

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA



*Società
Medico Chirurgica
di Ferrara dal 1846*

Il nuovo protocollo diagnostico terapeutico dello screening colo-rettale

Patrizia Landi

AUSL di Bologna

Ass. Politiche per la Salute RER

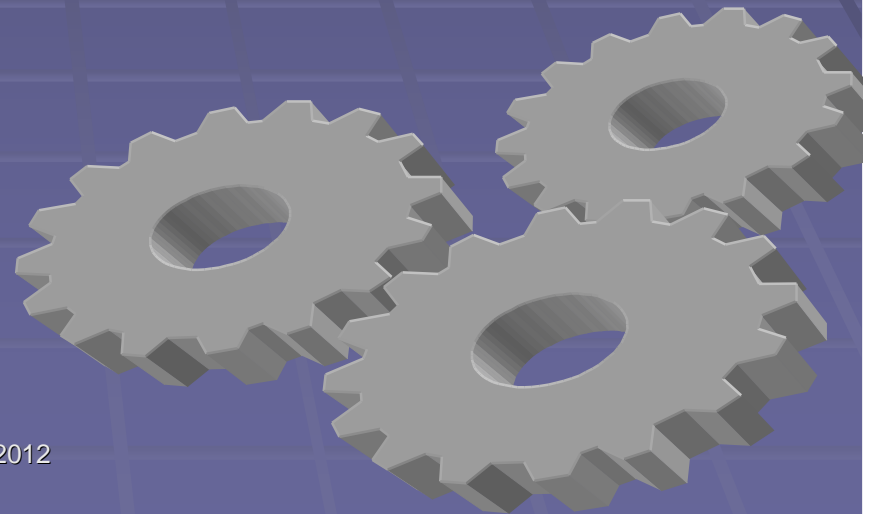
Cona, 17 novembre 2012

Perchè un protocollo

Le organizzazioni che forniscono prestazioni sanitarie devono avere un sistema di qualità documentato che tenga conto degli obiettivi, dei bisogni di prestazioni e servizi, che sia in linea con i comportamenti tecnico organizzativi raccomandati

Perché un protocollo

- **Percorso multidisciplinare**
- **Integrazione dei percorsi**
- **Condivisione delle evidenze**
- **Individuazione di indicatori**
- **Monitoraggio**
- **Revisione periodica**
- **Accreditamento**



IL PROTOCOLLO

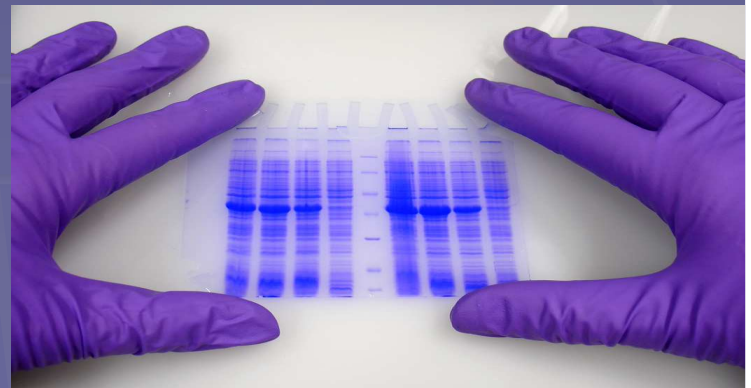
- E' uno strumento di uso quotidiano (follow up, scelte strutturali, protocolli, strumentazioni, personale ecc.)
- Non deve necessariamente contenere aggiornamenti "estremi", ma evidenze utili a raggiungere e mantenere elevati livelli di qualità in tutti i livelli e sedi di screening (equità)



LABORATORIO

- **Mantenimento degli standard acquisiti**
- **Estensione dell'uso di altri strumenti di controllo della qualità**
- **Attenzione alle fasi preanalitiche**
- **Controlli di processo**

Cona, 17 novembre 2012



LABORATORIO

Oltre ai controlli di qualità interni e le verifiche esterne di qualità:

- **Controllo di qualità di parte terza (tarature con materiale fornito da altra ditta)**
- **Controllo di qualità allargato (misura di qualità interlaboratorio, lavoro in rete tra pari)**
- **Controllo di qualità in funzione dell'errore totale (obiettivo predefinito dallo stesso laboratorio o su base regionale per non superare un limite massimo di errore calcolato statisticamente)**

LABORATORIO

Fase preanalitica:

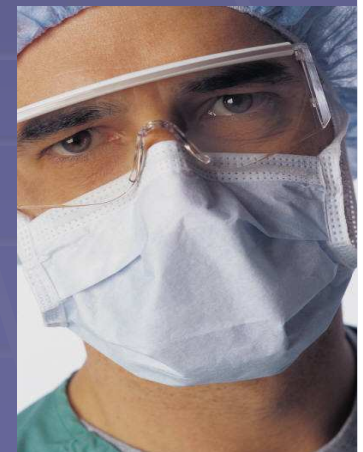
- **Nel rispetto dei diversi modelli organizzativi attuati dalle Aziende Sanitarie si sottolinea l'importanza di alcuni aspetti: la qualità dell'informazione, la tracciabilità del campione, l'identificazione, la conservazione, il trasporto e la tempistica del dosaggio.**

LABORATORIO

- Il costante confronto tra i modelli organizzativi e delle singole Aziende ha favorito la soluzione delle criticità
- Esprimere in modo chiaro che il mancato rispetto delle raccomandazioni può agire sulla efficacia complessiva del percorso
- Il modello di lavoro adottato dal gruppo ha favorito il confronto e la promozione dell'attività in rete particolarmente importante nella VEQ e nella stesura di un protocollo condiviso

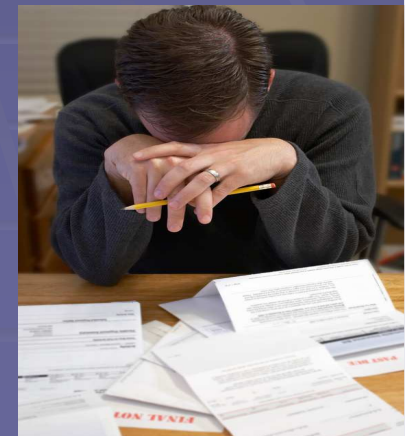
ENDOSCOPISTI

- Preparazione intestinale (split dose) con indagine eseguita 4-7 ore dopo la fine della preparazione
- Puntualizzazioni sulla sedazione
- BLSA periodico per gli operatori
- Possibilità di ritirare il consenso in qualsiasi fase del percorso



ENDOSCOPISTI

- **Indicazioni post procedura nel referto**
- **Scelta di una classificazione morfologica dei polipi (Classificazione di Parigi)**
- **Introduzione dell'indicatore relativo al DR indicativo del VPP.**
- **Importanti variazioni nel follow up**
- **Numero minimo di colonscopie/anno per operatore per garantire una buona performance (300 secondo le LG Eur)**



ENDOSCOPISTI

Linee Guida Europee

DR (tasso di diagnosi per 1000 FOBT):

- per adenomi da 13.3 a 22.3 ‰ al primo passaggio.
- Per i ca da 1.8 a 9.5‰ al primo passaggio e 1.3‰ ai successivi.



ENDOSCOPISTI

VPP delle Linee guida Europee:

- 19.6 – 40.3% per adenomi
- 4.5 -8.6% per ca al primo passaggio
- 4% ai passaggi successivi

VPP GISCoR:

- $\geq 25\%$ per adenoma avanzato o più grave al primo passaggio
- $\geq 15\%$ ai passaggi successivi



ENDOSCOPISTI

- **Nella valutazione del rischio associato alla esecuzione degli esami endoscopici nelle persone in terapia anticoagulante va ricordato che gli eventi trombo embolici conseguenti alla sospensione del trattamento anticoagulante possono essere estremamente gravi mentre il sanguinamento dopo manovre endoscopiche, seppure aumentato di frequenza, è raramente associato a gravi conseguenze per il paziente.**

ENDOSCOPISTI

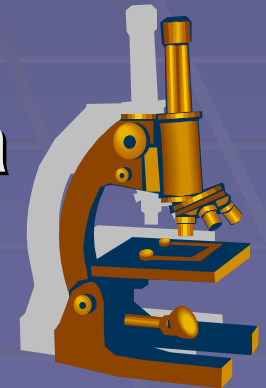
Problemi aperti

- Performance del singolo endoscopista
- Refertazione strutturata e uniforme
- Valutazione delle complicanze



PATOLOGI

- indicazioni di follow up dei polipi basate sulle dimensioni valutate dal Patologo su vetrino
- Budding, spessore e ampiezza della infiltrazione sottomucosa: opzionali, ma consigliate
- Introduzione di pN1c: depositi di cell tumorali pericolici o perirettali senza N+



PATOLOGI

**Introduzione di ulteriori stratificazioni
nella categorie pN1 (a-b-c) e pN2 (a-b)
in base al numero dei linfonodi
metastatici ai fini di una migliore
determinazione della prognosi**

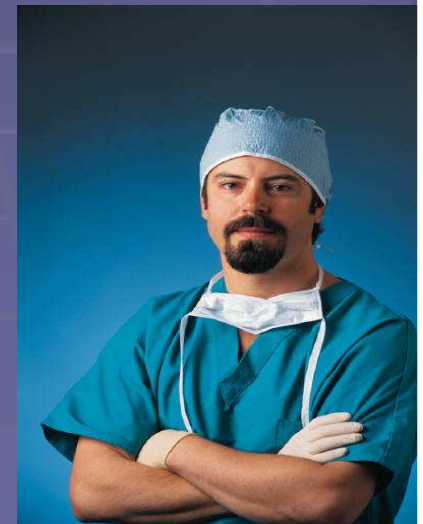
**Sottolineata l'importanza del numero dei
linfonodi esaminati**



CHIRURGHI

- **Aggiustamenti sulle indagini di stadiazione preoperatoria**
- **Marcatura delle lesioni**
- **Indicatori**

Cona, 17 novembre 2012



CHIRURGHI

Problemi aperti

- **Morbilità e sopravvivenza sono influenzate dall'esperienza del chirurgo e dal volume di attività del centro. Tuttavia i dati sono ancora insufficienti a definire un volume minimo di pz da trattare annualmente.**



ONCOLOGI

- Per il colon: il trattamento orale con oxaliplatino e capecitabina è diventato uno standard dopo l'uscita dei dati su sette anni di follow up.
- Per il retto medio basso: stessi schemi di chemioterapia del colon associati a radioterapia
- Con meno di 12 linfonodi esaminati il pz viene avviato a tp adiuvante.

ONCOLOGI

- La formazione di un'equipe multidisciplinare dedicata di cui fanno parte differenti figure mediche (oncologo, radioterapista, chirurgo, patologo, radiologo e gastroenterologo) risulta centrale per una corretta ed adeguata impostazione della strategia terapeutica

Cona, 17 novembre 2012



RADIOTERAPISTI

- **Trattamento radio-chemioterapico utile nel ridurre le recidive locali e migliorare l'outcome chirurgico**
- **Risultati migliori se pre operatorio**
- **Non dovrebbe modificare l'atteggiamento chirurgico**
- **Il protocollo short course non determina downstaging**



...IN CONCLUSIONE

- Abbiamo cercato di rispondere alle sfide delle organizzazioni sanitarie che devono sempre mantenersi adeguate ai propri fini sostenendo i cambiamenti attraverso rapidi processi di apprendimento e miglioramento a tutti i livelli.



Lo strumento utilizzato è stato il lavoro di gruppo in cui l'apporto di ciascuno ha favorito la condivisione di competenze e conoscenze utili a raggiungere i risultati comunemente perseguiti



Cona, 17 novembre 2012

IN CONCLUSIONE ...

Il protocollo deve diventare un punto di riferimento utile nel quotidiano, il suo uso e la sua evoluzione potranno favorire la crescita di una cultura del confronto e del “percorso multidisciplinare” che è l’essenza dell’attività di screening.

Cona, 17 novembre 2012



Cona, 17 novembre 2012