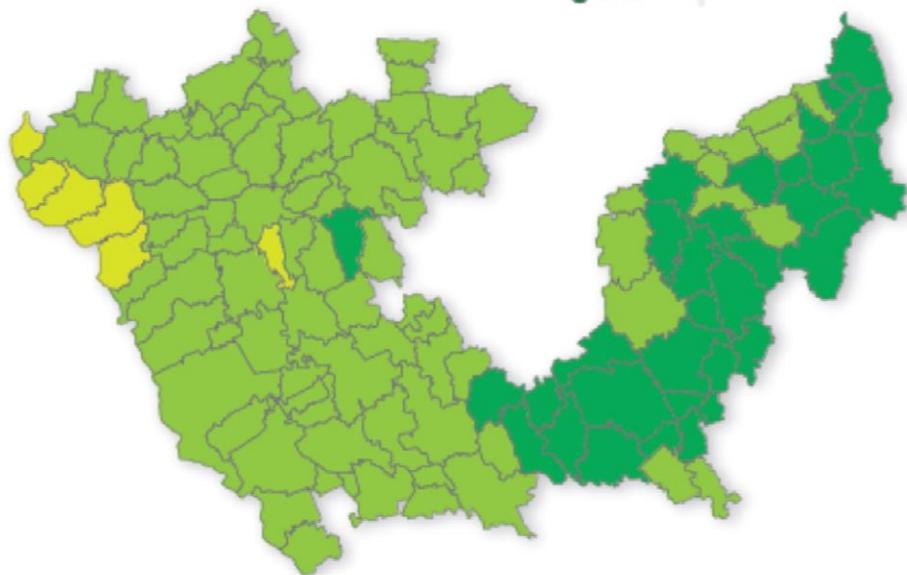


## Follow-up completo nell'anno successivo

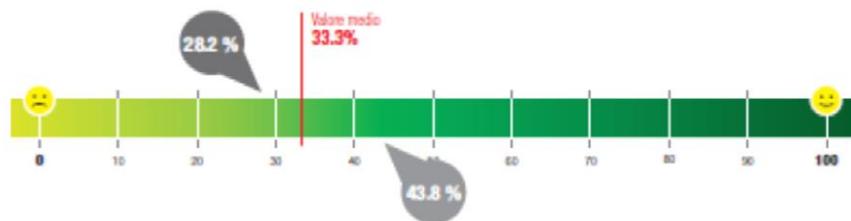
DESCRIZIONE: Stima la proporzione di pazienti che eseguono endoscopia e TC torace e TC/ECO/RM addome e CEA nei 12 mesi successivi all'intervento

DISTRIBUZIONE SPAZIALE

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



ASL

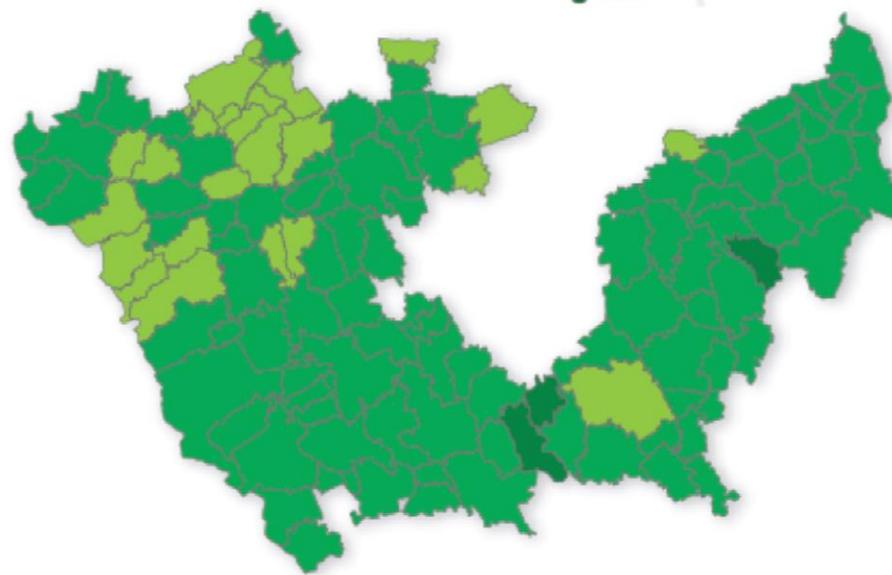


## Follow-up completo nell'anno successivo

DESCRIZIONE: Stima la proporzione di pazienti che eseguono endoscopia e TC torace e/o addome e/o ecografia addome e/o RM addome e/o pelvi e CEA nei 12 mesi successivi all'intervento

DISTRIBUZIONE SPAZIALE

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



ASL

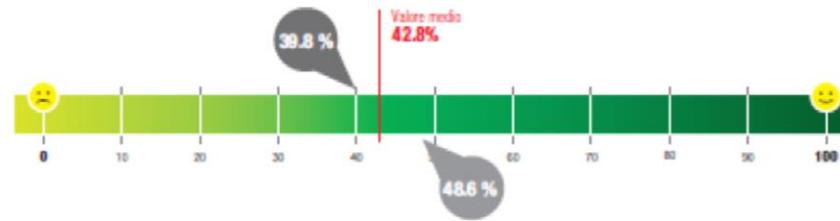
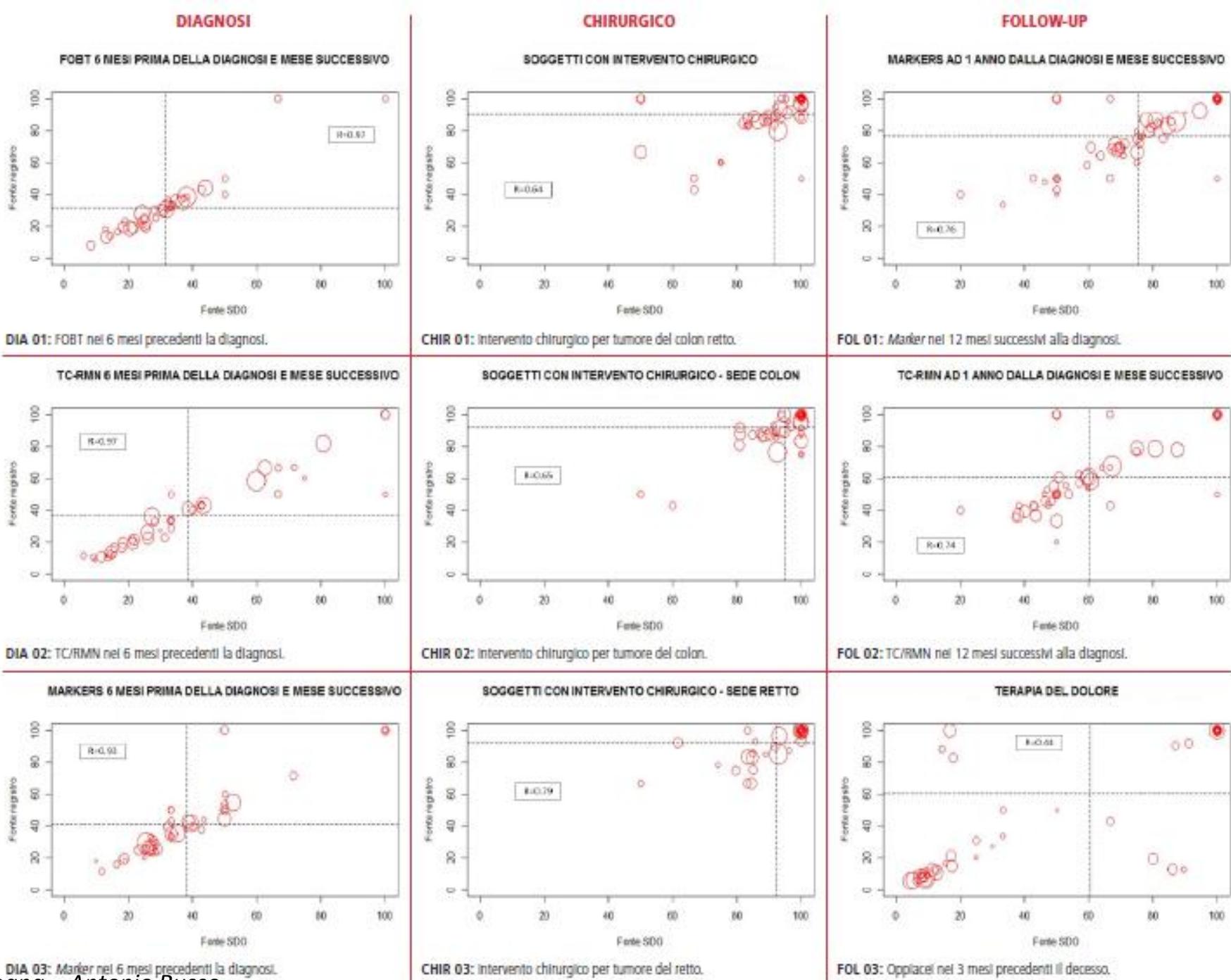


Figura 1. Indicatori da SDO e RT specifici per volume di chirurgia del colon retto. / Figure 1. Indicators calculated from SDO and CR colorectal surgery-specific volumes.



# CONCLUSIONI 1

- Se l'obiettivo è sviluppare analisi sull'appropriatezza dei percorsi diagnostico terapeutici
  - è necessario e **mandatorio** sviluppare una metodologia di lavoro condivisa con i clinici;
  - le fonti amministrative/sanitarie **devono** coprire tutte le possibili modalità di consumo;
  - ci deve essere una **elevata standardizzazione** delle metodologie di linkage e non solo;
  - le informazioni derivate **devono** essere utilizzate a livello:
    - di DIPO / erogatore per ridurre l'inappropriatezza
    - di ASL / Regione per la definizione di obiettivi da inserire nei documenti di programmazione pluriannuali e annuali

# CONCLUSIONI 2

- Per misurare i percorsi in oncologia è meglio avere registri tumori di qualità certificata, con sistemi informativi evoluti e con dati aggiornati
- L'accesso alle SDO come casi surrogati
  - limita l'esplorazione ad alcuni indicatori non avendo accesso a fattori prognostici
  - necessita di algoritmi molto standardizzati e validati
  - Produce una selezione importante escludendo gli stadi iniziali e i casi a peggiore prognosi (è un male?)
  - Permette di lavorare sulla appropriatezza nelle aree non coperte da registro

# INDICATORI DI ESITO

- occlusione intestinale o peritonite alla chirurgia
- reintervento entro 60 giorni
- tromboembolia al ricovero indice e nei 30 gg successivi
- fistola post-anastomotica
- infezioni al ricovero indice e nei 30 gg successivi
- effetti collaterali gravi ematologici in corso di CHT
- effetti collaterali gravi cardiologici in corso di CHT

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ATS Milano  
Città Metropolitana

# Grazie dell'attenzione

***Antonio Russo***

ATS della Città Metropolitana di Milano  
C.so Italia 19 - 20122 Milano  
email [agrusso@ats-milano.it](mailto:agrusso@ats-milano.it)  
Telefono +39 02 85782100