

La sorveglianza epidemiologica  
dello screening dei tumori del  
colon-retto nella Regione Emilia-  
Romagna

Primo Seminario di studio e  
valutazione

Bologna, 18 Febbraio 2008

Azienda USL di Bologna

in collaborazione con  
Regione Emilia-Romagna  
Assessorato politiche per la salute



# L'endoscopista e lo screening

Considerazioni su surveys relative ai servizi  
di ED in (e non solo) Emilia Romagna

# Attori

- **L'endoscopista**  
convinzioni personali, competenze, ruolo
- **L'endoscopia**  
risposta “di struttura”
- **Le endoscopie**  
messa in rete delle competenze
- **Gli altri!**

# Cosa è uno screening e cosa ci costringe a fare

- Evidenze
  - Colonscopia once in life: *come va?*
  - Il SOF immunochimico: questo sconosciuto
  - La rettosigmoidoscopia e l'endoscopista
- Programma attivo di salute pubblica
  - L'endoscopista: responsabile, case manager, esecutore...
- Equità di accesso
  - Apparentemente non ci riguarda ma...

# Cosa è uno screening e cosa ci costringe a fare

- Garanzia di qualità
  - Sembra tutto ovvio, ma gli indicatori vanno misurati e si deve valutare le ricadute della loro misurazione (audit)
- Garanzia di percorso: le interfacce!
  - Con il centro screening
  - Con il laboratorio
  - Con i colleghi endoscopisti
  - Con i chirurghi
  - ...

# Evidenze “traslate”

- La colonscopia
  - Vista da noi: efficace, proponibile, la scelta migliore in termini di costo-efficacia, le evidenze arriveranno...
  - Vista dai cittadini: pericolosa, sgradevole, improponibile...
  - Vista insieme, al posto giusto:  
65% di compliance X 95% di accettazione II livello *versus* (?)

# Il “programma”

- Il Responsabile di Programma
- Il case manager
- Il garante della qualità
- L’onesto esecutore
- Il disinteressato
  
- ... necessari elementi di continuità

# Equità

- Barriers to full colonoscopy
- Equità per l'esecuzione della coloscopia:
  - Incontrare tutti (barriere fisiche, linguistiche)
- Equità per i percorsi clinici
  - (il SOF extra screening, il rischio familiare...)

# La Qualità delle Endoscopie

- Le evidenze, tante (?)
- Gli indicatori scelti, i soliti
- Le esperienze di audit
- **Il tracciato regionale (ER)**
- La misurazione nella realtà
- Quindi... audit

# La qualità degli Endoscopisti

Accreditation of screening colonoscopists



***Cancer Screening Programmes***

## Accreditation of Screening Colonoscopists – DOPS Form

Candidate: ..... Assessment Centre .....

Date of Assessment ...../...../..... Assessor 1.....

Assessor 2.....

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Major criteria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Minor criteria</li> </ul>
--	--

**Scale: 4 – Highly skilled performance**

**3 - Competent & safe throughout procedure, no uncorrected errors**

**2 – Some standards not yet met, aspects to be improved, some errors uncorrected**

**1 - Accepted standards not yet met, frequent errors uncorrected**

**N/A – Not applicable**

Criteria	Score	Comments
Assessment, Consent, Communication <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtains informed consent using a structured approach               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfactory procedural information</li> <li>- Risk &amp; complications explained</li> <li>- Co-morbidity</li> <li>- Sedation</li> <li>- Opportunity for questions</li> </ul> </li> <li>• Demonstrates respect for patient's views and modesty during the procedure</li> <li>• Communicates clearly with patient throughout, including the results of the procedure with appropriate management and f/u plan</li> </ul>		
Safety & Sedation <ul style="list-style-type: none"> <li>• Secure IV access</li> <li>• Gives appropriate dose of analgesia and sedation and ensures adequate oxygenation and monitoring of patient</li> <li>• Demonstrates good communication with the nursing staff, including dosages &amp; vital signs</li> </ul>		

<b>Endoscopic Skills during insertion &amp; withdrawal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Uses correct procedure to check the endoscope function before intubation</li> <li>○ Performs PR</li> <li>● Maintains luminal view, avoiding blind insertion</li> <li>● Demonstrates awareness of patient's consciousness and pain during the procedure and takes appropriate action</li> <li>○ Employs torque steering</li> <li>○ Uses distension, suction &amp; lens washing appropriately</li> <li>● Recognises &amp; logically resolves loop formation</li> <li>○ Uses position change, abdominal pressure and stiffener appropriately</li> <li>○ Completes examination in reasonable time</li> </ul>		
<b>Diagnostic &amp; Therapeutic Ability</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Adequate mucosal visualisation</li> <li>● Recognises caecal landmarks or incomplete examination</li> <li>● Accurate identification &amp; management of pathology</li> <li>● Uses diathermy and therapeutic techniques appropriately and safely</li> <li>● Recognises &amp; manages complications appropriately</li> </ul>		

### Case difficulty

Extremely easy	Fairly easy	Average	Fairly difficult	Very challenging
1	2	3	4	5

# IL PERCORSO

Nel caso dello screening significa  
rapportarsi ad altre realtà in modo più  
stringente rispetto al percorso clinico  
(?)

# Interfaccia 1, il Centro Screening

- Cosa significa “round”? Chi chiamiamo/no, quali fasce d’età per prime, con quale velocità? Che tempi di attesa devo rispettare? Perché?
- Chi escludo dalla chiamata?
- Come trovo gli operati, ma soprattutto le colonscopie precedenti?
- Mi fido dell’esclusione da precedente colonscopia?

# Interfaccia 2, il Laboratorio/RS

- Dottore non voglio fare la colonscopia, rifacciamo il test? / non basta la RS?
- Quale il “valore” del test di I livello?
- Perché non vuole fare la colonscopia?
- Con quale “forza” posso raccomandarla?
- Quali esiti mi attendo in termini di lesioni?

## Interfaccia 3, gli “altri” endoscopisti

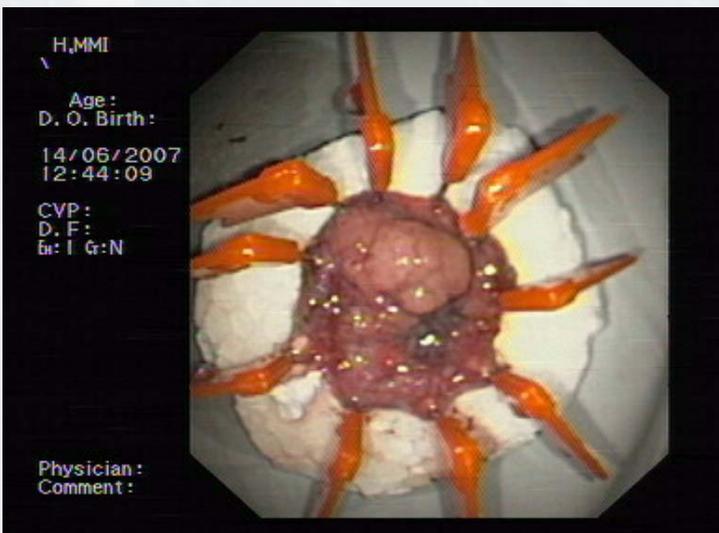
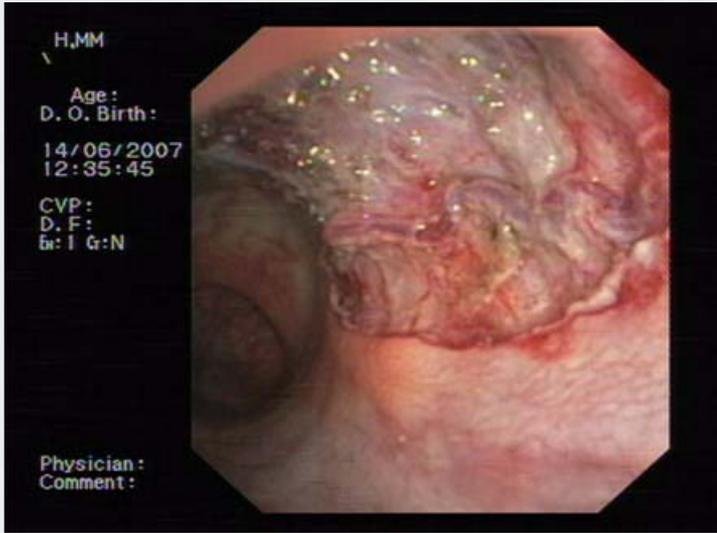
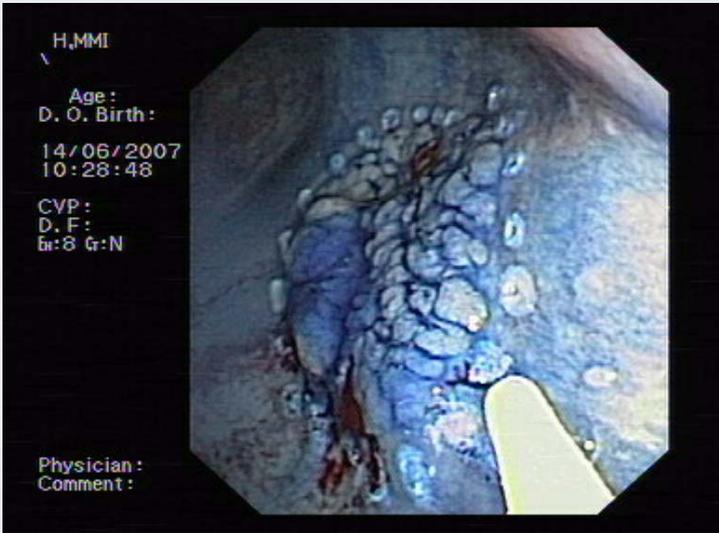
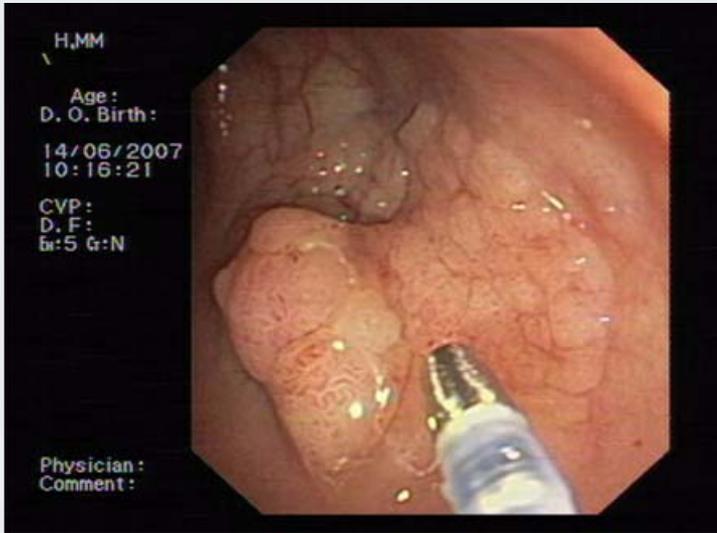
*Guardate, il corso che abbiamo organizzato non serve per insegnarvi a fare la colonscopia, lo so che la sapete già fare bene, si lo so che sapete cos'è lo screening, però... questo è il modello che abbiamo scelto, non ci troviamo per discutere di nuovo tutto.. Autoritario io?... capisco che liberarci tutti per una giornata intera, ma... la psicologa serve per gli aspetti relazionali... so che non ne avete bisogno, ma si tratta di persone che chiamiamo noi, la cosa è un po' diversa da quelli che hanno sintomi, capite?... Ma nessuno vi viene ad insegnare il mestiere, state tranquilli, ma dovete conoscere l'insieme delle attività... faremo le stesse cose in un contesto diverso, anzi no, guardate forse faremo anche cose diverse, chissà...*

# Interfaccia 4, le altre Endoscopie

- Endoscopie “**yes**” e Endoscopie “**no**”
- Il territorio
- Il pubblico, il privato
- Le reti
  - Le diverse competenze
  - La concentrazione dell’operativa complessa
  - Lo sviluppo delle competenze: il training

# Interfaccia 5, il Patologo

- Quante e quali lesioni inviate singolarmente
- L'inchiostratura
- La lotta delle dimensioni
- I “nuovi” problemi
  - La displasia grave il carcinoma in situ
  - Il polipo cancerizzato
  - La “mucosectomia”
  - La ESD



# Interfaccia 6, il Chirurgo

- Il polipo cancerizzato, work in progress
  - Criteri condivisi
  - Problemi quotidiani (tatuaggio, localizzazione intraoperatoria)
- Il benigno operato, work in regress?
- L'accuratezza della biopsia
- L'accuratezza della localizzazione (VL)

# Interfaccia 7, ancora Centro Screening

- Follow-up
  - Classificazione
  - Informatizzazione
  - Condivisione!
  - Scoring?
- Follow-up di lesioni benigne trattate endoscopicamente
- Follow-up di benigni operati
- Follow-up di altre patologie (IBD, carcinoidi, pneumatosi coli)

# Impatto

Journal of Public Health  
doi:10.1093/pubmed/fdi030

Vol. 27, No. 3, pp. 246–253  
Advance Access Publication 3 May 2005

## Impact of UK Colorectal Cancer Screening Pilot on hospital diagnostic services

Jacqueline Price, Christine Campbell, Joanne Sells, Margaret Kenicer, Malcolm Dunlop, David Weller and Harry Campbell

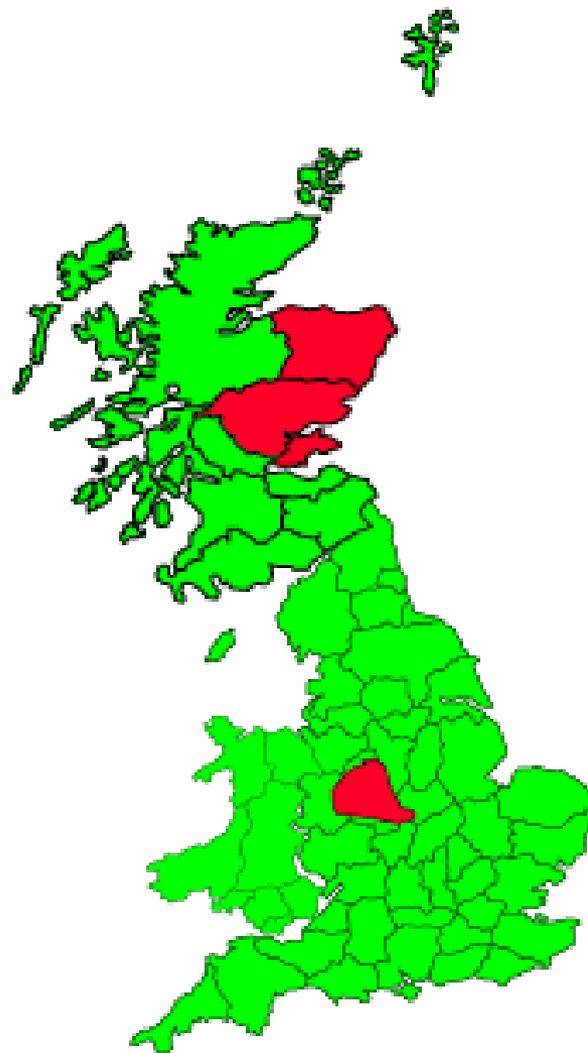
### **Evaluation of the UK Colorectal Cancer Screening Pilot**

#### **Final Report**

(February 2003, revised May 2003)

### **English Pilot of Bowel Cancer Screening: an evaluation of the second round.**

**Final Report to the Department of Health**  
February 2006 (Revised August 2006)



**Location of Pilot sites, UK Colorectal Screening Pilot**

# Impatto Uk Pilot

- Hospital **colonoscopy activity** increased by 31 per cent in Scotland and 21 per cent in England due to (FOBT) positive subjects.
- The demand for **symptomatic (non-screening) colonoscopy** also increased.
- Pilot-generated activity was less than predicted for **barium enema services** (maximum 3 per cent)
- Increase in service volume but greater than expected for **pathology**, with approximately 200 specimens/month generated.

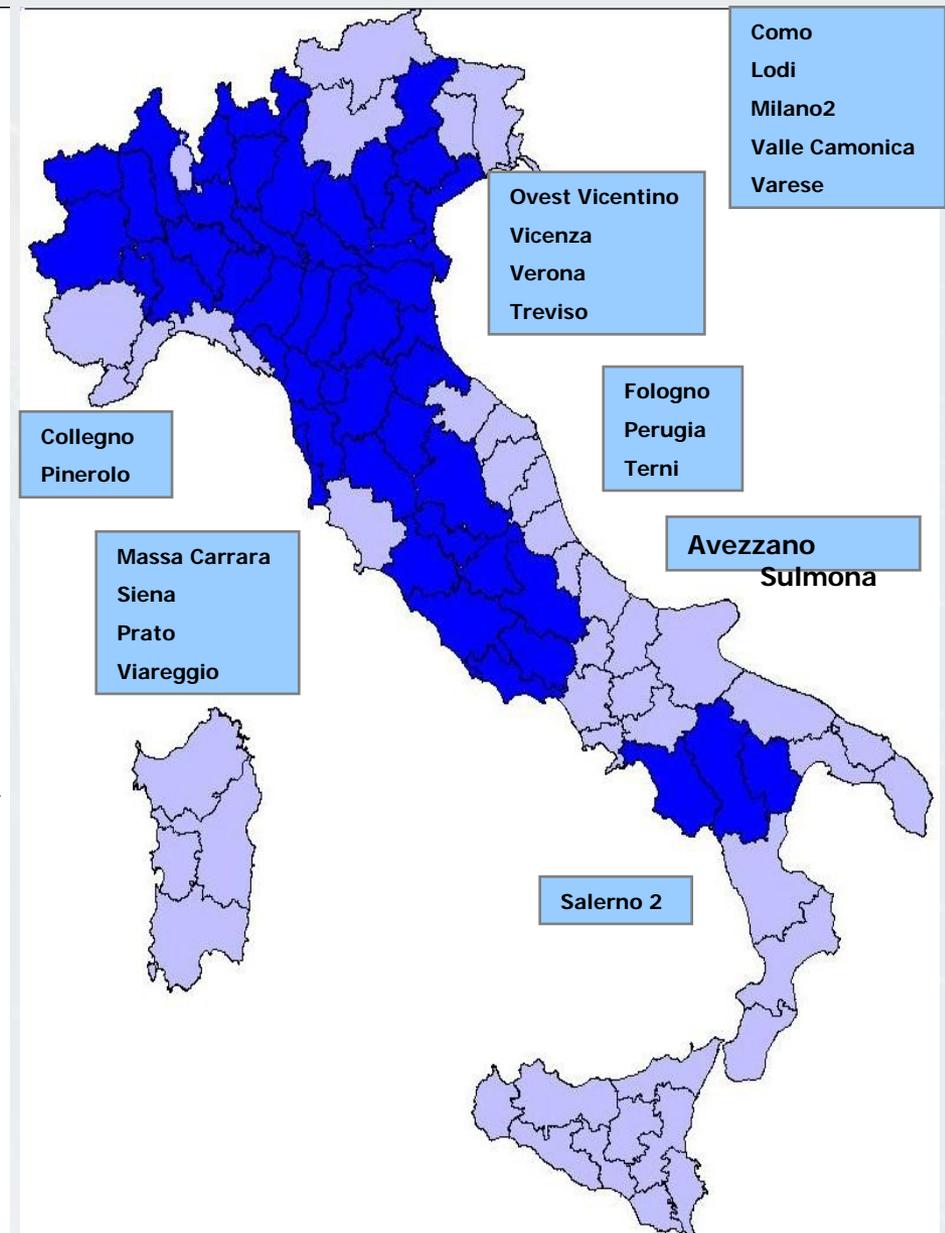
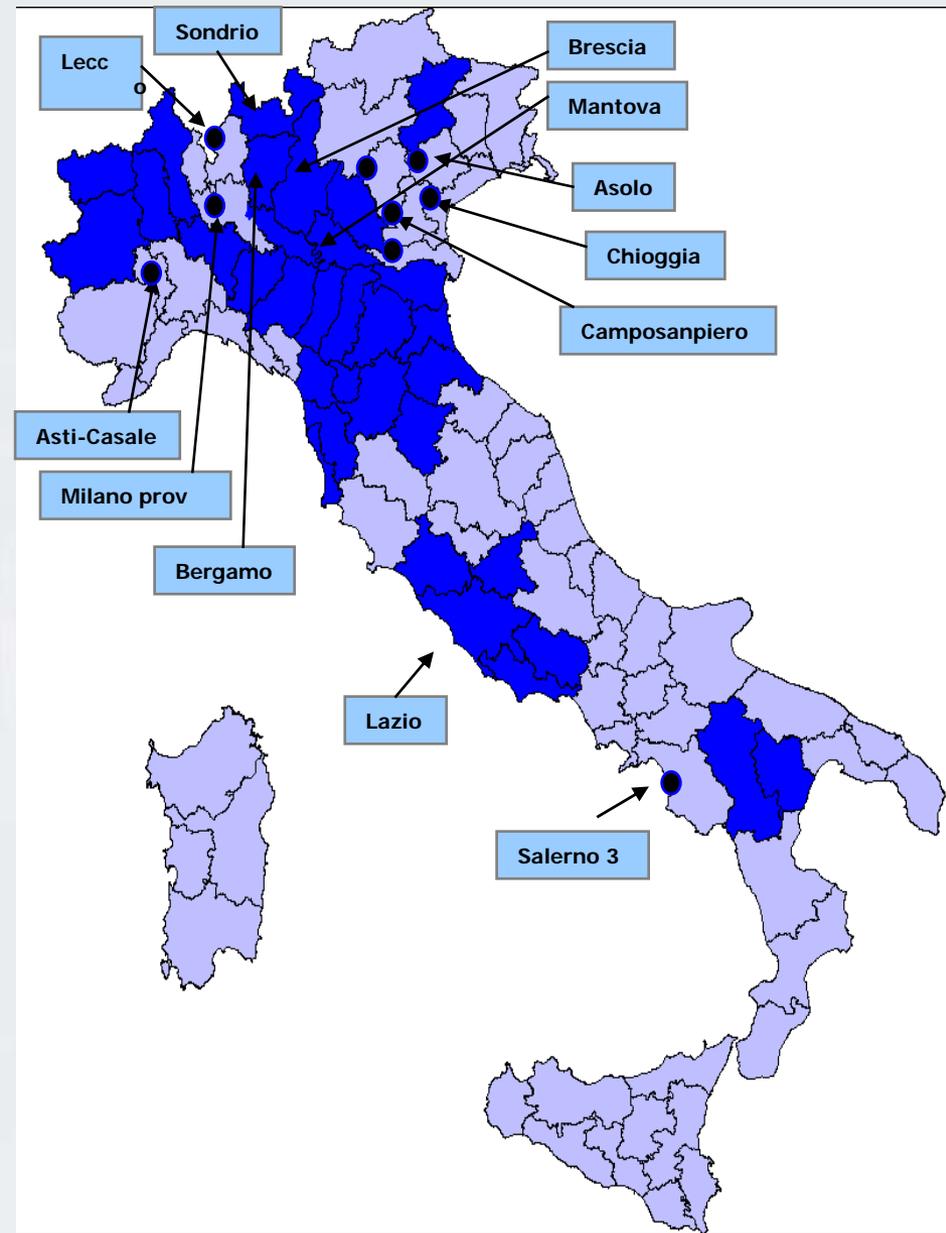
# Impatto UK Pilot

- Out-patient review of Pilot colonoscopy patients and associated **administrative duties** added, but quantification limited by quality of data.
- Wide discrepancy in colonoscopy **waiting times** between screened and symptomatic patients, predominantly longer waits for symptomatic patients; the quality of colonoscopy services appeared to improve.
- **Follow-up** of patients with adenomas will result in a further increase of 28 per cent in the number of colonoscopies generated



# Survey<sup>s</sup> e organizzativa

# Partecipazione al questionario organizzativo



# Fecal Occult Blood Test (FOBT)

- Restrizione dietetiche: nessuna

- Sospensione FANS: nessuna nel 96.4% dei centri

- **Raccolte informazioni anamnestiche nel 50.6% dei centri:**

- Anamnesi familiare (40.5%)

- Sintomi gastrointestinali (23.8%)

- Anamnesi per presenza di patologie intestinali (59.5%)

- Anamnesi farmacologica (14.3%)

- Altro: Esecuzione colonscopia o clisma opaco negli ultimi 5 anni, abitudini alimentari e stile di vita (20.9%)

# Richiamo ad eseguire approfondimenti

- o Cut off previsto per la definizione di positività del FOBt: 100 ng/ml  
Un centro prevede come valore soglia 80 ng/ml, mentre un altro 90 ng/ml
- o Se il test è inadeguato:
  - o Viene inviata una seconda lettera di invito (44.6%)
  - o Il soggetto viene contattato telefonicamente (48.2%)
  - o Altro: invio postale del referto inadeguato, contatto tramite MMG (10.8%)
- o L'appuntamento per la colonscopia di approfondimento viene assegnato principalmente tramite telefonata dal servizio di organizzazione (65%), tramite MMG (31%) o dal servizio di endoscopia (23%).

# Colonscopia di approfondimento (1)

- **Colonscopia effettuate in sessioni dedicate (93%):**
  - Restrizioni dietetiche: dieta leggera nei giorni precedenti l'esame
  - **Sedazione:**
    - **Sempre 26.8%**
    - A richiesta del paziente 50.0%
    - Alcuni casi\* 4.9%
    - A richiesta e in alcuni casi\* 9,8%
    - I servizi di endoscopia si gestiscono in maniera autonoma 7.3%
    - **Non viene mai eseguita 1,2%**
- Tipo di sedazione:
  - Conscia 81.0% (Benzodiasepine, meperidina, fentanyl)
  - Profonda 5.1% (Propofol)
  - Conscia e profonda 13.9%
  - **Dato non riportato 2,5%**

\*Alcuni casi: Pazienti tecnicamente difficili e ansiosi (?)

# Colonscopia di approfondimento (2)

- **Se la colonscopia risulta incompleta:**

- Ripetizione CT entro 3 mesi (33%)
- Clisma a doppio contrasto (57%)
- Colonscopia virtuale (7%)
- Altro: Ripetizione esame o clisma opaco, senza scadenza, colonscopia in sedazione, colon TC (19.5%)

- **Se la colonscopia risulta negativa: follow-up**

- Ripetizione FOBT 2 anni (20.7%)
- Ripetizione FOBT 3 anni (2.4%)
- Ripetizione FOBT 4 anni (2.4%)
- Ripetizione FOBT 5 anni (63.4%)
- Ripetizione FOBT 6 anni (9.8%)
- Altro: esecuzione di colonscopia dopo 10 anni(1.2%)

# Disinfezione strumenti

	FOBT	Sigmoidoscopia
<b>Lavaggio</b>	Con lavaendoscopi 97.2% Manualmente e con lavaendoscopi 2.8% <b>Dato non riportato 13.4%</b>	Con lavaendoscopi 100%
<b>Prodotti utilizzati</b>	Gluteraldeide 36.1% Acido peracetico 19.7% Entrambi 23.0% Cidex 4.9% Altro prodotto 16.4% <b>Dato non riportato 25.6%</b>	Gluteraldeide 89% Acido peracetico 11% <b>Dato non riportato 30.8%</b>
<b>Presidi monouso</b>	Utilizzati 87% <b>Dato non riportato 14.6%</b>	Utilizzati 91.7% <b>Dato non riportato 7.7%</b>
<b>Tipo di presidi monouso</b>	Anse 91.8% Endoscopi 1.6% Altro 51.1%*	Anse 100% Altro 27.3%# <b>Dato non riportato 7.7%</b>

•Clip metalliche, aghi per emostasi, pinze per biopsia, cestelli per recupero polipi ecc.

•#Pinze per BMS, aghi da sclerosi

# Gestione tramite sistema informativo

	<b>FOBT</b>	<b>Sigmoidoscopia</b>
<b>Invio lettere invito e solleciti</b>	<b>98%</b>	<b>100%</b>
<b>Attività del centro di screening</b>	<b>83%</b>	<b>100%</b>
<b>Soggetti con esito negativo</b>	<b>98%</b>	<b>100%</b>
<b>Approfondimenti</b>	<b>95%</b>	<b>100%</b>
<b><u>Follow up persone trattate</u></b>	<b><u>87%</u></b>	<b>100%</b>
<b>Integrazione con software di altre UO (AP ecc.)</b>	<b>70%</b>	<b>39%</b>
<b>Valutazione del programma</b>	<b>86%</b>	<b>69%</b>

# Altri indicatori

Complicanze	FOBT	Sigmoidoscopia
<b><u>Perforazioni</u></b>	<b><u>Informazione raccolta nell'80% dei centri</u></b>	Informazione raccolta nell'85% dei centri
<b><u>Sanguinamenti</u></b>	<b><u>Informazione raccolta nel 78% dei centri</u></b>	Informazione raccolta nell'85% dei centri
<b><u>Mortalità a 30 gg</u></b>	<b><u>Informazione raccolta nel 33% dei centri</u></b>	Dato non raccolto

	FOBT	Sigmoidoscopia
<b>Raccolta dei casi di intervallo tramite:</b>	Registro Tumori di riferimento e di patologia 59%	Registro Tumori di riferimento e di patologia 17%
	Record-linkage SDO 64%	Record-linkage SDO 75%
	Record-linkage AP 28%	Record-linkage AP 17%
<b>Raccolta in fase di attivazione:</b>	4%	17%

# Proposte

- Follow up in caso di polipi: Esiste?  
Da chi viene gestito e per quali patologie  
(polipi ad alto rischio, basso rischio...)
- Esiste un follow up post chirurgico?  
Da quale servizio viene gestito?



# Dati da Tracciato Record RER



# Archivio II livello

Azienda	Colonscopie caricate (anche in attesa di eseguire)			N° FOBT positivi non presenti in archivio II livello
	F	M	Totale	
PIACENZA	570	833	1.403	625
PARMA	564	867	1.431	1.713
REGGIO EMILIA	1.731	2.371	4.102	0
MODENA	385	499	884	1.501
BOLOGNA	562	773	1.335	2.594
IMOLA	202	295	497	351
FERRARA	-	-	-	-
RAVENNA	1.079	1.461	2.540	430
FORLI	175	266	441	0
CESENA	367	540	907	230
RIMINI	642	911	1.553	270
<b>Totale</b>	<b>6.277</b>	<b>8.816</b>	<b>15.093</b>	<b>7.714</b>

Per alcune aziende in cui l'adesione non rientra negli standard proposti, il problema potrebbe essere attribuito al mancato inserimento nell'archivio delle colonscopie degli esami eseguiti, ma anche di quelli rifiutati

# Colonscopie eseguite e colonscopie complete

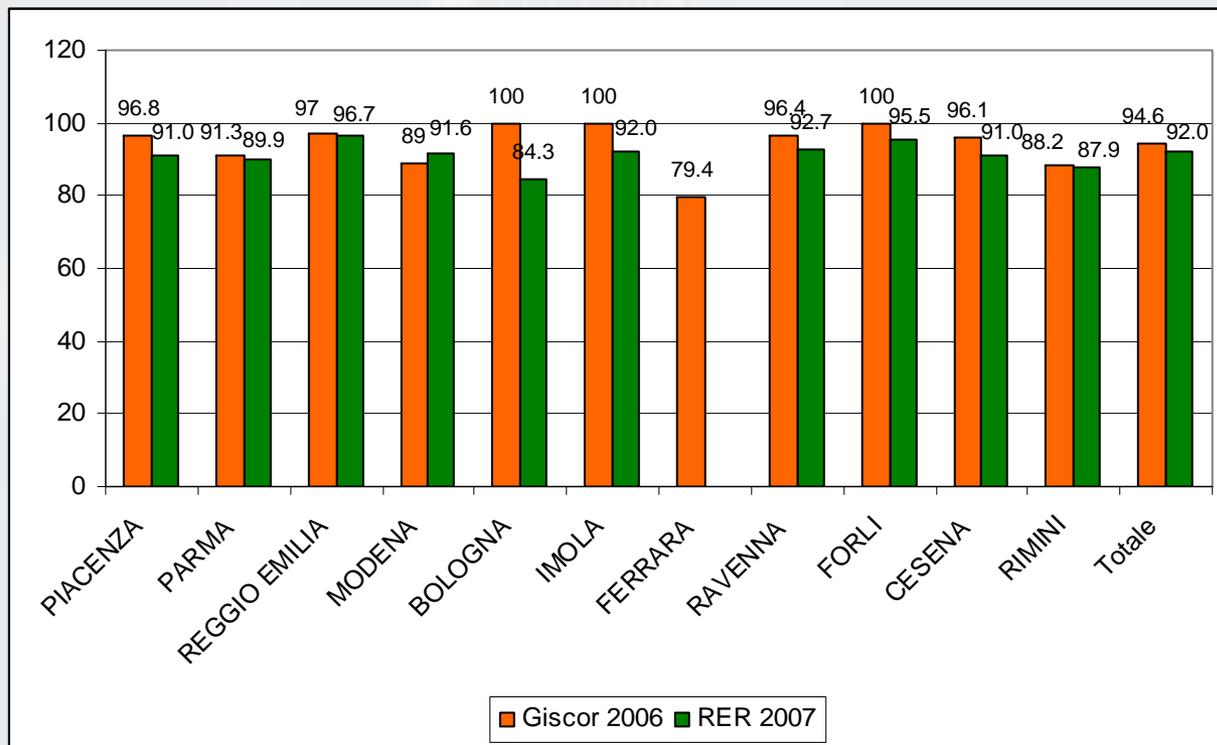
Numero di persone con colonscopia eseguita

Azienda	F	M	Totale
PIACENZA	570	833	1.403
PARMA	564	867	1.431
REGGIO EMILIA	1.711	2.314	4.025
MODENA	385	499	884
BOLOGNA	562	773	1.335
IMOLA	202	295	497
FERRARA	-	-	-
RAVENNA	1.079	1.461	2.540
FORLI	175	266	441
CESENA	367	540	907
RIMINI	642	911	1.553
Totale	6.257	8.759	15.016

Numero di persone con colonscopia completa (raggiungimento del cieco e visione adeguata)

Azienda	F	M	Totale
PIACENZA	514	763	1.277
PARMA	507	780	1.287
REGGIO EMILIA	1.654	2.237	3.891
MODENA	344	466	810
BOLOGNA	482	644	1.126
IMOLA	182	275	457
FERRARA	-	-	-
RAVENNA	989	1.366	2.355
FORLI	164	257	421
CESENA	335	490	825
RIMINI	544	821	1.365
Totale	5.715	8.099	13.814

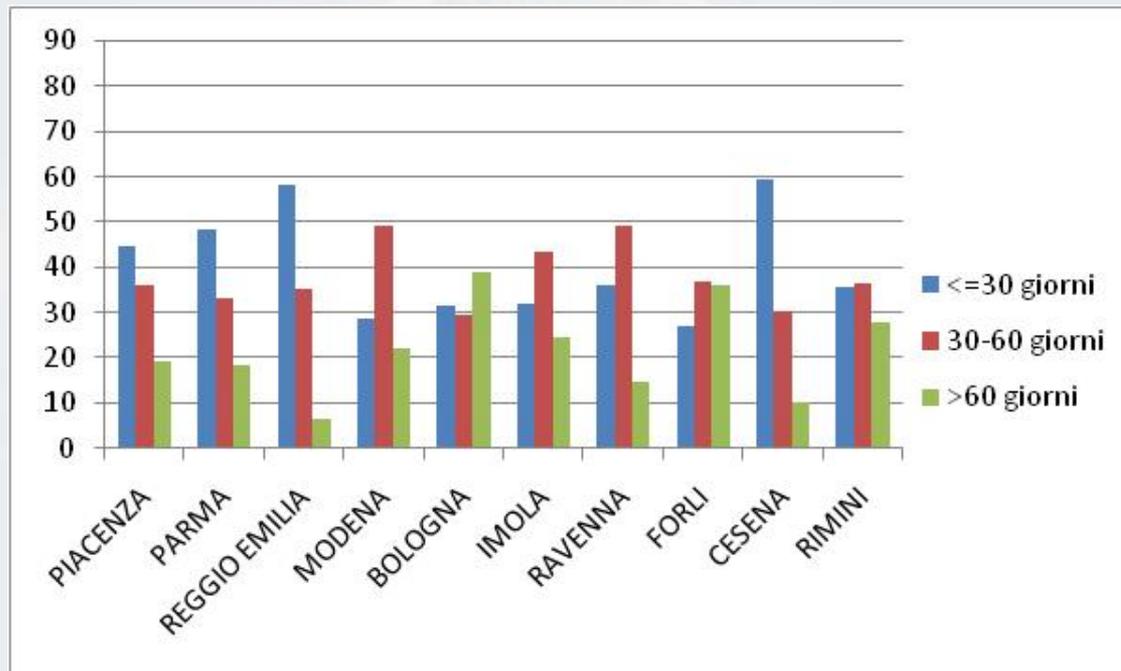
# Percentuale di colonscopie complete per centro



Standard accettabile: >85%

Standard desiderabile: >90%

# Intervallo di tempo tra la data del test positivo e la data di effettuazione della colonscopia



Standard accettabile: (entro 30 gg) >90%

Standard desiderabile: (entro 30 gg) >95%

# Lesioni diagnosticate alla colonscopia alle persone con FOBT positivo

	Cancr	Adenomi		Adenomi		Altr	Total
	o	Adenoma avanzato	alto rischio	Adenoma serrato	basso rischio	o	e
PIACENZA	21	487	4	1	89		602
PARMA	38	387	16	2	199		642
REGGIO EMILIA	210	1622	157	16	597	369	2971
MODENA	48	304	20	3	109		484
BOLOGNA	77	525	12	3	129	80	826
IMOLA	30	180	18	5	74	31	338
FERRARA	-	-	-	-	-	-	-
RAVENNA	180	876	21	14	267		1358
FORLI	16	170	4	1	26	44	261
CESENA	77	312	9	4	127	74	603
RIMINI	97	477	32	0	244	98	948
<b>Totale</b>	<b>794</b>	<b>5.340</b>	<b>293</b>	<b>49</b>	<b>1.861</b>	<b>696</b>	<b>9.033</b>



Adenoma avanzato: sono gli adenomi con componente villosa oppure gli adenomi con displasia grave o gli adenomi con dimensione  $\geq 10$  mm; adenoma ad alto rischio: sono presenti almeno tre adenomi senza componente villosa con displasia lieve o moderata e dimensioni inferiori a 10 mm; Adenomi a basso rischio: sono presenti 1 o 2 adenomi senza componente villosa con displasia lieve o moderata e dimensioni inferiori a 10 mm; altro: polipi iperplastici, infiammatori, lipomi ecc.

# Stadiazione dei cancri

Stadio	Frequenza	%
Stadio 0	20	2.1
Stadio I §	354	36.7
Stadio I*	109	11.3
Stadio IIA	153	15.9
Stadio IIB	9	0.9
Stadio IIIA	30	3.1
Stadio IIIB	71	7.4
Stadio IIIC §	36	3.7
Stadio IV	13	1.3
Missing#	279	28.9
<b>Totale</b>	<b>965</b>	<b>100.0</b>

% stadi >II → 15,5%  
GISCOR 2006 (RER) → 19,9%



Criticità

\*: Polipi cancerizzati con solo trattamento endoscopico

#: Manca completamente il TNM, casi con TxNxMx, T0NxMx, T1NxMx, TisN1 ecc.

§: Sono inclusi due casi con trattamento radio/chemioterapico preoperatorio

# Indicazione colonscopia conclusiva

Criticità

	indicazione colonscopia conclusiva								
lesione	negativo	chirurgica	clisma	ripetere ct	ripetere ct per terap	in attesa di istologia	follow up	altro	Totale
Cancro	2	635	4	5	9	21	109	9	794
Adenoma avanzato	70	193	40	129	124	391	4.194	199	5.340
Adenomi alto rischio	2	1	1	1	1	10	272	5	293
Adenomi basso rischio	0	0	0	2	0	1	46	0	49
Altro	44	8	11	23	21	108	1.556	90	1.861
Altro	434	4	7	30	5	14	173	29	696
<b>Totale</b>	<b>552</b>	<b>841</b>	<b>63</b>	<b>190</b>	<b>160</b>	<b>545</b>	<b>6.350</b>	<b>332</b>	<b>9.033</b>

2 casi con diagnosi di cancro e indicazione di colonscopia negativa/FOBT a 5 anni;

70 casi con diagnosi di adenoma avanzato e indicazione di colonscopia negativa/FOBT a 5 anni;

9 casi con diagnosi di cancro e indicazione di colonscopia per altro;

391 casi con diagnosi di adenoma avanzato e indicazione di colonscopia in attesa di istologia



**62 centri di Endoscopia Digestiva, 31 coinvolti nello screening**

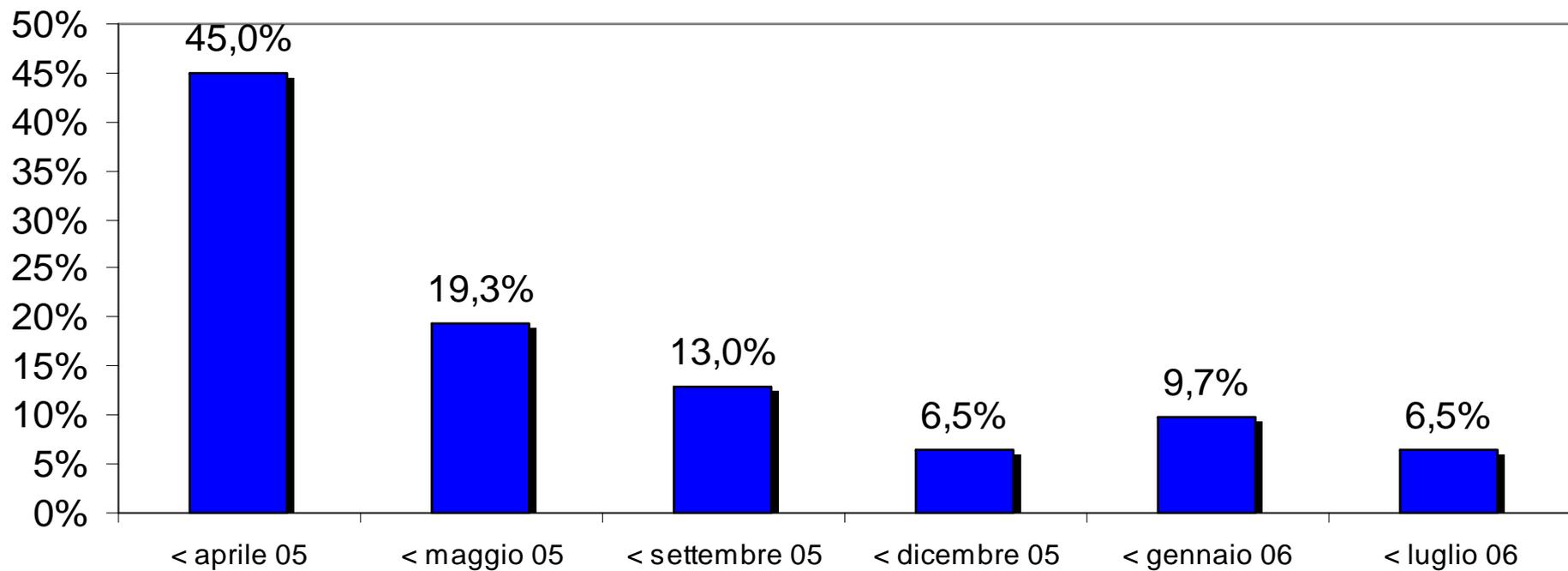
# Numero esami totali endoscopici/anno

N	Validi	28
	Mancanti	4
Media		4.529,61
<b>Mediana</b>		<b>3.000,00</b>
Deviazione std.		3.644,554
Minimo		421
Massimo		15.000
Percentili	25	2.000,00
	50	3.000,00
	75	6.056,25

## Colon < 1000/anno

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida
Validi	<b>&lt;=1000 colon</b>	<b>8</b>	<b>25,0</b>	<b>25,8</b>
	<b>&gt; 1000 colon</b>	<b>23</b>	<b>71,9</b>	<b>74,2</b>
	<b>Totale</b>	<b>31</b>	<b>96,9</b>	<b>100,0</b>
Mancanti		<b>1</b>	<b>3,1</b>	
<b>Totale</b>		<b>32</b>	<b>100,0</b>	

## Distribuzione dei centri per periodo di attivazione dello screening



# La prenotazione delle colon da screening

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida
Validi	endoscopia	11	34,4	35,5
	centro screening	16	50,0	51,6
	altro	4	12,5	12,9
	<b>Totale</b>	<b>31</b>	<b>96,9</b>	<b>100,0</b>
Mancanti		1	3,1	
Totale		32	100,0	

## Valutazione pre-endoscopia nei pazienti SOF+

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	
<b>visita gastroentero</b>	8	25,0	<b>25,8</b>	
<b>dialogo infermieristico</b>	15	46,9	<b>48,4</b>	
<b>dialogo infermieristico e visita se necessario</b>	8	25,0	<b>25,8</b>	
<b>Totale</b>	<b>31</b>	<b>96,9</b>	<b>100,0</b>	
	1	3,1		
Totale	32	100,0		

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida
Validi	<b>materiale per preparazione</b>	<b>2</b>	<b>6,3</b>	<b>6,5</b>
	<b>brochure e preparazione</b>	<b>29</b>	<b>90,6</b>	<b>93,5</b>
	Totale	31	96,9	100,0
Mancanti	Mancante di sistema	1	3,1	
Totale		32	100,0	

# Rapporto colonscopie da screening / cliniche

<b>N</b>	<b>Validi</b>	<b>31</b>
	<b>Mancanti</b>	<b>1</b>
<b>Media</b>		<b>3,926</b>
<b>Mediana</b>		<b>3,333</b>
<b>Deviazione std.</b>		<b>2,2364</b>
<b>Minimo</b>		<b>0,6</b>
<b>Massimo</b>		<b>11,5</b>
<b>Percentili</b>	<b>25</b>	<b>2,500</b>
	<b>50</b>	<b>3,333</b>
	<b>75</b>	<b>5,000</b>

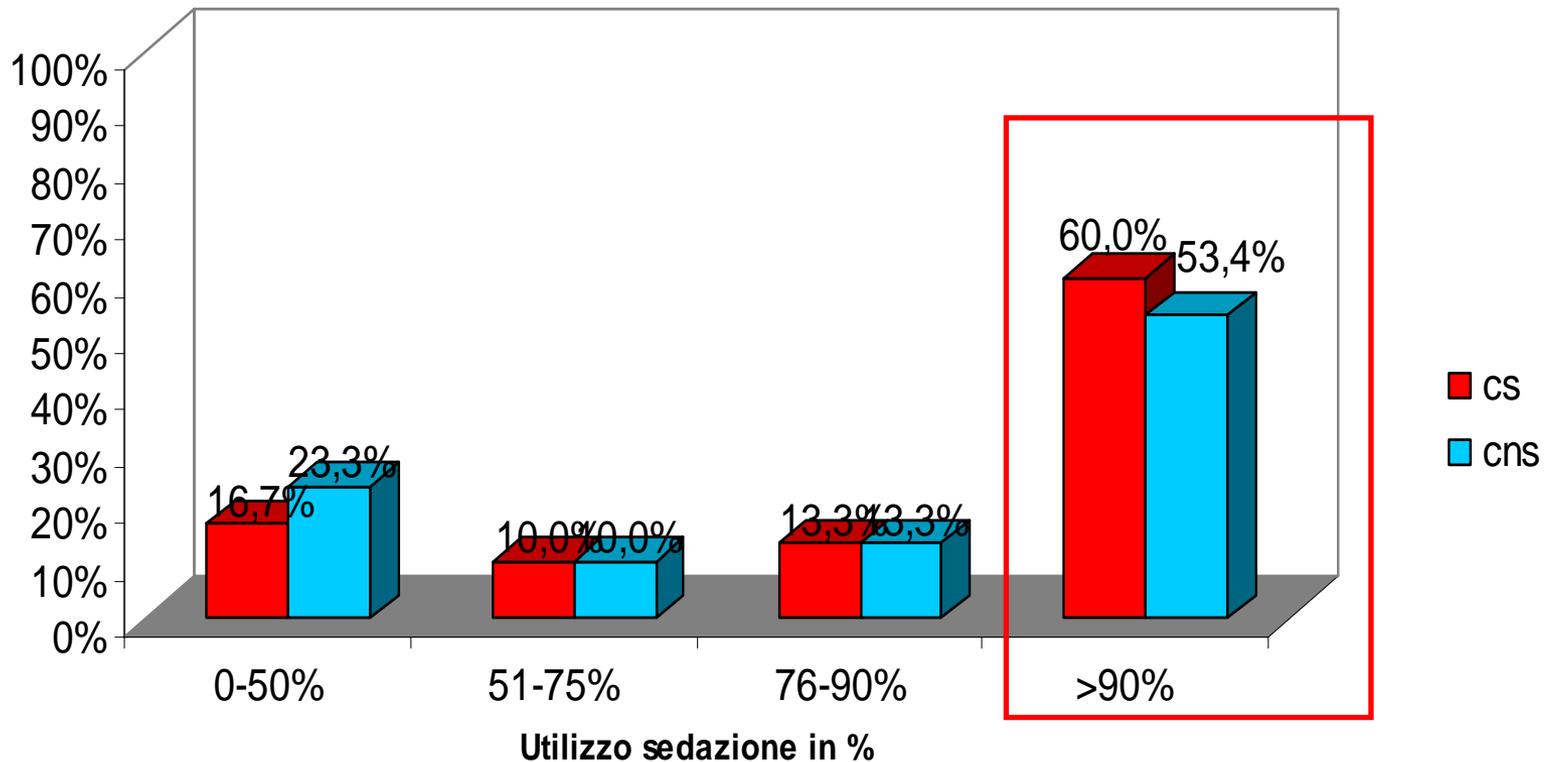
# Operativa

		Percentuale operative	operative complesse/mese
N	Validi	31	28
	Mancanti	1	4
Media		60,79	7,77
<b>Mediana</b>		<b>60,00</b>	<b>5,50</b>
Deviazione std.		15,138	7,601
Minimo		20	1
Massimo		80	40
Percentili	25	50,00	4,00
	50	60,00	5,50
	75	72,20	10,00

# GESTIONE DELL'OPERATIVA COMPLESSA

			ambulatoriale	DH	ricovero	Totale
classe centro	≤ 2000 esami	Conteggio	0	7	1	8
		%entro centro	0,0%	87,5%	12,5%	100,0%
		%entro gestione	0,0%	41,2%	25,0%	28,6%
	2001-6000 esami	Conteggio	4	7	2	13
		%entro centro	30,8%	53,8%	15,4%	100,0%
		%entro gestione	57,1%	41,2%	50,0%	46,4%
	> 6000 esami	Conteggio	3	3	1	7
		%entro centro	42,9%	42,9%	14,3%	100,0%
		%entro gestione	42,9%	17,6%	25,0%	25,0%
Totale	Conteggio	7	17	4	28	
	%entro centro	25,0%	60,7%	14,3%	100,0%	
	%entro gestione	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

## Distribuzione dei centri rispetto alla percentuale di utilizzo della sedazione



## quali farmaci per la sedazione

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	
Validi	<b>Midazolam</b>	8	25,0	26,7	
	<b>Midazolam + Meperidina</b>	20	62,5	66,7	
	<b>Midazolam + meperidina AB</b>	1	3,1	3,3	
	<b>Midazolam + fentanest AB</b>	1	3,1	3,3	
	Totale	30	93,8	100,0	
Mancanti	Mancante di sistema	2	6,3		
Totale		32	100,0		

## Comunicazione neoplasia maligna da parte dell'endoscopista

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida
Validi <b>SI</b>	<b>31</b>	<b>96,9</b>	100,0
Mancanti	1	3,1	
Totale	32	100,0	

## Presenza in carico percorso operatorio da parte dell'endoscopista

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida
Validi NO	4	12,5	12,5
<b>SI</b>	<b>26</b>	<b>81,3</b>	<b>81,3</b>
a volte	2	6,3	6,3
Totale	32	100,0	100,0

# Gestione attiva follow-up

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	
Validi	NO	12	37,5	40,0	
	<b>SI</b>	<b>16</b>	<b>50,0</b>	<b>53,3</b>	
	a volte	2	6,3	6,7	
	Totale	30	93,8	100,0	
Mancanti		2	6,3		
Totale		32	100,0		

# Misurazione qualità

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	
Validi	NO	8	25,0	25,8	
	<b>SI</b>	<b>23</b>	<b>71,9</b>	<b>74,2</b>	
	Totale	31	96,9	100,0	
Mancanti		1	3,1		
Totale		32	100,0		

Centri che hanno un audit strutturato: 7 su 31

## Risorse aggiuntive

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida
Validi	NO	14	43,8	45,2
	<b>SI</b>	<b>17</b>	<b>53,1</b>	<b>54,8</b>
	Totale	31	96,9	100,0
Mancanti		1	3,1	
Totale		32	100,0	

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida
Validi	15	46,9	46,9
contrattista	2	6,3	6,3
contrattista+strumento	1	3,1	3,1
personale	1	3,1	3,1
personale IP	4	12,5	12,5
personale IP+contrattista	1	3,1	3,1
personale IP+contrattista+strumento	3	9,4	9,4
personale IP+strumento	3	9,4	9,4
Strumento	2	6,3	6,3
Totale	32	100,0	100,0

## Tempi di attesa (giorni) colon "cliniche"

		2.004	2.007
N	Validi	30	29
	Mancanti	2	3
<b>Media</b>		<b>65,43</b>	<b>72,10</b>
<b>Mediana</b>		<b>60,00</b>	<b>60,00</b>
Deviazione std.		36,515	47,921
Minimo		10	15
Massimo		165	210
Percentili	25	34,25	31,00
	50	60,00	60,00
	75	100,00	98,00

## variazione tempi di attesa per le colon "cliniche"

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida
Validi	uguali	12	37,5	41,4
	aumentati	9	28,1	31,0
	diminuiti	8	25,0	27,6
	Totale	29	90,6	100,0
Mancanti		3	9,4	
Totale		32	100,0	

## tempi di attesa colon da screening (giorni)

N	Validi	29
	Mancanti	3
Media		20,21
<b>Mediana</b>		<b>20,00</b>
Deviazione std.		12,998
Minimo		0
Massimo		60
Percentili	25	15,00
	50	20,00
	75	20,00

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida
Validi	0	1	3,1	3,4
	7	3	9,4	10,3
	10	2	6,3	6,9
	15	5	15,6	17,2
	20	13	40,6	44,8
	30	3	9,4	10,3
	<b>60</b>	<b>2</b>	<b>6,3</b>	<b>6,9</b>
	Totale	29	90,6	100,0
Mancanti		3	9,4	
Totale		32	100,0	

## mucosectomia

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida
Validi	<b>SI</b>	<b>31</b>	<b>96,9</b>	<b>100,0</b>
Mancanti		1	3,1	
Totale		32	100,0	

## esd

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida
Validi	NO	28	87,5	90,3
	<b>SI</b>	<b>3</b>	<b>9,4</b>	<b>9,7</b>
	Totale	31	96,9	100,0
Mancanti		1	3,1	
Totale		32	100,0	

## tatuaggio

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida
Validi	NO	12	37,5	40,0
	<b>SI</b>	<b>18</b>	<b>56,3</b>	<b>60,0</b>
	Totale	30	93,8	100,0
Mancanti		2	6,3	
Totale		32	100,0	

# Gestione paziente in TAO

- Endoscopia, Cardiologo Centro emostasi
- Cardiologo
- Centro Emostasi
- Laboratorio
- Medico di Medicina Generale
- Endoscopia
- Protocollo aziendale (1)
- Medico “esperto”
- Protocollo Endoscopia condiviso con CET (2)
- Angiologo
- Protocollo endoscopia

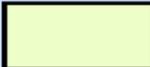
# Aphoristic warnings on screening

- Screening programmes shown to be efficacious in a research setting require an obsession with quality to be effective in a service setting
- The harm from a screening programme starts immediately; the good takes longer to appear
- If a quality assurance programme is not generating at least one major public enquiry every 3 years, it is ineffective

# 1. Valutazione del livello di rischio (gravità e frequenza potenziale)

## Matrice di rischio

		Gravità delle conseguenze	
		MINORE	MAGGIORE
Frequenza dell'evento	RARO	Rischio basso	Rischio alto
	FREQUENTE	Rischio medio	Rischio molto alto

 Rischio basso

 Rischio alto

 Rischio medio

 Rischio molto alto

## 1. Valutazione del livello di rischio (gravità e frequenza potenziale)

### Matrice di rischio

		Gravità delle conseguenze	
		MINORE	MAGGIORE
Frequenza dell'evento	RARO	Rischio basso	Rischio alto
	FREQUENTE	Rischio medio	Rischio molto alto

 Rischio basso

 Rischio alto

 Rischio medio

 Rischio molto alto

## Contestualizzazione:

*Stiamo parlando di paziente **asintomatico***

# INDICE DI PRIORITA' DI RISCHIO

- La **Probabilità (P)** che si verifichi un evento
- La **Gravità (G)** degli effetti dell'evento
- La **Rilevabilità (R)** dell'evento

$$\text{IPR} = P \times G \times R$$

# INDICE DI PRIORITA' DI RISCHIO

- La **Probabilità (P)** che si verifichi un evento
- La **Gravità (G)** degli effetti dell'evento
- La **Rilevabilità (R)** dell'evento

$$\mathbf{IPR = P \times G \times R}$$

**Contestualizzazione:**

*I sistemi di misurazione regionali-nazionali*

## Tassi di errore per processi con molteplicità di fasi (step)

N. di fasi	Tasso base di errore per singola fase			
	0.05	0.01	0.001	0.0001
1	0.05	0.01	0.001	0.0001
5	0.33	0.05	0.005	0.002
25	0.72	0.22	0.02	0.003
50	0.92	0.39	0.05	0.005
100	0.99	0.63	0.1	0.01

Park K. Human error. In: Salvendy G, ed. *Handbook of human factors and ergonomics*. New York: Wiley, 1997:150-173.

### Tassi di errore per processi con molteplicità di fasi (step)

N. di fasi	Tasso base di errore per singola fase			
	0.05	0.01	0.001	0.0001
1	0.05	0.01	0.001	0.0001
5	0.33	0.05	0.005	0.002
25	0.72	0.22	0.02	0.003
50	0.92	0.39	0.05	0.005
100	0.99	0.63	0.1	0.01

Park K. Human error. In: Salvendy G, ed. *Handbook of human factors and ergonomics*. New York: Wiley, 1997:150-173.

## Contestualizzazione:

*Incremento della molteplicità delle fasi nel percorso di screening*

# **E infine, braccio b.**

- Premesse scientifiche
- “Dialogo” con un sistema FOBT-based ad elevata adesione
- Forme ereditarie
- Ruolo degli endoscopisti

# Conclusioni (specifiche)

- L'impatto endoscopico dello screening è di una crescita di circa il 30% delle colonscopie
- C'è disomogeneità nella gestione del follow-up
- C'è disomogeneità nella gestione della prenotazione
- Importante il ruolo dell'infermiere di endoscopia nel dialogo pre-esame

# Conclusioni (specifiche)

- L'operativa è consistente e probabilmente gestita in modo più appropriato nei centri con maggiore volume di esami
- La sedazione è complessivamente sotto-utilizzata ma non sembrano esserci differenze tra percorso clinico e screening
- I tempi di attesa:
  - Delle colonscopie cliniche: solo lievemente aumentati
  - Delle colonscopie da screening: complessivamente buoni (entro i 30 giorni)

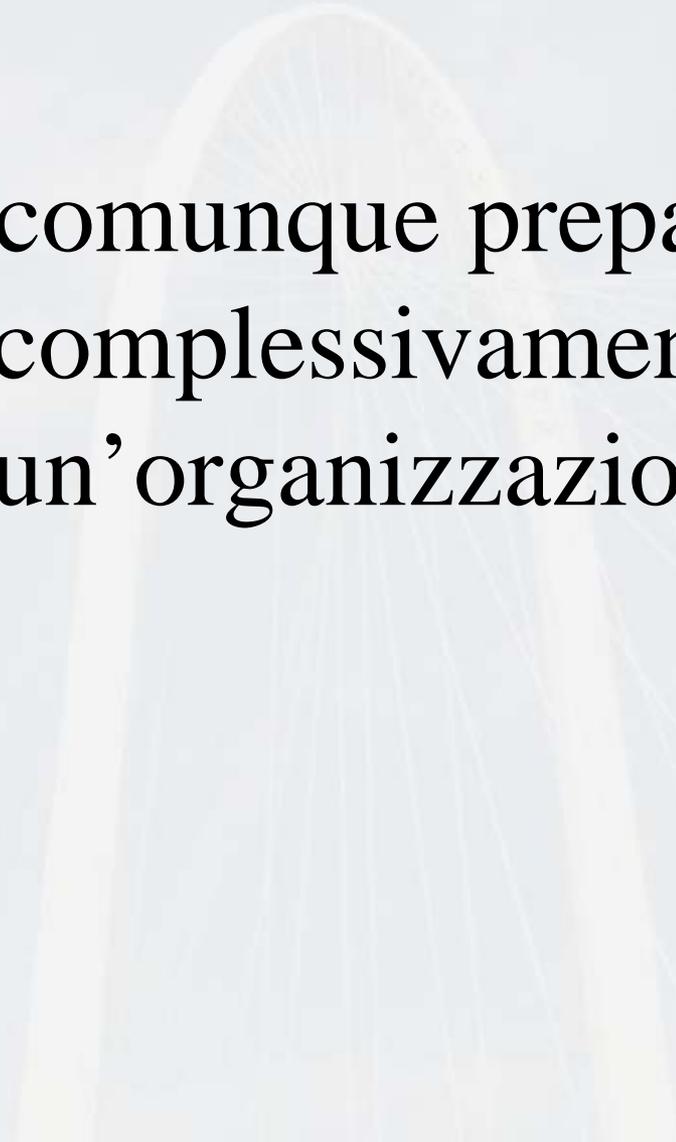
# Conclusioni (specifiche)

- La valutazione della qualità della colonscopia: lavori in corso (fondamentale tracciato), ma...
- Il risk management in endoscopia contestualizzato nel percorso di screening esalta “vecchi” problemi
- Il “braccio b.” rappresenta un importante elemento di lavoro indotto dallo screening (forme ereditarie)

# Conclusioni (generali)

- Organizzazione “degli endoscopisti” e loro ruolo nello screening
- Lo screening costringe a ripensare le endoscopie:
  - Internamente
  - Nelle interfacce
- E’ difficile avere dati robusti; necessario:
  - Sapere bene cosa si vuole (deve) misurare
  - Usare un linguaggio comune
  - Lavorare insieme a tutti i livelli





E comunque preparare  
complessivamente  
un'organizzazione

# Attenta ai particolari



Che guarda sotto  
la superficie delle cose



Che sa chiedere e ricevere aiuto



Che vuole andare a caccia del nuovo



... ma con delicatezza



Ma che soprattutto vede con  
chiarezza due cose:



**Dobbiamo cercare di costruire un sistema che  
renda facile fare le cose giuste e difficile fare  
quelle sbagliate**

Julie Carol Misson  
Bentigo Health Care Group, Victoria,  
AUSTRALIA

**Nessun sistema puo' rendere gli uomini migliori,  
ma un cattivo sistema puo' frustare  
le azioni dei migliori di noi**

Mahatma Gandhi