

Indicatori di qualità delle cure per i tumori colo-rettali: risultati e valutazioni per il Ticino dal 2011 al 2012

L.Ortelli,

V.Bianchi Galdi, P.Mazzola, S.Peverelli, L.Mazzucchelli, A.Bordoni, A.Spitale,
Working Group per i tumori colo-rettali

Registro Tumori Canton Ticino

www.ti.ch/tumori

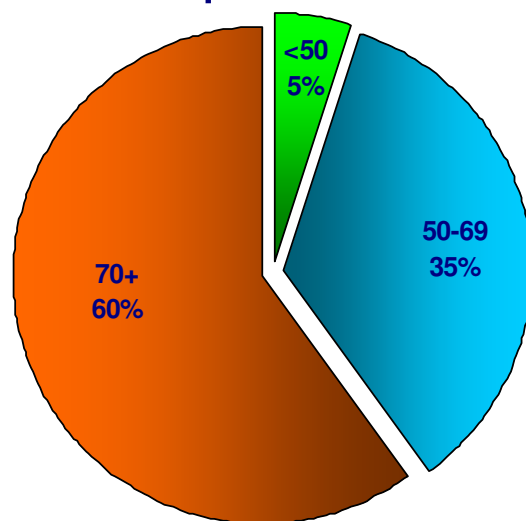


Perché i tumori colo-rettali?

- Terzo tumore più frequente nel Mondo
- Situazione in Svizzera e in Ticino

	Nuovi casi/anno	Decessi/anno	Sopravvivenza a 5 anni
Svizzera	4000-4100	1600-1650	62%
Ticino	230-250	75-80	62%

- Suddivisione per classi di età nel 2011-2012 (491 nuovi casi)



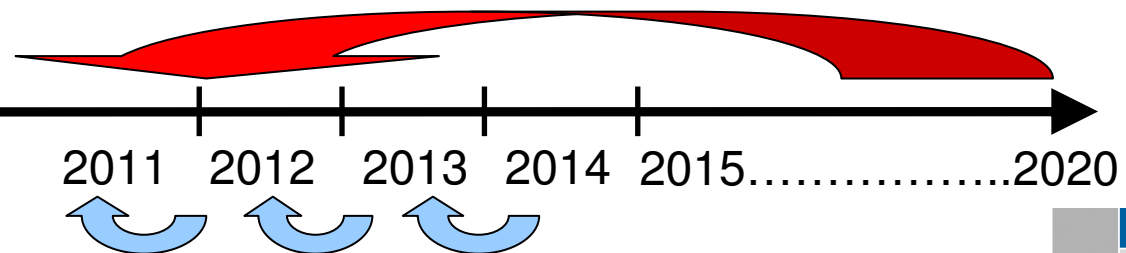
Gruppo di età	Nuove diagnosi/anno (2011-2012)	
	M	F
0-49	9	15
50-69	102	70
70+	146	149
Totale	257	234

Perché gli indicatori di qualità?

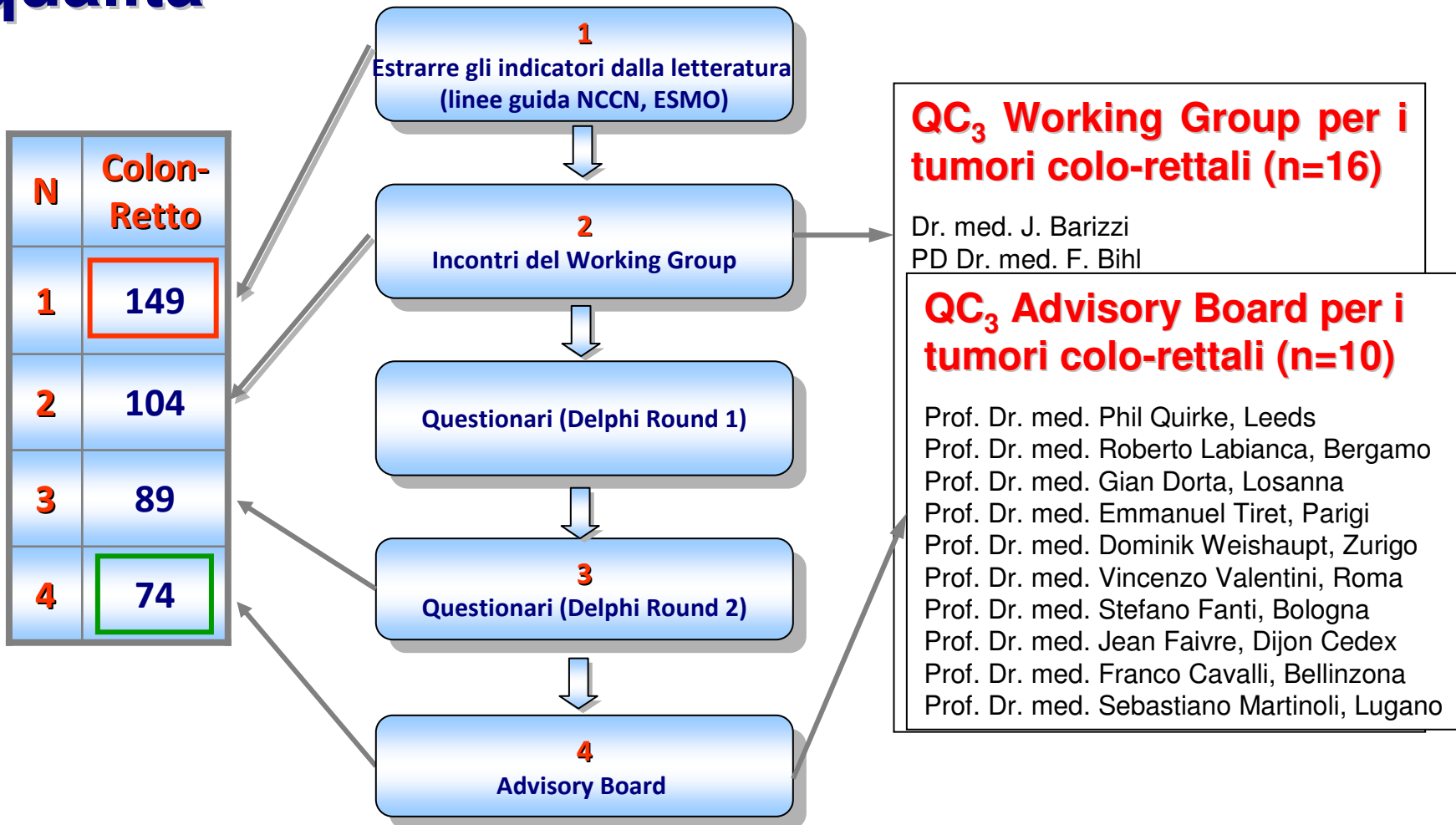
	Analisi di sopravvivenza	Indicatori di qualità
Vantaggi	<ul style="list-style-type: none"> ■ Procedura standardizzata, riconosciuta mondialmente → possibilità di confronti regionali e internazionali ■ Precocità diagnostica, qualità del trattamento e follow-up riassunti in un unico valore 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Analisi dei singoli fattori che determinano la sopravvivenza ■ Periodo di follow-up corto → messa in pratica a breve termine dei risultati
“Svantaggi”	Periodo di follow-up lungo	Meno standardizzati mondialmente → Necessari progetti pilota

Risultati sopravvivenza

Indicatori di qualità



Processo per la selezione degli indicatori di qualità



Il progetto population-based QC₃: indicatori di qualità (IQ) per i carcinomi colo-rettali (CCR)

Chi?

Pazienti trattati nelle strutture
pubbliche e private del
Canton Ticino

Quando?

01.01.2011 – 30.06.2012

Cosa?

354 Carcinomi colo-rettali
(238 colon; 116 retto)

Come?

- 1 IQ riguardante la diagnosi
- 3 IQ riguardanti i trattamenti

DIAGNOSI

Proporzione di pazienti con CCR sottoposti a colonscopia preoperatoria

$$\text{Indicatore} = \frac{\text{Sottogruppo di pazienti sottoposti a colonscopia preoperatoria (N=272)}}{\text{Tutti i pazienti con CCR sottoposti a chirurgia (N=296)}}$$

Motivazioni:

- Conferma istologica del tumore da operare
- Permette di scoprire altre lesioni e CCR sincroni
 - Esecuzione di un adeguato trattamento chirurgico
 - Migliore probabilità di sopravvivenza a lungo termine per il paziente

- Letteratura:**
1. Labianca R, Nordlinger B, Beretta GD *et al.* Primary colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, adjuvant treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2010;21:v70-v77.
 2. Isler JT, Brown PC, Lewis FG, Billingham RP. The role of preoperative colonoscopy in colorectal cancer. *Dis Colon Rectum*. 1987 Jun;30(6):435-9.
 3. Takeuchi H, Toda T, Nagasaki S, Kawano T, Minamisono Y, Maehara Y, Sugimachi K. Synchronous multiple colorectal adenocarcinomas. *J Surg Oncol*. 1997 Apr;64(4):304-7.

DIAGNOSI

Proporzione di pazienti con CCR sottoposti a colonscopia preoperatoria

Risultati

91.9%

Interventi d'urgenza e
interventi palliativi

Diagnosi fuori cantone

	N	%	IC95%
SI	272	91.9	88.8%;95%
NO	24	8.1	5%;11.2%
MISSING	11		

Confronti

- **97%** in Canada (1997-2006) (!!Esclusi i pazienti operati d'urgenza!!): Vergara-Fernandez O et al. *Can J Surg* 2010;53(4):232-40.
- **89%** in Francia (2003-2004): Mathoulin-Pelissier S et al. *BMC Cancer* 2012;12:297.
- **70%** in Olanda (2005): Van Steenberghe LN et al. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2009;21(5):570-5.
- **67%** a Taiwan (2004): Chung K et al. *BMC Health Ser Res.* 2010;10:27.

TRATTAMENTO

Proporzione di pazienti con carcinoma del retto localmente avanzato (T3/T4 e/o N+ e M0) sottoposti a radioterapia (RT) ± Chemioterapia (CT) neoadiuvante

$$\text{Indicatore} = \frac{\text{Sottogruppo di pazienti sottoposti a RT}\pm\text{CT neoadiuvante (N=35)}}{\text{Tutti i pazienti con carcinoma rettale localmente avanzato sottoposti a chirurgia (N=57)}}$$

Motivazioni:

- Meno recidive locali nei pazienti con trattamento neo-adiuvante
- Miglioramento della sopravvivenza (overall + cancer specific survival)
- Meno tossico e più efficace rispetto al trattamento adiuvante post-operatorio

- Letteratura:**
1. Folkesson J, Birgisson H, Pahlman L *et al.* Swedish Rectal Cancer Trial: long lasting benefits from radiotherapy on survival and local recurrence rate. *J Clin Oncol* 2005;23:5644-5650.
 2. Sebag-Montefiore D, Stephens RJ, Steele R *et al.* Preoperative radiotherapy versus selective postoperative chemoradiotherapy in patients with rectal cancer (MRC CR07 and NCIC-CTG C016): a multicentre, randomised trial. *Lancet* 2009;373:811-820.



TRATTAMENTO

Proporzione di pazienti con carcinoma del retto localmente avanzato (T3/T4 e/o N+ e M0) sottoposti a radioterapia (RT) \pm Chemioterapia (CT) neoadiuvante

Risultati

61.4%

Tumori del retto prossimale, presenza di comorbidità

	N	%	IC95%
SI	35	61.4	48.8%;74%
NO	22	38.6	26%;51.2%
MISSING	0		

Confronti

- **83%** in Olanda (2006-2008) (!!Tutti i carcinomi rettali!!): Swellengreble HA et al. *World J Surg.* 2011 Sep;35(9):2125-33.
- **61%** in Ticino (2002-2007): Spitale A et al. *Eur J Cancer Prev.* 2012 Mar;21(2):139-46.
- **24%** in Canada (2002-2005): Eldin NS et al. *Clin Oncol (R Coll Radiol).* 2012 Feb;24(1):e9-17.
- **13%** in Italia (2000-2007) (!!Tutti i carcinomi rettali!!): Sacerdote C et al. *BMC Public Health.* 2012 Sep 12;12(1):775.

TRATTAMENTO

Proporzione di pazienti con CCR non sottoposti a RT±CT neoadiuvante e con più di 12 linfonodi resecati

$$\text{Indicatore} = \frac{\text{Sottogruppo di pazienti con un numero di linfonodi resecati} \geq 12 \text{ (N=214)}}{\text{Pazienti con CCR operati, ma non sottoposti a RT}\pm\text{CT neoadiuvante (N=253)}}$$

Motivazioni:

- Stato dei linfonodi strettamente collegato alla sopravvivenza dei pazienti (linfonodi positivi implicano una maggiore probabilità di recidive)
- Necessario un adeguato numero di linfonodi (almeno 12) per una stadiazione accurata e per fornire al paziente le cure più adeguate (trattamento adiuvante)
→ miglior sopravvivenza (in particolare per i pazienti con stadio II)

Letteratura: 1. Wittekind C, Greene FL, Hutter RVP *et al.* (eds). *TNM Atlas*, 5th edition. Berlin: Springer-Verlag 2004.

2. Labianca R, Nordlinger B, Beretta GD *et al.* Primary colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, adjuvant treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2010;21:v70-v77.



TRATTAMENTO

Proporzione di pazienti con CCR non sottoposti a RT±CT neoadiuvante e con più di 12 linfonodi resecati

Risultati

84.6%

	N	%	IC95%
SI	214	84.6	80.1%;89%
NO	39	15.4	11%;19.9%
MISSING	4		

Operazioni fuori cantone

Confronti

- **71%** in Francia (2003-2004): Mathoulin-Pelissier S *et al. BMC Cancer* 2012;12:297.
- **52%** in Olanda (2007) (!!Non è chiaro se i trattamenti neoadiuvanti sono inclusi!!): Van Steenberg LN *et al. Eur J Surg Oncol.* 2010 Feb;36(2):135-40.
- **51%** in US (1999-2007): Valsecchi ME *et al. Clin Colorectal Cancer.* 2010 Jul;9(3):162-7.
- **45%** in Canada (2002-2004): McConnell YJ *et al. Int J Qual Health Care.* 2010 Jun;22(3):219-28.

TRATTAMENTO

Proporzione di pazienti con CCR operati con margini liberi (R0)

$$\text{Indicatore} = \frac{\text{Sottogruppo di pazienti con margini liberi (R0) (N=292)}}{\text{Tutti i pazienti con CCR sottoposti a chirurgia (N=301)}}$$

Motivazioni:

- Descrive lo stato del tumore in seguito alla chirurgia
- Riflette gli effetti del trattamento e influenza la pianificazione delle cure
- Fattore importante per la prognosi

Letteratura: 1. Hermanek P, Wittekind C. Residual tumor (R) classification and prognosis. *Semin Surg Oncol.* 1994 Jan-Feb;10(1):12-20.

TRATTAMENTO

Proporzione di pazienti con CCR operati con margini liberi (R0)

Risultati

97%

	N	%	IC95%
SI	292	97	95.1%;98.9%
NO	9	3	1.1%;4.9%
MISSING	6		

Operati fuori cantone

Confronti

- **99%** a Taiwan (2004): Chung K *et al. BMC Health Ser Res.* 2010;10:27.
- **93%** in Francia (2003-2004): Mathoulin-Pelissier S *et al. BMC Cancer* 2012;12:297.
- **87%** in Canada (1997-2006) (!!solo carcinomi rettali!!): Vergara-Fernandez O *et al. Can J Surg* 2010;53(4):232-40.

Conclusioni

- Il progetto QC₃ è basato sul coinvolgimento di esperti rappresentanti tutte le discipline mediche più importanti, ci si auspica così di contribuire al **miglioramento della qualità delle cure** e di ottenere un **beneficio a breve termine per i pazienti**.
- Il progetto QC₃ permetterà di definire **requisiti minimi e obiettivi a livello regionale** per quanto riguarda i diversi indicatori, così da poter **implementare standard di cura**, basati sulla diagnostica e sulle diverse modalità di trattamento.
- Lo studio QC₃ è **population-based** e include **strutture di cura** sia **pubbliche** che **private**, così da fornire una **descrizione reale del sistema di cura** regionale, **senza bias di selezione**. I **risultati** forniti saranno quindi comparabili con altri studi simili a livello nazionale ed internazionale.
- I risultati proposti mostrano uno **standard qualitativo ticinese** sicuramente **elevato**. Bisognerà capire mediante la discussione con il CCR Working Group se sono **possibili ulteriori miglioramenti**.

Un grazie a ...

Sponsors per il supporto finanziario:



Ricerca Svizzera Contro il Cancro



Zonta Club Locarno



Accademia Svizzera delle Scienze Mediche



Ente ospedaliero cantonale



Repubblica e cantone Ticino



CCR Working Group per il contributo scientifico:

Dr. med. J. Barizzi

PD Dr. med. F. Bihl

Dr. med. D. Christoforidis

Dr. med. A. Franzetti-Pellanda

PD Dr. med. L. Giovanella

Dr. med. J. Heinkel

Dr. med. M. Maffei

Prof. Dr. med. L. Mazzucchelli

Dr. med. B. Miazza

Dr. med. A. Pelloni

Dr. med. C. Quattropani

Prof. Dr. med. R. Rosso

Dr. med. P. Saletti

Dr. med. M.C. Valli

Dr. med. M. Varini

Prof. Dr. med. R. Wyttenbach

CCR Advisory Board per il contributo scientifico:

Prof. Dr. med. Phil Quirke, Leeds

Prof. Dr. med. Roberto Labianca, Bergamo

Prof. Dr. med. Gian Dorta, Losanna

Prof. Dr. med. Emmanuel Tiret, Parigi

Prof. Dr. med. Dominik Weishaupt, Zurigo

Prof. Dr. med. Vincenzo Valentini, Roma

Prof. Dr. med. Stefano Fanti, Bologna

Prof. Dr. med. Jean Faivre, Dijon Cedex

Prof. Dr. med. Franco Cavalli, Bellinzona

Prof. Dr. med. Sebastiano Martinoli, Lugano

