

Caso 1

Maschio di anni 71.

Il caso viene reperito dal tracciato di mortalità, in quanto risulta deceduto a fine giugno 2001 con codice ICD9 431 (emorragia cerebrale) e codice aggiunto 238.7 (malattia linfoproliferativa).

Il paziente risulta nato nel 1930 in comune con codice ISTAT 050802, e viene classificato come DCI, perché non reperito in precedenza.

Caso 1

Maschio di anni 71.

Il caso viene reperito dal tracciato di mortalità, in quanto risulta deceduto a fine giugno 2001 con codice ICD9 431 (emorragia cerebrale) e codice aggiunto 238.7 (malattia linfoproliferativa).

Il paziente risulta nato nel 1930 in comune con codice ISTAT 050802, e viene classificato come DCI, perché non reperito in precedenza.

Al trace-back si scopre che il paziente è immigrato nella ns. Provincia nel giugno 2001 in un indirizzo corrispondente ad una Casa di Riposo in cui risulta domiciliato dal 1997 (data iscrizione all'ASL e scelta medico nell'anagrafica sanitaria).

Il 10.2.2001 risulta altresì un referto istologico di Agobiopsia midollare “Infiltrazione midollare da Linfoma a grandi cellule B per il 40 % della cellularità” nel ns.Ospedale.

Risultano anche 5 accessi ospedalieri in regime di Day-Hospital, il primo il 15.1.2001 con SDO 202.8 e gli altri successivi (febbraio, marzo, aprile, maggio) con SDO V581 e 202.8. Le cartelle non sono recuperabili.

In base all'anagrafica sanitaria, il paziente risulta nato in Orciano (PI) Comune con codice 050023.

Quesiti:

il Linfoma deve essere registrato, e se registrato deve comparire come incidenza?

E' corretto imputarne la sede come Midollo Osseo, in assenza di altre informazioni?

Come sono da gestire i dati anagrafici quando non coincidenti tra fonti ?

Quesiti:

**il Linfoma deve essere registrato, e se registrato deve comparire come incidenza?
E' corretto imputarne la sede come Midollo Osseo, in assenza di altre informazioni?**

Come sono da gestire i dati anagrafici quando non coincidenti tra fonti ?

Il caso è un classico DCI, in cui la rilevazione iniziale non ha avuto luogo perché non residente al momento degli accertamenti istologici e dei ricoveri, ed in cui il trace-back ha dato alcune informazioni utili anche se non complete.

E' da sottolineare come la verifica sui dati di mortalità sia stata condotta anche su codici non riconducibili a neoplasie maligne e comunque non limitata alla causa di morte principale (problema della omogeneità della quantificazione di DCI e DCO).

Il primo quesito richiede una standardizzazione della procedura tra Registri. Vi sono due definizioni possibili per la valutazione di incidenza:

**** residente al momento della diagnosi***

**** residente nell'anno della diagnosi***

Il primo approccio, più restrittivo, ha il difetto di rendere più critica la situazione nei casi in cui è stata posto un sospetto clinico di neoplasia, ma l'accertamento diagnostico definitivo avviene dopo, quando il paziente non è più residente. Se si classifica il caso come NSE e se ne segue il follow-up, la sua morte per quella causa fa risolvere l'NSE sulla data del sospetto clinico

Il secondo approccio dal punto di vista statistico è più corretto, perché il soggetto in quell'anno entra a far parte del denominatore dei tassi di incidenza; inoltre tiene conto dei diversi casi di lungo domicilio prima della residenza (tipico di molte RSA) Tuttavia i casi insorti nello stesso anno ma dopo l'emigrazione sarebbero comunque persi e quindi ci sarebbe comunque una distorsione.

Premesso che in ogni caso la registrazione deve essere fatta in quanto necessaria per una corretta valutazione della prevalenza, la soluzione migliore è quella relativa alla residenza al momento della diagnosi.

Resta la necessità di distinguere nella registrazione:

**** casi insorti prima della residenza negli anni del periodo di osservazione corrente (NON RESIDENTI ALLA DIAGNOSI)***

casi insorti in residenti con diagnosi avvenuta in periodi di osservazione precedenti già chiusi (es: 1993-1997), ma registrati solo ora (MISSING)

casi insorti in residenti con diagnosi posta prima dell'inizio del primo periodo di osservazione su cui si ha il rilevamento da parte del registro (PREVALENTI VERI).

E' corretto imputarne la sede come Midollo Osseo, in assenza di altre informazioni?

Il secondo quesito ha una risposta abbastanza semplice.

L'agobiopsia midollare ha la funzione precipua di stadiare un linfoma. In assenza di altre informazioni non è corretto valutare tale elemento diagnostico come base per definire la sede di LNH come midollo. Esistono, anche se infrequenti, linfomi extranodali a localizzazione primitiva midollare, ma l'origine extranodale deve essere esplicitata nella diagnosi (clinica e/o istologica), oppure deve essere correlata alla diagnosi morfologica (per esempi linfoma splenico, linfoma cutaneo primitivo, micosi fungoide; non i MALT ed i BALT, in quanto ICDO-3 non li assegna a sede specifica)

In questo caso si parla di "infiltrazione"(in altri casi di localizzazione) e non di sede primitiva di LNH; l'impossibilità di accedere alle cliniche comporta quindi l'applicazione di sede Topografica "Linfonodi NAS)

Come sono da gestire i dati anagrafici quando non coincidenti tra fonti ?

L'ultimo quesito non è da trascurare perché eventuali studi possono essere effettuati o controllati su base "luogo di nascita". In secondo luogo esiste un indicatore di qualità basato sulla completezza dei dati di nascita: non è possibile un'opzione del tipo "se c'è discrasia tra fonti, lasciare in bianco", ma occorre garantire una qualità intrinseca nel dato. Infine incide su link basati su codici fiscali ricostruiti

Tra le due fonti (anagrafica sanitaria ed anagrafica comunale) quella più solida è quella comunale e quella va utilizzata.

Nel caso il codice ISTAT 050802 si riferisce al Comune soppresso di Santa Luce-Orciano. Il codice 050023 nell'anagrafica sanitaria si riferisce al Comune di Orciano: è possibile che la persona abbia comunicato questo toponimo.

Tuttavia nel 1927 Orciano Pisano fu aggregato a Santa Luce, con il quale costituì il comune di Santa Luce-Orciano e riacquistò l'autonomia amministrativa solo nel 1957. Nel 1930 quindi il Comune di nascita era effettivamente Santa Luce-Orciano. Con lo scioglimento di Santa Luce-Orciano l'ISTAT indica che la riconduzione del Codice Comunale dovrebbe essere fatta a favore di Santa Luce.

L'amministrazione fiscale indica per Santa Luce-Orciano il codice I218, ed indica la riconduzione sia ad Orciano Pisano (G090) che a Santa Luce (I217). L'amministrazione fiscale sta riconvertendo i codici fiscali dei nati nei Comuni soppressi applicandone il codice appropriato in luogo di quello utilizzato per riconversione. I dataset sanitari basati su codice fiscale potranno quindi subire effetti di disomogeneità nel tempo.