

INDICATORI DEL MELANOMA
IN TOSCANA



Il melanoma cutaneo:

dalle raccomandazioni cliniche agli indicatori

diagnostico-terapeutici

IL MELANOMA CUTANEO

Dalle Raccomandazioni cliniche agli indicatori diagnostico-terapeutici

Emanuele Crocetti
UO Epidemiologia Clinica e descrittiva
Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica
Firenze

Lorenzo Borgognoni
Centro di Riferimento Regionale Melanoma
S.C. Chirurgia Plastica e Ricostruttiva
Azienda Sanitaria Firenze

Coordinamento, raccolta, revisione, analisi dati: **Adele Caldarella** UO Epidemiologia Clinica e descrittiva – ISPO, Firenze

Analisi statistica: Claudio Sacchetti UO Epidemiologia Clinica e descrittiva ISPO, Firenze

Registro Tumori della Regione Toscana: Teresa Intriery, Antonella Corbinelli, Libuse Nemcova, Gianfranco Manneschi, Francesco Giusti

Coordinamento anatomo-patologico: **Daniela Massi**

Hanno collaborato alla stesura e revisione:

Cognome e Nome	Specialità	Ente di Appartenenza
Apicella Paola	Anatomia Patologica	ASL 3 Pistoia
Bagnoni Giovanni	Dermatologia	ASL 6 Livorno
Barachini Paolo	Dermatologia	AOU Pisa
Battistini Silvio	Dermatologia	ASL 1 Massa Carrara
Begliomini Brunero	Anatomia Patologica	ASL 4 Prato
Bevilacqua Generoso	Anatomia Patologica	AOU Pisa
Biagioli Maurizio	Dermatologia	AOU Siena
Biancalani Mauro	Anatomia Patologica	ASL 11 Empoli
Brandani Paola	Centro Rif. Reg. Melanoma	ASL 10 Firenze
Brandini Luca	Dermatologia	ASL 11 Empoli
Cagno Maria Cristina	Anatomia Patologica	AOU Pisa
Calcinai Alessandra	Anatomia Patologica	ASL 11 Empoli

Carnevali Andrea	Anatomia Patologica	ASL 8 Arezzo
Castelli Antonio	Dermatologia	ASL 8 Arezzo
Cavazzana Andrea	Anatomia Patologica	ASL 1 Massa Carrara
Ceccarini Massimo	Dermatologia	ASL 6 Livorno
Cecchi Roberto	Dermatologia	ASL 3 Pistoia
Cervadoro Gregorio	Dermatologia	AUO Pisa - Università di Pisa
Chiarugi Alessandra	Dermatologia	ISPO - Firenze
Crispino Sergio	Oncologia	ASL 7 Siena
Cristiani Giovanni	Dermatologia	AOU Pisa
D'Aniello Carlo	Chirurgia Plastica	AOU Siena
De Giorgi Vincenzo	Dermatologia	ASL 10
De Nisi Maria Caterina	Anatomia Patologica	AOU Siena
Dini Mario	Chirurgia Plastica	AOU Careggi – Università di Firenze
Fabbi Paolo	Dermatologia	ASL 10 – Università di Firenze
Fanelli Giovanni	Anatomia Patologica	AUO Pisa
Fimiani Michele	Dermatologia	AOU Siena
Fioretto Luisa	Oncologia	ASL 10 Firenze
Floridi Donatella	Anatomia Patologica	ASL8 Arezzo
Fornaciari Gino	Oncologia	Università Degli Studi Pisa
Gallo Oreste	Otorinolaringoiatria	AOUC Università di Firenze
Gattai Riccardo	Chirurgia – Centro Rif. Reg. Terap. Perfus.	AOUC Firenze
Gensini Francesca	Genetica Medica	ASL 10 Università Degli Studi Firenze
Genuardi Maurizio	Genetica Medica	ASL10- Università Degli Studi Firenze
Gerlini Gianni	Centro Rif. Reg. Melanoma	ASL 10 Firenze
Gianfranceschi Giovanna	Dermatologia	ASL 12 Versilia
Giannini Augusto	Anatomia Patologica	ASL 4 Prato
Ghilardi Alberto	Dermatologia	AOU Lucca
Innocenti Marco	Microchirurgia Ricostruttiva	AOUC Firenze
Innocenti Stefania	Anatomia Patologica	ASL3 Pistoia
Incensati Roberto	Anatomia Patologica	ASL6 Livorno
Ketabchi Sheyda	Anatomia Patologica	ASL4 Prato
Loggini Barbara	Anatomia Patologica	AOU Pisa
Lorenzi Stefano	Dermatologia	ASL2 Lucca
Lo Scocco Giovanni	Dermatologia	ASL 4 Prato
Maio Michele	Oncologia	AOU Siena
Marchetti Gabriella	Anatomia Patologica	AOU Pisa
Mariotti Giulia	Dermatologia	ASL 10 – Università degli Studi Firenze
Marsili Franco	Dermatologia	ASL 12 Versilia
Martini Leonardo	Anatomia Patologica	ASL 12 Versilia
Martini Patrizia	Dermatologia	ASL 2 Lucca
Massei Pietro	Chirurgia Plastica	ASL2 Lucca
Menni Enrica	Anatomia Patologica	ASL2 Lucca
Miligi Lucia	Epidemiologia	ISPO - Firenze
Minnei Francesca	Anatomia Patologica	AOU Pisa
Miracco Clelia	Anatomia Patologica	AOU Siena
Mirri Francesco	Anatomia Patologica	ASL 8 Arezzo

Moretti Silvia	Dermatologia	ASL 10 - Università degli Studi Firenze
Naccarato Antonio Giuse	Anatomia Patologica	AOU Pisa
Nardini Paolo	Dermatologia	ISPO - Firenze
Nardini Vincenzo	Anatomia Patologica	AOU Pisa
Paci Eugenio	Epidemiologia	ISPO- Firenze
Palli Domenico	Epidemiologia	ISPO - Firenze
Pantaloni Marcello	Chirurgia Plastica	AOU Pisa
Pata Maria Antonia	Dermatologia	ASL 10 Firenze
Pattarino Eugenio	Medicina Generale	Firenze
Pimpinelli Nicola	Dermatologia	ASL 10 - Università degli Studi Firenze
Pingitore Raffaele	Anatomia Patologica	AOU Pisa
Pistolesi Sabina	Anatomia Patologica	AOU Pisa
Presenti Loretta	Anatomia Patologica	ASL10 Firenze
Pucci Angela	Anatomia Patologica	AOU Pisa
Reali Emanuele	Dermatologia	ASL 10 Firenze
Ribeco Angela	Oncologia	ASL 10 Firenze
Romanini Antonella	Oncologia	AOU Pisa
Rossi Armando	Anatomia patologica	ASL 9 Grosseto
Sabò Claudio	Anatomia Patologica	ASL 2 Lucca
Salvini Camilla	Dermatologia	ASL4 Prato
Santucci Marco	Anatomia Patologica	AOU Pisa
Sarnelli Roberta	Anatomia Patologica	ASL 6 Livorno
Sestini Serena	Centro Rif. Reg. Melanoma	ASL10 Firenze
Sirna Riccardo	Dermatologia	ASL 9 Grosseto
Stecca Barbara	Istituto Toscano Tumori	ITT Firenze
Talini Guglielmo	Otorinolaringoiatria	ASL 6 Livorno
Tognetti Adele	Anatomia Patologica	AOU Pisa
Tosi Piero	Anatomia Patologica	AOU Siena
Urso Carmelo	Anatomia Patologica	ASL 10 Firenze
Viacava Paolo	Anatomia Patologica	ASL 12 Versilia
Zappa Marco	Epidemiologia	ISPO - Firenze
Zolfanelli Federica	Anatomia Patologica	ASL 10 Firenze
Zucchi Vanna	Anatomia Patologica	ASL 6 Livorno

INDICE

Introduzione Gianni Amunni

Introduzione Lucio Luzzatto

Il percorso diagnostico-terapeutico del melanoma cutaneo

Metodologia

- **Introduzione agli indicatori**
- **Gli indicatori**
 - o **Elenco indicatori**
- **La base informativa**
 - o ***2004 - I casi del Registro Tumori della Regione Toscana***
 - o ***2008: il flusso di Anatomia Patologica***
 - o ***Modalità di raccolta dei dati***
 - o ***Casistica 2004***
 - o ***Casistica 2008***
 - o ***Il ruolo dei Servizi di Anatomia Patologica***

Criticità nell'interpretazione

Casistica

- **Distribuzione casi 2004 e 2008**
- **Distribuzione casi 2004 e 2008 per tipo istologico e invasività**

Guida alla lettura

Indicatore 1

Proporzione di nuovi casi di melanoma invasivo ≤ 1 mm sul totale dei casi incidenti

- **1.1: Proporzione di nuovi casi di melanoma in situ e invasivo ≤ 1 mm sul totale dei casi *in situ* e invasivi con spessore noto**
- **1.2: Proporzione e tasso di incidenza dei casi di melanoma invasivo per spessore di Breslow**
- **1.3: Distribuzione per istotipo e spessore di Breslow**
- **1.4: Proporzione di casi di melanoma con segnalazione dell'indice mitotico**

Indicatore 2

Proporzione di nuovi casi di melanoma invasivo con segnalazione della presenza di ulcerazione

Indicatore 3 Proporzione di escissioni con indicazione nel referto Istologico dello stato dei margini

- **3.1: Proporzione di escissioni con margini positivi sul totale con stato dei margini indicato**

Indicatore 4

Proporzione di casi che eseguono biopsia del linfonodo sentinella sul totale dei pazienti con melanoma

- **4.1 Proporzione di casi che eseguono biopsia del linfonodo sentinella sul totale dei pazienti con melanoma in soggetti di età inferiore ai 75 anni.**
- **4.2 Proporzione dei casi con linfonodo sentinella positivo sul totale dei casi che eseguono la biopsia del linfonodo sentinella**

Indicatore 5

Numero di casi con linfonodo sentinella positivo e successiva linfadenectomia

Indicatore 6

Indicazione del numero di linfonodi asportati alla linfadenectomia sul referto

- **6.1 Numero di linfonodi asportati alla linfadenectomia per bacino linfonodale tributario.**

Indicatore 7

Tempo di attesa fra primo intervento chirurgico e primo referto anatomopatologico (tempo di diagnosi di melanoma)

Indicatore 8

Tempo chirurgico di attesa fra referto del primo intervento e data secondo intervento (tempo per allargamento/biopsia linfonodo sentinella)

Indicatore 9

Tempo di attesa fra intervento LS/allargamento e referto patologico specifico

Indicatore 10

Tempo di attesa fra referto di linfonodo sentinella positivo e linfadenectomia

Indicatore 11

Tempo di attesa dal primo intervento cutaneo al referto anatomopatologico relativo alla linfadenectomia (tempo massimo per diagnosi e trattamento chirurgico)

Indicatore 12

La mobilità sanitaria

Mobilità intra-regionale

- **12.1 Mobilità e attrazione extraregionale**

INTRODUZIONE

Volentieri presento questa edizione degli indicatori ITT per il melanoma, in cui è effettuata una analisi precisa e articolata dei percorsi di diagnosi e cura nella nostra regione, resa possibile dall'utilizzo di specifici indicatori individuati dai professionisti del gruppo regionale melanoma.

Il lavoro costante di questo gruppo, che ormai periodicamente vede a confronto tanti professionisti di diverse appartenenze, coinvolti nella diagnosi e cura di questa neoplasia, ha contribuito negli anni allo sviluppo di una rete di collaborazioni e competenze diffusa nel territorio. I dati sulla nostra realtà regionale fanno rilevare un aumento di incidenza del melanoma (coerente con quanto riscontrato nella letteratura internazionale) che però avviene essenzialmente a carico delle forme "sottili", a ottima prognosi, quale effetto di buoni interventi di prevenzione e diagnosi precoce. Questo dato insieme all'obiettivo miglioramento della qualità del referto anatomico-patologico, come si evince dal confronto 2004-2008, è sicuramente dovuto anche alla diffusione delle Raccomandazioni cliniche dell'ITT pubblicate nel 2007 ed al lavoro di condivisione che ha coinvolto in questi anni oltre 100 professionisti toscani, sempre più sensibilizzati al problema clinico e alla metodologia di lavoro, nella integrazione di competenze.

Da qui l'augurio di proseguire in questa strada che è in grado di produrre crescita professionale, qualità della assistenza, sicurezza per gli utenti.

Gianni Amunni
Direttore Operativo
Istituto Toscano Tumori

INTRODUZIONE

La missione dell'Istituto Toscano Tumori (ITT) è ***capire, curare e prevenire il cancro al meglio per tutti***. Per svolgerla, una priorità tra le più importanti è la compilazione e l'aggiornamento, riguardo ad ogni tipo di tumore, di raccomandazioni cliniche condivise e vincolanti per tutto l'ITT: riguardo al melanoma queste sono state pubblicate già nel 2007.

Le raccomandazioni cliniche sono basate sull'evidenza; ed è evidente che non basta adottarle, se poi non verificiamo quanto esse siano effettivamente seguite nella pratica clinica della nostra Regione. L'ideale, perciò, è individuare in anticipo criteri specifici, o *indicatori*, che possano darci una stima non solo attendibile, ma anche quantitativa dell'adesione alle raccomandazioni stesse. È questo il lavoro intrapreso e portato a termine dal gruppo Melanoma, e che oggi siamo lieti di presentare.

Ad ottimizzare il trattamento mirano le raccomandazioni; a valutare l'adesione a queste mirano gli indicatori: le une e gli altri dovrebbero perciò convergere nel renderci capaci di ottenere risultati clinici migliori. Per di più, e come in molti altri casi, un vantaggio clinico corrisponde ad un valore aggiunto anche per quanto riguarda la ricerca. Ad esempio, è ormai chiaro che per quasi ogni tipo di tumore vi sono sottotipi e talvolta vari ordini di sottotipi; e che spesso studi su caratteristiche biologiche di un certo tipo di tumore vengono vanificati dalla eterogeneità dello stesso. Avere una popolazione vasta come tutta la Regione in cui la casistica di melanoma viene raccolta in modo uniformemente standardizzato sarà certamente di grande beneficio alla ricerca, soprattutto in un'era in cui sta diventando realistica la possibilità di identificare le mutazioni dell'intero genoma di qualunque tumore.

Non ho dubbi che questa pubblicazione sarà un prezioso strumento di lavoro per tutti noi dell'ITT, ed auguro il successo che merita.

Lucio Luzzatto
Direttore Scientifico
Istituto Toscano Tumori

Il percorso diagnostico-terapeutico del melanoma cutaneo

Il melanoma è tra i tumori a più rapido incremento di incidenza nelle popolazioni di razza bianca. Negli ultimi anni si è registrato in Italia un aumento di incidenza annuo del 2-4% (Airtum 2009). In Europa i tassi di incidenza sono raddoppiati ogni 12-15 anni. In Italia vengono registrati in media circa 13-14 casi di melanoma ogni 100.000 abitanti (Airtum 2009). In Toscana vengono diagnosticati circa 18 nuovi casi all'anno ogni 100.000 abitanti (www.ispo.toscana.it). L'entità numerica del fenomeno ha portato a parlare di "epidemia di melanoma" e rende necessario da una parte ottimizzare e standardizzare la cura e dall'altra prevedere un sistema di monitoraggio clinico-epidemiologico.

La sopravvivenza del melanoma è strettamente correlata allo spessore istologico ed allo stadio della malattia ed è di circa il 95% per melanomi "sottili" (≤ 1 mm di spessore), ma scende al 50% nel caso di melanomi "spessi" (>4 mm di spessore), fino ad arrivare al 10% nel caso di disseminazione metastatica a distanza (stadio IV) (Crocetti 2006). La terapia elettiva nei casi di melanoma al I, II e III stadio è chirurgica mentre purtroppo non ci sono ancora trattamenti di dimostrata efficacia per pazienti in stadio IV (Raccomandazioni cliniche per il melanoma cutaneo ITT). Pertanto la lotta al melanoma mira essenzialmente a diagnosticare il maggior numero possibile di melanomi in fase iniziale, in modo tale da essere sottoposti ad un appropriato trattamento chirurgico che permetta di ottenere un elevato numero di guarigioni.

La crescita dell'incidenza da un lato e della sopravvivenza dall'altro fanno sì che nella popolazione sia in continuo aumento il numero dei cittadini con una precedente storia clinica di melanoma (casi prevalenti). Questi soggetti rappresentano un crescente bacino dal quale emerge una richiesta clinica di follow-up al sistema sanitario. Le stime nazionali indicano un numero di oltre 80000 casi (Airtum 2010), di cui circa 6500 nella regione Toscana.

Nella Regione Toscana da circa un decennio è stata messa in atto una strategia multi-livello per la diagnosi precoce del melanoma cutaneo. E' stato prodotto materiale divulgativo per la popolazione mirato ad evidenziare l'importanza dell'autoesame della superficie cutanea da parte del paziente, sono stati realizzati corsi di aggiornamento specifici per i medici di medicina generale e sono stati istituiti ambulatori dedicati al controllo delle lesioni pigmentate.

Il Gruppo Melanoma dell'ITT nel 2007 ha prodotto il volume delle Raccomandazioni Cliniche per il Melanoma Cutaneo con l'obiettivo di identificare e diffondere nell'intero territorio regionale le modalità operative appropriate ed ottimali per la diagnosi e la cura per questa neoplasia (Raccomandazioni cliniche per il melanoma cutaneo). Negli ultimi anni è stata realizzata nell'intero territorio regionale "la settimana del melanoma", durante la quale materiale divulgativo omogeneo che sottolineava l'importanza dell'autoesame della superficie corporea è stato distribuito alla popolazione.

In un percorso ottimale il medico di medicina generale invia agli ambulatori specialistici dedicati alla diagnosi precoce del melanoma i pazienti a cui abbia individuato una lesione cutanea sospetta nel corso di una visita eseguita per altri motivi, o quei pazienti che si siano a lui rivolti dopo aver notato una lesione sospetta nel corso di un autoesame (in base ai criteri descritti nel materiale informativo), dopo aver escluso i più comuni simulatori clinici del melanoma. Presso gli ambulatori specialistici la lesione viene esaminata e se confermato il sospetto è indicata la biopsia escissionale con esame istologico. Un valido ausilio diagnostico non invasivo introdotto negli ultimi anni nella pratica clinica è l'esame dermatoscopico della lesione, che migliora la capacità di diagnosi differenziale tra neoformazione pigmentata di natura melanocitaria e non melanocitaria e, nell'ambito delle neoformazioni melanocitarie, fra lesioni benigne e maligne. Qualora la lesione asportata risulti un melanoma, il referto

istopatologico deve riportare i principali fattori prognostici del melanoma, sui quali si basa il successivo trattamento chirurgico. In base allo spessore istologico della lesione sarà effettuato un intervento chirurgico di radicalizzazione con escissione a 1 o 2 cm dai margini, qualora lo spessore istologico sia rispettivamente inferiore o superiore a 2 mm. Un'altra metodica introdotta negli ultimi anni nella pratica clinica è la biopsia del linfonodo sentinella, che viene generalmente effettuata a fini stadiativi in casi di melanoma di spessore $>1\text{mm}$ ($0 \leq 1\text{mm}$ se ulcerati o livello $>III$ o mitosi ≥ 1). Qualora nel linfonodo sentinella vengano dimostrate istologicamente micrometastasi clinicamente occulte il paziente viene sottoposto ad ulteriore intervento chirurgico di linfadenectomia regionale. Purtroppo non vi sono ancora terapie veramente efficaci nel caso di eventuale comparsa di metastasi a distanza e progressione di malattia al IV stadio.

Risulta pertanto evidente come nella storia clinica di un paziente con melanoma un percorso ottimale sia caratterizzato da una diagnosi precoce della lesione, da una sua precisa caratterizzazione istopatologica e da un suo precoce e adeguato trattamento chirurgico con le migliori tecniche oggi a disposizione.

Questo percorso è quanto si è voluto analizzare in maniera oggettiva in questo lavoro mediante l'individuazione e la valutazione di indicatori specifici per questo tumore.

Airtum. I tumori in Italia, rapporto 2009. I trend dei tumori negli anni 2009. Epidemiologia & Prevenzione, 2009

Crocetti E, Mangone L, Lo Scocco G, Carli P Prognostic variables and prognostic groups for malignant melanoma. The information from Cox and Classification And Regression Trees analysis: an Italian population-based study. Melanoma Res. 2006 Oct;16(5):429-33.

Gruppo Melanoma ITT. Raccomandazioni cliniche per il melanoma cutaneo. Istituto Toscano Tumori – ITT. Scientific Press, Firenze. Maggio 2007

Airtum. La prevalenza dei tumori in Italia. Persone che convivono con un tumore, lungosopravvivenenti e guariti. Epidemiologia & Prevenzione, 2009

Metodologia

Introduzione agli indicatori

L'obiettivo degli indicatori è quello di costituire degli strumenti formali per la misura della qualità del percorso diagnostico e terapeutico sulla base delle indicazioni di buona pratica clinica disponibili a livello locale e internazionale.

Nel presente lavoro si sono valutate:

- 1) la corrispondenza fra le prestazioni erogate nell'ambito della Regione Toscana e le raccomandazioni cliniche ITT o internazionali
- 2) eventuali cambiamenti intercorsi fra il 2004 e il 2008 per un possibile effetto proprio delle raccomandazioni cliniche per il melanoma pubblicate dall'ITT nel 2007
- 3) l'uniformità del percorso clinico nelle tre aree vaste regionali per l'identificazione di eventuali specifiche criticità di area.

Gli indicatori proposti hanno l'obiettivo di monitorare il percorso clinico del melanoma distinguendo le seguenti fasi:

- 1) fase diagnostica con specifico *focus* sulla precocità della diagnosi
- 2) la fase della refertazione di quelle variabili anatomopatologiche rilevanti per l'inquadramento prognostico del paziente
- 3) la fase del trattamento chirurgico sia locale che linfonodale
- 4) i tempi di attesa delle fasi di refertazione anatomopatologica e di trattamento chirurgico.

Gli indicatori per il melanoma cutaneo

Il Gruppo di lavoro sul melanoma dell'ITT ha attuato un processo di confronto interdisciplinare tramite incontri e successive elaborazioni che ha portato alla definizione di una lista di indicatori del percorso diagnostico e clinico del melanoma cutaneo nella nostra Regione. Per la definizione degli indicatori si è tenuto conto sia della disponibilità di fonti informative regionali sia delle peculiarità cliniche del melanoma. Per l'aspetto relativo alle informazioni si sono utilizzati prevalentemente i dati del Registro Tumori della Regione Toscana e quelli dei flussi informativi regionali legati alla sua attività. Per quanto riguarda il trattamento clinico del melanoma cutaneo si sono privilegiati i momenti della diagnosi precoce e del trattamento chirurgico, che costituiscono i cardini su cui si basa la lotta a questo tumore e nell'ambito dei quali si completa la storia clinica della quota più rilevante dei pazienti. Relativamente alle forme avanzate, che riguardano una minoranza dei pazienti, non è stato possibile raccogliere

informazioni regionali tali da permettere la valutazione di specifici indicatori, ma ciò non toglie che aspetti quali le complicanze dei trattamenti, le recidive e la fase finale della vita non possano essere oggetto di uno specifico futuro approfondimento.

L'esperienza già maturata in regione Toscana nel campo degli indicatori per il governo clinico suggerisce che il loro numero debba essere quantitativamente limitato.

Per il melanoma cutaneo sono stati definiti 13 indicatori principali oltre ad alcuni "sotto-indicatori" di diverso dettaglio che arricchiscono l'informazione dell'indicatore principale.

Di seguito la lista degli indicatori:

Indicatore 1. Proporzione di nuovi casi di melanoma invasivo ≤ 1 mm sul totale dei casi incidenti

1.1: Proporzione di nuovi casi di melanoma in situ e invasivo ≤ 1 mm sul totale dei casi in situ e invasivi con spessore noto

1.2: Proporzione e tasso di incidenza dei casi di melanoma invasivo per spessore di Breslow

1.3: Distribuzione per istotipo e spessore di Breslow

1.4: Proporzione di casi di melanoma con segnalazione dell'indice mitotico

Indicatore 2. Proporzione di nuovi casi di melanoma invasivo con segnalazione della presenza di ulcerazione

Indicatore 3. Proporzione di escissioni con indicazione nel referto istologico dello stato dei margini

3.1: Proporzione di escissioni con margini positivi sul totale con stato dei margini indicato

Indicatore 4. Proporzione di casi che eseguono biopsia del linfonodo sentinella sul totale dei pazienti con melanoma

4.1 Proporzione di casi che eseguono biopsia del linfonodo sentinella sul totale dei pazienti con melanoma in soggetti di età inferiore ai 75 anni

4.2 Proporzione dei casi con linfonodo sentinella positivo sul totale dei casi che eseguono la biopsia del linfonodo sentinella

Indicatore 5. Numero di casi con linfonodo sentinella positivo e successiva linfadenectomia

Indicatore 6. Indicazione sul referto anatomopatologico del numero di linfonodi asportati alla linfadenectomia

6.1 Numero di linfonodi asportati alla linfadenectomia per bacino linfonodale tributario.

Indicatore 7. Tempo di attesa fra primo intervento chirurgico e primo referto anatomopatologico (tempo di diagnosi di melanoma)

Indicatore 8. Tempo chirurgico di attesa fra referto del primo intervento e data secondo intervento (tempo per allargamento/biopsia del linfonodo sentinella)

Indicatore 9. Tempo di attesa fra intervento LS/allargamento e referto patologico specifico

Indicatore 10. Tempo di attesa fra il referto di linfonodo sentinella positivo e linfadenectomia

Indicatore 11. Tempo di attesa dal primo intervento cutaneo al referto anatomopatologico relativo alla linfadenectomia (tempo massimo per diagnosi e trattamento chirurgico di un caso con linfonodo sentinella positivo)

Indicatore 12. La mobilità sanitaria: mobilità intra-regionale

12.1 Mobilità e attrazione extraregionale

La base informativa

2004 - I casi del Registro Tumori della Regione Toscana

Nella nostra Regione è attivo fin dal 1985 il Registro Tumori Toscano, un registro tumori di popolazione che monitorizza le nuove diagnosi tumorali tra i residenti nelle province di Firenze e Prato.

L'attività di registrazione si basa sull'utilizzo combinato e sulla valutazione delle informazioni contenute in flussi sanitari e amministrativi messi a disposizione dal sistema informativo regionale.

I flussi informativi principali sono rappresentati dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO), dai certificati di morte e dai referti di anatomia patologica (AP). Oltre a questi vengono utilizzati altri flussi informativi necessari per confermare e arricchire le informazioni già disponibili nella costruzione della storia clinica dei pazienti. Ad esempio si utilizzano sia flussi sanitari come quello delle prestazioni specialistiche ambulatoriali (SPA) che flussi amministrativi come quello delle esenzioni per patologia.

Il registro tumori è un registro di popolazione quindi le informazioni relative a possibili nuovi casi di tumore devono riguardare soggetti residenti. Questo richiede una fase di validazione anagrafica sulla popolazione residente assistibile.

Una fase cruciale nella definizione dei casi incidenti è quella di confronto con le informazioni degli anni precedenti per escludere i cosiddetti casi prevalenti, ovvero i casi già noti che tornano nel circuito sanitario per esami di follow-up, esami e trattamenti di recidive locali o metastasi a distanza.

I singoli flussi, una volta validati come relativi a soggetti residenti, vengono *linkati* per la costruzione di storie di malattia che si arricchiscono nel loro contenuto informativo delle informazioni veicolate da tutti i flussi disponibili (es. farmaceutica).

Le informazioni principali di ciascun caso di neoplasia vengono codificate sulla base dei più recenti sistemi classificativi internazionali (ICD-O 3). Questa fase di codifica si è avvalsa per circa il 60% di una fase automatica che ha utilizzato il software SITE e per la restante quota dei casi del lavoro manuale di codificatori esperti.

Un ruolo fondamentale per il completamento e la verifica di informazioni incomplete o discordanti è svolto dai Medici di Medicina Generale.

Lo sviluppo dei sistemi informativi necessari all'attività del registro tumori e in particolare l'informatizzazione del flusso dei Servizi di Anatomia patologica ha reso possibile la valutazione della fattibilità dell'estensione della registrazione dei tumori in tutte le aree della Regione dove il flusso AP fosse disponibile.

Per l'anno 2004 la registrazione dei tumori è stata estesa a tutta la regione con l'esclusione della provincia di Arezzo che al momento non aveva disponibilità del flusso informatizzato di AP.

L'attività di registrazione del Registro Tumori della Regione Toscana è stata coordinata da Ispo sulla base dell'esperienza ventennale del Registro Tumori Toscano e organizzata in gruppi di lavoro attivi nelle tre aree vaste regionali (Centro, Nord-Ovest e Sud-Est).

I dati 2004 sono ricavati dal progetto di fattibilità del Registro Tumori della Regione Toscana.

Gli interventi chirurgici per melanoma sia a livello cutaneo che linfonodale effettuati in regime di ricovero ordinario o day hospital sono stati identificati nelle schede di dimissione ospedaliera sulla base dei codici di intervento 86*, 40*.

Tutte le variabili di interesse per il presente progetto sono state riviste e nel caso non fossero già contenute nell'archivio del RTRT raccolte e codificate.

Casistica 2008

Si è utilizzato il flusso AP relativo al primo semestre 2008.

Si sono selezionati quei referti che contenevano al loro interno la parola 'melanoma'. La diagnosi in chiaro di ciascun referto è stata oggetto della lettura automatica delle variabili di interesse tramite il software Aladar.hr, un sistema sviluppato nell'ambito dell'UO Epidemiologica Clinica e descrittiva ISPO, basato sul text mining in grado di identificare stringhe alfa numeriche nel testo libero e di 'catturarne' il contenuto informativo.

La residenza anagrafica nell'ambito della regione Toscana di questi soggetti è stata verificata sulla base dell'archivio regionale degli assistibili.

L'incidenza dei casi di melanoma rilevati dalla lettura automatica dei referti anatomopatologici è stata verificata escludendo i casi incidenti in anni precedenti (prevalenti) attraverso linkage con il Registro Tumori Toscano (da 1985-2006), il Registro Tumori della Regione Toscana (per il 2004), le schede di dimissione ospedaliera regionali (dal 1999), le esenzioni per patologia oncologica specifica e il flusso dell'anatomia patologica (dal 2003).

Tutte le variabili estratte automaticamente dal referto sono state riviste manualmente da operatori esperti.

Il ruolo dei Servizi di Anatomia Patologica

I colleghi anatomopatologi dei Servizi di Anatomia Patologica della Regione hanno attivamente contribuito al presente lavoro sia per la casistica 2004 che per quella 2008, fornendo quei dati necessari per la definizione degli indicatori che non erano compresi nei flussi informativi disponibili.

Si ricorda che il flusso AP contiene per il melanoma solo casi con morfologia relativa a lesioni tumorali pertanto nel caso la lesione refertata non sia tumorale non entra per definizione nel flusso informativo (a titolo esemplificativo se un paziente ha effettuato la biopsia del linfonodo sentinella con risultato negativo il referto non ha un codice tumorale; allo stesso modo se un paziente con linfonodo sentinella positivo effettua successivamente la linfoadenectomia e i linfonodi repertati non risultano interessati dalla progressione neoplastica il referto patologico specifico non ha un codice di malignità e quindi non è incluso nel flusso informativo).

Criticità nell'interpretazione

Il melanoma è una patologia relativamente poco frequente e quindi la dimensione relativamente limitata della casistica può determinare oscillazioni casuali. Fra i motivi delle cautele interpretative vanno considerati anche i possibili limiti dei sistemi informativi utilizzati anche se è stato fatto un lavoro specifico di verifica e di integrazione delle informazioni.

In ogni caso i valori degli indicatori hanno un significato quantitativo che indica una tendenza e non dovrebbero essere letti come scale di performance o addirittura come graduatorie. Il valore atteso di un indicatore non è di norma il 100%. Il valore medio regionale di ciascun indicatore è, sia per il 2004 che per il 2008, la misura maggiormente stabile dal punto di vista statistico.

Il campo della valutazione di qualità del percorso clinico dei pazienti oncologici è anche per il melanoma cutaneo un argomento nuovo. Non esistono pertanto valori di riferimento standard per gli indicatori analizzati, solo in alcuni casi vi sono dati di letteratura basati generalmente su casistiche cliniche che possono essere utilizzati come guida, negli altri il valore di riferimento è la media regionale.

La diagnosi del melanoma cutaneo si basa sull'esame istologico e quindi sul referto anatomopatologico. Le due casistiche, 2004 e 2008, seppur di diversa natura, essendo la prima basata sul registro e quindi su molti flussi informativi e l'altra sul singolo flusso anatomopatologico, hanno entrambe l'informazione anatomopatologica e possiamo quindi considerare che la capacità di catturare la casistica specifica è stata simile nei due anni a confronto.

Nei dati del registro sono compresi anche quei casi la cui diagnosi avviene in fase metastatica o è nota dal solo certificato di morte. Questa tipologia di casi non ha influito sulla comparabilità perché è stata esclusa.

CASISTICA ANALIZZATA

Distribuzione casi 2004 e 2008 (*in situ* e invasivi)

COMMENTO: il numero di melanomi cutanei diagnosticati nella nostra regione è aumentato nel corso del tempo. Il peso percentuale delle forme *in situ* mostra un leggero aumento sul totale dei casi.

2004*

Melanoma	n. casi	%
<i>In situ</i>	161	23.4
<i>Invasivo</i>	526	76.6
TOTALE*	687	100

2008*

Melanoma	n. casi	%
<i>In situ</i>	143	26.5
<i>Invasivo</i>	396	73.5
TOTALE	539	100

*I casi 2004 non comprendono quelli diagnosticati nei residenti nella provincia di Arezzo e i casi 2008 sono relativi al primo semestre dell'anno

Distribuzione casi 2004 e 2008 per tipo istologico e invasività

COMMENTO: Le forme a diffusione superficiale rappresentano la maggioranza dei melanomi diagnosticati.

2004*

Istotipo	<i>in situ</i>		invasivo		TOTALE	
	n. casi	%	n. casi	%	n. casi	%
Nodulare	0	0.0	80	15.2	80	11.6
A diffusione superficiale	77	47.8	320	60.9	397	57.8
Acrale – lentiginoso	1	0.6	8	1.5	9	1.3
Su lentigo maligna	28	17.4	20	3.8	48	7.0
Melanoma NAS	55	34.2	98	18.6	153	22.3
TOTALE	161	100	526	100	687	100

2008*

Istotipo	<i>in situ</i>		invasivo		TOTALE	
	n. casi	%	n. casi	%	n. casi	%
Nodulare	0	0.0	46	11.6	46	8.5
A diffusione superficiale	52	36.3	259	65.5	311	57.7
Acrale – lentiginoso	2	1.4	10	2.5	12	2.2
Su lentigo maligna	20	14.0	12	3.0	32	6.0
Melanoma NAS	69	48.3	69	17.4	138	25.6
TOTALE	143	100	396	100	539	100

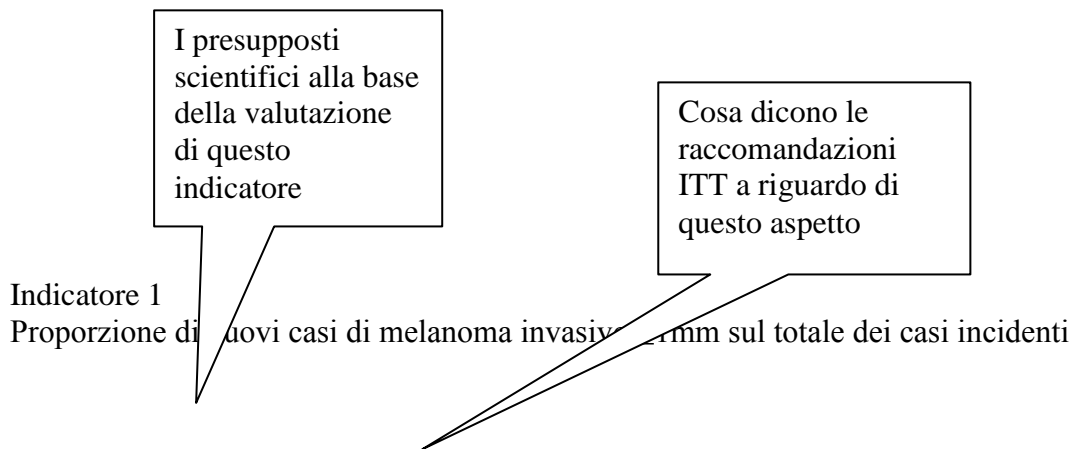
*I casi 2004 non comprendono quelli diagnosticati nei residenti nella provincia di Arezzo e i casi 2008 sono relativi al primo semestre dell'anno

GUIDA ALLA LETTURA

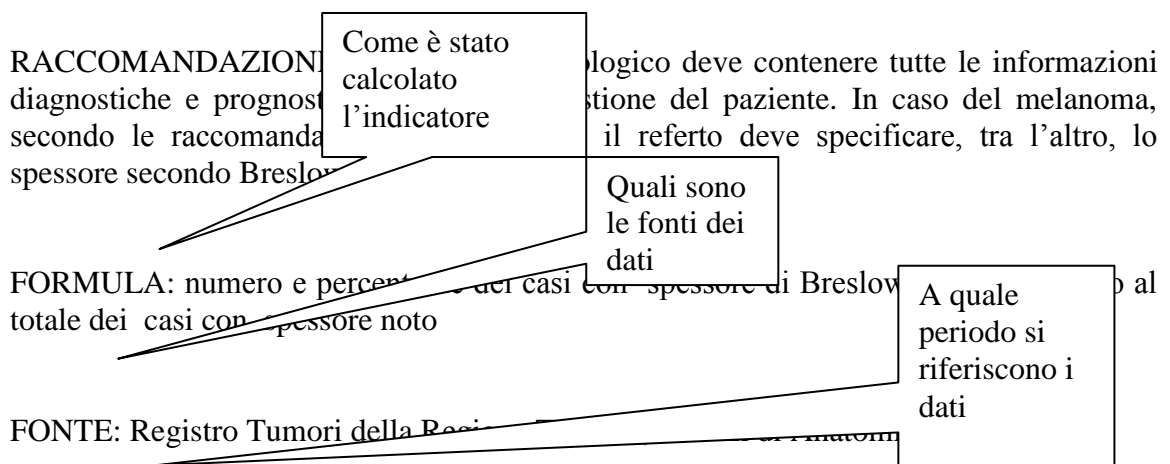
In questa guida alla lettura viene illustrato lo schema tipico di un indicatore.

L'indicatore presenta una parte discorsiva formalizzata in una serie di punti schematici e una parte grafica, solitamente rappresentata da tabelle. Viene presentata anche la struttura grafica utilizzata nell'indicatore n. 12 relativo alla mobilità.

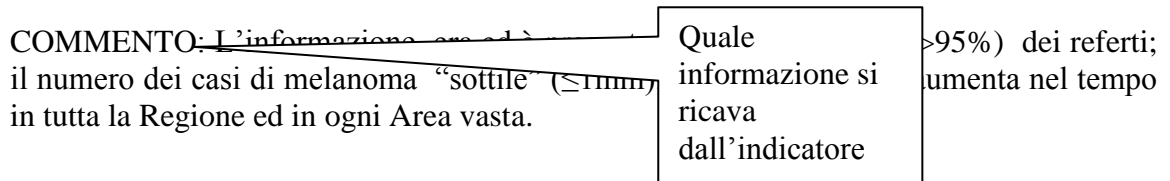
GUIDA ALLA LETTURA



RAZIONALE: lo spessore istologico della lesione secondo Breslow è uno dei fattori prognostici più importanti per il melanoma cutaneo.



PERIODO: 2004, 2008



GUIDA ALLA LETTURA

A che anno si riferiscono i dati

2004*

Cosa viene misurato

Area vasta di residenza e/o regione Toscana

Area vasta	≤1mm	% ≤1mm su invasivi con spessore noto	Totale Invasivi con spessore noto	% di invasivi con spessore noto sul totale degli invasivi	Totale invasivi
<i>Centro</i>	125	53.0	236	97.1	243
<i>Nord ovest</i>	93	47.0	198	97.5	203
<i>Sud est*</i>	42	53.2	79	98.7	80
Totale aree*	260	50.7	513	97.5	526

A che anno si riferiscono i dati

2008*

Area vasta	≤1mm	% ≤1mm su invasivi con spessore noto	Totale invasivi con Breslow noto	% di invasivi con spessore noto sul totale degli invasivi	Totale invasivi
<i>Centro</i>	120	65.9	182	98.4	185
<i>Nord Ovest</i>	70	55.6	126	98.4	128
<i>Sud Est</i>	48	60.0	80	95.4	83
Totale aree	238	61.3	388	98.0	396

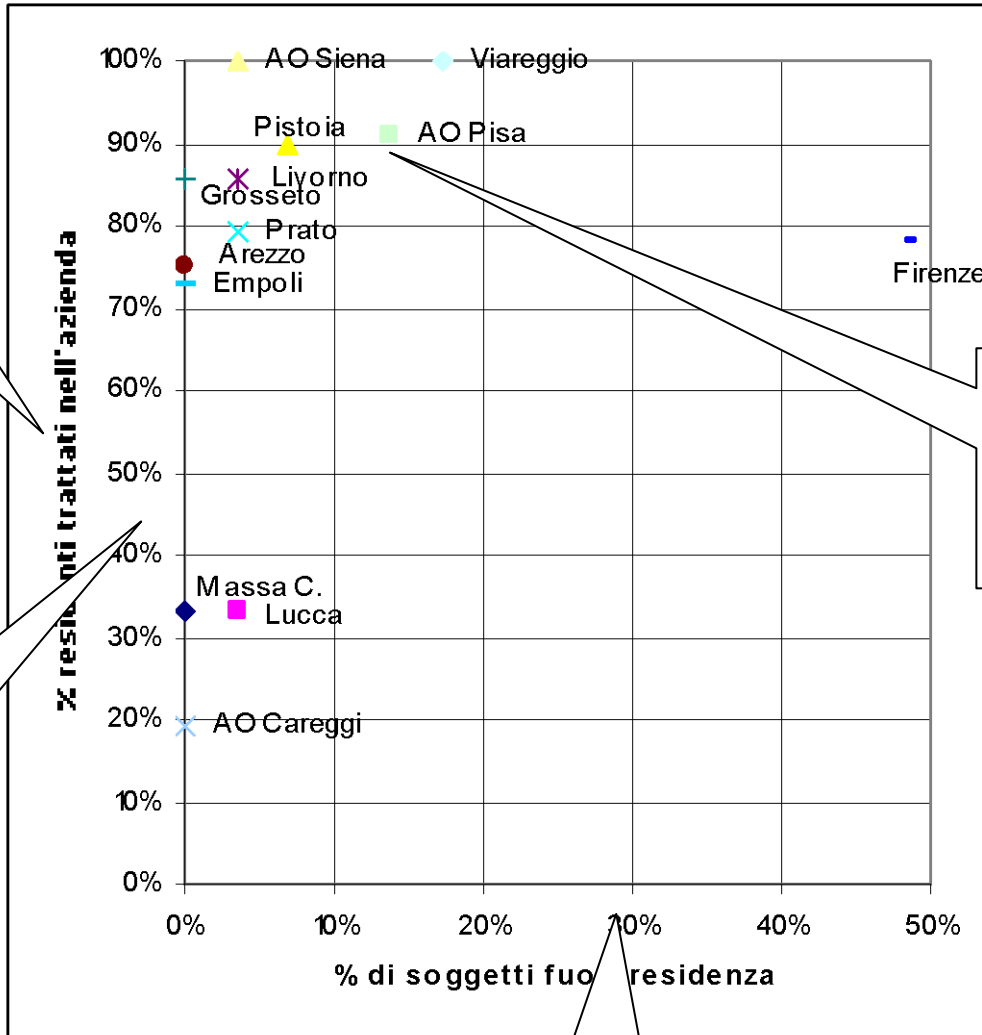
Numeri assoluti

*I casi 2004 non comprendono quelli diagnosticati in provincia di Arezzo e i casi 2008 sono relativi al primo semestre dell'anno

Percentuali

provincia di Arezzo e i casi

GUIDA ALLA LETTURA



Per trattamento si intende trattamento chirurgico post-biopsia

Percentuale di soggetti con melanoma residenti in una Asl trattati nella Asl

Per ciascuna Asl combinazione della percentuale di residenti e di non residenti trattati nell'ambito della Asl

Percentuale di soggetti con melanoma residenti in regione che hanno fatto un intervento in regione ma fuori dall'Asl di residenza

Indicatore 1

Proporzione di nuovi casi di melanoma invasivo $\leq 1\text{mm}$ sul totale dei casi incidenti

RAZIONALE: lo spessore istologico della lesione secondo Breslow è uno dei fattori prognostici più importanti per il melanoma cutaneo. La sopravvivenza relativa a 10 anni dei casi del Registro Tumori della Regione Toscana è intorno al 100% per i melanomi di spessore $\leq 1\text{mm}$ e al 70% per quelli di spessore $>1\text{ mm}$.

RACCOMANDAZIONE ITT: il referto istologico deve contenere tutte le informazioni diagnostiche e prognostiche utili per la gestione del paziente. Nel caso del melanoma, secondo le raccomandazioni ITT 2007, il referto deve specificare, tra l'altro, lo spessore secondo Breslow.

FORMULA: al numeratore i casi con spessore (Breslow) $\leq 1\text{mm}$, al denominatore totale dei casi con spessore (Breslow) noto.

FONTE: Registro Tumori della Regione Toscana, Servizi di Anatomia Patologica.

PERIODO: 2004, 2008

COMMENTO: L'informazione sullo spessore di Breslow era ed è presente nella quasi totalità ($>95\%$) dei referti; il numero dei casi di melanoma "sottile" ($\leq 1\text{mm}$), a buona prognosi, aumenta nel tempo in tutta la Regione ed in ogni Area vasta.

2004*

Area vasta	≤1mm	% ≤1mm su invasivi con spessore noto	Totale Invasivi con spessore noto	% di invasivi con spessore noto sul totale degli invasivi	Totale invasivi
<i>Centro</i>	125	53.0	236	97.1	243
<i>Nord ovest</i>	93	47.0	198	97.5	203
<i>Sud est*</i>	42	53.2	79	98.7	80
Totale aree*	260	50.7	513	97.5	526

2008*

Area vasta	≤1mm	% ≤1mm su invasivi con spessore noto	Totale invasivi con Breslow noto	% di invasivi con spessore noto sul totale degli invasivi	Totale invasivi
<i>Centro</i>	120	65.9	182	98.4	185
<i>Nord Ovest</i>	70	55.6	126	98.4	128
<i>Sud Est</i>	48	60.0	80	95.4	83
Totale aree	238	61.3	388	98.0	396

*I casi 2004 non comprendono quelli diagnosticati nei residenti nella provincia di Arezzo e i casi 2008 sono relativi al primo semestre dell'anno

Indicatore 1.1

Proporzione di nuovi casi di melanoma in situ e invasivo $\leq 1\text{mm}$ sul totale dei casi in situ e invasivi con spessore noto

RAZIONALE: la strategia per la lotta al melanoma cutaneo si basa – oltre che sull'educazione della popolazione ad evitare le scottature solari e a ridurre un'eccessiva esposizione al sole (prevenzione primaria) – sul miglioramento della diagnosi precoce (prevenzione secondaria). Le forme in situ e quelle sottili ($\leq 1\text{mm}$) hanno la prognosi migliore e sono l'obiettivo delle campagne di diagnosi precoce.

RACCOMANDAZIONE ITT: il referto istologico deve contenere tutte le informazioni diagnostiche e prognostiche utili per la gestione del paziente. Nel caso del melanoma, secondo le raccomandazioni 2007 ITT, il referto deve specificare, tra l'altro, lo spessore secondo Breslow.

FORMULA: al numeratore i casi in situ e quelli invasivi con spessore (Breslow) $\leq 1\text{mm}$, al denominatore il totale dei casi in situ e di quelli invasivi con spessore (Breslow) noto.

FONTE: RTRT, AP

PERIODO: 2004, 2008

COMMENTO: in questo indicatore, che è un ampliamento del precedente, si evidenzia l'aumento tra il 2004 e il 2008 del numero di casi in situ e sottili in tutte le AV e in Regione.

2004*

area vasta	in situ	$\leq 1\text{mm}$	totale casi (in situ e invasivi con spessore noto)	Percentuale in situ e invasivi $\leq 1\text{mm}$ sul totale dei casi in situ e invasivi con spessore noto
Centro	83	125	319	65.2
Nord ovest	42	93	240	55.8
Sud est*	36	42	115	67.0
Totale aree*	161	260	674	61.2

2008*

area vasta	in situ	≤1mm	totale casi (in situ e invasivi con spessore noto)	Percentuale in situ e invasivi ≤1mm sul totale dei casi in situ e invasivi con spessore noto
<i>Centro</i>	63	120	245	74.7
<i>Nord ovest</i>	55	70	181	69.1
<i>Sud est</i>	25	48	105	69.5
Totale aree	143	238	531	71.8

*I casi 2004 non comprendono quelli diagnosticati nei residenti nella provincia di Arezzo e i casi 2008 sono relativi al primo semestre dell'anno

Indicatore 1.2

Proporzione e tasso di incidenza dei casi di melanoma invasivo per spessore di Breslow

RAZIONALE: lo spessore istologico secondo Breslow risulta per il melanoma cutaneo uno dei fattori prognostici più importanti.

RACCOMANDAZIONE ITT: il referto istologico deve contenere tutte le informazioni diagnostiche e prognostiche utili per la gestione del paziente. Nel caso del melanoma, secondo le raccomandazioni 2007 ITT, il referto deve specificare, tra l'altro, lo spessore secondo Breslow.

FORMULA: numero di casi di melanoma invasivo per categorie di spessore sia sul totale dei casi sia sulla popolazione residente per anno (tasso). L'effetto dell'invecchiamento della popolazione è stato eliminato attraverso la procedura di standardizzazione per età sulla struttura per età della popolazione standard Europea. Questo permette un confronto fra 2004 e 2008 indipendente dall'invecchiamento occorso nella popolazione toscana.

FONTE: RTRT, AP

PERIODO:2004, 2008

COMMENTO: la percentuale dei melanomi sottili aumenta nel tempo in termini di numeri assoluti e quindi di carico diagnostico e terapeutico. Il confronto dei tassi standardizzati per categorie di spessore permette di vedere che la gran parte dell'incremento (in totale +30%), sia avvenuto a carico delle forme sottili (+60%). Il confronto dei tassi di incidenza nelle altre categorie di spessore non evidenzia una chiara tendenza alla riduzione.

2004*

Breslow	N. casi	%	Tasso std pop europea* (x100.000)
$\leq 1mm$	260	49.4	7.5
$>1\leq 2mm$	108	20.5	2.9
$>2\leq 4mm$	82	15.6	2.0
$>4mm$	63	12.0	1.4
<i>Missing</i>	13	2.5	0.3
TOTALE ^	526	100	14.1

popolazione media 2004: 3.250.416

2008*

Breslow	N. casi	%	Tasso std pop europea* (x100.000)
$\leq 1mm$	238	60.1	12.0
$>1\leq 2mm$	59	14.9	2.8
$>2\leq 4mm$	46	11.6	1.7
$>4mm$	45	11.4	1.6
<i>Missing</i>	8	2.0	0.3
TOTALE	396	100	18.4

*popolazione media primo semestre 2008: 1.846.217

*I casi 2004 non comprendono quelli diagnosticati nei residenti nella provincia di Arezzo e i casi 2008 sono relativi al primo semestre dell'anno

Indicatore 1.3

Distribuzione per istotipo e spessore di Breslow

RAZIONALE: lo spessore istologico risulta per il melanoma cutaneo uno dei fattori prognostici più importanti.

RACCOMANDAZIONE ITT: il referto istologico deve contenere tutte le informazioni diagnostiche e prognostiche utili per la gestione del paziente. Nel caso del melanoma, secondo le raccomandazioni 2007 ITT, il referto deve specificare, tra l'altro, il tipo istologico della lesione.

FORMULA: numero casi di melanoma per istotipo e spessore di Breslow

FONTE: RTRT, AP

PERIODO: 2004, 2008

COMMENTO: i melanomi nodulari rappresentano il tipo morfologico più frequente fra i melanomi di spessore >4 mm (T4) e sono rappresentati in percentuale elevata ed analoga ai melanomi a diffusione superficiale già nella classe di spessore fra >2 e ≤ 4 mm (T3) sia nel 2004 che nel 2008.

2004*

Istotipo	≤1mm		>1 ≤2mm		>2 ≤4mm		>4mm		Missing		Total e
	n. casi	%	n. casi	%	n. casi	%	n. casi	%	n. casi	%	
Nodulare	5	2	14	13	28	34	33	53	0	0	80
A diffusione superficiale	207	80	69	64	26	32	17	27	1	8	320
Acrile – lentiginoso	0	0	2	2	4	5	2	3	0	0	8
Su lentigo maligna	11	4	2	2	4	5	2	3	1	8	20
NAS	37	14	21	19	20	24	9	14	11	84	98
TOTALE	260	100	108	100	82	100	63	100	13	100	526

2008*

Istotipo	≤1mm		>1 ≤2mm		>2 ≤4mm		>4mm		Missing		Total e
	n. casi	%	n. casi	%	n. casi	%	n. casi	%	n. casi	%	
Nodulare	1	0	7	12	16	35	22	49	0	0	46
A diffusione superficiale	196	82	34	58	16	35	11	24	2	25	259
Acrile – lentiginoso	3	1	0	0	6	13	1	2	0	0	10
Su lentigo maligna	8	4	1	2	1	2	2	5	0	0	12
NAS	30	13	17	28	7	15	9	20	6	75	69
TOTALE	238	100	59	100	46	100	45	100	8	100	396

*I casi 2004 non comprendono quelli diagnosticati nei residenti nella provincia di Arezzo e i casi 2008 sono relativi al primo semestre dell'anno

Indicatore 1.4

Proporzione di casi di melanoma con segnalazione dell'indice mitotico

RAZIONALE: l'indice mitotico è un fattore prognostico per il melanoma inserito nella nuova versione del sistema stadiativo del melanoma AJCC del 2010. Attualmente un numero di mitosi $\geq 1/\text{mm}^2$ determina un cambiamento di stadio.

RACCOMANDAZIONE ITT: il referto istologico deve contenere tutte le informazioni diagnostiche e prognostiche utili per la gestione del paziente. Nel caso del melanoma, secondo le raccomandazioni 2007 ITT, il referto deve specificare, tra l'altro, numero di mitosi per mm^2 .

FORMULA: al numeratore il numero referti AP con indicazione dell'indice mitotico, al denominatore il totale dei referti di melanoma

FONTE: RTRT, AP

PERIODO: 2004, 2008

COMMENTO: la percentuale dei referti con segnalazione dell'indice mitotico è aumenta nel tempo; nel 2008 risulta presente in circa il 70% dei casi nonostante la 7° edizione del sistema di stadiazione AJCC, che la prevede, sia entrata in vigore solo nel 2010.

2004*

comportamento	Indice mitotico segnalato	Indice mitotico segnalato su totale %	totale
Invasivo	235	44.7	526

2008*

comportamento	Indice mitotico segnalato	Indice mitotico segnalato su totale %	totale
Invasivo	276	69.7	396

*I casi 2004 non comprendono quelli diagnosticati nei residenti nella provincia di Arezzo e i casi 2008 sono relativi al primo semestre dell'anno

Indicatore 2

Proporzione di nuovi casi di melanoma invasivo con segnalazione della presenza di ulcerazione

RAZIONALE: l'ulcerazione è un importante fattore prognostico del melanoma, inserito dal 2002 nella stadiazione AJCC. La presenza di ulcerazione determina un cambiamento di stadio.

RACCOMANDAZIONE ITT: il referto istologico deve contenere tutte le informazioni diagnostiche e prognostiche utili per la gestione del paziente. Nel caso del melanoma, secondo le raccomandazioni 2007 ITT, il referto deve specificare, tra l'altro, presenza o assenza di ulcerazione.

FORMULA: a) al numeratore il numero referti AP con indicazione dello stato dell'ulcerazione (presente/assente), al denominatore il totale dei referti di melanoma
b) al numeratore il numero referti AP con indicazione di ulcerazione presente, al denominatore il numero referti AP con indicazione dello stato dell'ulcerazione (presente/assente).

FONTE: RTRT, AP

PERIODO: 2004, 2008

COMMENTO: aumenta nel tempo la percentuale di casi nei quali è segnalata la presenza o assenza di ulcerazione nel referto AP; nel 2008 la situazione è più omogenea in tutto il territorio regionale. Bisogna considerare che l'ulcerazione può essere segnalata solo quando presente (cioè nel caso di ulcerazione assente il parametro spesso può non essere riportato nel referto).

2004*

a)

Area vasta	ulcerazione segnalata (presente/assente)		Totale N
	n	%	
<i>Centro</i>	210	86.4	243
<i>Nord Ovest</i>	96	47.3	203
<i>Sud Est*</i>	17	21.3	80
Totale aree*	323	61.4	526

b)

Area vasta	Ulcerazione presente (segnalata)		Ulcerazione presente sul totale dei referti %
	n	%	
<i>Centro</i>	58	27.6	23.9
<i>Nord Ovest</i>	42	43.7	20.7
<i>Sud Est</i>	11	64.7	13.8
Totale aree	111	34.4	21.1

2008 *

a)

Area vasta	ulcerazione segnalata (presente/assente)		Totale N
	n	%	
<i>Centro</i>	174	94.1	185
<i>Nord ovest</i>	105	82.0	128
<i>Sud est</i>	56	67.5	83
Totale	335	84.6	396

b)

Area vasta	Ulcerazione presente (segnalata)		Ulcerazione presente sul totale dei referti %
	n	%	
<i>Centro</i>	36	20.7	19.5
<i>Nord ovest</i>	29	27.6	22.7
<i>Sud est</i>	21	37.5	25.3
Totale	86	25.7	21.7

*I casi 2004 non comprendono quelli diagnosticati nei residenti nella provincia di Arezzo e i casi 2008 sono relativi al primo semestre dell'anno

Indicatore 3

Proporzione di escissioni con indicazione nel referto istologico dello stato dei margini

RAZIONALE: lo stato dei margini definisce la radicalità dell'escissione chirurgica.

RACCOMANDAZIONE ITT: il referto istologico deve contenere tutte le informazioni diagnostiche e prognostiche utili per la gestione del paziente. Nel caso del melanoma, secondo le raccomandazioni 2007 ITT, il referto deve specificare, tra l'altro, lo stato dei margini.

FORMULA: al numeratore il numero referti AP con indicazione dello stato dei margini, al denominatore il totale dei referti di melanoma.

FONTE: RTRT, AP

PERIODO: 2004, 2008

COMMENTO: La percentuale di referti con indicazione dello stato dei margini nel 2008 è maggiore rispetto al 2004.

2004*

Area vasta	Totale Indicati	%	Totale invasivi
Centro	196	80.7	243
Nord ovest	134	66.0	203
Sud est*	74	92.5	80
Totale aree*	404	76.8	526

2008*

Area vasta	Totale Indicati	%	Totale invasivi
Centro	155	83.8	185
Nord ovest	102	79.7	128
Sud est	77	92.8	83
Totale aree	334	84.3	396

*I casi 2004 non comprendono quelli diagnosticati nei residenti nella provincia di Arezzo e i casi 2008 sono relativi al primo semestre dell'anno

Indicatore 3.1

Proporzione di escissioni con margini positivi sul totale con stato dei margini indicato

RAZIONALE: il referto istologico deve contenere tutte le informazioni diagnostiche e prognostiche utili per la gestione del paziente. Nel caso del melanoma, secondo le raccomandazioni 2007 ITT, il referto deve specificare, tra l'altro, lo stato dei margini.

RACCOMANDAZIONE ITT: in caso di sospetto di melanoma è raccomandata la biopsia escissionale seguita da esame istologico. Sono da evitare asportazioni incomplete, diatermocoagulazione e laser-terapia. La biopsia incisionale può comunque trovare indicazione in casi particolari quali ad esempio la sede sub-ungueale, le grandi lentigo del volto, lesioni pigmentate genitali, il nevo congenito gigante.

FORMULA: al numeratore il numero referti AP con indicazione di margini positivi (coinvolti dalla neoplasia) sia totale che relativo alle sole sedi non acrali; al denominatore il totale dei referti di melanoma con indicazione dello stato dei margini.

FONTE: RTRT, AP

PERIODO:2004, 2008

COMMENTO: oltre il 90% dei casi di melanoma presenta margini di resezione chirurgica liberi da malattia; fra i margini positivi 8 casi nel 2004 e 12 casi nel 2008 si riferiscono a lesioni acrali o del volto.

2004*

Area vasta	Positivi	Positivi %	Negativi	Negativi %	Totale Indicati	Positivi non acrali	Positivi non acrali %
<i>Centro</i>	11	5.6	185	94.4	196	9	4.6
<i>Nord ovest</i>	10	7.5	124	92.5	134	4	3.0
<i>Sud est*</i>	2	2.7	72	97.3	74	2	2.7
Totale aree*	23	5.7	381	94.3	404	15	3.7

2008*

Area vasta	Positivi	Positivi %	Negativi	Negativi %	Totale Indicati	Positivi non acrali	Positivi non acrali %
Centro	14	9.0	141	91.0	155	9	5.8
Nord ovest	6	5.9	96	94.1	102	4	3.9
Sud est	7	9.1	70	90.9	77	2	2.6
Totale aree	27	8.1	307	91.9	334	15	4.5

*I casi 2004 non comprendono quelli diagnosticati nei residenti nella provincia di Arezzo e i casi 2008 sono relativi al primo semestre dell'anno

Indicatore 4

Proporzione di casi che eseguono biopsia del linfonodo sentinella sul totale dei pazienti con melanoma

RAZIONALE: lo stato del linfonodo sentinella è fattore prognostico significativo nel melanoma cutaneo; la biopsia del linfonodo sentinella è una tecnica che permette di stadiare correttamente i pazienti affetti da melanoma.

RACCOMANDAZIONE ITT: la biopsia del LS è raccomandata per melanomi di spessore >1mm, o inferiore se ulcerati o con livello di Clark \geq IV.

FORMULA: a) al numeratore il numero di casi di melanoma invasivo con spessore >1mm in cui è stata eseguita l'asportazione del linfonodo sentinella, al denominatore il totale dei casi di melanoma invasivo con spessore >1mm

FONTE: RTRT, AP

PERIODO: 2004, 2008

COMMENTO: Circa due terzi dei casi di melanoma cutaneo con spessore >1mm risultano aver effettuato la biopsia del linfonodo sentinella.

2004*

Area vasta	Linf sentinella eseguito		Totale casi >1mm
	N° casi BLS	% su totale >1 mm	N°
<i>Centro</i>	72	64.9	111
<i>Nord ovest</i>	64	61.0	105
<i>Sud est</i>	25	67.6	37
Totale aree*	161	63.6	253

2008*

Area vasta	Linf sentinella eseguito		Totale casi >1mm
	N° casi BLS	% su totale >1 mm	N°
<i>Centro</i>	46	74.2	62
<i>Nord ovest</i>	31	55.4	56
<i>Sud est</i>	18	56.3	32
Totale aree	95	63.3	150

*I casi 2004 non comprendono quelli diagnosticati nei residenti nella provincia di Arezzo e i casi 2008 sono relativi al primo semestre dell'anno

Indicatore 4.1

Proporzione di casi che eseguono biopsia del linfonodo sentinella sul totale dei pazienti con melanoma in soggetti di età inferiore ai 75 anni.

RAZIONALE: Trattandosi di una pratica chirurgica maggiormente invasiva rispetto al solo intervento di ampliamento dei margini di escissione, la presenza di comorbidità che solitamente aumentano all'aumentare dell'età possono limitarne l'effettuazione.

FORMULA: al numeratore il numero di casi di melanoma invasivo con spessore >1mm in soggetti con età <75 anni in cui è stata eseguita l'asportazione del linfonodo sentinella, al denominatore il totale dei casi di melanoma invasivo con spessore >1mm in soggetti con età <75 anni.

FONTE: RTRT, AP

PERIODO: 2004, 2008

COMMENTO: La proporzione di soggetti di età <75 anni che effettuano la BLS risulta elevata con valori del 74% nei due anni.

2004*

Area vasta	Linf sentinella eseguito		Totale casi >1mm
	N° casi BLS	% su totale >1 mm	n
<i>Centro</i>	58	74.4	78
<i>Nord ovest</i>	56	70.9	79
<i>Sud est</i>	25	80.6	31
Totale aree	139	73.9	188

2008*

Area vasta	Linf sentinella eseguito		Totale casi >1mm
	N° casi BLS	% su totale >1 mm	n
<i>Centro</i>	37	86.0	43
<i>Nord ovest</i>	26	65.0	40
<i>Sud est</i>	12	66.7	18
Totale aree	75	74.3	101

*I casi 2004 non comprendono quelli diagnosticati nei residenti nella provincia di Arezzo e i casi 2008 sono relativi al primo semestre dell'anno

Indicatore 4.2

Proporzione dei casi con linfonodo sentinella positivo sul totale dei casi che eseguono la biopsia del linfonodo sentinella

RAZIONALE: lo stato del linfonodo sentinella è fattore prognostico significativo nel melanoma cutaneo; la biopsia del linfonodo sentinella è una tecnica che permette di stadiare correttamente i pazienti affetti da melanoma.

RACCOMANDAZIONE ITT: la biopsia del LS è raccomandata per melanomi di spessore >1mm, o inferiore se ulcerati o con livello di Clark >=IV.

FORMULA: al numeratore il numero di casi di melanoma invasivo con spessore >1mm in cui il linfonodo sentinella è risultato positivo, al denominatore il numero di casi di melanoma invasivo con spessore >1mm in cui è stata eseguita l'asportazione del linfonodo sentinella.

FONTE: RTRT, AP

PERIODO: 2004, 2008

COMMENTO: In un quarto dei casi la biopsia del linfonodo sentinella evidenzia una invasione tumorale sia nel 2004 che nel 2008.

2004*

Area vasta	Linf sentinella positivo		Totale casi sentinella eseguito
	N° casi LS positivo	% LS+ su BLS	N°
<i>Centro</i>	18	25.0	72
<i>Nord ovest</i>	17	26.6	64
<i>Sud est</i>	7	28.0	25
Totale aree	42	26.1	161

2008*

Area vasta	Linf sentinella positivo		Totale casi sentinella eseguito
	N° casi LS positivo	% LS+ su BLS	N°
<i>Centro</i>	8	17.4	46
<i>Nord ovest</i>	10	32.3	31
<i>Sud est</i>	7	38.9	18
Totale aree	25	26.3	95

*I casi 2004 non comprendono quelli diagnosticati nei residenti nella provincia di Arezzo e i casi 2008 sono relativi al primo semestre dell'anno

Indicatore 5

Numero di casi con linfonodo sentinella positivo e successiva linfadenectomia

RAZIONALE: La linfadenectomia radicale è la terapia di scelta nei casi di metastasi linfonodale regionale in assenza di metastasi a distanza.

RACCOMANDAZIONE ITT: qualora il linfonodo sentinella risulti positivo all'esame istologico è indicata linfadenectomia regionale radicale.

FORMULA: al numeratore il numero di casi con linfonodo sentinella positivo che hanno eseguito linfadenectomia radicale, al denominatore il totale dei casi con linfonodo sentinella positivo.

FONTE: RTRT, AP

PERIODO:2004, 2008

COMMENTO: una quota di pazienti con linfonodo sentinella positivo non ha eseguito la successiva linfadenectomia sia nel 2004 (9 pazienti) che nel primo semestre 2008 (6 pazienti). Un'analisi campionaria dei casi che non hanno effettuato la linfadenectomia ha evidenziato presenza di comorbidità e rischio anestesilogico di grado elevato che hanno controindicato l'intervento.

2004

Area vasta	linfoadenectomie	linfoadenectomie %	Totale sentinella positivo
<i>Centro</i>	15	78.9%	19
<i>Nord-Ovest</i>	17	85.0%	20
<i>Sud-Est*</i>	5	71.4%	7
Totale aree*	37	80.4%	46

2008

Area vasta	linfoadenectomia	Linfoadenectomie %	Totale sentinella positivo
<i>Centro</i>	7	70.0%	10
<i>Nord-Ovest</i>	10	90.9%	11
<i>Sud-Est</i>	5	71.4%	7
Totale aree	22	78.6%	28

*I casi 2004 non comprendono quelli diagnosticati nei residenti nella provincia di Arezzo e i casi 2008 sono relativi al primo semestre dell'anno

Indicatore 6

Indicazione sul referto istologico del numero di linfonodi asportati alla linfadenectomia

RAZIONALE: La linfadenectomia radicale è la terapia di scelta nei casi di metastasi linfonodale regionale in assenza di metastasi a distanza; il numero di linfonodi metastatici è un importante fattore prognostico nel melanoma ed è necessario per la corretta stadiazione AJCC.

RACCOMANDAZIONE ITT: l'intervento chirurgico consiste nell'asportazione in blocco del tessuto cellulare-adiposo in cui sono immersi i vari gruppi linfonodali; il patologo deve accuratamente disseccare il tessuto per isolare i linfonodi che devono essere contati e inclusi.

FORMULA: al numeratore il numero di referti relativi a linfadenectomia radicale con indicazione del numero di linfonodi asportati, al denominatore il numero totale dei referti relativi a linfadenectomia radicale.

FONTE: RTRT, AP

PERIODO:2004, 2008

COMMENTO: Il numero di linfonodi asportati alla linfadenectomia è presente nella pressoché totalità dei referti patologici.

2004

Area vasta	numero presente	numero presente %	totale
<i>Centro</i>	23	100.0%	23
<i>Nord-Ovest</i>	26	100.0%	26
<i>Sud-Est*</i>	5	83.3%	6
<i>Totale aree*</i>	54	98.2%	55

2008

Area vasta	numero presente	numero presente %	totale
<i>Centro</i>	7	100.0%	7
<i>Nord-Ovest</i>	12	100.0%	12
<i>Sud-Est</i>	5	100.0%	5
<i>Totale aree</i>	24	100.0%	24

*I casi 2004 non comprendono quelli diagnosticati nei residenti nella provincia di Arezzo e i casi 2008 sono relativi al primo semestre dell'anno

Indicatore 6.1

Numero di linfonodi asportati alla linfadenectomia per bacino linfonodale drenante.

RAZIONALE: I bacini linfonodali principali da considerare per l'intervento di linfadenectomia sono rappresentati dai distretti cervicali, ascellari e inguino-crurali; i dati della letteratura e le indicazioni per l'arruolamento a molti trials di terapie adiuvanti considerano appropriata una linfadenectomia che abbia un numero minimo di linfonodi di 5, 10, 15 rispettivamente per la regione inguinale, ascellare, cervicale.

RACCOMANDAZIONE ITT: L'exeresi consiste nell'asportazione in blocco del tessuto cellulare-adiposo in cui sono immersi i vari gruppi linfonodali.

FORMULA: conteggio del numero dei linfonodi nel referto patologico relativo alla linfadenectomia sommati al numero dei linfonodi sentinella precedentemente asportati.

FONTE: RTRT, AP

PERIODO: 2004, 2008

COMMENTO: il numero di linfonodi risulta appropriato in circa il 90% dei casi regionali; il numero mediano dei linfonodi asportati è elevato in tutti i distretti linfonodali (solo in 4 casi di linfadenectomia ascellare nel 2004 e 3 nel 2008 nel referto istologico è riportato un numero di linfonodi <10).

2004*

	n. con numero linfonodi presente	n. totale con linfoadenectomia	n. mediano linfonodi	Numero minimo "appropriato"	% \geq numero minimo
cervicale	3	3	29	15	100
ascellare	28	28	17	10	85.7
inguinale	25	25	11	5	100
Totale	56	56	16		92.9

2008*

	n. con numero linfonodi presente	n. totale con linfoadenectomia	mediana	Numero minimo "appropriato"	% \geq numero minimo
cervicale	2	2	24.5	15	100
ascellare	9	9	16	10	66.7
inguinale	11	11	14	5	100
Totale	22	22	15		86.4

*I casi 2004 non comprendono quelli diagnosticati nei residenti nella provincia di Arezzo e i casi 2008 sono relativi al primo semestre dell'anno

Indicatore 7

Tempo di attesa fra primo intervento chirurgico e primo referto anatomopatologico (tempo di diagnosi di melanoma)

RAZIONALE: il percorso diagnostico-terapeutico del melanoma può necessitare di tre fasi successive e consecutive, ognuna delle quali consta di un intervento chirurgico ed un esame istologico: 1) biopsia escissionale + esame istologico; 2) re-intervento di allargamento dei margini di escissione ed eventuale biopsia del linfonodo sentinella in base allo spessore istologico della lesione + esame istologico; 3) eventuale intervento chirurgico di linfadenectomia regionale se il linfonodo sentinella risulta positivo per metastasi + esame istologico. Risulta pertanto evidente che una ottimizzazione dei tempi di ognuna di queste fasi è fondamentale per evitare una eccessivo perdurare dell'intero percorso.

RACCOMANDAZIONE ITT: è raccomandato effettuare intervento chirurgico allargato e biopsia del linfonodo sentinella entro tre mesi dalla precedente biopsia escissionale.

FORMULA: data refertazione primo esame istologico - data primo intervento (o, se non disponibile, data accettazione primo esame istologico).

FONTE: RTRT, AP.

PERIODO: 2004, 2008.

COMMENTO: tempo mediano (50% dei pazienti) nel 2008: 13 giorni; oltre il 90% dei pazienti riceve la risposta entro un mese dal primo intervento.

2004*

Mediana	Totale casi con date
9	646

PERIODO	Totale casi con date	% sul Totale
<30 giorni	624	96.6
≥30 giorni	22	3.4

2008*

Mediana	Totale casi con date
13	515

PERIODO	Totale casi con date	% sul Totale
<30 giorni	476	92.4
≥30 giorni	39	7.6

*I casi 2004 non comprendono quelli diagnosticati nei residenti nella provincia di Arezzo e i casi 2008 sono relativi al primo semestre dell'anno

Indicatore 8

Tempo chirurgico di attesa fra referto del primo intervento e data secondo intervento (allargamento/ biopsia LS)

RAZIONALE: il percorso diagnostico-terapeutico del melanoma può necessitare di tre fasi successive e consecutive, ognuna delle quali consta di un intervento chirurgico ed un esame istologico: 1) biopsia escissionale + esame istologico; 2) re-intervento di allargamento dei margini di escissione ed eventuale biopsia del linfonodo sentinella in base allo spessore istologico della lesione + esame istologico; 3) eventuale intervento chirurgico di linfadenectomia regionale se il linfonodo sentinella risulta positivo per metastasi + esame istologico. Risulta pertanto evidente che una ottimizzazione dei tempi di ognuna di queste fasi è fondamentale per evitare una eccessivo perdurare dell'intero percorso.

RACCOMANDAZIONE ITT: è raccomandato effettuare intervento chirurgico allargato e biopsia del linfonodo sentinella entro tre mesi dalla precedente biopsia escissionale.

FORMULA: data secondo intervento (o, se non disponibile, data accettazione secondo esame istologico) - data refertazione primo esame istologico.

FONTE: RTRT, AP

PERIODO: 2004, 2008

COMMENTO: il tempo mediano (50% dei pazienti) nel 2008: 26 giorni; il 93% dei pazienti sono stati operati entro 2 mesi dalla data del referto.

2004*

Mediana	Totale casi con date
23	237

periodo	Totale casi con date	% sul totale
<30 giorni	166	70.0
≥30 giorni	71	30.0

2008*

Mediana	Totale casi con date
26	201

periodo	Totale casi con date	% sul totale
<30 giorni	116	57.7
<60 giorni	70	34.8
<90 giorni	9	4.5
≥90 giorni	6	3.0

*I casi 2004 non comprendono quelli diagnosticati nei residenti nella provincia di Arezzo e i casi 2008 sono relativi al primo semestre dell'anno

Indicatore 9

Tempo di attesa fra intervento di allargamento/BLS e referto patologico relativo

RAZIONALE: il percorso diagnostico-terapeutico del melanoma può necessitare di tre fasi successive e consecutive, ognuna delle quali consta di un intervento chirurgico ed un esame istologico: 1) biopsia escissionale + esame istologico; 2) re-intervento di allargamento dei margini di escissione ed eventuale biopsia del linfonodo sentinella in base allo spessore istologico della lesione + esame istologico; 3) eventuale intervento chirurgico di linfadenectomia regionale se il linfonodo sentinella risulta positivo per metastasi + esame istologico. Risulta pertanto evidente che una ottimizzazione dei tempi di ognuna di queste fasi è fondamentale per evitare una eccessivo perdurare dell'intero percorso.

RACCOMANDAZIONE ITT: è raccomandato effettuare intervento chirurgico allargato e biopsia del linfonodo sentinella entro tre mesi dalla precedente biopsia escissionale.

FORMULA: data referto relativo a linfonodo sentinella/allargamento - data intervento specifico (o, se non disponibile, data accettazione referto).

FONTE: RTRT, AP

PERIODO:2004, 2008

COMMENTO: nel 2008 tempo mediano di 12 giorni.

2004

Comportamento	Mediana	Totale casi con date
Invasivo	9	261

2008

Comportamento	Mediana	Totale casi con date
Invasivo	12	200

*I casi 2004 non comprendono quelli diagnosticati nei residenti nella provincia di Arezzo e i casi 2008 sono relativi al primo semestre dell'anno

Indicatore 10

Tempo di attesa fra referto di linfonodo sentinella positivo e intervento di linfadenectomia

RAZIONALE: il percorso diagnostico-terapeutico del melanoma può necessitare di tre fasi successive e consecutive, ognuna delle quali consta di un intervento chirurgico ed un esame istologico: 1) biopsia escissionale + esame istologico; 2) re-intervento di allargamento dei margini di escissione ed eventuale biopsia del linfonodo sentinella in base allo spessore istologico della lesione + esame istologico; 3) eventuale intervento chirurgico di linfadenectomia regionale se il linfonodo sentinella risulta positivo per metastasi + esame istologico. Risulta pertanto evidente che una ottimizzazione dei tempi di ognuna di queste fasi è fondamentale per evitare una eccessivo perdurare dell'intero percorso.

RACCOMANDAZIONE ITT: è raccomandato effettuare intervento chirurgico allargato e biopsia del linfonodo sentinella entro tre mesi dalla precedente biopsia escissionale.

FORMULA: data intervento linfadenectomia (o, se non disponibile, data accettazione esame istologico relativo a linfadenectomia)-data referto linfonodo sentinella positivo.

FONTE: RTRT, AP

PERIODO: 2004, 2008

COMMENTO: nel 2008 tempo mediano di 20.5 giorni, 84% entro 30 giorni.

2004*

comportamento	Mediana	Totale casi con date
Invasivo	17	32

Comportamento	PERIODO	Totale casi con date
invasivo	<30 giorni	28
	≥ 30 giorni	4

2008 *

comportamento	Mediana	Totale casi con date
Invasivo	20.5	20

Comportamento	PERIODO	Totale casi con date
Invasivo	<30 giorni	17
	≥ 30 giorni	3

*I casi 2004 non comprendono quelli diagnosticati nei residenti nella provincia di Arezzo e i casi 2008 sono relativi al primo semestre dell'anno

Indicatore 11

Tempo di attesa dal primo intervento di escissione del melanoma al referto della linfadenectomia (tempo massimo per diagnosi e trattamento chirurgico)

RAZIONALE: il percorso diagnostico-terapeutico del melanoma può necessitare di tre fasi successive e consecutive, ognuna delle quali consta di un intervento chirurgico ed un esame istologico: 1) biopsia escissionale + esame istologico; 2) re-intervento di allargamento dei margini di escissione ed eventuale biopsia del linfonodo sentinella in base allo spessore istologico della lesione + esame istologico; 3) eventuale intervento chirurgico di linfadenectomia regionale se il linfonodo sentinella risulta positivo per metastasi + esame istologico. Risulta pertanto evidente che una ottimizzazione dei tempi di ognuna di queste fasi è fondamentale per evitare una eccessivo perdurare dell'intero percorso.

RACCOMANDAZIONE ITT: è raccomandato effettuare intervento chirurgico allargato e biopsia del linfonodo sentinella entro tre mesi dalla precedente biopsia escissionale

FORMULA: data refertazione esame istologico relativo a linfadenectomia - data primo intervento (o data accettazione primo esame istologico)

FONTE: RTRT, AP

PERIODO:2004, 2008

COMMENTO: la fase chirurgica del trattamento massimo ipotizzabile dei casi 2008 si conclude entro 3 mesi.

2004*

Comportamento	Mediana	Totale casi con date
Invasivo	72	35

2008*

Comportamento	Mediana	Totale casi con date
Invasivo	82.5	22

*I casi 2004 non comprendono quelli diagnosticati nei residenti nella provincia di Arezzo e i casi 2008 sono relativi al primo semestre dell'anno

Indicatore 12

Mobilità intraregionale

RAZIONALE: il percorso diagnostico-terapeutico del melanoma prevede ambulatori per la diagnosi precoce, biopsia escissionale, eventuale ampliamento di escissione chirurgica, biopsia del linfonodo sentinella, linfadenectomia, terapia delle forme avanzate

RACCOMANDAZIONI ITT: presenza di ambulatori per la diagnosi precoce del melanoma diffusi nel territorio e attuazione di percorsi che permettano l'eventuale proseguimento delle cure fino alle forme avanzate presso strutture che offrano l'ausilio delle migliori tecniche e con alti livelli di integrazione tra competenze e settori specialistici diversi.

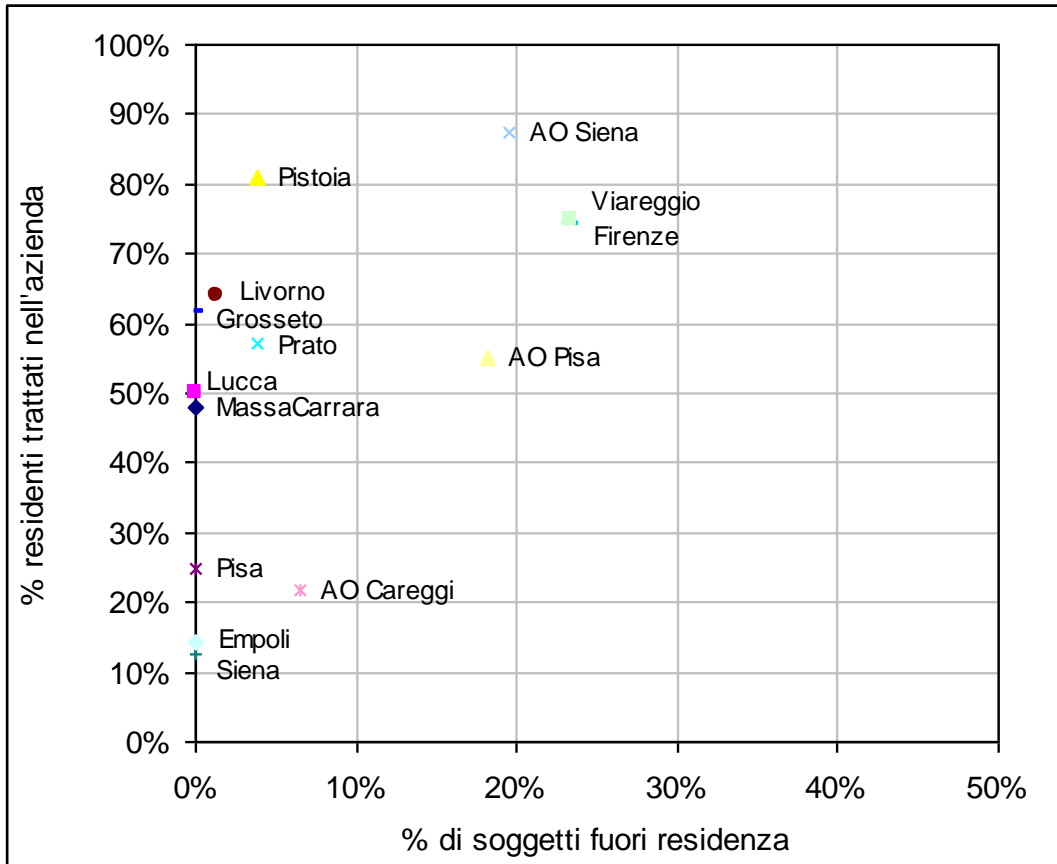
FORMULA: Per i casi 2004: casi di melanoma in soggetti residenti in regione che sulla base da SDO e SPA hanno effettuato (2004-2005), dopo una diagnosi di melanoma cutaneo, un intervento su cute o linfonodi in regione ma fuori residenza
Per il 2008: casi di melanoma in soggetti residenti in regione che sulla base dei referti anatomo-patologici hanno effettuato, dopo una diagnosi di melanoma cutaneo, un intervento su cute o linfonodi in regione ma fuori residenza

FONTE: RTRT, SDO, SPA

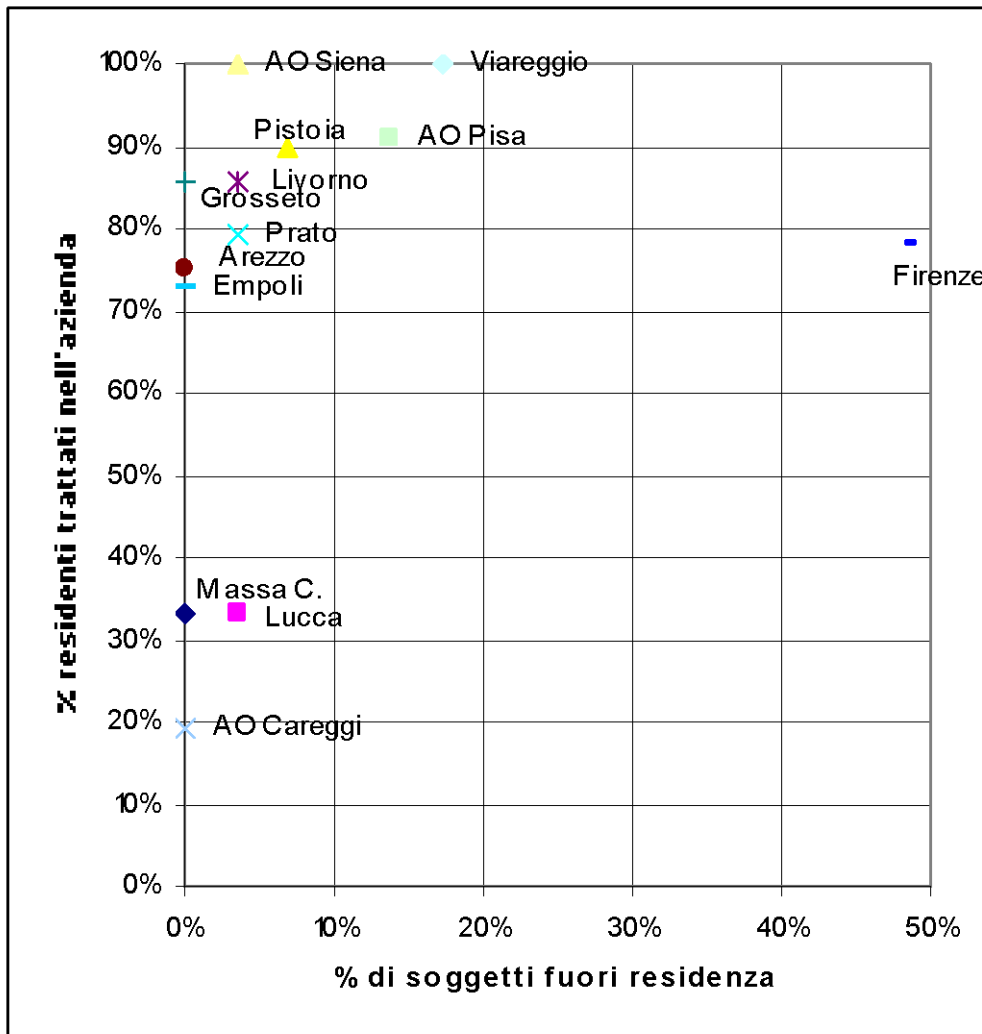
PERIODO: 2004-2005

COMMENTO: le diverse aree geografiche del territorio regionale sono a vario grado coinvolte nel percorso diagnostico terapeutico del melanoma

2004*



2008*



*I casi 2004 non comprendono quelli diagnosticati nei residenti nella provincia di Arezzo e i casi 2008 sono relativi al primo semestre dell'anno

Indicatore 12.1

Mobilità extra-regionale

RAZIONALE: valutare il bilancio tra migrazione extraregionale di soggetti residenti e attrazione in Toscana di soggetti provenienti da fuori regione.

FORMULA:

Migrazione extraregionale. Numero di soggetti residenti in Toscana incidenti nel 2004 che hanno effettuato un intervento chirurgico su cute fuori regione. Identificati come ricoveri con diagnosi 172 (diagnosi di melanoma) o V10.82 (anamnesi personale di melanoma maligno della pelle) e con codici chirurgici che incominciano con 86.3, 86.4, 40.

Attrazione da fuori regione. Numero di soggetti residenti fuori regione ricoverati in Toscana SDO con codici 172 o V10.82 e con codici chirurgici che incominciano con 86.3, 86.4, 40.

PERIODO : 2004

FONTE: RTRT, SDO, SPA

COMMENTO: il bilancio è a favore dei pazienti per i quali la toscana ha costituito un polo di attrazione.

Per ogni cittadino residente in Toscana che è migrato fuori regione per effettuare un trattamento chirurgico per il melanoma ne sono arrivati da altre regioni 1.6.

Migrazione : 20 soggetti residenti in Toscana sono stati operati fuori regione

Attrazione : 32 soggetti residenti fuori regione sono venuti in Toscana per effettuare il trattamento chirurgico.