Rapporto annuale svizzero sulla qualità dei dati (aDQR)

Anno di diagnosi più recente: 2022

Novembre 2025

Introduzione

Il Rapporto annuale sulla qualità dei dati (aDQR) presenta e commenta la qualità della registrazione dei tumori a livello nazionale. Serve come documentazione sulla qualità dei dati che accompagna le statistiche nazionali sui tumori e che è utile per i terzi che utilizzano il set di dati nazionali sul cancro (National Cancer Dataset, NCD).

Il Servizio nazionale di registrazione dei tumori (SNRT) riunisce i dati oncologici di base e supplementari di tutti i registri cantonali dei tumori (RCT) in un unico set di dati nazionali sul cancro (NCD). Per garantire un'elevata qualità dei dati del NCD, il SNRT applica una serie di valutazione della qualità caso per caso ed effettua anche un confronto sistematico degli indicatori di qualità (QI) tra i RCT. Per identificare i risultati non plausibili, vengono effettuate analisi dei valori anomali e confronti con valori di riferimento riconosciuti a livello internazionale. I risultati delle analisi comparative sulla qualità dei dati vengono raccolti nel aDQR e discussi con i RCT in modo che i registri possano tracciare e interpretare i cambiamenti nella qualità dei propri dati nel tempo.

L'aDQR 2022 confronta l'anno di diagnosi 2022, o gli anni 2021-2022, con gli anni precedenti (2015 e successivi). Si basa sui dati di tredici CCR in Svizzera che, per il periodo 2015-2019, coprono circa il 90% della popolazione totale svizzera. A partire dal 2020, la copertura sarà del 100% (dopo l'introduzione della legge nazionale sulla registrazione delle malattie tumorali, LRMT).

Conclusioni

I risultati mostrano l'elevata qualità complessiva dei dati detenuti dai registri dei tumori in Svizzera.

La completezza dell'accertamento dei casi e l'accuratezza delle informazioni registrate sono risultate elevate rispetto ad altri paesi europei.

La completezza delle informazioni sui casi ha mostrato miglioramenti significativi nel tempo ed è elevata per la maggior parte delle informazioni registrate a partire dall'anno di incidenza 2020. Sono stati identificati periodi di diagnosi con informazioni sufficienti per il monitoraggio nazionale del cancro.

La comparabilità della registrazione è stata valutata per una serie di variabili continue. La media svizzera è paragonabile ai risultati di studi internazionali e si è riscontrata solo una lieve eterogeneità tra i registri.

Indice

Introduzione 1

Conclusioni 1

A) Indicatori di qualità (IQ): Completezza dell'accertamento dei casi 4

A1. Numero di diagnosi registrate e previste ("trend storico") 4

A2. Rapporto tra tasso di mortalità e incidenza (Mortality Incidence Ratio MIR) 4

A3. Proporzione di diagnosi registrate inizialmente sulla base di un certificato di morte (Death Certificate Notification DCN) 4

B. Indicatori di qualità (QI): Accuratezza delle informazioni registrate 5

B1. Registrazioni basate esclusivamente sul certificato di morte (DCO) 5

B2. Diagnosi basate sulla verifica microscopica (Microscopic Verification MV) 5

C. Indicatore di qualità (IQ): Completezza dei casi 6

C1. Percentuale di casi senza informazioni specifiche 6

D. Indicatore di qualità (IQ): Comparabilità 8

D1. Indice di Breslow nel melanoma 8

D2. Margini di resezione liberi da malattia (in mm) dopo intervento chirurgico per cancro del colon-retto. 8

D3.1 Numero di linfonodi regionali esaminati nel cancro del colon-retto 9

D3.2. Numero di linfonodi regionali invasi nel cancro del colon-retto 10

D4.1 Numero di linfonodi regionali esaminati nel cancro alla prostata 10

D4.2. Numero di linfonodi regionali invasi nel cancro alla prostata 11

D5. Dimensione patologica del tumore dopo l'intervento chirurgico nel cancro al seno 11

D6. Antigene prostatico specifico (PSA) 12

Editore
Servizio nazionale di registrazione dei tumori (www.snrt.ch)

Ringraziamenti
Il Servizio nazionale di registrazione dei tumori desidera riconoscere il lavoro di tutto il personale dei registri cantonali dei tumori svizzeri, che ha fornito i dati grezzi per queste analisi.

Chi siamo
Il Servizio nazionale di registrazione dei tumori (SNRT) è un'organizzazione nazionale responsabile della definizione degli standard per la registrazione dei tumori e in cui vengono raccolti i dati su tutte le malattie tumorali che compaiono in Svizzera. L'organizzazione controlla la qualità dei dati e li riporta ai registri dei tumori. Insieme all'Ufficio federale di statistica e al Registro dei tumori pediatrici in Svizzera, il SNRT è responsabile dei rapporti sulla salute a livello nazionale. Il SNRT trasmette all'Ufficio federale di statistica i dati necessari per il monitoraggio nazionale dei tumori. Per ordine del Dipartimento federale dell'interno (DFI), la Fondazione "Istituto nazionale per l'epidemiologia e la registrazione del cancro (NICER)" è incaricata di svolgere i compiti del Servizio nazionale di registrazione dei tumori (SNRT).

Lingua originale
Inglese

Contatto
Per richieste di informazioni su questi dati, contattare:
Servizio nazionale di registrazione dei tumori (SNRT)
gestito da: Fondazione Istituto Nazionale per l'Epidemiologia e la Registrazione del Cancro (NICER)
Hirschengraben 82
8001 Zurigo

Tel.: 044 634 53 74
E-Mail: info@nkrs.ch

Feedback
Siamo lieti di ricevere feedback dagli utenti sul contenuto, il formato e la pertinenza di questo comunicato. Si prega di inviare i commenti all'indirizzo postale o di posta elettronica sopra indicato.

Copyright
© 2025, Foundation National Institute for Cancer Epidemiology and Registration (NICER)
La riproduzione di riferimento è consentita solo per uso non commerciale.

A) Indicatori di qualità (IQ): Completezza dell'accertamento dei casi

La completezza dell'accertamento dei casi (o ricerca dei casi) valuta se tutte le diagnosi di cancro riportabili effettuate in una popolazione definita sono state registrate nei database dei registri dei tumori [1].

A1. Numero di diagnosi registrate e previste ("trend storico")

Il numero osservato di diagnosi registrate per il 2022 è stato confrontato con il numero previsto di diagnosi di cancro per il 2022. L'aspettativa si è basata sulla tendenza storica modellata dei tassi sottostanti per il periodo 2015-2021 e proiettato al 2022.

Link to table 1: observed and expected diagnoses in 2021

Interpretazione:
I conteggi di incidenza registrati per il 2022 sono rimasti all'interno degli intervalli di confidenza per i conteggi di incidenza estrapolati dal trend per tutti i tipi di cancro analizzati. Questo risultato vale anche per ogni RCT (registro cantonale dei tumori) separatamente. Non è quindi emersa alcuna indicazione di presunto sotto-accertamento delle diagnosi per l'anno 2022 a livello nazionale.

A2. Rapporto tra tasso di mortalità e incidenza (Mortality Incidence Ratio MIR)

Il MIR confronta il numero di nuovi casi di cancro registrati in una specifica area e in un determinato periodo di tempo e il numero di decessi dovuti al cancro nella stessa area e nello stesso periodo di tempo. Il MIR approssima la fatalità dei casi (la proporzione di pazienti che muoiono a causa di una malattia). Basandosi sulle statistiche abbastanza complete sulle cause di morte in Svizzera [2], l'accertamento completo delle diagnosi può essere valutato confrontando i valori del MIR in Svizzera (2018-2022) con i registri di riferimento, che si prevede abbiano tassi di mortalità simile. Per questo rapporto, la media dei MIR di quattro Paesi (Francia, Italia, Austria e Germania) è servito come riferimento. Valori di MIR in Svizzera più alti del previsto indicherebbero potenziali problemi di accertamento.

Link to table 2: mortality to incidence rate (MIR)

Interpretazione:
I valori MIR svizzeri erano sistematicamente più bassi rispetto ai valori corrispondenti di Francia, Italia, Austria o Germania. Ciò riflette probabilmente i tassi di sopravvivenza leggermente migliori osservati in Svizzera [3]. Non vi è quindi alcuna indicazione di una presunta sotto-accertamento delle diagnosi in Svizzera. Solo il MIR per il tumore della vescica urinaria era eccezionalmente alto in Svizzera (8,6% in più rispetto alla media nazionale). Questo perché le neoplasie della vescica con comportamento incerto/in situ, che difficilmente causano la morte, sono escluse dai tassi di incidenza in Svizzera, a differenza dei Paesi di confronto. Inoltre, il confronto tra i singoli RCT svizzeri non ha dato luogo a valori elevati e fuori scala. Non c'è quindi alcuna indicazione di sotto-accertamento per le diagnosi 2018-2022 nel loro complesso.

A3. Proporzione di diagnosi registrate inizialmente sulla base di un certificato di morte (Death Certificate Notification DCN)

Questo indicatore misura la proporzione di registrazioni che sono state attivate dai certificati di morte e che quindi sono state perse mentre il paziente era ancora in vita. Percentuali di DCN superiori al previsto potrebbero indicare una potenziale sotto-accertamento delle diagnosi [4]. Le percentuali di certificati di morte notificati (DCN) per gli anni di diagnosi 2021-2022 sono state confrontate con quelle del 2015-2016, 2017-2018 e 2019-2020.

Link to table 3: DCN

Interpretazione:
La proporzione di casi DCN è diminuita nel tempo per la maggior parte dei siti tumorali. Pertanto, l'analisi delle proporzioni di DCN indica anche una diminuzione del potenziale di sottovalutazione dei casi.

B. Indicatori di qualità (QI): Accuratezza delle informazioni registrate

L'accuratezza (o validità) dei dati oncologici registrati si riferisce alla corrispondenza tra le informazioni registrate e quelle documentate nei referti medici. L'accuratezza dipende anche dalla precisione dei documenti di partenza e dal livello di competenza nell'astrazione, nella codifica e nella registrazione, sia nella clinica che nel registro.

B1. Registrazioni basate esclusivamente sul certificato di morte (DCO)

I casi registrati solo con i dati disponibili nel certificato di morte non possono essere completamente accurati. Il QI è stato determinato semestralmente per gli anni di diagnosi 2021-2022 e confrontato con quelli relativi agli anni 2015-2016, 2017-2018 e 2019-2020. I valori svizzeri sono confrontati con quelli di altri paesi.

Link to table 4: DCO

Interpretazione:
La percentuale di registrazioni DCO è leggermente diminuita per la maggior parte dei tumori, senza raggiungere una significatività statistica. I valori DCO svizzeri erano simili a quelli registrati in Italia, Spagna e Regno Unito, ma molto inferiori rispetto a quelli della Germania (il confronto si è limitato agli anni di diagnosi 2015-2016 a causa delle fonti disponibili). Non vi è quindi alcuna indicazione di problemi relativi all'accuratezza dei dati sulla base delle analisi DCO.

B2. Diagnosi basate sulla verifica microscopica (Microscopic Verification MV)

La proporzione di casi verificati morfologicamente o microscopicamente indica le informazioni di maggiore validità. L'IQ è stato determinato per gli anni di diagnosi 2021-2022 e confrontato con gli anni 2015-2016, 2017-2018 e 2019-2020. I valori svizzeri sono confrontati con quelli di altri paesi.

Link to table 5: MV

Interpretazione:
Le proporzioni di MV sono elevate nel periodo 2015-2022 per la maggior parte dei siti tumorali e non sono cambiate significativamente nel tempo. I valori MV svizzeri erano simili a quelli registrati in Germania, Italia, Spagna e Gran Bretagna per la maggior parte dei tipi di tumore, ad eccezione dei tumori al fegato, al pancreas, al polmone e al cervello (il confronto si è limitato agli anni di diagnosi 2015-2016 a causa delle fonti disponibili). Per questi siti, i valori di MV svizzeri erano superiori di almeno il 10%. Questo potrebbe essere legato a pratiche diagnostiche diverse o alla sotto-registrazione delle diagnosi basate su metodi clinici. Quest'ultima spiegazione è improbabile, perché questi siti tumorali non sono stati rilevati durante l'analisi della completezza dell'accertamento dei casi (cfr. A1-A3). C'è quindi un'indicazione che l'accuratezza della diagnosi potrebbe essere maggiore in Svizzera rispetto ad altri paesi, almeno per alcuni tipi di tumore.

C. Indicatore di qualità (IQ): Completezza dei casi

Questa dimensione della qualità dei dati riguarda le informazioni sconosciute e incomplete sui casi di cancro. Ciò può essere dovuto al fatto che non esistono, non sono stati segnalati al registro o non sono stati elaborati dal registro.

C1. Percentuale di casi senza informazioni specifiche

La disponibilità di informazioni specifiche è stata valutata per oltre 100 variabili del NCD e per il periodo di incidenza 1980-2022. La mancanza di informazioni rappresenta l'utilizzo di codici per "sconosciuto", "mancante", "non dichiarato", o la non registrazione di alcun codice (cioè lasciare vuoto il campo della variabile). I dati per gli anni di diagnosi < 2020 sono stati raccolti prima dell'entrata in vigore della LRMT e della notifica obbligatoria. Questi dati sono stati registrati in base alle leggi, alle pratiche di raccolta dati e agli obiettivi specifici dei cantoni. La completezza dei casi è stata valutata per i casi raggruppati a livello nazionale e per i singoli RCT. Il seguente link contiene fogli separati con informazioni sulla selezione dei casi e dati sulla completezza per ogni tipo di tumore combinato, per il tumore al seno (BC), per il tumore alla prostata (PC) e per il tumore del colon-retto (CRC).

Link to table 6: Case-Completeness_CH

Interpretazione:

Una raccolta di dati viene classificata come sufficientemente completa per la rendicontazione nazionale, utilizzando come limite il livello di completezza arbitrario del 75% di casi che forniscono informazioni specifiche. Vengono inclusi solo i casi in cui le informazioni in questione sono altamente attese, il che varia da una variabile all'altra (vedere la scheda "Case definition" nel table 6). Classifichiamo come sufficientemente completo, o non completo, il pool di casi per ogni RCT, e anche separatamente per ogni RCT. Il numero di RCT è aumentato gradualmente da cinque nel 1980 a tredici nel 2022. Un minimo di tre RCT con una completezza di casi ≥ 75% è considerato accettabile per stimare le tendenze nazionali (vedi foglio "CH_CCRs" nel table 6).

Raggruppamenti di variabili	**Nomi delle variabili** (codifica a colori: vedi testo)	**Almeno 5 RCT ≥75%**	**Tutti i casi in pool ≥75%**	**% informazioni 2022 (casi raggruppati)**
Informazioni sulla persona	Sesso, data di nascita, comune alla diagnosi, cittadinanza, stato in vita follow-up	≥ 1980	≥ 1980	**≈100 %**
	Numero AVS pseudonimizzato	≥ 1989	≥ 1996	**≈100 %**
	Stato civile	≥ 1989	≥ 1989	**99**
	Causa della morte	≥ 1997	≥ 1999	**97**
	Luogo di nascita	≥ 2002	≥ 2008	**100**
Diagnosi (informazioni generali)	Data della notifica, data della diagnosi, DCN, base della diagnosi	≥ 1980	≥ 1980	**≈100 %**
	Metodo di primo rilevamento	≥ 1996	≥ 2020	**88**
Diagnosi (classificazioni)	ICD, ICD-O (topografia, morfologia, comportamento)	≥ 1980	≥ 1980	**≈100 %**
	Lateralità	≥ 1990	≥ 1991	**98**
	Grading ICD-O	≥ 2014	≥ 2020	**75**
	Grading Elston/Ellis	≥ 2017	≥ 2020	**98**
	Grading OMS (CNS)	≥ 1996	≥ 2019	**92**
	Grading prostatico WHO	≥ 2017	≥ 2018	**99**
	Grading Creasman	≥ 2020	≥ 2020	**84**
Diagnosi (informazioni sullo stadio TNM UICC)	cT, cN, cM	≥ 2020	≥ 2020	71, **76, 92 %**
	pT, pN, pM	-	≥ 2020	**90,** 70, 5 %
	Gruppo di stadiazione TNM (registrato)	≥ 2008	≥ 2016	**92**
	Linfonodi regionali esaminati/coinvolti	≥ 2000	≥ 2004	**98**
	Invasione linfatica -, venosa -, perineurale	≥ 2016	≥ 2019	**96, 92, 86 %**
	Dimensione clinica o patologica del tumore	≥ 2019	-	64 %
	Tumore in situ associato	≥ 2017	-	19
	Topografia delle metastasi	≥ 2010	≥ 2013	**97**

Diagnosi (altre informazioni sullo stadio)	FIGO	≥ 2013	≥ 2020	**88**
	Ann Arbor/Lugano	≥ 2019	≥ 2020	81
	Rai/Binet	-	-	61
	ISS/DSSplus	-	-	52
Fattori prognostici del cancro al seno	ER, PR, HER-2	≥ 2006	≥ 2011	**98**
	TPL	≥ 2013	≥ 2016	**97**
Fattori prognostici del cancro alla prostata	PSA	≥ 2009	≥ 2016	**95**
	Punteggio Gleason	≥ 2004	≥ 2009	**99**
Fattori prognostici del melanoma	Spessore di Breslow	≥ 1987	≥ 1987	**98**
Fattori prognostici del cancro del colon-retto	Instabilità dei microsatelliti	≥ 2019	≥ 2022	79
	Margine di resezione circonferenziale	≥ 2022	-	62
Fattori prognostici del tumore del testicolo	α-FP, β-hCG, LDH, STM	≥ 2020	≥ 2021	71-74 %
Fattori prognostici del cancro della testa e del collo	HPV/P16	≥ 2019	≥ 2020	**89**
	EBV	-	-	38
Fattori prognostici legati al trattamento	Tumore in situ residuo	≥ 2015	≥ 2020	76
	Valutazione dei linfonodi sentinella	-	-	53
	Tumore invasivo o in situ ai margini di resezione	-	-	57, 55 %
Informazioni complesse sul primo trattamento	Base della decisione di trattamento	≥ 2020	≥ 2020	**77**
	Componente del trattamento (almeno una)	≥ 1989	≥ 2016	**91**
	Componenti del trattamento (almeno due o più)	≥ 2022	-	52
Informazioni sul decorso della malattia	Tipo di evento, data	≥ 2006	≥ 2007	12
Informazioni supplementari	Predisposizioni ereditarie	-	≥ 2020	7
	Comorbilità (diabete, malattie epatiche, HIV/AIDS, malattie renali croniche, ecc.)	-	-	non indicato
	Indice di Charlson	-	-	6

Tabella 7. Indicazione degli anni di diagnosi da quando sono disponibili i dati per il monitoraggio nazionale dei tumori. [Abbreviazioni: ER: recettore degli estrogeni; PR: recettore del progesterone; HER-2: recettore HER-2; TPL: tumour proliferation labeling; PSA: antigene prostatico specifico; α-FP: α-fetoproteina; β-hCG: gonadotropina corionica umana; LDH: lattato deidrogenasi; STM: marcatori tumorali sierici; HPV/P16: papillomavirus umano; EBV: virus di Epstein Barr].

I dati nazionali relativi all'incidenza, alla sopravvivenza e al monitoraggio della prevalenza del cancro si basano su una raccolta sufficientemente completa **a partire dalle diagnosi del 1980** (variabili ombreggiate in verde).

Una ulteriore stratificazione dell'incidenza e della sopravvivenza in base alle informazioni relative allo stadio TNM, FIGO o Ann Arbor/Lugano e alla classificazione ICD-O, Elston/Ellis o WHO(CNS), è diventata possibile **dalla metà degli anni 2010**, vale a dire che le stime nazionali possono essere basate sui dati di almeno 5 RCT (variabili ombreggiate in blu). La disponibilità di queste informazioni (ad esempio lo stadio TNM) può variare in base al tipo di tumore. La completezza dei casi per i gradi Elston/Ellis, WHO(CNS) e Creasman era molto eterogenea tra i RCT, prima e incluso il 2020. Ciò è in parte spiegato dalla classificazione errata di questi sistemi di classificazione come classificazione ICD-O.

I fattori prognostici per il cancro al seno o alla prostata sono disponibili **dalla metà degli anni 2000**, mentre lo spessore di Breslow come fattore prognostico per il melanoma è disponibile già dal 1987 (variabili ombreggiate in rosso chiaro).

Informazioni limitate sui trattamenti come parte del primo complesso terapeutico sono disponibili **dal 1989** (variabile ombreggiata in grigio chiaro).

La maggior parte degli altri tipi di informazioni che è diventato obbligatorio riportare con l'inizio della LRMT è disponibile solo a partire dalle diagnosi del 2020, nella maggior parte dei casi vicino o superiore al valore limite (numeri in % nella colonna di destra per l'anno di diagnosi 2022).

Le informazioni sulla comorbilità nei pazienti oncologici, che fanno parte delle variabili raggruppate come informazioni supplementari, spesso non sono sufficienti per calcolare l'indice di Charlson, nemmeno per il 2022 (variabile ombreggiata in grigio scuro). Pertanto, la completezza dei casi per le comorbilità deve essere migliorata attraverso il perfezionamento delle procedure di notifica e registrazione.

D. Indicatore di qualità (IQ): Comparabilità

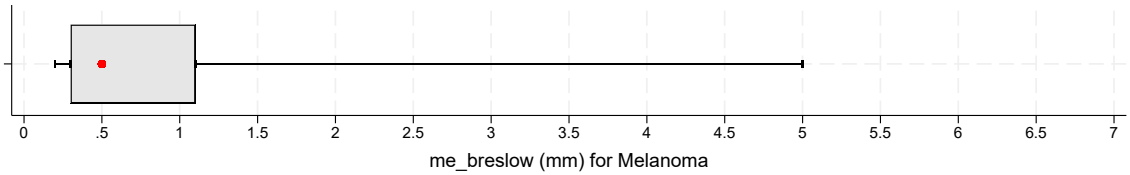
La comparabilità si ottiene grazie all'adesione alle linee guida nazionali e internazionali per la registrazione dei tumori e alla standardizzazione delle pratiche tra i RCT. Questo porta a dati comparabili all'interno di ciascun gruppo RCT nel tempo, e tra gruppi RCT diversi. A causa del gran numero di variabili del NCD, ogni aggiornamento annuale dell'aDQR evidenzia un aspetto diverso della comparabilità dei dati.

Il tema centrale del presente numero dell'aDQR è la codifica delle informazioni quantitative nei registri svizzeri dei tumori.

I grafici a barre riportati di seguito includono tutti i casi registrati in Svizzera nel periodo 2020-2022. Le linee indicano il 5° e il 95° percentile. Il riquadro indica il 25° e il 75° percentile. Il segno rosso indica il valore mediano. Nella presente sintesi esecutiva non sono inclusi i risultati delle analisi degli outlier con confronti a coppie multiple tra i registri svizzeri dei tumori, utilizzando il test di Dunn. Qui viene solo menzionato se sono stati trovati degli outlier.

D1. Indice di Breslow nel melanoma

Misura lo spessore dalla parte superiore dello strato granulare dell'epidermide fino al punto più profondo di invasione delle cellule tumorali nel derma o nel sottocute. È un importante fattore prognostico nel melanoma localizzato. Le analisi del Registro centrale tedesco dei melanomi maligni riportano valori mediani molto bassi compresi tra 0,4 e 0,9 mm, a seconda della sottopopolazione e del periodo di tempo esaminato [5].
Gli indici di Breslow registrati in Svizzera sono in linea con le aspettative. Le mediane relative a questo parametro presentavano variazioni minime tra i 13 registri svizzeri dei tumori esistenti e anche la mancanza di informazioni non era preoccupante (7% complessivamente).

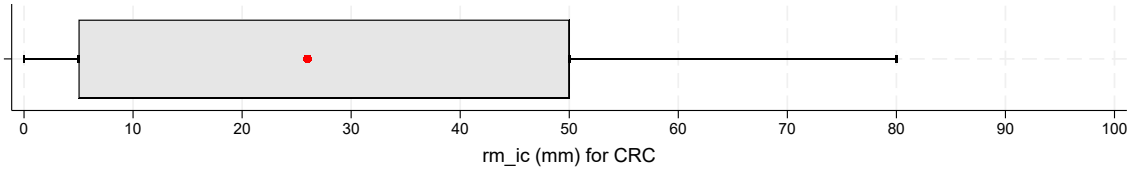


Conclusione: Non esiste alcuna indicazione che la qualità dei dati degli indici Breslow registrati sia compromessa.

D2. Margini di resezione liberi da malattia (in mm) dopo intervento chirurgico per cancro del colon-retto.

Questo indicatore fornisce la distanza minima tra il tessuto tumorale invasivo e il margine del campione resecato. Un margine di 0 mm indica la possibilità che nel paziente rimanga tessuto tumorale invasivo. Molte linee guida indicano che per la maggior parte dei tumori del retto un margine distale di 20 mm è «adeguato», ma per i tumori del retto basso con caratteristiche favorevoli possono essere sufficienti 10 mm, anche se nella pratica clinica non sono rari margini fino a 50 mm [6]. Dipende anche dalla sottosezione all'interno del colon e del retto.

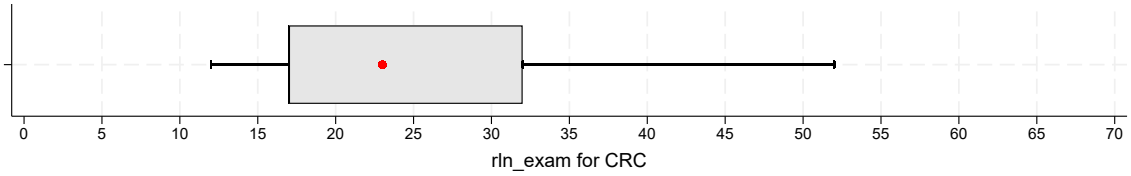
La gamma di margini riscontrati in Svizzera è in linea con le aspettative. La mancanza di informazioni relative alle dimensioni dei margini liberi da malattia è stata motivo di preoccupazione (51% complessivamente).



Conclusione: È necessario impegnarsi per indagare sulla mancanza di disponibilità di queste informazioni a livello nazionale.

D3.1 Numero di linfonodi regionali esaminati nel cancro del colon-retto

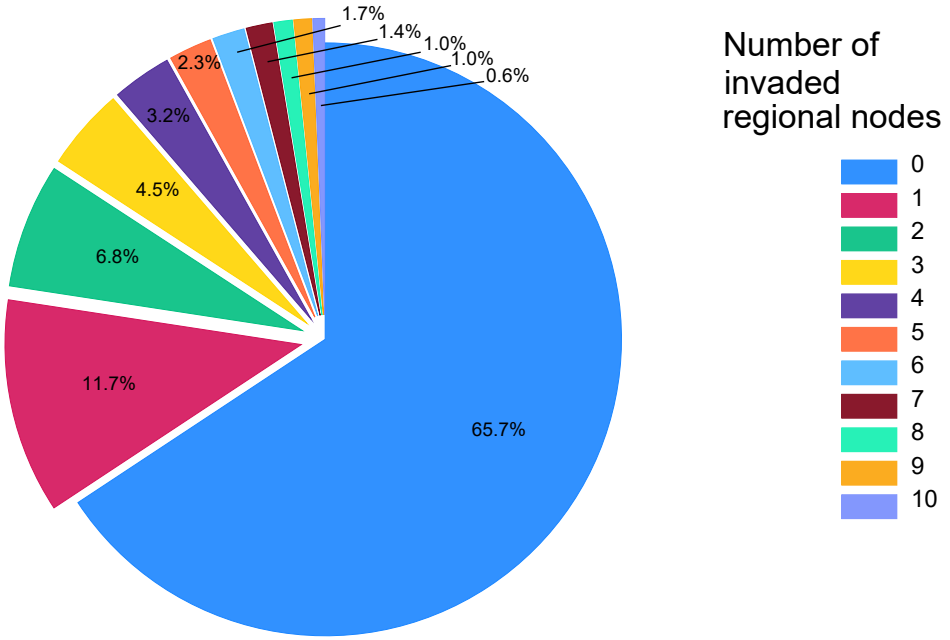
Si raccomanda di esaminare almeno 12 linfonodi regionali [7]. L'esame di meno di 12 linfonodi può portare a una sottostadiazione (mancata individuazione di metastasi linfonodali). Il numero riflette anche la qualità dell'intervento chirurgico (adeguatezza della resezione mesenterica) e la qualità della patologia (completezza della valutazione del campione).
In Svizzera vengono esaminati di routine più di 12 linfonodi, aumentando così l'accuratezza della stadiazione. I valori mediani variano da 19 a 30 linfonodi tra i registri svizzeri dei tumori, ma ciò riflette più probabilmente l'eterogeneità delle pratiche cliniche nelle diverse parti della Svizzera che l'eterogeneità nella codifica dei registri. La mancanza di dati in questo indicatore è inferiore al 5% dei casi ammissibili (quelli con pN0 a pN3) per ogni registro.



Conclusione: Non esiste alcuna indicazione che la qualità dei dati relativi al numero registrato di linfonodi esaminati nel cancro del colon-retto sia compromessa.

D3.2. Numero di linfonodi regionali invasi nel cancro del colon-retto

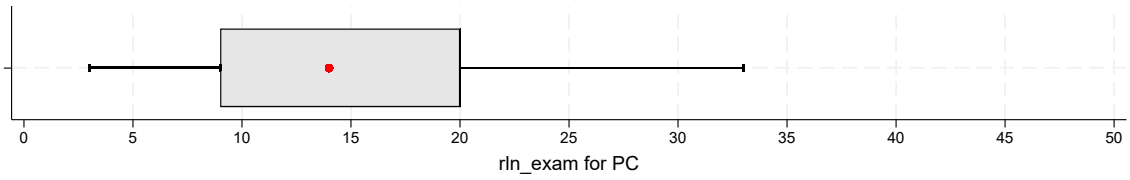
La distribuzione del numero di linfonodi regionali invasi presentata di seguito sotto forma di grafico a torta dovrebbe riflettere le informazioni registrate come classificazione pN.
La distribuzione delle informazioni pN registrate nel periodo 2020-2022 era la seguente: il 7,4% dei casi era pN2b (7 o più linfonodi invasi), il 7,1% era pN2a (4-6 linfonodi invasi), il 10,4% era pN1b (2-3 linfonodi invasi), l'11,6% era pN1a (1 linfonodo invaso) e il 63,5% era pN0 (o pN1c) senza linfonodi invasi. Ciò è molto simile alle informazioni più dettagliate fornite nel grafico a torta.



Conclusione: Non esiste alcuna indicazione che la qualità dei dati relativi al numero registrato di linfonodi invasi nel cancro del colon-retto sia compromessa.

D4.1 Numero di linfonodi regionali esaminati nel cancro alla prostata

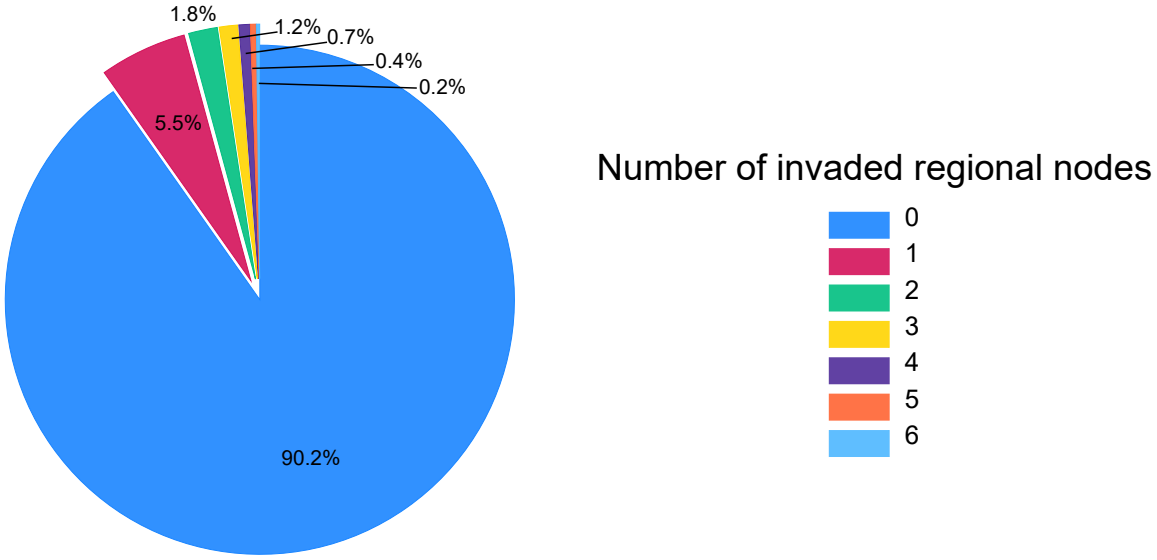
Secondo le linee guida cliniche per il carcinoma prostatico localizzato (T1/T2), si raccomanda di asportare ed esaminare almeno 10 linfonodi regionali [8, 9]. Più estesa è la linfoadenectomia, maggiore è il tasso di risultati positivi nei linfonodi.
Attualmente non ci sono prove sufficienti a sostegno dei benefici prognostici della linfoadenectomia nei pazienti con carcinoma prostatico localmente avanzato (T3/T4), ma la linfoadenectomia pelvica fornisce informazioni rilevanti per le decisioni relative alla terapia adiuvante.
In Svizzera vengono esaminati di routine più di 10 linfonodi. I valori mediani variano da 9 a 17 linfonodi tra i registri svizzeri dei tumori, ma ciò riflette più probabilmente l'eterogeneità delle pratiche cliniche nelle diverse parti della Svizzera piuttosto che l'eterogeneità nella codifica dei registri.
La mancanza di dati in questo indicatore è inferiore al 7% dei casi ammissibili (quelli con pN0 e pN1) per ogni registro.



Conclusione: Non esiste alcuna indicazione che la qualità dei dati relativi al numero registrato di linfonodi esaminati nel cancro alla prostata sia compromessa.

D4.2. Numero di linfonodi regionali invasi nel cancro alla prostata

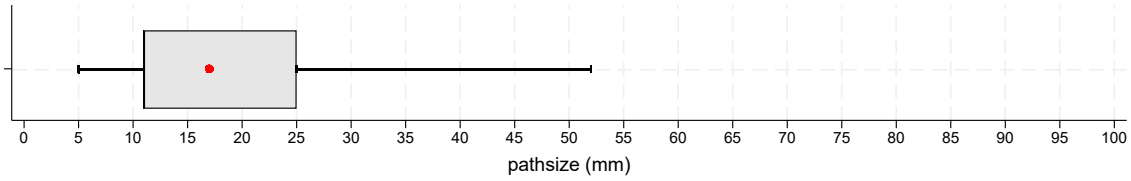
La distribuzione del numero di linfonodi regionali invasi presentata di seguito sotto forma di grafico a torta dovrebbe riflettere le informazioni registrate come classificazione pN.
La distribuzione delle informazioni pN registrate nel periodo 2020-2022 era la seguente: il 10,4% dei casi era pN1 (qualsiasi linfonodo invaso) e l'89,6% era pN0. Ciò è compatibile con le informazioni più dettagliate fornite nel grafico a torta.



Conclusione: Non esiste alcuna indicazione che la qualità dei dati relativi al numero registrato di linfonodi invasi nel carcinoma prostatico sia compromessa.

D5. Dimensione patologica del tumore dopo l'intervento chirurgico nel cancro al seno

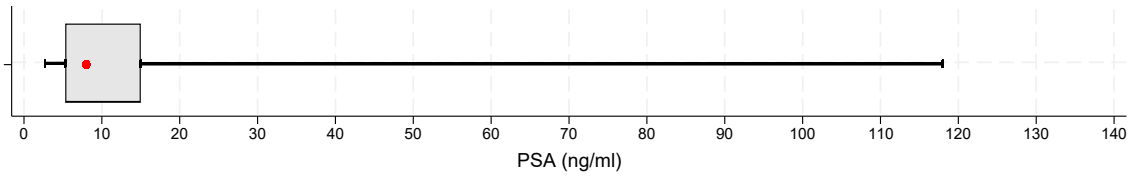
Secondo la classificazione TNM, la dimensione del tumore è inferiore a 20 mm per pT1, compresa tra 20 e 50 mm per pT2 e superiore a 50 mm per pT3. La distribuzione delle informazioni pT registrate nel periodo 2020-2022 era la seguente: il 62% di tutti i casi era pT1, il 31,9% era pT2 e il 4,6% era pT3.
La distribuzione delle dimensioni dei tumori in mm mostrata nel grafico a scatola non è al di fuori delle aspettative. La percentuale di casi con informazioni mancanti era bassa per tutti i registri svizzeri dei tumori (< 10%).



Conclusione: Non esiste alcuna indicazione che la qualità dei dati relativi alle dimensioni del tumore dopo l'intervento chirurgico nel carcinoma mammario sia compromessa.

D6. Antigene prostatico specifico (PSA)

Per la maggior parte degli uomini sottoposti a screening o monitoraggio, i valori sono tipicamente compresi tra 0 e 20 ng/mL. Un rischio più elevato di cancro alla prostata (probabilità >50%) è associato a valori >10 ng/mL [10]. Livelli superiori a 20-50 ng/mL spesso indicano una malattia clinicamente significativa o avanzata. Valori superiori a 100 ng/mL indicano solitamente un cancro alla prostata avanzato o metastatico.
La percentuale di casi con informazioni mancanti era moderata per la maggior parte dei registri svizzeri dei tumori (<15% in 7 registri; <25% in 12 registri). Nessuno dei registri presentava valori significativamente anomali. L'intervallo dei valori PSA aggregati è in linea con le aspettative.



Conclusione: Sebbene la completezza delle informazioni dovrebbe migliorare, non vi sono indicazioni che la qualità dei dati relativi ai livelli di PSA registrati sia compromessa.

Riferimenti

1. Lorez et al. Evaluation of completeness of case ascertainment in Swiss cancer registration. EJCP 2017; 26, 139-146.
2. Cause of death and stillbirth statistics (eCOD) in Switzerland. Link to the Federal Statistical Office
3. Cancer in Switzerland 2021. www.krebs.bfs.admin.ch ISBN: 978-3-303-14333-9. Link to the publication
4. Parkin DM, Bray F (2009). Evaluation of data quality in the cancer registry: Principles and methods Part II. Eur J Cancer 45, 756-64.
5. Buettner PG, Leiter U, Eigentler TK, et al. Development of prognostic factors and survival in cutaneous melanoma over 25 years: An analysis of the Central Malignant Melanoma Registry of the German Dermatological Society. Cancer 2005;103:616-24
6. Practice Parameters for the Management of Rectal Cancer (Revised). Prepared by The American Society of Colon and Rectal Surgeons. Dis Colon Rectum 2005; 48: 411–423.
7. Nancy N. Baxter, Dan J. Virnig, David A. Rothenberger, Arden M. Morris, Jose Jessurun, Beth A. Virnig. Lymph Node Evaluation in Colorectal Cancer Patients: A Population-Based Study. Journal of the National Cancer Institute, Vol. 97, No. 3, February 2, 2005.
8. Briganti A, Chun F, Salonia A, Zanni G, Scattoni V, Valiquette L, et al. Validation of a nomogram predicting the probability of lymph node invasion among patients undergoing radical prostatectomy and an extended pelvic lymphadenectomy. Eur Urol. 2006;49:1019-1026. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16530933.
9. Joslyn S, Konety B. Impact of extent of lymphadenectomy on survival after radical prostatectomy for prostate cancer. Urology. 2006;68:121-125. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16806432.
10. Matthew B. Gretzer, Alan W. Partin. PSA Levels and the Probability ofProstate Cancer on Biopsy. European Urology Supplements 1 (2002) 21-27.