



Osservatorio  
sulla condizione  
assistenziale dei  
malati oncologici

## 8° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici

Roma, 12-15 maggio 2016  
XI Giornata nazionale del malato oncologico

Realizzato da:



### 3. Chirurgia oncologica: voglia di qualità... un anno dopo

**Prof. Alfredo Garofalo**

Primario di Chirurgia Oncologica  
Apparato Digerente e Peritoneo  
Istituto Nazionale Tumori Regina Elena  
Roma

## Valutazione della Qualità in Chirurgia Oncologica

### Esiti delle Cure

- Esiti immediati
  - **Mortalità Operatoria**
  - Incidenza di Complicanze
  
- Esiti a distanza
  - Sopravvivenza a distanza
  - Sopravvivenza libera da malattia
  - Recupero della funzione
  - Qualità della Vita
  - Conservazione immagine corporea

## Mortalità operatoria e volumi di attività

Il volume di attività e la mortalità operatoria sono entità misurabili.

Il rapporto tra mortalità operatoria e volumi di attività è stato ampiamente dimostrato in letteratura.

Cochrane Database Syst Rev. 2012 Mar 14;3

**Workload and surgeon's specialty for outcome after colorectal cancer surgery.**

Archampong D<sup>1</sup>, Borowski D, Wille-Jørgensen P, Iversen LH.

# 2013: Gruppo di lavoro FAVO – SICO – Ministero della Sanità Individuazione dei volumi minimi di attività richiesti per Chirurgia Adeguata



# ONCOGUIDA



Ministero della Sanità



AIMiC  
Associazione Italiana  
Associazioni di Canceri



Istituto Superiore  
di Sanità

[HOME](#) [CONTATTI](#)

[STRUTTURE DI CURA](#)

[ASSOCIAZIONI VOLONTARIATO](#)

[COS'È ONCOGUIDA](#)

[GUIDA ALLA GUIDA](#)

[I DIRITTI DEL MALATO](#)

[GLOSSARIO](#)

[LINK UTILI](#)

## Benvenuto in **OncoGuida.it**

OncoGuida è un servizio di informazione per i malati di cancro e le loro famiglie, i curanti, le istituzioni, gli amministratori sanitari e i volontari.

È uno strumento per sapere e chi rivolgere per indagini diagnostiche, trattamenti, supporto, sostegno psicologico, riabilitazione, assistenza e per essere informati sui propri diritti.





[Home](#) [Strutture sanitarie](#) [Associazioni volontariato](#) [Cos'è OncoGuida](#) [Guida alla guida](#) [I diritti del malato](#) [Glossario](#) [Link utili](#)

ONCOGUIDA è una attività non profit con personalità giuridica iscritta nel Registro delle Organizzazioni di Volontariato della Regione Lazio, Via Salaria, 51 - 00197 Roma - Tel. +39 0660801117 Fax. +39 06608111216 - P.IVA 04019001206

Responsabilità e coordinamento editoriale: [SICO](#)  
Ministero Sanità e Politiche Sociali - [SICO](#)

[contatti](#) [Privacy Policy](#)





## Parametri di Valutazione della Chirurgia Adeguata in Oncologia

### **Programma Nazionale Esiti di AGENAS - Ministero della Salute 2013**

Viene preso in considerazione il rapporto tra volume di interventi eseguiti e mortalità entro 30 giorni, riferiti all'attività dei Centri Ospedalieri e Universitari nel 2013.

I risultati non si riferiscono né a uno specifico chirurgo né all'Unità Operativa nella quale presta servizio, ma esclusivamente alla Istituzione nel suo insieme.

I risultati di questa equazione sono chiari per le classi che presenteremo, ma si ripetono per tutti i tumori presi in esame dal PNE, in accordo con le maggiori esperienze della letteratura.

## Tumori del Colon-Retto

Circa 52.000 nuovi casi attesi nel 2014.

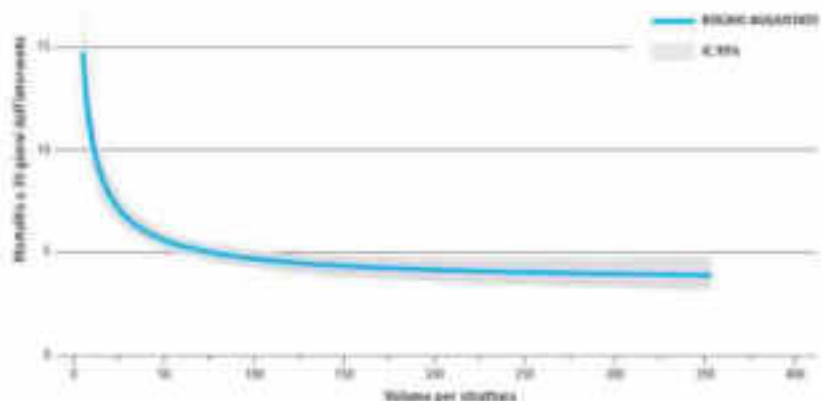
La mortalità post operatoria a 30 giorni passa dal 15% a meno del 5% quando il volume di attività raggiunge i 50/70 interventi l'anno.



### INTERVENTO CHIRURGICO PER TM COLON: VOLUME DI RICOVERI

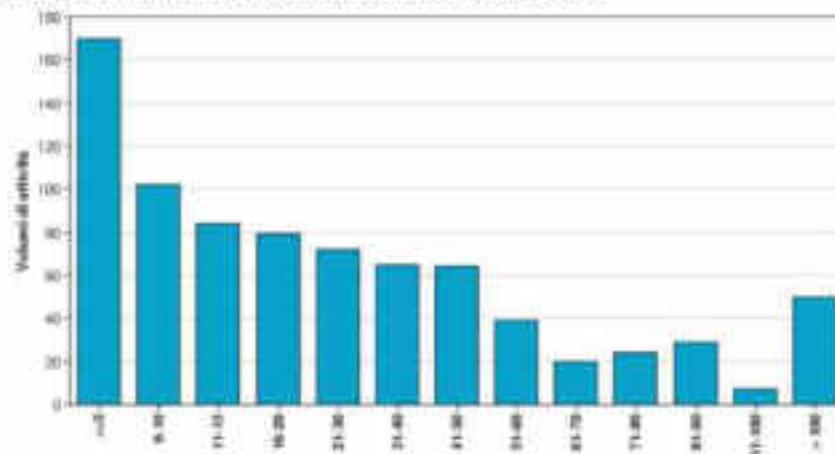
#### CHIRURGIA DEL CARCINOMA AL COLON

ANALISI DELL'ASSOCIAZIONE TRA MORTALITÀ A 30 GIORNI E VOLUME DI ATTIVITÀ PER STRUTTURA



La mortalità a 30 giorni dopo l'intervento diminuisce decisamente fino a raggiungere circa 50-70 interventi/anno e continua a diminuire lievemente all'aumentare del volume di attività.

### INTERVENTO CHIRURGICO PER TM COLON: VOLUME DI RICOVERI - 2013



Nel 2013, in Italia, 805 strutture ospedaliere eseguono interventi chirurgici per TM del colon; tra queste, 177 strutture (21,9%) presentano un volume di attività superiore a 50 interventi annui.

Nell'anno 2013 in Italia 805 strutture ospedaliere hanno eseguito interventi per carcinoma del colon.

Tra queste 177 (21,9%) presentano un volume di attività superiore a 50 interventi annui.

Ne deriva che in 628 strutture il cancro del colon potrebbe essere stato trattato chirurgicamente con una mortalità operatoria molto più alta rispetto a quella delle restanti 177.

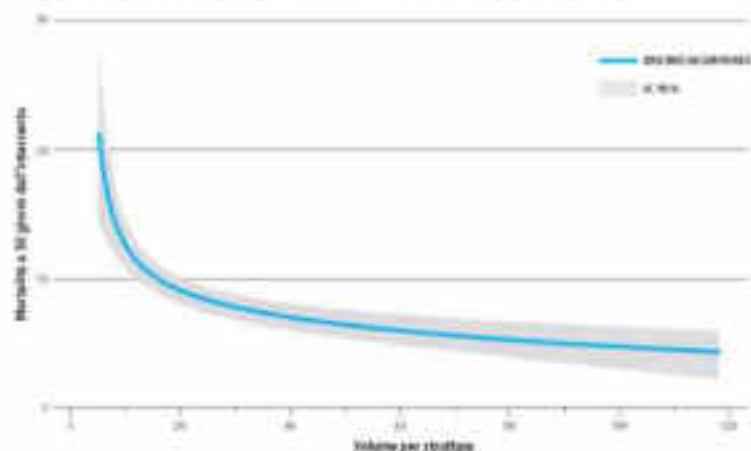
## Tumori dello Stomaco

Circa 14.500 nuovi casi attesi nel 2014.

La mortalità post operatoria a 30 giorni si dimezza passando da più del 20% a meno del 10% quando il volume di attività raggiunge i 20/30 interventi l'anno.

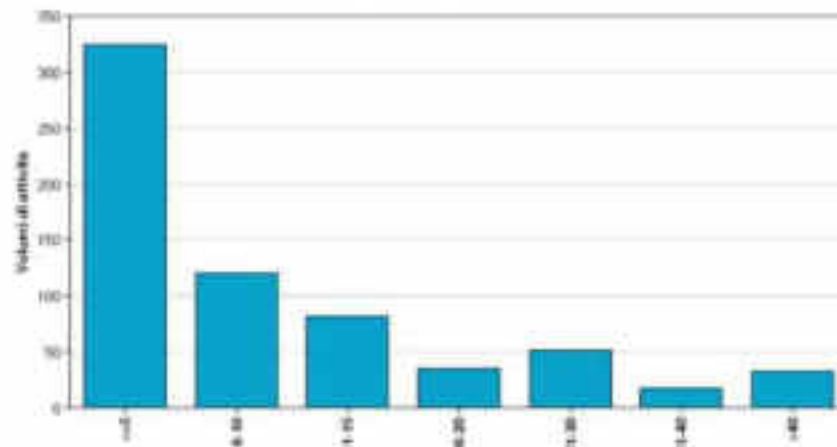


INTERVENTO CHIRURGICO PER TM STOMACO: VOLUME DI RICOVERI  
CHIRURGICO DEL CANCRO ALLO STOMACO  
INIZIATIVE DELL'ASSOCIAZIONE TRA MORTALITÀ IN GIORNI VICINE DI ATTIVITÀ PER STRUTTURA



La mortalità a 30 giorni dopo l'intervento diminuisce decisamente fino a circa 20-30 interventi/anno e continua a diminuire lievemente all'aumentare del volume di attività.

INTERVENTO CHIRURGICO PER TM STOMACO: VOLUME DI RICOVERI - 2013



Nel 2013 in Italia 662 strutture ospedaliere eseguono interventi chirurgici per TM dello stomaco; tra queste, 108 strutture (16%) presentano un volume di attività superiore a 20 interventi annui.

Nell'anno 2013 in Italia 662 strutture hanno eseguito interventi per tumore dello stomaco  
Tra queste 108 (16%) presentano un volume di attività superiore o uguale a 20 interventi annui.

Ne deriva che in 554 strutture che non raggiungono il volume soglia, il cancro dello stomaco potrebbe essere stato operato con una mortalità operatoria doppia di quella accettabile.

## Tumori del Polmone

Circa 40.000 nuovi casi attesi nel 2014

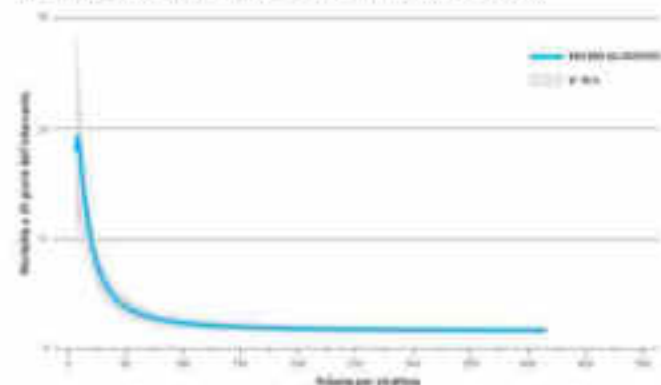
La mortalità post operatoria a 30 giorni diminuisce decisamente dal 20 a circa il 5% quando il volume di attività raggiunge i 50/70 interventi annui.



### INTERVENTO CHIRURGICO PER TM POLMONE: VOLUME DI RICOVERI

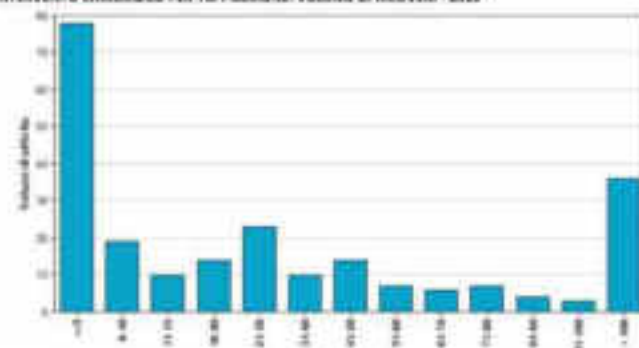
(ANNO 2013) (CANCRO DEL POLMONE)

GRUPPO DI STRUTTURE PER NUMERO DI INTERVENTI PER STRUTTURA



La mortalità a 30 giorni dopo l'intervento diminuisce decisamente fino a circa 50-70 interventi/anno e continua a diminuire leggermente all'aumentare del volume di attività fino a stabilizzarsi.

### INTERVENTO CHIRURGICO PER TM POLMONE: VOLUME DI RICOVERI - 2013



Nel 2013, in Italia, 231 strutture ospedaliere eseguono interventi chirurgici per TM del polmone, tra queste, 36 strutture (16%) presentano un volume di attività superiore a 100 interventi/anno.

Nel 2013, 231 strutture hanno eseguito interventi per cancro del polmone ma solo 36 di queste (16%) presentano un volume di attività superiore a 100 interventi annui.



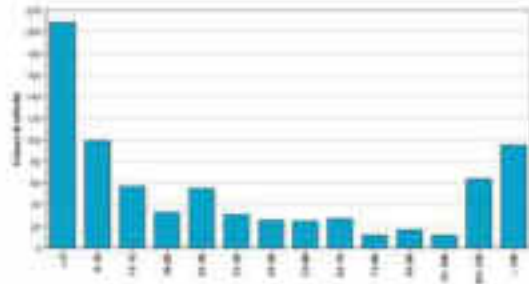


## Tumori della Mammella

Circa 48.000 nuovi casi attesi per il 2014.

Per la mammella il discorso è diverso, non potendosi attendere una mortalità operatoria da questo tipo di intervento. Tuttavia le linee guida internazionali dettate da EUSOMA identificano in 150 interventi annui la soglia minima di attività per definire le Breast Units.

INTERVENTI CHIRURGICI PER TUMORE DELLA MAMMELLA: VOLUME DI ATTIVITÀ



Le linee guida internazionali stabiliscono negli ospedali le soglie per i volumi di attività delle Breast Unit e la certificazione del servizio rispetto ad interventi chirurgici di maggior volume: condiziona il 25-30% interventi chirurgici complessivi e viene definita come un raggruppamento del personale sanitario con le competenze e le risorse necessarie a garantire la qualità delle cure.

Nel 2013, in Italia, 784 strutture ospedaliere eseguono interventi chirurgici per tumore della mammella ma solo 117 (14,9%) presentano un volume di attività superiore alla soglia richiesta da EUSOMA.

Nel nostro Paese 784 strutture eseguono interventi per tumore della mammella ma solo 117 (14,9%) presentano un volume di attività superiore alla soglia richiesta da EUSOMA.

Nel Dicembre 2014 la Conferenza Stato Regioni, sulla scorta delle indicazioni di EUSOMA, ha approvato le "Linee di Indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di Senologia", basate sulla costituzione di Breast Units, caratterizzate dall'approccio multidisciplinare alla patologia e da un volume di attività di almeno 150 nuovi casi per anno.

# Chirurghi esperti per i tumori

Migliore la sopravvivenza dei pazienti operati in centri con ampie casistiche. Lo conferma il nuovo Rapporto sulla condizione assistenziale

**M**olti studi scientifici lo hanno dimostrato negli ultimi anni: la sopravvivenza dei malati di cancro è di gran lunga migliore quando vengono seguiti in centri specializzati, dove possono essere curati da un team di medici multidisciplinare e da personale che abbia esperienza. Importantissima soprattutto per i casi più complessi. Alla stessa conclusione è arrivata l'indagine condotta per conto del Ministero della Salute dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), contenuta nel Programma Nazionale Dati 2014.

Gli esperti hanno analizzato i dati sull'attività chirurgica degli ospedali italiani in merito a vari tipi di tumori (colon, polmone, stomaco e seno) collegandola poi alla mortalità, e i risultati non lasciano dubbi: dove si opera di più e l'esperienza è maggiore si muore di meno.

Purtroppo, però, l'80 per cento degli ospedali italiani ha volumi di attività chirurgica oncologica troppo bassi. «La

chirurgia rappresenta il caposaldo dell'approccio multidisciplinare ai tumori solidi ed è spesso determinante per il successo globale delle cure», sottolinea Alfredo Garofalo, past president della Società Italiana di Chirurgia Oncologica, che affronta questo tema nel Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici 2014, presentato nei giorni scorsi in occasione della Giornata nazionale del malato oncologico (le cui iniziative si

**L'appuntamento i dati sono stati resi noti in occasione della Giornata nazionale del malato oncologico**

**Programmazione i tagli previsti per legge ai posti letto vanno fatti sulla base di queste valutazioni di qualità**

concludono oggi 17 maggio), organizzata dalla Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (Favo). «Il concetto alla base dei numeri è molto semplice: — prosegue Garofalo — più si ha esperienza nel fare una cosa, maggiori sono le probabilità che quella cosa riesca meglio. Ciò non significa che per i pazienti oncologici sia sempre necessario spostarsi alla ricerca dei Centri più esperti, ma è sicuramente consigliabile farlo quando si tratta di patologie complesse o rare».

«Vanno creati percorsi di cura uniformi nelle varie regioni per garantire l'accesso alle cure più efficaci per tutti i pazienti indipendentemente dal luogo di residenza — aggiunge Francesco De Lorenzo, presidente Favo —. Il taglio dei posti letto previsto per legge, andrebbe attuato sulla base di questi dati del Rapporto, che mettono in evidenza gravi problemi circa la sicurezza e la qualità degli interventi chirurgici. Inoltre, abbiamo più volte rilevato che

esistono enormi disparità anche nell'accesso rapido ai farmaci più innovativi. In alcuni casi ci vogliono oltre 600 giorni perché ai malati arrivi un medicinale già approvato dall'Agenzia italiana del farmaco, con notevoli differenze tra regione e regione».

Resta il fatto che i piccoli ospedali sono spesso il punto d'inizio per molti malati. «Ancora oggi circa il 20% dei malati con cancro del colon o dello stomaco arriva al Pronto soccorso con sintomi acuti (occlusione o dolori) e li riceve la diagnosi di tumore — conferma Garofalo —. Sul modello delle reti per l'emergenza, anche i malati oncologici, una volta stabilizzati e identificata l'indicazione chirurgica, dovrebbero essere inviati al centro di riferimento più vicino, in grado di affrontare la situazione in maniera multidisciplinare integrata. Il chirurgo degli ospedali periferici, se inserito in un gioco di squadra allargato, potrà svolgere un ruolo determinante nella presa in carico del paziente».

«Le Reti oncologiche regionali potrebbero risolvere molti dei problemi ancora aperti dall'accesso rapido ai farmaci più innovativi ai tagli sugli sprechi, nell'ottica di offrire il meglio ai malati e con costi sostenibili dal Servizio sanitario» conclude De Lorenzo.

**Vera Martinella**

## In Italia

### Tumore del colon

52.000 i nuovi casi nel 2014

Dove si eseguono 50/70 interventi l'anno, mortalità post operatoria\* **inferiore al 5%**

Chirurghi per tumore del colon **605** 177 quelli che superano i 30 interventi/anno\*\*

### Tumore del polmone

40.000 i nuovi casi nel 2014

Dove si eseguono 50/70 interventi l'anno, mortalità post operatoria\* **inferiore al 5%**

Chirurghi per cancro del polmone **231** 36 quelli che superano i 100 interventi/anno\*\*

### Tumore allo stomaco

14.500 i nuovi casi nel 2014

Dove si eseguono 20/30 interventi l'anno, mortalità post operatoria\* **inferiore al 10%**

Chirurghi per cancro allo stomaco **662** 106 quelli che superano i 20 interventi/anno\*\*

\*A 30 giorni \*\*1994-2013  
Fonte: Rapporto sulla condizione assistenziale

### 3. Chirurgia oncologica: voglia di qualità... un anno dopo



Tumore	Volume soglia (n.casi)	n. centri sopra soglia in Italia/totale 2013	n. centri sopra soglia in Italia/totale 2015		
colon	50-70	177/805	22%	177/610	29%
polmone	50-70	36/231	16%	67/149	45%
mammella	150	117/784	15%	123/467	31%
stomaco	20-30	108/662	16%	117/391	30%



## The Calman–Hine report: a personal retrospective on the UK's first comprehensive policy on cancer services

Robert A Howard

Lancet Oncol 2006; 7: 336–44  
Ardington House, Cookridge  
Hospital, Leeds, LS16 5QR, UK  
(Prof RA Howard MCh CIB)

Calman–Hine was the first comprehensive cancer report to be produced in the UK, and set out principles for cancer care and the clinical organisation for service delivery. It advocated a change from a generalist model (eg, care given by general surgeons and physicians) that was supported by specialists to a fully specialist service. The process of policy development was innovative and the report was accepted widely throughout the UK. However, implementation, which

The model proposed that all patients with cancer were seen by specialists in their cancer type.

These specialists were required to work closely in multidisciplinary teams composed of diagnostic disciplines, surgical and non surgical oncologists and nurse specialists.

The intention was that team members, specialists in the type of cancer concerned, jointly decide on management of individual patients.

A double transformation took place progressively:

- ➡ •Patient access direct to specialists rather than to generalists
- ➡ •From clinicians working individually to an overt multidisciplinary model

Research article

Open Access

## Re-organisation of oesophago-gastric cancer care in England: progress and remaining challenges

Thomas R Palser<sup>1</sup>, David A Cromwell<sup>\*1,2</sup>, Richard H Hardwick<sup>3</sup>,  
Stuart A Riley<sup>4</sup>, Kimberley Greenaway<sup>5</sup>, William Allum<sup>6</sup> and Jan HP van der  
Meulen<sup>1,2</sup>

During the 1990s, it was recognised that regional O-G cancer services in England were often fragmented and poorly organised. To overcome these weaknesses, the NHS Cancer Plan 2001 set out a reform strategy and a number of key recommendations.

- All hospitals caring for O-G cancer patients should be integrated into regional Cancer Networks
- Curative services (especially surgery) should be centralised into specialist, high-volume cancer centres
- Formal arrangements should coordinate referral between the centres and other network hospitals (designated as local cancer units)
- Diagnostic and palliative services would continue to be provided at both centres and local units
- Clinicians from different professional groups should work together as a multi-disciplinary team (MDT)



Published: 12 November 2009

BMC Health Services Research 2009, 9:204 doi:10.1186/1472-6963-9-204

## Regione Piemonte



Infatti malgrado tali evidenze, alla data della stesura del rapporto, la sola Regione Piemonte ha deliberato una propria riorganizzazione ospedaliera individuando i Centri di riferimento per singola patologia oncologica (delibera Regione Piemonte sui centri riferimento dgr\_02485\_830\_23112015) nell'ambito del proprio Dipartimento di Rete oncologica.

*Obiettivo della delibera è: "fornire ai malati oncologici le risposte più appropriate rispetto alla complessità delle patologie, assicurando la qualità delle prestazioni e la presa in carico in tutto il percorso di cura",*

I Centri di riferimento in Piemonte sono stati individuati in base a volume di attività appropriata, esperienza degli operatori, dotazioni tecnologiche.

L'ingresso nel sistema in Piemonte avviene tramite il Centro accoglienza e servizi (CAS), punto di ingresso del malato nella Rete oncologica a cui spetta l'obbligo di indirizzare i malati verso i centri di riferimento per patologia. Solo in Piemonte, infine, il CAS rilascia l'esenzione ticket temporanea 048 al malato con sintomi, anche in assenza di accertamento istologico.

Al di fuori del Piemonte, purtroppo, ben poco è stato fatto per dare seguito alle indicazioni del Patto della Salute e del Documento Tecnico di indirizzo per ridurre il carico del cancro 2011-2013, prorogato fino al 31.12.2016.

## La gestione multidisciplinare come presupposto di qualità

### Appropriatezza e qualità in chirurgia oncologica

L'appropriatezza dell'intervento dal punto di vista oncologico oggi viene espressa principalmente dalla valutazione delle percentuali di sopravvivenza a distanza e di sopravvivenza libera da malattia, cui si sono aggiunti più di recente altri parametri quali il recupero della funzione, la qualità della vita, il buon risultato cosmetico e la conservazione dell'immagine corporea.

### La diagnostica avanzata

La qualità della chirurgia si fonda anche sulla adeguata programmazione preoperatoria. Cardine del planning chirurgico è l'utilizzo di un imaging avanzato, cioè di tecnologie di diagnostica per immagini e molecolare capaci di descrivere al meglio le caratteristiche della neoplasia che affligge il paziente.

Nell'ambito della strategia terapeutica questo aspetto è di grande importanza poiché lo sviluppo e l'applicazione delle moderne tecnologie sono state vitali per migliorare l'outcome della chirurgia.

### La valutazione anatomopatologica

L'appropriatezza oncologica di un intervento può essere misurata con vari indicatori di carattere istopatologico (margine di clearance della resezione, numero di linfonodi asportati, esecuzione del washing peritoneale, presenza di residuo neoplastico macro o microscopico, etc).

Diviene pertanto fondamentale per definire la qualità dell'exeresi e della procedura chirurgica effettuata impostare un audit costante dei risultati chirurgici attraverso la collaborazione tra anatomopatologo ed equipe chirurgica.

### La trasparenza dei risultati

Nello scenario italiano l'accessibilità ai risultati dell'equipe chirurgica o del singolo chirurgo in termini di morbilità, mortalità e risultati oncologici (sopravvivenza) è limitata.

Assieme alla trasparenza delle liste di attesa, anche questi parametri dovrebbero essere facilmente recuperabili dagli utenti: ciò permetterebbe una scelta consapevole da parte del paziente ed incoraggerebbe le strutture ad implementare non solo il monitoraggio dei risultati ma anche il miglioramento degli stessi. Autoreferenzialità e pubblicità ingannevoli non sono più accettabili in un ideale sistema di rete che dovrebbe accompagnare il cittadino nelle scelte del luogo ove curarsi, creandogli un percorso facilitato e organizzato nell'ambito di un'unica regia.



Osservatorio  
sulla condizione  
assistenziale dei  
malati oncologici

## 8° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici

Roma, 12-15 maggio 2016  
XI Giornata nazionale del malato oncologico

Realizzato da:



Grazie per l'attenzione



Se una persona a voi cara scoprisse di avere un tumore ,  
p. es. del Colon, dove o da chi gli consigliereste di farsi  
operare?



Dal chirurgo che lavora nell'ospedale più vicino a casa

Dal chirurgo che ha operato di recente un amico, un parente, un conoscente

Dal chirurgo che lavora anche in una famosa clinica, quindi deve essere bravo

Dal chirurgo visto in televisione, deve essere bravo per forza

Dal chirurgo, come si chiama....., quello tanto simpatico...

Dal chirurgo che conosco bene, lo incontro ai concerti, allo stadio, al tennis, al bridge

Dal chirurgo che dicono sia tanto bravo, però non ci puoi parlare

Dal chirurgo che non dicono sia tanto bravo, ma ci si parla benissimo

Dal chirurgo che mi opera con il robot

Dal chirurgo consigliato dal medico di base

Dal chirurgo che ho trovato su Internet

etc

Dal Chirurgo Oncologo specialista e di larga esperienza che lavora in un ambiente multidisciplinare

Grazie per l'attenzione

## **Nota metodologica del Ministero della Salute**

### **Premessa**

Nella cura dei tumori il primo intervento chirurgico spesso condiziona tutta la storia naturale della malattia. L'Oncologia da tempo richiede chirurgia adeguata, in grado di garantire livelli minimi di complicanze e mortalità postoperatorie e alte percentuali di guarigione o di sopravvivenza a distanza. Esiste uno stretto rapporto tra chirurgia con buoni risultati e numero di pazienti operati nel singolo Centro, ma il messaggio non è mai arrivato ai malati di cancro nel nostro Paese. In Oncoguida è riportato **il numero degli interventi chirurgici eseguiti in ciascun centro per tipologia di tumore (anno 2012)**. Il numero dei malati operati è garanzia di qualità del trattamento chirurgico: più alto è il numero, maggiore è l'affidabilità del Centro.

*Per conoscere i centri con il maggior numero di interventi chirurgici eseguiti, seleziona una sede del tumore e la prestazione "oncologia chirurgica".*

### **Metodologia**

L'obiettivo dello studio è stata l'individuazione, per ogni regione, delle strutture ospedaliere adeguate alla cura dal punto di vista chirurgico delle patologie oncologiche maggiormente diffuse.

Nell'ambito del progetto "Oncoguida" sono state analizzate le schede di dimissione ospedaliera (SDO) delle strutture pubbliche e private accreditate, aventi come causa principale di dimissione una patologia oncologica. Sono stati considerati i dimessi in regime di degenza ordinaria e in day hospital, con relativa durata media della degenza e numero medio di accessi. Per ciascuna tipologia di tumore sono state individuate delle procedure diagnostiche e/o chirurgiche considerate necessarie al trattamento del caso, quindi per ogni struttura di ricovero è stata calcolata, in termini percentuali, la quota di ricoveri in cui non è stata effettuata alcuna delle procedure suddette, successivamente sono stati esclusi quegli ospedali in cui tale quota rappresentava la totalità dei ricoveri.

Considerando che in un'altissima percentuale dei casi il primo approccio alle patologie oncologiche complesse è di tipo chirurgico, ne deriva che le strutture ospedaliere deputate a confrontarsi con esse debbano essere dotate di requisiti minimi riguardanti essenzialmente la chirurgia ed i servizi ad essa afferenti.

Atteso che i requisiti minimi non possono limitarsi alla sola stima dei volumi di attività, si è proceduto con la Società italiana di chirurgia oncologica (SICO) e in collaborazione con l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) all'individuazione dei valori di cut-off partendo dalle stime dell'incidenza dei tumori solidi più diffusi elaborate dall'AIRTUM. Il numero dei casi incidenti di ciascun tumore è stato diviso per il numero delle strutture di ricovero individuate nell'ambito del progetto "Oncoguida" secondo i criteri suddetti (cioè le strutture che avevano effettuato almeno una delle procedure chirurgiche considerate fondamentali), ottenendo un volume di attività "atteso" da parte di ciascuna struttura. Si è poi incrementato questo valore del 50%, ottenendo dei valori di cut-off di riferimento.

## STRUTTURE DI CURA

ASSOCIAZIONE  
VOLONTARIATO

COSA' ONCOGUIDA

GUIDA ALLA GUIDA

I DIRITTI DEL MALATO

GLOSSARIO

LINK UTILI

## Ricerca strutture di cura

Per conoscere il numero degli interventi chirurgici eseguiti in ciascun centro (ICD12), selezionare una sede del tumore e la prestazione chirurgica desiderata.

Cerca per: <b>Sede del tumore</b> Stomaco <input type="text"/>	Cerca per: <b>Regione</b> Lazio <input type="text"/> <b>Provincia</b> RM - Roma <input type="text"/>	Cerca per: <b>Prestazione</b> Oncologia chirurgica <input type="text"/>
<input type="button" value="Cerca"/>		

## Ricerca medico e/o ente

COGNOME: <input type="text"/>	NOME: <input type="text"/>
ENTE: <input type="text"/>	<input type="button" value="Cerca"/>

\* campi obbligatori

## Risultati ricerca relativi a:

regione: Lazio  
 provincia: Roma  
 sede: Stomaco  
 prestazione: Oncologia chirurgica

## 42 risultati trovati

\* = il numero verde, dove presente, indica i centri "ad alto volume di attività" con maggiore esperienza chirurgica (trattano almeno 100 casi) affidabili ed adeguati standard assistenziali (vedi la sua monografia del Ministero della Salute). Più altri 4 i numeri degli interventi eseguiti, maggiori e affidabili nei Centri.

Pagina 1 di 2 | Inizio | Fine

Nome Ente	Città	Prov.	Cont.
<b>POLICLINICO AGOSTINO GEMELLI</b>	ROMA	RM	96

# Strutture che in cui viene trattato il carcinoma gastrico a Roma: 42

OSPEDALE	COMUNE	RSR	RSI	RS	RSI/RS
A.O. POLICLINICO UMBERTO I	ROMA	999	99	10	+0
A.O. SAN CAMILLO FORLANINI	ROMA	999	91	10	+0
A.O. SANT'ANDREA	ROMA	999	88	10	+0
IPO - ISTITUTO NAZIONALE TUMORI REGINA ELINA (IRE)	ROMA	999	84	10	+0
A.O. COMPLESSO OSPEDALIERO SAN GIOVANNI - ADDOLORATA	ROMA	999	81	10	+0
A.O. POLICLINICO UNIVERSITARIO CAMPUS BIO-MEDICO	ROMA	999	80	10	+0
OSPEDALE SAN FILIPPO NERI	ROMA	999	78	10	+0
OSPEDALE SANT'EUGENIO	ROMA	999	78	10	+0
OSPEDALE SAN PIETRO FATERNEFRATELLI	ROMA	999	77	10	+0
A.O. POLICLINICO UNIVERSITARIO TOR VERGATA	ROMA	999	75	10	+0
OSPEDALE REGINA APOSTOLORUM ALBANO	ALBANO LAZIALE	999	75	10	+0
OSPEDALE CLASSIFICATO MADRE GIUSEPPINA VANNINI	ROMA	999	75	10	+0
POLICLINICO CASLINO	ROMA	999	75	10	+0
COMPLESSO INTEGRATO COLEMBUS	ROMA	999	74	10	+0
P.O. G. B. GRASSI	LEGGIO DI GUSTO LEGNATE - ROMA DI ROMA	999	73	10	+0
P.O. SANDRO PERTINI	ROMA	999	71	10	+0
P.O. SAN PAOLO	CAPRACELICCHIA	999	6	10	+0
CASA DI CURA GUARNIERI SPA	ROMA	999	6	10	+0
OSPEDALE SAN GIOVANNI CALIBTA FATERNEFRATELLI	ROMA	999	6	10	+0

OSPEDALE	COMUNE	RSR	RSI	RS	RSI/RS
OSPEDALE CRISTO RE DELL'ISTITUTO PULJE DI SOSTRA SIGNORA AL MONTE CALVARIO	ROMA	999	7	10	+0
OSPEDALE DI ANZIO	ANZIO	999	6	10	+0
OSPEDALE DI TIVOLI	TIVOLI	999	6	10	+0
OSPEDALE CTO ANDREA ALESINI	ROMA	999	4	10	+0
OSPEDALE SAN CARLO DI NANCY	ROMA	999	4	10	+0
CASA DI CURA VILLA PIA PANORAMICA SRL	ROMA	999	3	10	+0
OSPEDALE DI COLLEFERRO	COLLEFERRO	999	3	10	+0
OSPEDALE DI PALESTRINA	PALESTRINA	999	3	10	+0
OSPEDALE DI SUBIACO A. ANGELECCI	SUBIACO	999	3	10	+0
AURELIA HOSPITAL	ROMA	999	2	10	+0
CASA DI CURA SANT'ANNA POLICLINICO CITTA' DI POMEZIA SRL	POMEZIA	999	2	10	+0
OSPEDALE DI ALBANO	ALBANO LAZIALE	999	2	10	+0
OSPEDALE DI FRASCATI	FRASCATI	999	2	10	+0
OSPEDALE SANTO SPIRITO IN SAXIA	ROMA	999	2	10	+0
P.O. MONTEROTONDO	MONTEROTONDO	999	2	10	+0
P.O. PADRE PIO	BRACCIANO	999	2	10	+0
VILLA TIBERIA S.R.L.	ROMA	999	2	10	+0
CASA DI CURA NUOVA TOR DOLOMITI SPA	ROMA	999	1	10	+0
CASA DI CURA SAN FELICIANO	ROMA	999	1	10	+0
OSPEDALE DI VILLETTRI	VILLETTRI	999	1	10	+0

# il Chirurgo Oncologo del XXI secolo

*Annals of Surgical Oncology*, Epub 1022-0328  
DOI: 10.1245/s10434-006-9026-1

## Lessons Learned...

Murray F. Brennan, MD

Department of Surgery, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, 1275 York Avenue, Room H-1203, New York, NY10021, USA

Il chirurgo ha potuto essere lo scienziato assoluto fino a che lo studio della medicina è stato concentrato su nutrizione, shock, metabolismo.

Ma i tempi stanno rapidamente cambiando: la scienza diventa molecolare e la figura del chirurgo deve evolvere con pari velocità.

Il chirurgo che si occupa di cancro dovrà essere un ponte teso tra la ricerca biologica e il letto del paziente e viceversa.

Qualcuno lo chiamerà bastardo, non un vero scienziato consacrato alla ricerca né un chirurgo puro dedito esclusivamente alla sala operatoria, ma è esattamente quello che i tempi nuovi gli chiedono di essere.



La Sanità del futuro sarà sempre più caratterizzata dalla contrazione della spesa, che metterà in primo piano la **valutazione degli esiti**.

Non è difficile prevedere che le prossime sfide non si giocheranno sui risultati finali dei diversi approcci terapeutici, ma sul punto d'inizio della terapia, che sarà stabilito a priori dalla ricerca di base.

E dovremo essere pronti.

**Grazie per l'attenzione**



## The Calman-Hine report: a personal retrospective on the UK's first comprehensive policy on cancer services

Robert A Howard

Lancet Oncol 2006; 7: 335-46  
Arrington House, Cookridge  
Hospital, Leeds, LS16 6QH, UK  
(Prof RA Howard MSc FRCS)

Calman-Hine was the first comprehensive cancer report to be produced in the UK, and set out principles for cancer care and the clinical organisation for service delivery. It advocated a change from a generalist model (eg, care given by general surgeons and physicians) that was supported by specialists to a fully specialist service. The process of policy development was innovative and the report was accepted widely throughout the UK.

### **Pand:** The Calman-Hine report: seven principles to govern the provision of cancer care

- Access to uniform high-quality care in the community or hospital
- Early identification of cancer and availability of national screening programmes
- Patients to be given clear information at all stages
- Services to be patient centred
- Centrality of primary care and effective communications
- Psychosocial aspects of care are important
- Cancer registration and monitoring of treatment and outcome are essential

The ideas expressed were neither new nor revolutionary, but they marked a sharp discontinuity from what had been done before.

What was new and revolutionary was that **these changes were made the centerpiece of cancer policy**

Calman-Hine required a fundamental shift from a general service model supported by specialist oncologists into a **SPECIALIST CANCER SERVICE**.

The Calman-Hine report introduced the concept of a new structure for the delivery of cancer services characterized by high level specialization and multidisciplinary cancer teams; this has transformed the clinical organization of cancer services within the UK.

# Is there a surgical oncology?

Graeme J Poston

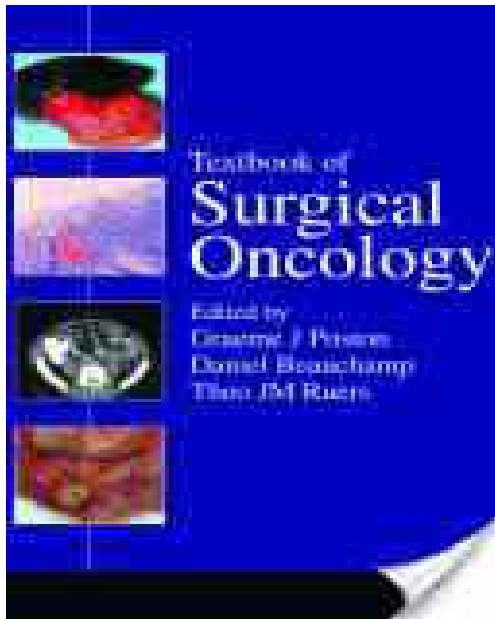
La Chirurgia Oncologica non è riconosciuta universalmente come disciplina distinta dalla Chirurgia Generale.

Europa

Core Curriculum in Surgical Oncology della ESSO

USA

Certification in Complex General Surgical Oncology dello ABS



Italia

Due Scuole di specializzazione in Chirurgia Oncologica furono abolite e riassorbite nella Chirurgia Generale negli anni '90.

Nel nostro ordinamento Oncologo Medico e Oncologo Radioterapista sono specialisti riconosciuti in possesso di un diploma di specializzazione universitario.

Il Chirurgo, che è l'attore principale nel trattamento dei tumori solidi, l'unico in grado di assicurare la guarigione dei casi curabili,

**è un CHIRURGO "GENERALE"**

**al quale non viene richiesta alcuna specifica preparazione in campo oncologico.**





Oggi la Chirurgia è il caposaldo del trattamento multidisciplinare dei tumori, è in grado da sola di trattare il 60% dei malati e risulta spesso fattore determinante nel successo della terapia.

## **Chirurgo Oncologo ?**

Chirurgo dedicato e in grado di trattare tutti i tumori solidi? Concetto anacronistico. Figura limitata agli Istituti Nazionali Tumori che da da tempo e per primi si sono indirizzati verso i superspecialisti d'organo

**Chirurgo organo specifico che si occupa principalmente del cancro nel distretto di suo interesse non tralasciando completamente la patologia benigna.**



Mikulicz



Whipple



Thorek



Hartmann

Tutti gli straordinari progressi fatti registrare dalla Chirurgia tra la seconda metà del XIX e la prima metà del XX secolo riguardarono il trattamento dei tumori, con risultati impressionanti grazie all'opera dei giganti di quell'epoca.



Billroth



Wertheim



Halsted

William Stewart Halsted  
M.D. BOSTON 1852-1922



Miles

## Seconda metà del novecento

Affermazione dei Trattamenti Integrati Multidisciplinari

Ricerca del Gold Standard

Introduzione del concetto di Qualità in Chirurgia Oncologica legato a vari fattori (margini di resezione, mesoretto, linfectomia sistematica, compartimenti, cc0...)



## Rapporto tra volumi di attività e mortalità operatoria

[J Clin Oncol](#). 2000 Jun;18(11):2327-40.  
**Hospital and physician volume**

Reviews | 17 September 2002

**Is Volume Related to Outcome in Health Care? A Systematic Review and Methodologic Critique of the Literature**  
Ethan A. Halm, MD, MPH; Clara Lee, MD, MPP; and Mark R. Chassin, MD, MPP, MPH

[Ann Intern Med](#). 2002 Sep 17;137(6):511-20.

**Is volume related to outcome in health care? A systematic review and methodologic critique of the literature.**  
Halm EA<sup>1</sup>, Lee C, Chassin MR.

[Ann Intern Med](#). 2003 Oct 21;139(8):649-57.

**Association of hospital procedure volume and outcomes in patients with colon cancer at high risk for recurrence.**  
Meyerhardt JA<sup>1</sup>, Catalano PJ, Schrag D, Ayanian JZ, Haller DG, Mayer RJ, Macdonald JS, Benson AB 3rd, Fuchs CS.

[Epidemiol Prev](#). 2005 May-Aug;29(3-4 Suppl):3-63.

**[Volume and health outcomes: an overview of systematic reviews].**

[Article in Italian]

Davoli M<sup>1</sup>, Amato L, Minozzi S, Bargagli AM, Vecchi S, Perucci CA.

[Colorctal Dis](#). 2007 Jan;9(1):28-37.

**Influence of caseload and surgical speciality on outcome following surgery for colorectal cancer: a review of evidence. Part 1: short-term outcome.**

Iversen LH<sup>1</sup>, Harling H, Laurberg S, Wille-Jørgensen P.

[European Journal of Cancer](#) (2012) 48, 1004– 1013

**Effect of hospital volume on postoperative mortality and survival after oesophageal and gastric cancer surgery in the Netherlands between 1989 and 2009**

Johan L. Dikken a,b, Anneriet E. Dassen c, Valery E.P. Lemmens d, Hein Putter e, Pieta Krijnen f, Lydia van der Geest f, Koop Bosscha c, Marcel Verheij b, Cornelis J.H. van de Velde a, f, Michel W.J.M. Wouters a,g

[Cochrane Database Syst Rev](#). 2012 Mar 14;3

**Workload and surgeon's speciality for outcome after colorectal cancer surgery.**

Archampong D<sup>1</sup>, Borowski D, Wille-Jørgensen P, Iversen LH.

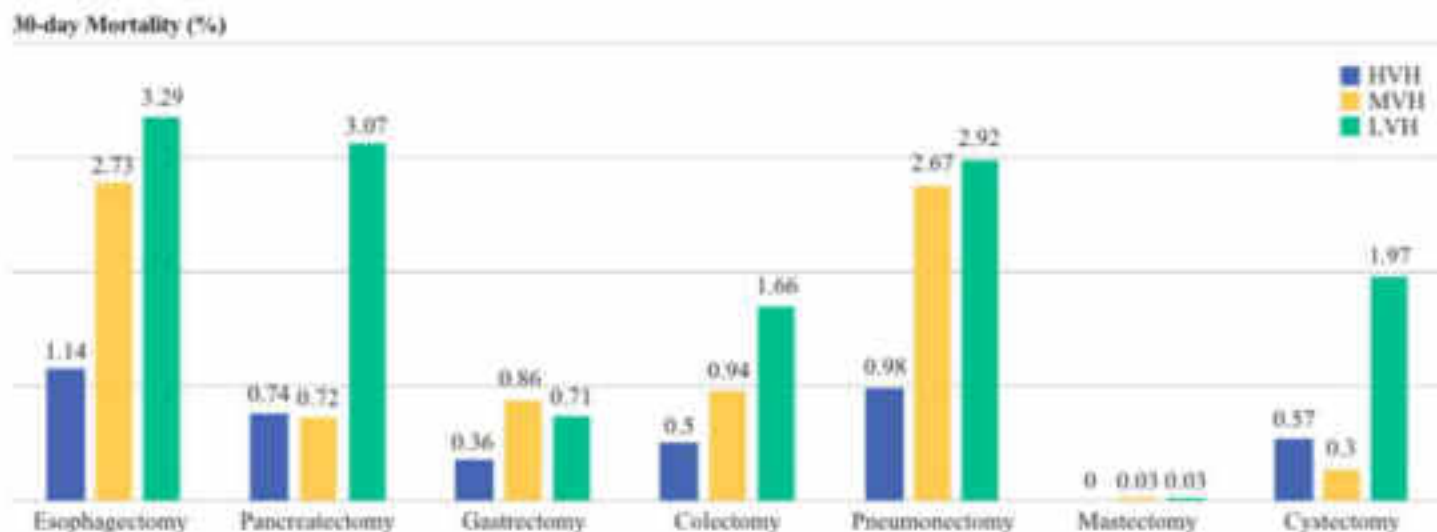
### CONCLUSIONS:

In some areas the evidence seems strong enough to guide health care organizational choices

ORIGINAL ARTICLE – HEALTHCARE POLICY AND OUTCOMES

## Disparities in Utilization of High-Volume Hospitals for Cancer Surgery: Results of a Korean Population-Based Study

So Young Kim, MD<sup>1,2</sup>, Jong Hyock Park, MD, MPH, PhD<sup>1</sup>, Sung Gyeong Kim, MPH<sup>1</sup>, Hye Kyung Woo, MPH<sup>1</sup>, Jae Hyun Park, MD, PhD<sup>3</sup>, Yoon Kim, MD, PhD<sup>4</sup>, and Eun Cheol Park, MD, PhD<sup>1</sup>



**FIG. 1** Thirty-day mortality by hospital volume. *HVH* high-volume hospitals, *MVH* medium-volume hospitals, *LVH* low-volume hospitals

## Hospital Volume and Inpatient Mortality After Cancer-Related Gastrointestinal Resections: The Experience of an Asian Country

Herng-Ching Lin, PhD,<sup>1</sup> Sudha Xirasagar, MBBS, PhD,<sup>2</sup> Hsin-Chien Lee, MD, MPH,<sup>3</sup> and  
 Chiah-Yang Chai, MD<sup>4</sup>

**TABLE 3.** Operative in-hospital mortality rates and the association with hospital volume for five gastrointestinal cancer resection procedures in Taiwan, 2000 to 2003

Procedure	Hospital volume				
	Very low	Low	Medium	High	Very high
<b>Colectomy</b>					
Observed mortality rate (%)	3.03	1.81	1.88	2.10	2.06
Unadjusted odds ratio	1.00	.59 (.41–.85)	.61 (.43–.87)	.69 (.46–.97)	.67 (.47–.96)
Adjusted odds ratio	1.00	.61 (.39–.94)	.56 (.29–.97)	.54 (.31–.94)	.33 (.17–.66)
<b>Gastrectomy</b>					
Observed mortality rate (%)	5.35	3.36	3.13	1.56	1.35
Unadjusted odds ratio	1.00	.62 (.40–.82)	.57 (.42–.77)	.28 (.17–.47)	.24 (.10–.50)
Adjusted odds ratio	1.00	.87 (.61–1.25)	.58 (.33–1.00)	.45 (.25–.81)	.28 (.15–.53)
<b>Esophagectomy</b>					
Observed mortality rate (%)	6.79	7.60	5.31	4.22	5.49
Unadjusted odds ratio	1.00	1.13 (.84–1.51)	.77 (.56–1.00)	.60 (.42–.80)	.80 (.58–1.09)
Adjusted odds ratio	1.00	.97 (.68–1.39)	.87 (.62–1.23)	.72 (.47–.91)	.65 (.43–.97)
<b>Pancreatic resection</b>					
Observed mortality rate (%)	6.09	1.82	1.20	3.08	2.51
Unadjusted odds ratio	1.00	.29 (.11–.71)	.19 (.07–.50)	.49 (.21–1.12)	.40 (.19–.85)
Adjusted odds ratio	1.00	.56 (.19–1.68)	.37 (.09–1.47)	1.16 (.27–5.05)	.69 (.18–2.71)
<b>Liver lobectomy</b>					
Observed mortality rate (%)	4.42	2.33	1.58	0	.32
Unadjusted odds ratio	1.00	.52 (.23–1.18)	.35 (.14–.90)	—	.07 (.01–.52)
Adjusted odds ratio	1.00	.64 (.19–2.14)	.30 (.07–.56)	— <sup>a</sup>	.05 (.04–.59)

# Effect of hospital volume on postoperative mortality and survival after oesophageal and gastric cancer surgery in the Netherlands between 1989 and 2009

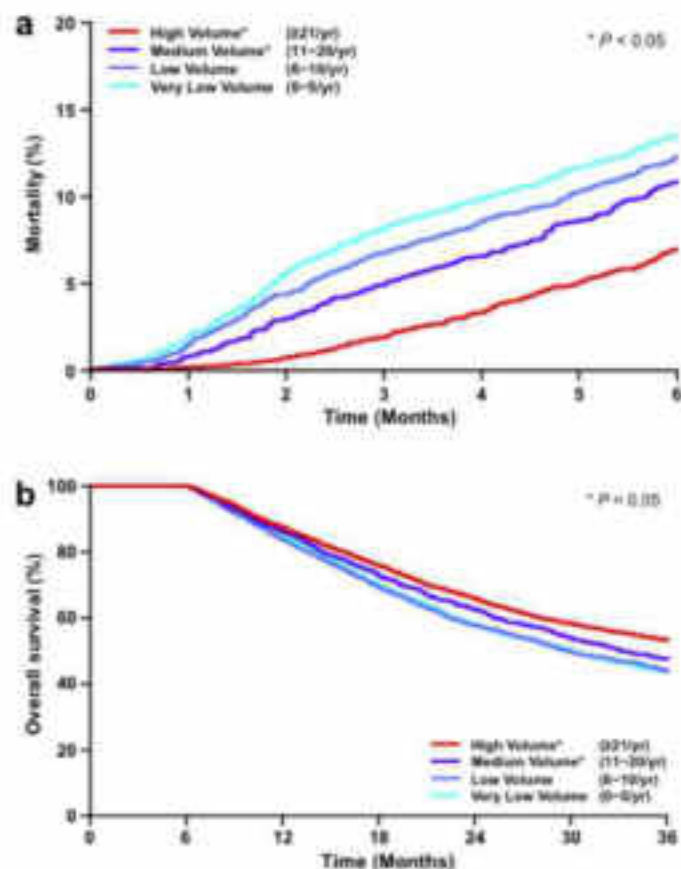


Fig. 4. Volume–outcome relations for oesophagectomy. (a) Relation between volume and 6-month survival, adjusted for year of diagnosis, sex, age, socio-economic status, stage, morphology and preoperative therapy use. \* $P < 0.05$  compared to Very Low Volume. (b) Relation between volume and 3-year survival, conditional on surviving the first 6 months, adjusted for year of diagnosis, sex, age, socio-economic status, stage, morphology and preoperative and postoperative therapy use. \* $P < 0.05$  compared to Very Low Volume.

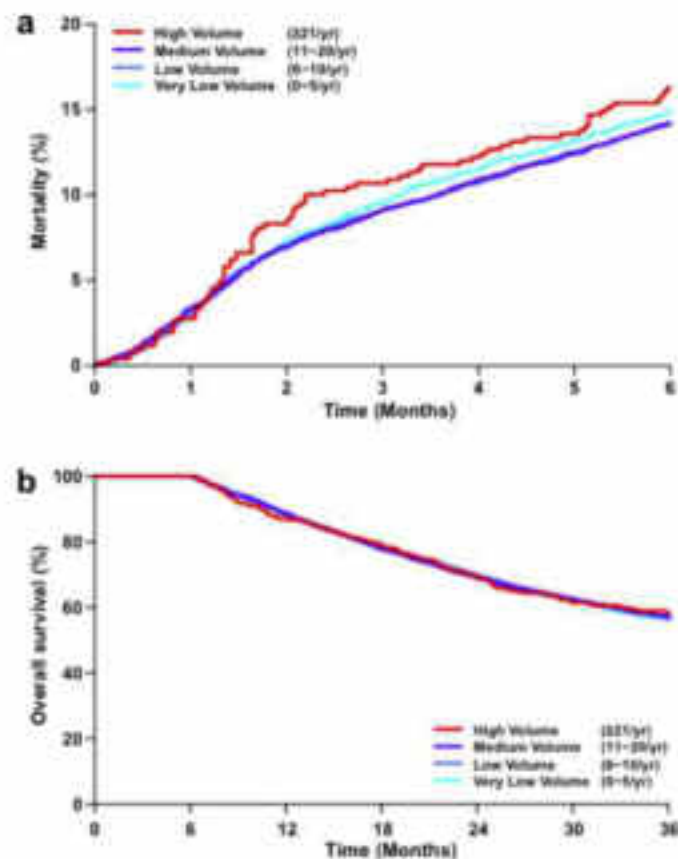


Fig. 5. Volume–outcome relations for gastrectomy. (a) Relation between volume and 6-month survival, adjusted for year of diagnosis, sex, age, socio-economic status, stage, morphology and preoperative therapy use. \* $P < 0.05$  compared to Very Low Volume. (b) Relation between volume and 3-year survival, conditional on surviving the first 6 months, adjusted for year of diagnosis, sex, age, socio-economic status, stage, morphology and preoperative and postoperative therapy use. \* $P < 0.05$  compared to Very Low Volume.

SHORT REPORT

Open Access

# Re-organisation of oesophago-gastric cancer services in England and Wales: a follow-up assessment of progress and remaining challenges

Yvett Greene<sup>1\*</sup>, Georgina Chadwick<sup>2</sup>, Stuart Riley<sup>3</sup>, Richard H Hardwick<sup>4</sup>, Tom Croxall<sup>5</sup>, Kimberley Greenaway<sup>6</sup>, William Allum<sup>7</sup> and David A Cromwell<sup>1\*</sup>

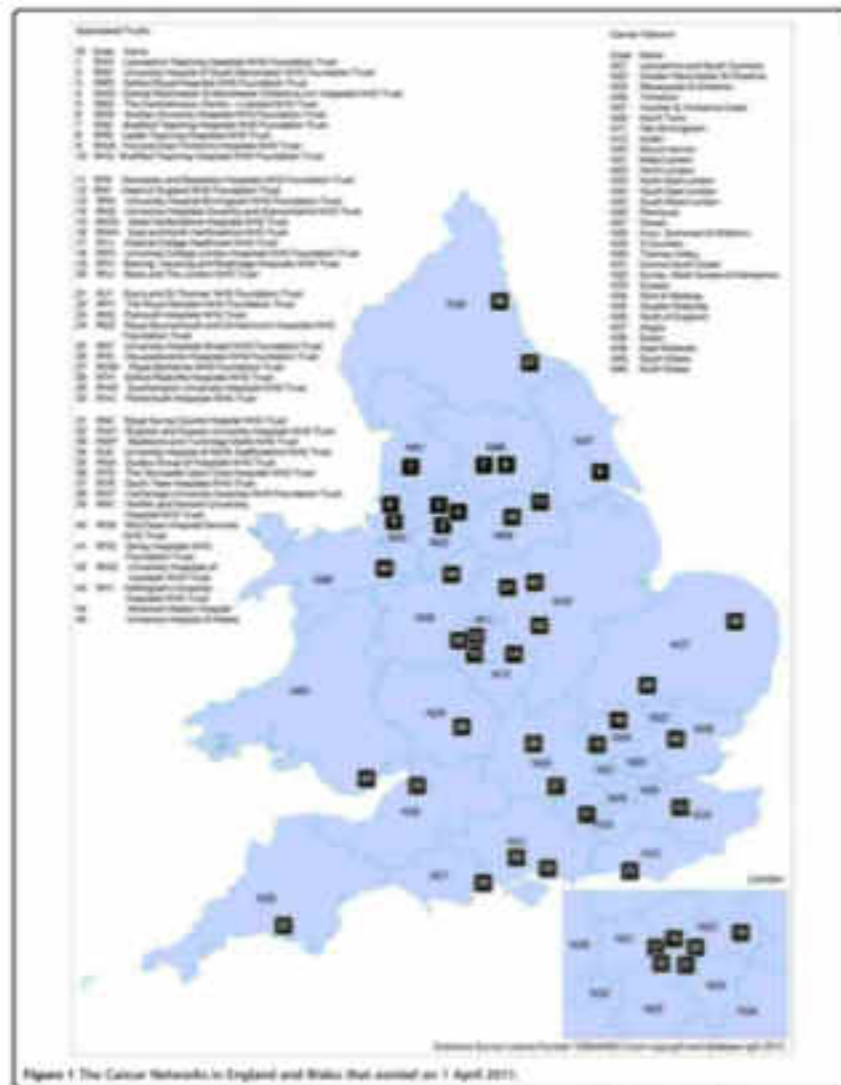
The need for cancer surgery centralization has been highlighted by many studies showing improved short term mortality if surgery is performed in high volume units.

Such studies led to recommendation of minimum volume standards for individual surgeons.

Specialist Centres in England (pop. 53 millions)  
For Oesophago Gastric Cancer Services :

2007: 44

2012: 39



Since the time of initiating the reorganisation of cancer services, survival of patients undergoing curative surgery has improved from 34% for oesophageal tumours and 40% for gastric tumours to 45% and 50%, respectively [16,17].